ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ /
INTERNATIONAL CARDIOLOGY CONFERENCE



ΑΘΗΝΑ 2026



Το CAMZYOS® ενδείκνυται για τη θεραπεία της συμπτωματικής (κατηγορίας II-III κατά την Καρδιολογική Εταιρεία της Νέας Υόρκης, NYHA) αποφρακτικής υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας (oHCM) σε ενήλικες ασθενείς[1]

NYHA = New York Heart Association, **oHCM** = Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy, **LVOT** = Left Ventricular Outflow Tract

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. CAMZYOS. Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Μάιος 2025. **2.** Olivotto I, Oreziak A, Barriales-Villa R, et al. Mavacamten for treatment of symptomatic obstructive hypertrophic cardiomyopathy (EXPLORER-HCM): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2020;396(10253):759-769.

ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες του CAMZYOS® ήταν ζάλη (17%), δύσπνοια (12%), συστολική δυσλειτουργία (5%) και συγκοπή (5%)[1]

ΕΛΛΑΔΑ

Λιανική τιμή (συμπ. 6% ΦΠΑ)*
CAMZYOS CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg, CAP BTX28 (2X14) CAPS ΣΕ BLISTER (PVC/PCTFE/ALU): €1.443,68
*Σύμφωνα με το Δελτίο αναθεωρημένων τιμών φαρμάκων ανθρώπινης χρήσης, Δεκεμβρίου 2025

ΚΥΠΡΟΣ

Μέγιστη Δυνατή Λιανική Τιμή με ΦΠΑ*
CAMZYOS CAPSULE, HARD 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg, PACK WITH 28 CAPS IN BLISTER(S): €1.602,21
*Σύμφωνα με το Δελτίο αναθεωρημένων τιμών φαρμάκων ανθρώπινης χρήσης, Φεβρουαρίου 2026

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Ελλάδα: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό γιατρό και παρακολούθηση κατά την διάρκεια της αγωγής
Κύπρος: Με ιατρική συνταγή

Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:
Ελλάδα: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων,
Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα,
Τηλ: + 30 21 32040337
Ιστότοπος: http://www.eof.gr, http://www.kitrinikarta.gr
Κύπρος: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας,
CY-1475 Λευκωσία, Τηλ: +357 22608607,
Φαξ: + 357 22608669 Ιστότοπος: www.moh.gov.cy/phs
Αρ. άδειας: 76003/04-10-2023

Bristol Myers Squibb®

Bristol-Myers Squibb A.E.
Αττικής 49-53 & Προποντίδος 2,
Τ.Κ. 152 35 Βριλήσσια, Αττική
Τ.Θ. 63883 - Βριλήσσια, Τ.Κ. 152 03, Αττική
Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400
Φαξ 210 6074333
Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ 7453601000

Πριν τη συνταγογράφηση, συμβουλευτείτε την ισχύουσα Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος που διατίθεται σε έντυπη μορφή από τον Κάτοχο Αδείας Κυκλοφορίας ή μέσω σάρωσης του παρακάτω QR code.

Ημερομηνία Αναθεώρησης Κειμένου: 05/2025

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»
www.kitrinikarta.gr
www.kitrinikarta.gov.cy**

CAMZYOS® and the related logos are registered trademarks of Bristol-Myers Squibb Company.

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

C-CARD 3500-GR-2600016/NOV2026

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΚΑΡΥΑΤΙΔΕΣ / CARYATIDS

09.00-11.00 **Καλύτερες προφορικές ανακοινώσεις / Best Oral Presentations**

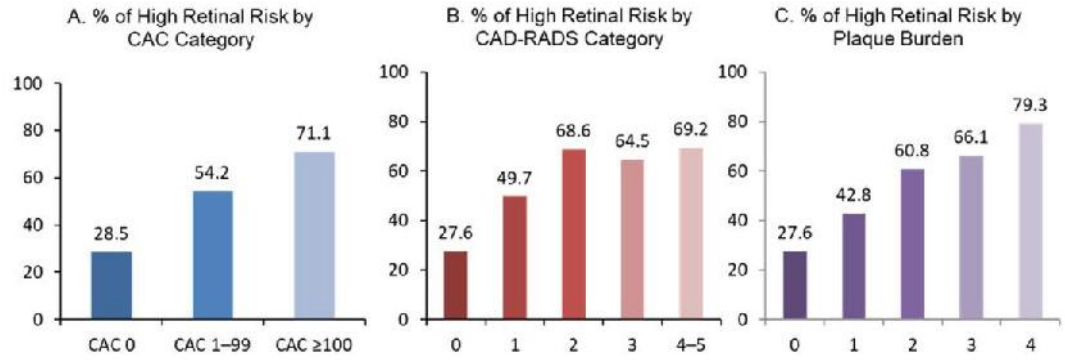
Πρόεδροι: Ε.Ηλιοδρομίτης (Αθήνα), Φ.Τρυποσκιάδης (Λάρισα), Α.Τρίκας (Αθήνα)
Chairpersons: E.Iliodromitis(Athens), F.Triposkiadis(Larisa), A.Trikas (Athens)

ΕΑ001|Βιοδείκτης καρδιαγγειακού κινδύνου βασισμένος σε ανάλυση εικόνων αμφιβληστροειδούς με τεχνητή νοημοσύνη και συσχέτιση με τη στεφανιαία αθηροσκλήρωση

Σ.Λ. Παπαδοπούλου[1], Κ. Μιχαηλίδης[2], Σ. Ιορδανίδης[2], Β.Λιακοπούλου[2], Ι. Στυλιάδης[1], Κ. Στάμος[1], J. Seo[3], S. Nusinovici[3], S. Thakur[3], T. Hyungtaek Rim[3], Β. Σαχπεκίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Cardia Κοζάνης, Κέντρο Καρδιαγγειακής Απεικόνισης, [3]Mediwhale, Seoul, Korea

Εισαγωγή: Η ανάλυση εικόνων αμφιβληστροειδούς με τεχνητή νοημοσύνη (TN) έχει αναδειχθεί ως μη επεμβατικός βιοδείκτης πρόβλεψης μελλοντικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, η συσχέτισή του με σύγχρονους απεικονιστικούς δείκτες εγκατεστημένης στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός: Να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ του βιοδείκτη Dr. Noon CVD (Mediwhale, Seoul, Korea), βασισμένου σε ανάλυση εικόνων αμφιβληστροειδούς με TN, και της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης, όπως ορίζεται από το σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών (CAC 0, 1–99, ≥100), την ταξινόμηση CAD-RADS (0–5) και το φορτίο αθηρωματικής πλάκας (P0–P4) στην αξονική στεφανιογραφία, σε ελληνικό πληθυσμό. Μέθοδοι: Σε 1.233 άτομα που υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία, αναλύθηκαν φωτογραφίες αμφιβληστροειδούς της ίδιας ημέρας για ταξινόμηση καρδιαγγειακού κινδύνου σε χαμηλό, μέτριο και υψηλό μέσω του Dr. Noon CVD. Αξιολογήθηκε η ικανότητά του να ανιχνεύει υπάρχουσα στεφανιαία αθηροσκλήρωση, συγκρίνοντας τον χαμηλό κίνδυνο έναντι του συνδυασμένου μέτριου/υψηλού κινδύνου. Υπολογίστηκαν ευαισθησία (SN), ειδικότητα (SP) και διακριτική ικανότητα του βιοδείκτη με βάση την επιφάνεια κάτω από την καμπύλη ROC (AUC) για CAC>0, CAD-RADS>0 και φορτίο πλάκας P≥2.Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία ήταν 54 έτη και 66% ήταν άνδρες. Το ποσοστό υψηλού κινδύνου αυξήθηκε προοδευτικά στις κατηγορίες CAC, από 28,5% για CAC=0 σε 54,2% για CAC 1–99 και 71,1% για CAC≥100, p<0.001 (εικόνα 1A). Παρόμοια διαβάθμιση παρατηρήθηκε στις κατηγορίες CAD-RADS: 27,6% για CAD-RADS 0, 49,7% για CAD-RADS 1, 68,6% για CAD-RADS 2, 64,5% για CAD-RADS 3 και 69,2% για CAD-RADS 4–5, p<0.001 (εικόνα 1B). Αντίστοιχα, όσο αυξανόταν η βαρύτητα του φορτίου αθηρωματικής πλάκας (P0–P4), αυξανόταν και το ποσοστό υψηλού κινδύνου βάσει Dr. Noon CVD, p<0.001 (εικόνα 1C). Η διαγνωστική ακρίβεια του συνδυασμένου μέτριου/υψηλού κινδύνου ήταν για CAC>0: SN=94%, SP=25,7%, AUC=0,737· για CAD-RADS>0: SN=92%, SP=26,9%, AUC=0,719· και για P≥2: SN=96,3%, SP=21,2%, AUC=0,727. Συμπεράσματα: Ο ψηφιακός βιοδείκτης Dr. Noon CVD, που αναπτύχθηκε για την πρόβλεψη μελλοντικού καρδιαγγειακού κινδύνου, εμφανίζει υψηλή ευαισθησία αλλά χαμηλή ειδικότητα για την ανίχνευση απεικονιστικά τεκμηριωμένης στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης σε ελληνικό πληθυσμό. Η σταθερή διαβάθμιση του εκτιμώμενου κινδύνου στις κατηγορίες CAC, CAD-RADS και φορτίου πλάκας υποδηλώνει συσχέτιση με τη βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου και υποστηρίζει τον πιθανό κλινικό ρόλο του ως μη επεμβατικού εργαλείου διαστρωμάτωσης κινδύνου για καθοδήγηση περαιτέρω καρδιαγγειακής αξιολόγησης.



EA002| Implementation and accuracy of a novel screening algorithm, embedded into the Greek national prescription service, towards the detection of patients with transthyretin amyloidosis. Study design and preliminary findings

K. Stamatelopoulos[1], A. Antonopoulos[16], P. Mitrou[3], A. Alifragki[1], A. Staridas[4], G. Georgopoulos[1], D. Parcharidou[2], D. Zografopoulos[5], G. Andrikopoulos[6], M. Bonios[7], C. Chrysohoou[8], M. Efremidis[9], E. Liberopoulos[10], I. Parisis [11], F. Patsourakos[12], P. Sarafidis[13], G. Stergiou[14], E. Thireos[15], K. Toutouzas[16], A. Trikas[17], K. Tsioufis[18], V. Voudris[19], G. Filippatos[11], A. Frogoudaki[11], A. Xanthopoulos[20], K. Naka[21], I. Oikonomidis[11], A. Katinioti[22], E. Foukarakis[23], M. Marketou[24], G. Efthimiadis[2], C. Vlachopoulos[8], Efstathios Kastritis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΑΧΕΠΑ, [3] Independent Department of Therapeutic Protocols and Patient Registries Ministry of Health , [4]Department of Electronic Health System – Design and analysis – IDIKA, [5] Data Protection Officer (DPO) – IDIKA, [6]ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΜΗΜΑ, [7]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, [8]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [9]Department of Cardiology, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, 17674 Athens, Greece, [10]1st Propaedeutic Department of Medicine and Diabetes Center, Laiko General Hospital of Athens, [11]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [12]Επιστημονικός Διευθυντής AFFIDEA Ιδιωτικό Πολυιατρείο Ηλιούπολης , [13]Department of Nephrology, Hippokration Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, [14]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [15]Working Group in General practice, Central Board of Health (ΚεΣΥ, CBH), Ministry of Health, Greece, [16]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [17]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [18]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [19]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, [20]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [21]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [22]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [23]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [24]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: In collaboration with the Greek-National-Electronic-Prescription-System, we developed an automated alert algorithm combining age ≥65 years, ICD10 codes associated with heart failure and selected ICD-10 codes corresponding to “red flags” closely associated with TTR amyloidosis. During routine prescribing, the algorithm generates a “pop-up” notification for individuals stratified at high probability for undiagnosed amyloidosis. The aim of this multicenter study is to evaluate accuracy of the new amyloidosis NPS alert (ANPSA), in collaboration with the NPS (HDYKA) and the Scientific Committee for CVD therapeutic protocols of the Greek ministry of Health. Herein we describe the design of this ongoing study and initial pilot findings. Methods: We organized a network of amyloidosis centers to receive and evaluate referrals from prescribing physicians flagged by ANPSA. A uniform methodology using targeted diagnostic work-up to rule-in or rule-out amyloidosis has been developed and is being applied by all sites. Furthermore, specialized questionnaires to assess physicians’ and patients’ awareness for amyloidosis will be used. Finally, HDYKA provided aggregated data on frequencies of pop-up notification nationwide as well as other information related to ANPSA performance. Results: Since its activation on September 2024 until March 2026, on average 15,855 ANPSAs were reported monthly ranging from 8,779 to 20,382. The ANSPA is still active. Despite this large number, the number of referrals to our coordinating center (Center of Excellence for Amyloidosis, Department of Clinical Therapeutics) was disproportionally low (n=28, FIgure 1). Ten of these patients were recruited to this study while none of them received adjudicated diagnosis for amyloidosis. Most frequently used ICD-10 among pre-determined “red–flags” were ICD–G56.0-Carpal Tunnel Syndrome, G62.0–Polyneuropathy-Undetermined, M75.1–Rotator Cuff Syndrome and I135.0–Aortic Valve Stenosis. After ANPSA’s activation, the use of ICD-10 codes related to diagnosis of amyloidosis (ICD-10-category-85) increased at 12 to 18 months period post-activation (Figure 2). The number of prescriptions for bone scintigraphy during the activation period was 2,632. Conclusion: Despite the large number of ANPSAs, referral rates for suspected amyloidosis remained low, underscoring the need for disease awareness and further optimization of a highly sensitive screening algorithm to facilitate earlier amyloidosis diagnosis.

Figure 1. Total number of patients that received ANPSA notification

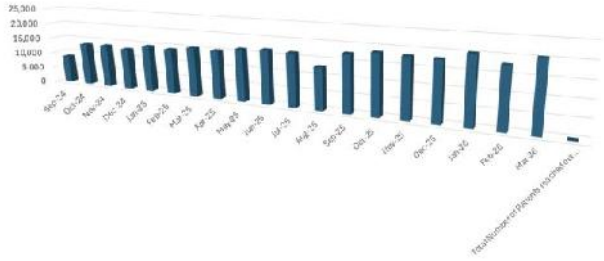
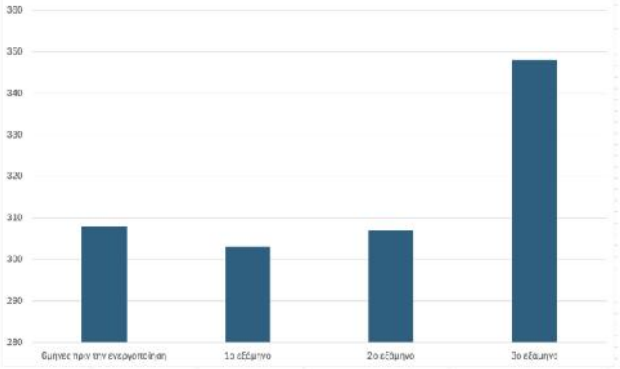


Figure 2. New ICD- 10 codes related to amyloidosis diagnosis after NPS activation

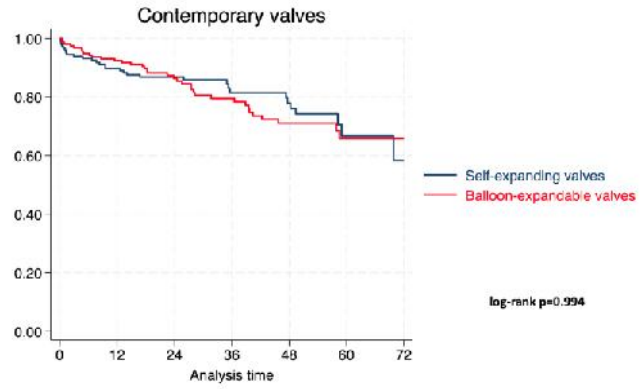


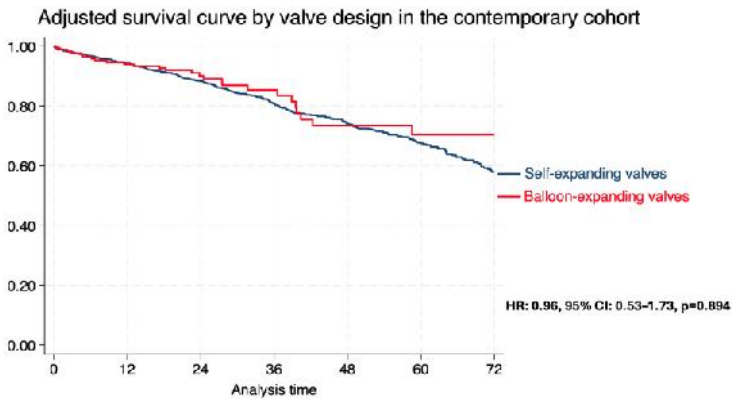
EA003|Self-expanding versus balloon-expandable valves in patients undergoing urgent or emergent transcatheter aortic valve implantation

A. Apostolos[1], K. Konstantinou[1], M. Allaf[1], K. Kalogeras[1], A. Duncan[1], S. Mirsadraee[1], T. Mittal[1], M. Akhtar[1], Ee Ling Heng[1], T. Kabir[1], S. Davies[1], M. Dalby[1], R. Smith[1], V. Panoulas[2]

[1]Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, *[2]Harefield Hospital*

Background: Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) is an established treatment in patients with severe aortic stenosis presenting in acute heart failure. Nevertheless, whether self-expanding (SEV) or balloon-expandable valves (BEV) should be preferred in such cases remains under investigation. The aim of study is to compare contemporary SEV with BEV in patients undergoing urgent TAVI. Methods: Consecutive patients undergoing urgent TAVI with either SEV or BEV at two tertiary hospitals between 2017 and 2024 were studied. The primary endpoint was long-term survival. Secondary endpoints included technical and device success, in-hospital mortality, periprocedural complications, and echocardiographic valve performance. Results: A total of 299 patients underwent urgent TAVI [SEV (N=144) and BEV (N=155)]. Baseline characteristics showed a higher proportion of females and lower creatinine levels in the SEV group. Patients treated with BEV had higher rates of previous MI and ischemic stroke/TIA. Technical and device success was comparable between contemporary SEV and BEV (95.9% vs. 96.5%, p=0.812 and 87.9% vs. 90.7%, p=0.812, respectively). No significant differences were observed in in-hospital mortality (0.7% vs. 2.9%, p=0.370). Patients treated with contemporary SEV had significantly higher aortic valve mean gradient (9 [6 -13] vs. 8 [10 – 14] mmHg, p=0.031), significantly lower peak velocity (2.0 [1.8 – 2.4] vs. 2.2 [2.0 – 2.5] m/s, p=0.003) and higher AR rates (mild: 23.1% vs. 50.4%, moderate: 0.7% vs. 4.3%, severe: 0% vs. 0.7%, p<0.001). Kaplan-Meier survival analysis showed no significant difference in long-term survival between SEV and BEV (log-rank p=0.994). The estimated mean survival was 65.0 months (95% CI: 58.1–71.8) for SEV and 94.4 months (95% CI: 77.7–111.1) for BEV. In multivariable Cox regression adjusted for multiple variables, THV design was not associated with mortality (HR: 0.96, 95% CI: 0.54–1.72, p=0.894). Severe pre-TAVI mitral regurgitation was an independent predictor of mortality (HR: 5.14, 95% CI: 1.69–15.64, p=0.004).Conclusion: To the best of our knowledge, this is the first analysis comparing long-term outcomes in patients presenting in acute heart failure undergoing urgent TAVI between SEV and BEV. Valve choice in urgent TAVI appears not to affect long-term survival, supporting individualized device selection based on anatomy and operator preference.



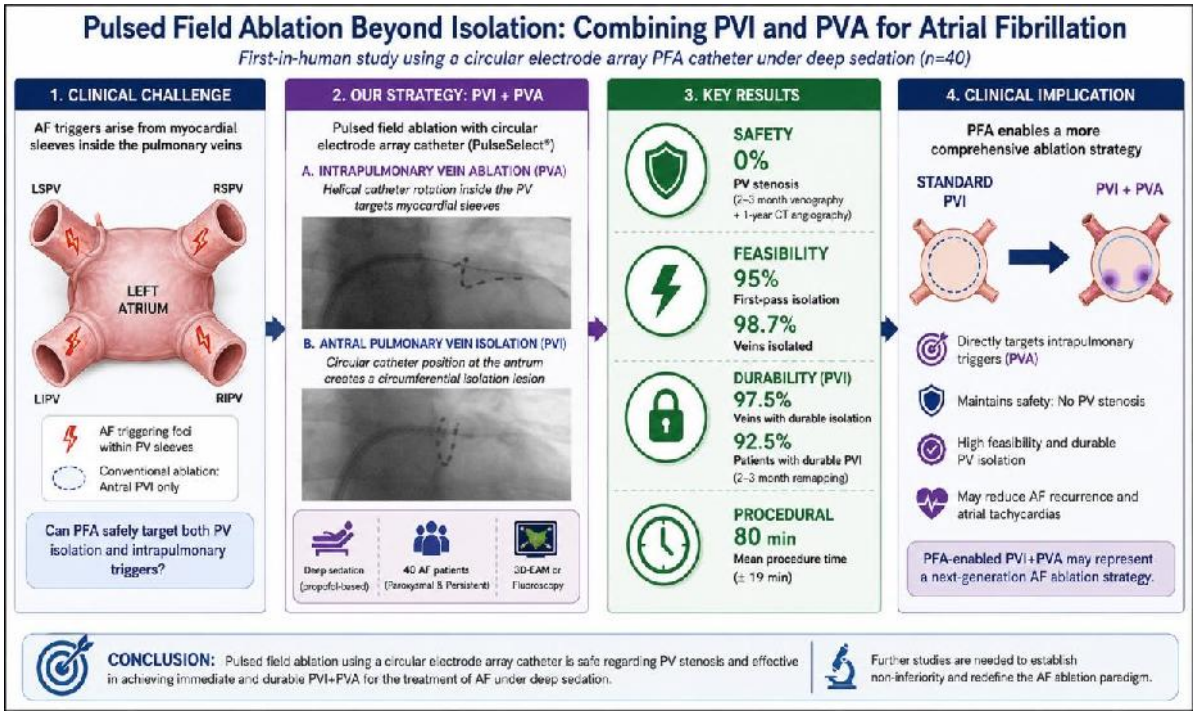


ΕΑ004|Η διενέργεια κατάλυσης εντός των πνευμονικών φλεβών με τη χρήση κυκλικού καθετήρα παλμικού πεδίου είναι εφικτή και ασφαλής στη μακροχρόνια παρακολούθηση. Αναθεωρώντας την επέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής.

Δ. Τσιαχρής[1], Α. Κορδαλής[1], Χ.Κ. Αντωνίου[1], Α.Ε. Καρανικόλα[1], Α. Λαϊνά[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Π.Α. Τσιούφης[1], Π. Ξύδης[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η απομόνωση των πνευμονικών φλεβών (PVI) αποτελεί την καθιερωμένη στρατηγική για την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής (AF). Τα τελευταία χρόνια, η κατάλυση παλμικού πεδίου (PFA) έχει αποδειχθεί μια ασφαλής και αποτελεσματική επιλογή για PVI, χωρίς να ενέχει τον κίνδυνο στένωσης των πνευμονικών φλεβών (PV) που υπήρχε με τις θερμικές μορφές ενέργειας. Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η δυνατότητα διενέργειας και η ασφάλεια επιπρόσθετης κατάλυσης εντός των μυϊκών προεκτάσεων των PV (PVA). Επιπλέον, αξιολογήθηκε η μακροχρόνια απομόνωση της PVI με τη χρήση του κυκλικού καθετήρα PFA .Μέθοδοι: Σε αυτή τη μονοκεντρική, first-in-human μελέτη (NCT07035288), 40 ασθενείς με AF υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε PVI με PFA με παράλληλη χορήγηση 4 επιπλέον εφαρμογών εντός των πνευμονικών φλεβών (PVI+PVA) μεταξύ Νοεμβρίου 2024 και Απριλίου 2025, χρησιμοποιώντας τον κυκλικό καθετήρα PFA PulseSelect (Medtronic). Η απομόνωση με την πρώτη προσπάθεια αξιολογήθηκε άμεσα με τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση (3D-EAM). Επεμβατική φλεβογραφία και 3D-EAM πραγματοποιήθηκαν σε όλους τους ασθενείς 2 έως 3 μήνες μετά την αρχική επέμβαση. Αξονική αγγειογραφία των PV πραγματοποιήθηκε σε όλους 12 μήνες μετά προς επιβεβαίωση της απουσίας στένωσης των PV. Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα σχετιζόμενα με την επέμβαση. Η απομόνωση με την πρώτη προσπάθεια παρατηρήθηκε στο 95% των ασθενών και στο 98.7% των PV. Η φλεβογραφία κατά την επαναχαρτογράφηση στους 3 μήνες όπως και η αξονική αγγειογραφία στους 12 μήνες δεν ανέδειξε στένωση των PV. Κατά την επαναχαρτογράφηση οι φλέβες ήταν απομονωμένες στο 92.5%/ασθενή και 97.5%/φλέβα. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα παραπάνω αποτελέσματα ανάλογα με τη χρήση επιπρόσθετης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης (3D-EAM) σε σχέση με τη χρήση μόνο ακτινοσκόπησης. Συμπεράσματα: Η κατάλυση εντός των πνευμονικών φλεβών είναι ασφαλής, δεν σχετίζεται με στένωση των πνευμονικών φλεβών και παρουσιάζει υψηλή ποσοστά διαρκούς απομόνωσης, με ποσοστό επιτυχούς απομόνωσης>% των φλεβών κατά τον επανέλεγχο. Η προσθήκη συστήματος 3D-EAM δεν συσχετίστηκε με βελτιωμένη αποτελεσματικότητα στην παρούσα μελέτη.

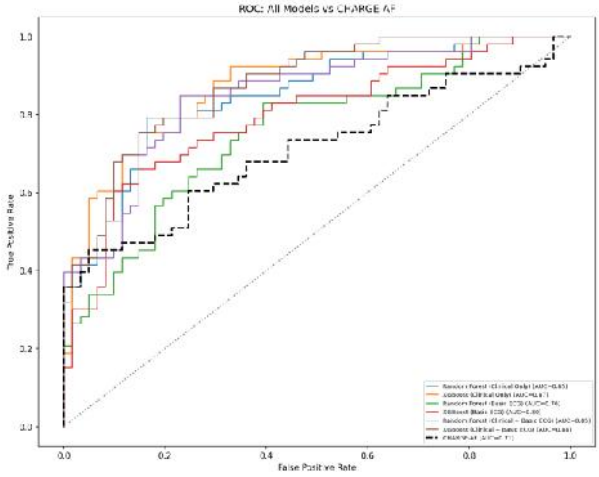


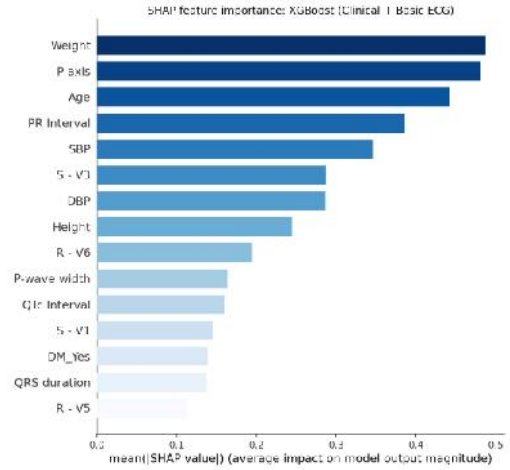
EA005|Machine Learning Augments Clinical and Basic ECG Predictors of Atrial Fibrillation Beyond the CHARGE-AF Score

H. Marisetty[1], S. Angus-Anagnostou[1], D. Tachmatzidis[2], K. Triantafyllou[2], V. Schismenos[2], D.O. Pavlou[2], P. Mamolis[2], K. Bakogiannis[2], G. Giannopoulos[2], Th. Karamitsos[2], V. Vasilikos[2]

[1]Aristotle University School of Medicine - AUSoM, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Introduction: The CHARGE-AF score estimates atrial fibrillation (AF) risk from clinical variables using a fixed linear model. Whether flexible machine-learning classifiers can extract additional discriminative power from the same clinical variables, and whether routinely auto-calculated basic ECG parameters add further value, remains unclear.Aim: To evaluate Random Forest (RF) and XGBoost models based on clinical variables, basic ECG parameters, and their combination, against the CHARGE-AF score for predicting history of AF. Methods: We analyzed 542 patients (mean age 65.5±14.6 years; 358 male, 184 female; 254 with prior AF, 288 without). RF and XGBoost classifiers were trained on a stratified 75/25 split using: (1) Clinical Only (the CHARGE-AF clinical parameters); (2) Basic ECG (15 machine-calculated parameters: heart rate, axes, intervals, P-wave width, and select voltage amplitudes); and (3) their combination. Feature selection was performed on training data only. Discrimination was assessed by AUC with bootstrap 95% confidence intervals (CI) and compared via DeLong test against CHARGE-AF.Results: Compared to CHARGE-AF (AUC 0.71, 95% CI 0.61–0.81), ML models based on the same clinical variables significantly improved discrimination with both RF (AUC 0.85, 95% CI 0.77–0.91; p=0.029) and XGBoost (AUC 0.87, 95% CI 0.80–0.93; p=0.009), confirming that non-linear models can extract more signal information from identical variables than the fixed CHARGE-AF formula. Basic ECG alone was comparatively weak (RF AUC 0.76, 95% CI 0.66–0.84, p=0.52; XGBoost AUC 0.80, 95% CI 0.67–0.85, p=0.19), not significantly different from CHARGE-AF. Combining clinical and basic ECG further increased performance, particularly for XGBoost (AUC 0.88, 95% CI 0.80–0.93). SHAP analysis of the combined XGBoost model showed P-wave-related parameters (P axis, PR interval, P-wave width) ranked among the top ten predictors, alongside Weight, Age, and Blood Pressure, ahead of most non-atrial ECG measurements. Conclusion: RF and XGBoost substantially outperform CHARGE-AF using the same clinical variables, and adding basic ECG parameters further improves discrimination for XGBoost despite ECG alone having limited standalone power. Within basic ECG parameters, P-wave indices carry disproportionate predictive weight, supporting atrial-conduction measures as a promising, low-cost addition to clinical AF risk assessment.





EA006|The clinical value of estimated small dense LDL in primary and secondary prevention

D. Delialis[1], C. Konstantaki[2], G. Georgiopoulos[1], Y. Skoumas[4], P. Batziou[2], S.P. Giannakopoulou[5], S. Athanasopoulos[2], E. Tsagalou[1], D. Papoutsis[2], C. Pitsavos[3], G. Mavraganis[2], C. Moustou[2], C. Chrysohoou[4], K. Stellos[6], D. Panagiotakos[7], K. Stamatelopoulos[2]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [6]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany, [7]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Background: Small-dense low-density lipoprotein (sdLDL) is more atherogenic than larger LDL particles, but its measurement in routine clinical practice has not been validated. We evaluated the clinical value of estimated sdLDL (esdLDL) in primary and secondary prevention settings for atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD). Methods: Analysis was conducted across three cohorts: outpatients ASCVD primary and secondary prevention cohort (Athens Angiometabolic Cohort (AAC), n=1,327), general population cohort (ATTICA study, n=1,590) and acute coronary syndrome cohort (GREECS study, n=1,296). We e xamined the association between esdLDL and markers of subclinical atherosclerosis in AAC [carotid and femoral artery wall thickness (WT) and Ankle-Brachial Index (ABI)] and assessed its predictive value for major adverse cardiovascular events (MACE) including a comp osite of CV death, acute myocardial infarction, heart failure, revascularization and stroke in all cohorts after adjustment for established risk scores. esdLDL was calculated using the formula: [esdLDL=LDL-C-1.43*LDL-C+0.14*(LN(Triglyceride)*LDL-C)+8.99]. Results: esdLDL levels in the highest quintile were significantly associated with increased carotid (OR 1.60, p<0.001) and femoral WT (OR 1.37, p=0.043), ABI<0.9 (OR 2.37 p=0.04) and number of diseased coronary artery vessels (OR 0.606, 95%CI 0.309-0.804, p<0.001). esdLDL associated with MACE in all three cohorts independently of SCORE2 or SMART2 risk scores based on presence of ASCVD (AAC, HR:2.07 per highest vs lower quintiles of esdLDL 95%CI 1.17–3.67, p=0.012, median follow-up 2.5 years, ATTICA, HR:1.31 95%CI:1.07-1.61, P=0.008, median follow-up 20 years, GREECS HR:1.27, 95% CI:1.07-1.52, P=0.008, median follow-up 14 years). Adding esdLDL to SCORE2 and SMART2 risk model improved the C-statistic (AUC: 0.629-0.655 for SCORE2 and AUC: 0.613-0.624 for SMART2) and yielded a significant Net Reclassification Improvement (NRI) of 0.360 (p<0.001) in the ATTICA study and NRI 0.115 (p=0.036) in the GREECS study. While esdLDL provided incremental value over LDL-C in ATTICA study (ΔAUC 0.011, P=0.011, NRI: 0.148, p=0.003), this improvement was not significant in the ACS population (ΔAUC 0.002, P=0.497, NRI 0.08, P=0.12). Conclusion: Estimated sdLDL calculated by a readily available formula associates with subclinical and clinically overt atherosclerosis and predicts long-term adverse CV events in 3 independent cohorts. These findings should trigger further investigation regarding its utility in risk stratification in primary and secondary prevention.

Table 1. Association of vascular markers with sdLDL per ASCVD group in the Athens Angiometabolic cohort

	Whole population	Stable CAD	ACS	General population
	OR (95% CI)			
Femoral SumWT(highest tertile)	1.37 **(1.01, 1.85)** **P=0.043**	1.99 **(1.23, 3.22)** **P=0.005**	2.92 **(1.14, 7.48)** **P=0.025**	1.77 **(1.14, 2.75)** **P=0.011**
Carotid SumWT (highest tertile)	1.60 **(1.22, 2.10)** **P<0.001**	1.63 **(1.12, 2.84)** **P=0.03**	1.89 **(1.23, 2.56)** **P=0.002**	2.09 **(1.44, 3.02)** **P<0.001**
PWV (>10m/s)	0.85 (0.63, 1.16) P=0.308	0.92 (0.48, 1.75) P=0.80	0.86 (0.48, 1.24) P=0.47	0.81 (0.55, 1.20) P=0.29
ABI<0.9	2.37 **(1.03, 5.44)** **P=0.04**	3.11 **(1.01, 9.82)** **P=0.043**	2.52 **(1.26, 3.78)** **P=0.005**	3.51 (0.50, 24.9) P=0.21
≥2 Vascular beds	1.46 **(1.12, 1.90)** **P=0.006**	2.15 **(1.08, 4.29)** **P=0.03**	1.78 **(1.07, 2.51)** **P=0.06**	1.48 **(1.03, 2.12)** **P=0.034**
Number of CAD vessels*	0.606 **(0.389, 0.804)** **P<0.001**	0.541 **(0.026, 1.06)** **P=0.039**	0.494 **(0.05, 0.983)** **P=0.012**	0.284 (-0.008, 0.575) P=0.051

OR represents the odds ratio for a patient with higher sdLDL levels (i.e., sdLDL levels in the highest quintile) to have deteriorated vascular markers.

*Estimates are derived from ordinal regression analysis for increasing number of diseased coronary artery vessels by sdLDL levels (i.e., sdLDL in the highest vs lower quintiles) after adjustment for age, sex, hypertension, smoking and diabetes mellitus.

Vascular beds include at least two of the following: presence of femoral plaque, presence of carotid plaque, PWV>10m/sec or >50% coronary plaque.

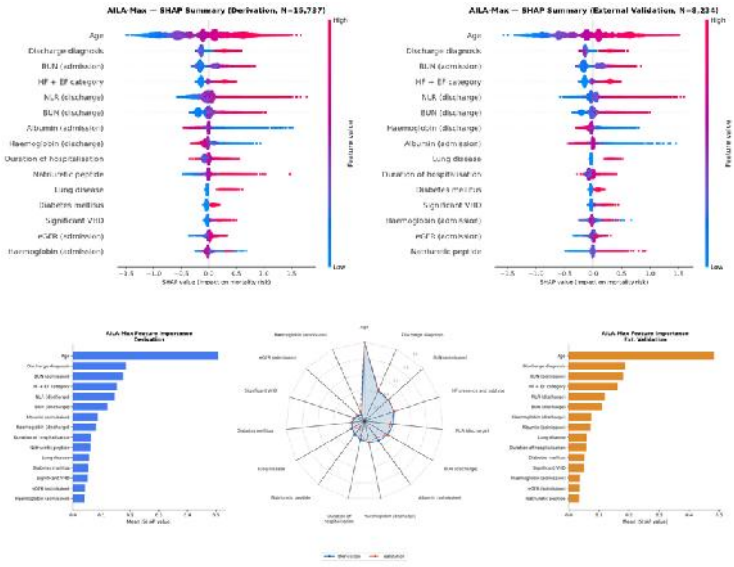
Abbreviations: SumWT: sum of wall thickness, CAD: coronary artery disease, ABI: Ankle-branchial index.

EA007|AILA: An Artificial Intelligence Layered Architecture for Dynamic, Explainable and Actionable Mortality Risk Prediction in Cardiovascular Patients

A.Samaras[1], A. Papazoglou[2], D.Moysidis[1], D. Vourtos[2], D.Dimitriadis[2], G. Tsoumakas[2], A.Ziakas[1], K.Toutouzas[3], N.Fragkakis[2], I. Zarifis[4], D.Tziakas[5], K.Tsioufis[6], P. Davlouros[7], G. Giannakoulas[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [7]University Hospital of Patras, Cardiology Division

Background: All-cause mortality following cardiology hospitalisation remains high and heterogeneous, yet post-discharge management is rarely guided by individualised risk estimation. No broadly applicable, resource-adaptive, and explainable prognostic system has been externally validated for this setting. We developed and externally validated AILA (Artificial Intelligence Layered Architecture), a tiered, multi-algorithm machine learning system for dynamic and actionable post-discharge mortality prediction in cardiovascular patients. Methods: Hospitalised patients that were discharged alive from five Greek cardiology departments (2010-2023) were included in the analyses. Three nested model tiers were developed from the derivation cohort: AILA-Admission (7 variables available at admission), AILA-Discharge (11 variables, adding routine discharge data), and AILA-Max (15 variables, adding extended biomarkers). Each tier was implemented with Cox proportional hazards, Random Survival Forest (RSF), and XGBoost Accelerated Failure Time algorithms, and externally validated across three independent hospitals. Performance was assessed by C-index, time-dependent AUC, calibration (E/O ratio, integrated calibration index, calibration slope), and integrated Brier score. Results: In total, 23,971 patients were analysed (derivation cohort: N=15,737, 6,225 deaths, 39.6%; external validation cohort: N=8,234, 2,832 deaths, 34.4%; median follow-up 4.4 and 3.3 years respectively). AILA-Admission, AILA-Discharge, and AILA-Max achieved c-indices of 0.767 (95% CI 0.758-0.776), 0.778 (0.769-0.786), and 0.784 (0.775-0.791), respectively in the external validation cohort, with mean time-dependent AUC of 0.818, 0.831, and 0.835 respectively. Calibration was excellent at 1 year (ICI=0.014; Brier R^2=0.255). Addition of discharge variables yielded significant reclassification improvement. Risk stratification identified a 23-fold gradient in 1-year mortality (1.4% vs 31.7%). The dominant predictors by SHAP were age, discharge diagnosis, blood urea nitrogen (admission), and heart failure phenotype. AILA-Max outperformed established risk scores. Performance was consistent across 20 pre-specified subgroups and replicated in per-hospital validation (C=0.745-0.781 across three independent sites). A freely accessible web calculator is available at athsamaras.github.io/aila-calculator. Conclusions: AILA is a validated, explainable, and resource-adaptive prognostic system for cardiovascular inpatients. Its layered architecture enables consistent risk estimation across clinical settings and translates prediction into actionable care through a risk-stratified framework. Dynamic updating and simulation capabilities support real-time clinical decision-making beyond static risk models.



EA008|Ventricular and Atrial Strain Analysis After M-TEER: A Retrospective Single Center Study

G. Papadopoulos[1], E. Ninios[1], S. Evangelou[2], A. Ioannides[2], V. Ninios[2]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ, [2]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece

Introduction: Mitral transcatheter edge-to-edge repair reduces mitral regurgitation and improves symptoms, but the ventricular and atrial mechanical changes underlying clinical benefit remain incompletely defined. This study aimed to evaluate left ventricular, right ventricular, and left atrial reverse remodeling using speckle-tracking strain imaging after mitral transcatheter edge-to-edge repair and to examine their association with functional status and quality-of-life outcomes. Materials and Methods: Between January 2022 and January 2025, 118 patients with symptomatic New York Heart Association class III–IV moderate-to-severe or severe degenerative or functional mitral regurgitation underwent mitral transcatheter edge-to-edge repair at our center. Offline speckle-tracking echocardiography was used to assess left ventricular global longitudinal strain, right ventricular free-wall strain, and left atrial reservoir strain at baseline, 30 days, and 1 year. Clinical endpoints included New York Heart Association functional class, heart failure hospitalization, and quality of life assessed by the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire overall summary score.Results: Strain analysis was feasible in 78.0% of patients. Left ventricular global longitudinal strain improved from −11.8±3.2% at baseline to −13.6±3.1% at 30 days and −14.1±3.3% at 1 year ($p<0.001$), despite no significant change in left ventricular ejection fraction. Improvement in left ventricular global longitudinal strain correlated with New York Heart Association class improvement and Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire gain and remained independently associated with quality-of-life improvement after multivariable adjustment. Right ventricular free-wall strain improved from −15.4±4.1% to −17.1±4.0% at 30 days and −18.2±4.3% at 1 year, paralleling a reduction in pulmonary artery systolic pressure. Patients with ≥2% right ventricular free-wall strain improvement had fewer heart failure hospitalizations at 1 year. Left atrial reservoir strain showed the largest response, increasing from 13.2±5.1% to 18.6±5.4% at 30 days and 21.1±5.9% at 1 year, and was the strongest independent predictor of quality-of-life improvement. Conclusions: Mitral transcatheter edge-to-edge repair induces early and sustained ventricular and atrial reverse remodeling. Improvements

in left ventricular mechanics and left atrial reservoir function are strongly associated with functional recovery and quality-of-life benefit.

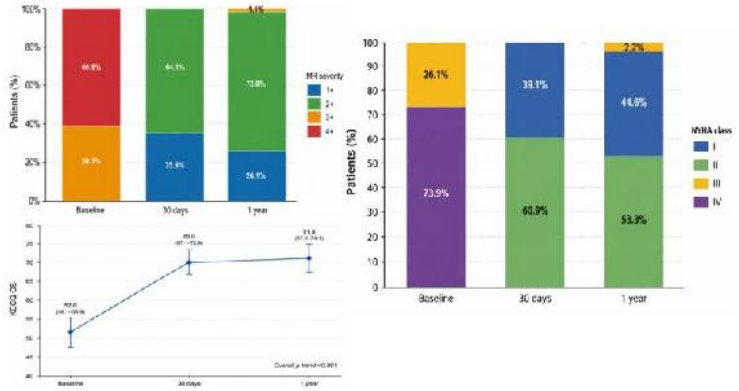


Table 4
Associations between changes in cardiac mechanics and 1-year symptoms and health status.

Association	Effect estimate	p value
ΔLV GLS vs NYHA improvement	0.42 (0.24–0.58)	<0.001
ΔLV GLS vs ΔKCCQ-OS	0.39 (0.20–0.55)	<0.001
ΔLARS vs NYHA improvement	0.48 (0.31–0.62)	<0.001
ΔLARS vs ΔKCCQ-OS	0.51 (0.34–0.65)	<0.001
ΔRV-FWS vs NYHA improvement	0.34 (0.15–0.51)	0.001
ΔRV-FWS vs ΔKCCQ-OS	0.36 (0.17–0.52)	<0.001
ΔLV GLS → ΔKCCQ-OS	2.6	0.002
ΔLARS → ΔKCCQ-OS	1.9	<0.001
ΔRV-FWS → ΔKCCQ-OS	1.5	0.002

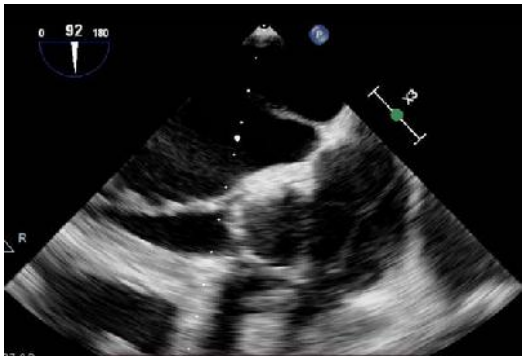
Table 3
Longitudinal echocardiographic remodeling after transcatheter mitral edge-to-edge repair.

Parameter	Baseline	30 days	1 year	p trend
LVEF, %	42 ± 11	43 ± 10	43 ± 10	0.41
LVEDV, mL	182 ± 48	170 ± 45	165 ± 43	<0.001
LV end-systolic volume, mL	104 ± 39	98 ± 35	94 ± 36	<0.001
LA volume index, mL/m^2	55 ± 14	49 ± 13	46 ± 12	<0.001
PASP, mmHg	48 ± 12	41 ± 11	38 ± 10	<0.001
LV GLS, %	−11.8 ± 3.2	−13.6 ± 3.1	−14.1 ± 3.3	<0.001
RV-FWS, %	−15.4 ± 4.1	−17.1 ± 4.0	−18.2 ± 4.3	<0.001
LARS, %	13.2 ± 5.1	18.6 ± 5.4	21.1 ± 5.9	<0.001

ΕΑ009|Διαχωρισμός πνευμονικής αρτηρίας σε ασθενή με θωρακικό άλγος και οξεία δύσπνοια

Κ. Θεοδωρίδου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Ο διαχωρισμός της πνευμονικής αρτηρίας είναι μια σπάνια και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή που συχνά αφορά ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες, φλεγμονώδεις καταστάσεις, επίκτητες καρδιακές νόσους και ιατρογενείς χειρισμούς. Λίγες περιπτώσεις περιγράφονται στη βιβλιογραφία και οι περισσότερες ανακαλύπτονται από νεκροψίες. Λόγω του λεπτότερου τοιχώματος της πνευμονικής αρτηρίας, ο διαχωρισμός αυτής οδηγεί συχνότερα σε ρήξη, συγκριτικά με το διαχωρισμό της αορτής, με αποτέλεσμα τη σημαντικά υψηλότερη θνητότητα. Υλικά/Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού με διαχωρισμό πνευμονικής αρτηρίας που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και περιγραφή των ευρημάτων από το υπερηχοκαρδιογράφημα και την αξονική αγγειογραφία. Αποτελέσματα: Άνδρας 73 ετών με ατομικό αναμνηστικό αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μεταλλική, αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, αρτηριακής υπέρτασης, κακοήθειας λάρυγγα χειρουργηθείσας προ ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας λόγω θωρακικού άλγους με συνοδό δύσπνοια αιφνίδιας έναρξης. Κατά την προσέλευση καρδιακοί τόνοι ρυθμικοί, ταχείς, 25 αναπνοές το λεπτό, αρτηριακή πίεση 170/80mmHg. Η ακτινογραφία θώρακος κατέδειξε καρδιομεγαλία και διεύρυνση μεσοθωρακίου. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε αριστερή κοιλία οριακών εσωτερικών διαστάσεων με καλή συνολική συστολική λειτουργία, διάταση του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας με παρουσία συνεχούς ροής εντός της αυτής από την υπερστερνική τομή και στο βραχύ άξονα στο επίπεδο των μεγάλων αγγείων. Ακολούθησε διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα όπου παρατηρήσαμε την εικόνα διαχωρισμού της πνευμονικής αρτηρίας και επιβεβαιώσαμε την παρουσία επικοινωνίας μεταξύ της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής (εικόνα 1). Επιπλέον διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία που περιέγραψε σαφώς το διαχωρισμό της πνευμονικής αρτηρίας ο οποίος άρχεται αμέσως μετά την πνευμονική βαλβίδα και εκτείνεται στο δεξιό κύριο κλάδο. Ο ψευδής αυλός της δεξιάς κύριας πνευμονικής αρτηρίας επικοινωνεί μέσω fistula με την κάτω επιφάνεια του αορτικού τόξου (εικόνα 2). Αποφασίστηκε η διακομιδή του σε τριτοβάθμιο κέντρο για καρδιοχειρουργική εκτίμηση. Ο ασθενής κρίθηκε υψηλού καρδιοχειρουργικού κινδύνου και ακολούθησε συντηρητική αντιμετώπιση με διουρητικά. Τα συμπτωμάτα βελτιώθηκαν και κατά την παρακολούθηση του παραμένει ασυμπτωματικός και ανεπίπλεκτος. Συμπεράσματα: Η διάγνωση του διαχωρισμού της πνευμονικής αρτηρίας δεν είναι πάντα εύκολη. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι η δύσπνοια και το οπισθοστερνικό άλγος. Η ηχωκαρδιογραφία, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική καρδιάς μπορούν να βοηθήσουν στη διερεύνηση. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη διαχείριση αυτών των ασθενών, παρά το γεγονός ότι ο διαχωρισμός της πνευμονικής αρτηρίας έχει ποσοστό θνησιμότητας 80%



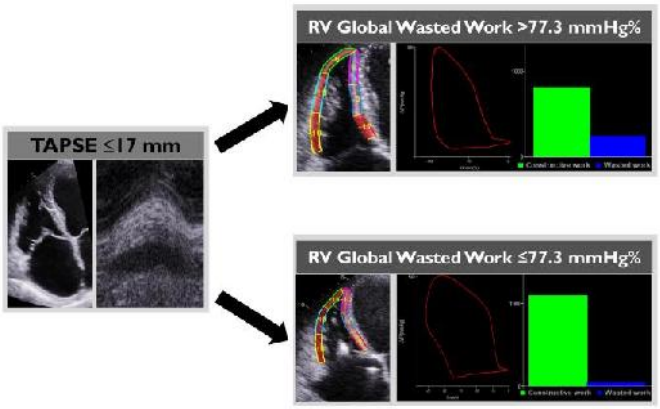


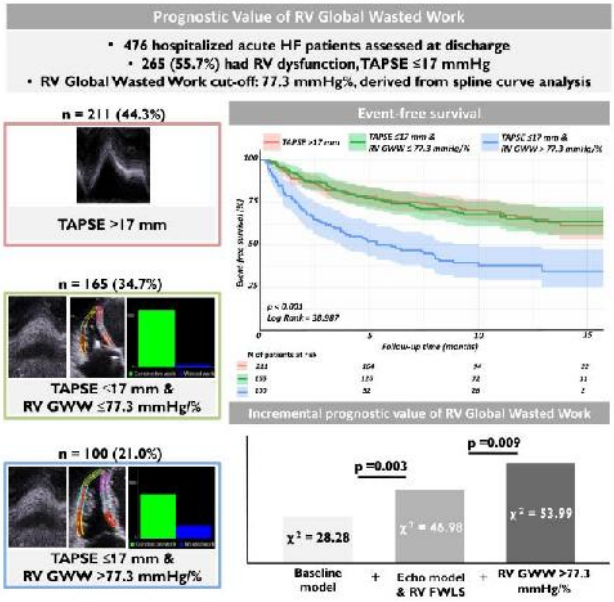
EA010|Prognostic impact of right ventricular global wasted work in acute heart failure with right ventricular dysfunction

V. Anastasiou[1], E. Stavropoulou[1], A. Nikolaidou[1], E. Fardoulis[1], E. Baltagianni[1], Th. Zegos[1], Th. Karamitsos[2], G. Giannakoulas[1], N. Ajmone-Marsan[3], Jeroen J Bax[3], A. Ziakas[1], V. Kaberidis[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [3]Department of Cardiology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

Background: Right-ventricular (RV) dysfunction assessed by TAPSE is a marker of poor prognosis in acute heart failure (HF). However, the role of the novel index of RV global wasted work (GWW) that describes the inefficient RV energy expenditure remains undetermined in such patients. Purpose: This study sought to explore the prognostic value of RVGWW in acute HF patients with impaired TAPSE. Methods: Consecutive patients admitted for acute HF were prospectively enrolled and RVGWW was assessed within 24 hours before discharge. For patients with RV dysfunction described as TAPSE ≤17 mm, spline curve analysis was performed to identify the optimal prognostic cut-off value of RVGWW. Patients were followed up for the primary endpoint of all-cause mortality and HF rehospitalization. Results: Out of 476 patients included in the study (73.4±11.9 years old, 58.6% male), 265 (55.7%) had TAPSE ≤17 mm, and were further divided into 2 groups; those with RVGWW ≤77.3 mmHg/% (n=165) and those with RVGWW>.3 mmHg/% (n=100) (Picture 1). During a mean follow-up of 12.0±2.5 months, 183 (38.4%) patients reached the primary endpoint. Patients with TAPSE ≤17 mm & RVGWW>.3 mmHg/% demonstrated the highest percentage of cumulative events (62.0%) compared to patients with TAPSE >17 mm (31.8%) and patients with TAPSE ≤17 mm & RVGWW ≤77.3 mmHg/% (32.7%), with the latter 2 groups sharing similar risk (Log-rank p <0.001) (Picture 2). RVGWW>.3 mmHg/% was independently associated with the primary endpoint (adjusted HR: 1.90 [95% CI, 1.18–3.08]; p =0.009) and provided incremental prognostic value over clinical, biochemical, and echocardiographic variables, including RV free wall longitudinal strain (Picture 2). Conclusion: Increased RVGWW could re-stratify the prognosis of acute HF patients with established RV dysfunction. RVGWW>.3 mmHg/% had incremental additive value over and above clinical, biochemical and echocardiographic biomarkers for predicting worse outcome at long-term follow-up.





ΕΑ011|Επίπτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με πολλαπλό μυέλωμα: propensity score-matched μελέτη πραγματικών δεδομένων

Ι. Μπούτσικος[1], Π. Κωστάκου[1], Χ. Φιλιππάτος[1], Ν.Ι. Τεπετές[1], Π. Μπούτσικος[1], Β. Μικρός[1], Κ. Γκίκας[1], Μ. Γαβριατοπούλου[1], Ε. Καστρίτης[1], Κ. Σταματελόπουλος[1], Ε. Τέρπος[1], Μ.Α. Δημόπουλος[1], Α. Μπριασούλης
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών επιπλοκών, λόγω τόσο της ίδιας της νόσου όσο και των σύγχρονων θεραπευτικών σχημάτων. Ωστόσο, ο επιπρόσθετος καρδιαγγειακός κίνδυνος που αποδίδεται στο συμπτωματικό ΠΜ, πέραν αυτού που σχετίζεται με τη μονοκλωνική γαμμαπάθεια αδιευκρίνιστης σημασίας (MGUS), δεν έχει πλήρως εξακριβωθεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η συγκριτική εκτίμηση της επίπτωσης καρδιαγγειακών συμβαμάτων μεταξύ ασθενών με ΠΜ και MGUS. Μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη κοορτής στη βάση δεδομένων TriNetX Global Health Research Network. Συμπεριλήφθηκαν ενήλικες ασθενείς με νέα διάγνωση ΠΜ ή MGUS, χωρίς προϋπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μετά από αντιστοίχιση propensity score βάσει 29 δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών μεταβλητών, αναλύθηκαν δύο ισοδύναμες ομάδες των 72.909 ασθενών. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE), η καρδιακή ανεπάρκεια, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κολπική μαρμαρυγή, η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, η καρδιακή ανακοπή, η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος και η αρτηριακή υπέρταση. Αποτελέσματα: Μετά από αντιστοίχιση, συμπεριλήφθηκαν συνολικά 145.818 ασθενείς. Σε σύγκριση με την ομάδα MGUS, οι ασθενείς με ΠΜ παρουσίασαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (HR 1,14, 95% CI 1,09–1,18), καρδιακής ανεπάρκειας (HR 1,34, 95% CI 1,30–1,39, p<0,001), οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου (HR 1,14, 95% CI 1,08–1,20, p<0,001), κολπικής μαρμαρυγής (HR 1,29, 95% CI 1,25–1,34, p<0,001), ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας (HR 1,10,

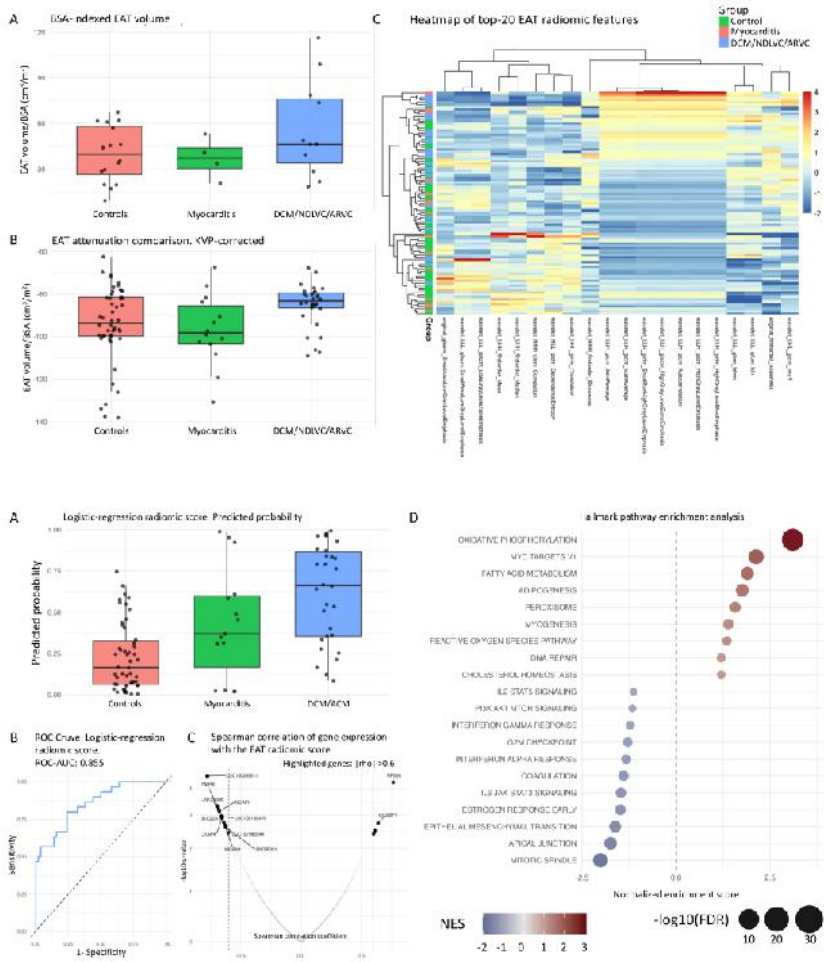
95% CI 1,07–1,13, p<0,001), καρδιακής ανακοπής (HR 1,39, 95% CI 1,26–1,54, p<0,001) και αρτηριακής υπέρτασης (HR 1,21, 95% CI 1,18–1,24, p<0,001). Η μεγαλύτερη αύξηση κινδύνου παρατηρήθηκε για τη φλεβική θρομβοεμβολική νόσο (HR 2,21, 95% CI 2,12–2,31, p<0,001). Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (HR 1,03, p=0,297). ΣυμπεράσματαΤο πολλαπλό μυέλωμα σχετίζεται με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε σύγκριση με τη MGUS, ακόμη και μετά από εκτεταμένη προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες. Η ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας, κολπικής μαρμαρυγής, καρδιακής ανακοπής και φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου υπογραμμίζει την ανάγκη συστηματικής καρδιολογικής αξιολόγησης ήδη από τη διάγνωση του ΠΜ και ενισχύει τον ρόλο της καρδιο-ογκολογικής προσέγγισης στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΕΑ012|Radiomics Επικαρδιακού Λιπώδους Ιστού από Αξονική Τομογραφία Καρδιάς για τη Φαινοτυπική Διάκριση Ασθενών με Υποκείμενη Μυοκαρδιοπάθεια

Θ. Τσάμπρας[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Χ. Παπαστάμος[1], Σ. Σημαντήρης[1], Ι. Βατσέλλας[2], Δ. Βαλάκος[2], Γ. Μπενέτος[3], Α. Κασιακόγιας[1], Δ. Τερεντές-Πρίντζιος[1], Β. Γαρδικιώτη[1], Α. Κουρουτζόγλου[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Μ.Ε. Κοιλάκου[1], Α.Ξηνταράκου[4], Γ. Λάζαρος[1], Κ.Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Ελληνικό Κέντρο Γονιδιωματικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή – Σκοπός: Ο επικαρδιακός λιπώδης ιστός (Epicardial Adipose Tissue, EAT) αποτελεί έναν αναδυόμενο απεικονιστικό βιοδείκτη καρδιαγγειακής νόσου. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαγνωστικής αξίας των radiomics του EAT από αξονική στεφανιογραφία για τη διάκριση ασθενών με DCM/ACM από υγιείς μάρτυρες και ασθενείς με πρόσφατη μυοκαρδίτιδα.Υλικό και ΜέθοδοςΑναλύθηκαν εξετάσεις αξονικής στεφανιογραφίας που συλλέχθηκαν προοπτικά από 95 άτομα: 30 ασθενείς με DCM/ACM, 15 με πρόσφατη μυοκαρδίτιδα (εντός 8 εβδομάδων από το επεισόδιο) και 50 υγιείς μάρτυρες. Ο επικαρδιακός λιπώδης ιστός τμηματοποιήθηκε με το λογισμικό ανοικτού κώδικα 3D-Slicer και εξήχθησαν 843 χαρακτηριστικά ραδιομικά χαρακτηριστικά με χρήση της βιβλιοθήκης PyRadiomics. Πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ ασθενών με DCM/ACM και υγιών μαρτύρων με χρήση μη παραμετρικών δοκιμασιών και διόρθωση για πολλαπλές συγκρίσεις (False Discovery Rate). Τα πλέον διακριτικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή ενός σύνθετου δείκτη. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση μεταγραφώματος με στόχο τη διερεύνηση της συσχέτισης της γονιδιακής έκφρασης με τον ραδιομικό δείκτη, καθώς και ανάλυση εμπλουτισμού σηματοδοτικών οδών. Αποτελέσματα: Ο μέσος όγκος EAT δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, ενώ η μέση εξασθένηση του EAT διέφερε σημαντικά μεταξύ των τριών διαγνωστικών ομάδων (Kruskal-Wallis p=0.038, Εικόνα 1Α-Β). Η απεικόνιση θερμικού χάρτη των σημαντικότερων ραδιομικών χαρακτηριστικών ανέδειξε διακριτή ομαδοποίηση των ασθενών με DCM/ACM βάσει των σημαντικότερων ραδιομικών χαρακτηριστικών (Εικόνα 1Γ). Με βάση τα 15 κορυφαία FDR-ranked ραδιομικά χαρακτηριστικά αναπτύχθηκε ένας σύνθετος ραδιομικός δείκτης λογιστικής παλινδρόμησης για τη διάκριση ασθενών με DCM/ACM από υγιείς μάρτυρες, ο οποίος επέδειξε υψηλή διαγνωστική απόδοση (ROC-AUC=0.855). Από την εφαρμογή του ανωτέρω δείκτη οι προβλεπόμενες πιθανότητες του μοντέλου εμφάνισαν σαφή διαβάθμιση μεταξύ των τριών ομάδων (Εικόνα 2Α-Β). Επιπλέον, η συσχέτιση του ραδιομικού δείκτη με δεδομένα μεταγραφώματος ανέδειξε γονίδια με ισχυρή θετική και αρνητική συσχέτιση, ενώ η ανάλυση εμπλουτισμού σηματοδοτικών οδών κατέδειξε ότι υψηλότερες τιμές του radiomic score σχετίζονταν κυρίως με εμπλουτισμό μονοπατιών μιτοχονδριακής λειτουργίας, οξειδωτικής φωσφορυλίωσης, ενεργειακού μεταβολισμού και μεταβολισμού λιπιδίων, παρέχοντας βιολογική τεκμηρίωση των απεικονιστικών ευρημάτων (Εικόνα 2Γ-Δ).Συμπεράσματα: Τα CT radiomics του επικαρδιακού λιπώδους ιστού αναδεικνύουν διακριτό φαινότυπο σε ασθενείς με DCM/ACM. Η συσχέτισή τους με μεταγραφωματικές υπογραφές που σχετίζονται με τη μιτοχονδριακή λειτουργία και τον μεταβολισμό των λιπιδίων υποστηρίζει τη βιολογική σημασία των απεικονιστικών ευρημάτων.



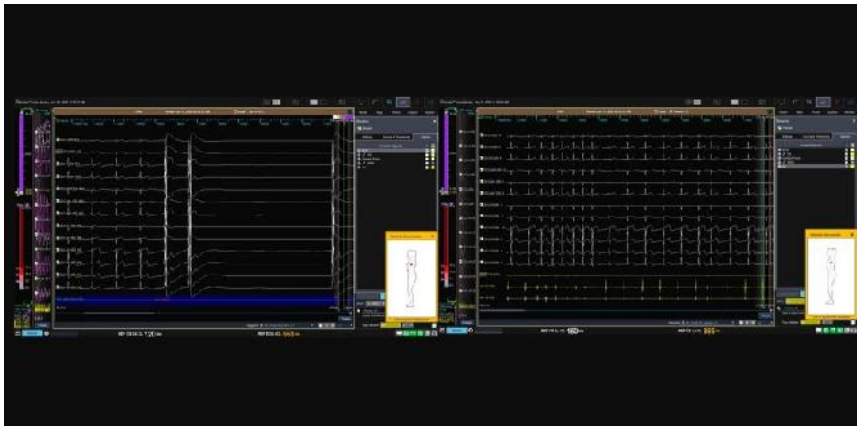
EA013|Image-Guided Cardioneuroablation Combined with Pulmonary Vein Isolation for Cardioinhibitory Vasovagal Syncope and Vagally Mediated Atrial Fibrillation

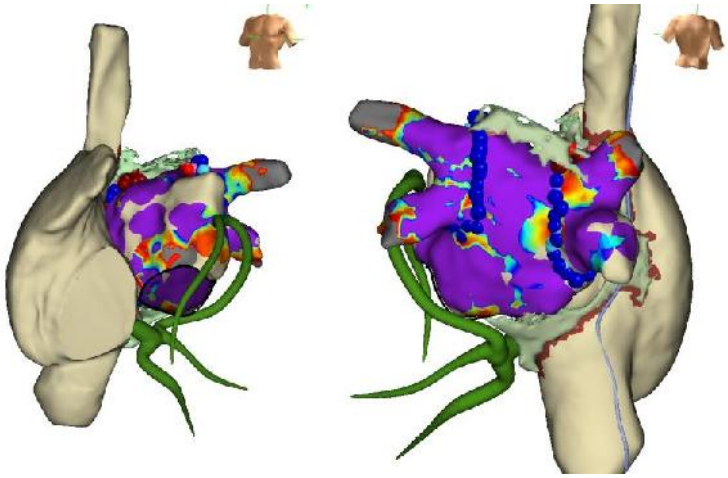
A. Laina[1], A. Pandolfi[2], L. Donisi[2], R. Miller[2], M. Audoubert[2], R. Cassagneau[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Heart Rhythm, Clinique Pasteur, Toulouse, France

Background: Cardioneuroablation (CNA) has emerged as a promising therapy for severe cardioinhibitory vasovagal syncope (VVS). In patients with concomitant vagally mediated atrial fibrillation (AF), combining CNA with pulmonary vein isolation (PVI) may target the shared autonomic substrate underlying both conditions. Case Summary: A 29-year-old man with recurrent VVS since adolescence underwent cardiological evaluation during an aeromedical fitness assessment. Baseline ECG, exercise stress testing, and transthoracic echocardiography were unremarkable. Tilt-table testing elicited a marked cardioinhibitory response with prolonged asystole reproducing his symptoms, prompting implantation of an implantable loop recorder (ILR).Remote monitoring subsequently documented a five-hour episode of paroxysmal AF immediately preceded by progressive sinus bradycardia after ingestion of ice-cold water, consistent with vagally mediated AF. During outpatient follow-up, the patient experienced spontaneous vasovagal syncope, with ILR interrogation demonstrating an asystolic pause exceeding 20 seconds. Given the coexistence of severe cardioinhibitory VVS and vagally mediated AF, a combined CNA and PVI procedure was performed under general anesthesia. Baseline stimulation from the right internal jugular vein reproducibly induced junctional bradycardia (40 bpm), confirming marked vagal influence. High-density electroanatomical mapping of the left atrium (EnSite X, Abbott) demonstrated normal voltage and was integrated with pre-procedural cardiac CT using the InHeart platform to identify epicardial fat pads corresponding to the major ganglionated plexi (Figure 1).Pulsed field ablation was performed for PVI. The initial application at the left superior pulmonary vein induced transient complete atrioventricular block requiring temporary ventricular pacing (Figure 2). Following left-sided PVI, targeted radiofrequency CNA (30 W, 60 s) was delivered at the roof ganglionated plexus, after which no further conduction disturbances occurred. Radiofrequency ablation was then performed at the anterior right ganglionated plexus before completion of right-sided PVI with pulsed field ablation. A

marked increase in heart rate was noted (Figure 3). No atrial fibrillation was induced during the procedure. Conclusion: This case demonstrates the feasibility of combining anatomically guided CNA with PVI to simultaneously treat severe cardioinhibitory VVS and vagally mediated AF. CT-integrated electroanatomical mapping enabled precise autonomic targeting, supporting the concept of a shared autonomic substrate and the potential role of a combined ablation strategy in carefully selected patients.





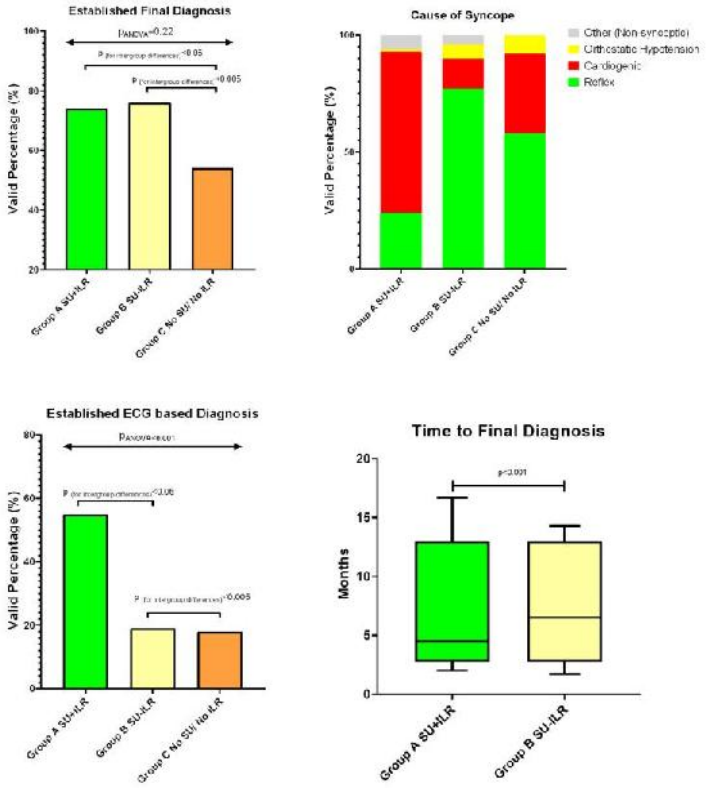
EA014|Targeted use of Implantable Loop Recorders improves the effectiveness of Syncope Unit:

N. Milaras[1], S. Archontakis[1], P. Dourvas[1], A. Markakos[1], D. Kalantzis[1], T. Klogkeri[1], C. Nikolaros[1], E. Triantafilou[1], D. Kolios[1], C. Anagnostou[1], L. Korogiannis[1], S. Tsalamandris[1], D. Venetsanos[1], M. Divani[1], S. Sideris[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Purpose: Syncope remains a common medical problem. Recently, the role of dedicated Syncope Units and implantable loop recorders has emerged, in the investigation of unexplained syncope. This study aims to investigate the possibilities for a more rational and targeted use of various diagnostic tools.Methods: In this retrospective single-center study, 196 patients with Unexplained Syncope were included, between March 2019 and February 2023. Various diagnostic tools were utilised during investigation, according to clinical judgement. Patients were retrospectively allocated into Group A including those who, among other tests, underwent loop recorder insertion and Group B including patients investigated without loop recorder implantation. Data were compared with Group C, including patients assessed prior to Syncope Unit establishment. Results: There was no difference between Group A (n=133) and Group B (n=63) in the diagnostic yield (74% vs. 76%, p=0.22). There was significant difference between Group A and B regarding age (67.3 ± 16.9 years vs. 48.3 ± 19.1 years, p<0.001) and cause of syncope (cardiogenic in 69% of group A, reflex syncope in 77% of group B, p<0.001). Electrocardiography-based diagnosis occurred in 55% and 19% of Group A and B respectively (p<0.001). Time to diagnosis was 4.2 ± 2.7 months in Group A and 7.5 ± 5.6 months in Group B, p<0.001. In Group C, diagnostic yield was 57.9% and electrocardiography-based diagnostic yield was 18.3%. Conclusions: A selective use of loop recorders

according to clinical and electrocardiographic characteristics increases the effectiveness of the structured Syncope Unit approach and further preserves financial resources.



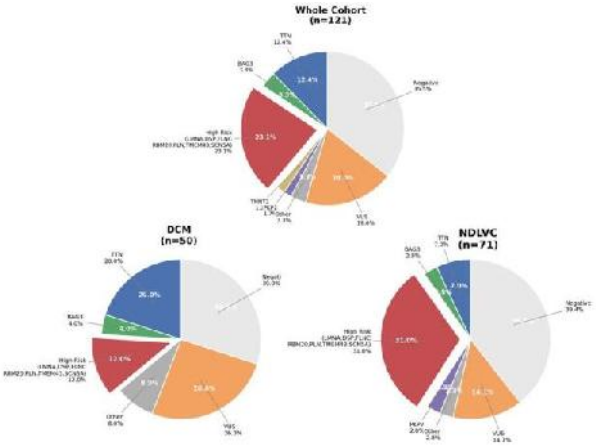
EA015|Without Genetic Testing, 1 in 4 DCM/NDLVC Patients Remains Misclassified. Denying Them the Benefits of Modern, Personalised Risk Stratification

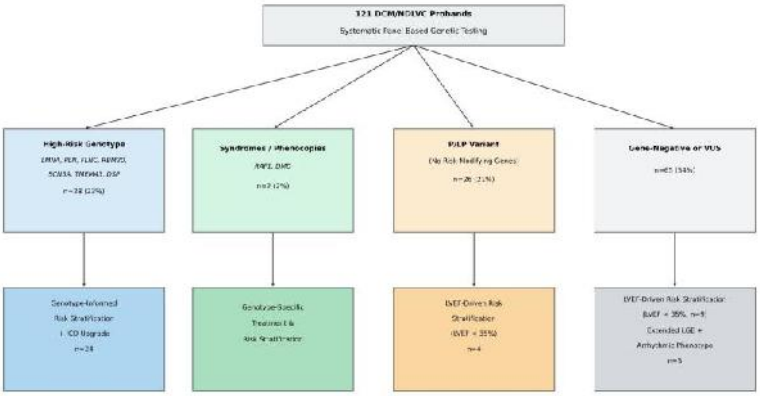
E. Papatheodorou[1], D. Vlachomitros[2], E. Tsakonas[3], M. Pantou[2], P. Gourzi[2], S. Sventzouri[2], S. Georgopoulos[2], E. Nyktari[4], M. Efraimidis[1], P. Vardas[2], A. Anastasakis[1]

[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ, *[2]Onassis Cardiac Surgery Centre, Unit of Inherited and Rare Cardiovascular diseases*, *[3]Greek National Network for Prevention of Sudden Cardiac Death In the Young, Athens, Greece*, *[4]Onassis Cardiac Surgery Centre, Cardiac Magnetic Resonance Unit*

Background Recent ESC cardiomyopathy guidelines introduced the concept of NDLVC and positioned genotype as a key determinant of arrhythmic risk stratification, highlighting specific high-risk genes as independent risk modifiers. The real-world clinical impact of systematic genetic testing across the DCM/NDLVC spectrum remains incompletely defined. Methods: We prospectively enrolled 121 consecutive probands with DCM or NDLVC referred to our inherited cardiomyopathy program (2019-2022). All patients underwent standardized clinical assessment and panel-based genetic testing. Variants were classified per ACMG/AMP criteria. High-risk genes were defined per ESC guidelines (LMNA, PLN, FLNC, RBM20, SCN5A, TMEM43, DSP). Arrhythmic phenotype was defined as complex ventricular arrhythmias (NSVT, VT, appropriate ICD shocks). The aim was to evaluate the clinical impact of genetic testing on arrhythmic risk stratification and primary prevention ICD decision-making. Results The cohort included 121 probands (59% male, mean age 37 ± 15.4 years; mean LVEF 47 ± 10%), of whom 50 had DCM and 71 NDLVC. Extensive fibrosis was present in 13%. A P/LP variant was identified in 45% of the probands. High-risk gene variants were present in 23% of the total cohort; 30% in NDLVC patients and in 12% of DCM patients. An arrhythmic phenotype was documented in 49 probands (41%). High-risk gene variants were more prevalent among arrhythmic phenotypes (39% vs. 11%, p=0.001). In 24 probands, high-risk genotype upgraded arrhythmic risk classification beyond LVEF-based criteria. Two individuals were identified with syndromic/specific phenocopies. Cascade screening reclassified 25 additional relatives to a higher arrhythmic risk category. Conclusions Systematic genetic testing identified P/LP variants in 45% of DCM/NDLVC probands, with 23% carrying ESC-designated high-risk gene variants. High-risk genotypes were significantly associated with arrhythmic phenotype and had a direct, quantifiable impact on risk stratification and ICD decision-making in probands and families. Omission of genetic testing represents a failure to apply contemporary

stratification tools to a population in whom genotype is a principal determinant of arrhythmic risk. Routine genotype-informed evaluation should be considered a fundamental component of personalised care in DCM and NDLVC.





ORAL PRESENTATIONS

Προφορικές Ανακοινώσεις / Oral presentations

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

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

Πρόεδροι: Σ. Αρχοντάκης (Αθήνα), **Γ. Τσιτσινάκης**(Αθήνα),
Chairpersons: S. Archontakis(Athens), **G. Tsitsinakis** (Athens)

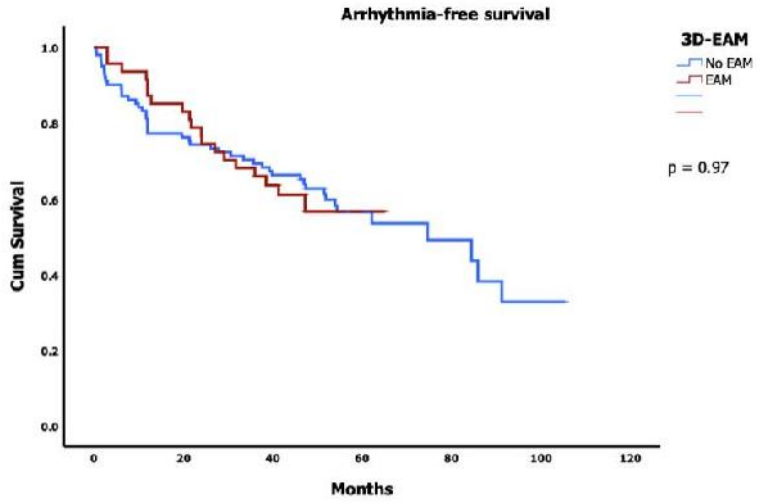
ΠΑ001|Επίδραση της τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης στην έκβαση της πρώτης κρυοκατάλυσης για κολπική μαρμαρυγή: αναδρομική propensity-matched μελέτη

13/11/26 · METIS / METIS

Α.Ε. Καρανικόλα[1], Δ. Τσιαχρής[1], Μ. Μπότης[1], Π. Αλεξάνδρου[1], Ν. Αργυρίου[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Χ. Κ. Αντωνίου[1], Α. Κορδαλής[1], Κ.Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η κρυοκατάλυση(cryoballoon ablation, CBA) αποτελεί καθιερωμένη μέθοδο απομόνωσης πνευμονικών φλεβών(pulmonary vein isolation, PVI) σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή(ΚΜ). Ωστόσο, ο πρόσθετος ρόλος της τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης (3D electroanatomical mapping, 3D-EAM) κατά τη διάρκεια της CBA παραμένει ασαφής. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της 3D-EAM στην υποτροπή αρρυθμίας μετά από πρώτη επέμβαση κρυοκατάλυσης. Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση με βάση την PVI για παροξυσμική ή εμμένουσα ΚΜ μεταξύ Ιανουαρίου 2017 και Ιανουαρίου 2023. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδα με χρήση 3D-EAM πριν και μετά την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών και σε ομάδα χωρίς 3D-EAM. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η υποτροπή κολπικής αρρυθμίας κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση. Η επιβίωση ελεύθερη αρρυθμίας αξιολογήθηκε με ανάλυση Kaplan–Meier, ενώ πραγματοποιήθηκε propensity score matching(2:1, nearest neighbor, caliper 0,2) με βάση την ηλικία, το φύλο, τη διάμετρο του αριστερού κόλπου και τον τύπο της ΚΜ. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 111 ασθενείς: 39 στην ομάδα 3D-EAM [ηλικία 63(53–72) έτη, 33% γυναίκες, 41% παροξυσμική ΚΜ, διάμετρος αριστερού κόλπου 43(40-47) mm, διάρκεια ΚΜ 2,0(0,8–5,5) έτη] και 72 στην ομάδα χωρίς 3D-EAM [62(52–72) έτη, 26% γυναίκες, 54% παροξυσμική ΚΜ, διάμετρος αριστερού κόλπου 43(39-47)mm, διάρκεια ΚΜ 3,0(1,5–10,0) έτη]. Κατά τη διάμεση παρακολούθηση 4,4 ετών(IQR 3,8–5,2), υποτροπή αρρυθμίας εμφάνισε το 45% των ασθενών, με περισσότερα από τα δύο τρίτα των υποτροπών να καταγράφονται μετά τον πρώτο χρόνο. Η πολύ όψιμη υποτροπή(≥12 μήνες) ήταν συχνότερη στην ομάδα 3D-EAM(89,5% έναντι 63%, p=0,03), χωρίς διαφορά στα ποσοστά επανασύνδεσης των πνευμονικών φλεβών μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση(p=0,30). Η Kaplan–Meier ανάλυση δεν ανέδειξε διαφορά στην επιβίωση ελεύθερη αρρυθμίας μεταξύ των ομάδων(log-rank p=0,97). Στην propensity-matched ανάλυση, η χρήση 3D-EAM δεν συσχετίστηκε με μεταβολή του κινδύνου υποτροπής αρρυθμίας(HR 0,61, 95% CI 0,23–1,62, p=0,30).Συμπεράσματα :Η χρήση 3D-EAM κατά την πρώτη κρυοκατάλυση δεν βελτίωσε τη μακροχρόνια διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού. Με δεδομένη την απουσία σαφούς κλινικού οφέλους, καθώς και την επιπλέον διάρκεια και το αυξημένο κόστος της επέμβασης, η συστηματική εφαρμογή της στις επεμβάσεις κρυοκατάλυσης δεν φαίνεται να δικαιολογείται. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τον εντοπισμό ειδικών υποομάδων ασθενών που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τη χρήση της.



Number at risk

Months	0	3	6	12	24	36	48	60	72	84	90	101
EAM (-)	100	98	95	89	77	65	53	41	29	17	11	0
EAM (+)	46	44	41	35	23	11	9	0	0	0	0	0

ΠΑ002|Not all PFA Reactions are Complications: A two-case series of Acute Autonomic and Pericardial Responses

13/11/26 · METIS / METIS

Α.Μπίζα[1], Γ. Φώτος[2], Α. Χρήστου[1], Β. Αποστολόπουλος[1], Κ. Φλέσσα[1], Μ. Αγγελάκη[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Pulsed filed ablation (PFA) has rapidly emerged as a safe and effective technique for pulmonary vein isolation (PVI). Although major complications are uncommon, acute physiological responses during or after the ablation procedure are not fully understood. We report two cases highlighting distinct autonomic and inflammatory responses following PFA. Methods: We analyzed 60 consecutive patients undergoing PFA for PVI the past 12months, using the Affera mapping and ablation system. Two patients presented with uncommon peri-procedural events. Clinical, procedural and follow-up data were reviewed. Results: Case 1: Autonomic Response:A 67-year-old male patient with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation (AF) underwent PFA for PVI for the first time. During energy delivery at the right superior pulmonary vein (RSPV), a profound sinus pause occurred immediately (approximately 4 sec) after PFA application. The episode resolved spontaneously without pacing or pharmacological treatment and the procedure was completed successfully with complete isolation of the pulmonary veins. Given its time and location, the event was considered compatible with an acute vagal response related to modulation of the intrinsic cardiac autonomic nervous system. Case 2: Pericardial ResponseA 6-year-old female patient with paroxysmal AF underwent PFA for PVI successfully. Twenty-four hours post-ablation procedure, the patient developed pleuritic chest pain, exacerbated by deep inspiration and the supine position. Electrocardiography and transthoracic echocardiography showed no significant abnormalities or pericardial fluid. Inflammatory markers (CRP) were elevated, and symptoms resolved with ibuprofen. The clinical symptom was considered as a mild acute post-ablation pericarditis. Conclusions: While PFA is considered a tissue-selective technology with an excellent safety profile, acute autonomic and inflammatory responses may still occur. Recognition of such phenomena may help differentiate benign biological responses from major procedural complications and improve understanding of the broader effects of PFA beyond pulmonary vein isolation.

ΠΑ003|Factors influencing postoperative atrial fibrillation in patients undergoing off pump coronary artery bypass grafting.

13/11/26 · METIS / METIS

A. Papadima[1], A. Panagiotopoulos[2], A. Karamolegkou[1], K. Manios[3], F. Braimakis[1], I. Panagiotopoulos[3]

[1]Hippokrateion General Hospital Athens Department of Anesthesiology, *[2]National and Kapodistrian University of Athens*, *[3]Hippokrateion General Hospital Athens Department of Cardiothoracic Surgery*

Background and Aims: The reported incidence of AF after CABG surgery varies from 20 to 40%, with the arrhythmia usually occurring between second and fourth postoperative days. The aim of this study is to assess the predictive value of specific clinical risk factors and identify key perioperative predictors of new-onset atrial fibrillation in patients who underwent coronary artery bypass grafting (CABG).Materials and Methods: In this retrospective study 144 consecutive adult patients underwent off pump CABG , between November 2023 and December 2025, in Hippokration General Hospital, Athens, Greece. Our Patients were divided into two groups; Group A included patients who did not develop PO AF (78 patients) and Group B patients who developed PO AF (66 patients). Perioperative Data, including gender, age, demographic variables and postoperative morbidity and mortality were extracted from the medical records. All patients transferred to the telemetry floor for monitoring after discharging from ICU during their hospital stay. Operative Data included: The type of surgery performed, the lowest body temperature, the number of grafts. Intraoperative complications (arrhythmias, hemodynamic instability, intra-aortic balloon, acute myocardial infarction, bleeding). The use of inotropes (noradrenaline, dopamine, dobutamine, nitroglycerin, sodium nitroprusside). Blood transfusion and blood products . Results: The incidence of POAF was directly proportional to the age, where the incidence was 6% in patients less than 60 years old, 23% between 60 and 70 years and reached up to 48% for patients above the age of 70 years.39 patients (50%) had diabetes in group A and 54 patients (81,8%) in group B (P = .0001). Patients who developed POAF had a lower ejection fraction (P <0,05), diastolic dysfunction (P = .0001), Larger Left atrial volume (P = .0001). Bleeding requiring re-opening for exploration and Postoperative shock were identified as significant predictors for POAF.Conclusion: In our study, advanced age, enlarged LA volume, low ejection fraction, and prolonged ventilation time were found to be predictors of atrial fibrillations after off pump coronary artery bypass grafting.

ΠΑ004|Comparative efficacy and safety of catheter ablation energy modalities for atrial fibrillation: A network meta-analysis of randomized trials

13/11/26 · METIS / METIS

P. Karakasis[1], N. Fragakis[2], S. Tzeis[3], A. Frontera[4], K. Siontis[5], A. Antoniadis[1], G. Giannopoulos[6], F. Sacher[7], J. Chun[8], P. Jaïs[7], K. Vlachoς[9]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Second Department of Cardiology, Hippokration General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*, *[3]ΜΗΤΕΡΑ*, *[4] Department of Cardiologia 3, Great Metropolitan Hospital Niguarda, Milano, Italy*, *[5] Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota*, *[6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ*, *[7] Electrophysiology and Heart Modeling Institute, IHU Liryc, Fondation Bordeaux Université and Université de Bordeaux, INSERM U1045, Pessac, France*, *[8]Cardioangiologisches Centrum Bethanien, Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt am Main, Germany*, *[9]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Background: Pulsed field ablation (PFA) has reshaped the atrial fibrillation (AF) ablation landscape, yet the relative advantages and limitations of currently available catheter ablation energy modalities—radiofrequency ablation (RFA), cryoballoon ablation (CBA), laser balloon ablation, PFA, and lattice-tip dual-energy ablation—remain incompletely understood. Objective: This study aimed to compare the efficacy, procedural efficiency, and safety of catheter ablation modalities for AF. Methods: MEDLINE, Scopus, and the Cochrane Library were searched through March 15, 2026. Comparative effects across 5 ablation energy modalities were synthesized using random-effects network meta-analysis. Results:32 randomized controlled trials (7226 patients) were analyzed. No significant differences were observed among modalities for atrial tachyarrhythmia recurrence, repeat ablation, cardioversion, or patient-reported outcomes. PFA showed greater AF burden reduction than RFA (mean difference −0.78%; 95% confidence interval [CI] −0.91 to −0.65) and CBA (mean difference −0.90%; 95% CI −1.01 to −0.79). PFA was associated with lower hospitalization risk than RFA in the primary frequentist analysis (risk ratio 0.34; 95% CI 0.12–0.95), whereas Bayesian sensitivity analysis showed no significant differences across modalities. Both PFA and CBA were associated with shorter total procedure duration and left atrial dwell time than RFA, whereas fluoroscopy time was shortest with RFA. Safety profiles were broadly comparable, although CBA and laser balloon ablation were associated with a higher risk of persistent phrenic nerve

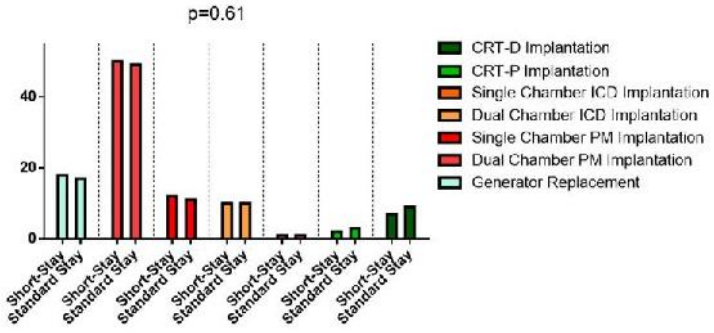
injury than RFA.Conclusion :Contemporary catheter ablation modalities demonstrated broadly comparable efficacy and safety for AF. PFA was associated with greater AF burden reduction and superior procedural efficiency, whereas the observed hospitalization benefit was not confirmed in Bayesian sensitivity analysis and warrants cautious interpretation.

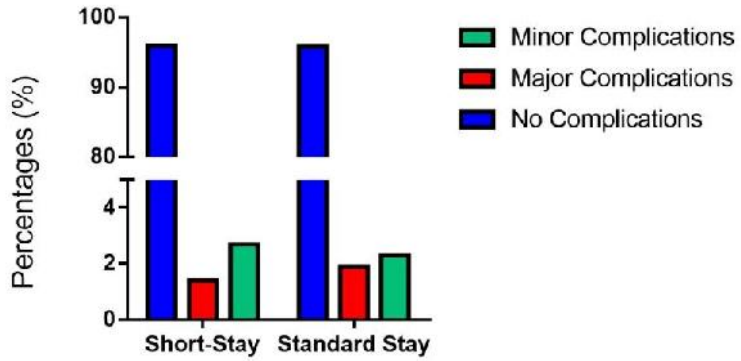
ΠΑ005|Safety of same-day discharge versus overnight stay strategy following Cardiac Device implantations. A high-volume single centre experience.

13/11/26 · METIS / METIS

P. Dourvas[1], S. Archontakis[1], N. Milaras[1], D. Kalantzis[1], A. Markakos[1], T. Klogkeri[1], P. Kostakis[1], D. Kolios[1], C. Nikolaros[1], M. Ampeliotis[1], D. Afendoulis[1], D. Syrseloudis[1], G. Trantalis[1], S. Sideris[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: The strategy of Cardiac Implantable Electronic Device (CIED) implantations performed as day-case admissions has gained a wider acceptance overtime, however data on safety are still limited. This study aims to investigate the safety of a same-day discharge protocol introduced in our hospital for the postprocedural management of patients undergoing CIED implantation. Methods: A prospective, non-interventional, non-randomised study performed in a single high-volume implanting centre for a 16-month period (March 2020 to June 2021). At total of 821 of 965 (85.1%) patients scheduled for elective CIED implantation were considered to be eligible for inclusion in the Short-stay Device Management Protocol. These patients were compared with a historical group of 932 patients, meeting the same inclusion criteria. Results: Procedure was successful in 812 patients (98.9%), committed to same-day discharge versus 921 of 932 patients (98.8%) admitted for overnight stay (p=0.87). Overall, 90-days complication rate was comparable in both groups (4.14% vs 4.07%, p=0.95), as was major (1.46% vs. 1.82%, p=0.55) and minor (2.67% vs. 2.25%, p=0.64) complication rates. The composite early post-procedural complication rates and late post-procedural complication rates were comparable among groups (0.97 vs 1.18%, p=0.70 and 0.73% vs 0.64%, p=0.83, respectively). Six hundred sixty-seven patients (84%) preferred the same-day discharge strategy. Finally, a reduction of 792 bed-days was recorded, resulting in possible financial Health System benefits. Conclusions: Same-day discharge is feasible and safe in the majority of patients referred for CIED implantation. Additionally, same-day discharge is preferred by patients and may reduce procedure-related costs due to significant bed-days reductions.





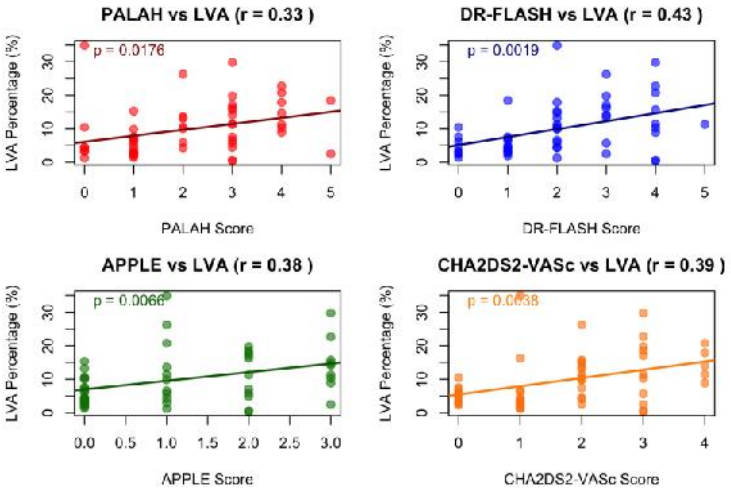
ΠΑ006|Συσχέτιση των σκορ PALAH, DR-FLASH, APPLE και CHA_2DS_2-VASc με την αναδιαμόρφωση του υποστρώματος του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή

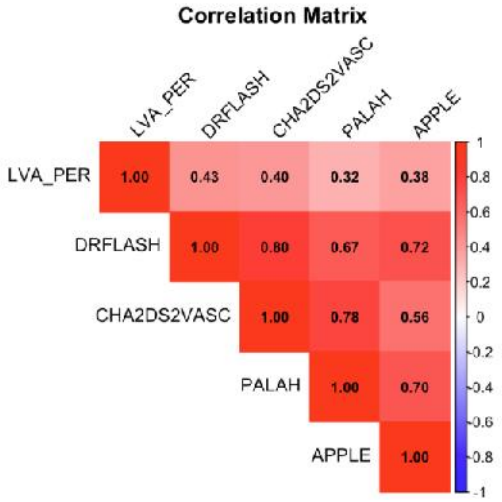
13/11/26 · METIS / METIS

Α.Μπατσούλη[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Σ. Ξυδώνας[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Α. Αστάρας[2], Ά. Πατσάκη[1], Ι. Βόσσος[1], Ε. Λιόση[1], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι περιοχές χαμηλών δυναμικών του αριστερού κόλπου (Low Voltage Areas, LVAs) αποτελούν δείκτη προχωρημένης αναδιαμόρφωσης του κολπικού υποστρώματος και σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά υποτροπής μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Η αξιολόγηση της ικανότητας των διαθέσιμων κλινικών σκορ να προβλέπουν την έκταση των LVAs μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της επιλογής των ασθενών και της θεραπευτικής στρατηγικής. Σκοπός: Η σύγκριση της προγνωστικής αξίας των σκορ PALAH, DR-FLASH, APPLE και CHA_2DS_2-VASc ως προς την πρόβλεψη της έκτασης των περιοχών χαμηλής τάσης του αριστερού κόλπου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κατάλυση ΚΜ. Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 104 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε απομόνωση των πνευμονικών φλεβών. Σε όλους πραγματοποιήθηκε τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση υψηλής πυκνότητας του αριστερού κόλπου σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Ως περιοχή χαμηλών δυναμικών ορίστηκε διπολικό δυναμικό ≤0,5 mV, ενώ υπολογίσθηκε και το ποσοστό των LVAs επί της συνολικής επιφάνειας του αριστερού κόλπου. Υπολογίσθηκαν τα σκορ PALAH [διάρκεια κύματος P> ms, ηλικία, διάμετρος αριστερού κόλπου> mm, αρτηριακή υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια], DR-FLASH, APPLE και CHA_2DS_2-VASc. Η συσχέτιση κάθε σκορ με το ποσοστό των LVAs, καθώς και οι μεταξύ τους συσχετίσεις, αξιολογήθηκαν με τον συντελεστή Pearson. Αποτελέσματα: Όλα τα σκορ εμφάνισαν στατιστικά σημαντική αλλά μέτρια θετική συσχέτιση με το ποσοστό των LVAs. Η ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε για το DR-FLASH (r=0,43, p=0,0019), ακολουθούμενο από το CHA_2DS_2-VASc (r=0,39, p=0,0038), το APPLE (r=0,38, p=0,0066) και το PALAH (r=0,33, p=0,0176). Οι μεταξύ τους συσχετίσεις ήταν μέτριες έως ισχυρές (r=0,56-0,80), με υψηλότερη εκείνη μεταξύ DR-FLASH και CHA_2DS_2-VASc (r=0,80). Το PALAH εμφάνισε τη χαμηλότερη συσχέτιση με το APPLE (r=0,56), υποδηλώνοντας ότι ενδέχεται να αποτυπώνει διαφορετικές παραμέτρους κινδύνου. Ωστόσο, κανένα σκορ δεν παρουσίασε ισχυρή προγνωστική ικανότητα για την έκταση των LVAs (όλα r<0,45). Συμπεράσματα: Παρότι όλα τα εξεταζόμενα σκορ σχετίζονται σημαντικά με την έκταση των περιοχών χαμηλής τάσης του αριστερού κόλπου, η σχετικά ασθενής ισχύς των συσχετίσεων υποδηλώνει ότι η αναδιαμόρφωση του κολπικού υποστρώματος επηρεάζεται από πρόσθετους παράγοντες που δεν αποτυπώνονται επαρκώς από τα υπάρχοντα κλινικά σκορ. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη ανάπτυξης εξειδικευμένων μοντέλων πρόβλεψης του κολπικού υποστρώματος για τη βέλτιστη προεπεμβατική εκτίμηση των ασθενών που υποβάλλονται σε κατάλυση ΚΜ.





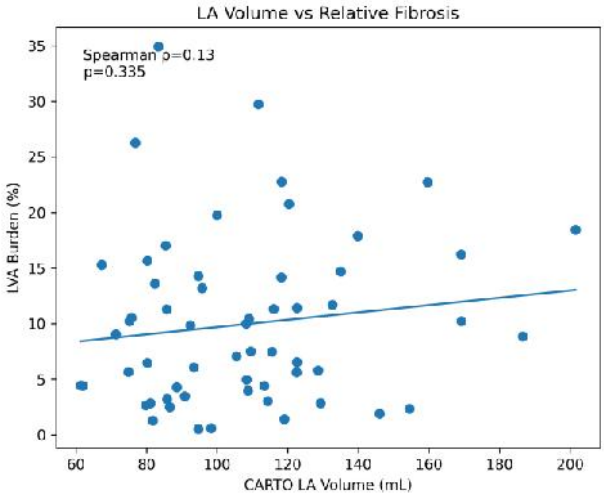
ΠΑ007|Η διάταση του αριστερού κόλπου αντανακλά την ηλεκτροανατομική ίνωση; Δεδομένα από τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

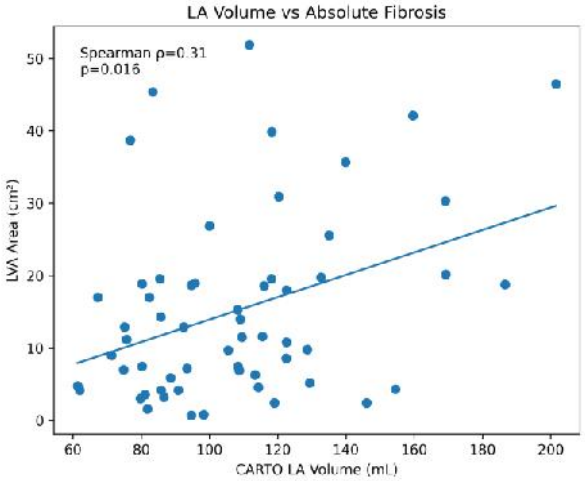
13/11/26 · METIS / METIS

Α. Μπατσούλη[1], Σ. Ξυδώνας[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Α. Αστάρας[2], Ε. Κωνσταντινίδου[1], Ά. Πατσάκη[1], Ε. Λιόση[1], Ι. Βόσσος[1], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διάταση του αριστερού κόλπου (ΑΚ) αποτελεί καθιερωμένο δείκτη κολπικής αναδιαμόρφωσης στην κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Ωστόσο, παραμένει ασαφές κατά πόσο η αύξηση του μεγέθους του ΑΚ αντανακλά πραγματικά μεγαλύτερο φορτίο κολπικής ίνωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του όγκου του ΑΚ, όπως υπολογίζεται με τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση, και της έκτασης των περιοχών χαμηλού δυναμικού (Low Voltage Areas, LVA) κατά την κατάλυση ΚΜ. Υλικό – Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κατάλυση παροξυσμικής ή εμμένουσας ΚΜ. Η τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση πραγματοποιήθηκε με το σύστημα CARTO κατά τη διάρκεια φλεβοκομβικού ρυθμού. Ο όγκος του ΑΚ υπολογίστηκε αυτόματα από την τρισδιάστατη ανακατασκευή του κόλπου. Οι περιοχές χαμηλού δυναμικού ορίστηκαν ως διπολικά ηλεκτρικά δυναμικά <0,5 mV. Η έκταση της ίνωσης εκτιμήθηκε τόσο ως απόλυτη επιφάνεια LVA (cm²) όσο και ως ποσοστό της συνολικής επιφάνειας του ΑΚ. Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση ή διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος), όπου ενδείκνυται. Η συσχέτιση μεταξύ όγκου του ΑΚ και ηλεκτροανατομικής ίνωσης αξιολογήθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το p<0,05.ΑποτελέσματαΣτη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 64 ασθενείς, ενώ πλήρη ηλεκτροανατομικά δεδομένα ήταν διαθέσιμα για 59. Ο μέσος όγκος του ΑΚ, όπως υπολογίστηκε με το CARTO, ήταν 107,4 ± 30,4 mL. Η μέση απόλυτη επιφάνεια LVA ήταν 15,1 ± 12,8 cm², αντιστοιχώντας σε μέσο φορτίο ίνωσης 9,9 ± 7,6% της συνολικής επιφάνειας του ΑΚ. Μεγαλύτερος όγκος ΑΚ συσχετίστηκε σημαντικά με μεγαλύτερη απόλυτη έκταση LVA (Spearman ρ=0,31, p=0,016), υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο αριστερό κόλπο εμφανίζουν εκτενέστερο ηλεκτροανατομικό υπόστρωμα ίνωσης. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του όγκου του ΑΚ και του σχετικού φορτίου ίνωσης, όπως εκφράστηκε ως ποσοστό LVA (ρ=0,13, p=0,335).Συμπεράσματα Η αύξηση του όγκου του αριστερού κόλπου, όπως εκτιμάται με τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση, σχετίζεται με μεγαλύτερη απόλυτη έκταση κολπικής ίνωσης, χωρίς όμως να συνεπάγεται υψηλότερο αναλογικό φορτίο ίνωσης. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διάταση και η ίνωση του αριστερού κόλπου αποτελούν αλληλένδετες αλλά διακριτές εκφάνσεις της κολπικής αναδιαμόρφωσης. Η ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση παρέχει συμπληρωματικές πληροφορίες πέραν του μεγέθους του αριστερού κόλπου και ενδέχεται να συμβάλει στη βελτιωμένη εκτίμηση του υποστρώματος πριν από την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής.


LA Volume vs Relative Fibrosis
Spearman ρ=0.13
p=0.335
LVA Burden (%)
CARTO LA Volume (mL)


LA Volume vs Absolute Fibrosis
Spearman ρ=0.31
p=0.016
LVA Area (cm²)
CARTO LA Volume (mL)

ΠΑ008|Ευεργετική επίδραση της Φλεκαϊνίδης έναντι Προηγούμενης Θεραπείας με Β-Αναστολείς σε Ασθενείς με Έκτακτες Κοιλιακές Συστολές: Δεδομένα της Μελέτης UNIFLECA

13/11/26 · METIS / METIS

Σ. Κωτούλας[1], Δ. Τσιαχρής[2], Ι. Δουνδουλάκης[2], Ε. Σιδεράς[3], Π.Α. Τσιούφης[2], Α. Κωτούλας[1], Χ.Κ. Αντωνίου[2], Γ. Δεληγιάννης[2], Λ. Πουλημένος[1], Κ. Τσιούφης[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με υψηλό φορτίο έκτακτων κοιλιακών συστολών (ΕΚΣ) μπορεί να εμφανίσουν μυοκαρδιοπάθεια από ΕΚΣ. Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες, η φαρμακευτική αντιμετώπιση ξεκινά με β-αναστολείς, αν και η αποτελεσματικότητά τους είναι συχνά περιορισμένη. Η φλεκαϊνίδη συστήνεται σε επιλεγμένους ασθενείς (ένδειξη IIα).Σκοπός: Να αξιολογηθεί η ανταπόκριση στη φλεκαϊνίδη σε ασθενείς με υψηλό φορτίο ΕΚΣ, με έμφαση σε όσους είχαν προηγουμένως λάβει β-αναστολέα χωρίς ικανοποιητική ανταπόκριση, και να εκτιμηθεί το αποτέλεσμα.Μεθοδολογία: Αναλύθηκαν 125 ασθενείς με φορτίο ΕΚΣ>% που έλαβαν φλεκαϊνίδη βραδείας αποδέσμευσης (100–200 mg/ημέρα). Καταγράφηκαν η προηγούμενη αντιαρρυθμική αγωγή, η ανταπόκριση των συμπτωμάτων και η εξέλιξη του φορτίου έως τον 6ο μήνα.Αποτελέσματα: Το 72,0% των ασθενών είχε λάβει τουλάχιστον μία μορφή προηγούμενης αντιαρρυθμικής αγωγής, με τους β-αναστολείς ως πλέον συχνή επιλογή (52,0%). Μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν ανταποκριθεί σε προηγούμενη θεραπεία με β-αναστολέα (n=44), η φλεκαϊνίδη οδήγησε σε κλινική βελτίωση στο 65,9%, με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων στο 54,5%, αναδεικνύοντας τη δυνατότητά της να υπερβαίνει την αναποτελεσματικότητα προηγούμενης αγωγής. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα διατηρήθηκε μακροχρόνια: στους ασθενείς με επανεκτίμηση στον 6ο μήνα, το φορτίο δεν αυξήθηκε αλλά παρέμεινε κατεσταλμένο (διάμεσο φορτίο 1ου μήνα έναντι 6ου μήνα, p<0,001), με αύξηση σε ελάχιστες περιπτώσεις.Συμπεράσματα: Η φλεκαϊνίδη παρουσιάζει υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης μετά την αποτυχία προηγούμενης θεραπείας με β-αναστολείς. Τα δεδομένα ενισχύουν τον ρόλο της ως αξιόπιστη επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς χωρίς δομική καρδιοπάθεια.

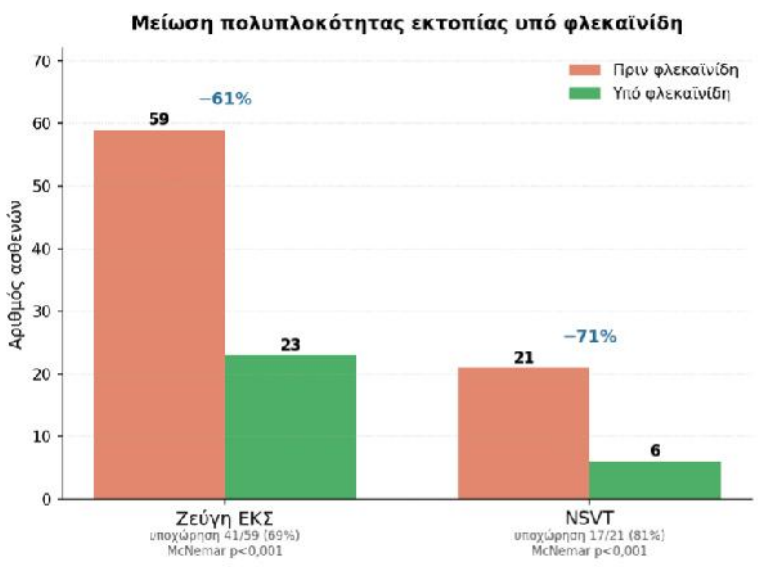
ΠΑ009|Ασφαλής και επιτυχής χορήγηση Φλεκαϊνίδης σε ασθενείς με σύμπλοκη κοιλιακή δραστηριότητα. Υποανάλυση της Μελέτης UNIFLECA

13/11/26 · METIS / METIS

Σ. Κωτούλας[1], Δ. Τσιάχρης[2], Ι. Δουνδουλάκης[2], Π.Α. Τσιούφης[2], Μ. Μπότης[2], Γ. Δεληγιάννης[2], Ε. Καλλέργης[3], Γ. Λεβεντόπουλος[4], Α. Κορδαλής[2], Κ. Τσιούφης[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η αποτελεσματικότητα της φλεκαϊνίδης στην καταστολή των έκτακτων κοιλιακών συστολών (ΕΚΣ) έχει τεκμηριωθεί κυρίως βάσει της μείωσης του συνολικού φορτίου. Η επίδρασή της στην πολυπλοκότητα της αρρυθμίας με παρουσία ζευγών ή μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (NSVT), που συνδέονται με αυξημένο αρρυθμιογόνο κίνδυνο, είναι λιγότερο μελετημένη. Σκοπός: Η εκτίμηση της επίδρασης της φλεκαϊνίδης στη μείωση της πολυπλοκότητας της κοιλιακής εκτοπίας σε ασθενείς με υψηλό φορτίο ΕΚΣ. Μέθοδος: Καταγράφηκε η παρουσία ζευγών ΕΚΣ και NSVT σε Holter ρυθμού πριν και μετά την έναρξη της φλεκαϊνίδης. Η μεταβολή αξιολογήθηκε με ζευγαρωμένη ανάλυση (McNemar) στους ασθενείς με διαθέσιμη επανεκτίμηση. Σε όλους τους ασθενείς, αποκλείστηκε η στεφανιαία νόσος και διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR).Αποτελέσματα: Πριν την αγωγή, 59 ασθενείς παρουσίαζαν ζεύγη ΕΚΣ και 21 NSVT. Υπό φλεκαϊνίδη, οι ασθενείς με ζεύγη μειώθηκαν σε 23 (μείωση 61%), με πλήρη υποχώρηση των ζευγών σε 41 από τους 59 (μείωση 69%) (p<0,001). Αντίστοιχα, οι ασθενείς με NSVT μειώθηκαν σε 6 (μείωση 71%), με υποχώρηση σε 17 από τους 21 (81%) (p<0,001). Οι νεοεμφανιζόμενες περιπτώσεις ήταν ελάχιστες (5 για ζεύγη).Συμπεράσματα: Η φλεκαϊνίδη δεν μειώνει μόνο το φορτίο των ΕΚΣ αλλά συμβάλλει καθοριστικά στη σταθεροποίηση του αρρυθμιολογικού προφίλ, μειώνοντας σημαντικά την πολυπλοκότητα της εκτοπίας. Η υποχώρηση ζευγών και NSVT αναδεικνύει τη θεραπευτική της αξία σε ασθενείς με σύνθετη έκτοπη δραστηριότητα.



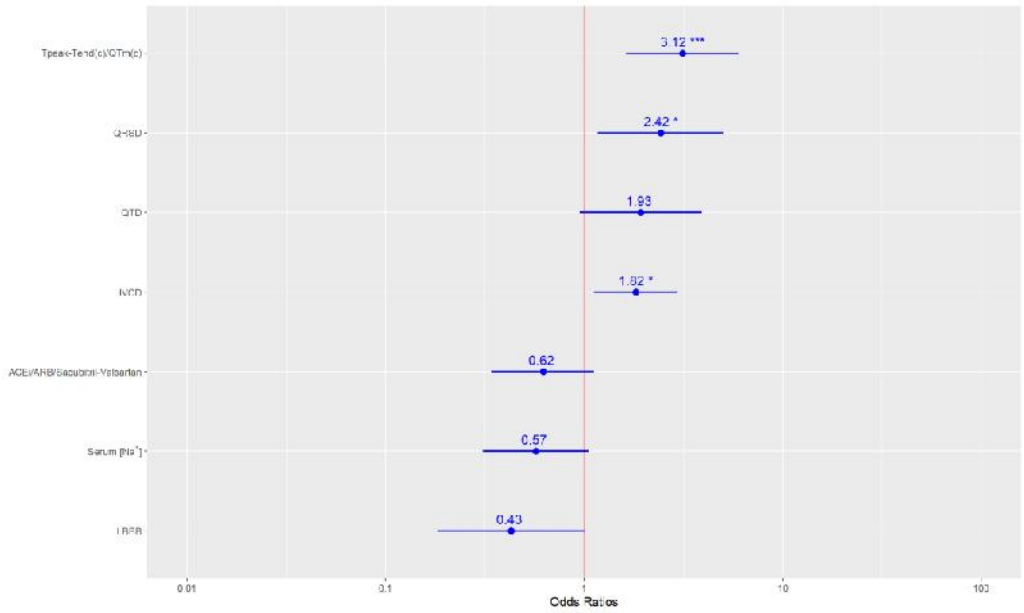
ΠΑ010|Evaluation of Tpeak-Tend(c)/QTm(c) for Ventricular Arrhythmia Risk Stratification in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction Undergoing ICD/CRT-D Implantation

13/11/26 · METIS / METIS

D. Sfairopoulos[1], G. Seitidis[2], P. Touloupis[1], K. Zekios[1], C. Katsouras[1], P. Korantzopoulos[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Psychology, University of Ioannina, Ioannina, Greece.

Background & Aim: Risk stratification for ventricular arrhythmias (VAs) remains a major challenge in patients with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). This study aimed to evaluate a repolarization-related electrocardiographic index, Tpeak-Tend(c)/QTm(c), in relation to VA events during the first year after ICD/CRT-D implantation in patients with HFrEF. Materials & Methods: We retrospectively analyzed HFrEF patients undergoing ICD/CRT-D implantation. QRS duration (QRSd), Tpeak–Tend, and QT intervals were measured in lead V5. For QRSd ≥120 ms, the modified QT interval (QTm) was calculated using Bogossian's formula. QT and QTm were corrected using Fridericia's formula and denoted QTm(c). Tpeak–Tend was similarly corrected, yielding Tpeak–Tend(c). QRS dispersion (QRSD) and QT dispersion (QTD) were calculated, and Tpeak-Tend(c)/QTm(c) was derived. Results: The 139 patients were divided into two groups based on VA event occurrence during the one-year follow-up. VA events occurred in 22 (15.8%) patients; 117 (84.2%) had no events. LASSO regression identified 16 predictors explaining 54.92% of model deviance ($\lambda = 0.0192$). Backward stepwise selection retained seven predictors. Firth's penalized logistic regression showed that Tpeak-Tend(c)/QTm(c) (OR 3.12, $p < 0.001$), QRSD, and intraventricular conduction delay (IVCD) were significantly associated with VA events (Figure 1). Left bundle branch block (LBBB), QTD, serum sodium levels, and ACEi/ARB/Sacubitril-Valsartan use were not statistically significant but were retained in the final model (Figure 1). The model demonstrated good discriminative ability, with an optimism-corrected AUC of 0.88 (95% CI: 0.75–0.98) after bootstrap internal validation. Calibration was satisfactory, as indicated by a non-significant Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test ($\chi^2 = 5.27$, $df = 8$, $p = 0.729$). Predictive performance was further supported by a low Brier score of 0.064. Conclusions: Tpeak-Tend(c)/QTm(c) was independently associated with VA events and may enhance risk stratification in HFrEF patients with ICD/CRT-D.



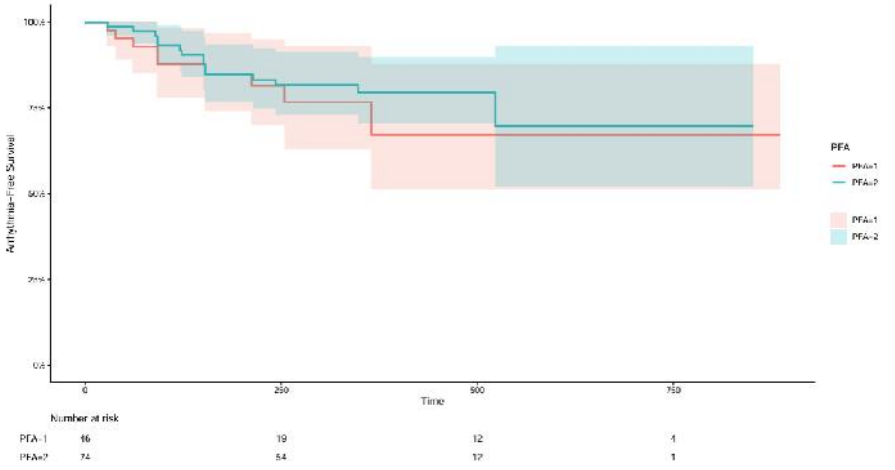
ΠΑ011|Σύγκριση δύο διαφορετικών συστημάτων κατάλυσης παλμικού πεδίου για πρώτη απομόνωση πνευμονικών φλεβών

13/11/26 · METIS / METIS

Α.Ε. Καρανικόλα[1], Δ. Τσιαχρής[1], Μ. Μπότης[1], Ε. Μαρίνου[1], Α. Σκιαθίτης[1], Α. Κορδαλής[1], Π. Ξύδης[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η κατάλυση παλμικού πεδίου(Pulsed Field Ablation, PFA) αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών (Pulmonary Vein Isolation, PVI) για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής(ΚΜ). Παρά την αυξανόμενη διαθεσιμότητα διαφορετικών συστημάτων PFA, τα συγκριτικά δεδομένα από την καθημερινή κλινική πρακτική παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και των διαδικαστικών χαρακτηριστικών δύο συστημάτων PFA σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη PVI. Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση με PFA για ΚΜ και ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες. Στην Ομάδα 1 χρησιμοποιήθηκε καθετήρας πενταπλής διακλάδωσης(pentaspline catheter) με δυνατότητα διαμόρφωσης σε διατάξεις flower και basket, ενώ στην Ομάδα 2 χρησιμοποιήθηκε κυκλικός καθετήρας τύπου λούπας(circular loop catheter). Καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, ο τύπος ΚΜ, υπερηχογραφικά δεδομένα, διαδικαστικά χαρακτηριστικά και περιεπεμβατικές επιπλοκές. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η υποτροπή κολπικής ταχυαρρυθμίας κατά την παρακολούθηση. Η ελεύθερη υποτροπής επιβίωση αξιολογήθηκε με ανάλυση Kaplan–Meier και οι παράγοντες που σχετίζονταν με την υποτροπή διερευνήθηκαν με ανάλυση Cox. Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 147 ασθενείς(Ομάδα 1: n=55, ηλικία 65,0±8,6 έτη, 58% άνδρες και Ομάδα 2: n=92, ηλικία 65,2±9,6 έτη, 70% άνδρες), χωρίς σημαντικές διαφορές ως προς τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά. Η Ομάδα 1 παρουσίασε μικρότερη διάρκεια επέμβασης(60 [60–70] έναντι 72,5 [60–80] min, p<0,001) και μικρότερο χρόνο παραμονής στον αριστερό κόλπο(35 [29,5–40] έναντι 40 [30–50] min, p<0,001). Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στον συνολικό αριθμό εφαρμογών PFA(48 [46–54] έναντι 48 [43–51,3], p=0,149), στη διενέργεια CTI κατάλυσης(p=0,836) ή στην ανάγκη καρδιοανάταξης κατά τη διάρκεια της επέμβασης(p=0,885). Απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας πραγματοποιήθηκε συχνότερα στην Ομάδα 1(48,1% έναντι 28,6%, p=0,019). Κατά την παρακολούθηση δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην ελεύθερη υποτροπής επιβίωση μεταξύ των δύο ομάδων. Ο τύπος του συστήματος PFA δεν συσχετίστηκε με τον κίνδυνο υποτροπής(HR 0,78, 95% CI 0,33–1,84, p=0,568), ενώ μεγαλύτερη διάμετρος αριστερού κόλπου αποτέλεσε σημαντικό προγνωστικό παράγοντα υποτροπής(HR 1,09 ανά mm, 95% CI 1,00–1,19, p=0,039).Συμπεράσματα: Τα δύο συστήματα PFA παρουσίασαν υψηλή αποτελεσματικότητα και ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας κατά την πρώτη PVI για ΚΜ. Ο καθετήρας πενταπλής διακλάδωσης συσχετίστηκε με συντομότερη διάρκεια επέμβασης και μικρότερο χρόνο παραμονής στον αριστερό κόλπο, χωρίς διαφορά στην ελεύθερη υποτροπής επιβίωση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι και οι δύο τεχνολογίες αποτελούν αποτελεσματικές επιλογές.



Procedural characteristics	Group 1 (Pentaspline catheter, n=55)	Group 2 (Circular loop catheter, n=92)	P value
Procedure duration, min	60 (60–70)	72.5 (60–80)	**<0.001**
Left atrial time, min	35 (29.5–40)	40 (30–50)	**<0.001**
Mapping performed†	38 (69.1%)	44 (48.4%)	**0.014**
Total PFA applications	48 (46–54)	48 (43–51.3)	0.149
CTI ablation	10 (21.3%)	18 (19.8%)	0.836
SVC isolation	25 (48.1%)	26 (28.6%)	**0.019**
Cardioversion during procedu	10 (22.2%)	21 (23.3%)	0.885

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

11.30-12.30 **Αρτηριακή Υπέρταση** / **Hypertension**

Πρόεδροι: Δ. Τερεντές-Πρίνζιος (Αθήνα),**Ε. Τριανταφυλλίδη** (Αθήνα)
Chairpersons: D. Terentes-Prinzios(Athens), **E. Triantafyllidi** (Athens)

ΠΑ012|Η μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος και η υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος ως προγνωστικοί παράγοντες ρύθμισης της αρτηριακής υπέρτασης σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα υπερταση: Μια προοπτική μελέτη διάρκειας 6 μηνών

13/11/26 · METIS / METIS

Ν. Κακούρη[1], Ι. Ανδρίκου[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Δημητριάδης[1], Ε. Σιαφή[1], Ε. Μαντά[1], Ε. Κουλλίας[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ.Τσιούφης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ :Η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατωτική Νόσος του Ήπατος (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease, MASLD) αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, η συνύπαρξη MASLD και αυξημένου τόνου συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) στον μακροπρόθεσμο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σε υπερτασικούς ασθενείς παραμένει ανεπαρκώς μελετημένη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της προγνωστικής σημασία της συνύπαρξης MASLD και υπερδραστηριότητας του ΣΝΣ στον έλεγχο της ΑΠ κατά τη διάρκεια της αντιυπερτασικής θεραπείας. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ 141 νεοδιαγνωσμένοι υπερτασικοί ασθενείς (μέση ηλικία 55±10 έτη,66 άνδρες) ανευ αγωγής, υποβλήθηκαν σε 24 ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ (Ambulatory blood pressure monitoring-ABPM). Κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την ύπαρξη MASLD με υπερηχογράφημα και ελαστογραφία ήπατος, εκτιμώντας το δείκτη CAP (Controlled Attenuation Parameter) για την ποσοτικοποίηση του ηπατικού λίπους. Τα επίπεδα διέγερσης του ΣΝΣ εκτιμήθηκαν στην αρχική επίσκεψη με άμεση καταγραφή της δραστηριότητας των απαγωγών μεταγαγγλιακών συμπαθητικών νευρών των μυών (muscle sympathetic nerve activity-MSNA) με μικρονευρογραφία. Τέθηκαν στην βέλτιστη αντιυπερτασική αγωγή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες και σε 6 μήνες τέθηκε νέο 24ωρο ABPM. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο του πληθυσμού, οι υπερτασικοί με MASLD (n=74) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (n=67) ήταν νεότεροι (53±10 έναντι 57±9 έτη, αντίστοιχα, p=0.01) ο δείκτη μάζας σώματος ήταν αυξημένος (33±4 έναντι 26±3 kg/m2, p<0.001) και είχαν υψηλότερα τριγλυκερίδια (133±50 έναντι 100±40 mg/dl, p<0.04).Επιπλέον, εμφάνισαν μεγαλύτερη ενεργοποίηση του ΣΝΣ με αυξημένα επίπεδα MSNA (50±9 έναντι 36±8 ριπές ανά λεπτό, αντίστοιχα, p<0.04). Η ομάδα ελέγχου είχε καλύτερη ρύθμιση της μέσης ΣΑΠ στο ABPM 6μήνου (ρυθμισμένο το 66% της ομάδας ελέγχου vs 28% ομάδας MASLD), καθώς και χαμηλότερη τιμή μέσης ΣΑΠ στο 6μηνο (123 ±12 vs 135±13 mmHg, αντίστοιχα, p<0.04). Η ρυθμισμένη ομάδα, τόσο στην 24ωρη ΑΠ όσο και στην ΑΠ ιατρείου, εμφάνισε χαμηλότερο CAP (200±20 έναντι 208±23, p=0.009 αντίστοιχα και 202±21 έναντι 210±23, p=0.03) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία MASLD σχετίζεται με αυξημένη συμπαθητική νευρική δραστηριότητα και μειωμένη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε νεοδιαγνωσμένους υπερτασικούς ασθενείς. Η συνύπαρξη MASLD και υπερδραστηριότητας του ΣΝΣ προσδιορίζει άτομα που διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για δυσκολία στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης παρά την θεραπεία, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ολοκληρωμένης καρδιομεταβολικής αξιολόγησης του κινδύνου στη διαχείριση της υπέρτασης.

Παράμετροι	MASLD (n=74)	Ομάδα ελέγχου(n=67)	p-value
Ηλικία (έτη)	53±10	57±9	0.01
Φύλο (έρρεν, %)	55.6	31.6	0.006
Κάπνισμα (ναι)	51.7	50.9	0.38
ΔΜΣ (kg/m^2)	33±4	26±3	<0.001
Γλυκόζη (mg/dL)	96±21	89±10	0.12
Ολική χοληστερόλη (mg/dl)	190±31	194±93	0.54
HDL (mg/dL)	47±9	56±12	<0.001
LDL (mg/dl)	110±26	116±30	0.60
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	153±50	100±10	<0.04
HOMA IR index	3,1±2	1,7±1	<0.001
eGFR (ml/min/1.73 m^2)	90±17	89±15	0.69
ΣΑΠ ιατρείου (mmHg)	141±14	140±12	0.79
ΔΑΠ ιατρείου (mmHg)	89±10	90±9	0.44
ΣΑΠ 24ώρου (mmHg)	141±10	136±9	0.03
ΔΑΠ 24ώρου (mmHg)	83±9	84±8	0.36
MSNA (ριπές ανά λεπτό)	50±9	36±8	<0.04
6 months Follow up			
ΣΑΠ ρύθμιση %	28	66	0.01
ΣΑΠ 24ώρου (mmHg)	135±13	123±12	0.01
ΔΑΠ 24ώρου (mmHg)	80±9	75±8	0.01
ΣΑΠ ιατρείου (mmHg)	133±10	123±11	<0.001
ΔΑΠ ιατρείου (mmHg)	83±9	76±8	<0.001
ΣΑΠ ημέρας 24 ώρου(mmHg)	139±14	127±13	<0.01
ΔΑΠ ημέρας 24 ώρου(mmHg)	83±10	76±9	0.02
ΣΑΠ νύχτας 24 ώρου(mmHg)	125±21	114±18	0.011
ΔΑΠ νύχτας 24 ώρου(mmHg)	71±13	69±12	0.10

Πίνακας 1. Βασικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά πληθυσμού στην αρχική επίσκεψη και μεταξύ ΑΠ στην αρχική και επαναληπτική επίσκεψη

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέσος όρος ± SD ή διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) για συνεχόμενες μεταβλητές ή αριθμός (ποσοστό) για κατηγορικές μεταβλητές.

MASLD, Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease (μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσος του ήπατος), ΔΜΣ-Δείκτης Μάζας Σώματος, LDL–Low density lipoprotein (Χαμηλής Πυκνότητας Λιποπρωτεΐνη), HDL-high density lipoprotein (Υψηλής Πυκνότητας Λιποπρωτεΐνη), HOMA IR index- Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance(Δείκτης αντίστασης στη δράση ινσουλίνης), eGFR-estimated glomerular filtration rate (εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης), ΣΑΠ – Συστολική Αρτηριακή Πίεση, ΔΑΠ – Διαστολική Αρτηριακή Πίεση, MSNA muscle sympathetic nerve activity (δραστηριότητα των απαγωγών μεταγαγγλιακών συμπαθητικών νευρικών ινών μυών)

	ABPM control N=62	**No ABPM control** N=78	P-value
CAP (dB/m)	200±20	208±23	0.009
	OBP control N=91	**No OBP control** N=47	P-value
CAP (dB/m)	202±21	210±23	0.038

Πίνακας 2. Σύγκριση του cap σε υπερτασικούς ασθενείς με ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο έναντι ομάδας των μη ρυθμισμένων ασθενών

CAP-Controlled Attenuation Parameter (Ελεγχόμενη Παράμετρος Εξασθένησης), ABPM-Ambulatory blood pressure monitoring (24 ωρη περιπατητική καταγραφή αρτηριακής πίεσης), OBP-office blood pressure (αρτηριακή πίεση ιατρείου)

ΠΑ013|Επίδραση των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

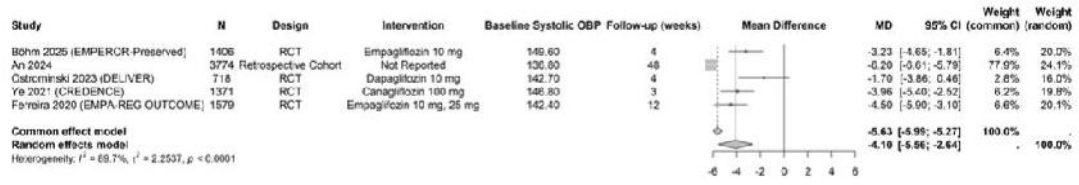
13/11/26 · METIS / METIS

Κ. Κυριακούλης[1], Α. Βάκκα[1], Ε. Καλλιακούδα[1], Ε. Πασχαλινόπουλος[1], Γ. Παπαδόπουλος[1], Φ. Τατάκης[1], Γ. Γόμπος[1], Α. Μέντη[1], Π. Ηλιάκης[1], Α. Δαμιανάκη[1], Χ. Φραγκούλης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Κ. Δημητριάδης[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός :Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2i) αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής για τον σακχαρώδη διαβήτη, την καρδιακή ανεπάρκεια και τη χρόνια νεφρική νόσο. Ασθενείς με τις παραπάνω συννοσηρότητες συχνά παρουσιάζουν και αρτηριακή υπέρταση η οποία συχνά είναι δύσκολα ρυθμιζόμενη. Οι SGLT2i αναφέρεται ότι έχουν αντιυπερτασική δράση, ωστόσο η επίδρασή τους στην αρτηριακή πίεση (ΑΠ) σε άτομα με ανθεκτική υπέρταση δεν έχει μελετηθεί εκτενώς. Υλικό και μέθοδος Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (PubMed) με τον αλγόριθμο (SGLT2i OR SGLT2 OR "Sodium-glucose cotransporter 2" OR "Sodium-Glucose Co-transporter" OR gliflozin OR dapagliflozin OR empagliflozin OR ertugliflozin OR canagliflozin) AND ("resistant hypertension" OR "refractory hypertension") έως τις 11/07/2026. Σχετικές μελέτες κρίθηκαν όσες παρείχαν τιμές ΑΠ πριν και μετά τη χορήγηση SGLT2i σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση (αρρύθμιστη ΑΠ παρά τη λήψη 3 φαρμάκων σε μέγιστη ανεκτή δόση συμπεριλαμβανομένου διουρητικού). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ενδιαφέροντος αποτέλεσε η διαφορά ΑΠ πριν συγκριτικά με μετά τη λήψη SGLT2i. Σε αναλύσεις που αφορούσαν τυχαιοποιημένες μελέτες, αναλύθηκαν διορθωμένοι για placebo δείκτες. Αποτελέσματα Αρχικά προέκυψαν 61 μελέτες, 5 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (N=8,848, σταθμισμένη ηλικία 67 έτη, άρρενες 62%, δείκτης μάζας σώματος 32 kg/m2, διαβήτης 89%, κάπνισμα 11%, εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος 66%, ρυθμός σπειραματικής διήθησης 67 mL/min/1.73m², ΑΠ ιατρείου συστολική/διαστολική 142/74 mmHg, διάμεσο follow-up 4 εβδομάδες) (Πίνακας). Μία εκ των 5 μελετών ήταν αναδρομική μελέτη παρατήρησης ενώ οι υπόλοιπες 4 αφορούσαν post-hoc αναλύσεις τυχαιοποιημένων μελετών [EMPEROR-Preserved (εμπαγλιφλοζίνη), DELIVER (δαπαγλιφλοζίνη), CREDENCE (καναγλιφλοζίνη), EMPA-REG OUTCOME (εμπαγλιφλοζίνη)]. Μετα-ανάλυση 5 μελετών ανέδειξε συγκεντρωτική μείωση της συστολικής ΑΠ ιατρείου -4.1 mmHg (-5.6, -2.6) (P<0.0001) (Γράφημα). Τα δεδομένα για τη διαστολική ΑΠ ήταν ελάχιστα και δεν ανέδειξαν σημαντική πτώση της ΑΠ με τη λήψη SGLT2i. Σε αναλύσεις ευαισθησίας το αποτέλεσμα δε φάνηκε να εξαρτάται από μεμονωμένες μελέτες. Σε αναλύσεις μετα-παλινδρόμησης, μεγαλύτερη πτώση της ΑΠ φάνηκε να παρουσιάζει τάση συσχέτισης με το σακχαρώδη διαβήτη, τη μη-λευκή φυλή, το μεγαλύτερο ρυθμό σπειραματικής διήθησης και το μεγαλύτερο follow-up. Δεν υπήρξε διαφορά στα ποσοστά ρύθμισης ΑΠ μετά τη λήψη SGLT2i συγκριτικά με placebo. Συμπεράσματα Οι SGLT2i παρουσιάζουν ήπια αντιυπερτασική δράση σε ασθενείς με φαινομενικά ανθεκτική υπέρταση η οποία ωστόσο μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε άτομα με ΑΠ κοντά στα θεραπευτικά όρια.

Γράφημα 1. Μετα-ανάλυση μελετών που παρέχουν δεδομένα για την πτώση της αρτηριακής πίεσης μετά τη λήψη SGLT2i σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση



Πίνακας 1. Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση και παρέχουν δεδομένα για την πτώση της αρτηριακής πίεσης μετά τη λήψη SGLT2i σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση

Μελέτη	Χώρα	Σχεδιασμος	Πληθυσμός	Φάρμακο	N	Ηλικία (έτη)	Άνδρες (%)	Λευκή Φυλή (%)	ΔΜΣ (kg/m²)	ΣΔ (%)	ΚΑΝ (%)	GFR (mL/min/1.73m²)	ΣΑΠ Ιατρειου (mmHg)	Μείωση ΣΑΠ Ιατρείου (mmHg)
Böhm 2025 (EMPEROR-Preserved)	Πολυκεντρική	Post-hoc ανάλυση RCT	RH + HFpEF	Εμπαγλιφλοζίνη	1406	72	53%	77%	30.9	58	36	60.1	150	-3.2 (-4.7, -1.8)
An 2024	ΗΠΑ	Αναδρομική	RH	ΔΑ	3774	67	61%	32%	ΔΑ	95	ΔΑ	69.0	137	-6.2 (-6.6, -5.8)
Ostrominski 2023 (DELIVER)	Πολυκεντρική	Post-hoc ανάλυση RCT	RH + HFpEF	Δαπαγλιφλοζίνη	718	71	57%	77%	31.7	70	63	58.6	143	-1.7 (-3.9, 0.5)
Ye 2021 (CREDENCE)	Πολυκεντρική	Post-hoc ανάλυση RCT	RH + DM + CKD	Καναγλιφλοζίνη	1371	64	67%	71%	33.0	100	58	53.1	147	-4.0 (-5.4, -2.5)
Ferreira 2020 (EMPA-REG OUTCOME)	Πολυκεντρική	Post-hoc ανάλυση RCT	RH + DM + CKD	Εμπαγλιφλοζίνη	1579	65	71%	ΔΑ	32.2	100	100	68.1	142	-4.5 (-5.9, -3.1)

CKD, chronic kidney disease; DM, diabetes mellitus; GFR, glomerular filtration rate; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; RCT, randomized controlled trial; RH, resistant hypertension; ΔΜΣ, δείκτης μάζας σώματος; ΚΑΝ, καρδιαγγειακή νόσος; ΣΑΠ, συστολική αρτηριακή πίεση; ΣΔ, σακχαρώδης διαβήτης

ΠΑ014|Κλινικές, μεταβολικές και αιματολογικές διαταραχές μετά από εμβόλιο κατά του COVID-19

13/11/26 · METIS / METIS

Θ. Αναστασίου[1], Θ.Λύτρα[2], Η. Σανίδας[1], Γ. Μιμίκος[3], 'Ε. Γκόγκα[4], Σ. Γολεμάτη[5], Κ. Τούτουζας[6], Μ. Μαντζουράνη[7]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Other, [4]Α Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α Λαικό, Αθήνα, [5]Τμήμα Μηχανικών Βιοιατρικής, ΕΚΠΑ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Γ.Ν.Α. Λαικό Α΄Παθολογική Κλινική

Εισαγωγή/Σκοπός: Παρά το τεκμηριωμένο προφίλ ασφάλειας των εμβολίων έναντι COVID-19, τα βραχυπρόθεσμα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση μεταβολών της αρτηριακής πίεσης, εργαστηριακών παραμέτρων και θρομβοφιλικών γενετικών παραλλαγών μετά τον εμβολιασμό. Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη συμπεριέλαβε εμβολιασθέντες συμμετέχοντες, με πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία τις μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, η οποία αξιολογήθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες, 50 με και 50 χωρίς ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, με κατ' οίκον μετρήσεις και 24ωρη καταγραφή Holter πιέσεως μεταξύ της 5ης και 20ής ημέρας μετά τον εμβολιασμό, καθώς και τις προ- και μετεμβολιαστικές μεταβολές αιματολογικών και μεταβολικών παραμέτρων σε 64 συμμετέχοντες. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η ανίχνευση θρομβοφιλικών γενετικών παραλλαγών και η σύγκριση φορέων και μη, βάσει γενετικού ελέγχου που διενεργήθηκε σε 32 ασθενείς για Factor V Leiden G1691A και Prothrombin G20210A με χρήση του QIAamp DNA Mini Kit. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς, ηλικίας 56.8 ± 12.8 ετών, με χρόνο παρακολούθησης 73.3 ημέρες. Αναφορικά με τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία, οι υπερτασικοί εμφάνισαν υψηλότερη κατ' οίκον συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση συγκριτικά με τους μη υπερτασικούς (174.7 ± 39.8 έναντι 157.6 ± 44.1 mmHg, p = 0.001 και 97.3 ± 5.8 έναντι 95.8 ± 7.3 mmHg, p = 0.05, αντίστοιχα). Στην 24ωρη καταγραφή Holter πιέσεως, η συστολική αρτηριακή πίεση παρέμεινε υψηλότερη στους υπερτασικούς (176.7 ± 42.4 έναντι 155.6 ± 35.9 mmHg, p = 0.001), ενώ 5/50 (10%) υπερτασικοί χρειάστηκαν τροποποίηση αντιυπερτασικής αγωγής. Εργαστηριακά, στους 64 ασθενείς, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αιματολογικές ή μεταβολικές διαταραχές μετά τον εμβολιασμό, εκτός του νατρίου (140.12 ± 1.49 έναντι 141.29 ± 2.11 mmol/L, p = 0.004).Στον γενετικό έλεγχο των 32 συμμετεχόντων, 23 (71.8%) έφεραν μετάλλαξη Factor V Leiden [13 (40.6%) ετερόζυγοι, 10 (31.2%) ομόζυγοι] και 5 (15.6%) ήταν ετερόζυγοι για Prothrombin G20210A. Συνολικά, 26 (81.2%) έφεραν τουλάχιστον μία μετάλλαξη, συμπεριλαμβανομένων 2 διπλών φορέων, χωρίς σημαντικές δημογραφικές, κλινικές ή εργαστηριακές διαφορές έναντι των μη φορέων. Στην διάρκεια παρακολούθησης, καταγράφηκε πνευμονική εμβολή ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου σε έναν ασθενή ομόζυγο για Factor V Leiden, 7 ημέρες μετά από BNT162b2.ΣυμπεράσματαΟ εμβολιασμός έναντι COVID-19 συσχετίστηκε με παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, κυρίως σε υπερτασικούς, χωρίς κλινικά σημαντικές αιματολογικές ή μεταβολικές διαταραχές.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε Μοριακό Έλεγχο			
	Ομάδα Α (N=6)	Ομάδα Β (N=26)	P value
Ηλικία (έτη)	51.6±8.2	54.7±13.2	0.492
Φύλο (Άνδρες/Γυναίκες %)	3 (50%)/3 (50%)	13 (50%)/13 (50%)	0.855
Επιφάνεια σώματος (m^2)	26.7±4	27.7±3.8	0.587
Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου			
Σακχαρώδης διαβήτης	1	7	0.150
Δυσλιπιδαιμία	3	9	0.647
Κάπνισμα	2	7	0.832
Αρτηριακή υπέρταση	1	9	0.637
Στεφανιαία νόσος	0	3	0.941
Θετικό οικογενειακό ιστορικό	0	7	0.296
Μέση τιμή διαστολικής πίεσης (mmHg)	75.5±8.7	78.7±10.9	0.512
Μέση τιμή συστολικής πίεσης (mmHg)	123.8±11	127.6±15	0.581

Πίνακας 2. Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου μεταξύ ασθενών χωρίς ανιχνεύσιμες γενετικές μεταλλάξεις (Ομάδα Α) και ασθενών με παρουσία γενετικών μεταλλάξεων (Ομάδα Β).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ (n=100)
Ηλικία (έτη)		56.8 ± 12.8
Φύλο	Άνδρες (%)	52 (52.3%)
	Γυναίκες (%)	48 (47.7%)
Επιφάνεια σώματος (m²)		26.6 ± 3.6
Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου	Σακχαρώδης διαβήτης	29 (28.6%)
	Δυσλιπιδαιμία	32 (31.7%)
	Κάπνισμα	34 (34.4%)
	Αρτηριακή υπέρταση	50 (50%)
	Στεφανιαία νόσος	13 (12.7%)
	Θετικό οικογενειακό ιστορικό	25 (25.4%)
	Μέση τιμή διαστολικής πίεσης (mmHg)	78.3±9.9
	Μέση τιμή συστολικής πίεσης (mmHg)	126.8±15.1
Είδος εμβολίου	Pfizer	76 (76%)
	Moderna	11 (11%)
	Astra Zeneca	8 (8%)
	Johnson & Johnson	5 (5%)
Μέσος χρόνος παρακολούθησης (ημέρες)		73.3

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτη

ΠΑ015|Συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε υπερήλικες ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση: αποτελέσματα καταγραφής ενός έτους

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Βάκκα[1], Ε. Καλλιακούδα[1], Κ. Κυριακούλης[1], Ε. Πασχαλινόπουλος[1], Ά. Χασικίδη[1], Γ. Παπαδόπουλος[1], Ε. Λεοντή[1], Α. Κωτσοβέλου[1], Σ. Δρογκάρης[1], Φ. Τατάκης[1], Π. Τσιούφης[1], Χ. Φραγκούλης[1], Κ. Δημητριάδης[1], Α. Δαμιανάκη[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή του επιπολασμού συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς και διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου ευθραυστότητας με τα συγκεκριμένα συμπτώματα σε υπερήλικες υπερτασικούς ασθενείς που διαμένουν στην κοινότητα ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ Μονοκεντρική συγχρονική μελέτη καταγραφής περιπατητικών υπερτασικών ασθενών άνω των 80 ετών που προσήλθαν για τακτικό έλεγχο σε εξειδικευμένο στην αρτηριακή υπέρταση ιατρείο νοσοκομείου (04/2025-04/2026). Έγινε καταγραφή των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου, του επιπέδου ευθραυστότητας με την κλίμακα Clinical Frailty Score (CFS) και των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης με το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Αναλύθηκαν δεδομένα από 178 ασθενείς (ηλικία 83,6±3,6 έτη, 50% γυναίκες, BMI 26,9±4,4, μέση τιμή ΑΠ ιατρείου 132±20/70±10mmHg). Σχετικά με την ευθραυστότητα, 121 ασθενείς (68%) διατηρούσαν τη λειτουργική τους κατάσταση (κατηγορίες 1-3 του CFS), 46 ασθενείς (26%) είχαν λειτουργική έκπτωση με διατήρηση της αυτονομίας (κατηγορίες 4-6) και 11 ασθενείς (6%) είχαν σημαντική έκπτωση της λειτουργικής κατάστασης με μερική απώλεια της αυτονομίας (κατηγορίες 6-7). Συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης βρέθηκαν στο 31% και 30% των ασθενών βάσει του HADS, αντίστοιχα. Ο βαθμός ευθραυστότητας συσχετίστηκε θετικά με το σκορ της υποκλίμακας για την κατάθλιψη (HADS-D) του ερωτηματολογίου HADS (r=0.334, p<0.001), ενώ δε συσχετίστηκε με το σκορ της υποκλίμακας για το άγχος (HADS-A) (r=0.117, p=0.148). Επίσης, με το HADS-D συσχετίστηκαν θετικά ο αριθμός προσλαμβανόμενων αντιυπερτασικών ουσιών (r=0.170 ,p=0.036) και η καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (r=0.261, p=0.004). Ακόμη, το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε με την ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους (HADS-A≥8) (p=0.002) και κατάθλιψης (HADS-D≥8) (p=0.018). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο επιπολασμός συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε περιπατητικούς υπερήλικες ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση. Ο βαθμός ευθραυστότητας συσχετίζεται με την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης, ενώ το γυναικείο φύλο και η αρτηριακή σκληρία συσχετίζεται με ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Επομένως, η εκτίμηση της ψυχικής υγείας των υπερηλίκων υπερτασικών ασθενών κρίνεται μείζονος σημασίας, ιδιαιτέρως σε εκείνους με αυξημένο βαθμό ευθραυστότητας και στις γυναίκες

ΠΑ016|Βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα αρτηριακής πίεσης και φαινότυποι αρτηριακής υπέρτασης σε υπερήλικες υπερτασικούς ασθενείς που διαμένουν στην κοινότητα

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Βάκκα[1], Κ. Κυριακούλης[1], Ε. Καλλιακούδα[1], Ά. Χασικίδη[1], Γ. Παπαδόπουλος[1], Ε. Πασχαλινόπουλος[1], Ε. Λεοντή[1], Α. Κωτσοβέλου[1], Κ. Παπαδομαρκάκη[1], Φ. Τατάκης[1], Π. Ηλιάκης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Α. Δαμιανάκη[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

ΣΚΟΠΟΣ: Ελάχιστα δεδομένα υπάρχουν σχετικά με τις παραμέτρους της 24ωρης περιπατητικής καταγραφής αρτηριακής πίεσης (ΑΒΡΜ) σε υπερήλικες ασθενείς. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή φαινοτύπων αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) βάσει ΑΒΡΜ σε υπερήλικες υπερτασικούς ασθενείς που ζουν στην κοινότητα και η ανάδειξη συσχετίσεων μεταξύ της μεταβλητότητας ΑΠ και του επιπέδου ευθραυστότητας. ΜΕΘΟΔΟΙ: Μονοκεντρική συγχρονική μελέτη καταγραφής διαδοχικών υπερτασικών ασθενών άνω των 80 ετών που προσήλθαν για τακτικό έλεγχο σε Μονάδα Υπέρτασης (04/2025-04/2026). Καταγράφθηκε το επίπεδο ευθραυστότητας με την κλίμακα Clinical Frailty Score (CFS), οι μετρήσεις ΑΠ ιατρείου (Omron, τριπλές μετρήσεις, μέσος όρος των δύο τελευταίων) και ΑΒΡΜ (SpaceLabs, διαστήματα 20/30 λεπτών μέρας/νύχτας, περίοδοι μέρας/νύχτας 07:00-22:00/22:00-07:00). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναλύθηκαν δεδομένα 98 ασθενών (ηλικία 83,8±3,7έτη, 54% γυναίκες, BMI 26,5±4,2, μέσος αριθμός αντιυπερτασικών ουσιών 2,7±1,4).Η μέση συστολική/διαστολική τιμή ΑΠ ιατρείου ήταν 135±21/70±10mmHg, και η μέση συστολική/διαστολική τιμή ΑΠ στην ΑΒΡΜ ήταν 129±16/65±10mmHg (μέση ΑΠ ημέρας 128±15/67±9mmHg και νύχτας 121±13/60±8mmHg).Αληθής ρυθμισμένη ΑΥ παρατηρήθηκε στο 45% των ασθενών, αρρύθμιστη υπέρταση λευκής μπλούζας στο 25%, αρρύθμιστη συγκεκαλυμμένη υπέρταση στο 15% και αληθής αρρύθμιστη ΑΥ στο 15%. Φυσιολογική πτώση της ΑΠ κατά τις νυχτερινές ώρες εμφάνιζε το 20% των ασθενών, ενώ το 50% ήταν non-dipper, το 22% riser και το 4% extreme dipper. Το επίπεδο ευθραυστότητας συσχετίστηκε θετικά με την τυπική απόκλιση (r=0,206,p=0,045) και τον συντελεστή μεταβλητότητας (r=0,213,p=0,040) της ημερήσιας συστολικής ΑΠ, καθώς και την τυπική απόκλιση (r=0,240,p=0,019) και τον συντελεστή μεταβλητότητας (r=0,275,p=0,007) της ημερήσιας διαστολικής ΑΠ. Αντιθέτως, το επίπεδο ευθραυστότητας συσχετίστηκε αρνητικά με τον συντελεστή μεταβλητότητας της νυχτερινής συστολικής (r=-0,231 p=0,026) και διαστολικής (r=-0,272,p=0,008) ΑΠ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στους υπερήλικες ασθενείς με ΑΥ που ζουν στην κοινότητα, παρατηρήθηκε υψηλή συχνότητα αρρύθμιστης συγκεκαλυμμένης υπέρτασης, αρρύθμιστης υπέρτασης λευκής μπλούζας και μη φυσιολογικής πτώσης της νυχτερινής ΑΠ. Η ευθραυστότητα συσχετίστηκε με μεγαλύτερη μεταβλητότητα της ημερήσιας συστολικής και διαστολικής περιπατητικής ΑΠ. Επομένως, η ΑΒΡΜ παρέχει κλινικά σημαντικές πληροφορίες στους υπερήλικες υπερτασικούς ασθενείς.

ΠΑ017|Φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

13/11/26 · METIS / METIS

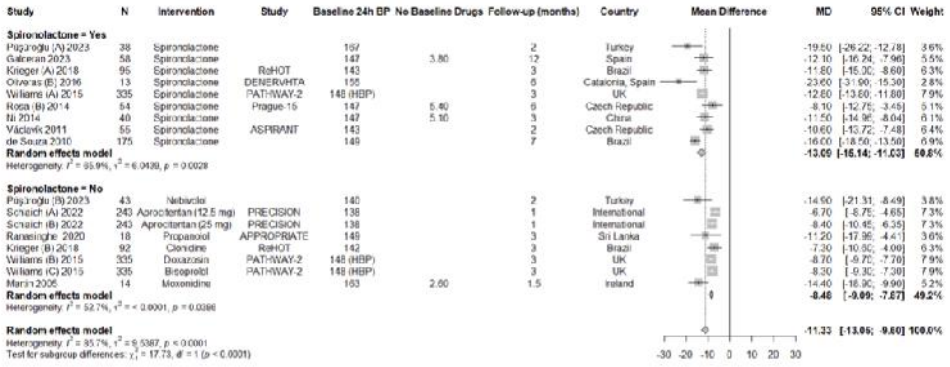
Κ. Κυριακούλης[1], Α. Βάκκα[1], Ν. Σταματάκη[1], Π. Ηλιάκης[1], Φ. Τατάκης[1], Σ. Σουλαϊδόπουλος[1], Π. Τσιούφης[1], Χ. Φραγκούλης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Κ. Δημητριάδης[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

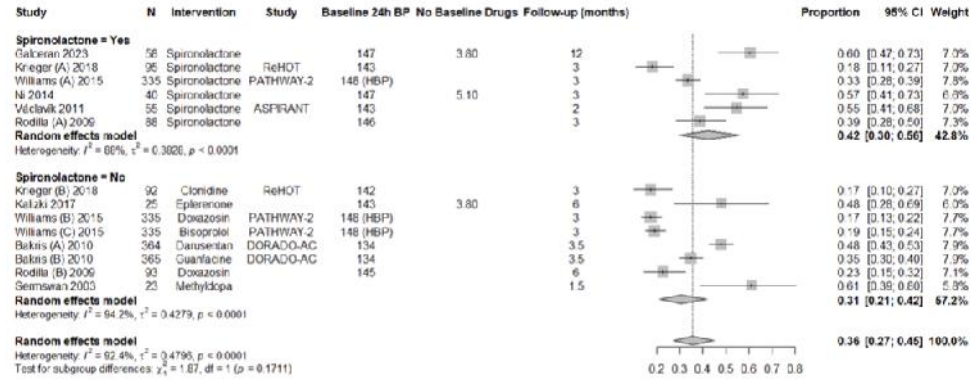
Εισαγωγή/Σκοπός Η ανθεκτική υπέρταση (resistant hypertension, RH) αποτελεί μια όχι τόσο σπάνια κατάσταση η θεραπευτική προσέγγιση της οποίας αποτελεί πρόκληση. Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι η διερεύνηση της επίδρασης φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με αληθή RH δίνοντας έμφαση στη σύγκριση μεταξύ σπιρονολακτόνης και άλλων φαρμακευτικών επιλογών ως το επόμενο φαρμακευτικό βήμα σε ασθενείς με RH. Υλικό και μέθοδος Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (PubMed) με τον αλγόριθμο “resistant hypertension” έως τις 09/09/2025 για τον εντοπισμό μελετών που περιελάμβαναν ασθενείς με αληθή RH και στους οποίους έγινε αξιολόγηση της αντιυπερτασικής δράσης μιας φαρμακολογικής παρέμβασης (προσθήκη σπιρονολακτόνης ή άλλου φαρμακευτικού παράγοντα). Η βασική ανάλυση έγινε με την υπόθεση ότι οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν μονού σκέλους. Αποτελέσματα Αρχικά προέκυψαν 4501 μελέτες με 12 μελέτες (που περιλάμβαναν 17 αναλύσεις) να πληρούν τα κριτήρια ένταξης (N=2,186, σταθμισμένη ηλικία 61 έτη, άρρενες 60%, δείκτης μάζας σώματος 32 kg/m2, διαβήτης 29%, κάπνισμα 10%, εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος 35%, αριθμός αντιυπερτασικών φαρμάκων 4.5, ΑΠ ιατρείου συστολική/διαστολική 157/90 mmHg, 24ωρη ΑΠ 144/85 mmHg, διάμεσο

follow-up 3 μήνες). Μετα-ανάλυση 12 μελετών (17 αναλύσεων) ανέδειξε συγκεντρωτική μείωση της συστολικής 24ωρης ΑΠ ιατρείου -11.3 mmHg (-13.1, -9.6) (P<0.0001) (Γράφημα 1). Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αναλύσεων που συμπεριέλαβαν προσθήκη σπιρονολακτόνης συγκριτικά με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες, με μεγαλύτερη πτώση ΑΠ να παρατηρείται στην περίπτωση της σπιρονολακτόνης [-13.1 mmHg (-15.1, -11.0) συγκριτικά με -8.5 mmHg (-9.1, -7.9), αντίστοιχα, P<0.001]. Μετα-ανάλυση 9 μελετών (που περιλάμβαναν 14 αναλύσεις) ανέδειξε συγκεντρωτικό ποσοστό ρύθμισης μετά από οποιαδήποτε παρέμβαση 36% (27, 45), χωρίς να αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αναλύσεων που συμπεριέλαβαν προσθήκη σπιρονολακτόνης [42% (30, 56)] συγκριτικά με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες [31% (21, 42)] (P=0.17) (Γράφημα 2). Συμπεράσματα Σε ασθενείς με αληθή RH φαίνεται ότι η πιο αποτελεσματική φαρμακευτική επιλογή είναι η προσθήκη σπιρονολακτόνης. Ωστόσο, και άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες δύναται να χρησιμοποιηθούν ειδικά σε ασθενείς με αντένδειξη για λήψη σπιρονολακτόνης. Τα παραπάνω συμπεράσματα είναι σύμφωνα με τις τρέχουσες συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών.

Γράφημα 1. Μετα-ανάλυση μελετών που παρέχουν δεδομένα για την πτώση της αρτηριακής πίεσης μετά τη λήψη σπιρονολακτόνης ή άλλων φαρμακευτικών παραγόντων σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση



Γράφημα 2. Μετα-ανάλυση μελετών που παρέχουν δεδομένα για το ποσοστό ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης μετά τη λήψη σπιρονολακτόνης ή άλλων φαρμακευτικών παραγόντων σε ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση.

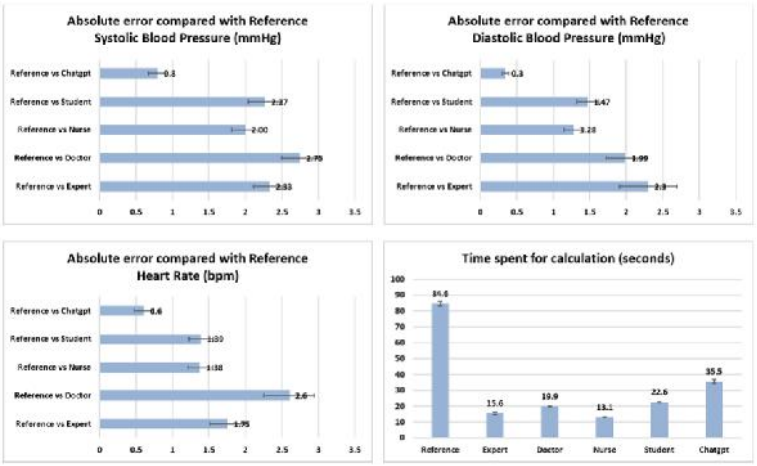


Κ. Κυριακούλης[1], Α.Βάκκα[1], Ε. Καλλιακούδα[1], Ε. Πασχαλινόπουλος[1], Γ. Παπαδόπουλος[1], Φ. Τατάκης[1], Γ. Γόμπος[1], Α. Μέντη[1], Π. Ηλιάκης[1], Α. Δαμιανάκη[1], Χ. Φραγκούλης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Κ. Δημητριάδης[1], Δ.Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) εκτός ιατρείου μπορεί να αξιολογηθεί με 24ωρη περιπατητική καταγραφή ή με μετρήσεις στο σπίτι, οι οποίες αποτελούν χρήσιμο εργαλείο καθώς είναι εύκολες και προσβάσιμες από τους περισσότερους ασθενείς. Ο ακριβής υπολογισμός του μέσου όρου από το έντυπο καταγραφής που προσκομίζεται μπορεί να είναι δυσχερής και συχνά λανθασμένος. Η παρούσα μελέτη συνέκρινε διαφορετικές μεθόδους υπολογισμού παραμέτρων της ΑΠ στο σπίτι από έντυπα ασθενών συμπεριλαμβάνοντας εργαλεία τεχνητής νοημοσύνης. Υλικό και μέθοδος Αναλύθηκαν παράμετροι από έντυπα μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι που προσκόμισαν ασθενείς κατά τον τακτικό τους έλεγχο. Ο υπολογισμός έγινε με 6 διαφορετικές μεθόδους: 1) μέθοδος αναφοράς με τη χρήση υπολογιστικών φύλλων excel (Reference), 2) οπτική εκτίμηση ειδικού υπερτασιολόγου (Expert), 3) οπτική εκτίμηση μη-ειδικού ιατρού (Doctor), 4) οπτική εκτίμηση νοσηλευτή (Nurse), 5) οπτική εκτίμηση φοιτητή ιατρικής (Student), και 6) με χρήση εργαλείου τεχνητής νοημοσύνης μέσω φωτογράφησης και ανάρτησης του εντύπου (Chatgpt). Έγινε καταγραφή του χρόνου υπολογισμού με κάθε μέθοδο. Έγινε ανάλυση και σύγκριση του απόλυτου σφάλματος της κάθε μεθόδου από τη Reference καθώς και αξιολόγηση της διαγνωστικής συμφωνίας των μεθόδων. Αποτελέσματα Αναλύθηκαν δεδομένα 93 συμμετεχόντων. Η συστολική/διαστολική ΑΠ με τη Reference μέθοδο ήταν 134.5±11.4/77.5±10.2 mmHg. Η σύγκριση που παρείχε το χαμηλότερο απόλυτο σφάλμα συγκριτικά με τη Reference όσον αφορά τη συστολική ΑΠ, τη διαστολική ΑΠ και την καρδιακή συχνότητα ήταν η σύγκριση Reference vs Chatgpt (<1 mmHg) (Γράφημα 1). Η Reference μέθοδος ήταν η πιο χρονοβόρα (μέση διάρκεια υπολογισμού 85 δευτερόλεπτα), ενώ η χρήση Chatgpt ήταν η δεύτερη αλλά σημαντικά λιγότερο χρονοβόρα μέθοδος (μέση διάρκεια υπολογισμού 36 δευτερόλεπτα) (Γράφημα 1). Η καλύτερη διαγνωστική συμφωνία επιτεύχθηκε στη σύγκριση Reference vs Chatgpt τόσο για τη συστολική (συμφωνία 97%, kappa 0.94) όσο και για τη διαστολική ΑΠ (συμφωνία 100%, kappa 1.00) (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Ο υπολογισμός της ΑΠ στο σπίτι από τα έντυπα που προσκομίζουν οι ασθενείς κατά τον τακτικό τους έλεγχο μπορεί να γίνεται με ευκολία, ακρίβεια και ταχύτητα με τη χρήση κοινών εργαλείων τεχνητής νοημοσύνης. Η μέθοδος παρέχει τόσο ακριβή αποτελέσματα όσο και ικανοποιητική διαγνωστική συμφωνία σε έναν πληθυσμό με μέση ΑΠ στο σπίτι κοντά στο διαγνωστικό όριο. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται για να τεκμηριωθεί η χρησιμότητα της μεθόδου.

Γράφημα 1. Ανάλυση και σύγκριση του απόλυτου σφάλματος της κάθε μεθόδου συγκριτικά με τη Reference καθώς και παρουσιασμός του χρόνου υπολογισμού που χρειάστηκε για την κάθε μέθοδο.



Πίνακας 1. Διαγνωστική συμφωνία των διαφορετικών μεθόδων υπολογισμού.

Σύγκριση	Συστολική ΑΠ		Διαστολική ΑΠ	
	Διαγνωστική Συμφωνία	Kappa (95% CI)	Διαγνωστική Συμφωνία	Kappa (95% CI)
Reference vs Chatgpt	97%	0.94 (0.86, 1.00)	100%	1.00 (1.00, 1.00)
Reference vs Student	85%	0.70 (0.56, 0.84)	94%	0.78 (0.62, 0.95)
Reference vs Nurse	92%	0.85 (0.74, 0.96)	94%	0.79 (0.64, 0.95)
Reference vs Doctor	89%	0.79 (0.66, 0.91)	92%	0.76 (0.60, 0.93)
Reference vs Expert	89%	0.78 (0.66, 0.91)	91%	0.74 (0.57, 0.91)

ΠΑ019|Σχέση μεταξύ φαινοτύπων υπέρτασης και μέγιστης ταχύτητας ροής διά της αορτικής βαλβίδας

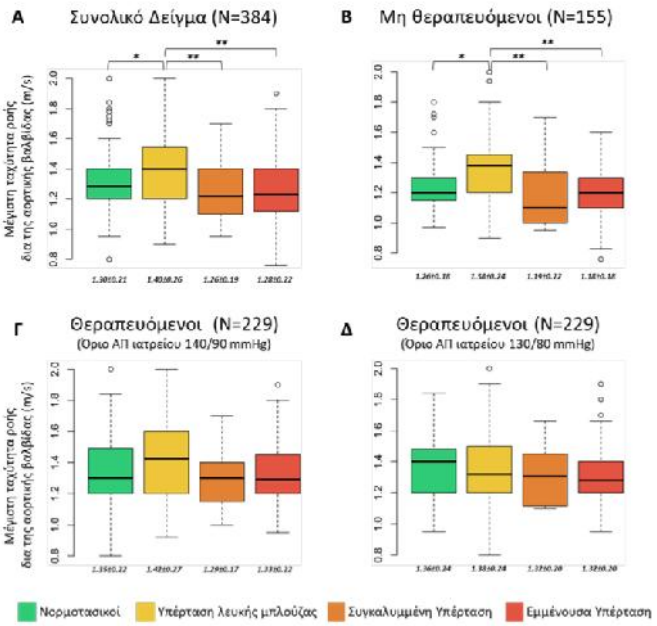
13/11/26 · METIS / METIS

Κ. Κυριακούλης[1], Γ. Παπαδόπουλος[1], Α. Βάκκα[1], Π. Ηλιάκης[1], Φ. Τατάκης[1], Κ. Δημητριάδης[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μέγιστη ταχύτητα ροής δια της αορτικής βαλβίδας (aortic valve peak velocity, AVPV) σχετίζεται με υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος η οποία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της υπέρτασης λευκής μπλούζας (white-coat hypertension, WCH). Υλικό και μέθοδος: Συγχρονική μελέτη καταγραφής δεδομένων όλων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) (02/2024-05/2025). Έγινε συλλογή δημογραφικών/κλινικών δεδομένων, μετρήσεων ΑΠ στο ιατρείο (Omron) και στην 24ωρη καταγραφή (SpaceLabs) και υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών από τους ηλεκτρονικούς φακέλους των ασθενών. Ο ορισμός των φαινοτύπων υπέρτασης βασίστηκε στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Το φαινόμενο λευκής μπλούζας (white-coat effect, WCE) ορίστηκε ως η διαφορά συστολικής ΑΠ ιατρείου-24ωρης ΑΠ. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα 384 συμμετεχόντων (μέση ηλικία 58±13 έτη, άρρενες 55%, θεραπευόμενοι 60%, ΑΠ ιατρείου συστολική/διαστολική 136/84 mmHg, 24ωρη ΑΠ 126/77 mmHg, AVPV 1.3 m/s). Ο επιπολασμός των φαινοτύπων υπέρτασης ήταν νορμοτασικοί 34%, WCH 18%, συγκαλυμμένη υπέρταση 16%, εμμένουσα υπέρταση 32%. Η AVPV ήταν σημαντικά υψηλότερη σε άτομα με WCH (1.40±0.26 m/s) συγκριτικά με τους υπόλοιπους φαινότυπους (Γράφημα 1Α). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε υποαναλύσεις που συμπεριέλαβαν μόνο μη θεραπευόμενους (Γράφημα 1Β) αλλά όχι μόνο θεραπευόμενους ασθενείς (Γράφημα 1Γ-Δ). Σε διαστρωματοποιημένη ανάλυση αναλόγως του μεσοδιαστήματος από τη διενέργεια 24ωρης καταγραφής ΑΠ και υπερηχοκαρδιογραφικής μελέτης, σημαντικά υψηλότερη AVPV (1.41±0.25 m/s) παρατηρήθηκε στους ασθενείς με WCH και βραχύ μεσοδιάστημα (<1 ημέρες). Σε ανάλυση συσχετίσεων παρατηρήθηκε ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ AVPV και WCE (r=0.16, P<0.01), κυρίως στους μη θεραπευόμενους (r=0.26, P<0.01). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, οι φαινότυποι υπέρτασης αναδείχθηκαν ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες της AVPV με την WCH να σχετίζεται με αυξημένη (beta 0.09, P<0.01) και τη συγκαλυμμένη υπέρταση με μειωμένη AVPV (beta -0.07, P<0.05) συγκριτικά με τους νορμοτασικούς. Συμπεράσματα Ασθενείς με WCH (κυρίως μη θεραπευόμενοι) έχουν αυξημένη AVPV συγκριτικά με άλλους φαινοτύπους υπέρτασης. Η παρατήρηση αυτή μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη ανίχνευση και διαχείριση των φαινοτύπων υπέρτασης στην καθημερινή κλινική πράξη.

Γράφημα 1. Μέγιστη ταχύτητα ροής δια της αορτικής βαλβίδας και φαινότυποι υπέρτασης σε άτομα με ή χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία.



ΠΑ020|Θεραπευτική αντιμετώπιση της ανθεκτικής υπέρτασης: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

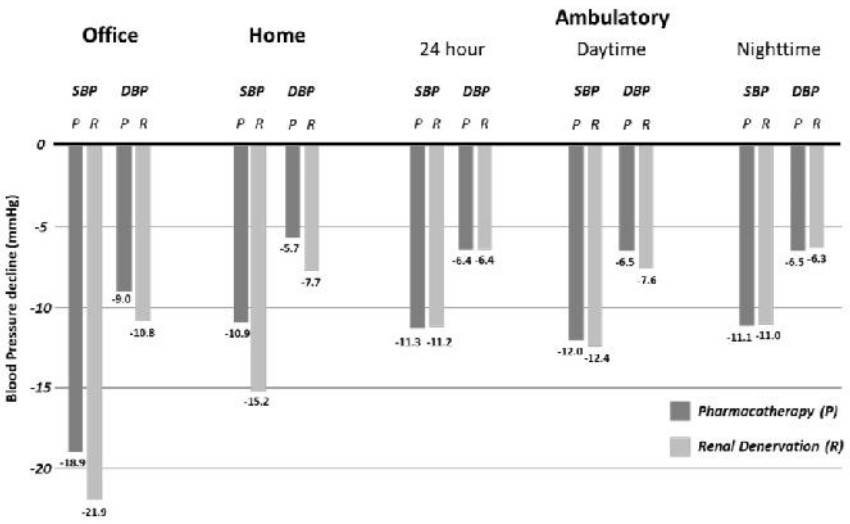
13/11/26 · METIS / METIS

Κ. Κυριακούλης[1], Α. Βάκκα[1], Ν. Σταματάκη[1], Π. Ηλιάκης[1], Φ. Τατάκης[1], Σ. Σουλαϊδόπουλος[1], Π. Τσιούφης[1], Χ.Φραγκούλης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Κ. Δημητριάδης[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός Η θεραπευτική προσέγγιση της ανθεκτικής υπέρτασης (resistant hypertension, RH) παραμένει πρόκληση με πολλές νέες κλινικές δοκιμές και θεραπευτικές επιλογές. Στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης είναι να διερευνηθεί η μείωση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και τα ποσοστά ελέγχου της αρτηριακής υπέρτασης σε ασθενείς με αληθή RH, μετά την προσθήκη φαρμακολογικών παρεμβάσεων ή συμπαθητικής νεφρικής απονεύρωσης (renal denervation, RDN). Υλικό και μέθοδος Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (PubMed) με τον αλγόριθμο “resistant hypertension” έως τις 09/09/2025 για τον εντοπισμό μελετών που περιελάμβαναν ασθενείς με αληθή RH και στους οποίους έγινε αξιολόγηση της αντιυπερτασικής δράσης μιας φαρμακολογικής παρέμβασης ή παρέμβασης με RDN. Η βασική ανάλυση έγινε με την υπόθεση ότι οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν μονού σκέλους ενώ πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές αναλύσεις ευαισθησίας και μετα-παλινδρόμησης. Αποτελέσματα Από τις 4,501 μελέτες που προέκυψαν από την αρχική αναζήτηση, 68 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (N=6,297, σταθμισμένη ηλικία 60 έτη, άρρενες 60%, διαβήτης 35%, κάπνισμα 16%, εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσος 27%, αριθμός αντιυπερτασικών φαρμάκων 4.8, ΑΠ ιατρείου συστολική/διαστολική 164/92 mmHg, 24ωρη ΑΠ 148/85, διάμεσο follow-up 6 μήνες). Μετα-ανάλυση 58 μελετών (N=4,579, 52% RDN) ανέδειξε συγκεντρωτική μείωση 24ωρης συστολικής ΑΠ -11.3 mmHg (-12.3, -10.2) (Γράφημα). Η πτώση της συστολικής/διαστολικής ΑΠ με άλλες μεθόδους μέτρησης (ιατρείο, σπίτι) φαίνεται στο Γράφημα. Μετα-ανάλυση 15 μελετών (N=2,700, 15% RDN) ανέδειξε συγκεντρωτικό ποσοστό ρύθμισης μετά από οποιαδήποτε παρέμβαση 35% (28, 42). Δεν αναδείχθηκαν σημαντικές διαφορές στις μελέτες φαρμακοθεραπείας συγκριτικά με τις μελέτες RDN (Γράφημα) ή στις τυχαιοποιημένες συγκριτικά με τις μη-τυχαιοποιημένες μελέτες. Συμπεράσματα Η προσθήκη οποιασδήποτε αντιυπερτασικής παρέμβασης (φαρμακολογικής ή RDN) σε ασθενείς με αληθή RH έχει μέτριο αντιυπερτασικό αποτέλεσμα, με μόνο το ένα τρίτο να επιτυγχάνει επαρκή έλεγχο της ΑΠ. Οι συνδυασμένες θεραπευτικές στρατηγικές που ενσωματώνουν τόσο φαρμακολογικές (κατά προτίμηση ως συνδυασμούς φαρμάκων) όσο και επεμβατικές λύσεις αναμένεται να παρέχουν βέλτιστα κλινικά οφέλη.

Γράφημα. Μείωση της συστολικής/διαστολικής ΑΠ με όλες τις διαθέσιμες μεθόδους μέτρησης αρτηριακής πίεσης μετά την προσθήκη φαρμακολογικών ή επεμβατικών παρεμβάσεων.



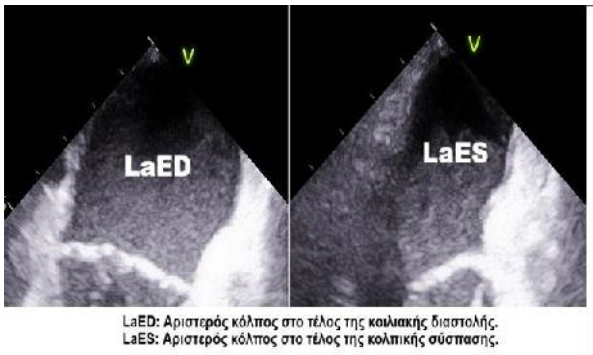
ΠΑ021|Οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση έχουν μειωμένο ενεργό κλάσμα εξώθησης του αριστερού κόλπου. Η επίδραση της κοιλιακής ενδοτικότητας στην μηχανική της κολπικής συστολής.

13/11/26 · METIS / METIS

Γ. Ελευθεριάδης[1], Σ. Ντούρτσιου[1], Δ. Διαμαντόπουλος[1], Τ. Απτή[1], Ρ. Ιακουμπίδου[1], Ρ. Χασάν[1], Λ. Διαμαντόπουλος[1]

[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΡΟΔΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή-σκοπός: Το ενεργό κλάσμα εξώθησης του αριστερού κόλπου (LaEF) εκφράζει την εκατοστιαία απόδοση της αμιγούς σύσπασής του, η οποία ξεκινά χρονικά στο τέλος της κοιλιακής διαστολής, οπότε και ο κολπικός μυς συσπάται υπερπληρώνοντας την κοιλία. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη του LaEF στους χρόνια υπερτασικούς ασθενείς και η συσχέτιση με τους υγιείς νορμοτασικούς. Μέθοδος-αποτελέσματα: Μελετήσαμε συνολικά 18 άτομα χωρισμένα σε δύο ομάδες: α) 12 ενήλικες ασθενείς ηλικίας 50-65 ετών με διαγνωσμένη χρόνια υπερτασική καρδιοπάθεια,και β) 6 υγιείς εθελοντές ηλικίας 20-28 ετών χωρίς ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης. Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, τεχνητή βηματοδότηση, συχνές (>5 ανά λεπτό) έκτακτες συστολές, καθώς και ασθενείς με βαλβιδοπάθεα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς (TEE) και συγκεκριμένα σε ταυτόχρονη Mid-Esophageal biplane προβολή 0-30 και 90-120 μοιρών. Οι ληφθείσες εικόνες αναλύθηκαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με software επεξεργασίας εικόνας, οπότε και υπολογίστηκαν οι επιμέρους διάμετροι και επιφάνειες του αριστερού κόλπου συναρτήσει του χρόνου. Με το μαθηματικό ολοκλήρωμα των τιμών υπολογίστηκαν οι όγκοι και στην συνέχεια το ενεργό κολπικό κλάσμα εξώθησης (LaEF) βάσει της εξίσωσης LaEF=100x(LaEDV-LaESV)/LaEDV σε 3 συνεχόμενους καρδιακούς κύκλους και υπολογίσθηκαν οι μέσοι όροι. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέσο ενεργό LaEF 13.98±5.5%, στην ομάδα των χρονίως υπερτασικών, ενώ στην ομάδα των υγιών 31.48±6.4%. Από την σύγκριση των δύο ομάδων (p<0.001, σχήμα), συμπεραίνουμε ότι οι ασθενείς με χρόνια υπερτασική καρδιοπάθεια έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο ενεργό-LaEF σε σχέση με τους υγιείς. Συμπέρασμα: Η χρόνια διαστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας που παρατηρείται στους ασθενείς με υπερτασική καρδιοπάθεια έχει κατασταλτική επίδραση στην μηχανική εξώθηση της κολπικής συστολής. Η επίδραση αυτή, μπορεί να οδηγήσει στην διάταση του αριστερού κόλπου, την μείωση της απόδοσης της αριστερής κοιλίας, καθώς και την αύξηση του κινδύνου υπερκοιλιακών αρρυθμίων.





ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

11.30-12.30 **Ψηφιακή Καρδιολογία / Digital Cardiology**

Πρόεδροι: Ε. Καραπατσούδη(Έδεσσα), **Χ. Καραβασίλης** (Αθήνα)
Chairpersons: E. Karapatsoudi (Edessa), **C. Karavasilis** (Athens)

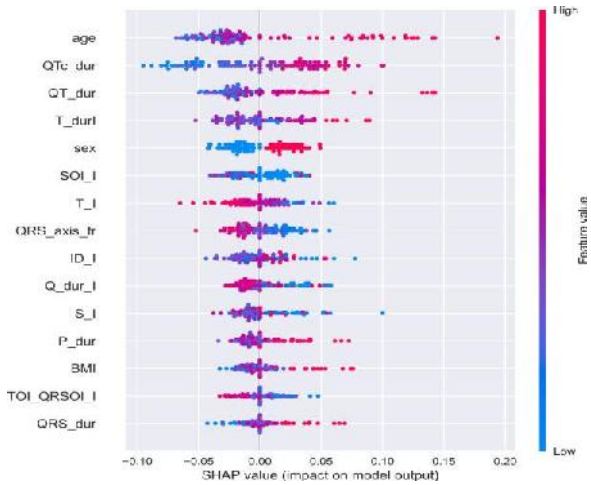
ΠΑ022|Μοντέλο μηχανικής μάθησης βασισμένο σε μονοκαναλικό ηλεκτροκαρδιογράφημα για τη μη επεμβατική ανίχνευση υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με υπέρταση

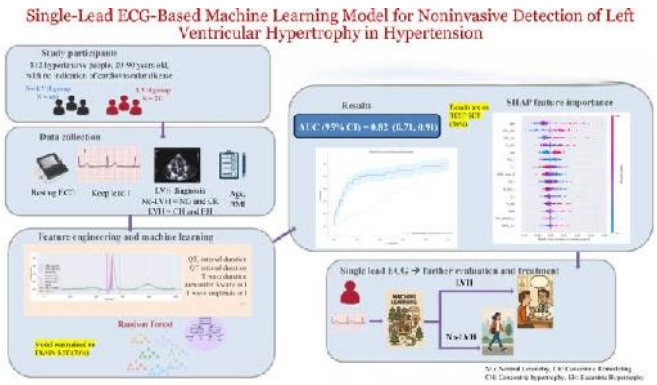
13/11/26 · METIS / METIS

Ι. Κοπιδάκης[1], Ε. Αγγελάκη[2], Γ. Μπαμπάρης[3], Κ. Φραγκιαδάκης[1], Σ. Μαραγκουδάκης[4], Π. Καλομοιράκης[1], Ε. Καλλέργης[1], Ε. Ζάχαρης[1], Α. Αληφραγκή[5], Ε. Σημαντηράκης[1], Γ. Τσιρόνης[6], Μ. Μαρκέτου[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Cardiovascular Research Center, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; Cardiovascular Disease Initiative, The Broad Institute of MIT and Harvard, Cambridge, MA, USA; Harvard John A. Paulson School of Engineering and Applied Sciences, Harvard University, Cambridge, MA, USA., [3]Research Associate. Institute of Electronic Structure and Laser, Foundation of Research and Technology-Hellas, Greece., [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Professor of Physics at the Physics Department of the University of Crete, Director of the Crete Center for Quantum Complexity and Nanotechnology at the Physics Department of the University of Crete, and leads the Nonlinear and Statistical Physics Group at the IESL-FORTH

Στόχος: Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (LVH) ταξινομείται ως συγκεντρική ή εκκεντρική με βάση το σχετικό πάχος τοιχώματος της αριστερής κοιλίας. Χρησιμοποιώντας τεχνικές μηχανικής μάθησης σε βασικές κλινικές παραμέτρους και χαρακτηριστικά από ένα μονοκαναλικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), ανιχνεύσαμε LVH σε πληθυσμό υπερτασικών ασθενών χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε: 812 άτομα με υπέρταση χωρίς ενδείξεις καρδιαγγειακής νόσου. Με βάση τον δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας και το σχετικό πάχος τοιχώματος, οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: i) φυσιολογική γεωμετρία και συγκεντρική αναδιαμόρφωση ως χωρίς LVH ii) συγκεντρική και εκκεντρική υπερτροφία ως με LVH Εκπαιδεύσαμε ένα μοντέλο Random Forest για τη διάκριση μεταξύ των δύο κατηγοριών. Για σύγκριση, εκπαιδεύσαμε επίσης μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης και συνελικτικού νευρωνικού δικτύου (CNN). Πραγματοποιήθηκε ανάλυση σημαντικότητας και αλληλεπιδράσεων χαρακτηριστικών με χρήση SHAP για την ερμηνεία των προβλέψεων του μοντέλου. Αποτελέσματα: Το μοντέλο μας διέκρινε επιτυχώς τα άτομα χωρίς LVH από εκείνα με LVH, με ROC/AUC 0,82 (95% CI: 0,71–0,91) και μέση ακρίβεια (average precision) 0,61. Σε κατώφλι 0,3, η ειδικότητα ήταν 81% και η ευαισθησία 58%. Η ηλικία, το διορθωμένο διάστημα QT, η διάρκεια του κύματος T και το γυναικείο φύλο ήταν τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που συνέβαλαν στις προβλέψεις του μοντέλου. Συμπέρασμα: Μέσω ανάλυσης ΗΚΓ μίας απαγωγής σε συνδυασμό με κλινικά δεδομένα, επιδείξαμε ισχυρή απόδοση στην ανίχνευση LVH. Η ανάδειξη βασικών χαρακτηριστικών ΗΚΓ χαρακτηριστικών, όπως το διορθωμένο διάστημα QT και η μορφολογία του κύματος T, υπογραμμίζει την κλινική αξία της ανάλυσης ΗΚΓ μιας απαγωγής. Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά στην εποχή των φορητών συσκευών, όπου η προσβάσιμη και μη επεμβατική ανίχνευση καρδιακών παθήσεων, όπως η LVH, μπορεί να ενσωματωθεί στην καθημερινή παρακολούθηση της υγείας.





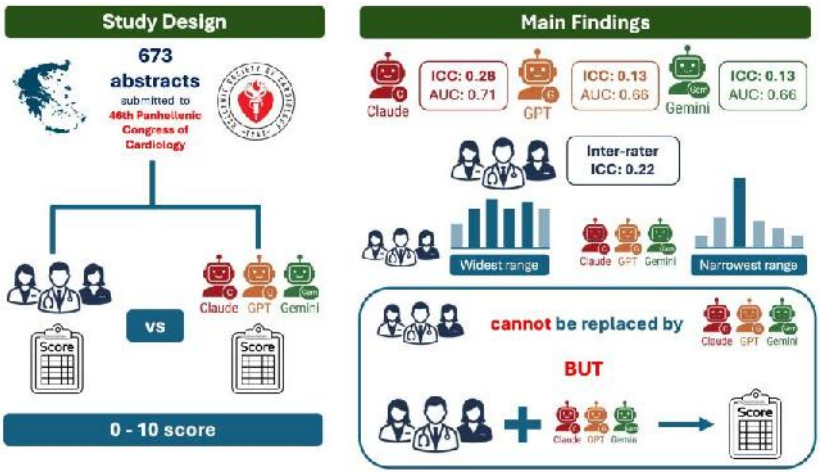
ΠΑ023|Reliability of Large Language Models as Scientific Reviewers of Abstracts Submitted to a National Cardiology Congress: EUNOIA study

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Αποστολός[13], Ι.Καχριμανίδης[1], Παναγιώτης Βλαχάκης[4],Ν.Κτενόπουλος[1], Ι.Σκαλίδης[5], Η.Καραμπίνος, Α.Δ. Μαυρογιάννη[2], Ν.Πατσουράκος[6], Α.Αναστασάκης[7], Λ. Ραλλίδης[8], Α.Τρίκας [9], Γ. Κοχιαδάκης,[3]Χ.Βλαχόπουλος[1], Π.Βάρδας [10], Λ.Μιχάλης [11], Κ.Τούτουζας[12]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [5]HFR - Fribourg Kantonal Hospital and University, Switzerland, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ, [8]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [9]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [10]Onassis Cardiac Surgery Centre, Unit of Inherited and Rare Cardiovascular diseases, [11]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [12]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [13]Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

Background: Large language models (LLMs) have been proposed as tools to assist scientific peer review, yet their reliability in scoring conference abstracts has not been rigorously evaluated in cardiology. Methods: In this prospective, observational study, all 673 abstracts submitted to the 46th Panhellenic Congress of Cardiology were independently scored on a 0–10 scale by three LLMs (Claude [Anthropic], GPT [OpenAI], and Gemini [Google]) and by at least one human reviewer. Agreement was assessed using intraclass correlation coefficients (ICC), weighted Cohen's kappa, Spearman correlations, and Bland–Altman analysis. Discriminative accuracy for predicting the human accept/reject decision was evaluated by receiver operating characteristic (ROC) analysis. Results: All three LLMs showed poor agreement with human reviewers: Claude ICC = 0.28 (95% CI, 0.20 to 0.36), GPT ICC = 0.13 (95% CI, −0.04 to 0.30), and Gemini ICC = 0.14 (95% CI, 0.06 to 0.21). Human inter-rater agreement was itself limited (ICC = 0.22). In sensitivity analyses, Claude's agreement with individual reviewers (ICC 0.17–0.21) fell within the human–human range (ICC 0.16–0.30), and the mean absolute error between LLMs and individual reviewers was no greater than that between human reviewers (1.83 vs 1.93 points). LLMs exhibited severely restricted score distributions compared with humans (range 1–10). Claude achieved the highest area under the ROC curve (AUC = 0.71; 95% CI, 0.66 to 0.76) for predicting human decisions, significantly exceeding Gemini (AUC = 0.62; P < 0.001) but not GPT (AUC = 0.66; P = 0.09). Inter-LLM correlations substantially exceeded LLM–human correlations (Claude–GPT ρ = 0.66 vs Claude–Human ρ = 0.30). All LLMs failed to discriminate among case reports (ρ ≤ 0.11; all P>.2).Conclusions: Current LLMs cannot reliably replace human reviewers for scoring cardiology congress abstracts. These findings suggest that LLMs may serve as supplementary screening tools but not as substitutes for human scientific judgement.



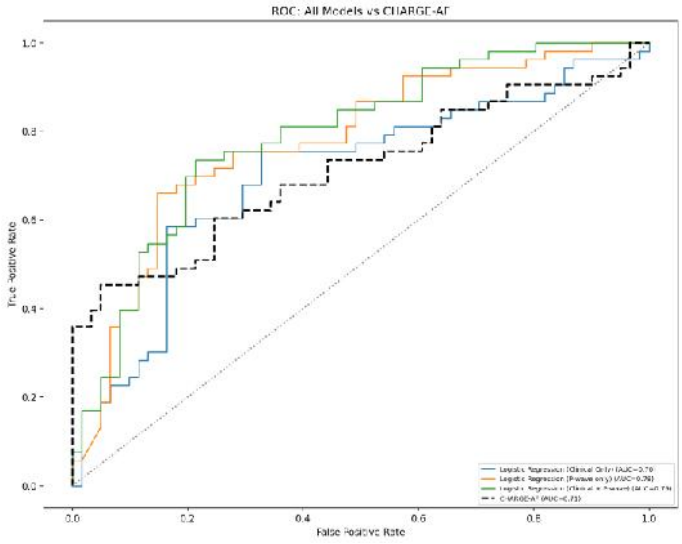
ΠΑ024|P-wave Indices Outperform the CHARGE-AF Score for Predicting Atrial Fibrillation: A Comparison with Clinical and Multimodal Logistic Regression Models

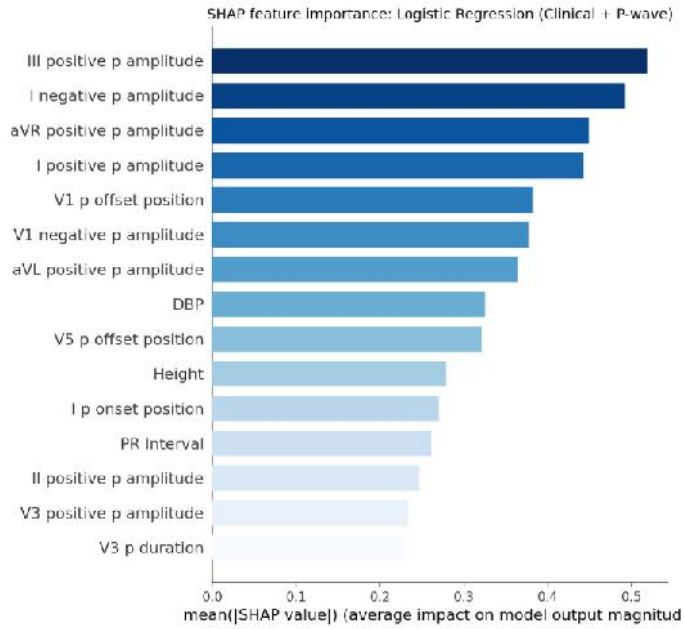
13/11/26 · METIS / METIS

S. Angus-Anagnostou[1], H. Marisetty[1], Δ. Ταχματζίδης[2], Κ. Τριανταφύλλου[2], Π. Μαμώλης[2], Δ.Ο. Παύλου[2], Β. Σχισμένος[2], Κ. Μπακογιάννης[2], Γ. Γιαννόπουλος[2], Θ. Καραμήτσος[2], Β. Βασιλικός[2]

[1]Aristotle University School of Medicine - AUSoM, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Introduction: The CHARGE-AF score is a widely used clinical model for atrial fibrillation (AF) risk prediction, built from routine demographic and clinical variables. P-wave indices, which reflect atrial conduction and remodeling, have been proposed as ECG-derived markers of AF susceptibility, but their performance relative to CHARGE-AF, and their added value when combined with clinical variables, remains unclear. Aim: To compare logistic regression models based on clinical variables alone, P-wave indices alone, and their combination, against the CHARGE-AF score for predicting a history of AF. Methods: We analyzed 542 patients (mean age 65.5±14.6 years; 358 male, 184 female; 254 with prior AF, 288 without) while on sinus rhythm. Three logistic regression models were trained on a stratified 75/25 train-test split: (1) Clinical Only, using the same clinical parameters with CHARGE-AF (age, height, weight, race, blood pressure, smoking, hypertension, diabetes, heart failure, myocardial infarction); (2) P-wave Only, using automated 12-lead P-wave amplitude, duration, and interval measurements; and (3) a multimodal Clinical+P-wave model. Feature selection was performed exclusively on training data. Discrimination was assessed by AUC with bootstrap 95% confidence intervals and compared via DeLong test against CHARGE-AF.Results: AUCs were 0.70 (0.60–0.81) for Clinical Only, 0.78 (0.68–0.86) for P-wave Only, and 0.79 (0.70–0.87) for Clinical+P-wave. CHARGE-AF achieved AUC 0.71 (0.61–0.81). The Clinical Only model performed comparably to CHARGE-AF (delta=−0.01, p=0.89), consistent with both being logistic models built on the same clinical parameters. P-wave Only and Clinical+P-wave both numerically exceeded CHARGE-AF (delta=+0.07 and +0.08, respectively), though not reaching statistical significance (p=0.30 and p=0.18, respectively. Interestingly, adding clinical variables to P-wave indices provided no improvement over P-wave indices alone (p=0.93), and SHAP analysis of the multimodal model showed P-wave amplitude features dominating over clinical predictors in overall importance.Conclusions : P-wave indices alone predict AF history at least as well as CHARGE-AF, and a multimodal clinical+P-wave model offers no incremental benefit over P-wave indices alone. Within the multimodal model, P-wave features appear more predictive than clinical variables, suggesting atrial-conduction ECG markers may be a more informative, standalone alternative to conventional clinical risk scoring for AF.





ΠΑ025|Bridging the Gap in Precision Cardiology: A Comprehensive Framework for Cardiovascular Digital Twin Integration

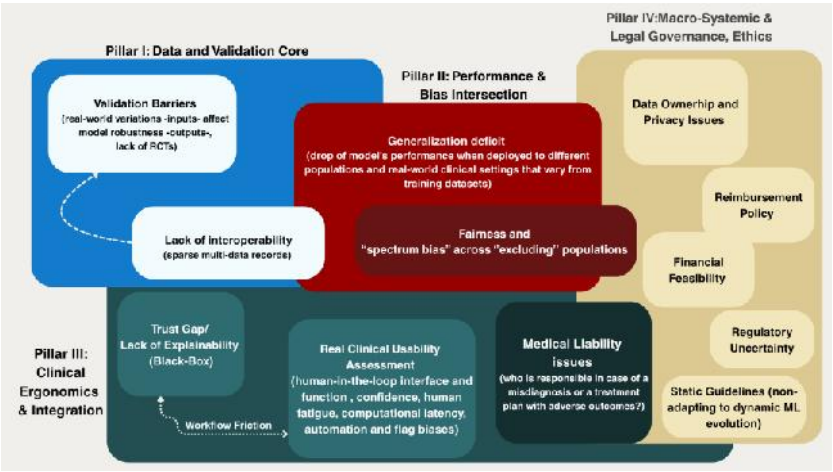
13/11/26 · METIS / METIS

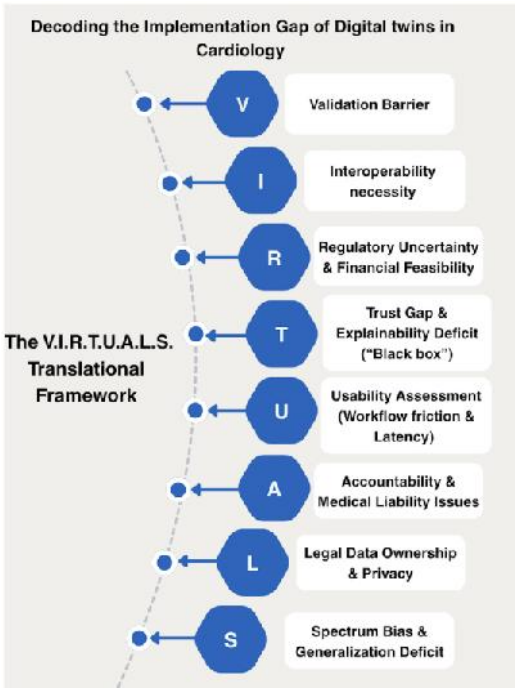
N. Manganiaris[1], D. Dimitradis[1], I. Giotas[1], E. Dris[1], P. Iliakis[1], P.A Tsioufis[1], N. Pyrpyris[1], K. Aznaouridis[1], K. Aggeli[1], K. Tsioufis[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background: Traditional evidence-based cardiovascular medicine is constrained by generalized risk models that fail to capture individual biological and mechanistic variability. Currently, the cardiovascular community stands at the threshold of a paradigm shift toward precision and in-silico medicine, which is being accelerated by the introduction and adoption of AI and machine learning (ML) models within the medical practice. While Cardiovascular Digital Twins (CDTs)- dynamic virtual patient replicas that integrate multiscale data (EHRs, imaging, multi-omics, and real-time biometric sensors)- serve this transition from population-level averages to individualized, predictive simulations, they remain confined to the proof-of-concept stage rather than being integrated into routine clinical workflows. Purpose: To

systematically map the barriers that prevent the implementation of CDTs into active clinical practice and provide a clear framework bridging computational literacy with point-of-care utility Methods: We conducted a structural analysis of translational challenges across current CDT models in key areas of cardiology (electrophysiology, interventions, and pharmacotherapy). Barriers were categorized into four intersecting core areas (Pillars I–IV) and modeled using causal loop mapping to capture real-world workflow frictions. Results: Our analysis organized the implementation gap into the V.I.R.T.U.A.L.S. framework, identifying eight main barriers : Validation limits due to lack of clinical trials, Interoperability issues across different health records and institutions , Regulatory uncertainty for evolving software, Trust gap caused by the "black box" nature of AI, Usability friction and time delays in emergency care, Accountability and legal liability doubts, Legal data privacy challenges, and Spectrum bias that causes a general deficit in performance when models are used on different populations. This framework shows that technical and data problems directly cause clinical mistrust and workflow difficulties while all these factors ultimately combine to create the biggest practical obstacle, which is medical liability issues and doctor burnout. Conclusions: Successful deployment of CDTs requires a coordinated transition from traditional, static population-based guidelines to dynamic, individualized machine learning adaptation frameworks, supported by proper physician education and healthcare system maturity. The V.I.R.T.U.A.L.S. taxonomy offers a structural roadmap for developers, clinicians, and regulatory authorities to jointly resolve these systemic frictions.





ΠΑ026|Artificial Intelligence in Medical Education During Residency and Clinical Decision-Making: Current Trends and Future Perspectives

13/11/26 · METIS / METIS

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction/Purpose: The integration of Artificial Intelligence (AI) into clinical practice is fundamentally transforming the landscape of modern medicine. However, the incorporation of AI into medical education, particularly during residency training, remains in its nascent stages. For residents, AI represents both a powerful tool for enhancing clinical decision-making and a complex technology requiring new core competencies. This abstract examines the current role of AI in postgraduate medical education and its impact on the development of diagnostic and therapeutic decision-making skills among residents. Material and Methods: A comprehensive review of the literature was conducted, focusing on studies and pilot programs that utilize AI-driven platforms, large language models (LLMs), and machine learning algorithms for residency training. We analyzed the efficacy of AI-augmented simulations, automated feedback systems, and clinical decision support systems (CDSS) in diverse specialties, including radiology, cardiology, and internal medicine. The analysis also evaluated the educational frameworks necessary for fostering "AI literacy," focusing on data interpretation, ethical considerations, and the mitigation of algorithmic bias. Results: Current data suggest that AI-enhanced education significantly improves the diagnostic accuracy of residents, particularly in image-based specialties. In clinical decision-making, AI-driven CDSS provide real-time, evidence-based recommendations that reduce cognitive load and minimize diagnostic errors. Findings indicate that residents who interact with AI platforms during training develop a more nuanced understanding of risk stratification and personalized treatment protocols. Furthermore, the use of LLMs for medical literature synthesis and case simulation has been shown to accelerate the acquisition of clinical knowledge. However, the literature also highlights the risk of "automation bias," emphasizing the need for education that reinforces clinical intuition and critical appraisal alongside AI suggestions. Conclusions: AI is an indispensable adjunct to medical education and clinical decision-making during residency. Integrating AI training into the curriculum is essential for preparing the next generation of physicians to navigate an increasingly digital healthcare environment. Educational strategies should focus on a synergistic approach, where AI enhances rather than replaces human expertise. Establishing standardized AI competencies will ensure that residents can leverage these technologies to improve patient outcomes while maintaining the highest ethical and clinical standards.

ΠΑ027|Ερμηνεύσιμα μοντέλα μηχανικής μάθησης για την πρόβλεψη της ανταπόκρισης στη φλεκαϊνίδη σε συχνές ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Μπότης[1], Δ.Τσιαχρής[1], Γ. Μπότης[2], Σ. Κωτούλας[3], Χ. Βόσικας[1], Α. Κορδαλής[1], Χ.Κ. Αντωνίου[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Λ.Η. Μπαρτσιώκα[1], Π. Ξύδης[1], Α.Ε. Καρανικόλα[1], Ε. Μαντά[1], Π. Θεοφίλης[1], Γ. Κ. Ματσόπουλος[2], Κ. Τσιούφης[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή :Οι ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές (Premature Ventricular Complexes, PVCs) αποτελούν μία από τις συχνότερες αρρυθμίες στην κλινική πράξη. Ωστόσο, η ανταπόκριση των ασθενών στη φαρμακευτική θεραπεία παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια. Η μηχανική μάθηση (Machine Learning, ML) προσφέρει την δυνατότητα ανάλυσης ηλεκτροκαρδιογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, με στόχο την αναγνώριση των ασθενών που είναι πιθανότερο να ανταποκριθούν στη θεραπεία με φλεκαϊνίδη. Υλικά και μέθοδοι Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 33 ασθενείς με συχνές (ημερήσιο φορτίο>%), συμπτωματικές, μονόμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές, με απουσία δομικής μυοκαρδιοπάθειας, οι οποίοι αρνήθηκαν την κατάλυση με καθετήρα και έλαβαν θεραπεία με φλεκαϊνίδη. Το καταληκτικό σημείο ήταν η επιτυχής καταστολή των PVCs έναν μήνα κατόπιν της έναρξης του φαρμάκου. Συλλέχθηκαν 67 ΗΚΓ χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων των δυναμικών και της διάρκειας των κυμάτων R και S στις απαγωγές V1–V6, I–III, aVR και aVL, καθώς και του άξονα και της διάρκειας του συμπλέγματος QRS των PVCs και του φλεβοκομβικού ρυθμού. Επιπλέον, καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο και παράμετροι από την καταγραφή Holter. Η επιλογή των χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο κανονικοποίησης Lasso (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator). Ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (Logistic Regression) εκπαιδεύτηκε χρησιμοποιώντας στρωματοποιημένη διασταυρούμενη επικύρωση 5 πτυχών (stratified 5-fold cross-validation). Αποτελέσματα: Η επιλογή χαρακτηριστικών ανέδειξε 13 χαρακτηριστικά, βάση της βέλτιστης διαδρομής

κανονικοποίησης Lasso (Πίνακας). Οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες ήταν: το πλάτος του κύματος S στην απαγωγή aVL (PVC) (-1,287), το πλάτος του κύματος R στην απαγωγή I (PVC) (+0,697), η ζώνη μετάπτωσης στην απαγωγή V4 (PVC) (-0,675), το πλάτος του κύματος Q στην απαγωγή aVL (PVC) (-0,525) και η καταστολή των PVCs κατά της κόπωσης (+0,491). Οι θετικοί συντελεστές του μοντέλου συσχετίστηκαν με ανταπόκριση στη φλεκαϊνίδη, ενώ οι αρνητικοί συντελεστές με μη ανταπόκριση. Το μοντέλο παρουσίασε εξαιρετική διακριτική ικανότητα, επιτυγχάνοντας μέση ακρίβεια 94%, F1-score 0,96 και ROC-AUC 0,98. Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι ένα μοντέλο μηχανικής μπορεί να προβλέψει την αποτελεσματικότητα της φλεκαϊνίδης σε ασθενείς με συχνές, ιδιοπαθείς μονόμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές. Στο μοντέλο συνέβαλαν χαρακτηριστικά των PVCs και του φλεβοκομβικού ρυθμού. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη χρήση ερμηνεύσιμων μοντέλων μηχανικής μάθησης για την αναγνώριση των ιδανικών υποψηφίων φαρμακευτική αντιαρρυθμική αγωγή.

Rank	Variable	Coefficient
1	Lead aVL S-wave amplitude during PVC	-1.287
2	Lead I R-wave amplitude during PVC	+0.697
3	Transition Zone V4 PVC	-0.675
4	Lead aVL Q-wave amplitude during PVC	-0.525
5	PVC suppression during exercise stress test	+0.491
6	Transition Zone V4 PVC	+0.414
7	Lead V4 S-wave amplitude during sinus rhythm	+0.386
8	Lead aVL R-wave amplitude during sinus rhythm	-0.325
9	Lead V5 S-wave amplitude during PVC	+0.286
10	Transition Zone V2	+0.251
11	Lead aVL S-wave amplitude during sinus rhythm	+0.188
12	Lead V6 S-wave amplitude during PVC	+0.185
13	Lead V1 S-wave amplitude during sinus rhythm	-0.143

ΠΑ028|Ερμηνεύσιμα μοντέλα μηχανικής μάθησης για την διαφοροδιάγνωση της εστίας προέλευσης ιδιοπαθών εκτάκτων κοιλιακών συστολών από τον χώρο εξόδου της δεξιάς ή της αριστερής κοιλίας.

13/11/26 · METIS / METIS

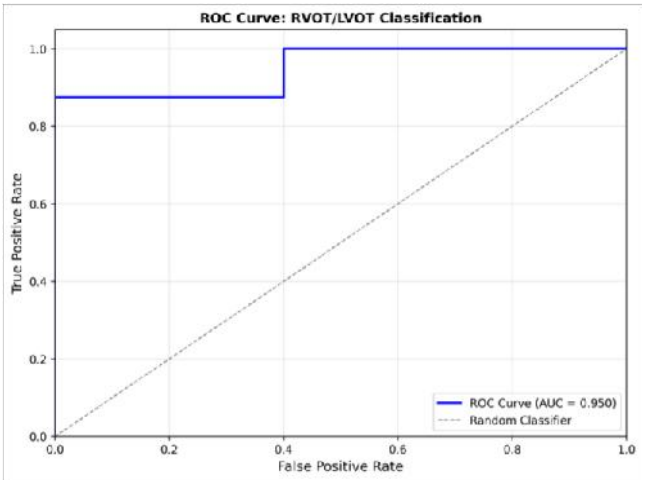
Μ. Μπότης[1], Δ. Τσιαχρής[1], Γ. Μπότης [2], Α. Κουμπανάκης [2], Λ.Η. Μπαρτσιώκα [1], Ι. Δουνδουλάκης 1, Α. Κορδαλής [1], Χ.Κ. Αντωνίου [1], Χ. Βόσικας [1], Α.Ε. Καρανικόλα [1], Γ. Ματσόπουλος [2], Κ. Τσιούφης [1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2] Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές (premature ventricular contractions- PVCs) προέρχονται συχνότερα από τον χώρο εξόδου της δεξιάς (right ventricular outflow tract- RVOT) και της αριστερής κοιλίας (left ventricular outflo tract- LVOT). Το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών επιφανείας (ΗΚΓ) χρησιμοποιείται ευρέως για τη εξακρίβωση της εστίας προέλευσης της αρρυθμίας, πριν από την κατάλυση με καθετήρα. Οι μέθοδοι μηχανικής μάθησης μπορούν να βελτιώσουν περαιτέρω τη διαγνωστική του ακρίβεια.Υλικό και
Μέθοδοι: Καταγράφηκαν 64 παράμετροι που εξήχθησαν από το ΗΚΓ, καθώς και η ηλικία και το φύλο, σε 43 ασθενείς (65% άνδρες, διάμεση ηλικία 55,6 έτη, IQR 30 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν επιτυχώς σε κατάλυση ιδιοπαθών PVCs προερχόμενων από RVOT και LVOT. Η θέση
προέλευσης καθορίστηκε μέσω τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικήςχαρτογράφησης, καθώς και
μέσω χαρτογράφησης βηματοδότησης (pace mapping) και ενεργοποίησης (activation mapping). Αναπτύχθηκε μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την διάκριση της εστίας προέλευσης της αρρυθμίας από RVOT ή LVOT.Αποτελέσματα: Κατά το cross-validation, το μοντέλο πέτυχε accuracy 0,867, θετική precision 0.960 και recall 0.817. Ο δείκτης F1 ήταν 0.869 και η area under the curve (ROC-AUC) 0.975 (Εικόνα 1), υποδηλώνοντας υψηλή προγνωστική ικανότητα. Στο ανεξάρτητο σύνολο ελέγχου (test set), το μοντέλο πέτυχε ακρίβεια 0,769 (95% CI: 0.538–1.000) και ROC-AUC 0.900 (95% CI: 0.667–1.000). Η ανάλυση σημαντικότητας των χαρακτηριστικών ανέδειξε ως τρεις σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες το εύρος του κύματος S στην απαγωγή V3 κατά την PVC (σημαντικότητα: −0.072), την ηλικία (+0.072) και το εύρος του κύματος S στην απαγωγή V2 κατά την PVC (σημαντικότητα: −0.070) (Πίνακας 1). Οι θετικές τιμές συσχετίζονταν με προέλευση από το LVOT, ενώ οι αρνητικές τιμές με προέλευση από το RVOT.Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι τα μοντέλα μηχανικής μάθησης, βασισμένα σε ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά και δημογραφικά δεδομένα, μπορούν να διακρίνουν την εστία προέλευσης

ιδιοπαθών εκτάκτων κοιλιακών συστολών ανάμεσα σε RVOT και LVOT, υποστηρίζοντας τη δυνητική εφαρμογή στον προεπεμβατικό σχεδιασμό της κατάλυσης.

Metric	Cross-Validation (mean ± SD)	Test Set (95% CI / value)
Accuracy	0.867 ± 0.067	0.769 [0.538, 1.000]
Precision	0.960 ± 0.080	0.857
Recall	0.817 ± 0.153	0.750
F1-score	0.869 ± 0.074	0.800
ROC-AUC	0.975 ± 0.050	0.900 [0.667, 1.000]



ΠΑ029|Artificial Intelligence Versus GRACE Score for Prediction of Adverse Cardiovascular Events in Myocardial Infarction Patients: Latest Trial Data

13/11/26 · METIS / METIS

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction/Purpose: Risk stratification in patients with Acute Myocardial Infarction (AMI) is essential for tailoring therapeutic interventions. For decades, the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) score has been the clinical gold standard for predicting mortality and adverse events. However, its linear statistical foundation may limit its ability to integrate complex, non-linear interactions among modern biomarkers and clinical variables. Recently, Artificial Intelligence (AI) and Machine Learning (ML) models have emerged as potential successors. This abstract evaluates the latest trial data comparing the accuracy of AI-driven models against the traditional GRACE score in predicting Major Adverse Cardiovascular Events (MACE). Material and Methods: A systematic analysis of recent large-scale clinical registries and comparative trials (including the CAMI registry and the STEMI-ML study) was performed. Various AI architectures, such as Extreme Gradient Boosting (XGBoost), Random Forests, and Neural Networks, were compared to the GRACE 2.0 score. The primary endpoint was the Area Under the Receiver Operating Characteristic curve (AUC-ROC) for in-hospital and long-term (1-year) MACE, including mortality, recurrent infarction, and heart failure. Feature importance analysis was also conducted to identify novel predictors utilized by AI models that are absent from traditional scoring systems. Results: Latest trial data consistently demonstrate that AI models significantly outperform the GRACE score in predicting cardiovascular outcomes. Comparative analyses show that AI models achieve an AUC-ROC ranging from 0.86 to 0.92, whereas the GRACE score typically ranges between 0.77 and 0.82. AI models exhibit superior calibration and discrimination, particularly in identifying high-risk subgroups that are often misclassified by traditional methods. Beyond the standard variables used in the GRACE score (e.g., age, heart rate, creatinine), AI models effectively integrate additional parameters such as inflammatory markers, detailed angiographic findings, and social determinants of health, providing a more holistic risk profile. Conclusions: The integration of Artificial Intelligence into clinical risk stratification represents a major advancement over traditional linear models like the GRACE score. AI-driven tools offer superior predictive precision, enabling more targeted and personalized management of AMI patients. As these models become increasingly validated across diverse global populations, their implementation into electronic health records is expected to redefine standards of care and

ΠΑ030|Applications of Artificial Intelligence in Transcatheter Aortic Valve Replacement: A Review of the Literature

13/11/26 · METIS / METIS

Δ. Αφενδούλης[1], Φ. Τσακιριάν[2], Π. Βλαχάκης[3], Ν. Τσιάμης[4], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Σ. Σιδέρης[1], Μ. Δρακοπούλου[2], Γ. Λάτσιος[2], Α. Συνετός[1], Ν. Κτενόπουλος[2], Κ. Τσιούφης[3], Κ.Τούτουζας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Artificial intelligence (AI) tools have emerged in cardiovascular clinical practice. Regarding transcatheter aortic valve replacement/implantation (TAVR/TAVI) procedures, their utilization optimizes procedural planning, aids physicians with decision making, and predicts possible post-procedural complications. Moreover, machine-learning (ML) models, compared with traditional mortality risk scores, show promising results considering predicted mortality in TAVI patients. However, further validation is required. As the implementation of cardiovascular procedures can be challenging, AI technology broadens the armamentarium of tools that a clinician is able to use for a more comprehensive evaluation of patients, minimizing complications and resulting in optimum clinical outcomes. Methods: A comprehensive literature search was conducted through the PubMed and Google Scholar databases from inception to 20 September, 2025, to identify relevant studies. The search strategy included the following keywords: ["TAVI" OR "TAVR"] AND ["AI", Artificial Intelligence]. Results: According to our database research, 7177 articles were initially screened, and 2145 duplicate articles were excluded. Eventually, 189 articles were evaluated by our reviewers and 51 articles of studies published between 2017 and 2025 were included in our review. Conclusions: In conclusion, the results of our review emphasize the role of artificial intelligence in TAVI procedures, with many applications on imaging modalities, procedure planning, decision making, and risk stratification for outcomes. These models could be utilized by physicians for optimization of the procedure and prediction of complications in high-risk patients. AI algorithms could revolutionize the Heart Team decision making process, being not only a tool for patient evaluation, but an active member of the Team with applications to analyze and optimize all stages of the TAVI procedure, guide decision making and predict outcomes, and, with the contribution and evaluation of information from all human members of the team, enhance even more the patient-mediated medicine/interventions. Moreover, it is essential to highlight the need for proper ethical regulations to ensure safe AI integration in cardiology. AI interpretability ensures transparency, while data protection under GDPR protects patient privacy. The forthcoming EU AI Act introduces a risk-based approach emphasizing safety, accountability, and human oversight, ensuring AI tools remain transparent, secure, and clinically trustworthy.

Algorithm Type	Representative Models/Methods	Main Application	Data Type Used	Performance Highlights/Key Findings
Deep Learning (DL)	CNNs, U-Net, VGG-16, Autoencoders	Automated CT segmentation, 3D/4D reconstruction, landmark detection	CT/4D-CT	Accuracy up to 0.98; sub-mm precision; reduced analysis time (<30s); improved valve accuracy (~90%)
Machine Learning (ML)	Random Forest, Gradient Boosting XGBoost, SVM	Prediction of mortality, conduction abnormalities complications (stroke, pacemaker, bleeding)	Clinical +Imaging+ Biomarker data	AUC 0.78-0.90; superior to EuroSCORE II/STS-PROM in short-and long-term prediction
Hybrid/Multimodal Models	Combined ML+ imaging/ biomarker integration	Risk stratification and outcome prediction using clinical+ CT+ biomarker data	Clinical+ Imaging+ Biomarkers data	TIMP-1 + hs-cTnT model outperformed STS-PROM for 2-year mortality enhanced prognostic power
Explainable ML models	SHAP-enhanced Random Forest, feature selection	Identification of drivers of early complication (bleeding, vascular injury)	Clinical+ Imaging	Highlighted key anatomical predictors (femoral diameter, annular angle, calcification)
Digital Twin & Simulation Models	CardioVision, Statistical Shape Modeling	Patient-specific 3D reconstruction and procedural simulation	CT Angiography	40-50% dose reduction with preserved or improved diagnostic accuracy
LLMs/NLP Models	GPT-4, reasoning-prompted models	Structural clinical prediction, post-TAVI conduction outcomes	Clinical Variables	Comparable or superior to classical ML for LBBB prediction; supports reasoning-based risk forecasting
XR/Augmented Reality Integration	AI-assisted VR/AR visualization	Procedural planning and Heart Team simulation	CT + XR data	Enhanced MDT communication and complex anatomy assessment; requires further validation
AI Reconstruction Algorithms	Deep Learning Reconstruction (DLR), AI Iterative Reconstruction (AI-IR)	Image quality enhancement, radiation dose reduction	CT Angiography	40-50% dose reduction with preserved or improved diagnostic accuracy

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

12.30-14.00 **Βασική έρευνα καρδιαγγειακού συστήματ**ος / Basic Research

Πρόεδροι: Α. Αντωνόπουλος(Αθήνα), **Δ. Τούσουλης** (Αθήνα)
Chairpersons: A. Antonopoulos (Athens)**, D. Tousoulis** (Athens)

ORAL PRESENTATIONS

ΠΑ031|Αντικατάσταση της Πνευμονικής Βαλβίδας. Η πιο συχνή χειρουργική επέμβαση σε ενήλικες ασθενείς με Συγγενή Καρδιοπάθεια. Στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Βάση Δεδομένων Συγγενών Καρδιοπαθειών(ECHSA CCDB).

13/11/26 · METIS / METIS

Ε. Πρωτόπαππας[1], N. Χακίμ[1], K. Κουκοβίνος[2], T. Zdzislaw[3], M. Padalino[4], Γ. Σαρρής[5]
[1]Β' Παιδοκαρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου "Μητέρα", [2]Τμήμα Παιδιατρικής Καρδιοαναισθησίας του Νοσ "ΜΗΤΕΡΑ", [3]Children's Memorial Health Institute, Warsaw, Poland, [4]Pediatric and Congenital Cardiac Surgery, University of Bari, Medical School, Bari, Italy, [5]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

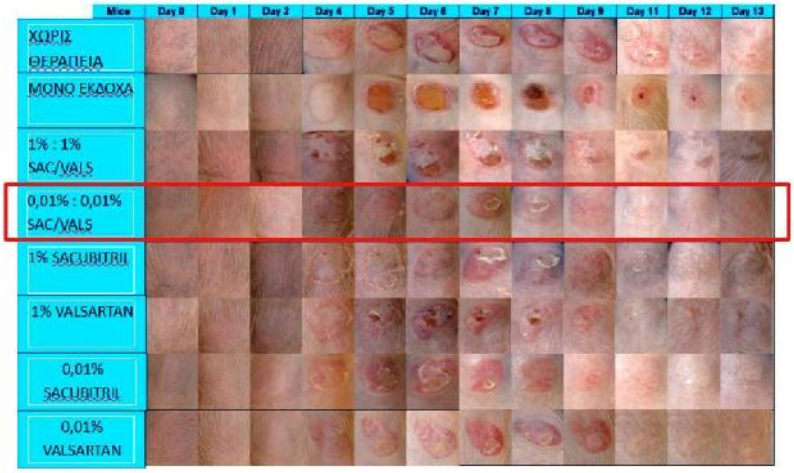
Εισαγωγή: Η χειρουργική αντικατάσταση της πνευμονικής βαλβίδας (sPVR) αποτελεί τη συχνότερη επέμβαση σε ενήλικες με συγγενείς καρδιοπάθειες και απαιτείται κυρίως σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενη διόρθωση τετραλογίας του Fallot (TOF). Η διαδερμική αντικατάσταση της πνευμονικής βαλβίδας (pPVR) εισήχθη αρχικά ως εναλλακτική της χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς με προηγούμενα τοποθετηθέν μόσχευμα μεταξύ δεξιάς κοιλίας και πνευμονικής αρτηρίας (RV-PA conduit) και στη συνέχεια επεκτάθηκε ακόμη και σε ασθενείς με φυσικό χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας. Με τη διεύρυνση της χρήσης των διαδερμικών παρεμβάσεων, επιβάλλεται η αποτύπωση των χειρουργικών αποτελεσμάτων ως πραγματικού μέτρου σύγκρισης. Μέθοδος: Αναλύσαμε τα αποτελέσματα της χειρουργικής αντικατάστασης της πνευμονικής βαλβίδας κατά τα τελευταία 25 έτη, τα οποία έχουν καταγραφεί στην Ευρωπαϊκή Βάση Δεδομένων Συγγενών Καρδιοπαθειών (ECHSA Congenital Cardiac Database- ECHSA CCDB). Περιγράφηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών και αναλύθηκαν τα πρώιμα αποτελέσματα, με διαστρωμάτωση ανά διάγνωση και ηλικιακή ομάδα. Αποτελέσματα: Στην ECHSA CCDB έχουν καταγραφεί 3.223 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντικατάσταση πνευμονικής βαλβίδας (sPVR) ως κύρια επέμβαση τα τελευταία 25 χρόνια.. Η διάμεση ηλικία ήταν 24,29 έτη. Η θνητότητα στις 30 ημέρες ήταν 1,21%, ενώ η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 1,55%.Τα παιδιά (1–18 ετών) αντιπροσώπευαν το 43,59% του συνόλου των ασθενών, ενώ οι ενήλικες ανέρχονταν σε 1.789 ασθενείς (55,51%). Η διάμεση ηλικία ήταν 12,34 έτη στα παιδιά και 34,19 έτη στους ενήλικες. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 1,42% στα παιδιά και 1,45% στους ενήλικες, ενώ η θνητότητα στις 30 ημέρες ήταν 1,00% και 1,22%, αντίστοιχα.Οι συχνότερες διαγνώσεις σε όλες τις ομάδες ήταν η πνευμονική ανεπάρκεια, και η βαλβιδική πνευμονική στένωση κυριώς σε ασθενείς με TOFOι σημαντικές επιπλοκές (μη προγραμματισμένη καρδιοχειρουργική επανεπέμβαση, εξαιρουμένης της αιμορραγίας, νευρολογικά ελλείμματα, καρδιακή ανακοπή, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αρρυθμίες που απαιτούσαν μόνιμο βηματοδότη κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και νεφρική ανεπάρκεια) ήταν σε όλες τις ομάδες χαμηλότερες του 2,3%.Συμπεράσματα:Η χειρουργική αντικατάσταση της πνευμονικής βαλβίδας, όπως εφαρμόζεται ευρύτατα και για πολλά χρόνια, σχετίζεται με χαμηλή θνητότητα και χαμηλά ποσοστά σημαντικών επιπλοκών τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, ενώ η αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων θα αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικών μελετών. Τα αποτελέσματα αυτά συνιστούν αξιόπιστο μέτρο σύγκρισης για την αξιολόγηση των νέων διαδερμικών τεχνικών.

ΠΑ032|Η Σακουμπιτρίλη-Βαλσαρτάνη έχει ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση σε μοντέλο δερματικών βλαβών σε μύες- Μία πιθανή μηχανιστική ερμηνεία ανάστροφης μυοκαρδιακής αναδιαμόρφωσης

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Νταλιάνης[1], Ρ. Πότσου[2], Ν. Μπιάγκης[1], Μ .Ζαγκλή[1], Κ. Δανιηλίδου[1], Μ. Ράλλης[2], Α. Βίτσος[2]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο συνδυασμός σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης ευοδώνει την ανάστροφη μυοκαρδιακή αναδιαμόρφωση πλειοτροπικά και πιθανόν μέσω μηχανισμών ελάττωσης του οξειδωτικού στρες και της φλεγμονής. Σε πρόσφατες μελέτες έχει βρεθεί η ύπαρξη τοπικού συστήματος Ρενίνης – Αγγειοτενσίνης - Αλδοστερόνης στο δέρμα, το οποίο συμμετέχει στη ρύθμιση του επιδερμικού πολλαπλασιασμού, στην επούλωση πληγών, στην μείωση των ουλών και του ρυθμού γήρανσης του δέρματος. Σκοπός της παρούσης πειραματικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της αντιφλεγμονώδους δράσης της σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε πρότυπο δερματικής φλεγμονής προκληθείσης από υπεριώδη ακτινοβολία. ΜΕΘΟΔΟΣ: Πενήντα έξι (56) θηλυκοί άτριχοι μύες SKH-hr2 υποβλήθηκαν σε άπαξ ακτινοβόληση της ράχης για την πρόκληση μέτριας φλεγμονής με ενέργεια UVA=171 mJ/cm2 και UVB=216 mJ/cm2 ώστε η συνολική δόση που δέχθηκε κάθε μυς να αντιστοιχεί σε 3 ελάχιστες ερυθηματώδεις δόσεις. Τα ζώα τυχαιοποιήθηκαν στις κάτωθι ομάδες: Α) μάρτυρες (χωρίς θεραπεία), β) Ομάδα τοπικής εφαρμογής μόνο εκδόχων (PEG 400 / PEG3000 / DMSO : 50/40/10), Γ) Ομάδα τοπικής εφαρμογής επιθέματος σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε συγκέντρωση 1% / 1%, Δ) Ομάδα σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε συγκέντρωση 0.01% / 0.01%, Ε) Ομάδα μεμονωμένης τοπικής εφαρμογής Σακουμπιτρίλης σε συγκέντρωση 1%, ΣΤ) Ομάδα μεμονωμένης τοπικής εφαρμογής Σακουμπιτρίλης σε συγκέντρωση 0.01%, Ζ) Ομάδα μεμονωμένης τοπικής εφαρμογής Βαλσαρτάνης σε συγκέντρωση 1% και Η) Ομάδα μεμονωμένης τοπικής εφαρμογής Βαλσαρτάνης σε συγκέντρωση 0.01%. Η τοπική τοποθέτηση επιθεμάτων διατηρούνταν για 14 ημέρες. Ελήφθησαν βιοφυσικές μετρήσεις, φάσματα υπερύθρου (FTIR) και απεικόνιση της αιματικής κυκλοφορίας με κάμερα ANTERA 3D και ψηφιακή κάμερα. Στο τέλος, πραγματοποιήθηκε ιστοπαθολογική αξιολόγηση δειγμάτων δέρματος. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η οξεία δερματική φλεγμονή μεγιστοποιήθηκε τις ημέρες 4-8 μετά την έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία. Μέσω της ιστοπαθολογικής και κλινικής αξιολόγησης διαπιστώθηκε ισχυρότερη αντιφλεγμονώδης δράση με το συνδυασμό σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε χαμηλές συγκεντρώσεις (0.01% / 0.01%). Αντιθέτως, ο συνδυασμός σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε υψηλές συγκεντρώσεις 1% / 1% προκάλεσε τοπική τοξικότητα με μέτρια έως κακά αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση της φλεγμονής και την επούλωση της βλάβης. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τοπική εφαρμογή σακουμπιτρίλης/βαλσαρτάνης σε χαμηλή συγκέντρωση σε δερματικές πληγές που προκλήθηκαν με υπεριώδη ακτινοβολία, έχει ισχυρή αντιφλεγμονώδη και επουλωτική δράση. Παρόμοιος μηχανισμός επούλωσης πιθανότατα συμμετέχει και στη διαδικασία της ανάστροφης μυοκαρδιακής αναδιαμόρφωσης μετά από προκληθείσα μυοκαρδιακή βλάβη.



ΠΑ033|Effect of Empagliflozin on osteogenic differentiation of aortic Valvular Interstitial Cells: Investigation of mechanisms

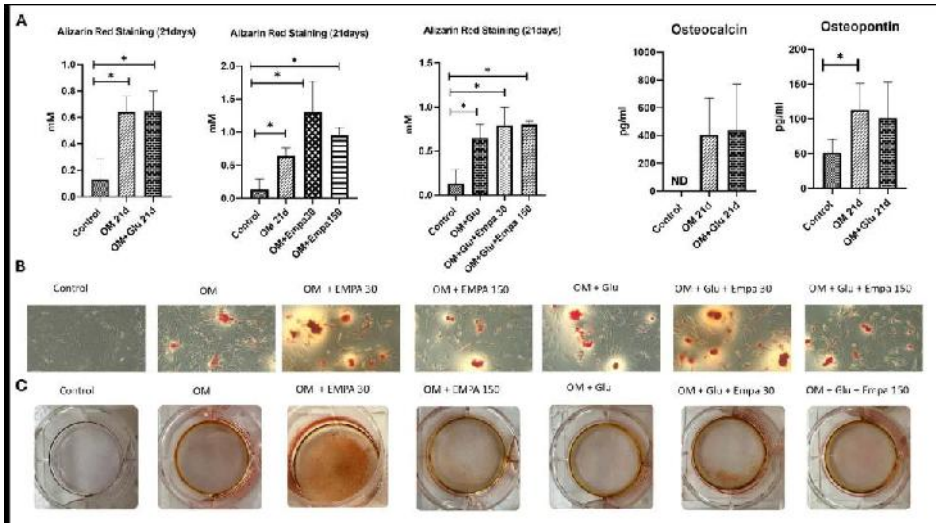
13/11/26 · METIS / METIS

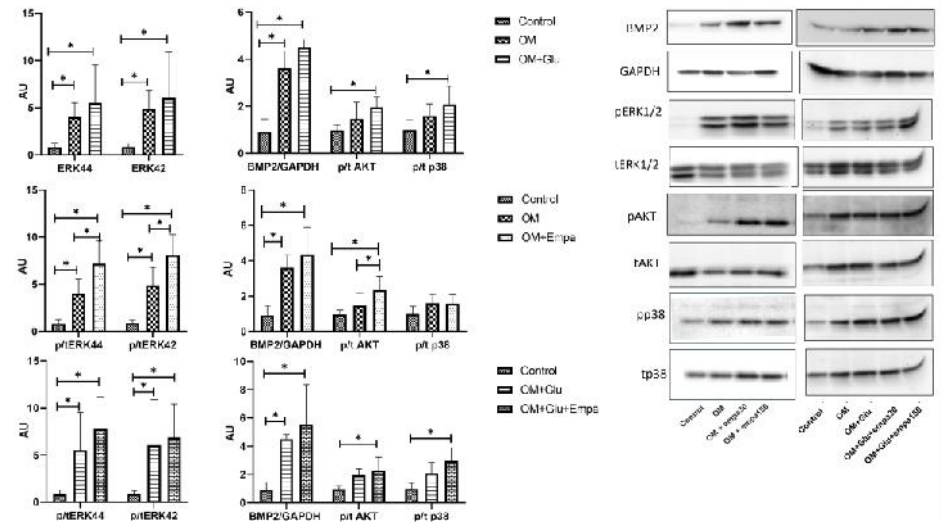
Θ. Θεοδωροπούλου[1], Α. Κατσαούνη[2], Ι. Μουρούζης, Κ. Πάντος, Κ. Τσιούφης[3], Κ. Τούτουζας[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]National & Kapodistrian University of Athens Medical School, Athens, Greece, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Recent studies suggest that SGLT2 inhibitors may improve the prognosis of aortic stenosis (AS) by limiting calcification. Thickening and calcification of valve leaflets during AS is caused by osteoblastic transformation of valvular interstitial cells (VICs).Aim: This study aims to investigate whether empagliflozin (Empa) has a direct effect on osteoblastic transformation process of human VICs in vitro. Methods: hVICs were cultured in osteogenic medium (OM) and treated with or without Empa (30 nM or 150 nM) for 5 or21 days. In a separate experiment, cells were cultured in OM under normal or high glucose (Glu) (25 mM) with or without Empa. Calcification was assessed by Alizarin Red

staining. Expression of osteogenic markers(BMP2, RUNX2) and kinase signaling pathways was evaluated by Western blotting. Osteocalcin (OC), osteopontin (OP), and inflammatory mediators (IL-6, IL-1β) were quantified by ELISA.Results: Calcification was almost 6-fold higher in both OM and OM+Glu after 21 days compared with the control group(Alizarin concentration [Conc]: 0.13 vs 0.64 vs 0.65 mM, p<0.001). OC and OP levels increased significantly in both the OM and OM+glucose groups, accompanied by RUNX2 upregulation. At day 5, BMP2 expression increased 3.5-fold in both groups, along with a 5-fold increase in phospho/total ERK1/2. In contrast,phospho/total Akt and phospho/total p38 showed minor changes, and inflammatory mediators remained unchanged. Empa (30 or 150 nM) did not reduce calcification in VICs cultured in OM (Conc:1.30 and 0.95 vs0.64 mM) or OM+glucose (Conc:0.79 and 0.80 vs 0.65 mM). Under normoglycaemic OM conditions, Empa even increased calcification after 21 days, and was associated with early activation of ERK1/2 and Akt without affecting BMP2 expression. In OM+glucose conditions, Empa did not affect either BMP2 expression or ERK1/2activation.Conclusion:OM induced osteoblastic transformation of VICs via BMP2/ERK pathway, whereas high glucose had no direct effect. Empa did not inhibit calcification in isolated hVICs and, under normoglycaemic conditions, even worsened it, with early ERK and Akt activation. Further studies are needed to explore the effects of Empa on other elements of the calcification process.





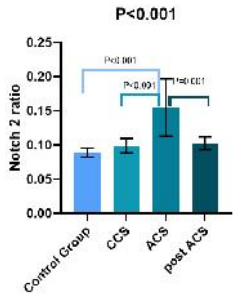
ΠΑ034|Αυξημένη έκφραση του μονοπατιού Notch-JAG1 στα κυκλοφορούντα μονοπύρηνα κύτταρα περιφερικού αίματος σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

13/11/26 · METIS / METIS

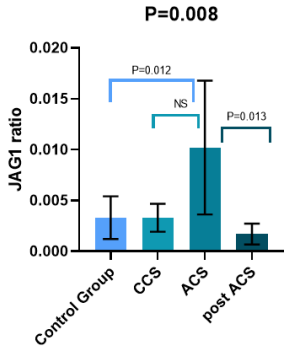
Μ.Α. Δημοπούλου[1], Γ. Μαυραγάννης[2], Δ. Δελιαλής[1], Χ. Κωνσταντάκη[2], Π. Μπάτζιου[2], Χ. Μούστου[2], Ρ. Πάτρας[2], Α. Πατέλη[2], Α. Καρβουνιάρη[2], Γ. Γεωργιόπουλος[2], Κ. Στέλλος[3], Κ. Σταματελόπουλος[2]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany*

Εισαγωγή: Πειραματικά δεδομένα συσχετίζουν το μονοπάτι Notch- Jagged 1(JAG1) με την ανάπτυξη και την εξέλιξη της αθηρωμάτωσης μέσω αρνητικής επίδρασης στην ενδοθηλιακή λειτουργία, σε προφλεγμονώδεις διαδικασίες και στον πολλαπλασιασμό των λείων μυϊκών κυττάρων. Τα κλινικά δεδομένα που εξετάζουν αυτή τη σχέση είναι περιορισμένα. Σκοπός: Η συσχέτιση της έκφρασης των γονιδίων Notch2 και JAG1, μετρημένα σε κυκλοφορούντα μονοπύρηνα κύτταρα περιφερικού αίματος (PBMCs) με την αθηροσκληρυντική νόσο.Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μελέτη κοορτής που περιλαμβάνει 667 άτομα σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση που προσήλθαν διαδοχικά σε ιατρείο καρδιαγγειακής πρόληψης για διαστρωμάτωση κινδύνου (n=137 ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (CCS), n=408 ασθενείς χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο (ομάδα ελέγχου) και n=122 ασθενείς ένα μήνα μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (post ACS)) και 120 ασθενείς με ACS που εισήχθησαν σε καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αιματολογικές εξετάσεις και απομονώθηκαν PBMCs για προσδιορισμό της έκφρασης των γονιδίων Notch 2 και JAG1 με reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR).Αποτελέσματα: Το Notch 2 παρουσίασε σημαντική θετική συσχέτιση με το JAG1 (P<0.001). Η ηλικία (P<0.001), το αντρικό φύλο (P=0.022) και τα επίπεδα της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP)(P=0.006) παρουσίασαν σημαντική θετική συσχέτιση με τα επίπεδα έκφρασης του Notch2, ενώ η ηλικία (P<0.001), το αντρικό φύλο (P=0.001), η υπέρταση (P=0.011) και η CRP (P<0.001) συσχετίστηκαν θετικά με το JAG1. Τα επίπεδα Notch2 ήταν αυξημένα μόνο στους ασθενείς με ACS σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (p<0.001), τους CCS (p<0.001) και τους post-ACS (p=0.001) (Εικόνα 1), ενώ τα επίπεδα JAG1 ήταν αυξημένα στην ομάδα ACS σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (p=0.012) και τους post-ACS (p=0.013) (Εικόνα 2). Μετά την προσαρμογή για γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες καρδιαγγειακής νόσου (ηλικία, φύλο, κάπνισμα, δυσλιπιδιμία, υπέρταση, διαβήτης, CRP) τα επίπεδα των γονιδίων συνέχισαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση με τον τύπο της ομάδας (p=0.003 για το JAG1, p<0.001 για το Notch 2). Συμπεράσματα: Η αυξημένη έκφραση των Notch2 και JAG1 στα PBMCs σχετίζεται με την οξεία φάση των στεφανιαίων συνδρόμων, υπονοώντας πιθανή συμμετοχή τους στη διαδικασία της οξείας ισχαιμίας. Αυτά τα ευρήματα αποτελούν απόδειξη επί της αρχής για την κλινική αξία του μονοπατιού Notch/JAG1 και χρήζουν περαιτέρω έρευνας.



Εικόνα 1: Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπικό σφάλμα (SE). Τα επίπεδα έκφρασης του γονιδίου Notch 2 εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.001$) στην κάθε υπό μελέτη ομάδα (ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (CCS) και ομάδα ελέγχου, ασθενείς ένα μήνα μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (post ACS) και ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ACS)).



Εικόνα 2: Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπικό σφάλμα (SE). Τα επίπεδα έκφρασης του γονιδίου JAG1 εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά (p = 0.008) στην κάθε υπό μελέτη ομάδα (ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο (CCS) και ομάδα ελέγχου, ασθενείς ένα μήνα μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (post ACS) και ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ACS)). (NS: Non-Significant)

ΠΑ035 | Intraoperative Vasoactive-Inotropic Score as an Independent Predictor of Early Postoperative Outcomes After Adult Cardiac Surgery: A Retrospective Cohort Study

13/11/26 · METIS / METIS

I. Panagiotopoulos[1], A. Papadima[2], F. Braimakis[2], A. Karamolegkou[2], A. Panagiotopoulos[3], O. Monopatis[2]

[1]Hippokrateion General Hospital Athens Department of Cardiothoracic Surgery, *[2]Hippokrateion General Hospital Athens Department of Anesthesiology*, *[3]National and Kapodistrian University of Athens*

Background and Aims: Despite advances in perioperative care, postoperative morbidity after adult cardiac surgery remains substantial. The Vasoactive-Inotropic Score (VIS) reflects the intensity of pharmacological cardiovascular support and may represent an early marker of perioperative cardiovascular dysfunction. However, its prognostic value in adult cardiac surgery has not been fully established. The aim of this study is to determine whether intraoperative VIS independently predicts adverse early postoperative outcomes in adult cardiac surgical patients. Material and Methods:We conducted a retrospective cohort study of 86 consecutive adult patients undergoing elective or urgent cardiac surgery with cardiopulmonary bypass between March 2023 and April 2025. The maximum intraoperative VIS was calculated from all vasoactive and inotropic agents administered during surgery.The primary endpoint was prolonged ICU stay (>48 hours). Secondary endpoints included prolonged mechanical ventilation (>24 hours), low cardiac output syndrome, acute kidney injury, postoperative atrial fibrillation, reoperation for bleeding, need for renal replacement therapy, hospital length of stay and in-hospital mortality. Univariate analyses were performed initially. Variables with P<0.10 entered a multivariable logistic regression model. Receiver operating characteristic (ROC) analysis was used to evaluate the predictive performance of VIS and determine the optimal cut-off value. Results: The study included 80 patients (mean age 75±8 years). An optimal cutoff point for VIS of 5.5 could predict combined morbidity and mortality as a reasonable sensitivity and maximal specificity . Patients with higher VIS experienced significantly: longer duration of mechanical ventilation, longer ICU stay, higher incidence of acute kidney injury, increased occurrence of low cardiac output syndrome, greater postoperative vasopressor requirements. After adjustment for age, EuroSCORE II, left ventricular ejection fraction, cardiopulmonary bypass duration, aortic cross-clamp time and type of surgery, maximum intraoperative VIS remained an independent predictor of prolonged ICU stay Conclusions: Maximum intraoperative VIS is an independent predictor of adverse early postoperative outcomes following adult cardiac surgery. Because VIS can be calculated easily during surgery, it may improve perioperative risk stratification and facilitate earlier postoperative intervention in high-risk patients.

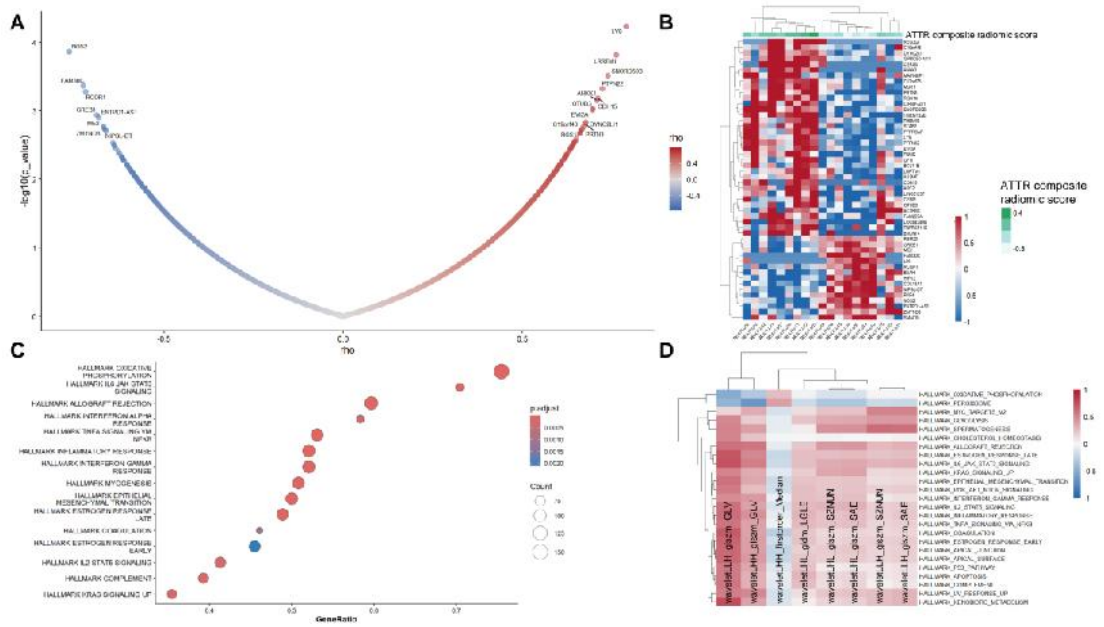
ΠΑ036|Διερεύνηση της μυοκαρδιακής βιολογίας της καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνης μέσα από δεδομένα RNA sequencing και προωθημένης απεικόνισης

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Αντωνόπουλος[1], Θ. Τσάμπρας[1], Χ. Παπαστάμος[1], Ι. Βατσέλλας[2], Δ. Βαλάκος[2], Κ. Καραμπίνος[1], Σ. Σημαντήρης[1], Δ. Μάνος[1], Β. Γαρδικιώτη[1], Α. Κουρουτζόγλου[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Δ, Κυριακόπουλος[1], Μ.Ε.Κοιλάκου[1], Α. Κασιακόγιας[1], Δ. Τερεντές[1], Ν. Μπαϊκούσης[3], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[4], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Ελληνικό Κέντρο Γονιδιωματικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, [3]ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή – Σκοπός: Τα ραδιομικά χαρακτηριστικά που εξάγονται από εξετάσεις αξονικής τομογραφίας καρδιάς ενδέχεται να αποτυπώνουν υποκείμενες βιολογικές διεργασίες του μυοκαρδίου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο μία υπογραφή ραδιομικών χαρακτηριστικών που σχετίζεται με την καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR-CM) αντανακλά αντίστοιχες μεταβολές στο μυοκαρδιακό μεταγράφωμα.Υλικό και ΜέθοδοςΓια τη μελέτη αυτή αξιοποιήθηκε η ραδιομική υπογραφή που είχε αναπτυχθεί στο πλαίσιο προηγούμενης μελέτης (AmyloidRS) για την ανίχνευση της ATTR-CM από αξονικές στεφανιογραφίες. Σε ανεξάρτητη ομάδα 21 ασθενών χωρίς διάγνωση ATTR-CM και με διαθέσιμα δεδομένα μεταγραφωματικής ανάλυσης μυοκαρδιακού ιστού (RNAseq) εφαρμόστηκε η ίδια διαδικασία προεπεξεργασίας των ραδιομικών δεδομένων που είχε χρησιμοποιηθεί στο αρχικό μοντέλο. Στη συνέχεια υπολογίστηκε για κάθε ασθενή μία σύνθετη ραδιομική βαθμολογία (ATTR radiomic score), η οποία βασίστηκε στα δέκα σημαντικότερα (FDR-ranked) ραδιομικά χαρακτηριστικά που είχαν αναδειχθεί στην ομάδα εκπαίδευσης της αρχικής μελέτης. Κάθε χαρακτηριστικό τυποποιήθηκε και προσανατολίστηκε ώστε υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε ραδιομικό φαινότυπο υπέρ ATTR-CM, ενώ η τελική βαθμολογία προέκυψε ως ο μέσος όρος των προσανατολισμένων τιμών των επιμέρους χαρακτηριστικών. Κανένας από τους ασθενείς δεν έπασχε από ATTR-CM. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση της σύνθετης βαθμολογίας με τη γονιδιακή έκφραση του μυοκαρδίου με τη μέθοδο Spearman και ακολούθησε ανάλυση εμπλουτισμού βιολογικών οδών. Αποτελέσματα: Υψηλότερες τιμές της σύνθετης ραδιομικής βαθμολογίας ATTR συσχετίστηκαν με διακριτά πρότυπα γονιδιακής έκφρασης του μυοκαρδίου, παρά την απουσία διάγνωσης ATTR-CM. Τα γονίδια LY9, LRRTM1, SNORD50B και PTPN22 παρουσίασαν τις ισχυρότερες θετικές συσχετίσεις με το ATTR score, ενώ τα NOS2, FAM30C, RCOR1 και GREB1 τις ισχυρότερες αρνητικές. Η ανάλυση εμπλουτισμού ανέδειξε βιολογικά μονοπάτια που σχετίζονται με τη φλεγμονώδη απόκριση, τη σηματοδότηση IL6-JAK-STAT3, τη σηματοδότηση TNFα μέσω NF-κB, την απόκριση στην ιντερφερόνη-γ, το συμπλήρωμα, την οξειδωτική φωσφορυλίωση, τον μεταβολισμό λιπαρών οξέων, τα υπεροξεισώματα και την υποξία.ΣυμπεράσματαΗ βιολογική επικύρωση των μυοκαρδιακών ραδιομικών χαρακτηριστικών της αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη μέσω από δεδομένα RNAseq ανθρώπινου μυοκαρδίου δείχνει θετική συσχέτιση με μυοκαρδιακά μονοπάτια φλεγμονής, οξειδωτικής φωσφορυλίωσης και μεταβολισμού των λιπαρών οξέων, τα οποία ενδεχομένως παίζουν ρόλο στην παθοφυσιολογία και εξέλιξη της νόσου.



ΠΑ037|Οξείες επιδράσεις της θωρακικής ενδοαγγειακής αποκατάστασης της αορτής (TEVAR) στη μυοκαρδιακή παραμόρφωση και στην ελαστικότητα της αορτής

13/11/26 · METIS / METIS

Κ. Κατωγιάννης[1], Ι. Θεοδοσόπουλος[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Γ. Πλάκας[1], Ι. Θυμής[1], Κ. Μουλακάκης[1], Ι. Κακίσης[1], Ι. Οικονομιδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος αορτής (Endovascular Aortic Repair, EVAR) αποτελεί την προτιμώμενη θεραπευτική μέθοδο για τα ανευρύσματα της κατιούσας θωρακικής και κοιλιακής αορτής. Τα διαθέσιμα δεδομένα αναδεικνύουν ότι η εμφύτευση ενδομοσχεύματος στην κοιλιακή αορτή σχετίζεται με αύξηση της αρτηριακής σκληρίας και του μεταφορτίου της αριστερής κοιλίας. Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης της θωρακικής ενδαγγειακής αποκατάστασης αορτής (Thoracic Endovascular Aortic Repair, TEVAR) στη συστολική και διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, μέσω συμβατικών υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων, της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης και του μυοκαρδιακού έργου. Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη εισήχθησαν 20 ασθενείς με ανεύρυσμα της κατιούσας θωρακικής αορτής που υποβλήθηκαν σε TEVAR. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφική αξιολόγηση μία ημέρα πριν και μία εβδομάδα μετά την επέμβαση. Εκτιμήθηκαν η συνολική επιμήκης παραμόρφωση αριστερής κοιλίας (Global Longitudinal Strain, GLS), η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου (left atrial strain), το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕ) με τη μέθοδο Simpson, η διαστολική λειτουργία μέσω του λόγου E/e', οι δείκτες μυοκαρδιακού έργου (Global Work Index, GWI/Global Constructive Work, GCW/Global Wasted Work, GWW και Global Work Efficiency, GWE), καθώς και ο καρδιο-σφυρικός αγγειακός δείκτης (Cardio-Ankle Vascular Index,CAVI) ως μέτρο της αρτηριακής σκληρίας. Αποτελέσματα : Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 72±11,2 έτη, ενώ 6 από τους 20 ήταν γυναίκες. Μετά τη διενέργεια TEVAR παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επιδείνωση του GLS (p<0,001) και μείωση του ΚΕ (p<0,001). Επιπλέον, διαπιστώθηκε επιδείνωση της διαστολικής λειτουργίας, με σημαντική μείωση της παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου και αύξηση του λόγου E/e' (p<0,001). Η ανάλυση του μυοκαρδιακού έργου ανέδειξε μείωση του GWI (p=0,040), ενώ ο CAVI αυξήθηκε σημαντικά μετά την επέμβαση (p=0,018). Η επιδείνωση του GLS συσχετίστηκε σημαντικά με την αύξηση της αρτηριακής σκληρίας, όπως εκτιμήθηκε με τον CAVI (r=0,686, p=0,005).Συμπεράσματα: Η επέμβαση TEVAR διαπιστώθηκε πως συνοδεύεται από πρώιμη αύξηση της αρτηριακής σκληρίας και επιδείνωση της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Η σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης του CAVI και της επιδείνωσης του GLS υποδηλώνει ότι η οξεία αύξηση της αορτικής σκληρίας μετά την επέμβαση ενδέχεται να συμβάλλει στην εμφάνιση πρώιμης μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας.

Μεταβλητές	Προ-TEVAR (N=20)	Μετά-TEVAR (N=20)	P value
GLS (%)	-19.4±2.54	-18.41±2.51	P<0.001
GWI (mmHg%)	1779±336	1693±329	P=0.04
GCW (mmHg%)	2209±387	2112±356	P=0.074
GWW (mmHg%)	170.6±81	187.66±94	P= 0.362
GWE (%)	92.46±4.12	91.67±4.1	P=0.334
ΚΕ (%)	56.86±2.09	54.8±1.78	P<0.01
LA strain (%)	26.8±4.37	24.46±4.34	P=0.01
E/e'	10.1±1.5	12.1±1.06	P=0.01
CAVI	10.32±1.94	11.42±1.71	P=0.018

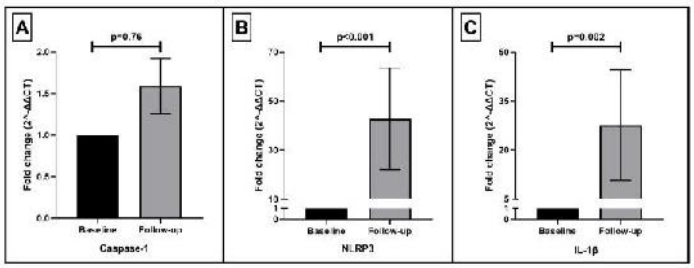
ΠΑ038|Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΛΕΓΜΟΝΟΣΩΜΑΤΟΣ NLRP3 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

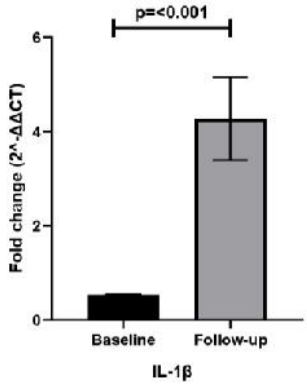
13/11/26 · METIS / METIS

Π. Παπανικολάου[1], Α. Αγγελόπουλος[1], Π. Θεοφίλης[1], Μ. Γαζούλη[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Κ. Τσιούφης[2], D. Τούσουλης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγη : Ο ρόλος του φλεγμονοσώματος NLRP3 είναι ζωτικός στη φλεγμονή ,κύριο μηχανισμό της αθηροσκλήρυνσης και συνεπώς της εμφάνισης οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Το φλεγμονοσώμα NLRP3 αποτελεί ένα πολυπρωτεϊνικό σύμπλεγμα της έμφυτης ανοσίας. Η επιμένουσα ενεργοποίηση μπορεί να αποτελεί μοριακό υπόστρωμα υπολειπόμενου φλεγμονώδους κινδύνου και συμβάλλει στην εμφάνιση υποτροπιαζόντων ισχαιμικών συμβαμάτων. Υλικά και μεθοδοι : Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς που εισήχθησαν λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου στην Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Ιπποκράτειο» από τον Ιούνιο 2019 έως τον Σεπτέμβριο 2022. Πραγματοποιήθηκε συλλογή βιολογικών δειγμάτων σε δύο χρονικά σημεία, στην εισαγωγή και 8έως 12 εβδομάδες μετά το εξιτήριο. Η εκτίμηση της ενεργοποίησης του φλεγμονοσώματος NLRP3 πραγματοποιήθηκε μέσω ποσοτικοποίησης της γονιδιακής έκφρασης βασικών συστατικών του μοριακού αυτού άξονα σε μονοπύρηνα κύτταρα περιφερικού αίματος. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η έκφραση των γονιδίων NLRP3, caspase-1 και interleukin-1β. Τα δείγματα υποβλήθηκαν άμεσα σε επεξεργασία για την απομόνωση των μονοπύρηνων κυττάρων περιφερικού αίματος, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ως βιολογικό υλικό για την ανάλυση γονιδιακής έκφρασης. Από τα απομονωμένα κύτταρα πραγματοποιήθηκε εξαγωγή ολικού RNA. Η ποσοτικοποίηση της έκφρασης των γονιδίων NLRP3, caspase-1 και IL-1β πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ποσοτικής αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης .Η έκφραση των γονιδίων στόχων κανονικοποιήθηκε ως προς το γονίδιο αναφοράς και τα επίπεδα γονιδιακής έκφρασης υπολογίστηκαν με τη μέθοδο του συγκριτικού κύκλου κατωφλίου. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αύξηση της έκφρασης βασικών συστατικών της οδού του φλεγμονοσώματος NLRP3 κατά την επανεκτίμηση, σε σύγκριση με τις τιμές κατά την έναρξη. Ειδικότερα, η έκφραση της κασπάσης-1 παρουσίασε σχεδόν διπλασιασμό κατά την παρακολούθηση σε σχέση με τη βασική μέτρηση. Ακόμη πιο έντονη ήταν η αύξηση της έκφρασης του NLRP3. Παρομοίως, η έκφραση της ιντερλευκίνης-1β ήταν σημαντικά αυξημένη κατά την παρακολούθηση, παρουσιάζοντας περίπου τετραπλάσια αύξηση σε σχέση με τη βασική μέτρηση. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το φλεγμονοσώμα NLRP3 λειτουργεί ως μοριακή πλατφόρμα ανίχνευσης μεταβολικών και οξειδωτικών σημάτων κινδύνου, γεφυρώνοντας τη συσσώρευση λιπιδίων και τη κυτταρική βλάβη με την ενεργοποίηση της έμφυτης ανοσίας. Τα αποτελέσματά αυτά συμφωνούν με προηγούμενες παρατηρήσεις.Ωστόσο, η αξιολόγηση δύο διακριτών χρονικών σημείων προσδίδει διαχρονική διάσταση στη σχέση αυτή. Η παραμένουσα αυτή ανοσολογική ενεργοποίηση θα μπορούσε να συμβάλλει στην ανίχνευση του υπολειπόμενου φλεγμονώδους κινδύνου που σχετίζεται με υποτροπιάζοντα ισχαιμικά συμβάματα.





ΠΑ039|Proteostasis is Disrupted in Human Endothelial Cells by Serum from ATTR patients and is Rescued by Tafamidis Treatment

13/11/26 · METIS / METIS

D. Gianniou[1], F. Theodorakakou[2], P.E. Nikolaou[3], A. Choustoulaki[3], A. Briasoulis[2] , I. Petropoulos[2], E.D. Papanagnou[1], A. Dimoula[2], J. Courraud[2], R. Patras[2], A. Soranidis[2], M.A. Dimopoulos[2], I. P. Trougakos[1], E. Kastritis[2],K. Stamatelopoulos[2], D. Delialis[4], G. Georgiopoulos[2], A. Alifragki[2], D. Bampatsias[5], E. Gkogkou[1]

[1]Department of Cell Biology and Biophysics, Faculty of Biology, National and Kapodistrian University of Athens, 15784 Athens, Greece, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]Laboratory of Pharmacology, Department of Pharmacy, National and Kapodistrian University of Athens, Greece*, *[4]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα*, *[5]Department of Medicine, NYC Health + Hospitals / Elmhurst, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA*

Background: The vascular effects of wild-type (ATTRwt-CM) and hereditary (ATTRv-CM) transthyretin cardiac amyloidosis, and the impact of tafamidis treatment, remain unclear. Methods: Serum from ATTRwt-CM and ATTRv-CM patients (pre- and 6-months post-Tafamidis treatment) elderly and young controls, was applied on human umbilical vein endothelial cells (HUVECs). Viability, motility, and stress responses and serum cytokine and proteomic profiles were assessed. Recombinant TTR, with and without tafamidis co-treatment, were also evaluated. Pulse wave velocity (PWV) was longitudinally assessed in ATTRwt-CM patients pre- and post-tafamidis treatment and in elderly controls.Results: ATTRwt-CM or ATTRv serum reduced HUVECs viability and motility, inducing proteotoxic and oxidative stress, while serum cytokine and proteome profiling revealed inflammatory-related signatures; All these effects were attenuated in HUVECs treated with post-Tafamidis serum. Recombinant TTR also induced proteotoxic stress, which was attenuated by tafamidis co-treatment (safety range≤16 μM). Consistently, PWV was reduced in ATTRwt-CM patients after Tafamidis, as compared to controls, correlating with increased serum transthyretin and reduced PBMCs' proteasome activity.Conclusions: Serum from ATTR-CM patients or recombinant TTR directly induced toxic effects in HUVECs. Tafamidis mitigated these effects in vitro and improved arterial stiffness in ATTRwt-CM patients, implying protective vascular effects of tafamidis in ATTR-CM beyond direct myocardial transthyretin stabilization.

ΠΑ040|Η συσχέτιση της έκφρασης της catenin-β1 με την κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο

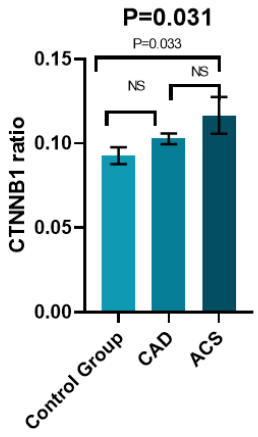
13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Α. Δημοπούλου[1], Γ. Μαυραγάνης[2], Δ. Δελιαλής[1], Χ. Κωνσταντάκη[2], Π. Μπάτζιου[2], Χ. Μούστου[2],Ρ. Πάτρας[2], Α. Καρβουνιάρη[2], Α. Πατέλη[2], Γ. Γεωργιόπουλος[2],Κ. Στέλλος[3], Κ. Σταματελόπουλος[2]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany*

Εισαγωγή: Περιορισμένα πειραματικά δεδομένα συνδέουν την πρωτεΐνη catenin-β 1(CTNNB1 gene) με την οξεία μυοκαρδιακή βλάβη, την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, τη φλεγμονή, την καρδιακή ίνωση και την αθηροσκλήρυνση. Δεν υπάρχουν κλινικά δεδομένα που να εξετάζουν τη σχέση της catenin-β1 με την αθηροσκλήρυνση στον άνθρωπο.Σκοπός: Η συσχέτιση της έκφρασης του γονιδίου CTNNB1, που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη catenin-β, μετρημένο σε κυκλοφορούντα μονοπύρηνα κύτταρα περιφερικού αίματος (PBMCs) με την κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μελέτη κοορτής που περιλαμβάνει 667 άτομα σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση που προσήλθαν διαδοχικά σε ιατρείο καρδιαγγειακής πρόληψης για διαστρωμάτωση κινδύνου (n=159 ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο (CAD) και n=408 ασθενείς χωρίς γνωστή καρδιαγγειακή νόσο (ομάδα ελέγχου)) και 120 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ACS) που εισήχθησαν σε καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αιματολογικές εξετάσεις με παράλληλη απομόνωση περιφερικών μονοκυττάρων (PBMCs) και προσδιορισμό της έκφρασης του γονιδίου CTNNB1 με reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR).Αποτελέσματα: Η ηλικία (P<0.001) παρουσίασε σημαντική θετική συσχέτιση με τα επίπεδα έκφρασης του CTNNB1. Τα επίπεδα έκφρασης του CTNNB1 παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (P=0.031). Συγκεκριμένα οι ασθενείς ACS είχαν αυξημένα επίπεδα CTNNB1 σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p=0.033). Μετά την προσαρμογή για γνωστούς συγχυτικούς παράγοντες στεφανιαίας νόσου (ηλικία, φύλο, κάπνισμα, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, διαβήτης, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη CRP), τα επίπεδα του CTNNB1 συνέχισαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (P=0.026) με εμφάνιση υψηλών επιπέδων CTNNB1 στους ασθενείς με ACS σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (P=0.024). Συμπεράσματα: Αυτά είναι τα πρώτα κλινικά δεδομένα που εξετάζουν τη σχέση της έκφρασης της catenin-β1 σε PBMCs με την καρδιαγγειακή νόσο και συγκεκριμένα με τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα υπονοώντας μία πιθανή συσχέτιση των επιπέδων CTNNB1 με την

οξεία μυοκαρδιακή βλάβη. Αυτά τα ευρήματα αποτελούν απόδειξη επί της αρχής για την κλινική αξία του μονοπατιού CTNNB1 και χρήζουν περεταίρω έρευνας.



Εικόνα: Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπικό σφάλμα (SE). Τα επίπεδα έκφρασης του γονιδίου CTNNB1 εμφανίζουν αύξηση στις ομάδες με κλινικά έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο με την ομάδα ACS να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αύξηση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (P=0.033). (NS: Non-Significant)

ΠΑ041|Optimizing standardized systolic blood pressure measurement and thresholds for risk stratification in AL amyloidosis

13/11/26 · METIS / METIS

G. Zervas[1], G. Georgiopoulos[1], R. Patras[1], F. Theodorakakou[1], L. Angelidakis[1], M. Tsourous[1], I. Petropoulos[1], A. Dimoula[1], P. Manifava[1], E. Repasos[1], A. Soranidis[1], C. Zotika[1], A. Alifragki[1], A. Briasoulis[1], M. A. Dimopoulos[1], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Low systolic blood pressure (SBP) is associated with inferior prognosis in light-chain (AL) amyloidosis (Wechalekar Blood 2013); however, a standardized SBP measurement protocol and cutoff for optimal risk stratification has not been defined. Methods: Sitting and supine office SBP were measured in a single visit using standard Oscillometric methodology in 149 consecutive treatment-naïve AL amyloidosis patients. Two literature-derived cutoffs were used for SBP (≤110 and 100 mmHg). Cohort's median follow-up was 26 months. SBP parameters were compared by area under the curve (AUC) using C-statistics. Results: SBP≤110 mmHg was superior over SBP≤100 mmHg, for both sitting (all cause death: AUC 0.676 95%CI 0.593-0.760 vs 0.590 95%CI 0.518-0.663, cardiovascular death: 0.697 95% CI 0.597-0.796 vs 0.584 95%CI 0.491-0.677, p<0.05) and supine position (all cause death: 0.684 95% CI 0.596-0.771 vs 0.584 95%CI 0.510-0.657, p=0.021, CV death: AUC 0.725 95%CI 0.624-0.826 s AUC 0.630 95%CI 0.527-0.733, p=0.087). SBP≤110 mmHg was independently associated with mortality after adjustment for age, sex and Mayo stage for both positions (HR 2.796 to 4.269, p<0.05 for all) with incremental and reclassification value over Mayo Stage (net reclassification index, 70 to 91.1). Sitting and supine SBP>110 mmHg were associated with low probability of all-cause (negative predictive value>%) and very low probability of cardiovascular mortality (>90%). By direct comparison, AUCs between sitting and supine SBP≤110 mmHg did not differ. Conclusions: Either supine or sitting office SBP≤110 mmHg are associated with increased early mortality and confer incremental prognostic value in clinical practice for risk stratification in AL amyloidosis.

ΠΑ042|Clinical value of post-treatment assessment of peripheral vascular and hemodynamic markers in AL amyloidosis

13/11/26 · METIS / METIS

I. Petropoulos[1], R. Patras[1], G. Mavraganis[1], D. Delialis[2], F. Theodorakakou[1], C. Zotika[1], C. Konstantaki[1], A. Alifragki[1], A. Dimoula[1], E. Repasos[1], G. Georgiopoulos[1], M.A. Dimopoulos[1], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Background/Introduction: Peripheral vascular dysfunction is prevalent in AL amyloidosis, but the clinical significance of post-treatment vascular assessments remains unclear. Purpose: To evaluate longitudinal changes and prognostic value of peripheral vascular and hemodynamic markers following treatment in AL amyloidosis patients. Methods: We prospectively assessed 140 AL amyloidosis patients at baseline, 3 months, and> months post-treatment in our center. Flow-mediated dilation (FMD), pulse wave velocity (PWV), augmentation index (AI@75), and central/peripheral blood pressures were measured. Patients were stratified by hematologic response (complete/very good response vs. partial/no response). Multivariable Cox regression evaluated associations with all-cause mortality during a maximum follow-up of 72 months, adjusting for age, Mayo stage, cardiac involvement, nerve involvement, and baseline hypotension. Results: At 6 months, vascular markers converged between response groups in survivors, with FMD stabilizing regardless of hematologic response depth (p=0.648–0.673). Complete responders showed earlier FMD changes at 3 months (p=0.048) and modest blood pressure reductions. In multivariable analysis, post-treatment vascular markers independently predicted mortality. At> months, lower central SBP (HR 0.89, CI 0.84–0.95, p<0.001), lower pulse pressure (HR 0.94, CI 0.91–0.98, p<0.003), lower PWV (HR 0.66, CI 0.48–0.92, p=0.015), lower AI@75 (HR 0.91, CI 0.86–0.96, p<0.001), and higher FMD (HR 1.18, CI 1.01–1.40, p=0.048) predicted worse outcomes. Elevated FMD (>6%) at 12 months independently predicted increased mortality (HR 4.78, 95% CI 1.11–20.49; p=0.036). Conclusions: Post-treatment vascular markers retain independent prognostic value beyond traditional risk factors, with vascular stabilization at 6 months characterizing survivors regardless of hematologic response depth.

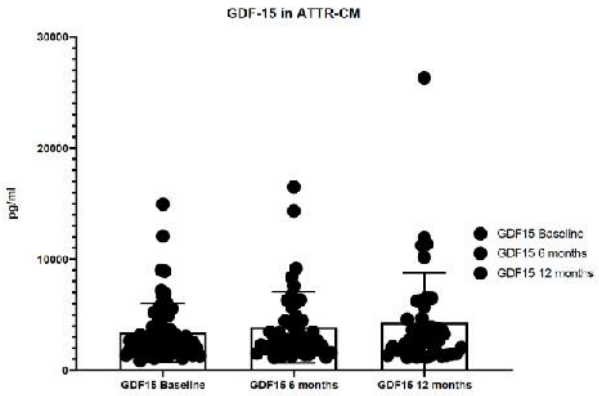
ΠΑ043|GDF-15 as a potential marker of disease progression and multisystem involvement in patients with TTR amyloidosis

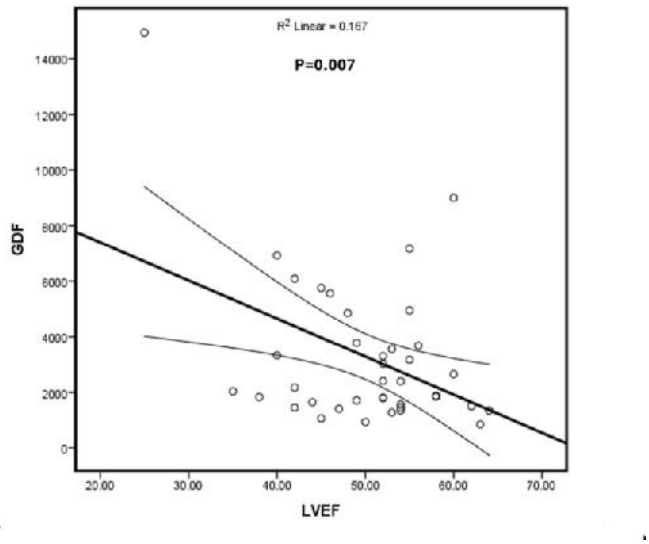
13/11/26 · METIS / METIS

A. Alifragki[1], F. Theodorakakou[1], G. Georgiopoulos[1], C. Kanaka-Gantenbein[3], A. Mantzou[3], A. Dimoula[1], R. Patras[1], C. Zotika[1], I. Petropoulos[1], M.E. Tselegidi[4], I. Papassotiriou[3], A. Briasoulis[4], K. Stamatelopoulos[1], E. Kastritis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]First Department of Pediatrics, "Aghia Sophia" Children's Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Athens, Greece, [4]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Background: Cardiac amyloidosis is a progressive and fatal disease leading to irreversible heart failure. Established biomarkers such as NT-proBNP and high-sensitivity troponin are widely used for prognosis and monitoring of ATTR-CA. Growth differentiation factor-15 (GDF-15), a member of the TGF-β superfamily, is released in response to oxidative stress and mechanical strain and may provide additional prognostic information but Its role in ATTR-CA remains unclear. We evaluated the potential prognostic impact of baseline serum GDF-15 levels with disease progression and outcomes in an ATTR cohort. Methods: This study included 99 participants (76 ATTR patients and 23 age and sex matched controls. GDF-15 levels were compared between groups and assessed longitudinally at baseline, at 6 and 12 months post initiation of tafamidis. Associations with vascular markers (ABI, central diastolic blood pressure), NT-proBNP, and cardiac function parameters (LVEF, RV STDI) were analyzed. Results: ATTR patients exhibited higher GDF-15 levels than controls (p=0.006). Median GDF-15 increased from 2461 mg/L (IQR 1626) at baseline to 2684 mg/L (IQR 1791) at 6 months (p<0.003) and 3110 mg/L (IQR 1605) at 12 months (p<0.001) (Figure 1). GDF-15 levels correlated with NT-proBNP (ρ=0.540, p<0.001) and showed a borderline association with NAC stage (p=0.07). LVEF showed negative association (R^2=0.167, p=0.007) (Figure 2), while RV STDI showed only a trend (R^2=0.113, p=0.064). Most plaque-related measures and cDBP associations were not significant after adjustment. Conclusion: GDF-15 is elevated in ATTR-CA, increases over time, despite treatment with stabilizers and correlates with established biomarkers of severity of cardiac involvement. These fidnings should trigger further investigation to assess the role of GDF-15 as a marker of disease burden in ATTR-CA.





ΠΑ044|Additive value of Lipoprotein(a) and High-Sensitivity C-Reactive Protein as Associates of Atherosclerosis Burden and Progression: A cohort study

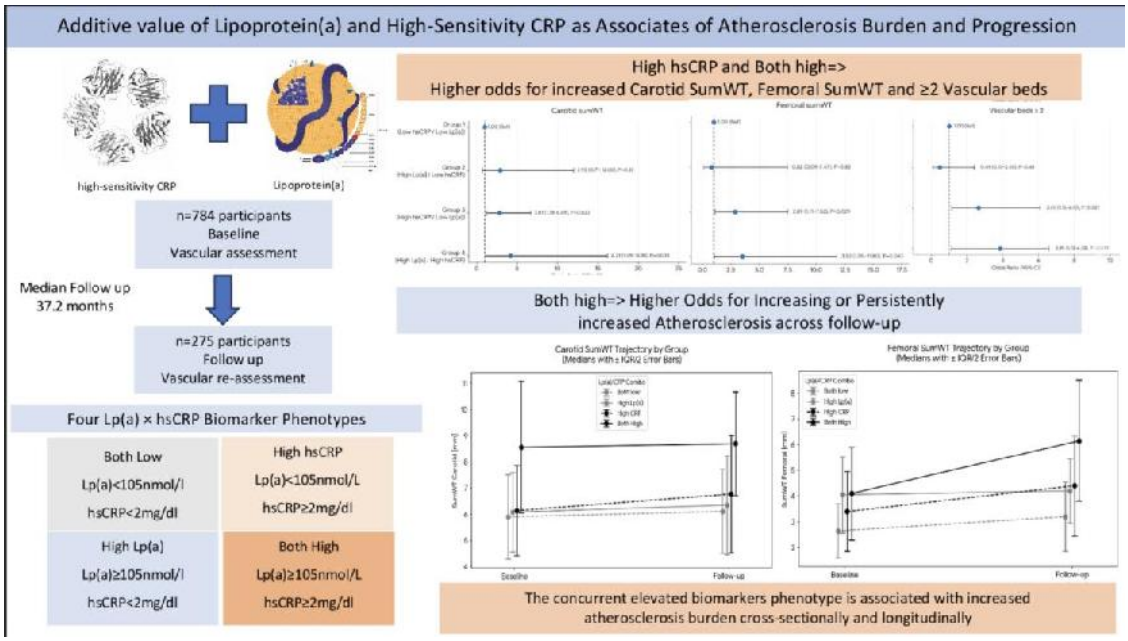
13/11/26 · METIS / METIS

K. Stamatelopoulos[1], K. Sopova[2], M. Sigl[3], C. Konstantaki[1], D. Delialis[4], G. Georgiopoulos[1], S. Athanasopoulos[1], P. Batziou[1], G. Mavraganis[1], M.A. Dimopoulou[4], L. Kokkinidou[1], D. Papoutsis[1], E. Samouilidou[1], A. Zacharoulis[6], K. Stellos[7]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Cardiology, Haemostaseology, and Medical Intensive Care, University Medical Centre Mannheim, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany., [3]Department of Medicine VI, University Medical Centre Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany., [4]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany

Aims: We investigated whether systemic inflammation, assessed by high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP), modifies the association of Lipoprotein(a) [Lp(a)] with subclinical atherosclerosis presence and progression. Methods: Vascular markers were evaluated in n=784 consecutively recruited participants from an ongoing cardiovascular prevention registry (Athens Angiometabolic Cohort (AAC)) at baseline and were re-evaluated in n=275 participants with available vascular markers at follow-up after a median of 37.2 months. Participants were categorized into four phenotypes based on Lp(a) (105 nmol/L) and hsCRP (2.0 mg/L) thresholds. Results: High Lp(a) alone was not associated with increased subclinical atherosclerosis burden at baseline. In contrast, high Lp(a)/high hsCRP phenotype was associated with greater carotid (OR 4.21) and femoral (OR 3.52) wall thickness (WT) and presence of atherosclerosis at ≥2 vascular beds (OR

3.85, p<0.05 for all) after adjustment for age, sex, systolic blood pressure, smoking, diabetes mellitus, established ASCVD, and LDL-C (core model). Longitudinally, high Lp(a)/high hsCRP phenotype independently associated with increasing or persistently high carotid (OR: 3.42) and femoral (OR: 2.29) WT after adjustment for the core model. No significant associations were observed with arterial stiffness as assessed by pulse wave velocity. Conclusions: The current study provides new clinical evidence that systemic inflammation modifies the association between Lp(a) and atherosclerosis burden. These mechanistic findings support previously published evidence indicating that hsCRP augments Lp(a)-associated risk for adverse cardiovascular events and an integrated Lp(a)–inflammation risk assessment in atherosclerotic cardiovascular disease.



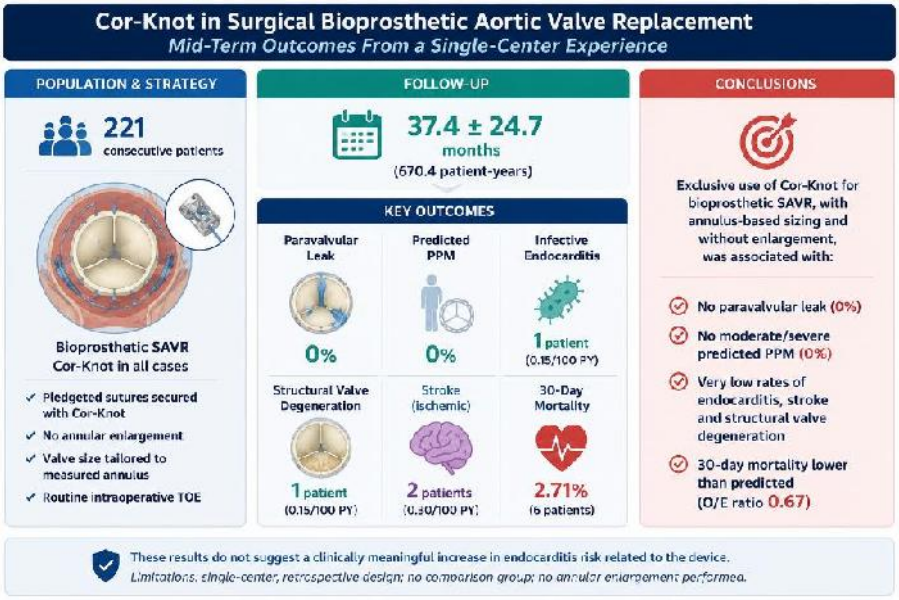
ΠΑ045|Μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα της βιοπροσθετικής χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με χρήση του συστήματος Cor-Knot: εμπειρία ενός κέντρου

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Κωτούλας[1], Σ. Κωτούλας[1], Ν. Τσιάμης[2], Ε.Σ. Μαυρουδέας[3], Ι. Παναγιώτου[4], Χ. Κωτούλας[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το αυτόματο σύστημα σύσφιξης τιτανίου Cor-Knot διευκολύνει την εμφύτευση χειρουργικών προσθετικών βαλβίδων, εξασφαλίζοντας ομοιόμορφη τάση των ραμμάτων. Ωστόσο, η επίδρασή του στις μεσοπρόθεσμες εκβάσεις παραμένει ασαφής, ιδιαίτερα ως προς την παραβαλβιδική διαφυγή (PVL), την αναντιστοιχία ασθενούς-πρόθεσης (PPM) και τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των μεσοπρόθεσμων εκβάσεων διαδοχικών βιοπροσθετικών χειρουργικών αντικαταστάσεων αορτικής βαλβίδας (SAVR) με αποκλειστική χρήση Cor-Knot.Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική μονοκεντρική μελέτη 221 διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε βιοπροσθετική SAVR (2018–2026). Σε όλες τις επεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν pledgeted ράμματα Ethibond ασφαλισμένα με Cor-Knot, χωρίς διεύρυνση του αορτικού δακτυλίου. Το προβλεπόμενο PPM ορίστηκε βάσει της δεικτοδοτημένης αποτελεσματικής επιφάνειας στομίου (EOAi). Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η PVL, το PPM, η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και η δομική εκφύλιση της βαλβίδας (SVD). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η 30ήμερη θνητότητα.Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 70,3±8,7 έτη, το 62,0% ήταν άνδρες και ο μέσος EuroSCORE II 4,05±5,70%. Κατά μέση παρακολούθηση 37,4±24,7 μηνών (670,4 ασθενοέτη), δεν παρατηρήθηκε παραβαλβιδική διαφυγή ούτε μέτριο ή σοβαρό προβλεπόμενο PPM. Καταγράφηκε μία περίπτωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (0,15/100 ασθενοέτη), μία δομική εκφύλιση βαλβίδας που αντιμετωπίστηκε με valve-in-valve TAVI, δύο αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (0,30/100 ασθενοέτη) και 30ήμερη θνητότητα 2,71%, χαμηλότερη από την προβλεπόμενη βάσει EuroSCORE II. Συμπεράσματα: Η αποκλειστική χρήση του Cor-Knot συσχετίστηκε με εξαιρετική αιμοδυναμική απόδοση, χωρίς παραβαλβιδική διαφυγή ή προβλεπόμενο PPM, καθώς και με χαμηλά ποσοστά ενδοκαρδίτιδας, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και πρώιμης θνητότητας. Τα ευρήματα δεν υποστηρίζουν κλινικά σημαντική αύξηση του κινδύνου λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, αν και απαιτούνται μεγαλύτερες συγκριτικές μελέτες για την επιβεβαίωσή τους.



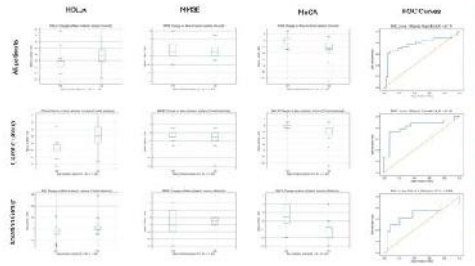
ΠΑ046|Η HDLox και οι βιοδείκτες νευρωνικής βλάβης ως πρώιμοι δείκτες σιωπηλών εγκεφαλικών εμφράκτων μετά από διαδερμικές επεμβάσεις υψηλού θρομβοεμβολικού κινδύνου

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Ευαγγελίου[1], Ν. Παγώνας[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Χ. Κάρκος[1], Σ. Τζήκας[1], Β. Βασιλικός[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Οι διαδερμικές επεμβάσεις υψηλού θρομβοεμβολικού κινδύνου συνοδεύονται συχνά από σιωπηλές ισχαιμικές εγκεφαλικές βλάβες, οι οποίες ανιχνεύονται με μαγνητική τομογραφία διάχυσης (DWI-MRI) έχουν συσχετισθεί με έκπτωση γνωστικών λειτουργιών. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου παραμένει σημαντική, ενώ οι βιοδείκτες αίματος ενδέχεται να προσφέρουν χρήσιμη προγνωστική πληροφορία.ΣκοπόςΝα διερευνηθεί εάν οι περιεπεμβατικές μεταβολές των τιμών των βιοδεικτών μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση σιωπηλών ισχαιμικών εγκεφαλικών βλαβών και πρώιμης έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών. Μέθοδοι: Στην προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαδερμικές επεμβάσεις υψηλού θρομβοεμβολικού κινδύνου (55 αγγειοπλαστικές καρωτίδων και 45 επεμβάσεις κατάλυσης αρρυθμιών). Τα επίπεδα HDLox, NSE και NFL στο πλάσμα μετρήθηκαν 24 ώρες πριν και 24 ώρες μετά την επέμβαση. Η μεταβολή κάθε βιοδείκτη (Δ) ορίστηκε ως η διαφορά μεταξύ των μετεπεμβατικών και προεπεμβατικών τιμών. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου πριν και μετά την επέμβαση. Η γνωσιακή λειτουργία αξιολογήθηκε με τις δοκιμασίες MoCA και MMSE πριν και 24 ώρες μετά την επέμβαση. Η συσχέτιση των μεταβολών των βιοδεικτών με την εμφάνιση νέων ισχαιμικών βλαβών αξιολογήθηκε με μη παραμετρικές δοκιμασίες και ανάλυση ROC, ενώ η συσχέτιση με τη γνωσιακή έκπτωση εκτιμήθηκε με τον συντελεστή Spearman. Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς. Από αυτούς, 64 υποβλήθηκαν σε επαναληπτική μαγνητική τομογραφία, με νέες ισχαιμικές βλάβες να ανιχνεύονται στο 40,6% (26/64). Η περιεπεμβατική αύξηση της HDLox (ΔHDLox) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς με νέες βλάβες (p=0,0026), παρουσιάζοντας καλή διαγνωστική ικανότητα (AUC=0,77). Η προγνωστική της αξία ήταν ισχυρότερη στην ομάδα της αγγειοπλαστικής καρωτίδων (AUC=0,83, p=0,00196) και ασθενέστερη στην ομάδα της κατάλυσης (AUC=0,68). Η αύξηση της NSE (ΔNSE) συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με την εμφάνιση νέων βλαβών στην ομάδα των καρωτίδων (p=0,011), ενώ η μεταβολή της NFL δεν εμφάνισε προγνωστική αξία. Ο συνδυασμός των βιοδεικτών παρουσίασε AUC 0,83 στην ομάδα των καρωτίδων. Όσον αφορά τη γνωσιακή λειτουργία, η αύξηση της HDLox συσχετίστηκε ισχυρά με επιδείνωση της βαθμολογίας MoCA στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική καρωτίδων (ρ=-0,584, p<0,001), όπως και η αύξηση της NSE (ρ=-0,565, p<0,001). Συμπεράσματα: Η περιεπεμβατική αύξηση της HDLox και της NSE συσχετίστηκε σημαντικά με την εμφάνιση νέων ισχαιμικών βλαβών στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και με πρώιμη γνωσιακή έκπτωση, όπως αυτή εκτιμήθηκε με τη δοκιμασία MoCA.

Biomarkers and new silent strokes at post-procedural MRI (All patients n=64)			
	New lesions (n=26)	No lesions (n=38)	p-value
HDLex (pre, *mean±SD*)	1.501 ± 0.514	1.746 ± 0.602	0.091
HDLex (post) (*mean±SD*)	1.905 ± 0.718	1.588 ± 0.676	0.065
HDLex Δ *median* (IQR)	0.373 [-0.030 to 0.886]	-0.180 [-0.475 to -0.022]	**0.00026**
NSE Δ *median* (IQR)	1.014 [-1.125 to 2.141]	-2.072 [-4.500 to -0.230]	0.011
NFL Δ *median* (IQR)	8.518 [-2.406 to 31.303]	3.395 [-1.936 to 14.376]	0.582
Subgroup analysis - Patients undergoing carotid stenting (n=32)			
HDLex Δ *median* (IQR)	0.512 [0.048 to 1.186]	-0.393 [-0.567 to -0.079]	0.00136
NSE Δ *median* (IQR)	1.014 [-1.125 to 2.141]	-2.072 [-4.500 to -0.230]	0.011
NFL Δ *median* (IQR)	8.518 [-2.406 to 31.303]	3.395 [-1.936 to 14.376]	0.582
Subgroup analysis - Patients undergoing ablation (n=32)			
HDLex Δ *median* (IQR)	0.302 [-0.338 to 0.998]	-0.333 [-0.990 to -0.015]	0.335



Patients baseline characteristics				
Variable	Total (n=64)	Lesions (n=26)	No lesions (n=38)	p-value
Age (years)	66.8 (61.7–73.9)	68.8 (63.8–75.8)	67.0 (60.8–73.9)	0.697
BMI	28.1 (25.5–30.5)	29.4 (25.8–31.1)	27.8 (25.2–30.0)	0.237
Male sex, n (%)	20 (31.2%)	12 (46.2%)	8 (21.1%)	0.064
History of stroke, n (%)	11 (17.2%)	5 (19.2%)	6 (15.8%)	0.983
History of TIA, n (%)	10 (15.6%)	5 (19.2%)	5 (13.2%)	0.799

Association of biomarkers with cognitive decline (ΔMoCA / ΔMMSE) - all patients				
Biomarker (Δ)	Outcome	Spearman ρ	p-value	n
HDLex Δ	ΔMoCA	−0.424	0.00043	64
HDLex Δ	ΔMMSE	−0.048	0.705	64
NSE Δ	ΔMoCA	−0.555	0.00093	31
NSE Δ	ΔMMSE	0.018	0.925	31
NFL Δ	ΔMoCA	−0.098	0.595	32
NFL Δ	ΔMMSE	0.342	0.055	32

Association of biomarkers with cognitive decline (ΔMoCA / ΔMMSE) - Carotid stenting subgroup				
Biomarker (Δ)	Outcome	Spearman ρ	p-value	n
HDLex Δ	ΔMoCA	−0.584	0.00045	32
HDLex Δ	ΔMMSE	−0.113	0.538	32
NSE Δ	ΔMoCA	−0.555	0.00093	31
NSE Δ	ΔMMSE	0.018	0.925	31
NFL Δ	ΔMoCA	−0.098	0.595	32
NFL Δ	ΔMMSE	0.342	0.055	32

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

12.30-14.00 **Επεμβατική καρδιολογία I / Interventional Cardiology I**

Πρόεδροι: Β. Γκόγκας (Αθήνα), Α. Μαρινάκης (Αθήνα)
Chairpersons: V. Gogkas (Athens), A. Marinakis (Athens)

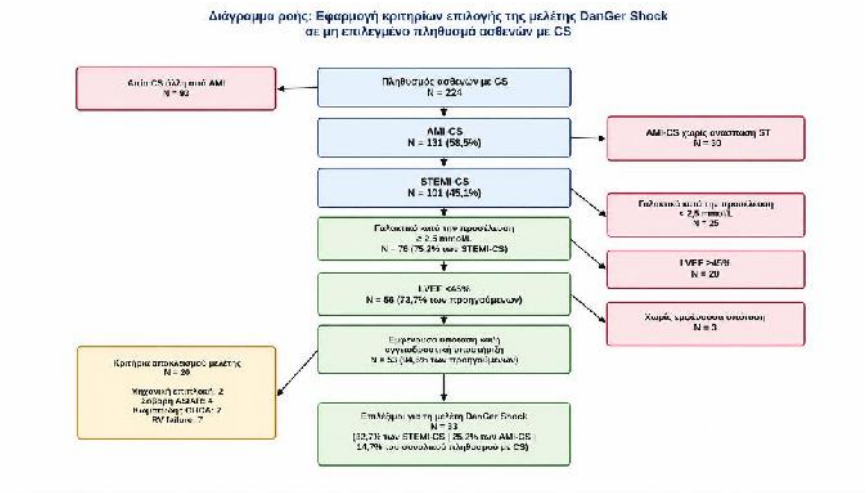
ΠΑ047|Αξιολόγηση της Καταλληλότητας για Υποστήριξη με Impella CP Βάσει των Κριτηρίων της Μελέτης DanGer Shock σε Μη Επιλεγμένο Πληθυσμό Ασθενών με Καρδιογενή Καταπληξία

13/11/26 · METIS / METIS

Β.Μ. Δραγώνα[1], Γ. Καραμάσης[1], Χ. Σταθακοπούλου[1], Ε. Πολυζωγοπούλου[2], Χ. Βαρλάμος[1], Ι. Ξενογιάννης[1], Φ. Φραντζεσκάκη[3], Χ. Καπέλιος[1], Σ. Μπεζάτη[2], Β. Μπιστόλα[2], Δ. Παυλόπουλος[4], Α. Κουρλιούρος[4], Λ. Ραλλιδης[1], Δ. Αγγουράς[4], Η.Τσαγκάρης[1], Ι. Παρίσης[2], Γ. Φιλιππάτος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η καρδιογενής καταπληξία σχετιζόμενη με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI-CS) εξακολουθεί να συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα. Η μελέτη DanGer Shock έδειξε ότι η μηχανική υποστήριξη της αριστερής κοιλίας με τη διαβαλβιδική μικροαξονική αντλία συνεχούς ροής Impella CP βελτιώνει την επιβίωση σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς με STEMI και καρδιογενή καταπληξία (STEMI-CS). Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογήσει τη δυνατότητα εφαρμογής των κριτηρίων της DanGer Shock σε έναν μη επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών με καρδιογενή καταπληξία. Μέθοδοι: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δεδομένων από την προοπτική καταγραφή του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν», η οποία διατηρείται από την εξειδικευμένη Ομάδα Καρδιογενούς Καταπληξίας (Attikon Cardiogenic Shock Team - ACiST). Συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία από τον Ιανουάριο 2023 έως τον Δεκέμβριο 2025. Η καταλληλότητα των ασθενών αξιολογήθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης DanGer Shock. Τα κριτήρια ένταξης ήταν: 1)STEMI-CS, 2) συγκέντρωση γαλακτικού οξέος στο αρτηριακό αίμα ≥2,5 mmol/L, 3) εμμένουσα συστολική αρτηριακή πίεση <0 mmHg ή/και ανάγκη χορήγησης αγγειοδραστικών φαρμάκων και 4) κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας <5%. Τα κύρια κριτήρια αποκλεισμού ήταν: καρδιογενής καταπληξία λόγω μηχανικής επιπλοκής του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή με εμμένον κώμα και σοβαρή ανεπάρκεια δεξιάς κοιλίας. Αποτελέσματα: Μεταξύ Ιανουαρίου 2023 και Δεκεμβρίου 2025, εισήχθησαν στο κέντρο μας 224 ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία. Η μέση ηλικία ήταν 68,8 ± 13,6 έτη και το 66,0% ήταν άνδρες. Οι 131 ασθενείς είχαν AMI-CS, εκ των οποίων οι 101 STEMI-CS. Μεταξύ των ασθενών με STEMI-CS, 53 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (επίπεδα γαλακτικού, αιμοδυναμικά και ηχοκαρδιογραφικά κριτήρια), ενώ 20 ασθενείς αποκλείστηκαν βάσει των κριτηρίων αποκλεισμού της μελέτης. Συνολικά, 33 ασθενείς πληρούσαν όλα τα κριτήρια, αντιστοιχώντας στο 14,7% του συνολικού πληθυσμού με καρδιογενή καταπληξία, στο 25,2% των ασθενών με AMI-CS και στο 32,7% των ασθενών με STEMI-CS και θα μπορούσαν να θεωρηθούν δυνητικοί υποψήφιοι για μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας με Impella CP. Συμπεράσματα: Σε αυτόν τον μη επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών με καρδιογενή καταπληξία, το 14,7% του συνόλου, που αντιστοιχούσε στο 25,2% των ασθενών με AMI-CS και στο 32,7% εκείνων με STEMI-CS πληρούσε τα κριτήρια της DanGer Shock μελέτης και θα μπορούσε να θεωρηθεί δυνητικά υποψήφιο για μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας με Impella CP.



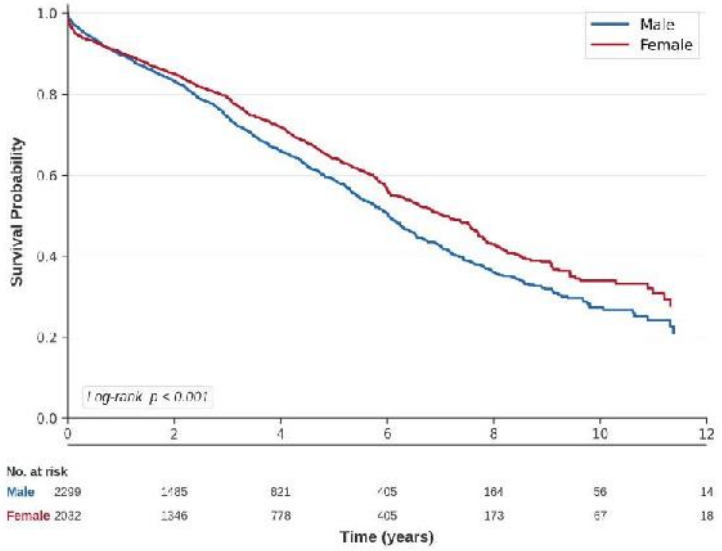
ΠΑ048|Sex-based differences in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation

13/11/26 · METIS / METIS

A. Apostolos[2] Athanasios Moulias[1], Konstantinos Konstantinou[2], Mohammed Allaf[2], Ee Ling Heng[2], Konstantinos Kalogeras[2], Simon Davies[2], Alison Duncan[2], Saeed Mirsadraee[2], Tarun Mittal[2], Mohammed Akhtar[2], Miles Dalby[2], Tito Kabir[3], Robert Smith[2], V. Panoulas[3]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom*, *[3]Harefield Hospital*

Background: Sex-related differences in outcomes after transcatheter aortic valve implantation (TAVI) remain debated. Women referred for TAVI tend to be older, have smaller aortic annuli, and present with more comorbidities, yet some studies suggest a long-term survival advantage over men. Our aim is to evaluate sex-based differences in patients undergoing TAVI in a large cohort. Methods: We analysed consecutive patients (who underwent TAVI in a prospective registry of two tertiary centers. Baseline characteristics, procedural data, and in-hospital outcomes were compared between sexes . The primary endpoint was all-cause mortality. Outcomes were reported according to the Valve Academic Research Consortium-3 (VARC-3) criteria. Results: We analysed 4,331 consecutive patients (2,299 males [53.1%]; 2,032 females [46.9%]). Women were older (83 vs 82 years; p<0.001) and had higher pre-procedural transvalvular gradients (mean gradient 45 vs 43 mmHg; p<0.001), smaller aortic valve area (0.66 vs 0.70 cm²; p<0.001), and better preserved left ventricular function (LVEF ≥50%: 78.8% vs 64.5%; p<0.001). Men had a significantly higher burden of coronary artery disease (prior MI: 17.7% vs 9.2%; prior PCI: 31.7% vs 19.4%; prior CABG: 25.9% vs 14.9%; all p<0.001), diabetes (27.6% vs 23.1%; p<0.001), and atrial fibrillation (28.1% vs 22.3%; p<0.001). Women experienced significantly higher rates of cardiac tamponade (2.2% vs 0.8%; p<0.001), vascular access-site complications (14.4% vs 9.2%; p<0.001), any bleeding (15.0% vs 8.8%; p<0.001), in-hospital cerebrovascular accident (4.0% vs 2.6%; p=0.011), conversion to sternotomy (1.0% vs 0.3%; p=0.010), and in-hospital mortality (3.2% vs 2.0%; p=0.018). Conversely, men had a higher rate of new permanent pacemaker implantation (17.5% vs 13.2%; p<0.001). VARC-3 technical success was achieved in 97.3% of males vs 96.0% of females (p=0.021). Over a median follow-up of 6.4 years, 1,594 deaths occurred (890 males, 704 females). Kaplan-Meier analysis demonstrated significantly better long-term survival for women (median survival: 7.1 vs 6.0 years; log-rank p<0.001). Conclusions: Despite a higher incidence of periprocedural complications, including vascular injury, bleeding, tamponade, and in-hospital mortality, women undergoing TAVI demonstrated significantly higher long-term survival compared to men. These findings underscore the need for sex-specific risk stratification and tailored periprocedural management to mitigate the higher early risks in women.



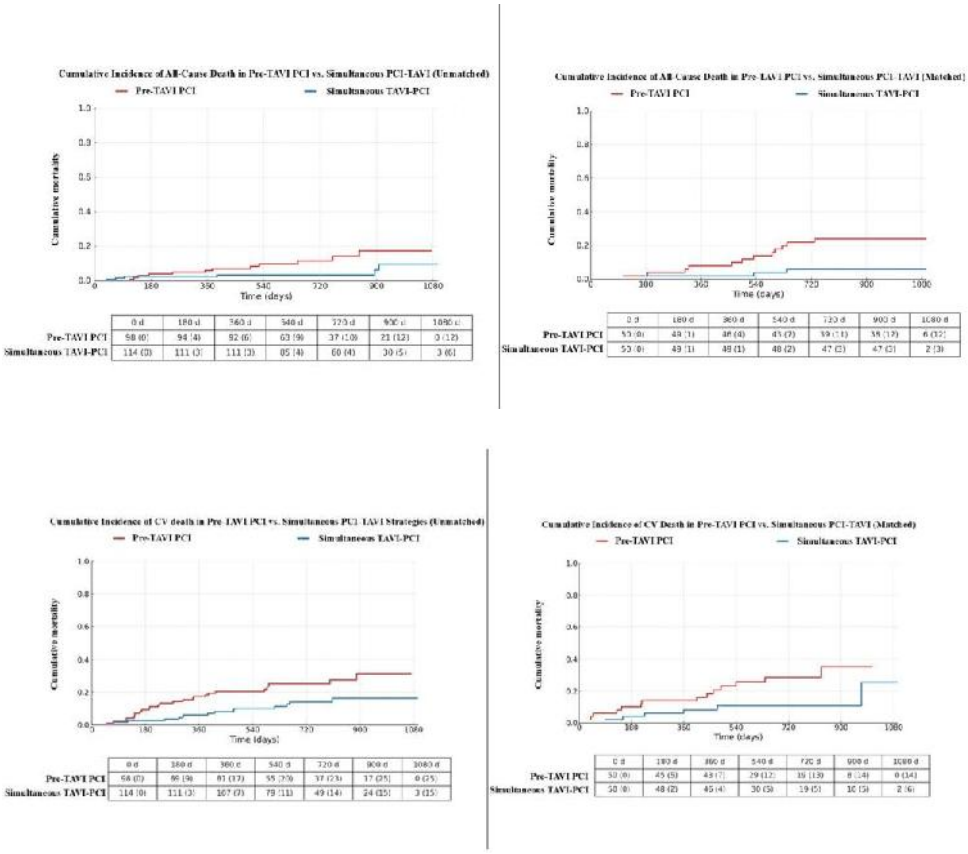
ΠΑ049|Simultaneous PCI-TAVI Versus Pre-TAVI PCI Approach in Patients With CAD Undergoing TAVI: A Retrospective Single Center Study

13/11/26 · METIS / METIS

G. Papadopoulos[1], E. Ninios[1], S. Evangelou[2], M. Kalaitzoglou[3], A. Ioannides[2], V. Ninios[2]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece, [3]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department

Introduction: The coexistence of severe aortic stenosis and coronary artery disease is common among patients undergoing transcatheter aortic valve implantation and raises important questions regarding the optimal timing of percutaneous coronary intervention. This study aimed to compare clinical outcomes in patients undergoing percutaneous coronary intervention either before transcatheter aortic valve implantation or during the same procedural session. Materials and Methods: This retrospective observational study included 212 patients with severe symptomatic aortic stenosis and angiographically significant coronary artery disease treated with transfemoral transcatheter aortic valve implantation between January 2019 and December 2024. Patients were stratified according to percutaneous coronary intervention timing: staged percutaneous coronary intervention performed 7–45 days before transcatheter aortic valve implantation (Pre-TAVI PCI group, n=98) or percutaneous coronary intervention performed during the same procedural session as transcatheter aortic valve implantation (Simultaneous PCI-TAVI group, n=114). Propensity score matching generated 50 well-balanced pairs. The primary endpoint was all-cause mortality at 3 years. Secondary endpoints included major bleeding, major vascular complications, transfusion requirements, stroke, myocardial infarction, acute kidney injury, and unplanned cardiovascular rehospitalization. Results: In the unmatched cohort, Simultaneous PCI-TAVI was associated with lower rates of major bleeding (4% vs. 10%, p=0.048) and transfusion of ≥2 red blood cell units (12% vs. 26%, p=0.014). These differences remained significant after propensity matching, with lower major bleeding (2% vs. 10%, p=0.042) and transfusion requirements (6% vs. 22%, p=0.021) in the Simultaneous group. Three-year all-cause mortality was significantly lower with Simultaneous PCI-TAVI in both the unmatched cohort (23% vs. 32%, log-rank p=0.037; adjusted hazard ratio 1.81, 95% confidence interval 1.03–3.21; p=0.039) and matched cohort (22% vs. 36%, log-rank p=0.029; adjusted hazard ratio 0.51, 95% confidence interval 0.27–0.95; p=0.033). In the matched cohort, cardiovascular mortality was also reduced with the Simultaneous strategy (6% vs. 24%, p=0.021). No significant differences were observed for stroke, myocardial infarction, or acute kidney injury. Conclusions: In patients with severe aortic stenosis and coronary artery disease undergoing transfemoral transcatheter aortic valve implantation, Simultaneous PCI-TAVI was associated with lower 3-year mortality, reduced major bleeding, and fewer transfusion requirements compared with staged Pre-TAVI PCI.



ΠΑ050|Αγγειοπλαστική με DCB σε de novo Βλάβες Μικρών Αγγείων: Πολυκεντρική Μελέτη Παρατήρησης

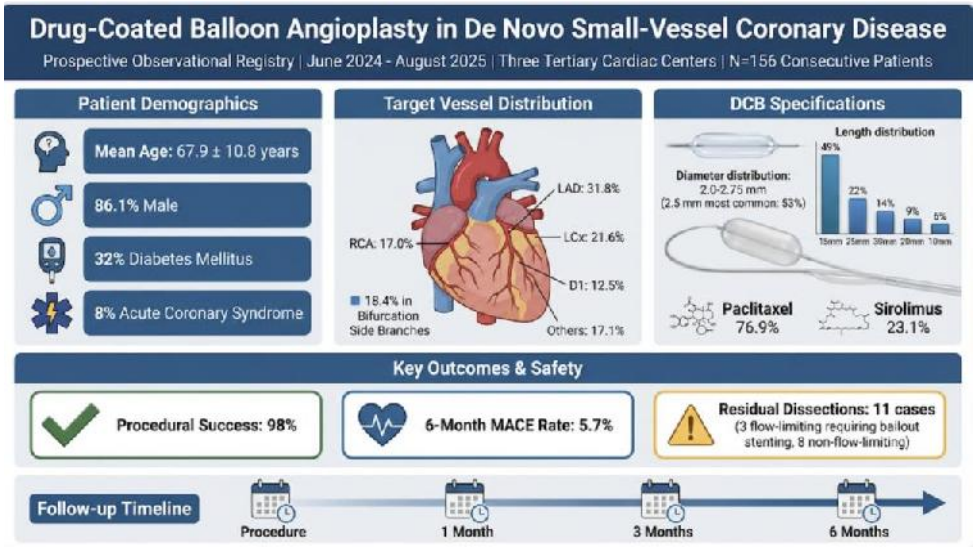
13/11/26 · METIS / METIS

Ν.Τσιάμης[1], **Δ. Ζαχαράκης**[1], Ά. Παπανικολάου[2], Φ. Τουλγαρίδης[1], Σ. Κοτούλας[3], Μ. Σαγρής[4], Δ. Αφενδούλης[2], Ε.Σ. Μαυρουδέας[5], Γ. Τριάντης[1], Κ. Δημητριάδης[5], Κ. Τούτουζας[2], Κ. Τσιούφης[6]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η αγγειοπλαστική με επικαλυμμένα με φάρμακο μπαλόνια αγγειοπλαστικής (DCB) αποτελεί μία πολλά υποσχόμενη εναλλακτική έναντι των ενδοστεφανιαίων προθέσεων εκλύουσες φάρμακο (DES) σε νόσο μικρών αγγείων (≤2,75 mm). Ωστόσο, τα real-world δεδομένα για de novo βλάβες παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της επιτυχίας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της αγγειοπλαστικής με DCB σε 6μηνη παρακολούθηση. Μέθοδοι: Η προοπτική μελέτη συμπεριέλαβε 156 διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCI με DCB για de novo βλάβες (Ιανουάριος 2025 – Δεκέμβριος 2025) σε 2 τριτοβάθμια κέντρα. Τα MACE ορίστηκαν ως σύνθετο καταληκτικό σημείο καρδιακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος (MI) και επαναγγείωσης αγγείου-στόχου (TVR). Η επιτυχής αγγειοπλαστική με DCB απαιτούσε επιτυχή τοποθέτηση των DCB, απουσία ενδονοσοκομειακού θανάτου, MI, εγκεφαλικού, αιμορραγίας BARC 3–5 ή ανάγκης για bailout stenting. Η βέλτιστη προετοιμασία της βλάβης ορίστηκε ως έκπτυξη 1:1, υπολειπόμενη στένωση ≤30%, ροή TIMI 3 και απουσία διαχωρισμού. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 67,9±10,8 έτη (86,1% άνδρες, 32% διαβητικοί, 8% με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο). Οι βλάβες εντοπίζονταν σε LAD (31,8%), LCx (21,6%), RCA (17%), D1 (12,5%) και άλλα αγγεία (17,1%). Συνολικά 36 DCB (18,4%) τοποθετήθηκαν σε πλάγιους κλάδους διχασμών (κυρίως LAD-diagonal και LCx-OM). Χρησιμοποιήθηκαν μπαλόνια σιρόλιμους (23,1%) και πακλιταξέλης (76,9%). Παρατηρήθηκαν 11 διαχωρισμοί· 3 περιόριζαν τη ροή και αντιμετωπίστηκαν με bailout stenting, ενώ 8 αφέθηκαν χωρίς θεραπεία. Η συνολική επεμβατική επιτυχία ήταν 98%. Στους 6 μήνες, το ποσοστό MACE ήταν 5,7% (n=9).Συμπέρασμα: Η PCI με DCB φαίνεται ότι έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας καθώς πλέον υπάρχει εμπειρία των χειριστών, καθώς και άριστη βραχυπρόθεσμη και

μεσοπρόθεσμη ασφάλεια, ακόμη και σε σύμπλοκες βλάβες ή βλάβες διχασμού, ελαχιστοποιώντας την εμφύτευση μετάλλου. Τα ευρήματα ενισχύουν την προσέγγιση «leave-nothing-behind» στη σύγχρονη επεμβατική καρδιολογία. Η στρατηγική DCB-only ενδέχεται να επιτρέπει μικρότερη διάρκεια διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, αποτελώντας πολύτιμη εναλλακτική για ασθενείς με υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο.

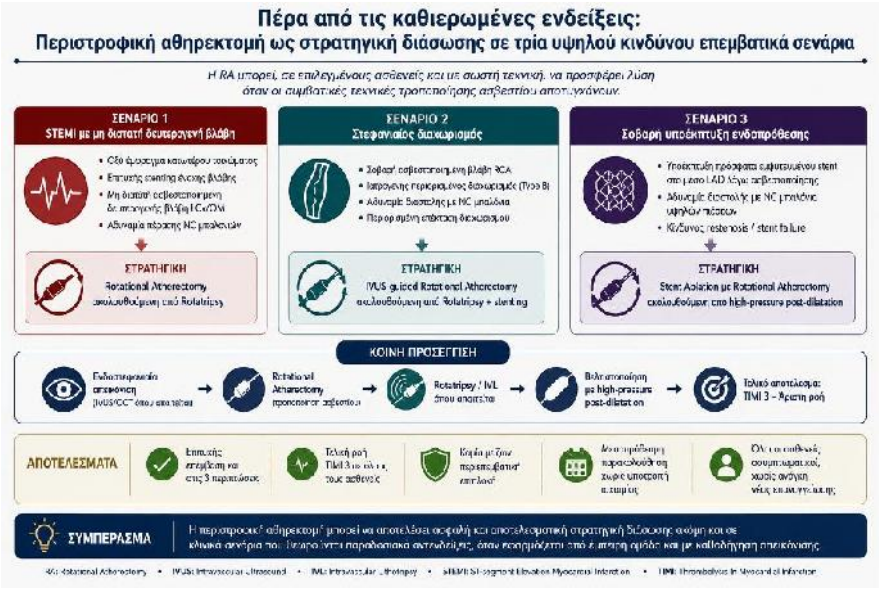


ΠΑ051|Πέρα από τις καθιερωμένες ενδείξεις: Περιστροφική αθηρεκτομή ως στρατηγική διάσωσης σε τρία υψηλού κινδύνου επεμβατικά σενάρια

13/11/26 · METIS / METIS

Ν.Τσιάμης[1], Δ.ς Ζαχαράκης[1], Δ. Αφενδούλης[2], Σ. Τζώρτζης[1], Γ. Τριάντης[1], Σ. Κωτούλας[3], Φ. Τουλγαρίδης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η περιστροφική αθηρεκτομή αποτελεί καθιερωμένη τεχνική τροποποίησης ασβεστίου σε βαριά ασβεστοποιημένες στεφανιαίες βλάβες. Ωστόσο, η εφαρμογή της σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, παρουσία στεφανιαίου διαχωρισμού ή μέσω υποεκπτυγμένης ενδοπρόθεσης εξακολουθεί να θεωρείται υψηλού κινδύνου και αποφεύγεται στην καθημερινή κλινική πράξη. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η παρουσίαση τριών περιστατικών στα οποία η περιστροφική αθηρεκτομή αποτέλεσε θεραπεία διάσωσης όταν οι συμβατικές επεμβατικές τεχνικές είχαν αποτύχει. Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζονται τρία διαδοχικά περιστατικά βαριά ασβεστοποιημένων στεφανιαίων βλαβών με διαφορετικές κλινικές προκλήσεις. Το πρώτο αφορούσε ασθενή με STEMI και μη διατατή δευτερογενή ασβεστοποιημένη βλάβη, το δεύτερο σοβαρή ασβεστοποιημένη ενδοπροθετική βλάβη με περιορισμένο ιατρογενή διαχωρισμό, ενώ το τρίτο σοβαρή υποέκπτυξη πρόσφατα εμφυτευμένης ενδοπρόθεσης λόγω υποκείμενης ασβεστοποίησης. Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε περιστροφική αθηρεκτομή ως στρατηγική διάσωσης, σε συνδυασμό με ενδοστεφανιαία απεικόνιση και σύγχρονες τεχνικές τροποποίησης ασβεστίου, όπου κρίθηκε απαραίτητο. Αποτελέσματα: Και στις τρεις περιπτώσεις επιτεύχθηκε επιτυχής τροποποίηση της ασβεστοποίησης, πλήρης αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής (TIMI 3) και άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα χωρίς μείζονες περιεπεμβατικές επιπλοκές. Η χρήση συνδυαστικών τεχνικών, όπως η Rotatripsy και η ενδοστεφανιαία απεικόνιση, επέτρεψε την επιτυχή αντιμετώπιση ιδιαίτερα σύνθετων βλαβών που διαφορετικά θα οδηγούσαν σε αποτυχία της διαδερμικής επαναιμάτωσης. Κατά τη μεσοπρόθεσμη παρακολούθηση, όλοι οι ασθενείς παρέμειναν ελεύθεροι συμπτωμάτων, χωρίς υποτροπή ισχαιμίας ή ανάγκη νέας επαναγγείωσης. Συμπεράσματα: Η περιστροφική αθηρεκτομή μπορεί, σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς και όταν εφαρμόζεται από έμπειρους καθετηριαστές, να αποτελέσει αποτελεσματική στρατηγική διάσωσης ακόμη και σε κλινικά σενάρια που θεωρούνται παραδοσιακά σχετικές ή απόλυτες αντενδείξεις. Η εξατομικευμένη επιλογή των περιστατικών, η συστηματική χρήση ενδοστεφανιαίας απεικόνισης και ο συνδυασμός τεχνικών τροποποίησης ασβεστίου μπορούν να διευρύνουν με ασφάλεια τα όρια της διαδερμικής επαναιμάτωσης σε εξαιρετικά σύνθετες στεφανιαίες βλάβες.



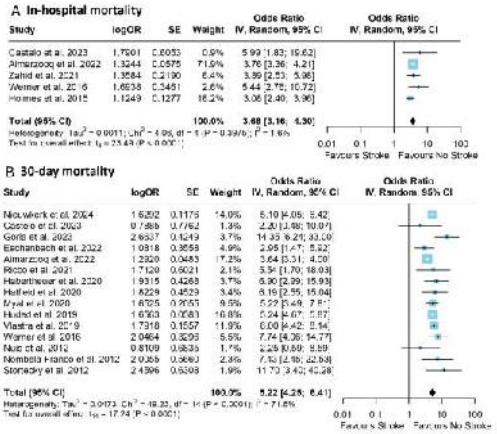
ΠΑ052|Περιεπεμβατικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μετά από διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας: μετα-ανάλυση

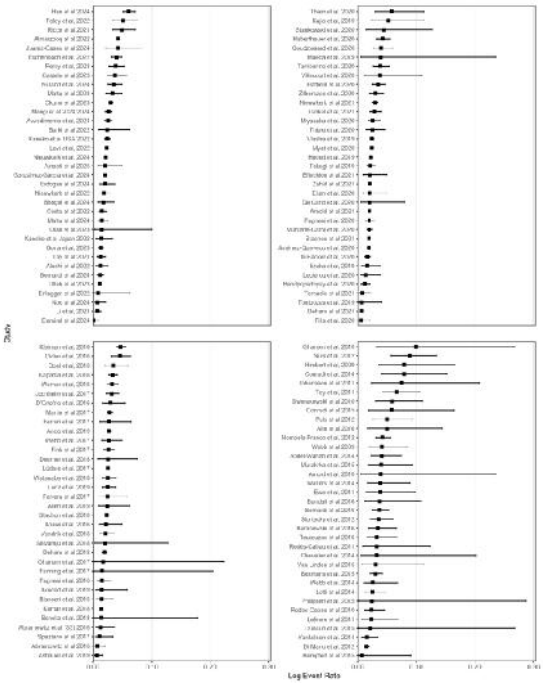
13/11/26 · METIS / METIS

Θ. Θεοδωροπούλου[1], N. Βυθούλκας-Μπιώτης[1], Α. Αποστολός[1], Ν. Κτενόπουλος[1], Μ.Δρακοπούλου[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ. Τσιούφης[2], Β. Πανούλας[3], Κ. Τούτουζας[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [3]Harefield Hospital, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Παρά τις σημαντικές βελτιώσεις στην ασφάλεια της διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI), τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) εξακολουθούν να αποτελούν μία κλινικά σημαντική επιπλοκή. Σκοπός:Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης ήταν η αξιολόγηση της επίπτωσης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή τους και της επίδρασής τους στις κύριες κλινικές εκβάσεις μετά από TAVI. Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και Embase για τον εντοπισμό μελετών που ανέφεραν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια έως και 30 ημέρες μετά την επέμβαση. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μετα-ανάλυσης ήταν η επίπτωση των περιεπεμβατικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων μετά από TAVI. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν η ενδονοσοκομειακή θνητότητα, η θνητότητα στις 30 ημέρες και στο ένα έτος σε ασθενείς που εμφάνισαν πρώιμα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μετά από TAVI. Επιπλέον, αξιολογήθηκαν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται τόσο με τα χαρακτηριστικά των ασθενών όσο και της επέμβασης, όπως ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), περιφερική αρτηριακή νόσος (ΠΑΝ), χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ), ο τύπος της βαλβίδας (αυτοεκπτυσσόμενη έναντι εκπτυσσόμενης με μπαλόνι), η προδιαστολή, η διακορυφαία προσπέλαση και η τεχνική Valve-in-Valve. Η μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό των λόγων πιθανοτήτων (Odds Ratio, OR) και του σχετικού κινδύνου (Risk Ratio, RR), χρησιμοποιώντας μοντέλο τυχαίων επιδράσεων, ενώ η ετερογένεια αξιολογήθηκε με τον δείκτη I^2.ΑποτελέσματαΣτη μετα-ανάλυση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 143 μελέτες με 804.534 ασθενείς. Η συνολική επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων μετά από TAVI ήταν 2,6% (95% CI: 2,4%–2,8%). Η εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μετά από TAVI συσχετίστηκε με περισσότερο από τριπλάσιο κίνδυνο ενδονοσοκομειακής θνητότητας (OR: 3,68, 95% CI: 3,16–4,30), περισσότερο από πενταπλάσιο κίνδυνο θνητότητας στις 30 ημέρες (OR: 5,22, 95% CI: 4,25–6,41) και περίπου τριπλάσιο κίνδυνο θνητότητας στο ένα έτος (OR: 2,99, 95% CI: 2,19–4,10). Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες εμφάνισης ΑΕΕ ήταν το ιστορικό προηγούμενου ΑΕΕ (RR: 1,61, 95% CI: 1,31–1,76), η ΠΑΝ (RR: 1,24, 95% CI: 1,11–1,61), η ΧΝΝ (RR: 1,27, 95% CI: 1,10–1,45), καθώς και η χρήση αυτοεκπτυσσόμενων βαλβίδων (RR: 1,34, 95% CI: 1,23–1,46). Συμπεράσματα Τα ΑΕΕ μετά από TAVI εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική και δυνητικά προλήψιμη αιτία θνητότητας. Τα ευρήματα συμβάλλουν στον εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου και μπορούν να υποστηρίξουν τη λήψη εξατομικευμένων προληπτικών μέτρων και στρατηγικών παρακολούθησης.





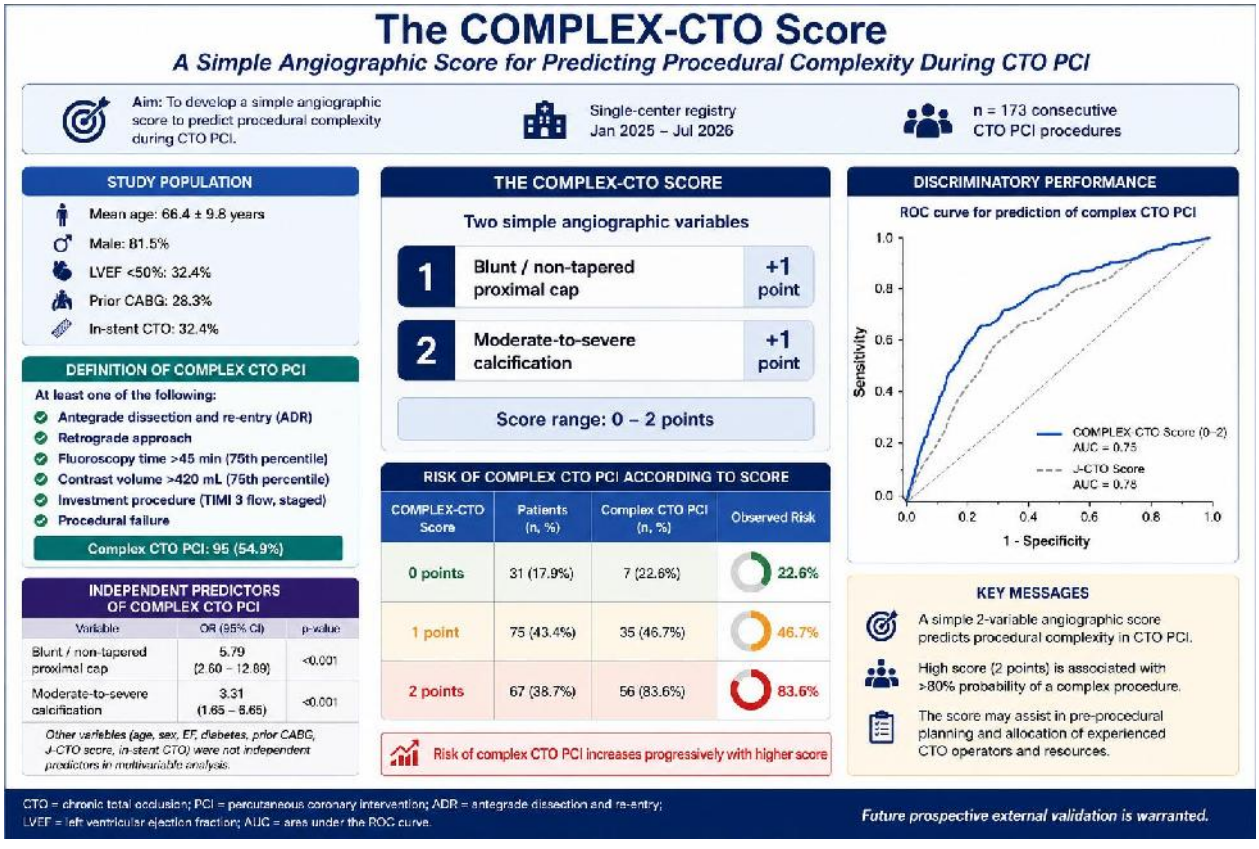
ΠΑ053|COMPLEX-CTO Score: A simple angiographic tool for predicting procedural complexity during chronic total occlusion PCI

13/11/26 · METIS / METIS

P. Varelas[1], K. Filippou[1], K. Manousopoulos[1], D. Karelas[1], A. Zaragkas[1], I. Kouloulias[1], I. Papadopoulos[1], I. Tsiafoutis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

INTRODUCTION Accurate prediction of procedural complexity before chronic total occlusion (CTO) percutaneous coronary intervention (PCI) facilitates procedural planning, resource allocation and selection of advanced crossing strategies. Although the J-CTO score predicts guidewire crossing difficulty, it does not fully capture the overall procedural complexity encountered in contemporary CTO PCI. We sought to develop a simple angiographic score capable of identifying procedures requiring advanced techniques or prolonged intervention. METHODS We retrospectively analyzed 173 consecutive CTO PCI procedures performed between January 2025 and July 2026 at a high-volume CTO center. Investment procedures achieving antegrade TIMI 3 flow were considered technically successful. A composite endpoint of complex CTO PCI was defined as the occurrence of at least one of the following: use of antegrade dissection and re-entry (ADR), retrograde approach, fluoroscopy time above the 75th percentile (>45 minutes), contrast volume above the 75th percentile (>420 mL), investment procedure, or procedural failure. Candidate clinical and angiographic variables were evaluated using univariable logistic regression. Independent predictors were incorporated into a simplified point-based score. Model discrimination was assessed using receiver operating characteristic (ROC) analysis. RESULTS Among the 173 procedures, 95 (54.9%) fulfilled the predefined composite endpoint for complex CTO PCI. Blunt or non-tapered proximal cap (OR 5.79, p<0.001) and moderate-to-severe lesion calcification (OR 3.31, p<0.001) emerged as the strongest independent angiographic predictors of procedural complexity and were each assigned one point, generating the COMPLEX-CTO Score (range 0–2). The incidence of complex procedures increased progressively according to score category: 22.6% for score 0, 46.7% for score 1 and 83.6% for score 2. The score demonstrated good discriminatory performance with an area under the ROC curve (AUC) of 0.75. CONCLUSIONS The COMPLEX-CTO Score is a simple two-variable angiographic tool that stratifies procedural complexity before CTO PCI using readily available angiographic characteristics. Despite its simplicity, the score identified patients at progressively higher risk of requiring advanced crossing techniques or prolonged procedures and may assist operators in pre-procedural planning, case selection and allocation of experienced CTO teams. Prospective external validation in larger multicenter cohorts is warranted before routine clinical implementation.

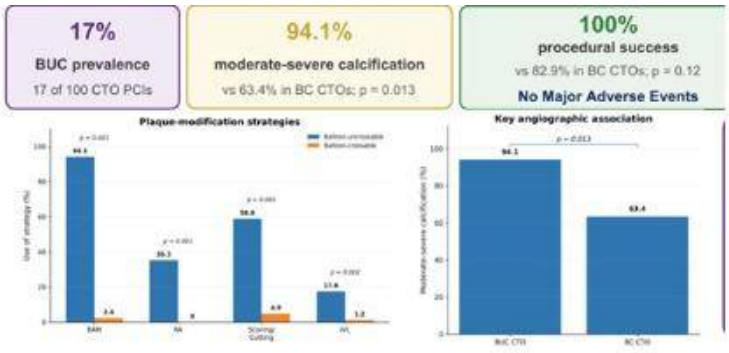


ΠΑ054|Balloon-uncrossable CTOs: Contemporary insights from a high-volume CTO program

13/11/26 · METIS / METIS

K. Manousopoulos[1], K. Filippou[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

AIM Balloon-uncrossable CTOs, defined by failure of balloon passage despite successful wire crossing. We aimed to assess characteristics, management, and outcomes in a contemporary CTO PCI program using plaque-modification strategies. METHODS AND RESULTS: We analyzed a prospective single-center registry of 162 consecutive CTO PCIs performed in 2025-2026 at the Hellenic Red Cross Hospital in Greece. Balloon-uncrossable CTOs were defined as lesions in which guidewire crossing was achieved but balloon passage was impossible. Patient demographics, lesion characteristics, procedural strategies, radiation burden, and clinical outcomes were compared between balloon-uncrossable and balloon-crossable CTOs. Results Among 162 CTO PCIs, balloon-uncrossable lesions were noticed in 23 cases (14%). Clinical characteristics were comparable between balloon-uncrossable and balloon-crossable CTOs, with no differences in age (65.1 ± 9.1 vs 63.2 ± 10.2 years, p = 0.99), sex distribution (male 88.2% vs 87.8%, p = 0.96), diabetes prevalence (29.4% vs 37.8%, p = 0.51), or overall lesion complexity as assessed by the J-CTO score (2.12 ± 0.93 vs 1.98 ± 1.34, p = 0.68). Proximal cap morphology did not differ between groups, with similar rates of blunt stumps (41.2% vs 53.7%, p = 0.35). In contrast, balloon-uncrossable CTOs were strongly associated with moderate-to-severe calcification (94.1% vs 63.4%, p = 0.013). Balloon-uncrossable lesions required plaque-modification techniques, including balloon-assisted micro-dissection (94.1% vs 2.4%, p < 0.001), rotational atherectomy (35.3% vs 0%, p < 0.001), scoring or cutting balloons (58.8% vs 4.9%, p < 0.001), and intravascular lithotripsy (17.6% vs 1.2%, p = 0.002). Despite this increased technical intensity, procedural efficiency remained comparable, with similar wire-crossing time (14.4 ± 9.3 vs 18.9 ± 17.7 minutes, p = 0.33) and total fluoroscopy time (41.5 ± 19.2 vs 38.7 ± 22.7 minutes, p = 0.63). Balloon-uncrossable CTOs, however, were associated with greater radiation exposure (DAP 509 ± 314 vs 335 ± 324 Gy·cm², p = 0.11), reflecting the cumulative burden of plaque-modification. Planned investment strategies were used more frequently in balloon-uncrossable CTOs (11.8% vs 7.3%). Procedural success was numerically higher in balloon-uncrossable CTOs (100% vs 82.9%; p = 0.12), limited by small numbers (n = 23). Conclusions When identified early BUCTO an be successfully treated



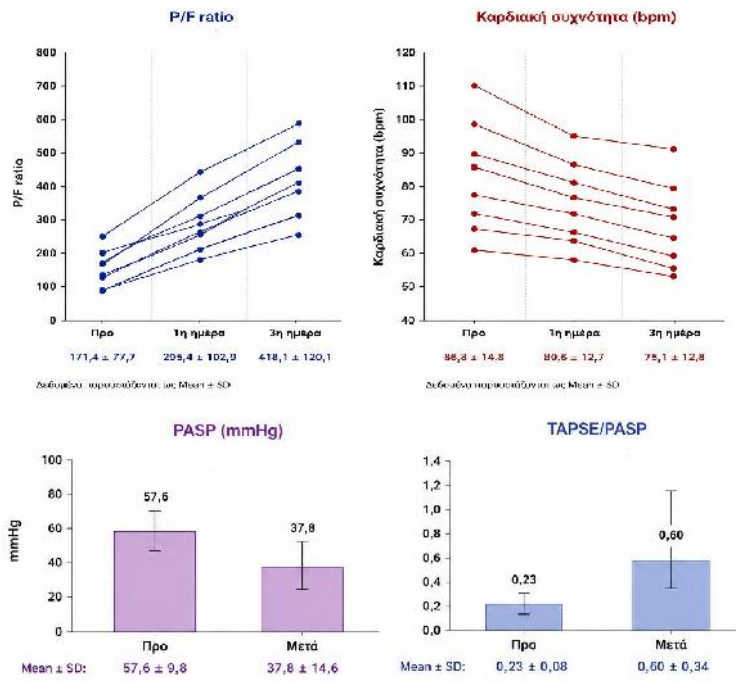
ΠΑ055|Διακαθετηριακή θρομβοαναρρόφηση στην πνευμονική εμβολή.Πρώιμα κλινικά και υπερηχογραφικά δεδομένα.

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Κυριαζής[1], Π. Μπούνας[1], Ι. Ρόδης[1], Κ. Κ. Τζιάλλας[1], Ν. Πλατής[1], Ή.Μ. Πουλάκη[1], ‘Α. Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή υψηλού και ενδιαμέσου/υψηλού κινδύνου αποτελεί κλινική οντότητα με αυξημένη θνητότητα. Σε ασθενείς με αντένδειξη για συστηματική θρομβόλυση, η διαδερμική θρομβοαναρρόφηση αποτελεί εναλλακτική θεραπευτική επιλογή, με στόχο την ταχεία μείωση του θρομβωτικού φορτίου και την αποφόρτιση της δεξιάς κοιλίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας του κέντρου μας στην διαδερμική θρομβοαναρρόφηση έως σήμερα. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε τα 8 περιστατικά του τελευταίου έτους (62,5% γυναίκες και 37,5% άνδρες)που αντιμετωπίστηκαν με διακαθετηριακή θρομβοαναρρόφηση στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Από αυτούς οι 3 εμφάνιζαν απόλυτη και οι 5 σχετική αντένδειξη θρομβόλυσης. Με

προσπέλαση από τη μηριαία φλέβα προωθήθηκε καθετήρας θρομβοαναρρόφησης έως το ύψος του κώνου της πνευμονικής αρτηρίας λόγω εφιππεύοντος θρόμβου στους 3 ασθενείς και μετά τον διχασμό της στους υπόλοιπους 5 . Ακολούθησε αναρρόφηση με παγίδευση του θρομβωτικού υλικού σε ειδικό φίλτρο και επιστροφή του αναρροφηθέντος αίματος στο φλεβικό δίκτυο του ασθενή με συνολική απώλεια <0ml. Οι ασθενείς παρέμειναν στην μονάδα εμφραγμάτων υπό στενό monitoring. Συλλέχθηκαν υπερηχογραφικά, εργαστηριακά και κλινικά δεδομένα προ της παρέμβασης, 1 ημέρα και 3 ημέρες μετά. Αποτελέσματα: Η θρομβοαναρρόφηση βελτίωσε σημαντικά τις αερομετρικές συνθήκες των ασθενών καθώς το 75%(N=6) απογαλακτίστηκε πλήρως από την οξυγονοθεραπεία 3 ημέρες μετά, ενώ το 25%(N=2) εμφάνισε μικρότερες ανάγκες οξυγονοθεραπείας αν και συνυπήρχε λοίμωξη αναπνευστικού. Ο λόγος PO2/FiO2 προεπεμβατικά ήταν 171.4 ± 77.7 σε σύγκριση με 295.4 ± 102.9 1 ημέρα μετά και 418.1 ± 120.1 3 ημέρες μετά. Η μέση τιμή της καρδιακής συχνότητας μειώθηκε από 86,8 ± 14,8 σφύξεις ανα λεπτό πριν από την παρέμβαση σε 80,6 ± 12,7 την 1η μετεπεμβατική ημέρα και σε 75,1 ± 12,8 την 3η ημέρα. Η συστολική πίεση της πνευμονικής αρτηρίας (PASP) μειώθηκε από 57,6 ± 9,8 mmHg πριν από την παρέμβαση σε 37,8 ± 14,6 mmHg μετά τη θρομβοαναρρόφηση. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε αγγειακές ή άλλες επιπλοκές από την επέμβαση. Συμπεράσματα: Η διακαθετηριακή θρομβοαναρρόφηση αποτελεί μια ασφαλή εναλλακτική σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου πνευμονική εμβολή και αντένδειξη θρομβόλυσης, ενώ σημαντικό όφελος προσφέρει επίσης και στους ασθενείς με ενδιαμέσου/υψηλού κινδύνου συνεπικουρικά της αντιπηκτικής αγωγής.



ΠΑ056|Reverse Ventricular Remodeling After TEER in Ischemic and Non-Ischemic FMR

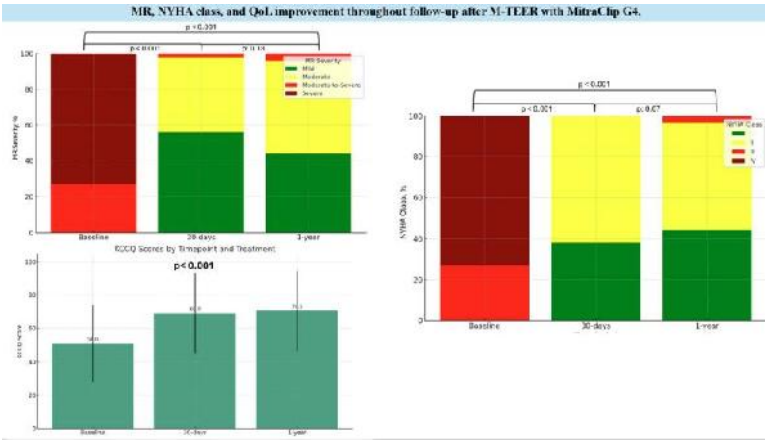
13/11/26 · METIS / METIS

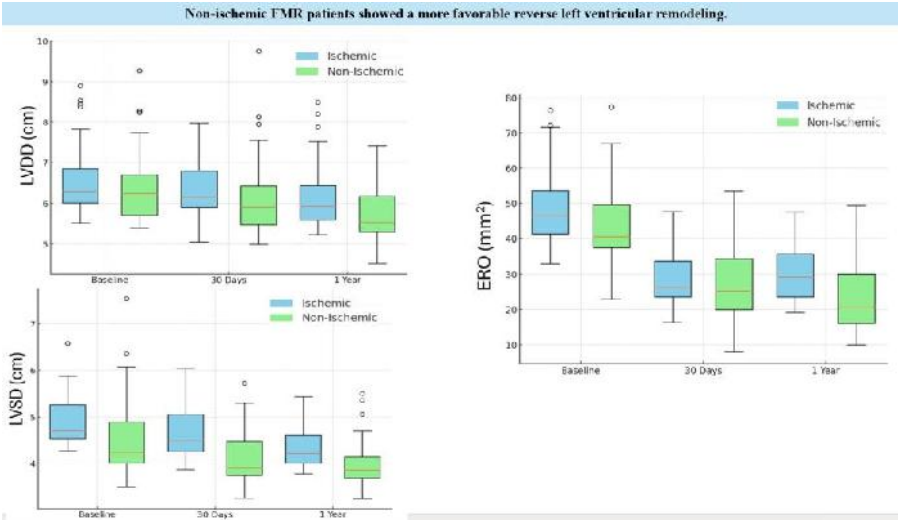
G. Papadopoulos[1], E. Ninios[1], S. Evangelou[2], M. Kalaitzoglou[3], A. Ioannides[2], V. Ninios[2]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece, [3]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department

Introduction Transcatheter edge-to-edge repair is an established treatment for functional mitral regurgitation, but ischemic and non-ischemic functional mitral regurgitation differ in myocardial substrate, remodeling potential, and prognosis. This study aimed to compare clinical, functional, and echocardiographic responses after MitraClip G4 repair according to functional mitral regurgitation etiology. Materials and Methods: We analyzed a prospective cohort of 92 patients with symptomatic New York Heart Association class III–IV functional mitral regurgitation grade ≥3+ treated with the MitraClip G4 system between January 2022 and December 2024. Patients were stratified according to etiology into ischemic functional mitral regurgitation (n=58) and non-ischemic functional mitral regurgitation (n=34). Clinical outcomes, New York Heart Association functional class, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire overall summary score, mitral regurgitation severity, and echocardiographic indices of left ventricular remodeling were assessed at baseline, 30 days, and 1 year. Results: Procedural success was achieved in 100% of patients. At 1 year, heart failure hospitalization occurred in 12.0% and all-cause mortality in 9.8%. No patient had severe mitral regurgitation at 30 days,

and mitral regurgitation ≤2+ was maintained in 98.9% at 1 year. New York Heart Association class I–II was achieved in 100% at 30 days and sustained in 98.9% at 1 year. Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire overall summary score improved from 48±20 at baseline to 62±12 at 30 days and 66±15 at 1 year (p<0.001). In ischemic functional mitral regurgitation, left ventricular end-diastolic diameter decreased from 6.4 cm to 6.1 cm at 30 days and 5.9 cm at 1 year, while effective regurgitant orifice area decreased from 44 mm² to 26 mm² and 25 mm². In non-ischemic functional mitral regurgitation, remodeling was more pronounced, with left ventricular end-diastolic diameter decreasing from 6.0 cm to 5.7 cm and 5.5 cm, and effective regurgitant orifice area from 40 mm² to 21 mm² and 20 mm². Conclusions: MitraClip G4 repair provided durable mitral regurgitation reduction, sustained functional improvement, and reverse ventricular remodeling in both ischemic and non-ischemic functional mitral regurgitation. Non-ischemic etiology was associated with greater structural recovery.





ΠΑ057|Leave Nothing Behind: Drug-Coated Balloons vs. Drug-Eluting Stents in Small Vessel CAD

13/11/26 · METIS / METIS

Ν. Τσιάμης[1], Ά. Παπανικολάου[2], Δ. Αφενδούλης[2], Η. Τόλης[3], Σ. Τσαλαμανδρής[2], Κ. Δημητριάδης[3], Κ. Τούτουζας[2], Κ. Τσιούφης[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background: Small coronary vessel disease represents a challenging subset of coronary artery disease with historically higher rates of restenosis. Drug-coated balloons (DCB) offer a "leave-nothing-behind" approach that may be advantageous in small vessels. This meta-analysis compares DCB versus drug-eluting stents (DES) in de novo small coronary vessel disease with comprehensive Risk of Bias 2 (RoB2) assessment and pre-specified subgroup analyses.

Methods: We conducted a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing DCB versus DES in de novo small coronary vessel disease (≤3.0 mm). We performed comprehensive searches of multiple databases and used random-effects meta-analysis to pool results. Risk of bias was assessed using the RoB2 tool. Pre-specified subgroup analyses outcomes in diabetic patients. Results: Seven randomized controlled trials involving 1,632 patients were included. DCB showed non-inferiority to DES for major adverse cardiac events (MACE) (RR 0.854, 95% CI 0.687-1.063, p=0.16) and target lesion revascularization (TLR) (RR 0.772, 95% CI 0.586-1.016, p=0.065). DCB demonstrated significantly lower late lumen loss compared to DES (mean difference -0.193 mm, 95% CI -0.232 to -0.153, p<0.001). In subgroup analyses, Paclitaxel-based DCB showed superior angiographic outcomes compared to Sirolimus-based DCB. Diabetic patients showed particular benefit from DCB with significantly lower target vessel revascularization rates (RR 0.607, interaction p=0.011).Conclusions: Despite methodological limitations in the included studies, DCB therapy demonstrates non-inferiority to DES for clinical outcomes in de novo small coronary vessel disease with superior angiographic outcomes. The evidence supports DCB as a viable first-line therapy, particularly with Paclitaxel-based platforms and in diabetic patients.

ΠΑ058|Grey-Zone–Dependent Discordance Between Quantitative Flow Ratio and Instantaneous Wave-Free Ratio: Interaction With Lesion Length in an Expanded Real-World Cohort

13/11/26 · METIS / METIS

E. Sideras[1], D. Lebidakis[1], A. Papoutsakis[1], S. Petousis[1], E. Zacharis[1], S. Sokratous[1], T. Gaitanaki[1], P. Rogdakis[1], G. Kochiadakis[1], E. Skalidis[1], M. Xamilos[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Instantaneous wave-free ratio (iFR) is widely adopted as an adenosine-free physiologic index. Determinants of discordance between iFR and angiography-based QFR remain incompletely understood. AimTo evaluate agreement between QFR and iFR and determine whether lesion length and grey-zone physiology interact to influence discordance. Methods: 77 coronary lesions with complete iFR and QFR data were analyzed. Hemodynamic significance was defined as iFR ≤0.89 and QFR ≤0.80. Discordance was modeled using penalized logistic regression including lesion length (per 10 mm), iFR grey-zone status (0.86–0.93), and their interaction. Results: QFR correlated with iFR (r=0.60) with overall agreement of 84.4%. Discordance occurred in 15.6% of lesions (n=12). In penalized logistic regression, grey-zone status increased the odds of QFR–iFR discordance (OR 1.00). An interaction between lesion length and grey-zone status was observed (interaction OR 1.44 per 10 mm), indicating amplification of discordance in longer borderline lesions. Conclusions: QFR demonstrates moderate agreement with iFR in routine practice. Physiologic discordance is more frequent in borderline iFR values and appears influenced by lesion length, suggesting an interaction between anatomic complexity and angiography-based physiologic assessment.

ΠΑ059|The RETRY Protocol

13/11/26 · METIS / METIS

A. R. Papapanagiotou[1], G. Tsigas[2], R. Koros[2], G. Vasilagkos[1], P. Kravvariti[1], A. Moulias[1], M. Papafaklis[1], A. Karanasos[2], P. Davlouros[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Aims: Radial artery occlusion (RAO), the most frequent complication of transradial access, may limit repeat radial catheterization or future use as a surgical and hemodialysis conduit. Because recanalization strategies remain heterogeneous, we assessed feasibility, safety, and early patency of the RETRY protocol: ultrasound-guided distal radial artery (dRA) access, structured retrograde wiring, and final drug-coated balloon (DCB) angioplasty. Methods and results: In this prospective, single-centre case series, 12 consecutive patients underwent attempted RAO recanalization via right dRA access. The distal radial artery was punctured in the anatomical snuffbox under ultrasound guidance; RAO was confirmed angiographically and a 5-Fr slender sheath was inserted. The occluded forearm radial segment was crossed retrogradely with a 0.014" Gaia First guidewire using controlled stepwise advancement to avoid subintimal perforation. Sequential low-profile balloon predilatation was performed, with balloon-assisted techniques used only when catheter advancement remained difficult. Coronary angiography and, when indicated, PCI were performed through the same access. Long-segment DCB angioplasty was applied as a standardized patency strategy. Antegrade flow was confirmed before sheath removal, patent hemostasis was pursued, and a transdermal nitroglycerin patch was applied for 24hours. The primary endpoint was technical success, defined as restoration of antegrade radial flow. Secondary outcomes were

access-site/vessel complications and duplex ultrasound-confirmed patency at 24–48 hours and 1 month. Mean age was 61.5 ± 12.1 years and BMI 29.1 ± 3.3 kg/m²; hypertension and dyslipidemia were each present in 83.3%, diabetes and active smoking in 25.0%, and prior PCI in 91.7%. Time from previous catheterization to recanalization was 4.9 ± 4.8 years. Technical success was achieved in all patients (100%), with no femoral/brachial crossover. PCI was performed in 3 cases (25%). Mean procedure time was 50.0 ± 15.6 minutes, fluoroscopy time 12.6 ± 6.5 minutes, and contrast volume 106.7 ± 47.2mL. No hematoma, perforation, dissection, distal embolization, or access-site/vessel complication occurred. Radial patency was 91.7% early and 83.3% at 1 month. Conclusions: The RETRY protocol appears feasible and safe for RAO recanalization, with 100% technical success and encouraging early patency. Larger multicentre studies with longer duplex follow-up are needed to define durability and the incremental value of DCB angioplasty.

Variable	Value
Right dRA, n	12
Guidewire crossing success, n (%)	12 (100%)
Crossover, n (%)	0 (0%)
PCI performed, n (%)	3 (25%)
Total procedure time (min), mean ± SD	50.0 ± 15.6
CAG time (min), mean ± SD	10.4 ± 5.7
PCI time (min), mean ± SD	3.3 ± 8.1
Fluoroscopy time (min), mean ± SD	12.6 ± 6.5
Contrast volume (mL), mean ± SD	106.7 ± 47.2
Patency at 24 h	11/12 (91.7%)
Patency at 1 mo	10/12 (83.3%)

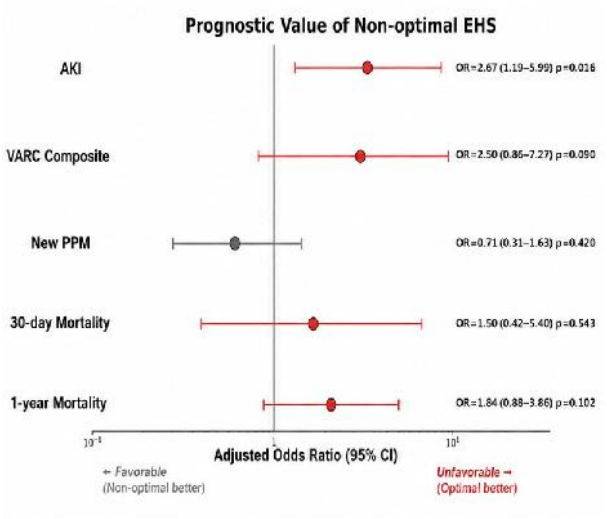
ΠΑ060|Πρώιμη αιμοδυναμική επιτυχία: Προγνωστική αξία μετά από TAVI

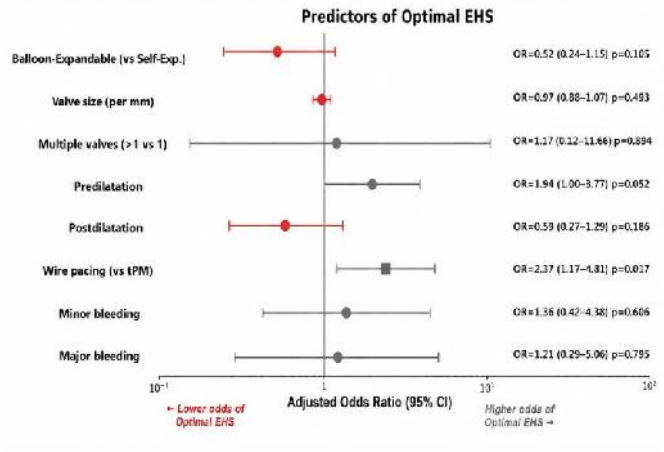
13/11/26 · METIS / METIS

Χ. Αρμόνης[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Δ. Κυριακοπούλου[2], Β. Καλογερά[1], Δ. Οικονόμου[1], Η. Παπαδοπούλου[1], Κ. Τριανταφύλλου, Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Σκοπός: Παρά τα υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας της TAVI, η πρώιμη αιμοδυναμική επιτυχία παρουσιάζει ετερογένεια. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την επίτευξη της Early Hemodynamic Success (EHS) και η αξιολόγηση της προγνωστικής της σημασίας.Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν 249 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVI και σε υπερηχοκαρδιογραφικό επανέλεγχο 24–72 ώρες μετά την επέμβαση. Η EHS ορίστηκε ως μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα ≤2,0 m/s και απουσία μέτριας/σοβαρής αορτικής ανεπάρκειας, με συνεκτίμηση της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας, της μιτροειδικής ανεπάρκειας και της περικαρδιακής συλλογής. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε βέλτιστη, αποδεκτή και μη βέλτιστη EHS. Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν οι τεχνικοί και επεμβατικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επίτευξη της EHS. Βέλτιστη EHS επιτεύχθηκε στο 68,7% των ασθενών, αποδεκτή στο 28,5% και μη βέλτιστη στο 2,8%. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο το wire pacing αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα επίτευξης βέλτιστης EHS (OR 2,37, p=0,017), ενώ η προδιαστολή εμφάνισε οριακή συσχέτιση (OR 1,94, p=0,052). Οι υπόλοιποι επεμβατικοί παράγοντες δεν σχετίστηκαν με την επίτευξη EHS. Η μη βέλτιστη EHS συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο οξείας νεφρικής βλάβης (OR 2,67, p=0,016), ενώ παρουσίασε οριακή συσχέτιση με το σύνθετο καταληκτικό σημείο VARC (OR 2,50, p=0,090). Οι ασθενείς με μη βέλτιστη EHS εμφάνισαν επίσης σημαντικά αυξημένο κίνδυνο συμβαμάτων VARC (OR 19,03, p=0,001), χωρίς συσχέτιση με την εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη ή τη θνητότητα στις 30 ημέρες και στο 1 έτος. Συμπεράσματα: Η πρώιμη αιμοδυναμική επιτυχία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την τεχνική επιτυχία της επέμβασης. Η EHS αναγνωρίζει ασθενείς αυξημένου κινδύνου ήδη από τις πρώτες ημέρες μετά την TAVI και μπορεί να αποτελέσει έναν απλό, αναπαραγώγιμο υπερηχοκαρδιογραφικό δείκτη για την πρώιμη διαστρωμάτωση κινδύνου και τη βελτιστοποίηση της επεμβατικής στρατηγικής.





ΠΑ061|Αντιμετώπιση καρωτιδικής αρτηριακής νόσου με τυποποιημένο πρωτόκολλο αγγειοπλαστικής: Αποτελέσματα μονοκεντρικής αναδρομικής μελέτης διάρκειας 10 ετών

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Παπαμέτη[1], Μ. Κώτση[1], Η. Κουτσογούλας[1], **Α. Κάκου[1]**, Π. Κατής[1], Ε. Μαστορίδου[1], Δ. Χατζής[2], Γ. Καραολάνης[2], Μ. Περούλης[2], Κ. Τσίμος[3], Μ. Φλορεντίν[4], Ξ. Σακελλαρίου[1], Δ. Νίκας[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αγγειοπλαστική καρωτίδας (CAS) αποτελεί καθιερωμένη εναλλακτική της καρωτιδικής ενδαρτηρεκτομής σε επιλεγμένους ασθενείς με σημαντική στένωση (π.χ. υψηλός χειρουργικός κίνδυνος, δυσμενής ανατομία τραχήλου). Παρά την τάση εξατομίκευσης που ορίζουν οι σύγχρονες οδηγίες, η έκβαση εξακολουθεί να εξαρτάται σημαντικά από την εμπειρία του χειριστή. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας ενός τυποποιημένου πρωτοκόλλου διενέργειας CAS σε τριτοβάθμιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ελλάδας. Μέθοδος: Μονοκεντρική, αναδρομική μελέτη παρατήρησης 10 ετών. Συμπεριλήφθηκαν 124 διαδοχικοί ασθενείς με σημαντική στένωση καρωτίδας (≥70%), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε CAS από τον ίδιο επεμβατικό καρδιολόγο (single-operator) βάσει τυποποιημένου πρωτοκόλλου: αποκλειστική χρήση stent Carotid Wallstent (Boston Scientific, closed-cell), συστήματος προστασίας εγκεφάλου Spider FX (Medtronic) και μεταδιαστολή σε όλους τους ασθενείς. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά, ανατομικά, τεχνικά δεδομένα και παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο ορίστηκε το σύνθετο 30 ημερών: θάνατος, εγκεφαλικό

επεισόδιο (παροδικό ή μόνιμο) ή/και έμφραγμα μυοκαρδίου. Η μακροχρόνια παρακολούθηση των κλινικών εκβάσεων βρίσκεται σε εξέλιξη. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 124 ασθενείς (ηλικία 70,9 ± 8.5 έτη, εύρος 51–86· 82,3% άνδρες). Οι ασυμπτωματικοί (66,1%) υπερείχαν των συμπτωματικών (33,9%). Το ιστορικό νευρολογικών συμβαμάτων περιελάμβανε παροδική αμαύρωση (amaurosis fugax), παροδικό ή εγκατεστημένο εγκεφαλικό επεισόδιο, με το τελευταίο να αφορά το 11,9% των συμπτωματικών ασθενών. Η τεχνική επιτυχία ανήλθε στο 99,2% (123/124), παρότι το 28% (n=35) παρουσίαζαν δυσμενή ανατομικά χαρακτηριστικά (bovine arch, type III arch, coiling) ή επιπλεγμένη καρωτιδική νόσο (tandem lesion, εξέλκωση, near-occlusion, συμμετοχή κοινής καρωτίδας). Προδιαστολή απαιτήθηκε στο 8% των ασθενών, εκ των οποίων το 20% χρειάστηκε πολλαπλά μπαλόνια αυξανόμενου μεγέθους. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν 1,6% και περιελάμβανε ένα διεγχειρητικό παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίς νευρολογικό υπόλειμμα και έναν θάνατο από παρεγχυματική εγκεφαλική αιμορραγία εντός 24 ωρών. Συμπεράσματα: Η εφαρμογή τυποποιημένου πρωτοκόλλου CAS από έμπειρο, σταθερό χειριστή συνδέθηκε με υψηλή τεχνική επιτυχία και χαμηλό ποσοστό περιεπεμβατικών επιπλοκών (1,6%), εντός των ορίων ασφαλείας που θέτουν οι διεθνείς οδηγίες (<3% σε ασυμπτωματικούς, <6% σε συμπτωματικούς). Τα δεδομένα, από ελληνικό κέντρο σε συνθήκες πραγματικού κόσμου, υποδεικνύουν ότι η τυποποίηση της τεχνικής και η σταθερότητα του χειριστή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ασφαλούς εφαρμογής, με αποτελέσματα συγκρίσιμα με διεθνείς σειρές. Απαιτείται μεγαλύτερη περίοδος παρακολούθησης για την επιβεβαίωση της μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας.

ΠΑ062|Επίδραση της τεχνολογίας των στεφανιαίων ενδοπροθέσεων (stent) στην ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της βραχείας διάρκειας διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

13/11/26 · METIS / METIS

Κ. Σκουρτσίδης[1], Γ.Κιόσης[1], Α. Κεραμάς[1], Χ. Κακδέρης[1], Σ. Δάιος[1], Α. Παγιάντζα[1], Κ. Θεοδωρόπουλος[1], Α. Κουπαράνης[1], Β. Καμπερίδης[1], Α. Ζιάκας[1], Μ. Διδάγγελος[1]

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

Εισαγωγή: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των ισχαιμικών και αιμορραγικών εκβάσεων, καθώς και της θνησιμότητας, μεταξύ βραχέων και παρατεταμένων σχημάτων διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (DAPT) μετά από αγγειοπλαστική (PCI), σε συνάρτηση με τις διάφορες τεχνολογίες επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων (DES). Ειδικότερα, εξετάζεται εάν ο τύπος του stent και συγκεκριμένα τα stents βιοαποδομήσιμου/ελεύθερου πολυμερούς (BP/PF-DES)έναντι αυτών με μόνιμο πολυμερές (DP-DES), έχει σημαντική επίδραση στηναπόφαση για τη βράχυνση της DAPT. Υλικό και Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών που συσχέτιζαν σύγχρονες τεχνολογίες DES με ποικίλης διάρκειας DAPT. Συμπεριλήφθηκαν έξι μελέτες (TARGET DAPT, HOST-IDEA, MASTERDAPT, SMART-DATE, OPTIMA-C, IVUS-XPL), με συνολικά 14.517 ασθενείς, που έλαβαν DAPT μετά από PCI τόσο για χρόνια όσο και για οξέα στεφανιαία σύνδρομα. Από αυτούς, 7.259 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε στρατηγική βραχείας DAPT (1 έως6 μήνες) και 7.258 σε παρατεταμένη DAPT (12 μήνες ή περισσότερο).Αποτελέσματα: Ο κίνδυνος μειζόνων ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων(MACE) ήταν όμοιος μεταξύ βραχείας και μακράς DAPT, τόσο στην υποομάδα τωνBP/PF-DES (5,1% έναντι 5,2%, αντίστοιχα, p=0,77) όσο και στην υποομάδα τωνDP/Mixed-DES (3,1% έναντι 2,7%, αντίστοιχα, p=0,34). Ο κίνδυνος θρόμβωσης toustent (ST) παρέμεινε χαμηλός και στατιστικά παρόμοιος μεταξύ των δύο διαρκειών,ανεξαρτήτως της τεχνολογίας της ενδοπρόθεσης. Παράλληλα, η βράχυνση της DAPT οδήγησε σε σημαντική μείωση του σχετικού κινδύνου για μείζονες αιμορραγίες κατά27% στην κατηγορία BP/PF-DES (p<0,001), ενώ στην κατηγορία DP/Mixed-DESπαρατηρήθηκε μια συνεπής, αν και μη στατιστικά σημαντική, αριθμητική μείωση(p=0,28). Επιπλέον, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στη θνησιμότητα απόκάθε αιτία. Η ανάλυση αλληλεπίδρασης δεν ανέδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της τεχνολογίας του stent και της διάρκειας της DAPT για τα MACE (P interaction = 0,33) ή τις μείζονες αιμορραγίες (P interaction = 0,81).Συμπεράσματα: Η βράχυνση της DAPT σε 1-6 μήνες μειώνει σημαντικά τις μείζονες αιμορραγίες, χωρίς αντίστοιχη αύξηση των ισχαιμικών επεισοδίων ή της θνησιμότητας. Η απουσία σημαντικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των τύπων stent επιβεβαιώνει ότι η ασφαλής βράχυνση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής δεν εξαρτάται αυστηρά από τη χρήση συγκεκριμένων σύγχρονων DES, αναδεικνύοντας ότι το πρωταρχικό κλινικό όφελος είναι η μείωση του αιμορραγικού κινδύνου, ανεξαρτήτως από το υλικό της ενδοπρόθεσης.

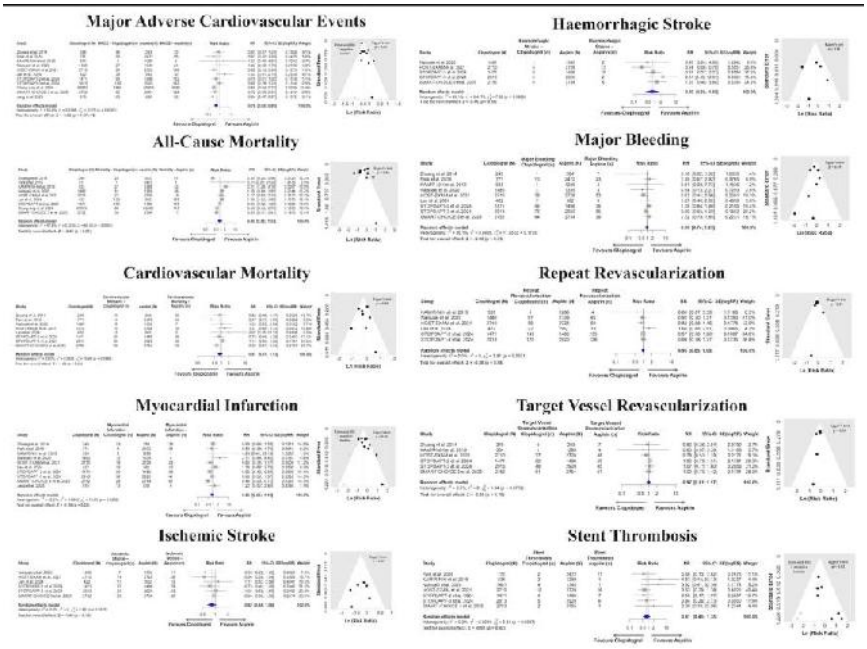
ΠΑ063|Συγκριτική αποτελεσματικότητα της μονοθεραπείας με κλοπιδογρέλη έναντι ασπιρίνης μετά από διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

13/11/26 · METIS / METIS

Ν. Κτενόπουλος[1], Κ. Καραμπίνος[1], Α. Αποστολός[1], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Π. Βλαχάκης[2], Ι. Καχριμανίδης[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Σ. Τσαλαμανδρής[3], Μ. Δρακοπούλου[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ. Τσιούφης[2], Κ. Τούτουζας[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η βέλτιστη μακροχρόνια αντιαιμοπεταλιακή μονοθεραπεία μετά από διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών(PCI) παραμένει αντικείμενο συζήτησης. Παρότι η ασπιρίνη αποτελεί παραδοσιακά τη συνιστώμενη επιλογή, νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν τη μονοθεραπεία με αναστολέα του υποδοχέα P2Y12.Σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης είναι η σύγκριση των κλινικών εκβάσεων μεταξύ μονοθεραπείας με κλοπιδογρέλη έναντι ασπιρίνης σε ασθενείς μετά από PCI. Υλικό και μέθοδος: Η μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του PRISMA. Διενεργήθηκε ηλεκτρονική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Cochrane, Medline και Scopus έως τις 15 Φεβρουαρίου 2026. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν τα μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα(MACE). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα από κάθε αιτία, η καρδιαγγειακή θνητότητα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου(ΕΜ), το ισχαιμικό(IAEE) και το αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό(AIMEE) επεισόδιο, η μείζων αιμορραγία, η επαναγγείωση, η επαναγγείωση του αγγείου-στόχου και η θρόμβωση του stent. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 164.361 ασθενείς μετά από PCI (κλοπιδογρέλη:81.869, ασπιρίνη:82.492). Η μονοθεραπεία με κλοπιδογρέλη συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο MACE σε σύγκριση με την ασπιρίνη (RR 0,78, 95%,CI 0,69–0,88,I^2=54%). Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τη θνητότητα από κάθε αιτία (RR 0,90, 95%,CI 0,59–1,37,I^2=88%), την καρδιαγγειακή θνητότητα (RR 0,87, 95%,CI 0,67–1,13,I^2=33%), το ΕΜ (RR 0,86, 95%,CI0,65–1,13,I^2=52%), το IAEE (RR 0,82, 95% ΔΕ 0,64–1,06, I^2=0%), το AIMEE (RR 0,80, 95%,CI 0,35–1,80,I^2=49%), τη μείζονα αιμορραγία (RR 0,96, 95%,CI 0,74–1,23,I^2=30%), την επαναγγείωση (RR 0,96, 95%,CI 0,85–1,09,I^2=0%), την επαναγγείωση του αγγείου-στόχου (RR 0,97, 95%,CI 0,81–1,17,I^2=0%) ή τη θρόμβωση του stent (RR 0,81, 95%,CI 0,49–1,35,I^2=0%). Συμπεράσματα :Σε ασθενείς μετά από PCI, η μονοθεραπεία με κλοπιδογρέλη συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο MACE σε σύγκριση με την ασπιρίνη, χωρίς στατιστικώς σημαντική αύξηση των αιμορραγικών ή ισχαιμικών επιπλοκών. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την κλοπιδογρέλη ως αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή μακροχρόνιας αντιαιμοπεταλιακής μονοθεραπείας μετά από PCI. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω τυχαιοποιημένες μελέτες, προκειμένου να καθοριστεί με σαφήνεια η βέλτιστη μακροχρόνια αντιαιμοπεταλιακή μονοθεραπεία μετά από PCI.



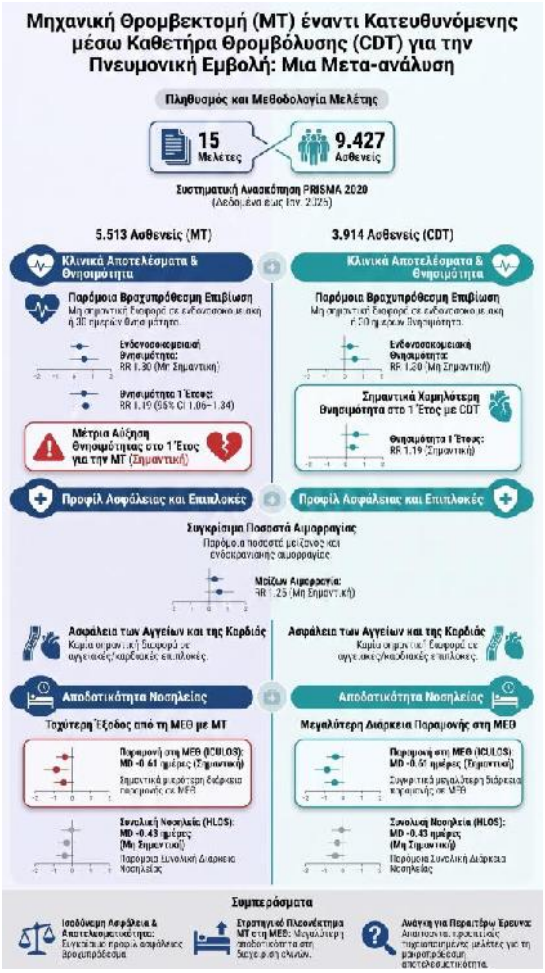


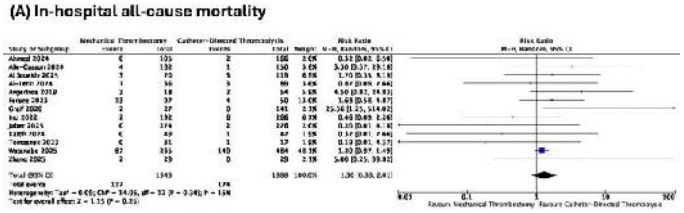
ΠΑ064|Διακαθετηριακές θεραπείες στην πνευμονική εμβολή: αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της μηχανικής θρομβεκτομής έναντι της κατευθυνόμενης μέσω καθετήρα θρομβόλυσης

13/11/26 · METIS / METIS

Ν. Κτενόπουλος[1], Α. Αποστολός[1], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Π. Βλαχάκης[2], Ι. Καχριμανίδης[1], Κ. Βλασοπούλου[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Σ. Τσαλαμανδρής[3], Μ. Δρακοπούλου[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ. Τσιούφης[2], Κ. Τούτουζας[3]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα συγκριτικά αποτελέσματα της μηχανικής θρομβεκτομής(ΜΤ) και της κατευθυνόμενης μέσω καθετήρα θρομβόλυσης(CDT) για τη θεραπεία της πνευμονικής εμβολής(ΠΕ) παραμένουν ασαφή, καθώς οι διαθέσιμες μελέτες παρουσιάζουν ετερογενή και ενίοτε αντικρουόμενα ευρήματα. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η σύνθεση των διαθέσιμων συγκριτικών δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ΜΤ έναντι της CDT. Υλικό και μέθοδος: Η μετα-ανάλυση διενεργήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του PRISMA. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Cochrane Libraryέως τις 5 Ιανουαρίου 2026.Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα από κάθε αιτία(ενδονοσοκομειακά,30-ημέρες,1-έτος).Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η ενδονοσοκομειακή ενδοκράνια αιμορραγία,η μείζων αιμορραγία, η κάκωση καρδιακών δομών ή βαλβίδων, οι μείζονες αγγειακές επιπλοκές,η επανεισαγωγή λόγω ΠΕ εντός 30-ημερών, η διάρκεια νοσηλείας και η διάρκεια παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας(ΜΕΘ). Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 15 μελέτες με 9.427 ασθενείς(ΜΤ:5.513, CDT:3.914). Σε σύγκριση με την CDT, η ΜΤ δεν συσχετίστηκε με σημαντική διαφορά στην ενδονοσοκομειακή θνητότητα από κάθε αιτία(RR 1,30, 95%,CI 0,83–2,01,I^2=15%) ή στη θνητότητα στις 30-ημέρες(RR 2,60, 95%,CI 0,61–11,03,I^2=65%). Ωστόσο, η ΜΤ συσχετίστηκε με μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση της θνητότητας στο 1-έτος(RR 1,19, 95%,CI 1,06–1,34,I^2=0%). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ΜΤ και CDT ως προς την ενδονοσοκομειακή ενδοκράνια αιμορραγία(RR 1,48,95%,CI0,74–2,97,I^2=0%), τη μείζονα αιμορραγία(RR 1,25,95%,CI 0,95–1,64,I^2=0%), την κάκωση καρδιακών δομών ή βαλβίδων(RR 6,49,95%,CI 0,74–57,02,I^2=0%), τις μείζονες αγγειακές επιπλοκές(RR 0,39, 95%,CI 0,07–2,24,I^2=22%) ή την επανεισαγωγή λόγω ΠΕ εντός 30-ημερών(RR 1,17, 95%,CI 0,14–9,70,I^2=50%).Η συνολική διάρκεια νοσηλείας δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων(MD −0,43 ημέρες,95%,CI −1,79 έως 0,93,I^2=95%). Αντίθετα, η ΜΤ συσχετίστηκε με σημαντικά μικρότερη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ σε σύγκριση με την CDT(MD −0,61 ημέρες, 95%,CI −1,03 έως −0,18,I^2=76%). Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΠΕ, η ΜΤ και η CDT παρουσιάζουν συνολικά συγκρίσιμα προφίλ βραχυπρόθεσμης και μεσοπρόθεσμης θνητότητας και ασφάλειας. Η ΜΤ συσχετίζεται με μικρότερη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ, αλλά και με ελαφρώς αυξημένη θνητότητα στο 1 έτος σε σύγκριση με την CDT, ενώ η συνολική διάρκεια νοσηλείας και οι αιμορραγικές επιπλοκές φαίνεται να είναι παρόμοιες. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη προσεκτικής επιλογής των ασθενών και της διενέργειας τυχαιοποιημένων μελετών, προκειμένου να αποσαφηνιστεί η μακροπρόθεσμη συγκριτική αποτελεσματικότητα των διακαθετηριακών θεραπειών της ΠΕ.


Μηχανική Θρομβεκτομή (MT) έναντι Κατευθυνόμενης μέσω Καθετήρα Θρομβόλυσης (CDT) για την Πνευμονική Εμβολή: Μια Μετα-ανάλυση
Πληθυσμός και Μεθοδολογία Μελέτης
15
Μελέτες
9.427
Ασθενείς
Συστηματική Ανασκόπηση PRISMA 2020
(Δεδομένα έως Ιαν. 2025)
5.513 Ασθενείς (MT)
3.914 Ασθενείς (CDT)
Κλινικά Αποτελέσματα & Θνησιμότητα
Παρόμοια Βραχυπρόθεσμη Επιβίωση
Μη σημαντική διαφορά σε ενδονοσοκομειακή ή 30ήμερη θνησιμότητα.
Ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα:
RR 1.30 (MT: Σημαντική)
Θνησιμότητα 1 Έτους:
RR 1.19 (95% CI 1.06–1.34)
Μέτρια Αύξηση Θνησιμότητας στο 1 Έτος για την MT (Σημαντική)
Παρόμοια Βραχυπρόθεσμη Επιβίωση
Μη σημαντική διαφορά σε ενδονοσοκομειακή ή 30ήμερη θνησιμότητα.
Ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα:
RR 1.30 (Μη Σημαντική)
Σημαντικά Χαμηλότερη Θνησιμότητα στο 1 Έτος με CDT
Θνησιμότητα 1 Έτους:
RR 1.19 (Σημαντική)
Προφίλ Ασφάλειας και Επιπλοκές
Προφίλ Ασφάλειας και Επιπλοκές
Συγκρίσιμα Ποσοστά Αιμορραγίας
Παρόμοια ποσοστά μείζονος και ενδοκρανιακής αιμορραγίας.
Μείζων Αιμορραγία:
RR 1.25 (Μη Σημαντική)
Ασφάλεια των Αγγείων και της Καρδιάς
Καμία σημαντική διαφορά σε αγγειακές/καρδιακές επιπλοκές.
Ασφάλεια των Αγγείων και της Καρδιάς
Καμία σημαντική διαφορά σε αγγειακές/καρδιακές επιπλοκές.
Αποδοτικότητα Νοσηλείας
Αποδοτικότητα Νοσηλείας
Ταχύτερη Έξοδος από τη ΜΕΘ με MT
Παραμονή στη ΜΕΘ (ICU LOS):
MD -0.61 ημέρες (Σημαντική)
Σημαντικά μικρότερη διάρκεια παραμονής σε ΜΕΘ
Συνολική Νοσηλεία (HLOS):
MD -0.43 ημέρες
(Μη Σημαντική)
Παρόμοια Συνολική Διάρκεια Νοσηλείας
Μεγαλύτερη Διάρκεια Παραμονής στη ΜΕΘ
Παραμονή στη ΜΕΘ (ICU LOS):
MD -0.61 ημέρες (Σημαντική)
Σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής σε ΜΕΘ
Συνολική Νοσηλεία (HLOS):
MD -0.43 ημέρες
(Μη Σημαντική)
Παρόμοια Συνολική Διάρκεια Νοσηλείας
Συμπεράσματα
Ισοδύναμη Ασφάλεια & Αποτελεσματικότητα:
Εύκαιρα ως προς ασφάλειες βραχυπρόθεσμα
Ετερογενές Πλεονέκτημα MT στη ΜΕΘ:
Μεγαλύτερη αποδοτικότητα στη διαχείριση ογκών.
Άνάγκη για Περαιτέρω Έρευνα:
Απαιτούνται τυχαιοποιημένες μελέτες για τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα.


(A) In-hospital all-cause mortality


(B) 30-day all-cause mortality


(C) 1-year all-cause mortality

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

12.30-14.00 **Καρδιακή ανεπάρκεια / Heart Failure**

Πρόεδροι: Ν. Καμπουρίδης (Καβάλα), Ν. Καραμιχαλάκης (Αθήνα)
Chairpersons: N. Kampouridis (Kavala), N. Karamichalakis(Athens)

ΠΑ065|Ο ρόλος του καρδιονεφρικού άξονα στη μεσοπρόθεσμη έκβαση ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια

13/11/26 · METIS / METIS

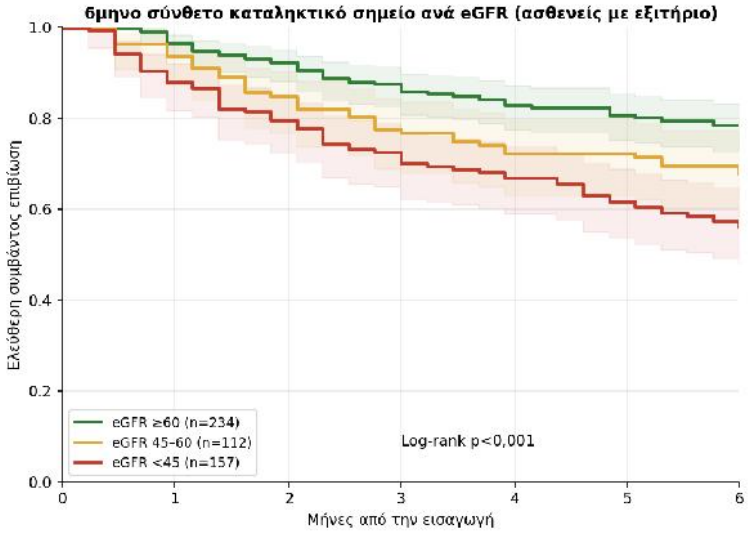
Γ. Αλετράς[1], Μ. Μπαχλιτζανάκη[2], Μ. Στρατινάκη[1], Ε. Ελευθεριάδου[1], Μ. Τσιγαριδάκη[3], Α. Παπαγιαννάκη[3], Ι. Πανταζής[4], Ε. Λαμπρογιαννάκης[1], Μ. Χαμηλός[5], Κ. Στυλιανού[6], Ε. ΦουκαράκηςΣ[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Β' Παθολογική κλινική, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου , [3]Βιοχημικό τμήμα, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου , [4]Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης, [5]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Καρδιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου, [6]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Νεφρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (AHF) αποτελεί μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Παρά τις πρόσφατες θεραπευτικές εξελίξεις, οι δυσμενείς μεσοπρόθεσμες εκβάσεις παραμένουν συχνές, καθοριζόμενες από την αλληλεπίδραση αιμοδυναμικών, νεφρικών και δομικών παραγόντων. Σκοπός: Η μελέτη στοχεύει στον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με το τριπλό σύνθετο καταληκτικό σημείο —θάνατος από κάθε αιτία, ανάγκη για εξωνεφρική κάθαρση (RRT) ή επανεισαγωγή λόγω AHF— στους 6 μήνες μετά το εξιτήριο. Υλικά-Μέθοδοι: Αυτή η προοπτική, μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης περιελάμβανε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με AHF από τον Φεβρουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2025. Καταγράφηκαν βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, εργαστηριακές παράμετροι εισαγωγής (NT-proBNP, κρεατινίνη, eGFR, αλβουμίνη, αιμοσφαιρίνη κ.λπ.), υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα εντός της νοσηλείας και η αγωγή εξόδου. Αποκλείστηκαν ασθενείς με ελλιπή δεδομένα, όσοι υποβάλλονταν ήδη σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης και όσοι απεβίωσαν ενδονοσοκομειακά. Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση για τον εντοπισμό ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 503 ασθενείς (διάμεση ηλικία 80 έτη, 54% άρρενες), εκ των οποίων 162 (32,2%) εμφάνισαν το σύνθετο σημείο. Οι ασθενείς αυτοί ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, με μειωμένη λειτουργική κατάσταση (NYHA), χαμηλότερες τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ), αιμοσφαιρίνης, αλβουμίνης και eGFR καθώς και υψηλότερα επίπεδα NT-proBNP, ουρίας και CRP. Επίσης εμφάνιζαν συχνότερα πολυβαλβιδοπάθεια και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ σημειώθηκαν μειωμένα ποσοστά συνταγογράφησης SGLT2i και αναστολέων του άξονα κατά το εξιτήριο. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η χαμηλότερη ΣΑΠ (HR 0,99, 95% CI 0,98–1,00, p=0,001), ο χαμηλότερος eGFR (HR 0,99, 0,98–1,00· p=0,002) και η υψηλότερη κατηγορία NYHA (HR 1,58, 95% CI 1,21–2,07, p=0,001) σχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για το σύνθετο σημείο, ενώ η χορήγηση SGLT2i κατά το εξιτήριο ήταν προστατευτική (HR 0,67, 95%CI 0,48–0,92, p=0,015). Η ελεύθερη συμβάντος επιβίωση στους 6 μήνες μειωνόταν κλιμακωτά με τον eGFR (79%, 68%, 56% για ≥60, 45–60, <5 ml/min/1,73m²· log-rank p<0,001). Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με AHF, απλοί δείκτες του καρδιονεφρικού άξονα κατά την εισαγωγή —ΣΑΠ, νεφρική λειτουργία και λειτουργική κατηγορία (NYHA) αποτέλεσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες του σύνθετου σημείου στους 6 μήνες, ενώ η χορήγηση SGLT2i κατά το εξιτήριο σχετίστηκε ανεξάρτητα με χαμηλότερο κίνδυνο. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της διαστρωμάτωσης κινδύνου και της βελτιστοποίησης της αγωγής εξόδου.

Πίνακας. Σύγκριση βασικών χαρακτηριστικών εισαγωγής και αγωγής εξόδου μεταξύ ασθενών με κα. χωρίς το 6μηνο σύνθετο καταληκτικό σημείο.

Παράμετρος	Σύνθετο (+) [n=162]	Σύνθετο (−) [n=341]	p
Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά			
Άρρεν φύλο, n (%)	91 (56,2)	179 (52,5)	0,498
Ηλικία (έτη)	82 [77–86]	79 [72–86]	0,002
NYHA I/II/III/IV, n (%)			
NYHA I	2 (1,2)	20 (5,9)	
NYHA II	17 (10,5)	86 (25,2)	
NYHA III	105 (64,8)	201 (58,9)	<0,001
NYHA IV	38 (23,5)	34 (10,0)	
Συστολική ΑΠ (mmHg)	140 [120–160]	150 [130–173]	<0,001
Λεβ. καρδιακή ανεπάρκεια, n (%)	78 (48,1)	130 (38,1)	0,047
Πολυβαλβιδοπάθεια, n (%)	72 (44,4)	96 (28,2)	<0,001
Συννοσηρότητες			
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	87 (53,7)	173 (50,7)	0,598
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	102 (63,0)	194 (56,9)	0,232
Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	132 (81,5)	309 (90,6)	0,006
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	101 (62,3)	156 (45,7)	<0,001
Ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, n (%)	57 (35,2)	109 (32,0)	0,538
Υπερηχοκαρδιογραφικές παράμετροι			
LVEF (%)	50 [30–55]	45 [30–55]	0,491
E/e'	18,0 [14,0–25,0]	16,0 [12,0–21,0]	<0,001
RV S' (cm/s)	10,0 [9,0–12,0]	11,0 [9,0–12,0]	0,051
ePASP (mmHg)	45 [35–60]	40 [30–50]	<0,001
Εργαστηριακά εισαγωγής			
eGFR (ml/min/1,73m²)	48 [32–65]	64 [47–80]	<0,001
Κρεατινίνη (mg/dl)	1,33 [1,02–1,81]	1,09 [0,87–1,42]	<0,001
NT proBNP (pg/ml)	7784 [4108–12708]	4494 [2588–8453]	<0,001
Ουρία (mg/dl)	68 [50–100]	51 [40–71]	<0,001
CRP (mg/l)	1,3 [0,5–2,1]	0,7 [0,4–2,2]	0,013
Αιμοσφαιρίνη (g/dl)	11,4 [10,2–12,9]	12,0 [10,5–13,0]	0,039
Αλβουμίνη (g/dl)	4,0 [3,7–4,2]	4,1 [3,9–4,3]	0,003
Φαρμακευτική αγωγή εξόδου			
ARNI, n (%)	9 (5,6)	46 (13,5)	0,012
ACEi/ARB, n (%)	42 (25,9)	155 (45,5)	<0,001
β-αποκλειστές, n (%)	122 (75,3)	269 (78,9)	0,432
MRA, n (%)	83 (51,2)	210 (61,6)	0,036
SGLT2i, n (%)	84 (51,9)	239 (70,1)	<0,001



ΠΑ066|Στεφανιαία Μικροκυκλοφορία και Δείκτες Μυοκαρδιακής Λειτουργίας σε Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και Διατηρημένο Κλάσμα Εξώθησης

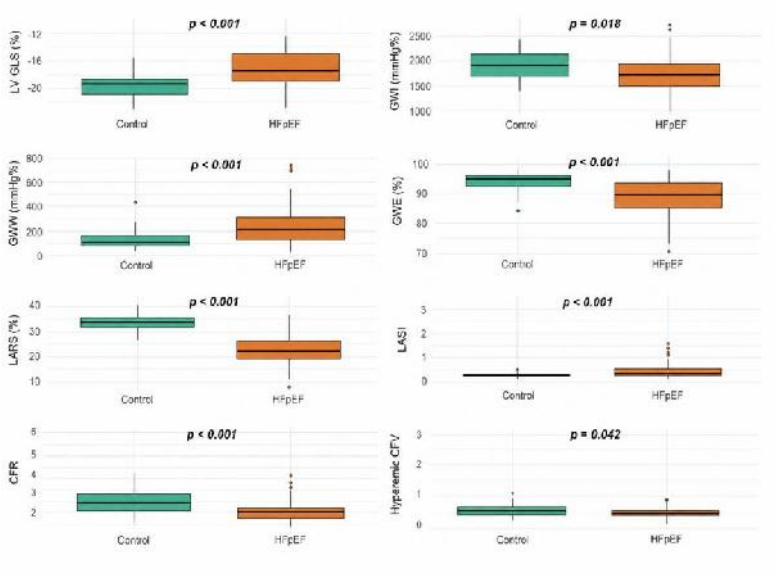
13/11/26 · METIS / METIS

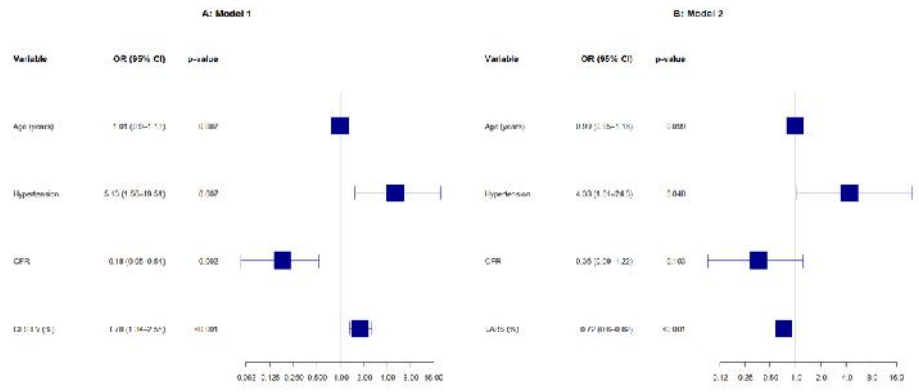
Ε. Τάτσης[1], Κ. Παπαδόπουλος[1], Δ. Οικονομίδης[1], Α. Τασούλης[1], Ι. Τσιαφούτης[1], Λ. Μιχάλης[2], Κ. Νάκα[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η διαταραχή της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας (CMD) και η καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) συνδέονται με κοινά παθοφυσιολογικά μονοπάτια. Η εκτίμηση της CMD συντελεί στη διαστρωμάτωση και την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με HFpEF. Η CMD εκτιμάται μη επεμβατικά με τον υπολογισμό της στεφανιαίας εφεδρείας ροής (CFR) στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD) μέσω της doppler διαθωρακικής ηχωκαρδιογραφίας (TTE). Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση παρουσίας

CMD σε ασθενείς HFpEF και η σύγκριση των δεικτών εκτίμησης της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας και μυοκαρδιακής λειτουργίας μεταξύ αυτών και των μαρτύρων. Υλικό/Μέθοδος: Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 90 άτομα (60 με HFpEF, 30 μάρτυρες – αντιστοιχισμένοι ως προς ηλικία και φύλο), χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Όλοι υπεβλήθησαν σε TTE με συμβατικές και εξειδικευμένες τεχνικές. Υπολογίστηκαν ο δείκτης ολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS), δείκτες μυοκαρδιακού έργου (GWI, GWE, GWW, GCW), και δείκτες σχετιζόμενοι με την διαστολική δυσλειτουργία – LARS (Left Atrial Reservoir Strain) και LASI (Left Atrial Stiffness Index). Ο δείκτης CFR εκτιμήθηκε με doppler TTE στον LAD μετά από χορήγηση αδενοσίνης, ενώ ως CMD ορίστηκε τιμή CFR < 2,0. Αποτελέσματα: CMD διαπιστώθηκε στο 38,3% των ασθενών με HFpEF ενώ ο δείκτης CFR ήταν σημαντικά πιο επηρεασμένος έναντι των μαρτύρων (2,10 vs 2,60· p<0,001). Σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων αναδείχθηκαν και στους δείκτες: GLS (−17,6% vs −19,3%· p<0,001), GWI (1722,5 vs 1890,0· p=0,018), GWE (90% vs 95%· p<0,001), GWW (216,0 vs 118,5· p<0,001), LARS (22,0% vs 33,0%· p<0,001) και LASI (0,43 vs 0,24· p<0,001). Μελετήθηκαν δύο πολυπαραγοντικά μοντέλα, με ηλικία, υπέρταση, CFR και είτε GLS (Μοντέλο 1) είτε LARS (Μοντέλο 2). Στο Μοντέλο 1, υπέρταση (OR 5,13· p=0,007), CFR (OR 0,18· p=0,002) και GLS (OR 1,78· p<0,001) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την HFpEF. Στο Μοντέλο 2, LARS (OR 0,72· p<0,001) και υπέρταση (OR 4,38· p=0,048) παρέμειναν σημαντικές, ενώ η CFR έδειξε τάση χωρίς στατιστική σημαντικότητα (p=0,103). Συμπεράσματα: Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών HFpEF ανιχνεύεται CMD, με την ανεξάρτητη συσχέτιση CFR με την HFpEF να ενισχύει τον πιθανό ρόλο της στην παθογένεια του συνδρόμου. Ο συνδυασμός CFR και δεικτών μυοκαρδιακής λειτουργίας προσφέρει προστιθέμενη αξία στη διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με HFpEF.





ΠΑ067|Should Chronic Kidney Disease be an Obstacle for Heart Failure Drug Therapy? Recent Trial Results and Insights

13/11/26 · METIS / METIS

K. Ntalapa[1], P. Angelopoulos[2]

[1]Κέντρο Υγείας Πραμάντων , [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Purpose: Chronic Kidney Disease (CKD) and Heart Failure (HF) frequently coexist, creating a complex cardio-renal syndrome where the management of one condition often complicates the other. Clinicians have been hesitant to initiate or up-titrate evidence-based HF therapies, such as Renin-Angiotensin-Aldosterone System inhibitors (RAASi) and Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRAs), due to fears of worsening renal function (WRF) or hyperkalemia. The purpose of this abstract is to review recent clinical trial data to determine whether CKD should remain a barrier to optimal HF therapy and to provide insights into the renal-protective effects of modern pharmacological agents. Material and Methods: A comprehensive analysis of recent landmark trials was performed, focusing on Sodium-Glucose Cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i), non-steroidal MRAs, and Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitors (ARNI). Data were synthesized from the DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY, FIDELIO-DKD, and the recent FINEARTS-HF trials. The review evaluated clinical endpoints including cardiovascular death, HF hospitalizations, and the rate of decline in the Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR). Furthermore, the concept of "permissive WRF" during therapy initiation was examined as a predictor of long-term outcomes. Results: Recent clinical evidence overwhelmingly suggests that CKD should not be an obstacle, but rather an indication for robust HF therapy. SGLT2i have demonstrated significant reduction in both HF events and the progression to end-stage renal disease across a wide range of eGFR levels, down to 20 ml/min/1.73m². Findings from the FINEARTS-HF trial further extend the benefit of MRAs to patients with preserved ejection fraction and CKD. Importantly, initial, modest decreases in eGFR following the introduction of ARNI or SGLT2i—often termed "eGFR dip"—have been shown to be hemodynamic in nature and associated with long-term nephroprotection and improved survival. Moreover, potassium binders enable the maintenance of RAASi therapy even in advanced CKD stages. Conclusions: The paradigm has shifted from "renal-caution" to "renal-protection." Modern HF therapies provide survival benefits and slow the progression of kidney disease, regardless of baseline renal function. CKD should no longer be viewed as an obstacle but as a mandate for the implementation of the "four pillars" of HF therapy. Clinical focus should remain on long-term cardiorenal benefits rather than short-term fluctuations in creatinine levels.

ΠΑ068|Δύο διαφορετικοί φαινότυποι, ίδια πρόγνωση: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια σε όλο το φάσμα του κλάσματος εξώθησης

13/11/26 · METIS / METIS

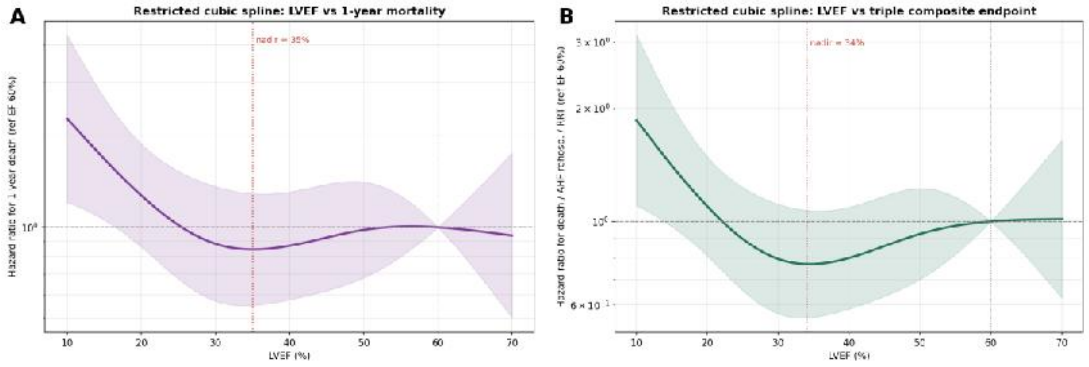
Γ. Αλετράς[1], Μ. Στρατινάκη[1], Κ. Στυλιανού[2], Μ. Χαμηλός[3], Ι. Πανταζής[4], Θ. Γεωργοπούλου[1], Ν. Σφυράκη[5], Ε. Λαμπρογιαννάκης[1], Ε. Φουκαράκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Νεφρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου, [3]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Καρδιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου, [4]Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης, [5]Βιοχημικό τμήμα, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η προγνωστική σημασία των κατηγοριών του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) παραμένει αμφιλεγόμενη. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση του κλινικών φαινοτύπων και της πρόγνωσης στο έτος μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με ΟΚΑ και είχαν διατηρημένο (LVEF ≥50%) έναντι επηρεασμένου (LVEF <0%) κλάσματος εξωθήσεως, καθώς και η αναγνώριση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων θνητότητας. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν προοπτικά 530 νοσηλευόμενοι ασθενείς της Καρδιολογικής κλινικής του Βενιζελείου λόγω ΟΚΑ (Φεβρουάριος 2023–Ιούνιος 2025 - παρακολούθηση έως τον Ιούνιο 2026) και ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες: διατηρημένο LVEF (≥50%, n=264) και επηρεασμένο LVEF (<0%, n=266). Συγκρίθηκαν βασικά κλινικά χαρακτηριστικά, η ενδονοσοκομειακή πορεία και η έκβαση στο έτος, με πρωτεύον καταληκτικό σημείο τη συνολική θνητότητα και δευτερεύοντα την ανάγκη για εξωνεφρική κάθαρση (RRT), την επανεισαγωγή λόγω ΟΚΑ και το σύνθετο καταληκτικό σημείο των τριών. Η σχέση μεταξύ LVEF και θνητότητας αξιολογήθηκε με restricted cubic splines. Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με διατηρημένο LVEF ήταν συχνότερα γυναίκες, μεγαλύτερης ηλικίας, με κολπική μαρμαρυγή, μεγαλύτερη ευπάθεια (frailty) και χαμηλότερα επίπεδα νατριουρητικών πεπτιδίων και τροπονίνης, ενώ η ισχαιμικής αρχής και η δεξιά ΚΑ ήταν συχνότερες στους ασθενείς με LVEF <0% (όλες οι συγκρίσεις p<0,05). Η θνητότητα στο έτος, η ανάγκη για RRT και το σύνθετο καταληκτικό σημείο δε διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, το log NT-proBNP (HR 1,59), η κατηγορία frailty (HR 1,72), η κατηγορία επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας (HR 1,24 ανά βαθμίδα) και η καρδιογενής καταπληξία (HR 5,36) αποτέλεσαν ανεξάρτητους

προγνωστικούς παράγοντες θνητότητας στο έτος, ενώ η κατηγορία του LVEF δεν είχε ανεξάρτητη προγνωστική αξία (HR 0,85, 95% CI 0,61–1,18· C-index 0,73). Η σχέση μεταξύ LVEF και θνητότητας ήταν μη γραμμική, χωρίς αύξηση του κινδύνου σε τιμές LVEF >60%. Συμπεράσματα: Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΟΚΑ, ο διαχωρισμός του LVEF σε διατηρημένο ή μη αντιστοιχεί σε διακριτούς κλινικούς φαινοτύπους, οι οποίοι ωστόσο συνοδεύονται από συγκρίσιμη πρόγνωση στο έτος. Η θνητότητα σχετίζεται περισσότερο με τη νεφρική δυσλειτουργία, την ευπάθεια (frailty) και την αιμοδυναμική επιβάρυνση παρά με το LVEF, υποστηρίζοντας τη μετάβαση από μια προσέγγιση που βασίζεται κυρίως στο LVEF σε μια διαστρωμάτωση κινδύνου βασισμένη σε κλινικούς και βιολογικούς δείκτες.

Παράμετρος	Σύνολο (n=530)	LVEF ≥50% (n=264)	LVEF <50% (n=266)	p value
Άρρεν φύλο	284 (53.6%)	102 (38.6%)	182 (68.4%)	<0.001
Ηλικία (έτη)	81 (74–86)	82 (76–87)	79 (71–85)	<0.001
Frailty (CFS ≥5)	352 (66.4%)	194 (73.5%)	158 (59.4%)	<0.001
Ισχαιμικός αίτιος	167 (31.5%)	20 (7.6%)	147 (55.3%)	<0.001
Ιστορικό καθολικής μακροχρόνιας	313 (59.1%)	174 (65.9%)	139 (52.3%)	<0.001
Λήψη καρδιακού αντιπροσ ου	276 (47.6%)	100 (37.9%)	176 (47.4%)	0.004
Εργαστηριακές Παράμετροι				
Baseline GFR (ml/min/1.73m²)	58 (43–70.8)	55 (42–74)	62.5 (44–78.8)	0.040
GFR εκτιμώμενη (ml/min/1.73m²)	>4 (30–72)	>4 (30–72)	59 (43–72)	0.134
Κρεατινίνη (mg/dl)	1.14 (0.92–1.58)	1.12 (0.88–1.50)	1.17 (0.95–1.68)	0.103
Ουρία ευσκιωμένη (mg/dl)	56 (43–81.8)	57.5 (44–83.8)	55 (41.2–80)	0.167
NT-proBNP (pg/ml) [n=519]	5248 (3002–10030)	4321 (2482–8341)	6900 (3850–14385)	<0.001
Τροπονίνη-Ι (pg/ml)	28.8 (14.9–69.4)	20.9 (11.2–38.9)	46.2 (22.8–114)	<0.001
Αλβουμίνη (g/dl) [n=524]	4 (3.80–4.30)	4 (3.80–4.30)	4 (3.80–4.30)	0.750
Αιμοσφαιρίνη (g/dl)	11.7 (10.4–13)	11.4 (10.3–12.6)	12.1 (10.4–13.3)	0.002
Νάτριο (mEq/l)	139 (137–141)	139 (137–141)	139 (137–141)	0.190
Κάλιο (mEq/l)	4.53 (4.16–4.97)	4.64 (4.18–4.86)	4.53 (4.15–4.94)	0.530
Υπερηχοκαρδιογραφικές παράμετροι				
LVEF (%)	45 (30–55)	55 (55–60)	30 (20–40)	<0.001
Εκτιμώμενη PASP (mmHg) [n=520]	40 (35–55)	45 (35–60)	40 (30–50)	<0.001
E/e' [n=518]	16.5 (13–23)	16 (12–21)	18 (14–24)	0.001
RV S' (cm/s) [n=528]	10 (9–12)	11 (9–13)	10 (8.50–12)	0.001
TAPSE (mm) [n=528]	18 (15–20)	18 (16–20)	17 (15–19)	<0.001
LVMi (ml/m²) [n=528]	91 (78.8–85)	92 (78.5–81)	91 (77–83)	0.913
Βαλβιδική νόσος (μ-αορτοπάθεια)				
Ανεπάρκεια μιτροειδούς	227 (42.8%)	94 (35.6%)	133 (50.0%)	0.001
Ανεπάρκεια τριγλώχινας	282 (53.2%)	181 (68.6%)	101 (38%)	0.009
Στένωση αορτής	105 (19.8%)	55 (20.8%)	50 (18.8%)	0.632
Ανεπάρκεια αορτής	97 (17.9%)	53 (17.9%)	44 (17.9%)	1.000
Στένωση μιτροειδούς	22 (4.2%)	16 (6.1%)	6 (2.3%)	0.018
Διάμεση τιμή ανακαλούμενης ουρησίας [n=520]				
Χαμηλή	75 (14.4%)	32 (12.2%)	43 (16.2%)	
Μέτρια	174 (32.9%)	76 (28.9%)	98 (36.8%)	0.022
Υψηλή	280 (52.9%)	155 (58.9%)	125 (47.0%)	
Χρόνη καταλληλότητα σημεία ης				
6 μήνες	188 (35.5%)	100 (37.9%)	88 (33.1%)	0.270
12 μήνες	258 (48.7%)	135 (51.1%)	123 (19.2%)	0.297
Μεμονωμένα καταληκτικά σημεία στους 12 μήνες				
Θάνατος	154 (29.1%)	79 (29.9%)	75 (28.2%)	0.700
Επανεπιστροφή για νέα ΟΚΑ	94 (17.7%)	51 (19.3%)	43 (16.2%)	0.364
Ιδιωνεφρική κάθαρση	23 (4.3%)	8 (3%)	15 (5.6%)	0.090



ΠΑ069|Η οξεία νεφρική βλάβη και η ανάγκη αγγειοσυσπαστικών, αλλά όχι η αιτιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας, προβλέπουν ανεξάρτητα την ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε νοσηλείες καρδιακής ανεπάρκειας

13/11/26 · METIS / METIS

Χ. Τσιανάκα[1], Ε. Γιακουμόγλου[1], Κ. Στάμος[1], Ι. Στυλιάδης[1], Δ.Μ. Φαρμάκης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Στην οξεία απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) η ενδονοσοκομειακή θνητότητα επηρεάζεται από τη συννοσηρότητα και την αιμοδυναμική κατάσταση, ενώ ο προγνωστικός ρόλος της υποκείμενης αιτιολογίας παραμένει υπό συζήτηση. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 453 διαδοχικές νοσηλείες επί 12 μήνες (2025) με κύρια διάγνωση εισόδου καρδιακή ανεπάρκεια (ICD-10 I50.x) σε τριτοβάθμια καρδιολογική κλινική. Μονάδα ανάλυσης ήταν η νοσηλεία και κύριο καταληκτικό σημείο ο ενδονοσοκομειακός θάνατος. Λόγω του χαμηλού αριθμού συμβάντων, χρησιμοποιήθηκε Firth penalized logistic regression. Η διακριτική ικανότητα εκτιμήθηκε με την περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC (AUC) και διαστήματα εμπιστοσύνης. Αποτελέσματα :Η μέση ηλικία ήταν 77,5 ± 11,6 έτη, το μέσο

κλάσμα εξώθησης 45,2 ± 11,8% και η διάμεση διάρκεια νοσηλείας 6 ημέρες (IQR 4–9). Ο φαινότυπος ήταν HFpEF σε 243 (53,6%), HFrEF σε 174 (38,4%) και HFmrEF σε 36 (7,9%). Ενδονοσοκομειακός θάνατος σημειώθηκε σε 39 νοσηλείες (8,6%). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση Firth, ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες ενδονοσοκομειακού θανάτου ήταν η χορήγηση αδρεναλίνης/νοραδρεναλίνης (OR 17,32, 95% CI 6,76–44,41· p<0,001), η οξεία νεφρική βλάβη (ONB) (OR 7,71, 95% CI 3,29–18,06· p<0,001) και η ηλικία (OR 1,06 ανά έτος, 95% CI 1,02–1,11· p=0,003). Η ισχαιμική αιτιολογία δεν συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τον ενδονοσοκομειακό θάνατο (OR 1,50, 95% CI 0,69–3,26· p=0,312), και καμία επιμέρους αιτιολογική κατηγορία δεν διέφερε σημαντικά από την ισχαιμική νόσο. Ούτε ο φαινότυπος, ούτε το κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλίας διαφοροποίησαν την έκβαση. Το μοντέλο εμφάνισε καλή διακριτική ικανότητα (AUC 0,845, 95% CI 0,765–0,909), ενώ η αιτιολογία μόνη της δεν είχε διακριτική αξία (AUC 0,525).ΣυμπεράσματαΣτις νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια, η ενδονοσοκομειακή θνητότητα προβλέφθηκε ανεξάρτητα από την ανάγκη αγγειοσυσπαστικών, την οξεία νεφρική βλάβη και την ηλικία, αλλά όχι από την υποκείμενη αιτιολογία της ΚΑ — εύρημα συμβατό με τα μητρώα ADHERE, OPTIMIZE-HF και GWTG-HF, στα οποία η αιτιολογία επίσης δεν εισέρχεται στα μοντέλα ενδονοσοκομειακού θανάτου. Η ανάγκη αγγειοσυσπαστικών θα πρέπει να ερμηνεύεται ως δείκτης σοβαρής αιμοδυναμικής έκπτωσης και πιθανός διαμεσολαβητής, παρά ως προγνωστικός παράγοντας εισαγωγής. Η προγνωστική βαρύτητα της ισχαιμικής αιτιολογίας στη θνητότητα δεν αφορά τηνενδονοσοκομειακή επιβίωση, αλλά φαίνεται να εκδηλώνεται μακροπρόθεσμα.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά της κοόρτης, συνολικά και κατά έκβαση νοσηλείας (n = 453 νοσηλείες).

Χαρακτηριστικό	Σύνολο (n = 453)	Επιβίωσαν (n = 414)	Απεβίωσαν (n = 39)	p
Ηλικία, ετη (μεση ± SD)	77,5 ± 11,6	77,0 ± 11,8	81,9 ± 8,9	0,008
Ηλικία, ετη, διάμεση (IQR)	80 (71–86)	79 (70–86)	84 (78–88)	0,012
Άρρεν φύλο, n (%)	261 (57,6)	241 (58,2)	20 (51,3)	0,403
Κλάσμα εξώθησης, % (μεσο ± SD)	45,2 ± 11,8	45,4 ± 11,6	43,3 ± 13,2	0,356
Φαινότυπος ΚΑ, n (%)				
HFrEF (LVEF ≤40%)	174 (38,4)	157 (37,9)	17 (43,6)	0,495
HFmrEF (LVEF 41–49%)	36 (7,9)	33 (8,0)	3 (7,7)	1,000
HFpEF (LVEF ≥50%)	243 (53,6)	224 (54,1)	19 (48,7)	0,615
Αιτιολογία ΚΑ (ATTIA), n (%)				
Ισχαιμική (στεφανιαία)	142 (31,3)	128 (30,9)	14 (35,9)	0,588
Σοβαρή βαλβιδική πάθηση	137 (30,2)	127 (30,7)	10 (25,6)	0,588
Χρόνια ΚΜ / παχυμυοκαρδιοπάθεια	102 (22,5)	92 (22,2)	10 (25,6)	0,688
Υπερτασική καρδιοπάθεια	30 (6,6)	28 (6,8)	2 (5,1)	1,000
Διατατική μυοκαρδιοπάθεια (DCM)	25 (5,5)	22 (5,3)	3 (7,7)	0,465
Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM)	4 (0,9)	4 (1,0)	0 (0,0)	1,000
Καρδιακη αμυλοείδωση	4 (0,9)	4 (1,0)	0 (0,0)	1,000
Άλλες αιτίες*	6 (1,3)	6 (1,4)	0 (0,0)	1,000
Αγνωστη	3 (0,7)	3 (0,7)	0 (0,0)	1,000
Συννοσηρότητες, n (%)				
Αρτηριακή υπέρταση	161 (35,5)	148 (35,7)	13 (33,3)	0,862
Σακχαρώδης διαβήτης	128 (28,3)	116 (28,0)	12 (30,8)	0,712
Χρόνια νεφρική νόσος	85 (18,8)	76 (18,4)	9 (23,1)	0,519
Κολπική μαρμαρυγή	259 (57,2)	234 (56,5)	25 (64,1)	0,401
PCCL (μέσο ± SD)	1,4 ± 1,4	1,3 ± 1,3	2,4 ± 1,5	<0,001
Πορεία νοσηλείας				
Οξεία νεφρική βλάβη, n (%)	42 (9,3)	27 (6,5)	15 (38,5)	<0,001
Αδρεναλίνη ή/και νοραδρεναλίνη, n (%)	29 (6,4)	14 (3,4)	15 (38,5)	<0,001
Διάρκεια νοσηλείας, ημέρες, διάμεση (IQR)	6 (4–9)	5 (4–8)	12 (5–16)	<0,001

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± SD, διάμεση (IQR) ή n (%). Ο φαινότυπος ΚΑ ορίστηκε κατά ESC: HFrEF, LVEF ≤40%· HFmrEF, LVEF 41–49%· HFpEF, LVEF ≥50%. Τιμές p από Welch t-test (συνεχείς, κανονική κατανομή), Mann–Whitney U (συνεχείς, ασύμμετρη κατανομή) ή Fisher's exact test (κατηγορικές). LVEF, κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας· PCCL, patient clinical complexity level.

Πίνακας 3. Διακριτική ικανότητα (AUC) των επιμέρους παραγόντων και του πλήρους μοντέλου.

Μεταβλητή	AUC (μονοπαραγοντικό)	95% CI
Ηλικία	0,622	0,531–0,708
Οξεία νεφρική βλάβη	0,660	0,580–0,742
Αδρεναλίνη/νοραδρεναλίνη	0,675	0,598–0,755
Ισχαιμική αιτιολογία	0,525	0,448–0,602
Πλήρες πολυπαραγοντικό μοντέλο	**0,845**	**0,765–0,909**

AUC, περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC· τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης προέκυψαν από 2.000 bootstrap επαναδειγματοληψίες. Η ισχαιμική αιτιολογία δεν είχε στατιστικά καμία διακριτική ικανότητα, με το διάστημα εμπιστοσύνης να περιλαμβάνει το 0,5.

ΠΑ070|Επίδραση της βερισιγκουάτης στην ικανότητα για άσκηση σε ασθενείς με HFrEF

13/11/26 · METIS / METIS

Γ. Βελισάρης[1], Σ. Γυφτόπουλος[1], Λ. Καρατζάνος[1], Μ. Πένταρης[1], Μ. Ζαγκλή[1], Ζ. Μόρου[1], Σ. Μυκονιάτη[1], Ν. Παπαϊωάννου[1], Σ. Παπαϊωάννου[1], Σ. Τομαράς[1], Κ. Μπράτης[1], Δ. Χατζής[1], Χ. Κουρέκ[1], Ν. Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Α. Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η βερισιγκουάτη (V) μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF) χωρίς πρόσφατη απορρύθμιση. Ωστόσο, δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένα ελεγχόμενα δεδομένα σχετικά με την επίδρασή της στην ικανότητα προς άσκηση των ασθενών αυτών. Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης της βερικιγουάτης στην ικανότητα προς άσκηση ασθενών με HFrEF. Μέθοδοι: Στην παρούσα προοπτική μελέτη, ασθενείς με HFrEF και λειτουργική κατηγορία NYHA II–IV χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: α) ομάδα βερικιγκουάτης (ομάδα V), β) ομάδα βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής (ομάδα C). Τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν οι μεταβολές των καρδιακών βιοδεικτών (NT-proBNP και διαλυτή ST2) και της ικανότητας προς άσκηση, όπως αυτή εκτιμήθηκε με καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης (CPET), πριν από την τυχαιοποίηση και 3-12 μήνες μετά. Στην ομάδα V, η βερικιγουάτη χορηγήθηκε αρχικά σε δόση 2,5 mg άπαξ ημερησίως και τιτλοποιήθηκε σταδιακά μέσα σε διάστημα 3 εβδομάδων έως τη μέγιστη ανεκτή δόση (στόχος: 10 mg άπαξ ημερησίως). Αποτελέσματα: Συνολικά, 40 ασθενείς με HFrEF (μέση ηλικία: 68 έτη, NYHA: 2,7 ± 0,6, κλάσμα εξώθησης: 28 ± 9%) εισήχθησαν στη μελέτη. Οι δύο ομάδες ήταν καλά ισορροπημένες και δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά κατά την έναρξη της μελέτης. Επιπλέον, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στους καρδιακούς βιοδείκτες ούτε στις παραμέτρους της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης (μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου [peak VO_2], ποσοστό της προβλεπόμενης μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου [% predicted VO_2] και κλίση VE/VCO_2), τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά την επανεκτίμηση στους 3-12 μήνες, μεταξύ των ομάδων V και C (Εικόνα). Συμπεράσματα: Η βερικιγουάτη δεν βελτιώνει την ικανότητα προς άσκηση σε σύγκριση με τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης.

ΠΑ071|Μυοκαρδιακή παραμόρφωση, μυοκαρδιακό έργο και αγγειακοί βιοδείκτες για την αξιολόγηση ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία με αναστολείς σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος.

13/11/26 · METIS / METIS

Ε. Καραμανώλης[1], Κ.Κατωγιάννης[1], Ι. Θυμής[1], Ι.Οικονομίδης[1], Γ. Φιλιππάτος[1], Δ. Φ.αρμάκης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι αναστολείς σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος (immune checkpoint inhibitors, ICIs) έχουν βελτιώσει σημαντικά την πρόγνωση και τα θεραπευτικά αποτελέσματα των ασθενών με κακοήθεια. Ωστόσο, συσχετίζονται ολοένα και συχνότερα με ανοσολογικά σχετιζόμενες καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τις πρώιμες επιδράσεις τους στη μυοκαρδιακή, αγγειακή και μικροαγγειακή λειτουργία παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός: Η διερεύνηση πρώιμων μεταβολών της μυοκαρδιακής λειτουργίας, της αρτηριακής σκληρίας, της ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και της στεφανιαίας μικροαγγειακής λειτουργίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με αναστολείς σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος. Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη εντάχθηκαν προοπτικά ενήλικοι ασθενείς με κακοήθεια που επρόκειτο να αρχίσουν θεραπεία με αναστολείς σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε κατά την έναρξη της θεραπείας και μετά από 6 μήνες παρακολούθησης και περιλάμβανε: το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF), την ολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) με τη μέθοδο speckle-tracking, τη συνολική αποδοτικότητα του μυοκαρδιακού έργου (GWE), την ταχύτητα διάδοσης του σφυγμικού κύματος καρωτίδας-μηριαίας αρτηρίας (PWV), την κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση (cSBP), την περιοχή οριακής διείσδυσης (PBR) των υπογλώσσιων αρτηριακών μικροαγγείων και τη στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) με υπερηχοκαρδιογραφία Doppler. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν σαράντα ασθενείς (μέση ηλικία 68,4 έτη, 60% άνδρες). Οι περισσότεροι ασθενείς έλαβαν αναστολείς PD-1 (80%), ενώ το 20% έλαβε αναστολείς PD-L1. Η ανοσοθεραπεία χορηγήθηκε κυρίως στο πλαίσιο νεοεπικουρικής θεραπείας (65%). Ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν η συχνότερη κακοήθεια (39%), ακολουθούμενος από κακοήθειες του γαστρεντερικού συστήματος (19%), του νεφρού (17%) και άλλες κακοήθειες. Στους 6 μήνες (Πίνακας), το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας παρέμεινε διατηρημένο (56,3±4,4% έναντι 55,7±4,4%, p=0,07). Αντίθετα, η ολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS) επιδεινώθηκε σημαντικά (από −18,2±3,1% σε −16,4±2,9%, p<0,01), συνοδευόμενη από μείωση της συνολικής αποδοτικότητας του μυοκαρδιακού έργου (GWE) (από 93,6±5,0% σε 91,8±5,1%, p<0,01). Η αρτηριακή σκληρία αυξήθηκε, όπως καταδείχθηκε από την αύξηση της ταχύτητας διάδοσης του σφυγμικού κύματος (PWV) από 12,1±3,4 σε 12,6±3,5 m/s (p=0,03), ενώ παράλληλα επιδεινώθηκε η ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, όπως υποδηλώνεται από την αύξηση της περιοχής οριακής διείσδυσης (PBR) από 2,18±0,30 σε 2,27±0,30 (p=0,003). Η στεφανιαία μικροαγγειακή λειτουργία επιδεινώθηκε, με τη στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) να μειώνεται από 2,46±0,24 σε 2,33±0,28 (p<0,01). Κατά τη διάρκεια της εξάμηνης παρακολούθησης καταγράφηκαν μία πνευμονική εμβολή και ένα περιστατικό ανοσολογικά σχετιζόμενης μυοσίτιδας, χωρίς να σημειωθούν θάνατοι. Συμπεράσματα: Η θεραπεία με αναστολείς σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος συσχετίζεται με πρώιμες, υποκλινικές μεταβολές της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης, αυξημένη αρτηριακή σκληρία, διαταραχή της ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και έκπτωση της στεφανιαίας μικροαγγειακής λειτουργίας, ακόμη και όταν το κλάσμα εξώθησης παραμένει διατηρημένο. Απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση για τη διερεύνηση των μακροπρόθεσμων κλινικών επιπτώσεων των πρώιμων αυτών ευρημάτων.

Πίνακας 1. Μεταβολές καρδιακών, αγγειακών και μικροαγγειακών παραμέτρων

Κατηγορία	Παράμετρος	Έναρξη	6 μήνες	Μεταβολή (Δ)	p
Λειτουργία ΑΚ	LVEF (%)	56,3 ± 4,4	55,7 ± 4,4	-0,57 ± 1,91	0,07
	GLS (%)	-18,2 ± 3,1	-16,4 ± 2,9	11,73 ± 1,6	<0,01
	GWE (%)	93,6 ± 5,0	91,8 ± 5,1	-1,77 ± 1,99	<0,01
Αρτηριακή σκληρία	PWV (m/s)	12,1 ± 3,4	12,6 ± 3,5	+0,5 ± 1,3	0,03
Ενδοθηλιακός γλυκοκάλυκας	PBR (5–25 μm)	2,18 + 0,30	2,27 + 0,30	+0,09 + 0,18	0,003
Στεφανιαία μικροαγγειακή λειτουργία	CFR	2,46 ± 0,24	2,33 ± 0,28	-0,13 ± 0,19	<0,01

LVEF: Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (Left Ventricular Ejection Fraction). GLS: Ολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (Global Longitudinal Strain). GWE: Συνολική αποδοτικότητα μυοκαρδιακού έργου (Global Work Efficiency). PWV: Ταχύτητα διάδοσης του σφυγμικού κύματος (Pulse Wave Velocity). PBR: Perfused Boundary Region. CFR: Στεφανιαία εφεδρεία ροής (Coronary Flow Reserve). ΑΚ : Αριστερή κοιλία.

ΠΑ072|Η συσχέτιση της παγκρεατικής λιθιασικής πρωτεΐνης με τον κλινικό φαινότυπο και την πρόγνωση των ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια

13/11/26 · METIS / METIS

Γ. Σαράντου[1], Λ. Μπούμη[1], Σ. Μπεζάτη[2], Χ.ς Βέρρας[1], Ι. Ρήτα[1], Χ. Κρούπης[3], Ε. Πολυζωγοπούλου[1], Ι. Παρίσης[2], Β. Μπιστόλα[4]

[1]Πανεπιστημιακό Κλινική Επειγόντων Περιστατικών Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, [3] Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [4]Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Σκοπός Η παγκρεατική λιθιασική πρωτεΐνη (PSP) είναι ένας νέος βιοδείκτης με προγνωστική αξία στη σήψη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της PSP με τις κλινικές εκδηλώσεις και την πρόγνωση των ασθενών που προσέρχονται με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Ασθενείς και Μέθοδοι Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης στην οποία εντάχθηκαν ασθενείς με ΟΚΑ που προσήλθαν στο ΤΕΠ. Έγινε μέτρηση της PSP με παρακλίνια συσκευή (point-of-care testing). Έγινε συσχέτιση της PSP με τους κλινικούς φαινοτύπους της ΟΚΑ και εργαστηριακούς δείκτες και μελετήθηκε η προγνωστική αξία της για την ενδονοσοκομειακή θνητότητα και τη θνητότητα 30 ημερών. Αποτελέσματα Εντάχθηκαν 110 ασθενείς, μέσης ηλικίας (mean±SD) 73±10 έτη, 61.8% άνδρες. Η κατανομή των ασθενών ανάλογα με το φαινότυπο ΟΚΑ ήταν: 73 ασθενείς (66,4%) εμφάνιζαν απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, 26 (23.6%) οξύ πνευμονικό οίδημα, 7 (6.4%) καρδιογενή καταπληξία και 4 (3.6%) δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Η διάμεση (IQR) τιμή PSP ανάλογα με το φαινότυπο ΟΚΑ ήταν, αντίστοιχα: 72 (44-129)ng/mL, 85 (54-128)ng/mL, 153 (120-191)ng/mL και 171(56-348) ng/mL (p=0.039). Η PSP συσχετίστηκε σημαντικά με την ουρία (rho 0.454 p<0.001), τον eGFR (rho -0,437, p<0.001), την hsTroponinT (rho 0.353, p<0.001) και το suPAR (0.290, p=0.027). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 11.8% (n=13), ενώ στις 30 ημέρες 14.5% (n=16). Τα επίπεδα της PSP εμφάνισαν αριθμητικά υψηλότερη τιμή στους αποβιώσαντες έναντι των μη αποβιωσάντων ασθενών, τόσο ενδονοσοκομειακά όσο και στην παρακολούθηση 30 ημερών (Πίνακας). Συμπεράσματα: Η πρωτεΐνη PSP φαίνεται ότι συσχετίζεται με τους φαινοτύπους ΟΚΑ που συνοδεύονται από ελαττωμένη καρδιακή παροχή (καρδιογενής καταπληξία, οξεία δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια) έναντι των υπολοίπων φαινοτύπων ενώ μεγαλύτερες μελέτες χρειάζονται για την αξιολόγηση ρόλου της ως προγνωστικού δείκτη στην ΟΚΑ.

Πίνακας

	Ενδονοσοκομειακή θνητότητα			Θνητότητα 30 ημερών		
	Αποβιώσαντες (n=13)	**Μη αποβιώσαντες (n=97)**	**p-value**	**Αποβιώσαντες (n=16)**	**Μη αποβιώσαντες (n=93)[#]**	**p-value**
PSP, ng/ml*	108 (55.5-212)	75 (50-131)	0.141	122 (55.3-217.5)	75 (50-129)	0.111

*median (IQR)

[#]1 ασθενής lost to follow up.

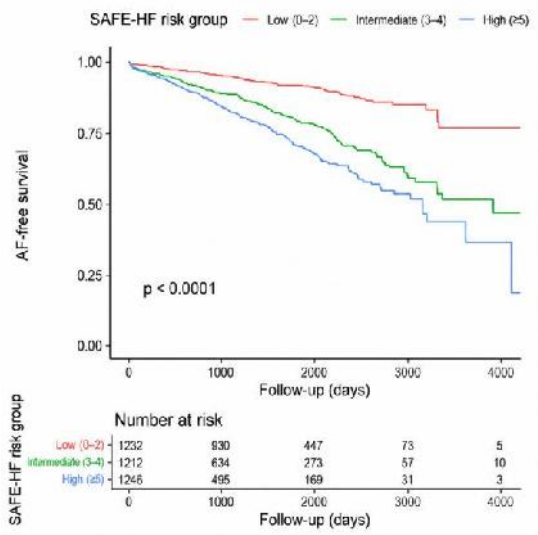
ΠΑ073|Ανάπτυξη και εξωτερική επικύρωση ενός κλινικού σκορ κινδύνου για εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια: η μελέτη SAFE-HF

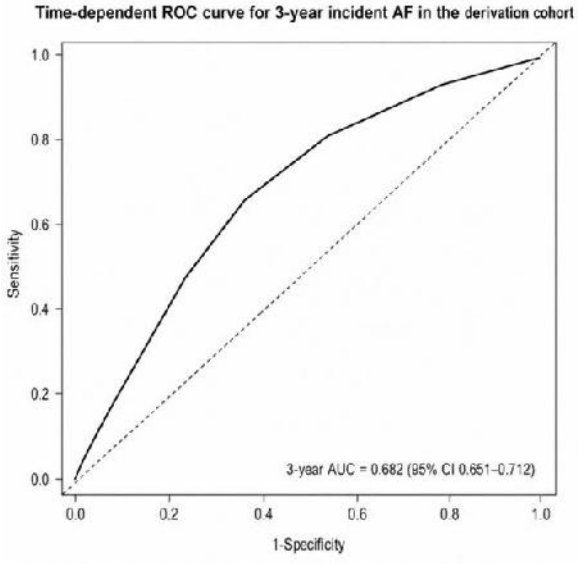
13/11/26 · METIS / METIS

Χ. Κωφός[1], Α. Σαμαράς[2], Α. Παπάζογλου[2], Δ. Μωυσίδης[2], Α. Μπεκιαρίδου[2], Π. Σταχτέας[3], Α.Νασουφίδου[3], Μ. Κοιλιάρη[4], Α. Τζίκας[3], Β. Καμπερίδης[2], Ε. Καραγιαννίδης[5], Α. Ζιάκας[2], Γ. Γιανακούλας[2]

[1]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, *[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[4]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*, *[5]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), ωστόσο τα ειδικά εργαλεία πρόβλεψης κινδύνου για πληθυσμούς με ΚΑ παραμένουν περιορισμένα. Στόχος μας ήταν η ανάπτυξη και εξωτερική επικύρωση ενός απλού κλινικού σκορ για την πρόβλεψη εμφάνισης ΚΜ σε ασθενείς με ΚΑ. Μέθοδος: Διεξήχθη αναδρομική πολυκεντρική μελέτη κοορτής που περιέλαβε 5.010 ασθενείς με ΚΑ από δεδομένα ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων (2012-2023). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδα ανάπτυξης (n=3.690) και εξωτερική ομάδα επικύρωσης (n=1.320). Η ανάπτυξη ΚΜ αξιολογήθηκε με ανάλυση time-to-event χρησιμοποιώντας μοντέλα αναλογικών κινδύνων Cox. Οι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες μετατράπηκαν σε ένα βαθμολογικό σύστημα (SAFE-HF score). Η απόδοση του μοντέλου αξιολογήθηκε με τον δείκτη C του Harrell, χρονικά εξαρτώμενη AUC, ανάλυση βαθμονόμησης, bootstrap επικύρωση και καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier. Αποτελέσματα: Τέσσερις μεταβλητές συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την εμφάνιση ΚΜ: ηλικία, οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, διάταση αριστερού κόλπου και σοβαρή υπερτροφία αριστερής κοιλίας. Το SAFE-HF σκορ κυμαινόταν από 0 έως 10 βαθμούς και κατηγοριοποιούσε τους ασθενείς σε ομάδες χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου με σημαντικά διαφορετική πορεία χωρίς ΚΜ (log-rank p<0,001) (Εικόνα 1). Το μοντέλο εμφάνισε μέτρια διακριτική ικανότητα στην ομάδα ανάπτυξης (C-index 0,638, 3-ετής AUC 0,682, Εικόνα 2) και διατήρησε την απόδοσή του στην εξωτερική επικύρωση (C-index 0,617, 3-ετής AUC 0,662). Επιπλέον, το SAFE-HF score πέτυχε σημαντικό διαχωρισμό της επιβίωσης χωρίς ΚΜ μεταξύ των ομάδων χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου (log-rank p<0,001). Η ανάλυση βαθμονόμησης έδειξε καλή συμφωνία μεταξύ προβλεπόμενου και παρατηρούμενου κινδύνου και στις δύο κοόρτες. Συμπεράσματα: Το SAFE-HF score αποτελεί ένα απλό εργαλείο πρόβλεψης εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, βασισμένο σε κλινικές και υπερηχοκαρδιογραφικές μεταβλητές που είναι εύκολα διαθέσιμες στην καθημερινή πράξη. Επιτρέπει πρακτική στρωματοποίηση κινδύνου και μπορεί να υποστηρίξει στοχευμένες στρατηγικές παρακολούθησης ρυθμού σε πληθυσμούς με ΚΑ.





ΠΑ074|Ο Δείκτης Ενδοθηλιακής Ενεργοποίησης και Στρες (EASIX) ως Προγνωστικός Δείκτης Θνητότητας στην Οξεία Καρδιακή Ανεπάρκεια: Προβλεπτική Αξία ανά Φαινότυπο Κλάσματος Εξώθησης Αριστερής Κοιλίας

13/11/26 · METIS / METIS

Σ.Α. Κυριακούδη[1], Χ. Κωφός[1], Μ. Φασούλα[1], Ά. Κόκκινος[2], Δ.Τσιμπίσης[1], Ν. Μάγγος[3], Λ. Βερβέρης[1], Σ. Διαμαντούδης[2], Μ. Μπαντίδος[4], Α. Αποστολοπούλου[1], Β. Φυντανίδου[5], Ε. Καραγιαννίδης[5]

[1]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [2]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [3]Λοιπά, [4]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [5]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Εισαγωγή: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια και υψηλό κίνδυνο θνητότητας. Ο δείκτης ενδοθηλιακής ενεργοποίησης και στρες (Endothelial Activation and Stress Index, EASIX), που βασίζεται σε εύκολα διαθέσιμες εργαστηριακές παραμέτρους (γαλακτική αφυδρογονάση, κρεατινίνη και αιμοπετάλια), αποτελεί έναν πιθανό δείκτη συστηματικού στρες και ενδοθηλιακής επιβάρυνσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας του EASIX για τη θνητότητα σε ασθενείς με ΟΚΑ και η αξιολόγηση της

απόδοσής του ανά φαινότυπο κλάσματος εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ), σε ασθενείς που προσήλθαν με απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).Μέθοδος:Αναλύθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ΟΚΑ που προσήλθαν στο ΤΕΠ του Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ. Ο δείκτης EASIX υπολογίστηκε κατά την εισαγωγή και εφαρμόστηκε λογαριθμικός μετασχηματισμός (log EASIX) λόγω ασύμμετρης κατανομής. Η συσχέτιση του log EASIX με τη θνητότητα αξιολογήθηκε με λογιστική παλινδρόμηση και ανάλυση Cox. Η διακριτική ικανότητα εκτιμήθηκε μέσω καμπυλών ROC. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση ανά φαινότυπο ΚΕΑΚ: HFpEF, HFmrEF και HFrEF. Αποτελέσματα: Στις αναλύσεις επιβίωσης συμπεριλήφθηκαν 563 ασθενείς , και παρατηρήθηκαν συνολικά 260 θανάτους. Ο EASIX συσχετίστηκε σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας στη λογιστική παλινδρόμηση (p<0,001). Στην ανάλυση Cox, κάθε αύξηση κατά μία μονάδα του συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θανάτου (HR 1,343, 95% CI 1,148-1,571, p<0,001). Η συνολική διακριτική ικανότητα του δείκτη ήταν μέτρια (AUC 0,583). Η προγνωστική αξία του EASIX διαφοροποιήθηκε σημαντικά ανά φαινότυπο ΚΕΑΚ. Σε ασθενείς με HFrEF, το συσχετίστηκε ισχυρά με τη θνητότητα (HR 1,723, 95% CI 1,368-2,172, p<0,001), παρουσιάζοντας μέτρια διακριτική ικανότητα (AUC 0,643, 95% CI 0,572-0,715). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση σε ασθενείς με HFpEF (HR 0,924, 95% CI 0,645-1,324, p=0,667) ή HFmrEF (HR 0,834, 95% CI 0,501-1,387, p=0,484). Η διαφορά απόδοσης κατά την ανάλυση ROC μεταξύ HFrEF και HFpEF ήταν στατιστικά σημαντική (δοκιμασία DeLong, p=0,012).Συμπεράσματα:Ο EASIX αποτελεί έναν απλό εργαστηριακό δείκτη που συσχετίζεται με τη θνητότητα στην ΟΚΑ, με την προγνωστική του αξία να εμφανίζεται κυρίως στον φαινότυπο HFrEF. Τα ευρήματα υποδεικνύουν πιθανή φαινοτυπικά ειδική χρησιμότητα του EASIX στη διαστρωμάτωση κινδύνου ασθενών με ΟΚΑ, με έμφαση στην αρχική εκτίμηση στο επίπεδο του ΤΕΠ.

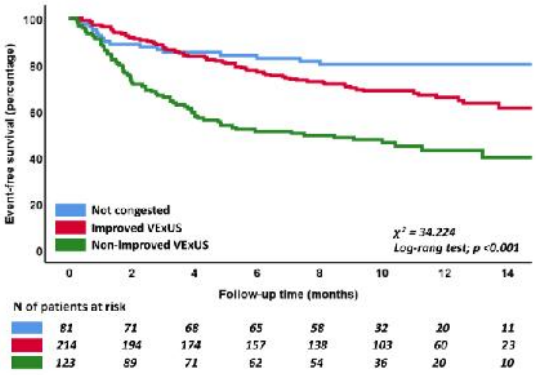
ΠΑ075|Determinants and prognostic value of persistent congestion assessed by venous excess ultrasound in acute heart failure

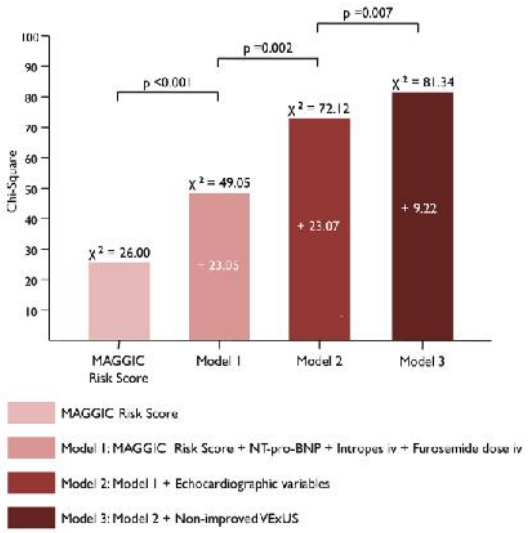
13/11/26 · METIS / METIS

M. Basha[1], V. Anastasiou[1], E. Stavropoulou[1], A. Nikolaidou[1], E. Fardoulis[1], C. Tsamtzidis[1], E. Peteinidou[1], E. Baltagianni[1], M. Didaggelos[1], G. Giannakoulas[1], T. Karamitsos[2], A. Ziakas[1], V. Kaberidis[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Background: Venous Excess Ultrasound (VExUS) enables reliable quantification of systemic venous congestion in acute heart failure (HF).However, the prognostic significance of persistent subclinical congestion at discharge remains poorly defined.Purpose To assess the prognostic significance of persistent subclinical systemic congestion at discharge on long-term clinical outcomes. Methods: All consecutive patients hospitalized for acute HF were prospectively enrolled (n=418). Comprehensive echocardiography andVExUS score were assessed at admission and prior to discharge. Subsequently, the patients were classified based on VExUS scoresas: non-congested (persistent score of 0; n=81), improved (≥1-point reduction; n=214), or non-improved (persistent congestionwithout score reduction; n=123). MAGGIC risk score was assessed based on patients' clinical characteristics. All patients werefollowed-up until the primary endpoint of all-cause mortality and HF rehospitalization. Results: The patients with Non-improved VExUS had significantly higher NTproBNP, worse renal function, and received higher doses offurosemide during their hospitalization. They had significantly larger right-sided chambers, reduced right ventricular free walllongitudinal strain, higher right-ventricular systolic pressure, higher MAGGIC risk scores and a greater prevalence of severetricuspid regurgitation compared to non-congested and to improved VExUS groups. Patients with non-improved VExUS hadsignificantly worse event-free survival compared to patients non-congested and improved-VExUS (Figure 1). Non-improved VExUS(HR 1.77; 95% CI 1.17–2.67; p=0.007), severe tricuspid regurgitation (HR 1.88; 95% CI 1.16–3.02; p=0.010), and intravenousloop-diuretic dose (HR 1.00, 95% CI 1.00-1.01, p=0.011) were independently associated with the primary endpoint. Inclusion ofVExUS non-improvement provided incremental prognostic value beyond the MAGGIC risk score, clinical, laboratory, andechocardiographic parameters (Figure 2).Conclusions: Patients with VExUS non-improvement during hospitalization for acute HF, had significantly worse event-free survival comparedwith the improved-VExUS and the non-congested patients. Integration of VExUS dynamic changes in HF management, mayenhance patient risk stratification beyond the well-recognized risk scores, clinical, biochemical and echocardiography parameters.





ΠΑ076|Ultrasonographic staging of cardiac damage in patients with acute heart failure

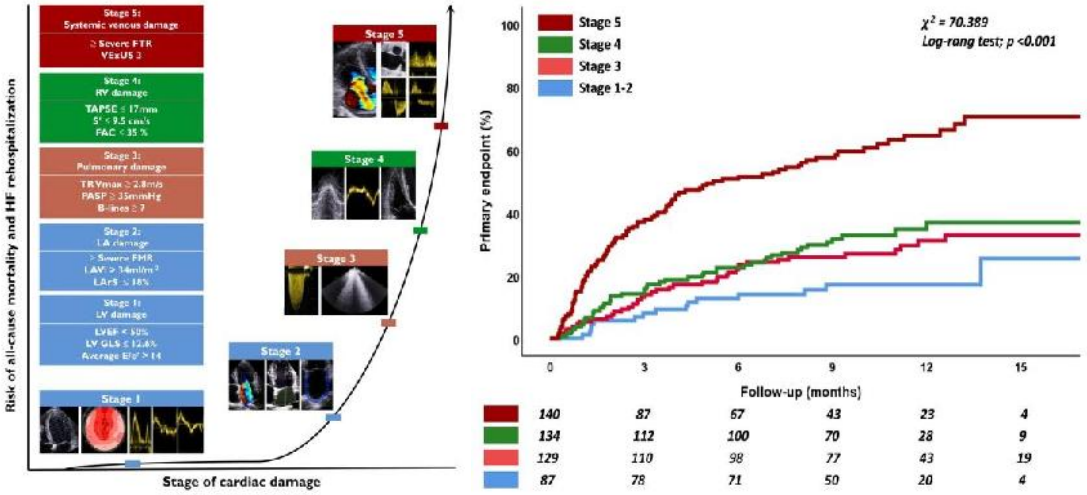
13/11/26 · METIS / METIS

V. Anastasiou[1], E. Stavropoulou[1], A. Nikolaidou[1], E. Fardoulis[1], C. Mantzios[1], S. Daios[1], T. Karamitsos[2], G. Giannakoulas[1], N. Ajmone-Marsan[3], J. J Bax[3], A. Ziakas[1], V. Kaberidis[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [3]Department of Cardiology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

Background: Available risk stratification strategies in heart failure (HF) largely rely on left ventricular ejection fraction and symptoms severity, which may lack pathophysiological reasoning. The aim of this study was to evaluate the prognostic impact of an ultrasonographic cardiac damage staging scheme using cardiac and extra-cardiac information in hospitalized acute HF patients. Methods: Consecutive hospitalized acute HF patients underwent cardiac and extra-cardiac ultrasonographic evaluation before discharge, including assessment of B-lines with lung ultrasound and venous congestion assessment with the venous excess ultrasound score. The extent of cardiac damage was classified in four groups: Stage 1-2 (left ventricular and left atrial damage), Stage 3 (pulmonary damage), Stage 4 (right ventricular damage), and Stage 5 (systemic venous damage). The primary endpoint was all-cause mortality and HF rehospitalization. Results: Out of the 490 patients included (73.4±11.9 years old, 59.4% male), 87 (17.8%) were classified in Stage 1-2, 129 (26.3%) in Stage 3, 134 (27.3%) in Stage 4, and 140 (28.6%) in Stage 5. After a mean follow-up of 12.0±2.6 months, 186 (38.0%) patients reached the primary endpoint. A stepwise increase in the percentage of cumulative events was observed across higher stages of cardiac damage (Stage 1-2: 17.2% , Stage 3: 29.5%, Stage 4: 32.8%, Stage 5: 63.6%, Log-rank p <0.001) (Picture 1). On multivariable analysis, NT-pro-BNP, hemoglobin, and the stage of cardiac damage were independently associated with the primary endpoint. For each increasing group, there was a 59% higher risk for the primary endpoint (adjusted hazard ratio 1.59 [95% CI, 1.29 – 1.96]; p <0.001) (Picture 2).

Conclusions: In hospitalized acute HF patients, a novel ultrasonographic cardiac damage staging scheme integrating cardiac and extra-cardiac information may help refine risk stratification at discharge.

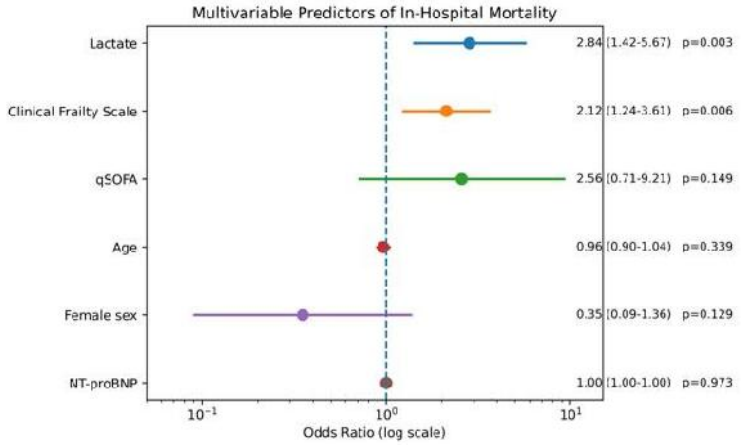


ΠΑ077|Frailty-Guided Risk Stratification in Acute Heart Failure: A Real-World Cohort Study

13/11/26 · METIS / METIS

A. Kyvetos [1], P. Gounopoulos[1], K. Alexopoulou[1], E. Giannopoulou[1], A. Trikas[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Acute heart failure (AHF) is associated with substantial morbidity and mortality, particularly among elderly and frail patients. Early identification of individuals at increased risk of adverse outcomes remains a major clinical challenge. We aimed to evaluate clinical, laboratory, hemodynamic, and frailty-related predictors of in-hospital mortality in patients hospitalized with AHF. Methods: We retrospectively analyzed 197 consecutive patients admitted with AHF at a tertiary referral center. Demographic characteristics, comorbidities, laboratory parameters, echocardiographic findings, hemodynamic profiles, and Clinical Frailty Scale (CFS) scores were collected. Survivors and non-survivors were compared using chi-square and independent-samples t-tests. Variables significantly associated with mortality were entered into a multivariable logistic regression model. Results: The mean age of the study population was 78.7±9.5 years and 44.2% were women. Overall in-hospital mortality was 11.7% (23/197). Compared with survivors, non-survivors had significantly higher frailty scores (CFS 6.78±1.45 vs. 4.67±1.62, p<0.001), qSOFA scores (2.65±0.57 vs. 1.60±0.77, p<0.001), NT-proBNP levels (14,956±8,374 vs. 8,743±8,661 pg/mL, p=0.002), and lactate concentrations (3.15±2.24 vs. 1.15±0.72 mmol/L, p<0.001), while exhibiting lower bicarbonate levels (18.6±4.5 vs. 22.3±2.8 mmol/L, p=0.001), lower mean arterial pressure (74.3±23.8 vs. 86.8±17.1 mmHg, p=0.022), and reduced left ventricular ejection fraction (32.2±11.6% vs. 39.4±12.3%, p=0.009). Mortality was significantly associated with hypotension (p<0.001), cold hemodynamic profile (p<0.001), qSOFA≥2 (p<0.001), NYHA III–IV symptoms (p<0.001), infection-triggered decompensation (p=0.001), anemia (p=0.017), and frailty (p=0.003). In multivariable analysis, only CFS (OR 2.12, 95% CI 1.24–3.61, p=0.006) and lactate (OR 2.84, 95% CI 1.42–5.65, p=0.003) remained independent predictors of in-hospital mortality. The final model demonstrated good performance (Nagelkerke R^2=0.568) with an overall classification accuracy of 92.4%. Conclusions: In this real-world cohort of patients hospitalized with acute heart failure, frailty emerged as a major determinant of in-hospital mortality, independently of age, sex, congestion severity, and established laboratory risk markers. The combination of frailty assessment and lactate measurement may offer a simple and clinically applicable approach for early identification of high-risk patients. Incorporating frailty into routine acute heart failure evaluation could enhance risk stratification and support more personalized care pathways.



ΠΑ078|Η επίδραση της συνδυαστικής θεραπείας MRA και SGLT2i στη θνησιμότητα ηλικιωμένων ασθενών με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Κουρεμέτη[1], Ε. Καραθάνου[1], Β. Κουλολιά[1], Ε. Μαρίνου[1], Ε. Κολιστάση[1], Π. Πάντου[1], Χ. Φραγκούλης[1], Ι. Λεοντσίνης[1], Ε.Δρη[1], Χ. Χρυσοχόου[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας και επανανοσηλειών, παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Στους ηλικιωμένους, ο κίνδυνος αυτός επιτείνεται από την κλινική κατάσταση, τη δυσανεξία στην πλήρη τετραπλή θεραπεία και τις πολλαπλές συννοσηρότητες. Σκοπός: Η αξιολόγηση της προγνωστικής επίδρασης του συνδυασμού MRA και SGLT2i όσον αφορά τον κίνδυνο επανανοσηλείας και θνησιμότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς με προχωρημένη HFrEF και HFpEF, μετά από προσαρμογή για τους κύριους κλινικούς παράγοντες κινδύνου. Μέθοδοι: Αυτή η αναδρομική μελέτη κοόρτης συμπεριέλαβε 1.540 ασθενείς (μέση ηλικία 75 ± 13 έτη, 50% άνδρες) που νοσηλεύτηκαν για προχωρημένη ΚΑ κατά την περίοδο 2020-2023. Το δείγμα περιελάμβανε ασθενείς με HFrEF (67%) και HFpEF, οι οποίοι έλαβαν εξιτήριο με τη βέλτιστη ανεκτή φαρμακευτική αγωγή. Διερευνήθηκε η επίδραση της συγχορήγησης MRA και SGLT2i στις επανανοσηλείες και τη θνησιμότητα. Αποτελέσματα: Κατά την παρακολούθηση (2-5 έτη), το 43% των ασθενών επανανοσηλεύτηκε για ΚΑ, ενώ το 54% απεβίωσε. Κατά την εισαγωγή, μόλις 9% ελάμβανε βέλτιστη δοσολογία θεραπείας με ARNI/ACEi. Κατά το εξιτήριο, το 3% ανέχθηκε την πλήρη τετραπλή φαρμακευτική αγωγή, ενώ στο 23% συνταγογραφήθηκε η διπλή θεραπεία. Στους ασθενείς με HFrEF, η θνησιμότητα συνδέθηκε με προχωρημένη ηλικία (76 έναντι 70 έτη), χρήση ινοτρόπων (23% έναντι 13%), ισχαιμική αιτιολογία (42% έναντι 30%), υψηλότερα επίπεδα NT-proBNP και κρεατινίνης κατά το εξιτήριο, καθώς και χαμηλότερη χρήση ACEi/MRA/SGLT2i ($p < 0,05$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση με προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, και τα επίπεδα κρεατινίνης και NT-proBNP, η διπλή θεραπεία (MRA/SGLT2i) αναδείχθηκε ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μείωσης της θνησιμότητας (OR = 0,24, $p = 0,004$). Στους ασθενείς με HFpEF, η θνησιμότητα συσχετίστηκε με προχωρημένη ηλικία, υψηλότερο NT-proBNP, χαμηλότερα επίπεδα νατρίου κατά το εξιτήριο, βαλβιδοπάθεια και χρήση ινοτρόπων. Μετά την προσαρμογή, η διπλή θεραπεία δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση στην επιβίωση, επιτυγχάνοντας μόνο μια οριακή τάση μείωσης των επανανοσηλειών. Συμπεράσματα: Σε ηλικιωμένους με προχωρημένη HFrEF, ο συνδυασμός MRA και SGLT2i είναι καλά ανεκτός και μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα και τις επανανοσηλείες. Στην HFpEF, η θνησιμότητα εξαρτάται από την προχωρημένη ηλικία και τη νεφρική λειτουργία, με περιορισμένο προγνωστικό όφελος από τη διπλή θεραπεία. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την ανάγκη για φαινοτυπικά στοχευμένη θεραπευτική διαχείριση στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

ΠΑ079|Μελέτη της επίδρασης των sglt-2i στις αρρυθμιολογικές παραμέτρους ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης που λαμβάνουν ψηλές δόσεις των θεμελιωδών φαρμάκων

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Ξηνταράκου[1], Ι. Αλεξανιαν[1], Σ. Ξυδώνας[1], Κ. Αλεξοπούλου[1], Ν. Μάγειρας[2], Σ. Ζιώγου[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ ΕΥΒΟΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Μεγάλες μελέτες έχουν αποδείξει τον ευεργετικό ρόλο των SGLT-2i στην πρόγνωση, στην αντίστροφη αναδιαμόρφωση και στην ελάττωση του αρρυθμιολογικού φορτίου σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF). Στις μελέτες αυτές το ποσοστό των ασθενών που ελάμβαναν σακουμπιτρίλη-βαλσαρτάνη (ARNI) και μάλιστα τις βέλτιστες δόσεις (≥50%της μέγιστης) (ARNI) ή αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου (ACEI) ή ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης ΙΙ (ARB), β-αναστολέων και αναστολέων υποδοχέων αλατοκορτικοειδών (MRA) ήταν χαμηλό και μη συμβατό με τη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής αντιαρρυθμικής δράσης των SGLT-2i σε ασθενείς με HFrEF που φέρουν ICD/CRT-D και λαμβάνουν ήδη σε πολύ μεγάλο ποσοστό ARNI και δόσεις ≥50% της μέγιστης στα θεμελιακά φάρμακα της HFrEF. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Κάθε ασθενής πριν την έναρξη των SGLT-2i και ένα έτος μετά υποβλήθηκε σε πλήρη κλινική εξέταση, ΗΚΓ, εργαστηριακό έλεγχο, πλήρη ηχωκαρδιογραφική μελέτη και έλεγχο συσκευής για να υπολογιστούν αρρυθμιολογικές παράμετροι. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το SPSS.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Συμπεριλήφθηκαν 66 ασθενείς με HFrEF με μέση ηλικία 66.45±12.44 (71% άνδρες) οι οποίοι ελάμβαναν ARNI [(78%), 75% σε δόσεις ≥50%], ACEI/ARB [(12%), 38% σε δόσεις≥50%], BB[(96%), 65% σε δόσεις ≥50%], MRA [(85%),91% σε δόσεις ≥50%]. Η έναρξη των SGLT2i ελάττωσε το συνολικό αριθμό επεισοδίων κοιλιακών αρρυθμιών [0.5 (0;6.25) vs. 0.0(0.0;0.75) (p:0.008). Ως προς τις υποκατηγορίες κοιλιακών αρρυθμιών παρατηρήθηκε μείωση των επεισοδίων μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (NSVT) [0 [0;5.25] vs. 0 [0;2.25] (p: 0.014)], ενώ τα επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας/μαρμαρυγής (SVT/VF) δεν ελαττώθηκαν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό (p:0.157). Επιπρόσθετα, η θεραπεία με SGLT2i ελάττωσε τον αριθμό των ασθενών με NSVT (p:0.037). Ο αριθμός των έκτακτων κοιλιακών συστολών (PVCs/h) ελαττώθηκε οριακά στατιστικά με τους SGLT2i (47.77±42.03 vs. 37.48±32.78, p:0.09). Η δόση β-αναστολέων συσχετίζεται αντίστροφα με τον αριθμό PVCs/h (rs: -0.345, p:0.05), ενώ δείκτες προχωρημένης αναδιαμόρφωσης όπως η διάμετρος της δεξιάς κοιλίας συσχετίζονται με τον συνολικό αριθμό κοιλιακών αρρυθμιών (rs:0.443, p:0.010) και με τον αριθμό επεισοδίων NSVT (rs:0.402, p:0.021). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Σε ασθενείς με HFrEF και ICD/CRT-D, υπό βέλτιστη αγωγή με μεγάλο ποσοστό σε ARNI και δόσεις ≥50% της μέγιστης στα θεμελιακά φάρμακα, η έναρξη SGLT2i προκαλεί μείωση των επεισοδίων κοιλιακής αρρυθμίας.

ΠΑ080|Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη συστηματική φλεγμονή σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια

13/11/26 · METIS / METIS

Φ. Ψύλλου[1], Σ. Μπουλούκου[1], Ι. Σταυρινούδης[1], Α. Παρασκευά[1], Γ. Περρή[1], Σ. Βουγαζιανός[1], Π. Βούτας[1], Ν. Παπαγιάννης[1], Ν. Σμυρνιούδης[1], Α. Καρτάλης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα σύνθετο κλινικό σύνδρομο, στην παθοφυσιολογία του οποίου η συστηματική φλεγμονή φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP) αποτελεί έναν εύκολα διαθέσιμο δείκτη χαμηλού βαθμού φλεγμονώδους ενεργοποίησης, ωστόσο τα κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα hsCRP στους ασθενείς με ΚΑ δεν έχουν πλήρως καθοριστεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάδειξη ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα hsCRP σε ασθενείς με χρόνια ΚΑ και αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα.Υλικά και Μέθοδοι:Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 252 διαδοχικοί ασθενείς με χρόνια ΚΑ, NT-proBNP>300 pg/mL και hsCRP≥2 mg/L. Καταγράφηκαν δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά, καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, νεφρική λειτουργία, καπνιστική συνήθεια και φαινότυπος ΚΑ βάσει κλάσματος εξώθησης. Λόγω μη κανονικής κατανομής της hsCRP πραγματοποιήθηκε λογαριθμικός μετασχηματισμός και εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για την αναγνώριση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη φλεγμονώδη ενεργοποίηση. Επιπλέον, οι ασθενείς διαστρωματώθηκαν σε τεταρτημόρια βάσει των τιμών hsCRP, με το ανώτερο τεταρτημόριο (Q4, hsCRP>,77 mg/L) να αντιπροσωπεύει τον υψηλότερο φλεγμονώδη φαινότυπο. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 74,2±9,2 έτη και το 69% ήταν άνδρες. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίαζε ΚΑ με διατηρημένο/ήπια μειωμένο κλάσμα εξώθησης (77,8%).

Η διάμεση hsCRP ήταν 6,07 mg/L (IQR 3,37–10,77). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, υψηλότερα επίπεδα hsCRP συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με χαμηλότερο eGFR (B=-0,010, p<0,001), αυξημένο BMI (B=0,025, p=0,015), ιστορικό καπνίσματος (B=0,381, p=0,014) και ενεργό κάπνισμα (B=0,419, p=0,021). Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκε ανεξάρτητη συσχέτιση μεταξύ κλάσματος εξώθησης και επιπέδων hsCRP. Οι ασθενείς στο υψηλότερο τεταρτημόριο hsCRP εμφάνισαν μεγαλύτερη συχνότητα σακχαρώδους διαβήτη, επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας και καπνιστικής έκθεσης.Συμπεράσματα:Σε ασθενείς με χρόνια ΚΑ, η συστηματική φλεγμονή σχετίζεται κυρίως με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος, καπνιστική έκθεση και νεφρική δυσλειτουργία, χωρίς να παρουσιάζει συσχέτιση με το κλάσμα εξώθησης. Η συχνότερη συνύπαρξη μεταβολικών και νεφρικών διαταραχών στους ασθενείς με την εντονότερη φλεγμονώδη ενεργοποίηση υποστηρίζει την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου καρδιονεφρομεταβολικού φλεγμονώδους προφίλ στην ΚΑ, το οποίο ενδέχεται να αποτελέσει στόχο μελλοντικών εξατομικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Table 1. Baseline Characteristics of the Study Population.

Variable	Overall (n=252)	hsCRP Q1-Q3 (n=189, 75%)	hsCRP Q4 (n=63, 25%)	p
Age (years)	74.2±9.9	73.8±9.5	75.5±8.9	0.216
Male sex, n (%)	174 (69.0%)	125 (66.1%)	49 (77.8%)	0.083
BMI (kg/m²)	29.2±6.0	29.1±5.7	29.5±6.7	0.628
eGFR(ml/min/1.73²)	50.3±23.4	52.9±23.6	42.7±20.8	0.003
Diabetes, n (%)	132 (52.4%)	90 (47.6%)	42 (66.7%)	0.009
Hypertension, n (%)	212 (84.1%)	157 (83.1%)	55 (87.3%)	0.426
Dyslipidemia, n (%)	216 (85.7%)	161 (85.2%)	55 (87.3%)	0.678
Coronary artery disease, n (%)	134 (53.2%)	101 (53.4%)	33 (52.4%)	0.884
Never smoker, n (%)	98 (38.9%)	81 (42.9%)	17 (27%)	0.025
Former smoker, n (%)	102 (40.5%)	68 (36%)	34 (54%)	0.012
Current smoker, n (%)	52 (20.6%)	40 (21.1%)	12 (19%)	0.719
HFpEF/HFmrEF n (%)	196 (77.8%)	150 (79.4%)	46 (73%)	0.284
HFrEF, n (%)	56 (22.2%)	39 (20.6%)	17 (27%)	0.284
hsCRP (mg/L)	6.07 (7.40)	4.74 (3.74)	28.74 (26.09)	<0.001
hsCRP (mg/L) (min-max)	2.0-70.0	2.0-10.76	10.77-70.0	-
NT-proBNP (pg/mL)	1294 (3325)	1297 (3089)	1169 (5192)	0.087

Categorical variables are presented as frequencies (n) with percentages (%). Continuous variables are presented as mean ± standard deviation if normally distributed or as median with interquartile range (IQR) if not normally distributed. hsCRP Q1-Q3: hsCRP values in the first three quartiles (0-75%), hsCRP Q4: hsCRP values in the fourth quartile (75-100%). BMI: Body Mass Index, eGFR: estimated glomerular filtration rate, HFpEF/HFmrEF: Heart Failure with preserved Ejection Fraction >41%, hsCRP: high sensitivity C-Reactive Protein, NT-proBNP: N-terminal pro-B-type natriuretic peptide.

Table 2. Independent clinical determinants of hsCRP levels.

Variable	B (95% CI)	p value
Age (per year)	0.004 (−0.011 to 0.020)	0.594
Male sex	0.034 (−0.276 to 0.343)	0.831
Hypertension	−0.035 (−0.352 to 0.281)	0.825
BMI (per kg/m²)	0.025 (0.005 to 0.046)	0.015
Dyslipidaemia	−0.119 (−0.467 to 0.228)	0.500
Diabetes mellitus	0.147 (−0.081 to 0.374)	0.205
eGFR (per ml/min/1.73 m²)	−0.010 (−0.016 to −0.004)	<0.001
Coronary artery disease	−0.147 (−0.408 to 0.114)	0.268
Former smoking (vs never)	0.381 (0.078 to 0.685)	0.014
Current smoking (vs never)	0.419 (0.064 to 0.774)	0.021

Dependent variable: log-transformed hsCRP; multivariable linear regression. hsCRP: high sensitivity C-Reactive Protein, BMI: Body Mass Index, eGFR: estimated glomerular filtration rate.

ORAL PRESENTATIONS

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

17.00-18.00 **Επείγουσα καρδιαγγειακή θεραπεία / Acute Cardiovascular Care**

Πρόεδροι: Π. Μπούνας (Αθήνα), Ε. Σδόγκος (Βέροια)
Chairpersons: P. Bounas (Athens), E. Sdogkos (Veroia)

ΠΑ081|Διπλή μηχανική θρομβεκτομή σε αιμοδυναμικά σταθερή ασθενή με καρκίνο και με υποτροπιάζουσα πνευμονική εμβολή ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου: ένα σπάνιο κλινικό περιστατικό

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Κάλλης[1], Ι. Πετρόπουλος[2], Π. Μανιφάβα[2], Σ. Λαγουδάκου[2], Μ.Ε. Τσελεγκίδη[3], Π. Ναστάτος[3], R. Patras[2], Δ. Δελιαλής[2], Α. Λογοθέτη[4], Ι. Ραφτόπουλος[5], Α. Φιλιππάτου[5], Ν. Πτώχης[5], Ε. Ρεπάσος[2], Ε. Τσαγάλου[3], Κ. Σταματελόπουλος[2]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α Αλεξάνδρα, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [5]ΓΕΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με πνευμονική εμβολή (ΠΕ) ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου αποτελούν ετερογενή ομάδα, με αυξημένο κίνδυνο πρώιμης αιμοδυναμικής επιδείνωσης, αλλά χωρίς σαφώς καθορισμένο βέλτιστο χρόνο επεμβατικής παρέμβασης. Η συστηματική θρομβόλυση περιορίζεται από τον αιμορραγικό κίνδυνο, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κακοήθεια ή σημαντικές συννοσηρότητες, ενώ τα δεδομένα για τη μηχανική θρομβεκτομή έναντι της αποκλειστικής αντιπηκτικής αγωγής παραμένουν περιορισμένα. Παρουσιάζεται σπάνιο περιστατικό υποτροπιάζουσας ΠΕ ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου, με κλινική επιδείνωση παρά την αντιπηκτική αγωγή, που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με δύο μηχανικές θρομβεκτομές. Περίληψη περιστατικού: Γυναίκα 54 ετών, με ιστορικό προχωρημένου καρκίνου ουροδόχου κύστεως, προσήλθε λόγω δύσπνοιας και θωρακικού άλγους. Κατά την προσέλευση ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, αλλά με σημαντική υποξυγοναιμία. Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, RBBB και πρότυπο SIQIIITIII, ενώ η hs-cTnI ήταν αυξημένη (1.200 ng/L). Το διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα ανέδειξε ικανοποιητική συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (ΚΕ:55%) και σημαντική επιβάρυνση της δεξιάς κοιλίας, με συστολοδιαστολική επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, διάταση και επηρεασμένη συστολική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας, σημείο 60/60, αυξημένες πιέσεις στην πνευμονική αρτηρία και διατεταμένη κάτω κοίλη φλέβα χωρίς αναπνευστική διακύμανση. Η αξονική πνευμονική αγγειογραφία ανέδειξε πολλαπλά ελλείμματα πλήρωσης αμφοτερόπλευρα, στον διχασμό, στους κύριους και στους τμηματικούς κλάδους των πνευμονικών αρτηριών.Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη. Λόγω κλινικής και αερομετρικής επιδείνωσης, παρά την αιμοδυναμική σταθερότητα, παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο και υποβλήθηκε σε μηχανική αναρρόφηση θρόμβου από την πνευμονική αρτηρία, την αριστερή λαγόνιο και την κάτω κοίλη φλέβα, με σημαντική βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Δέκα ημέρες μετά την έξοδο, υπό αγωγή με ενοξαπαρίνη, επανεισήχθη με υποτροπή ΠΕ και υποβλήθηκε εκ νέου επιτυχώς σε μηχανική θρομβεκτομή πνευμονικής αρτηρίας. Η αντιπηκτική αγωγή εντατικοποιήθηκε με καθοδήγηση από τα επίπεδα anti-Xa. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, με χαμηλές ανάγκες οξυγόνου και ήπια βελτίωση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας. Συμπέρασμα: Η υποτροπιάζουσα ΠΕ ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου σε ασθενή με κακοήθεια αποτελεί σπάνιο και ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου κλινικό σενάριο. Η ανάγκη διπλής μηχανικής θρομβεκτομής αναδεικνύει το θεραπευτικό κενό ως προς τον βέλτιστο χρόνο παρέμβασης σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς με υψηλό θρομβωτικό φορτίο, υποτροπή ή πρώιμη κλινική/αερομετρική επιδείνωση. Σε επιλεγμένους ασθενείς, η έγκαιρη μηχανική θρομβεκτομή σε εξειδικευμένα κέντρα μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή διάσωσης, πιθανώς συμβάλλοντας σε καλύτερη έκβαση, μείωση των επανεισαγωγών και περιορισμό της εμμένουσας θρομβοεμβολικής επιβάρυνσης.



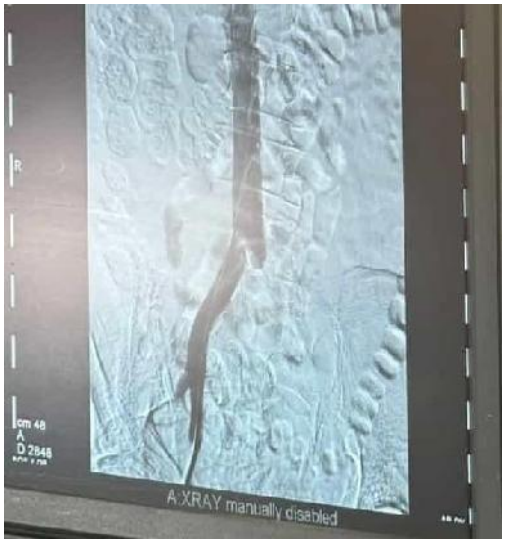
ΠΑ082|Ταχεία επιδείνωση ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου πνευμονικής εμβολής με αντένδειξη θρομβόλυσης: ο ρόλος της υπερηχοκαρδιογραφίας και της διαδερμικής θρομβεκτομής

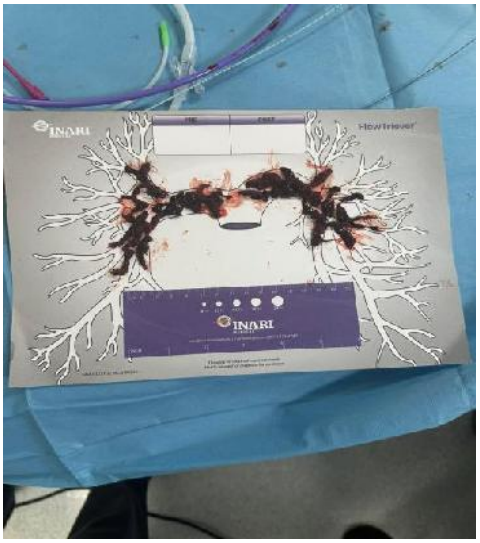
13/11/26 · METIS / METIS

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Κ. Βασιλειάδης[2], Γ. Ματθαιόπουλος[2], Δ. Νικητόπουλος[2], Β. Βασιλάκη[2], Π.Δρίτσα[1], Χ. Μαντής[2], Ν. Καυκάς[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή αποτελεί δυναμική κλινική οντότητα και μπορεί να επιδεινωθεί ταχέως ακόμη και σε ασθενείς που αρχικά εμφανίζονται αιμοδυναμικά σταθεροί. Η διαστρωμάτωση κινδύνου δεν πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά σε κλινικά scores, αλλά να περιλαμβάνει βιοδείκτες μυοκαρδιακής καταπόνησης και υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της δεξιάς κοιλίας. Παρουσιάζεται περιστατικό πνευμονικής εμβολής με αρχικά ήπια κλινική εικόνα, ταχεία αιμοδυναμική επιδείνωση και αντιμετώπιση με διαδερμική θρομβεκτομή λόγω αντένδειξης θρομβόλυσης. Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 74 ετών, χωρίς γνωστό ιατρικό ιστορικό, προσήλθε μετά από παροδική απώλεια συνείδησης. Την προηγούμενη ημέρα είχε αναφερθεί παροδική πτώση γωνίας στόματος και δυσαρθρία διάρκειας περίπου μίας ώρας, με αυτόματη αποδρομή. Κατά την παραμονή του στο Τμήμα Επειγόντων εμφάνισε βραχύ τονικοκλονικό σπασμό. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε δεξιά βρεγματική υπόπυκνη βλάβη, συμβατή με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ακαθόριστου χρόνου έναρξης. Ο αρχικός καρδιολογικός και αγγειακός έλεγχος δεν ανέδειξε σαφή εμβολική πηγή.Την έκτη ημέρα νοσηλείας, πριν από το προγραμματισμένο εξιτήριο, παρατηρήθηκε οίδημα δεξιού κάτω άκρου. Το triplex φλεβών ανέδειξε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση της δεξιάς κοινής μηριαίας φλέβας, ενώ η αξονική πνευμονική αγγειογραφία επιβεβαίωσε πνευμονική εμβολή σε τμηματικούς κλάδους αμφοτέρων των πνευμονικών αρτηριών. Παρά τη χαμηλή κλινική βαρύτητα και το PESI class II, η αυξημένη τροπονίνη, το αυξημένο BNP και η ήπια δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας οδήγησαν σε ταξινόμηση ως ενδιάμεσου-υψηλού κινδύνου πνευμονική εμβολή και σε συνέχιση της νοσηλείας. Δεκατέσσερις ώρες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε υπόταση, διαταραχή επιπέδου συνείδησης και ήπια υποξαιμία. Το επείγον υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε διάταση δεξιάς κοιλίας, μειωμένο TAPSE, D-shaped αριστερή κοιλία και σημείο McConnell, επιβεβαιώνοντας εξέλιξη σε υψηλού κινδύνου πνευμονική εμβολή. Λόγω πιθανώς πρόσφατου ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, η θρομβόλυση θεωρήθηκε αντένδειξη. Μετά από διεπιστημονική απόφαση, πραγματοποιήθηκε διαδερμική κατευθυνόμενη θρομβεκτομή, με αφαίρεση εμβολικού υλικού από αμφότερες τις πνευμονικές αρτηρίες και ταχεία αιμοδυναμική βελτίωση. Μετά την παρέμβαση, η αγγειοσυσπαστική υποστήριξη διακόπηκε και η λειτουργία της δεξιάς κοιλίας αποκαταστάθηκε εντός δύο ημερών.ΣυμπεράσματαΤο περιστατικό αναδεικνύει ότι η πνευμονική εμβολή δεν πρέπει να χαρακτηρίζεται χαμηλού κινδύνου μόνο βάσει κλινικών scores. Η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση της δεξιάς κοιλίας και οι καρδιακοί βιοδείκτες είναι καθοριστικοί για την ορθή διαστρωμάτωση και την έγκαιρη θεραπευτική κλιμάκωση. Όταν η θρομβόλυση αντενδείκνυται, η διαδερμική θρομβεκτομή αποτελεί σημαντική εναλλακτική στρατηγική επαναιμάτωσης.





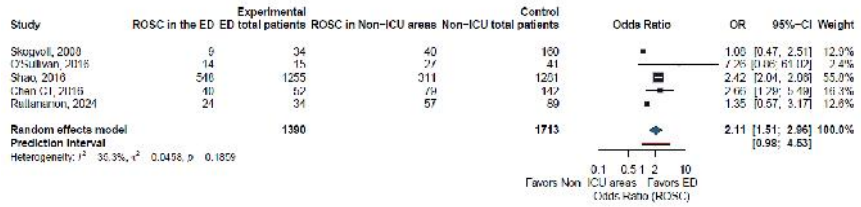
ΠΑ083|Location of in-hospital cardiac arrest: a meta-analysis of short-term outcomes between emergency department and in-patient settings

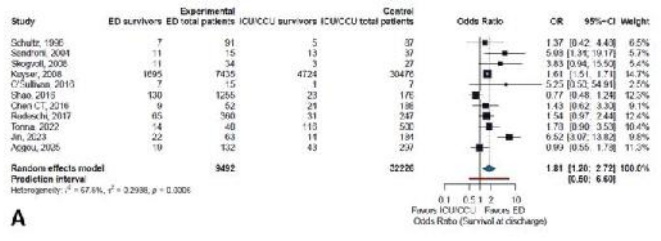
13/11/26 · METIS / METIS

Δ. Κοσμίδης[1], Χ. Κωφός[2], Ε. Καραγιαννίδης[3], Α. Αποστολοπούλου[2], Μ. Μπαντίδος[4], Μ. Φασούλα[2], Ν. Φραγκάκης[5], Α. Αρβανιτάκη[5], Β. Φυντανίδου[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, [4]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background and Aim: In-hospital cardiac arrest (IHCA) is a highly complex entity carrying significant short-term mortality and morbidity, despite advances in cardiopulmonary resuscitation protocols during the last decades. The purpose of this study was to compare short-term outcomes in patients experiencing IHCA in the emergency department (ED) versus intensive care unit (ICU) and non-ICU areas. Materials and Methods: A systematic search of the literature in PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus and Web of Science until December 2025 was conducted. Eligibility criteria were previously published studies including adolescents and adults with IHCA in different locations (ED, ICU areas, non-ICU areas). The primary outcomes were: a) return of spontaneous circulation (ROSC), b) survival at hospital discharge. Comparisons of the primary outcomes between ED and ICU and ED and non-ICU areas were conducted using odds-ratio meta-analyses. Results: Regarding ROSC, 5 out of 133 studies including 3,534 patients with IHCA were analysed. No significant difference in ROSC rate between ED and ICU patients was found (odds ratio, 0.87; 95% CI, 0.52 to 1.48; p = 0.62). In contrast, ED patients demonstrated a significantly higher ROSC rate compared with non-ICU patients (odds ratio, 2.11; 95% CI, 1.51 to 2.96; $p < 0.0001$; Figure 1). Sufficient data regarding survival at discharge among different locations was provided in 12/133 studies including 68,505 patients with IHCA. Survival at discharge was higher in ED patients compared with ICU (odds ratio, 1.81; 95% CI, 1.2 to 2.72; p = 0.004; Figure 2A) and also compared with non-ICU patients (odds ratio, 1.62; 95% CI, 1.13 to 2.32; p = 0.008; Figure 2B).Conclusions: Short-term outcomes after IHCA vary among different locations. When comparing IHCA between the ED and ICU, ROSC did not differ, yet ED patients demonstrated higher survival rate at discharge, potentially reflecting the more advanced disease status of ICU patients. When comparing IHCA between the ED and non-ICU areas, ED patients had significantly higher ROSC and survival at discharge rates.





ΠΑ084|Επιθετική στρατηγική ελέγχου ρυθμού υπό καθοδήγηση από ηλεκτροφυσιολόγο μειώνει σημαντικά τις νοσηλείες ασθενών με κολπική μαρμαρυγή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Μελέτη HEROMEDICUS

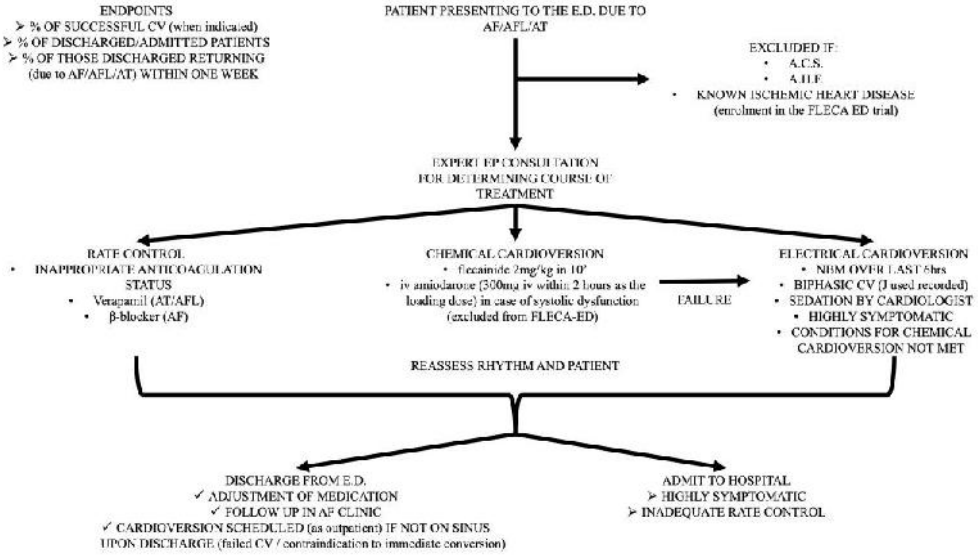
13/11/26 · METIS / METIS

Νικόλαος Αργυρίου[1], Δ. Τσιαχρής[1], Π. Τσιούφης[1], Α. Κορδαλής[1], Χ.Κ. Αντωνίου[1], Α.Ε. Καρανικόλα[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Φ. Τατάκης[1], Ε. Δρή [1], Π. Θεοφίλης[1], Μ. Κουρεμέτη[1], Α. Λαϊνά[1], Ι. Λεοντσίνης[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη αρρυθμία που αντιμετωπίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα, το 60% των ασθενών με ΚΜ που προσέρχονται στο ΤΕΠ οδηγούνται σε νοσηλεία. Η μελέτη HEROMEDICUS οδήγησε σε εφαρμογή επιθετικής στρατηγικής ελέγχου του ρυθμού, καθοδηγούμενης από ηλεκτροφυσιολόγο, για την αντιμετώπιση της ΚΜ στην οξεία φάση. Σκοπός : Σκοπός της παρούσας ανάλυσης ήταν η σύγκριση των ποσοστών εισαγωγής ασθενών με ΚΜ πριν και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου HEROMEDICUS στο ΤΕΠ. Μεθοδολογία Διενεργήθηκε αναδρομική καταγραφή των περιστατικών με κολπική μαρμαρυγή, κολπικό πτερυγισμό ή κολπική ταχυκαρδία που προσήλθαν στο ΤΕΠ από Σεπτέμβριο 2021–Σεπτέμβριο 2023, με αξιολόγηση των ποσοστών εισαγωγής. Ακολούθως, από τον Σεπτέμβριο 2023- Σεπτέμβριο 2025 εφαρμόστηκε το πρωτόκολλο HEROMEDICUS. Σε ασθενείς χωρίς επαρκή αντιπηκτική κάλυψη επιλέχθηκε στρατηγική ελέγχου συχνότητας και προγραμματισμένη ηλεκτρική ανάταξη. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις χορηγήθηκε ενδοφλέβια φλεκαϊνίδη, ενώ σε αποτυχία της θεραπείας ή παρουσία αντενδείξεων ακολουθήθηκε ηλεκτρική ανάταξη. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο αποτέλεσαν η ασφάλεια του πρωτοκόλλου και η αποτελεσματικότητά του, όπως εκτιμήθηκε από το ποσοστό εισαγωγών.ΑποτελέσματαΚατά την περίοδο πριν από την εφαρμογή του πρωτοκόλλου (09/2021–09/2023), πραγματοποιήθηκαν 14.360 επισκέψεις στο καρδιολογικό ΤΕΠ, εκ των οποίων οι 715 αφορούσαν κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), ενώ 300 ασθενείς (41,9%) εισήχθησαν στην καρδιολογική κλινική. Στην περίοδο εφαρμογής του πρωτοκόλλου (09/2023–09/2025), καταγράφηκαν 277 περιστατικά, συμπεριλαμβανομένων 234 με ΚΜ, 28 με κολπικό πτερυγισμό και 15 με κολπική ταχυκαρδία. Στρατηγική ελέγχου συχνότητας εφαρμόστηκε στο 17% των ασθενών, ενώ αυτόματη ανάταξη παρατηρήθηκε στο 12,6%. Με ενδοφλέβια χορήγηση φλεκαϊνίδης ανατάχθηκαν 61 από τους 85 ασθενείς (71,7%), ενώ οι υπόλοιποι 22 ανατάχθηκαν ηλεκτρικά. Η ηλεκτρική ανάταξη πέτυχε σε 112 από τους 116 ασθενείς. Συνολικά, φλεβοκομβικός ρυθμός αποκαταστάθηκε στο 71% των ασθενών και το ποσοστό εισαγωγών μειώθηκε στο 4,6%, έναντι 41,9% κατά την προ της εφαρμογής περίοδο (p<0,001). Συμπεράσματα Η εφαρμογή

επιθετικής στρατηγικής ελέγχου του ρυθμού με καθοδήγηση ηλεκτροφυσιολόγου στο ΤΕΠ οδηγεί σε δραματική μείωση των εισαγωγών ασθενών με ΚΜ με επακόλουθο όφελος στο σύστημα υγείας και στην κλινική έκβαση των ασθενών



ΠΑ085|Η προγνωστική αξία δεικτών αρτηριακής σκληρίας σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια

13/11/26 · METIS / METIS

Ρ. Σασών[1], Β. Μπιστόλα[2], Ε. Πολυζωγοπούλου, Ι. Οικονομίδης[3], Ι. Παρίσης[3]

[1]401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) χαρακτηρίζεται από αιφνίδια νέα εμφάνιση συμπτωμάτων είτε ταχέως επιδεινούμενη συμπτωματολογία και συχνά απαιτεί άμεση ιατρική παρέμβαση και νοσηλεία. Οι μεταβολές του αρτηριακού τόνου επηρεάζουν τις συνθήκες φόρτισης των κοιλιών και πιθανά συμβάλλουν στην παθοφυσιολογία της ΟΚΑ. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συσχέτιση της αορτικής σκληρίας και των μεταβολών αυτής με τον φαινότυπο και την πρόγνωση των ασθενών με ΟΚΑ. Μέθοδος: Διενεργήθηκε μια προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς με ΟΚΑ που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του κέντρου μας και νοσηλεύθηκαν σε διάστημα 10 μηνών. Κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ (φάση 1) και 3 ημέρες μετά (φάση 2) μετρήθηκε η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV) ως δείκτης αρτηριακής σκληρίας. Έγινε συσχέτιση της PWV1 και PWV2 και της σχετικής μεταβολής [ΔPWV=(PWV1-PWV2)/PWV1] με τον φαινότυπο της ΟΚΑ ανάλογα με το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) (HFrEF, HFmrEF, HFpEF), και με την πρόγνωση των ασθενών κατά τη νοσηλεία (ενδονοσοκομειακή θνητότητα) και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (θνητότητα και επανανοσηλείες λόγω ΟΚΑ στις 30 ημέρες).Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 130 ασθενείς, μέσης ηλικίας 75±11 έτη, εκ των οποίων 87 (67%) άνδρες. Ο φαινότυπος ΟΚΑ ανάλογα με το ΚΕΑΚ ήταν: 75 (57.7%) HFrEF, 28 (21.5%) HFmrEF, και 27 (20.8%) HFpEF. Η μέση(±SD) PWV κατά την προσέλευση ανά φαινότυπο ΚΑ ήταν αντίστοιχα: 10.8±2.1, 11.6±2.0, και 12.1±1.9 (p=0.008). Κατά την 3η ημέρα μετά την εισαγωγή ήταν: 10.7±1.9, 11.8±1.6, και 11.4±1.9 (p=0.062). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη ΔPWV μεταξύ των υπο-ομάδων ΚΕΑΚ (p=0.867). Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 5.4% (n=7/130). Η θνητότητα στις 30 ημέρες μετά το εξιτήριο ήταν 23.6% (n=29/123), ενώ η συχνότητα επανανοσηλείας λόγω ΟΚΑ ήταν 65.9% (n=81/123). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία των δεικτών PWV1, PWV2 και ΔPWV για την ενδονοσοκομειακή θνητότητα και τη θνητότητα 30 ημερών (όλες οι τιμές p>0.05). Ωστόσο, η PWV2 προέβλεπε τον κίνδυνο επανανοσηλείας στις 30 ημέρες (OR, 95%CI: 0.717, 0.541-0.951, p=0.021).Συμπέρασμα: Η ελάττωση της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος στην αορτή συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επανανοσηλείας σε ασθενείς με ΟΚΑ, πιθανώς αντανακλώντας τη σημασία της διατήρησης αγγειοδραστικότητας στην έκβαση της ΟΚΑ. Λέξεις–κλειδιά: οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, αορτική σκληρία, ταχύτητα σφυγμικού κύματος

ΠΑ086|Επίδραση της Εξωσωματικής Μεμβρανώδους Οξυγόνωσης (ECMO) στην φαρμακοκινητική νεογνικών ασθενών. Αναδρομική μελέτη παρατήρησης.

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Α. Γρηγοράκου[1], Α. Γιαννακοπούλου[2], Μ. Μαυρικίου[3], Α. Μπελεγρίνος[4]
[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Νοσοκομείο Αττικον, [4]ΕΚΠΑ

Σκοπός: Η εξωσωματική μεμβρανώδης οξυγόνωση (Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO) αποτελεί καθιερωμένη θεραπευτική επιλογή για την υποστήριξη βαρέως πασχόντων νεογνών. Καθώς η αναπτυξιακή ανωριμότητα των νεογνών δυσχεραίνει την επίτευξη αποτελεσματικής καταστολής, το ECMO μεταβάλλει περαιτέρω τη φαρμακοκινητική των χορηγούμενων φαρμάκων. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας των κατασταλτικών φαρμάκων πρώτης γραμμής σε νεογνά υποστηριζόμενα με ECMO. Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη διάρκειας 7 ετών σε νεογνά που νοσηλεύτηκαν σε Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ Παίδων. Συγκρίθηκαν νεογνά που υποστηρίχθηκαν με ECMO (n=6), με βαρέως πάσχοντα νεογνά που υποστηρίχθηκαν με συμβατικές μεθόδους (n=11). Αναλύθηκαν οι πρώτες τέσσερις μετεγχειρητικές ημέρες. Αφού επιβεβαιώθηκε η ομοιογένεια των ομάδων ως προς την ηλικία, το σωματικό βάρος και τη διεγχειρητική καταστολή, αξιολογήθηκαν α) η συνολική δόση δεξμεδετομιδίνης και φαιντανύλης (μg/kg/4ήμερο), β) οι ρυθμοί έγχυσης (μg/kg/h), για κάθε 24ωρο και γ) η συσχέτιση της υπερφόρτωσης υγρών με τις απαιτήσεις σε κατασταλτικά. Αποτελέσματα: Σχεδόν όλα τα νεογνά έλαβαν αποκλειστικά δεξμεδετομιδίνη και φαιντανύλη. Η συνολική δόση δεξμεδετομιδίνης δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων (88,94 έναντι 96,09 μg/kg, p=0,522). Αντίστοιχα, η συνολική δόση φαιντανύλης ήταν αριθμητικά υψηλότερη στην ομάδα ECMO (166,19 έναντι 153,53 μg/kg), χωρίς στατιστική σημαντικότητα (p=0,518). Οι ημερήσιοι ρυθμοί έγχυσης δεξμετομιδίνης παρέμειναν συγκρίσιμοι μεταξύ των 2 ομάδων (όλες οι τιμές p>0,05), ενώ παρατηρήθηκε ήπια αύξηση της ωριαίας χορήγησης φαιντανύλης, μη στατιστικά σημαντικής, κατά τη δεύτερη και τρίτη μετεγχειρητική ημέρα στην ομάδα ECMO. Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ υπερφόρτωσης υγρών και απαιτήσεων σε δεξμεδετομιδίνη ή φαιντανύλη. Συμπεράσματα: Το ECMO δεν φαίνεται να επηρεάζει τη φαρμακοκινητική ανταπόκριση της δεξμεδετομιδίνης. Αντίθετα, παρατηρήθηκε μικρή αύξηση των αναγκών φαιντανύλης, ιδιαίτερα κατά τη δεύτερη και τρίτη ημέρα υποστήριξης. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για τη βελτιστοποίηση των πρωτοκόλλων καταστολής και της φαρμακοθεραπείας στα νεογνά υπόστηριζόμενα με ECMO.

ΠΑ087|Επιτυχής εφαρμογή ενδοαρτικής αντλίας αντιώθησης (iabp) σε ασθενή με σύνδρομο takotsubo και καρδιογενή καταπληξία

13/11/26 · METIS / METIS

Β. Γόγολας[1], Π. Μπούνας[1], Κ.Κ. Τζιάλλας[1], Ε. Βιλλιώτης[1], Ν. Τάκουλας[1], Ά. Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή-Σκοπός: Το σύνδρομο Takotsubo συγκαταλέγεται στις περιπτώσεις εμφράγματος μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτική νόσο των στεφανιαίων αρτηριών (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries,MINOCA). Χαρακτηρίζεται από οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, διαδράμει για ένα διάστημα 2-4 εβδομάδων και ακολούθως υποστρέφει. Ωστόσο δύναται να επιπλακεί με επείγουσες-απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις όπως κακοήθεις αρρυθμίες ή μηχανικές επιπλοκές. Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με σύνδρομο Takotsubo και καρδιογενή καταπληξία στην οποία εφαρμόσθηκε επιτυχώς μηχανική υποβοήθηση της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) με IABP.Υλικό-Μέθοδοι: Γυναίκα 68 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενη προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια από ωρών με συνοδό προκάρδιο άλγος έπειτα από έντονη συναισθηματική φόρτιση. Ζωτικά Σημεία: ΑΠ: 85/50mmHg,ΚΣ: 125bpm,SpO2:89%. ΗΚΓ: κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση και κατάσπαση του διαστήματος ST V4-6 ~1mm. Εργαστηριακός έλεγχος: αύξηση βιοδεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης (hscTnT: 290pg/ml) και αυξημένο NT-proBNP (800pg/ml).Ύστερα από αδρή υπερηχογραφική εκτίμηση διαπιστώθηκε σοβαρά επηρεασμένη συστολική απόδοση της ΑΚ με κλάσμα εξώθησης~30%, μικρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας και απουσία απόφραξης του χώρου εξόδου της ΑΚ. Λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας τύπου ΙΙ τέθηκε σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για στεφανιογραφία. Αποτελέσματα: Αφού τοποθετήθηκε IABP διενεργήθηκε στεφανιογραφία κατά την οποία τα στεφανιαία αγγεία παρουσίαζαν ήπιες αθηρωματικές αλλοιώσεις χωρίς αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις. Η κοιλιογραφία με καθετήρα pigtail επιβεβαίωσε την τυπική εικόνα συνδρόμου Takotsubo με ακινησία κορυφής,κορυφαίων και μέσων τμημάτων της ΑΚ και υπερσυσπαστικότητα των βασικών τμημάτων αυτής.Η ασθενής

μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εμφραγμάτων, έλαβε υποστηρικτική θεραπεία και παρέμεινε σε μηχανική υποβοήθηση της ΑΚ για 5 ημέρες. Παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της αιμοδυναμικής της κατάστασης, αποσωληνώθηκε επιτυχώς και έλαβε εν τέλει εξιτήριο μετά από συνολική νοσηλεία δώδεκα ημερών. Στον επανέλεγχο μετά από τρεις εβδομάδες εμφάνιζε φυσιολογική συστολική απόδοση της ΑΚ με κλάσμα εξώθησης 50%. Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Takotsubo όταν επιπλέκεται από καρδιογενή καταπληξία συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα. Τα διαθέσιμα δεδομένα για τη μηχανική υποβοήθηση της ΑΚ είναι περιορισμένα και προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, χωρίς σαφή υπεροχή κάποιας συσκευής έναντι άλλης. Η εφαρμογή της ευρέως διαδεδομένης και εύκολα διαθέσιμης IABP (επί απουσίας απόφραξης του χώρου εξόδου της ΑΚ) μπορεί σε επιλεγμένους ασθενείς να αποτελέσει αποτελεσματική θεραπεία-γέφυρα έως την αποκατάσταση της αναστρέψιμης δυσλειτουργίας του μυοκαρδίου.

ΠΑ088|Καρδιαγγειακή επιβάρυνση και θνητότητα σε οξέα περιστατικά μονάδας εντατικής θεραπείας: πενταετής αναδρομική ανάλυση.

13/11/26 · METIS / METIS

Σ. Λιναρδάκης[1], Ά. Κορομπέλη[2], Σ. Κόλλια[2], Κ. Στριγκλής[2], Ν. Κώστα[2], Έ. Καρακικέ[2], Α. Γαβαλά[2], Ε.Μπούτζουκα[2], Π. Μυριανθεύς[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Νοσηλείας,Τμήμα Νοσηλευτικής,Σχολή Επιστημών Υγείας,Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστημίο Αθηνών,Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας

Εισαγωγή/Σκοπός Η καρδιαγγειακή επιβάρυνση αποτελεί συχνό εύρημα στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας και μπορεί να εκδηλώνεται είτε ως κύρια αιτία εισαγωγής είτε ως σημαντική συννοσηρότητα. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της καρδιαγγειακής επιβάρυνσης με τη θνητότητα σε οξέα, μη προγραμματισμένα περιστατικά μονάδας εντατικής θεραπείας. Υλικό και μέθοδος Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μονοκεντρική ανάλυση πενταετούς καταγραφής ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε πανεπιστημιακή μονάδα εντατικής θεραπείας τριτοβάθμιου ογκολογικού νοσοκομείου κατά την περίοδο 2022–2026.Από την κύρια ανάλυση αποκλείστηκαν οι προγραμματισμένες μετεγχειρητικές εισαγωγές για παρακολούθηση ή υποστήριξη μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση Ως καρδιαγγειακή επιβάρυνση ορίστηκε η παρουσία κύριας καρδιαγγειακής διάγνωσης εισαγωγής ή σημαντικής καρδιαγγειακής συννοσηρότητας, όπως οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, συμπεριλαμβανομένων εμφράγματος με ανάσπαση του ST (STEMI) και εμφράγματος χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI), καρδιογενές shock, καρδιακή ανακοπή, καρδιακή ανεπάρκεια, ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή προηγούμενης επαναγγείωσης, κολπική μαρμαρυγή ή άλλη αρρυθμία και πνευμονική εμβολή. Κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η θνητότητα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Αποτελέσματα Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 649 οξέα περιστατικά μονάδας εντατικής θεραπείας, 366 άνδρες (56,4%) και 283 γυναίκες (43,6%), με μέση ηλικία 69,2 ± 14,4 έτη. Η συνολική θνητότητα ήταν 29,4%. Οι διάμεσοι δείκτες βαρύτητας ήταν APACHE 19 [16–27] και SOFA 9 [6–11]. Καρδιαγγειακή επιβάρυνση καταγράφηκε σε 119 ασθενείς και σχετίστηκε με υψηλότερη θνητότητα και βαρύτερο κλινικό προφίλ, με διάμεσο APACHE 22 έναντι 19 και διάμεσο SOFA 10 έναντι 9 στους ασθενείς χωρίς καρδιαγγειακή επιβάρυνση. Η θνητότητα ήταν 40,3% έναντι 27,0%, αντίστοιχα (odds ratio 1,83, p=0,005). Η κύρια καρδιαγγειακή διάγνωση εισαγωγής σχετίστηκε επίσης με αυξημένη θνητότητα, 44,1% έναντι 26,7% (odds ratio 2,17, p<0,001). Ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα παρατηρήθηκε στους ασθενείς με καρδιογενές shock (78,6%) και καρδιακή ανακοπή (48,0%). Τα κύρια χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τα βασικά στατιστικά ευρήματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Συμπεράσματα Σε πενταετή αναδρομική ανάλυση οξέων περιστατικών μονάδας εντατικής θεραπείας, η καρδιαγγειακή επιβάρυνση συσχετίστηκε με αυξημένη θνητότητα και βαρύτερο κλινικό προφίλ, όπως αποτυπώθηκε από τους δείκτες APACHE και SOFA. Η κύρια καρδιαγγειακή διάγνωση εισαγωγής, το καρδιογενές shock και η καρδιακή ανακοπή αναδείχθηκαν ως οι δυσμενέστεροι καρδιαγγειακοί φαινότυποι. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη πρώιμης καρδιολογικής αναγνώρισης και συστηματικής διαστρωμάτωσης κινδύνου στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά τελικού δείγματος και κύρια ευρήματα

Παράμετρος	Τιμή / σύγκριση
Τελικό δείγμα	649 οξέα περιστατικά μονάδας εντατικής θεραπείας
Άνδρες	366/649 (56,4%)
Γυναίκες	283/649 (43,6%)
Ηλικία	69,2 ± 14,4 έτη, διάμεση 72 [61–79]
Συνολική θνητότητα	191/649 (29,4%)
APACHE	διάμεσος 19 [16–27]
SOFA	διάμεσος 9 [6–11]
Καρδιαγγειακή επιβάρυνση	119 ασθενείς, θνητότητα 40,3% έναντι 27,0% χωρίς καρδιαγγειακή επιβάρυνση (OR 1,83, p=0,005)
APACHE και καρδιαγγειακή επιβάρυνση	διάμεσος 22 έναντι 19 χωρίς καρδιαγγειακή επιβάρυνση
SOFA και καρδιαγγειακή επιβάρυνση	διάμεσος 10 έναντι 9 χωρίς καρδιαγγειακή επιβάρυνση
Κύρια καρδιαγγειακή διάγνωση εισαγωγής	θνητότητα 44,1% έναντι 26,7% χωρίς κύρια καρδιαγγειακή διάγνωση (OR 2,17, p<0,001)
Καρδιογενές shock	14 ασθενείς, θνητότητα 78,6%
Καρδιακή ανακοπή	25 ασθενείς, θνητότητα 48,0%

Συντομογραφίες: APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, SOFA: Sequential Organ Failure Assessment, OR: odds ratio.

ΠΑ089|Ασφάλεια και κλινική έκβαση της χορήγησης ινοτρόπων και αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων μέσω περιφερικής έναντι κεντρικής φλεβικής πρόσβασης

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Στρατινάκη[1], Γ.Αλετράς[1], Ε. Χόντα[1], Γ. Απιδιανάκης[1], Δ. Κορέλα[1], Ε. Ελευθεριάδου[1], Α. Νεραντζούλης[1], Σ Σταυράτης[1], Σ. Σταυράκης[1], Ζ. Καλλίνικου[1], Μ. Πιταροκοίλης[1], Ε. Κοντοπόδης[1], Π. Καφαράκης[1], Γ. Γαρίδας[1], Ε. Ρογδάκης[1], Ε. Λαμπρογιαννάκης[1], Ε. Φουκαράκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή & Σκόπος : Η κεντρική φλεβική πρόσβαση (ΚΦΠ) προτιμάται παραδοσιακά για τη χορήγηση ινοτρόπων/αγγειοσυσπαστικών λόγω φόβου εξαγγείωσης, αλλά σχετίζεται με επιπλοκές (λοιμώξεις, θρόμβωση, καθυστερήσεις). Η μελέτη συγκρίνει την ασφάλεια και τις κλινικές εκβάσεις της χορήγησης αγγειοδραστικών φαρμάκων μέσω περιφερικής φλεβικής πρόσβασης (ΠΦΠ) έναντι της ΚΦΠ σε νοσηλευόμενους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Μέθοδοι Αναδρομική μελέτη παρατήρησης 4 ετών περιέλαβε ενήλικες ασθενείς σε καρδιολογική κλινική που έλαβαν αγγειοδραστική υποστήριξη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν με βάση την αρχική αγγειακή πρόσβαση (ΠΦΠ έναντι ΚΦΠ). Αξιολογήθηκαν οι επιπλοκές (εξαγγείωση, φλεβίτιδα, λοιμώξεις, θρόμβωση), η ανάγκη κλιμάκωσης της πρόσβασης και η θνησιμότητα. Αποτελέσματα Από τους 238 ασθενείς (μέση ηλικία 71.2 έτη, 61% άνδρες), 132 (55.5%) έλαβαν θεραπεία μέσω ΠΦΠ και 106 (44.5%) μέσω ΚΦΠ. Συχνότερα φάρμακα ήταν η νορεπινεφρίνη (46.6%) και η δοβουταμίνη (29.8%). Η ομάδα της ΠΦΠ είχε μικρότερη μέση διάρκεια έγχυσης (22.4 έναντι 38.7 ώρες, p < 0.001). Επιπλοκές ΠΦΠ: Ήπια εξαγγείωση χωρίς νέκρωση στο 3.8% και φλεβίτιδα στο 5.3%. Η φλεβική θρόμβωση ήταν συχνότερη στην ΠΦΠ (5.7% έναντι 0.8%, p = 0.03).Επιπλοκές ΚΦΠ: Οι λοιμώξεις κυκλοφορικού ήταν σημαντικά υψηλότερες στην ΚΦΠ (8.5% έναντι 1.5%, p = 0.01). Κλιμάκωση από ΠΦΠ σε ΚΦΠ απαιτήθηκε στο 18.2% των ασθενών λόγω παρατεταμένης χορήγησης ή αυξανόμενων δόσεων. Δεν υπήρξε διαφορά στην ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα (21.2% έναντι 24.5%, p = 0.56). Συμπεράσματα Η περιφερική χορήγηση αγγειοδραστικών είναι εφικτή και ασφαλής σε επιλεγμένους ασθενείς για περιορισμένο χρόνο. Μειώνει τις λοιμώξεις των κεντρικών γραμμών και επιταχύνει την έναρξη της θεραπείας, αν και απαιτεί προσοχή για τον κίνδυνο τοπικής θρόμβωσης.

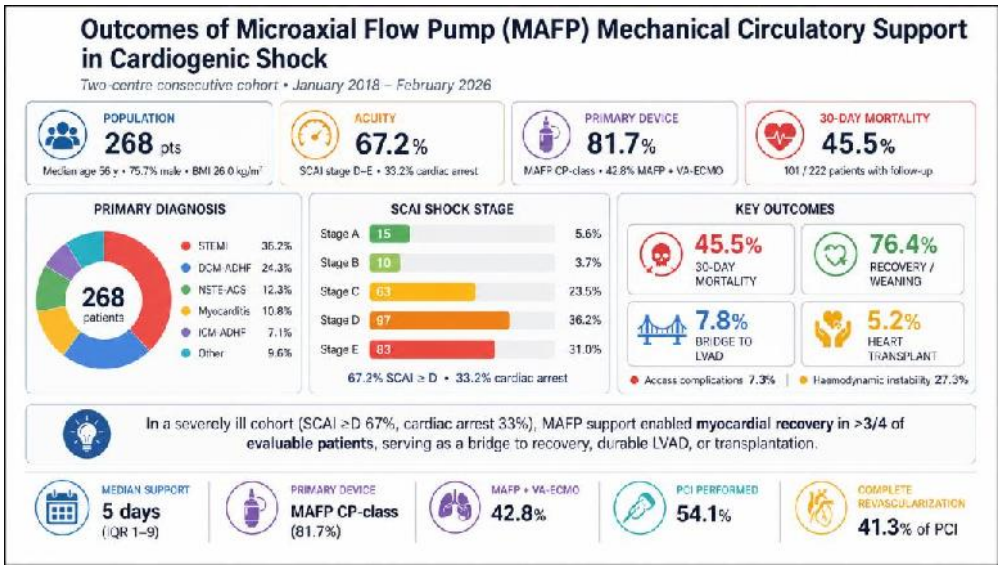
ΠΑ090|The role of microaxial flow pump mechanical circulatory support in cardiogenic shock: an analysis of two tertiary shock centers

13/11/26 · METIS / METIS

A. Apostolos[1], K. Konstantinou[1], A. Sakalidis[2], D. Wong[1], V. Galusco[1], F. Bruno[1], J. Wong[1], A. Finanzati[1], T. Kabir[1], F. Riesgo Gil[1], A. Rosenberg[1], C. Vandenbriele[1], M. Monteagudo-Vela[1], V. Panoulas[3],

[1]Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, [2](1) Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα (2) Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK (3) 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, Ελλάδα, [3]Harefield Hospital

Background: Microaxial flow-pump percutaneous ventricular assist devices are increasingly utilised in cardiogenic shock (CS) . However, real-world outcome data, particularly across heterogeneous aetiologies and the full spectrum of Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI) shock stages, remain limited. We report outcomes from a large consecutive cohort of patients supported with microaxial flow-pump devices at two tertiary, shock centers hospitals. Methods: We retrospectively analysed consecutive patients who received microaxial flow-pump support between January 2018 and February 2026 at two tertiary hospitals. Baseline demographics, haemodynamics, procedural characteristics, and outcomes were collected. The primary endpoint was 30-day all-cause mortality. Secondary endpoints included myocardial recovery with successful device weaning, escalation to durable left ventricular assist device (LVAD) or heart transplantation, and procedural complications. Results: A total of 268 patients were included. The median age was 56 years (interquartile range [IQR] 43–63), and 75.7% were male. The most common indications were ST-elevation myocardial infarction (STEMI; 36.2%), dilated cardiomyopathy with acute decompensated heart failure (DCM-ADHF; 24.3%), non-ST-elevation acute coronary syndrome (NSTE-ACS; 12.3%), and acute myocarditis (10.8%). The majority presented in SCAI stage ≥D (67.2%), and 33.2% had cardiac arrest. Concomitant PCI was performed in 54.1% of patients, with complete revascularisation achieved in 41.3%. Median duration of microaxial flow-pump support was 5 days (IQR 1–9). Thirty-day all-cause mortality was 45.5% (101/222). Myocardial recovery with successful device weaning was achieved in 76.4% (68/89) of evaluable patients. Bridge to durable LVAD occurred in 7.8% and heart transplantation in 5.2%. Access-site complications occurred in 7.3%, and haemodynamic instability or loss of pulsatility during support occurred in 27.3%. Conclusions: In this large two-centre experience, microaxial flow-pump support was used predominantly in patients with advanced cardiogenic shock (SCAI stage ≥D) from diverse aetiologies. Despite the high acuity, with two-thirds in SCAI stage D–E and one-third post-cardiac arrest, myocardial recovery was achieved in over three-quarters of evaluable patients. These findings underscore the role of microaxial flow-pump support as a bridge to recovery, durable device, or transplantation in a real-world cardiogenic shock population.



ΠΑ091|Το venous excess ultrasound (VEXUS) score για την έγκαιρη πρόβλεψη κλινικού επιπωματισμού σε ασθενείς με μέτρια έως μεγάλη περικαρδιακή συλλογή

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Στρατινάκη[1], Ε. Χόντα[1], Γ. Απιδιανάκης[1], Ε. Φουκαράκης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

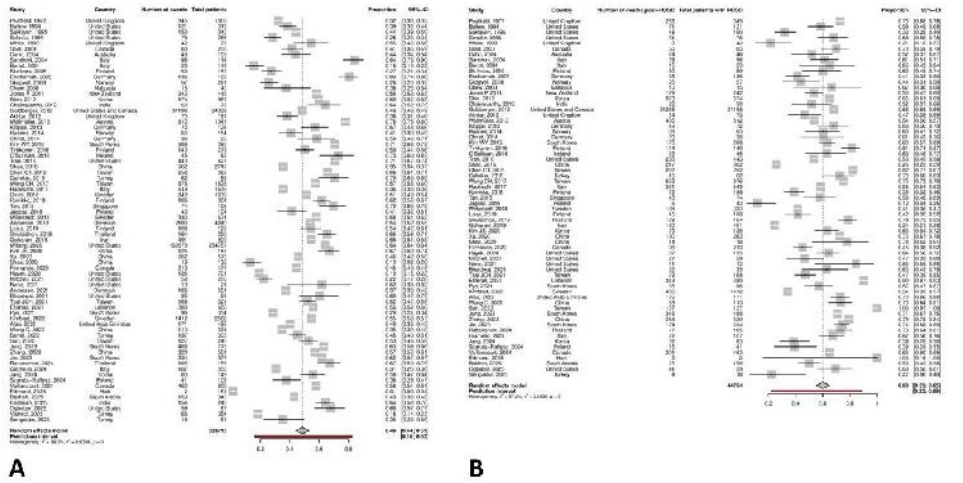
Εισαγωγή & Στόχοι: Η εξέλιξη της περικαρδιακής συλλογής σε επιπωματισμό είναι συχνά απρόβλεπτη και τα κλασικά υπερηχοκαρδιογραφικά σημεία μπορεί να απουσιάζουν. Η παρούσα μελέτη αξιολογεί αν το Venous Excess Ultrasound (VExUS) score, το οποίο ποσοτικοποιεί τη συστηματική φλεβική συμφόρηση, μπορεί να προβλέψει έγκαιρα την αιμοδυναμική επιβάρυνση και την ανάγκη για πρωιμότερη περικαρδιοκέντηση. Μέθοδοι Σε προοπτική μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν 27 ενήλικες ασθενείς με μέτρια έως μεγάλη περικαρδιακή συλλογή. Το VExUS score υπολογιζόταν στην εισαγωγή και κάθε 12 ώρες (ή επί κλινικής επιδείνωσης). Η τυπική αξιολόγηση περιελάμβανε κλινικά, εργαστηριακά και υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα. Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η ανάπτυξη επιπωματισμού που απαιτούσε επείγουσα περικαρδιοκέντηση. Αποτελέσματα Από τους 27 ασθενείς (διάμεση ηλικία 68 έτη), 11 (41%) εμφάνισαν κλινικό επιπωματισμό. Κατά την εισαγωγή, οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικά υψηλότερο VExUS score έναντι όσων δεν εμφάνισαν επιπωματισμό (διάμεσο score 3 έναντι 1, p=0.01). Η διαδοχική αξιολόγηση έδειξε ότι μια αύξηση στο score (ΔVExUS>1) προηγούνταν της κλινικής επιδείνωσης κατά διάμεσο χρόνο 10 ωρών (p=0.004), ακόμη και με σταθερό μέγεθος συλλογής. Οι ασθενείς με αυξανόμενο VExUS οδηγήθηκαν σε πρωιμότερη περικαρδιοκέντηση και είχαν λιγότερες εισαγωγές σε ΜΕΘ. Συμπεράσματα Το αυξημένο και ανερχόμενο VExUS score σχετίζεται στενά με την εξέλιξη σε κλινικό επιπωματισμό. Προσφέρει πρώιμες αιμοδυναμικές πληροφορίες πέρα από τους κλασικούς δείκτες και μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο για τον εντοπισμό ασθενών που χρήζουν στενότερης παρακολούθησης ή πρώιμης παροχέτευσης.

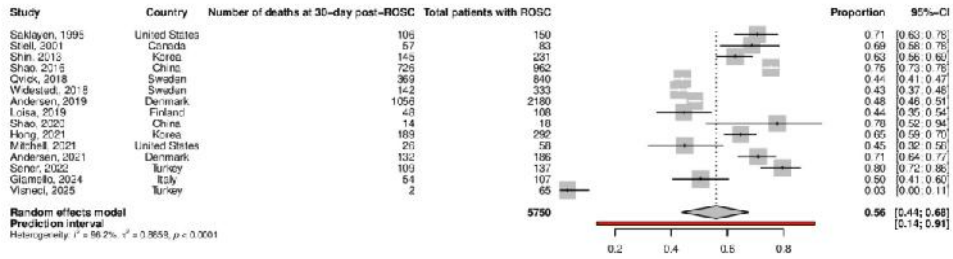
ΠΑ092|Short-term outcomes in patients with in-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis

13/11/26 · METIS / METIS

Δ. Κοσμίδης[1], Χ. Κωφός[2], Ε. Καραγιαννίδης[3], Μ. Μπαντίδος[4], Α. Αποστολοπούλου[2], Μ. Φασούλα[2], Ν. Φραγκάκης[5], Α. Αρβανιτάκη[5], Β. Φυντανίδου[3]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, [4]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background and Aim: In-hospital cardiac arrest (IHCA) is associated with significant mortality and morbidity, despite advances in cardiopulmonary resuscitation (CPR) protocols during the last decades. The purpose of this systematic review and meta-analysis was to investigate short-term outcomes in these patients. Materials and Methods: A systematic search of the literature in PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus and Web of Science was conducted. Eligibility criteria were previously published studies including adolescents and adults who had experienced IHCA in any hospital department or in the emergency department and had received CPR and/or defibrillation. The primary outcomes were: a) sustained return of spontaneous circulation (ROSC) for at least 20 minutes, b) in-hospital mortality post ROSC, c) 30-day mortality post ROSC. Proportional meta-analyses were conducted along with subgroup and meta-regression analyses. Results: A total of 72 studies reporting ROSC outcome, comprising 333,715 patients, were selected and included in the analysis. The pooled ROSC rate was 49% (95% CI, 44% to 53%; I^2 = 99.2%; Figure 1A). The pooled in-hospital mortality rate following ROSC was 60% (95% CI, 55% to 65%; I^2 = 97.2%; Figure 1B) based on 65 out of the 72 studies. Among 20 studies, providing data on 30-day mortality after ROSC, the pooled mortality rate was 56% (95% CI, 44% to 68%; I^2 = 96.2%; Figure 2). Initial rhythm emerged as the most consistent independent predictor across all meta-regression models. A presenting shockable rhythm was associated with higher odds of ROSC (adjusted odds ratio [aOR] = 20, p = 0.023) and significantly lower in-hospital (aOR = 0.06, p = 0.006) or 30-day mortality (aOR = 0.11, p = 0.002) post ROSC, while an initially witnessed arrest was associated with lower in-hospital mortality post ROSC (aOR = 0.21, p = 0.012).Conclusions: Even though half of IHCA patients achieved ROSC, short-term outcomes following ROSC remain poor, with a considerable gap between ROSC and survival to discharge or at 30-days. These findings emphasise the need to move beyond initial resuscitation success and place greater emphasis on optimising post-arrest care.





ΠΑ093|Εκπαίδευση στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση και Απόψεις για τη Δεοντολογία της Αναζωογόνησης σε Άτομα Επιστημών Υγείας και στον Γενικό Πληθυσμό της Βόρειας Ελλάδας

13/11/26 · METIS / METIS

Γ. Λαλιώτης[1], Μ. Μπαντίδος[2], Μ. Φασούλα[3], Ε. Τσιντσή[1], Χ. Κωφός[3], Φ. Τασιούδης[1], Α. Παπαδόπουλος[1], Χ. Κομματά[1], Ά. Κόκκινος[1], Α.Νασουφίδου[4], Π. Σταχτέας[4], Α. Αποστολοπούλου[3], Α. Αρβανιτάκη[3], Β. Γροσομανίδης[1], Γ. Ράγια[1], Ι.ς Βιζιριανάκης[1], Ε. Καραγιαννίδης[5], Β. Φυντανίδου[5]

[1]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [2]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [3]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Εισαγωγή: Η έγκαιρη εφαρμογή καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) από παρευρισκόμενους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιβίωσης μετά από εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή. Ωστόσο, η πρόσβαση στην εκπαίδευση και η κατανόηση των ηθικών ζητημάτων που σχετίζονται με την αναζωογόνηση παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης και των στάσεων απέναντι στην ΚΑΡΠΑ, καθώς και των απόψεων σχετικά με την αυτονομία του ασθενούς και την έρευνα σε επείγουσες καταστάσεις. Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μελέτη με ερωτηματολόγια στη Θεσσαλονίκη, από τον Ιανουάριο έως τον Μάρτιο του 2026. Αξιολογήθηκαν η ενημέρωση και η προηγούμενη εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ, η γνώση βασικών ενεργειών, η αυτοπεποίθηση, οι προθέσεις και τα εμπόδια εκπαίδευσης, καθώς και οι απόψεις για την άρνηση αναζωογόνησης και την τυχαιοποίηση σε έρευνα ΚΑΡΠΑ. Εφαρμόστηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Αποτελέσματα: Από τους 1.271 συμμετέχοντες, οι 1.264 είχαν σχέση με τις επιστήμες υγείας: 530 ανήκαν στον χώρο των επιστημών υγείας και 734 όχι. Παρότι το 90% γνώριζε την ΚΑΡΠΑ, μόνο το 34% είχε εκπαιδευτεί. Η εκπαίδευση ήταν συχνότερη στα άτομα επιστημών υγείας (53% έναντι 20%), ενώ η ιδιότητα αυτή αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα προηγούμενης εκπαίδευσης (προσαρμοσμένος λόγος πιθανοτήτων [aOR] 5,15, 95% C.I. 3,95-6,76). Μεταξύ των εκπαιδευμένων, το 83% παρουσίασε πλήρη γνώση βασικών ενεργειών. Η μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση συσχετίστηκε ανεξάρτητα με πληρέστερη γνώση (aOR 1,47, 95% C.I. 1,08-2,00). Από τους

μη εκπαιδευμένους, το 66% επιθυμούσε να εκπαιδευτεί, ενώ το 57% ανέφερε εμπόδια πρόσβασης στην εκπαίδευση. Το 49% υποστήριξε το δικαίωμα άρνησης διενέργειας ΚΑΡΠΑ σε μελλοντικά σενάρια και το 52% δήλωσε αβεβαιότητα σχετικά με τη συμμετοχή σε τυχαιοποιημένη έρευνα. Η αντιλαμβανόμενη ηθική αποδοχή της τυχαιοποίησης προέβλεπε ισχυρά την προθυμία συμμετοχής (aOR 5,98, 95% C.I. 4,69-7,61).Συμπεράσματα: Η τρέχουσα μελέτη απέδειξε την ανάγκη διεύρυνσης της πρόσβασης στην εκπαίδευση ΚΑΡΠΑ, ιδιαίτερα εκτός των επιστημών υγείας, σε συνδυασμό με ενημέρωση για την αυτονομία, τις εκ των προτέρων επιθυμίες και τη δεοντολογία της επείγουσας έρευνας.

ΠΑ094|Καρδιο-ογκολογικοί ασθενείς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: καρδιαγγειακό φορτίο και θνητότητα σε πενταετή αναδρομική μελέτη.

13/11/26 · METIS / METIS

Σ. Λιναρδάκης[1], Β. Ψαλλίδα[2], Σ. Κόλλια[2], Γ. Χρυσανθοπούλου[2], Κ. Παππάς[2], Ε. Κυριαζοπούλου[2], Ε.Τσίγκου[2], Π. Μυριανθεύς[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Νοσηλείας,Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστημίο Αθηνών,Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας

Εισαγωγή/Σκοπός :Οι ογκολογικοί ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, ενώ η συνύπαρξη καρδιαγγειακής νόσου μπορεί να επιβαρύνει περαιτέρω την έκβαση. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της θνητότητας ανάλογα με την παρουσία ογκολογικού υποβάθρου, καρδιαγγειακής επιβάρυνσης ή συνδυασμού τους σε οξέα περιστατικά ΜΕΘ. Υλικό και μέθοδος Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μονοκεντρική ανάλυση πενταετούς καταγραφής ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε πανεπιστημιακή μονάδα εντατικής θεραπείας τριτοβάθμιου ογκολογικού νοσοκομείου κατά την περίοδο 2022–2026. Οι προγραμματισμένες μετεγχειρητικές εισαγωγές αποκλείστηκαν. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τέσσερις φαινοτύπους: χωρίς ογκολογικό/καρδιαγγειακό παράγοντα, μόνο καρδιαγγειακή επιβάρυνση, μόνο ογκολογικό υπόβαθρο και συνύπαρξη των δύο. Ως ογκολογικό υπόβαθρο ορίστηκε η ενεργός ή παλαιότερη κακοήθεια. Ως καρδιαγγειακή επιβάρυνση ορίστηκε η κύρια καρδιαγγειακή διάγνωση εισαγωγής ή σημαντική καρδιαγγειακή συννοσηρότητα. Καταγράφηκαν ηλικία, φύλο, δείκτες Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) και Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) και θνητότητα ΜΕΘ. Αποτελέσματα Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 649 οξέα περιστατικά, 368 άνδρες (56,7%) και 281 γυναίκες (43,3%), μέσης ηλικίας 69,2±14,3 ετών. Οι διάμεσοι δείκτες βαρύτητας ήταν APACHE 19 [16–27] και SOFA 9 [6–11], και η συνολική θνητότητα 29,4%. Ογκολογικό υπόβαθρο καταγράφηκε σε 142 ασθενείς (21,9%), με θνητότητα 38,7% έναντι 26,8% στους μη ογκολογικούς (odds ratio 1,72, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,17–2,55, p=0,007). Καρδιαγγειακή επιβάρυνση καταγράφηκε σε 121 ασθενείς (18,6%), με θνητότητα 38,8% έναντι 27,3% (odds ratio 1,69, p=0,015). Η θνητότητα αυξήθηκε από 24,5% χωρίς κανέναν παράγοντα, σε 36,8% με μόνο καρδιαγγειακή επιβάρυνση, 37,1% με μόνο ογκολογικό υπόβαθρο και 46,2% με συνύπαρξη των δύο. Η τελευταία ομάδα είχε υψηλότερα odds θανάτου έναντι της ομάδας χωρίς τους δύο παράγοντες (odds ratio 2,64, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,18–5,89, p=0,020). Τα κύρια ευρήματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Συμπεράσματα Σε πενταετή ανάλυση οξέων περιστατικών ΜΕΘ, το ογκολογικό υπόβαθρο και η καρδιαγγειακή επιβάρυνση συσχετίστηκαν με αυξημένη θνητότητα. Η συνύπαρξή τους ανέδειξε φαινότυπο ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου, υποστηρίζοντας την ανάγκη πρώιμης καρδιολογικής εκτίμησης και στοχευμένης διαστρωμάτωσης στους βαρέως πάσχοντες ογκολογικούς ασθενείς.

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά, φαινότυποι και θνητότητα στη ΜΕΘ

Παράμετρος / ομάδα	n/n	Θνητότητα	Στατιστικό
Τελικό δείγμα οξέων περιστατικών	649	191/649 (29,4%)	—
Άνδρες / γυναίκες	368 (56,7%) / 281 (43,3%)		
Ηλικία	69,2±14,3 έτη		
APACHE	19 [16–27]	—	—
SOFA	9 [6–11]	—	—
Ογκολογικό υπόβαθρο	142 (21,9%)	38,7% έναντι 26,8%	OR 1,72, 95% ΔΕ 1,17–2,55, p=0,007
Καρδιαγγειακή επιβάρυνση	121 (18,6%)	38,8% έναντι 27,3%	OR 1,69, p=0,015
Χωρίς ογκολογικό/καρδιαγγειακό παράγοντα	412	24,5%	Ομάδα αναφοράς
Μόνο καρδιαγγειακή επιβάρυνση	95	36,8%	
Μόνο ογκολογικό υπόβαθρο	110	37,1%	—
Ογκολογικό υπόβαθρο + καρδιαγγειακή επιβάρυνση	26	46,2%	OR 2,64, 95% ΔΕ 1,18–5,89, p=0,020

Συντμήσεις: ΜΕΘ: μονάδα εντατικής θεραπείας; APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment; OR: odds ratio; ΔΕ: διάστημα εμπιστοσύνης.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

17.00-18.00 **Παρουσίαση Περιστατικού I / Case Presentation I**

Πρόεδροι: Γ. Μακαβός (Αθήνα), Δ. Μυτάς (Αθήνα)
Chairpersons: G. Makavos (Athens), D. Mytas (Athens)

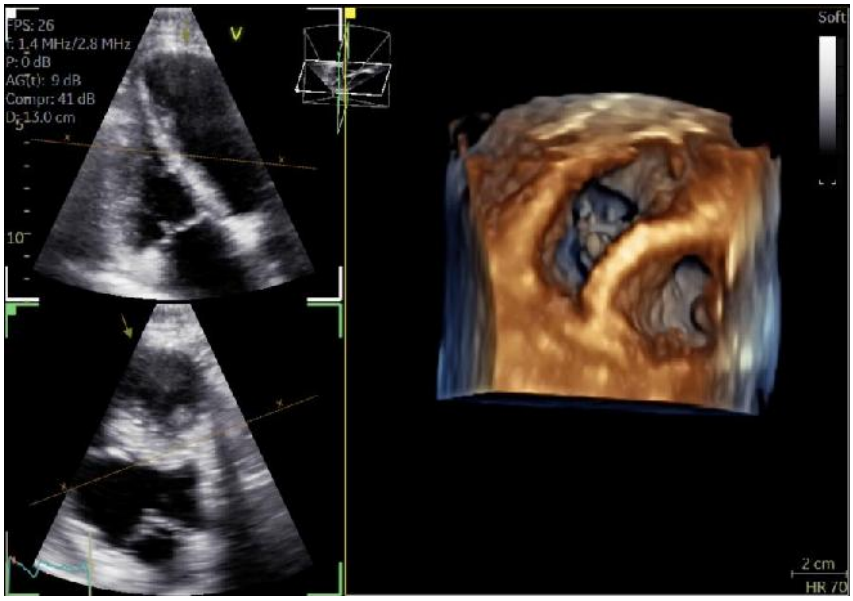
ΠΑ095|Όταν Κάθε Θεραπεία Γίνεται Πρόβλημα: Διαχείριση Πνευμονικής Εμβολής με Αλυσιδωτές Επιπλοκές

13/11/26 · METIS / METIS

Ν. Τσιάμης[1], **Δ. Καλαϊτζίδης[1]**, Χ. Τούντας[1], Α. Κακκάβας[1], Μ. Μυλωνίδης[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί μείζονα αιτία καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Η θεραπευτική της διαχείριση καθίσταται ιδιαιτέρως δυσχερής σε ασθενείς με ταυτόχρονο υψηλό θρομβωτικό και αιμορραγικό κίνδυνο. Παρουσιάζουμε μια σπάνια κλινική περίπτωση όπου η φυσική πορεία της νόσου και κάθε απαιτούμενη θεραπευτική παρέμβαση οδήγησαν σε διαδοχικές, απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Παρουσίαση Περίπτωσης: Γυναίκα 67 ετών με αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και ιστορικό αναφυλαξίας σε ιωδιούχο σκιαγραφικό, προσήλθε λόγω οξείας δύσπνοιας και πλευριτικού τύπου θωρακικού άλγους. Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με πρότυπο S1Q3T3. Λόγω της αντένδειξης για αξονική πνευμονική αγγειογραφία, διενεργήθηκε επείγον υπερηχοκαρδιογράφημα (bedside echo), το οποίο κατέδειξε σοβαρή δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας με σημείο McConnell, χρόνο επιτάχυνσης πνευμονικής ροής (AccT) 50 ms, PASP: 50 mmHg καιαπεικόνιση ευμεγέθους θρόμβου στο διχασμό της πνευμονικής αρτηρίας. Το υπερηχογράφημα φλεβών κάτω άκρων επιβεβαίωσε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση δεξιάς ιγνυακής φλέβας.Το πρώτο 24ωρο η ασθενής κατέρρευσε αιμοδυναμικά (ΣΑΠ 70 mmHg, sPESI=3, hs-TnI=4500 pg/dl, γαλακτικό οξύ: 3.4mmol/L), πραγματοποιήθηκε θρομβόλυση με αλτεπλάση (rt-PA) , με άμεση κλινική και υπερηχοκαρδιογραφική βελτίωση. Εντός 24 ωρών, η ασθενής εκδήλωσε αιφνίδια κεφαλαλγία βρεγματικά. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε ενδοκράνια αιμορραγία με περιεστιακό οίδημα. Η αντιπηκτική αγωγή διεκόπη αμέσως και εφαρμόστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με μαννιτόλη. Τοποθετήθηκε προσωρινό φίλτρο κάτω κοίλης φλέβας (ένδειξη IIα). Εντός 24 ωρών, η ασθενής εμφάνισε εικόνα σηπτικής καταπληξίας με θετικές αιμοκαλλιέργειες αίματος (Enterobacter cloacae), απαιτώντας υποστήριξη με αγγειοσυσπαστικά και έναρξη ενδοφλέβιας αντιβίωσης. Διενεργήθηκε PET-CT ανέδειξε υπερμεταβολική δραστηριότητα στην περιοχή του φίλτρου και απέκλεισε τη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα (Εικόνα 1) . Διενεργήθηκε αφαίρεση του φίλτρου, ενώ έγινε επανέναρξη της αντιπηκτικής αγωγής μετά από 7 ημέρες. Στην συνέχεια η παρουσία ενδονοσοκομειακής πνευμονίας παρέτεινε τη νοσηλεία της. Η ασθενής μεταφέρθηκε σε κέντρο αποκατάστασης και επανεκτιμήθηκε στους 3 μήνες ούσα σε καλή γενική κατάσταση και με αποκατάσταση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας (Εικόνα 2) . Συζήτηση: Αναδεικνύεται η πολυπλοκότητα της διαχείρισης της μετρίου και υψηλού κινδύνου ΠΕ και η αναγκαιότητα συνεχούς κλινικής παρακολούθησης για την λήψη αποφάσεων . Ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις μπορεί να έχουν πολύ σημαντικές επιπλοκές οι οποίες απαιτούν άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση με την συνεργασία διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων και προσαρμογή στα νέα δεδομένα της κατάστασης του ασθενούς.





ΠΑ096|Libman-Sacks endocarditis presenting with embolic stroke in a young patient with antiphospholipid syndrome.

13/11/26 · METIS / METIS

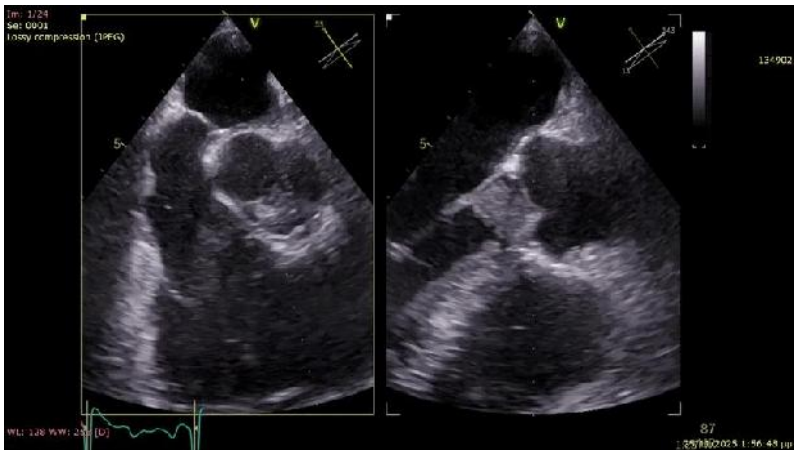
G. Georgoulias[1], P. Angelopoulos[1], P.G. Kakoullis[1], G. Almpanis[1], K. Vlachogiorgos[1], I. Mikelopoulos[1], A. Melliou[1], E. Thanopoulou[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Aim Libman-Sacks endocarditis is an uncommon but important cause of systemic embolisation in patients with antiphospholipid syndrome (APS), and its echocardiographic appearance may closely mimic infective endocarditis (IE). We present a case highlighting the value of a structured multimodality approach in distinguishing between the two entities.Material and methods A 37-year-old man with known APS, recently switched from a vitamin K antagonist to rivaroxaban, was transferred with suspected acute ischaemic stroke, presenting with dysarthria, gait instability and left-sided hemiparesis. Brain computed tomography (CT) demonstrated multiple acute ischaemic infarcts in the right cerebral hemisphere. He was afebrile, with no constitutional or infectious symptoms. Transthoracic echocardiography

(TTE) identified a large mobile mass on the aortic valve; due to limited acoustic windows, transoesophageal echocardiography (TOE) was performed, revealing a bicuspid aortic valve with a large, highly mobile vegetation-like mass arising from the raphe, associated with mild aortic regurgitation and without abscess or valve perforation. Multiple blood cultures were negative, inflammatory markers were normal, and fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG-PET) showed no pathological uptake at the valve. Results The absence of fever, systemic inflammation, microbiological evidence and metabolic activity on PET argued against infective endocarditis. In the context of high-risk APS, non-bacterial thrombotic endocarditis was considered, and therapeutic anticoagulation with low molecular weight heparin was initiated. Repeat TOE showed persistence of the lesion without size reduction, and recurrent cerebral embolic events occurred despite anticoagulation. A multidisciplinary Heart Team recommended surgery, and the patient underwent mechanical aortic valve replacement. Histopathology demonstrated fibrin-rich thrombotic material without inflammatory infiltrates or microorganisms, confirming Libman-Sacks endocarditis. The postoperative course was uncomplicated, with no further embolic events, and long-term vitamin K antagonist therapy was resumed given the combination of high-risk APS and a mechanical prosthesis. Conclusions Libman-Sacks endocarditis may closely mimic infective endocarditis, particularly when a large, mobile vegetation-like mass is present. A structured diagnostic approach integrating TOE, microbiological testing, PET imaging and histopathology helps distinguish the two entities. Surgery may be required in patients with large, mobile sterile vegetations and recurrent embolisation despite anticoagulation.





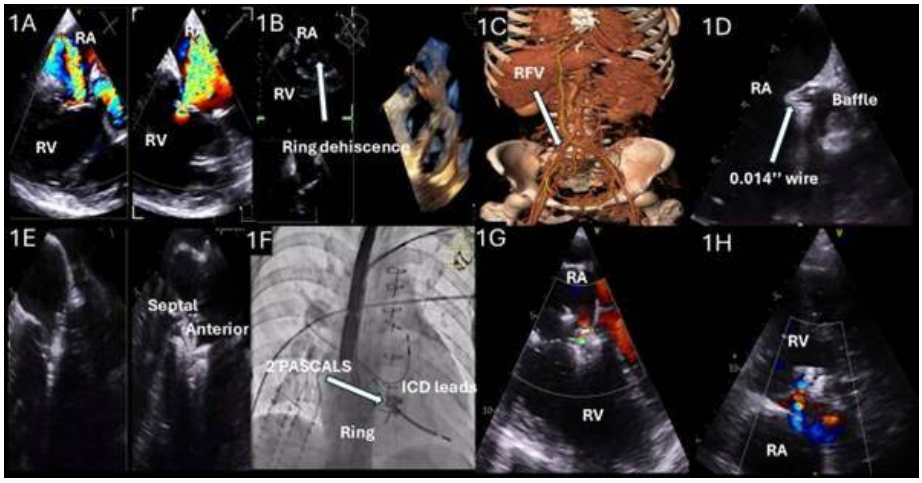
ΠΑ097|Transcatheter Edge-to-Edge Repair of the Systemic AV Valve in Atrial Switch TGA

13/11/26 · METIS / METIS

G. Papadopoulos[1], E. Ninios[1], M. Kalaitzoglou[2], S. Evangelou[3], A. Ioannides[3], V. Ninios[3]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department, [3]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece

Introduction Adults with dextro-transposition of the great arteries after Mustard or Senning atrial switch repair may develop progressive systemic right ventricular dysfunction and systemic atrioventricular valve regurgitation. Surgical reintervention is often high risk because of prior complex congenital repair, systemic ventricular failure, baffle anatomy, and device-related constraints. Transcatheter edge-to-edge repair may represent a less invasive alternative, but experience in atrial switch anatomy remains limited. We aimed to describe a complex case of severe systemic atrioventricular valve regurgitation after Mustard repair treated with right internal jugular, electrosurgery-assisted transbaffle PASCAL ACE repair. Case Study A 32-year-old man with dextro-transposition of the great arteries, ventricular septal defect, and left ventricular outflow tract obstruction, previously treated with Mustard atrial switch, ventricular septal defect closure, left ventricular outflow tract relief, systemic tricuspid annuloplasty, and pulmonary artery banding, presented with progressive heart failure symptoms. Echocardiography demonstrated a dilated systemic right ventricle with impaired systolic function and severe systemic atrioventricular valve regurgitation. Three-dimensional transoesophageal echocardiography identified an incomplete rigid annuloplasty ring with partial posterior–septal dehiscence. Right heart catheterization showed isolated post-capillary pulmonary hypertension, preserved cardiac index, and low pulmonary vascular resistance. Computed tomography demonstrated severe bilateral iliofemoral venous tortuosity and small caliber, precluding transfemoral large-bore access, while the right internal jugular vein offered a feasible route despite transvenous implantable cardioverter-defibrillator leads. Results Under fluoroscopic and transoesophageal echocardiographic guidance, electrosurgery-assisted transbaffle puncture was performed from the right internal jugular approach using a 0.014-inch guidewire, followed by balloon dilatation of the baffle puncture. A PASCAL steerable guide catheter was advanced into the pulmonary venous atrium. Two PASCAL ACE devices were sequentially implanted across the dominant regurgitant orifice between the septal and anterior leaflets. Final imaging demonstrated stable device position and reduction of systemic atrioventricular valve regurgitation from severe to mild. At 1-month follow-up, the patient improved from NYHA class III to II, with sustained reduction of regurgitation. Conclusions Right internal jugular, electrosurgery-assisted transbaffle PASCAL ACE repair may be feasible for severe systemic atrioventricular valve regurgitation after Mustard atrial switch and failed annuloplasty.



ΠΑ098|Delayed Atrial Migration After Valve-in-MAC TMVR in the First Use of a 29-Fr Steerable Guide Sheath: Valve-in-Valve Rescue With PVL and ASD Closure

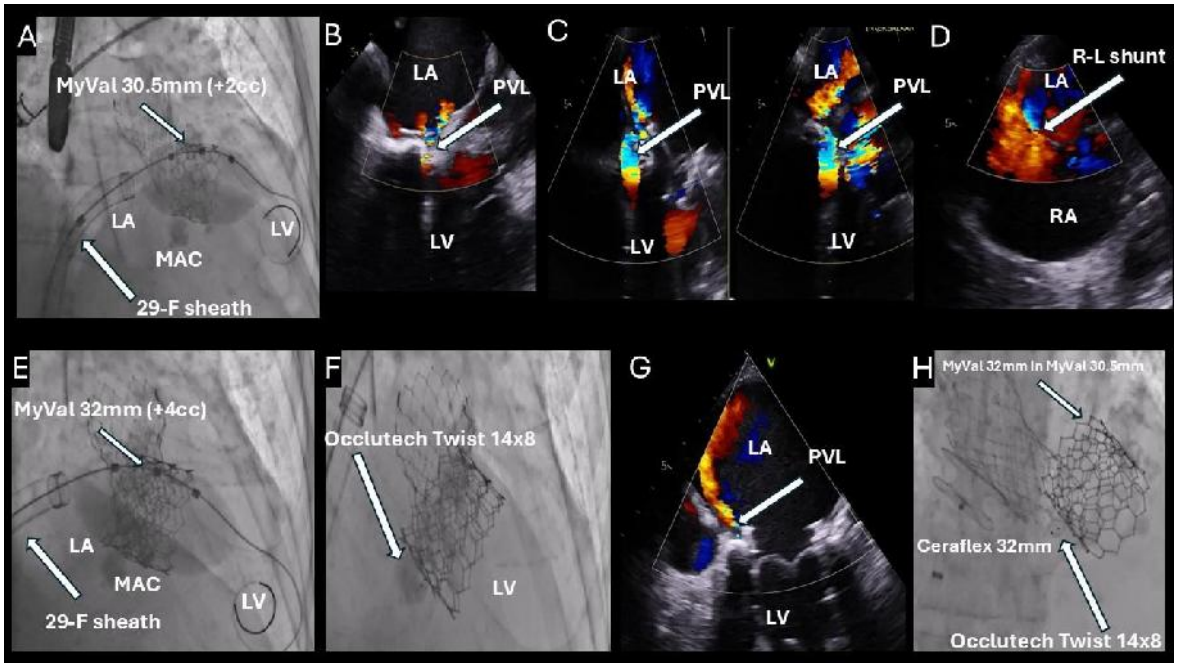
13/11/26 · METIS / METIS

G. Papadopoulos[1], E. Ninos[1], S. Evangelou[2], M. Kalaitzoglou[3], A. Ioannides[2], V. Ninios[2]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ, [2]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece, [3]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department

Introduction Valve-in-mitral annular calcification transcatheter mitral valve replacement is technically demanding and may be complicated by valve malposition, paravalvular leak, and residual interatrial shunting after transseptal access. Delayed atrial migration is a rare but potentially life-threatening failure mechanism. We aimed to describe a stepwise fully transcatheter rescue strategy for delayed atrial valve migration after valve-in-MAC transcatheter mitral valve replacement, performed through a 29-Fr steerable guide sheath. Case Study A 77-year-old woman with severe symptomatic mitral annular calcification–related mixed mitral stenosis and regurgitation underwent transseptal valve-in-MAC transcatheter mitral valve replacement with a 30.5-mm MyVal valve, overexpanded by 2 cc, delivered through a 29-Fr steerable guide sheath. The sheath was selected to optimize coaxiality, trackability, and procedural support across the rigid calcified mitral landing zone. Immediate transoesophageal echocardiography showed mild paravalvular leak

without relevant residual mitral stenosis, and the patient was discharged clinically improved. Results One month later, the patient re-presented with NYHA class IV dyspnea and hypoxemia. Imaging demonstrated delayed atrial migration of the transcatheter valve with severe medial paravalvular leak. Color Doppler also showed right-to-left shunting across the iatrogenic atrial septal defect, favored by severe tricuspid regurgitation and elevated right-sided pressures. A transseptal valve-in-valve rescue was performed using the same 29-Fr steerable guide sheath. A 32-mm MyVal valve, overexpanded by 4 cc, was implanted within the migrated 30.5-mm valve. Balloon rupture occurred near the end of deployment, resulting in underexpansion and persistent leak; therefore, immediate post-dilatation with a new balloon and ventricular flaring were performed. Because significant residual paravalvular leak persisted, targeted closure was achieved with a rectangular 14 × 8-mm Occlutech Twist device. The clinically relevant interatrial right-to-left shunt was then closed using a 32-mm CeraFlex occluder. At 1-month follow-up, the patient improved to NYHA class II, with stable valve position, trivial residual paravalvular leak, no residual interatrial shunt, oxygen saturation of 94%, and mean transmitral gradient of 4.7 mmHg. Conclusion Delayed atrial migration after valve-in-MAC transcatheter mitral valve replacement can be rescued percutaneously using valve-in-valve stabilization, targeted paravalvular leak closure, and atrial septal defect closure through a 29-Fr steerable guide sheath.



ΠΑ099|Κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας προερχόμενης από χειρουργικά ανακατασκευασμένο ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας με νέο καθετήρα διπλής ενέργειας και μεγάλου αποτυπώματος

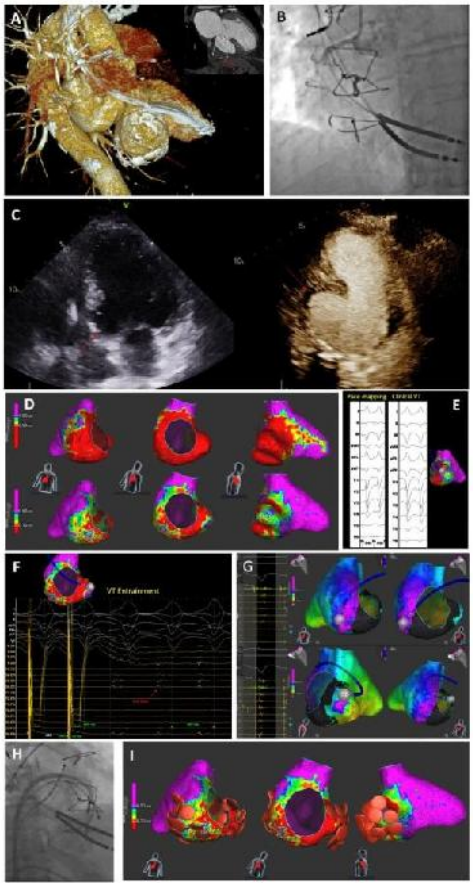
13/11/26 · METIS / METIS

Α. Μαρτίνος[1], Α. Ζυγούρη[2], Β. Χειλάς[3], Ά. Κωστοπούλου[3]

[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 84 ετών προσήλθε με πολλαπλά επεισόδια εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας (VT) με μήκος κύκλου 360 ms, τα οποία αντιμετωπίστηκαν με συνολικά 11 απινιδώσεις . Από το ατομικό αναμνηστικό αναφερόταν παλαιό έμφραγμα κατωτέρου τοιχώματος, χειρουργική ανακατασκευή ανευρύσματος αριστερής κοιλίας τύπου modified Dor και εμφύτευση ICD. Στον ασθενή που ελάμβανε μετοπρολόλη εντατικοποιήθηκε η αντιαρρυθμική θεραπεία με προσθήκη μεξιλετίνης και αμιωδαρόνης.Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε μεγάλο ανεύρυσμα στο βασικό κατωτεροδιαφραγματικό και κατώτερο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας(Εικ. 1C). Η στεφανιογραφία αποκάλυψε χρόνια ολική απόφραξη στην μεσότητα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας(Εικ. 1B), ενώ η αξονική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε το μέγεθος του χειρουργημένου ανευρύσματος (6,02 × 3,46 cm) και το πάχος των τοιχωμάτων(Εικ. 1A). Λόγω της επίμονης VT παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, αποφασίσθηκε η διενέργεια κατάλυσης. Επιλέχθηκε ο νέος καθετήρας 9 mm μεγάλου αποτυπώματος και διπλής ενέργειας, ενσωματωμένος σε νέο

σύστημα ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης, κυρίως λόγω της αυξημένης επιφάνειας επαφής και της δυνατότητας χρήσης διαφορετικών μορφών ενέργειας. Μέσω διακολπικής προσπέλασης(Εικ. 1H) πραγματοποιήθηκε χαρτογράφηση υποστρώματος υπό σταθερή κολπική βηματοδότηση με όρια τάσης 0,5 και 0,1 mV για την αναγνώριση του ουλώδους ιστού και πιθανών ισθμών επανεισόδου(Εικ. 1D). Καταγράφηκαν κατακερματισμένα και καθυστερημένα δυναμικά(Εικ. 1G). Η χαρτογράφηση βηματοδότησης και η τεχνική παράσυρσης συνέβαλαν στον εντοπισμό της εξόδου του κυκλώματος της κοιλιακής ταχυκαρδίας(Εικ. 1E, 1F). Η χαρτογράφηση ενεργοποίησης δεν κατέστη εφικτή λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας. Εφαρμόστηκαν συνολικά 35 εφαρμογές υψίσυχνου ρεύματος υπό έλεγχο θερμοκρασίας(30 s ανά βλάβη, όριο θερμοκρασίας 60°C), στοχεύοντας την έξοδο της κοιλιακής ταχυκαρδίας και περιοχές με καθυστερημένα δυναμικά στο βασικό κατωτεροπλάγιο και κατωτεροδιαφραγματικό τοίχωμα για τροποποίηση του υποστρώματος(Εικ. 1I). Μετά την κατάλυση, η κοιλιακή ταχυκαρδία δεν επαγόταν. Κατά την παρακολούθηση ενός έτους δεν καταγράφηκε αρρυθμία.Συζήτηση - ΣυμπεράσματαΗ κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας σε χειρουργικά ανακατασκευασμένο ανεύρυσμα αριστερής κοιλίας αποτελεί απαιτητική επέμβαση λόγω της σύνθετης ανατομίας. Η χρήση του νέου καθετήρα διευκόλυνε τη χαρτογράφηση και την κατάλυση των κρίσιμων περιοχών. Κατά τη γνώση μας, πρόκειται για το πρώτο ελληνικό δημοσιευμένο περιστατικό χρήσης της συγκεκριμένης τεχνολογίας σε ασθενή με χειρουργικά ανακατασκευασμένο ανεύρυσμα αριστερής κοιλίας. Η επιτυχής εξάλειψη της κοιλιακής ταχυκαρδίας και η απουσία υποτροπής υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της μεθόδου σε σύνθετα υποστρώματα, σε συμφωνία με τα πρόσφατα δεδομένα της βιβλιογραφίας.



ΠΑ100|VNRT in the presence of a repaired ventricular septal defect: could short ablation duration and low wattage be dangerous?

13/11/26 · METIS / METIS

K. Avranas[1]

[1]Internal medicine and cardiology, Diakonie Kliniken Bad Kreuznach, Deutschland

Background: Slow pathway radiofrequency (RF) ablation is the standard treatment for atrioventricular nodal re-entrant tachycardia (AVNRT) and is generally considered safe. However, patients with prior congenital heart disease repair may present unique electrophysiological challenges that increase the risk of atrioventricular (AV) conduction disturbances.

Case Summary: A 35-year-old woman with a history of surgically repaired ventricular septal defect (VSD) and persistent postoperative right bundle branch block (RBBB) presented with recurrent episodes of palpitations. An electrophysiological study demonstrated typical slow-fast AVNRT, characterized by jump-dependent induction, a septal ventriculoatrial interval of 20 ms, and a V-A-V response during ventricular entrainment. A three-dimensional electroanatomical map of the right atrial septum was created and the His bundle region was annotated. RF energy (non-irrigated) was delivered 11 mm away from His-point at the conventional slow pathway target site (gradual escalation up to 20 Watt). Junctional beats appeared after 3 seconds, followed by abrupt complete AV block approximately 5 seconds after RF initiation. Energy delivery was immediately terminated. The patient developed transient 2:1 AV conduction. Within two minutes, normal 1:1 AV conduction recovered spontaneously. Follow-up atropine testing and exercise stress testing demonstrated preserved AV nodal conduction, although the PR interval remained prolonged compared with baseline. During follow-up at one week and three months, the patient remained asymptomatic without recurrence of AVNRT or evidence of progressive conduction disease. Discussion and Conclusion: Even brief, low-power RF applications during slow pathway ablation may result in significant AV nodal injury in patients with prior VSD repair and postoperative RBBB. Altered septal conduction properties may increase vulnerability to AV block despite apparently appropriate catheter positioning. Careful mapping, cautious energy titration, and consideration of alternative strategies such as cryoablation should be considered in this potentially high-risk population.



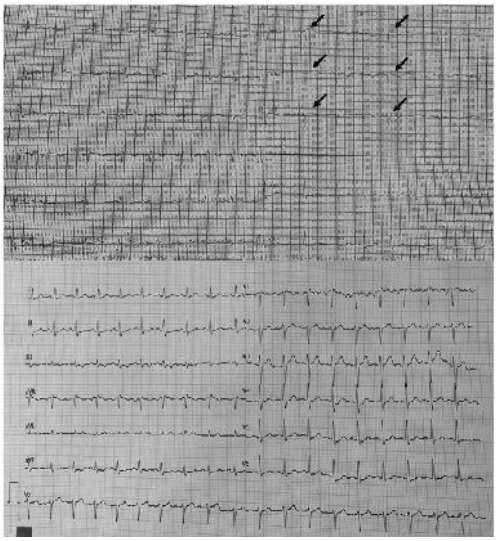
ΠΑ101|The Elephant in the Room: Brugada-Like ECG Revealing Malignant Coronary Anomaly

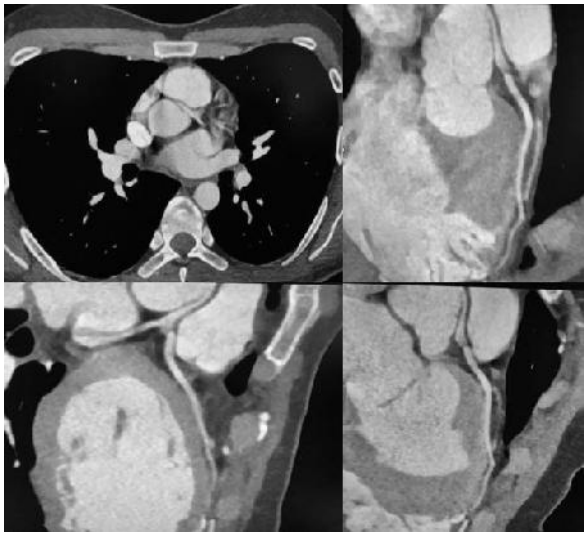
13/11/26 · METIS / METIS

E. Baltagianni[1], D. Parcharidou[1], C. Mantzios[1], T. Gosios[1], M. Didaggelos[1], A. Ziakas[1], V. Kaberidis[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Brugada syndrome (BrS) is an inherited cardiac channelopathy characterized by a type 1 electrocardiographic (ECG) pattern and an increased risk of malignant ventricular arrhythmias and sudden cardiac death (SCD). Similar ECG abnormalities may occur secondary to reversible clinical conditions, including myocardial ischemia, metabolic disturbances, pulmonary embolism, fever, or mechanical compression, and are referred to as Brugada phenocopies or Brugada-like ECG patterns. Distinguishing these entities is essential because their underlying mechanisms, prognosis, and therapeutic management differ substantially. We present a rare case of ischemia-induced Brugada-like ECG changes caused by an anomalous aortic origin of the left main coronary artery (AAOCA) with a malignant interarterial and intramural course. Materials and Methods: A previously healthy 13-year-old boy presented with exercise-related syncope followed by spontaneous recovery. Initial evaluation demonstrated a transient type 1 Brugada-like ECG pattern in leads V1–V3 and elevated cardiac biomarkers, raising suspicion for Brugada syndrome or acute myocarditis. A comprehensive diagnostic work-up including serial ECGs, laboratory testing, transthoracic echocardiography, cardiac magnetic resonance (CMR), and coronary computed tomography angiography (CTCA) was performed to determine the underlying etiology. Results: Repeat ECG demonstrated complete resolution of the Brugada-like pattern (Figure 1), making spontaneous Brugada syndrome unlikely, while progressive elevation of high-sensitivity troponin indicated ongoing myocardial injury. Transthoracic echocardiography showed normal cardiac structure and function. CMR demonstrated multifocal subendocardial late gadolinium enhancement that was atypical for both classic myocarditis and focal ischemic infarction. CTCA subsequently identified an anomalous left main coronary artery arising from the right coronary sinus with a slit-like ostium, a 16.4-mm intramural segment, and a malignant interarterial course between the aorta and pulmonary artery causing approximately 60–70% luminal

narrowing due to dynamic compression (Figure 2). These findings established myocardial ischemia secondary to high-risk AAOCA as the cause of the transient Brugada-like ECG pattern. The patient remained hemodynamically stable throughout hospitalization, with progressive normalization of cardiac biomarkers and no documented ventricular arrhythmias. Following multidisciplinary heart team discussion, surgical correction was recommended, and restriction from strenuous physical activity was advised pending intervention. Conclusions:Transient Brugada-like ECG patterns may represent myocardial ischemia rather than primary channelopathy. Comprehensive multimodality imaging is essential to identify malignant coronary anomalies and guide appropriate management.





ΠΑ102|«Όταν το STEMI αποκάλυπτει κακοήθεια» : εκτεταμένη καρδιακή διήθηση από νευροενδοκρινή όγκο πνεύμονα

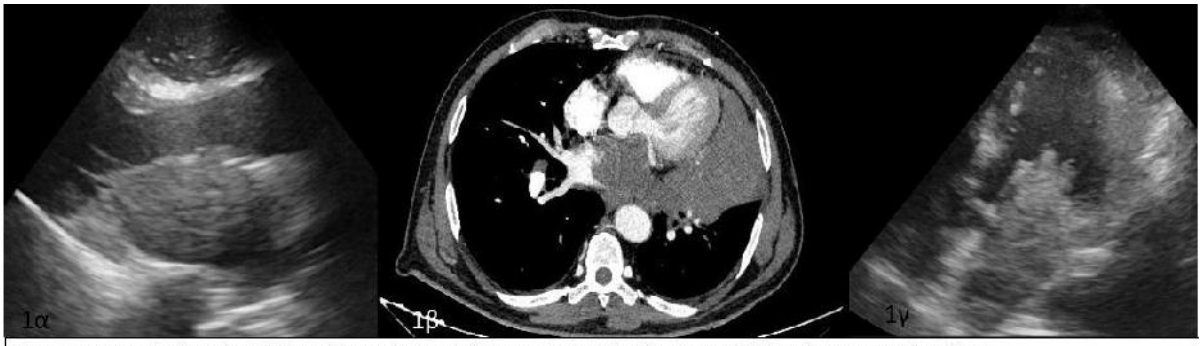
13/11/26 · METIS / METIS

Ε. Λαδοπούλου[1], Α. Μπόλη[1], Ι. Λεβέντης[1], Β. Αντωνόπουλος[1], Ν. Χρυσάκης[1], Ε. Κατσιμπέρη[1], Ι. Παράσχου[1], Ν. Αγγέλη[2], Α. Ζάγουρας[1], Ν. Ιακωβής[1], Χ. Πάντσιος[1], Μ. Παπαμιχάλης[1], Α. Ανυφαντάκης[1], Α. Χαμαϊδή[1], Δ. Οικονόμου[1], Α. Ξανθόπουλος[1], Γ. Γιαμούζης[1], Ι. Σκουλαρίγκης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η καρδιακή συμμετοχή διαγιγνώσκεται σε 1-3% των ασθενών με κακοήθεια ενώ 8-10% ανευρίσκεται σε νεκροτομικά παρασκευάσματα. Την καρδία προσβάλλουν συχνότερα καρκινώματα πνεύμονα , μαστού, μελάνωμα και αιματολογικές κακοήθειες και η προσβολή αυτής επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση όχι μόνο επειδή υποδηλώνει προχωρημένη νόσο αλλά και καθώς προκαλεί καρδιαγγειακές επιπλοκές όπως αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια , απόφραξη βαλβίδων ή ενδοκαρδιακών ροών , καρδιακό επιπωματισμό και εμβολικά επεισόδια.Υλικά/ Μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό της κλινικής μας με νεοπλασματική διήθηση αριστερού κόλπου με αρχική εκδήλωση οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος .Αποτελέσματα: Πρόκειται για άντρα 67 ετών, καπνιστή που διακομίσθηκε με οξύ κατώτερο έμφραγμα για πρωτογενή αγγειοπλαστική. Ωστόσο λόγω ανεύρεση στη διαθωρακική υπερηχογραφία ευμεγέθους, ευκίνητου μορφώματος του αριστερού κόλπου με προβολή εντός της αριστερής κοιλίας που προκαλούσε στενωτικά φαινόμενα στη μιτροειδή βαλβίδα προηγήθηκε καρδιοχειρουργική εκτίμηση και οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Εκεί διαπιστώθηκε οξεία ολική θρομβωτική απόφραξη του οπισθίου κατιόντα και ακολούθησε διάνοιξη με φαρμακοεκλυόμενο μπαλόνι. Στο πλαίσιο διερεύνησης του μορφώματος διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας που ανέδειξε ανομοιογενή χωροκατακτητική εξεργασία αριστερού ατελεκτατικού πνεύμονα η οποία ασκούσε πιεστικά φαινόμενα επί του αριστερού κύριου βρόγχου με μετάσταση στο αριστερό επινεφρίδιο. Επιβεβαιώθηκε ακόμα ,πυκνότητας μαλακών μορίων ιστός στον αριστερό κόλπο και στις αριστερές πνευμονικές φλέβες καθώς και νεοπλασματικός θρόμβος εντός της αριστερής νεφρικής και της κάτω κοίλης φλέβας. Ελήφθη διαβρογχική βιοψία πνεύμονα η οποία ανέδειξε χαμηλής διαφοροποίησης νευροενδοκρινές καρκίνωμα, ωστόσο ο ασθενής κατέληξε προ του αποτελέσματος αυτής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Συμπέρασμα: Η νεοπλασματική επέκταση καρκίνου του πνεύμονα στον αριστερό κόλπο μέσω

πνευμονικών φλεβών αποτελεί μια σπάνια οντότητα περί 0,5%.Η έγκαιρη αναγνώριση της είναι καθοριστική καθώς επηρεάζει τη σταδιοποίηση , τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόγνωση ενώ μπορεί να προλάβει ή να ερμηνεύσει δυνητικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Από όσα γνωρίζουμε, παρότι έχουν περιγραφεί μια μικρή σειρά περιστατικών νευροενδοκρινών όγκων πνεύμονα με επέκταση στον αριστερό κόλπο, αυτό είναι το πρώτο περιγραφόμενο περιστατικό στην διεθνή βιβλιογραφία με πρώτη εκδήλωση έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST.



1 α,γ: υπερηχογραφικές εικόνες PLAX και 4C με ευκίνητο μόρφωμα του αριστερού κόλπου με προβολή εντός της αριστερής κοιλίας.
1 β: στιγμιότυπο από αξονική τομογραφία θώρακος όπου απεικονίζεται ανομοιογενή χωροκατακτητική εξεργασία αριστερού ατελεκτατικού πνεύμονα η οποία ασκούσε πιεστικά φαινόμενα επί του αριστερού κύριου βρόγχου καθώς και πυκνότητας μαλακών μορίων ιστός στον αριστερό κόλπο και στις αριστερές πνευμονικές φλέβες



2α:ολική θρομβωτική απόφραξη του οπισθίου κατιόντα

2β: αγγειογραφικό αποτέλεσμα μετά την διάνοιξη με φαρμακοεκλυόμενο μπαλόνι

ΠΑ103|A Peri-Aortic Jet After Mechanical SAVR: Multimodality Diagnosis and IVUS-Guided Left Main Intervention

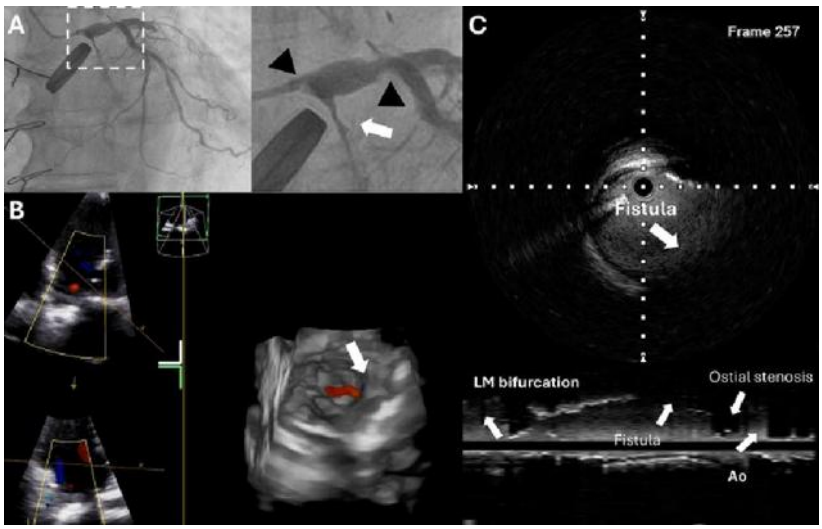
13/11/26 · METIS / METIS

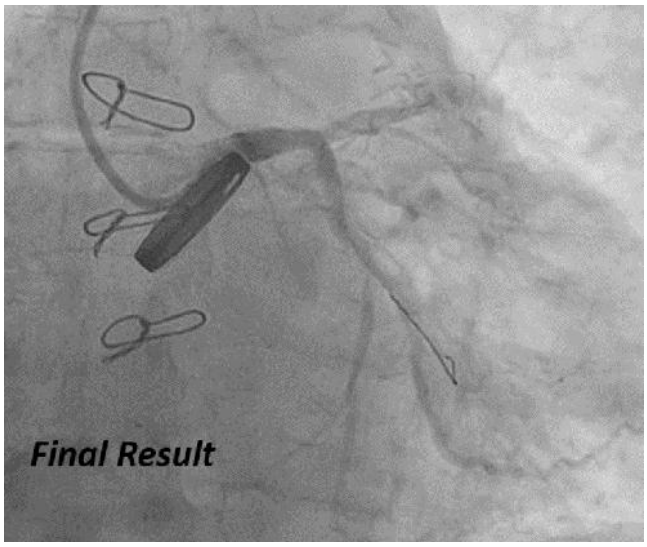
G. Tsigas[1], A. Mavromati[1], A.R. Papapanagiotou[2], A. Karanasos[1], G. Koutsioumpas[3], M. Papafaklis[2], A. Moulias[2], P. Davlouros[2]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]University Hospital of Patras, Cardiology Division*, *[3]University of Patras, Medical School*

Introduction: Coronarocameral fistulas are uncommon, and drainage from the left main coronary artery (LMCA) into the left ventricle (LV) is exceptionally rare. In patients with previous surgical aortic valve replacement (SAVR), peri-aortic color Doppler jets may mimic paravalvular leak (PVL), making precise anatomical localization essential. Case study A 69-year-old man presented with progressive exertional dyspnea (NYHA III) and mild bilateral ankle edema. Ten years earlier, he had undergone mechanical SAVR with concomitant LIMA-to-LAD bypass grafting. His history included hypertension and dyslipidemia, without previous myocardial infarction or overt heart failure. Transthoracic echocardiography showed a normally functioning mechanical aortic prosthesis, moderate functional mitral regurgitation, and new LV systolic dysfunction with an ejection fraction of approximately 35-40%. A color Doppler jet near the aortic root and sewing ring was initially interpreted as mild PVL. Coronary angiography demonstrated severe,

heavily calcified LMCA ostial and bifurcation disease extending toward the LAD and LCx origins. The LIMA-LAD graft was widely patent, and the right coronary artery had non-flow-limiting disease. Selective LMCA injection revealed a discrete contrast jet entering the LV near the aortic root, raising suspicion of an LM-to-LV coronarocameral fistula. Three-dimensional transthoracic echocardiography confirmed that the jet did not originate from the prosthetic sewing ring but from the region of the LM ostium, with drainage into the LV; true PVL was at most trivial. IVUS confirmed severe calcified proximal LM disease, with minimal lumen area approximately 5.5 mm^2, LM-LCx bifurcation involvement, and a focal fistulous opening/ectatic segment without thrombus or dissection, supporting a chronic acquired communication. Given high redo-surgery risk and uncertain fistula significance, the Heart Team prioritized IVUS-guided LM-LCx revascularization and deferred fistula closure. PCI was performed with two drug-eluting stents and high-pressure optimization, achieving an excellent LM-LCx result with TIMI 3 flow, preserved competitive LAD perfusion via LIMA, and unchanged modest LM-to-LV opacification. The patient remained stable and asymptomatic during a three-day hospitalization. Conclusion This case highlights that peri-aortic jets after SAVR are not always PVL. Multimodality imaging can prevent misclassification, define rare LM-to-LV fistulas, and guide pragmatic staged management when complex LM disease is the dominant clinical problem.





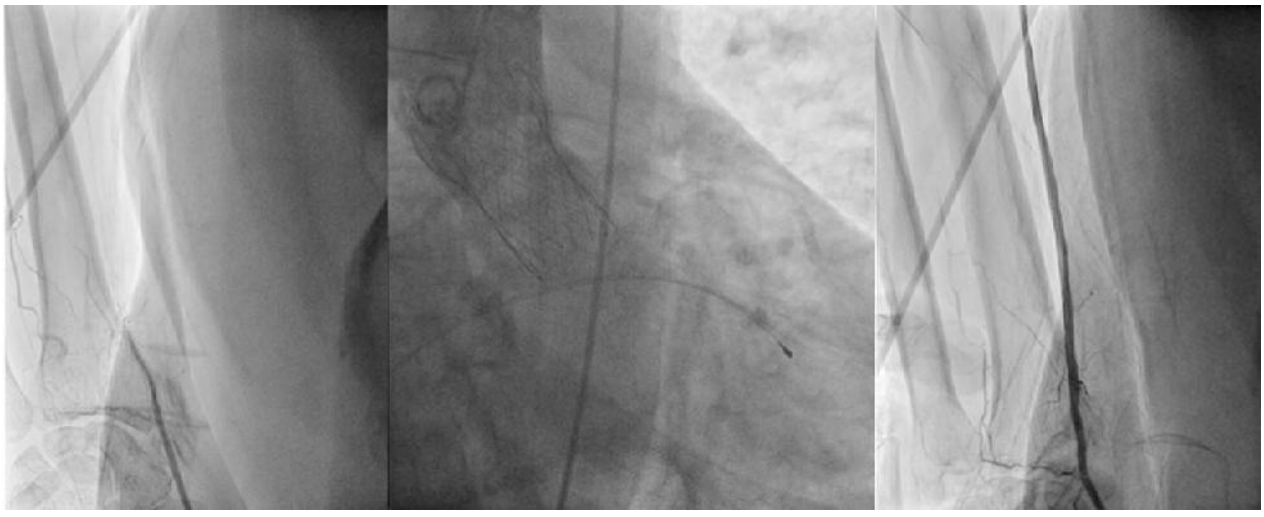
ΠΑ104|The RETRY Protocol Meets TAVI: Distal Radial Recanalization of Radial Artery Occlusion to Secure Secondary Access

13/11/26 · METIS / METIS

A.R. Papapanagiotou[1], M. Papafaklis[1], M. Kampouri[2], M. Leonida[2], A.K. Kalesi[2], A. Moulias[1], A. Karanasos[3], P. Davlouros[1], G. Tsigas[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]University of Patras, Medical School*

Introduction Secondary arterial access during transfemoral transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is essential for annular angiography, accurate valve positioning, and final assessment of the primary access site. When conventional access options are limited, distal radial recanalization of radial artery occlusion (RAO) may provide a practical alternative route. Case study An 82-year-old man was scheduled for elective transfemoral TAVI for symptomatic severe aortic stenosis (aortic valve area 0.9cm², Vmax 4.3m/s). The primary access strategy was right femoral, with stepwise sheath escalation from 6Fr to 18Fr for valve delivery. Although iliofemoral calcification was only mild, the team sought to avoid left femoral secondary arterial access and its potential incremental vascular risk. Given the center's experience with radial recanalization, secondary access through the distal right radial artery was planned. On admission, the right radial artery was found to be occluded, probably following coronary angiography performed six months earlier during TAVI work-up. Ultrasound-guided distal radial puncture in the anatomical snuffbox was performed, and the occluded radial artery was crossed retrogradely using a Gaia First guidewire according to the RETRY protocol. The forearm radial segment was predilated with a 2.0×20 mm semi-compliant balloon, restoring patency and enabling its use as the secondary arterial access for annular angiography, valve positioning, and final primary-access assessment. TAVI was then completed through the right femoral access after aortic valve predilatation, with implantation of a 29-mm Medtronic Evolut FX+ valve. The final result was excellent, with appropriate valve position and no significant residual gradient or regurgitation. As the final step of the radial strategy, the recanalized segment was treated with a 3.0×100mm drug-coated balloon to enhance patency. Final angiography confirmed excellent radial flow. No vascular or access-site complications occurred. Duplex ultrasound before discharge confirmed radial patency, and the patient was discharged asymptomatic after three days on dual antiplatelet therapy. Conclusion To our knowledge, this is the first reported use of the RETRY protocol to secure secondary access during TAVI. Distal radial RAO recanalization may expand access options in complex structural interventions while preserving the radial artery as a valuable vascular route.



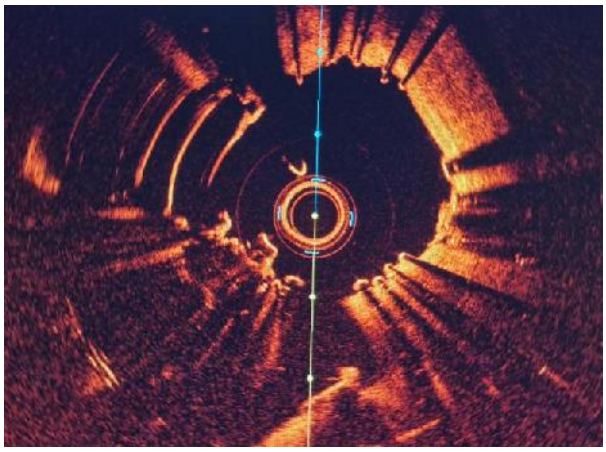
ΠΑ105|Stent Loss and entrapment in LMCA during primary Pci

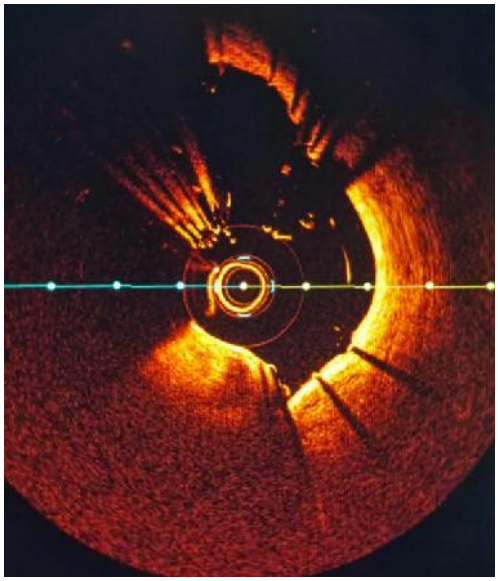
13/11/26 · METIS / METIS

Ι. Μηλιόρδος[1] , Α. Θεοφίλου[1], Α. Κατσιάνης[1], Ά. Δημουλά[1], Ρ. Πάτρας[1], Π. Μανιφάβα[1], Π. Ναστάτος[1],Α. Νταλιάνης[1],Δ. Παπουτσής[1],

[1],Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα θεραπευτική κλινική

Η πρωτογενής αγγειοπλαστική αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία για τους ασθενείς με Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με τα ποσοστά της να κυμαίνεται ~ 60-90% σε καλά οργανωμένα δίκτυα Primary PCI. Τα ποσοστά των επιπλοκών στις πρωτογενείς αγγειοπλαστικές κυμαίνονται από 10 - 22 %. Το κάτωθι περιστατικό περιγράφει μια αναπάντεχη και οξεία επιπλοκή για τον ασθενή , όπως και την έγκαιρη αντιμετώπιση της τόσο κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Ασθενής 68 ετών διεγνώσθη με ΟΕΜ κατωτερο-πλαγίου τοιχώματος και μεταφέρθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο προς πρωτογενή αγγειοπλαστική. Ανεδείχθη θρομβωτική υφολική απόφραξη εγγύς LCX. Μετά την τροποποίηση της βλάβης (λόγω εναπόθεσης Ca), κατά την προώθηση DES stent (3.0 x 20 mm) δίχως να προηγηθούν χειρισμοί παρατηρήθηκε αποκόλληση αυτού από τον αεροθάλαμο του και παγίδευση του σώματος του stent στο περιφερικό στέλεχος έως και το εγγύς της LCX (προ της ένοχης βλάβης) . Καθώς είχε διατηρηθεί η θέση του οδηγού σύρματος, αρχικά έγινε προσπάθεια παράσυρσης από αεροθάλαμο (small balloon technique) η οποία ήταν ανεπιτυχής προκαλώντας περαιτέρω παραμόρφωση των αντηρίδων στην καρίνα και παγίδευση αυτού. Αλλαγή στρατηγικής και έκπτυξη νέου stent διαμέσου αυτού και παράλληλα κάλυψη και της ένοχης βλάβης(+ επιθετικό POT) με αποκατάσταση ροής. Στη συνέχεια παρατηρήθηκε αιμοδυναμική αστάθεια, ασθενής έντονα συμπτωματική με επηρεασμό της ροής στον LAD - διαχωρισμό στο εγγύς τμήμα του. Ακολούθησε επείγουσα αγγειοπλαστική LM (προς LAD) + KBI(rTAP) και η επέμβαση έλαβε τέλος. 48 ώρες μετά η ασθενής επανέρχεται με σκοπό ενδοστεφανιαία απεικόνιση με OCT -> ανάδειξη σημαντικής υποέκπτυξης του stent στο στέλεχος και προεξοχή παραμορφωμένων αντηρίδων στο άπω τμήμα του στελέχους – καρίνα και εγγύς LCX (~3mm). Ανεδείχθη και σημαντική στένωση περιφερικά του stent στο εγγύς τμήμα του LAD. Ακολούθησε αγγειοπλαστική - POT LM και KBI LM - LAD -LCX. Εκ νέου απεικόνιση με βελτιστοποίηση της έκπτυξης και εναπόθεσης των stents και στην καρίνα με πολύ καλή αγγειογραφική ροή, υπολογισμό των MSA LAD - LCX - LM χωρίς λοιπές επιπλοκές. Σημαντική μηνύματα:· Αντιμετώπιση οξέων και αναπάντεχων επιπλοκών (stent dislodgment + entrapment) κατά τη διάρκεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής .· Χρήση ενδοστεφανιαίας απεικόνισης (επιλογή της καταλληλότερης). · Καθοδήγηση και βελτιστοποίηση της αγγειοπλαστικής υπό απεικόνιση.





ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / FRIDAY, NOVEMBER 13th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

17.00-18.00 **Καρδιακή απεικόνιση Ι / Imaging I**

Πρόεδροι: Ν. Σμυρνιούδης (Χίος), Γ. Χατζηαθανασίου (Πρέβεζα)
Chairpersons: N. Smyrnioudis(Chios), G. Hatziathanasiou (Preveza)

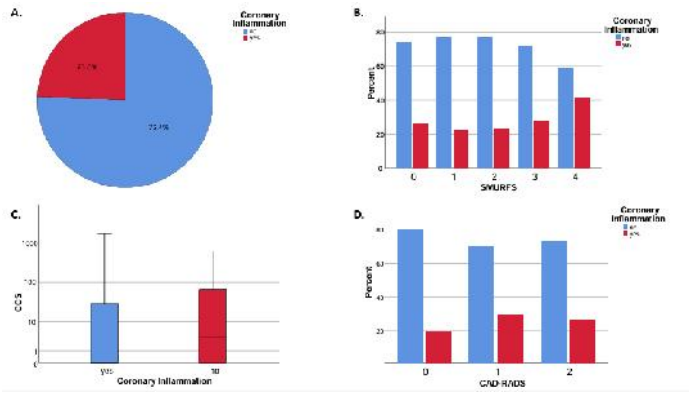
ΠΑ106|Residual vascular inflammatory risk in patients undergoing coronary computed tomography angiography: preliminary findings from the VIRDICT trial

13/11/26 · METIS / METIS

S. Simantiris[1], A. Antonopoulos[1], D. Manos[1], D. Antonakaki[3], D. Terentes[1], M. Bounta[4], A. Miliou[1], A. Xanthaki[1], C. Antoniades[5], K. Anagnostopoulos[6], D. Kokkinos[7], T. Vrachliotis[8], D. Tousoulis[1], K. Tsioufis[9], C. Vlahopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ, [4]Immunology Lab, Hippokration General Hospital, [5]Acute Multidisciplinary Imaging and Interventional Centre, Division of Cardiovascular Medicine, Radcliffe Department of Medicine, University of Oxford, Oxford, UK , [6]Ιδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ , [7]ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ, [8]Department of Radiology, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, [9]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background/Introduction: Vascular inflammation is a key pathophysiological mechanism underlying the development and progression of atherosclerosis. Fat attenuation index (FAI) is a novel validated imaging biomarker, derived by coronary computed tomography angiography (CCTA) images and has been associated with increased cardiovascular risk in large prospective cohorts. The VIRDICT trial is a randomized clinical trial evaluating anti-inflammatory treatment in patients undergoing CCTA who are found to have increased coronary inflammation. The present analysis included patients screened for eligibility for the VIRDICT trial.Methods: In the present study, we enrolled patients who underwent CCTA for clinical indications. All patients without obstructive coronary artery disease (CAD) and available FAI analysis were included in this study. CCTA images were analyzed for coronary inflammation based on the FAI of perivascular adipose tissue. Coronary inflammation was defined as identification either of FAI-Score ³90th percentile for the left anterior descending (LAD) artery or the right coronary artery (RCA). All statistical analyses were performed with IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0, as appropriate. A p-value of <0.05 was considered significant. Results: We included 882 patients derived from the VIRDICT study population (56.8% male, mean age 56.8± 9.7 years). Overall, 54.5% had coronary atherosclerosis, while 23.6% had increased levels of coronary inflammation (Figure 1A). Per-vessel FAI-Score percentiles showed strong positive correlations with one another (all p<0.001). Diabetes mellitus and hypertension were more prevalent in patients with coronary inflammation (p=0.003 and 0.001 respectively), whereas the prevalence of smoking and dyslipidemia did not differ significantly between groups. Notably, coronary inflammation was detected even in patients without traditional cardiovascular risk factors (26.4%) (Figure 1B). Calcium score was significantly higher in patients with increased FAI values (median 0.07 vs 4.2, p<0.001) (Figure 1C). Furthermore, coronary atherosclerosis severity assessed by CAD-RADS was significantly higher in patients with coronary inflammation (chi-square 8.7, p=0.013) (Figure 1D). Conclusions: Nearly one-quarter of patients undergoing CCTA demonstrated increased coronary inflammation despite the absence of obstructive CAD. FAI was associated with coronary calcium burden and CAD severity, suggesting that assessment of coronary inflammation may provide complementary information beyond conventional cardiovascular risk factors.



ΠΑ107|Prognostic value of CMR-derived right ventricular global longitudinal strain in light-chain (AL) cardiac amyloidosis

13/11/26 · METIS / METIS

Α. Μπριασούλης[3], Ν. Λάμα[1], Φ. Θεοδωρακάκου[2], Χ. Φιλιππάτος[2], Α. Αλιφραγκή[2], Ά. Δημουλά[2], Ρ. Πάτρας[2], Χ. Ζώτικα[2], Ι. Πετρόπουλος[2], Μ.Ε. Τσελεγκίδη[3], Ε. Καστρίτης[2], Κ. Σταματελόπουλος[2]

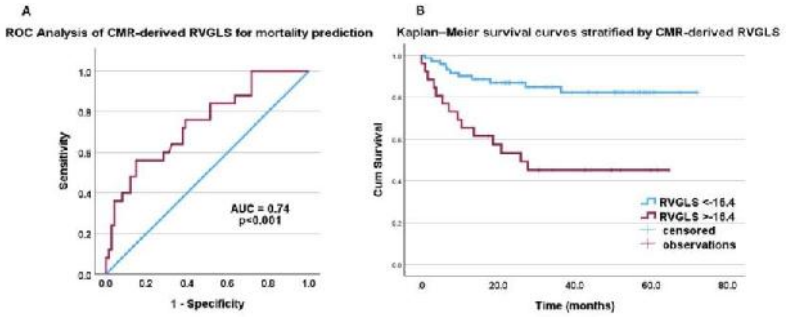
[1]ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Background: Cardiac involvement determines prognosis in light-chain (AL) amyloidosis. The incremental prognostic role of right ventricular (RV) deformation assessed by cardiac magnetic resonance (CMR) remains incompletely defined. Methods: In a prospective cohort of 100 patients with AL amyloidosis, baseline clinical, biomarker, echocardiographic and CMR parameters were collected. The primary endpoint was all-cause mortality (median 72-month follow-up). Cox regression assessed associations with outcome. Model discrimination was evaluated using Harrell's C-index. ROC analysis identified an optimal RV global longitudinal strain (GLS) cut-off, followed by Kaplan–Meier analysis. Results: During follow-up, 25 deaths occurred. Baseline CMR and echocardiographic characteristics were stratified by survival status (Table 1). CMR-derived RV GLS was the strongest imaging predictor of mortality (HR 1.17 per 1% worsening; 95% CI 1.08–1.28; p<0.001) and remained independently associated with outcome after adjustment for biomarkers and Mayo stage. Addition of RV GLS improved discrimination (C-index 0.595 to 0.710). ROC analysis demonstrated good accuracy (AUC 0.74, 95% CI 0.63–0.85; Figure 1A), and an RV GLS cut-off of −16.4% identified patients with significantly reduced survival (log-rank p<0.001; Figure 1B). Echocardiographic RV GLS showed limited discrimination (AUC 0.62; p=0.16) and modest agreement with CMR (ICC 0.43). Conclusions: CMR-derived RV GLS is an independent predictor of mortality and provides incremental prognostic value beyond Mayo staging in AL amyloidosis.

Table 1. Cardiac magnetic resonance–derived and echocardiographic parameters in the overall cohort, survivors, and non-survivors. Continuous variables are presented as mean ± standard deviation for normally distributed data or median (interquartile range IQR) for non-normally distributed data.

Variable	All patients	Survivors	Non-survivors	p value	Variable	All patients	Survivors	Non-survivors	p value
TI-native global (ms)	1408± 51 N=95	1403± 78 N=72	1408± 91 N=23	0.97	RV SV (mL)	66.5 (IQR=22) N=100	68 (IQR = 23) N=75	51 (IQR=20.5) N=25	0.15
ECV (%)	45.0 (IQR=18) N=69	45.0 (IQR=19) N=66	45.5 (IQR=18) N=20	0.59	LV EDV (mL)	123 (IQR=52) N=100	125 (IQR=52) N=75	112 (IQR=50) N=25	0.51
RV EDV (mL)	105 (IQR=45.5) N=100	111 (IQR=45) N=75	91 (IQR=48) N=25	0.38	LV ESV (mL)	46 (IQR=25.5) N=100	45 (IQR=28) N=75	47 (IQR=36) N=25	0.93
RV ESV (mL)	39.0 (IQR=28) N=69	39.0 (IQR=26) N=75	35.5 (IQR=34) N=24	0.71	LV CO (L/min)	5.55 (IQR=1.8) N=100	5.80 (IQR=1.9) N=75	5.20 (IQR=1.3) N=25	0.09
RV CO (L/min)	5 (IQR=1.8) N=100	5.2 (IQR=1.9) N=75	4.8 (IQR=1.2) N=25	0.12	LV EF (%)	62± 12 N=100	63± 11 N=75	60± 14 N=25	0.28
RV CI (L/min/m²)	2.86± 0.59 N=100	2.93± 0.59 N=75	2.65± 0.58 N=25	0.044	LV GLS (%)	−11.1± 3.9 N=52	−12.0± 3.4 N=37	−9.1± 4.2 N=15	0.13
RV GLS CMR (%)	−18.08 (IQR=8.59) N=99	−19.82 (IQR=9.35) N=74	−16.05 (IQR=6.67) N=25	<0.00 1	LV SV (mL)	74.5 (IQR=25.8) N=100	77 (IQR=26) N=75	73 (IQR=20) N=25	0.17
RV EF (%)	65.4± 10.5 N=100	65.8± 9.8 N=75	64.2± 13.7 N=25	0.50	RV GLS Echo (%)	−12.3± 4.8 N=66	−13.8± 4.2 N=47	−14.2± 6.0 N=19	0.21
TAPSE (mm)	18.8± 4.5 N=100	19.4± 4.5 N=75	17.0± 4.0 N=25	0.18	LV GLS Echo (%)	−15.9± 4.7 N=78	−15.5± 4.6 N = 59	−17.0± 5.0 N=19	0.23

Figure 1. Prognostic performance of CMR-derived right ventricular global longitudinal strain (RVGLS). (A) ROC curve demonstrating the discriminatory ability of CMR-derived RVGLS for all-cause mortality. (B) Kaplan–Meier survival curves stratified by the RVGLS cut-off (-16.4%).



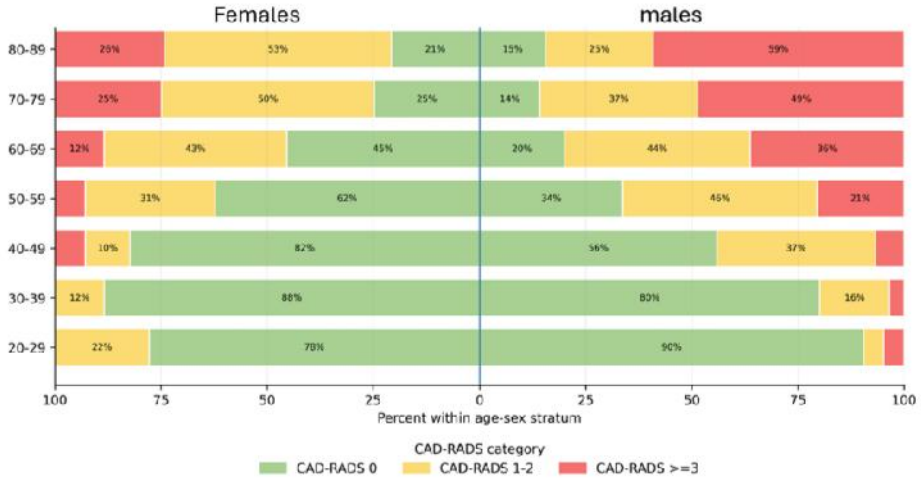
ΠΑ108|Χρήση της Αξονικής Στεφανιογραφίας στην Ελλάδα: Δεδομένα 5.676 Ασθενών από το Πολυκεντρικό Μητρώο COCOA-GR (COronary COmputed Tomography Angiography–GReece) — Ευρήματα ανά Ηλικία και Φύλο

13/11/26 · METIS / METIS

Σ. Σημαντήρης[1], Α. Αντωνόπουλος [1], Δ. Μάνος[1], Γ. Μπενέτος[3], Χαράλαμπος Παπαστάμος[1], Δ. Κυριακόπουλος[1], Α. Παππά[4], Π. Κορκονικήτας[4], Ό. Καραπαναγιώτου[5], Δ. Παπανδρέου[2], Δ. Τούσουλης[1], Θ. Βραχλιώτης[1], Κ. Αγγέλη[1], Κ. Τούτουζας[1], Κ.Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [4]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η στεφανιαία αξονική αγγειογραφία (CCTA) έχει καθιερωθεί ως βασική μη-επεμβατική μέθοδος για την ανατομική αξιολόγηση των στεφανιαίων αρτηριών. Παρά τη διευρυνόμενη χρήση της, τα δεδομένα σχετικά με τα πρότυπα παραπομπής, τα χαρακτηριστικά των ασθενών και τα απεικονιστικά ευρήματα στον ελληνικό πληθυσμό είναι ελάχιστα. Στην παρούσα πολυκεντρική μελέτη διερευνήσαμε την τρέχουσα χρήση της CCTA στην Ελλάδα και εκτιμήσαμε τον επιπολασμό της μη αποφρακτικής και αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου ανά ηλικία και φύλο.Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν στοιχεία από το κλινικό ιστορικό και βασικά ευρήματα εξέτασης από 5.676 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CCTA (65,8% άνδρες, μέση ηλικία 59,6 έτη) σε πέντε κέντρα (Αττική). Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS, έκδοση 25.0 (SPSS, Inc., Σικάγο, Ιλινόις). Αποτελέσματα: Η συχνότητα αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) (CAD-RADS≥3) παρουσίαζε αύξηση ανάλογα με τη δεκαετία ηλικίας κυρίως στους άνδρες (Γράφημα). Η αποφρακτική ΣΝ ήταν σημαντικά συχνότερη στους άρρενες ηλικίας> ετών έναντι των γυναικών, υπερβαίνοντας μάλιστα το αντίστοιχο ποσοστό της μη αποφρακτικής ΣΝ. Η μη αποφρακτική ΣΝ (CAD-RADS 1 & 2) ήταν πολύ συχνό εύρημα μετά την ηλικία των 50 ετών και στα δύο φύλα, ενώ αξιοσημείωτο είναι πως σχεδόν 1/3 άνδρες έναντι 1/10 γυναίκες μεταξύ 40-49 έτη εμφάνιζαν ήπια αθηρωμάτωση. Συμπεράσματα: Παρά το ότι η CCTA χρησιμοποιείται στην Ελλάδα κυρίως για τον προληπτικό έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων, σημαντικό ποσοστό των εξεταζομένων παρουσιάζει στεφανιαία αθηρωμάτωση. Το αν η καταγραφή των ενδείξεων παραπομπής και των απεικονιστικών ευρημάτων σε εθνικό επίπεδο μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη αποτύπωση της κλινικής πρακτικής.



ΠΑ109|PCSK9i and Atherosclerotic Plaque Regression Assessed by Coronary Computed Tomography Angiography: A Meta-Analysis

13/11/26 · METIS / METIS

M. Sagris[1], Leopoldo Perez De Isla[2], N. Patsourakos[1], G. Korosoglou[3], D. Tousoulis[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Cardiology Department, Hospital Clínico San Carlos, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, Spain., [3]GRN Hospital Weinheim, Cardiology, Vascular Medicine & Pneumology, Weinheim, Germany - Cardiac Imaging Center Weinheim, Hector Foundations, Weinheim, Germany, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitors (PCSK9i) provide profound lipid lowering beyond standard therapy; however, their impact on coronary plaque characteristics assessed by coronary computed tomography angiography (CCTA) remains incompletely defined. Methods Five studies comprising 256 patients who underwent serial CCTA imaging met the predefined inclusion criteria. The mean age was 61.2 ± 8.3 years, 62% were male, and the median follow-up was 14.6 months. Standardized mean differences (SMD) with 95% confidence intervals (CI) were calculated for biochemical and CCTA-derived parameters using random-effects models. Results PCSK9i therapy was associated with significant reductions in total cholesterol (SMD: −1.81; 95% CI −2.88 to −0.75; I^2=96%), LDL-C (SMD: −2.32; 95% CI −3.38 to −1.26; I^2=96%), lipoprotein(a) (SMD: −0.49; 95% CI −0.73 to −0.25; I^2=49%), and triglycerides (SMD: −0.35; 95% CI −0.52 to −0.19; I^2=10%), with a modest increase in HDL-C (SMD: 0.16; 95% CI −0.00 to 0.33; I^2=7%). C-reactive protein showed a slight reduction. On CCTA, non-calcified plaque volume was significantly reduced (SMD: −0.17; 95% CI −0.36 to −0.02; I^2=0%), while the Agatston score significantly increased (SMD: 0.32; 95% CI 0.09 to 0.55; I^2=0%). Reductions were also noted for total plaque volumes (SMD: -0.12, 95% CI: -0.72 to 0.48; I2=88%), fibrous plaque (SMD: -0.28, 95% CI: -0.89 to 0.33; I2=73%), necrotic plaque (SMD: -0.34, 95% CI: -1.01 to 0.33; I2=90%) and increase in calcified plaque volume (SMD: 0.13, 95% CI: -0.16 to 0.42; I2=49%), however without reaching statistical significance. Notably, most patients (78.8%) were already receiving high-intensity statins and ezetimibe prior to PCSK9i initiation. Conclusion PCSK9i therapy is associated with significant lipid reduction and favorable modulation of coronary plaque composition, characterized by regression of non-calcified plaque and increased calcification, suggesting plaque stabilization. These findings support the complementary role of PCSK9i beyond statins and highlight CCTA as a unique, non-invasive tool for monitoring plaque burden and therapeutic response.

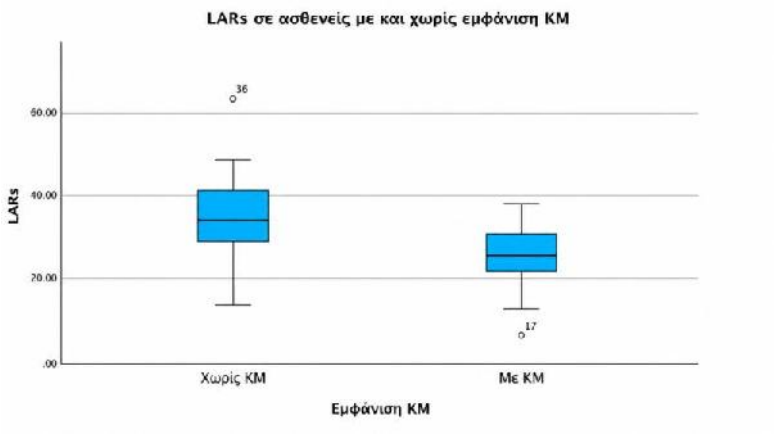
ΠΑ110|Reservoir Strain του Αριστερού Κόλπου: ανεξάρτητος Δείκτης Πρόβλεψης Κολπικής Μαρμαρυγής σε Ασθενείς με Κρυπτογενές ΑΕΕ

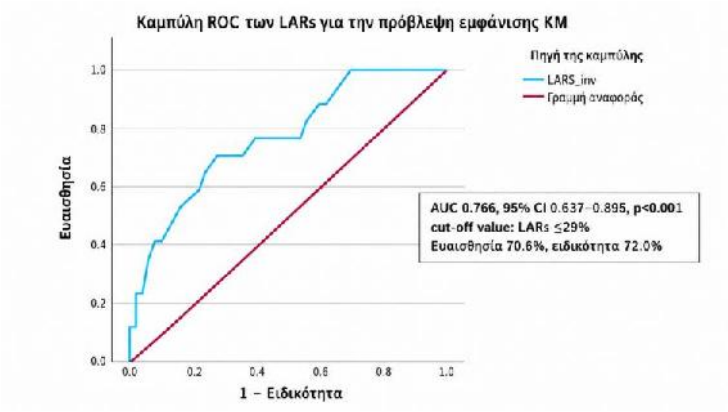
13/11/26 · METIS / METIS

Ά.Ε. Καλέση[1], Μ. Καρακώστα[2], Σ. Παντζαρτζη[3], Δ. Ντιλούδη[3], Α.Κωνσταντάρα[2], Α. Πλαΐτης[3], Σ. Καψοκόλης[3], Δ. Μπαρμπαγιάννης[2], Μ. Βασσάκη[2], Ε. Μπούσουλα[4], Α. Δεληγιώργης[2], Π. Ζάχος[5], Α. Δεστούνης[2], Σ. Γερακάρη[6], Α. Θεοδόσης Γεωργιλάς[2], Ν. Πατσουράκος[4], Ν. Κάσινος[4]

[1] Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» - Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [2]Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» - Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [3]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [6]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών – Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή/Σκοπός Η κολπική μυοπάθεια συχνά προηγείται της κλινικής εκδήλωσης κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), ιδίως σε νεότερους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αγνώστου αιτιολογίας (ESUS). Το reservoir strain του αριστερού κόλπου (LARs) αποτελεί ευαίσθητο δείκτη υποκλινικής κολπικής δυσλειτουργίας. Σκοπός ήταν η διερεύνηση της ανεξάρτητης συσχέτισης του LARs με τη μετέπειτα ανάπτυξη ΚΜ σε ασθενείς με ESUS και η εκτίμηση της διαγνωστικής του ακρίβειας.Υλικό/Μέθοδος Μελετήθηκαν αναδρομικά 264 διαδοχικοί ασθενείς ηλικίας 18–65 ετών που υποβλήθηκαν σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα για διερεύνηση ισχαιμικού ΑΕΕ μεταξύ Μαρτίου 2018 και Δεκεμβρίου 2024, χωρίς προϋπάρχουσα ΚΜ ή γνωστή καρωτιδική νόσο. Μετά τον αποκλεισμό 9 ασθενών με σοβαρές συννοσηρότητες, ο τελικός πληθυσμός ESUS ανήλθε σε 255 ασθενείς, εκ των οποίων 19 ανέπτυξαν ΚΜ σε διάμεση παρακολούθηση 54 μηνών (εύρος 6–87). Ως ομάδα σύγκρισης χρησιμοποιήθηκαν 51 τυχαία επιλεγμένοι ασθενείς, με στρωματοποίηση ως προς ηλικία και φύλο. Η ανάπτυξη ΚΜ επιβεβαιώθηκε μέσω ανασκόπησης ιατρικών φακέλων και δομημένων τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Το LARs υπολογίστηκε offline με αυτοματοποιημένη ανάλυση speckle-tracking (AFI LA, EchoPAC v206, GE Healthcare) από τις κορυφαίες τομές 4 και 2 κοιλοτήτων, από δύο πιστοποιημένους κατά EACVI ηχωκαρδιογραφιστές (interobserver variability<5%). Εφαρμόστηκαν κατάλληλες παραμετρικές/μη παραμετρικές δοκιμασίες, ανάλυση ROC και πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση. Αποτελέσματα: Τιμές LARs ήταν διαθέσιμες σε 67 ασθενείς (17 με ΚΜ, 50 μάρτυρες). Οι ασθενείς που εμφάνισαν ΚΜ παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερο LARs έναντι των μαρτύρων (25,6±8,9% έναντι 34,7±8,8%, p<0,001). Ο δείκτης όγκου (28 έναντι 26 mL/m^2, p=0,606) και η διάμετρος (40 έναντι 40 mm,p=0,208) του αριστερού κόλπου δεν διέφεραν σημαντικά, ούτε ο επιπολασμός PFO (26,3% έναντι 29,4%). Το LARs επέδειξε καλή διαγνωστική ακρίβεια (AUC 0,766, 95% CI 0,637–0,895, p<0,001), με cut-off ≤29% να αποδίδει ευαισθησία 70,6% και ειδικότητα 72,0%. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, το LARs παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας μετά από προσαρμογή για ηλικία και φύλο (OR 0,85 ανά 1% αύξηση, 95% CI 0,77–0,94, p=0,002). Συμπεράσματα Το μειωμένο reservoir strain του αριστερού κόλπου σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μετέπειτα ανάπτυξη ΚΜ σε νεότερους ασθενείς με ESUS, παρά τα φυσιολογικά συμβατικά μορφολογικά χαρακτηριστικά του κόλπου. Το εύρημα ενισχύει τον ρόλο του LARs ως εργαλείου διαστρωμάτωσης κινδύνου, χρήσιμου στην επιλογή ασθενών για παρατεταμένη ρυθμολογική παρακολούθηση και εξατομικευμένη προσέγγιση της σύγκλεισης PFO.





ΠΑ111|Left atrial strain as a sensitive marker of early cardiac functional improvement in relation to hematologic response depth in AL Amyloidosis

13/11/26 · METIS / METIS

I. Petropoulos[1], A. Briasoulis[2], A. Kallis[2], Rafail Patras[1], F. Theodorakakou[1], A. Alifragki[1], C. Zotika[1], G. Georgiopoulos[1], P. Manifava[1], E. Repasos[1], M.A. Dimopoulos[1], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α Αλεξάνδρα

Background: Cardiac involvement is the principal determinant of prognosis in light-chain (AL) amyloidosis. While deeper hematologic response improves survival, its relationship with myocardial functional recovery remains incompletely characterized. Purpose: To evaluate the association between hematologic response depth and longitudinal changes in advanced echocardiographic parameters, and to identify the most sensitive marker of early cardiac recovery. Methods: Patients receiving anti-clonal therapy underwent comprehensive echocardiography at baseline and at 1-year follow-up. Subjects were stratified by hematologic response depth (complete response [CR], very good partial response [VGPR], partial/no response [PR/NR]) and biochemical (based on NTproBNP) cardiac response. Longitudinal changes were assessed using delta values for left atrial reservoir strain (LASr), TAPSE/SPAP ratio, mid-myocardial work, left ventricular global longitudinal strain (LV GLS), right ventricular GLS, RV free-wall GLS, and TAPSE. Results: Hematologic response depth was significantly associated only with changes in LASr (p=0.024). Patients achieving CR demonstrated improvement (ΔLASr: 1.80%), whereas those with VGPR showed decline (ΔLASr: -1.93%), and PR/NR exhibited progressive deterioration (ΔLASr: -3.33%), indicating a graded “dose”-response relationship. TAPSE/SPAP exhibited a non-significant trend (p=0.072). Mid-myocardial work (p=0.107), LV GLS (p=0.154), RV GLS (p=0.677), RV free-wall GLS (p=0.405), and TAPSE (p=0.516) showed no significant differences. No parameter reached significance for biochemical cardiac response, although LAS tended to improve in responders (ΔLASr: +1.71%) versus non-responders (ΔLASr: -1.17%; p=0.256). Conclusion: Among multiple advanced echocardiographic metrics, LAS reservoir emerged as the only parameter significantly associated with hematologic response depth. These findings support LAS as a sensitive, non-invasive marker of early cardiac functional improvement in AL amyloidosis, potentially preceding detectable changes in ventricular mechanics.

ΠΑ112|Arterial-myocardial coupling in primary AL amyloidosis. A validation study of vascular involvement

13/11/26 · METIS / METIS

R. Patras[1], D. Dealialis[2], I. Petropoulos[1], A. Alifragki[1], F. Theodorakakou[1], M.E. Tselegidi[2], C. Moustou[1], M.A. Dimopoulos[1], G. Georgiopoulos[1], A. Briasoulis[2], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Background: Previous work showed that vascular involvement in AL amyloidosis, defined by low blood pressure or paradoxical vasodilation, may independently affect survival. Mechanistic data may validate its clinical role. Purpose: To explore arterial–myocardial coupling in AL amyloidosis by investigating associations between markers of vascular and cardiac involvement. Methods: We recruited 152 newly diagnosed treatment-naive AL amyloidosis patients. All underwent vascular assessment including reactive vasodilation (flow-mediated dilation [FMD] and vasodilation during cold pressor testing) using high-resolution ultrasonography. Arterial stiffness was assessed by carotid–femoral pulse wave velocity (PWV), while aortic pressures and arterial wave reflections were estimated by radial artery tonometry. Transthoracic echocardiography was performed in all patients and cardiac magnetic resonance (CMR) in a subgroup (n=59). Results: Complete responders showed earlier FMD changes at 3 months (p=0.048) and modest blood pressure reductions. In multivariable analysis, post-treatment vascular markers independently predicted mortality. At> months, lower central SBP (HR 0.89, CI 0.84–0.95, p<0.001), lower pulse pressure (HR 0.94, CI 0.91–0.98, p<0.003), lower PWV (HR 0.66, CI 0.48–0.92, p=0.015), lower AI@75 (HR 0.91, CI 0.86–0.96, p<0.001), and higher FMD (HR 1.18, CI 1.01–1.40, p=0.048) predicted worse outcomes. Elevated FMD (>6%) at 12 months independently predicted increased mortality risk (HR 4.78, 95% CI 1.11–20.49; p=0.036). Conclusion: Markers of peripheral vascular dysfunction were associated with cardiac structure and function assessed by echocardiography and CMR in AL amyloidosis. This arterial–myocardial coupling supports a clinical role for peripheral vascular involvement and warrants further investigation.

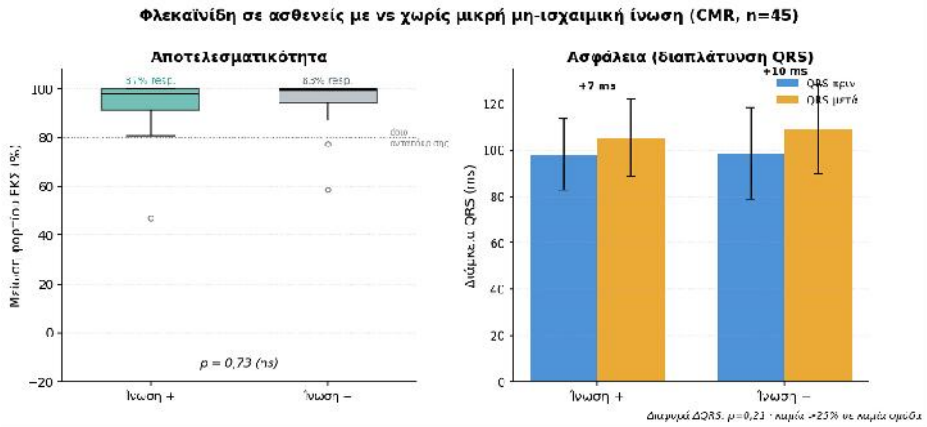
ΠΑ113|Ασφάλεια και Αποτελεσματικότητα της Φλεκαϊνίδης σε Ασθενείς με Μικρή Μη-Ισχαιμική Ίνωση Μυοκαρδίου: Υποανάλυση της Μελέτης UNIFLECA

13/11/26 · METIS / METIS

Σ. Κωτούλας[1], Δ.Τσιάχρης[2], Μ. Μπότης[2], Α. Κορδαλής[2], Π. Ξύδης[2], Δ.ς Ηλιόπουλος[2], Α.Ε. Καρανικόλα[2], Γ. Δεληγιάννης[2], Λ. Πουλημένος[1], Κ. Τσιούφης[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η παρουσία ίνωσης στη μαγνητική τομογραφία (LGE) συχνά οδηγεί σε αποφυγή των αντιαρρυθμικών κλάσης Ic, λόγω ανησυχιών για προαρρυθμία σε δομικά πάσχον μυοκάρδιο. Ωστόσο, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της φλεκαϊνίδης σε ασθενείς με μικρή, μη-ισχαιμική ίνωση παραμένει ατεκμηρίωτη.Σκοπός: Η σύγκριση της αποτελεσματικότητας (μείωση φορτίου ΕΚΣ) και της ασφάλειας (διεύρυνση QRS) της φλεκαϊνίδης μεταξύ ασθενών με και χωρίς ίνωση στη μαγνητική τομογραφία, στο πλαίσιο της μελέτης UNIFLECA.Μέθοδος: Αναλύθηκαν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR). Η ίνωση αξιολογήθηκε με LGE και η έκτασή της βάσει του μοντέλου 17 τμημάτων. Συγκρίθηκαν η μείωση του φορτίου ΕΚΣ και η μεταβολή της διάρκειας QRS (ΔQRS) πριν και μετά τη φλεκαϊνίδη, μεταξύ των δύο ομάδων (Mann-Whitney, Wilcoxon για ζευγαρωμένες παρατηρήσεις).Αποτελέσματα: Από τους 45 ασθενείς με CMR, 18 (40%) παρουσίαζαν ίνωση και 27 δεν εμφάνισαν. Η ίνωση ήταν σε όλες τις περιπτώσεις περιορισμένης έκτασης (1–2/17 τμήματα) και μη-ισχαιμικής αιτιολογίας. Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες ως προς το αρχικό κλάσμα εξώθησης (57% vs 57%, p=0,94). Η φλεκαϊνίδη ήταν εξίσου αποτελεσματική: η διάμεση μείωση του φορτίου ΕΚΣ ήταν 97,8% στους ασθενείς με ίνωση έναντι 99,5% χωρίς (p=0,73), με ποσοστά ανταπόκρισης ≥80%, 87% έναντι 83% αντίστοιχα. Ως προς την ασφάλεια, η διάρκεια QRS αυξήθηκε σημαντικά και στις δύο ομάδες (ίνωση+: 98→105 ms· ίνωση−: 99→109 ms, p≈0,001), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στη ΔQRS μεταξύ τους (p=0,21), ενώ κανένας ασθενής σε καμία ομάδα δεν εμφάνισε διεύρυνση>%.Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με μικρής έκτασης, μη-ισχαιμική ίνωση μυοκαρδίου, η φλεκαϊνίδη ήταν εξίσου αποτελεσματική στη μείωση του φορτίου ΕΚΣ και εξίσου ασφαλής ως προς τη διεύρυνση QRS, όπως και σε ασθενείς χωρίς ίνωση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η περιορισμένη μη-ισχαιμική ίνωση δεν αποκλείει τη υπό παρακολούθηση χρήση φλεκαϊνίδης σε επιλεγμένους ασθενείς.



ΠΑ114|Διάγνωση Καρδιακής Αμυλοείδωσης από Τρανσθυρετίνη με Αυτοματοποιημένη Τμηματοποίηση του Μυοκαρδίου και CT-Based Radiomics

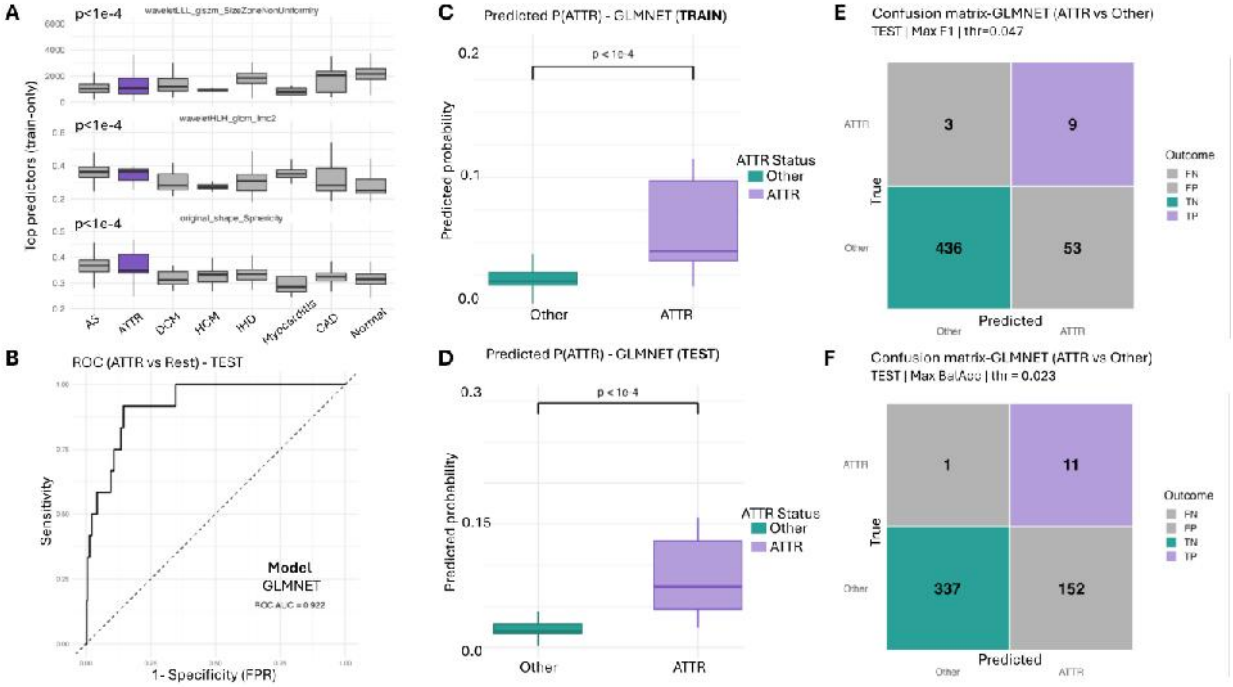
13/11/26 · METIS / METIS

Θ. Τσάμπρας[1], Γ. Μπενέτος[2], Α. Αντωνόπουλος[1], Γ. Καλυκάκης[4], Ε. Κολέτσου[5], Γ. Παπαναστασίου[5], Σ. Σημαντήρης[1], Δ. Μάνος[1], Π. Κορκονικήτας[6], Κ. Νάκα[7], Μ Ιωαννίδης[8], Χ. Ευτυχίου[8], Μ. Κουτελού[9], Θ. Βραχλιώτης[9], Ν. Μπαϊκούσης[10], Κ. Τσιούφης[11], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [4]ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ, [5]Pfizer, [6]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [8]Cardiology

Department, Nicosia General Hospital, [9]*ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ*, [10]*ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ*, [11]*Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*

Εισαγωγή – Σκοπός: Η καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR-CM) αποτελεί μια συχνά υποδιαγνωσμένη αιτία καρδιακής ανεπάρκειας. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάπτυξη και επικύρωση μιας πλήρως αυτοματοποιημένης μεθόδου για τη μη επεμβατική ανίχνευση της ATTR-CM μέσω αξονικής στεφανιογραφίας (CCTA).Υλικό και Μέθοδος: Αναλύθηκαν συνολικά 999 εξετάσεις CCTA, συμπεριλαμβανομένων ασθενών με ATTR-CM (n=27), σοβαρή αορτική στένωση (n=209), μυοκαρδιοπάθειες (n=51), ισχαιμική καρδιοπάθεια (n=211) και μαρτύρων χωρίς γνωστή δομική καρδιοπάθεια (n=501). Η τμηματοποίηση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας πραγματοποιήθηκε αυτόματα με μοντέλο βαθιάς μάθησης, ενώ εξήχθησαν 843 χαρακτηριστικά radiomics με χρήση της βιβλιοθήκης PyRadiomics. Τα μοντέλα αναπτύχθηκαν με στρωματοποιημένο διαχωρισμό training/test (50/50) και πενταπλή διασταυρούμενη επικύρωση στο σύνολο εκπαίδευσης. Αποτελέσματα: Στην αρχική πολυκατηγορική ανάλυση, οι κατανομές των χαρακτηριστικών radiomics ανέδειξαν διαφορετικά φαινοτυπικά πρότυπα μεταξύ των επιμέρους νοσολογικών κατηγοριών, υποδηλώνοντας την ύπαρξη υποκείμενων ξεχωριστών μυοκαρδιακών υπογραφών υφής για κάθε νόσο (Εικόνα Α). Για τη διάκριση της ATTR-CM έναντι όλων των υπολοίπων ομάδων, το μοντέλο GLMNET παρουσίασε υψηλή διαγνωστική απόδοση (ROC AUC=0,92, Εικόνα Β). Οι προβλεπόμενες πιθανότητες του μοντέλου διαχώρισαν αποτελεσματικά τους ασθενείς με ATTR-CM από τους υπόλοιπους τόσο στο σύνολο εκπαίδευσης όσο και στο ανεξάρτητο σύνολο ελέγχου (Εικόνες Γ και Δ). Στο κατώφλι μεγιστοποίησης του F1-score, το μοντέλο αναγνώρισε 9 από τους 12 ασθενείς με ATTR-CM (ευαισθησία 75.0%) και ταξινόμησε σωστά 436 από τους 489 ασθενείς χωρίς ATTR-CM (ειδικότητα 89.2%). Στο συγκεκριμένο σημείο λειτουργίας, μόνο το 12.4% του πληθυσμού (62/501) θα παραπεμπόταν για περαιτέρω διερεύνηση. Αντίθετα, στο κατώφλι μεγιστοποίησης της balanced accuracy το οποίο δίνει προτεραιότητα στην ελαχιστοποίηση των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων, η ευαισθησία αυξήθηκε σε 91.7% (11/12 ασθενείς), με αντίστοιχη μείωση της ειδικότητας σε 68,9% (337/489), οδηγώντας σε παραπομπή το 32.5% του πληθυσμού (163/501).Συμπεράσματα: Η ανάλυση του μυοκαρδίου με βάση χαρακτηριστικά radiomics από εξετάσεις αξονικής στεφανιογραφίας ρουτίνας επέτρεψε την αποτελεσματική ανίχνευση των ασθενών με ATTR-CM. Η προτεινόμενη προσέγγιση μπορεί να αποτελέσει ένα μη επεμβατικό εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου, συμπληρώνοντας τους υφιστάμενους διαγνωστικούς αλγορίθμους και διευκολύνοντας την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.



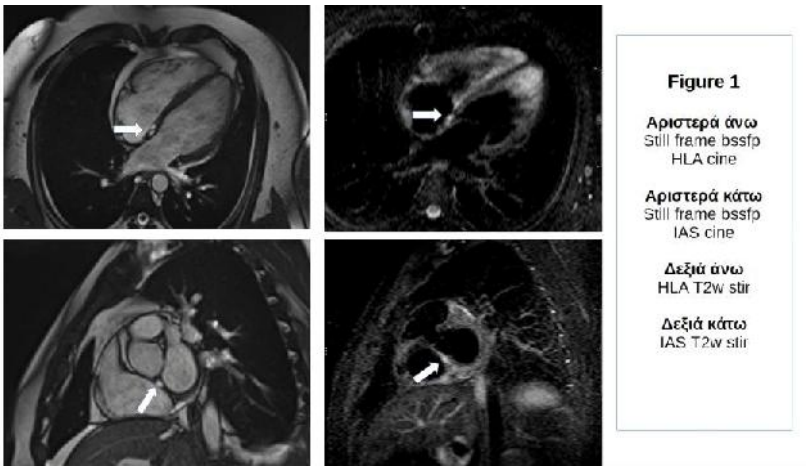
ΠΑ115|Όταν ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός κρύβει έναν σπάνιο όγκο: η διαγνωστική αξία της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς

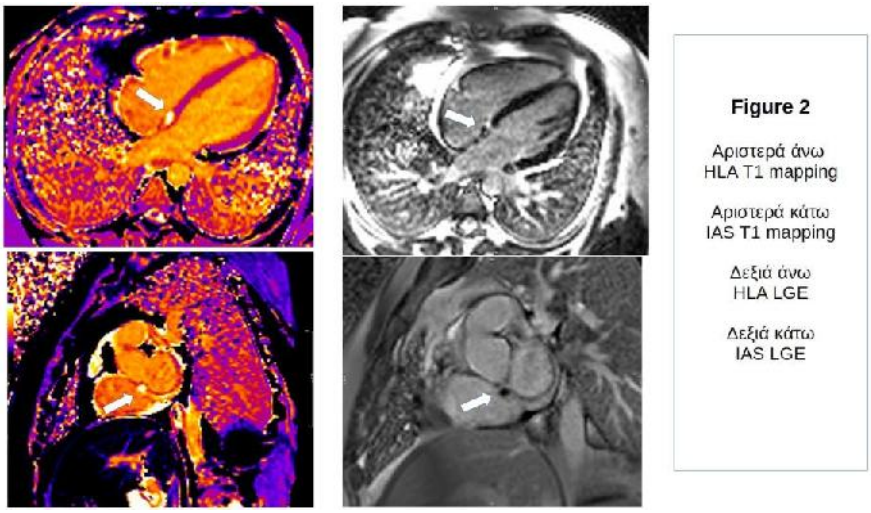
13/11/26 · METIS / METIS

Γ. Σπάγος[1], Μ. Ά. Μπαζμπάνη[1], Β. Κορδελίδης[1], Ι. Τζιάτζιος[2], Γ. Τζιάτζιος[3], Ι. Ορφανίδου[4], Θ. Καραμήτσος[5]

[1]ΠΛΑΤΟΝ ΔΙΑGNOSIS, [2]424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Καρδιολογική Κλινική, [3]Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Θεσσαλονίκη, [4]ΠΛΑΤΟΝ ΔΙΑGNOSIS, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή Άνδρας 29 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω συγκοπτικού επεισοδίου σε όρθια θέση χωρίς πρόδρομα, το οποίο οδήγησε σε πτώση εξ ιδίου ύψους και θλαστικό τραύμα στην αριστερή μετωπιαία χώρα. Αναφέρονταν παρόμοια συγκοπτικά επεισόδια σε ηλικία 11 ετών με το οικογενειακό ιστορικό να είναι αρνητικό για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Μελέτη περιστατικού Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε κολποκοιλιακό αποκλεισμό 1ου βαθμού με ιδιαίτερα παρατεταμένο διάστημα PR (~420ms). Ο αιματολογικός έλεγχος και οι διαδοχικές μετρήσεις τροπονίνης ήταν φυσιολογικές, ενώ η πνευμονική εμβολή αποκλείστηκε με αξονική αγγειογραφία πνευμόνων. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε φυσιολογικό μέγεθος και λειτουργία των καρδιακών κοιλοτήτων με ήπια ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας. Η δοκιμασία κόπωσης ήταν αρνητική για ισχαιμία και στη συνεχή τηλεμετρική παρακολούθηση δεν καταγράφηκαν αρρυθμιολογικά συμβάματα. Για περαιτέρω διερεύνηση πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Αποτελέσματα Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε δύο καλά περιγεγραμμένες στρογγύλες βλάβες (~5 mm), εντός του μεσοκολπικού διαφράγματος, στην ανατομική περιοχή του κολποκοιλιακού κόμβου. Οι βλάβες εμφάνιζαν οριακά αυξημένη ένταση σήματος σε T1w εικόνες, έντονα αυξημένη ένταση σήματος στις T2-STIR ακολουθίες, ιδιαίτερα αυξημένους χρόνους T1/T2 στο mapping (native T1 ≈2300 ms, T2 ≈170 ms), απουσία αιμάτωσης στο first-pass perfusion, απουσία αξιοσημείωτης πρόσληψης σκιαγραφικού στις ακολουθίες πρώιμης και όψιμης ενίσχυσης με γαδολίνιο (early και late gadolinium enhancement). Τα ανωτέρω είναι ενδεικτικά της καθαρά κυστικής (υγρικής) σύστασης των βλαβών, χωρίς στοιχεία αγγείωσης, ίνωσης ή διήθησης των παρακείμενων δομών. Απεικονιστική εικόνα μη συμβατή με θρόμβο, μύξωμα ή άλλο συμπαγή πρωτοπαθή καρδιακό όγκο. Τα ανωτέρω σε συνδυασμό και με την εξαιρετικά χαρακτηριστική εντόπιση στην περιοχή του κολποκοιλιακού κόμβου έθεσαν με μεγάλη πιθανότητα τη διάγνωση της κυστικής εξεργασίας του κολποκοιλιακού κόμβου (cystic tumor of the atrioventricular node), έναν εξαιρετικά σπάνιο καλοήθη επιθηλιακό όγκο της καρδιάς. Παρά το μικρό του μέγεθος, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές διαταραχές αγωγής, πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Συμπεράσματα Η κυστική εξεργασία του κολποκοιλιακού κόμβου αποτελεί εξαιρετικά σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρο αιτία συγκοπής σε νεαρούς ασθενείς με διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς, μέσω του ακριβούς ανατομικού εντοπισμού και κυρίως του ολοκληρωμένου πολυπαραμετρικού ιστικού χαρακτηρισμού, θέτει μη επεμβατικά τη διάγνωση αυτής της σπάνιας οντότητας, διαφοροδιαγιγνώσκει αποτελεσματικά από άλλα ενδοκαρδιακά μορφώματα και επηρεάζει καθοριστικά τη θεραπευτική στρατηγική.





ΠΑ116|Η λειτουργικότητα του αριστερού κόλπου στην αρτηριακή υπέρταση: συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση

13/11/26 · METIS / METIS

Μ. Κουρεμέτη[1], Δ. Τσαρτσάλης[1], Π. Ηλιάκης[1], Σ. Δρογκάρης[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Ι. Δημητρόγλου[2], Α. Καλομπάτσου[2], Μ. Κούκος[1], Χ.Λ. Βερβερέλη[2], Χ. Λιάκος[1], Κ. Αγγέλη[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση προκαλεί δομική και λειτουργική αναδιαμόρφωση του αριστερού κόλπου (ΑΚ), δημιουργώντας το παθοφυσιολογικό υπόβαθρο για την εμφάνιση κολπικής μυοπάθειας και αρρυθμιογένεσης. Η διεύρυνση του όγκου του ΑΚ αποτελεί καθιερωμένο δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου, ωστόσο αντιπροσωπεύει ένα προχωρημένο στάδιο αναδιαμόρφωσης. Η ανάλυση της παραμόρφωσης (strain) του ΑΚ μέσω υπερηχογραφίας speckle-tracking προσφέρει μια πιο ευαίσθητη, λειτουργική εκτίμηση της κολπικής μηχανικής, εντούτοις τα δεδομένα σχετικά με τις ειδικές παραμέτρους της κολπικής παραμόρφωσης επί υπέρτασης παραμένουν περιορισμένα.Σκοπός: Η διενέργεια συστηματικής ανασκόπησης και μετανάλυσης για την ποσοτική εκτίμηση των διαφορών στις επιμέρους παραμέτρους του strain του αριστερού κόλπου (reservoir, conduit και contractile) σε σύγκριση με άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση, με απώτερο στόχο την αξιολόγηση της επίδρασης της υπέρτασης στη μηχανική λειτουργία του αριστερού κόλπου.Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar για μελέτες που δημοσιεύθηκαν έως τις 5 Ιανουαρίου 2026, οι οποίες συνέκριναν τις παραμέτρους strain του ΑΚ σε υπερτασικούς ασθενείς έναντι μαρτύρων. Τα δεδομένα συντέθηκαν με τη χρήση μοντέλου τυχαίων επιδράσεων (random-effects model). Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις μετα-παλινδρόμησης (meta-regression) για να διερευνηθεί η επίδραση αιμοδυναμικών και δομικών παραγόντων στις συνολικές εκτιμήσεις.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 54 μελέτες με συνολικά 7.999 συμμετέχοντες (4.714 υπερτασικούς και 3.285 ελέγχους). Οι υπερτασικοί ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντική έκπτωση του strain στη φάση πλήρωσης (LAS-R: MD = −6.62%) και αγωγιμότητας (LAS-E: MD = −5.13%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αντίστοιχα, οι δείκτες ρυθμού παραμόρφωσης (LASR-S και LASR-E) ήταν σημαντικά μειωμένοι, ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραμέτρους της φάσης της ενεργού συστολής (LAS-A). Η μετα-παλινδρόμηση ανέδειξε τη συστολική αρτηριακή πίεση και τον δείκτη όγκου αριστερού κόλπου (LAVI) ως τους πιο σταθερούς καθοριστικούς παράγοντες της κολπικής δυσλειτουργίας.Συμπεράσματα: Η αρτηριακή υπέρταση σχετίζεται με πρώιμη και σημαντική έκπτωση της λειτουργίας πλήρωσης και αγωγιμότητας του αριστερού κόλπου, η οποία είναι ανιχνεύσιμη πριν από την εκδήλωση συστολικής δυσλειτουργίας. Αυτή η επιδείνωση αντανακλά την υπερφόρτωση πίεσης, η οποία περιλαμβάνει προοδευτική κολπική ίνωση, μειωμένη ελαστικότητα του μυοκαρδίου και δυσμενή κοιλιο-κολπική σύζευξη. Τα ευρήματα αυτά τεκμηριώνουν την αναγκαιότητα ενσωμάτωσης της ανάλυσης strain του ΑΚ στην κλινική πράξη για την έγκαιρη ανίχνευση της κολπικής μυοπάθειας και τη βελτιστοποίηση της διαστρωμάτωσης κινδύνου των ασθενών.

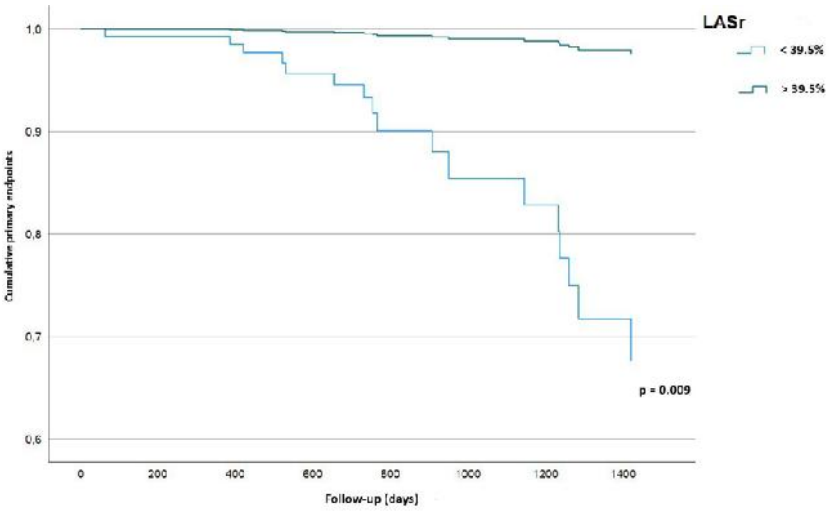
ΠΑ117|Ο προγνωστικός ρόλος του μυοκαρδιακού strain στην Β ομόζυγη θαλασσαιμία .

13/11/26 · METIS / METIS

Ε. Παπαθεοδωρου[1], Δ. Πατσουράκος[1], Φ. Γιαλελή[1], Σ. Ντελίκου[1], Κ. Τσιούφης[2], Κ. Αγγέλη[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η καρδιαγγειακή νόσος είναι η προεξάρχουσα αιτία θνητότητας στην Β ομόζυγη θαλασσαιμία. Η T2* ακολουθία στην μαγνητική τομογραφία καρδιάς είναι ο μόνος απεικονιστικός δείκτης που έχει φανεί να έχει προγνωστικό ρόλο σε αυτήν την ιδιαίτερη ομάδα πληθυσμού. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει τον προγνωστικό ρόλο της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης στη Β ομόζυγη θαλασσαιμία. Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 110 ασθενείς με Β ομόζυγη θαλασσαιμία εκ των οποίων 96 τελικά συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη, καθώς και 50 υγιή άτομα. Το υπερηχοκαρδιογραφικο speckle tracking χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (LV-GLS), του αριστερού κόλπου (LASr) και της δεξιάς κοιλίας (RVFWs). Επιπρόσθετα οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς προς εκτίμηση της μυοκαρδιακής υπερφόρτωσης με σίδηρο βάση μέτρησης της T2* παραμέτρου. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν μέχρι το πέρας της μελέτης με πρωτογενές καταληκτικό σημείο οριζόμενο ως την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, κολπικού πτερυγισμού, τη νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια και την θνητότητα από κάθε αιτία. Αποτελέσματα: Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 1486,5 ημέρες [752.25-1850]. Καταληκτικά πρωτογενή σημεία κατεγράφησαν σε 17 ασθενείς. Η θνητότητα από κάθε αιτία καταγράφηκε σε 4 ασθενείς (4.2%). Πολυπαραγοντικά μοντέλα αναλογικού κινδύνου Cox χρησιμοποιήθηκαν ώστε να εκτιμηθεί η προγνωστική αξία των τιμών LV-GLS, LASr, RVFWs, E/e', LAVI και PASP για το πρωτογενές καταληκτικό σημείο μετά από προσαρμογή βάση της ηλικίας, του ατομικού αναμνηστικού κολπικής μαρμαρυγής, του LVEF και της μυοκαρδιακής τιμής T2*.Όλες οι ηχοκαρδιογραφικές παράμετροι διχοτομήθηκαν βάσει των διαμέσων τιμών τους. Μεταξύ των παραμέτρων που αξιολογήθηκαν μόνο το LASr (HR [95% CI] : 1.6 [2.0-135.6],p=0.009 ανεδείχθη ως ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (σχήμα 1) ενώ οι υπόλοιπες παράμετροι δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Συμπέρασμα: Στην Β ομόζυγη θαλασσαιμία το μειωμένο LASr, υπολογιζόμενο από το speckle-tracking υπερηχοκαρδιογραφία, αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακών συμβάντων. Αυτά τα ευρήματα θέτουν το LASr ως ένα πολύτιμο μη επεμβατικό προγνωστικό δείκτη της πρώιμης μυοκαρδιακής συμμετοχής στην Β ομόζυγη θαλασσαιμία βελτιώνοντας την διαστρωμάτωση κινδύνου πέρα από τα ισχύοντα πρότυπα.



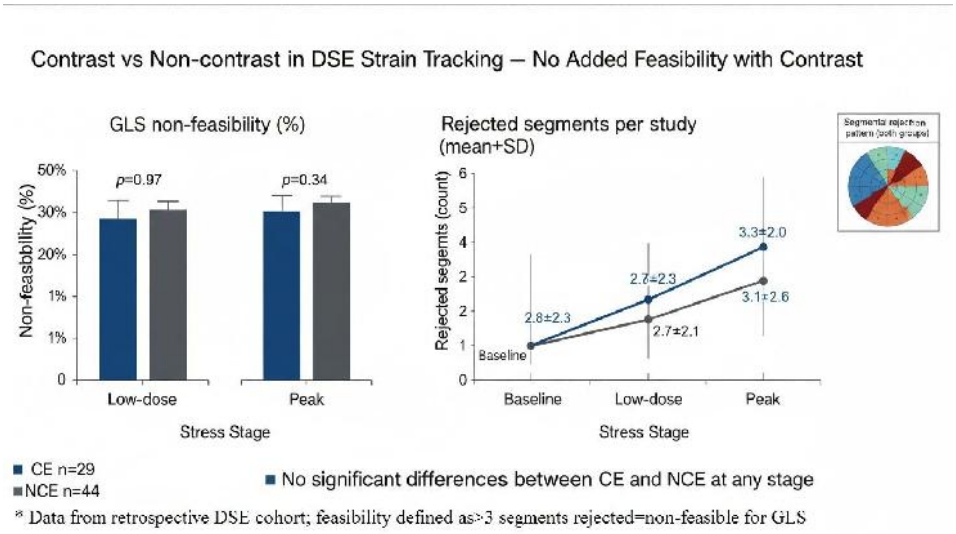
ΠΑ118|Επιμήκης παραμόρφωση κατά τη δυναμική ηχωκαρδιογραφία με δοβουταμίνη: προσφέρει πλεονέκτημα η χρήση σκιαγραφικού παράγοντα;

13/11/26 · METIS / METIS

Β. Σχισμένος[1], Π. Μαμώλης[1], Μ. Πετρίδου[1], Δ. Οικονόμου[1], Δ. Κοτζαδάμης[1], Α. Μπούλμπου[1], Δ. Ντέλιος[1], Ι. Αλευρούδης[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Σ. Τζήκας[1], Ε. Παγκουρέλιας[1]

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

Εισαγωγή: Οι παραγοντες ηχοαντίθεσης βελτιώνουν την απεικόνιση του ενδοκαρδίου κατά τη δοβουταμινούχο ηχωκαρδιογραφία φόρτισης (DSE). Ωστόσο, η επίδρασή τους στην εφικτότητα της ανάλυσης της επιμήκους παραμόρφωσης (longitudinal strain) κατά τη διάρκεια της εξέτασης παραμένει ασαφής. Σκοπός: Η σύγκριση της εφικτότητας ανάλυσης της συνολικής και τμηματικής επιμήκους παραμόρφωσης μεταξύ σκιαγραφικής (contrast-enhanced, CE) και μη σκιαγραφικής (non-contrast-enhanced, NCE) ηχωκαρδιογραφίας φόρτισης υπό δοβουταμίνη στην καθημερινή κλινική πράξη. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομικά αξιολογήθηκαν διαδοχικές εξετάσεις DSE από την κλινική πράξη. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες με επαρκή ποιότητα εικόνας, κατάλληλη ευθυγράμμιση και ικανοποιητικό ηλεκτροκαρδιογραφικό σήμα, ανεξαρτήτως χρήσης σκιαγραφικού παράγοντα. Η συνολική (GLS) και η τμηματική επιμήκης παραμόρφωση (SLS) υπολογίσθηκαν offline με τη χρήση μοντέλου 18 τμημάτων της αριστερής κοιλίας από τις τρεις κορυφαίες λήψεις σε ηρεμία, σε χαμηλή δόση δοβουταμίνης (20 μg/kg/min) και στη μέγιστη φόρτιση. Ως εφικτή ανάλυση GLS ορίστηκε η αποδοχή τουλάχιστον 15 από τα 18 τμήματα. Συγκρίθηκαν η εφικτότητα της ανάλυσης, ο αριθμός των απορριφθέντων τμημάτων και η κατανομή τους μεταξύ των δύο ομάδων. Αποτελέσματα: Από 128 εξετάσεις DSE, 73 πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης. Από αυτές, οι 29 (39,7%) πραγματοποιήθηκαν με χρήση σκιαγραφικού παράγοντα. Τα βασικά κλινικά και ηχωκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων. Η χρήση σκιαγραφικού δεν βελτίωσε την εφικτότητα της ανάλυσης GLS. Σε χαμηλή δόση δοβουταμίνης, μη εφικτή GLS καταγράφηκε σε 10/29 εξετάσεις της ομάδας CE έναντι 15/44 της ομάδας NCE (p=0,97), ενώ στη μέγιστη φόρτιση τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 11/29 και 12/44 (p=0,34).Αντίστοιχα, ο μέσος αριθμός απορριφθέντων τμημάτων δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων (2,8±2,3 έναντι 2,7±2,1 σε χαμηλή δόση, p=0,87 και 3,3±2,0 έναντι 3,1±2,6 στη μέγιστη φόρτιση, p=0,74). Η συχνότητα απορρίψεων αυξήθηκε με την ένταση της φόρτισης και στις δύο ομάδες, χωρίς σημαντική διαφορά στον ρυθμό αύξησης. Τα βασικά κατώτερα-πλάγια τμήματα παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά απόρριψης ανεξαρτήτως χρήσης σκιαγραφικού, ενώ η κορυφαία τμήματα εμφάνισαν τη μεγαλύτερη επάρκεια παρακολούθησης. Συμπεράσματα: Η χρήση παραγόντων ηχοαντίθεσης υπερήχων κατά τη δυναμική ηχωκαρδιογραφία υπό δοβουταμίνη δεν βελτίωσε την εφικτότητα της ανάλυσης της συνολικής ή τμηματικής επιμήκους παραμόρφωσης σε σύγκριση με τη μη σκιαγραφική απεικόνιση. Η εφικτότητα της ανάλυσης, ο αριθμός των μη αποδεκτών τμημάτων και η κατανομή τους ήταν παρόμοια μεταξύ των δύο προσεγγίσεων.



ΠΑ119|Impact of therapeutic paracentesis on myocardial mechanics in cirrhosis assessed by strain imaging

13/11/26 · METIS / METIS

Χαριλίλα - Λουκία Βερβερέλη[1], Ιωάννης Δημητρόγλου[1], Αργυρώ Καλομπάτσου[1], ΜΑΡΚΟΣ ΚΟΥΚΟΣ[2], Μαρία Πηρουνάκη[2], Melanie Deutsch[2], Κωνσταντινός Τσιούφης[2], Evangelos Cholongitas[2], ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΑΓΓΕΛΗ[2]

[1]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction/Purpose: Cirrhotic cardiomyopathy is traditionally considered an intrinsic myocardial disorder associated with impaired cardiac reserve despite preserved conventional systolic function. However, clinically significant ascites may independently affect cardiac mechanics through increased intra-abdominal pressure and altered loading conditions. We sought to evaluate the immediate effects of therapeutic paracentesis on myocardial deformation parameters and to compare cardiac function with that of patients with cirrhosis without significant ascites. Materials and Methods: Twelve consecutive patients with cirrhosis and clinically significant ascites requiring therapeutic paracentesis underwent comprehensive transthoracic echocardiography immediately before and after fluid removal. Assessed parameters included left ventricular ejection fraction (LVEF), global longitudinal strain (GLS), left atrial reservoir and conduit strain, stroke volume and right ventricular free-wall strain. Mean drained volume was 7.7±3.3 L (range 2–15 L). A comparator group comprised 18 patients with cirrhosis without grade 2–3 ascites undergoing evaluation for liver transplantation. Within-group differences were assessed using paired statistical testing, while between-group comparisons were performed using Mann–Whitney analysis. Associations between drained volume and functional changes were evaluated using Spearman correlation. Results: Therapeutic paracentesis resulted in significant improvement in LVEF (p=0.002), GLS (p=0.008), left atrial reservoir strain (p=0.019), left atrial conduit strain (p=0.046) and stroke volume (p<0.001). Following paracentesis, myocardial deformation indices were no longer significantly different from those observed in patients without clinically significant ascites. LVEF remained higher after fluid removal (p=0.025), consistent with the hyperdynamic circulatory state characteristic of advanced cirrhosis. No significant correlation was identified between drained ascitic volume and the magnitude of functional improvement. Conclusions; Therapeutic paracentesis is associated with rapid improvement in myocardial deformation and cardiac performance in patients with cirrhosis and clinically significant ascites. These findings suggest that an important component of cardiac dysfunction in advanced cirrhosis may be load-dependent and potentially reversible, highlighting the influence of ascitic burden and intra-abdominal pressure on cardiac mechanics.

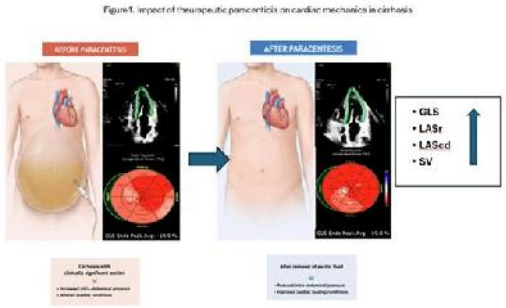


Figure 1. Schematic representation of the immediate hemodynamic effects of therapeutic paracentesis. Reduction of ascitic burden is associated with improved cardiac loading conditions and favorable changes in myocardial deformation indices, including global longitudinal strain (GLS), left atrial reservoir strain (LASr), left atrial conduit strain (LASCd), and stroke volume (SV).

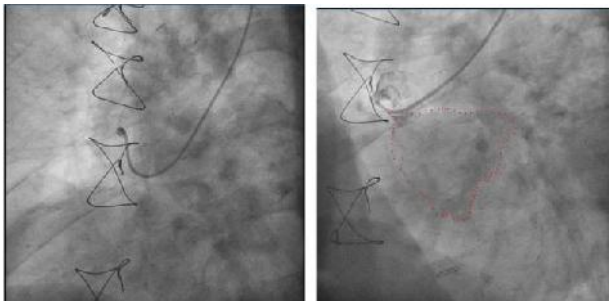
ΠΑ120|Rare case of dyspnea in a patient with coronary artery bypass graft

13/11/26 · METIS / METIS

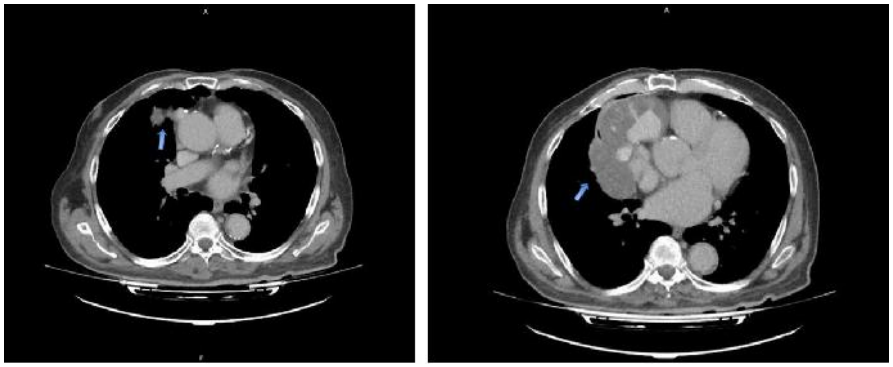
Δ. Αφενδούλης[1], Σ.Τσαλαμανδρής[1], Γ. Μπενέτος[2], Α. Συνετός[1], Μ.Δρακοπούλου[4], Κ. Αγγέλη[4], Σ.Σιδερής[1], Κ. Τσιούφης[5], Κ.Τούτουζας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Case presentation: An 80-year-old man with history of diabetes, coronary artery disease and coronary artery bypass graft 20 years ago (LIMA-LAD, SVG-RCA) was referred for coronary angiography after experiencing dyspnea and chest pain for the past month.The angiogram showed a patent left interior mammary artery graft, occlusion of the saphenous vein graft and right coronary artery proximally. Notable during the infusion to the saphenous vein graft was the presence of contrast flow out of the vessel with the formation of a mass in contact with the right heart chambers.A chest radiogram demonstrated an enlargement of the right cardiac silhouette. A heart echocardiogram depicted impaired left ventricular function with an ejection fraction of 50 %, no pericardial effusion and elevated pulmonary artery systolic pressure. A computed tomography angiography of the thorax with intravenous contrast demonstrated a mediastinum mass consistent with rupture of the saphenous vein graft proximally and formation of a pseudoaneurysm, pressing the right heart chambers and right lung explaining the patient's symptoms. Taking into consideration the pseudoaneurysm's large size, compressive effects on the right heart chambers, and high risk of rupture, the Heart Team decided on surgical intervention as the definitive therapy. The decision was made after a multidisciplinary discussion including interventional cardiology, cardiac surgery, and imaging specialists. Our patient underwent a successful operation with pseudoaneurysm resection and revascularization of the right coronary artery with an arterial graft (left radial artery). Post-operative recovery was normal.The patient presented with improvement of symptoms and cardiac function on the echocardiography during his one-month follow-up. Late saphenous vein graft failure due to rupture and pseudoaneurysm formation is a rare complication of coronary artery bypass graft. Symptoms are not typical including dyspnea or chest pain and high clinical suspicion is the key element for diagnosis, assisted by imaging modalities and especially computed tomography angiography. Surgical repair remains the gold standard for large pseudoaneurysms causing symptoms due to structure compression or requiring revascularization, as in our case. Percutaneous covered stent intervention, or closure with vascular plugs/coils is a first-line alternative option in suitable high-risk or emergent cases and can be repeated for recurrent pseudoaneurysms.







ORAL PRESENTATIONS

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

09.00-10.00 **Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός II**
Arrythmias, pacing and resync II

Πρόεδροι: Π. Μιλιλής (Αθήνα),**Κ. Τριανταφύλου**(Θεσσαλονίκη)
Chairpersons: P. Mililis (Athens), **K.Triantafyllou** (Thessaloniki)

ΠΑ121|Permanent Pacemaker Implantation After Transcatheter Aortic Valve Implantation: A 13-Year Single-Center Experience

14/11/26 · METIS / METIS

X. Sakellariou[1], D. Nikas[1], A. Bechlioulis[1], A. Rammos[1], I. Stamou[1], S.A. Sioros[1], N. Douskou[1], E. Mastoridou[1], K. Naka[1], L. Michalis[1]
[1]University Hospital of Ioannina, Second Department of Cardiology

Background & Aim Conduction disturbances requiring permanent pacemaker (PPM) implantation remain the most frequent complication after transcatheter aortic valve implantation (TAVI). We evaluated the incidence, temporal trends, and predictors of PPM in a real-world single-center cohort spanning the evolution of TAVI technology and implantation techniques. Methods: We retrospectively analyzed all patients undergoing TAVI at the 2nd Department of Cardiology in the University Hospital of Ioannina between 2013 and 2026. Valve-in-valve procedures were excluded. The primary endpoint was PPM implantation during index hospitalization. From 2020 onward, all patients were implanted using the cusp-overlap technique, whereas earlier procedures used the standard three-cusp technique; PPM rates were compared between two periods. Temporal trend was assessed by the Cochran-Armitage test; predictors were examined with univariable and multivariable logistic regression. Results: Among 341 native-valve TAVI patients (mean age 79.8 ± 7.2 years, 42.8% female), a self-expanding valve was used in 87.7%. A PPM was implanted in 66 patients (19.4%; 95% CI 15.5–23.9%). PPM rates showed no significant temporal trend (p = 0.25). Figure 1 Female sex was associated with higher PPM risk (24.7% vs 15.4%; OR 1.80, 95% CI 1.05–3.09, p = 0.033), whereas age, EuroSCORE II, coronary artery disease and valve size were not. Neither valve type (self-expanding vs balloon-expandable, p = 0.68; across five device families, p = 0.90) nor implantation technique (cusp-overlap [2020 onward] 18.5% vs standard three-cusp [pre-2020] 21.4%; adjusted OR 0.76, 95% CI 0.42–1.38, p = 0.37) was significantly associated with PPM. In multivariable analysis, female sex retained a comparable effect of borderline significance (adjusted OR 1.80, 95% CI 0.99–3.26, p = 0.053). Table 1Conclusions In this 13-year single-center cohort, the post-TAVI PPM rate of 19.4% was consistent with contemporary reports and remained stable over time despite technological and technical evolution. Female sex was the principal correlate of PPM requirement, while valve type and implantation technique were not significant. These findings support sex-specific considerations in pre-procedural conduction-risk assessment and warrant validation in larger cohorts that incorporate electrocardiographic and implantation-depth data, as well as aortic valve calcification patterns.

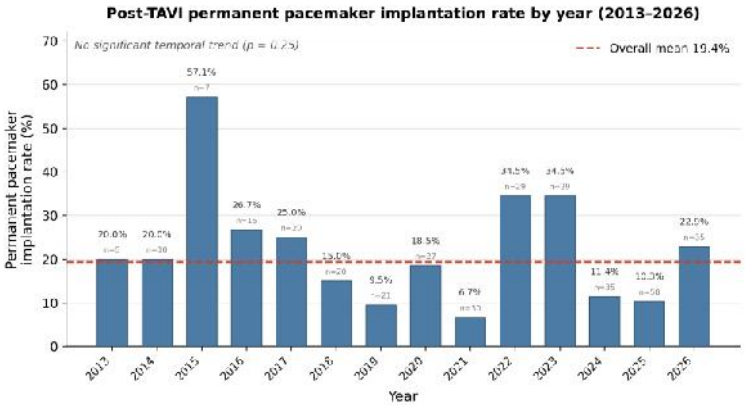


Figure 1. *Post-TAVI permanent pacemaker implantation rate by year (2013–2026). Bars show the annual PPM rate (%); n is the number of TAVI procedures per year. The dashed line is the overall mean (19.4%). Wide year-to-year variation in the early period reflects small annual case volumes; there was no significant temporal trend (p = 0.25).*

Table 1. Baseline characteristics of the study cohort, overall and stratified by permanent pacemaker (PPM) implantation.

Characteristic	Overall (n=341)	No PPM (n=275)	PPM (n=66)	p-value
Age, years	79.8 ± 7.2	79.6 ± 7.1	80.7 ± 7.7	0.125
Female sex	146 (42.8%)	110 (40.0%)	36 (54.5%)	**0.038**
Coronary artery disease	194 (56.9%)	157 (57.1%)	37 (56.1%)	0.891
Previous PCI	103 (30.2%)	82 (29.8%)	21 (31.8%)	0.766
Previous CABG	71 (20.8%)	58 (21.1%)	13 (19.7%)	0.867
EuroSCORE II, %	6.68 ± 4.26	6.77 ± 4.41	6.27 ± 3.43	0.958
Valve size, mm	28.1 ± 3.4	28.1 ± 3.3	28.0 ± 3.7	0.677
Self-expanding valve	299 (87.7%)	242 (88.0%)	57 (86.4%)	0.681

Values are mean ± SD or n (%). p-values from Mann–Whitney U (continuous) or Fisher's exact test (categorical). EuroSCORE II available in 250/341 patients. PCI, percutaneous coronary intervention; CABG, coronary artery bypass grafting.

ΠΑ122|Αρχική κλινική εμπειρία από τη χρήση του απινιδωτικού καλωδίου OmniaSecure™ για βηματοδότηση της περιοχής του αριστερού σκέλους: τεχνική επιτυχία και ασφάλεια

14/11/26 · METIS / METIS

Ρ. Κώρος[1], Γ. Λεβεντόπουλος[1], Σ. Ξυδώνας[2], Ε. Καψάλη[1], Γ. Ξύγκα[1], Α. Δεδές[1], Γ. Μπόλιαρης[1], Ά Περπερής[1], Ι. Κόνιαρη[1], Ε. Τσώνη[1], Α.Μπατσούλη[2], Π. Νταβλούρος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή : Η βηματοδότηση της περιοχής του αριστερού σκέλους (LBBAP) αποτελεί σύγχρονη προσέγγιση φυσιολογικής βηματοδότησης. Το νέο lumenless απινιδωτικό καλώδιο OmniaSecure™ επιτρέπει την ταυτόχρονη παροχή απινιδωτικής θεραπείας και βηματοδότησης του ερεθισματαγωγού συστήματος. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αρχικής εμπειρίας του κέντρου μας ως προς την επιτυχία και την ασφάλεια της τεχνικής. Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη όλων των διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση του απινιδωτικού καλωδίου OmniaSecure™. Συλλέχθηκαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, η ένδειξη εμφύτευσης, αξιολογήθηκαν η τεχνική επιτυχία της εμφύτευσης, η διάρκεια της επέμβασης, ο χρόνος ακτινοσκόπησης και η δόση ακτινοβολίας, καθώς και οι ηλεκτροφυσιολογικές παράμετροι καθώς και οι ενδεχόμενες περιεπεμβατικές και πρώιμες επιπλοκές. Μεθοδολογία: Αποτελέσματα Συμπεριλήφθηκαν 13 διαδοχικές εμφυτεύσεις OmniaSecure™ στην περιοχή του αριστερού σκέλους. Η μέση ηλικία ήταν 66.2±10.0 έτη, όλοι οι ασθενείς ήταν άνδρες

και το μέσο κλάσμα εξώθησης 34.6±6.0%. Η εμφύτευση OmniaSecure™ και η επίτευξη LBBAP ήταν επιτυχείς στο 100% των περιπτώσεων, ενώ απαιτήθηκε crossover σε LOT-CRT σε μία μόνο περίπτωση (7.7%).Το αρχικό QRS ήταν 131.6 ± 24.6 ms και το post-implantation QRS 136.2 ± 20.8 ms, με συνολικό ΔQRS −4.6 ± 19.3 ms, ενώ στους ασθενείς με σημαντικά διευρυμένο baseline QRS (>130 ms), παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μέση μείωση του QRS, κατά περίπου 13 ms. Το SLVAT σε unipolar configuration ήταν 86.2 ± 23.9 ms, το SLVAT tip-to-coil 85.9 ± 25.1 ms και το interpeak V1–V6 43.8 ± 17.8 ms. Ως προς τα χαρακτηριστικά της σύλληψης του ερεθισματαγωγού συστήματος, επιτεύχθηκε selective LBB pacing σε 5 ασθενείς (38.5%), LVSP σε 5 (38.5%) και DSP σε 3 (23.1%). Transition κατά το threshold testing παρατηρήθηκε σε 7 (53.8%) ασθενείς, ενώ transition κατά programmed extrastimuli τεκμηριώθηκε σε 5 (38.5%).Οι μετεμφυτευτικές ηλεκτρικές παράμετροι ήταν εξαιρετικές με χαμηλά pacing thresholds, υψηλό R-wave sensing και φυσιολογικές τιμές pacing και shock impedance. Ο μέσος χρόνος επέμβασης ήταν 73.9±11.4 min και ο χρόνος ακτινοσκόπησης 7.2±2.5 min. Δεν καταγράφηκε καμία περίπτωση με septal hematoma, dislodgement καλωδίου ή άλλη μείζονα επιπλοκή. Συμπεράσματα Η χρήση του OmniaSecure™ για LBBAP ήταν εφικτή και ασφαλής, με 100% επιτυχία εμφύτευσης, εξαιρετικές ηλεκτρικές παραμέτρους και απουσία μειζόνων επιπλοκών. Τα ευρήματα υποστηρίζουν τη χρήση του ως μια πολλά υποσχόμενη τεχνική για ασθενείς με ένδειξη

Πίνακας 1. Δημογραφικά, περιεπεμβατικά και ηλεκτροφυσιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση OmniaSecure™

Μεταβλητή	Αποτέλεσμα (n=13)
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	
Ηλικία (έτη)	66.2 ± 10.0
Άνδρες	13 (100%)
Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (%)	34.6 ± 6.0
Πολυμορφική μονομορφοδεσμίδωση	8 (61.5%)
Μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια	5 (38.5%)
Πρωτογενής πρόληψη	10 (76.9%)
Δευτερογενής πρόληψη	3 (23.1%)
Ενδωφλεβίου καρδιακού απινιδωτικού	3 (23.1%)
Κλασική μηχανόρτιση και αισθητήριο ρυθμός	7 (53.8%)
Περιεπεμβατικά χαρακτηριστικά	
Επιτυχής εμφύτευση OmniaSecure™	13 (100%)
Επιτυχής βηματοδότηση περιοχής αριστερού σκέλους	13 (100%)
Υποψηφιότητα για crossover σε LOT-CRT	1 (7.7%)
Χρόνος επέμβασης (min)	73.9 ± 11.4
Χρόνος ακτινοσκόπησης (min)	7.2 ± 2.5
Δόση ακτινοβολίας (mGy)	188 ± 112
Χαρακτηριστικά σύλληψης του ερεθισματαγωγού συστήματος	
Selective LBB pacing	5 (38.5%)
Left ventricular septal pacing (LVSP)	5 (38.5%)
Deep septal pacing (DSP)	3 (23.1%)
Transition κατά το threshold	7 (53.8%)
Transition κατά τον προγραμματισμένη χορήγηση extrastimuli	5 (38.5%)
Ηλεκτροφυσιολογικές παράμετροι	

Μεταβλητή	Αποτέλεσμα (n=13)
Baseline QRS (ms)	131.6 ± 24.6
Post-implantation QRS (ms)	136.2 ± 20.8
ΔQRS (ms)	−4.6 ± 19.3
ΔQRS σε ασθενείς με baseline QRS >130 ms	−12.8
SLVAT (Unipolar) (ms)	86.2 ± 23.9
SLVAT (Tip to coil) (ms)	85.9 ± 25.1
Interpeak V1–V6 (ms)	43.8 ± 17.8
R-wave sensing (mV)	9.9 ± 4.8
Pacing threshold (V @ 0.4 ms)	0.50 (0.50–0.75)
Pacing impedance (Ω)	520 ± 128
Shock impedance (Ω)	80 ± 15
Ασφάλεια	
Septal hematoma	0 (0%)
Lead dislodgement	0 (0%)
Μείζονες περιεπεμβατικές επιπλοκές	0 (0%)

ΠΑ123|First Greek Experience with the Varipulse Pulsed Field Ablation Platform for Atrial Fibrillation: Initial Results from a Single High-Volume Electrophysiology Centre

14/11/26 · METIS / METIS

P. KOUDOUNIS[1], K. DRIVAS[1], A. KOUMOULIDIS[1]
[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction/Aim: Pulsed field ablation (PFA) has emerged as a novel non-thermal energy source for the treatment of atrial fibrillation (AF), offering preferential myocardial tissue selectivity while minimizing collateral tissue injury. The Varipulse platform is a variable-loop PFA catheter designed to facilitate efficient pulmonary vein isolation (PVI). We report the first Greek clinical experience with this technology, evaluating procedural characteristics, acute efficacy and safety. Material and Methods: We prospectively evaluated the first 15 consecutive patients who underwent PFA using the Varipulse platform between February and July 2026. Baseline clinical characteristics, procedural parameters, acute procedural success, complications and early clinical outcomes were prospectively recorded. The primary endpoints were successful acute PVI and procedure-related safety.Results: Fifteen patients (mean age 63.3 years; 67% male) underwent PFA. Twelve patients (80%) had paroxysmal AF and three (20%) had persistent AF. Mean left atria (LA) diameter was 46mm. Mean LA dwell time was 32.7 minutes, while mean skin-to-skin procedure time was 104 minutes. An average of 23.3 complete and 2.1 incomplete PFA delivery sequences were required per procedure. Posterior wall isolation was additionally performed in three patients (20%). Acute isolation of all pulmonary veins was achieved in every patient (100%). Post-ablation remapping identified limited residual pulmonary vein conduction in six patients (40%), which was successfully eliminated with additional PFA applications, resulting in complete acute PVI in all cases. No major procedure-related complications occurred, including cardiac tamponade, stroke, transient ischaemic attack or

phrenic nerve injury. One patient (6.7%) developed a minor femoral access-site haematoma that was resolved with conservative management. During early follow-up, one patient (6.7%) with persistent AF experienced recurrent AF requiring pharmacological cardioversion, while no recurrences were observed among patients with paroxysmal AF.Conclusions: This first Greek experience demonstrates that PFA using the Varipulse platform is feasible, safe and highly effective for achieving acute pulmonary vein isolation in a real-world population. The excellent acute success rate, favourable safety profile and encouraging early clinical outcomes support the adoption of this technology in contemporary AF ablation practice. Larger multicentre studies with longer follow-up are warranted to confirm long-term efficacy and lesion durability.

Table 1. Baseline Characteristics and Procedural Outcomes of the First 15 Patients Undergoing Varipulse Pulsed Field Ablation

Variable	Value
Patients	15
Age, years (mean)	63.3 ± 8.9
Male sex	10 (66.7%)
Left atrial diameter (mean)	46 ± 6 mm
Left ventricular ejection fraction (mean)	58 ± 6 %
Paroxysmal AF	12 (80%)
Persistent AF	3 (20%)
Mean left atrial dwell time	32.7 ± 7.6 min
Mean skin-to-skin procedure time	104 ± 26 min
Complete PFA delivery sequences (mean)	23.3 ± 6.5
Incomplete PFA delivery sequences (mean)	2.1 ± 1.1
Posterior wall isolation	3 (20%)
Additional PFA after remapping	6 (40%)
Acute pulmonary vein isolation	15/15 (100%)
Major complications	0 (0%)
Minor vascular complication	1 (6.7%) *
Early AF recurrence	1 (6.7%) †

** One patient developed a minor femoral access-site haematoma that resolved with conservative management.*
† The single recurrence occurred in a patient with persistent AF and required pharmacological cardioversion.
AF: atrial fibrillation; PFA: pulsed field ablation.

ΠΑ124|Acute Pulmonary Ridge Thickening following Pulsed-Field Ablation

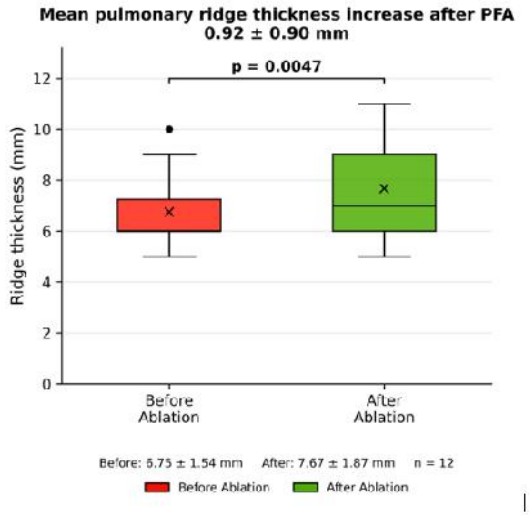
14/11/26 · METIS / METIS

G. Fotos[1], A. Biza[2], A. Christou[2], I. Matsoukis[2], V. Apostolopoulos[2], A. Katsigiannis[2], S. Alexandris[2], C. Theodosopoulou[2], A. Pountoukidou[2], K. Flessa[2], M. Aggelaki[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction: Pulsed field ablation (PFA) has emerged as an effective and safe technology for pulmonary vein isolation (PVI). However, its acute effects on adjacent atrial structures remain incompletely understood. The pulmonary ridge lies in close proximity to the anterior aspect of the left pulmonary veins, where focal PFA applications are frequently delivered. We sought to assess acute changes in pulmonary ridge thickness following focal PFA and investigate whether lesion distribution influences the magnitude of ridge thickening. Methods: We retrospectively analyzed 12 consecutive patients undergoing first-time PVI using the Affera Sphere-9 catheter. Pulmonary ridge thickness was measured by transesophageal echocardiography immediately before and after ablation. Optimal applications delivered along the anterior aspect of the left pulmonary veins were classified into two predefined anatomical segments: Set 1 (roof/upper ridge to the left anterior carina) and Set 2 (left anterior carina to the inferior aspect of the left inferior pulmonary vein). Results: Twelve patients (mean age 62.7 ± 7.0 years, 75% male) were included. A median of 14.0 [12.5-15.5] optimal applications was delivered, including 7.0 [6.5-9.0] within Set 1 and 6.0 [5.0-7.0] within Set 2. Pulmonary ridge thickness increased significantly following PFA (6.75±1.54 vs 7.67±1.87 mm, mean increase 0.92±0.90 mm; p=0.0047). The number of optimal applications delivered within Set 1 showed a strong positive correlation with ridge thickening (Spearman r=0.91, p<0.001), whereas no significant association was observed for Set 2 applications or post-procedural troponin levels. Although total optimal applications correlated with ridge thickening (r=0.64, p=0.035), this association appeared to be driven primarily by lesions delivered within Set 1. In multivariable analysis, Set 1 optimal applications remained the only independent predictor of ridge thickening. Conclusions: A cute pulmonary ridge thickening occurs immediately following focal PFA and is predominantly associated with lesion delivery along the superior anterior segment of the left pulmonary veins. These findings suggest that acute ridge thickening represents a localized tissue

response related to lesion distribution rather than the overall extent of myocardial injury. Further studies are required to determine whether these acute anatomical



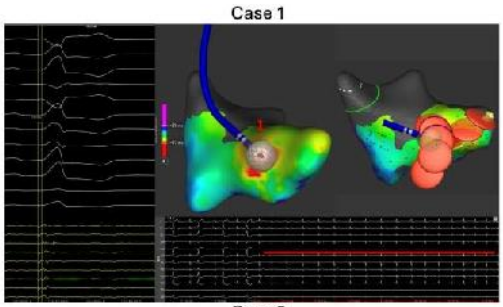
ΠΑ125|Feasibility of a dual energy lattice-tip catheter for complex ventricular ectopy: a single-center case series

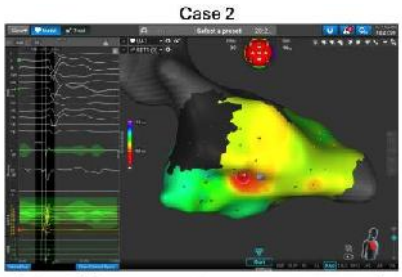
14/11/26 · METIS / METIS

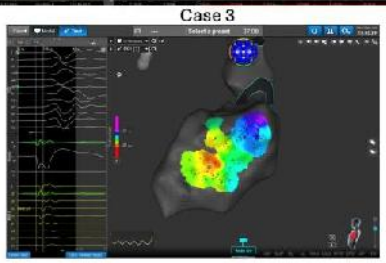
M. Aggelaki[1], G. Fotos[2], A. Christou[1], V. Apostolopoulos[1], A. Biza[1], K. FLessa[1]

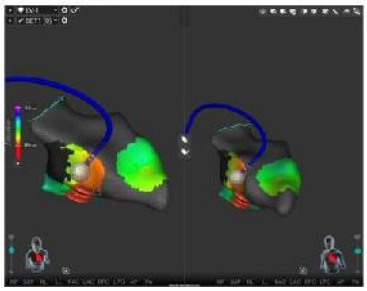
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Catheter ablation of premature ventricular contractions (PVCs) remains challenging in patients with complex arrhythmogenic substrates, where accurate mapping and effective lesion delivery are essential for procedural success. The Affera mapping and ablation system combines high-density electroanatomical mapping with lattice-tip RF technology, but clinical experience in complex ventricular arrhythmias remains limited.Purpose: We aim to describe the feasibility, safety and outcomes of PVCs ablation, using the Affera platform in patients with PVCs arising from challenging anatomical locations.Case series: Case 1: 26-year-old female patient with symptomatic PVCs and two previous failed procedures. A retrograde aortic access was used. Activation mapping identified the earliest signal (18ms pre-QRS) at the anterior mitral annulus. A single RF lesion was applied, resulted in immediate PVC termination. Two additional RF applications were given, without procedural complications.Case 2: A 56-year-old female patient with mitral valve repair due to mitral annulus disjunction ablation presented with high PVC burden originating from the posteromedial papillary muscle (PM). After transeptal puncture, the Sphere-9 catheter, through a long steerable sheath was easily manipulated around the target area, providing high-density mapping and accurate localization of the earliest activation. Catheter stability was confirmed with intracardiac echo (ICE) and RF application led to complete suppression of the PVCs. Two additional RF applications were given, with non-inducibility of ventricular arrhythmias at the end of the procedure. No complications reported.Case 3: 40-year-old female patient with symptomatic high burden PVCs from the anterolateral PM and a previous failed ablation. Retrograde aortic approach was used. Activation mapping using the Affera platform identified the earliest ventricular activation site (17ms pre-QRS) at the base of the papillary muscle. Although catheter stability initially proved challenging, optimal position was achieved after catheter manipulation and RF ablation at this specific site resulted in PVCs elimination, without procedural complications. Conclusions: Our initial experience suggests that RF ablation with the Affera™ Sphere-9 lattice-tip catheter is feasible, safe and effective for complex redo PVC ablation, even in anatomically challenging left ventricular substrates. Acute success was achieved in all cases using RF energy alone, suggesting that the enhanced RF capabilities of the lattice-tip catheter may be sufficient in selected ventricular substrates.









ΠΑ126|Ηλεκτροφυσιολογικά ευρήματα και θεραπευτικές στρατηγικές σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επανεπέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής

14/11/26 · METIS / METIS

Αικατερίνη-Ελευθερία Καρανικόλα[1], ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΣΙΑΧΡΗΣ[1], Αθανάσιος Δεδούσης[1], ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΟΡΔΑΛΗΣ[1], Χρήστος- Κωνσταντίνος Αντωνίου[1], Μιχαήλ Μπότης[1], Νικόλαος Αργυρίου[1], Ιωάννης Δουνδουλάκης[1], Παναγιώτης Ξύδης[1], Κ Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Παρά τη σημαντική πρόοδο στις τεχνικές κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ), η υποτροπή κολπικών αρρυθμιών εξακολουθεί να είναι συχνή, οδηγώντας σημαντικό ποσοστό ασθενών σε επανεπέμβαση. Τα ευρήματα και οι θεραπευτικές στρατηγικές κατά την επανεπέμβαση δεν έχουν περιγραφεί επαρκώς. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, των ηλεκτροφυσιολογικών ευρημάτων και των επεμβατικών στρατηγικών σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση κατάλυσης ΚΜ.Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση ασθενών που υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση κατάλυσης ΚΜ σε δύο τριτοβάθμια κέντρα την περίοδο 2018–2026. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, η τεχνολογία και ο αριθμός των προηγούμενων επεμβάσεων κατάλυσης, η κλινική αρρυθμία κατά την προσέλευση, τα ηλεκτροφυσιολογικά ευρήματα και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την επανεπέμβαση.ΑποτελέσματαΣυμπεριλήφθηκαν 107 ασθενείς [διάμεση ηλικία 64 (IQR 56–72) έτη, 72% άνδρες]. Η κρυοκατάλυση είχε χρησιμοποιηθεί στο 62,9% των ασθενών στην αρχική επέμβαση, ενώ το 20,6% είχε υποβληθεί προηγουμένως σε κατάλυση κοιλοτριγλωχινικού ισθμού(CTI). Κατά την προσέλευση για επανεπέμβαση, η συχνότερη κλινική αρρυθμία ήταν η παροξυσμική ΚΜ(43,0%) (Πίνακας 1). Η επανεπέμβαση πραγματοποιήθηκε με ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση στο 88,8% των περιπτώσεων και περιλάμβανε κατάλυση με ραδιοσυχνότητες (RF) στο 37,4%, παλμικού πεδίου (PFA) στο 30,8% συνδυασμό PFA/RF στο 26,2% και κρυοκατάλυση στο 2,8% των ασθενών. Επανασύνδεση τουλάχιστον μίας πνευμονικής φλέβας διαπιστώθηκε στο 59,8% των ασθενών, με διάμεσο αριθμό 2 επανασυνδεδεμένων φλεβών (IQR 1–2,75), ενώ σε όλους πραγματοποιήθηκε επιτυχής απομόνωση στο τέλος της επέμβασης. Ουλή του αριστερού κόλπου αναγνωρίστηκε στο 37,5% των ασθενών, κυρίως στο οπίσθιο τοίχωμα. Οι συχνότερες συμπληρωματικές θεραπευτικές στρατηγικές ήταν η κατάλυση CTI (50,5%), η διεύρυνση της απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών (43,3%), η απομόνωση του οπίσθιου τοιχώματος (29,0%) και η απομόνωση της άνω κοίλης φλέβας (25,2%). Το ποσοστό μείζονων επιπλοκών ήταν 2,8% (Πίνακας 2).Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επανεπέμβαση κατάλυσης ΚΜ αποτελούν έναν ετερογενή πληθυσμό με διαφορετικά ηλεκτροφυσιολογικά υποστρώματα και ποικίλες θεραπευτικές ανάγκες. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι η επιτυχής επανεπέμβαση απαιτεί εξατομικευμένη στρατηγική κατάλυσης, προσαρμοσμένη στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς.

Variable	Overall (n=107)
Age, years	64 (56–72)
Male sex, n (%)	77 (72.0)
BMI, kg/m²	28.9 (25.7–31.7)
Hypertension, n (%)	43 (40.2)
Diabetes mellitus, n (%)	13 (12.1)
CHA_2DS_2-VASc score	1 (0–2)
LVEF, %	60 (60–60)
LA diameter, mm	44.5 (41.8–48.0)
AF type, n (%)	
• Paroxysmal AF	52 (50.0)
• Persistent AF	45 (43.3)
• Long-standing persistent AF	1 (1.0)
• Unknown	6 (5.8)
AF duration before first ablation, months	24 (12–60)
Previous CTI ablation, n (%)	22 (20.8)
Number of previous AF ablations	1 (1–1)
Time from first AF ablation, months	41.5 (13.3–72.0)
Time from last AF ablation, months	27.5 (14.8–60.8)
Previous ablation technology, n (%)	
• Radiofrequency	19 (18.1)
• Cryoballoon	66 (62.9)
• Pulsed field ablation	7 (6.7)
• Combination	13 (12.4)
Clinical arrhythmia at repeat procedure, n (%)	
• Paroxysmal AF	45 (43.2)
• Persistent AF	41 (38.3)
• Typical atrial flutter	3 (2.8)
• Atrial tachycardia	17 (15.9)
Previous CTI ablation	22 (20.8%)

Variable	Overall (n=107)
PV reconnection, n (%)	64 (59.8)
Durable PVI, n (%)	43 (40.2)
Number of reconnected PVs	2 (1–2.75)
Most frequently reconnected PV	RIPV (71.9%)
Left atrial scar, n (%)	36 (37.5)
Wide antral circumferential ablation (WACA), n (%)	45 (43.3)
Posterior wall isolation, n (%)	31 (29.0)
CTI ablation, n (%)	54 (50.5)
Superior vena cava isolation, n (%)	27 (25.2)
Additional left atrial ablation, n (%)	36 (33.6)
Major complications, n (%)	3 (2.8)
• Cardiac tamponade	1
• Pseudoaneurysm	1
• Pulmonary edema	1

ΠΑ127|Αρχική μονοκεντρική εμπειρία από την βηματοδότηση του δεματίου του Bachmann: τεχνική εφικτότητα και ασφάλεια

14/11/26 · METIS / METIS

Ρ. Κώρος[1], Γ. Λεβεντόπουλος[1], Σ. Ξυδώνας[2], Γ. Ξύγκα[1], Ε. Καψάλη[1], Γ. Μπόλιαρης[1], Α.Δεδές[1], Ά. Περπερής[1], Α. Μπατσούλη[2], Ι.Κόνιαρη[1], Ε. Τσώνη[1], Π. Νταβλούρος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Το δεμάτιο του Bachmann αποτελεί τη φυσιολογική οδό διακολπικής αγωγής και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον συγχρονισμό της ηλεκτρικής ενεργοποίησης των κόλπων. Η στοχευμένη βηματοδότηση του δεματίου του Bachmann (Bachmann Bundle Pacing, BBP) αποσκοπεί στην αποκατάσταση της φυσιολογικής διακολπικής αγωγής και στη μείωση της διάρκειας του κύματος P. Ωστόσο, η κλινική εμπειρία με την τεχνική παραμένει περιορισμένη. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της εφικτότητας της τεχνικής και της οξείας επίδρασής της στη διάρκεια του κύματος P. Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση διαδοχικών ασθενών στους οποίους επιχειρήθηκε στοχευμένη βηματοδότηση του δεματίου του Bachmann. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και διαδικαστικά χαρακτηριστικά, ο αριθμός προσπαθειών εμφύτευσης, η διάρκεια του κύματος P πριν και μετά την εμφύτευση, η μεταβολή της διάρκειας του κύματος P (ΔP), καθώς και η επίτευξη selective ή non-selective BBP. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 26 ασθενείς, εκ των οποίων 16 (61,5%) ήταν άνδρες. Η ακτινοσκοπικά καθοδηγούμενη εμφύτευση του ηλεκτροδίου στην περιοχή του δεματίου του Bachmann ήταν επιτυχής σε όλους τους ασθενείς (100%).Σε όλες τις περιπτώσεις συνδυάστηκε η τεχνική πλήρους φυσιολογικής βηματοδότησης με βηματοδότηση περιοχής αριστερού σκέλους. Selective BBP επιτεύχθηκε σε 11 (42,3%) και non-selective BBP σε 15 (57,7%) ασθενείς. Ο μέσος αριθμός προσπαθειών εμφύτευσης ήταν 1,65 ± 0,63. Η μέση διάρκεια του κύματος P μειώθηκε από 123,9 ± 12,0 ms πριν την εμφύτευση σε 92,8 ± 8,7 ms μετά τη BBP, αντιστοιχώντας σε μέση μείωση 31,1 ± 13,9 ms (≈25%). Ο μέσος χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν 8,1 ± 3,1 λεπτά και η μέση δόση ακτινοβολίας 47,4 ± 27,8 mGy. Δεν καταγράφηκαν μείζονες περιεπεμβατικές επιπλοκές.Συμπεράσματα: Η στοχευμένη βηματοδότηση του δεματίου του Bachmann είναι μία εφικτή και αναπαραγώγιμη τεχνική, με υψηλό ποσοστό επιτυχίας εμφύτευσης και σημαντική βράχυνση της διάρκειας του κύματος P, υποδηλώνοντας αποτελεσματικότερη κολπική ενεργοποίηση. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν τη σκοπιμότητα περαιτέρω αξιολόγησης της τεχνικής σε μεγαλύτερους πληθυσμούς.

Μεταβλητή	Αποτέλεσμα (n=26)
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	
Αριθμός ασθενών	26
Άνδρες	16 (61,5%)
Γυναίκες	10 (38,5%)
Επεμβατικά χαρακτηριστικά	
Συνδυασμός με LBBP	26 (100%)
Ακτινοσκοπικά επιτυχής εμφύτευση HBP	26 (100%)
Selective HBP	11 (42,3%)
Non-selective BBP	15 (57,7%)
Μέσος αριθμός ηλεκτροδίων εμφύτευσης	1,65 ± 0,63
Μέση διάρκεια επέμβασης (min)	133 ± 29,9
Χρόνος ακτινοσκόπησης (min)	8,1 ± 3,1
Δόση ακτινοβολίας (mGy)	47,4 ± 27,8
Ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά	
Διάρκεια κύματος **P** πριν την εμφύτευση (ms)	123,9 ± 12,0
Διάρκεια κύματος **P** μετά την εμφύτευση (ms)	92,8 ± 8,7
Μείωση διάρκειας κύματος **P** (ΔP) (ms)	31,1 ± 13,9 *(≈25,1%)*

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών και αποτελέσματα της βηματοδότησης του άκρατίου του Bachmann

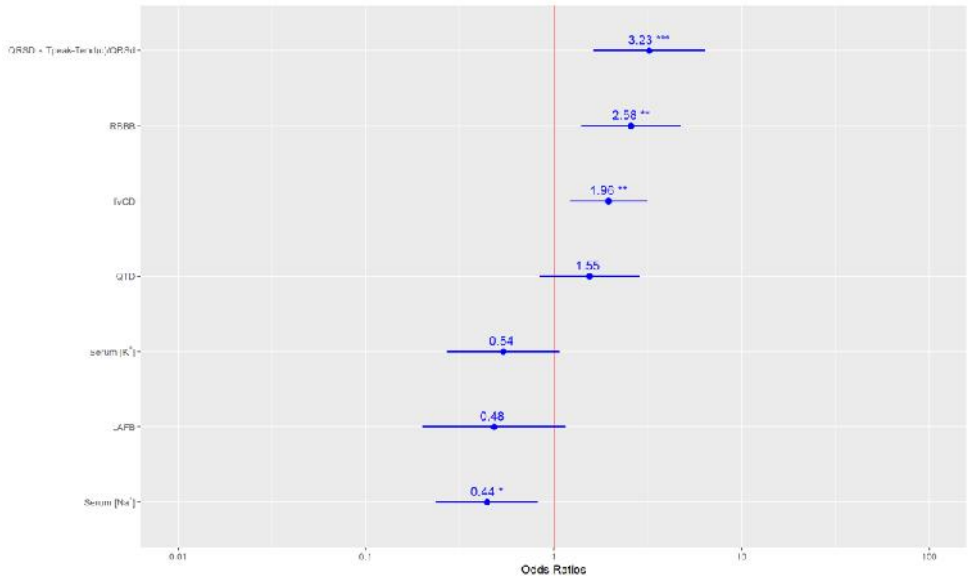
ΠΑ128|Evaluation of QRSD × Tpeak-Tend(c)/QRSd for Ventricular Arrhythmia Risk Stratification in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction Undergoing ICD/CRT-D Implantation

14/11/26 · METIS / METIS

D. Sfairopoulos[1], G. Seitidis[2], K. Siaravas[1], K. Zekios[1], C. Katsouras[1], P. Korantzopoulos[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Psychology, University of Ioannina, Ioannina, Greece.

Background & Aim: Risk stratification for ventricular arrhythmias (VAs) remains a major challenge in patients with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). This study aimed to evaluate a novel electrocardiographic index, QRSD × Tpeak-Tend(c)/QRSd, in relation to VA events during the first year after ICD/CRT-D implantation in patients with HFrEF. Materials & Methods: Weretrospectively analyzed HFrEF patients undergoing ICD/CRT-D implantation. QRS duration (QRSd), Tpeak–Tend, and QT intervals were measured in lead V5. For QRSd ≥120 ms, the modified QT interval (QTm) was calculated using Bogossian's formula. QT and QTm were corrected using Fridericia's formula and denoted QTm(c). Tpeak–Tend was similarly corrected, yielding Tpeak–Tend(c). QRS dispersion (QRSD) and QT dispersion (QTD) were calculated, and QRSD × Tpeak–Tend(c)/QRSd was derived.Results: The 139 patients were divided into two groups based on VA event occurrence during the one-year follow-up. VA events occurred in 22 (15.8%) patients; 117 (84.2%) had no events. LASSO regression identified 14 predictors explaining 46.63% of model deviance (λ = 0.02337). Backward stepwise selection retained seven predictors. Firth's penalized logistic regression showed that QRSD × Tpeak-Tend(c)/QRSd (OR 3.23, $p < 0.001$), right bundle branch block (RBBB), intraventricular conduction delay (IVCD), and serum sodium levels were significantly associated with VA events (Figure 1). QTD, serum potassium levels, and left anterior fascicular block (LAFB) were not statistically significant but were retained in the final model (Figure 1). The model demonstrated good discriminative ability, with an optimism-corrected AUC of 0.90 (95% CI 0.79–0.98) after bootstrap internal validation. Calibration was satisfactory, as indicated by a non-significant Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test ($\chi^2 = 2.00$, df = 8, $p = 0.981$). Predictive performance was further supported by a low Brier score of 0.064. Conclusions: QRSD × Tpeak-Tend(c)/QRSd was independently associated with VA events and may enhance risk stratification in HFrEF patients with ICD/CRT-D.

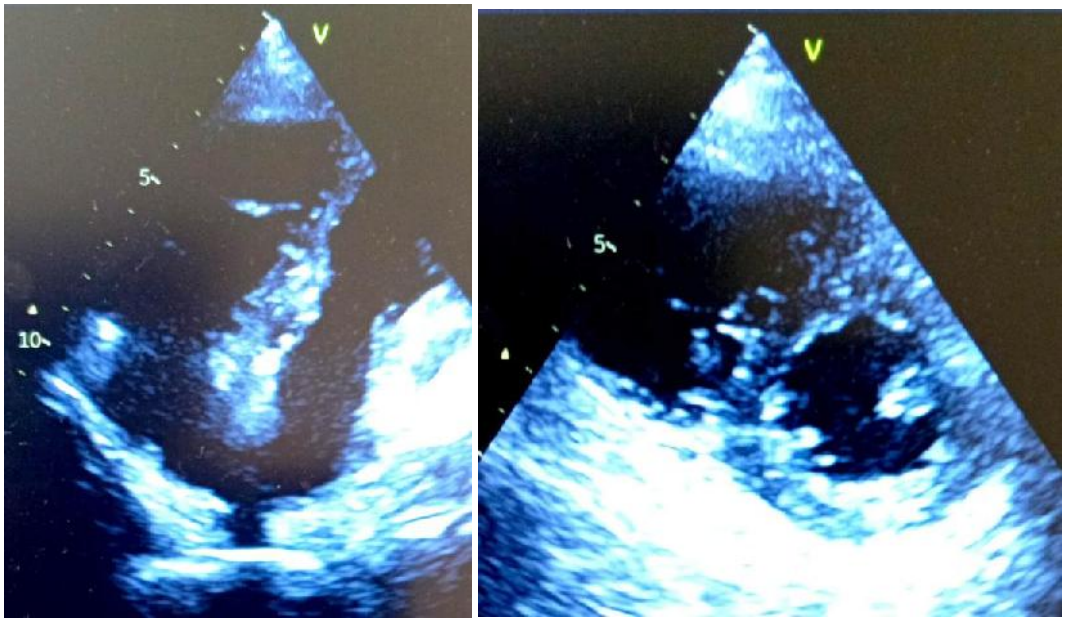


ΠΑ129|Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ως διαγνωστική παγίδα στη συγκοπή

14/11/26 · METIS / METIS

Βασιλική Παπακώστα[1], Σ. Κασσωτάκης[1], Ι. Φραγκιαδουλάκης[1], Α. Πρόγιου[1], Θ. Πατερομιχελάκης[1], Ε. Κανουπάκης[1], Μ. Μαρκέτου[1], Ε. Κουταλάς[1], Ε. Σημαντηράκης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός Ο πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός αποτελεί συχνή αιτία συγκοπής, συνήθως στο πλαίσιο εκφυλιστικής νόσου του ερεθισματαγωγού συστήματος της καρδιάς. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να αποτελεί εκδήλωση άλλης υποκείμενης οξείας παθολογίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη ενός σπάνιου και δυνητικά αναστρέψιμου αιτίου πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 92 ετών, χωρίς γνωστό καρδιολογικό ιστορικό, διεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω συγκοπής. Κατά την εισαγωγή της, ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και κοιλιακή συχνότητα ~30 σφύξεις/λεπτό. Η ανάλυση αερίων αίματος ανέδειξε σοβαρή υποξαιμία και υποκαπνία, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος ήπια αύξηση τροπονίνης, CRP και D-διμερών. Αποτελέσματα:Κατά τη χορήγηση ισοπροτερενόλης, καταγράφηκε επιταχυνόμενος ιδιοκοιλιακός ρυθμός, θέτοντας στη διαφορική διάγνωση το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και την πνευμονική εμβολή.Η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε σοβαρή διάταση δεξιάς κοιλίας, με επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, ευρήματα συμβατά με οξεία πνευμονική εμβολή. Χορηγήθηκε άμεσα θρομβολυτική αγωγή, σε μειωμένη δόση λόγω προχωρημένης ηλικίας, με ταχεία αιμοδυναμική βελτίωση και αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού. Στο ΗΚΓ μετά τη θρομβόλυση καταγράφηκε αριστερό σκελικό μπλοκ. Αξονική αγγειογραφία που διενεργήθηκε μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση, επιβεβαίωσε εκτεταμένη αμφοτερόπλευρη πνευμονική εμβολή. Η ασθενής εξήλθε με σύσταση για λήψη αντιπηκτικής αγωγής.ΣυμπεράσματαΗ πνευμονική εμβολή συνήθως προκαλεί ταχυαρρυθμίες, ωστόσο σοβαρή υποξαιμία, μειωμένη οξυγόνωση του ερεθισματαγωγού΄συστήματος, διάταση δεξιάς κοιλίας και μηχανική πίεση στο δεξί σκέλος, σε ασθενείς με προϋπάρχον LBBB μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία είναι σημαντική, καθώς αποτρέπει την άσκοπη εμφύτευση μόνιμης βηματοδοτικής συσκευής.



ΠΑ130|Ενδοφλέβια λανδιολόλη έναντι αμιωδαρόνης για την αντιμετώπιση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής και κολπικού πτερυγισμού: Ενδιάμεση ανάλυση προοπτικής μελέτης μη κατωτερότητας

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Νασουφίδου[1], Α. Αρβανιτάκη[1], Π. Σταχτέας[1], Κ. Σαμαρά[1], Μ. Κοιλιάρη[1], Π. Καρακάσης[1], Σ. Αλεξίου[1], Α. Αντωνιάδης[1], Ε. Καραγιαννίδης[2], Β. Φυντανίδου[2], Ν. Φραγκάκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Εισαγωγή: Ο έλεγχος της κοιλιακής συχνότητας αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για τους αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ή κολπικό πτερυγισμό. Η λανδιολόλη, ένας ενδοφλέβιος β-αποκλειστής εξαιρετικά βραχείας δράσης και υψηλής εκλεκτικότητας για τους β1-υποδοχείς, επιτυγχάνει ταχύ έλεγχο της καρδιακής συχνότητας με ελάχιστες αιμοδυναμικές επιδράσεις. Ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα στην αντιμετώπιση υπερκοιλιακών ταχυαρρυθμιών παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ενδοφλέβιας χορήγησης λανδιολόλης έναντι της αμιωδαρόνης σε ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή ή κολπικό πτερυγισμό. Υλικό και μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης μη κατωτερότητας, στην οποία η λανδιολόλη και η αμιωδαρόνη χορηγούνται εναλλάξ κατά τις ημέρες εφημερίας σε δύο νοσοκομεία. Το απαιτούμενο μέγεθος δείγματος υπολογίστηκε σε 104 ασθενείς, ώστε να επιτευχθεί ισχύς 80% σε μονόπλευρο επίπεδο σημαντικότητας 0,025, με χρήση διωνυμικού ελέγχου μη κατωτερότητας. Αποτελέσματα: Έχουν συμπεριληφθεί 89 ασθενείς, εκ των οποίων 41 έλαβαν λανδιολόλη και 48 αμιωδαρόνη. Τα βασικά δημογραφικά, κλινικά, υπερηχοκαρδιογραφικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των δύο ομάδων, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα ποσοστά ανάταξης σε φλεβοκομβικό ρυθμό εντός 24 ωρών ήταν παρόμοια (51,2% έναντι 54,1%, p=0,79). Η λανδιολόλη εμφάνισε αριθμητικά μικρότερο διάμεσο χρόνο έως την ανάταξη (540 έναντι 780 λεπτών), χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,21). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τις συνολικές ανεπιθύμητες ενέργειες, την υπόταση, τη βραδυκαρδία, τον κολποκοιλιακό αποκλεισμό, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή τη διάρκεια νοσηλείας. Συμπεράσματα: Η λανδιολόλη ήταν εξίσου αποτελεσματική και ασφαλής με την αμιωδαρόνη, με τάση για ταχύτερη ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό, υποστηρίζοντας τη χρήση της ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής ή κολπικού πτερυγισμού.

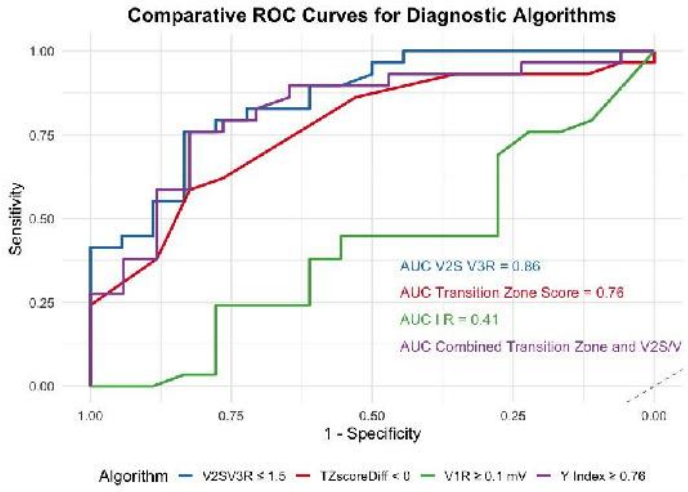
Αποτελέσματα	Λανδιολόλη	Αμιωδαρόνη	p
Ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό εντός 24ωρών, n (%)	21/41 (51,2%)	26/48 (54,1%)	0,79
Χρόνος έως την ανάταξη (λεπτά), διάμεσος (IQR)	540 (210–870)	780 (390–1110)	0,21
Έλεγχος καρδιακής συχνότητας εντός 24ωρών (60–100 σφύξεις/λεπτό), n (%)	30/37 (79,1%)	34/43 (81,1%)	0,82
Χρόνος έως έλεγχο καρδιακής συχνότητας (λεπτά), διάμεσος (IQR)	380 (300–540) *(n=11)*	350 (110–435) *(n=14)*	0,51
Διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού μετά την ανάταξη, n (%)	31/33 (94%)	40/43 (93%)	1,00
Συνολικές ανεπιθύμητες ενέργειες, n (%)	2/40 (5,0%)	4/47 (8,5%)	0,68
Υπόταση, n (%)	0	2/47 (4,3%)	0,49
Βραδυκαρδία, n (%)	1/40 (2,5%)	2/47 (4,3%)	1,00
Κολποκοιλιακός αποκλεισμός, n (%)	0	1/47 (2,1%)	1,00
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%)	0	0	–
Λοιπές ανεπιθύμητες ενέργειες, n (%)	1/40 (2,5%)	2/47 (4,3%)	1,00
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες), διάμεσος (IQR)	2,5 (1–4)	2 (1–3)	0,60

ΠΑ131|Αξιολόγηση της διαγνωστικής απόδοσης ηλεκτροκαρδιογραφικών αλγορίθμων για τον εντοπισμό της εστίας προέλευσης ιδιοπαθών έκτακτων κοιλιακών συστολών από τον χώρο εξόδου της δεξιάς ή της αριστερής κοιλίας

14/11/26 · METIS / METIS

Μ. Μπότης [1], Δ. Τσιαχρής [1,] Λ.Η. Μπαρτσιώκα [1], Ι. Δουνδουλάκης [1], Χ.Κ. Αντώνιου [1], Α. Κορδαλής [1], Ε. Στρατόπουλος [1], Χ. Βόσικας [1], Π. Ξύδης [1], Ν. Αργυρίου [1], Α.Ε. Καρανικόλα [1], Κ. Τσιούφης [1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές (premature ventricular contractions- PVCs) προέρχονται συχνότερα από τον χώρο εξόδου της δεξιάς (right ventricular outflow tract - RVOT) και της αριστερής κοιλίας (left ventricular outflow tract - LVOT). Πολλοί αλγόριθμοι βασιζόμενοι στο ΗΚΓ έχουν αναπτυχθεί για την διαφοροδιάγνωσητης εστίας προέλευσης της αρρυθμίας. Σκοπός της ανωτέρω μελέτης ήταν η αξιολόγηση της διαγνωστικής απόδοσης τεσσάρων ευρέως χρησιμοποιούμενων αλγορίθμων βασιζόμενων στο ΗΚΓ. Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 47 ασθενείς (29,8% γυναίκες, μέση ηλικία 54,1 ± 19,4 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν επιτυχώς σε κατάλυση ιδιοπαθών PVCs προερχόμενων από LVOT ή RVOT, όπως καθορίστηκε από την τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση. Οι αλγόριθμοι που αξιολογήθηκαν ήταν ο δείκτης V2S/V3R, ο δείκτης ζώνης μετάπτωσης (Transition Zone Index), το ύψος του κύματος R στην απαγωγή I (R ≥ 0,1 mV προβλέπει προέλευση από το LVOT) και ο συνδυασμένος δείκτης Transition Zone και V2S/V3R, ο οποίος ορίζεται από τον τύπο Y = −1,15 × (Transition Zone Index) − 0,494 × (V2S/V3R), με τιμές Y>,76 να υποδηλώνουν προέλευση από το LVOT. Η διαγνωστική απόδοση των αλγορίθμων αξιολογήθηκε με βάση την επιφάνεια κάτω από την καμπύλη ROC (AUC), ενώ υπολογίστηκαν επίσης η ευαισθησία και η ειδικότητα κάθε αλγορίθμου. Αποτελέσματα: Η τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση ανέδειξε ως θέση προέλευσης τον RVOT σε 18 ασθενείς (33,3% γυναίκες, μέση ηλικία 45,4 ± 14,1 έτη) και τον LVOT σε 29 ασθενείς (27,6% γυναίκες, μέση ηλικία 59,5 ± 20,4 έτη). Ο δείκτης V2S/V3R παρουσίασε ευαισθησία 0,77 και ειδικότητα 0,79, με AUC 0,86 (Σχήμα 1). Ο δείκτης ζώνης μετάπτωσης παρουσίασε ευαισθησία 0,76, ειδικότητα 0,62 και AUC 0,76. Το ύψος του κύματος R στην απαγωγή I εμφάνισε ευαισθησία 0,10, ειδικότητα 0,79 και AUC 0,70. Ο συνδυασμένος δείκτης Transition Zone και V2S/V3R παρουσίασε ευαισθησία 0,88, ειδικότητα 0,44 και AUC 0,82 (Εικόνα 1).Συμπεράσματα: Οι δημοσιευμένοι ηλεκτροκαρδιογραφικοί αλγόριθμοι μπορούν να διαφοροδιαγνώσουν ικανοποιητικά τις PVCs προερχόμενες από LVOT και RVOT.


Comparative ROC Curves for Diagnostic Algorithms
Sensitivity
1.00
0.75
0.50
0.25
0.00
1.00
0.75
0.50
0.25
0.00
1 - Specificity
AUC V2S V3R = 0.86
AUC Transition Zone Score = 0.76
AUC I R = 0.41
AUC Combined Transition Zone and V2S/V
Algorithm
V2S/V3R ≤ 1.5
TZscoreDiff < 0
V1R ≥ 0.1 mV
Y Index ≥ 0.76

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

09.00-10.00 Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση / Valvular Heart Disease

Πρόεδροι: Α. Καρανάσος (Πάτρα), Β. Καμπερίδης (Θεσσαλονίκη)
Chairpersons : A. Karanasos (Patra), V. Kamperidis (Thessaloniki)

Efficacy of Cerebral Embolism Protection Devices During Transcatheter Aortic Valve Implantation: A Systematic Reviewand Meta-analysis of RCTs with Evidence from PROTECT-TAVI

M. Adil Afzal[1], R. Manoharan[1], V. Muppidi[1], M.Tamimi[1], J. Russo[1], H. Munshi[1], R. Vasudev[1], F.Shamoon[1]
[1]St. Joseph's University Medical Center, Paterson, NJ, USA

Background: Periprocedural stroke is one of the most serious complications of transcatheter aortic valve implantation (TAVI). Cerebral embolic protection devices (CEPDs) are intended to trap debris released during valve deployment, yet earlier randomized trials were small and produced mixed results. The 7,635-patient PROTECT TAVI study almost tripled the total randomized evidence, offering a timely chance to re-examine CEPD effectiveness. We therefore evaluated whether routine CPED use during TAVI lowers rates of clinical stroke, disabling stroke, all-cause mortality, and major procedural complications. Methods: PubMed, EMBASE, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, and ClinicalTrials.gov were searched from inception to July 2025 for randomized controlled trials comparing CEPD-assisted with unprotected TAVI. Two reviewers independently screened studies, extracted data, and assessed risk of bias with the Cochrane RoB 2 tool. Pooled effects were calculated in Review Manager 5.3 with a random-effects model and expressed as odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (CI). Heterogeneity was assessed with I^2, and trial sequential analysis (TSA) examined information size and futility thresholds. Results: Eight trials, including PROTECT TAVI, enrolled 11,561 participants (5,930 CPD; 5,631 control). CEPD use did not reduce 30-day stroke of any type (OR 0.92, 95 % CI 0.73–1.16; I^2 = 0 %) or disabling stroke (OR 0.79, 95 % CI 0.56–1.11; I^2 = 0 %). All-cause mortality remained unchanged (OR 1.02, 95 % CI 0.67–1.55), and TSA crossed the futility boundary. No significant differences were found for acute kidney injury (OR 1.20,95 % CI 0.94–1.52), life-threatening or disabling bleeding (OR 1.14,95 % CI 0.54–2.43), or major vascular or access-site complications (OR 1.04,95 % CI 0.89–1.22). Sensitivity and subgroup analyses supported these findings. Conclusions: Across eight randomized trials involving 11,561 patients, routine CEPD use during TAVI did not lessen any stroke, disabling stroke, or early mortality and provided no safety benefit. Current evidence does not support universal CPD adoption in contemporary TAVI practice. Larger or risk-stratified studies are required to determine whether specific patient groups might benefit

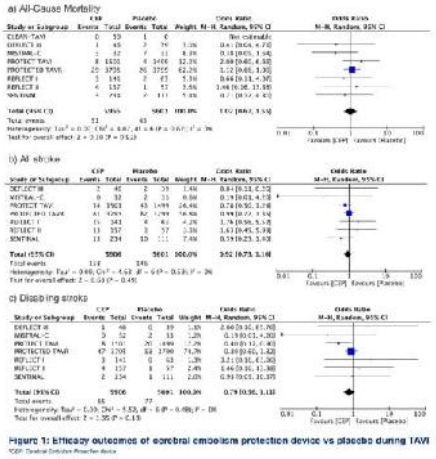


Figure 1: Efficacy outcomes of cerebral embolism protection device vs placebo during TAVI

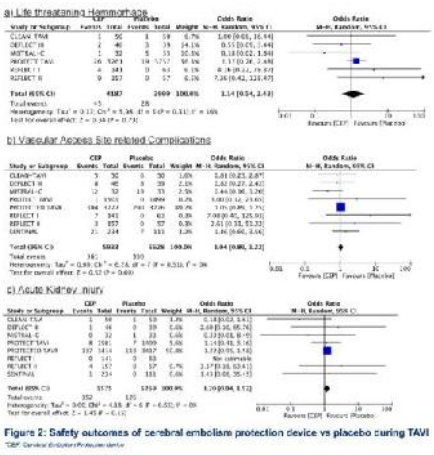


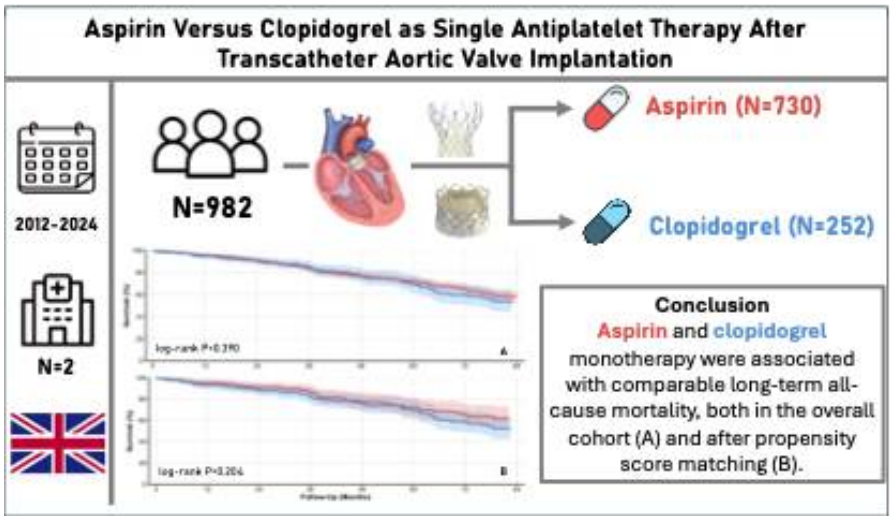
Figure 2: Safety outcomes of cerebral embolism protection device vs placebo during TAVI

ΠΑ132|Aspirin Versus Clopidogrel as Single Antiplatelet Therapy After Transcatheter Aortic Valve Implantation

A. Apostolos[1], K. Konstantinou[1], M. Allaf[1], K. Kalogeras[1], A. Sakalidis[2], A. Duncan[1], S. Davies[1], M.Dalby[1], S. Mirsadraee[1], T. Mittal[1], A. Baltabaeva[1], M. Akhtar[1], E. Ling Heng[1], T. Kabir[1], R. Smith[1], V.Panoulas[3]

[1]Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, [2](1) Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα (2) Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK (3) 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, Ελλάδα, [3]Harefield Hospital

Background: Current guidelines recommend single antiplatelet therapy (SAPT) with aspirin for most transcatheter aortic valve implantation (TAVI) patients. However, the optimal choice of SAPT, namely aspirin or clopidogrel, remains uncertain. Our study aims to compare the impact of aspirin versus clopidogrel monotherapy on all-cause mortality in patients after TAVI. Methods: Consecutive patients undergoing TAVI treated with single antiplatelet treatment (aspirin or clopidogrel) at two tertiary hospitals between 2012 and 2024 were studied. The primary endpoint was long-term survival over a median follow-up of 49.2 months. Propensity score matching was performed to adjust for baseline differences. Results: Among 982 patients who underwent transcatheter aortic valve implantation and were treated with single antiplatelet therapy, 730 received aspirin and 252 received clopidogrel. Patients treated with clopidogrel more frequently had a history of ischemic stroke and prior percutaneous coronary intervention and had higher preprocedural peak transvalvular velocity. Overall survival did not differ significantly between patients treated with aspirin and those with clopidogrel (101.0 months [52.7 – 149.3] vs. 88.3 [49.3 – 127.3], P=0.390). After propensity-score matching, 141 pairs were identified, and long-term survival remained similar between the two groups (108.7 months [54.6 – 156.8] vs. 88.3 [48.5 – 117.6], P=0.204).Conclusions: To the best of our knowledge, this is the largest study comparing aspirin versus clopidogrel following TAVI. Our analysis showed comparable long-term survival in patients treated with either aspirin or clopidogrel. Further randomized trials are required for the validation for our results.



ΠΑ133|Long-term progression of moderate secondary mitral regurgitation: Incidence, predictors and impact on left ventricular remodeling

14/11/26 · METIS / METIS

B. Anastasiou[1], M. Pilar Lopez Santi[2], C. Sarrazyn[2], M. Chiara Meucci[2], G. Kaur Singh[2], B. Josephus Johannes Velders[3], X. Galloo[2], V. Kamperidis[1], J. J Bax[2], N. Ajmone-Marsan[2]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Cardiology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands, [3]Department of Cardio-Thoracic Surgery, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

Background: Secondary mitral regurgitation (SMR) is known to be associated with adverse outcomes, yet the natural history of progression from moderate to severe SMR remains insufficiently characterized. Purpose: To assess the incidence, the impact on left atrial (LA) and ventricular (LV) remodeling, and the predictors of progression of SMR from moderate to severe. Methods: Patients with a first diagnosis of moderate SMR were retrospectively identified and their baseline echocardiogram along with two follow-up studies were analyzed; the first echocardiographic follow-up was chosen at approximately 2 years from baseline (2.5 ± 0.9 years), while the second follow-up study was the last available

(8.1 ± 2.5 years). SMR progression was defined as moderate SMR at baseline which advanced to severe either at the first or second follow-up based on a multiparametric assessment. Longitudinal LV and LA remodeling were assessed using spaghetti plots with individual trajectories and group-level smoothed curves for the different groups of SMR. Independent predictors of SMR progression were evaluated using multivariable logistic regression. Results: Among 203 patients (65 ± 11 years, 53% male) included, SMR progression occurred in 43 patients (21%), while SMR remained stable in 116 (57%), and regressed in 44 (21%). The incidence rate of SMR progression was 0.026 per person-year (95% CI, 0.018–0.034). Significant differences were observed in the trajectories of LV/LA metrics during follow-up for patients with SMR progression as compared to stable SMR and SMR regression ($p<0.05$ for all metrics) but not between SMR regression and stable SMR (Figure 1). In particular, SMR progression showed a pattern of worsening LV ejection fraction and global longitudinal strain, increasing LV end-diastolic volume indexed and increasing LA volume indexed during follow-up. A history of atrial fibrillation, larger EROA, and more impaired LV global longitudinal strain at baseline emerged as independent predictors of SMR progression (Figure 2). Conclusion: Approximately one in five patients with moderate SMR progresses to severe SMR during long-term follow-up, accompanied by adverse LV and LA remodeling. These findings underscore the need for closer surveillance and earlier identification of high-risk patients, which appear to be characterized by atrial fibrillation and more impaired LV dysfunction.

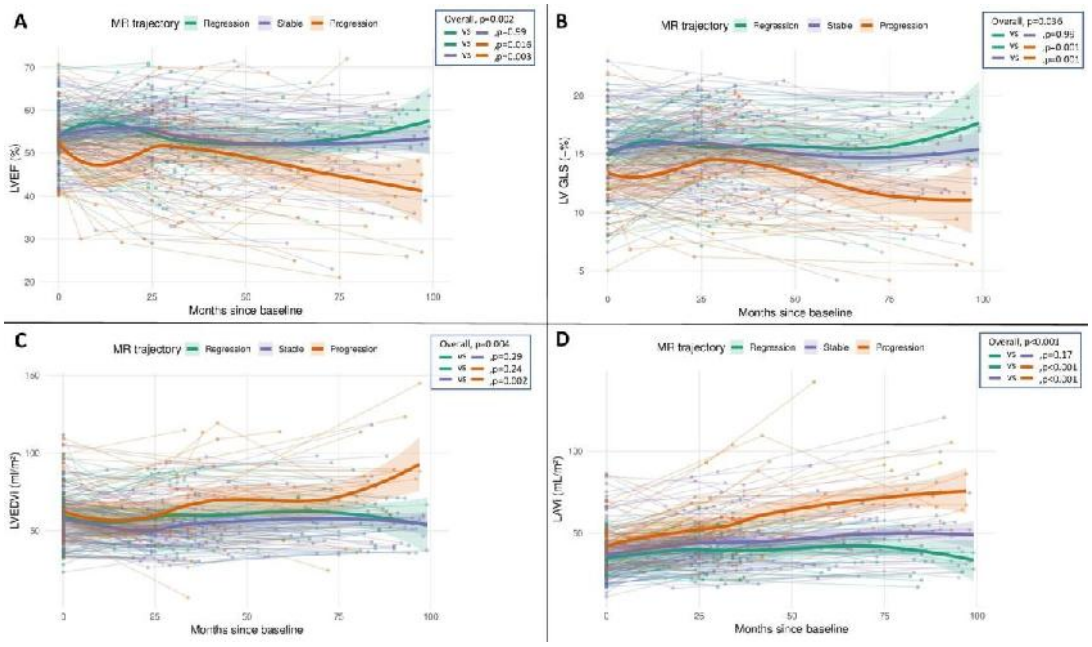


Table. Predictors of progression from moderate to severe secondary mitral regurgitation.

	Univariable			Multivariable		
Variable	**OR**	**95% CI**	**P-value**	**OR**	**95% CI**	**P-value**
Age, years	0.97	0.94-1.01	0.10			
Male gender	0.61	0.30-1.21	0.16			
Hypertension	1.15	0.57-2.33	0.70			
Coronary artery disease	1.20	0.58-2.47	0.63			
History of atrial fibrillation	**2.77**	**1.27-6.00**	**0.01**	**2.51**	**1.06-5.88**	**0.035**
eGFR, mL/min/1.73m²	1.01	0.99-1.03	0.40			
EROA, cm²	**1.13**	**1.06-1.20**	**<0.001**	**1.11**	**1.04-1.91**	**0.003**
Vena contracta, mm	**1.57**	**1.12-2.21**	**0.009**			
Regurgitant volume, ml	**1.06**	**1.03-1.10**	**<0.001**			
LV end-diastolic volume index, ml/m²	1.02	0.99-1.04	0.12			
LV ejection fraction, %	0.97	0.92-1.02	0.18			
LV global longitudinal strain, -%	**0.86**	**0.78-1.95**	**0.004**	**0.89**	**0.80-0.99**	**0.044**
E/e' average	1.05	0.99-1.12	0.11			
Left atrial volume indexed, ml/m²	**1.03**	**1.01-1.05**	**0.012**	1.02	0.99-1.04	0.36
Severe tricuspid regurgitation	1.48	0.74-2.97	0.27			
TAPSE, mm	0.91	0.82-1.01	0.09			

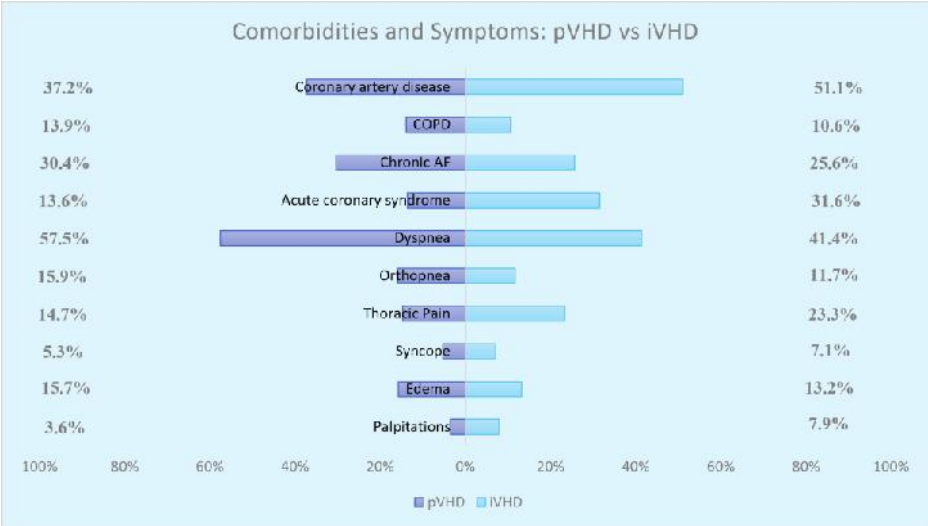
Abbreviations: eGFR, estimated glomerular filtration rate; LV, left ventricular; TAPSE, tricuspid annular plane systolic excursion

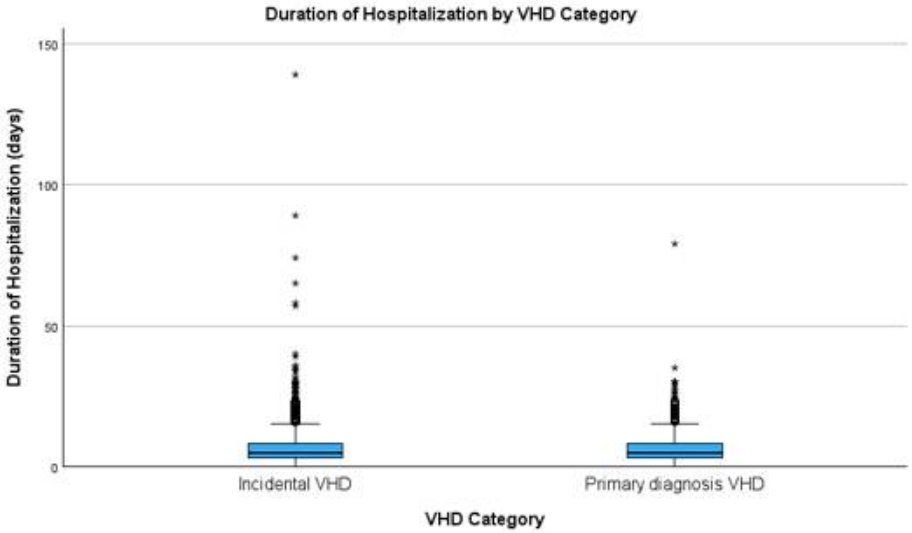
ΠΑ134|Βαλβιδοπάθεια στους Ηλικιωμένους: Νεότερα Δεδομένα από τη Μελέτη CardioMining

Θ . Στρυμπόνης[1], Βα. Πάτσιου[1], Α. Σαμαράς[1], Δ. Μωυσίδης[1], Α. Παπάζογλου[1], Α. Μπεκιαρίδου[1], Γ. Γιαννακούλας[1]

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

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι βαλβιδοπάθειες (VHD), λόγω της ταχείας γήρανσης του πληθυσμού, αποτελούν μια διαρκώς συχνότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Ωστόσο, τα σύγχρονα κλινικά δεδομένα σε ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς παραμένουν περιορισμένα, ιδιαίτερα στη Νότια Ευρώπη. Σκοπός της συγκεκριμένης πολυκεντρικής μελέτης κοόρτης είναι να αναλυθούν τα χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών με βαλβιδοπάθειες και να συγκριθούν τα δημογραφικά, κλινικά και τα υπερηχογραφικά τους προφίλ ανάλογα με τον τύπο διάγνωσης. Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική, πολυκεντρική μελέτη σε ασθενείς≥ 70 ετών που νοσηλεύτηκαν 2012-2023 με στένωση αορτικής (AS), ανεπάρκεια αορτικής (AR), στένωση μιτροειδούς (MS), ανεπάρκεια μιτροειδούς (MR) και ανεπάρκεια τριγλώχινας (TR). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε primary VHD (pVHD), για όσους η βαλβιδοπάθεια αποτελούσε την αιτία εισαγωγής και incidental VHD (iVHD), για όσους η βαλβιδοπάθεια διαγνώστηκε για πρώτη φορά κατά τη νοσηλεία τους. Η σύγκριση των ομάδων έγινε με Fisher's exact και Mann-Whitney U, ενώ οι προγνωστικοί παράγοντες διάρκειας νοσηλείας και θνησιμότητας αναλύθηκαν με διωνυμική παλινδρόμηση.Αποτελέσματα: Από ένα σύνολο 15919 νοσηλευόμενων ασθενών≥ 70 ετών, οι 6984 (43,9%) είχαν βαλβιδοπάθεια. Από αυτούς οι 1061 (15,2%) ανήκουν στην ομάδα pVHD ενώ οι 5923(84,8%) ανήκουν στην ομάδα iVHD. Οι pVHD ασθενείς ήταν πιο ηλικιωμένοι και λιγότερο συχνά άνδρες και εμφάνιζαν συχνότερα δύσπνοια (57,5% έναντι 41,4%). Ταυτόχρονα οι iVHD ασθενείς εμφάνιζαν πιο συχνά στεφανιαία νόσο (51,1% έναντι 37,2%) και οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (31,6% έναντι 13,6%). Η AS ήταν συχνότερη στους pVHD ασθενείς, ενώ η MR ήταν συχνότερη στους iVHD ασθενείς. Επίσης η πολυβαλβιδοπάθεια εμφανίζονταν συχνότερα στους pVHD ασθενείς (73,1% έναντι 66,3%). Οι ασθενείς με iVHD βρέθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, ωστόσο αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από τις αναλύσεις ευαισθησίας. Οι ασθενείς με σοβαρή VHD είχαν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου (OR=1.97), ενώ ο τύπος διάγνωσης δεν αποτέλεσε παράγοντα θνησιμότητας στο πλήρως προσαρμοσμένο μοντέλο. Όλες οι συγκρίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές (p<0,05).Συμπεράσματα: Η VHD στους ηλικιωμένους νοσηλευόμενους ασθενείς εντοπίζεται συχνότερα τυχαία παρά ως κύρια αιτία εισαγωγής, αντανακλώντας διαφορετική κλινική εικόνα. Η σοβαρότητα της βαλβιδοπάθειας φαίνεται να αυξάνει τη θνησιμότητα, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για πιο έγκαιρες διαγνώσεις και εξατομικευμένη αντιμετώπιση σε αυτόν τον πληθυσμό υψηλού κινδύνου.




Duration of Hospitalization by VHD Category
Duration of Hospitalization (days)
150
100
50
0
Incidental VHD
Primary diagnosis VHD
VHD Category

ΠΑ135|Σύγκριση και κλινικό αποτύπωμα της θρομβοπενίας μετά από διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας με διαφορετικού τύπου βιοπροσθετικές βαλβίδες

14/11/26 · METIS / METIS

Γ. Μπουρσούκης[1], Γ. Χαλικιάς[1], Β. Κουτρουλός[1], Μ. Μαλκότς[1], Γ. Παπαγόρας[1], Α. Τσαλγκίδης[1], Α. Θωμαϊδη[1], Κ. Λαμπρόπουλος[1], Δ. Στάκος[1], Δ. ΤζιακάζΣ[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή & Στόχοι: Η μετεγχειρητική θρομβοπενία μετά από διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) έχει σπάνια καταγραφεί στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να καταγράψουμε και να διερευνήσουμε την κλινική επίδραση της θρομβοπενίας μετά την εμφύτευση διαφόρων βιοπροσθετικών αορτικών βαλβίδων. Μέθοδοι: Αυτή η προοπτική μελέτη κοόρτης περιελάβανε 90 ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτής που υποβλήθηκαν σε TAVI με φυσιολογικό ή ελαφρώς μειωμένο αριθμό αιμοπεταλίων κατά την εισαγωγή. Σε αυτήν την ομάδα μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικοί τύποι βιοπροσθετικών βαλβίδων: αυτο-εκπτυσσόμενες (n=30, Evolut R, Medtronic) και εκπτυσσόμενες με μπαλόνι (n=60, Sapien S3, Edwards). Η θρομβοπενία ορίστηκε ως η μέση μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων κάτω από 150 x 100/μl ή ως η μέση μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων στο μισό των αρχικών τιμών κατά την περίοδο παρακολούθησης. Τα τελικά σημεία της μελέτης ήταν η εμφάνιση μετεγχειρητικής θρομβοπενίας και τα μετεγχειρητικά μείζονα αιμορραγικά επεισόδια, τα οποία ορίστηκαν ως αιμορραγία που προκαλεί θάνατο, εμφανίζεται σε κρίσιμη ανατομική θέση, προκαλεί πτώση αιμοσφαιρίνης ≥2 g/dL ή απαιτεί μετάγγιση ≥2 μονάδων αίματος. Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες [Αυτό-εκπτυσσόμενες: 50.6 95% ΔΕ 69.3-31.9 x103/μl (P<0.001; Wilcoxon Signed Rank test) και μπαλόνι-εκπτυσσόμενες 70 95% ΔΕ 83,3-56,8 x 100/μL (P<0.001; Wilcoxon Signed Rank test]. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αυτό-εκπτυσσόμενων και των διαστελλόμενων με μπαλόνι βαλβίδων (P=0.136; Mann-Whitney U test). Σημαντικά αιμορραγικά επεισόδια εμφανίστηκαν σε 12 (13%) ασθενείς και θρομβοπενία σε 46 (51%) ασθενείς της μελέτης. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των δύο τύπων βαλβίδων όσον αφορά τη θρομβοπενία (P=0.825) και τα σημαντικά αιμορραγικά επεισόδια (P=0.990). Η παρουσία θρομβοπενίας δεν συσχετίστηκε με σημαντική αιμορραγία (P=0.250, Kendall's tau-b).Συμπεράσματα Και οι δύο τύποι εμφυτευμένων βιοπροσθετικών βαλβίδων συσχετίστηκαν με στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων μετά την εμφύτευση. Ωστόσο, αυτή η μείωση δεν συσχετίστηκε με κλινικά σημαντικά αιμορραγικά επεισόδια.

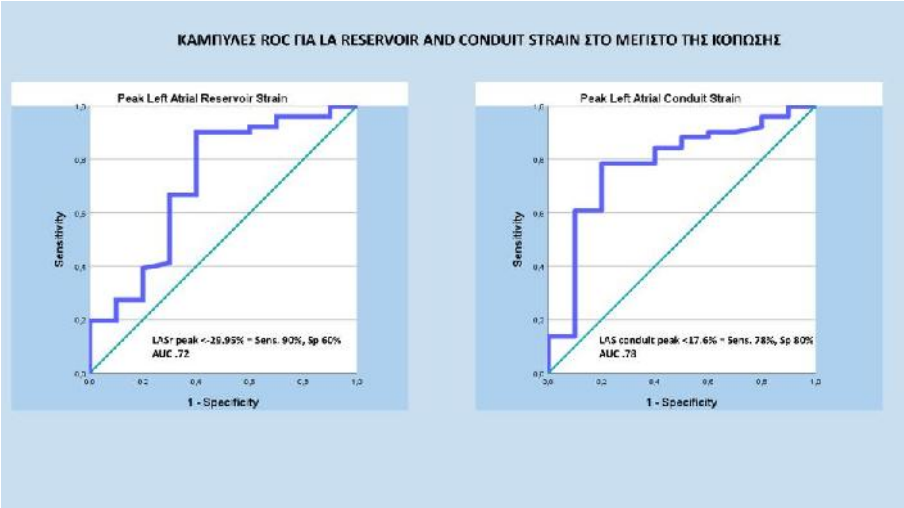
ΠΑ136|Προγνωστική Αξία του Strain του Αριστερού Κόλπου κατά τη Δυναμική Ηχωκαρδιογραφία σε Πρωτοπαθή Ανεπάρκεια Μιτροειδούς Βαλβίδος.

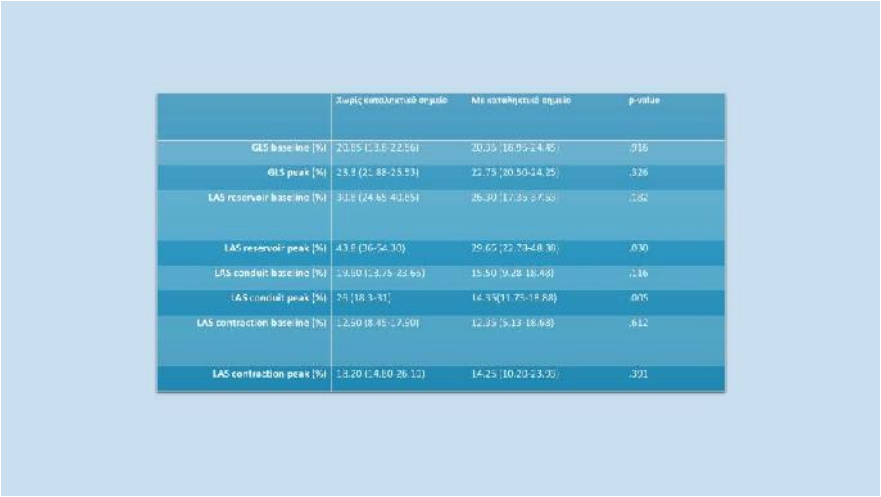
14/11/26 · METIS / METIS

Μά Κούκος[1], Δ. Τσαρτσάλης[1], Ι. Δημητρόγλου[2], Χ.Λ. Βερβερέλη[2], Π. Δρίτσα[1], Χ. Φραγκούλης[1], Δ. Πατσουράκος[1], Α. Καλομπάτσου[2], Γ. Παναγιωτόπουλος[1], Α. Βερβενιώτης[1], Μ. Πηρουνάκη[1], Χ. Λιάκος[1], Κ. Τσιούφης[2], Κ. Αγγέλη[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός: Η δυναμική ηχωκαρδιογραφία μπορεί να αναδείξει υποκλινική δυσλειτουργία σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς (MR). Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των μεταβολών του strain του αριστερού κόλπου (LA strain) κατά την άσκηση και η διερεύνηση της προγνωστικής τους αξίαςΥλικό και Μέθοδοι: Συνολικά 63 ασυμπτωματικοί ασθενείς (NYHA I) με μέτρια-σοβαρή ή σοβαρή πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς υποβλήθηκαν σε πλήρη διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη και δυναμική ηχωκαρδιογραφία κόπωσης, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης του Global Longitudinal Strain (GLS) και του strain του αριστερού κόλπου με τη μέθοδο speckle tracking, τόσο σε ηρεμία όσο και στη μέγιστη φόρτιση. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για δύο έτη ως προς ένα σύνθετο καταληκτικό σημείο που περιλάμβανε θάνατο, νοσηλεία λόγω καρδιακής ανεπάρκειας ή παρέμβαση στη μιτροειδή βαλβίδα. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 10 ασθενείς (15,9%) εμφάνισαν το σύνθετο καταληκτικό σημείο. Το reservoir strain και το conduit strain του αριστερού κόλπου στη μέγιστη άσκηση ήταν σημαντικά μειωμένα στους ασθενείς που παρουσίασαν καρδιαγγειακα συμβάματα συγκριτικά με όσους παρέμειναν ελεύθεροι συμβαμάτων (reservoir: 29,7% [22,8–48,4] έναντι 43,8% [36,0–54,3], p=0,030· conduit: 14,4% [11,7–18,9] έναντι 26,0% [18,3–31,0], p=0,005).Ενώ οι παράμετροι strain σε ηρεμία δεν είχαν προγνωστική αξία, το reservoir και το conduit strain του αριστερού κόλπου στη μέγιστη άσκηση ήταν οι μοναδικές παράμετροι που συσχετίστηκαν σημαντικά με δυσμενή κλινική έκβαση. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, τόσο το LA reservoir strain στο μεγιστο της κοπωσης (OR 0,94 ανά αύξηση 1%, p=0,043) όσο και το LA conduit strain στο μέγιστο της κοπωσης (OR 0,89 ανά αύξηση 1%, p=0,020) παρέμειναν ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες.Η ανάλυση ROC ανέδειξε μέτρια διακριτική ικανότητα για το peak LA conduit strain (AUC 0,78, ευαισθησία 78%, ειδικότητα 80%) και για το peak LA reservoir strain (AUC 0,72, ευαισθησία 90%, ειδικότητα 60%).Συμπεράσματα Η επιδείνωση της

μηχανικής λειτουργίας του αριστερού κόλπου κατά την άσκηση συσχετίζεται ανεξάρτητα με δυσμενή κλινική έκβαση σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς. Η δυναμική εκτίμηση του strain του αριστερού κόλπου κατά την δυναμική ηχωκαρδιογραφία ενδέχεται να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση κινδύνου πέραν των συμβατικών παραμέτρων ηρεμίας.





	Χωρίς εκπολωτικό σημείο	Με εκπολωτικό σημείο	p-value
GLS baseline (%)	20.85 (18.8-22.56)	20.35 (18.95-24.45)	.916
GLS peak (%)	23.8 (21.88-25.53)	22.75 (20.50-24.25)	.326
LAS reservoir baseline (%)	36.8 (24.65-40.85)	26.30 (17.85-37.65)	.182
LAS reservoir peak (%)	43.8 (36-54.30)	29.65 (22.73-48.38)	.030
LAS conduit baseline (%)	19.60 (15.75-22.65)	15.50 (9.28-18.48)	.116
LAS conduit peak (%)	25 (18.3-31)	14.35 (11.75-18.88)	.005
LAS contraction baseline (%)	12.50 (8.45-17.50)	12.35 (5.13-18.98)	.612
LAS contraction peak (%)	18.20 (14.80-26.10)	14.25 (10.20-23.00)	.301

ΠΑ137|Κλινικά αποτελέσματα ενός έτους μετά από διακαθετηριακή αντικατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας

14/11/26 · METIS / METIS

Κ. Σταθογιάννης[1], Μ. Χρυσοχέρης[1], Κ.Κατσιάνος[2], Δ. Αραβαντινός[2], Γ. Κουρκοβέλη[2], Β. Γραμματά[2], Κ. Σπάργιας[1]
[1]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, [2]ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή / Σκοπός Η διακαθετηριακή αντικατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας (ΔΑΤΒ) αποτελεί εναλλακτική θεραπευτική επιλογή για συμπτωματικούς ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου ή ανεγχείρητους, με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της τριγλώχινας. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των κλινικών αποτελεσμάτων ενός έτους από τα πρώτα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν στην Ελλάδα με το σύστημα Evoque ή Lux-valve plus.Υλικό και μέθοδος Πρόκειται για σειρά διαδοχικών περιστατικών: 17 ασθενείς με ανεπάρκεια της τριγλώχινας υποβλήθηκαν σε ΔΑΤΒ με το σύστημα Evoque (Edwards Lifesciences) ή Lux-valve plus (Jenscare) στην Ελλάδα, μετά την έγκρισή του στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ. Καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών, η επιτυχία της επέμβασης και τα κλινικά αποτελέσματα στον ένα χρόνο.Αποτελέσματα Δεκαεπτά ασθενείς (μέση ηλικία 74 έτη, 70% γυναίκες, 15 ασθενείς έλαβαν Evoque) υποβλήθηκαν σε ΔΑΤΒ· το 88% βρισκόταν σε λειτουργική κατηγορία NYHA IV. Το μέσο EuroSCORE II ήταν 5,8% και το μέσο TRI-SCORE 22,1%. Όλοι οι ασθενείς εμφάνιζαν χειμαρρώδη ανεπάρκεια της τριγλώχινας, με

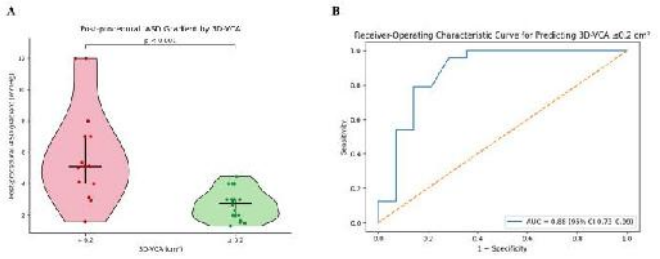
μέσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 52%, μέση πίεση πνευμονικής αρτηρίας 45 mmHg και μέση διάμετρο κάτω κοίλης φλέβας 25,2 mm. Όλες οι επεμβάσεις ολοκληρώθηκαν επιτυχώς, με επιτυχή εμφύτευση της βαλβίδας και μέσο χρόνο ακτινοσκόπησης 21,9 λεπτά. Ένας ασθενής εμφάνισε παροδικό πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό, ο οποίος υποχώρησε αυτόματα χωρίς αγωγή και χωρίς ανάγκη μόνιμης βηματοδότησης. Στον ένα χρόνο καταγράφηκαν 4 θάνατοι (23,5%). Στους επιζώντες, η υπολειπόμενη ανεπάρκεια της τριγλώχινας ήταν ≤1+ σε όλους και η λειτουργική κατάσταση βελτιώθηκε σε NYHA I/II. Συμπεράσματα Η καταγραφή των πρώτων εγχώριων περιστατικών εμφύτευσης των βαλβίδων Evoque και Lux-valve plus, σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου ή ανεγχείρητους με σοβαρή ανεπάρκεια της τριγλώχινας, επιβεβαιώνει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, με σημαντική μείωση της ανεπάρκειας και βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης στο ένα έτος.

ΠΑ138|Looking Through the Septum: The iASD Gradient Predicts Residual Mitral Regurgitation

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Καλομπάτσου[1], Ι. Καχριμανίδης[1], Ι. Δημητρόγλου[1], Χ.Λ. Βερβερέλη[1], Μ. Δρακοπούλου[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Κ. Δημητριάδης[1], Κ. Αζναουρίδης[1], Κ. Τούτουζας[1], Κ. Τσιούφης[1], Κ. Αγγέλη[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Accurate quantification of residual mitral regurgitation (MR) after transcatheter mitral edge-to-edge repair (M-TEER) remains challenging, particularly in the presence of multiple or eccentric regurgitant jets. The hemodynamic significance of the post-procedural iatrogenic atrial septal defect (iASD) gradient has not been well established. The aim of this study is to evaluate whether the post-procedural iASD gradient reflects residual MR severity and can identify trivial or mild residual MR, defined by a three-dimensional vena contracta area (3D-VCA) ≤0.2 cm², following M-TEER. Methods: We prospectively enrolled 38 consecutive patients undergoing M-TEER for severe symptomatic MR between September 2024 and May 2026. Immediately after transseptal catheter withdrawal, the mean iASD gradient was measured using continuous-wave Doppler. Residual MR severity was quantified by three-dimensional transesophageal echocardiography using multiplanar reconstruction, with direct planimetry of the total 3D-VCA. Patients were categorized according to post-procedural 3D-VCA (≤0.2 vs>.2 cm²). Receiver-operating characteristic (ROC) analysis was performed to determine the diagnostic performance of the iASD gradient for identifying trivial or mild residual MR. Results: The median age was 81 years (interquartile range [IQR] 73.8–85.0 years), and 63.2% were male. The median pre-procedural 3D-VCA decreased from 0.54 cm² (IQR 0.44–0.69) to 0.17 cm² (IQR 0.14–0.25) after M-TEER (p<0.001), while the median left atrial V-wave decreased from 36.5 mmHg (IQR 24.7–48.7) to 16 mmHg (IQR 12–25; p<0.001). Twenty-four patients had a post-procedural 3D-VCA ≤0.2 cm² and 14 had a 3D-VCA>.2 cm². Patients with 3D-VCA>.2 cm² had significantly higher iASD gradients than those with 3D-VCA ≤0.2 cm² (5.10 [IQR 4.03–7.00] vs 2.74 [IQR 2.00–3.00] mmHg; p<0.001) (A). ROC analysis demonstrated good discrimination for identifying 3D-VCA ≤0.2 cm² (AUC 0.88, 95% CI 0.73–0.99) (B). An iASD gradient cutoff of 4 mmHg yielded 95.8% sensitivity and 71.4% specificity.Conclusions: The post-procedural iASD gradient correlates with residual MR severity after M-TEER and demonstrates good diagnostic performance for identifying trivial or mild residual MR. An iASD gradient ≤4 mmHg may serve as a simple, highly sensitive intraprocedural echocardiographic marker to complement conventional assessment of procedural success.



ΠΑ139|Διαδοχική διαδερμική αντιμετώπιση εκφυλιστικής πολυβαλβιδικής καρδιοπάθειας σε ασθενή υψηλού χειρουργικού κινδύνου: Παρουσίαση περιστατικού

14/11/26 · METIS / METIS

Ζ. Προγκάκη[1], Μ. Χρυσοχέρης[1], Κ. Σταθογιάννης[1], Κ. Σπάργιας[1]
[1]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

Εισαγωγή: Η δομική εκφύλιση των βιοπροσθετικών βαλβίδων αποτελεί σημαντική απώτερη επιπλοκή της χειρουργικής αντικατάστασης βαλβίδων. Η συνύπαρξη διαδοχικών εκφυλιστικών βλαβών πολλαπλών βαλβίδων σε ηλικιωμένους ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου δημιουργεί σημαντικές θεραπευτικές προκλήσεις. Οι σύγχρονες διαδερμικές τεχνικές παρέχουν πλέον τη δυνατότητα εξατομικευμένης αντιμετώπισης ακόμη και ιδιαίτερα σύνθετων περιστατικών. Περιγραφή περιστατικού Άνδρας 83 ετών με ιστορικό χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με βιοπροσθετική πρόθεση (2013), παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, αρτηριακής υπέρτασης, υποθυρεοειδισμού και προηγηθείσας στρεπτοκοκκικής βακτηριαιμίας προσήλθε με συμπτώματα απορρυθμισμένης καρδιακής ανεπάρκειας. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της εκφυλισμένης βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας και μετρίου βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις. Μετά από συζήτηση στην Ομάδα Καρδιάς πραγματοποιήθηκε επιτυχώς διαδερμική εμφύτευση βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας τύπου valve-in-valve (ViV-TAVI), με σημαντική κλινική και λειτουργική βελτίωση. Λίγους μήνες αργότερα ο ασθενής επανεισήχθη λόγω νέας απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας. Η λειτουργία της αορτικής πρόθεσης ήταν φυσιολογική, ενώ αναδείχθηκαν εκτεταμένη ασβέστωση του μιτροειδικού δακτυλίου, πρόπτωση της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας, με συνοδό εκφυλιστικές αλλοιώσεις της βαλβιδικής συσκευής, σοβαρού βαθμού οργανική ανεπάρκεια της μιτροειδούς και συνοδό λειτουργική στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Δεδομένου του ιδιαίτερα αυξημένου χειρουργικού κινδύνου λόγω ηλικίας, της προηγηθείσας χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας και ViV-TAVI, αποφασίστηκε εκ νέου από την Ομάδα Καρδιάς διαδερμική αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας (TMVR). Η επέμβαση ολοκληρώθηκε επιτυχώς, χωρίς επιπλοκές, με σημαντική ύφεση της δύσπνοιας, βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και σταθερή κλινική πορεία κατά την παρακολούθηση. Συζήτηση – Συμπεράσματα Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της ολοκληρωμένης επανεκτίμησης όλων των καρδιακών βαλβίδων σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα καρδιακή ανεπάρκεια μετά από επιτυχή θεραπεία μίας βαλβιδικής βλάβης. Η συστηματική υπερηχοκαρδιογραφική αξιολόγηση και η λήψη αποφάσεων από εξειδικευμένη Ομάδα Καρδιάς είναι καθοριστικές για τη βέλτιστη θεραπευτική στρατηγική. Η διαδοχική εφαρμογή διαδερμικών βαλβιδικών παρεμβάσεων (ViV-TAVI και TMVR) αποτελεί εφικτή, ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου, προσφέροντας ουσιαστική βελτίωση της συμπτωματολογίας και της ποιότητας ζωής.

ΠΑ140|Optimising Valve Selection in Carcinoid Heart Disease: Mechanical Versus Bioprosthetic Tricuspid Valve Replacement - A Systematic Review and Meta-Analysis

14/11/26 · METIS / METIS

M. Tsitakova[1], K. Aggeli[2], I. Dimitroglou[3], P. Karamolegkos[4]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ ΛΕΣΒΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [4]Other

Introduction: Carcinoid heart disease (CHD) constitutes a rare yet potentially fatal manifestation of carcinoid tumours. It primarily affects the right-sided heart chambers, causing fibrotic thickening and dysfunction of the tricuspid and pulmonary valves in the context of a high serotonin burden associated with carcinoid syndrome. Patients with CHD require a multidisciplinary approach for the management of both systematic disease and cardiac complications. Valve replacement surgery is the only definitive treatment option associated with clinical and survival benefit. This systematic review and meta-analysis aims to assess and synthesise all available evidence regarding clinical outcomes in patients with CHD undergoing mechanical versus bioprosthetic tricuspid valve replacement surgery, and to determine whether one approach demonstrates superiority over the other. Material & Methods: Eligibility criteria included adult patients with CHD who received either a mechanical or a biological tricuspid valve prosthesis. Studies involving transcatheter approaches, case reports and non-English publications were excluded. Outcomes of interest comprised perioperative mortality, two-year mortality, functional status and valve-related complications. A systematic search of major online databases, clinical trial registries, conference proceedings, grey literature and the reference lists of included studies was conducted in March 2026. Eligible studies were assessed for risk of bias using the ROBINS-I tool (Version 2). Study outcomes amenable to pooling were quantitively synthesised in RStudio using meta-analytic forest plots. Results: A total of fifteen retrospective studies, comprising 492 patients met the inclusion criteria. The included studies predominantly involved patients undergoing bioprosthetic tricuspid valve replacement, with fewer patients receiving mechanical prostheses. Pooled estimates of crude perioperative mortality were 7.5% vs 8.9% for the mechanical and the bioprosthetic valve groups, respectively. Corresponding pooled estimates of two-year mortality were 53.8% vs 48.0%. No statistically significant differences were observed between the two groups for either outcome, suggesting comparable short and mid-term survival. (OR: 0.86, 95%CI: 0.42-1.73 and OR: 1.13 95%CI: 0.09-14.64)Conclusion: This study is mainly limited by the rarity of CHD and the paucity of relevant surgical literature, resulting in a small evidence

base. Nevertheless, it provides a comprehensive synthesis of the existing evidence and may support the contemporary clinical decision-making regarding tricuspid valve prosthesis selection.

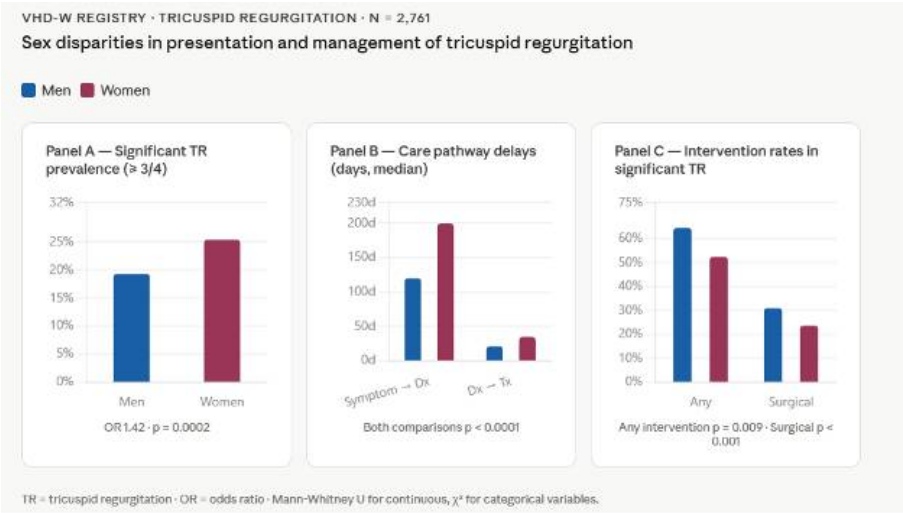
ΠΑ141|Διαφορές στην παρουσίαση και αντιμετώπιση της ανεπάρκειας τριγλώχινας μεταξύ των φύλων: αποτελέσματα από το διεθνές μητρώο VHD-W

14/11/26 · METIS / METIS

Β. Γαρδικιώτη[1], Ε. Σταυροπούλου[2], Α. Μπέτσικος[2], P. Perez-Lopez[3], Ali Elzieny[4], S. Anwer[5], A. Theodosis-Georgilas[6], N. Kasinos[6], A.E. Kalesi[6], V. Kamperidis[2], A. G. Almeida[7], I. Grapsa[8]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Faculty of Medicine, Autonomous University of Madrid, Madrid, Spain, [4]Section of Cardiovascular Medicine, Department of Medicine, Boston University Chobanian & Avedisian School of Medicine, Boston Medical Center, Boston, MA, [5]Department of Cardiology, Magdi Yacoub Heart Foundation, Cairo, Egypt, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Cardiology Dpt, ULS Santa Maria, University Hospital, Faculty of Medicine of Lisbon University, CCUL@RISE. Lisbon, Portugal, [8]Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι διαφορές μεταξύ των φύλων στην παρουσίαση και αντιμετώπιση ασθενών με βαλβιδοπάθεια αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο, ωστόσο τα δεδομένα για την ανεπάρκεια τριγλώχινας παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει εάν οι γυναίκες με ανεπάρκεια τριγλώχινας παρουσιάζουν μεγαλύτερες καθυστερήσεις στη διάγνωση και θεραπεία και αν υποβάλλονται λιγότερο συχνά σε παρέμβαση σε σύγκριση με τους άνδρες. Υλικό και μέθοδος: Από το μητρώο VHD-W, ένα προοπτικό, διεθνές, πολυκεντρικό μητρώο στο οποίο συμμετέχουν κέντρα από 13 χώρες, συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ασθενείς με διαθέσιμα δεδομένα για ανεπάρκεια τριγλώχινας κατά την εμφάνιση. Ως σημαντική ορίστηκε η ανεπάρκεια τριγλώχινας ≥3/4. Υπολογίστηκε ο χρόνος από την έναρξη συμπτωμάτων έως τη διάγνωση και ο χρόνος από τη διάγνωση έως τη θεραπεία. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann-Whitney U για συνεχείς μεταβλητές και η δοκιμασία χ^2 για κατηγορικές μεταβλητές. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από n=2.761 ασθενείς (47% γυναίκες). Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη ηλικία (74,5 ± 13,6 έναντι 72,3 ± 13,8 έτη, p=0,0008) και συχνότερα σημαντική ανεπάρκεια τριγλώχινας (25,4% έναντι 19,3%, OR 1,42, p=0,0002). Μεταξύ των ασθενών με σημαντική ανεπάρκεια τριγλώχινας (n=583, 273 άνδρες και 310 γυναίκες), οι γυναίκες εμφάνιζαν εντονότερη αναδιαμόρφωση της δεξιάς κοιλίας, με μεγαλύτερη βασική διάμετρο (47,1 έναντι 46,0 mm, p=0,0002) και μεγαλύτερο μήκος δεξιάς κοιλίας (70,8 έναντι 66,0 mm, p=0,013), με όμοια ωστόσο λειτουργικότητα δεξιάς κοιλίας βάσει TAPSE (p=0,36). Οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερους χρόνους από την έναρξη συμπτωμάτων έως τη διάγνωση (200 [IQR 180–235] έναντι 120 [IQR 120–120] ημερών, p<0,0001) και από τη διάγνωση έως τη θεραπεία (35 [IQR 35–150] έναντι 21 [IQR 21–30] ημερών, p<0,0001). Επιπλέον, οι γυναίκες υποβάλλονταν λιγότερο συχνά σε παρέμβαση (52,3% έναντι 64,4%, p=0,009). Στο σύνολο του πληθυσμού, οι άνδρες υποβάλλονταν συχνότερα σε χειρουργική αντιμετώπιση (30,9% έναντι 23,6%, p<0,001), πιθανώς λόγω σύγχρονης αντιμετώπισης αριστερών βαλβιδοπαθειών, ενώ τα ποσοστά υπό φαρμακευτική αγωγή ήταν παρόμοια.Συμπεράσματα: Στο διεθνές μητρώο VHD-W, οι γυναίκες με σημαντική ανεπάρκεια τριγλώχινας εμφανίζουν πιο προχωρημένο δομικά φαινότυπο δεξιάς κοιλίας, μεγαλύτερες καθυστερήσεις στη διάγνωση και θεραπεία, και χαμηλότερη πιθανότητα παρέμβασης σε σύγκριση με τους άνδρες. Τα ευρήματα υποδηλώνουν σημαντικό χάσμα στη διαχείριση της ανεπάρκειας τριγλώχινας μεταξύ των φύλων και αναδεικνύουν την ανάγκη για έγκαιρη, πιο συστηματική αξιολόγηση και παραπομπή των γυναικών.



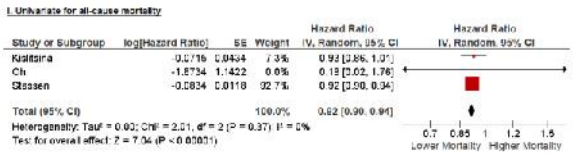
ΠΑ142|Dynamic changes and Prognostic Value of Left Atrial Reservoir Strain in Patients with Mitral Regurgitation Treated with an Intervention: A Meta-Analysis

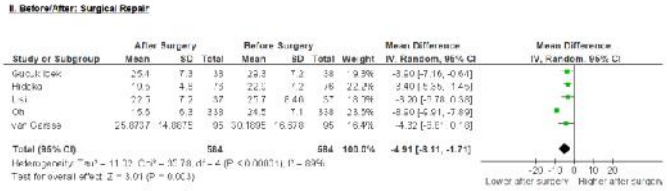
14/11/26 · METIS / METIS

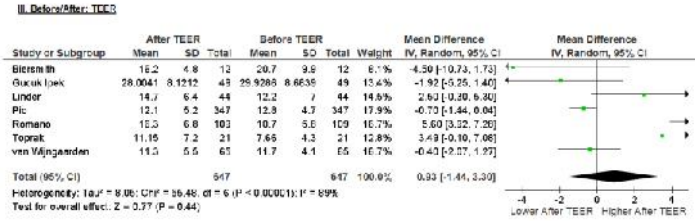
A. Betsikos[1], E. Stavropoulou[1], E. Baltagianni[1], V. Anastasiou[1], C. Mantzios[1], S. Daios[1], C. Gogos[1], M. Didaggelos[1], G. Giannakoulas[1], A. Ziakas[1], V. Kamperidis[1]

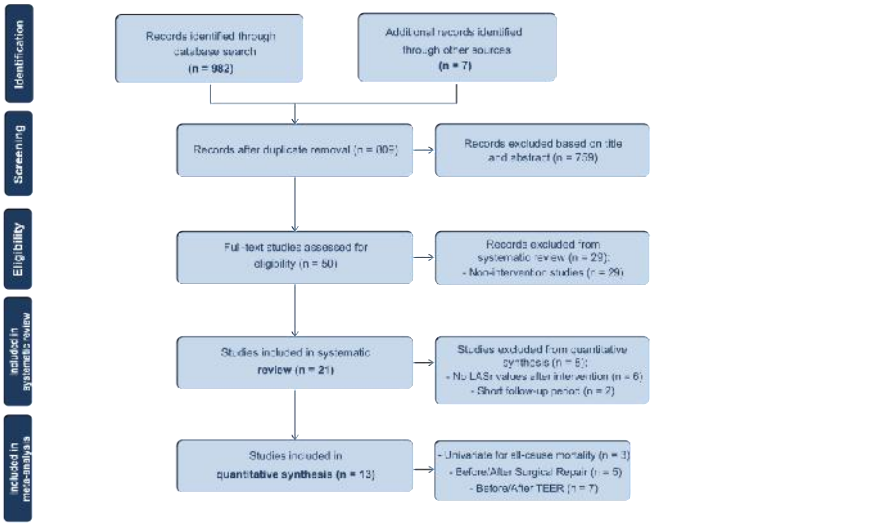
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Mitral regurgitation (MR) imposes progressive hemodynamic burden on the left atrium that drives structural left atrial remodeling and fibrosis. Left atrial reservoir strain (LASr), assessed by speckle-tracking echocardiography, has recently emerged as a sensitive marker of atrial dysfunction that goes beyond conventional volumetric indices. Purpose: This systematic review and meta-analysis aims to assess the changes and the prognostic value of LASr following mitral valve intervention. Methods: A systematic literature review was conducted in electronic databases up to February 28, 2026 in order to identify studies reporting the association between LASr and outcomes in patients with MR undergoing surgical or transcatheter mitral valve intervention. When appropriate, a random-effects meta-analysis was conducted to quantify the unadjusted and adjusted hazard ratios [(a)HRs] for all-cause mortality as well as changes of LASr before and after surgical intervention and transcatheter edge-to-edge repair (TEER).Results: Twenty one studies encompassing 2964 patients were included in the systematic review. Three studies encompassing 683 patients reported appropriate data for meta-analysis. On univariable meta-analysis, each 1% increase in preoperative LASr was associated with a statistically significant reduction in all-cause mortality after surgical intervention (HR 0.92 [95% CI: 0.90–0.94]; p<0.00001; I^2=0%). LASr was significantly decreased after surgical repair compared to preoperative values, an effect that can be attributed to technical aspects of the procedure as surgical repair alters the anatomy of the left atrium [WMD -4.91%, 95% CI (-8.11, -1.71), I^2=89%, P=0.003]. Moreover, performing TEER didn't appear to substantially change LASr in a follow-up period of at least six months [WMD -0.93 %, 95% CI (-1.44, 3.30), I^2=89%, P < 0.00001]. Conclusion: Preoperative LASr could serve as an independent prognostic marker of all-cause mortality in MR patients undergoing surgical intervention, although LASr is not improving after the intervention.


I. Univariate for all-cause mortality
Study or Subgroup
log[Hazard Ratio]
SE
Weight
Hazard Ratio IV, Random, 95% CI
Hazard Ratio IV, Random, 95% CI
Kiatsirira -0.0716 0.0434 7.3% 0.93 [0.86, 1.01]
Oh -1.8734 1.1422 0.6% 0.15 [0.02, 1.76]
Stassen -0.0834 0.0118 92.1% 0.92 [0.90, 0.94]
Total (95% CI) 100.0% 0.92 [0.90, 0.94]
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 2.01, df = 2 (P = 0.37); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 7.04 (P < 0.00001)
0.7 0.85 1 1.2 1.5
Lower Mortality Higher Mortality


II. Before/After: Surgical Repair
After Surgery
Before Surgery
Mean Difference
Mean Difference
Study or Subgroup
Mean
SD
Total
Mean
SD
Total
Weight
IV, Random, 95% CI
IV, Random, 95% CI
Gecukbeki 25.4 7.3 38 29.3 7.2 38 19.9% -3.90 [-7.16, -0.64]
Hidaka 19.5 4.5 75 22.5 7.2 75 22.2% -3.00 [-5.05, -0.95]
Lee 22.1 7.2 57 25.7 8.46 57 18.7% -3.60 [-6.78, -0.42]
Oh 19.5 6.3 338 24.5 7.1 338 23.5% -5.00 [-6.01, -3.99]
Van Garsse 25.8737 14.8675 95 30.1895 16.578 95 15.4% -4.32 [-8.01, -0.63]
Total (95% CI) 584 584 100.0% -4.91 [-8.11, -1.71]
Heterogeneity: Tau² = 11.12; Chi² = 35.78, df = 4 (P < 0.00001); I² = 89%
Test for overall effect: Z = 3.01 (P = 0.003)
-20 -10 0 10 20
Lower after surgery Higher after surgery


III. Before/After: TEER
After TEER
Before TEER
Mean Difference
Mean Difference
Study or Subgroup
Mean
SD
Total
Mean
SD
Total
Weight
IV, Random, 95% CI
IV, Random, 95% CI
Bleiziffer 16.2 4.8 12 20.7 9.9 12 6.1% -4.50 [-10.73, 1.73]
Gucuk Ibek 28.0041 8.1212 48 29.9286 8.6636 49 13.4% -1.92 [-5.25, 1.40]
Linder 14.7 6.4 44 12.2 7 44 14.6% 2.50 [-0.80, 5.80]
Pic 12.1 5.2 347 12.8 4.7 347 17.9% -0.70 [-1.44, 0.04]
Romano 16.3 6.8 103 10.7 5.8 109 16.7% 5.60 [3.32, 7.88]
Toprak 11.15 7.2 21 7.66 4.3 21 12.8% 3.49 [-0.10, 7.08]
van Wijngaarden 11.5 5.5 65 11.7 4.1 65 16.7% -0.43 [-2.37, 1.97]
Total (95% CI) 647 647 100.0% 0.93 [-1.44, 3.30]
Heterogeneity: Tau² = 8.06; Chi² = 56.48, df = 6 (P < 0.00001); I² = 89%
Test for overall effect: Z = 0.77 (P = 0.44)
-4 -2 0 2 4
Lower After TEER Higher After TEER


Identification
Screening
Eligibility
Included in systematic review
Included in meta-analysis
Records identified through database search (n = 982)
Additional records identified through other sources (n = 7)
Records after duplicate removal (n = 805)
Records excluded based on title and abstract (n = 739)
Full-text studies assessed for eligibility (n = 50)
Records excluded from systematic review (n = 29):
- Non-intervention studies (n = 9)
Studies included in systematic review (n = 21)
Studies excluded from quantitative synthesis (n = 8):
- No LASt values after intervention (n = 6)
- Short follow-up period (n = 2)
Studies included in quantitative synthesis (n = 13)
- Univariate for all-cause mortality (n = 3)
- Before/After Surgical Repair (n = 5)
- Before/After TEER (n = 7)


Edge-to-Edge Repair (MitraClip)
Transcatheter Mitral Valve Replacement (TMVR)
Direct Annuloplasty Systems (Annuloplasty)

ΠΑ143|Έγκυος με παρουσία θρόμβου προσθετικής βαλβίδας υπό αντιπηκτική αγωγή

14/11/26 · METIS / METIS

Χ. Λευκός[1], Ε. Σερτεδάκη[2], Ι. Μπούτσικος[3], Β. Μικρός[3], Α. Κάλλης[4], Ν. Τεπετές[3], Α. Μπριασούλης[4], Π. Κωστάκου[3]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Γ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΜΗΜΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Α Αλεξάνδρα

Εισαγωγή :Η παρουσία μηχανικής προσθετικής βαλβίδας στην εγκυμοσύνη αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση, καθώς η ανάγκη για αποτελεσματική αντιπηκτική αγωγή πρέπει να ισορροπεί με τον αυξημένο κίνδυνο εμβρυικών και μητρικών επιπλοκών. Σκοπός :Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού θρόμβωσης μεταλλικής αορτικής βαλβίδας κατά την διάρκεια της κύησης και η διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής και των θεραπευτικών αποφάσεων που απαιτούνται. Υλικό και Μέθοδος Έγκυος στην 26η εβδομάδα, 32 ετών, με ιστορικό αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μεταλλική στην ηλικία των 16 ετών και τοποθέτηση βαλβιδοφόρου μοσχεύματος στην αορτή λόγω σοβαρής ανεπάρκειας δίπτυχης αορτικής βαλβίδας λαμβάνει αντιπηκτική θεραπεία με ενοξαπαρίνη. Η ασθενής προσήλθε λόγω άτυπου θωρακικού άλγους και εύκολης κόπωσης. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε διατηρημένη λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας (EF:50-55%, GLS -14%) και σοβαρού βαθμού στένωση της προσθετικής βαλβίδας. Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε η παρουσία θρόμβου στην προσθετική βαλβίδα. Η ασθενής ετέθη σε θεραπεία σε κλασσική ηπαρίνη ενδοφλεβίως και έγινε σύσταση για άμεση διακοπή της κύησης καθώς πλέον στη συγκεκριμένη εβδομάδα κυήσεως το έμβρυο είναι βιώσιμο. Αποτελέσματα: Η ασθενής σε συνεννόηση με το γυναικολόγο, αρνήθηκε την διακοπή κύησης, εξήλθε οικειοθελώς, μετέβη σε ιδιωτικό θεραπευτήριο όπου συνέχισε την ενδοφλέβια θεραπεία με ηπαρίνη για 3 εβδομάδες και εξήλθε με οδηγία για λήψη ενοξαπαρίνης. Η ασθενής επανεκτιμήθηκε στην κλινική μας (μετά το πέρας των 3 εβδομάδων) χωρίς να παρατηρηθεί μεταβολή ως προς την παρουσία του θρόμβου και έγινε εκ νέου σύσταση για διακοπή της κύησης, χωρίς αποτέλεσμα. Με το πέρας 4 ημέρων από την επανεκτίμηση, η ασθενής υπέστη καρδιακή ανακοπή, ενώ το νεογνό επιβίωσε με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια. Η ιατροδικαστική μελέτη ανέδειξε παρουσία θρόμβου στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο με πλήρη απόφραξη αυτού. Συμπεράσματα Η θρόμβωση μηχανικής βαλβίδας κατά την κύηση αποτελεί πιθανό συμβάν λόγω της φυσιολογίας της κύησης, που απαιτεί εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας υπογραμμίζουν τη σημασία της συνέχισης της αντιπηκτικής αγωγής με ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ και κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως επίσης και τη διαχείριση αυτών των ασθενών από οργανωμένη ομάδα εγκυμοσύνης-καρδιάς (Pregnancy Heart Team). Η στενή διεπιστημονική συνεργασία και η επικοινωνία με την ασθενή για τη λήψη αποφάσεων είναι καθοριστική για την ευνοϊκή έκβαση μητέρας και εμβρύου.

ΠΑ144|Σύνδρομο MAD και Σοβαρή Ανεπάρκεια Μιτροειδούς σε Νέο Ασθενή: Μια Διαγνωστική και Θεραπευτική Πρόκληση

14/11/26 · METIS / METIS

Ε. Ζιάκα[1], Σ. Μαδυτίνου[1], Ε.Ακήφογλου[1], Ι. Κατραντζής[1], Ι. Μηττάς[1], Ι. Στρατάκης[1], Ν. Καμπουρίδης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Το Mitral Annular Disjunction (MAD) αποτελεί μια δομική ανωμαλία του μιτροειδικού σκελετού, όπου παρατηρείται διαχωρισμός μεταξύ του σημείου πρόσφυσης της οπίσθιας πτυχής της μιτροειδούς και του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας. Η παρουσία του συσχετίζεται με το "αρρυθμιογόνο" σύνδρομο πρόπτωσης μιτροειδούς και απαιτεί προσεκτική διαστρωμάτωση κινδύνου. Υλικό και μέθοδος: Άντρας ασθενής ηλικίας 34 ετών, με λευκό ατομικό αναμνηστικό και οικογενειακό ιστορικό, προσήλθε λόγω αναφερόμενου συγκοπτικού επεισοδίου και προοδευτική μείωση ανοχής στην κόπωση (NYHA II). Κλινικά, υπήρχε ένα διακριτό πανσυστολικο στην κορυφή, ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα του ασθενούς ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με μονόμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές (PVCs). Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς λόγω πρόπτωσης και διάζευξη οπίσθιου μιτροειδικού δακτυλίου 6mm, ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν και στη διοισοφάγειο απεικόνιση. Σε συχνά Holter ρυθμού 24ωρου του ασθενούς δεν έγινε καταγραφή μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας, παρά μόνο συχνές PVCs, ενώ η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε την ανατομία του MAD, και η ακολουθία late gadolinium enhancement (LGE) αποκάλυψε περιοχές ίνωσης μη ισχαιμικής αιτιολογίας στο βασικό κατωτεροπλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Αποτελέσματα: Λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας με περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς, επιλέχθηκε αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας με μηχανική πρόθεση, καθώς η ανατομική πολυπλοκότητα της βαλβίδας δεν επέτρεπε προβλέψιμη και ανθεκτική επιδιόρθωση. Κατά την έξοδο του ασθενούς από την εξωσωματική κυκλοφορία, ο ασθενής εμφάνισε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό (AV block), οπότε και τοποθετήθηκαν προσωρινά επικαρδιακά καλώδια βηματοδότησης. Μετά από περίοδο παρακολούθησης για πιθανή ανάνηψη της κολποκοιλιακής αγωγής και λόγω εμμονής πλήρους AV block, εμφυτεύθηκε

μόνιμος διπλοεστιακός βηματοδότης Συμπεράσματα: Η διαχείριση του συνδρόμου MAD απαιτεί υψηλή κλινική εγρήγορση, καθώς η παρουσία του μετατρέπει μια φαινομενικά απλή πρόπτωση μιτροειδούς σε μια δυνητικά απειλητική οντότητα. Η πολυπαραγοντική απεικονιστική προσέγγιση είναι καθοριστική για τη διάγνωση, την εκτίμηση της βαρύτητας της ανεπάρκειας μιτροειδούς και τη διαστρωμάτωση κινδύνου. Σε περιπτώσεις σοβαρής συμπτωματικής ανεπάρκειας, η έγκαιρη χειρουργική αποκατάσταση κρίνεται απαραίτητη για την αναστολή της χρόνιας υπερφόρτισης όγκου διασφαλίζοντας τη βέλτιστη μακροχρόνια πρόγνωση του ασθενούς.

ΠΑ145|Ο συνδυασμός σοβαρής αναιμίας, θρομβοπενίας και αιμοδυναμικής αστάθειας ως αποτέλεσμα της χορήγησης sotatercept σε ασθενή με βαρειά ιδιοπαθή πνευμονική αρτηριακή υπέρταση. Μία σπάνια επιπλοκή

14/11/26 · METIS / METIS

Ε.Τριανταφυλλίδη[1], Ε. Βρίκος[1], Ε. Καραμανώλης[1], Δ.Μπενέτου[1], Χ. Βαρλάμος[1], Δ.Μπίρμπα[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (PAH) αποτελεί μία σπάνια νόσο, η οποία οδηγεί σε αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ποιότητας ζωής και της ικανότητας προς άσκηση, την αυξημένη νοσηρότητα και την μειωμένη επιβίωση των πασχόντων. Η αντιμετώπιση της νόσου έως τώρα βασίζεται στην έγκαιρη διάγνωση και την ταχύτατη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής (αναστολείς της ενδοθηλίνης, διεγέρτες του NO, ανάλογα προστακυκλίνης) η οποία οδηγεί κυρίως σε αγγειοδιαστολή των πνευμονικών αρτηριδίων και μείωση των πνευμονικών αντιστάσεων. Το sotatercept ως αναστολέας της ακτιβίνης, αποτελεί τη νεότερη φαρμακευτική επιλογή για τους ασθενείς με ιδιοπαθή PAH (IPAH). Μέχρι τώρα διαπιστώνεται ότι το sotatercept οδηγεί σε βελτίωση των αιμοδυναμικών παραμέτρων, της ικανότητας προς άσκηση καθώς και της ποιότητας ζωής των ασθενών με ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Κλινική περίπτωση: Ασθενής 56 ετών, πάσχουσα από σοβαρή IPAH διαγνωσθείσα από εξαετίας, υπό τριπλή ειδική φαρμακευτική αγωγή (macitentan, tadalafil, treprostenil) παρουσιάζει επιδείνωση των αιμοδυναμικών παραμέτρων κατά το δεξιό καρδιακό καθετηριασμό (mean/peak PAP=48/78mmHg, PVR=11WU) καθώς και της εξάλεπτης δοκιμασίας (6MWT=530m). Αποφασίζεται η έναρξη sotatercept, επιπρόσθετα της τριπλής αγωγής. Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα ενώ βελτιώνεται και η 6MWT (560m). Είκοσι ημέρες μετά την 3η δόση sotatercept, η ασθενής εμφανίζει αιμοδυναμική αστάθεια και αποκορεσμό με συνοδό αναιμία (Hb=11.4g/dl->9.7g/dl) και θρομβοπενία (177.000/μl->78.000/μl). Το sotatercept διακόπτεται και η ασθενής νοσηλεύεται με αποτέλεσμα την κλινική της βελτίωση και την αποκατάσταση της αιμοσφαιρίνης (Hb=11.8g/dl) και αιμοπεταλίων (188.000/μl). Ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος δεν αποκάλυψε αίτιο για την αναιμία (Εικόνα 1) οπότε δύο μήνες μετά την νοσηλεία γίνεται επανέναρξη του sotatercept. Η ασθενής οδηγείται άμεσα σε νέα αιμοδυναμική αστάθεια, αποκορεσμό (82-85%), επανεμφάνιση σοβαρής αναιμίας (Hb=6g/dl) και θρομβοπενίας (44.000/μl) και εκ νέου νοσηλεία της. Ως εκ τούτου αποφασίζεται η οριστική διακοπή του sotatercept. Συζήτηση:Το Sotatercept αποτελεί το πρώτο φάρμακο για την PAH με διαφορετικό μηχανισμό δράσης (αντιπολλαπλασιαστική δράση και ενίσχυση της απόπτωσης αντί της αγγειοδιαστολής των πνευμονικών αρτηριδίων). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του είναι συνήθως ελάσσονες (επίσταξη και τελεαγγειεκτασίες) ενώ σπανιότερα οδηγεί σε αύξηση της αιμοσφαιρίνης>2-4g/dl (κίνδυνος θρομβώσεων) και θρομβοπενία<0.000/ μl (κίνδυνος αιμορραγίας), οι οποίες απαιτούν τη διακοπή του φαρμάκου. Η περίπτωση της ασθενούς οδηγεί στο συμπέρασμα ότι κάθε φάρμακο έχει τελικά μία Αχίλλειο πτέρνα.



ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

09.00-10.00 Καρδιακή απεικόνιση ΙΙ / Imaging II

Πρόεδροι: Μ. Καλαντζή (Αθήνα), Σ. Λοΐζος (Αθήνα)
Chairpersons : M. Kalantzi (Athens), S. Loizos (Athens)

ΠΑ146|Η προγνωστική σημασία των υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων στην HFrEF και την HFpEF

14/11/26 · METIS / METIS

Μ. Κουρεμέτη[1], Β. Κουλολιά[1], Ε. Καραθάνου[1], Ε. Κολιστάση[1], Ε. Μαρίνου[1], Κ.Μαυρομούστακου[1], Χ.Φραγκούλης[1], Μ. Πηρουνάκη[1], Χ.Χρυσοχόου[1], Κ. Τσιούφης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες καρδιακής δομής και αιμοδυναμικής (μέγεθος LA, λόγος E/e', PASP, διάταση δεξιάς κοιλίας) αποτελούν καθιερωμένους δείκτες βαρύτητας της καρδιακής ανεπάρκειας. Ωστόσο, η προγνωστική τους ισχύς ενδέχεται να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον φαινότυπο της νόσου (HFrEF έναντι HFpEF).ΣκοπόςΗ μελέτη διερευνά την προγνωστική επίδραση του μεγέθους LA, του λόγου E/e', της PASP, της διάτασης και συστολικής λειτουργίας δεξιάς κοιλίας στη θνησιμότητα και επανανοσηλείες λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, συγκρίνοντας την αξία τους μεταξύ ασθενών με HFrEF και HFpEF. Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 900 ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (605 HFrEF, 295 HFpEF). Όλοι υποβλήθηκαν σε υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο για την αξιολόγηση των παραμέτρων, με καταληκτικά σημεία τη θνησιμότητα και την επανανοσηλεία λόγω καρδιακής ανεπάρκειας. Αποτελέσματα :Η ανάλυση ανέδειξε διαφοροποιημένα προγνωστικά πρότυπα. Στην HFrEF, η διάταση LA και ο λόγος E/e' συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με θνησιμότητα (MD 1,09, p=0,04 και MD 1,83, p=0,002), χωρίς επίδραση στην HFpEF. Η PASP προέβλεψε θνησιμότητα και στις δύο ομάδες (HFrEF: MD 4,89, p<0,001; HFpEF: MD 5,54, p=0,009), με συσχέτιση επανανοσηλειών μόνο στην HFrEF (p=0,05). Η διάταση της δεξιάς κοιλίας (RV) συνδέθηκε με θνησιμότητα και στους δύο φαινοτύπους (HFrEF: OR 1,71, p=0,002; HFpEF: OR 1,91, p=0,03), ενώ η σχέση με επανανοσηλείες περιορίστηκε στην HFrEF (p=0,02). Τέλος, η συστολική λειτουργία RV ήταν καθοριστική στην HFrEF (θνησιμότητα p<0,001, επανανοσηλείες p=0,02), ενώ στην HFpEF έδειξε οριακή συσχέτιση μόνο με θνησιμότητα (p=0,04).Συμπέρασμα: Τα δεδομένα μας επιβεβαιώνουν ότι η προγνωστική αξία των υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων δεν είναι ενιαία για όλο το φάσμα της καρδιακής ανεπάρκειας. Η εκτίμηση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και των πνευμονικών πιέσεων είναι κρίσιμη για τη διαστρωμάτωση κινδύνου, ιδιαίτερα στην HFrEF, και πρέπει να ενσωματώνεται συστηματικά στην κλινική πρακτική για την ορθότερη διαχείριση των ασθενών.

ΠΑ147|Διατήρηση της ελλειψοειδούς μορφολογίας του αριστερού κόλπου παρά τη διάτασή του: Ενδείξεις κατά της ογκοεξαρτώμενης σφαιρικής αναδιαμόρφωσης

14/11/26 · METIS / METIS

Μ. Πετρίδου[1], Α. Βασιλικού[1], Δ. Ντέλιος[1], Α. Συμεωνίδη[1], Α.Κ. Σαχάουι[1], Χ.Σινιόσογλου[1], Β. Τσιόπτσια[1], Α. Χαριτάκη[1], Μ.Π. Ρόιδου[1], Η.Α. Παύλου[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Β. Σχισμένος[1], Δ. Οικονόμου[1], Π.ς Μαμώλης[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1], Ε. Παγκουρέλιας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η αναδιαμόρφωση του αριστερού κόλπου(ΑΚ) έχει παραδοσιακά αξιολογηθεί με παραμέτρους μεγέθους. Ωστόσο, οι γεωμετρικές μεταβολές, ιδιαίτερα η σφαιρικότητα, έχουν αναδειχθεί ως δυνητικοί δείκτες δυσμενούς αναδιαμόρφωσης και αρρυθμιογόνου κινδύνου. Σφαιρικότερη γεωμετρία του ΑΚ έχει συσχετισθεί με υποτροπή κολπικής μαρμαρυγής(ΚΜ) και με μεγαλύτερη βαρύτητα αυτής. Παραμένει ασαφές εάν η προοδευτική διάταση του ΑΚ οδηγεί εγγενώς σε σφαιρική γεωμετρική μεταβολή σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν η αύξηση του δείκτη όγκου του αριστερού κόλπου(LAVI) συνοδεύεται από γεωμετρική μετάβαση προς μεγαλύτερη σφαιρικότητα και να προσδιοριστούν οι δημογραφικοί, κλινικοί και υπερηχοκαρδιογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με σφαιρική αναδιαμόρφωση. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 1000 υπερηχοκαρδιογραφικές εξετάσεις. Μετρήθηκαν η προσθιοπίσθια διάμετρος του ΑΚ(LAAPd), η εγκάρσια διάμετρος(LAT), η επιμήκης διάμετρος(LAL), οι μέγιστοι και ελάχιστοι όγκοι του ΑΚ, καθώς και ο LAVI, μετά

από αναγωγή στην επιφάνεια σώματος. Υπολογίστηκαν τρεις δείκτες σφαιρικότητας: LAT/LAL, LAAPd/LAL και ο λόγος όγκου προς τον όγκο σφαίρας με διάμετρο τη μέγιστη διάμετρο του ΑΚ. Οι συσχετίσεις μεταξύ των κατηγοριών LAVI και των δεικτών σφαιρικότητας αξιολογήθηκαν με αναλύσεις συσχέτισης και πολλαπλής παλινδρόμησης, προσαρμοσμένες ως προς την ηλικία, το φύλο, την υποκείμενη διάγνωση, το μέγεθος της αριστερής κοιλίας, καθώς και παραμέτρους συστολικής και διαστολικής λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας. Αποτελέσματα: Η προοδευτική διάταση του ΑΚ συνοδευόταν από αναλογική αύξηση όλων των κύριων διαμέτρων του(p<0,0005), καταδεικνύοντας ομοιόμορφη διάταση. Οι δείκτες σφαιρικότητας δεν παρουσίασαν σημαντική αύξηση μεταξύ των κατηγοριών LAVI, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ LAVI και σφαιρικότητας ήταν ασθενείς(Πίνακας). Ακόμη και σε σοβαρή διάταση, η ελλειψοειδής γεωμετρία διατηρούνταν σε μεγάλο βαθμό, με τη σφαιρική αναδιαμόρφωση να κυμαίνεται από 3,0% έως 6,8%, αναλόγως του χρησιμοποιούμενου δείκτη σφαιρικότητας. Η σφαιρική αναδιαμόρφωση δεν συσχετίσθηκε ανεξάρτητα με την υποκείμενη διάγνωση ή το ιστορικό ΚΜ. Στην ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, το μέγεθος της αριστερής κοιλίας αναδείχθηκε ως ο μόνος ανεξάρτητος παράγοντας που σχετιζόταν με αυξημένη σφαιρικότητα(R^2=0,19, p=0,01). Συμπεράσματα: Η προοδευτική διάταση του αριστερού κόλπου δεν οδηγεί στη σφαιρική αναδιαμόρφωση. Αντιθέτως, αντανακλά ισόρροπη αύξηση των διαστάσεών του με διατήρηση της ελλειψοειδούς γεωμετρίας. Η σφαιρική αναδιαμόρφωση φαίνεται να αποτελεί διακριτό μορφολογικό φαινότυπο, πιθανώς σχετιζόμενο με την κοιλιοκολπική σύζευξη και διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, παρά με την αύξηση του όγκου αυτή καθαυτή.

	LAVI<34 mL/m² (1) N=692	LAVI 35-41 ml/m² (2) N=101	LAVI 42-48 ml/m² (3) N=80	LAVI>48 ml/m² (4) N=127	p value
LAAPd (cm)	3.6±0.7*†‡	4.2±0.6§	4.5±0.6**	4.7±0.9	**<0.0005**
LAT (cm)	3.7±0.7*†‡	4.7±1.0§	4.9±0.5**	5.4±0.8	**<0.0005**
LAL(cm)	5.3±1.2*†‡	6.2±1.3§	6.5±0.7**	7.2±1.0	**<0.0005**
SD1	0.73±0.19*	0.86±0.12	0.76±0.12	0.78±0.14	**0.013**
SD2	0.70±0.14	0.71±0.23	0.69±0.11	0.66±0.15	0.187
SD3	0.55±0.21‡	0.56±0.17	0.62±0.20	0.63±0.23	**<0.0005**

LAVI: Left Atrial Volume Index, **LAAPd:** Left atrial anteroposterior diameter, **LAT:** Left atrial transverse diameter, **LAL:** Left atrial long axis, **LA:** Left atrium, **SD1:** Sphericity Index 1 derived by LAT/LAL ratio, **SD2:** Sphericity Index 2 derived by LAAPd/LAL ratio, **SD3:** Sphericity Index 3 calculated as LAV/sphere volume estimated by max LA diameter. **p Values<0.05 statistically significant, * LAVI 1 vs LAVI 2, p<0.05, † LAVI 1 vs LAVI 3, p<0.05, ‡ LAVI 1 vs LAVI 4, p<0.05, # LAVI 2 vs LAVI 3, p<0.05, §LAVI 2 vs LAVI 4, p<0.05, ** LAVI 3 vs LAVI 4, p<0.05**

ΠΙΝΑΚΑΣ Διάμετροι του ΑΚ και δείκτες σφαιρικότητας προσαρμοσμένοι στο LAVI

ΠΑ148|Giant Left Circumflex Coronary Arteriovenous Fistula Draining Into the Right Atrium: Multimodality Imaging and Surgical Repair

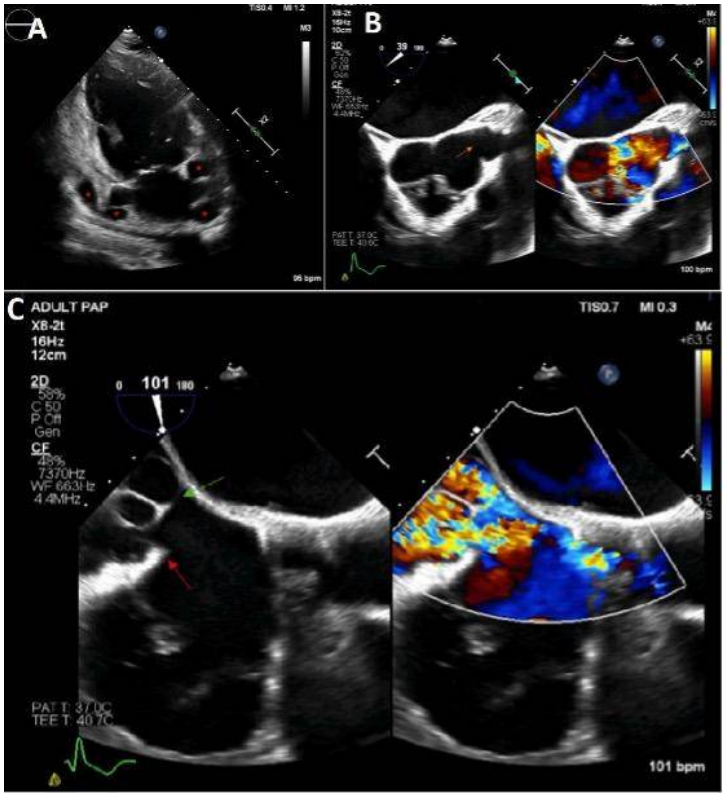
14/11/26 · METIS / METIS

S. Graidis[1], K.Giannakakis[2], C. Graidis[2], E. Anagnostou[2], V. Sachpekidis[3], T.Kofidis[4], T. Theologou[4], T. Christoforidou[2], V. Karasavvidis[2]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, [2]General Clinic, Thessaloniki, Greece, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Interventional Heart Surgery Center, Hygeia, A' Cardiac Surgery Division

Background: Coronary arteriovenous fistulas (CAF) are rare congenital anomalies, found in approximately 0.2–0.4% of cardiac defects. While many remain small and asymptomatic, giant fistulas originating from an ectatic coronary artery can trigger massive left-to-right shunting.Case Study: A 48-year-old male with past medical history of hypertension and dyslipidemia presented with progressively deteriorating exertional dyspnea and orthopnea (NYHA class II–III). Clinical examination revealed signs of right-sided volume overload with significant peripheral pitting edema. Transthoracic echo showed significantly increased LV dimensions, the aneurysmal and tortuous course of the giant fistula, and severe functional tricuspid regurgitation (TR). TOE demonstrated a large coronary fistula arising from the left main artery, tracking posteriorly before entering the right atrium via a broad 1.2 cm orifice. Cardiac catheterization confirmed a high-flow LCx fistula but failed to provide full distal branch opacification due to extreme tortuosity and rapid runoff ("steal phenomenon"). A definitive anatomical mapping was achieved via 64-slice CCTA, revealing a severely ectatic LCx with a serpentine course draining into a massively enlarged RA (8.4x6.7cm). Surgical intervention was prioritized over percutaneous closure due to the large drainage orifice diameter, posing a high risk of device migration, and the presence of severe functional TR requiring annuloplasty. The patient underwent tricuspid valve repair using a Medtronic 3D-Contour ring and surgical ligation of the fistula. Multiple pledgetted 5-0 Prolene sutures were used along the shunt tract and reinforced with a bovine pericardial patch to ensure a secure, tension-free closure. Results: At follow-up, functional capacity improved to NYHA class I. Postoperative imaging confirmed complete elimination of the shunt, remarkable reverse remodeling of the heart chambers, and a reduced TR to trace.CONCLUSIONCAF are rare congenital anomalies, which may be asymptomatic while they remain small, even though giant fistulas originating from an ectatic

coronary artery can trigger massive left-to-right shunting. Additionally,multimodality imaging is indispensable when invasive angiography is inconclusive due to high-flow hemodynamics. Furthermore, surgical repair remains the gold standard for large-caliber fistulas associated with significant secondary valvular pathology, and an early intervention facilitates substantial reverse cardiac remodeling even in cases of massive chamber dilation.





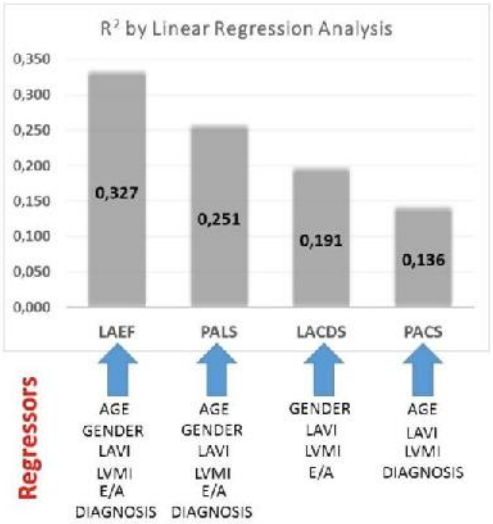
ΠΑ149|Δομική διάταση και λειτουργική δυσλειτουργία: διακριτές αλλά αλληλένδετες διαστάσεις της κολπικής μυοπάθειας

14/11/26 · METIS / METIS

Μ. Πετρίδου[1], Α. Βασιλικού[1], Δ. Ντέλιος[1], Μ.Π. Ρόιδου[1], Α. Χαριτάκη[1], Β.Τσιόπτσια[1], Χ. Σινιόσογλου[1], Α. Κ. Σαχάουι[1], Α. Συμεωνίδη[1], Β. Σχισμένος[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Η.Α. Παύλου[1], Δ. Οικονόμου[1], Π. Μαμώλης[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1], Ε. Παγκουρέλιας[1]

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

Εισαγωγή Η διάταση του αριστερού κόλπου(ΑΚ) και η διαταραχή της παραμόρφωσής του αποτελούν καθιερωμένους δείκτες κολπικής αναδιαμόρφωσης και συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής(ΚΜ), καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ενώ ο δείκτης όγκου αριστερού κόλπου(LAVI) χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης χρόνιας αιμοδυναμικής επιβάρυνσης, οι παράμετροι παραμόρφωσης μέσω speckle-tracking ενδέχεται να αναδεικνύουν πρωιμότερη λειτουργική δυσλειτουργία. Ωστόσο, παραμένει ασαφές κατά πόσον η δομική αναδιαμόρφωση αντανακλά επαρκώς τη λειτουργική έκπτωση του ΑΚ. Σκοπός Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του όγκου του ΑΚ και των λειτουργικών του δεικτών, καθώς και η εκτίμηση του κατά πόσον οι δομικές και λειτουργικές παράμετροι αποτελούν ισοδύναμες εκφάνσεις της ίδιας παθολογικής διεργασίας ή αντανακλούν διαφορετικές αλλά αλληλένδετες όψεις της κολπικής μυοπάθειας. Μέθοδοι Σε 1000 ασθενείς με ετερογενές φάσμα καρδιαγγειακών παθήσεων, μετρήθηκαν οι διάμετροι του ΑΚ, ο δείκτης όγκου(LAVI), το κλάσμα εξώθησης(LAEF) και οι παράμετροι παραμόρφωσης PALS(peak atrial longitudinal strain), LACDS(left atrial conduit strain) και PACS(peak atrial contraction strain). Οι σχέσεις μεταξύ δομικών και λειτουργικών δεικτών διερευνήθηκαν με αναλύσεις συσχέτισης, ενώ πολυπαραγοντική γραμμική και λογιστική παλινδρόμηση αξιολόγησαν παράγοντες που σχετίζονται ανεξάρτητα με τα LAEF, PALS και με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής. Αποτελέσματα Ο LAVI παρουσίασε ασθενείς αντίστροφες συσχετίσεις με το LAEF και το PALS, υποδηλώνοντας περιορισμένη συσχέτιση μεταξύ δομικής και λειτουργικής αναδιαμόρφωσης του ΑΚ. Τα πολυπαραγοντικά μοντέλα εξηγούσαν έως το 32,7% της διακύμανσης του LAEF και περίπου το ένα τέταρτο της διακύμανσης του PALS. Οι δομικοί δείκτες εμφάνισαν μέτρια διαγνωστική ικανότητα για την επηρεασμένη συσταλτικότητα του ΑΚ, υποδηλώνοντας περιορισμένη δυνατότητα υποκατάστασης των λειτουργικών παραμέτρων(ΣΧΗΜΑ). Μετά από προσαρμογή για τον LAVI, κάθε μείωση του PALS κατά 1% συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αύξηση κατά 11% της πιθανότητας ύπαρξης ΚΜ. Επιπλέον, σημαντικό ποσοστό ασθενών παρουσίασε ασυμφωνία μεταξύ διαταραχών όγκου και παραμόρφωσης, στοιχείο συμβατό με ετερογενείς φαινοτύπους κολπικής αναδιαμόρφωσης. Συμπεράσματα Ο όγκος και η παραμόρφωση του αριστερού κόλπου αποτυπώνουν διακριτές πτυχές της κολπικής μυοπάθειας. Η αύξηση του όγκου αντανακλά αθροιστική δομική αναδιαμόρφωση, ενώ οι διαταραχές της παραμόρφωσης ενδέχεται να εκφράζουν πρωιμότερη ή παθοφυσιολογικά διαφορετική λειτουργική δυσλειτουργία. Οι δύο προσεγγίσεις είναι αλληλένδετες και όχι ισοδύναμες και θα πρέπει να συνδυάζονται για την εκτίμηση της κολπικής αναδιαμόρφωσης, της διαστολικής δυσλειτουργίας και του κινδύνου ΚΜ.



ΣΧΗΜΑ Διακύμανση των LAEF, PALS, LACDS, PACS, με μεταβλητές την ηλικία, το φύλο, τη διάγνωση, την δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας και δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας

ΠΑ150|Cardiac Magnetic Resonance Refining Management After Surgical Repair of Post-Infarction Ventricular Septal Rupture

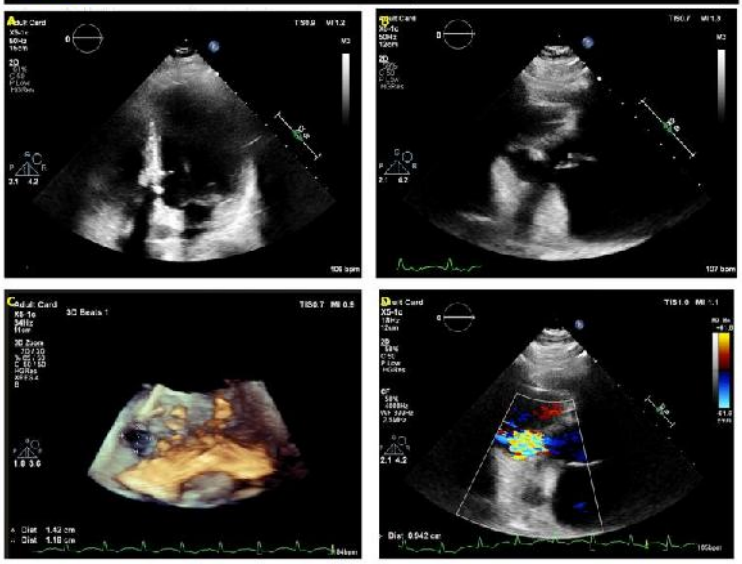
14/11/26 · METIS / METIS

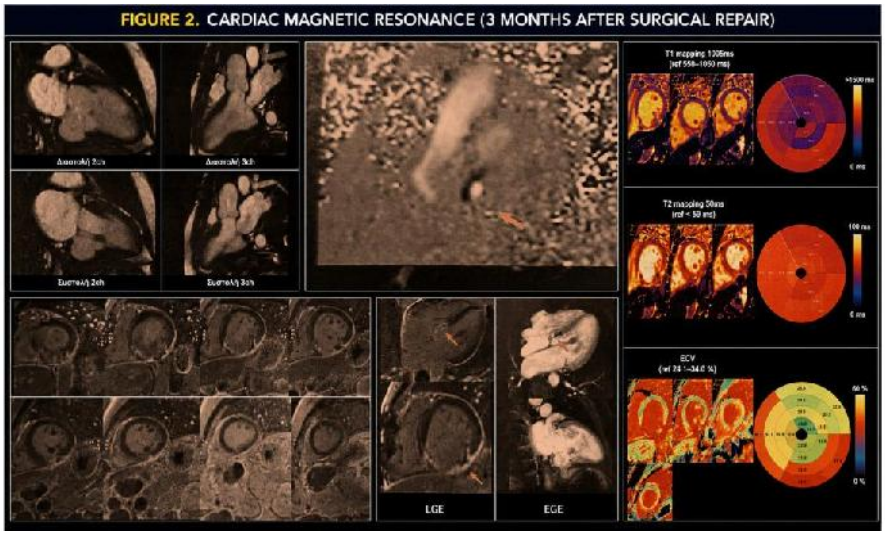
M. Koukos[1], I. Dimitroglou[2], A. Kalobatsou[2], C.L. Ververeli[2], P.Dritsa[1],A. Verveniotis[1],G. Panagiotopoulos[1], C. Liakos[1], D. Tsartsalis[1], M. Kouremeti[1], K. Tsioufis[2], K. Aggeli[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background: Residual shunting after surgical repair of post-infarction ventricular septal rupture poses a major therapeutic dilemma, as distinguishing clinically significant residual defects requiring reintervention from postoperative anatomical changes remains challenging with echocardiography alone. Case study: A 49-year-old smoker with dyslipidaemia presented 10 days after the onset of persistent chest discomfort. Electrocardiography demonstrated inferior ST-segment elevation. Transthoracic echocardiography revealed inferior wall akinesia and a large basal inferoseptal ventricular septal rupture with severe left-to-right shunting. Coronary angiography showed an occluded small right coronary artery. The patient underwent urgent surgical patch repair. Three months later, follow-up echocardiography suggested a large residual ventricular septal defect adjacent to the surgical patch, raising concern for repair failure and the need for repeat intervention. Comprehensive CMR demonstrated extensive transmural infarction involving the inferior wall and basal-to-mid inferior septum with aneurysmal remodelling. At the previous repair site, an elliptical cavity (19 × 10 mm) communicating with the left ventricular cavity through a narrow neck was identified, consistent with a postoperative pseudoaneurysm rather than simple patch dehiscence. Left ventricular systolic function was moderately impaired (LVEF 43%) with preserved right ventricular systolic function (RVEF 50%). Native T1, T2 and extracellular volume were normal in remote myocardium, excluding ongoing inflammatory injury. Importantly, phase-contrast flow quantification demonstrated a Qp/Qs ratio of approximately 1.2, indicating only a small residual left-to-right shunt despite the impressive echocardiographic appearance. Results: CMR provided comprehensive assessment beyond echocardiography by simultaneously defining infarct extent, ventricular remodelling, pseudoaneurysm morphology, patch integrity and shunt severity. Although echocardiography suggested a large residual defect potentially requiring repeat surgery or transcatheter closure, CMR demonstrated limited haemodynamic significance of the residual communication and clarified the underlying postoperative anatomy.Conclusion In patients with residual defects after post-infarction VSR repair, CMR serves as a complementary multimodality imaging technique that may substantially influence Heart Team decision-making by integrating anatomical, functional and haemodynamic information, thereby avoiding therapeutic decisions based solely on echocardiographic appearance.

FIGURE 1. ECHOCARDIOGRAPHIC ASSESSMENT (3 MONTHS AFTER SURGICAL REPAIR)





ΠΑ151|Evolution of Echocardiographic Parameters During Tafamidis Therapy in Patients With Transthyretin Cardiac Amyloidosis: A Real-World Cohort Study

14/11/26 · METIS / METIS

A. Alifragki[1], A. Briasoulis,D. Delialis[2], C. Konstantaki[1], F. Theodorakakou[1], R. Patras[1], A. Dimoula[1], I. Petropoulos[1], C. Zotika[1], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Background: Transthyretin cardiac amyloidosis (ATTR-CA) is characterized by progressive myocardial infiltration leading to structural remodeling and functional impairment. Tafamidis has demonstrated clinical benefit in ATTR-CA; however, real-world data regarding longitudinal echocardiographic evolution during therapy remain limited. Methods: We conducted a single-center observational study that included 158 consecutive patients with ATTR-CA receiving tafamidis therapy. Clinical and echocardiographic parameters were assessed at treatment initiation and after 12 months. Continuous variables are presented as median (interquartile range). Paired comparisons between baseline and 12-month measurements were performed using the Wilcoxon signed-rank test. Results; The cohort's median age was 82 years (IQR 77–85), and 131 patients (82.9%) were males. After 12 months of tafamidis therapy, no statistically significant changes were observed in key echocardiographic parameters. Global longitudinal strain remained stable (baseline −11.4% [−14 to −9.1] vs 12 months −12.6% [−15.8 to −10.1], p=0.476). Left ventricular ejection fraction showed no significant variation (50% [42–55] vs 55% [48–55], p=0.773). Similarly, interventricular septal thickness (15 mm [13–16] vs 14 mm [14–15], p=0.855) and posterior wall thickness (14 mm [12–15] vs 14 mm [12.5–14], p=0.740) remained unchanged over follow-up. Conclusions In this real-world cohort of ATTR-CA patients treated with tafamidis, echocardiographic parameters remained stable during the first year of therapy. These findings suggest that treatment with tafamidis has a disease-modifying effect reflected by attenuation of structural and functional cardiac progression.

ΠΑ152|Στεφανιαία Αθηρωμάτωση σε Ασυμπτωματικούς Ασθενείς που Υποβλήθηκαν σε Αξονική Στεφανιογραφία: Δεδομένα από το Πολυκεντρικό Μητρώο COCOA-GR (COronary COmputed Tomography Angiography–GReece)

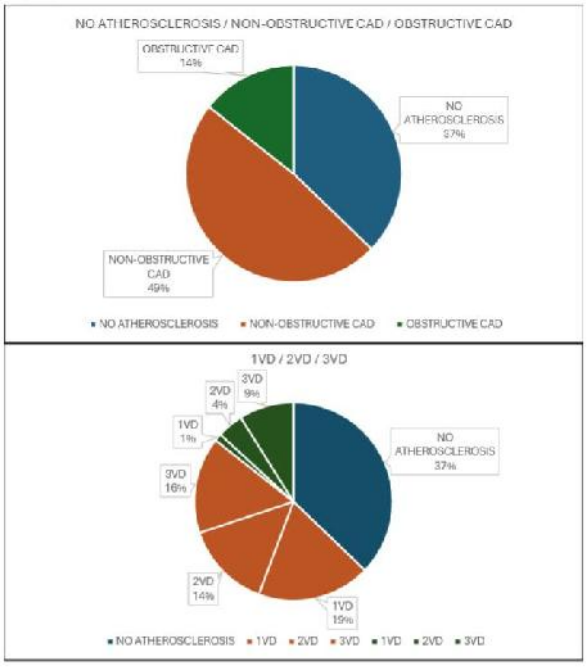
14/11/26 · METIS / METIS

Χ. Παπαστάμος[1], **Δ. Παπανδρέου[2]**, Γ. Μπενέτος[3], Α. Αντωνόπουλος[1], Δ. Μάνος[1], Σ. Σημαντήρης[1], Α. Σκιαθίτης[1], Ε. Αλεξάνδρου[5], Π. Κορκονικήτας[6], Α. Παππά[6], Σ. Κατσιλούλη[2], Ό. Καραπαναγιώτου[2], Δ. Τούσουλης[1], Θ. Βραχλιώτης[1], Κ. Αγγέλη[1], Κ. Τούτουζας[1], Κ. Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2] ΩΝΑΣΕΙΟ, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η αξονική στεφανιογραφία (CCTA) συνιστάται ιδιαίτερα ως διαγνωστική μέθοδος για τον αποκλεισμό της στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με σταθερό θωρακικό άλγος, ενώ χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο και για προληπτικό έλεγχο στεφανιαίας αθηρωμάτωσης. Ωστόσο, σε εθνικό επίπεδο, τα δεδομένα που να αποτυπώνουν τα ευρήματα της CCTA σε ασυμπτωματικούς ασθενείς παραμένουν περιορισμένα. Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε τη συχνότητα της στεφανιαίας αθηρωμάτωσης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CCTA εντός του πολυκεντρικού μητρώου COCOA-GR. Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν δεδομένα CCTA, καθώς και στοιχεία από το κλινικό ιστορικό, από 1.663 ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CCTA (66.6% άνδρες, μέση ηλικία 58.4 έτη). Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS, έκδοση 25.0 (SPSS, Inc., Σικάγο, Ιλινόις). Αποτελέσματα: Η συχνότητα της ΣΝ- τόσο μη αποφρακτικής (48.4%) όσο και αποφρακτικής (14.4%)- ήταν υψηλή (Γράφημα 1ο). Μόνο 37% των ασυμπτωματικών ασθενών δεν παρουσίαζαν καμία αθηρωμάτωση στα στεφανιαία αγγεία. Στους ασθενείς ηλικίας >70 ετών, το 86% παρουσίασε κάποια μορφή στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης και περίπου ένας στους τρεις έχει αποφρακτική ΣΝ (CAD-RADS≥3) (Γράφημα 2ο). Συμπεράσματα: Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CCTA, η στεφανιαία αθηρωμάτωση ήταν συχνή και σε σημαντικό ποσοστό αποφρακτική, ιδίως στις μεγαλύτερες ηλικίες. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η απουσία συμπτωμάτων δεν αποκλείει την παρουσία κλινικά σημαντικής στεφανιαίας νόσου και αναδεικνύουν τη συμβολή της CCTA στην εξατομικευμένη επαναδιαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Γράφημα 1ο



ΠΑ153|Επίδραση της κατάλυσης παλμικού πεδίου έναντι της κρυοκατάλυσης στη λειτουργικότητα και τη δυσκαμψία του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή

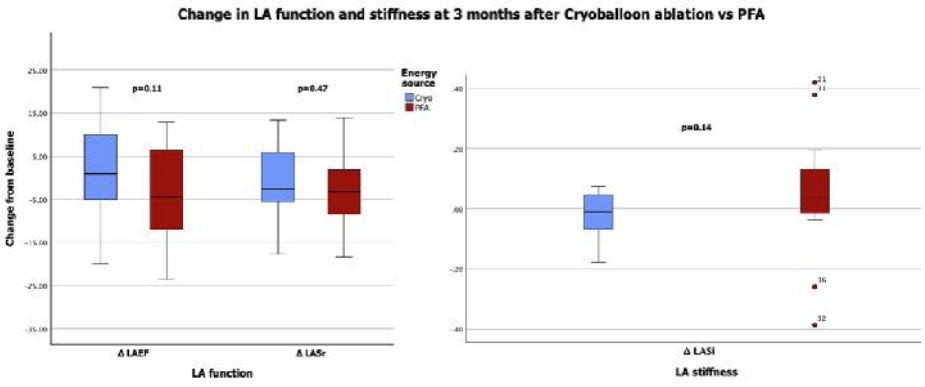
14/11/26 · METIS / METIS

Α.Ε. Καρανικόλα[1], Δ.Τσιαχρής[1], Μ. Κουρεμέτη[1], Α. Λαϊνά[1], Α. Κορδαλής[1], Χ. Κ. Αντωνίου[1], Ε. Μαρίνου[1], Α. Σκιαθίτης[1], Κ. Αγγέλη[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η κατάλυση με καθετήρα αποτελεί βασική θεραπευτική στρατηγική για την κολπική μαρμαρυγή (AF), με την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών (PVI) να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Η κατάλυση παλμικού πεδίου (PFA), μια μη θερμική μέθοδος με υψηλή εκλεκτικότητα για το μυοκάρδιο, αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική της κρυοκατάλυσης (CBA). Ωστόσο, η επίδρασή της στη λειτουργία και τη δυσκαμψία του αριστερού κόλπου (LA) δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της επίδρασης της PFA και της CBA στη λειτουργία και τη δυσκαμψία του LA σε ασθενείς με παροξυσμική AF που υποβλήθηκαν σε PVI.
Μέθοδοι: Στην παρούσα προοπτική, μονοκεντρική μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε PVI λόγω παροξυσμικής AF. Όλοι υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα πριν από την κατάλυση και τρεις μήνες μετά. Αξιολογήθηκαν το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF), η διάμετρος, οι όγκοι (LAV) και το κλάσμα εξώθησης του LA(LAEF), καθώς και οι παράμετροι strain του LA: δεξαμενής (LASr), αγωγής (LAScd) και συστολής (LASct). Ο δείκτης δυσκαμψίας του LA (LASi) υπολογίστηκε ως (E/e')/LASr. Συγκρίθηκαν οι αρχικές τιμές και οι μεταβολές των παραμέτρων μεταξύ των δύο ομάδων. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 36 ασθενείς (CBA: n=18, 47,8% άνδρες, ηλικία 62,44±11,52 έτη και PFA: n=18, 52,2% άνδρες, ηλικία 65,83±11,02 έτη). Κατά την έναρξη, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους LAEF, LASr, LAScd, LASct και LASi. Στους 3 μήνες, οι μεταβολές των δεικτών λειτουργίας και δυσκαμψίας του LA ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των δύο ομάδων. Ωστόσο, παρατηρήθηκε μη στατιστικά σημαντική τάση για μεγαλύτερη μείωση του LAEF και μεγαλύτερη αύξηση του LASi στην ομάδα PFA έναντι της CBA (p=0,11 και p=0,13, αντίστοιχα), υποδηλώνοντας πιθανή ευνοϊκότερη επίδραση της CBA στη λειτουργία του LA κατά την πρώιμη μετεπεμβατική περίοδο. Συμπεράσματα: Η PFA και η CBA είχαν συγκρίσιμη επίδραση στη λειτουργία και τη δυσκαμψία του LA κατά την τυφλή περίοδο μετά την κατάλυση, με μη στατιστικά σημαντική τάση υπέρ της CBA. Μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες με μακροχρόνια παρακολούθηση απαιτούνται για την επιβεβαίωση των ευρημάτων και τη διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιδράσεων των δύο τεχνικών στην κολπική αναδιαμόρφωση.

Parameter	Δ PFA (Median [IQR])	Δ CBA (Median [IQR])	p-value
LAEF	-4.5 (-13.25, 6.53)	1.0 (-5.0, 10.25)	0.110
LA Reservoir strain (LASr)	-3.2 (-8.42, 2.48)	-2.55 (-6.0, 6.28)	0.467
LA Conduction strain (LAScd)	1.9 (-3.55, 5.75)	-0.3 (-4.03, 5.7)	0.825
LA Contraction strain (LASct)	2.05 (-1.0, 6.38)	-1.95 (-4.68, 8.98)	0.206
LASi	0.038 (-0.016, 0.133)	-0.011 (-0.069, 0.047)	0.137



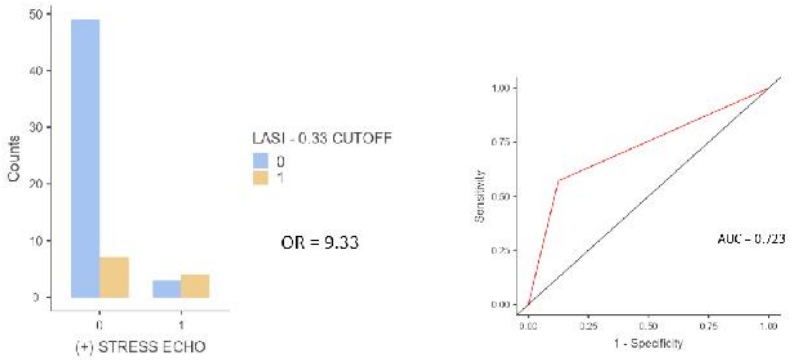
ΠΑ154|Ο δείκτης LASi μπορεί να αποκαλύψει τον ασυμπτωματικό ασθενή με Πρωτοπαθή Ανεπάρκεια Μιτροειδούς

14/11/26 · METIS / METIS

Γ. Παναγιωτόπουλος[1], Μ. Κούκος[1], Α. Οικονόμου[1], Δ. Τσαρτσάλης[1], Ι. Δημητρόγλου[2], Χ.Λ. Βερβερέλη[2], Π. Δρίτσα[1], Δ. Πατσουράκος[1], Α. Καλομπάτσου[2], Κ. Τσιούφης[2], Κ. Αγγέλη[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή - Σκοπός: Η επιλογή της κατάλληλης χρονικής στιγμής για παρέμβαση στη σοβαρή Πρωτοπαθή Ανεπάρκεια Μιτροειδούς Βαλβίδας (Primary MitralRegurgitation – PMR), αποτελεί πρόκληση. Ο Δείκτης Σκληρότητας Αριστερού Κόλπου (Left Atrial Stiffness Index - LASi) είναι ένας νέος υπερηχοκαρδιογραφικός δείκτης λειτουργίας του αριστερού κόλπου που μπορεί να συνεισφέρει στον εντοπισμό των ασθενών με μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόοδο νόσου και επομένως στην εγκαιρότερη επιλογή τους για παρέμβαση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση του δείκτη LASi με τους κλασικούς υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες που υπαγορεύουν την παρέμβαση στη σοβαρή PMR. Υλικά και Μέθοδος: 63 ασυμπτωματικοί ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή ή σοβαρή PMR που αρχικά δεν πληρούσαν τα κριτήρια για παρέμβαση συμμετείχαν στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα στην ηρεμία και έπειτα σε δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία με ποδήλατο. Στις μετρήσεις συμπεριελήφθησαν και δείκτες παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου. Ο δείκτης LASi υπολογίστηκε διαιρώντας το λόγο E/e’ προς το Δείκτη Παραμόρφωσης Αριστερού Κόλπου κατά την πλήρωση (Left Atrial Reservoir Strain - LASr).Ως πρωτογενές καταληκτικό σημείο ορίστηκε η παρουσία παθολογικών ευρημάτων στουπερηχοκαρδιογράφημα κατά τη δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία ή/και η εμφάνιση συμπτωματολογίας .Αποτελέσματα: Από τους 63 ασθενείς, οι 56 κατάφεραν να ολοκληρώσουν τη δοκιμασία κοπώσεως, ενώ 7 παρουσίασαν επιδείνωση του βαθμού της ανεπάρκειας ή/και εμφάνισαν συμπτωματολογία με συνέπεια πρώιμη διακοπή. Ο αυξημένος δείκτης LASi – με κατώφλι τιμών το 0.33 – παρουσίασε στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία (OR 9.33; 95% CI 1.72-50.8; P < .005) και εντόπισε με ικανοποιητική ακρίβεια τους ασθενείς με ένδειξη για επεμβατική αποκατάσταση της μιτροειδικής ανεπάρκειας (AUC 0.723; 95% CI 0.537-0.909). Από τις συμβατικές μεταβλητές, καμία δεν εμφάνισε στατιστική σημαντικότητα ως κατηγορική μεταβλητή με βάση τα καθιερωμένα κατώφλια τιμών. Εξ’ αυτών, η Διάμετρος του Αριστερού Κόλπου, ο Δείκτης Όγκου του Αριστερού Κόλπου και η Συστολική Πίεση της Πνευμονικής Αρτηρίας είχαν στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία ως συνεχείς μεταβλητές. Στην πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, ο δείκτης LASi είχε συμπληρωματική προγνωστική αξία. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ασυμπτωματική PMR που δεν πληρούν ακόμα τα κλασικά κριτήρια παρέμβασης, ο δείκτης LASi θα μπορούσε να προσφέρει πρώιμη προγνωστική αξία. Ο συνδυασμός του νέου αυτού δείκτη με τα κλασικά κριτήρια μπορεί να επιφέρει πιο ακριβή διαστρωμάτωση κινδύνου σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών και δυνητικά εγκαιρότερη παρέμβαση.



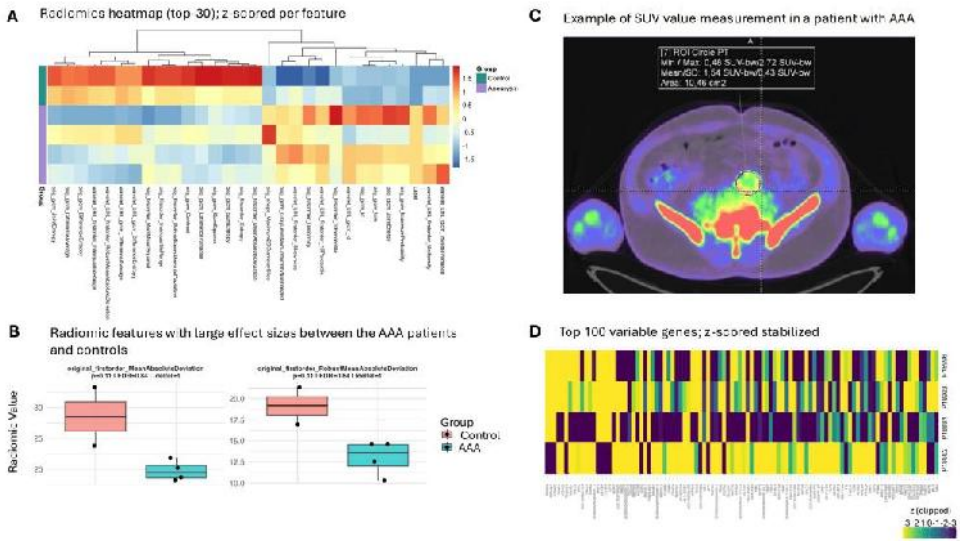
ΠΑ155|Πολυτροπική Απεικονιστική και Τρανσκριπτομική Φαινοτύπηση Ανευρυσμάτων Κοιλιακής Αορτής

14/11/26 · METIS / METIS

Θ. Τσάμπρας[1], Α. Κασιακόγιας[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Α. Χατζηιωάννου[3], Λ. Χατζής[4], Γ. Καλυκάκης[3], Α. Τζιούφας[4], Ε. Πιλάλης[3], Μ. Πασάτ[3], Β. Γαρδικιώτη[1], Α. Κουρουτζόγλου[1], Μ.Ε. Κοιλάκου[1], Κ. Τσιούφης[5], Χ. Βλαχόπουλος[1], Κ. Αναγνωστόπουλος[6]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ, [4]Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [6]Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

Εισαγωγή – Σκοπός: Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) αποτελεί μία βιολογικά ετερογενή νόσο, της οποίας η εκτίμηση κινδύνου εξακολουθεί να βασίζεται κυρίως στη διάμετρο του ανευρύσματος. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο τα χαρακτηριστικά radiomics του περιαορτικού λιπώδους ιστού, η μοριακή απεικόνιση με 18F-NaF PET-CT και η τρανσκριπτομική ανάλυση μπορούν να αναδείξουν βιολογικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και υγιών μαρτύρων. Υλικό και Μέθοδος: Στη διερευνητική αυτή μελέτη συμπεριλήφθηκαν 5 ασθενείς με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και 4 άτομα ομάδας ελέγχου, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε απεικόνιση με 18F-NaF PET-CT. Ο περιαορτικός λιπώδης ιστός τμηματοποιήθηκε τρισδιάστατα με τυποποιημένο πρωτόκολλο και εξήχθησαν χαρακτηριστικά radiomics, συμπεριλαμβανομένων χαρακτηριστικών πρώτης τάξης, μορφολογικών, χαρακτηριστικών υφής καθώς και wavelet μετατροπών. Η μοριακή απεικόνιση αξιολογήθηκε με τη μέγιστη τυποποιημένη τιμή πρόσληψης (SUVmax) και τον λόγο στόχου προς υπόβαθρο (TBR). Παράλληλα πραγματοποιήθηκε τρανσκριπτομική ανάλυση για υποσύνολο της κοορτής με αξιολόγηση της γονιδιακής έκφρασης μέσω variance-stabilized z-scores και ανάλυσης εμπλουτισμού βιολογικών μονοπατιών. Αποτελέσματα: Η μη επιβλεπόμενη απεικόνιση heatmap ανέδειξε διακριτό διαχωρισμό των δύο ομάδων, υποδηλώνοντας διαφορετικά φαινοτυπικά πρότυπα (Εικόνα 1Α). Η ανάλυση των χαρακτηριστικών radiomics ανέδειξε συνεπείς διαφορές στον περιαορτικό λιπώδη ιστό μεταξύ των ασθενών με ανεύρυσμα και της ομάδας ελέγχου, ιδιαίτερα σε χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την κατανομή της έντασης και την ετερογένεια υφής. Παρότι οι διαφορές δεν διατηρήθηκαν μετά από διόρθωση για πολλαπλές συγκρίσεις (FDR-correction) λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος, αρκετά χαρακτηριστικά παρουσίασαν μέτριο έως μεγάλο μέγεθος επίδρασης (Εικόνα 1Β). Η απεικόνιση με 18F-NaF PET-CT κατέδειξε αυξημένη μοριακή δραστηριότητα στους ασθενείς με ανεύρυσμα, με υψηλότερες τιμές SUVmax (p=0,085) και σημαντικά αυξημένο TBR (p=0,034), που υποδηλώνουν μεταβολική δραστηριότητα συμβατή με ενεργό εναπόθεση μικροαποτιτανώσεων στο αορτικό τοίχωμα (Εικόνα 1Γ). Η τρανσκριπτομική ανάλυση ανέδειξε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ασθενών, με διαφορετικά πρότυπα γονιδιακής έκφρασης σε βιολογικά μονοπάτια που σχετίζονται με τη φλεγμονή, την αναδιαμόρφωση του αγγειακού τοιχώματος και την ομοιόσταση της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας (Εικόνα 1Δ).Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός χαρακτηριστικών radiomics, μοριακής απεικόνισης 18F-NaF PET-CT και τρανσκριπτομικής ανάλυσης παρέχει συμπληρωματικές πληροφορίες αναφορικά με τη βιολογική ετερογένεια του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Παρά το μικρό μέγεθος δείγματος, η συμφωνία των ευρημάτων μεταξύ των διαφορετικών τεχνικών υποστηρίζει την περαιτέρω διερεύνηση ολοκληρωμένων imagingomics προσεγγίσεων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς.



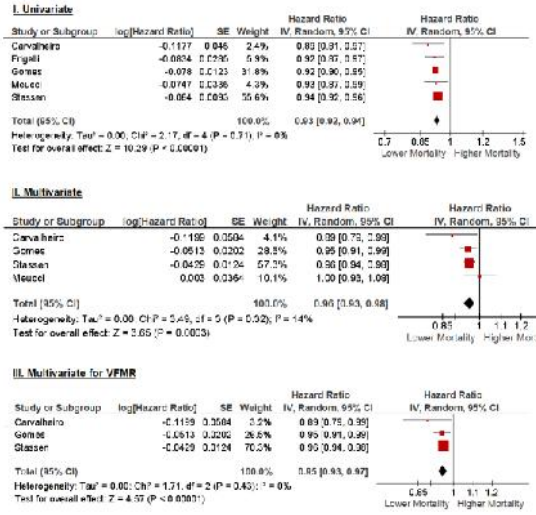
ΠΑ156|Prognostic Value of Left Atrial Reservoir Strain for Mortality in Patients with Functional Mitral Regurgitation: A Meta-Analysis

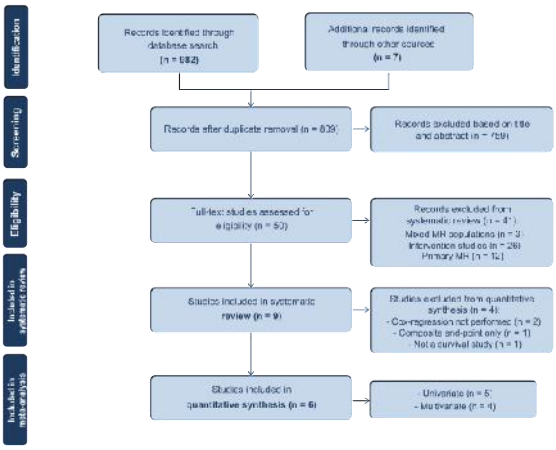
14/11/26 · METIS / METIS

A. Betsikos[1], C. Mantzios[1], S. Daios[1], C. Gogos[1], M. Didaggelos[1], G. Giannakoulas[1], A. Ziakas[1], V. Kamperidis[1], E. Stavropoulou[1], E. Baltagianni[1], V. Anastasiou[1]

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

Background: Functional mitral regurgitation (FMR) is a frequent complication of heart failure regardless of ejection fraction that creates a significant hemodynamic burden on the left atrium and drives the progression of left atrial myopathy. Recently, a wealth of observational data, outline left atrial reservoir strain (LASr), assessed by speckle-tracking echocardiography, as an emerging marker of great prognostic value. Purpose: The current study aimed to systematically synthesize and meta-analyze the prognostic value of LASr for predicting all-cause mortality in patients with FMR. Methods: A systematic literature review was conducted in electronic databases up to February 28, 2026 to identify studies reporting the association between LASr and outcomes in patients with FMR. When appropriate, a random-effects meta-analysis was conducted to quantify the unadjusted and adjusted hazard ratios [(a)HRs] for all-cause mortality. Results: Nine studies were deemed eligible for this systematic review. Six studies encompassing 1,965 patients reported appropriate data for meta-analysis. On univariable meta-analysis of five studies, each 1% increase in LASr was independently associated with a statistically significant reduction in all-cause mortality (HR 0.93 [95% CI: 0.92–0.94]; p<0.00001; I^2=0%). After multivariable adjustment across four studies, this association remained statistically significant (adjusted HR 0.96 [95% CI: 0.93–0.98]; p=0.0003; I^2=14%). A sensitivity analysis evaluating ventricular FMR also yielded significant results (adjusted HR 0.95 [95% CI: 0.93–0.97]; p<0.00001; I^2=0%). On categorical analysis, the applied cut-off value for LASr varied substantially, ranging from 9.0% to 13%. Patients above these cut-offs consistently demonstrated a reduction in mortality risk across all studies. Conclusion: LASr appears to be an accessible, reproducible, and independent predictor of all-cause mortality across the full spectrum of FMR phenotypes, providing incremental prognostic information beyond conventional echocardiographic indices.



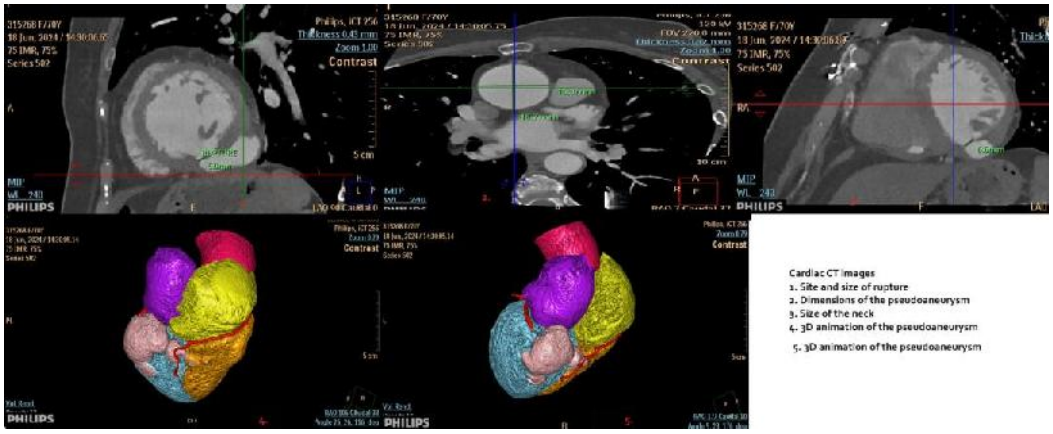


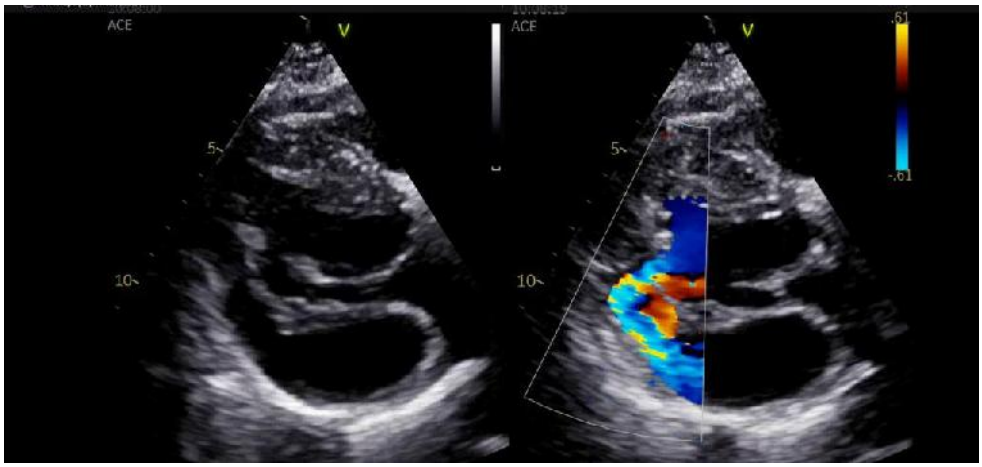
ΠΑ157|Μια ραγισμένη καρδιά: Απεικονιστικά καθοδηγούμενη διάγνωση και αντιμετώπιση ψευδοανευρύσματος της αριστερής κοιλίας

14/11/26 · METIS / METIS

Π. Λάμπρου[1], Γ. Σιωνίδη[1], Ν. Κουρής[1], Π. Μπούνας[1], Κ.Κ. Τζιάλλας[1], 'Α. Δαγρέ[1]
[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ*

Εισαγωγή/Σκοπός: Το ψευδοανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) αποτελεί σπάνια αλλά θανατηφόρο μηχανική επιπλοκή του εμφράγματος του μυοκαρδίου, με συχνά άτυπη συμπτωματολογία. Η ηχωκαρδιογραφία επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση, ενώ ο συνδυασμός με τις προηγμένες απεικονιστικές τεχνικές (αξονική και μαγνητική τομογραφία καρδιάς) προσφέρει λεπτομερή ανατομικό χαρακτηρισμό, συμβάλλει στη διαφορική διάγνωση από το αληθές ανεύρυσμα και καθοδηγεί τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της συμβολής της συνδυασμένης καρδιακής απεικόνισης στην προσέγγιση του ψευδοανευρύσματος. Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 71 ετών με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, αρτηριακής υπέρτασης και χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μεταλλική πρόθεση το 2018 λόγω στένωσης, προσήλθε εξαιτίας οπισθοστερνικού άλγους από 10ημέρου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα υποδήλωνε πρόσφατο κατώτερο έμφραγμα, εύρημα που επιβεβαιώθηκε από την αυξημένη τροπονίνη (hs-TnT 148 pg/ml). Η φυσική εξέταση ανέδειξε διαστολικό φύσημα ακουστό σε όλο το προκάρδιο . Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε ήπια συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας με δυσκινησία του οπισθιοπλάγιου τοιχώματος. Εντυπωσιασμό προκάλεσε η παρουσία ανευρυσματικής κοιλότητας ,πίσω από το δυσκινητικό τοίχωμα, συνδεόμενης μέσω στενού αυχένα με την ΑΚ, ενώ η χρήση έγχρωμου Doppler αποκάλυψε αμφίδρομη ροή μεταξύ των δύο κοιλοτήτων, ευρήματα ενδεικτικά ψευδοανευρύσματος. Η μεταλλική βαλβίδα βρέθηκε καλώς λειτουργούσα. Η στεφανιογραφία ανέδειξε βλάβη της περισπωμένης αρτηρίας και διενεργήθηκε επιτυχής αγγειοπλαστική. Με στόχο τον ακριβέστερο ανατομικό χαρακτηρισμό του ψευδοανευρύσματος και τον σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης πραγματοποιήθηκε αξονική καρδιάς. Αποτελέσματα: Η αξονική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ψευδοανευρύσματος, προσδιόρισε με ακρίβεια τις διαστάσεις (48,7×45,3 mm), τη θέση της ρήξης του μυοκαρδίου και τη σχέση της βλάβης με τις παρακείμενες ανατομικές δομές, ενώ απέκλεισε την παρουσία θρόμβου. Αν και η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, λόγω του υψηλού κινδύνου ρήξης διακομίστηκε σε εξειδικευμένο κέντρο όπου πραγματοποιήθηκε επιτυχής χειρουργική αποκατάσταση με εμβάλωμα Dacron. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό υπογραμμίζει την ανάγκη διατήρησης υψηλής κλινικής υποψίας για την έγκαιρη αναγνώριση μηχανικών επιπλοκών σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και καθυστερημένη επαναιμάτωση. Η ηχωκαρδιογραφία, σε συνδυασμό με τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές, όπως η αξονική και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς, έθεσε όχι μόνο τη διάγνωση του ψευδοανευρύσματος αλλά καθόρισε το θεραπευτικό πλάνο. Τέλος, η διεπιστημονική προσέγγιση, μέσω της συνεργασίας επεμβατικών καρδιολόγων, ειδικών καρδιακής απεικόνισης και καρδιοχειρουργών, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την θετική έκβαση περίπλοκων περιστατικών.





ΠΑ158|Ευρήματα Αξονικής Στεφανιογραφίας σε Ασθενείς Χωρίς Τυπικούς Τροποποιήσιμους Παράγοντες Καρδιαγγειακού Κινδύνου: Δεδομένα από το Πολυκεντρικό Μητρώο COCOA-GR

14/11/26 · METIS / METIS

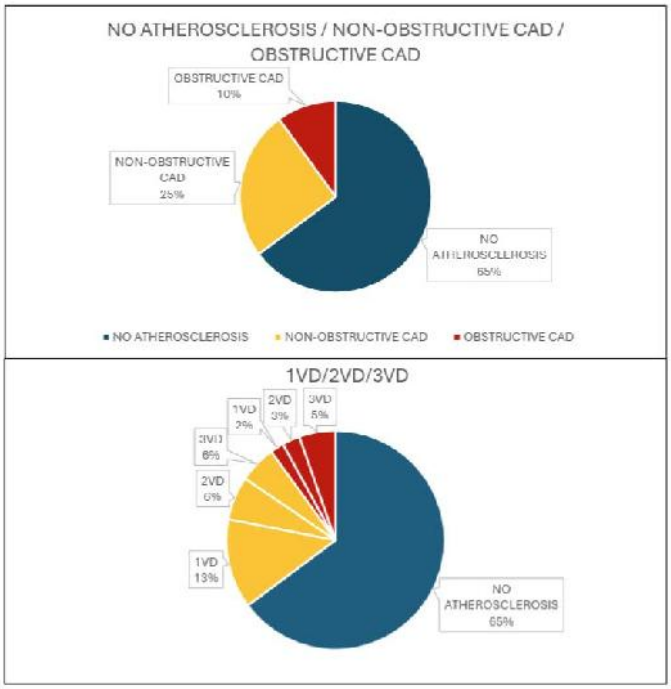
Δ. Μάνος[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Σ. Σημαντίρης[1], Γ. Μπενέτος[3], Χ. Παπαστάμος[1], Α. Σκιαθίτης[1], Α. Παππά[4], Π. Κορκονικήτας[4], Σ. Κατσιλούλη[5], Ό. Καραπαναγιώτου[5], Δ. Παπανδρέου[5], Δ. Τούσουλης[1], Θ. Βραχλιώτης[1], Κ. Αγγέλη[1], Κ. Τούτουζας[6], Κ. Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [4]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΩΝΑΣΕΙΟ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι τυπικοί τροποποιήσιμοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (standard modifiable cardiovascular risk factors, SMuRFs) αποτελούν βασικό στοιχείο αξιολόγησης των ασθενών που παραπέμπονται για αξονική στεφανιογραφία (CCTA). Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με τα απεικονιστικά ευρήματα των ασθενών χωρίς SMuRFs που υποβάλλονται σε CCTA είναι ελάχιστα στον ελληνικό πληθυσμό. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήσαμε τον επιπολασμό της αθηροσκλήρυνσης στους ασθενείς χωρίς SMuRFs, που υποβλήθηκαν σε CCTA στα συνεργαζόμενα κέντρα της μελέτης COCOA-GR. Μέθοδοι: Από το πολυκεντρικό μητρώο COCOA-GR επιλέχθηκαν 839 ασθενείς χωρίς ιστορικό υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας ή καπνίσματος (65.5% άνδρες, μέση ηλικία 54.8 έτη). Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS, έκδοση 25.0 (SPSS, Inc., Σικάγο, Ιλινόις). Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς χωρίς SMuRF που παραπέμφθηκαν για CCTA δεν παρουσίαζαν στεφανιαία νόσο(64.8%). Συνολικά, ένας στους τρεις ασθενείς (35,2%) παρουσίαζε κάποια μορφή στεφανιαίας αθηρωμάτωσης, ενώ ένας στους δέκα (10%) παρουσίαζε αποφρακτική στεφανιαία νόσο (Γράφημα 1ο). Ο επιπολασμός της αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου ήταν υψηλότερος στους ασθενείς ηλικίας> ετών (27.8%), ξεπερνώντας το ποσοστό των ασθενών χωρίς καμία αθηρωμάτωση (25.3%) (Γράφημα 2ο). Συμπεράσματα: Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που παραπέμφθηκαν για CCTA παρουσίασαν στεφανιαία νόσο, παρά την απουσία SMuRFs. Ο επιπολασμός της

αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου ήταν υψηλότερος στους ασθενείς >70 ετών, αναδεικνύοντας ότι η απουσία SMuRFs δεν αποκλείει την παρουσία σημαντικής στεφανιαίας αθηρωμάτωσης, ειδικά στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Γράφημα 1ο



ΠΑ159|Frailty and Echocardiographic Indices of Diastolic Function in Older Adults: A Cross-Sectional Analysis

14/11/26 · METIS / METIS

D. Anagnostou[1], G. Vamvakou[1], C. Chitas[1], N. Theodorakis[1], S. Kalantzi[1], E. Bakiris[1], K. Spyridaki[1], Z. Kollia[1], S. Athinaiou[1], I. Nella[1], A. Spathara[1], M. Christodoulou[1], V. Milionis[1], M. Nikolaou[1]
[1]ΓΝΑ Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ, ΝΜ Αμαλία-Φλέμιγκ

Background: Frailty is associated with adverse cardiovascular outcomes, but its relationship with diastolic function in older adults remains incompletely characterized. We examined associations between frailty measures and echocardiographic indices of diastolic function in community-dwelling older adults. Materials & Methods: We evaluated 537 community-dwelling adults aged ≥65 years for frailty using the Fried phenotype and the Clinical Frailty Scale (CFS). Echocardiographic parameters relevant to diastolic function were assessed. Participants with reduced left ventricular ejection fraction (<0%), moderate-to-severe mitral or aortic regurgitation, or maximum aortic valve velocity ≥3 m/s were excluded. Multivariable regression models with sequential adjustment for demographic and cardiovascular confounders were examined. Complete-case analysis was used for missing data. Results: According to the Fried frailty phenotype, 139 (30.8%) participants were robust, 270 (59.7%) prefrail, and 43 (9.5%) frail. Using the Clinical Frailty Scale (CFS), 263 (58.7%) participants were classified as categories 1–2, 133 (29.7%) as category 3, and 52 (11.6%) as categories ≥4. Compared with robust participants, prefrail and frail individuals had higher indexed left atrial dimensions (LAi) (Table 1). Participants with CFS scores ≥4 had almost double the NT-proBNP levels of those with CFS 1–2. E/e' was statistically significant only in models adjusted for the basic and extended covariate sets. Conclusions: Frailty is associated with structural and possibly functional markers of diastolic dysfunction in older adults. The Fried phenotype may capture chronic atrial remodeling, whereas the CFS may reflect more dynamic diastolic markers (E/e') or elevated filling pressures (NT-proBNP). Integrating frailty assessment into cardiovascular evaluation may improve identification of older adults at increased risk for diastolic dysfunction.

Table 1. Associations between frailty measures and parameters of diastolic function

Measure	Marker	Effect Size	Adjustment Set
Fried Phenotype			
Prefrail	LAi	+0.69 mm/m² (95% CI: 0.07 to 1.30)	Basic
Prefrail	LAi	+0.70 mm/m² (95% CI: 0.12 to 1.28)	Intermediate
Prefrail	LAi	+0.63 mm/m² (95% CI: 0.03 to 1.24)	Extended
Frail	LAi	+1.11 mm/m² (95% CI: 0.07 to 2.16)	Intermediate
CFS scale			
CFS 3	LAi	+0.77 mm/m² (95% CI: 0.16 to 1.37)	Intermediate
CFS 3	LAi	+0.71 mm/m² (95% CI: 0.08 to 1.34)	Extended
CFS 3	E/e'	+9% (95% CI: 0.3% to 18%)	Basic
CFS 3	E/e'	+9% (95% CI: 0.3% to 19%)	Extended
CFS ≥4	NT-proBNP	1102% (95% CI: 13% to 261%)	Basic
CFS ≥4	NT-proBNP	197% (95% CI: 13% to 246%)	Intermediate
CFS ≥4	NT-proBNP	+96% (95% CI: 11% to 245%)	Extended

The reference category for Fried frailty status was robust, while for the CFS, scores 1–2 were used as the reference category. Basic adjustment set included age and gender. Intermediate set additionally included BMI, hypertension, and atrial fibrillation. Extended set also included diabetes mellitus, coronary artery disease, eGFR, and hemoglobin. Log-linear models were used for E/e' and NT-proBNP.

ΠΑ160|Χρήση της Αξονικής Στεφανιογραφίας στην Ελλάδα από το Πολυκεντρικό Μητρώο COCOA-GR (COronary COmputed Tomography Angiography–GReece): Ενδείξεις Παραπομπής και Βασικά Ευρήματα

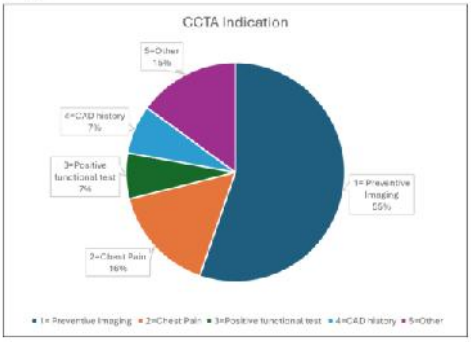
14/11/26 · METIS / METIS

Δ. Μάνος[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Σ. Σημαντήρης[1], Γ. Μπενέτος[3], Χ. Παπαστάμος[1], Α. Παππά[4], Π. Κορκονικήτας[4], Σ. Κατσιλούλη[5], Ό. Καραπαναγιώτου[5], Δ. Παπανδρέου[5], Θ. Βραχλιώτης[1], Δ, Τούσουλης[1],Κ. Αγγελη[1], Κ.Τούτουζας[1], Κ. Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ*, *[4]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[5]ΩΝΑΣΕΙΟ*

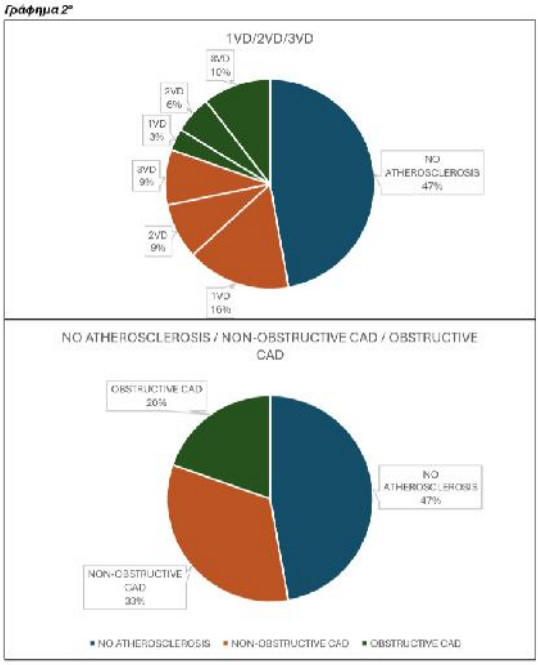
Εισαγωγή: Η στεφανιαία αξονική αγγειογραφία (CCTA) έχει καθιερωθεί ως βασική μη-επεμβατική μέθοδος για την ανατομική αξιολόγηση των στεφανιαίων αρτηριών. Παρά τη διευρυνόμενη χρήση της, τα δεδομένα σχετικά με τα πρότυπα παραπομπής, τα χαρακτηριστικά των ασθενών και τα απεικονιστικά ευρήματα στον ελληνικό πληθυσμό είναι ελάχιστα. Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε την τρέχουσα κλινική χρήση της CCTA στην Ελλάδα, σε μια πολυκεντρική κοόρτη, καθώς και τον επιπολασμό της αθηρωμάτωσης. Μέθοδοι: Συλλέχθηκαν δεδομένα CCTA, καθώς και στοιχεία από το κλινικό ιστορικό, από 5.676 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε CCTA (65,8% άνδρες, μέση ηλικία 59,6 έτη) σε πέντε κέντρα. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του λογισμικού SPSS, έκδοση 25.0 (SPSS, Inc., Σικάγο, Ιλινόις). Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς που παραπέμφθηκαν για CCTA ήταν ασυμπτωματικοί (55.3%), ενώ μόνο το 15.8% παρουσίαζε θωρακικό άλγος ή ισοδύναμο στηθάγχης (Γράφημα 1ο). Το 33.2% παρουσίαζε μη αποφρακτική και το 19.7% αποφρακτική στεφανιαία νόσο (Γράφημα 2ο). Ο επιπολασμός της αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου ήταν υψηλότερος στους ασθενείς ηλικίας> ετών (40.6%). Συμπεράσματα: Η CCTA χρησιμοποιείται στην Ελλάδα κυρίως για τον προληπτικό έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων, ενώ σημαντικό ποσοστό των εξεταζομένων παρουσιάζει στεφανιαία αθηρωμάτωση. Η συστηματική καταγραφή των ενδείξεων παραπομπής και των απεικονιστικών ευρημάτων σε εθνικό επίπεδο μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη αποτύπωση της κλινικής πρακτικής.

*Γράφημα 1**



**Referral indication missing from OCSC & Agia Olga*

*Γράφημα 2**



ORAL PRESENTATIONS

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

10.00-11.30 Παρουσίαση περιστατικού ΙΙ / Case Presentation II

Πρόεδροι: Ν. Ζώης (Άρτα), Η. Καραμπίνος (Αθήνα)
Chairpersons: N. Zois (Arta),E. Karampinos (Athens)

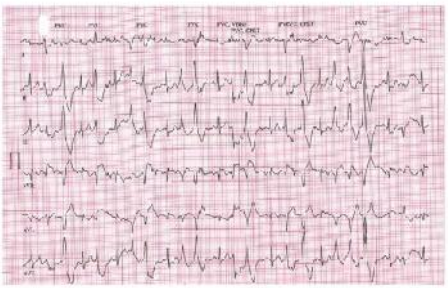
ΠΑ161|Συγκοπτικό επεισόδιο κατά την άσκηση ως πρώτη εκδήλωση κατεχολαμινεργικής πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας σε γυναίκα μέσης ηλικίας

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Λαινά[1], Α. Κασιακόγιας[1], Β. Γαρδικιώτη[1], Α. Κορδαλής[1], Α. Κουρουτζόγλου[1], Θ. Τσάμπρας[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Μ.Ε. Κοιλάκου[1], Κ. Τσιούφης[2], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (CPVT) απαντάται συνήθως σε παιδιά και εφήβους και αποτελεί αίτιο συγκοπής και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε νεαρή ηλικία επί απουσίας δομικής καρδιοπάθειας.Παρουσίαση περιστατικού Γυναίκα 42 ετών παραπέμφθηκε για διερεύνηση συγκοπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια άσκησης υψηλής έντασης. Περιέγραψε απώλεια αισθήσεων διάρκειας περίπου 40 δευτερολέπτων, με πρόδρομα συμπτώματα και συνοδό απώλεια ούρων. Αντίστοιχο συγκοπτικό επεισόδιο συνέβη πριν από 16 έτη κατά την κολύμβηση σε ψυχρό νερό. Το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο καρδιαγγειακής νόσου ή αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Η κλινική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα (Εικόνα 1). Στην 24ωρη καταγραφή ΗΚΓ παρατηρήθηκαν 104 έκτακτες κοιλιακές συστολές, τουλάχιστον δύο μορφολογιών. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητική καρδιάς ευρήματα δεν προέκυψαν ευρήματα μυοκαρδιοπάθειας ή σημαντικής δομικής καρδιοπάθειας. Η ήπια διάταση της δεξιάς κοιλίας και το κλάσμα εξώθησης στα κατώτερα φυσιολογικά όρια αποδόθηκαν στην αθλητική προσαρμογή στην άσκηση. Κατά τη δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα εμφανίστηκαν συχνές πολύμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές από το τρίτο λεπτό της άσκησης, οι οποίες υποχώρησαν κατά τη φάση της αποκατάστασης, ενώ στη μέγιστη κόπωση καταγράφηκε βραχύ επεισόδιο μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (Εικόνα 2). Η αξονική στεφανιογραφία ήταν φυσιολογική. Η συγκοπή κατά την άσκηση σε συνδυασμό με τα ευρήματα της δοκιμασίας κόπωσης, επί απουσίας δομικής καρδιοπάθειας, έθεσαν την υποψία CPVT. Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε την παραλλαγή RYR2 c.995G>A (p.Arg332Gln) σε ετεροζυγωτία. Η συνεκτίμηση των κλινικών, γενετικών και βιβλιογραφικών δεδομένων, σύμφωνα με τα κριτήρια του American College of Medical Genetics (ACMG), υποστήριξε την επαναταξινόμησή της από παραλλαγή αβέβαιης κλινικής σημασίας σε πιθανώς παθογόνο παραλλαγή. Χορηγήθηκε προπρανολόλη, συστήθηκε αποφυγή άσκησης υψηλής έντασης και γενετικός έλεγχος των συγγενών πρώτου βαθμού. Κατά την παρακολούθηση η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική. Συμπεράσματα Η συγκοπή κατά την άσκηση σε φαινομενικά υγιή άτομα, χωρίς δομική καρδιοπάθεια, ακόμη και στη μέση ηλικία, πρέπει να εγείρει την υποψία CPVT. Η προσεκτική λήψη ιστορικού, η δοκιμασία κόπωσης και ο γενετικός έλεγχος είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και και την πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου.Εικόνα 1. Ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών. Εικόνα 2. Πολύμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές και μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία κατά τη δοκιμασία





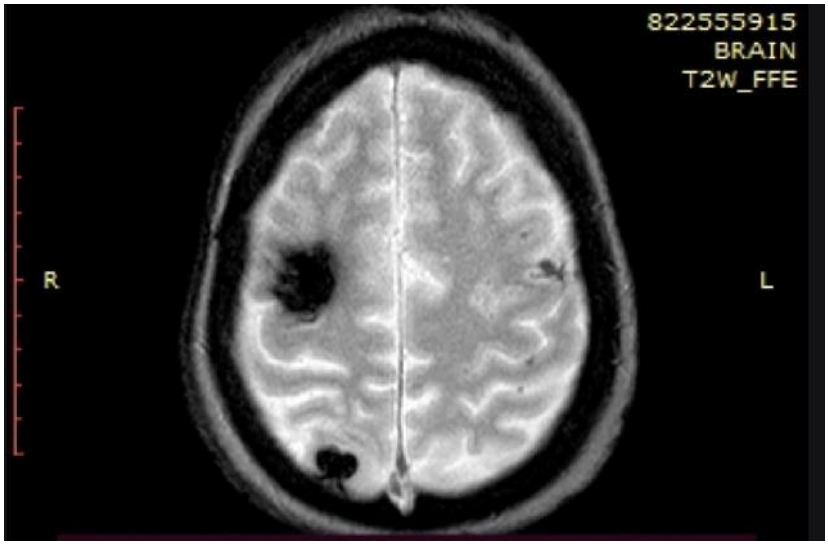
ΠΑ162|Εγκεφαλική διασπορά καρδιακού μυξώματος με ιστολογική επιβεβαίωση: μια σπάνια οντότητα επιπλεγμένη με πνευμονική νοκαρδίωση

14/11/26 · METIS / METIS

Ι. Μαυρογένης[1], **Ν. Τσιάμης[1]**, Χ. Κολέ[1], Γ. Τσιτσινάκης[1], Ι. Μπάντερ[1], Χ. Τούντας[1], Β. Μυρίλλας[1], Π. Παρασκευόπουλος [1], Δ. Γουρνή[1], Π. Ρεσβάνη[1], Α. Νέλλα[1], Ν. Καλκαβούρης[1], Έ.Τσαρούχα[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/σκοπός: Το καρδιακό μύξωμα αποτελεί τον συχνότερο πρωτοπαθή καλοήθη όγκο της καρδιάς, με συχνότερη εντόπιση τον αριστερό κόλπο. Αν και η χειρουργική εξαίρεση είναι συνήθως θεραπευτική και οριστική, σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί εγκεφαλικές εντοπίσεις, πιθανώς λόγω διασποράς μυξωματωδών στοιχείων, δημιουργώντας σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. Παρουσιάζουμε σπάνιο περιστατικό ιστολογικά επιβεβαιωμένης εγκεφαλικής διασποράς καρδιακού μυξώματος, καθώς και των σοβαρών λοιμωδών επιπλοκών που προέκυψαν κατά τη θεραπευτική του αντιμετώπιση. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα 48 ετών, με ιστορικό χειρουργικής εξαίρεσης μυξώματος αριστερού κόλπου προ ενός έτους, νοσηλεύθηκε σε έτερο νοσοκομείο λόγω επίμονης κεφαλαλγίας, θάμβους όρασης, εμβοών δεξιού ωτός και διαταραχής συντονισμού των κινήσεων. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε πολλαπλές οζώδεις υπέρπυκνες αλλοιώσεις αμφοτερόπλευρα, με μεγαλύτερη βλάβη στη δεξιά μετωπιαία χώρα διαστάσεων 3,6×1,9 cm. Το PET/CT με 18F-FDG δεν ανέδειξε παθολογική πρόσληψη στις βλάβες αυτές, ενώ ο ενδελεχής απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος απέκλεισε άλλη πρωτοπαθή κακοήθη εστία. Η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία εγκεφάλου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε σπάνιο κυτταρικό πληθυσμό ατρακτοειδών και αστεροειδών (stellate) κυττάρων εντός εστιακής αιμορραγίας, συμβατό με εγκεφαλική διασπορά καρδιακού μυξώματος.Αποτελέσματα: Κατόπιν υποβλήθηκε σε στερεοτακτική ακτινοχειρουργική (CyberKnife) σε εξειδικευμένο κέντρο, με μερική ανταπόκριση και υποχώρηση του μεγέθους ορισμένων εγκεφαλικών εστιών, ενώ έλαβε δεξαμεθαζόνη από του στόματος για τον έλεγχο του εγκεφαλικού οιδήματος. Κατά την μετέπειτα πορεία εμφάνισε υψηλό πυρετό και σοβαρή υποξαιμία οπότε και εισήχθη στο νοσοκομείο με εικόνα πνευμονίας. Από την καλλιέργεια πτυέλων απομονώθηκαν Nocardia otitidiscaviarum και Pseudomonas aeruginosa, ενώ η ασθενής ανταποκρίθηκε σε παρατεταμένη χορήγηση στοχευμένης ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής. Σε επανέλεγχο με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώθηκε μικρή αύξηση του αριθμού και των διαστάσεων ορισμένων εγκεφαλικών εστιών, χωρίς αντίστοιχη επιδείνωση της νευρολογικής ή της συνολικής κλινικής εικόνας. Συμπεράσματα: Η εγκεφαλική διασπορά καρδιακού μυξώματος μετά από πλήρη χειρουργική εξαίρεση αποτελεί εξαιρετικά σπάνια αλλά κλινικά σημαντική επιπλοκή. Το περιστατικό υπογραμμίζει την ανάγκη διατήρησης υψηλού

δείκτη υποψίας σε ασθενείς με νέο νευρολογικό σύμπτωμα μετά από εκτομή καρδιακού μυξώματος, καθώς και τη σημασία της ιστολογικής επιβεβαίωσης για τη διάγνωση. Επιπλέον, αναδεικνύει την αξία της μακροχρόνιας απεικονιστικής παρακολούθησης και της διεπιστημονικής συνεργασίας στη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ επισημαίνει την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης ευκαιριακών λοιμώξεων κατά τη διάρκεια ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.



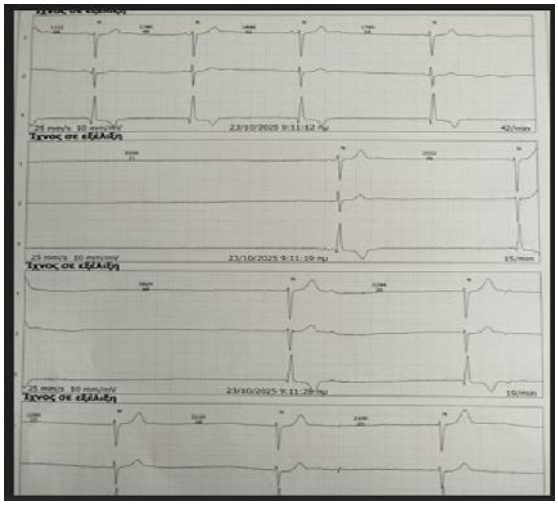
ΠΑ163|Υποτροπιάζοντα συγκοπτικά επεισόδια ως αποτέλεσμα γλωσσοφαρυγγικής νευραλγίας

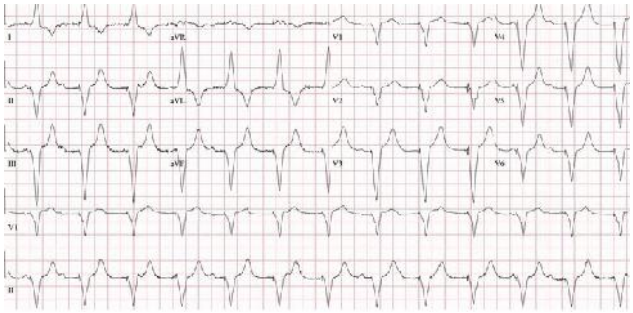
14/11/26 · METIS / METIS

Σ. Μαδυτίνου[1], Ε. Ζιάκα[1], Ε. Ακήφογλου[1], Ι. Μηττάς[1], Ι. Κατραντζής[1], Γ. Μπομπότης[1], Δ. Μακρυγιάννης[1], Ι. Στρατάκης[1], Ν. Καμπουρίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η γλωσσοφαρυγγική νευραλγία (ΓΝ) αποτελεί σπάνιο αίτιο πόνου στο προσωπικό κρανίο, αποτελώντας το 0.2-1.3% των περιπτώσεων άλγους, με επίπτωση σχετιζόμενης καρδιακής συγκοπής, που κυμαίνεται από 2 έως 20%. Παρόλα αυτά, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου υποτιμάται λόγω δυσκολιών στην κλινική διάγνωση και ιατρικής άγνοιας της ασθένειας. Υλικό και μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού με υποτροπιάζοντα επεισόδια απώλειας συνείδησης ως αποτέλεσμα ΓΝ. Αποτελέσματα: Άντρας 75 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και στεφανιαίας νόσου, προσήλθε λόγω αναφερόμενων συγκοπτικών επεισοδίων. Από το ιστορικό, πριν από κάθε επεισόδιο, προηγείται οξύ διαξιφιστικό άλγος στην αριστερή πλευρά του λαιμού με επέκταση στη σύστοιχη πλευρά και στο αυτί, που επιδεινώνεται με τον βήχα και την κατάποση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα και το υπερηχοκαρδιογράφημα του ασθενούς δεν ανέδειξαν ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα που να δικαιολογήσουν την κλινική του εικόνα. Στο HOLTER ρυθμού κατεγράφησαν παύσεις>3 sec, οπότε και αποφασίστηκε η τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη. Ενώ διορθώθηκε το καρδιοαναστολτικό αίτιο της συγκοπής, ο ασθενής συνέχιζε να παρουσιάζει επεισόδια μετά από κάθε επεισόδιο πόνου, και, όπως διαπιστώθηκε με την τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής, είχαμε σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης (αγγειοκατασταλτική απάντηση). Η ανάλυση του ιατρικού ιστορικού και η νευρολογική συνδρομή κατέληξαν στην έναρξη χορήγησης καρβαμαζεπίνης, η οποία αποτελεί το φάρμακο πρώτης γραμμής στον έλεγχο του πόνου σχετιζόμενου με το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο, μέσω ανασταλτικής δράσης στην αντανακλαστική δραστηριότητα του εγκεφαλικού στελέχους. Ακολούθησε αποκατάσταση της κλινικής εικόνας και περαιτέρω διερεύνηση (κυρίως απεικονιστική) για την πιθανή αιτιολογία της ΓΝ. Συμπεράσματα: Η εκδήλωση άλγους στο προσωπικό κρανίο και η εμφάνιση συγκοπής σχετίζονται με τη ΓΝ, με την καρβαμαζεπίνη ως φάρμακο να αποτελεί θεραπευτική επιλογή πρώτης γραμμής, ενώ η ένδειξη για εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη είναι αμφιλεγόμενη. Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση της αιτιολογίας της ΓΝ και ανάλογη αντιμετώπιση (νευροαγγειακή επέμβαση σε περιπτώσεις συμπίεσης του νεύρου από όγκους ή αρτηριοφλεβώδεις δυσμορφίες).





ΠΑ164|Πνευμονική Υπέρταση ως Εκδήλωση Θυρεοτοξίκωσης Επαγόμενης από Αμιωδαρόνη: Η Σημασία της Διαγνωστικής Διερεύνησης της Ανεξήγητης Δύσπνοιας

14/11/26 · METIS / METIS

Π. Σιλιόγκας[1], Ε. Σιλιόγκα[1], Ι. Τσιαφούτης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πνευμονική υπέρταση (ΠΥ) αποτελεί κλινικό σύνδρομο με σημαντική νοσηρότητα και δυσμενή πρόγνωση, η έγκαιρη αναγνώριση των δυνητικά αναστρέψιμων αιτίων της οποίας είναι καθοριστικής σημασίας. Η θυρεοειδική δυσλειτουργία συγκαταλέγεται στις λιγότερο συχνές αιτίες δευτεροπαθούς ΠΥ, ενώ η αμιωδαρόνη αποτελεί γνωστό αίτιο διαταραχών της θυρεοειδικής λειτουργίας. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με ανεξήγητη δύσπνοια και ΠΥ, στην οποία η ενδελεχής διαγνωστική διερεύνηση ανέδειξε θυρεοτοξίκωση επαγόμενη από αμιωδαρόνη.ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ (ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ): Γυναίκα 70 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής υπό χρόνια αγωγή με αμιωδαρόνη (200 mg ημερησίως), προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας κόπωσης (NYHA III), ήπια περιφερικά οιδήματα και αίσθημα παλμών. Υποβλήθηκε σε πλήρη καρδιολογικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένου υπερηχοκαρδιογραφήματος, μέτρησης NT-proBNP, ελέγχου θυρεοειδικής λειτουργίας, υπερηχογραφήματος θυρεοειδούς και αξονικής αγγειογραφίας πνευμονικών αγγείων, με στόχο τη διερεύνηση των αιτίων της ΠΥ.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε διάταση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και αυξημένες πιέσεις της πνευμονικής κυκλοφορίας με εκτιμώμενη PASP: 70-75 mmHg. Επιπλέον, καταγράφηκαν οριακά επηρεασμένη συστολική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας (TAPSE 16 mm, S' TDI: 9–9,5 cm/s) και αυξημένες τιμές NT-proBNP, ευρήματα συμβατά με αιμοδυναμική επιβάρυνση της δεξιάς καρδιάς. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε κατεσταλμένη TSH και αυξημένες τιμές FT4 και FT3, ενώ τα θυρεοειδικά αντισώματα ήταν αρνητικά. Το υπερηχογράφημα θυρεοειδούς έδειξε υποηχογενή αδένα με μειωμένη αγγείωση, συμβατό με θυρεοειδίτιδα τύπου ΙΙ επαγόμενη από αμιωδαρόνη. Αποκλείστηκαν χρόνια θρομβοεμβολική νόσος και παρεγχυματική πνευμονοπάθεια. Μετά τη διακοπή της αμιωδαρόνης και τη χορήγηση φουροσεμίδης, κορτικοστεροειδών και β-αναστολέα, παρατηρήθηκε εντός τετραμήνου ομαλοποίηση της θυρεοειδικής λειτουργίας, βελτίωση της λειτουργικής κλάσης σε NYHA II, μείωση της εκτιμώμενης PASP: 38 mmHg, ομαλοποίηση των τιμών NT-proBNP και αποκατάσταση των δεικτών συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η θυρεοτοξίκωση από αμιωδαρόνη αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά αναστρέψιμη αιτία δευτεροπαθούς ΠΥ. Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της διερεύνησης της ανεξήγητης δύσπνοιας και των αυξημένων πιέσεων της πνευμονικής κυκλοφορίας, καθώς και της προσεκτικής λήψης ιατρικού και φαρμακευτικού

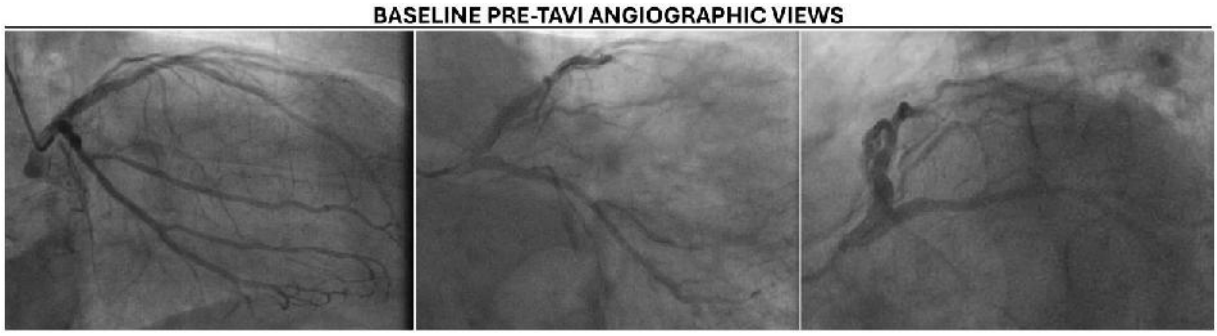
ατομικού αναμνηστικού. Η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης αιτιολογίας μπορεί να οδηγήσει σε ουσιαστική αιμοδυναμική και κλινική αποκατάσταση, με αναστροφή τόσο της ΠΥ όσο και της δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας.

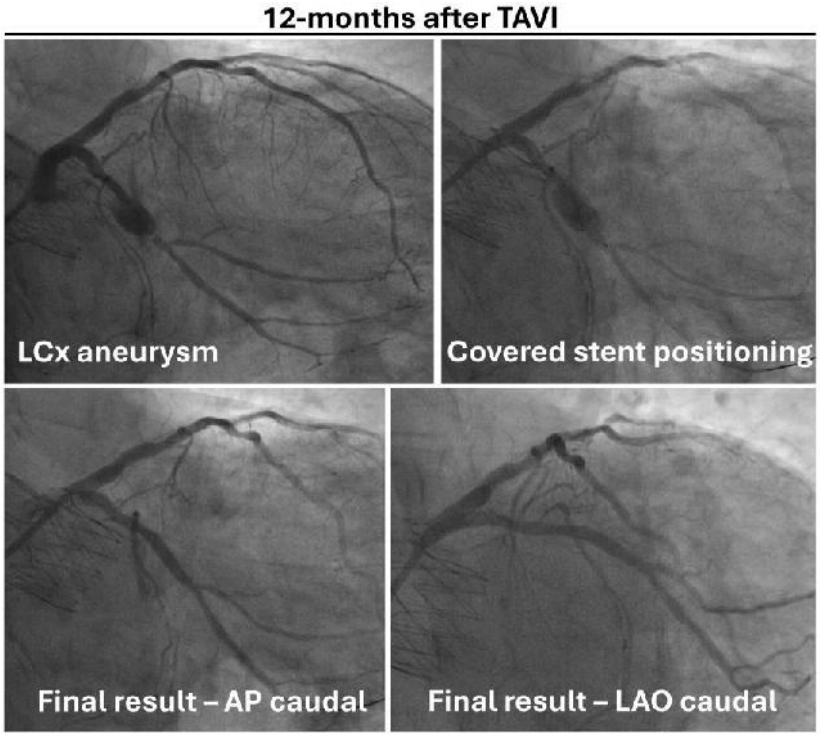
ΠΑ165|Delayed post-TAVI coronary aneurysm and adjacent lesion formation: an unexpected finding of potential biomechanical origin

14/11/26 · METIS / METIS

C. Kyriazis[1], M. Papafaklis[1], A. Moulias[1], A. Papageorgiou[1], P. Davlouros[1]
[1]*University Hospital of Patras, Cardiology Division*

Introduction: Coronary aneurysms are most commonly caused by the atherosclerotic inflammatory process which may also involve the formation of adjacent lesions. Large coronary aneurysms represent challenging cases for patient management. We report a case of successful sealing of a coronary aneurysm and treatment of an adjacent stenosis in a patient with previous transcatheter aortic valve implantation (TAVI), and we present a putative mechanistic hypothesis.Case study: An 80-year-old male with a history of diabetes, hypertension, dyslipidemia and coronary artery disease (PCI LAD & RCA) was planned for TAVI due to severe aortic stenosis. Pre-TAVI routine angiography showed patent stents (LAD/RCA), and mild non-obstructive atherosclerosis in the left circumflex (LCx; Figure 1). He underwent an uncomplicated TAVI procedure with an Acurate neo 27mm valve. After 12 months, the patient presented with NSTEMI; importantly, there was no interim coronary procedure/instrumentation between TAVI and NSTEMI presentation. Coronary angiography showed a large aneurysm in the proximal LCx with a severe stenosis (>90%) which was just distal to the aneurysm, and also proximal to the origin of the first obtuse marginal (OM1; Figure 2); no significant disease was found in the other vessels. PCI in the LCx was performed with implanting a covered stent (Papyrus 3x20 mm) which was precisely positioned to seal the aneurysm and also treat the adjacent severe lesion without compromising the OM1 as shown by the angiographic result (Figure 2).Hypothesis: Accurate neo is a self-expanding, supra-annular valve which displaces the native calcified leaflets. The displaced aortic valve leaflet sits near the ostium of the left main stem and alters the flow in the sinuses of Valsalva, potentially creating a chronic asymmetric mechanical pressure which may disturb the flow in the proximal left coronary arteries. The chronic disturbed flow leads to endothelial dysfunction which may result in extracellular matrix degradation, a critical pathobiological component of aneurysm formation, as well as plaque progression leading to focal stenosis. Conclusion: This case may represent a previously underrecognized form of delayed coronary complication after TAVI, mediated by chronic biomechanical/hemodynamic alterations. Covered stent implantation was valuable for treating both the coronary aneurysm and lesion.





ΠΑ166|Διάβρωση θωρακικού σπονδυλικού σώματος σχετιζόμενη με ενδοδιάταση μετά από θωρακική ενδαγγειακή αποκατάσταση αορτής (TEVAR)

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Κωτούλας[1], Σ. Κωτούλας[1], Π. Τσίπας[2], Ν. Τσιάμης[3], Χ. Κωτούλας[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η θωρακική ενδαγγειακή αποκατάσταση αορτής (TEVAR) αποτελεί καθιερωμένη θεραπεία του ανευρύσματος της κατιούσας θωρακικής αορτής. Η ενδοδιάταση (endotension), δηλαδή η προοδευτική αύξηση του ανευρυσματικού σάκου χωρίς ανιχνεύσιμη ενδοδιαφυγή, αποτελεί σπάνια επιπλοκή, ενώ η σχετιζόμενη διάβρωση παρακείμενου σπονδυλικού σώματος περιγράφεται εξαιρετικά σπάνια. Παρουσιάζεται περιστατικό διάβρωσης του σώματος του Θ11 αποδιδόμενης σε ενδοδιάταση μετά από TEVAR.Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 65 ετών με αρτηριακή υπέρταση είχε υποβληθεί τρία έτη νωρίτερα σε TEVAR με εμφύτευση τριών ενδομοσχευμάτων για ανεύρυσμα κατιούσας θωρακικής αορτής. Προσήλθε με θωρακικό άλγος με αντανάκλαση στη ράχη και αιμωδία του αριστερού κάτω άκρου. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και με αρνητική τροπονίνη. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε φυσιολογική συστολική λειτουργία, διάταση της ανιούσας αορτής (49 mm) και ήπια έως μέτρια ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας. Αποτελέσματα: Η στεφανιογραφία απέκλεισε σημαντική στεφανιαία νόσο. Η αξονική αορτογραφία ανέδειξε προοδευτική διάταση του ανευρυσματικού σάκου με διάβρωση του σώματος του Θ11 και απώλεια του παρεμβαλλόμενου λιπώδους πλάνου. Η πολυεπίπεδη ανασύνθεση επιβεβαίωσε άμεση επαφή του σάκου με τον σπονδυλικό φλοιό, ενώ η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία απέκλεισε ενδοδιαφυγή. Η μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε φλοιώδη καταστροφή του Θ11 χωρίς επισκληρίδιο απόστημα ή συμπίεση του νωτιαίου μυελού. Μετά από πολυεπιστημονική αξιολόγηση, λόγω της απουσίας ενδοδιαφυγής και του υψηλού κινδύνου επανεπέμβασης, αποφασίστηκε σπονδυλική σταθεροποίηση. Συμπεράσματα: Η ενδοδιάταση μετά από TEVAR μπορεί να προκαλέσει προοδευτική αύξηση του ανευρυσματικού σάκου και διάβρωση παρακείμενου σπονδύλου ακόμη και χωρίς ενδοδιαφυγή. Η πολυτροπική απεικόνιση είναι απαραίτητη για τη διάγνωση, ενώ η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί εξατομικευμένη πολυεπιστημονική προσέγγιση. Ο πιθανότερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός είναι η χρόνια σφυγμική μηχανική καταπόνηση του σπονδυλικού φλοιού από τον διογκούμενο ανευρυσματικό σάκο.

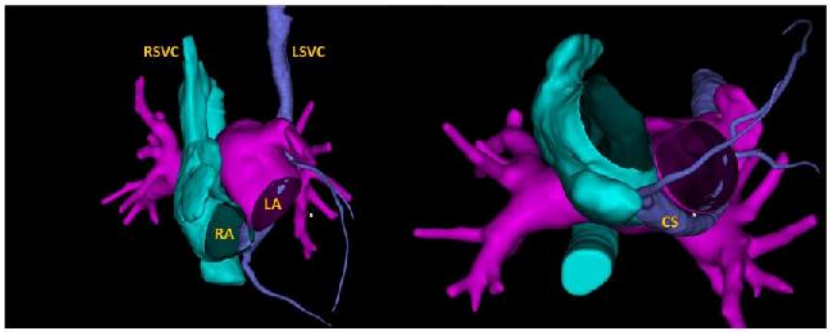
ΠΑ167|Overcoming Anatomical Complexity: Atrial Flutter Ablation in the setting of Left Atrial Isomerism and surgically repaired sinus venosus defect

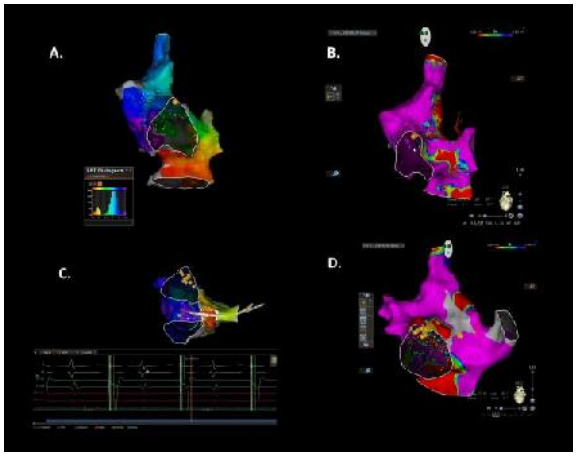
14/11/26 · METIS / METIS

A. Laina[1], R. Miller[2], A. Pandolfi[2], C.de Ybarra Falcón[2], L. Donisi[2], M. Soriano Amores[2], J. Paul Albenque[2], S. Boveda[2], N. Combes[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Heart Rhythm, Clinique Pasteur, Toulouse, France

Introduction: Left atrial isomerism (LAI) is a form of heterotaxy syndrome defined by symmetrical left anatomy of the atria and bronchi. Typical features include presence of two morphologically left lungs, two morphologically left atrial appendages, interruption of the hepatic segment of the inferior vena cava, midline liver, polysplenia, and high incidence of congenital heart defects. We report the case of a 36-year-old man with left atrial isomerism and surgically repaired sinus venosus defect who presented with recurrent, symptomatic atrial flutter. Case Study: A 36-year-old man with LAI, bilateral superior venae cavae, interrupted inferior vena cava with azygos continuation, polysplenia, and surgically repaired sinus venosus atrial septal defect was referred for atrial flutter ablation. Pre-procedural cardiac CT with three-dimensional reconstruction (InHeart) was performed to define the complex anatomy and facilitate procedural planning. Catheter ablation was undertaken under general anesthesia using femoral and jugular venous access. Right femoral venography revealed iliac vein occlusion, requiring left femoral access through the azygos system. Activation mapping (CARTO®3) of the induced clinical arrhythmia revealed typical cavotricuspid isthmus-dependent atrial flutter with a potentially secondary loop at the level of the atriotomy scar. Ablation via the left jugular vein required a steerable sheath to achieve adequate catheter stability. Radiofrequency energy terminated the arrhythmia and and bidirectional block across the suprahepatic cavo-atrial isthmus was eventually achieved. Voltage mapping demonstrated no additional scar-related slow-conduction channels requiring further ablation. Post-procedural electrophysiological testing showed sinus node dysfunction (corrected SNRT 2sec). The patient experienced no procedural complications and remained free of arrhythmia recurrence during six months of follow-up. Conclusion: Left isomerism is characterized by absent, displaced or hypoplastic sinus node, and various conduction abnormalities. Patients with LAI are more prone to sinus node dysfunction and AV block, and atrial flutter remains a rare manifestation of the disease. The occurrence of macro–reentrant atrial arrhythmias is frequently related to abnormal venous anatomy, and surgical scarring following congenital heart repair. This case demonstrates that catheter ablation of typical atrial flutter in patients with LAI is feasible and effective despite complex anatomy. This case highlights the importance of individualized 3D mapping, multipoint venous access, and specialized congenital electrophysiology





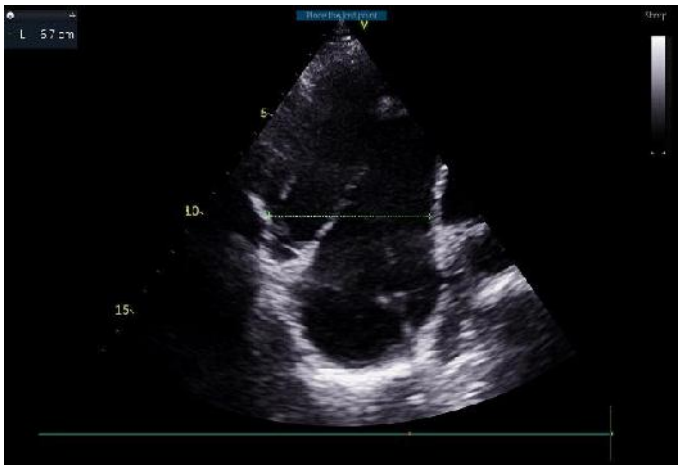
ΠΑ168|Echocardiography-Guided Right Atrial Ventricularization Enabling Weaning From Prolonged ProtekDuo Support

14/11/26 · METIS / METIS

Μ. Ζερβός[1], Μ. Χρονάκη[2], Χ. Αναστογιάννης[1], Α. Κλώπα[2], Ε. Τσέτικα[1], Γ. Παταβούκας[1], Δ. Μηλιόπουλος[3], Ε. Μιχαλάκη[1], Μ. Μπόνιος[3], Α. Κολιοπούλου[3], Σ. Δημ'οπουλος[2]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Νοσοκομείο, [2]ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘ ΩΝΑΣΕΙΟ, [3]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Introduction: Right ventricular failure remains one of the most challenging complications in patients supported with durable left ventricular assist devices (LVADs). Temporary right ventricular assist devices (RVADs) are frequently used as a bridge to recovery, transplantation, or decision-making; however, prolonged support is associated with significant morbidity and difficult weaning decisions. Materials and methods: A 20-year-old woman with a history of lymphocytic myocarditis leading to dilated cardiomyopathy had been supported with a HeartMate 3 LVAD since 2021 and was listed for heart transplantation. Following a presumed viral illness characterized by fever, upper respiratory symptoms and gastrointestinal manifestations, she developed acute severe right ventricular failure requiring implantation of a ProtekDuo-based RVAD. Despite prolonged support for 52 days, recovery of right ventricular systolic function remained limited.ResultsSerial echocardiographic assessment demonstrated profound right ventricular dysfunction with severe tricuspid regurgitation and minimal effective right ventricular contraction with concurrent no ventricular electrical activity on ECG ("P" asystole). However, preserved right atrial mechanical activity was consistently observed. Based on this finding, a strategy aimed at augmenting atrial contribution to pulmonary blood flow was developed. Dobutamine was initiated and titrated to achieve a sinus rate of approximately 100 beats/minute, with the intention of enhancing right atrial contractility and functional "right atrial ventricularization".Following this strategy, the patient successfully underwent RVAD explantation without recurrence of right-sided circulatory collapse. After right mechanical support discontinuation the patient remained clinically stable with LVAD support while awaiting heart transplantation. Conclusion: This case highlights a previously underrecognized hemodynamic phenomenon in advanced right ventricular failure. In selected patients, preserved right atrial mechanical function may contribute substantially to forward pulmonary blood flow and may represent a therapeutic target for facilitating liberation from temporary right ventricular mechanical support.



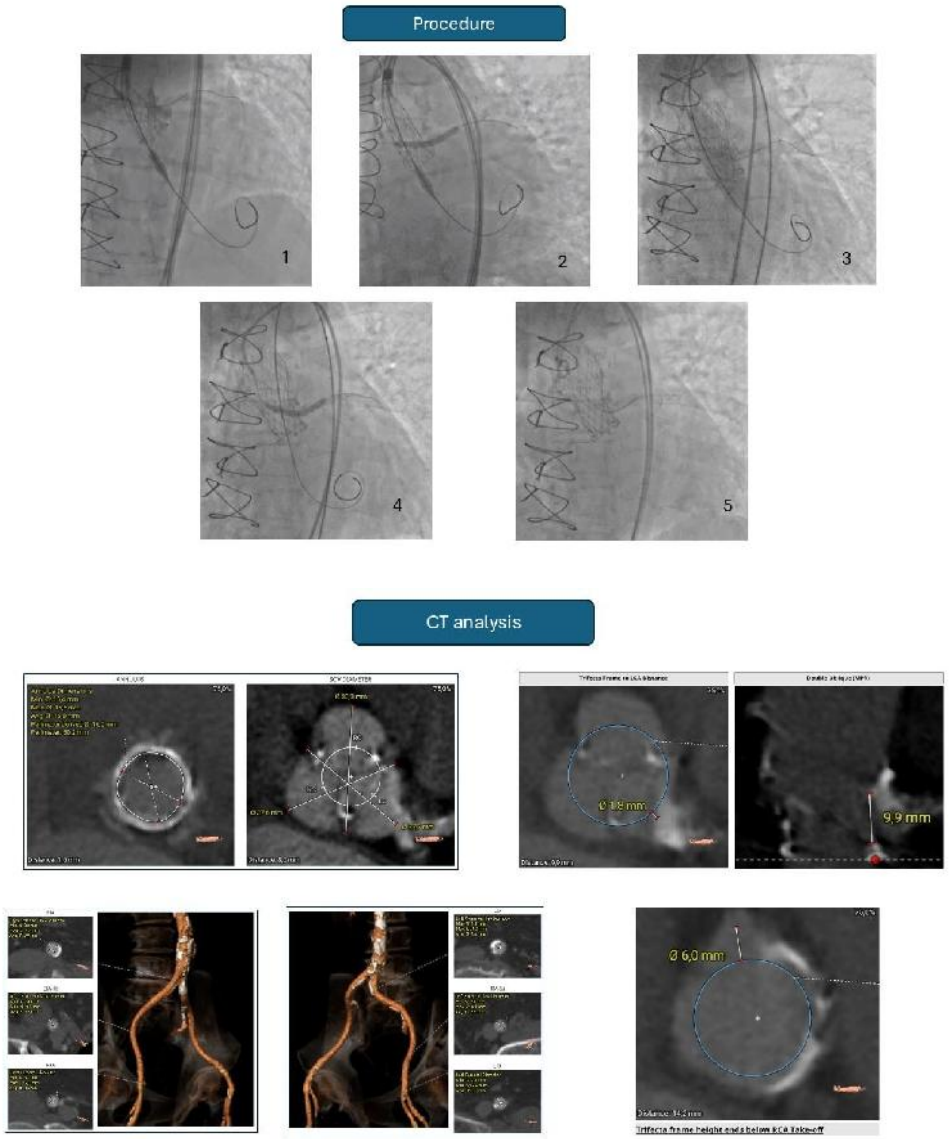


ΠΑ169|Valve-in-valve TAVI σε εκφυλισμένη μικρού μεγέθους μη διαρρήξιμη βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα με υψηλό κίνδυνο απόφραξης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας

14/11/26 · METIS / METIS

Β. Καλογερά[1], Κ. Τριανταφύλλου, Δ. Οικονόμου[1], Χ. Αρμόνης[1], Λ. Παππάς[1], Α. Τρίκας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η εκφύλιση χειρουργικά τοποθετημένων μικρών βιοπροσθετικών βαλβίδων αποτελεί ένα πρόβλημα ειδικά σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου για επαναληπτική χειρουργική επέμβαση. Η σωστή επιλογή νέας βαλβίδας και η πιθανή απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών είναι ζητήματα υψίστης σημασίας. Η Trifecta είναι μια χειρουργική βαλβίδα με μεταλλικό σκελετό, ο οποίος δε μπορεί να σπάσει, συνεπώς καθιστά πιο δύσκολη την πλήρη έκπτυξη της νέας βαλβίδας.Υλικό και μέθοδος: Ασθενής, θήλυ 76 ετών, με γνωστό ιστορικό χειρουργικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (Trifecta 19 mm) και αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (έσω μαστική αρτηρία στον πρόσθιο κατιόντα) το 2017 προσέρχεται λόγω δύσπνοιας προσπαθείας. Από το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα αναδείχθηκε σοβαρή στένωση της βιοπροσθετικής βαλβίδας (Vmax: 4.1 m/s, mean gradient: 41 mmHg, AVA: 0.6 cm2). Η στεφανιογραφία ανέδειξε χρόνια ολική έμφραξη προσθίου κατιόντα και περισπωμένης, δεξιά στεφανιαία χωρίς βλάβες και βατό μόσχευμα που δίνει ορθόδρομα στον πρόσθιο κατιόντα και παλίνδρομα στην περισπωμένη. Το Euroscore II ήταν 7.84% και η ασθενής απορρίφθηκε για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Η αξονική τομογραφία προ διαδερμικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (TAVI) ανέδειξε ευνοϊκή ανατομία κόλπων Valsalva και λαγονομηριαίων προσβάσεων. Η απόσταση VTC (Virtual valve- to - coronary) για τη δεξιά στεφανιαία ήταν 6 mm, αλλά για το στέλεχος ήταν μόλις 1.8 mm και παράλληλα το ύψος του μέχρι την κολποσωληνώδη συμβολή ήταν 9.9 mm. Συνεπώς, αποφασίστηκε η διενέργεια TAVI Valve-in-valve με προστασία του στελέχους με τεχνική snorkel stenting.Αποτελέσματα: Υπό ενσυνείδητη καταστολή χρησιμοποιήθηκε η δεξιά μηριαία αρτηρία ως κύρια οδός για την εμφύτευση της νέας βαλβίδας Evolut Pro + 23 mm και ως δευτερογενής η αριστερή μηριαία αρτηρία για τοποθέτηση ενός οδηγού καθετήρα και την προώθηση ενός stent 3.5x30 mm σε ετοιμότητα στο στέλεχος. Έναρξη έκπτυξης της βαλβίδας και αγγειογραφικά περιορισμός ροής στο στέλεχος, οπότε και αποφασίστηκε εμφύτευση του stent. Στη συνέχεια ολοκλήρωση έκπτυξης βαλβίδας και μεταδιαστολή αυτής με μπαλόνι Atlas Gold 18x40 mm για βελτιστοποίηση του αποτελέσματος. Τέλος μεταδιαστολή του stent με καλό τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα, το οποίο επιβεβαιώθηκε και υπερηχογραφικά. Συμπεράσματα: Η απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών είναι μια δυνητικά θανατηφόρος επιπλοκή. Σε περιπτώσεις εκφύλισης μικρής βιοπροσθετικής βαλβίδας, οι αυτοεκπτυσσόμενες βαλβίδες προσφέρουν καλύτερα αιμοδυναμικά αποτελέσματα. Η τελική μεταδιαστολή βοηθά στη δημιουργία περισσότερου χώρου για τη σωστή λειτουργία της βαλβίδας.



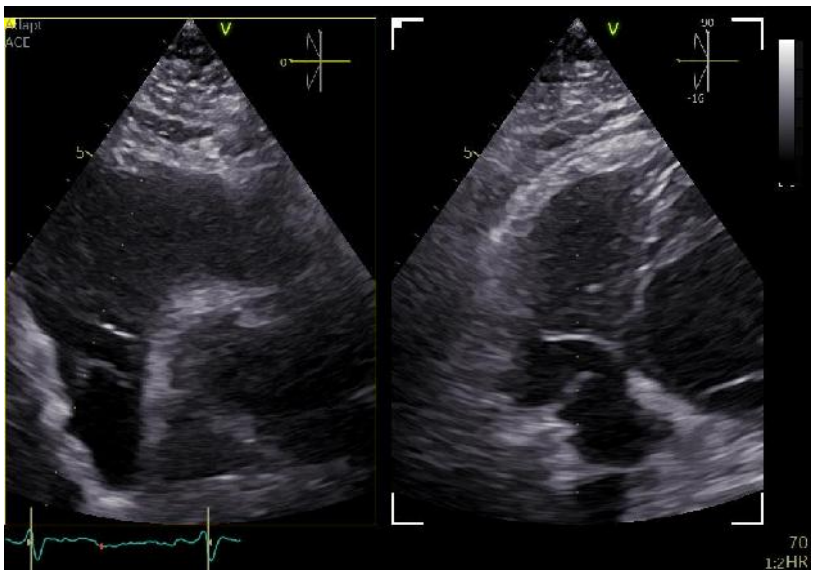
ΠΑ170|Ευκίνητος θρόμβος στο κολπικό ηλεκτρόδιο ICD και πιθανή παράδοξη εμβολή μέσω PFO: ένα σπάνιο κλινικό περιστατικό.

14/11/26 · METIS / METIS

Ι.Μπούτσικος[1], Ι. Πετρόπουλος[1], Π. Μανιφάβα[1], Ε. Ρεπασος[1], Σ. Χατζίδου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ενδοκαρδιακές μάζες που σχετίζονται με ηλεκτρόδια εμφυτεύσιμων καρδιακών συσκευών αποτελούν διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση, καθώς η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως θρόμβο και λοιμώδη εκβλάστηση. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με ICD/DDD συσκευή και παροδική διαταραχή της όρασης, στην οποία αναδείχθηκε ευκίνητος θρόμβος προσκολλημένος στο κολπικό ηλεκτρόδιο, με πιθανό μηχανισμό παράδοξης εμβολής μέσω ανοικτού ωοειδούς τρήματος. Περίληψη περιστατικού: Άνδρας 52 ετών, με ιστορικό διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και εμφύτευση ICD προ οκταετίας, προσήλθε λόγω αιφνίδιου επεισοδίου ημιανοψίας από τον δεξιό οφθαλμό, διάρκειας περίπου 4 λεπτών, με πλήρη αυτόματη αποκατάσταση. Το επεισόδιο εκδηλώθηκε κατά τη διάρκεια έντονης ομιλίας με προσπάθεια, συμβατή με δοκιμασία τύπου Valsalva. Η αρχική αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η αξονική αγγειογραφία εγκεφαλικών αγγείων, η οφθαλμολογική και η νευρολογική εκτίμηση δεν ανέδειξαν οξεία παθολογία, ενώ επαναληπτική αξονική τομογραφία μετά από 24 ώρες παρέμεινε αρνητική. Η διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας δεν κατέστη δυνατή λόγω μη συμβατότητας της συσκευής. Στο πλαίσιο

διερεύνησης πιθανού εμβολικού μηχανισμού διενεργήθηκε διοισοφάγειο ηχωκαρδιογράφημα, το οποίο ανέδειξε ευκίνητο, επίμηκες μόρφωμα μέγιστης διαμέτρου 1,2 cm, προσκολλημένο στο άκρο του κολπικού ηλεκτροδίου, με χαρακτηριστικά συμβατά με θρόμβο. Ο ασθενής έλαβε αρχικά θεραπευτική δόση ενοξαπαρίνης υποδορίως. Σε επανέλεγχο με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα έναν μήνα αργότερα, η δοκιμασία με αναδευμένο ορό ήταν θετική για ύπαρξη PFO, με δίοδο> μικροφυσαλίδων στον αριστερό κόλπο εντός 3–5 καρδιακών κύκλων μετά τη λύση της δοκιμασίας Valsalva. Ακολούθως χορηγήθηκε ριβαροξαμπάνη 20 mg ημερησίως. Σε επανεκτίμηση μετά από δύο μήνες διαπιστώθηκε ελάττωση του μεγέθους του θρόμβου, χωρίς υποτροπή συμπτωμάτων. Συμπέρασμα: Η θρόμβωση επί ηλεκτροδίων εμφυτεύσιμων καρδιακών συσκευών αποτελεί σπάνια και πιθανώς υποδιαγνωσμένη επιπλοκή. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης κινητών μαζών επί ηλεκτροδίων με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, καθώς και της διερεύνησης πιθανής οδού παράδοξης εμβολής με bubble test. Η χρονική συσχέτιση των συμπτωμάτων με δοκιμασία τύπου Valsalva, η παρουσία θρόμβου στο κολπικό ηλεκτρόδιο και η ανάδειξη PFO υποστηρίζουν ως πιθανό μηχανισμό την παράδοξη εμβολή. Η ανταπόκριση στην αντιπηκτική αγωγή υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης για την πιθανή πρόληψη υποτροπιαζόντων ή σοβαρότερων εμβολικών επεισοδίων.



ΠΑ171|When the Valve Would Not Cross: Bailout Delivery-System Snaring During Unstable TAVI

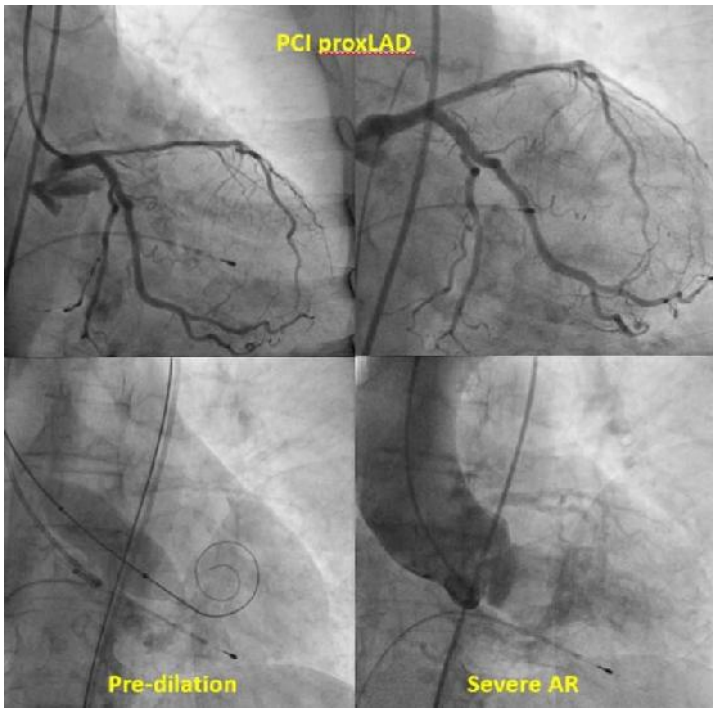
14/11/26 · METIS / METIS

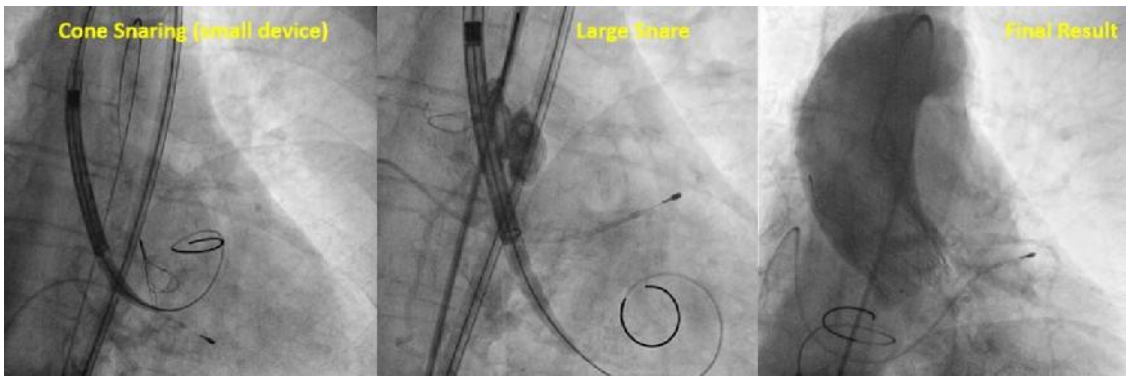
A. Moulias[1], A.R. Papapanagiotou[1], P. Kaouris[1], C. Koutsogiannis-Korkontzelos[2], A.S. Tzoumerkas[1], A. Karanasos[1], M. Papafaklis[1], G. Tsigas[1], P. Davlouros[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]University of Patras, Medical School*

Introduction Severe aortic regurgitation after balloon predilatation during TAVI is rare but potentially life-threatening, as rapid valve implantation is required to restore hemodynamic stability. When iliofemoral anatomy, aortic arch configuration and native valve calcification all impede delivery-system advancement, bailout techniques may become essential for timely valve deployment. Case study An 83-year-old woman with severe aortic stenosis, previous myocardial infarction and prior LAD and RCA stenting was scheduled for elective same-session LAD PCI and TAVI. Pre-TAVI coronary angiography had shown severe proximal LAD in-stent restenosis (80%) and moderate RCA in-stent restenosis (60%), the latter managed conservatively. Echocardiography demonstrated preserved LVEF (60%), severe aortic stenosis (AVA 0.82 cm²), moderate aortic regurgitation and mild mitral regurgitation. Femoral LAD PCI was first performed. After high-pressure non-compliant balloon preparation, a 3.0×25mm drug-coated balloon achieved an excellent angiographic result. TAVI then followed. The valve was crossed with an AL1 catheter and straight wire, exchanged to a pigtail, and a Confida wire was positioned in the left ventricle. Predilatation with a 23×40mm balloon caused severe aortic regurgitation and marked hemodynamic instability requiring norepinephrine. Valve delivery was then limited by sequential challenges: calcified and tortuous iliac anatomy, the aortic arch and the heavily calcified native valve. Support was escalated with a Lunderquist wire, allowing advancement through the iliofemoral segment and arch, but not across the native valve. A left radial snaring attempt was abandoned because tortuosity prevented wire advancement, resulting in a small forearm hematoma managed with compression. A small snare from right femoral access captured the delivery-system nose cone and enabled valve crossing but could not be released. The

maneuver was repeated with a larger snare, which captured the valve capsule at mid-valve level and allowed successful crossing. A 29-mm Evolut FX+ valve was implanted with excellent position and only mild residual aortic regurgitation. During the procedure, hemoglobin dropped by 3g/dL; the patient was transfused and urgent endoscopy confirmed upper gastrointestinal bleeding. She stabilized in the CCU and was discharged asymptomatic seven days later. Conclusion This case highlights bailout delivery-system snaring as an effective rescue strategy during unstable, technically complicated TAVI when rapid valve implantation is mandatory.





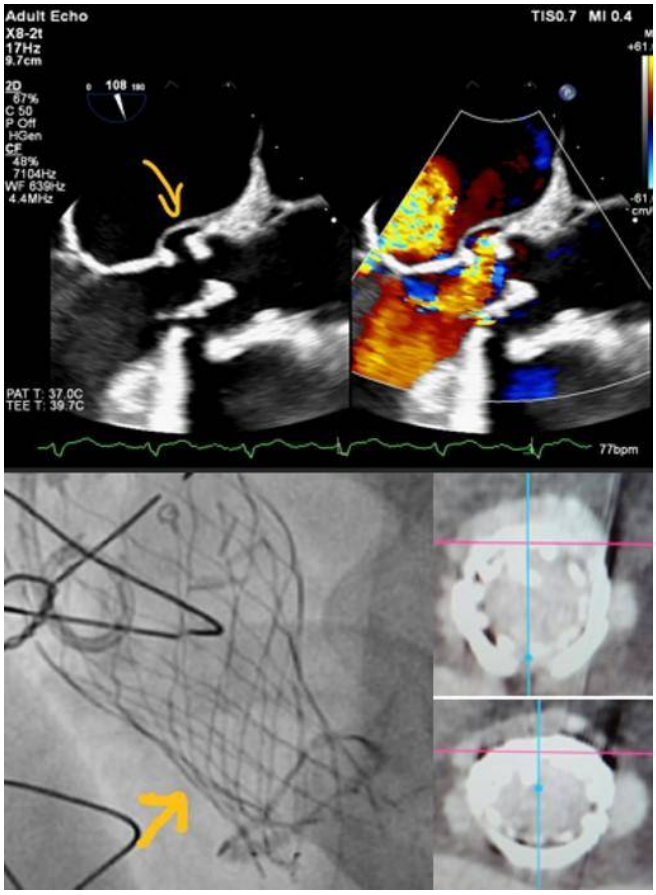
ΠΑ172|Geometry First, Leak Second: Staged Percutaneous Rescue of Valve-in-Valve TAVI Infolding and Paravalvular Leak in a 19-mm Surgical Bioprosthesis

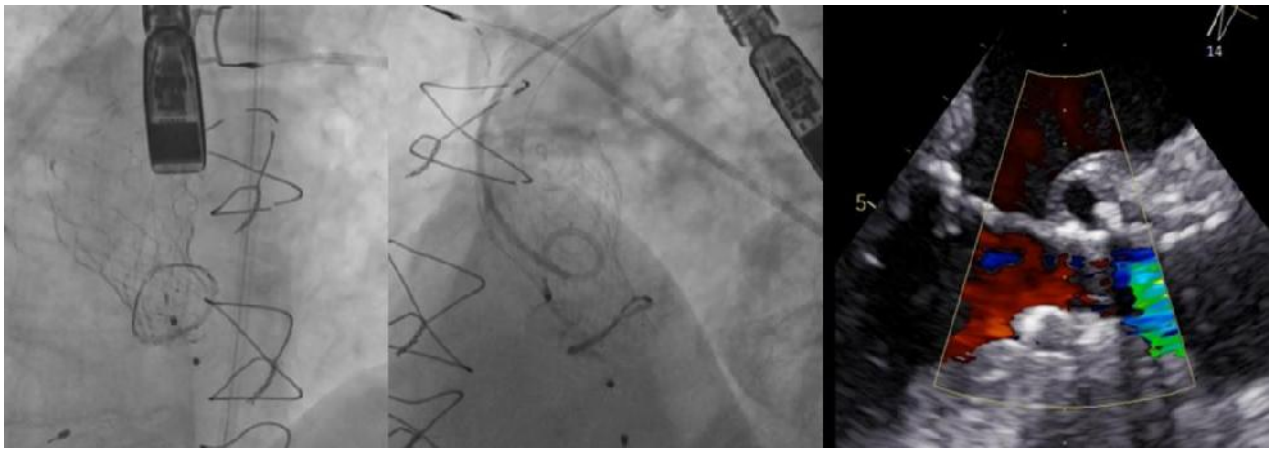
14/11/26 · METIS / METIS

A. Moulias[1], A.R. Papapanagiotou[1], C. Koutsogiannis-Korkontzelos[2], A. Papoutsoglou[1], M. Papafaklis[1], A. Karanasos[1], G. Tsigas[1], P. Davlouros[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]University of Patras, Medical School*

Introduction: Valve-in-valve transcatheter aortic valve implantation (ViV-TAVI) in very small surgical bioprostheses is technically demanding, particularly when prior prosthetic valve endocarditis has left residual annular pathology. Unexpected post-procedural gradients or paravalvular leak (PVL) should prompt mechanism-based reassessment, as valve infolding may be underrecognized. Case study: A 78-year-old woman with chronic kidney disease stage IV, paroxysmal atrial fibrillation, prior pulmonary embolism, ischemic stroke, hypertension, dyslipidemia and heterozygous β-thalassemia had undergone surgical aortic valve replacement in 2020 with a 19-mm CROWN PRT bioprosthesis. Follow-up later showed moderate PVL and mildly increased gradients. In 2024, she developed Staphylococcus lugdunensis prosthetic valve endocarditis with aorto-mitral curtain involvement, treated with six weeks of targeted intravenous antibiotics. Subsequent imaging showed a stable pseudoaneurysm. Despite apparent infection control, she deteriorated to NYHA class III because of severe bioprosthetic stenosis and persistent PVL. Redo surgery requiring a Bentall-type root procedure was considered prohibitive. Pre-procedural CT demonstrated a very small annulus (15.3 × 16.8 mm, area 199 mm², perimeter 50.3 mm) and low left coronary height (8.7 mm). Transfemoral ViV-TAVI was performed under local anesthesia and mild sedation. After 18-mm non-compliant balloon predilatation, a 23-mm Evolut PRO+ valve was implanted after one recapture/repositioning maneuver, followed by 18-mm balloon post-dilatation. Early echocardiography showed severe residual PVL and elevated gradients. Repeat contrast CT revealed valve infolding with eccentric underexpansion and incomplete sealing against the surgical annulus. A staged percutaneous rescue strategy was undertaken. High-pressure balloon dilatation under fluoroscopic and TEE guidance corrected the frame deformation and markedly reduced the peak-to-peak gradient to approximately 8 mmHg, but PVL remained significant. The PVL channel was crossed retrogradely from the aorta to the left ventricle, behind the transcatheter valve struts, and an Amplatzer occluder was deployed, reducing PVL from severe to mild. The pseudoaneurysm remained unchanged. The patient improved, was weaned from continuous intravenous diuretics, and was discharged stable with acceptable gradients. Conclusion: This case illustrates that after TAVI in SAV, CT post TAVI is essential when hemodynamics are discordant. A staged “geometry first, leak second” percutaneous strategy can stabilize prohibitive-risk patients when redo surgery is not acceptable.


Adult Echo
TIS0.7 MI 0.4
X8-2t
17Hz
9.7cm
2D
67%
C 50
P Off
HGen
CF
48%
7104Hz
WF 639Hz
4.4MHz
108
PAT T: 37.0C
TEE T: 39.7C
77bpm

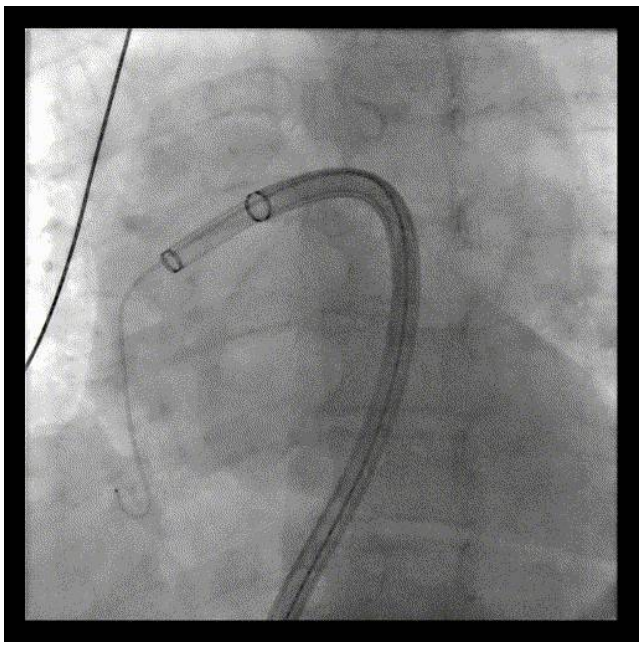

14

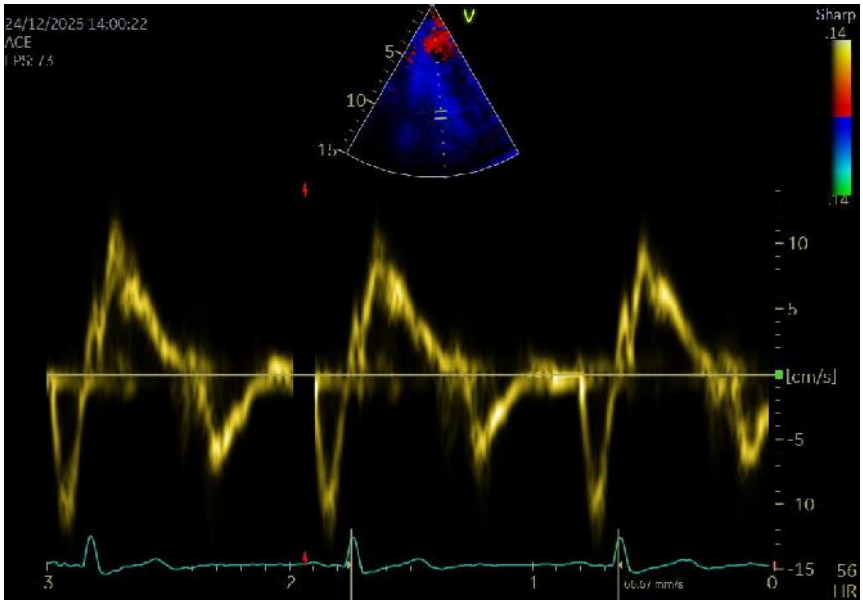
ΠΑ173|Όταν η επιτυχής επαναιμάτωση δεν αρκεί: καρδιακή ανακοπή την 4η ημέρα μετά από STEMI

14/11/26 · METIS / METIS

Ε.Ε. Κουφού[1], Ν. Πλατής[1], Π. Λάμπρου[1], Δ. Σιούτης[1], Π. Κοσμάς[1], Π. Μπούνας[1], Ν. Κουρής[1], Ά. Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η μαζική πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί επείγουσα, απειλητική για τη ζωή κατάσταση και συγκαταλέγεται στα αναστρέψιμα αίτια καρδιακής ανακοπής. Η εμφάνιση της κατά τη νοσηλεία μετά από επιτυχή επαναιμάτωση ασθενούς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) είναι σπάνια και μπορεί να καθυστερήσει τη διάγνωση, καθώς η αιφνίδια αιμοδυναμική επιδείνωση συχνά αποδίδεται σε επιπλοκές του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Παρουσιάζεται περιστατικό μαζικής ΠΕ με καρδιακή ανακοπή μετά από επιτυχή πρωτογενή αγγειοπλαστική (pPCI), το οποίο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με διαδερμική θρομβοαναρρόφηση. Υλικά και μέθοδοι: Γυναίκα 77 ετών, καπνίστρια με ιστορικό υποθυρεοειδισμού προσήλθε λόγω θωρακικού άλγους από τριώρου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ανέδειξε πρόσθιο STEMI. Υποβλήθηκε άμεσα σε στεφανιογραφία που ανέδειξε ολική απόφραξη του προσθίου κατιόντα κλάδου που αντιμετωπίστηκε με εμφύτευση 1 DES, και σημαντική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας που αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική με μπαλόνι. Η ασθενής εισήχθη στην Μονάδα Εμφραγμάτων και κινητοποιήθηκε επιτυχώς με αρχική μετεμφραγματική πορεία ανεπίπλεκτη, με EF 45-50% και ικανοποιητική εικόνα της δεξιάς κοιλίας. Αποτελέσματα: Την 4η ημέρα νοσηλείας, όντας κινητοποιημένη, εμφάνισε αιφνίδια καρδιοαναπνευστική ανακοπή με αρχικό καταγραφόμενο ρυθμό ΡΕΑ. Μετά από επιτυχή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ο υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε υπερηχογραφική επιδείνωση της δεξιάς κοιλίας και ακολούθησε αξονική πνευμονική αγγειογραφία που έθεσε τη διάγνωση της μαζικής πνευμονικής εμβολής. Η ασθενής οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, που πραγματοποιήθηκε διαδερμική θρομβοαναρρόφηση στην πνευμονική αρτηρία με άμεση αιμοδυναμική και κλινική βελτίωση. Τις επόμενες ημέρες η ασθενής κινητοποιήθηκε επιτυχώς με βελτίωση εκ νέου της υπερηχογραφικής εικόνας, πραγματοποιήθηκε triplex φλεβών κάτω άκρων που δεν διαπιστώθηκε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η ασθενής έλαβε εξιτήριο υπό διπλή αντιθρομβωτική αγωγή με κλοπιδογρέλη και νταμπιγκατράνη και σύσταση για ολόσωμες αξονικές τομογραφίες προς αποσαφήνιση του αιτίου της ΠΕ. Συμπεράσματα Η μαζική ΠΕ πρέπει να αποτελεί διαγνωστική σκέψη σε κάθε αιφνίδια αιμοδυναμική απορρύθμιση ή καρδιακή ανακοπή μετά από ΟΕΜ, ακόμα και όταν η επαναιμάτωση έχει στεφθεί με επιτυχία και η κλινική πορεία είναι αρχικά ανεπίπλεκτη. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση διαδερμική θρομβοαναρρόφηση μπορούν να οδηγήσουν σε ευνοϊκή έκβαση, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ταχείας αναγνώρισης και της διεπιστημονικής αντιμετώπισης αυτής της σπάνιας αλλά δυνητικά θανατηφόρου επιπλοκής.



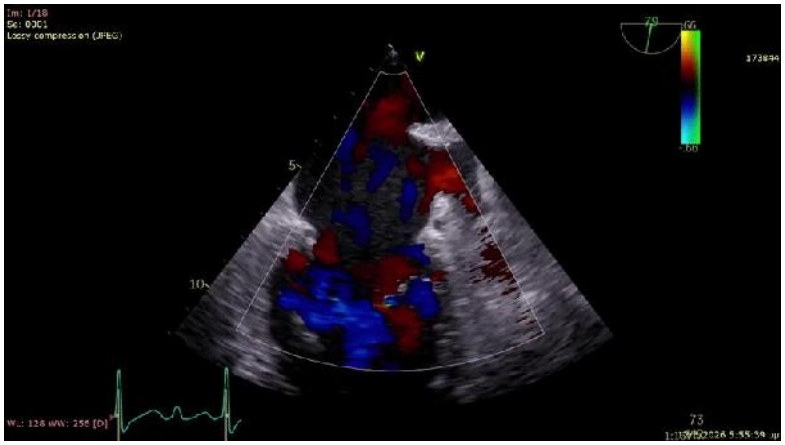


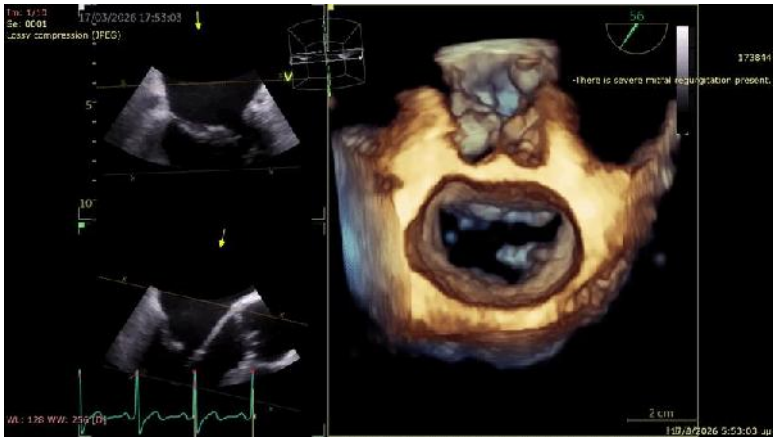
ΠΑ174|Acute mitral regurgitation after late-presenting inferior myocardial infarction: transoesophageal echocardiography revealing partial papillary muscle rupture.

14/11/26 · METIS / METIS

G. Georgoulias[1], G.Almpanis[1], E. Thanopoulou[1], D.Stathopoulou[1], A. Melliou[1], A. Ouzounis[1], D. Ktenas[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Aim: Papillary muscle rupture is a rare but potentially fatal mechanical complication of acute myocardial infarction (MI), and should be suspected in patients presenting with acute pulmonary oedema and a new systolic murmur, particularly following inferior infarction. We report a case highlighting the pivotal role of multimodality echocardiography in establishing the diagnosis and guiding surgical management. Material and methods: A 75-year-old man, a smoker with a history of hypothyroidism, presented with 24 hours of intermittent chest pain. Electrocardiography (ECG) showed sinus rhythm with persistent ST-segment elevation in the inferior leads, consistent with a late-presenting inferior ST-elevation myocardial infarction (STEMI). Urgent coronary angiography was performed, with successful percutaneous coronary intervention (PCI) of the culprit lesion. On day three of admission, the patient developed acute pulmonary oedema and a new holosystolic murmur at the apex. Transthoracic echocardiography (TTE) demonstrated mildly reduced left ventricular systolic function, severe mitral regurgitation and moderate calcific aortic stenosis. Transoesophageal echocardiography (TOE) was performed for further characterisation. Results: TOE revealed severe acute primary mitral regurgitation due to partial rupture of the posteromedial papillary muscle, with flail of the P3 scallop. Colour Doppler showed an eccentric regurgitant jet directed towards the lateral wall of the left atrium, and pulmonary vein Doppler demonstrated systolic flow blunting. Following Heart Team discussion, the patient underwent urgent surgery, comprising mitral valve replacement, coronary artery bypass grafting and concomitant surgical aortic valve replacement. The postoperative course was uneventful, with resolution of pulmonary congestion and significant clinical improvement. Conclusions The posteromedial papillary muscle is particularly vulnerable to ischaemic injury due to its typically single-vessel blood supply. While TTE may establish the presence of severe mitral regurgitation, TOE is often essential to define the underlying mechanism and guide therapeutic decision-making. Early recognition allows prompt surgical treatment and may be life-saving.


Im: 1/18
Se: 0001
Lossy compression (JPEG)
173844
5
10
73


Im: 1/53
Se: 0001
Lossy compression (JPEG)
17/03/2026 17:53:03
56
173811
-there is severe mitral regurgitation present.
5
10
2 cm


Im: 1/54
Se: 0001
Lossy compression (JPEG)
173844
5
10
72

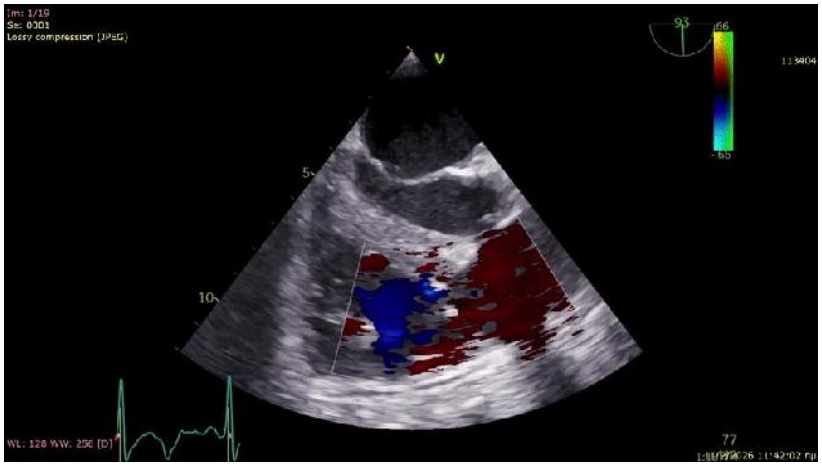
ΠΑ175|Infective endocarditis on a ventricular septal defect with a mobile right ventricular outflow tract vegetation leading to septic pulmonary embolism.

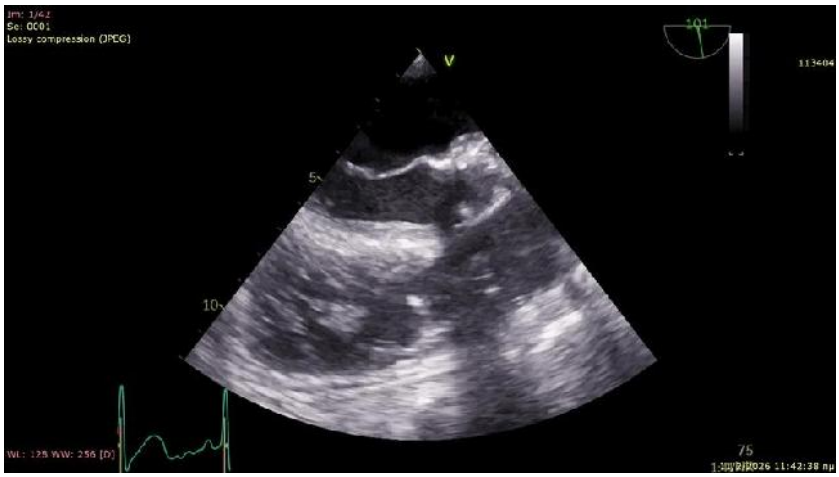
14/11/26 · METIS / METIS

G. Georgoulias[1], P. Angelopoulos[1], F. Aggelopoulou[1], K. Vlachogiorgos[1], G. Almpanis[1], I.Mikelopoulos[1], G.Liona[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Aim: Infective endocarditis (IE) remains an important complication in patients with congenital heart disease, and jet-impact vegetations related to ventricular septal defects (VSD) may be easily overlooked without targeted imaging. We present a case illustrating the value of a structured, guideline-based diagnostic approach in this setting. Material and methods: A 67-year-old man with an unrepaired perimembranous VSD and a remote episode of IE thirty years earlier presented with a three-week history of low-grade fever, fatigue and marked unintentional weight loss. Examination revealed a harsh holosystolic murmur, without peripheral stigmata of endocarditis. Three sets of blood cultures were obtained before any antimicrobial therapy. Transthoracic echocardiography (TTE) demonstrated a small perimembranous VSD with a high-velocity left-to-right shunt. Transoesophageal echocardiography (TOE) showed an aneurysmal membranous septum and a highly mobile echogenic mass (1.6 × 0.6 cm) in the right ventricular outflow tract (RVOT) at the jet impact site, with no involvement of the left-sided valves. These findings fulfilled one major and one minor criterion for possible IE according to the modified European Society of Cardiology (ESC) Duke criteria. Results: Empirical intravenous antimicrobial therapy (ampicillin, ceftriaxone and gentamicin) was started after cultures were drawn. Blood cultures subsequently grew Streptococcus sanguinis, confirming definite IE, and therapy was narrowed to ceftriaxone. Fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG-PET) revealed focal pulmonary uptake consistent with septic pulmonary embolism, without cardiac uptake. As there was no respiratory insufficiency, residual vegetation, left-sided valve involvement or uncontrolled infection, surgery was not indicated per ESC criteria for right-sided IE, and medical therapy alone was continued for four weeks. Repeat TOE showed complete resolution of the vegetation, with clinical and biochemical recovery. Given the recurrent nature of IE in this patient, elective closure of the VSD was recommended. Conclusions Combined TTE and TOE were essential in identifying a jet-impact vegetation in the RVOT, a lesion that may be missed without targeted imaging. This case underscores the value of the modified ESC Duke criteria, the role of FDG-PET in detecting extracardiac complications such as septic pulmonary embolism, and the importance of considering elective VSD closure to reduce the risk of recurrent endocarditis.







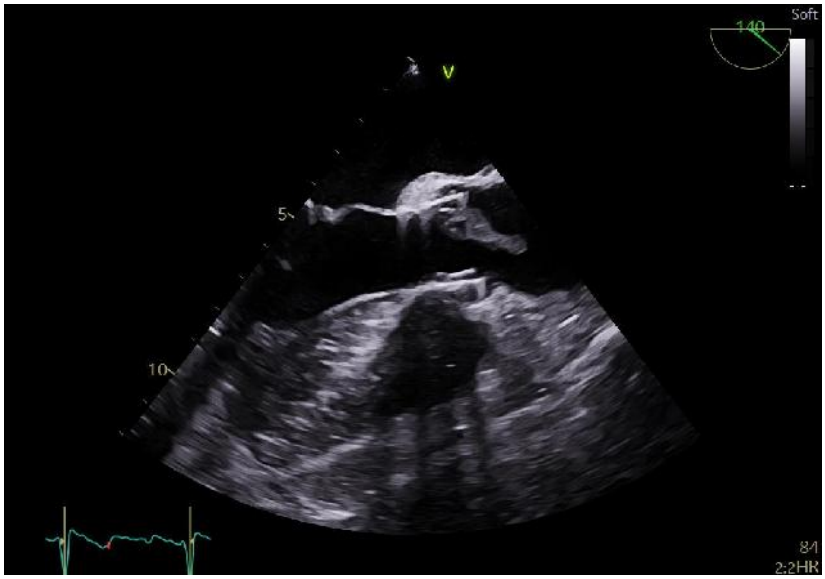
ΠΑ176|Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα διακαθετηριακής προσθετικής αορτικής βαλβίδας (TAVI) με σηπτική αρθρίτιδα και εμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις

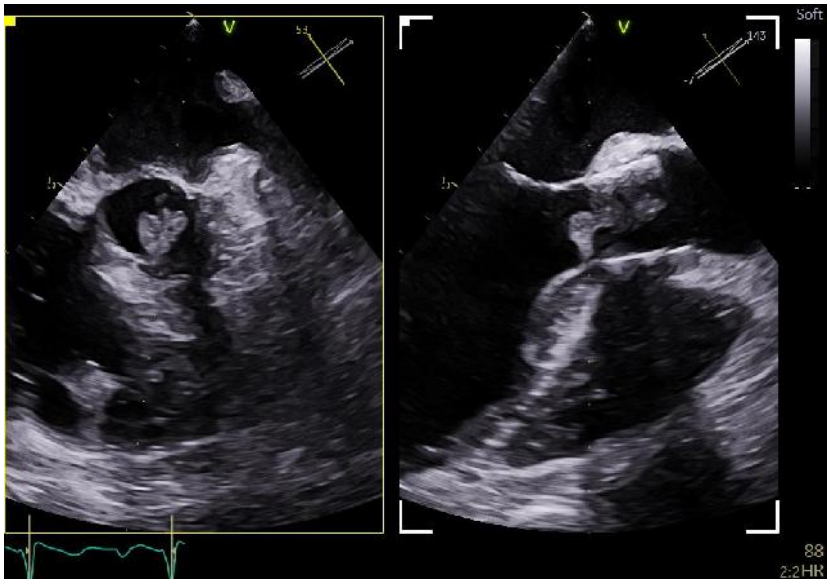
14/11/26 · METIS / METIS

Σ. Χαϊκού[1], Ι. Ματσούκης[1], Σ. Δημητρακάκης[1], Α. Πουντουκίδου[1], Γ.Μπαρμπαλιά[1], Σ. Αλεξανδρής[1], Α.Μπίζα[1], Ν. Τσάκωνας[1], Α. Κατσίγιαννης[1], Χ. Θεοδοσοπούλου[1], Μ. Αγγελάκη[1], Β. Αποστολόπουλος[1], Α. Χρήστου[1], Κ. Φλέσσα[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα μετά από διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI) αποτελεί σπάνια αλλά ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή, με αυξανόμενη συχνότητα λόγω της ευρύτερης εφαρμογής της μεθόδου και υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η συνύπαρξη εξωκαρδιακών εκδηλώσεων,απομακρυσμένων σηπτικών εστιών και εμβολικών επιπλοκών καθιστά την αντιμετώπιση ακόμη πιο απαιτητική. Παρουσιάζεται περιστατικό ενδοκαρδίτιδας προσθετικής αορτικής βαλβίδας (TAVI) από Streptococcus agalactiae με σηπτική αρθρίτιδα δεξιού ισχίου και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 79 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου με αγγειοπλαστική στη δεξιά σταφανιαία αρτηρία και TAVI προ τριετίας, προσήλθε λόγω παρατεταμένου εμπυρέτου έως 40°C και άλγους δεξιού ισχίου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε έντονη φλεγμονώδη αντίδραση, λευκοκυττάρωση και θρομβοπενία. Η παρακέντηση της ενδαρθρικής συλλογής του ισχίου έθεσε τη διάγνωση της σηπτικής αρθρίτιδας, ενώ από τις αιμοκαλλιέργειες και την καλλιέργεια του αρθρικού υγρού απομονώθηκε Streptococcus agalactiae. Λόγω της μικροβιαιμίας και της παρουσίας προσθετικής βαλβίδας διενεργήθη διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα που έθεσε την υποψία λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας προσθετικής βαλβίδας, και ακολούθως διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ο οποίος επιβεβαίωσε τη διάγνωση με την ανάδειξη ευκίνητης εκβλάστησης 1,9×1,0 cm επί της προσθετικής αορτικής βαλβίδας χωρίς όμως σημαντική δυσλειτουργία αυτής. Αποτελέσματα: Χορηγήθηκε αρχικά εμπειρική και στη συνέχεια στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή με κεφτριαξόνη βάσει αντιβιογράμματος. Παράλληλα, η ασθενής υπεβλήθη σε ανοικτό χειρουργικό καθαρισμό του

δεξιού ισχίου. Παρά την αρχική βελτίωση, η ασθενής εμφάνισε αιφνίδια δυσαρθρία, ενώ η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε εμβολικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ως επιπλοκή της ενδοκαρδίτιδας. Η περίπτωση αξιολογήθηκε από εξειδικευμένη καρδιοχειρουργική ομάδα. Παρά τον πολύ υψηλό χειρουργικό κίνδυνο, και έπειτα από παρατεταμένη ενδοφλέβια αντιμικροβιακή αγωγή αποφασίστηκε η χειρουργική αντικατάσταση της προσθετικής αορτικής βαλβίδας (TAVI) με μεταλλική προσθετική βαλβίδα. Η ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερή, απύρετη με τελική κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και λειτουργική αποκατάσταση. Συμπεράσματα:Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα σε προσθετική αορτική βαλβίδα (TAVI) αποτελεί πλέον μια υπαρκτή κλινική οντότητα λόγω της αυξανόμενης χρήσης αυτής της μεθόδου και απαιτεί υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα αποτελεί καθοριστικό διαγνωστικό εργαλείο, ενώ η έγκαιρη διάγνωση είναι καθοριστική στη λήψη κατάλληλων εξατομικευμένων θεραπευτικών αποφάσεων από διεπιστημονική ομάδα και την πρόληψη δυνητικά θανατηφόρων επιπλοκών.





ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

10.00-11.30 Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδική νόσος, συγγενείς καρδιοπάθειες / Myocardiopathies

Πρόεδροι: Ε. Παπαθεοδώρου (Αθήνα**), Δ. Παρχαρίδου** (Θεσσαλονίκη)
Chairpersons : E. Papatheodorou (Athens), **D. Parcharidou** (Thessaloniki)

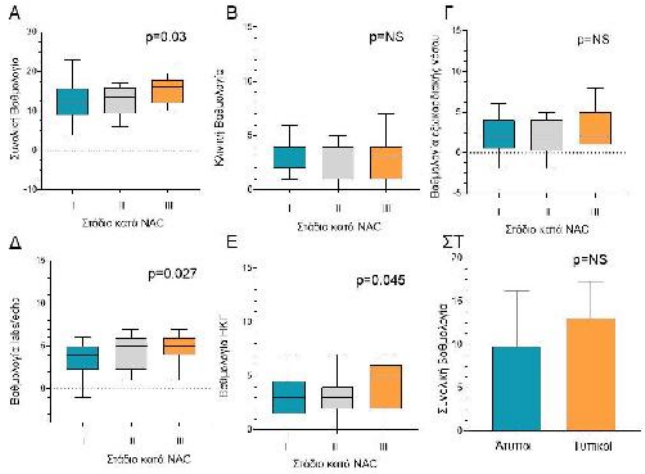
ΠΑ177|Φαινοτυπική χαρτογράφηση της καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη με τη χρήση συστήματος βαθμολόγησης πολλαπλών red flags

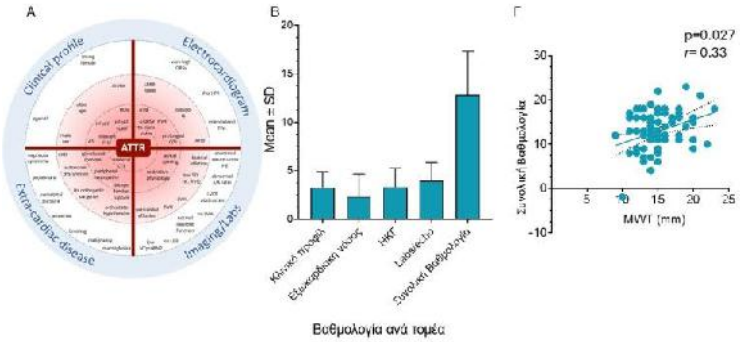
14/11/26 · METIS / METIS

Φ.Ε. Κούρτη[1], Χ. Βλαχόπουλος[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Β. Κυτίνος[1], Β. Γαρδικιώτη[1], Θ. Τσάμπρας[1], Μ.Ε. Κοιλάκου[1], Α. Κουρουτζόγλου[1], Α. Ξηνταράκου[2], Δ. Κυριακόπουλος[1], Α. Κασιακόγιας[1], Δ. Τερεντές[1], Χ. Χρυσοχόου[1], Γ. Λάζαρος[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR-CM) εμφανίζει σημαντική φαινοτυπική ετερογένεια, η οποία δεν εξαντλείται στην παρουσία μόνο υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. Η κλινική έκφραση της νόσου αποτυπώνεται συνολικά σε κλινικά, ηλεκτροκαρδιογραφικά, απεικονιστικά και εξωκαρδιακά ευρήματα. Ένα δομημένο μοντέλο ποσοτικοποίησης του φαινοτύπου ενδέχεται να αποτυπώνει καλύτερα αυτό το πολυδιάστατο φάσμα της ATTR-CM. Σκοπός: Η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός πολυπαραμετρικού συστήματος βαθμολόγησης φαινοτυπικού χάρτη («phenomap») για τον χαρακτηρισμό του φαινοτυπικού φάσματος της ATTR-CM και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του φορτίου των «red flags» και της βαρύτητας της νόσου. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 82 ασθενείς με επιβεβαιωμένη ATTR-CM (87% άνδρες, διάμεση ηλικία 84 έτη [77–89]). Αξιολογήθηκαν τέσσερις τομείς: κλινικό προφίλ, εξωκαρδιακή νόσος, ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα και εργαστηριακές/υπερηχοκαρδιογραφικές παράμετροι. Κάθε τομέας περιλάμβανε, προκαθορισμένα χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με την ATTR-CM οργανωμένα σε ομόκεντρες στιβάδες ανάλογα με την ισχύ συσχέτισής τους με τη νόσο (Εικόνα 1Α). Επιπλέον, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τυπικούς ή άτυπους φαινοτύπους, με βάση την παρουσία υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας και χαρακτηριστικών ηλεκτροκαρδιογραφιών ή εργαστηριακών ευρημάτων. Η βαρύτητα της νόσου εκτιμήθηκε σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης του National Amyloidosis Center (NAC).Αποτελέσματα: Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας του φαινοτύπου συσχετίστηκε με μεγαλύτερο μέγιστο πάχος τοιχώματος (MWT) (β = 0,21, 95% ΔΕ 0,08–0,34, p = 0,003), εξηγώντας το 11% της διακύμανσης του MWT (R^2 = 0,11) (Εικόνα 1Γ). Παρατηρήθηκαν διαφορές στη συνολική βαθμολογία καθώς και στις επιμέρους βαθμολογίες μεταξύ των ομάδων NAC, με εξαίρεση τη βαθμολογία κλινικού προφίλ και εξωκαρδιακής νόσου (Εικόνες 2Α–Γ). Η συνολική φαινοτυπική βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς που ταξινομήθηκαν κατά στάδιο NAC III σε σύγκριση με εκείνους με NAC I (Εικόνα 2Α). Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο εμφάνισαν επίσης υψηλότερες βαθμολογίες στους ηλεκτροκαρδιογραφικούς και εργαστηριακούς/υπερηχοκαρδιογραφικούς υποτομείς (p = 0,03 και p = 0,04 αντίστοιχα, Εικόνες 2Δ–Ε). Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία μεταξύ τυπικών και άτυπων περιπτώσεων της νόσου (p = μη σημαντικό, Εικόνα 2ΣΤ).Συμπεράσματα: Η πολυπαραμετρική βαθμολογία του φαινοτυπικού χάρτη αποτυπώνει αποτελεσματικά το φάσμα των φαινοτύπων της ATTR-CM και αντανακλά το φορτίο βαρύτητας της νόσου. Ακόμη και ασθενείς με άτυπα χαρακτηριστικά παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της πολυπαραμετρικής προσέγγισης για την έγκαιρη της νόσου.





ΠΑ178|Cardiac magnetic resonance-derived pulmonary capillary wedge pressure assessment in patients with hypertrophic cardiomyopathy

14/11/26 · METIS / METIS

S. Simantiris[1], A. Antonopoulos[1], A. Kouroutzoglou[1], M.E. Koilakou[1], A. Kasiakogias[1], T. Tsampras[1], F.E. Kourti[1], V. Gardikioti[1], D. Terentes[1], N. Baikoussis[2], A. Miliou[1], G. Lazaros[1], K. Tsioufis[3], C. Vlahopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΝΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Introduction: Hypertrophic cardiomyopathy (HCM) is commonly characterized by left ventricular (LV) diastolic dysfunction, which leads to elevated LV filling pressures and, consequently, increased pulmonary capillary wedge pressure (PCWP). Cardiac magnetic resonance (CMR) imaging is widely used in patients with HCM to provide comprehensive assessment of cardiac structure and function, and the non-invasive estimation of PCWP can be estimated from LV mass and left atrial volume. In this study, we explored the diagnostic value of CMR-estimated PCWP values in patients with HCM. Material & Methods: This was a retrospective observational study including consecutive patients with HCM, who underwent CMR between January 2018 and December 2025. CMR DICOM datasets were analyzed using dedicated software (Circle Cardiovascular Imaging Inc., Calgary, Canada). Automated measurements were performed and subsequently reviewed and manually corrected, when necessary, by two independent, experienced operators to ensure accurate quantification of LV mass and left atrial volume, which were used to derive CMR-derived PCWP (PCWPCMR= 6.1352+(0.07204 × left atrial volume)+(0.02256 × LV mass)). Statistical analyses were performed using SPSS software, version 25.0 (IBM Corp., Chicago, Illinois, USA).Results: A total of 104 patients with HCM (59.6% male, mean age 55 years old, 48.1% obstructive HCM) who underwent CMR imaging were included in this study. Patients with oHCM had significantly higher PCWPCMR compared with patients with non-obstructive HCM

(p=0.003; Figure 1). The E/e' ratio demonstrated a stepwise increase across PCWPCMR tertiles (p = 0.02, Figure 2A). NT-proBNP levels were significantly higher across PCWPCMR tertiles (p < 0.001, Figure 2B). A progressive decrease in LAEF and LVEF was observed across increasing tertiles of PCWPCMR, while LVEDV and maximal wall thickness (MWT) increased significantly (Figures 2C-F). Conclusions: CMR-derived PCWP (PCWPCMR) correlates with diastolic dysfunction and heart failure biomarkers in patients with HCM. This offers a simple and easy method to estimate presence of diastolic dysfunction in HCM patients undergoing CMR as well as patient trajectory and response to newer therapeutics.

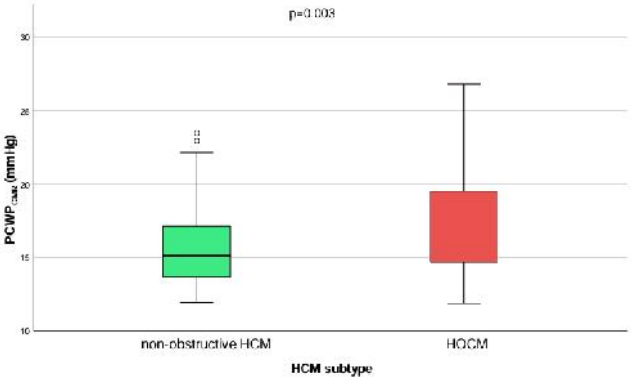


Figure 1. Comparison of CMR-derived pulmonary capillary wedge pressure between patients with non-obstructive hypertrophic cardiomyopathy and hypertrophic obstructive cardiomyopathy. CMR: cardiac magnetic resonance; HCM: hypertrophic cardiomyopathy; HOCM: hypertrophic obstructive cardiomyopathy; PCWP: pulmonary capillary wedge pressure; PCWP$_{CMR}$: cardiac magnetic resonance-derived pulmonary capillary wedge pressure

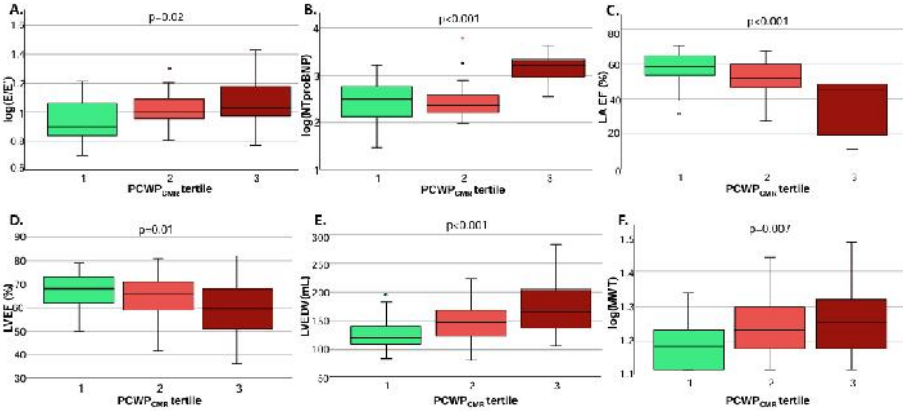


Figure 2. Relationship between CMR-derived pulmonary capillary wedge pressure and key cardiac biomarkers including (A) E/e' (B) N-terminal pro-brain natriuretic peptide (C) left atrial ejection fraction, (D) left ventricular ejection fraction, (E) left ventricular end-diastolic volume and (F) maximal wall thickness across CMR-derived PCWP tertiles. Abbreviations: CMR: cardiac magnetic resonance; E/e': ratio of early mitral inflow velocity to early diastolic annular velocity; LA EF: left ejection fraction; LVEDV: left ventricular end-diastolic volume; LVEF: left ventricular ejection fraction; MWT: maximal wall thickness ; NT-proBNP: N-terminal pro-brain natriuretic peptide; PCWP: pulmonary capillary wedge pressure; PCWP$_{CMR}$: cardiac magnetic resonance-derived pulmonary capillary wedge pressure

ΠΑ179|Global Longitudinal Strain and ICD Implantation in Hypertrophic Cardiomyopathy: A Single-Center Experience

14/11/26 · METIS / METIS

A.Kyvetos[1], I. Liatakis[2], P. Niarchou[1], V. Georgiadou[1], S. Prapa[1], E. Prappa[1], A. Trikas[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction/Purpose Risk stratification for sudden cardiac death (SCD) remains a cornerstone of hypertrophic cardiomyopathy (HCM) management. Although current guidelines rely on established clinical risk factors, the role of myocardial deformation imaging in identifying high-risk patients remains incompletely defined. We sought to investigate clinical, echocardiographic, cardiac magnetic resonance, and genetic characteristics associated with implantable cardioverter-defibrillator (ICD) implantation in a single-center HCM cohort. Material and Methods: We retrospectively analyzed 61 consecutive patients with HCM followed in a dedicated cardiomyopathy clinic. Patients were categorized according to ICD implantation status. Clinical, echocardiographic, cardiac magnetic resonance, and genetic parameters were compared between groups using independent-samples t-tests and χ^2/Fisher exact tests, as appropriate.Results: Among 49 patients with available device data, 8 (16.3%) had undergone ICD implantation. Patients with an ICD were significantly younger than those without an ICD (43.0±13.5 vs 56.3±17.0 years, p=0.032). ICD recipients demonstrated lower left ventricular ejection fraction (57.0±10.5% vs 63.8±4.4%, p=0.004), greater interventricular septal thickness (19.0±7.0 vs 15.2±3.4 mm, p=0.025), and significantly impaired global longitudinal strain (−12.2±3.1% vs −15.7±4.1%, p=0.019). A trend toward higher HCM Risk-SCD score was observed among ICD recipients (4.3±1.9 vs 2.8±2.0, p=0.098). Conventional parameters including left ventricular dimensions, left atrial volume index, E/e' ratio, right ventricular systolic pressure, hypertension, late gadolinium enhancement, and genotype status were not significantly associated with ICD implantation. Segmental strain distribution differed significantly between groups (p=0.036). Conclusions Patients undergoing ICD implantation exhibited greater myocardial remodeling characterized by increased septal thickness, lower systolic function, and impaired myocardial deformation. Global longitudinal strain emerged as a potential imaging marker associated with ICD implantation and may provide incremental value for SCD risk stratification beyond conventional echocardiographic parameters in patients with HCM.

ΠΑ180|HCM in the Modern Era: Low Mortality and Predominantly Predictable Sudden Cardiac Death Under Systematic Risk Stratification

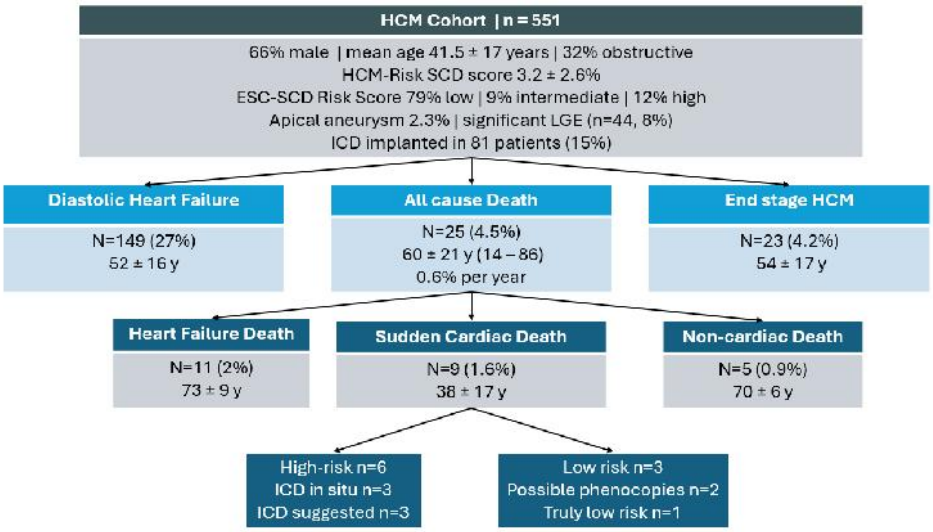
14/11/26 · METIS / METIS

E. Papatheodorou[1], **D. Vlachomitros[2]**, E. Tsakonas[3], M. Pantou[2], A. Papageorgiou[2], P. Gourzi[2], Stefania Sventzouri[2], S. Georgopoulos[2], D. Antonakaki[1], M. Efraimidis[1], P. Vardas[2], A. Anastasakis[1]

[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ, [2]Onassis Cardiac Surgery Centre, Unit of Inherited and Rare Cardiovascular diseases, [3]Greek National Network for Prevention of Sudden Cardiac Death In the Young, Athens, Greece

Background: Hypertrophic cardiomyopathy (HCM) is associated with significant morbidity and mortality. We aimed to characterise clinical outcomes in a modern HCM cohort managed according to current ESC guidelines. Methods: We conducted a prospective analysis of a single-centre HCM cohort with follow-up from 2017 to 2025. All-cause mortality was ascertained through the national electronic health records platform. Mode of death was determined through direct communication with next-of-kin and consultation with forensic pathology services. Risk stratification used the ESC HCM SCD score alongside modifying factors. End-stage HCM was defined as LVEF <0%. Results: 551 patients with HCM were included (66% male, mean age 41.5 ± 17 years). Genetic testing was performed in 161 patients (29%), of whom 50% harboured a pathogenic/likely pathogenic variant. Most patients (79%) were classified as low risk. An ICD was implanted in 81 patients (15%). Additional modifying risk factors were present in 10.3% of the cohort (8% significant LGE, 2.3% apical aneurysm). During follow-up, 27% developed diastolic HF and 4.2% progressed to end-stage HCM. A total of 25 patients died (4.5% - 0.57% per year): SCD in 9, HF-related in 11 and non-cardiac in 5 patients. SCD occurred at a significantly younger age compared with HF-related death (38 ± 17 vs. 73 ± 9 years). Among the 9 SCD patients, 6 had been previously identified as high-risk including 3 patients who died suddenly with an ICD in situ. Of the 3 SCD patients without identifiable high-risk features, 2 had clinical features suggestive of a syndromic phenocopy: one with borderline systolic function and syndromic facial characteristics, and one with early-onset HF, a borderline risk score (3.5%) and near-significant LGE (14%). Conclusions: In this contemporary real-world HCM cohort, overall mortality and SCD rates were low, supporting the effectiveness of modern risk stratification tools and guideline-based management. SCD not captured as high risk was rare (0.5%) and reflect limitations in differential diagnosis and phenocopy recognition rather

than inadequacy of the models themselves. These findings reinforce that, in the current era, HCM can be a relatively low-mortality condition when managed with systematic risk assessment, timely ICD implantation and structured HF surveillance.



ΠΑ181|Atypical Presentation of Fulminant Myocarditis: A Diagnostic Dilemma in a 21-year-old

14/11/26 · METIS / METIS

Ε. Ζιάκα[1], Ι. Μηττάς[1], Ι. Κατραντζής[1], Ε. Ακήφογλου[1], Σ. Μαδυτίνου[1], Δ. Μακρυγιάννης[1], Ι. Στρατάκης[1], Ν. Καμπουρίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η κεραυνοβόλος μυοκαρδίτιδα (FM) σε νέους ασθενείς μπορεί να υποδυθεί δομικές καρδιοπάθειες. Η "ψευδο-υπερτροφία" (πάχυνση τοιχωμάτων λόγω οιδήματος/διήθησης) αποτελεί διαγνωστική παγίδα που απαιτεί διαφορική διάγνωση από την Υπερτροφική Μυοκαρδιοπάθεια (HCM) και διηθητικά νοσήματα. Υλικό και μέθοδος: Άντρας 21 ετών, Αφρικανικής καταγωγής, προσήλθε λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου με συνοδό βήχα και επιγαστραλγία. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα του ασθενούς ήταν παθολογικό, φλεβοκομβικός ρυθμός με διαταραχές ενδοκοιλιακής αγωγιμότητας και διαταραχές επαναπόλωσης στο κατώτερο και προσθιοπλάγιο τοίχωμα, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σοβαρά επηρεασμένη συνολική συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας με EF 35% και GLS -10%, υπερτροφία τοιχωμάτων με ανομοιογενή ηχογένεια του μυοκαρδίου, οριακά αυξημένο πάχος του ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας (5mm) και ήπια περικαρδιακή συλλογή. Στον εργαστηριακό έλεγχο υπήρχε σημαντική κίνηση της τροπονίνης και υψηλή τιμή CRP. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με β-αποκλειστή και αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, αλλά σε σύντομο χρονικό διάστημα, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, παρουσίασε αιφνιδίως πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με διευρυσμένα QRS, οπότε και τοποθετήθηκε προσωρινός βηματοδότης, χωρίς όμως αποτέλεσμα, καθώς ακολούθησε καρδιακή ανακοπή με μη απινιδώσιμο ρυθμό και, παρά τις προσπάθειες καρδιοαναπνευστικής αναζωογόννησης, ο ασθενής κατέληξε. Αποτελέσματα: Η αρχική υπόνοια υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας καταρρίφθηκε από την οξεία φλεγμονώδη ανταπόκριση αναδεικνύοντας την πάχυνση των τοιχωμάτων ως "ψευδο-υπερτροφία" επί εδάφους διάχυτου μυοκαρδιακού οιδήματος. Σύμφωνα με τα ESC Guidelines, η εμφάνιση ανεξήγητου πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού σε νέο ασθενή, σε συνδυασμό με την εθνικότητα, μετατοπίζει τη διαγνωστική σκέψη προς την Καρδιακή Σαρκοείδωση (CS) έναντι της Γιγαντοκυτταρικής Μυοκαρδίτιδας (GCM). Η CS αποτελεί τον κυρίαρχο "μιμητή" δομικών καρδιοπαθειών, όπου η κοκκιωματώδης διήθηση του ερεθισματαγωγού συστήματος και του μυοκαρδίου προηγείται της ινωτικής φάσης, εξηγώντας την πρώιμη ηλεκτρική αστάθεια και την ψευδο-υπερτροφική απεικόνιση. Συμπεράσματα: Η κεραυνοβόλος μυοκαρδίτιδα δύναται να παρουσιαστεί με φαινότυπο που μιμείται υπερτροφικές ή διηθητικές καρδιοπάθειες, με τη διάχυτη πάχυνση των τοιχωμάτων να αντανακλά οξύ φλεγμονώδες οίδημα. Σε αυτό το πλαίσιο, η εμφάνιση υψηλού βαθμού κολποκοιλιακού αποκλεισμού σε νέο ασθενή αποτελεί κρίσιμο διαγνωστικό σημείο, υποδηλώνοντας εκτεταμένη μυοκαρδιακή προσβολή και αυξημένο κίνδυνο ταχείας επιδείνωσης. Η ενσωμάτωση κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών δεδομένων, με γνώμονα τα “red flags”, είναι καθοριστική για την έγκαιρη αναγνώριση και τη σωστή διαστρωμάτωση κινδύνου σε τέτοια σύνθετα περιστατικά.

ΠΑ182|Καρδιολογικές επιπλοκές μετά από λοίμωξη SARS-CoV-2: συχνότητα περικαρδίτιδας, μυοκαρδίτιδας και έκπτωσης λειτουργικότητας αριστερής κοιλίας – Μονοκεντρική αναδρομική μελέτη

14/11/26 · METIS / METIS

K. Gkampras[1]
[1]Ξάνθη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ Οι καρδιολογικές επιπλοκές μετά από λοίμωξη SARS-CoV-2 αποτελούν σημαντική κλινική πρόκληση. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της επίπτωσης, του κλινικού φάσματος και της έκβασης περικαρδίτιδας, μυοκαρδίτιδας και δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) σε ασθενείς που προσήλθαν για καρδιολογική εκτίμηση μετά από επιβεβαιωμένη νόσηση COVID-19. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ Αναδρομική μελέτη σε ιδιωτικό καρδιολογικό ιατρείο στην Ξάνθη (06/2020–06/2024). Εντάχθηκαν 2732 ασθενείς (γυναίκες: 66,5%, ηλικιακό εύρος 18–76 ετών) με εργαστηριακά επιβεβαιωμένη νόσηση COVID-19 (PCR ή rapid test δηλωμένο σε δημόσιο φορέα) που προσήλθαν 21-30 ημέρες μετά αρνητικοποίηση του τεστ. Όλοι υποβλήθηκαν σε ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) σε baseline και σε follow-up 1, 3, 6 και 12 μηνών. Καρδιακό MRI πραγματοποιήθηκε σε περιπτώσεις μυοκαρδίτιδας ή ανεξήγητης δυσλειτουργίας ΑΚ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Περικαρδίτιδα διαγνώσθηκε σε 601 ασθενείς (22,0%· γυναίκες 67,7%). Φαρμακευτική αγωγή χορηγήθηκε σε 189 ασθενείς (31,4%): ιμπουπροφαίνη σε 136, κολχικίνη σε 38 και δεξαμεθαζόνη + κολχικίνη σε 15. Πλήρης υποχώρηση εντός μηνός παρατηρήθηκε σε 309 ασθενείς (51,4%), ενώ 241 (40,1%) εμφάνισαν ίνωση του περικαρδίου χωρίς αιμοδυναμικές επιπτώσεις. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε collapsus του δεξιού κόλπου ή καρδιακό επιπωματισμό. Μυοκαρδίτιδα διαγνώσθηκε σε 12 ασθενείς (0,44%)· 9 (75%) ήταν ασυμπτωματικοί, και η διάγνωση έγινε μέσω πρωτοκόλλου screening. Καρδιακό MRI σε 11/12 επιβεβαίωσε ίνωση σε 2 ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν μόνιμη καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΑ-mEF). Ένα περιστατικό παρουσίασε εικόνα STEMI (οξεία μυοκαρδίτιδα) και παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο κέντρο. Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF): Νέα δυσλειτουργία ΑΚ σε 1.158 ασθενείς (42,4%). Το 98,8% ανέκτησε LVEF ≥55% στο τελικό follow-up. Μόνιμη διατατική μυοκαρδιοπάθεια (LVEF ~30%, εκτεταμένη ίνωση σε MRI) σε 16 ασθενείς (0,6%). Αρρυθμίες καταγράφηκαν σε 1974 ασθενείς (72,2%), με ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό σε ασθενείς με περικαρδίτιδα (89,8%) και μυοκαρδίτιδα (100%). Η ηλικιακή συχνότητα ήταν 35 - 55 έτη. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Σε ασθενείς με post-COVID καρδιολογική αξιολόγηση, η περικαρδίτιδα είναι η συχνότερη δομική επιπλοκή, η δυσλειτουργία ΑΚ είναι κατά κύριο λόγο αναστρέψιμη (98,8%), και η μυοκαρδίτιδα -αν και σπάνια- είναι ανιχνεύσιμη κυρίως μέσω συστηματικού screening σε ασυμπτωματικούς. Η ίνωση περικαρδίου σε 40,1% των ασθενών με περικαρδίτιδα απαιτεί μακροπρόθεσμη παρακολούθηση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την εφαρμογή δομημένης καρδιολογικής παρακολούθησης μετά από λοίμωξη SARS-CoV-2.

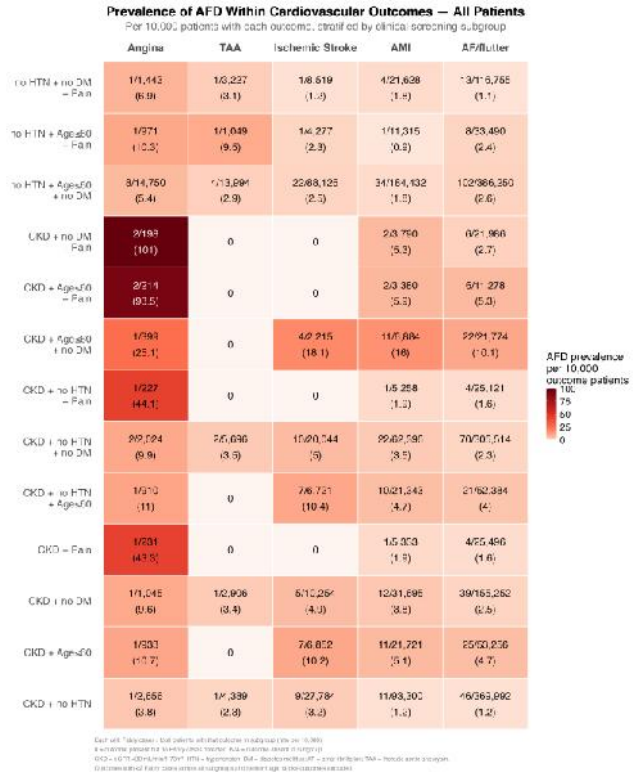
ΠΑ183|Anderson - Fabry disease and acute cardiovascular events: Insights from the National Inpatient Sample

14/11/26 · METIS / METIS

E. Alexandrou[1], A. Antonopoulos[2], F.E. Kourti[2], M.E. Koilakou[2], D. Terentes-Printzios[2], I. Panagiotopoulos[2], G. Tsivgoulis[2], G. Papagiannopoulou[2], K. Tsioufis[2], C. Vlahopoulos[2]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Anderson-Fabry disease (AFD) is a rare lysosomal storage disorder characterized by intracellular lipid accumulation and organ dysfunction. Despite increasing recognition of its cardiovascular burden, population-level data remain limited. We sought to examine the association between AFD and cardiovascular diseases (CVD) and identify populations with increased AFD prevalence. Methods: We analyzed the National Inpatient Sample (2015–2019). Hospitalizations with AFD, cardiovascular diagnoses (acute myocardial infarction [AMI], ischemic stroke, hemorrhagic stroke, atrial fibrillation [AF]/flutter, thoracic aortic aneurysm [TAA], and angina pectoris), and cardiovascular risk factors were identified using ICD-10-CM codes. Potential repeat admissions were addressed using a similarity-based deduplication algorithm. Associations between AFD and cardiovascular outcomes were assessed using multivariate logistic regression and reported as adjusted odds ratios (aORs) with 95% confidence intervals (CIs). Analyses were stratified by primary versus any-position diagnosis coding. Phenotype-based analyses were performed to identify patient subgroups enriched for AFD.Results: Among 30,258,704 hospitalizations, 554 deduplicated AFD were identified (mean age 49.9±17.2 years; 41.7% female). AFD was independently associated with AMI (aOR 3.70, 95% CI 2.72–5.03), ischemic stroke (aOR 4.06, 95% CI 2.74–6.00), AF/flutter (aOR 4.46, 95% CI 3.62–5.49), angina pectoris (aOR 8.69, 95% CI 3.88–19.44), and TAA (aOR 3.45, 95% CI 1.29–9.24). Associations remained consistent in primary-diagnosis analyses. AFD prevalence was highest among younger patients with chronic kidney disease (CKD) and without traditional

cardiovascular risk factors, particularly those presenting with angina, AMI, ischemic stroke, or AF/flutter.Conclusions: AFD is associated with CVD and should be considered in younger patients presenting with these conditions, particularly in the presence of CKD and absence of traditional risk factors.



Association of AFD with Cardiovascular Diagnoses

Outcome	OR (95% CI)	p value	Forest plot
UNIVARIABLE			
AF / flutter	2.721 (2.264–3.270)	<0.001	
AMI	2.805 (2.075–3.794)	<0.001	
Ischemic stroke	2.686 (1.824–3.954)	<0.001	
Angina pectoris	6.888 (3.081–15.399)	<0.001	
Thoracic aortic aneurysm	2.684 (0.996–7.123)	0.051	
Hemorrhagic stroke	1.983 (0.742–5.302)	0.173	
MULTIVARIABLE — OVERALL DIAGNOSIS			
AF / flutter	4.456 (3.619–5.488)	<0.001	
AMI	3.696 (2.718–5.026)	<0.001	
Ischemic stroke	4.055 (2.743–5.996)	<0.001	
Angina pectoris	8.685 (3.880–19.439)	<0.001	
Thoracic aortic aneurysm	3.449 (1.288–9.239)	0.014	
Hemorrhagic stroke	2.441 (0.912–6.539)	0.076	
MULTIVARIABLE — FIRST (PRIMARY) DIAGNOSIS			
AF / flutter	3.514 (2.330–4.230)	<0.001	
AMI	3.190 (2.107–4.828)	<0.001	
Ischemic stroke	3.788 (2.385–6.010)	<0.001	
Hemorrhagic stroke	3.420 (1.098–10.651)	0.034	

0.5 1 2 4 8 16

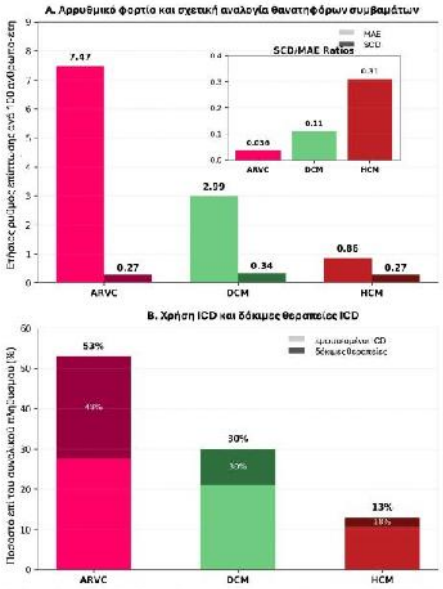
ΠΑ184|Αρρυθμικό φορτίο και αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ανάλογα με τον φαινότυπο μυοκαρδιοπάθειας στη σύγχρονη εποχή των εμφυτεύσιμων απινιδωτών

14/11/26 · METIS / METIS

Β. Γαρδικιώτη[1], Α. Αντωνόπουλοσ[1], Α. Κορδαλής[1], Α. Κασιακόγιας[1], Δ. Τερεντές Πρίντζιος[1], Χ. Κασκούτης[1], Π. Ξύδης[1], Δ. Τσιαχρής[1], Γ. Λάζαρος[1], Κ. Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός. Οι κληρονομικές μυοκαρδιοπάθειες χαρακτηρίζονται από ετερογένεια ως προς το αρρυθμικό προφίλ και τον κίνδυνο αιφνιδίου καρδιακού θανάτου (sudden cardiac death, SCD). Στη σύγχρονη εποχή των εμφυτεύσιμων καρδιομετατροπέων-απινιδωτών (implantable cardioverter-defibrillators, ICDs), η σχέση μεταξύ συνολικού φορτίου κακοήθων κοιλιακών αρρυθμιών και SCD παραμένει ατελώς χαρακτηρισμένη ανά φαινότυπο μυοκαρδιοπάθειας. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση του συνόλου των αρρυθμικών συμβαμάτων (major arrhythmic events, MAE) συμπεριλαμβανομένων των ΑΚΘ και της χρήσης ICD σε αντιπροσωπευτικούς πληθυσμούς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (hypertrophic cardiomyopathy, HCM), διατατική μυοκαρδιοπάθεια (dilated cardiomyopathy, DCM) και αρρυθμιογόνο μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας (arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, ARVC).Υλικό και μέθοδος. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση της επίπτωσης συμβαμάτων με χρήση συγκεντρωτικών δεδομένων από σύγχρονες μελέτες πληθυσμών HCM, DCM και ARVC. Τα MAE περιλάμβαναν επεισόδια εμμένουσας κοιλιακής αρρυθμίας, δόκιμων θεραπειών ICD (αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση ή δόκιμη εκφόρτιση), αναταχθέντων SCD ή SCD. Υπολογίστηκαν οι ετήσιοι ρυθμοί επίπτωσης ανά 100 ανθρωπο-έτη για κάθε τύπο συμβάματος και η αναλογία SCD/MAE. Επιπλέον, υπολογίστηκε η χρήση ICD σε κάθε πληθυσμό ως σύνολο εμφυτευμένων ICD προς μέγεθος πληθυσμού, ενώ ο λόγος κατάλληλων θεραπειών ICD προς σύνολο εμφυτευμένων ICD υπολογίστηκε από τις μελέτες που ανέφεραν και τις δύο μεταβλητές. Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκαν σαφείς διαφορές μεταξύ των φαινοτύπων ως προς το αρρυθμικό προφίλ. Η ARVC παρουσίαζε το υψηλότερο αρρυθμικό φορτίο και τη χαμηλότερη σχετική αναλογία θανατηφόρων συμβαμάτων (n=1.199, 7.059 ανθρωπο-έτη, 527 MAE, 19 SCD, 7,47 MAE και 0,27 SCD ανά 100 ανθρωπο-έτη, λόγος SCD/MAE 0,04). Η χρήση ICD ήταν 53% και ο λόγος δόκιμων θεραπειών ICD προς αριθμό εμφυτευμένων ICD 48%. Η DCM παρουσίασε ενδιάμεσο προφίλ (n=3.478, 8.231 ανθρωπο-έτη, 246 MAE, 28 SCD, 2,99 MAE και 0,34 SCD ανά 100 ανθρωπο-έτη, λόγος SCD/MAE 0,11), με χρήση ICD 30% και λόγο δόκιμων θεραπειών/ICD 30%. Αντίθετα, η HCM είχε το χαμηλότερο αρρυθμικό φορτίο αλλά τη μεγαλύτερη σχετική αναλογία θανατηφόρων συμβαμάτων (n=20.923, 133.289 ανθρωπο-έτη, 1.152 MAE, 358 SCD, 0,86 MAE και 0,27 SCD ανά 100 ανθρωπο-έτη, λόγος SCD/MAE 0,31), με χρήση ICD 13% στον πληθυσμό και λόγο δόκιμων θεραπειών/ICD 18%.Συμπεράσματα. Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν την ανάγκη περαιτέρω βελτίωσης των σύγχρονων μεθόδων διαστρωμάτωσης αρρυθμικού κινδύνου για τους διαφορετικούς φαινότυπους μυοκαρδιοπάθειας με στόχο αποτελεσματικότερη πρόληψη του SCD στη σύγχρονη εποχή των ICD.



Εικόνα 1. Αρρυθμικό φορτίο και χρήση εμφυτεύσιμων καρδιομετατροπέων-απινιδωτών ανά φαινότυπο μυοκαρδιοπάθειας. (**Α**) Ετήσιοι ρυθμοί επίπτωσης ανά 100 ανθρωπο-έτη του συνόλου των MAE και SCD σε πληθυσμούς με ARVC, DCM και HCM. Ο λόγος SCD/MAE απεικονίζει τη σχετική αναλογία των θανατηφόρων συμβαμάτων επί του συνόλου των αρρυθμικών συμβαμάτων. (**Β**) Χρήση ICD στον συνολικό πληθυσμό κάθε φαινοτύπου, εκφραζόμενη ως λόγος εμφυτευμένων ICD προς το μέγεθος του πληθυσμού, και ποσοστό των ασθενών με ICD που παρουσίασαν δόκιμες θεραπείες της συσκευής. **Συντομογραφίες:** MAE: μείζονα αρρυθμικά συμβάματα, SCD: αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, ICD: εμφυτεύσιμος καρδιομετατροπέας-απινιδωτής, ARVC: αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας, DCM: διατατική μυοκαρδιοπάθεια, HCM: υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

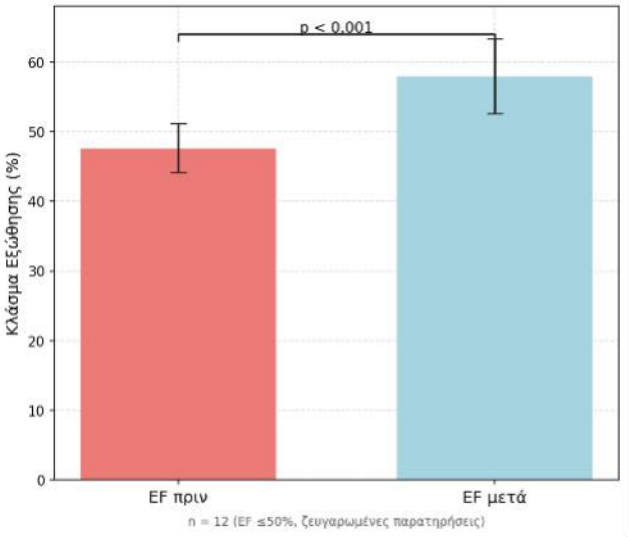
ΠΑ185|Αποτελεσματικότητα της Φλεκαϊνίδης σε Ασθενείς με Μυοκαρδιοπάθεια από ΕΚΣ: Υποανάλυση της Μελέτης UNIFLECA

14/11/26 · METIS / METIS

Σ. Κωτούλας[1], Δη. Τσιάχρης[2], Ε. Καλλέργης[3], Γ. Λεβεντόπουλος[4], Δ. Ηλιόπουλος[2], Χ.Κ. Αντωνίου[2], Γ. Δεληγιάννης[2], Αθ. Κωτούλας[1], Λ. Πουλημενος[1], Κ. Τσιούφης[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ) σε ασθενείς με αυξημένο φορτίο (>10%) ενδέχεται να προκαλέσουν μυοκαρδιοπάθεια επαγόμενη από ΕΚΣ. Η φλεκαϊνίδη μπορεί να προσφέρει θεραπευτικό όφελος σε μια τέτοια ομάδα ασθενών.Σκοπός: Διερεύνηση της επίδρασης της φλεκαϊνίδης στη συστολική λειτουργία σε ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια από ΕΚΣ και κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) ≤50%, στο πλαίσιο της μελέτης UNIFLECA.Μέθοδος: Διενεργήθηκε υποανάλυση των ασθενών με ΚΕΑΚ ≤50% κατά την ένταξη. Το ημερήσιο φορτίο ΕΚΣ υπολογίστηκε από 24ωρα Holter κατά το screening, πριν την έναρξη της αγωγής και κατά την παρακολούθηση υπό φλεκαϊνίδη. Οι εντός ομάδας μεταβολές του φορτίου ΕΚΣ και της ΚΕΑΚ αξιολογήθηκαν με συζευγμένες παρατηρήσεις (Wilcoxon signed-rank και t-test αντίστοιχα), ενώ το αρχικό και το υπολειπόμενο φορτίο ΕΚΣ συγκρίθηκαν με την υπόλοιπη κοόρτη με τη δοκιμασία Mann-Whitney. Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσος όρος ± τυπική απόκλιση ή διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Σε όλους τους ασθενείς αποκλείστηκε η στεφανιαία νόσος και διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς.Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 125 ασθενών της μελέτης UNIFLECA, 11,2% (n=14) παρουσίαζαν μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕΑΚ ≤50%) κατά την ένταξή τους (μέση ΚΕΑΚ 47,6 ± 3,5%). Οι ασθενείς αυτοί εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερο αρχικό φορτίο ΕΚΣ στο διαγνωστικό Holter έναντι της υπόλοιπης κοόρτης [διάμεση τιμή 21,9% (IQR 14,0–29,4) έναντι 11,2% (IQR 8,7–18,1), p=0,008], ενώ στο επιβεβαιωτικό Holter η διαφορά ήταν ομόρροπη αλλά μη σημαντική (19,0% έναντι 14,5%, p=0,21).Στους ασθενείς με διαθέσιμη επανεκτίμηση Holter (n=12), η φλεκαϊνίδη μείωσε το φορτίο ΕΚΣ από 17,2% (IQR 12,4–24,1) σε 0,6% (IQR 0,0–4,9) κατά τη βέλτιστη παρακολούθηση (p=0,004), με 80% των ασθενών να επιτυγχάνουν μείωση ≥80%, ποσοστό συγκρίσιμο με την υπόλοιπη κοόρτη (75%, p=NS). Η καταστολή ωστόσο ήταν βραδύτερη: στον πρώτο μήνα το διάμεσο υπολειπόμενο φορτίο ανερχόταν σε 7,0% έναντι 0,6% στους υπόλοιπους ασθενείς (p=0,03). Η μέση ΚΕΑΚ αυξήθηκε από 47,6 ± 3,5% σε 57,9 ± 5,4% υπό φλεκαϊνίδη (p<0,001). Βελτίωση της συστολικής λειτουργίας παρουσίασαν 11/12 ασθενείς, ενώ επάνοδος σε φυσιολογικές τιμές (ΚΕΑΚ ≥50%) επιτεύχθηκε επίσης σε 11/12.Συμπεράσματα: Τα ευρήματα τεκμηριώνουν την αναστρεψιμότητα της μυοκαρδιοπάθειας επαγόμενης από ΕΚΣ με αποτελεσματική αντιαρρυθμική αγωγή. Η χορήγηση φλεκαϊνίδης είναι ασφαλής και αποτελεσματική σε ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια από ΕΚΣ μετα από αποκλεισμό έκδηλης δομικής καρδιοπάθειας



ΠΑ186|Διαγνωστικές προκλήσεις στις μυοκαρδιοπάθειες: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από θρόμβωση του ωτίου του αριστερού κόλπου επί απουσίας τεκμηριωμένης κολπικής μαρμαρυγής

14/11/26 · METIS / METIS

Π. Κοσμάς[1], Μ. Κυριαζής[1], Δη. Σιούτης[1], Ν. Κουρής[1], Ε.Ε. Κουφού[1], Ά.Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η διάκριση μεταξύ πρωτοπαθούς μυοκαρδιοπάθειας και μυοκαρδιοπάθειας επαγόμενης από συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές μπορεί να είναι δυσχερής όταν συνυπάρχουν μεταβαλλόμενη συστολική λειτουργία και ασυμφωνία μεταξύ των απεικονιστικών εξετάσεων. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού με συχνή εκτακτοσυστολική αρρυθμία αμφίβολα ευρήματα μυοκαρδιοπάθειας και οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω θρόμβωσης του ωτίου του αριστερού κόλπου, χωρίς τεκμηριωμένη κολπική μαρμαρυγή. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζεται γυναίκα 46 ετών, με διάγνωση μυοκαρδιοπάθειας μη συμπαγοποίησης της αριστερής κοιλίας βάσει μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς το 2023, η οποία προσήλθε μετά από συγκοπτικό επεισόδιο κατά τη βάδιση. Είχε ιστορικό δύο παρόμοιων επεισοδίων, συχνών πολύμορφων έκτακτων κοιλιακών συστολών και φυσιολογικής στεφανιογραφίας. Αξιολογήθηκαν τα κλινικά δεδομένα, η τηλεμετρία, η 24ωρη καταγραφή Holter, η διαθωρακική και διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία, οι διαδοχικές μαγνητικές τομογραφίες καρδιάς και ο έλεγχος θρομβοφιλίας. Αποτελέσματα: Προηγούμενες μαγνητικές τομογραφίες είχαν αναδείξει αμφικοιλιακή διάταση, παροδικά μειωμένη συστολική λειτουργία, αυξημένη κορυφαία δοκίδωση και μη ισχαιμικού τύπου όψιμη ενίσχυση με γαδολίνιο, συμβατή με φλεγμονώδεις και ινωτικές αλλοιώσεις και πιθανό φαινότυπο αρρυθμιογόνου μυοκαρδιοπάθειας. Κατά την παρούσα νοσηλεία, το διαθωρακικό υπερηχογράφημα έδειξε διάταση της αριστερής κοιλίας, κλάσμα εξώθησης 45–50% και ήπια διάχυτη υποκινησία, χωρίς σαφή κριτήρια μη συμπαγοποίησης. Η τηλεμετρία και το Holter κατέγραψαν φορτίο έκτακτων κοιλιακών συστολών>%. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας, η ασθενής εμφάνισε οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από απόφραξη της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και έλαβε ενδοφλέβια τενεκτεπλάση, με σημαντική νευρολογική βελτίωση. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ανέδειξε ευκίνητο θρόμβο στο ωτίο του αριστερού κόλπου, χωρίς τεκμηριωμένη κολπική μαρμαρυγή, και χορηγήθηκε νταμπιγκατράνη. Επαναληπτική μαγνητική τομογραφία έδειξε φυσιολογική αμφικοιλιακή λειτουργία χωρίς σαφείς δομικές ανωμαλίες. Σε επανέλεγχο ενός μηνός, ο θρόμβος είχε υποχωρήσει πλήρως, ενώ το φορτίο έκτακτων κοιλιακών συστολών παρέμενε>% παρά τη θεραπεία με βισοπρολόλη και φλεκαϊνίδη, και προτάθηκε διακαθετηριακή κατάλυση. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ανέδειξε ετεροζυγωτία για τη μετάλλαξη G20210A της προθρομβίνης και την παραλλαγή MTHFR A1298C, με την τελευταία να μη θεωρείται ανεξάρτητος θρομβοφιλικός παράγοντας.Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη διαγνωστική πολυπλοκότητα ασθενών με συχνή κοιλιακή εκτοπία και αμφίβολα ευρήματα μυοκαρδιοπάθειας. Η συνύπαρξη παθολογικού μυοκαρδιακού ή κολπικού υποστρώματος και κληρονομικής προθρομβωτικής προδιάθεσης πιθανώς διευκόλυνε τη θρόμβωση του ωτίου. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποδόθηκε σε πολυπαραγοντικό καρδιοεμβολικό μηχανισμό.

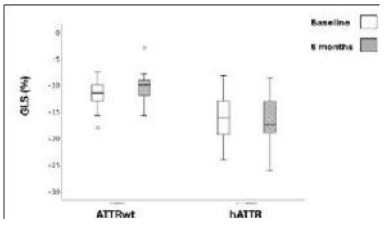
ΠΑ187|Καρδιακή αναδιαμόρφωση και εξέλιξη αρτηριακής σκληρίας σε ασθενείς με καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη, μη κληρονομούμενη έναντι κληρονομικής μορφής υπό αγωγή 6μηνών με tafamidis

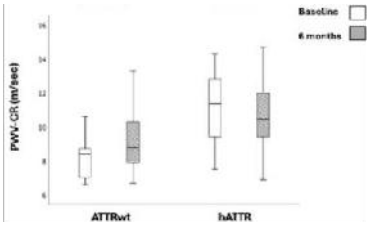
14/11/26 · METIS / METIS

Δ.Κορέλα[1], Ε. Φουκαράκης[1], Ι. Ζαγανάς[2], Μ. Δράκος[2], Α. Πλευριτάκη[3], Σ. Μαραγκουδάκης[4], Α. Πατριανάκος[3], Ν. Καψωριτάκης[5], Σ. Κουκουράκη[6], Ό. Μπουρογιάννη[5], Χ. Ποντικόγλου[7], Μ. Ψυλλάκη[8], Ε. Παπαδάκη, Δ. Σαμωνάκης[9], Ε. Δετοράκης[10], Ι. Πετράκης[11], Κ. Στυλιανού[12], Γ. Χλουβεράκης[13], Ε. Γιαννακουδάκης[14], Α. Aleksova[15], Ε. Σημαντηράκης[16], Γ. Κοχιαδάκης[3], Μ. Μαρκέτου[3]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Νευρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [6]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [7]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Αιματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [8]Αιματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [9]Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [10]Ακτινολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [11]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Νεφρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [12]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Νεφρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου, [13]Τμήμα Βιοστατιστικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [14]Νευρολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [15]Τμήμα Ιατρικών, Χειρουργικών και Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Τεργέστης · Καρδιοθωρακοαγγειακό Τμήμα, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Τεργέστη, Ιταλία, [16]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Καρδιολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου

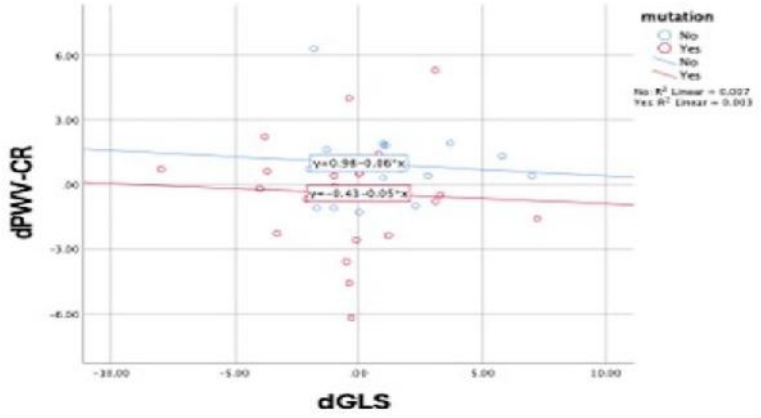
Εισαγωγή/Σκοπός: Η κληρονομική (ATTRv) και η μη κληρονομούμενη (wtATTR) καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη αποτελούν δύο διακριτές μορφές καρδιακής αμυλοείδωσης (ΚΑ) που διαφέρουν ως προς τη γενετική βάση, την κλινική εξέλιξη και τα πρότυπα καρδιακής αναδιαμόρφωσης, ενώ και οι δύο μορφές εμφανίζουν αγγειακή συμμετοχή όπως αυτή εκφράζεται μέσω της αύξηση της αρτηριακής σκληρίας. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της εξέλιξης της καρδιακής αναδιαμόρφωσης και της αρτηριακής σκληρίας μεταξύ των δύο τύπων, σε έναν καλά χαρακτηρισμένο κρητικό πληθυσμό.Υλικό και Μέθοδος: Προοπτική πολυκεντρική μελέτη με 39 ασθενείς με ATTR, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε γονοτύπηση TTR και πλήρη κλινική, υπερηχοκαρδιογραφική και αγγειακή αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης ταχύτητας διάδοσης σφυγμικού κύματος [Pulse Wave Velicity (PWV)]. Η λειτουργική ικανότητα και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη και έξι μήνες μετά την έναρξη αγωγής με σταθεροποιητή (tafamidis).Αποτελέσματα: Παθογόνες παραλλαγές του γονιδίου της τρανσθυρετίνης (TTR) ανιχνεύθηκαν στο 56% των ασθενών, οι οποίες αφορούσαν κυρίως την παραλλαγή pVal114Ala (38,5%) η οποία απομονώνεται σχεδόν αποκλειστικά στο Ηράκλειο Κρήτης και την παραλλαφή pVal50Met (18%). Οι φορείς μετάλλαξης ήταν νεότεροι (60,8 έναντι 79,1 ετών, p<0,001), είχαν καλύτερη λειτουργική ικανότητα (δοκιμασία 6 λεπτών βάδισης: 439±121 m έναντι 351±103 m, p=0,021) και πιο υψηλή τιμή επιμήκους μυοκαρδιακής παραμόρφωσης [strain αριστερής κοιλίας (GLS)] σε σχέση με τους wtATTR ασθενείς. Οι ATTRv ασθενείς εμφάνισαν λιγότερο έντονη υπερτροφία αριστερής κοιλίας και διάταση αριστερού κόλπου. Η αρτηριακή σκληρία (c-r PWV) ήταν υψηλότερη στους ATTRv τόσο κατά την ένταξη όσο και στη διάρκεια παρακολούθησης (p<0,05), με τάση βελτίωσης μετά τη θεραπεία 6 μηνών με tafamidis. Η ποιότητα ζωής η οποία εκτιμήθηκε με ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ήταν ευνοϊκότερη για τους ATTRv μετά από έξι μήνες αγωγής. Συμπεράσματα: Ο γονότυπος TTR επηρεάζει την καρδιακή αναδιαμόρφωση, την αγγειακή συμμετοχή και τη λειτουργικότητα στην ΚΑ. Οι ATTRv ασθενείς με παραλλαγές pVal50Met και pVal114Ala είναι νεότεροι, με καλύτερη μυοκαρδιακή λειτουργία, αλλά αυξημένη αρτηριακή σκληρία σε σχέση με τους wtATTR. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη γονοτυπο-ειδικής αξιολόγησης και εξατομικευμένης αντιμετώπισης των ασθενών.

Ήπια βελτίωση GLS στο group ATTRv από −16.1 ± 4.2 % σε −16.7 ± 4.1 % και **ήπια επιδείνωση GLS στο group wtATTR** από −11.7 ± 2.6 % σε −10.6 ± 3.1 % **(p=0.001)**





- **Υψηλότερες τιμές PWV-CR** 11 ± 2 m/s στο group **ATTRv** vs 8,2 ± 2,7 m/s στο group wtATTR (**p < 0.001**)
- 6 μήνες οι αντίστοιχες τιμές 10,65 ± 2,17 m/s vs 9,14 ± 1,77 m/s (**p = 0.021**)



Τάση βελτίωσης PWV-CR αποκλειστικά στο group **ATTRv** (ΔPWV-CR −0,5 ± 2,6 m/s στην ομάδα ATTRv vs 0,9 ± 1,8 m/s στο group wtATTR (**p = 0.06**)

ΠΑ188|Transitioning Congenital Heart Disease Care from Paediatric to Adult Services: A Central and South-Eastern European Survey

14/11/26 · METIS / METIS

A. Arvanitaki[1], I. Simkova[2], K. Prokselj[3], A. Strenge[4], M. Lipczynska[5], A. Kaneva[6], L. Gumbiene[7], P. Antonova[8], H. Balint[9], I. Mircea Coman[10], A. Jossif[11], U. Yasar Sinan[12], M. Caruana[13], A. Nikolic[14], G. Giannakoulas[15], M. Gatzoulis[16], M. Brida[17]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Cardiology and Angiology of Medical Faculty, National Institute of Cardiovascular Diseases Slovak Medical University Bratislava, Slovakia, [3]Medical Faculty of the University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia, [4]Paul Stradins Clinical University Hospital, Riga, Latvia, [5]Institute of Cardiology in Warsaw (Department of Congenital Heart Disease), Warsaw, Poland, [6]National Heart Hospital, Sofia, Bulgaria, [7]University Hospital Santaros Klinikos, Vilnius, Lithuania, [8]Motol University Hospital, Prague, Czechia, [9]Gottsegen National Cardiovascular Center, Budapest, Hungary, [10]Institute of Cardiovascular Diseases Prof. C.C. Iliescu, Bucharest, Romania, [11]Paedi Center for Specialized Pediatrics, Athalassa Avenue, 178, Nicosia 2025, Cyprus, [12]Department of Cardiology, Istanbul University Institute of Cardiology, Haseki, Aksaray, 34350, Istanbul, Turkey, [13]Department of Cardiology, Mater Dei Hospital, Birkirkara Bypass, Malta, [14]Institute for Cardiovascular Diseases Dedinje, Belgrade, Serbia; Faculty of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia, [15]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [16]Adult Congenital Heart Centre and National Centre for Pulmonary Hypertension, Royal Brompton & Harefield Hospitals, Guys & St Thomas's NHS Trust, London, UK., [17]Department of Medical Rehabilitation, Medical Faculty, University of Rijeka, Croatia and Adult Congenital Heart Centre and National Centre for Pulmonary Hypertension, Royal Brompton & Harefield Hospitals, Guys & St Thomas's NHS Trust, London, UK

Aims: Transition from paediatric to adult congenital heart disease (ACHD) care is a critical determinant of lifelong disease management for individuals with CHD. However, structured transition programmes remain inconsistently implemented, and data are lacking on current practices in Central and South-Eastern European (CESEE) countries. This study aims to evaluate existing transition practices across CESEE and to identify opportunities to improve the development and implementation of structured programmes. Materials and Methods: An online questionnaire was distributed to health care professionals among tertiary centres involved in congenital heart disease care across CESEE countries between September 2025 and January 2026. The survey assessed centre characteristics, transition services, transfer processes, and development priorities. Responses from 60 healthcare CHD professionals representing 43 centres in 21 countries among CESEE region were analysed (Table 1).Results: A formal ACHD service was reported in 29 of 43 centres (67%), mostly established after the year 2000 (72%), caring for a median of 1,500 (IQR 782 - 4000) ACHD patients overall. Only 10 (23%) centres reported having a formal transition programme, with only two centres complying with all strict criteria of structures transition programme (multi-disciplinary team, serial transition counselling visits, structured educational activities and social and psychological support). Transition counselling was typically delivered in a single outpatient visit, commonly involving paediatric and adult CHD specialists, but rarely nurses and psychosocial professionals (20% each). Educational activities implemented are presented in Table 2. Structured transfer processes were inconsistently implemented; only half of centres monitored non-attendance at initial adult visits. In centres without formal programmes, informal counselling largely occurred at the final paediatric or first adult CHD visit, relying on patient self-referral, and lacking follow-up. Conclusions: Formal transition programmes remain limited across CESEE ACHD centres. Standardised clear pathways, investment in dedicated transition clinics, and trained workforce, are needed to improve continuity of care for adolescents with CHD.

Table 1. Representation of CESEE countries, cities and institutions participated in the survey

Country (N =21)	City (N=31)	Institutions by country (N=43)	Number of participants by country (N=60)
Bosnia and Herzegovina	Banja Luka	1	1
Bulgaria	Sofia	2	3
Czech Republic	Prague	3	2
Croatia	Zagreb	1	3
Cyprus	Nicosia	1	1
Estonia	Tartu	1	1
Greece	Thessaloniki, Athens	5	10
Hungary	Budapest	2	2
Kosovo	Pristina	1	1
Latvia	Riga	2	2
Lithuania	Vilnius	2	5
Malta	Msida	1	1
North Macedonia	Skopje	1	1
Poland	Warsaw, Krakow, Poznan	4	5
Republic of Moldova	Chisinau	1	1
Romania	Bucharest, Cluj-Napoca	3	2
Serbia	Belgrade	1	1
Slovakia	Bratislava	1	3
Slovenia	Ljubljana	1	1
Türkiye	Ankara, Istanbul, Kütahya Adana, Gaziantep	5	5
Ukraine	Kyiv, Lviv, Kharkiv	4	4

Table 2. Educational activities provided in 10 formal transition programmes as reported by 15 participants

Patients' understanding about their primary CHD diagnosis	13 (86.6%)
Patients' understanding regarding previous surgical/interventional procedures	13 (86.6%)
Patients' understanding regarding potential long-term complications associated with their disease	13 (86.6%)
Patients' understanding about their estimated prognosis	12 (80%)
Patients' education about infective endocarditis (signs, symptoms, preventive measures)	13 (86.6%)
Patients' counselling about reproduction (contraceptive measures, pregnancy, surrogacy etc)	12 (80%)
Patients' education about healthy diet and exercise (leisure and/or competitive sports)	13 (86.6%)
Patients' counselling about career options in relation with their level of disability	10 (66.6%)
Other	1 (10%)
Missing response	1 (10%)

ΠΑ189|Επίδραση της μαβακαμτένης στους ηλεκτροκαρδιογραφικούς δείκτες σε ασθενείς με αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια: δεδομένα πραγματικού κόσμου 24 εβδομάδων

14/11/26 · METIS / METIS

Μ.Ε Κοιλάκου[1], Α. Κασιακόγιας[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Β. Κυτίνος[1], Α. Κουρουτζόγλου[1], Β. Γαρδικιώτη[1], Θ. Τσάμπρας[1], Δ. Κυριακόπουλος[1], Ε. Αλεξάνδρου[2], Χ. Κασκούτης[1], Α. Ξηνταράκου[1], Α. Λαϊνά[1], Α. Αντωνόπουλος[1],Δ. Τερεντές-Πρίντζιος[1], Α. Μήλιου[1], Γ. Λάζαρος[1], Κ. Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Ο άμεσος αναστολέας μυοσίνης μαβακαμτένη μειώνει την υπερσυσπαστικότητα του μυοκαρδίου και προάγει τη δομική αντίστροφη αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας. Ωστόσο, η επίδραση της θεραπείας στους ηλεκτροκαρδιογραφικούς δείκτες δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της μαβακαμτένης στους ηλεκτροκαρδιογραφικούς δείκτες επαναπόλωσης και υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με oHCM.Μέθοδοι: Σε προοπτική μελέτη πραγματικού κόσμου συμπεριλήφθηκαν 38 διαδοχικοί ασθενείς με oHCM που έλαβαν μαβακαμτένη. Έξι ασθενείς αποκλείστηκαν λόγω βηματοδοτούμενου ρυθμού ή αποκλεισμού σκέλους και η τελική ανάλυση αφορούσε 32 ασθενείς. Διενεργήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών κατά την έναρξη και στις 12 εβδομάδες, ενώ σε υποομάδα 20 ασθενών και στις 24 εβδομάδες. Αξιολογήθηκαν το διάστημα PR, η διάρκεια QRS, το διορθωμένο διάστημα QT (QTc), τα κριτήρια υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας κατά Sokolow-Lyon και Cornell, καθώς και η έκταση, το βάθος και η κατανομή της αναστροφής των κυμάτων T (≥1 mm σε ≥2 συνεχόμενες απαγωγές). Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με ζευγαρωμένη στατιστική ανάλυση. Αποτελέσματα: Κατά την έναρξη της θεραπείας, η αναστροφή των κυμάτων T αφορούσε κατά μέσο όρο 3,16±2,34 απαγωγές. Ο αριθμός αυτός μειώθηκε σε 2,17±2,24 στις 12 εβδομάδες (p=0,004) και περαιτέρω σε 1,15±1,87 στις 24 εβδομάδες (p=0,008). Η αναστροφή των κυμάτων T εντοπιζόταν συχνότερα στις πλάγιες απαγωγές κατά την έναρξη (69%), με προοδευτική μείωση της συχνότητάς της στο 41% στις 12 εβδομάδες και στο 25% στις 24 εβδομάδες. Επιπλέον, το μέσο βάθος της αναστροφής των κυμάτων T στις απαγωγές I και aVL μειώθηκε σημαντικά ήδη από τις 12 εβδομάδες (-0,58 mm και -0,46 mm, αντίστοιχα, p=0,003 και p=0,015), με περαιτέρω μείωση στις 24 εβδομάδες (p=0,012 και p=0,015, αντίστοιχα). Παράλληλα, παρατηρήθηκε προοδευτική υποχώρηση των ηλεκτροκαρδιογραφικών δεικτών υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, με τη θετικότητα των κριτηρίων Sokolow-Lyon να μειώνεται από 44% κατά την έναρξη σε 31% και 10% στις 12 και 24 εβδομάδες, αντίστοιχα, ενώ τα κριτήρια Cornell μειώθηκαν από 50% σε 20% στις 24 εβδομάδες. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στο διάστημα PR, στη διάρκεια του QRS ή στο QTc. Συμπεράσματα: Η θεραπεία με μαβακαμτένη συσχετίστηκε με πρώιμη βελτίωση των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων σε ασθενείς με αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια σε δεδομένα πραγματικού κόσμου. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την ηλεκτρική αναδιαμόρφωση με την εφαρμογή των νέων θεραπειών.

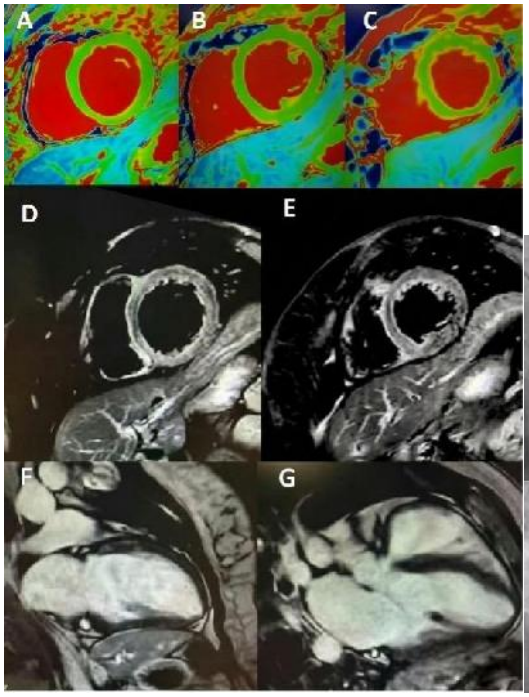
ΠΑ191|Ischemia Until Proven Otherwise: A Case of Subtotal RCA Occlusion Masquerading as Post-COVID Myocarditis

14/11/26 · METIS / METIS

S. Graidis[1], T. Christoforidou[2], V. Karasavvidis[2], K. Giannakakis[2], A. Christidi[3], E. Argyropoulou[4], C. Graidis[2]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, [2]General Clinic, Thessaloniki, Greece, [3]ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

BackgroundDiagnosing ACS in young women remains a significant clinical challenge due to low prevalence. The COVID-19 pandemic introduced a new confounder, where cardiac symptoms in young patients are frequently attributed to viral myocarditis.Case Presentation: A 36-year-old female, nine months postpartum, presented to the emergency Department of another tertiary hospital with acute chest pain of sudden onset with typical angina features. Her past medical history included only a recent mild COVID-19 infection. Initial observations were normal, and she did not take any chronic medication at the time of admission. The ECG revealed T-wave inversion in inferior wall leads, while highly sensitive troponin I was markedly elevated. Then, a transthoracic echocardiogram revealed preserved LVEF with regional inferior wall hypokinesis. Based on the patient's young age and recent viral infection, the assigned cardiologist proceeded to a diagnosis of acute post-COVID-19 myocarditis. The patient underwent a CMR, which reported a "non-ischemic pattern" of Late Gadolinium Enhancement (LGE). The patient was discharged on beta-blocker, and with a recommendation not to participate in physical activity. However, due to persistent symptoms, she visited our Department. We performed a CCTA, which revealed a subtotal occlusion of the RCA and small, non-obstructive plaques in other arteries, confirming diffuse premature atherosclerosis. The patient then underwent PCI of the RCA and was discharged on DAPT, beta-blockers, and a high-intensity statin. Results: After one month, the patient was asymptomatic, with no signs of heart failure, angina, or arrhythmias on 24h Holter monitoring. She continued her medication, and she is scheduled for a repeat CMR at 6 months. Conclusion: This case highlights a "concurrence of pathology" rather than a simple misdiagnosis. It is highly likely that systemic inflammation associated with viral infection triggered the destabilization of a pre-existing, vulnerable atherosclerotic plaque, thus causing a myocardial infarction. While the diagnosis was correct regarding the presence of inflammation on CMR, it was incorrect regarding the cause of the infarction, as it delayed the vital diagnosis of coronary occlusion. In patients with regional hypokinesis and elevated troponin, ACS must be definitively ruled out via coronary imaging before proceeding to a diagnosis of myocarditis.





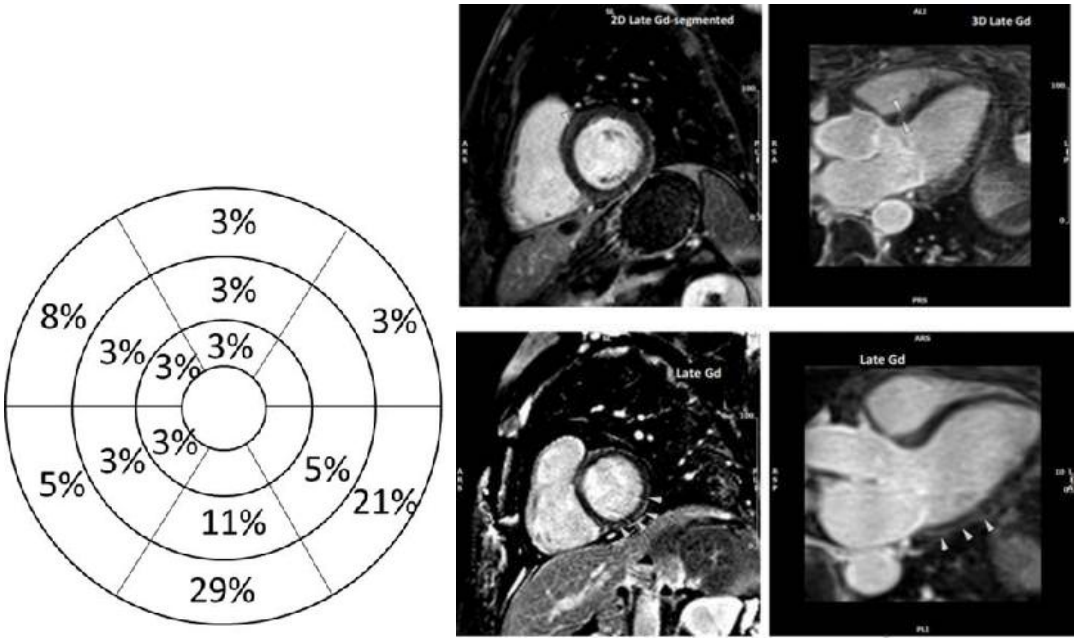
ΠΑ192|Cardiac involvement in patients with long-COVID symptoms (COV-HEART Registry)

14/11/26 · METIS / METIS

D. Vlachomitros[1], O. Koltsida[2], K. Tsiakos[2], S. Sventzouri[1], A. Rapti[2], E. Nyktari[3], A. Anastasakis[1], E. Papatheodorou[4]

[1]Onassis Cardiac Surgery Centre, Unit of Inherited and Rare Cardiovascular diseases, *[2]Sotiria General Hospital, 2nd Respiratory Medicine Department*, *[3]Onassis Cardiac Surgery Centre, Cardiac Magnetic Resonance Unit*, *[4]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΑΣ*

Background: Cardiac symptoms are reported in up to 70% of discharged COVID-19 patients. Cardiac injury as indicated by elevated cardiac troponin (cTn) levels and pathological findings (myocardial oedema and fibrosis) in cardiac magnetic resonance (CMR) have been reported in up to 20-60% of post COVID-19 patients. Cardiac infection by SARS-CoV-2 is detected in up to 73% of deceased COVID-19 patients during autopsy. However, the long-term cardiac sequalae of COVID-19 are not well documented. Methods: The study involves a prospective, observational, longitudinal cohort design. The investigators prospectively evaluated hospitalized and non hospitalized patients with laboratory confirmed SARS-CoV-2 infection with the first visit occurring up to 3 months post discharge. Patients' hospitalization data, demographics, severity of COVID-19 disease and comorbidities were collected. Evidence of cardiac involvement during hospitalization was documented. All participants underwent an extensive clinical protocol with biomarkers (high sensitive Troponin I, CRP, CPK, NT pro BNP), electrocardiography (EKG), 2D echocardiography, cardiopulmonary exercise test (CPET), 24-Hour Holter monitoring, and a cardiac MRI. Genetic testing was conducted if required. Results: In total 174 patients were included. 130 (mean age 54 ± 5.6 years) patients were hospitalized with COVID pneumonia for a mean 11.6 ± 4.3 days. Another 44 patients were referred to investigate for symptoms after covid-19 infection without hospitalization. Five percent of hospitalized patients with COVID-19 infection exhibited raised values of high sensitive troponin during hospitalization. A relevant cardiac diagnosis and/or an abnormal cardiopulmonary exercise test was identified in 54% and 60% of the hospitalized and non-hospitalized patients respectively. The dominant diagnoses were cardiomyopathy (18%) and healed myocarditis (13%) followed by diastolic heart failure (5%), pulmonary hypertension (4%) and cardiac arrhythmias (3%). Myocardial fibrosis was identified in 66% of the patients who underwent a CMR: 25% showed minimal non-ischemic fibrosis in the basal or mid inferior and inferolateral wall, 38% had evidence of non-ischemic fibrosis and 3% showed focal transmural scar. Conclusions: Cardiac involvement is identified in almost half of patients with long-covid symptoms who were referred to a tertiary cardiac center. The most common pattern of myocardial scar was non-ischemic subepicardial and the commonest location was the inferior and inferolateral wall.



ΠΑ193|Familial Dilated Cardiomyopathy Linked to an RBM20 Variant: A Case Series From Cyprus

14/11/26 · METIS / METIS

M. Ioannides[1], C. Eftychiou[1], M. Paraskeva[2], S. Ourani[3], E. Zeniou[4], S. Pieri[4], C. Polydorou[4], G. Papagregoriou[4], C. Deltas[5], O. Kolokotroni[6], N. Middleton[6], E. Lambrinou[6]

[1]Cardiology Department, Nicosia General Hospital, [2]Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος, [3]Unit of genetics and Inborn errors of metabolism, Paediatric Clinic, Makario Hospital, Nicosia, Cyprus, [4]biobank.cy, Center of Excellence in Biobanking and Biomedical Research, University of Cyprus, [5]University of Nicosia Medical School, [6]Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology

Introduction (Background & Aim): Dilated cardiomyopathy (DCM) caused by pathogenic variants in the RBM20 gene is increasingly recognized as a high-risk genetic cardiomyopathy associated with progressive systolic dysfunction, ventricular arrhythmias, and sudden cardiac death. Pathogenic variants affecting exon 9 of the RBM20 gene have been linked to particularly severe phenotypes and marked intrafamilial variability. A cluster of families from the same geographical region in Cyprus (Solea, Troodos) are found to carry the RBM20:c.1901G>A (p.Arg634Gln) missense variant located in exon 9. This study aims to describe the clinical, electrocardiographic, echocardiographic, and arrhythmic characteristics of affected individuals and to establish the first national registry of RBM20 linked DCM in Cyprus.Material & Methods: This study is a descriptive observational case series conducted at the specialized Cardiomyopathy Clinic of Nicosia General Hospital, a national referral center for inherited cardiomyopathies in Cyprus. Eight patients with dilated cardiomyopathy, a patient with arrythmogenic cardiomyopathy, a patient with a severe neurological disease, and six genotype positive/phenotype negative persons of eight unrelated families who carry the same RBM20 pathogenic variant were identified through clinical and genetic evaluation. Family members underwent systematic screening including medical and family history, electrocardiography, transthoracic echocardiography, ambulatory rhythm monitoring, and cardiac magnetic resonance imaging. The number of genetically tested and clinically screened individuals is recorded. Data collection focuses on characterization of clinical presentation, ventricular dysfunction, conduction abnormalities, and arrhythmic burden. A dedicated national database registry for RBM20 linked cardiomyopathy is currently being developed. Results: Preliminary observations demonstrate variable phenotypic expression among heterozygous carriers of the same RBM20 variant, ranging from asymptomatic individuals to those with severe dilated cardiomyopathy with significant systolic dysfunction and ventricular arrhythmias. Conclusions: This case series represents one of the largest geographically clustered cohorts reported for the RBM20 p.Arg634Gln variant, which most probable represents a founder mutation. These findings highlight the marked phenotypic variability associated with this mutation and support the importance of family screening and long-term surveillance. The creation of a national RBM20 registry may facilitate future genotype–phenotype studies and improve management of inherited cardiomyopathies in Cyprus.

ΠΑ194|ΠΡΩΙΜΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ DUCHENNE: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Γιαννακοπούλου[1], Α. Μπελεγρίνος[2], Ά. Μουσταφέλου[3], Ε. Καρανάσιος[1], Μ. Κατσαλούλη[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΚΠΑ, [3]Μοναδα Νευρομυικών Παθήσεων Γενικό Νοσοκομείο Αγία Σοφία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μυϊκή δυστροφία Duchenne (DMD) συνοδεύεται από προοδευτική μυοκαρδιοπάθεια, η οποία αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Η σύγχρονη καρδιολογική προσέγγιση βασίζεται στην πρώιμη αναγνώριση της καρδιακής συμμετοχής, και στην έγκαιρη έναρξη θεραπείας, με στόχο την επιβράδυνση της εξέλιξης της καρδιακής ανεπάρκειας και βελτίωση της ποιότητας ζωής. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της πρώιμης εμφάνισης προχωρημένης καρδιακής ανεπάρκειας σε παιδιά με DMD, η καταγραφή της θεραπευτικής αντιμετώπισης και της κλινικής πορείας τους. ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε ειδική Μονάδα Νευρομυϊκών Παθήσεων τριτοβάθμιου νοσοκομείου παρακολουθούνται 112 αγόρια με DMD, ηλικίας 4–27 ετών. Η καρδιολογική παρακολούθηση περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα, Holter και Μαγνητική Τομογραφία καρδιάς (MRI). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οκτώ ασθενείς (7,1%) εμφάνισαν πρώιμη καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσμα εξώθησης μικρότερο του 55% , LGE/ίνωση>10% στην MRI, σε ηλικίες 6, 8 (δύο ασθενείς), 9, 10, 11 (δύο ασθενείς) και 13 ετών. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτασίνης (ACE inhibitors), καρβεδιλόλη, επλερενόνη και φουροσεμίδη με την εμφάνιση της μυοκαρδιοπάθειας. Σε 4/8 ασθενείς είχε προηγηθεί λοίμωξη του αναπνευστικού, συμπεριλαμβανομένης επιβεβαιωμένης λοίμωξης από SARS-CoV-2 το προηγούμενο διάστημα. Τρεις ασθενείς δεν έλαβαν θεραπευτική αγωγή κατά το στάδιο της αρχόμενης μυοκαρδιοπάθειας λόγω μη αποδοχής της

θεραπείας από την οικογένεια, ενώ δεν είχαν λάβει σε ηλικία 6 ετών περίπου κορτιζόνη από τους νευρολόγους για τον ίδιο λόγο. Σε έναν ασθενή δεν αναγνωρίστηκε σαφής παράγοντας που να σχετίζεται με την ταχεία εξέλιξη της μυοκαρδιοπάθειας. Δύο ασθενείς χρειάστηκαν εμφύτευση απινιδωτή λόγω σοβαρής διατατικής μυοκαρδιοπάθειας, σημαντικά μειωμένου κλάσματος εξώθησης <0% και πολλαπλών επεισοδίων μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Ένας ασθενής εντάχθηκε σε λίστα μεταμόσχευσης καρδιάς, αλλά κατέληξε κατά την περίοδο αναμονής, ενώ ο δεύτερος κατέληξε 6 έτη αργότερα λόγω καρδιακής ανεπάρκειας τελικού σταδίου και κοιλιακής αρρυθμιογένεσης. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συστηματική καρδιολογική παρακολούθηση, η έγκαιρη αναγνώριση της μυοκαρδιοπάθειας, η πρώιμη έναρξη θεραπείας και η πρόληψη δυνητικά επιβαρυντικών παραγόντων αποτελούν βασικούς άξονες στη φροντίδα των παιδιών με DMD. Η εφαρμογή οργανωμένων πρωτοκόλλων παρακολούθησης μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της πρόγνωσης και στη μεγιστοποίηση της διάρκειας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΠΑ195|Εμπειρία από τη λειτουργία διακλινικού Εξωτερικού Ιατρείου Καρδιο-Ρευματολογίας: αρχικά αποτελέσματα

14/11/26 · METIS / METIS

Σ. Βάκρου[1], Μ. Παππά[2], Κ.Μπράτης[1], Ά. Μπανός[2], Δ. Μπούμπας[2], Σ. Τσιόδρας[3], Α. Φανουριάκης[2], Γ. Φιλιππάτος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Μονάδα Ρευματολογίας - Κλινικής Ανοσολογίας, Δ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ "Αττικόν", [3]Λοιπά

Η καρδιαγγειακή συμμετοχή αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα (ΣΑΝ). Η διάγνωση και διαχείριση των ασθενών αυτών είναι σύνθετη και συχνά απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Σκοπός: Η καταγραφή της εμπειρίας και η αξιολόγηση του έργου του διακλινικού Εξωτερικού Ιατρείου (ΕΙ) Καρδιο-Ρευματολογίας του ΠΓΝ «Αττικόν». Μέθοδος :Πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των ασθενών του ΕΙ Καρδιο-Ρευματολογίας το διάστημα 12/2025–06/2026. Συλλέχθηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις μετά την κοινή καρδιο-ρευματολογική αξιολόγηση. Καρδιογράφημα και υπέρηχος καρδιάς πραγματοποιήθηκαν σε όλους τους ασθενείς στην 1η επίσκεψη. Αποτελέσματα:Συνολικά αξιολογήθηκαν 21 ασθενείς, με μέση ηλικία 54.4 ± 10.8 ετών, στην πλειοψηφία γυναίκες [n=13, 62%] και με υποκείμενο ΣΑΝ (90.5%). Οι ασθενείς παραπέμποντων από τον θεράποντα ιατρό και όχι από αυτό-παραπομπή. Αιτία παραπομπής ήταν η διερεύνηση: i) καρδιακής συμμετοχής σχετιζόμενης με το ΣΑΝ (61.9%), ii) καρδιολογικής συμπτωματολογίας (28.6%) και iii) αυτοάνοσου νοσήματος σε ασθενείς με ιστορικό μυοκαρδίτιδας ή/και περικαρδίτιδας (9.5%). Τα συχνότερα ΣΑΝ ήταν: Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Μυοπάθειες (28.6%), Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (23.8%) και Συστηματικό Σκληρόδερμα (14.3%). Καρδιακή ανεπάρκεια διαπιστώθηκε στο 52.4% των ασθενών, συμπτωματικές κοιλιακές ή/και υπερκοιλιακές αρρυθμίες στο 42.9%, μυοκαρδίτιδα στο 33.3%, και περικαρδιακή νόσος στο 19%. Αυξημένοι καρδιακοί βιοδείκτες ήταν συχνό εύρημα, με NT-proBNP ³125pg/ml στο 71.4% (10/14) και hs-TnI ³14pg/ml στο 60% (9/15). Η πλειοψηφία των ασθενών (81%, N=17) είχε υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Στο 70.6% υπήρχε καθυστερημένη ενίσχυση γαδολινίου (LGE), με μη-ισχαιμικό, ισχαιμικό ή μικτό πρότυπο στο 50%, 33.3% και 16.7% αντίστοιχα, ενώ στο 25% υπήρχε εικόνα ενεργού καρδιακής φλεγμονής. Για περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις (επεμβατικές ή μη επεμβατικές) παραπέμφθηκε το 40% των ασθενών. Η διακλινική αξιολόγηση οδήγησε σε ουσιαστικές αλλαγές στη διαχείριση στο 35% των ασθενών (πχ διάκριση ενεργού καρδιακής προσβολής από χρόνια καρδιακή δυσλειτουργία, τροποποίηση καρδιολογικής ή ανοσοτροποποιητικής αγωγής), ενώ στο 25% απέκλεισε καρδιακή συμμετοχή ή υποκείμενο ΣΑΝ. Συμπεράσματα: Η λειτουργία του διεπιστημονικού ΕΙ Καρδιο–Ρευματολογίας συνεισέφερε στην εξατομικευμένη διαχείριση των ασθενών με υποκείμενο ΣΑΝ. Οδήγησε σε τροποποίηση της διαγνωστικής ή θεραπευτικής στρατηγικής στο 1/3 των περιπτώσεων, ενώ στο ¼ των ασθενών αποκλείσθηκε σύμπλοκη νόσος. Ο μικρός αριθμός του δείγματος αναδεικνύει την ανάγκη βελτιστοποίησης της στρατηγικής παραπομπής των ασθενών και περαιτέρω διάδοσης της λειτουργίας του ιατρείου.

Βασικά Χαρακτηριστικά Πληθυσμού ασθενών Καρδιο-Ρευματολογικού Ιατρείου (N=21)	
Βασικά χαρακτηριστικά	Αποτελέσματα (N=21)
Φυλο	Γυναίκες 62% (13)
Ηλικία	54.4 ± 10.8
Δείκτης μάζας σώματος	25.6 ±5.4
Συστολική αρτηριακή πίεση	134.1123.5
Διαστολική αρτηριακή πίεση	73.5±16.7
Καρδιακή συχνότητα	74±18
Ιστορικό καπνίσματος - Πρώην καπνιστής - Καπνιστής	52.4% (11) 38.1% (8) 14.3% (3)
Υποκείμενο αυτοάνοσο νόσημα - Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Μυοπάθεια - ΣΕΛ - Συστηματικο Σκληρόδερμα - Αγγειίτιδα - Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	90.5% (19) 28.6% (6) 23.8% (5) 14.3% (3) 9.5% (2) 14.3% (3)
Υπέρταση	47.6% (10)
Δυσλιπιδαιμία	42.9% (9)
Καρδιακή ανεπάρκεια - HFrEF - HF impaired EF	52.4% (11) 36.4% (4) 63.6% (7)
Αρρυθμίες	42.9% (9)
Υπέρηχος καρδιάς - Κλάσμα εξώθησης (%) - Διαστολική Δυσλειτουργία (>2) - PASP (mmHg) - Περικαρδιακή συλλογή	100% (21) 52.1 ± 8.2 19% (4) 28.9 ± 9.6 19% (4)
Μαγνητική καρδιάς - Κλάσμα εξώθησης - Καθήλωση LGE Μη ισχαιμικό πρότυπο Ισχαιμικό πρότυπο Μικτό πρότυπο - Παθολογικός T1 χρόνος - Παθολογικός T2 χρόνος - Μυοκαρδιακή φλεγμονή - Περικαρδίτιδα	81% (17) 50.0% ± 10.7 70.6% (12) 50% (6) 33.3% (5) 16.7% (2) 56.3% (9) 31.25 (5) 25% (4) 5.9% (1)
Βιοδείκτες και αιματολογικοί παράμετροι - NT-proBNP (pg/ml) - Hs TnI (pg/ml) - CRP (mg/l) - TKE (mm/h) - LDL (mg/dl)	 612.3 ± 1009.1 56.2 ±66.6 6.8 ± 13.2 25.7 ± 30.7 112.5 ± 44.1

ORAL PRESENTATIONS

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

11.30-13.00 Επεμβατική Καρδιολογία ΙΙ / Interventional Cardiology II

Πρόεδροι: Δ. Δαμάσκος (Αθήνα), Β. Τζίφος (Αθήνα)
Chairpersons :D. Damaskos (Athens), V. Tzifos (Athens)

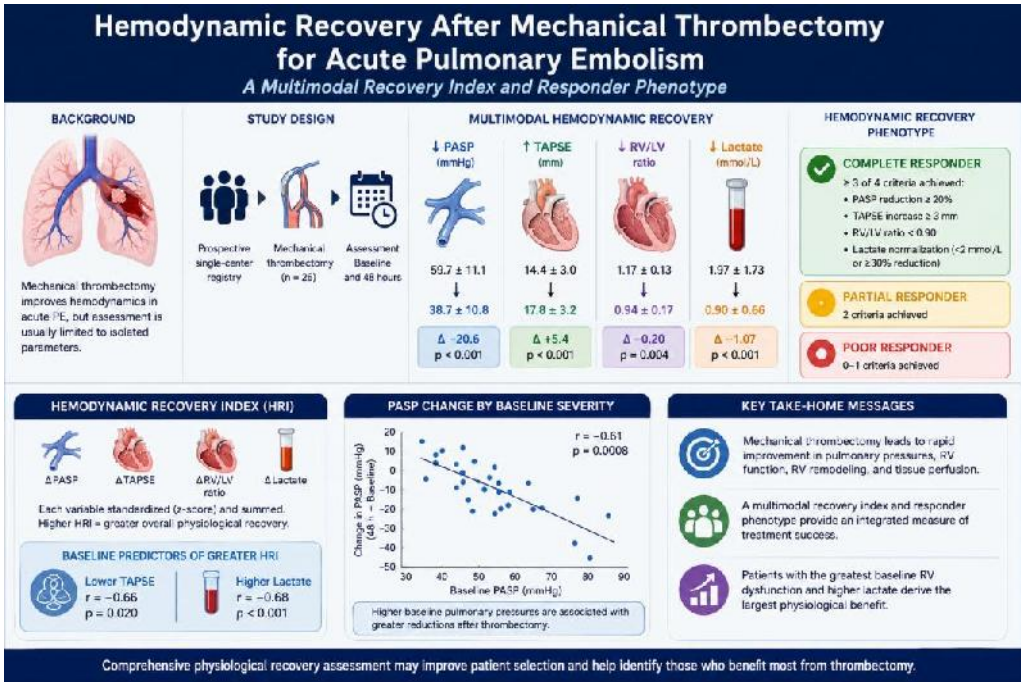
ΠΑ196|Πρώιμη Αιμοδυναμική Ανάκαμψη μετά από Μηχανική Θρομβεκτομή

14/11/26 · METIS / METIS

Ι.Καχριμανιδης[1], Γ. Λάτσιος[1], Π. Βλαχάκης[2], Π. Θεοφιλης[1], Ι. Δημητρόγλου[2], Β. Μαντζιάρης[1], Η. Τόλης[1], Ε. Μαντζουράνης[1], Κ. Αγγέλη[1], Κ. Τούτουζας[1], Κ. Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η μηχανική θρομβεκτομή αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με πνευμονική εμβολή (ΠΕ) ενδιάμεσου-υψηλού και υψηλού κινδύνου, επιτυγχάνοντας ταχεία αποσυμφόρηση της πνευμονικής κυκλοφορίας και βελτίωση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της επέμβασης αξιολογείται συνήθως μέσω μεμονωμένων αιμοδυναμικών ή υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός πολυπαραμετρικού Δείκτη Αιμοδυναμικής Ανάκαμψης (Hemodynamic Recovery Index, HRI) και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τον βαθμό πρώιμης αιμοδυναμικής αποκατάστασης μετά από μηχανική θρομβεκτομή. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν προοπτικά διαδοχικοί ασθενείς με οξεία ΠΕ που υποβλήθηκαν σε θρομβεκτομή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Κλινικά, εργαστηριακά, αιμοδυναμικά και υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την εισαγωγή και 48 ώρες μετά την επέμβαση. Ο HRI αναπτύχθηκε συνδυάζοντας τέσσερις συμπληρωματικούς δείκτες φυσιολογικής αποκατάστασης: τη μεταβολή της συστολικής πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας (ΔPASP), τη βελτίωση της συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας (ΔTAPSE), τη μείωση του λόγου RV/LV και την κάθαρση του γαλακτικού. Η συσχέτιση των αρχικών χαρακτηριστικών με την έκταση της αιμοδυναμικής ανάκαμψης αξιολογήθηκε με ανάλυση Spearman. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 27 ασθενείς (μέση ηλικία 62,0±14,2 έτη, 57,7% γυναίκες), που παρουσίαζαν σημαντική αιμοδυναμική επιβάρυνση κατά την εισαγωγή (NEWS2 7,6±2,3, PESI 118,3±40,0, Shock Index 0,99±0,23). Στις 48 ώρες μετά τη θρομβεκτομή παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση όλων των φυσιολογικών παραμέτρων. Η PASP μειώθηκε από 59,7±11,1 σε 38,7±10,8 mmHg (Δ−20,6 mmHg, p<0,001), το TAPSE αυξήθηκε από 14,4±3,0 σε 17,8±3,2 mm (p<0,001), ο λόγος RV/LV μειώθηκε από 1,17±0,13 σε 0,94±0,17 (p=0,004), ενώ τα επίπεδα γαλακτικού μειώθηκαν από 1,97±1,73 σε 0,90±0,66 mmol/L (p<0,001). Παράλληλα, ο καρδιακός δείκτης αυξήθηκε σημαντικά από 1,82±0,62 σε 2,37±0,59 L/min/m² (p=0,031). Υψηλότερη αρχική PASP συσχετίστηκε με μεγαλύτερη μείωση των πνευμονικών πιέσεων (Spearman r=−0,61, p=0,0008), ενώ χαμηλότερο αρχικό TAPSE (r=−0,66, p=0,020) και υψηλότερες αρχικές συγκεντρώσεις γαλακτικού (r=−0,68, p<0,001) προέβλεπαν μεγαλύτερη αιμοδυναμική αποκατάσταση. Συμπεράσματα: Η μηχανική θρομβεκτομή οδηγεί σε βελτίωση της πνευμονικής αιμοδυναμικής, της λειτουργίας και αναδιαμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας, καθώς και της συστηματικής αιμάτωσης από τις πρώτες 48 ώρες. Ο προτεινόμενος Δείκτης Αιμοδυναμικής Ανάκαμψης αποτελεί μια προσέγγιση αξιολόγησης της θεραπευτικής ανταπόκρισης και μπορεί να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της επιλογής των ασθενών και στην αντικειμενική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της μηχανικής θρομβεκτομής σε μελλοντικές μελέτες.



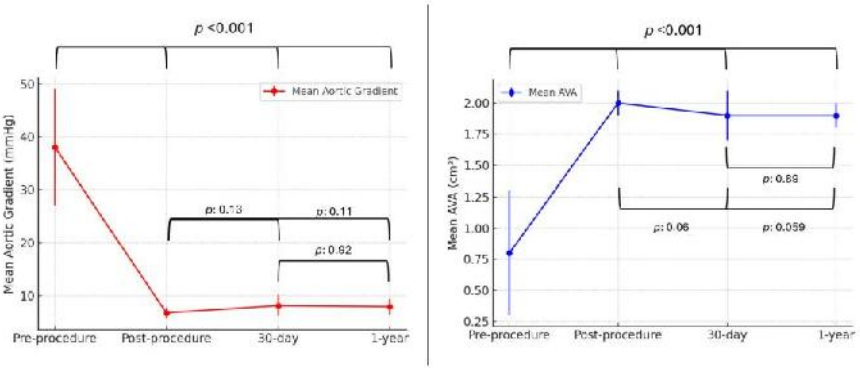
ΠΑ197|Impact of True ID and Valve Fracture on Gradients After Valve-in-Valve TAVI With Myval

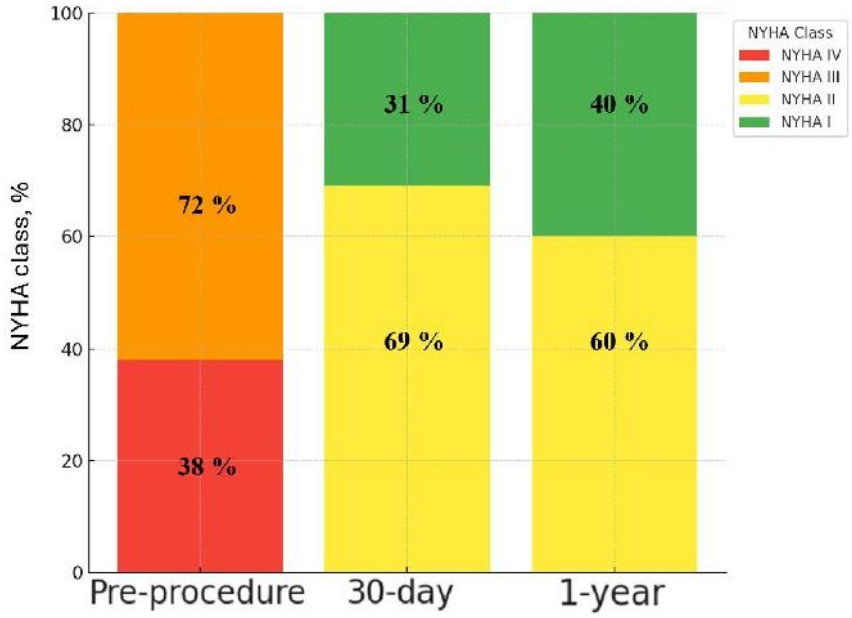
14/11/26 · METIS / METIS

G. Papadopoulos[1], E. Ninios[1], S. Evangelou[2], M. Kalaitzoglou[3], A. Ioannides[2], V. Ninios[2]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece, [3]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department

Introduction (Background and Aim): Valve-in-valve transcatheter aortic valve implantation is an established treatment for degenerated surgical aortic bioprostheses, but residual transvalvular gradients, patient–prosthesis mismatch, and coronary obstruction remain important procedural and long-term concerns. This study aimed to assess procedural safety, hemodynamic performance, and mid-to-long-term outcomes in a prospective valve-in-valve transcatheter aortic valve implantation cohort treated with MyVal. Materials and Methods: This prospective single-center study included consecutive patients with symptomatic structural valve degeneration and New York Heart Association class III–IV symptoms undergoing transfemoral valve-in-valve transcatheter aortic valve implantation with MyVal between July 2022 and June 2025. Outcomes were assessed according to Valve Academic Research Consortium-3 definitions. Echocardiography was performed at discharge, 30 days, and 1 year. Exploratory analyses evaluated predictors of elevated 1-year mean aortic gradient and patient–prosthesis mismatch. Results: Sixty-eight patients were treated; 51% were female, mean age was 77±7 years, and mean EuroSCORE II was 7.3±1.8%. The mechanism of bioprosthetic failure was stenosis in 50%, regurgitation in 22%, and mixed dysfunction in 28%. Mean true internal diameter was 22±3 mm, with 35% having small surgical valves ≤21 mm. Valve fracture was performed in 16 patients (24%). Commissural alignment was successful in 98.5%. Coronary protection was used in 8 patients (11.8%), and chimney stenting in 4 (5.9%), with preserved coronary flow in all cases. Technical success was 100%. At 30 days, mortality, stroke, and myocardial infarction were 0%; new pacemaker implantation occurred in 2.9%, and major vascular complications in 1.5%. Mean aortic gradient decreased from 38.0±9.5 mmHg to 8.2±2.4 mmHg at 1 year, while aortic valve area increased from 0.80±0.23 cm² to 1.88±0.22 cm². At 1 year, 23.5% had mean gradient ≥10 mmHg. Smaller true internal diameter independently predicted elevated 1-year gradient. At a median follow-up of 12.8 months, survival was 95.6%, heart failure hospitalization was 4.4%, and NYHA class I–II was achieved in 94.1%.Conclusions: MyVal valve-in-valve transcatheter aortic valve implantation was associated with high technical success, favorable early safety, durable hemodynamic improvement, and excellent functional recovery. Small true internal diameter remained the main determinant of residual gradients.





ΠΑ198|30-Day Outcomes of Transcatheter Aortic Valve Implantation in Bicuspid Valves from a General Hospital TAVI registry

14/11/26 · METIS / METIS

C.Antoniades[1], G. Karmioti[2], N. Eteocleous[2], I. Zittis[3], K. Myrianthopoulos[3], A. Mitsis[4], C. Eftychiou[3]

[1]Cardiology department of Nicosia General Hospital, [2]Nicosia General Hospital, Cyprus, [3]Cardiology Department, Nicosia General Hospital, [4]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

Introduction: Bicuspid aortic valve (BAV) anatomy has historically represented a challenging substrate for transcatheter aortic valve implantation (TAVI) due to asymmetric calcification, elliptical annular geometry, and concerns regarding device expansion and durability. Although TAVI outcomes in BAV have improved substantially, data regarding hemodynamic performance remain limited. This study aimed to evaluate the 30-day clinical and hemodynamic outcomes of TAVI in patients with severe bicuspid aortic stenosis and to compare post-procedural transvalvular gradients between self-expanding and balloon-expandable valves. Methods: We conducted a retrospective analysis of 44 consecutive patients with severe symptomatic bicuspid aortic stenosis who underwent transfemoral TAVI at a tertiary referral center. Valve selection was at operator discretion based, with balloon-expandable valves implanted in 72.7% of cases and self-expanding valves in 27.3%. Baseline clinical characteristics, procedural variables, echocardiographic findings, and 30-day adverse events were collected (Table 1). Clinical outcomes were assessed according to Valve Academic Research Consortium-3 (VARC-3) definitions where applicable. Post-procedural mean transvalvular gradients were compared between valve types using independent-samples t-tests. Results The mean age was 78.4±7.0 years, and 63.6% of patients were male. Relevant comorbidities included heart failure (15.9%), atrial fibrillation (36.4%), diabetes mellitus (38.6%), previous percutaneous coronary intervention (31.8%), and prior coronary

artery bypass grafting (13.6%). Self-expanding valves were preferentially implanted in patients with larger annular dimensions (Table 2). Overall hemodynamic performance was excellent, with low residual gradients following TAVI. Notably, self-expanding valves demonstrated significantly lower post-procedural transvalvular gradients compared with balloon-expandable valves (Table 2). At 30 days, clinical outcomes were highly favorable, with no all-cause mortality, cardiac mortality, disabling stroke, major vascular complications or major adverse cardiovascular events (MACE). Minor vascular complications occurred in 13.6% of patients, while new permanent pacemaker implantation was required in 4.5%. Conclusions: Transfemoral TAVI in selected patients with bicuspid aortic valve stenosis demonstrated excellent 30-day safety, with zero mortality and zero MACE. Despite the predominant use of balloon-expandable valves, self-expanding valves achieved superior hemodynamic performance, with significantly lower post-procedural transvalvular gradients, supporting their selective use in anatomically suitable bicuspid valves. Larger multicenter studies are warranted to confirm these findings and further define the optimal valve selection strategy in this challenging population.

Table 1. Patients' Characteristics

Patients' Characteristics (n=44 patients)	
Age	78.4±7.0 (52-90)
Male sex	63.6% (28)
Heart failure	15.9% (7)
CABG	13.6% (6)
Previous PCI	31.8% (14)
Permanent Pacemaker	9.1% (4)
Atrial Fibrillation	36.4% (16)
Previous Stroke	6.8% (3)
Peripheral Vascular Disease	15.9% (7)
Pulmonary Hypertension	13.6% (6)
Chronic Lung Disease	27.3% (12)
Chronic Kidney Disease	27.3% (12)
Diabetes Mellitus	38.6% (17)
History of Chest Radiation	4.5% (2)
Porcelain Aorta	13.6% (6)
Euroscore II category	
• low risk	43.2% (19)
• Intermediate risk	40.9% (18)
• High risk	15.9% (7)
STS category	
• low risk	47.7% (21)
• Intermediate risk	40.9% (18)
• High risk	11.4% (5)

Table 2 Periprocedural data for Bicuspid Valve Cases

Parameter	**Sapien 3 (32, 72.7%)**	**Evolut (12, 27.3%)**	**P value**
AV area	525.7±110.0mm²	389.1± 61.7mm²	p<0.001
AV diameter	25.1±2.8mm	22.2±1.8mm	p<0.001
AV perimeter	82.3±7.8mm	69.8±5.5mm	p<0.001
Pre peak AV gr	69.3±22.2mmHg	66.4±27.3mmHg	p=0.783
Pre mean AV gr	40.9±12.8mmHg	38.8±16.4mmHg	p=0.743
Post peak AV gr	20.2±12.5mmHg	10.5±4.0mmHg	p<0.001
Post mean AV gr	10.0± 5.1mmHg	5.6±2.0mmHg	p<0.001
Contrast volume	168.9±56.9ml	198.3±89.6ml	p=0.306
Predilatation	(27) 84.4%	(6) 50%	p=0.045
Postdilatation	(5) 15.6%	(3) 25.0%	p=0.663

ΠΑ199|Ο Αγγειογραφικά υπολογιζόμενος δείκτης Μικροαγγειακής Αντίστασης (AngioIMR) ως προγνωστικός δείκτης παρατεταμένης νοσηλείας μετά από πρωτογενή PCI σε ασθενείς με STEMI και ροή TIMI 0

14/11/26 · METIS / METIS

Β. Κουτρουλός[1], Γ. Χαλικιάς[1], Κ. Λαμπρόπουλος[1], Δ. Στάκος[1], Δ. Τζιακάς[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

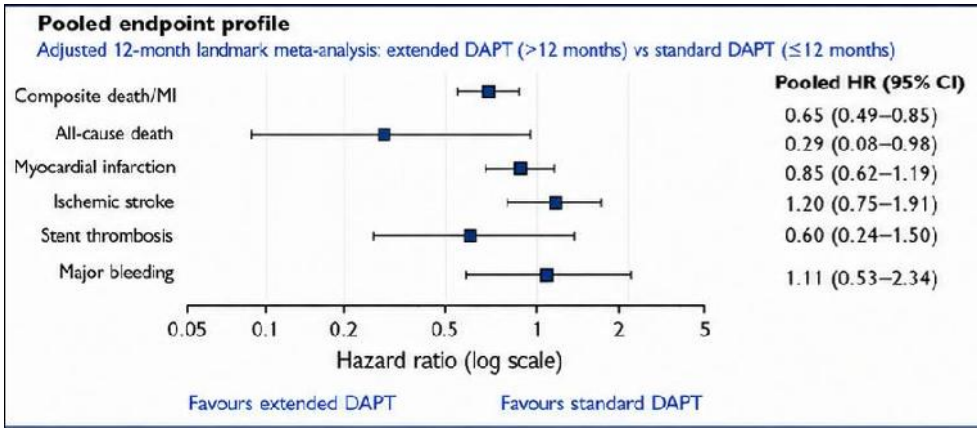
ΕΙΣΑΓΩΓΗΗ αποκατάσταση της επικαρδιακής ροής μετά από πρωτογενή αγγειοπλαστική δενσυνοδεύεται πάντα από πλήρη αποκατάσταση της μικροκυκλοφορίας. Ο Αγγειογραφικά υπολογιζόμενος δείκτης μικροαγγειακής αντίστασης (AngioIMR), που υπολογίζεται μέσω του λογισμικού MedisQFR χωρίς χρήση pressurewire ή πρόκληση υπεραιμίας, επιτρέπει την άμεση εκτίμηση της μικροαγγειακής λειτουργίας μετά την PCI. ΣΚΟΠΟΣΗ διερεύνηση πιθανής συσχέτισης του AngioIMR με τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με STEMI λόγω πλήρους απόφραξης ενός μόνο αγγείου με ροή TIMI 0 και υποβλήθηκαν σε επιτυχή πρωτογενή PCI με αποκατάσταση ροής TIMIIII. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε 85 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν λόγω STEMI. Πραγματοποιήθηκε υπολογισμός του AngioIMR από μετ-επεμβατικές αγγειογραφικές εικόνες με τη χρήση του Medis-QFR-IMR. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο υποομάδες ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας (= 26 εμφανίστηκαν αποκλειστικά σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν τουλάχιστον 6 ημέρες. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο Αγγειογραφικά υπολογιζόμενος δείκτης Μικροαγγειακής αντίστασης [AngioIMR] σχετίζεται ισχυρά με τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με STEMI μετά από επιτυχή πρωτογενή PCI. Η εκτίμηση του Angio-IMR μετά την αγγειοπλαστική μπορεί να αποτελέσει εργαλείο πρώιμης διαστρωμάτωσης του κινδύνου και να συμβάλει στην αναγνώριση ασθενών που μπορεί να χρειασθούν πιο παρατεταμένη και εντατική ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση.

ΠΑ200|Extended Dual Antiplatelet Therapy Beyond 12 Months After CTO PCI: A Landmark Meta-Analysis

14/11/26 · METIS / METIS

A.R. Papapanagiotou[1], G. Tsigas[1], A. Katsea[1], S. Rouzi[1], C.M. Fotopoulou[2], E. Tsimara[2], A. Peridis[1], P. Davlouros[1]
[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division,*[2]University of Patras, Medical School*

Aims: Chronic total occlusion percutaneous coronary intervention (CTO PCI) is considered a complex-PCI phenotype, yet CTO-specific evidence guiding dual antiplatelet therapy (DAPT) beyond 12 months remains limited. This study evaluated whether DAPT continuation beyond 12 months, compared with 12 months or less, after successful CTO PCI improves ischemic outcomes without excess major bleeding, using a 12-month landmark approach. Methods and results: We performed a CTO-focused systematic synthesis of comparative observational CTO-PCI cohorts reporting adjusted time-to-event estimates by DAPT duration. To reduce immortal-time bias, inclusion was restricted to 12-month landmark populations, defined as patients event-free at 12 months and/or cohorts in which follow-up began at 12 months. For each study, the most comprehensively adjusted hazard ratio (HR) for long-term (>12 months) versus standard-duration (≤12 months) DAPT was extracted, harmonized when necessary, and pooled on the log-HR scale using random-effects models. Prespecified endpoints included death/MI, all-cause death, MI, ischemic stroke, stent thrombosis, and major bleeding. Three eligible CTO-PCI landmark cohorts were identified, including 3,460 patients. Extended DAPT was associated with a lower risk of death/MI (pooled HR 0.65, 95% CI 0.49–0.85). For individual endpoints, pooled estimates available in study subsets were: all-cause death HR 0.29 (95% CI 0.08–0.98), MI HR 0.85 (95% CI 0.62–1.19), ischemic stroke HR 1.20 (95% CI 0.75–1.91), stent thrombosis HR 0.60 (95% CI 0.24–1.50), and major bleeding HR 1.11 (95% CI 0.53–2.34). Endpoint definitions varied, and only two studies contributed to several secondary outcomes. Conclusions: In 12-month landmark CTO-PCI cohorts, DAPT beyond 12 months was associated with fewer composite ischemic events and no clear increase in major bleeding. Although based on adjusted observational data with heterogeneous definitions, the landmark design strengthens interpretability by minimizing immortal-time bias. CTO-specific randomized trials are needed to define the net clinical benefit of extended DAPT after successful CTO PCI.



ΠΑ201|Transulnar access in patients with ipsilateral radial artery occlusion undergoing coronary angiography or angioplasty: design of the ULNART study.

14/11/26 · METIS / METIS

D. Karelas[1], K. Aznaouridis[2], K. Filippou[1], P. Varelas[1], K. Manousopoulos[1], I. Papadopoulos[1], S. Soulaidopoulos[2], K. Dimitriadis[2], I. Tsiafoutis[1], K. Tsioufis[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: In patients with radial artery occlusion (RAO), contralateral transradial access (TRA) may be infeasible or strategically undesirable. Transulnar access (TUA) ipsilateral to RAO is anatomically plausible, but contemporary evidence on vascular safety and hand function remains limited and methodologically heterogeneous. ULNART is a prospective, multicenter cohort study evaluating the short- and long-term safety and functional outcomes of TUA ipsilateral to RAO using standardized imaging, quantitative testing, and patient-reported outcome measures (PROMs).Methods: Adults with documented RAO undergoing elective coronary angiography or PCI are enrolled when contralateral TRA is infeasible or contralateral radial preservation is desirable. Baseline assessment includes color duplex ultrasonography (CDUS) to confirm RAO and assess ulnar artery suitability, plus a bilateral neurologic exam of the ulnar nerve distribution to identify pre-existing deficits. Bilateral hand function and sensation are quantified via handgrip and key pinch strength and tactile thresholds (JAMAR dynamometer, pinch gauge, WEST monofilaments). PROMs are collected using QuickDASH and Cold Intolerance Symptom Severity (CISS) questionnaires. Procedures use TUA ipsilateral to RAO with per-protocol anticoagulation; hemostasis is achieved via a compression device adapted to the access site, initially confirmed by CDUS and monitored by plethysmography on the fifth digit. Follow-up (CDUS, neurologic exam, bilateral functional testing) occurs within 24 hours of band removal and at 30 and 180 days. The primary endpoint is a composite of serious access-related vascular and neuromuscular complications at 30 days. Secondary endpoints include crossover rate, early (≤24h) and delayed (6-month) complications, and longitudinal changes in grip/pinch strength, tactile sensibility, and PROMs. The study targets 127 participants, giving a two-sided 95% CI with ±4% half-width around an expected 5% primary event rate. Conclusions: ULNART will provide prospective evidence on the safety of TUA ipsilateral to RAO and its effect on hand function, informing access selection when TRA is unavailable, patient counseling, and follow-up strategies.

ΠΑ202|Διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας σε εβδομηντάρηδες ασθενείς με χαμηλό και ενδιάμεσο χειρουργικό κίνδυνο και μη παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου: αποτελέσματα 1 έτους

14/11/26 · METIS / METIS

Ν. Κτενόπουλος[1], Γ. Μπενέτος[2], Χ. Θεοδοσοπούλου[3], Π. Στάθης[1], Α. Αποστολός[1], Μ. Δρακοπούλου[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Λ. Λάκκας[4], Η. Κοσμάς[5], Β. Βούδρης[5], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ. Τσιούφης[7], Λ. Μιχάλης[8], Κ. Τούτουζας[9]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [4]Department of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, [5]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, [7]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [8]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [9]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας(TAVI) εφαρμόζεται ολοένα και συχνότερα σε ασθενείς χαμηλού χειρουργικού κινδύνου. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα παραμένουν περιορισμένα σε ασθενείς ηλικίας 75–79 ετών με χαμηλό/ενδιάμεσο χειρουργικό κίνδυνο, οι οποίοι παρουσιάζουν κλινικά σημαντικές συννοσηρότητες που δεν αποτυπώνονται επαρκώς στα συμβατικά συστήματα εκτίμησης του χειρουργικού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας δύο σύγχρονων αυτοεκπτυσσόμενων διακαθετηριακών βαλβίδων σε αυτή την ιδιαίτερη ομάδα ασθενών. Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική, πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης που διεξήχθη σε τρία ελληνικά κέντρα(NCT04517955).Συμπεριλήφθηκαν 80 διαδοχικοί ασθενείς ηλικίας 75–79 ετών με σοβαρή συμπτωματική στένωση αορτικής βαλβίδας, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε TAVI το διάστημα 06/2020-11/2024. Κριτήριο ένταξης αποτέλεσε η παρουσία τουλάχιστον ενός μη παραδοσιακού παράγοντα κινδύνου(πορσελανοειδής αορτή, ενεργός κακοήθεια, οπισθοστερνική πορεία έσω μαστικής αρτηρίας, μηχανική βαλβίδα σε άλλη θέση, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, ανατομικές ανωμαλίες θώρακα, ευθραυστότητα ή δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η επιτυχία της συσκευής. Δευτερεύοντα σημεία περιελάμβαναν την πρώιμη ασφάλεια στις 30 ημέρες, τη θνητότητα(ενδονοσοκομειακά, 30-ημέρες,6 και 12-μήνες), τα εγκεφαλικά επεισόδια, την ανάγκη μόνιμου βηματοδότη(PPI) και τις κύριες περιεπεμβατικές επιπλοκές. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 77±1,7 έτη και το μέσο STS score 5,0±3,3. Η επιτυχία της συσκευής επιτεύχθηκε στο 98,75%, ενώ το ποσοστό πρώιμης ασφάλειας στις 30 ημέρες ανήλθε σε 78,75%. Δεν καταγράφηκαν ενδονοσοκομειακοί ή στις 30-ημέρες θάνατοι, ενώ η θνητότητα από όλα τα αίτια ήταν 3,75% στους 6-μήνες και 5,0% στο 1-έτος. Οι αιμοδυναμικές παράμετροι παρουσίασαν σημαντική βελτίωση μετά την επέμβαση, με μέση μέγιστη διαβαλβιδική κλίση 12,9±8,2mmHg και μέση διαβαλβιδική κλίση 7,2±4,3mmHg. Δεν παρατηρήθηκαν εγκεφαλικά επεισόδια ενδονοσοκομειακά ή στις 30 ημέρες. PPI απαιτήθηκε στο 20% των ασθενών. Οι μείζονες αγγειακές επιπλοκές εμφανίστηκαν στο 2,5%, ενώ οξεία νεφρική βλάβη παρατηρήθηκε στο 1,25% ενδονοσοκομειακά. Συμπεράσματα:Σε ασθενείς ηλικίας 75–79 ετών με χαμηλό/ενδιάμεσο χειρουργικό κίνδυνο και κλινικά χαρακτηριστικά αυξημένου κινδύνου που δεν αποτυπώνονται στα παραδοσιακά scores, η TAVI με σύγχρονες αυτοεκπτυσσόμενες βιοπροσθέσεις παρουσίασε υψηλή επιτυχία συσκευής, ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας και εξαιρετικά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα νευρολογικά αποτελέσματα και αποτελέσματα επιβίωσης. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την εφαρμογή της TAVI σε αυτή την υπο-εκπροσωπούμενη ομάδα ασθενών και χρήζουν επιβεβαίωσης σε μεγαλύτερες συγκριτικές μελέτες.



ΠΑ203|Ανάγκη εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη μετά από διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας σε εβδομηντάρηδες ασθενείς με χαμηλό και ενδιάμεσο χειρουργικό κίνδυνο: συχνότητα, προγνωστικοί παράγοντες και κλινική έκβαση

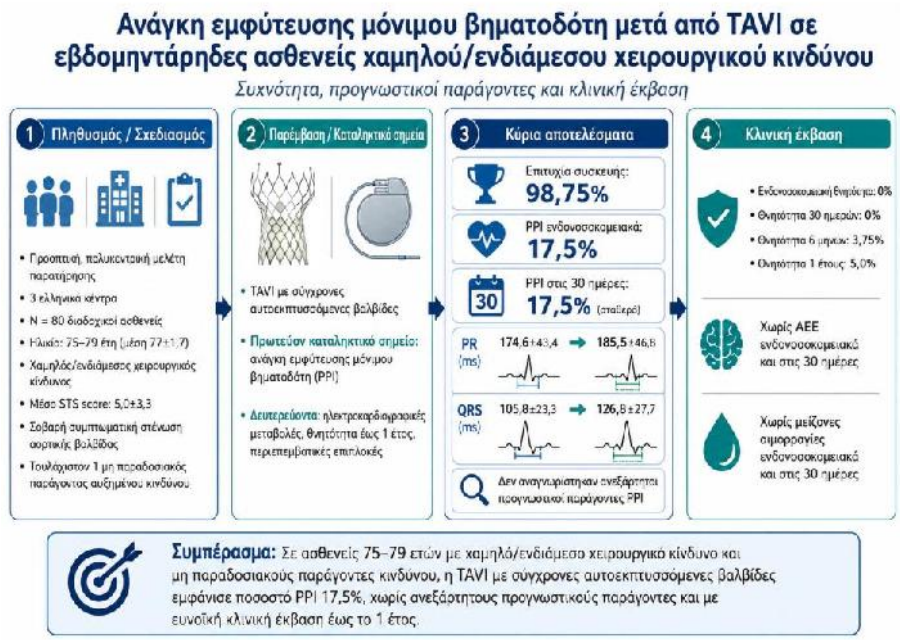
14/11/26 · METIS / METIS

Ν. Κτενόπουλος[1], Γ. Μπενέτος[2], Λ. Κολιαστάσης[1], Χ. Θεοδοσοπούλου[3], Π. Στάθης[1], Α. Αποστολός[1], Μ. Δρακοπούλου[1], Λ. Λάκκας[4], Η.Κοσμάς[5], Β. Βούδρης[5], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ. Τσιούφης[7], Λ. Μιχάλης[8], Κ. Τούτουζας[9]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [4]Department of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, [5]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, [7]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [8]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [9]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ανάγκη εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη(PPI) αποτελεί μία από τις συχνότερες επιπλοκές μετά από διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας(TAVI), ιδιαίτερα με τη χρήση αυτοεκπτυσσόμενων βαλβίδων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίπτωσης της PPI, η διερεύνηση πιθανών προγνωστικών παραγόντων και η συσχέτισή της με την κλινική έκβαση σε ασθενείς ηλικίας 75–79 ετών που φέρουν κλινικά σημαντικές συννοσηρότητες που δεν αποτυπώνονται επαρκώς στα παραδοσιακά σκορ χειρουργικού κινδύνου και υποβλήθηκαν σε TAVI με σύγχρονες αυτοεκπτυσσόμενες βαλβίδες. Υλικό και Μέθοδος:Πρόκειται για μια προοπτική, πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε σε τρία ελληνικά κέντρα(NCT04517955). Συμπεριλήφθηκαν 80 διαδοχικοί ασθενείς ηλικίας 75–79 ετών με σοβαρή συμπτωματική στένωση αορτικής βαλβίδας, χαμηλό/ενδιάμεσο χειρουργικό κίνδυνο και τουλάχιστον έναν μη παραδοσιακό παράγοντα αυξημένου κινδύνου που δεν αποτυπώνεται στα συμβατικά scores κινδύνου(πορσελανοειδής αορτή, ενεργός κακοήθεια, οπισθοστερνική πορεία έσω μαστικής αρτηρίας, μηχανική βαλβίδα σε άλλη θέση, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, ανατομικές ανωμαλίες θώρακα, ευθραυστότητα ή δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η ανάγκη εμφύτευσης PPI. Δευτερεύοντα σημεία περιλάμβαναν τις ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές, τη θνητότητα έως το 1-έτος και τις κύριες περιεπεμβατικές επιπλοκές. Διενεργήθηκε λογιστική παλινδρόμηση για την αναγνώριση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων PPI. Αποτελέσματα:Η μέση ηλικία ήταν 77±1,7 έτη και το μέσο STS score 5,0±3,3. Επιτυχία της συσκευής επιτεύχθηκε στο 98,75%. Μετά την TAVI παρατηρήθηκε αύξηση του διαστήματος PR από 174,6±43,4ms σε 185,5±46,8ms και του QRS από 105,8±23,3ms σε 126,8±27,7ms. Ενδονοσοκομειακή PPI απαιτήθηκε στο 17,5%, ποσοστό που παρέμεινε σταθερό στις 30-ημέρες. Η λογιστική παλινδρόμηση δεν ανέδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ προεπεμβατικών ηλεκτροκαρδιογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών και ανάγκης PPI. Δεν καταγράφηκαν ενδονοσοκομειακοί θάνατοι ή θάνατοι στις 30 ημέρες, ενώ η θνητότητα από όλα τα αίτια ήταν 3,75% στους 6 μήνες και 5,0% στο 1 έτος. Δεν παρατηρήθηκαν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή μείζονες αιμορραγικές επιπλοκές ενδονοσοκομειακά και στις 30-ημέρες. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς ηλικίας 75–79 ετών με χαμηλό/ενδιάμεσο χειρουργικό κίνδυνο και μη παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, η TAVI με σύγχρονες αυτοεκπτυσσόμενες βαλβίδες συνοδεύτηκε από ποσοστά PPI συγκρίσιμα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Παρά τις

αναμενόμενες μεταβολές στην ηλεκτρική αγωγή, δεν αναγνωρίστηκαν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες PPI, ενώ η ευνοϊκή κλινική έκβαση έως το 1 έτος υποστηρίζει το προφίλ ασφάλειας της TAVI σε αυτή την ιδιαίτερη ομάδα ασθενών.



ΠΑ204|Αντιμετώπιση ασθενών με δυσλειτουργία διακαθετηριακής αορτικής βαλβίδας: Κλινικές εκβάσεις μετά από επαναληπτική διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας έναντι χειρουργικής αφαίρεσης

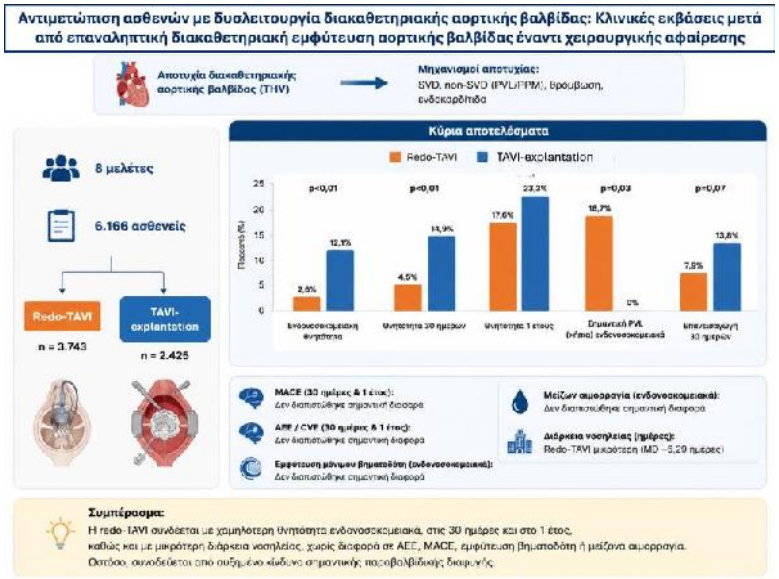
14/11/26 · METIS / METIS

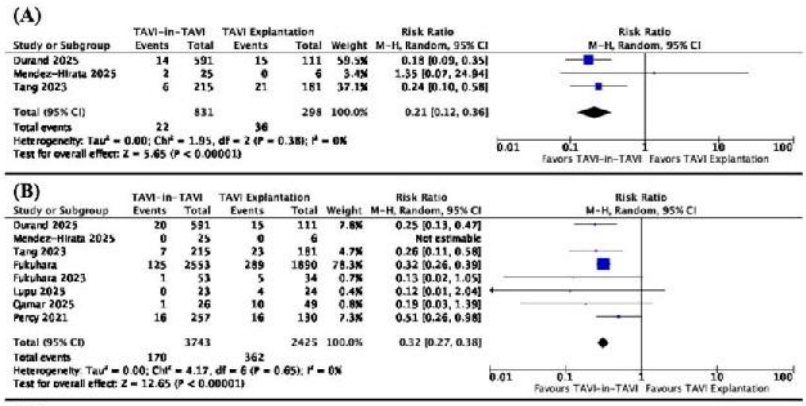
Ν. Κτενόπουλος[1], Α. Αποστολός[1], Δ. Τερεντές-Πρίνζτιος[1], Μ.Δρακοπούλου[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Π. Ξαπλαντέρης[3], A. Baumbach[4], Β. Πανούλας[5], Κ.Τσιούφης[6], Κ. Τούτουζας[7]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Department of Cardiology, Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre, Université Libre de Bruxelles (ULB), 1000 Brussels, Belgium, [4]Centre for Cardiovascular Medicine and Devices, William Harvey Research Institute, Queen Mary University of London and Barts Heart Centre, London, United Kingdom., [5]Department of Cardiology, Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, [6]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [7]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ευρεία εφαρμογή της διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI) σε νεότερους ασθενείς και πληθυσμούς χαμηλότερου χειρουργικού κινδύνου έχει οδηγήσει σε αυξανόμενο αριθμό ασθενών με δυσλειτουργία της διακαθετηριακής βιοπροσθετικής βαλβίδας(THV). Οι διαθέσιμες στρατηγικές επανεπέμβασης περιλαμβάνουν την επαναληπτική διακαθετηριακή εμφύτευση βαλβίδας(TAVI-in-TAVI) ή τη χειρουργική αφαίρεση της προηγούμενης βαλβίδας και αντικατάστασή της(TAVI-explantation). Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι η σύγκριση των κλινικών εκβάσεων των δύο αυτών στρατηγικών. Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις PubMed/MEDLINE, Scopus και Cochrane CENTRAL έως τον Σεπτέμβριο 2025, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του PRISMA. Συμπεριλήφθηκαν συγκριτικές μελέτες ασθενών με δυσλειτουργούσα TAVI που υποβλήθηκαν είτε σε TAVI-in-TAVI είτε σε TAVI-explantation. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η θνητότητα από όλα τα αίτια ενδονοσοκομειακά, στις 30 ημέρες και στο 1 έτος. Δευτερεύοντα σημεία αποτέλεσαν τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα(MACE), η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη(PPI), η σημαντική παραβαλβιδική ανεπάρκεια, η μείζων αιμορραγία, η διάρκεια νοσηλείας και οι επανεισαγωγές. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 8 μελέτες παρατήρησης με συνολικά 6.166 ασθενείς (3.743 TAVI-in-TAVI και 2.425 TAVI-explantation)(Figure 1). Η TAVI-in-TAVI συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερη θνητότητα ενδονοσοκομειακά (OR 0.198, 95% CI 0.110–0.351; P<0.0001), στις 30 ημέρες (OR 0.281, 95% CI 0.231–0.340; P<0.0001) και στο 1 έτος (OR 0.704, 95% CI 0.618–0.803; P<0.0001) σε σύγκριση με τη TAVI-explantation(Figure

2). Επιπλέον, παρατηρήθηκε μικρότερη συχνότητα μείζονος αιμορραγίαςενδονοσοκομειακά (OR 0.345, 95% CI 0.237–0.500; P<0.0001), μικρότερη διάρκεια νοσηλείας (μέση διαφορά -6,29 ημέρες, 95% CI –8.66 to –3.93; I^2=83%) και χαμηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής στις 30-ημέρες (OR 0.525, 95% CI 0.297–0.915; P=0.023). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή στην ανάγκη μόνιμου βηματοδότη, ούτε στα MACEs στις 30-ημέρες και στο 1-έτος. Αντίθετα, η TAVI-explantation εμφάνισε χαμηλότερο κίνδυνο σημαντικής παραβαλβιδικής ανεπάρκειαςμετ-επεμβατικά. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με δυσλειτουργία προηγούμενης TAVI και κατάλληλη ανατομία, η TAVI-in-TAVI φαίνεται να προσφέρει σημαντικό πλεονέκτημα όσον αφορά
την βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμηεπιβίωση, με μικρότερη νοσηρότητα και διάρκεια νοσηλείας σε σύγκριση με τη TAVI-explantation. Ωστόσο, η αυξημένη πιθανότητα σημαντικής παραβαλβιδικής διαφυγής υπογραμμίζει την ανάγκη εξατομικευμένης επιλογής ασθενών μέσω της Ομάδας Καρδιάς, με τη χρήση προηγμένης απεικόνισης και σχεδιασμό της μακροχρόνιας θεραπευτικής στρατηγικής. Απαιτούνται τυχαιοποιημένες μελέτες για την οριστική καθιέρωση της βέλτιστης προσέγγισης.





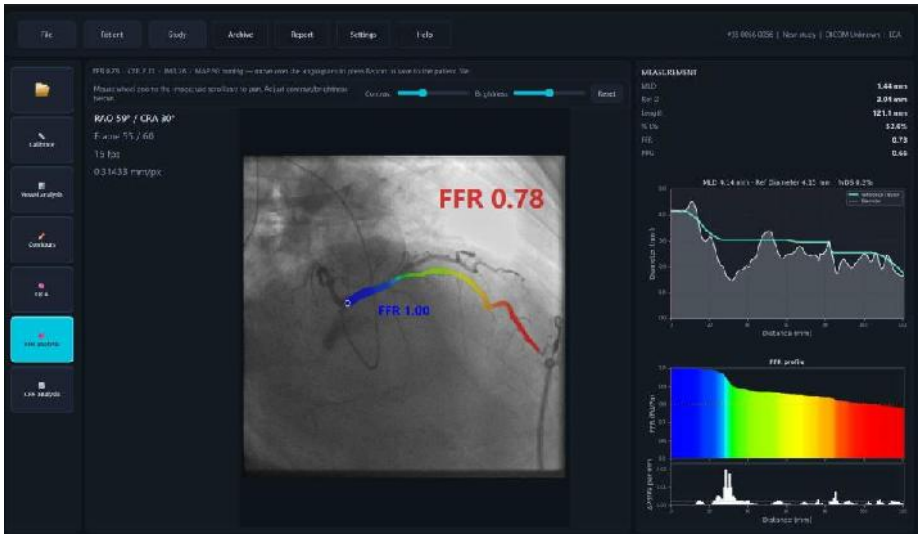
ΠΑ205|Diagnostic performance of single-view angiographic-derived fractional flow reserve: preliminary results using the computational software FFR2D

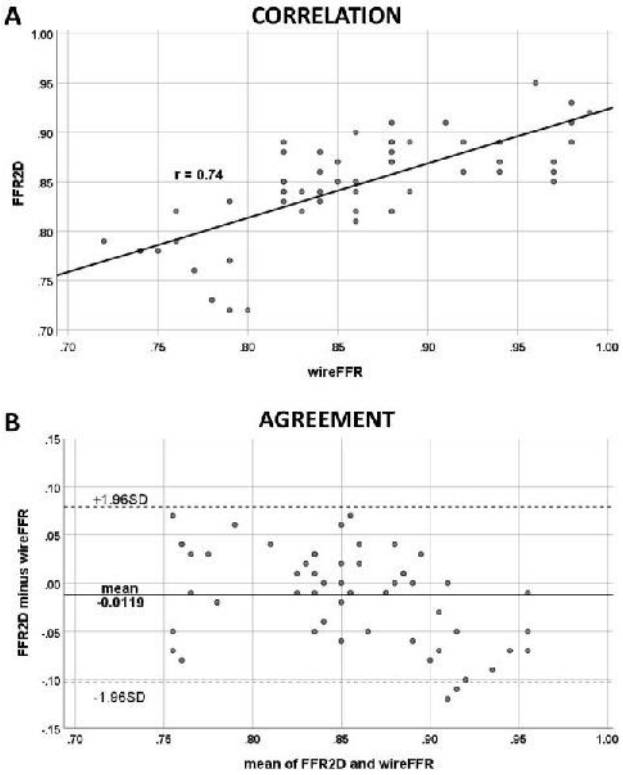
14/11/26 · METIS / METIS

A. Papoutsoglou[1], M. Ppapafaklis[1], K. Katsanos[2], G. Bourantas[3], G. Tsigkas[1], A. Karanasos[1], A. Moulias[1], F. Bekiris[3], P. Davlouros[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]University Hospital of Patras, Interventional Radiology Department*, *[3]Medlytic Labs, Patras*,

Introduction: Assessment of the functional significance of moderate coronary stenoses in the catheterization laboratory is of paramount importance. Latest computational advancements have enabled fractional flow reserve (FFR) estimation from a single angiographic view. The purpose of this study was to prospectively evaluate the diagnostic performance of a novel software based on the single-view angiographic-derived FFR approach. Methods: Fifty-nine vessels (51 patients) with moderate coronary stenoses which underwent invasive wire-based FFR (wireFFR) assessment were prospectively collected for this pilot analysis. Computational FFR estimation was performed off-line, blinded to the wireFFR result, using the FFR2D© software (MedLytic Labs). The software uses automated vessel segmentation with a hybrid deep learning model and physics-informed modeling of hyperemic coronary hemodynamics. Pressure loss across stenoses is computed using an integral of nonlinear fluid mechanics equations combining viscous and inertial terms. This enables the calculation of distal pressure and FFR without the need for a pressure wire, adenosine, or three-dimensional reconstruction. Correlation, agreement (Bland-Altman) and diagnostic performance/discrimination analyses were performed using wireFFR as the gold standard.Results: Mean age of the 51 patients was 69.2±8.5 years and there was increased frequency of risk factors (smoking 31%, diabetes 39%, hypertension 78%, dyslipidemia 84%). Figure 1 illustrates the FFR2D interface with FFR estimation in a case with moderate lesion in the left anterior descending artery (LAD). There was strong correlation (r=0.74, p<0.001) and close agreement (mean difference: −0.012±0.057; p=0.055 for difference from zero) between FFR2D and wireFFR (Figure 2). Diagnostic accuracy, sensitivity and specificity of the FFR2D cut-point (≤0.80) were 96.6%, 85.7% and 100%, respectively, for the corresponding binary FFR categorization (≤0.80), and there was a high discrimination with an area-under-the-curve (AUC) of 98.8% (95% CI: 96.7-100%; p<0.0001). Conclusions: The computational semi-automated FFR2D© software seems to have excellent diagnostic performance with close correlation and agreement against the gold standard wireFFR in this preliminary analysis, thereby showing promise for application in the catheterization laboratory. Validation in large patient datasets is warranted to enable online use in routine clinical practice.





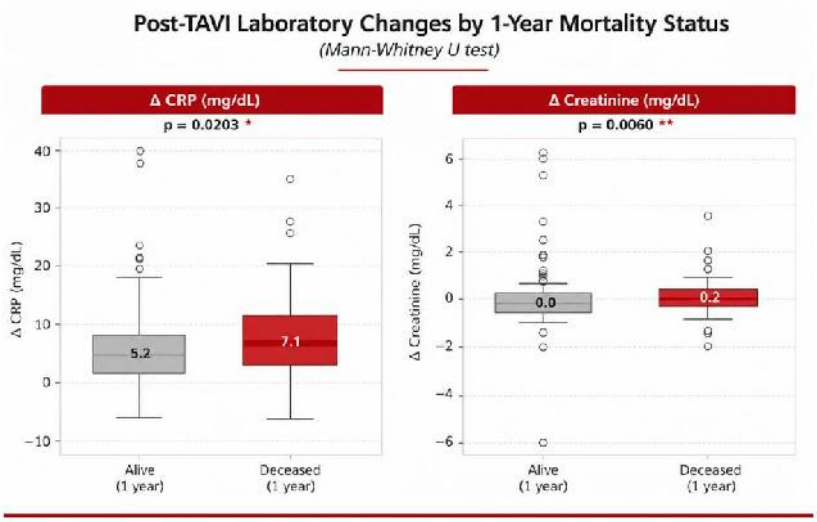
ΠΑ206|Προγνωστική αξία των εργαστηριακών δεικτών μετά από TAVI

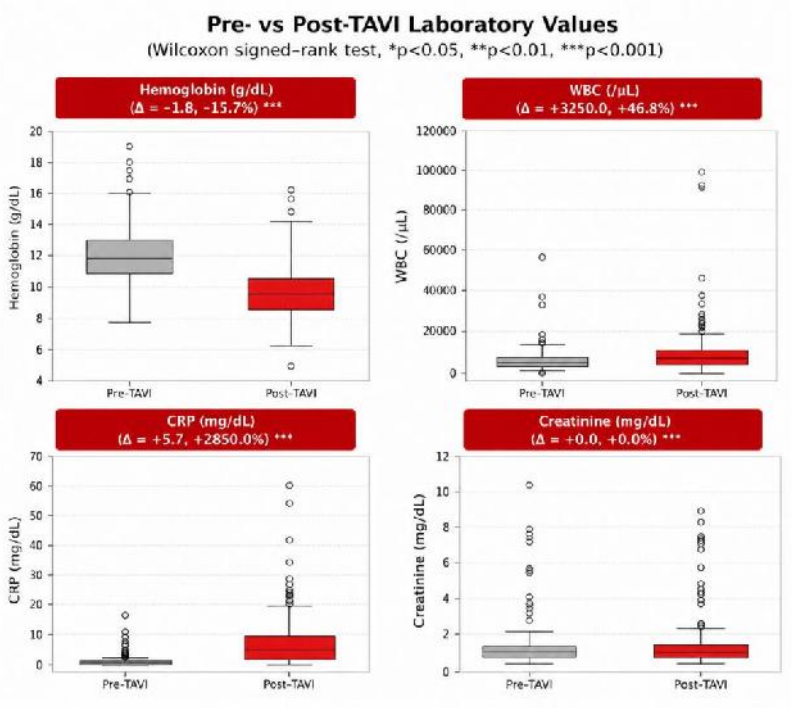
14/11/26 · METIS / METIS

Χ.Αρμόνης[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Δ. Κυριακοπούλου[2], Β.Καλογερά[1], Δ. Οικονόμου[1],Η. Παπαδοπούλου[1], Κ. Τριανταφύλλου, Α.Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Σκοπός: Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) συνοδεύεται από συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση και αιματολογικές μεταβολές, η προγνωστική σημασία των οποίων δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της έκτασης και των αλληλοσυσχετίσεων των μεταβολών των εργαστηριακών δεικτών μετά από TAVI, καθώς και η διερεύνηση της σχέσης τους με τις περιεπεμβατικές επιπλοκές και τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα. Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομικά αναλύθηκαν 296 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVI σε ένα κέντρο. Μετρήθηκαν οι μεταβολές (Δ) προ- και μετεπεμβατικά εργαστηριακών δεικτών, όπως της αιμοσφαιρίνης (Hb), των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC), των αιμοπεταλίων (PLT), της C-αντιδρώσα πρωτεΐνης (CRP), της τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας και της κρεατινίνης. Οι συσχετίσεις αξιολογήθηκαν με συντελεστή Spearman, ενώ η σχέση τους με δυσμενείς εκβάσεις εξετάστηκε με μη παραμετρικές δοκιμασίες και ανάλυση τεταρτημορίων. Αποτελέσματα: Όλοι οι εργαστηριακοί δείκτες παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές μετά την TAVI (p<0,001). Η μείωση της αιμοσφαιρίνης συσχετίστηκε με τη μείωση των αιμοπεταλίων (ρ=0,32, p<0,001) και την αύξηση της CRP (ρ=−0,34, p<0,001), ενώ η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων συσχετίστηκε με την αύξηση της τροπονίνης (ρ=0,27, p<0,001). Αυξημένη ΔWBC σχετίστηκε με υψηλότερη θνητότητα στις 30 ημέρες (p=0,008), ενώ οι ασθενείς που απεβίωσαν εντός ενός έτους εμφάνισαν μεγαλύτερη αύξηση της CRP (p=0,020) και της κρεατινίνης (p=0,006). Επιπλέον, μετεπεμβατική CRP>,4 mg/dL συσχετίστηκε με υπερδιπλάσιο κίνδυνο θνητότητας στο 1 έτος, ενώ η θνητότητα αυξανόταν προοδευτικά όσο αυξάνονταν τα επίπεδα της CRP (p τάσης=0,047). Τέλος, η μείωση της αιμοσφαιρίνης και των αιμοπεταλίων συσχετίστηκε με αιμορραγικά συμβάματα, η αύξηση της CRP με αγγειακές επιπλοκές και η αύξηση της κρεατινίνης με οξεία νεφρική βλάβη (όλα p≤0,005).Συμπεράσματα Οι μεταβολές των εργαστηριακών δεικτών μετά από TAVI αντανακλούν τη συστηματική φλεγμονώδη απάντηση και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο περιεπεμβατικών επιπλοκών και δυσμενών κλινικών εκβάσεων. Η μετεπεμβατική αύξηση της CRP και των λευκών αιμοσφαιρίων αναδεικνύει ασθενείς υψηλού κινδύνου, ενώ η CRP αποτελεί έναν απλό, ευρέως διαθέσιμο βιοδείκτη για την πρώιμη προγνωστική διαστρωμάτωση μετά από TAVI.





ΠΑ207|Διαμηριαία στεφανιογραφία και αγγειοπλαστική σε πειραματικά μοντέλα χοίρου: Ένα ασφαλές και επαναλήψιμο μοντέλο.

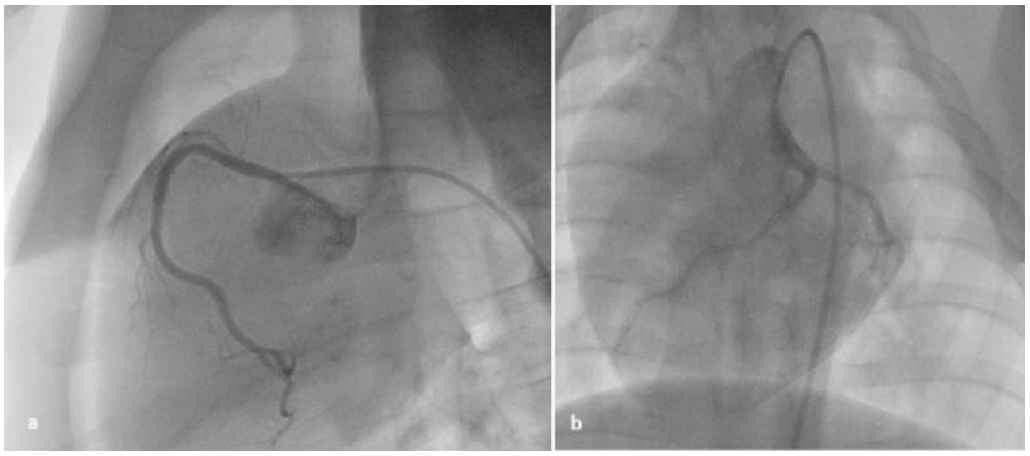
14/11/26 · METIS / METIS

Γ. Βασιλάγκος[1], Γ. Τσίγκας[1], Μ. Μπόζικα[1], Κ.Μ. Ναστούλη[1], Α. Μαυρομάτη[1], Α. Τούσης[2], Π. Νταβλούρος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι διαδικασίες της στεφανιογραφίας και της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης στους χοίρους είναι παρόμοιες με εκείνες που εκτελούνται στον άνθρωπο, καθώς η ανατομία της καρδιάς και της στεφανιαίας κυκλοφορίας τους ομοιάζουν. Ωστόσο, δεν υπάρχει καθιερωμένο πρωτόκολλο για τέτοιες επεμβάσεις, με τις

διαθέσιμες περιγραφές της διαδικασίας να είναι περιορισμένες, να περιέχουν αξιοσημείωτες διαφορές με τη χρήση της καρωτίδας να περιγράφεται συχνότερα ως σημείο αρτηριακής πρόσβασης, αλλά κυρίως να οδηγούν σε υψηλή περιεπεμβατική θνητότητα. Παρουσιάζουμε ένα εφικτό και αναπαραγώγιμο πρωτόκολλο για διαδερμικές στεφανιαίες επεμβάσεις σε πειραματικά μοντέλα χοίρων, χρησιμοποιώντας τον υπερηχογραφικά καθοδηγούμενο καθετηριασμό της μηριαίας αρτηρίας καθώς και τυποποιημένες αγγειογραφικές προβολές και καθετήρες. Υλικά/Μεθοδολογία Εννέα θηλυκοί χοίροι υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία και αγγειοπλαστική μετά από έγκριση της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας των αρμόδιων φορέων. Τα πειράματα πραγματοποιήθηκαν υπό γενική αναισθησία, χρησιμοποιώντας καθοδηγούμενη από υπερήχους παρακέντηση της επιπολής μηριαίας αρτηρίας. Οι καθετήρες Amplatzer AR1® και Right Coronary Bypass® χρησιμοποιήθηκαν για τον επιλεκτικό καθετηριασμό της δεξιάς και της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, αντίστοιχα. Τριάντα ημέρες μετά την αρχική επέμβαση, ακολούθησε στεφανιογραφικός επανέλεγχος με χρήση του ίδιου πρωτοκόλλου από την ομόπλευρη μηριαία αρτηρία. Αποτελέσματα Επιτυχής αρτηριακή πρόσβαση και επακόλουθος καρδιακός καθετηριασμός πραγματοποιήθηκε σε όλους τους χοίρους, με μόνο ένα ζώο να απαιτεί δεύτερη παρακέντηση. Κανένα από τα 9 ζώα δεν παρουσίασε σημαντική ταχυκαρδία ή υποτασικό επεισόδιο. Ένα ζώο ανέπτυξε επιπλοκή που σχετίζεται με το σημείο πρόσβασης. Κατά την επανεπέμβαση, καθετηριάστηκε με 100% επιτυχία η μηριαία αρτηρία και ακολούθησε στεφανιογραφικός έλεγχος χρησιμοποιώντας την ίδια τεχνική. Συμπεράσματα Η καθοδηγούμενη από υπερήχους αγγειακή προσπέλαση της επιπολής μηριαίας αρτηρίας είναι μια γρήγορη και ασφαλής εναλλακτική του καθετηριασμού της καρωτίδας αρτηρίας, κατά τις διαδερμικές στεφανιαίες επεμβάσεις σε μοντέλα χοίρου. Οι καθετήρες RCB και AR1 διαφαίνονται ως η καλύτερη επιλογή για τη γρήγορη, εύκολη και επιλεκτική εμπλοκή του στομίου της δεξιάς και αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, αντίστοιχα.



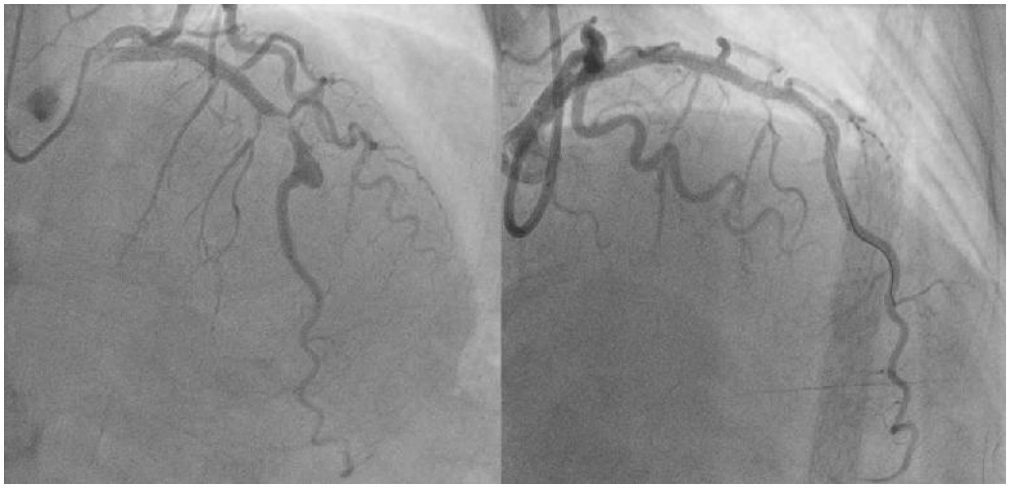
N°	Παράμετροι σημείου πρόσβασης			Περι-επεμβατικά χαρακτηριστικά		Χαρακτηριστικά Επανεπέμβασης	
	Πλήθος Παρακεντήσεων (n)	Χρόνος έως τοποθέτηση Θηκαριού (s)	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Αριθμός καθετήρων	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Πλήθος Παρακεντήσεων (n)	Χρόνος έως τοποθέτηση Θηκαριού (s)
1	1	60	Καμία	AR1, RCB	Σπασμός Στεφανιαίου Αγγείου	2	60
2	1	120	Καμία	AR1, RCB	Καμία	1	100
3	1	57	Καμία	AR1, RCB	Καμία	1	30
4	1	90	Σπασμός, Αιμάτωμα, Απουσία ροής, Θρόμβος Ενδοεπιλαίου	AR1, RCB	Καμία	2	100
5	1	60	Καμία	AR1, RCB	Καμία	1	52
6	2	240	Καμία	AR1, RCB	Καμία	1	55
7	1	60	Καμία	AR1, RCB	Καμία	1	45
8	1	60	Καμία	AR1, RCB	Καμία	1	60
9	1	45	Καμία	AR1, RCB	Καμία	2	160
Mean ± SD	1.10 ± 0.33	88.00 ± 61.32				1.55 ± 0.73	73.56 ± 39.94

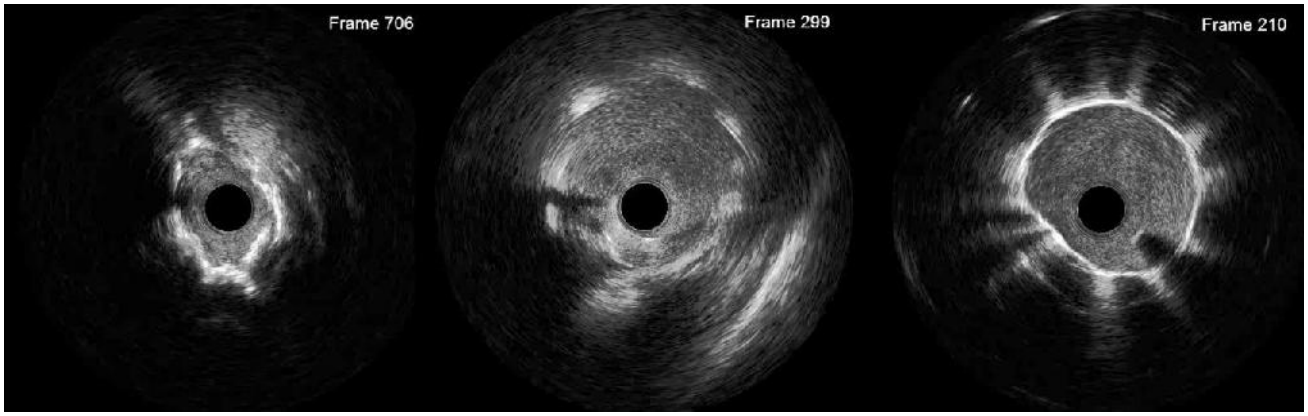
ΠΑ208|Late Coronary Aneurysm After Rotational Atherectomy: An IVUS-Guided Repair

14/11/26 · METIS / METIS

P. Varelas[1], K. Manousopoulos[1], K. Filippou[1], D. Karelas[1], D. Pitsiori[1], . Stamopoulou[1], I.Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Coronary artery aneurysm is a rare late complication following percutaneous coronary intervention and has only occasionally been described after rotational atherectomy (RA). Its management is particularly challenging when accompanied by in-stent restenosis (ISR), requiring intravascular imaging to define the underlying mechanism and guide treatment. Case Presentation: A 68-year-old woman with end-stage renal disease on chronic hemodialysis and known coronary artery disease underwent coronary angiography after stress echocardiography demonstrated inducible ischemia in the apical and mid-anterior wall. Several months earlier, she had undergone PCI of a severely calcified left anterior descending artery (LAD) with rotablation. Repeat coronary angiography demonstrated severe ISR in the mid-LAD together with a large coronary aneurysm located within a previously implanted polymer-free amphilimus-eluting stent at the origin of an occluded diagonal branch. The aneurysm was considered a late sequela of the previous rotational atherectomy and complex PCI. The restenotic segment involved a separate everolimus-eluting stent. IVUS revealed severe neointimal hyperplasia, marked stent deformation, and a critically reduced minimum stent area, while accurately delineating the dimensions and morphology of the aneurysm. High-pressure balloon dilatation followed by drug-coated balloon angioplasty was performed for the ISR. Subsequently, a Bentley covered coronary stent was implanted to exclude the aneurysm and optimized with non-compliant balloon post-dilatation. Final IVUS confirmed excellent stent expansion and apposition with adequate minimum stent area and complete sealing of the aneurysm. Final angiography demonstrated TIMI 3 flow without residual stenosis or contrast leakage. The patient experienced an uneventful hospital course and remained free of ischemic symptoms during follow-up. Conclusion: Late coronary aneurysm after rotational atherectomy is an exceptionally uncommon but potentially serious complication. This case highlights the indispensable role of IVUS in identifying the mechanism of ISR, characterizing aneurysm morphology, and optimizing treatment. The combination of drug-coated balloon angioplasty for ISR and covered stent implantation for aneurysm exclusion proved to be a safe and effective strategy in this complex clinical setting.





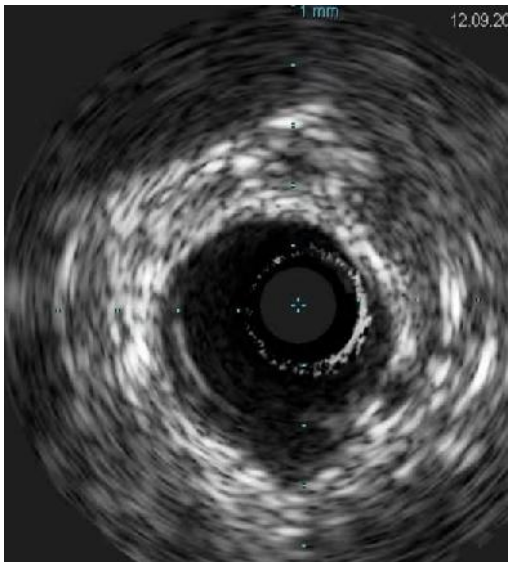
ΠΑ209|Αντιμετώπιση αυτόματου διαχωρισμού (SCAD) τύπου 4 που επιπλέκεται από καρδιογενή καταπληξία σε νέα γυναίκα με φαρμακευτικά επικαλυμμένα μπαλόνια (DCB) υπό την καθοδήγηση ενδοστεφανιαίου υπερήχου (IVUS)

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Σαμαράς[1] ,Ε. Παπαγεωργίου[1],Θ. Κωνσταντίνου[1], Ά. Γεωργακόπουλος[1]
[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ ΗΜΑΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Γυναίκα 52 ετών, χωρίς παράγοντες κινδύνου, προσεκομίσθη λόγω οξέως θωρακικού άλγους μετά από συναισθηματική φόρτιση. Στο ΗΚΓφημα εισόδου εμφάνιζε ανασπάσεις του ST στο κατώτερο και πλάγιο τοίχωμα ενώ ήταν αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά ασταθής (δύο επεισόδια VF για τα οποία απινιδώθηκε επιτυχώς). Στον υπέρηχο καρδιάς εμφάνιζε ακινησία κορυφής και κατωτέρου τοιχώματος με σοβαρά επηρεασμένη συσταλτικότητα. Οδηγήθηκε άμεσα για επείγουσα στεφανιογραφία όπου διαπιστώθηκε απόφραξη στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα (εικόνα 1). Διενεργήθηκε IVUS όπου επιβεβαιώθηκε η υπόνοια SCAD τύπου 4 και ο μηχανισμός inside-out, με παρουσία ρήξης του έσω – μέσου χιτώνα (εικόνα 2). Ακολούθησε παροχέτευση του αιματώματος με cutting balloon και τελικά έκπτυξη φαρμακευτικά επικαλυμμένων μπαλονιών πακλιταξέλης σε μεγάλο μήκος χωρίς εμφύτευση stent. Αποκαταστάθηκε ροή TIMI III στην περιφέρεια, οι ανασπάσεις και ο πόνος υποχώρησαν και η ασθενής σταθεροποιήθηκε αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά. Στους τρείς μήνες ακολούθησε αξονική στεφανιογραφία που επιβεβαίωσε πλήρη επούλωση του διαχωρισμού και στους έξι μήνες η συστολική λειτουργία επανήλθε πλήρως. Συμπέρασμα: Η αντιμετώπιση του αυτόματου διαχωρισμού με καθοδήγηση IVUS και φαρμακευτικά επικαλυμμένα μπαλόνια αναδεικνύεται ως μία εναλλακτική που πλεονεκτεί της τοποθέτησης stent και διευκολύνει την ταχύτατη επούλωση του αγγείου.





ΠΑ210|Βαλβιδοπλαστική με μπαλόνι σε βρέφη και νεογνά με κρίσιμη στένωση της αορτής

14/11/26 · METIS / METIS

Αν. Αναγωστοπούλου[1], Ν. Ανδρέου[1], Α. Γιαννακοπούλου[1], Ε. Καρανάσιος[1], Ν. Ελευθεράκης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

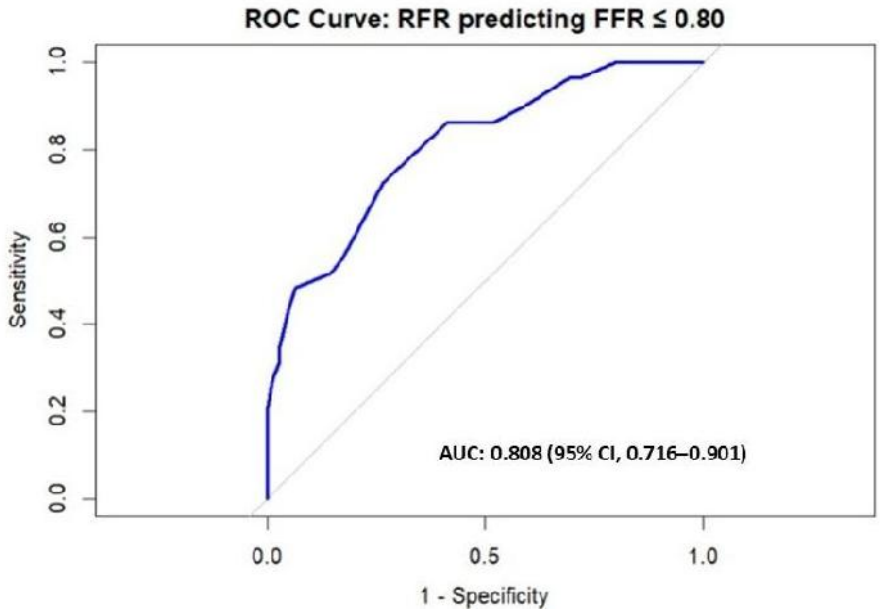
Εισαγωγή/ Σκοπός Η στένωση της αορτικής βαλβίδας (AV) είναι μια σπάνια συγγενής καρδιακή δυσπλασία με συχνότητα εμφάνισης 2,2–6% . Η «κρίσιμη» στένωση της αορτικής βαλβίδας (CAVS) υποδηλώνει σοβαρή βλάβη της αριστερής κοιλίας (LV) λόγω υψηλού βαθμού στένωσης και υπερφόρτωσης πίεσης της LV. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η AV έχει διγλώχινα μορφολογία ή συνένωση των πτυχών. Μπορεί να υπάρχουν και επιπρόσθετες καρδιακές δυσπλασίες, όπως η υποπλασία της αορτής ή η στένωση του ισθμού της αορτής.Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη της κρίσιμης βαλβιδικής στένωσης της αορτής σε νεογνά και βρέφη μέχρι ενός έτους στα τελευταία δέκα χρόνια. Υλικό και μέθοδος Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στα αρχεία ενός μεγάλου Παιδιατρικού Νοσοκομείου της Αθήνας από 01/01/2015 μέχρι και 31/12/2025.Η μελέτη έλαβε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας. Ευρέθησαν 12 παιδιά, δύο κορίτσια και δέκα αγόρια. Τρία ακόμη παιδιά είχαν υποβληθεί σε βαλβιδοπλαστική λόγω υπερβαλβιδικής στένωσης αορτής και συνδρόμου Williams και δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Η μέση ηλικία ήταν 95,41 ημερών (1-258). Το μέσο μήκος σώματος ήταν 55,6 cm (40-69) και το μέσο βάρος σώματος ήταν 4840 (3220-8400) kgs. Αποτελέσματα Στις περισσότερες περιπτώσεις 11/12 η αορτική βαλβίδα ήταν δίπτυχη. Σε 5/12 περιπτώσεις παρατηρήθηκε διάταση ανιούσας αορτής. Παρατηρήθηκαν και άλλες συγγενείς ανωμαλίες όπως υπερτροφία αριστερής κοιλίας 6/12, σύμπλεγμα Shone 2/12, στένωση του ισθμού της αορτής 3/12 και 1/12 μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Σε δύο περιπτώσεις συνυπήρχε δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και υπόταση. Κατά μέσο όρο έγιναν δύο προσπάθειες διάνοιξης. Η μέση κλίση πίεσης πριν την βαλβιδοπλαστική ήταν 61,6 mmHg (30-81) και μετά 35,3 mmHg(16-69). Σε δύο περιπτώσεις συνδυάστηκε με αγγειοπλαστική του ισθμού.Δεν υπήρχαν θάνατοι. Ήπια ανεπάρκεια της αορτής διαπιστώθηκε σε τρεις περιπτώσεις. Σε δύο περιπτώσεις παρατηρήθηκε παροδική ισχαιμία και μία περίπτωση σοβαρή διαταραχή ρυθμού που αντιμετωπίστηκε με ηλεκτρική ανάταξη. Συμπεράσματα: Η αορτική βαλβιδοπλαστική στη νεογνική ηλικία έχει καλά αποτελέσματα ακόμα σε παιδιά με βαρεία κλινική κατάσταση και χαμηλό βάρος σώματος.

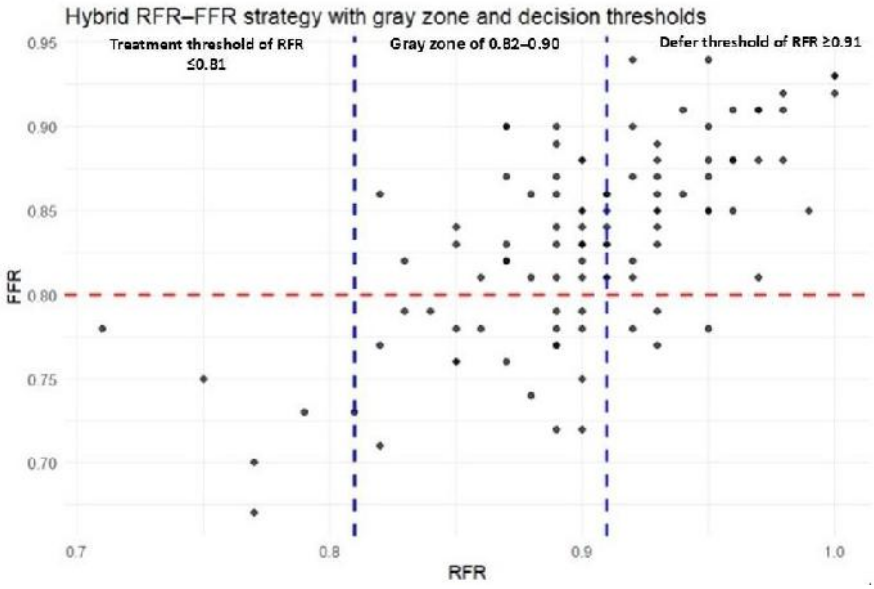
ΠΑ211|Physiology guided coronary revascularization using a hybrid RFR-FFR strategy

14/11/26 · METIS / METIS

Ε. Κλάδου[1], Ο. Ζαΐμάκης[1], Δ. Λεμπιδάκης[1], Α. Παπουτσάκης[1], Ε. Σιδεράς[1], Ε.ς Ζάχαρης[1], Σ. Πετούσης[1], Γ. Κοχιαδάκης[1], Ε. Σημαντηράκης[1], Ε. Σκαλίδης[1], Μ. Χαμηλός[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Fractional Flow Reserve (FFR) and Resting Full-Cycle Ratio (RFR) are physiological indices used for the functional assessment of intermediate stenoses. Comparative studies evaluating RFR and FFR remain limited. Objective: To evaluate the agreement between RFR and FFR with the currently recommended thresholds and to design a hybrid RFR-FFR ischemia detection strategy, allowing a reduction of coronary vasodilator use. Materials and Methods: A total of 103 lesions were retrospectively evaluated. RFR ≤0.89 and FFR ≤0.80 defined functionally significant stenosis. Diagnostic performance of RFR was assessed using FFR as the reference standard. To establish a hybrid RFR–FFR strategy, the RFR “gray zone” was defined by exploratory analysis, identifying an upper threshold with Negative predictive value (NPV)>90% to exclude lesions with FFR>0.80 (defer zone) and a lower threshold with Positive predictive value (PPV)>90% to identify lesions with FFR≤0.80 (treatment zone). A hybrid RFR–FFR strategy was further evaluated, requiring ≥95% agreement with an FFR-only approach. Results: The mean FFR was 0.83 ± 0.06, while the mean RFR was 0.90 ± 0.05. Linear regression analysis showed a strong linear relationship between FFR and RFR when all measurements in all vessels were considered together (r=0.65, R2= 0.43, p≤0.0001). Receiver operating characteristic (ROC) analysis showed an area under the curve (AUC) of 0.808 (95% CI, 0.716–0.901) (Figure 1). Overall concordance between FFR and RFR was 73.1% across all lesions. The Sensitivity, Specificity, PPV, and NPV for RFR were 72.4%, 73.3%, 51.2% and 87.3% respectively. Exploratory analysis identified an optimal hybrid strategy with a treatment threshold of RFR ≤0.81 (PPV 100%) and a defer threshold of RFR ≥0.91 (NPV 91.7%), defining a gray zone of 0.82–0.90 (vasodilator-use zone). This hybrid RFR–FFR approach achieved an overall agreement of 96.2% with the FFR-only strategy, while reducing the need for hyperemic assessment in 51.9% of lesions (Figure 2). Conclusion: There was a strong correlation between FFR and RFR (r = 0.653, p < 0.001). The hybrid RFR–FFR strategy demonstrated high agreement with the FFR-only classification (96.2%), while reducing the need for hyperemic assessment in 51.9% of lesions.





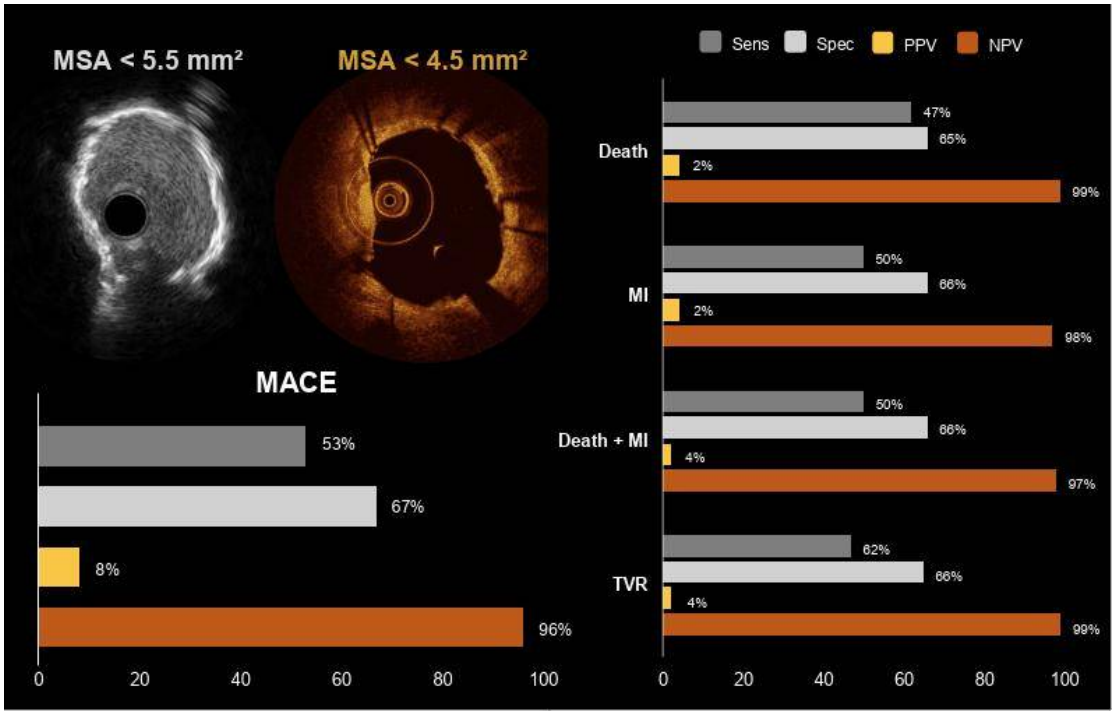
ΠΑ212|Prognostic Value of Minimal Stent Area after Intravascular Guided Percutaneous Coronary Interventions: A systematic review and meta-analysis

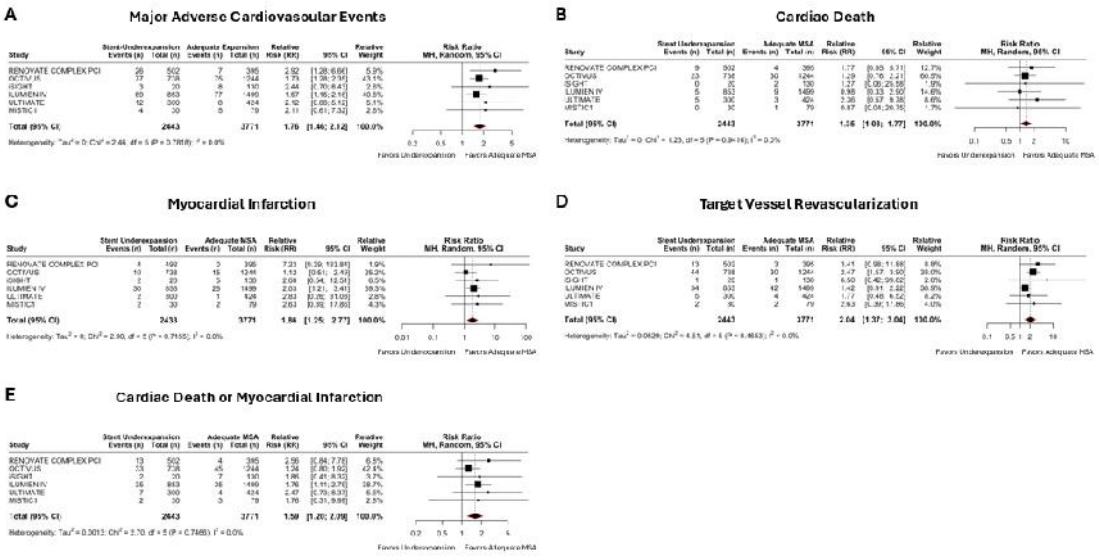
14/11/26 · METIS / METIS

N. Stalikas[1], A. Wilgenhof[1], S. Corradetti[1], A. Kechichian[1], J. Sonck[1], C. Collet[1]
[1]*Aalst Cardiovascular Center, Aalst, Belgium*

Background: Stent underexpansion is a recognized mechanical substrate for restenosis and thrombosis, yet its prognostic relevance in the era of contemporary drug-eluting stents (DES) remains uncertain. Minimum stent area (MSA) thresholds derived from intravascular ultrasound (IVUS) and optical coherence tomography (OCT) are widely used, but their predictive performance for adverse clinical outcomes has not been systematically evaluated across randomized trials (RCT). Methods: We performed a systematic review and study-level meta-analysis of RCTs reporting post-procedural MSA and clinical outcomes following percutaneous coronary intervention (PCI). Eligible trials used IVUS and/or OCT with prespecified MSA thresholds. Data were extracted for MACE and secondary outcomes (cardiac death, myocardial infarction [MI], and target vessel revascularization [TVR]). Random-effects models were used to pool relative

risks (RR). Diagnostic accuracy metrics of stent underexpansion were summarized using pooled sensitivity, specificity, PPV, and NPV. Summary receiver operating characteristic (SROC) curves were generated.Results:Six RCTs were included. The prevalence of stent underexpansion was 34.5% (95% CI 23.5 to 47.5). Small MSA was associated with an increased risk of MACE (RR 1.76 (95% CI 1.46–2.12). For the primary outcome, pooled sensitivity and specificity of underexpansion were 34% (95% CI 23–47%) and 67% (95% CI 53–78%), respectively. PPV was low at 8% (95% CI 5–12%), whereas NPV was high at 96% (95% CI 93–97%).Across secondary endpoints, diagnostic accuracy metrics showed the same pattern: modest sensitivity and specificity, very low PPV, and consistently high NPV (>98%). These findings indicate that while underexpansion is associated with higher relative risk, most patients with small MSA do not experience adverse events, whereas large MSA reliably identifies individuals at very low risk. Conclusions: Stent underexpansion remains associated with increased risk of adverse events in contemporary RCTs; however, due to low absolute event rates, its discriminative performance is limited. Large MSA consistently demonstrates excellent negative predictive value, underscoring its value as a procedural quality benchmark, but MSA alone is insufficient for individual prognostic risk stratification.



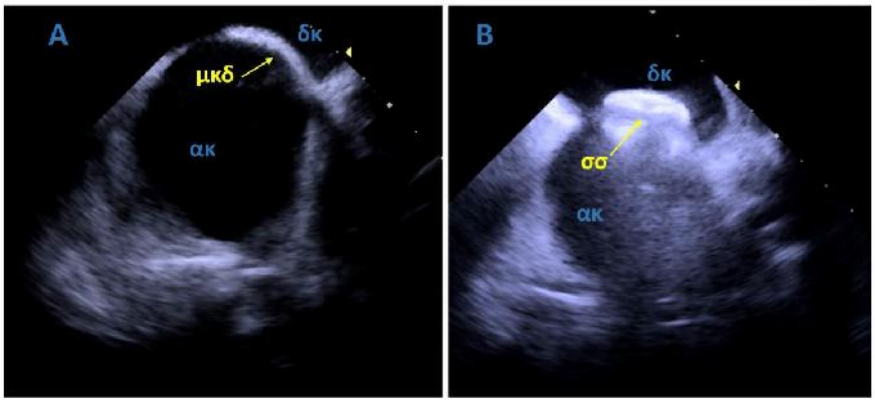


ΠΑ213|Καθοδηγούμενη από ενδοκάρδιο υπέρηχο σύγκλειση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος

14/11/26 · METIS / METIS

Σ. Αρμύλαγος[1], Ι. Ξενογιάννης[1], Φ. Κολοκάθης[1], Γ. Καραμάσης[1], Χ. Βαρλάμος[1], Σ. Βλάχος[1], Χ. Παππάς[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η χρήση του ενδοκαρδιακού υπερήχου (ΕΚΥ) αποτελεί εναλλακτική του διοισοφαγείου υπερήχου στην καθοδήγηση της σύγκλεισης του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος (ΑΩΤ) έχοντας το πλεονέκτημα ότι αποφεύγεται η γενική αναισθησία και βελτιώνεται η άνεση του ασθενούς. Στη παρούσα καταγραφή επιδιώκουμε να ερευνήσουμε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του ΕΚΥ στην καθοδήγηση της σύγκλεισης του ΑΩΤ. Υλικό και Μέθοδος: Καταγράψαμε τα κλινικά στοιχεία καθώς και τα τεχνικά χαρακτηριστικά, τις επιπλοκές και την έκβαση της επέμβασης των ασθενών που υπεβλήθησαν σε σύγκλεισης του ΑΩΤ καθοδηγούμενα από ΕΚΥ σε ένα τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της χώρας μας. Αποτελέσματα: Κατά τα έτη 2022 – 2026, 39 ασθενείς υπεβλήθησαν σε καθοδηγούμενη από ΕΚΥ σύγκλειση ΑΩΤ. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 47 ± 8 έτη, εκ των οποίων 16 ασθενείς (41%) ήταν γυναίκες. Το ROPE score υπολογίστηκε 6.6 ± 1.3 και το PASCAL class ως possible σε 23 ασθενείς (59%) ενώ σε 16 ασθενείς (41%) ως probable. Σαν πρόσβαση για το ΕΚΥ χρησιμοποιήθηκε η δεξιά μηριαία φλέβα με θηκάρι 9 Fr. Σε όλους τους ασθενείς για την ενδοκαρδιακή απεικόνιση χρησιμοποιήθηκε το Acuson P500 (Siemens Healthineers). Οι συσκευές σύγκλεισης που χρησιμοποιήθηκα ήταν: Gore Cardioform (W. L. Gore & Associates) σε 29 ασθενείς (74%) και Amplatzer septal occlude (Abbott) σε 10 ασθενείς (26%). Ο διάμεσος για τις ημέρες νοσηλείας ήταν μία ημέρα. Η συσκευή σύγκλεισης τοποθετήθηκε με επιτυχία σε 37 ασθενείς (95%). Σε 1 ασθενή δεν κατέστη δυνατή η εμφύτευση της συσκευής λόγω τρώσης του τοιχώματος του αριστερού κόλπου και καρδιακού επιπωματισμού που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η επιπλοκή αυτή δεν σχετιζόταν με τη χρήση ΕΚΥ. Συμπεράσματα: Εξ όσων γνωρίζουμε, η παρούσα καταγραφή αποτελεί τη μεγαλύτερη μέχρι σήμερα σειρά ασθενών που υπεβλήθησαν σε σύγκλειση ΑΩΤ καθοδηγούμενη από ΕΚΥ στην Ελλάδα. Η εν λόγω απεικονιστική μέθοδος φαίνεται να είναι ασφαλής και αποτελεσματική.



Απεικόνιση με ενδοαγγειακό υπέρηχο του δεξιού και αριστερού κόλπου καθώς και του μεσοκολπικού διαφράγματος πριν (Α) και μετά (Β) την τοποθέτηση συσκευής σύγκλεισης Amplatzer septal occluder (Abbott) λόγω ανοιχτού ωοειδούς τρήματος.

ακ: αριστερός κόλπος, δκ: δεξιός κόλπος, μκδ: μεσοκολπικό διάφραγμα, σσ: συσκευή σύγκλεισης

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

11.30-13.00 Προληπτική καρδιολογία / Prevention

Πρόεδροι: Ν. Γκουζούμας (Θεσσαλονίκη) **, Δ. Κρικίδης** (Θεσσαλονίκη)
Chairpersons :N. Gouzoumas (Thessaloniki), **D. Krikidis** (Thessaloniki)

ΠΑ214|Μετα-ανάλυση της μείωσης της αρτηριακής πίεσης και των κλινικών εκβάσεων σε ασθενείς με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Όσο χαμηλότερα τόσο καλύτερα;

14/11/26 · METIS / METIS

Ό. Κούρτη[1], Η. Σανίδας[1], Ρ. Παπαρίδου[1], Α. Παπαλυσάνδρου[1], Α. Ζωγράφου[1], Ι.ς Ζαρίφης[1], Δ.Αναγνώστου[2], Μ. Βέλλιου[3], Δ. Παπαδόπουλος[1], Έ.Δ. Μιχαλοπούλου[1], Κ. Θωμόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ Αμαλία Φλέμιγκ, [3]Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ Αττικόν

Εισαγωγή/Σκοπός. Προηγούμενες μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων μελετών έχουν δείξει ότι, στη δευτερογενή πρόληψη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), η επίτευξη συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) <0mmHg σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο υποτροπής. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της εντατικής μείωσης της ΑΠ και τη συνολική επίδρασή της στις καρδιαγγειακές εκβάσεις σε ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ παραμένουν περιορισμένα .Υλικό και Μέθοδος. Η μετα-ανάλυση καταχωρήθηκε στο PROSPERO (CRD42024593451). Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις PubMed και Cochrane έως τον Οκτώβριο του 2024 για τυχαιοποιημένες μελέτες μείωσης της ΑΠ που παρείχαν επαρκή δεδομένα για ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ. Οι εκβάσεις ήταν: (1) υποτροπή ΑΕΕ, (2) καρδιαγγειακή θνητότητα, (3) συνολική θνητότητα και (4) μόνιμη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος (RR) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% CI), συγκρίνοντας το σκέλος μεγαλύτερης έναντι μικρότερης μείωσης της ΑΠ. Αποτελέσματα. Συμπεριλήφθηκαν 20 μελέτες με συνολικά 54.302 ασθενείς με ΑΕΕ. Η μέση διαφορά στη μείωση της συστολικής/διαστολικής ΑΠ μεταξύ των ομάδων ήταν −6,1/−3,1mmHg, με μέση διάρκεια παρακολούθησης 3,1 έτη. Η μέση ΑΠ πριν από την παρέμβαση ήταν 147/86mmHg, ενώ η επιτευχθείσα ΑΠ στο πιο εντατικό σκέλος ήταν 136/80mmHg. Η εντατικότερη μείωση της ΑΠ συσχετίστηκε με μείωση της υποτροπής ΑΕΕ κατά 24% (95% CI: 13–34%) και της καρδιαγγειακής θνητότητας κατά 14% (95% CI: 5–23%), χωρίς επίδραση στη συνολική θνητότητα. Αντίθετα, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 43% (95% CI: 8–88%) των μόνιμων διακοπών της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ανάλυση υποομάδων, με βάση την επιτευχθείσα συστολική ΑΠ (>140, 130–139 και <0 mmHg), δεν έδειξε διαφορά στη μεταβολή του σχετικού κινδύνου για συγκρίσιμη μείωση της ΑΠ (περίπου −7/−3,5mmHg). Επιπλέον, στην πολυπαραγοντική ανάλυση μετα-παλινδρόμησης, ο φυσικός λογάριθμος του σχετικού κινδύνου υποτροπής ΑΕΕ δεν συσχετίστηκε με το μέγεθος της μείωσης της ΑΠ. Συμπεράσματα. Σε ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ, η μείωση της ΑΠ μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής του ΑΕΕ και τον καρδιαγγειακό θάνατο. Ωστόσο, η απουσία επίδρασης στη συνολική θνησιμότητα, η αύξηση των μόνιμων διακοπών της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών και η έλλειψη τεκμηρίωσης ότι η επίτευξη χαμηλότερων επιπέδων ΑΠ οδηγεί σε μεγαλύτερο όφελος υποδηλώνουν ότι η επιθετικότερη μείωση της ΑΠ δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε καλύτερες κλινικές εκβάσεις.

ΠΑ215|Συνδυαστική αξιολόγηση της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και των επιπέδων λιπιδίων στην πρόβλεψη του 20ετούς κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου: Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

14/11/26 · METIS / METIS

Σ.Π. Γιαννακοπούλου[1], Α. Λουκίνα[2], Ε. Μιχελής[2], Ι.Α. Δροσάτος[3], Ι. Ανδρίκου[4], Χ. Χρυσοχόου[4], Σ. Αντωνοπούλου[1], Φ. Μπάρκας[5], Ε. Λυμπερόπουλος[6], Π. Σφηκάκης[7], Κ. Τσιούφης[8], Χ. Πίτσαβος[9], Δ. Παναγιωτάκος[10]

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, [3]401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [6]1st Propaedeutic Department of Medicine

and Diabetes Center, Laiko General Hospital of Athens, *[7]ΙΑΣΩ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*, *[9]Λοιπά*, *[10]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

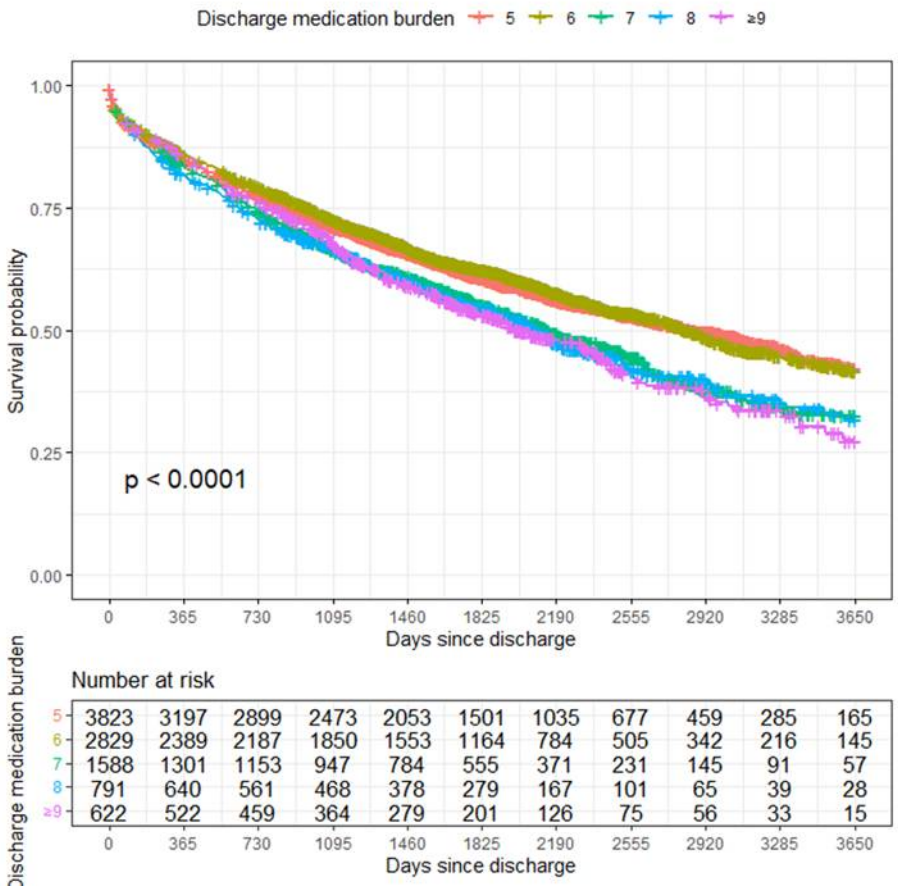
Εισαγωγή/Σκοπός: Παρόλο που η φλεγμονή αναγνωρίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο, με την υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hs-CRP) να λειτουργεί ως προγνωστικός δείκτης, ο βαθμός στον οποίο η αυξημένη hs-CRP σε συνδυασμό με διαφορετικές παραμέτρους του λιπιδαιμικού προφίλ αυξάνει τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως σε πληθυσμούς μεσογειακής καταγωγής, οι οποίοι εμφανίζουν ένα συγκριτικά ευνοϊκό φλεγμονώδες προφίλ λόγω του τρόπου ζωής και των διατροφικών τους συνηθειών. Ως εκ τούτου, η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει τη συσχέτιση του συνδυασμού της hs-CRP και διαφόρων παραμέτρων του λιπιδαιμικού προφίλ με τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, σε φαινομενικά υγιείς ενήλικες από τον γενικό πληθυσμό. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002–2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά την έναρξη της μελέτης, πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός των επιπέδων της hs-CRP και του λιπιδαιμικού προφίλ. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες χρησιμοποιώντας το όριο των 2 mg/L για την hs-CRP, των 100 mg/dL για την απολιποπρωτεΐνη B (apoB) και την χοληστερόλη των χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-C), των 50 mg/dL για τη λιποπρωτεΐνη(α) (Lp[a]) και των 131 mg/dL για την μη-HDL χοληστερόλη (non-HDL-C). Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια (2022), η οποία περιελάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 2002-2022, 718 (δηλαδή 36%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν καρδιαγγειακή νόσο (θανατηφόρα ή μη). Η αύξηση των τιμών της hs-CRP συσχετίστηκε με αυξημένο 20ετή κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου μετά από προσαρμογή για τη LDL-C ή τη non-HDL-C, αλλά όχι για την apoB ή τη Lp(a). Τα υψηλά επίπεδα apoB (≥100 mg/dL) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου ανεξάρτητα από τα επίπεδα της hs-CRP. Αντίθετα, η αυξημένα επίπεδα LDL-C (≥100 mg/dL) και non-HDL-C (≥131 mg/dL) εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση με την καρδιαγγειακή νόσο μόνο με την ταυτόχρονη παρουσία hs-CRP ≥2 mg/L. Συμπεράσματα: Η hs-CRP προσφέρει ανεξάρτητη, πρόσθετη προγνωστική αξία, ακόμη και πέρα από νεότερους λιπιδαιμικούς δείκτες, και αναδεικνύεται σε σημαντικό παράγοντα υπολειπόμενου κινδύνου, ακόμη σε πληθυσμούς που παραδοσιακά θεωρούνται χαμηλού κινδύνου.

ΠΑ216|Ο ρόλος της πολυφαρμακίας στη μακροχρόνια θνητότητα σε καρδιαγγειακούς ασθενείς: μια πολυκεντρική μελέτη κοορτής

14/11/26 · METIS / METIS

Χ. Κωφός[1], Ν. Φτάρας[2], Β. Τσιμπίρης[2], Σ. Φυντριλάκης[2], Α. Σαμαράς[3], Α. Παπάζογλου[3], Δ. Μωυσίδης[3], Α. Μπεκιαρίδου[3], Π. Σταχτέας[4], Α. Νασουφίδου[4], Β. Καμπερίδης[3], Ε. Καραγιαννίδης[5], Α. Ζιάκας[3], Γ.Γιαννακούλας[3]
[1]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, *[2]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*, *[3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[5]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*

Εισαγωγή: Η πολυφαρμακία είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς που νοσηλεύονται για καρδιαγγειακή νόσο και αντικατοπτρίζει μεγαλύτερη ηλικία, πολυνοσηρότητα και σύνθετες θεραπευτικές ανάγκες. Παρότι οι σύγχρονες θεραπείες βελτιώνουν την πρόγνωση, η πολύπλοκη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη κλινική ευαλωτότητα. Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του φαρμακευτικού φορτίου κατά το εξιτήριο και της μακροχρόνιας θνητότητας σε μια μεγάλη πολυκεντρική κοορτή καρδιολογικών ασθενών. Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε πολυκεντρική παρατηρητική μελέτη που περιέλαβε 38.166 νοσηλευόμενους καρδιαγγειακούς ασθενείς. Ως πολυφαρμακία ορίστηκε η χορήγηση ≥5 κατηγοριών φαρμάκων κατά την έξοδο. Οι ασθενείς με πολυφαρμακία (n=16.408) ταξινομήθηκαν σε πέντε ομάδες με βάση τον αριθμό των φαρμακευτικών κατηγοριών (5, 6, 7, 8 και ≥9). Αναλύθηκαν τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά και η φαρμακευτική αγωγή κατά την έξοδο και την παρακολούθηση. Η δεκαετής συνολική θνητότητα εκτιμήθηκε με ανάλυση Kaplan-Meier και πολυπαραγοντικά μοντέλα Cox, προσαρμοσμένα για ηλικία, φύλο και σημαντικές συννοσηρότητες. Αποτελέσματα: Η διάμεση τιμή των φαρμάκων κατά την έξοδο ήταν 6 (IQR 5-7). Η αυξανόμενη φαρμακευτική επιβάρυνση συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ηλικία, υψηλότερο φορτίο συννοσηροτήτων και συχνότερη χρήση καρδιαγγειακών θεραπειών. Η ανάλυση Kaplan-Meier έδειξε προοδευτικά χειρότερη επιβίωση με την αύξηση του φαρμακευτικού φορτίου (log-rank p<0,001). Στα προσαρμοσμένα μοντέλα Cox, μόνο οι ασθενείς με ≥9 κατηγορίες φαρμάκων είχαν στατιστικά σημαντικά αυξημένο κίνδυνο θνητότητας σε σύγκριση με όσους λάμβαναν αγωγή με 5 φαρμακευτικές ουσίες (HR 1,14, 95% CI 1,00–1,29; p=0,044), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση για τις ομάδες 6-8 φαρμάκων. Συμπέρασμα: Η πολύ υψηλή φαρμακευτική επιβάρυνση κατά την έξοδο από το νοσοκομείο σχετίζεται ανεξάρτητα με αυξημένη μακροπρόθεσμη θνητότητα σε καρδιαγγειακούς ασθενείς. Η πολυφαρμακία μπορεί να λειτουργεί ως ολοκληρωμένος δείκτης βαρύτητας νόσου και κλινικής πολυπλοκότητας, με πιθανή αξία στην εκτίμηση κινδύνου σε μακροχρόνια βάση.



ΠΑ217|Καρδιοπροστατευτική δράση της σεμαγλουτίδης σε ασθενείς με Non-Hodgkin Λέμφωμα που έλαβαν ανθρακυκλίνες: μελέτη πραγματικού κόσμου

14/11/26 · METIS / METIS

Ν.Ι. Τεπετές[1], Ι. Μπούτσικος[1], Χ. Φιλιππάτος[1], Β. Μικρός[1], Κ. Γκίκας[1], Π. Κωστάκου[1], Α. Κατσιάνης[2], Κ. Σταματελόπουλος[1], Α. Μπριασούλης

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η καρδιοτοξικότητα που προκαλείται από ανθρακυκλίνες εξακολουθεί να αποτελεί κύριο αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας στους επιζώντες ασθενείς με Non-Hodgkin Λέμφωμα. Αν και η σεμαγλουτίδη έχει αποδειχθεί ότι ασκεί καρδιοπροστατευτική δράση σε μη ογκολογικούς πληθυσμούς, τα οφέλη της σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία υψηλού κινδύνου δεν έχει ακόμα διερευνηθεί. Μέθοδοι: Χρησιμοποιώντας την βάση δεδομένων TriNetX, ανιχνεύθηκαν ενήλικοι ασθενείς με Non-Hodgkin Λέμφωμα που είχαν λάβει θεραπευτικά σχήματα με ανθρακυκλίνες. Δημιουργήθηκαν 2 κοορτές ασθενών: στην πρώτη ελάμβαναν σεμαγλουτίδη ενώ στην δεύτερη όχι (ομάδα ελέγχου). Πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση βάσει propensity score ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, τα χαρακτηριστικά της νόσου, της συγχορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής και των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου.Αποτελέσματα: Σχηματίστηκαν δυο ομάδες, των 994 ασθενών η καθεμία. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 584 μέρες στην ομάδα της σεμαγλουτίδης και 730 μέρες στην ομάδα ελέγχου. Η χορήγηση σεμαγλουτίδης συσχετίστηκε με σημαντικό όφελος στην συνολική επιβίωση (HR=0.20, p < 0.001). Όσον αφορά τα καρδιαγγειακά συμβάματα, η σεμαγλουτίδη έδειξε σημαντική προστατευτική δράση έναντι των MACE (HR=0.47, p < 0.001), του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (HR=0.41, p < 0.001), της εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας (HR=0.60, p=0.001) και κολπικής μαρμαρυγής/πτερυγισμού (HR=0.42, p < 0.001). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της οξείας νεφρικής βλάβης (HR=0.29, p < 0.001), καθώς και τάση για μικρότερο αριθμό νοσηλειών οποιασδήποτε αιτιολογίας (HR=0.74, p=0.156). Δεν φάνηκαν αξιοσημείωτα οφέλη στον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (HR=0.77, p=0.344).Συμπέρασμα: Σε αυτή την μελέτη πραγματικών δεδομένων, η χορήγηση σεμαγλουτίδης συσχετίστηκε σε σημαντικό βαθμό με την πρωτογενή πρόληψη των μείζονων καρδιακών και νεφρικών επιπλοκών σε ασθενείς με Non-Hodgkin Λέμφωμα που έλαβαν θεραπεία με ανθρακυκλίνες. Τα ευρήματα αυτά

υποδηλώνουν ότι οι GLP-1RAs ενδέχεται να δρουν καρδιοπροστατευτικά καθώς και να διαθέτουν πλειοτροπικές ογκολογικές ιδιότητες, οι οποίες χρήζουν επιβεβαίωσης σε προοπτικές κλινικές μελέτες.

ΠΑ219|Επιδράσεις των συστημάτων υβριδικού κλειστού βρόχου και των αναστολέων SGLT2 στη μυοκαρδιακή παραμόρφωση και την αγγειακή λειτουργία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

14/11/26 · METIS / METIS

Κ. Κατωγιάννης[1], Α. Κουντούρη[1], Ι. Θυμής[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Ε. Κατσανάκη[2], Ε. Γατουρτζίδου[1], Δ. Βλαχομήτρος[1], Β. Λαμπαδιάρη[1], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) εμφανίζουν πρώιμες εκδηλώσεις αγγειακής και ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, ακόμη και σε νεαρή ηλικία. Τα συστήματα υβριδικού κλειστού βρόχου (Hybrid Closed-Loop Systems, HCLS) αποτελούν σήμερα το πρότυπο αναφοράς για τη γλυκαιμική ρύθμιση στον ΣΔ1, ωστόσο οι πιθανές καρδιαγγειακές τους επιδράσεις δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί. Σκοπός: Σκοπός ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο τα HCLS βελτιώνουν την αγγειακή και μυοκαρδιακή λειτουργία σε σύγκριση με τις πολλαπλές ημερήσιες ενέσεις ινσουλίνης (Multiple Daily Injections, MDI) ή με την προσθήκη αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT-2i) σε ασθενείς με ανεπαρκώς ρυθμισμένο ΣΔ1.Μέθοδοι: 90 διαδοχικοί ασθενείς με ανεπαρκώς ελεγχόμενο ΣΔ1 υπό θεραπεία με MDI κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες θεραπευτικής παρέμβασης: (1) μετάβαση σε HCLS, (2) προσθήκη αναστολέα SGLT-2 στη θεραπεία με MDI ή (3) εντατικοποίηση της θεραπείας με MDI. Κατά την έναρξη της μελέτης και στους 6 και 12 μήνες αξιολογήθηκαν ο χρόνος εντός θεραπευτικού εύρους γλυκόζης (Time in Range, TIR), η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV), η κεντρική συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση (cSBP και cDBP), η περιοχή άρδευσης (PBR) των υπογλώσσιων μικροαγγείων ως δείκτης ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, η συνολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS), η στεφανιαία εφεδρεία ροής (CFR) και η εξαρτώμενη από τη ροή αγγειοδιαστολή της βραχιόνιας αρτηρίας (FMD).Αποτελέσματα: Στους 6 μήνες, τα HCLS οδήγησαν στη μεγαλύτερη αύξηση του TIR, ακολουθούμενα από τους SGLT-2i (+28,61% έναντι +10,91%, P=0,026), ενώ η ομάδα των MDI παρουσίασε περιορισμένη βελτίωση (+2,11%, P<0,001 για όλες τις συγκρίσεις). Στους 12 μήνες, οι ασθενείς υπό HCLS εμφάνισαν διπλάσια και τετραπλάσια αύξηση του TIR σε σύγκριση με τις ομάδες των SGLT-2i και των MDI, αντίστοιχα. Επιπλέον, οι ομάδες HCLS και SGLT-2i παρουσίασαν σημαντικότερη μείωση της PWV, της cSBP και της PBR, καθώς και μεγαλύτερη βελτίωση της GLS, του CFR και της FMD σε σύγκριση με την ομάδα των MDI (όλες οι συγκρίσεις P<0,05). Οι μεταβολές των GLS, CFR, PWV, PBR και cSBP συσχετίστηκαν με τις μεταβολές του TIR. Συμπεράσματα: Τα συστήματα υβριδικού κλειστού βρόχου και οι αναστολείς SGLT-2 υπερείχαν της εντατικοποίησης της θεραπείας με MDI τόσο ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο όσο και ως προς τη βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας σε ασθενείς με ΣΔ1.

Changes in myocardial and vascular function, Endothelial Glycocalyx Thickness and in Arterial Stiffness

Variables	All participants (n=90)	MDI (n=30)	HCLS (n=30)	SGLT-2i (n=30)
GLS (%) Baseline	-19.2±1.32	-19.3±1.44	-19.1±1.81	-19.3±1.03
GLS (%) 6 months	-19.8±1.76†††	-20.1±1.56††	-19.5±1.22†††	-19.4±1.44†††
GLS (%) 12 months	-19.8±1.76†††	-20.4±1.66††	-19.7±1.32†††	-19.5±1.61†††
CFR Baseline	2.55±0.29	2.52±0.32	2.63±0.29	2.45±0.27
CFR 6 months	2.56±0.33	2.59±0.36††	2.66±0.28*†	2.43±0.31
CFR 12 months	2.66±0.32††	2.63±0.35†††	2.76±0.33*††	2.52±0.29
PWV (m/s) Baseline	10.43±2.46	10.13±3.29	10.50±1.98	10.65±1.91
PWV (m/s) 6 months	9.90±2.12†	10.47±2.31	9.61±1.76*	9.61±2.21†††
PWV (m/s) 12 months	9.45±1.84†††	10.16±2.29	8.75±1.52*††	9.46±1.34†††
cSBP (mmHg) Baseline	133.69±10.98	132.73±11.27	132.97±12.61	135.37±8.91
cSBP (mmHg) 6 months	131.52±10.62	137.00±11.13	126.50±10.41†††	131.52±10.62†
cSBP (mmHg) 12 months	127.28±11.62†††	134.46±10.94	121.83±12.24†††	125.56±7.61*††
cDBP (mmHg) Baseline	73.91±7.30	73.80±8.40	74.23±7.94	73.70±5.37
cDBP (mmHg) 6 months	72.71±6.95	75.50±5.35	70.81±6.66	71.82±7.92
cDBP (mmHg) 12 months	71.07±7.18	74.60±8.38	68.33±5.33	70.30±6.19
PBR (5–25 µm) Baseline	2.14±0.26	2.14±0.28	2.18±0.28	2.10±0.23
PBR (5–25 µm) 6 months	2.02±0.25†††	2.14±0.31	2.01±0.18†††	1.90±0.21†††
PBR (5–25 µm) 12 months	1.97±0.25†††	2.16±0.29	1.92±0.21†††	1.84±0.11†††

Data are presented as mean values – SD.

*P < 0.05; **P < 0.01; ***P < 0.001 for time treatment interaction obtained by repeated measures ANOVA.

†P < 0.05, ††P < 0.01, †††P < 0.001 for comparisons of 6 or 12 months versus baseline by ANOVA using post hoc analysis with Bonferroni's correction.

ANOVA, analysis of variance; cDBP, central diastolic blood pressure; cSBP, central systolic blood pressure; HCLS, hybrid closed-loop system; MDI, multiple daily injection; PBR, perfused boundary region; PWV, pulse wave velocity; SD, standard deviation; SGLT-2i, sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor.

ΠΑ220|Η επίδραση της συνδυαστικής χορήγησης λιραγλουτίδης και εμπαγλιφλοζίνης στη μυοκαρδιακή παραμόρφωση και η συσχέτισή της με καρδιαγγειακά και οικονομικά αποτελέσματα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2

14/11/26 · METIS / METIS

Γ. Οικονομίδης[1], **Ι. Θυμής[1]**, Γ. Γεωργιόπουλος[1], Γ. Παυλίδης[1], Ι. Θεοδοσόπουλος[1], Β.Λαμπαδιάρη[2], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Π.Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΟΝ Β΄ΠΠΠΚ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) αυξάνει σημαντικά την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και την οικονομική επιβάρυνση της υγειονομικής περίθαλψης. Διερευνήσαμε εάν η συνδυασμένη χορήγηση του παράγοντα λιραγλουτίδη (GLP1-RA) και της εμπαγλιφλοζίνης (SGLT2i) μειώνει την επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων και οδηγεί σε βελτιωμένα οικονομικά αποτελέσματα όψιμα και αν αυτά τα οφέλη σχετίζονται με την άμεση βελτίωση των δεικτών μυοκαρδιακής παραμόρφωσης.Υλικό και μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε 336 συμμετέχοντες με ΣΔΤ2, 60 ± 10 ετών, όπου 252/336 (75%) ήταν άνδρες. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τέσσερις ομάδες: ινσουλίνης (n=94), λιραγλουτίδης(n=72), εμπαγλιφλοζίνης (n=92) και συνδυασμού λιραγλουτίδης+εμπαγλιφλοζίνης (n=78). Μετρήσαμε την επιμήκη μυοκαρδιακή παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (LVGLS) μέσω υπερηχοκαρδιογραφήματος στην έναρξη και στους 6 μήνες. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για 6 έτη και καταγράφηκε η επίπτωση του σύνθετου καταληκτικού σημείου μη θανατηφόρων συμβαμάτων (έμφραγμα μυοκαρδίου, νοσηλεία λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και στεφανιαία επαναιμάτωση). Δημιουργήθηκαν πολυπαραγοντικά Cox μοντέλα για τις συσχετίσεις μεταξύ των ομάδων θεραπείας, των μεταβολών της LVGLS και των κλινικών αποτελεσμάτων. Παράλληλα, διεξήχθη οικονομική ανάλυση για τον υπολογισμό του κόστους.Αποτελέσματα: Στους 6 μήνες το LVGLS αυξήθηκε σημαντικά (p=0.020), με τη μεγαλύτερη βελτίωση να παρατηρείται στην ομάδα του συνδυασμού σε σύγκριση με τις ομάδες της ινσουλίνης, των GLP-1RA και των SGLT2i (p<0.05). Κατά την 6ετή παρακολούθηση, καταγράφηκαν 91 συμβάματα. Η θεραπεία συνδυασμού συσχετίστηκε με τον χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης συμβαμάτων (ινσουλίνη vs. συνδυασμός: HR = 4.36, 95% CI:2.04-9.33, P<0.001; GLP1-RA vs. συνδυασμός: HR =2.45, 95%CI:1.06-5.64, p=0.035; SGLT2i vs. συνδυασμός: HR=3.07, 95% CI:1.38-6.81, p=0.006). Στην ομάδα του συνδυασμού, η βελτίωση της LVGLS αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για μειωμένο κίνδυνο συμβάματος (HR=0.89, 95%CI:0.79-0.98, p=0.040). Η ομάδα του συνδυασμού παρουσίασε το χαμηλότερο μέσο κόστος ανά ασθενή ανά μήνα (Ινσουλίνη: 691€, 95% CI: 472-911; GLP1-RA: 224€, 95% CI: 44-404; SGLT2i: 528€, 95% CI: 305-751; Συνδυασμός: 175€, 95% CI: 30-321). Συμπέρασμα: Η συνδυασμένη θεραπεία GLP-1RA και SGLT2i σχετίζεται με πρώιμη βελτίωση της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης, που σχετίζεται με μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου μακροπρόθεσμα και ευνοϊκά οικονομικά αποτελέσματα.

Table. Multivariable Cox proportional hazard models of antidiabetic treatments for the composite outcome.

Group Comparison (Reference: Combination)	Hazard Ratio (HR)	95% Confidence Interval	p-value
Insulin vs Combination	4.36	2.04 – 9.33	<0.001
Liraglutide (GLP-1RA) vs Combination	2.45	1.06 – 5.64	0.035
Empagliflozin (SGLT2i) vs Combination	3.07	1.38 – 6.81	0.006

Incidence of non-fatal cardiovascular events at 6-year follow-up

Outcome	All Patients (n=336)	Insulin (n=94)	Liraglutide (n=72)	Empagliflozin (n=92)	Liraglutide + Empagliflozin (n=78)
Non-fatal CV events (composite)	91 (27.4%)	40 (42.5%)	18 (25%)	25 (27.2%)	8 (10.3%)
Myocardial Infarction	22 (6.3%)	12 (12.7%)	3 (4.2%)	5 (5.4%)	2 (2.6%)
Heart Failure Hospitalization	23 (6.8%)	10 (10.6%)	6 (8.3%)	5 (5.4%)	2 (2.6%)
Stroke	7 (2.1%)	3 (3.2%)	1 (1.4%)	2 (2.2%)	1 (1.3%)
Coronary Revascularization	39 (13.1%)	15 (20.8%)	8 (14.3%)	13 (14.1%)	3 (3.8%)

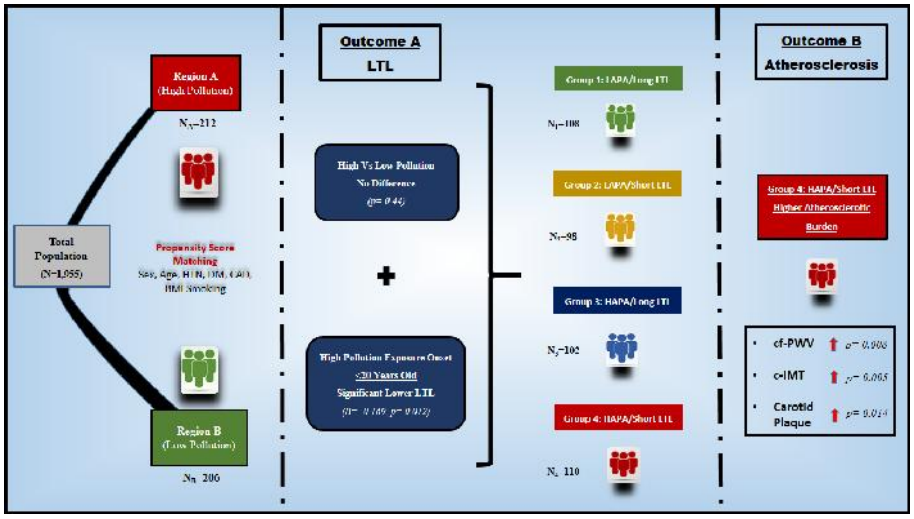
ΠΑ221|Long Telomeres Protect Cardiovascular Health During Chronic Air Pollution Exposure

14/11/26 · METIS / METIS

M. Sagris[1], S. Toupance[2], P. Theofilis[3], E. Oikonomou[4], G. Lazaros[3], C. Brandon[2], L. Cecile[2], K. Tsioufis[5], A. Benetos[2], D. Tousoulis[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Université de Lorraine, Inserm, DCAC, F-54000, Nancy, France, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Objective: Higher air pollution exposure and shorter leukocyte telomere length (LTL) are both associated with increased risk of cardiovascular disease. In this study we examined whether air pollution exposure is associated with shorter LTL and whether LTL can modulate the effects of pollution exposure on cardiovascular state. Design and Method: In this cross-sectional analysis we selected 418 individuals, aged 62.4 ± 11.8 years, from the "Corinthia" study which was conducted in the homonym region in Greece. Half of the participants lived in a high air pollution area (HAPA) according to the CO, NO2 and SO2 levels and the other half in a low air pollution area (LAPA). LTL was measured from whole blood by Southern blot and carotid-femoral pulse wave velocity (cfPWV), carotid intima media thickness (cIMT) and presence of carotid plaque were determined to evaluate atherosclerotic burden. Results: We found no difference in age and sex adjusted LTL between HAPA and LAPA groups (p=0.42). In multivariate analysis including age, sex, as co-factors, participants of HAPA whose exposure began at an earlier age (≤ 20 years) had significantly shorter LTL compared to those exposed at> years of age (B=-0.169, p=0.012). Using the median LTL (6.78 kb) as a cutoff, the cohort was divided into four groups: Group 1 - LAPA/Long LTL (108 subjects), Group 2 - LAPA/Short LTL (98 subjects), Group 3 - HAPA/ Long LTL (102 subjects), and Group 4 - HAPA/Short LTL (110 subjects). Group 4 patients had significantly greater cf-PWV and cIMT compared to the other three groups (p<0.05), whereas there was no intragroup difference between the other clusters. These differences subsisted after adjustment for age and sex. Carotid plaque prevalence increased from 17.9% for Group 1 to 22.5% for Group 2, 29.7% for Group 3 and 40.4% for Group 4 (p < 0.01). Conclusion: Prolonged exposure to high air pollution starting early in life seems to display a negative effect on telomere dynamics. Presence of longer telomeres may at least partially protect from negative effects of high air pollution exposure on vascular health. These results could be used for personalized cardiovascular risk prevention. (NCT03385122)



ΠΑ222|Συσχέτιση της κλίμακας κατάθλιψης Zung και του τεστ εξάρτησης από τη νικοτίνη Fagerström σε καπνιστές μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η αλληλεπίδρασή τους με την αρτηριακή σκληρία και το ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα

14/11/26 · METIS / METIS

Ι. Θυμής[1], **Ε. Γατουρτζίδου[1]**, Γ. Γεωργιόπουλος[1], Ι. Θεοδοσόπουλος[1], Κ. Κουρέα[1], Γ. Κωστέλλη[1], Δ. Κουράσης[1], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός :Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί θεμελιώδη παρέμβαση δευτερογενούς πρόληψης μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI). Διερευνήσαμε ένα χρόνο μετά το σύμβαμα τη συσχέτιση της καπνιστικής κατάστασης με διαταραχές διάθεσης, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους με την αρτηριακή σκληρία και την ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα. Υλικό και Μέθοδος Συμπεριλήφθηκαν νοσηλευόμενοι καπνιστές και ως ομάδα ελέγχου μια ομάδα μη καπνιστών που νοσηλεύτηκαν λόγω εμφράγματος. Αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο: α) η καπνιστική κατάσταση και η εξάρτηση από τη νικοτίνη μέσω του τεστ Fagerström, β) τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της κλίμακας αυτοαξιολόγησης κατάθλιψης Zung, γ) η αρτηριακή σκληρία μέσω της ταχύτητας σφυγμικού κύματος καρωτίδας–μηριαίας αρτηρίας (PWV) και της κεντρικής συστολικής αρτηριακής πίεσης (cSBP), και δ) το πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα μέσω της μέτρησης της perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων μικροαγγείων διαμέτρου 4–25 μm. Αποτελέσματα Συμπεριλήφθηκαν 190 ασθενείς, 59±8 ετών, 133/190 (70%) ήταν άνδρες. Οι 150 ήταν ενεργοί καπνιστές και οι 40 μη καπνιστές (ομάδα ελέγχου). Στους 6 μήνες, 91/150 (60,6%) οι καπνιστές είχαν διακόψει το κάπνισμα και διατήρησαν την αποχή στους 12 μήνες. Το Fagerström μειώθηκε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (από 4.68±1.13 σε 1.75±0.36 και σε 1.26±0.23 αντίστοιχα, p<0.05), ενώ το Zung παρέμεινε αμετάβλητο (p>0.05). Το αρχικό Fagerström συσχετίστηκε με το αρχικό Zung (r=0.218, p=0.036). Στους 12 μήνες, οι ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα και οι μη καπνιστές εμφάνισαν μείωση των PBR4-25, PWV και cSBP σε σύγκριση με τους ασθενείς που συνέχισαν να καπνίζουν (για PBR4-25: -5.65% και -6.57% έναντι -0.95% αντίστοιχα, p<0.05· για PWV: -18.39% και -13.74% έναντι -3.41% αντίστοιχα, p<0.05· για cSBP: -9.30% και -7.25% έναντι 11.92%, p<0.05). Μεταξύ εκείνων που συνέχισαν να καπνίζουν, όσοι εμφάνισαν περαιτέρω αύξηση της βαθμολογίας Fagerström στο 1 έτος παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση της PWV (r=0.364, p=0.04). Συμπεράσματα Ένα έτος μετά το αρχικό συμβάν, οι καπνιστές με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου που διέκοψαν το κάπνισμα παρουσίασαν παρόμοια βελτίωση της αρτηριακής σκληρίας και της ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα με τους μη καπνιστές ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ όσοι συνέχισαν να καπνίζουν δεν εμφάνισαν βελτίωση της αγγειακής λειτουργίας.

	ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (n= 91)			**ΣΥΝΕΧΙΣΑΝ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ (n= 59)**			**ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ – ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ (n= 40)**		
	PBR 4-25 (μm)	PWV (m/s)	cSBP (mmHg)	PBR 4-25 (μm)	PWV (m/s)	cSBP (mmHg)	PBR 4-25 (μm)	PWV (m/s)	cSBP (mmHg)
ΑΡΧΙΚΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	2.15±0.21	12.45±2.21	129±19	2,09±0.22	11.42±2.01	109±14	2.13±0.25	12.71±2.31	124±16
6 ΜΗΝΕΣ	2.10±0.10	11.31±1.96	123±15	2.06±0.21	11.30±1.98	113±17	2.05±0.20	11.24±2.08	120±13
Δ, %	-2.32%	-9.15%	-4.65%	-1.43%	-1.05%	3.66%	-3.75%	-11.56%	-3.22%
12 ΜΗΝΕΣ	2.03±0.20	10.16±1.79	117±14	2.07±0.19	11.03±2.03	122±20	1.99±0.20	10.96±2.10	115±12
Δ, %	-5.65%	-18.39%	-9.30%	-0.95%	-3.41%	11.92%	-6.57%	-13.74%	-7.25%

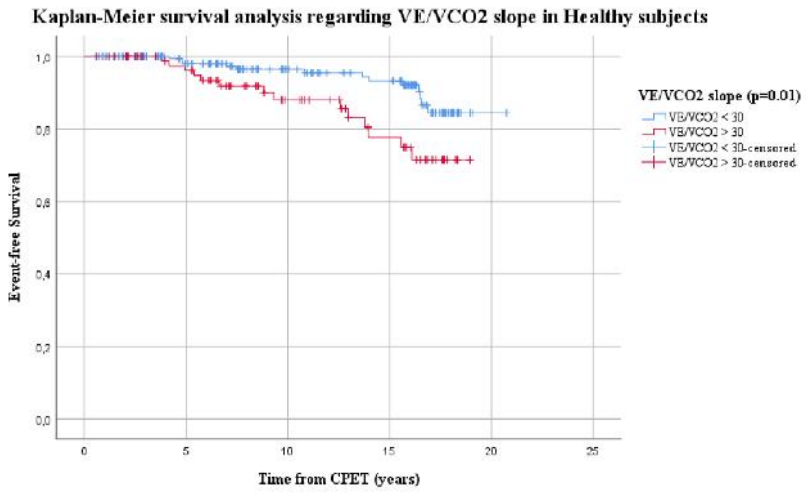
ΠΑ223|Η κλίση του αναπνευστικού ισοδυνάμου του διοξειδίου του άνθρακα (VE/VCO2), μέσω της καρδιοαναπνευστικής κόπωσης, ως κύριος προγνωστικός δείκτης καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας ενός υγιούς πληθυσμού μικρού καρδιαγγειακού κινδύνου.

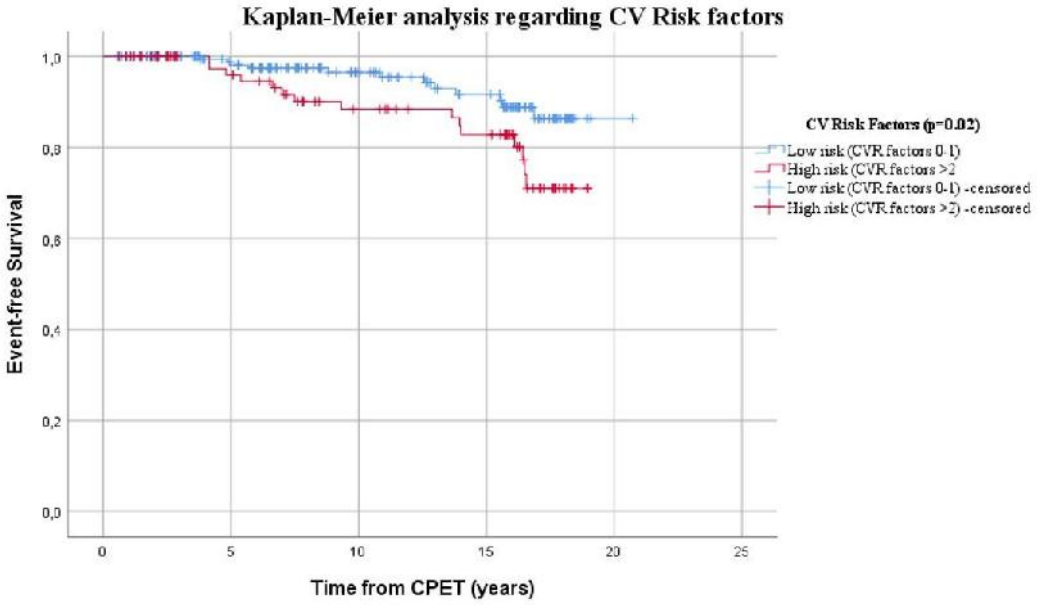
14/11/26 · METIS / METIS

Ε. Τριανταφυλλίδη[1], Δ. Μπενάς, Α. Διονυσακόπουλος[1], Η. Μπακιρτζής[1], Χ.Ε. Ρούσσος[1], Β. Ζουγανέλη[1],Α. Φάμπρη[1], Π. Τριβήλου[1], Δ. Μπίρμπα[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η αερόβια ικανότητα για άσκηση (ACE) μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της Καρδιοαναπνευστικής Δοκιμασίας Κόπωσης (CPET). Η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου (peak VO2) και η κλίση του αναπνευστικού ισοδυνάμου (VE/VCO2 slope) θεωρούνται ως οι πιο αξιόπιστες CPET παράμετροι όσον αφορά την εκτίμηση της βαρύτητας και της πρόγνωσης των καρδιαγγειακών ασθενών. Αντίθετα, η σημασία της CPET ως προς την μακροχρόνια νοσηρότητα/επιβίωση φαινομενικά υγιών ατόμων με χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο δεν έχει έως τώρα επαρκώς αξιολογηθεί. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των κύριων CPET παραμέτρων σε υγιή πληθυσμό με ή χωρίς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (CVRFs). Μέθοδος: Υποβάλλαμε σε CPET σε εργομετρικό ποδήλατο έναν πληθυσμό 299 υγιών, μη διαβητικών ατόμων (49±11 έτη, BMI 27±4 kg/m2, 180 άνδρες) προς εκτίμηση της ACE. Από το συνολικό πληθυσμό, το 28%, 42% και 30% είχαν αντίστοιχα 0/1/>2 κύριους CVRFs (παχυσαρκία, κάπνισμα, υπερλπιδαιμία αρτηριακή υπέρταση). Η CPET ολοκληρώθηκε ανεπίπλεκτα σε όλα τα άτομα αποκλείοντας τη διάγνωση καρδιοαναπνευστικού νοσήματος. Όλα τα άτομα ελέγχθηκαν μετά κατά μέσο όρο 10 ετών για την εμφάνιση του σύνθετου καταληκτικού σημείου της θνητότητας (οποιασδήποτε/καρδιαγγειακής αιτιολογίας) και της καρδιαγγειακής νοσηρότητας (στεφανιαία νόσος/αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/περιφερική αρτηριακή νόσος). Αποτελέσματα: Οι τιμές peak VO2, κλίσης VE/VCO2 και αναπνευστικού πηλίκου (RER) ήταν 24.6±7 mlO2·kg-1·min-1, 29±4, and 1.2±0.1, αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια των 10±6 ετών παρακολούθησης διαπιστώθηκαν 27 συνολικά συμβάντα (4 μη καρδιαγγειακοί θάνατοι, 4 καρδιαγγειακοί θάνατοι και 19 καρδιαγγειακά συμβάντα). Τα ελεύθερα συμβάντων άτομα ήταν νεότερα (p<0.001), είχαν λιγότερους CVRFs (p=0.02), παρόμοια peakVO2/kg (p=0.93) και χαμηλότερη κλίση VE/VCO2 slope (p<0.001). Εφαρμόζοντας την ανάλυση παλινδρόμησης Cox, η μεγαλύτερη ηλικία (Chi-square 1.067, p<0.001), η παρουσία >2 CV παραγόντων κινδύνου (Chi-square 2.276, p=0.03) και η κλίση VE/VCO2>30 (Chi-square 2.565, p=0.01) αποτέλεσαν προγνωστικούς παράγοντες του σύνθετου καταληκτικού σημείου. Κατά την ανάλυση επιβίωσης Kaplan Meier, διαπιστώθηκε υψηλότερη επιβίωση στα άτομα με κλίση VE/VCO2





ΠΑ224|Η αλληλεπίδραση του ινωδογόνου και της λιποπρωτεΐνης(α) με τον 20ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου: Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

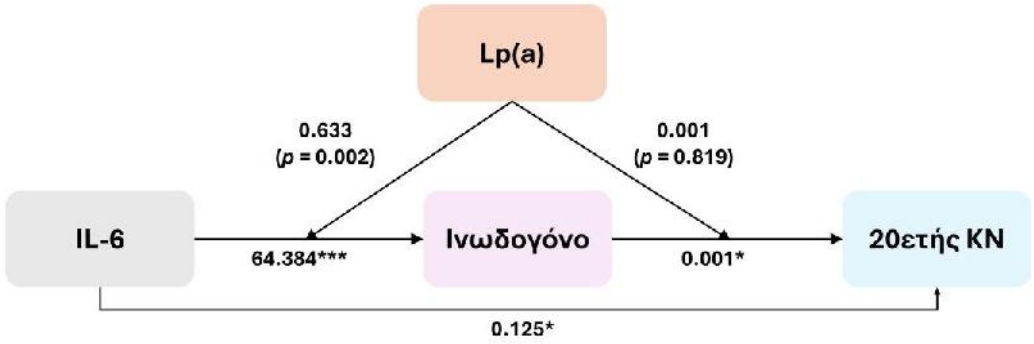
14/11/26 · METIS / METIS

Σ.Π. Γιαννακοπούλου[1], Κ. Δημητριάδης[2], Ε. Μιχελής[3], Ι.Α. Δροσάτος[4], Γ. Μετζαντωνάκης[3], Χ. Χρυσόχοου[2], Σ. Αντωνοπούλου[1], Φ. Μπάρκας[5], Ε. Λυμπερόπουλος[6], Π. Σφηκάκης[7], Κ. Τσιούφης[8], Χ. Πίτσαβος[9], Δ. Παναγιωτάκος[10]

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, [4]401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, [5]Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [6]1st Propaedeutic Department of Medicine and Diabetes Center, Laiko General Hospital of Athens, [7]ΙΑΣΩ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [9]Λοιπά, [10]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης(α) [Lp(a)] και ινωδογόνου είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και η συνδυασμένη αύξησή τους σε άτομα υψηλού κινδύνου μπορεί να ενισχύσει τον κίνδυνο. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη επίδραση του συνδυασμού τους στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου στο πλαίσιο πρωτογενούς πρόληψης παραμένει ασαφής. Η παρούσα μελέτη είχε στόχο να εξετάσει τη συσχέτιση του συνδυασμού Lp(a) και ινωδογόνου με τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, σε φαινομενικά υγιείς ενήλικες από τον γενικό πληθυσμό.Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002–2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά την έναρξη της μελέτης μετρήθηκαν τα επίπεδα Lp(a) και ινωδογόνου. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες χρησιμοποιώντας το όριο των 30 mg/dL για τη Lp(a) και τη διάμεση τιμή των 303 mg/dL για το ινωδογόνο. Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια (2022), η οποία περιελάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 2002-2022, 718 (δηλαδή 36%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν καρδιαγγειακή νόσο (θανατηφόρα ή μη). Για κάθε 10 mg/dL αύξηση των επιπέδων ινωδογόνου, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος κατά την διάρκεια της 20ετίας, αυξάνεται κατά περίπου 4% (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) =1,040, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ): 1,009-1,072). Ωστόσο, η επίδραση του ινωδογόνου στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου φάνηκε πιο έντονη σε άτομα με αυξημένα επίπεδα Lp(a) (ΣΚ= 1,083, 95% ΔΕ: 1,009-1,162) (p για την αλληλεπίδραση = 0,041). Οι συμμετέχοντες με ταυτόχρονα αυξημένα επίπεδα Lp(a) και ινωδογόνου παρουσίασαν 90,4% υψηλότερο 20ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (ΣΚ= 1,904, 95% ΔΕ:1,023-3,547), μετά από προσαρμογή για ηλικία, φύλο, συνήθειες τρόπου ζωής και κλινικούς παράγοντες. Η ανάλυση διαδρομών (path analysis) ανέδειξε έναν πιθανό διαμεσολαβητικό ρόλο του ινωδογόνου στη συσχέτιση μεταξύ της φλεγμονής (δηλ. της ιντερλευκίνης-6 (IL-6)) και του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, ο οποίος έγινε πιο έντονος σε υψηλότερα επίπεδα Lp(a). Συμπεράσματα: Αυξημένα επίπεδα Lp(a) και ινωδογόνου συσχετίζονται με υψηλότερο μακροπρόθεσμο κίνδυνο

καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με κάθε δείκτη μεμονωμένα, πιθανώς μέσω της πολύπλοκης εμπλοκής της φλεγμονής.



Υπό συνθήκες έμμεσες επιδράσεις: Lp(a) (Χαμηλή): 0.032*/ Lp(a) (Μέση): 0.042 / Lp(a) (Υψηλή): 0.053***

ΠΑ225|Mortality Risk According to Cardiorespiratory Fitness in Hypertensive Patients with Controlled and Uncontrolled Blood Pressure

14/11/26 · METIS / METIS

A. Pittaras[1], C. Faselis[2], C. Grassos[3], A. Manolis, P.Kokkinos[2]
[1]MEDITON MEDICAL CENTER, VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA, EUROPEAN UNIVERSITY OF CYPRUS, [2]VAMC AND GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY WASHINGTON DC USA, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Objective: Epidemiologic evidence supports that cardiorespiratory fitness (CRF) is associated inverse and independently with the mortality risk in hypertensive patients. However, it is not known if this association persists or that the association is robust in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure (BP).Design and Methods: The cohort consisted of 485,584 hypertensive patients (462,257 men; age 63.2±8.8) and 23,327 women; age 58.0±7.7 years). All completed a symptom-limited exercise treadmill test (ETT) (Bruce). We defined three BP groups based on the mean of six BP recordings over 1.8 ±1.8 years: BP1: SBP <0 mm Hg and DBP<0 mm Hg; BP2: SBP 140-159 mm Hg or DBP 90-99 mm Hg; BP3: SBP≥160 mm Hg or DBP ≥100 mm Hg. We also stratified the cohort in quartiles according to peak METs achieved (Q1=Low-fit to Q4=High-fit) based on age-and gender-specific peak METs achieved at the initial ETT. Cox multivariable regression models were used for mortality risk for the three BP groups, across CRF categories. The models were adjusted for age, race, cardiovascular disease, chronic kidney disease, diabetes, smoking and medications. Results: During the follow-up (median=10.7 years, 5,256,500 person-years of observation), 138,127 died (26.3 events/1,000 person-years of observation). Mortality risk across the CRF categories for each BP group are presented (Table). Conclusions: In hypertensive patients, CRF is inversely and independently associated with the risk of mortality risk regardless of BP status.

CRF Categories based on METs					
CRF Categories	#event (%)	Q1	Q2	Q3	Q4
Cohort (n=485,584)	137,985 (28.4)	1.0	0.70 (0.68-0.71)	0.50 (0.50-0.52)	0.36 (0.35-0.37)
BP1 (n=258,772)	65,581 (25.3)	1.0	0.69 (0.68-0.70)	0.50 (0.48-0.51)	0.35 (0.34-0.36)
BP2 (n=190,517)	58,251 (30.6)	1.0	0.71 (0.69-0.72)	0.53 (0.53-0.54)	0.39 (0.38-0.40)
BP3 (n=36,295)	14,189 (39.1)	1.0	0.72 (0.69-0.75)	0.53 (0.50-0.55)	0.38 (0.36-0.41)

ΠΑ226|Συσχέτιση σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών και καρωτιδικής νόσου

14/11/26 · METIS / METIS

Γ. Ματθαιόπουλος[1], Ε.Σ. Μαυρουδέας[2], Ν. Καυκάς[1], Δ. Τούσουλης[2], Κ. Τσιούφης[3], Κ. Τούτουζας[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών (CAC) μέσω αξονικής τομογραφίας χωρίς σκιαγραφικό αποτελεί έναν ισχυρό και τεκμηριωμένο δείκτη της στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης και του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο, το κατά πόσον η τιμή του CAC συμβαδίζει με τη βαρύτητα της καρωτιδικής νόσου παραμένει ένα σημαντικό κλινικό ερώτημα στην προσπάθεια βέλτιστης διαστρωμάτωσης κινδύνου. Σκοπός: Η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ του φορτίου ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών και της παρουσίας, καθώς και της βαρύτητας, της καρωτιδικής στένωσης.Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη εντάχθηκαν 88 ασθενείς (μέση ηλικία 62±8,3 έτη, 67% άνδρες) που υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία καρδιάς και σε υπερηχογραφικό έλεγχο καρωτίδων στο πλαίσιο της προληπτικής τους αξιολόγησης. Το CAC ποσοτικοποιήθηκε βάσει της κλίμακας Agatston και κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες (0 AU, 1-100 AU, 101- 400 AU και> AU). Η καρωτιδική νόσος διαβαθμίστηκε ανάλογα με το ποσοστό αιμοδυναμικής στένωσης του αυλού. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες συσχέτισης, χ^2-test, και t-test ενώ εξετάστηκε και η ανεξάρτητη προγνωστική αξία του CAC για την παρουσία καρωτιδικής νόσου. Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του συνολικού CAC στο δείγμα ήταν 739,71±919,79 μονάδες Agatston, με διάμεση τιμή 412 AU. Το 51,8% των ασθενών εμφάνισε σοβαρό φορτίο, ενώ το 15,7% είχε CAC=0. Η καρωτιδική νόσος ήταν κατά βάση ήπια, με τη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών να εμφανίζει στένωση <0% και στις δύο καρωτίδες. Κατά τις μη προσαρμοσμένες αναλύσεις, παρατηρήθηκαν ασθενείς θετικές συσχετίσεις μεταξύ της καρωτιδικής στένωσης και της ασβέστωσης σε επιμέρους στεφανιαία αγγεία, κυρίως στην περισπωμένη(r=0,237,p=0,033), αλλά όχι με το συνολικό σκορ CAC(r=0,072,p=0,515). Το συνολικό σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών δεν αναδείχθηκε ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης για την παρουσία προχωρημένης καρωτιδικής νόσου. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές CAC παρατηρήθηκαν στο ανδρικό φύλο (p=0,015), στη μεγαλύτερη ηλικία (p<0,001), ενώ σημαντικές συσχετίσεις καταγράφηκαν επίσης με την αρτηριακή υπέρταση (p=0,015) και τον σακχαρώδη διαβήτη (p=0,019).Συμπεράσματα: Στο εξετασθέν κλινικό δείγμα, το σκορ ασβεστίου στεφανιαίων αρτηριών δεν αποτέλεσε ισχυρό ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη για προχωρημένη καρωτιδική νόσο. Η στεφανιαία και η καρωτιδική αθηροσκλήρωση δεν εξελίσσονται γραμμικά, αλλά αποτελούν δύο διαφορετικές, συμπληρωματικές εκφράσεις της συστηματικής αγγειακής νόσου. Η παρατήρηση αυτή αναδεικνύει την κλινική αξία της συνδυασμένης απεικονιστικής προσέγγισης όταν απαιτείται ακριβέστερη εξατομίκευση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Πίνσας 2: Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών

		Ηλικία	Lp(a)	Νόσος καρωτίδων right %	Νόσος καρωτίδων left %	Total Agaston Score Coronaries (AU)	LM-Total a	LAD-Total a	LCX-Total a	RCA-Total a	LDL	Κρεατινίνη
Ηλικία	r	1	-,049	,180	,188	,542**	,460**	,510**	,438**	,381**	-,160	,024
	p		,652	,099	,085	,000	,000	,000	,000	,000	,141	,829
Lp(a)	r	-,049	1	-,072	-,101	-,052	-,047	-,044	-,016	-,072	,126	-,052
	p	,652		,509	,353	,639	,675	,694	,885	,518	,242	,628
Νόσος καρωτίδων right %	r	,180	-,072	1	,799**	,083	,236*	-,016	,224*	,087	-,052	,113
	p	,099	,509		,000	,453	,032	,887	,044	,432	,637	,300
Νόσος καρωτίδων left %	r	,188	-,101	,799**	1	,072	,155	,054	,237*	-,005	-,071	,140
	p	,085	,353	,000		,516	,160	,625	,033	,966	,515	,199
Total Agaston Score Coronaries (AU)	r	,542**	-,052	,083	,072	1	,643**	,818**	,671**	,708**	-,183	,111
	p	,000	,639	,453	,516		,000	,000	,000	,000	,097	,316
LM-Total a	r	,460**	-,047	,236*	,155	,643**	1	,454**	,559**	,566**	,060	,249*
	p	,000	,675	,032	,160	,000		,000	,000	,000	,588	,023
LAD-Total a	r	,510**	-,044	-,016	,054	,818**	,454**	1	,417**	,475**	-,136	,024
	p	,000	,694	,887	,625	,000	,000		,000	,000	,221	,827
LCX-Total a	r	,438**	-,016	,224*	,237*	,671**	,559**	,417**	1	,344**	-,039	,142
	p	,000	,885	,044	,033	,000	,000	,000		,002	,732	,207
RCA-Total a	r	,381**	-,072	,087	-,005	,708**	,566**	,475**	,344**	1	-,056	,190
	p	,000	,518	,432	,966	,000	,000	,000	,002		,613	,086
LDL	r	-,160	,126	-,052	-,071	-,183	,060	-,136	-,039	-,056	1	-,030
	p	,141	,242	,637	,515	,097	,588	,221	,732	,613		,782
Κρεατινίνη	r	,024	-,052	,113	,140	,111	,249*	,024	,142	,190	-,030	1
	p	,829	,628	,300	,199	,316	,023	,827	,207	,086	,782	

ΠΑ227|Προσδιορισμός υποκλινικού καρδιαγγειακού κίνδυνου χρησιμοποιώντας τροπονίνη Ι υψηλής ευαισθησίας

14/11/26 · METIS / METIS

Χ. Κοντονικολή[1]

[1]Ανοσοβιοχημικο Τμήμα, Βιοϊατρική, Αθήνα

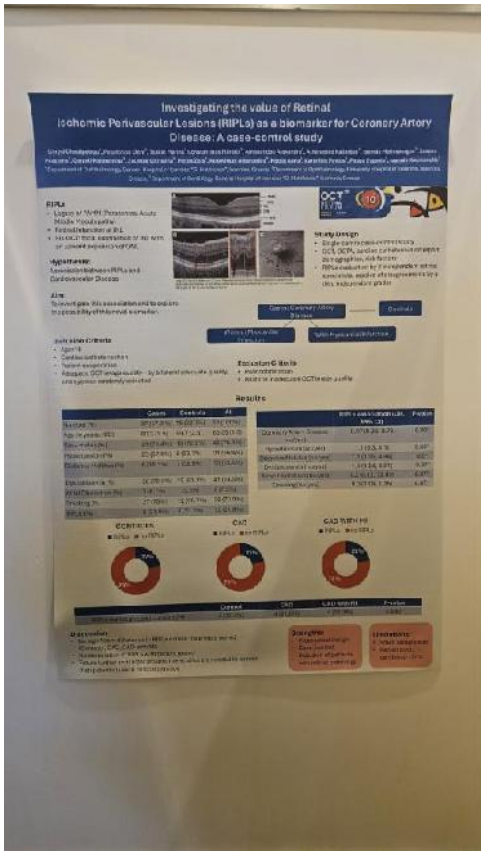
Εισαγωγή: Η ακριβής διαστρωμάτωση του καρδιαγγειακού κινδύνου στον γενικό πληθυσμό αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τη δημόσια υγεία. Τα παραδοσιακά πολυπαραγοντικά μοντέλα (π.χ. HellenicSCORE II+) παρουσιάζουν πολυπλοκότητα στην εφαρμογή τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με αποτέλεσμα πολλά άτομα με υποκλινικό φορτίο να μην αναγνωρίζονται έγκαιρα. Η παρούσα μελέτη αξιολογεί τη χρησιμότητα της τροπονίνης Ι υψηλής ευαισθησίας (hs-cTnI) ως προγνωστικού δείκτη για την πρώιμη ανάδειξη υποκλινικού κινδύνου σε ασυμπτωματικά άτομα με τιμές εντός των φυσιολογικών ορίων.Μέθοδος: Αναλύθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα 9.870 μη νοσηλευόμενων μοναδικών ατόμων (52% άνδρες, 48% γυναίκες) χωρίς γνωστή οξεία καρδιακή βλάβη, τα οποία υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο hs-cTnI (αναλυτές Alinity, Abbott) κατά την περίοδο 2024–2026 και εμφάνισαν φυσιολογικές τιμές. Η διαστρωμάτωση κινδύνου πραγματοποιήθηκε με βάση το πρωτόκολλο hsTnI Risk Strat (Χαμηλός, Μέτριος, Αυξημένος κίνδυνος). Τα ευρήματα συσχετίστηκαν επιδημιολογικά με τη μελέτη ATTICA και το HellenicSCORE II+.Αποτελέσματα: Παρόλο που το σύνολο του δείγματος είχε φυσιολογικές τιμές, το 17% των εξεταζόμενων ταξινομήθηκε στις ομάδες μέτριου (66%) και υψηλού (34%) κινδύνου. Ο κίνδυνος εμφάνισε έντονα αυξητική τάση με την πάροδο της ηλικίας, ιδιαίτερα μετά το 50ό έτος, αγγίζοντας το 62% στα άτομα άνω των 70 ετών. Στην κατηγορία υψηλού κινδύνου καταγράφηκε σαφής υπεροχή των ανδρών (66%) έναντι των γυναικών (34%). Η διαχρονική παρακολούθηση 700 ατόμων με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις αποκάλυψε σταδιακή αύξηση (επιδείνωση) των τιμών hs-cTnI στο 74% αυτών.Συζήτηση & Συμπέρασμα: Το ποσοστό 17% του πληθυσμού σε κίνδυνο παρουσιάζει εξαιρετική σύγκλιση με την πραγματική 10ετή επίπτωση KAN (16%) στη μελέτη ATTICA, ενώ η έμφυλη κατανομή της ομάδας υψηλού κινδύνου ταυτίζεται με τα καταγεγραμμένα ανδρικά συμβάντα (62%) της ίδιας μελέτης. Συμπερασματικά, η hs-cTnI αποτελεί ένα ισχυρό, αντικειμενικό και συμπληρωματικό εργαλείο στην πρωτοβάθμια υγεία, ικανό να αποκαλύψει το «κρυφό» υποκλινικό καρδιαγγειακό φορτίο σε φαινομενικά υγιή άτομα, επιτρέποντας την έγκαιρη προληπτική παρέμβαση.

ΠΑ228 | Διερεύνηση της αξίας των ισχαιμικών περιαγγειακών αμφιβληστροειδικών βλαβών — Retinal Ischemic Perivascular Lesions, RIPLs — ως βιοδείκτη για τη στεφανιαία νόσο: μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων

14/11/26 · METIS / METIS

Χ.Ζούμπα[1], Ζ. Πάνος[1], Χ. Χατζηπέτρου[1],**Ο. Μίνως[1]**, Ε. Παπαφωτίου[1], Ά. Κότσια[1], Π. Καρανίκης[1], Α. Κοσοβίτσας[1], Κ. Φλίνδρης[1], Μ. Τσακίρη[1], Α. Καλιαρντάς[1], Ι. Μελισσουργός[1], Ε. Παππά[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Σκοπός: Οι ισχαιμικές περιαγγειακές αμφιβληστροειδικές βλάβες — RIPLs — οι οποίες θεωρούνται υπολείμματα παρακεντρικής οξείας μέσης ωχροπάθειας, έχουν αναδειχθεί ως πιθανός βιοδείκτης στεφανιαίας νόσου. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας RIPLs και στεφανιαίας νόσου, με ή χωρίς έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς και να αξιολογηθεί η πιθανή χρησιμότητα αυτού του νέου βιοδείκτη. Μέθοδοι: Πρόκειται για μονοκεντρική μελέτη ασθενών-μαρτύρων, στην οποία συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: ασθενείς με στεφανιαία νόσο και ασθενείς χωρίς στεφανιαία νόσο. Ως στεφανιαία νόσος ορίστηκε η παρουσία στένωσης άνω του 50% σε τουλάχιστον μία στεφανιαία αρτηρία. Στην ομάδα των ασθενών με στεφανιαία νόσο έγινε περαιτέρω διαχωρισμός σε ασθενείς με και χωρίς έμφραγμα μυοκαρδίου. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία και παράγοντες κινδύνου, ενώ πραγματοποιήθηκαν OCT και OCTA. Αποκλείστηκαν ασθενείς με κακή συνεργασία ή ανεπαρκή ποιότητα απεικόνισης και στους δύο οφθαλμούς. Όταν και οι δύο οφθαλμοί ήταν κατάλληλοι, επιλεγόταν τυχαία ο ένας. Οι RIPLs αναγνωρίστηκαν από δύο ανεξάρτητους ειδικούς αμφιβληστροειδούς, ενώ οι διαφωνίες επιλύθηκαν από τρίτο ειδικό. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 55 ασθενείς: 18 μάρτυρες, 19 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και 18 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και έμφραγμα μυοκαρδίου. Η μέση ηλικία ήταν 60 έτη. Οι RIPLs ανευρέθηκαν σε 12 ασθενείς, δηλαδή στο 21,8% του πληθυσμού της μελέτης, με μέσο αριθμό βλαβών 2,33. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην παρουσία RIPLs μεταξύ των ομάδων. Οι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου που εξετάστηκαν, όπως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, κολπική μαρμαρυγή και νεφρική νόσος, δεν συσχετίστηκαν με την παρουσία RIPLs. Το ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και το κάπνισμα φάνηκε να επηρεάζουν την παρουσία RIPLs, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συμπεράσματα: Οι RIPLs ανευρέθηκαν περίπου στο ένα πέμπτο του πληθυσμού της μελέτης, χωρίς διαφορά μεταξύ ασθενών με στεφανιαία νόσο και μαρτύρων. Τα αποτελέσματα αυτά αμφισβητούν την αξία των RIPLs ως βιοδείκτη στεφανιαίας νόσου. Απαιτούνται περαιτέρω προοπτικές μελέτες για τον υπολογισμό της πραγματικής τους επίπτωσης και την αξιολόγηση της πιθανής κλινικής τους χρησιμότητας.



ΠΑ229|Ασύμμετρη Διαστρωμάτωση Κινδύνου στην Κολπική Μαρμαρυγή: Η Νεφρική Δυσλειτουργία Υπερεκτιμά τον Αιμορραγικό έναντι του Θρομβωτικού Κινδύνου

14/11/26 · METIS / METIS

Ις Αλευρούδης[1], Η.Α. Παύλου[1], Μ. Πετρίδου[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Δ. Οικονόμου[1], Α.Ευαγγελίου[1], Π. Μαμώλης[1], Β. Σχισμένος[1], Σ. Βεργόπουλος[2], Σ.Α. Μουράτογλου[1], Σ. Μητσιάδης[1], Σ. Τζήκας[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή & Σκοπός: Η λήψη αποφάσεων για την αντιπηκτική αγωγή στην κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) βασίζεται στην εξισορρόπηση του θρομβοεμβολικού κινδύνου (CHA_2DS_2-VASc) έναντι του κινδύνου αιμορραγίας (HAS-BLED). Η νεφρική δυσλειτουργία είναι δομικά ενσωματωμένη στο HAS-BLED, αλλά αποκλείεται από το CHA_2DS_2-VASc. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση αυτής της μαθηματικής ασυμμετρίας και η αξιολόγηση του πραγματικού της αντικτύπου στην κλινική εικόνα και στις αιμορραγικές εκβάσεις. Μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναδρομική ανάλυση σε 424 διαδοχικούς ασθενείς με μη βαλβιδική ΚΜ. Η νεφρική δυσλειτουργία ορίστηκε από το ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου ή αυξημένης κρεατινίνης. Για την απομόνωση της δομικής μεροληψίας, δημιουργήθηκε μια «διορθωμένη» βαθμολογία HAS-BLED αφαιρώντας τη νεφρική παράμετρο. Αποτελέσματα: Νεφρική δυσλειτουργία παρουσίασε το 11.6% (n=49) των ασθενών. Λόγω σημαντικής συσσώρευσης συννοσηροτήτων (διαβήτης 49.0% έναντι 30.5%, p=0.015, αγγειακή νόσος 20.5%, υπέρταση 87.8%), οι νεφρολογικοί ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλότερο CHA_2DS_2-VASc (4.6±1.8 έναντι 3.8±1.7, p=0.005), παρά την παράλειψη της νεφρικής νόσου από το σκορ. Παράλληλα, οι αρχικές τιμές HAS-BLED ήταν εξαιρετικά αυξημένες στην ομάδα αυτή (3.3±0.9 έναντι 2.1±1.0, p<0.001), ταξινομώντας το 87.8% ως «υψηλού αιμορραγικού κινδύνου».Η αφαίρεση της νεφρικής παραμέτρου εκμηδένισε τη διαφορά στη διορθωμένη βαθμολογία HAS-BLED (2.3 έναντι 2.1, p=NS), αποδεικνύοντας ότι η διόγκωση του κινδύνου ήταν τεχνητό αποτέλεσμα της δομής του σκορ. Το 71.4% των νεφρικών ασθενών βρισκόταν ταυτόχρονα στο τεταρτημόριο υψηλού κινδύνου για εγκεφαλικό και αιμορραγία (p<0.001). Ωστόσο, οι πραγματικές αιμορραγίες στην καθημερινή πρακτική ήταν λιγότερες στους νεφρολογικούς ασθενείς (4.1%) έναντι των μη νεφρολογικών (6.9%, p=0.76), με παρόμοια ποσοστά λήψης αντιπηκτικών. Συμπεράσματα: Τα τρέχοντα σχήματα διαστρωμάτωσης χαρακτηρίζουν δυσανάλογα τους νεφρολογικούς ασθενείς ως υψηλού αιμορραγικού κινδύνου, υποεκτιμώντας την πραγματική θρομβοεμβολική τους

ευπάθεια. Τα τυπικά εργαλεία υπερεκτιμούν τους αιμορραγικούς κινδύνους σε αυτόν τον πληθυσμό, αναδεικνύοντας την ανάγκη επανεκτίμησης της νεφρικής δυσλειτουργίας ως ενεργού θρομβωτικού τροποποιητή για τη διατήρηση μιας ισορροπημένης αξιολόγησης του καθαρού κλινικού οφέλους.

Πίνακας 1. Αρχιτεκτονική Ασύμμετρης Βαθμολογίας Κινδύνου: Νεφρική Δυσλειτουργία στο CHA_2DS_2-VASc έναντι HAS-BLED

	Νεφρική Δυσλειτουργία (n=49)	Χωρίς Νεφρική Δυσλειτουργία (n=375)	τιμή p	
Ομάδα Α: Συστάδα Συννοσηροτήτων (συνιστώσες CHA_2DS_2-VASc)				
Ηλικία (έτη)	77,4 ± 7,6	74,4 ± 9,7	–	
Ηλικία ≥75 έτη, %	65,3	55,7	ΜΣ	
Σακχαρώδης διαβήτης, %	40,0	30,5	**0,015**	
Αγγειακή νόσος, %	20,5	9,4	0,066	
Αρτηριακή υπέρταση, %	87,8	75,7	0,080	
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/εμβολή, %	18,0	17,0	ΜΣ	
Ομάδα Β: Η Ασυμμετρία — Νεφρική νόσος στο HAS-BLED αλλά ΟΧΙ στο CHA_2DS_2-VASc				
Βαθμολογία CHA_2DS_2-VASc	4,6 ± 1,8	3,8 ± 1,7	**0,005**	✗ Νεφρική ΕΚΤΟΣ βαθμολογίας
CHA_2DS_2-VASc ≥4 (υψηλός κίνδυνος), %	75,5	55,5	**<0,001**	
Βαθμολογία HAS-BLED	3,3 ± 0,9	2,1 ± 1,0	**<0,001**	✓ Νεφρική ΕΝΤΟΣ βαθμολογίας
HAS-BLED ≥3 (υψηλός κίνδυνος), %	87,0	26,0	**<0,001**	
Διορθωμένο HAS-BLED (μείον πόντος νεφρικής)	2,3	2,1	ΜΣ	
Ομάδα Γ: Κλινική Συνέπεια — Το Παράδοξο του Διπλού Φορτίου				
Ταυτόχρονα CHA_2DS_2-VASc ≥4 ΚΑΙ HAS-BLED ≥3, %	71,4	24,0	**<0,001**	
Από του στόματος αντιπηκτική αγωγή, %	63,3	54,8	ΜΣ	
Παρατηρούμενα αιμορραγικά συμβάντα, %	4,1	6,9	0,76	

Νεφρική νόσος → ΥΨΗΛΟΣ θρομβωτικός κίνδυνος (αόρατος στη βαθμολογία)
Νεφρική νόσος → ΥΨΗΛΟΣ αιμορραγικός κίνδυνος (ενισχυμένος από τη βαθμολογία)
= Καθαρή προκατάληψη προς την υποθεραπεία

CHA2DS2-VASc (χωρίς νεφρική) · HAS-BLED (με νεφρική) · Διορθωμένο / επικάλυψη διπλού φορτίου · Στατιστικά σημαντικό

ΜΣ = μη σημαντικό. Οι έντονες κόκκινες τιμές p υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα. Διορθωμένο HAS-BLED = HAS-BLED μείον 1 πόντο για τη νεφρική δυσλειτουργία.

ΠΑ230|Υπολειπόμενα επίπεδα DOAC ανάλογα με το χρονικό διάστημα προεγχειρητικής διακοπής

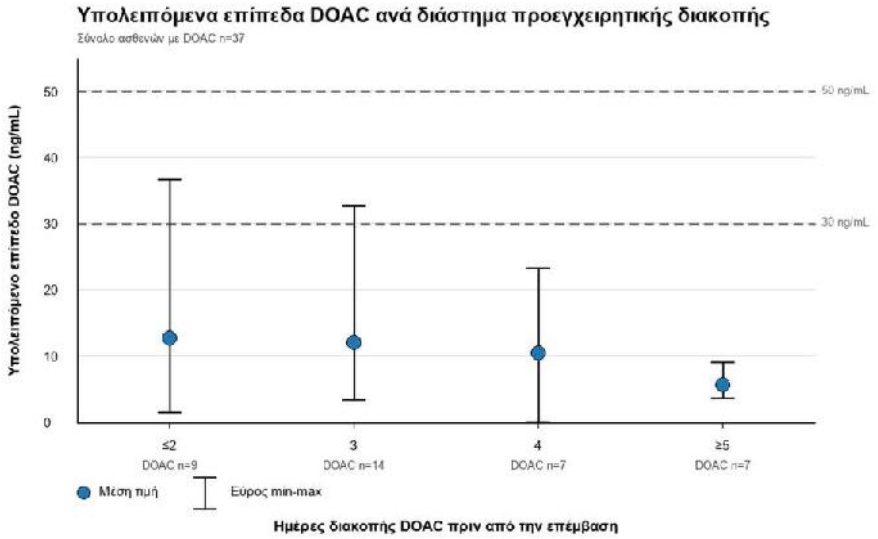
14/11/26 · METIS / METIS

Μ. Ματιάκης[1], Ι. Κουτάγιαρ[1], Σ. Μακρυγιάννης[1] Γ. Αναγνώστου[1],Σ. Καλιαμπάκος[1] ,Γ. Τσάκωνας[1],Α. Λουκίνα[1] ,Μ.Σαραντάκου[1] ,Α. Πιπιλής[1]

[1]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή :Οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν χρονικά καθορισμένη διακοπή των άμεσων από του στόματος αντιπηκτικών (DOAC) πριν από επεμβατικές πράξεις, με στόχο την ελαχιστοποίηση του αιμορραγικού κινδύνου χωρίς παρατεταμένη έκθεση σε θρομβωτικό κίνδυνο. Στην καθημερινή κλινική πράξη, ωστόσο, η αγωγή συχνά διακόπτεται νωρίτερα από το αναγκαίο, λόγω φόβου περιεπεμβατικής αιμορραγίας. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των υπολειπόμενων επιπέδων DOAC την ημέρα της επέμβασης, σε σχέση με το χρονικό διάστημα προεγχειρητικής διακοπής της αγωγής. Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 37 διαδοχικοί ασθενείς υπό αγωγή με DOAC (19 apixaban, 12 rivaroxaban, 6 dabigatran) που επρόκειτο να υποβληθούν σε επεμβατική ή χειρουργική πράξη. Καταγράφηκε το χρονικό διάστημα διακοπής της αγωγής και μετρήθηκαν τα επίπεδα DOAC ακριβώς πριν την επέμβαση. Επίπεδα <0 ng/ml θεωρούνται ασφαλή για επέμβαση ενώ <0 ng/mL υποδηλώνουν πρακτικά απουσία αξιόλογης αντιπηκτικής δράσης. Η σύγκριση των υπολειπόμενων επιπέδων μεταξύ των ομάδων διακοπής πραγματοποιήθηκε με μη παραμετρική ανάλυση Kruskal-Wallis με permutation p-value, λόγω του μικρού αριθμού διαθέσιμων μετρήσεων ανά ομάδα. Αποτελέσματα: Οι 37 ασθενείς είχαν μέση ηλικία 77,2±8,7 έτη, ενώ 32 είχαν

κολπική μαρμαρυγή, Η αγωγή είχε διακοπεί ≤2 ημέρες σε 9 ασθενείς, 3 ημέρες σε 14, 4 ημέρες σε 7 και ≥5 ημέρες σε 7. Αντίστοιχα τα επίπεδα ήταν 12,65 ng/mL (όρια 1,5-36,7), 12,01 ng/mL (3,4-32,7), 10,48 ng/mL (0,1-23,3) και 5,70 (3,6-9,1) (σχήμα). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα υπολειπόμενα επίπεδα DOAC μεταξύ των ομάδων διακοπής (Kruskal-Wallis permutation p=0,874). Όλες οι τιμές ήταν <0 ng/mL, ενώ σε 20 από τις 22 μετρήσεις ήταν <0 ng/mL. Συμπεράσματα: Στη σειρά αυτή, τα υπολειπόμενα επίπεδα DOAC την ημέρα της επέμβασης ήταν χαμηλά, ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα διακοπής. Δεν τεκμηριώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων μεταξύ των κατηγοριών προεγχειρητικής διακοπής. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η πρώιμη διακοπή των DOAC είναι συχνή στην κλινική πράξη, χωρίς αυτή να συνοδεύεται από μετρήσιμη διαφορά στα επίπεδα την ημέρα της επέμβασης τα οποία καταγράφονται ήδη χαμηλά όταν ακολουθείται η συνιστώμενη διακοπή 48 ωρών.



Σχήμα. Υπολειπόμενα επίπεδα DOAC ανά κατηγορία προεγχειρητικής διακοπής. Τα σημεία απεικονίζουν τη μέση τιμή και οι κάθετες γραμμές το εύρος min-max. Οι διακεκομμένες γραμμές αντιστοιχούν στα όρια των 30 και 50 ng/mL.

ΠΑ231|Συσχέτιση επιπέδων απολιποπρωτεΐνης Α1 με τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο καρδιακού θανάτου σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο: Η προοπτική μελέτη LAERTES

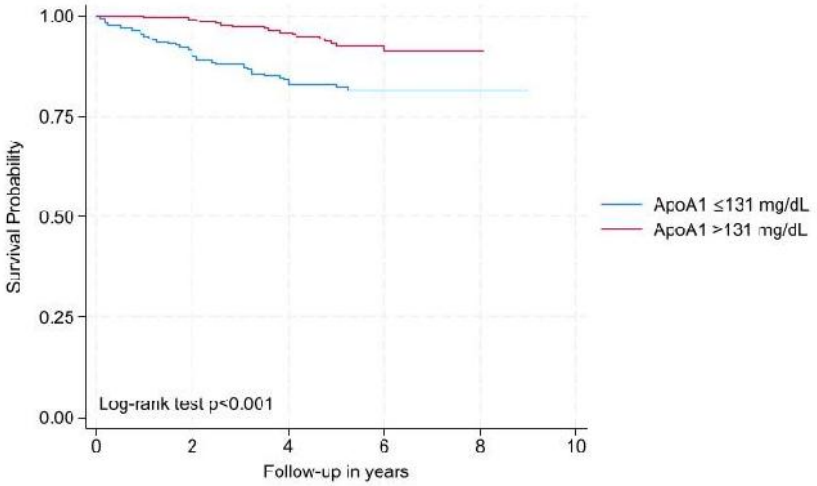
14/11/26 · METIS / METIS

Σ.Π. Γιαννακοπούλου[1], Σ. Αρμύλαγος[2], Χ. Κωτάκος[3], Σ. Ραλλίδης[4], Ι.Α. Δροσάτος[5], Λ. Ραλλίδης[2]

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΓΝ Αττικόν-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα» , [5]401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο

Εισαγωγή/Σκοπός: Παρά τα αυξανόμενα δεδομένα που αναδεικνύουν τη σημασία της απολιποπρωτεΐνης Α1 (ApoA1) στην εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης, η μακροπρόθεσμη προγνωστική της αξία σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο δεν έχει διερευνηθεί πλήρως. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των επιπέδων ApoA1 και του μακροπρόθεσμου κινδύνου καρδιακού θανάτου, σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο. Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη LAERTES είναι μια προοπτική βάση καταγραφής δεδομένων, η οποία περιέλαβε ασθενείς που εντάχθηκαν διαδοχικά από 2 μεγάλα γενικά νοσοκομεία της Αθήνας κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 2010 και 2020. Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη αποτελούσαν το προηγούμενο ιστορικό (>6 μηνών) νοσηλείας για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, η επέμβαση επαναγγείωσης για σταθερή στεφανιαία νόσο, ή η διενέργεια στεφανιογραφίας λόγω θωρακικού άλγους με επακόλουθη διάγνωση στεφανιαίας νόσου. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση και αιματολογικό έλεγχο, ο οποίος περιλάμβανε τον προσδιορισμό των επιπέδων της ApoA1 στον ορό. Οι συμμετέχοντες διαστρωματώθηκαν βάσει της διαμέσου της ApoA1 (131 mg/dL). Μετά την αρχική επίσκεψη, οι ασθενείς παρακολουθούνταν τηλεφωνικά σε διαστήματα 12 μηνών για την εμφάνιση αγγειακών επεισοδίων, με τον καρδιακό θάνατο να αποτελεί το πρωτεύον καταληκτικό σημείο. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια μιας διάμεσης περιόδου παρακολούθησης 4,8 ετών (3,4-6,2 έτη), 84 από τους 840 ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο (10%) κατέληξαν από καρδιακά αίτια. Η ανάλυση επιβίωσης έδειξε σημαντικά υψηλότερη αθροιστική επίπτωση καρδιακού θανάτου στους ασθενείς με επίπεδα ApoA1 χαμηλότερα από τη διάμεση τιμή (log-rank p<0,001). Παρατηρήθηκε

αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων ApoA1 και του κινδύνου καρδιακού θανάτου, με κάθε 10 mg/dL αύξηση των επιπέδων ApoA1 να συσχετίζεται με μείωση του κινδύνου καρδιακού θανάτου κατά 13,8% (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ): 0,862, p=0,024), κατόπιν προσαρμογής ως προς την ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας, την παρουσία υπέρτασης, το σακχαρώδη διαβήτη, την παρουσία πολυαγγειακής νόσου και το οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, η οποία διατηρήθηκε και μετά την επιπλέον προσαρμογή για την απολιποπρωτεΐνη Β (ApoB) (ΣΚ: 0,854, p=0,018). Συμπεράσματα: Η συσχέτιση των αυξημένων επιπέδων ApoA1 με μειωμένο κίνδυνο καρδιακού θανάτου σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο υπογραμμίζει την κλινική της αξία ως προγνωστικού δείκτη και πιθανού θεραπευτικού στόχου.



ΠΑ232|Towards a National Strategy for Cardiovascular Diseases in Greece: Strategic Priorities from a Delphi Expert Consensus Study

14/11/26 · METIS / METIS

A. Stergios[1], T. Paraskevas[2], M. Papapanou[3], G. Cheilas[4], I. Boletis[5], D. Kaitelidou[6], P. Kanavos[7], E. Liberopoulos[8], L. Marinos[9], K. Mathioudakis[10], A. Pallidis[11], D. Paraskevis[12], S.Terzakis[13], E.s Thireos[14], K. Toutouzas[15], V.R. Vakouftsi[16], G. Veliotes[17], K. Athanasakis[18]

[1]Novartis, [2]Department of Nephrology, University Hospital of Patras, [3]Second Department of Obstetrics and Gynecology, Aretaieion University Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, [4]Novartis , [5]Onaseio Hospital, [6]Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, [7]Department of Health Policy and LSE Health - Medical Technology Research Group, London School of Economics, [8]1st Propaedeutic Department of Medicine and Diabetes Center, Laiko General Hospital of Athens, [9]Federation of Pharmacists' Cooperatives of Greece, OSFE, [10]IDIKA - e-Government Center for Health and Social Security SMSA, [11]LDL Greece, [12]Department of Hygiene Epidemiology and Medical Statistics, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, [13]Greek Carers Network EPIONI, [14]Working Group in General practice, Central Board of Health (ΚεΣΥ, CBH), Ministry of Health, Greece, [15]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [16]Greek Patients' Association , [17]Interamerican Hellenic Insurance Company, [18]Laboratory for Health Technology Assessment, Department of Public Health Policy, University of West Attica

Introduction: Transitioning toward coordinated population health management for cardiovascular diseases (CVDs) requires strategic planning and system-level reform. This study explored expert views on the readiness of the National Health System in Greece for cardiovascular reform and identified the key pillars of a future national CVD action plan. Methods: Eighteen multidisciplinary experts involved in CVD management were selected to represent clinical practice, health policy, patient associations, and health authorities, and participated in a Delphi process. Based on a literature review, a structured questionnaire was developed, and all experts rated the statements on a five-point Likert agreement scale across two Delphi rounds. Consensus was defined a priori as ≥66.7% agreement. Quantitative results from the second round are reported, complemented by key themes identified through qualitative analysis. Results: The majority of experts (56%) disagreed that the health system is prepared to adopt care models based on structured health data and prevention. Spending on preventive interventions was considered ineffective by 72%, while 61% judged overall CVD spending as inefficient relative to disease burden. Among modifiable risk factors, smoking was identified as the most urgent priority (89% strong agreement), followed by diet (72%), physical inactivity (61%), diabetes (56%), and hypertension (50%). There was strong consensus on the need for systematic collection of patient-reported indicators,

particularly regarding access to care (72%), health-related quality of life (67%), continuity of care across providers (67%), and functional capacity (61%). Telemedicine was rated moderately effective by 61% and highly/very effective by 39% in reducing geographic inequalities. However, key barriers including limited interoperability, unclear reimbursement frameworks, gaps in digital literacy, and workforce constraints must be addressed. Seven key strategic pillars were highlighted by the experts: 1) Prevention and early detection 2) Strengthening primary care through family physicians, 3) Development of integrated care pathways 4) Rehabilitation and long-term support 5) National registries and accessible healthcare records, 6) Quality monitoring using measurable indicators, 7) Reduction of geographic and socioeconomic inequalities. Conclusions: To move from a fragmented care system towards a coherent national cardiovascular action plan, Greece must strengthen prevention, integrated and continuous care, digital infrastructure, quality monitoring, and equity at a population level.

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026 / SATURDAY, NOVEMBER 14th 2026

ΑΙΘΟΥΣΑ ΜΕΤΙΣ / ROOM METIS

11.30-13.00 Στεφανιαία νόσος/οξέα στεφανιαία σύνδρομα / Coronary Syndromes

Πρόεδροι: Μ. Χαμηλός (Ηράκλειο), **Ι. Ρόδης** (Αθήνα)
Chairpersons: M. Xamilos (Heraklion), **I. Rodis** (Athens)

ΠΑ233|Subcutaneous Antiplatelet Therapy in Acute Coronary Syndromes: Analytical Review of Selatogrel and Zalunfiban Trial Data

14/11/26 · METIS / METIS

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction and Aim: The management of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) and suspected acute coronary syndrome (ACS) is critically dependent on the speed of platelet inhibition. Traditional oral P2Y12 inhibitors suffer from delayed onset due to impaired absorption in acute phases. Subcutaneous (SQ) administration offers a potential solution for rapid, pre-hospital antiplatelet effect. This study aims to analyze the latest trial data for Selatogrel (SQ P2Y12 inhibitor) and Zalunfiban (SQ GP IIb/IIIa inhibitor) to assess their impact on coronary patency and clinical outcomes. Material and Methods: A systematic analysis was conducted of Phase III data published through June 2026. Primary focus was given to the CELEBRATE trial for Zalunfiban and the ongoing SOS-AMI trial for Selatogrel. Evaluated endpoints included infarct-related artery patency at cath lab arrival, 30-day major adverse cardiovascular events (MACE), and GUSTO-defined bleeding criteria. Results: The landmark CELEBRATE trial (2025) demonstrated that a single SQ injection of Zalunfiban at first medical contact significantly improved pre-intervention infarct-related patency (corrected frame count 109 vs. 176, p=0.012) and reduced a hierarchical composite of death, MI, and heart failure at 30 days (OR:0.79). While it increased mild-to-moderate bleeding (6.4% vs. 2.5%), there was no increase in severe or life-threatening bleeding. Regarding Selatogrel, early data from the SOS-AMI trial confirm that self-administration via autoinjector achieves near-complete platelet inhibition (>90%) within 15 minutes. Pharmacokinetic data from 2025 healthy-volunteer trials further support that both drugs provide high-grade inhibition that resolves within 2-4 hours, allowing for safe surgical intervention if necessary. Conclusions: Subcutaneous antiplatelet agents represent a paradigm shift in pre-hospital ACS care. Zalunfiban (GP IIb/IIIa) offers potent "upstream" bridging to PCI, while Selatogrel (P2Y12) provides a unique self-administration strategy for patients at high risk of recurrence. These trials indicate that SQ administration can successfully shorten ischemic time and improve clinical outcomes, potentially replacing or supplementing current pre-hospital oral regimens.

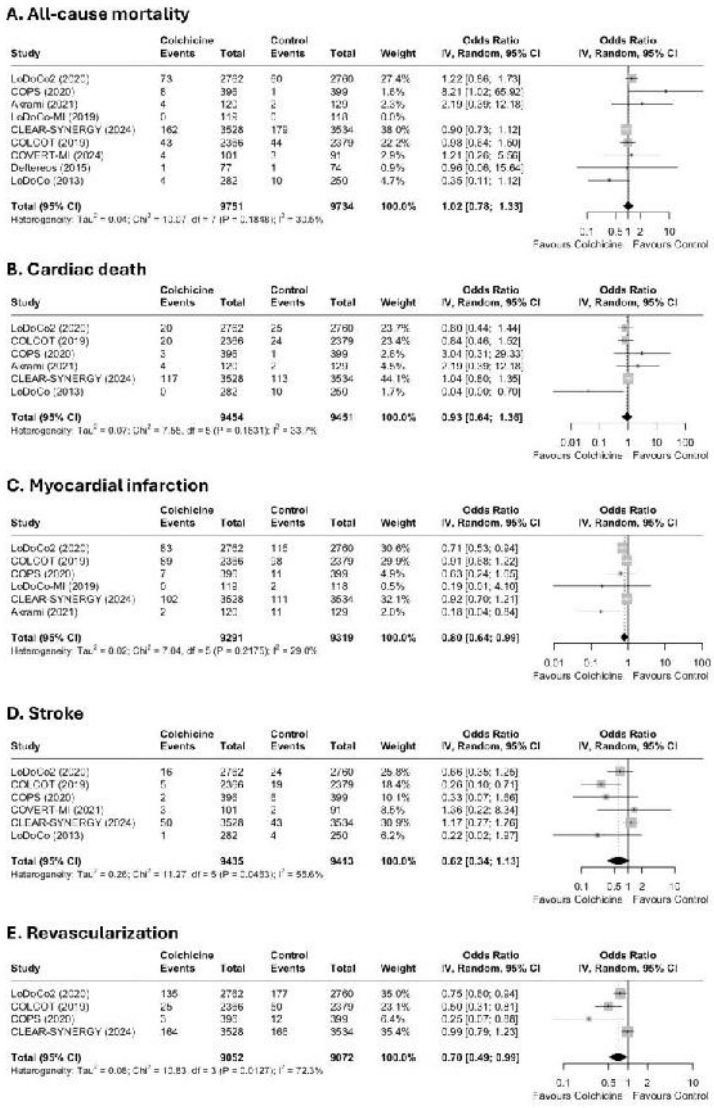
ΠΑ234|Effect of colchicine on clinical outcomes and drug-related adverse events in patients with acute or chronic coronary syndromes: A systematic review and meta-analysis

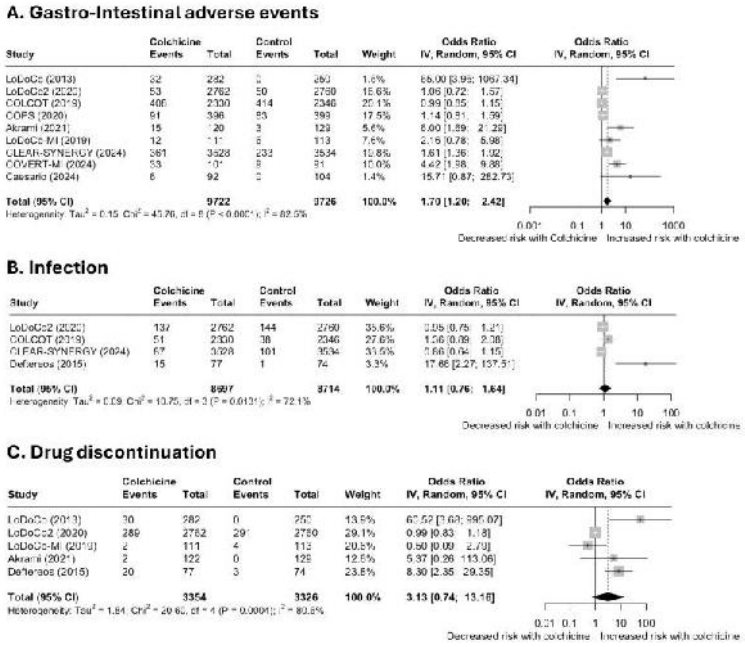
14/11/26 · METIS / METIS

A. Katsea[1], S. Graidis[1], A.R. Papapanagiotou[1], A. Papoutsoglou[1], M. Bozika[1], G. Polydoros[1], A. Karanasos[1], G. Tsigkas[1], P. Davlouros[1], M. Papafaklis[1]
[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division

Introduction: Inflammation represents a major pathophysiological mechanism in the initiation, progression, and destabilization of atherosclerotic cardiovascular disease. Colchicine, through its anti-inflammatory properties and inhibition of inflammasome-mediated pathways, has been investigated as an adjunctive therapeutic strategy for the reduction of residual cardiovascular risk in patients with coronary artery disease. The aim of this systematic review and meta-analysis was to evaluate the clinical benefit and safety/tolerability of colchicine therapy in patients with acute or chronic coronary syndromes. Methods: A systematic literature search was performed in accordance with PRISMA 2020 recommendations. Overall, 1,231 records were screened, 26 reports were assessed for eligibility, and 16 studies were included in the final review. Data were extracted regarding study design, population characteristics, colchicine dosing, follow-up duration, efficacy outcomes, and safety endpoints. Endpoints of clinical benefit included all-cause mortality, cardiac death, myocardial infarction, stroke and revascularization. Safety/tolerability endpoints included

gastrointestinal adverse events, infections, and treatment discontinuation. Pooled odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) were calculated using a random-effects model. Results: Colchicine therapy was associated with a significant reduction in myocardial infarction (OR 0.80, 95% CI: 0.64–0.99; I^2 = 29.0%) and revascularization (OR 0.70, 95% CI: 0.49–0.99; I^2 = 72.3%; Figure 1). No statistically significant effect was demonstrated for all-cause mortality (OR 1.02, 95% CI: 0.78–1.33), cardiac death (OR 0.93, 95% CI: 0.64–1.36) and stroke (OR 0.62, 95% CI: 0.34–1.13; Figure 1). Regarding safety outcomes, colchicine was associated with an increased risk of gastrointestinal adverse events (OR 1.70, 95% CI: 1.20–2.42; I^2 = 82.5%), whereas no significant increase was observed for infections (OR 1.03, 95% CI: 0.76–1.39; Figure 2). Drug discontinuation was numerically higher in the colchicine versus placebo group but not statistically significant (OR 3.13, 95% CI: 0.74–13.16; Figure 2). Conclusion: Colchicine seems to be associated with benefits for MI and revascularization in patients with coronary syndromes, while there was no effect on mortality-related outcomes. Gastrointestinal adverse events remain a relevant safety/tolerance consideration. These findings support a potential role for colchicine as adjunctive anti-inflammatory therapy, which is in line with the latest European guidelines for this population.





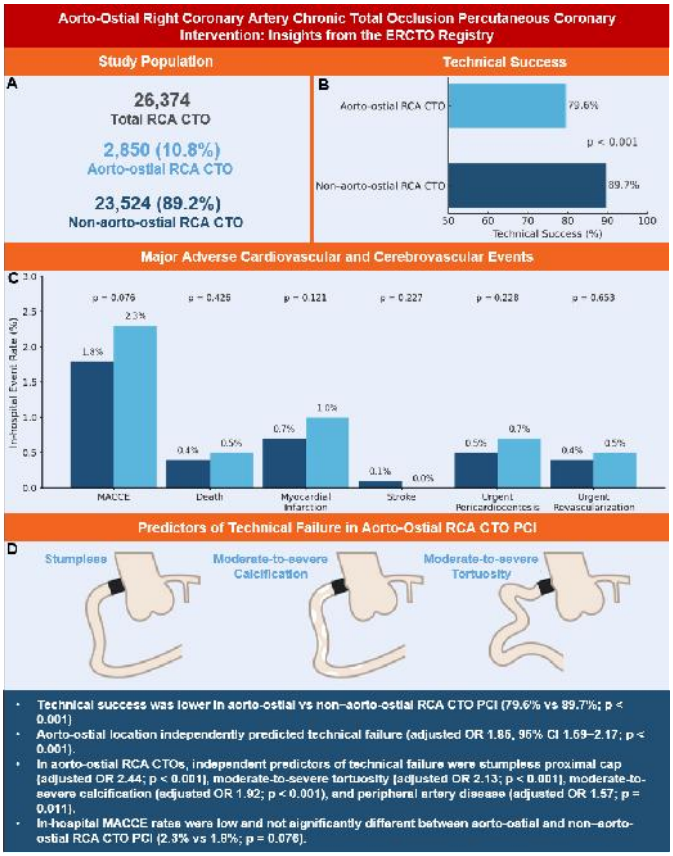
ΠΑ235|Aorto-Ostial RCA CTO PCI : Technical Outcomes and Predictors of Failure from the ERCTO Registry

14/11/26 · METIS / METIS

I. Skalidis[1], L. Esposito[2], T. Hovasse[2], R. Garbo[3], A. R. Galassi[4], R. Diletti[5], G. L. Gasparini[6], P.Agostoni[7], C. Di Mario[8], G. Vadalà[4], C. Ungureanu[9], G. Sianos[10], K. Mashayekhi[11], A. Avran[12]

[1]HFR - Fribourg Kantonal Hospital and University, Switzerland, [2]ICPS, Massy, France, [3]Maria Pia Hospital, GVM Care & Research, Turin, Italy., [4]Division of Cardiology, University Hospital "P. Giaccone," Palermo, Italy., [5]Department of Cardiology, Erasmus MC Cardiovascular Institute, Thorax Center, Rotterdam, the Netherlands., [6]Cardio Center, IRCCS Humanitas Research Hospital, Milan, Italy., [7]HartCentrum, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen Middelheim, Antwerp, Belgium, [8]Structural Interventional Cardiology Division, Department of Clinical and Experimental Medicine, Careggi University Hospital, Florence, Italy., [9]Department of Cardiology, Jolimont Hospital, La Louvière, Belgium, [10]Al Qassimi Hospital, Sharjah, UAE., [11]Department of Internal Medicine and Cardiology, Heartcenter Lahr, Lahr, Germany., [12]Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France.

Background. Aorto-ostial chronic total occlusions (CTOs) of the right coronary artery (RCA) represent a particularly complex subset of CTO percutaneous coronary interventions (PCI), yet dedicated data remain limited.Objectives. To evaluate technical outcomes of aorto-ostial versus non-aorto-ostial RCA CTO PCI and to identify predictors of failure in RCA aorto-ostial lesions. Methods: Patients undergoing RCA CTO PCI between 2016 and 2024 and enrolled in the ERCTO registry were included in the present analysis. The primary endpoint was technical success. Multivariable logistic regression was used to identify independent predictors of technical failure. Results: A total of 26,374 patients undergoing RCA CTO PCI were included in the analysis, of whom 2,850 had aorto-ostial and 23,524 non–aorto-ostial lesions. Technical success was lower in aorto-ostial compared with non-aorto-ostial lesions (79.6% vs 89.7%; $p < 0.001$). Aorto-ostial location was independently associated with technical failure (adjusted OR 1.85; $p < 0.001$). In multivariable analysis restricted to aorto-ostial CTOs, stumpless proximal cap morphology (adjusted OR 2.44, $p < 0.001$), moderate-to-severe tortuosity (adjusted OR 2.13 $p < 0.001$), severe calcification (adjusted OR 1.92, $p < 0.001$), and peripheral artery disease (adjusted OR 1.57 $p < 0.001$) were independently associated with technical failure. In-hospital MACCE rates were low and did not differ significantly between groups. Conclusions. Aorto-ostial RCA CTO PCI has a significantly lower technical success despite extensive use of advanced techniques. Technical failure is driven primarily by lesion-specific anatomical features, underscoring the need for dedicated strategies and refined risk stratification tailored to aorto-ostial anatomy.



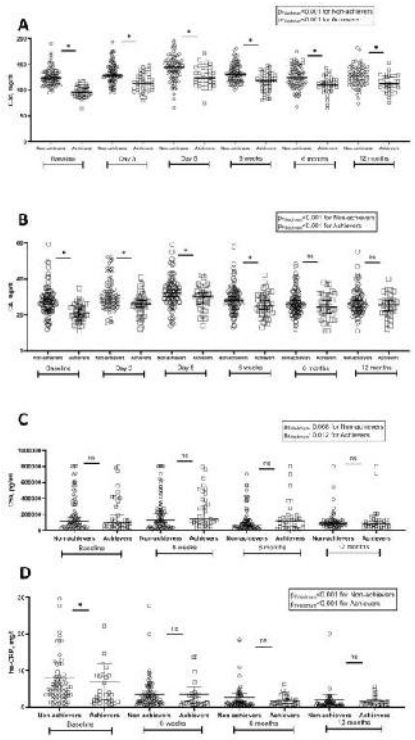
ΠΑ236|Association of serum complement levels with failure of Low-Density-Lipoprotein-Cholesterol target attainment in patients after Acute Coronary Syndrome: a prospective, observational study

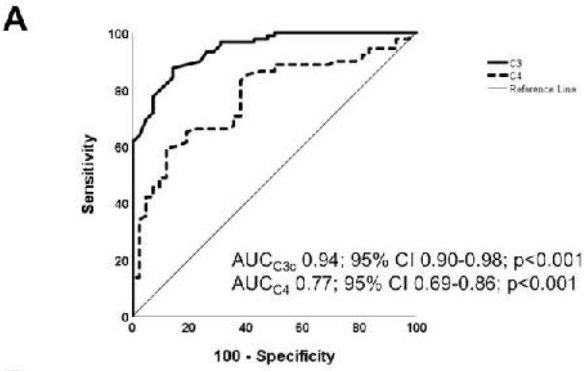
14/11/26 · METIS / METIS

V. Gogolas[1], G. Filippatos[2], E. Kyriazopoulou[3], A. Dagre[1], I. Oikonomidis[2], D. Alexopoulos[4], L. Rallidis[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Νοσηλείας,Τμήμα Νοσηλευτικής,Σχολή Επιστημών Υγείας,Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστημίο Αθηνών,Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας, [4]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ Ζ' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Interplay between inflammation and atherosclerosis is well acknowledged. However, the role of complement system in lipid-lowering therapy (LLT) is poorly understood. Objective: To investigate an association of serum-complement levels with low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels in acute coronary syndrome (ACS) patients. Methods: Adult patients hospitalized with ACS received rosuvastatin 40 mg once daily with an LDL-C target <5 mg/dl and reduction of>% of baseline. High-sensitivity C-reactive protein, complement C3c, C4, C5a levels, LDL-C, high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), triglycerides and apolipoprotein B levels were measured before treatment initiation, 6 weeks, 6 months and 12 months afterwards. Patients were followed up for 12 months for major adverse cardiovascular events (MACE), [nonfatal stroke, nonfatal myocardial infarction, cardiovascular death]. Results: Among 130 patients (91.5 % male; mean age 56 ± 9 years), 42 (32.3%) achieved the target at 6 weeks, 61 (46.9%) at 6 months, and 63 (48.5%) at 12 months. Serum C3c levels were lower at baseline in 6-week target achievers [median (Q1-Q3), 98.9 (86.9-107.3)] vs non-achievers [126.0 (112.0-136.0); p<0.001]. Similarly, C4 levels were 21.4 (18.2-26.4) mg/dl in achievers vs non-achievers [26.8 (22.1-31.6) mg/dl; p<0.001]; C5a levels did not differ between groups. C3c predicted failure of target attainment at six weeks (AUC, 95% CI: 0.94, 0.90-0.98; p<0.001). A cut-off value of 112.5 mg/dl demonstrated sensitivity 77.3%, specificity 92.3% and independently predicted failure (adjOR 52.54; 95% CI, 12.49-221.0). Conclusions: In ACS patients with fixed dose of rosuvastatin, serum C3c levels are acossiated with failure of LDL-C target attainment and further research is needed if they may be used to guide LLT.





B

C3c level	Failure to achieve LDL-C 6-week target	6-week LDL-C target achievement	Total
≥ 112.5 mg/dl	68 Sensitivity: 77.3 PPV: 95.8	3	71
< 112.5 mg/dl	20	39 Specificity: 92.3 NPV: 66.1	59
Total	88	42	130

ΠΑ237|Machine Learning for the Prediction of In-Hospital Mortality in Patients with STEMI Myocardial Infarction

14/11/26 · METIS / METIS

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction/Purpose: ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) remains a critical cardiovascular emergency with significant rates of acute morbidity and mortality. Despite the advancement of primary Percutaneous Coronary Intervention (pPCI), early identification of high-risk patients remains a challenge. Traditional risk scores, such as GRACE and TIMI, often rely on linear statistical methods that may not capture complex, non-linear interactions between clinical variables. The objective of this study is to develop, validate, and evaluate advanced Machine Learning (ML) algorithms for the prediction of in-hospital mortality in STEMI patients, aiming to provide a more precise and individualized risk stratification tool. Material and Methods: This study utilized large-scale clinical data derived from established STEMI registries, encompassing over 1,800 to 18,000 patient records. Multiple supervised Machine Learning architectures were implemented, including Extreme Gradient Boosting (XGBoost), Random Forest (RF), Elastic Net (EN), and Support Vector Machines (SVM). Feature selection was performed using Recursive Feature Elimination (RFE) and SHAP (SHapley Additive exPlanations) values to identify the most robust predictors. Input variables included demographic data, hemodynamic parameters upon admission (systolic blood pressure, heart rate), laboratory markers (creatinine, troponin, glucose), and procedural findings (TIMI flow grade, culprit vessel, and pre-hospital cardiac arrest). Model performance was rigorously assessed using the Area Under the Receiver Operating Characteristic curve (AUC-ROC) and calibration plots via k-fold cross-validation.Results: The Machine Learning models demonstrated superior predictive accuracy compared to conventional scoring systems. The XGBoost and EN models emerged as the top performers, achieving an AUC-ROC ranging from 0.79 to 0.89 for in-hospital mortality. Key predictors identified by the models included age, systolic blood pressure, Killip class, and the presence of pre-hospital cardiac arrest. Notably, the integration of non-traditional features through ML improved the sensitivity for identifying patients at risk of cardiogenic shock and multi-organ failure. The models maintained high calibration, ensuring that predicted risks closely aligned with observed outcomes. Conclusions: Machine Learning algorithms provide a sophisticated and highly accurate framework for predicting in-hospital mortality in STEMI. By capturing complex variable interactions, ML models such as the STEMI-

ML score significantly outperform traditional risk stratification tools. The clinical implementation of these models can facilitate personalized therapeutic strategies, optimized ICU

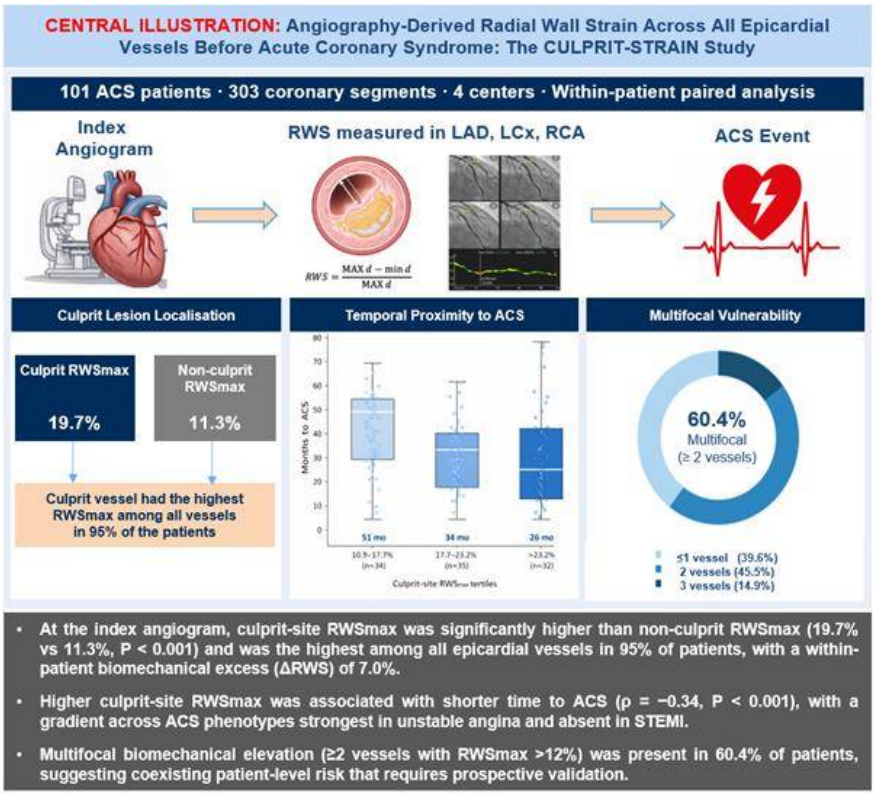
ΠΑ238|Angiography-Derived Radial Wall Strain across All Epicardial Vessels before Acute Coronary Syndrome: The CULPRIT-STRAIN Study

14/11/26 · METIS / METIS

I. Skalidis[1], L. Simioni[2], A. Apostolos[3], V. Panoulas[4], L. Fargione[5], M. Akodad[5], P. Garot[5], T. Hovasse[5], G. Tsigkas[6], M. Bozika[6], J. Elisejevas[2], G.M. Cioffi[2], M. Togni[2], P. Meier[2], N. Amabile[5], S. Cook[2]

[1]HFR - Fribourg Kantonal Hospital and University, Switzerland, [2]HFR - Fribourg Cantonal Hospital and University, Switzerland, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Department of Cardiology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Harefield Hospital, London, UK., [5]ICPS, Massy, France, [6]University Hospital of Patras, Cardiology Division

Background: Angiography-derived radial wall strain (RWS) is a novel biomechanical index associated with plaque vulnerability. Prior studies evaluated RWS at isolated lesions; whether elevated RWS reflects focal or diffuse vulnerability within the same patient remains unknown. Objectives: To compare RWSmax at the future culprit site with non-culprit vessels within the same patient and to assess its associate ion with time to acute coronary syndrome (ACS).Methods: In the CULPRIT-STRAIN multicenter study, consecutive patients with ACS who had a prior coronary angiogram (≥3 months before the event) were identified from a prospectively maintained registry (NCT04185285). RWSmax was measured in all three epicardial coronary arteries at the index angiogram. The primary endpoint was the within-patient comparison of culprit versus non-culprit RWSmax and secondary endpoints included the association between culprit-site RWSmax and time to ACS and the prevalence of multifocal biomechanical elevation. Results: A total of 101 patients (303 epicardial vessels) were included (median 35 months between index angiogram and ACS). Culprit RWSmax was significantly higher than non-culprit RWSmax (median 19.7% vs 11.3%; P<0.001). The culprit vessel had the highest RWSmax in 96 of 101 patients (95.0%; P<0.001 vs chance), with a within-patient biomechanical excess (ΔRWS) of 7.0% (IQR: 3.6–13.2%). Higher culprit-site RWSmax was associated with shorter time to ACS (Spearman ρ=−0.34; P<0.001), and 60.4% of patients had ≥2 vessels with RWSmax>%. Conclusions: RWSmax was selectively elevated at future culprit sites, supporting lesion-specific biomechanical vulnerability. Multifocal elevation was frequent, suggesting coexisting patient-level risk, although prospective validation in unselected populations is needed.



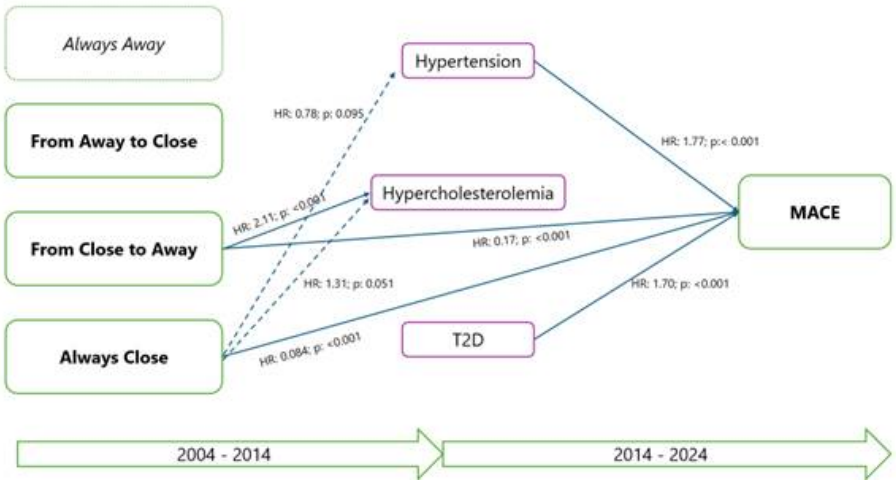
ΠΑ239|Μακροχρόνια προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή και 20ετής επίπτωση καρδιαγγειακών συμβάντων σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο: Μελέτη GREECS (2004–2024)

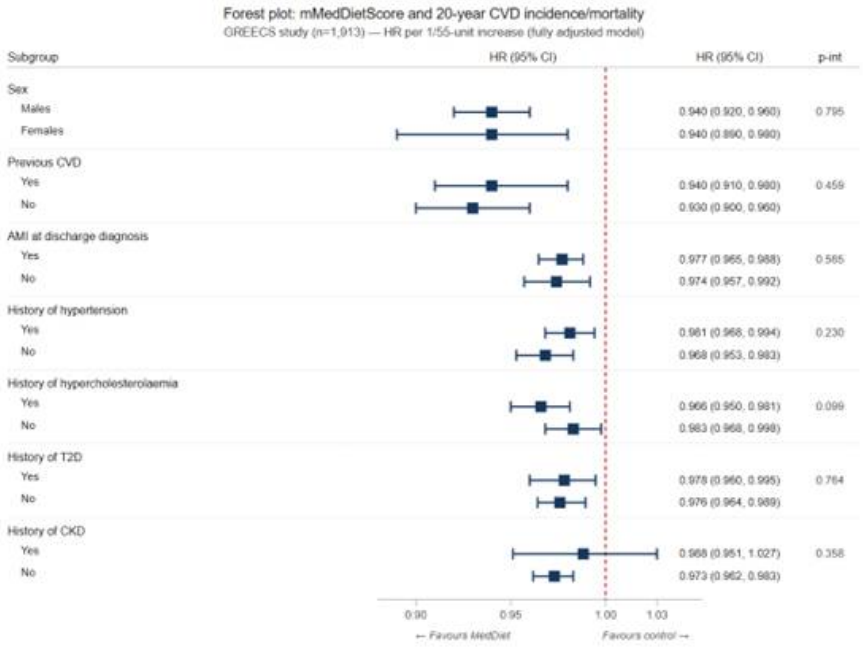
14/11/26 · METIS / METIS

Ε. Γίτση[1], Ι. Αθανασοπούλου[1], Σ. Κόκκου[2], Π. Κωτούλας[3], Β. Νοταρά[2], Χ. Πίτσαβος[4]

[1]Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [4]Λοιπά

Εισαγωγή / Σκοπός: Η τροποποίηση του τρόπου ζωής αποτελεί θεμέλιο της δευτερογενούς καρδιαγγειακής πρόληψης, ωστόσο τα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με μακροχρόνιες διατροφικές τάσεις σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ) παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ τροχιών τήρησης της Μεσογειακής Διατροφής (ΜΔ) κατά την περίοδο 2004–2014 και της 20ετούς επίπτωσης υποτροπιάζουσων καρδιαγγειακών συμβάντων και καρδιαγγειακής θνησιμότητας, σε ασθενείς με ΟΣΣ. Υλικό και Μέθοδος: Αναλύθηκαν 1.913 ασθενείς με ΟΣΣ (75% άνδρες, μέση ηλικία 67±13 έτη) από την προοπτική μελέτη GREECS, με πλήρη διατροφικά και κλινικά δεδομένα. Η τήρηση της ΜΔ αξιολογήθηκε με το MedDietScore στη βασική αξιολόγηση (2004) και στη 10ετή επανεξέταση (2014). Οι ασθενείς κατατάχθηκαν σε τέσσερις ομάδες τροχιάς: «σταθερά μακριά», «μακριά προς κοντά», «κοντά προς μακριά» και «σταθερά κοντά». Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο (20ετής επανεξέταση, 2024) ήταν τα Μείζονα Ανεπιθύμητα Καρδιαγγειακά Συμβάντα - MACE: θάνατος καρδιαγγειακής αιτιολογίας, μη θανατηφόρο έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο. Εφαρμόστηκαν μοντέλα αναλογικού κινδύνου Cox.ΑποτελέσματαΚατά τη 20ετή παρακολούθηση, το 66,8% των ασθενών εμφάνισε εκ νέου καρδιαγγειακό συμβάν. Κάθε αύξηση κατά 1 μονάδα στο μέσο MedDietScore συσχετίστηκε με 10% μείωση του κινδύνου (HR: 0,90· 95%ΔΕ: 0,88–0,92) μετά από πλήρη προσαρμογή. Σε σύγκριση με την ομάδα «σταθερά μακριά», οι ασθενείς με συνεχή υψηλή προσκόλληση εμφάνισαν 78% χαμηλότερο κίνδυνο υποτροπής (HR: 0,22· 95%ΔΕ: 0,14–0,34), αποτέλεσμα σταθερό σε όλες τις προκαθορισμένες υποομάδες ανεξάρτητα από φύλο, διάγνωση ή συννοσηρότητα. Η προστατευτική επίδραση διαμεσολαβείται εν μέρει μέσω της μείωσης της επίπτωσης υπέρτασης κατά την πρώτη 10ετία· ο ΣΔτ2 και η υπερχοληστερολαιμία παρουσίασαν συνεπή, αλλά στατιστικά μη σημαντικό διαμεσολαβητικό ρόλο. Συμπεράσματα: Η μακροχρόνια τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής συσχετίστηκε ανεξάρτητα με σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο υποτροπιαζόντων καρδιαγγειακών συμβάντων σε 20ετή παρακολούθηση, σε ασθενείς με ΟΣΣ. Η έγκαιρη και σταθερή υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής μετά από ΟΣΣ θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης, ανεξάρτητα από την υποκείμενη συννοσηρότητα. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν τη συστηματική ενσωμάτωση δομημένης, μακροχρόνιας διατροφικής συμβουλευτικής στη φροντίδα ασθενών με ΟΣΣ.





ΠΑ240|Comparative Efficacy of Advanced Balloon Technologies versus Atherectomy in Severely Calcified Coronary Lesions: A Systematic Review of Non-Inferiority Trials

14/11/26 · METIS / METIS

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction and Aim: Managing severely calcified coronary lesions is a cornerstone of complex percutaneous coronary intervention (PCI). While Rotational Atherectomy (RA) was historically the gold standard, advanced balloon technologies—including Cutting Balloons (CB), Super-High-Pressure non-compliant balloons (OPN), and Intravascular Lithotripsy (IVL)—have emerged as potent alternatives. This abstract aims to synthesize data from recent non-inferiority trials comparing these balloon-based strategies against atherectomy and each other to evaluate their clinical and economic standing. Material and Methods: An analytical review was conducted using data from major randomized controlled trials (RCTs) updated through June 2026, including Short-CUT, VICTORY, ECLIPSE, and ISAR-CALC. The primary endpoints evaluated were minimal stent area (MSA), percentage of stent expansion via intravascular imaging (IVUS/OCT), and 30-day Major Adverse Cardiovascular Events (MACE). Results: Recent landmark data from 2025 demonstrate that balloon-based plaque modification is frequently non-inferior to mechanical atherectomy. The Short-CUT trial (TCT 2025) proved that Cutting Balloons are non-inferior to IVL regarding post-procedural MSA, with a significant cost saving of approximately $3,600 per case. Similarly, the VICTORY trial established that the OPN super-high-pressure balloon is non-inferior to IVL in achieving optimal stent expansion (>80%), offering a faster and more economical alternative. The ECLIPSE trial, the largest to date, showed that high-pressure balloon preparation yielded safety and expansion outcomes comparable to orbital atherectomy. Analytically, while atherectomy remains superior for uncrossable lesions, balloon technologies have reached parity for "crossable but non-expandable" calcifications. Furthermore, hybrid strategies like ROTA-CUT demonstrate that combining low-speed atherectomy with cutting balloons may optimize outcomes in eccentric or multi-layered calcium. Conclusions: Contemporary RCTs indicate that advanced balloons (CB, OPN, IVL) are non-inferior to atherectomy and represent a "democratization" of calcium management due to their shorter learning curves and lower costs. The evidence supports a shift toward an "escalation" algorithm where cutting or OPN balloons are utilized as primary tools, reserving atherectomy and IVL for refractory or extreme calcification phenotypes.

ΠΑ241|Expanding the Modified GRACE Risk Score to Troponin I: A Multinational Validation Cohort Study

14/11/26 · METIS / METIS

D. Delialis[1], G. Georgiopoulos[3], C. Konstantaki[3], L. Spray[4], S. Kraler[5], P. Nastatos[1], P. Manifava [3], S.P. Giannakopoulou[6], Y. Skoumas[7], C. Pitsavos[2], M.A. Dimopoulou[1], K. Stellos[8], I. Spyridopoulos[9], D. Panagiotakos[10], K. Stamatelopoulos[3]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[4]Translational and Clinical Research Institute, Vascular Biology and Medicine Theme, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Centre for Life, UK*, *[5]Center for Molecular Cardiology, University of Zurich,Switzerland*, *[6]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*, *[7]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[8]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany*, *[9]Translational and Clinical Research Institute, Vascular Biology and Medicine Theme, Faculty of Medical Sciences, Newcastle University, Centre for Life, Newcastle Upon Tyne NE1 3BZ, UK.*, *[10]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο*

Background: The GRACE 2.0 risk score is a widely used tool for estimating mortality in patients with acute coronary syndrome (ACS). However, it incorporates high-sensitivity troponin (hs-Tn) as a binary variable (elevated vs. non-elevated), which may limit its prognostic precision in contemporary practice. While a modified GRACE (modGRACE) model using continuous hs-troponin T (hs-TnT) has shown superior performance, evidence regarding its efficacy using continuous hs-troponin I (hs-TnI) is limited. This study aimed to validate the modGRACE score using continuous hs-TnI across two independent ACS cohorts. Methods: Data were analyzed from two prospective studies: the Freeman cohort (n=2,991, Newcastle, UK) and the GREECS cohort (n=1,630, Athens, Greece). The modGRACE score was calculated by substituting continuous hs-TnT with continuous hs-TnI using previously established regression coefficients. Predictive performance was evaluated by comparing the area under the receiver operating characteristic curve (AUC) and net reclassification improvement (NRI) for short-term (in-hospital, 30-day) and long-term (up to 20-year) outcomes. Results: In the Freeman cohort, modGRACE demonstrated modest improvements in discrimination for in-hospital mortality (AUC 0.884 vs. 0.870) and 30-day mortality (AUC 0.883 vs. 0.868). A significant improvement in discrimination was observed for 1-year mortality (ΔAUC 0.015, p=0.01). Furthermore, risk reclassification was significantly improved for in-hospital (NRI=0.67), 30-day (NRI=0.69), and 1-year mortality (NRI=0.49; all p<0.001). In the GREECS cohort, modGRACE significantly improved risk reclassification for 30-day mortality (NRI=0.56), 20-year cardiovascular mortality (NRI=0.85), and 20-year Major Adverse Cardiovascular Events (MACE; NRI=0.79; all p<0.001). Conclusions: Integrating continuous hs-TnI into the modGRACE score leads to consistent and clinically meaningful improvements in risk reclassification compared to the standard GRACE 2.0 score. These findings support the clinical implementation of modGRACE for long-term risk stratification in ACS patients, regardless of whether hs-TnT or hs-TnI assays are utilized. Improved risk reclassification may help clinicians better tailor follow-up intensity and secondary prevention strategies.

ΠΑ242|Προγνωστική αξία μικρονευρογραφίας μυός σε περιστατικά με έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς απόφραξη στεφανιαίων αγγείων (MINOCA)

14/11/26 · METIS / METIS

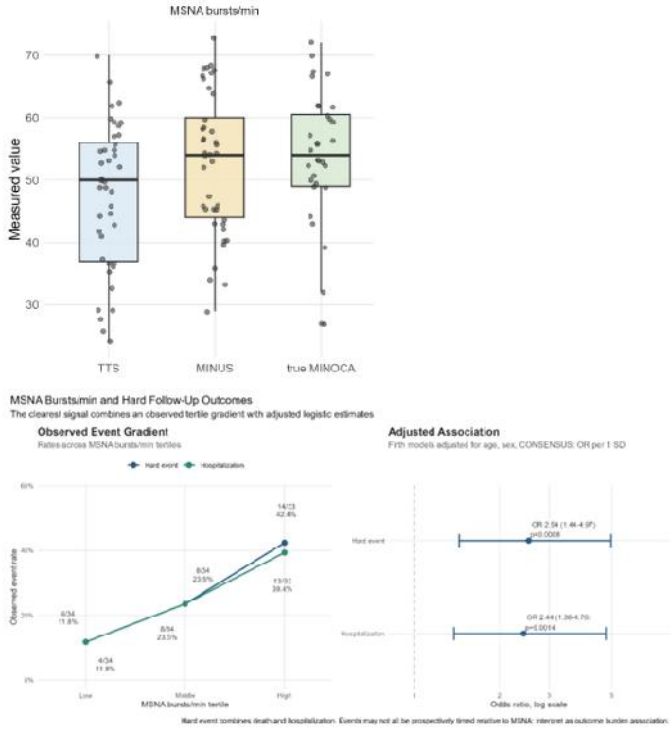
Ι. Λεοντσίνης[1], **Ι. Χατζημιχάλης[1]**, Ε.Μαντζουράνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (MINOCA) αποτελεί ετερογενή διάγνωση εργασίας που περιλαμβάνει ισχαιμικής αιτιολογίας μυοκαρδιακή βλάβη, σύνδρομο Takotsubo (TTS) και περιστατικά ακαθόριστης αιτιολογίας μυοκαρδιακής βλάβης (MINUS). Η συμμετοχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος στο TTS και στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα τεκμηριώνεται ολοένα περισσότερο, ωστόσο η προγνωστική αξία της άμεσης εκτίμησης της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος παραμένει ασαφής.Σκοπός: Να διερευνηθεί εάν η δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως εκτιμάται με μικρονευρογραφία μυός (muscle sympathetic nerve activity, MSNA) κατά την υποξεία φάση, παρέχει ανεξάρτητη προγνωστική πληροφορία για σκληρά κλινικά συμβάματα και επανανοσηλεία στους 24 μήνες σε ασθενείς με διάγνωση εργασίας MINOCA. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν οι πρώτοι 24 μήνες της ελληνικής πολυκεντρικής καταγραφής PRISMA–SYMPATAK. Συμπεριλήφθηκαν 151 ασθενείς, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε TTS (n=55), true MINOCA (n=42) και MINUS (n=54), βάσει συνδυασμού διαθωρακικού υπερηχογραφήματος και μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς. Η MSNA καταγράφηκε από το περονιαίο νεύρο εντός 14 ημερών από το οξύ επεισόδιο σε 114 ασθενείς. Αξιολογήθηκαν οι συσχετίσεις της MSNA με σκληρά κλινικά συμβάματα, επανανοσηλεία και μακροπρόθεσμη πρόγνωση, ενώ εξετάστηκε η πρόσθετη προγνωστική της

αξία πέραν της τελικής διάγνωσης, του κλάσματος εξώθησης, της μέγιστης τροπονίνης και των ενδονοσοκομειακών MACE. Αποτελέσματα: Κατά την παρακολούθηση 24 μηνών (n=104) καταγράφηκαν 4 θάνατοι, 30 επανανοσηλείες, 23 υποτροπές στηθάγχης, 9 επισκέψεις λόγω αισθήματος παλμών και 5 νέες διαγνώσεις καρδιακής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς με TTS εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα MSNA σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Υψηλότερη MSNA συσχετίστηκε με αυξημένη επίπτωση μείζονων συμβαμάτων και δυσμενέστερη πρόγνωση. Σε προσαρμοσμένο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης Firth, κάθε αύξηση της MSNA κατά 1 τυπική απόκλιση συσχετίστηκε ανεξάρτητα με σκληρά συμβάματα (OR 2,54, 95% CI 1,44–4,97, p=0,0008) και επανανοσηλεία (OR 2,44, 95% CI 1,38–4,76, p=0,0014). Η συσχέτιση επιβεβαιώθηκε και στην ανάλυση χρόνου έως συμβάν (HR 1,84, 95% CI 1,06–3,17, p=0,030). Η προσθήκη της MSNA στο βασικό κλινικό μοντέλο βελτίωσε σημαντικά τη διακριτική ικανότητα πρόβλεψης σκληρών συμβαμάτων (AUC 0,659 έναντι 0,771, ΔAUC=0,113, p=0,027).Συμπεράσματα: Η MSNA που καταγράφεται εντός 14 ημερών από επεισόδιο MINOCA διακρίνει τους ασθενείς με TTS και αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη δυσμενών εκβάσεων στους 24 μήνες. Η εκτίμηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος προσθέτει σημαντική προγνωστική πληροφορία πέραν των καθιερωμένων δεικτών αρχικής βαρύτητας

Μαρμαρυγή, ΚΑ= Καρδιακή Ανεπάρκεια, ΧΝΝ= Χρόνια Νεφρική Νόσος, ΣΑΠ= Συστολική Αρτηριακή Πίεση, ΔΑΠ= Διαστολική Αρτηριακή Πίεση, ΤΕΠ= Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΚΕΑΚ= Κλάσμα Εξώθησης Αριστερής Κοιλίας, SAPT= Single Antiplatelet Therapy, DAPT= Dual Antiplatelet Therapy, DOAC= Direct Oral Anticoagulant.



ΠΑ243|Επιτυχής επαναιμάτωση σε αυτόματο διαχωρισμό στεφανιαίας αρτηρίας τύπου 2Β με χρήση cutting balloon

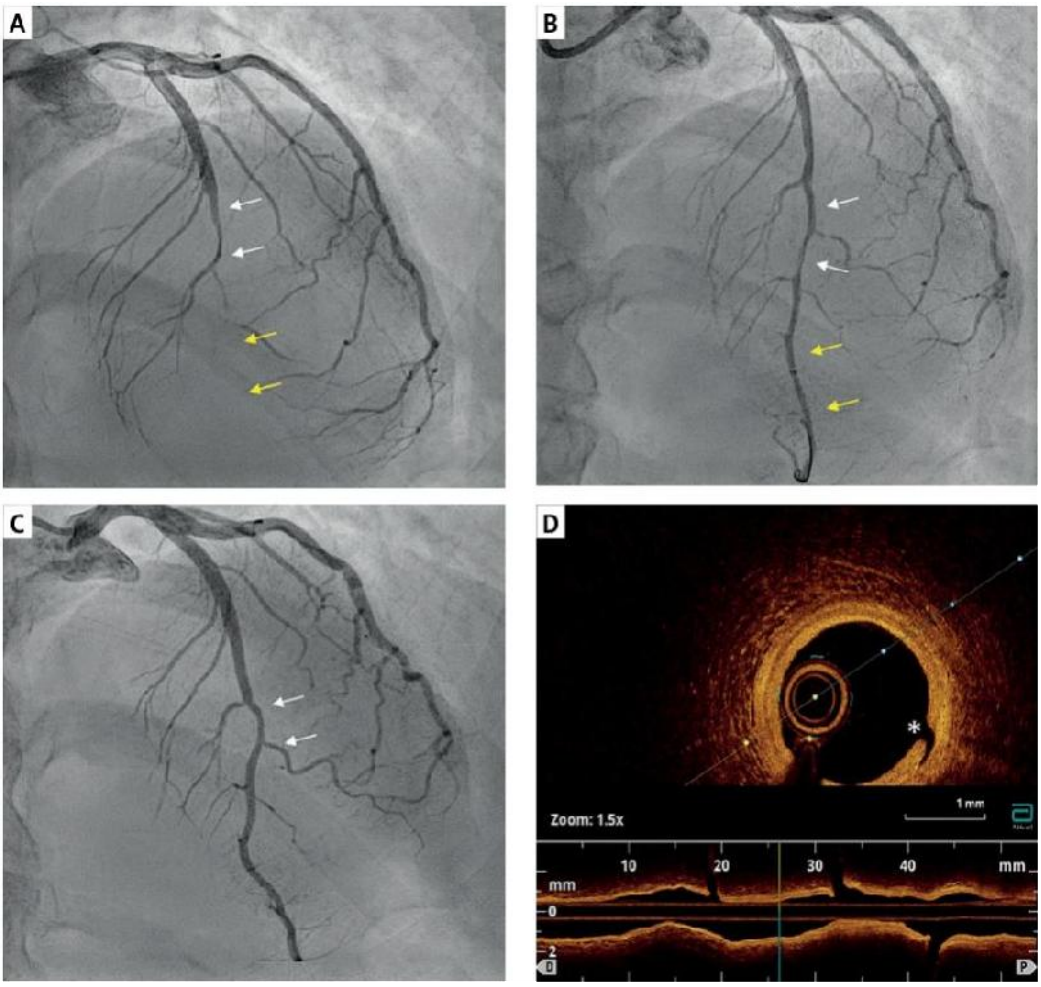
14/11/26 · METIS / METIS

Κ. Αντωνιάδης[1], Σ. Κωτούλας[1], I. Aqueel[1], Ρ. Περβανά[1], Γ. Σωτήρης[1], Ε.Καραπέδη[1], Κ. Πετεινάκη[1], Δ. Ηλιόπουλος[2], Α. Τριανταφύλλης[1], Λ. Πουλημένος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αρτηριών (SCAD) αποτελεί υποδιαγιγνωσκόμενη αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες μέσης ηλικίας χωρίς κλασικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Η συντηρητική αντιμετώπιση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στις περισσότερες περιπτώσεις, ενώ η επαναιμάτωση επιφυλάσσεται για ασθενείς με επίμονη ισχαιμία, αιμοδυναμική αστάθεια ή εκτεταμένο μυοκάρδιο σε κίνδυνο. Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας 53 ετών, με ελεύθερο ατομικό

αναμνηστικό, η οποία προσήλθε με αιφνίδιο οξύ οπισθοστερνικό άλγος σε συνθήκες έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε ισχαιμικές αλλοιώσεις τύπου De Winter, ισοδύναμες πρόσθιου STEMI, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε σοβαρή υποκινησία του προσθίου τοιχώματος. Η στεφανιογραφία αποκάλυψε απότομη, ομαλή στένωση του μέσου τμήματος του πρόσθιου κατιόντα κλάδου, με περιφερική ροή TIMI 0, συμβατή με SCAD τύπου 2Β λόγω ενδοτοιχωματικού αιματώματος που προκαλούσε σημαντική συμπίεση του αληθούς αυλού. Προωθήθηκε οδηγό σύρμα στον αληθή αυλό, η θέση του οποίου επιβεβαιώθηκε με semi-compliant μπαλόνι. Ακολούθως χρησιμοποιήθηκε cutting balloon, με στόχο την ελεγχόμενη δημιουργία επικοινωνίας μεταξύ του ενδοτοιχωματικού αιματώματος και του αληθούς αυλού, μετατρέποντας τον SCAD τύπου 2Β σε τύπο 1.Αποτελέσματα: Η ελεγχόμενη διάρρηξη του έσω χιτώνα επέτρεψε την παροχέτευση του ενδοτοιχωματικού αιματώματος προς τον αληθή αυλό, με μετατροπή της βλάβης σε SCAD τύπου 1, πλήρη αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής (TIMI 3) και άμεση ύφεση των συμπτωμάτων. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή και ασυμπτωματική, με μερική αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας, και εξήλθε λαμβάνοντας διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη για 12 μήνες. Κατά τον επανέλεγχο στους 3 μήνες, η στεφανιογραφία ανέδειξε πλήρη αποκατάσταση της αγγειακής αρχιτεκτονικής με διατήρηση ροής TIMI 3, ενώ με OCT επιβεβαιώθηκε η σχεδόν πλήρης επούλωση, με ελάχιστο υπολειπόμενο διαχωρισμό (<1 τεταρτημόριο, μέγιστου μήκους 0,8 mm). Η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική, με πλήρη ανάκτηση του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας. Συμπεράσματα : Στην οξεία αντιμετώπιση του SCAD, πρωταρχικός θεραπευτικός στόχος θα πρέπει να είναι η αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής (TIMI 3) και όχι κατ’ ανάγκη η πλήρης ανατομική αποκατάσταση του αγγείου. Σε επιλεγμένους ασθενείς με SCAD τύπου 2 όταν η συντηρητική αντιμετώπιση δεν είναι εφικτή, η χρήση cutting balloon ενδέχεται να αποτελέσει ασφαλή και αποτελεσματική στρατηγική διάσωσης, αποφεύγοντας την εμφύτευση ενδοπρόθεσης και διευκολύνοντας τη φυσική



ΠΑ244|Εκτίμηση του οφέλους από τη χρήση του Segment Involvement score στην πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μείζονων καρδιαγγειακών συμβαμάτων: ανάλυση επιβίωσης σε πληθυσμό 500 ατόμων.

14/11/26 · METIS / METIS

Ε. Καπλάνη[1], Δ. Στυλιανός[2], Γ. Μπενέτος[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ ΕΥΒΟΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΑ

Εισαγωγή: Ο Segment Involvement score (SIS), εκφράζει την έκταση της στεφανιαίας αθηρωμάτωσης ως τον αριθμό των στεφανιαίων τμημάτων στην Αξονική Στεφανιογραφία με παρουσία αθηρωματικής πλάκας, ανεξάρτητα από τον βαθμό της στένωσης. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας του SIS στην εμφάνιση οξέων στεφανιαίων συμβαμάτων ή θανάτων από κάθε αιτία, κατά την παρακολούθηση ασθενών που υποβλήθηκαν σε Αξονική Στεφανιογραφία. Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 500 ασθενής, συμπτωματικοί και ασυμπτωματικοί που υποβλήθηκαν σε Αξονική Στεφανιογραφία για αποκλεισμό στεφανιαίας νόσου από τον Δεκέμβριο του 2019 έως τον Δεκέμβριο του 2023. Ως πρωτεύον σύνθετο καταληκτικό σημείο ορίστηκε η εμφάνιση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ή ο θάνατος από κάθε αιτία. Η παρακολούθηση των ασθενών ξεκινούσε από την ημέρα της εξέτασης και ολοκληρωνόταν κατά την εμφάνιση του πρώτου συμβάματος ή κατά τη τελευταία διαθέσιμη ημερομηνία παρακολούθησης. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, διερεύνηση των σχέσεων του SIS με τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και ανάλυση επιβίωσης με καμπύλες Kaplan-Meir, δοκιμασίες log-rank, ενώ η ανεξάρτητη προγνωστική αξία του SIS εκτιμήθηκε με μοντέλα αναλογικών κινδύνων Cox και καμπύλη ROC .Αποτελέσματα: Ένα σύνολο 500 ασθενών παρακολουθήθηκε με μέση διάρκεια παρακολούθησης 25,5 ± 12,4 μήνες. Οι 340 (68%) ήταν άνδρες, ενώ οι 337 (67,4%) ήταν ασυμπτωματικοί. SIS = 0, βρέθηκε στου 36,6%, SIS=1 στο 14,8%, SIS =2 στο %, SIS=3 στο 9,2%, ενώ το 28,4% είχε SIS≥4. Κατεγράφησαν συνολικά 48 σύνθετα συμβάματα (34 οξέα στεφανιαία σύνδρομα και 14 θάνατοι από κάθε αιτία). Οι ασθενείς με SIS ≥4 εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη πιθανότητα παραμονής ελεύθερης συμβάματος σε σύγκριση με όσους είχαν SIS 0-3 (long-rank x2=60.58, p<0.001). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση Cox, κάθε αύξηση του SIS κατά μία μονάδα συσχετίστηκε με αύξηση κατά 34,6% του κινδύνου εμφάνισης του σύνθετου καταληκτικού σημείου (HR=1.346, 95% CI 1.253-1.446, p<0.001). Η προγνωστική αξία του SIS διατηρήθηκε και μετά την προσαρμογή για κλασικούς παράγοντες κινδύνου, ενώ επιπρόσθετες αναλύσεις ευαισθησίας επιβεβαίωσαν τη σταθερότητα των ευρημάτων. Συμπέρασμα: Ο Segment Involvement Score αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ή θανάτου από κάθε αιτία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Αξονική Στεφανιογραφία. Η εκτίμηση του φορτίου της στεφανιαίας αθηρωμάτωσης μέσω του SIS μπορεί να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΠΑ245|Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Clinical Outcomes Across the Acute Coronary Syndrome Trajectory: Insights from the CardioMining Study

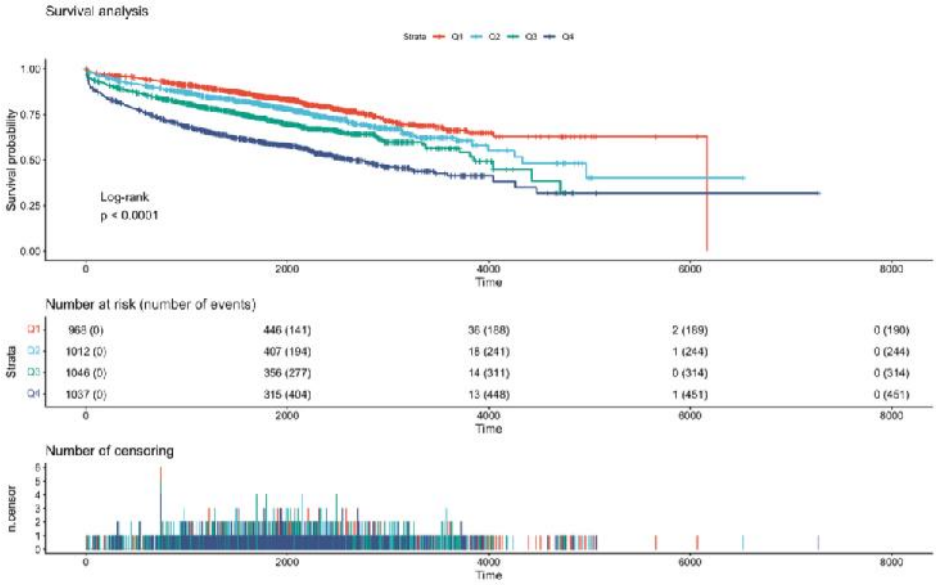
14/11/26 · METIS / METIS

Ε.Αλεξάνδρου[1], Α. Σαμαράς[1], Β. Πάτσιου[1], Γ. Γιαννακούλας[1], Δ. Μωυσίδης[1], Α. Παπάζογλου[1]

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

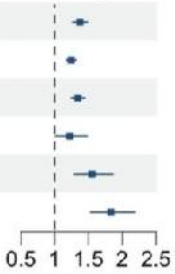
Introduction: Inflammation contributes to plaque instability and adverse outcomes in acute coronary syndromes (ACS). The neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) is an inexpensive and widely available biomarker, but its incremental prognostic value across both in-hospital and post-discharge outcomes remains incompletely defined. We sought to evaluate the association of admission NLR with post-discharge mortality, in-hospital adverse events, and length of stay in patients hospitalized with ACS. Methods: We retrospectively analyzed adults hospitalized with ACS in the CardioMining database (NCT05176769). NLR was calculated from admission complete blood counts, was ln-transformed and analyzed as both a continuous and categorical variable (quartiles). Associations with post-discharge all-cause mortality were assessed using multivariable Cox proportional hazards models, including sequential adjustment models and restricted cubic spline analyses to evaluate dose-response relationships and nonlinearity. Secondary outcomes were analyzed using logistic and linear regression models. Model discrimination was assessed using C-index; interaction analyses were performed by sex, age (<5 vs >=75 years), and ACS type. Results: We included 4,927 patients, with a mean age of 66.0 ± 13.4 years. Higher admission lnNLR was independently associated with increased all-cause mortality (HR 1.372, 95% CI 1.266–1.488, p<0.001). Mortality risk increased progressively across lnNLR quartiles (Q2 aHR 1.225, Q3 aHR 1.551, Q4 aHR 1.831; all p<0.05), with Kaplan–Meier analysis demonstrating lower survival at higher quartiles. Restricted cubic spline analysis supported a predominantly linear dose-response relationship. Addition of lnNLR improved prognostic discrimination beyond baseline clinical models (ΔC-index +0.0096). Higher lnNLR was also associated with increased odds of in-hospital adverse events (adjusted OR 1.849, 95% CI 1.530–2.236, p<0.001) and

longer hospitalization (adjusted unstandardized β 0.129, 95% CI 0.107–0.151, p<0.001), with progressively worse outcomes across increasing quartiles. Conclusion: Admission NLR independently predicts mortality, serious in-hospital complications, and longer LOS in ACS, supporting its use for early risk stratification.



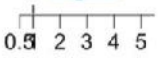
Mortality

Display_Analysis	Type	Effect_CI	p_value	Forest plot
Continuous lnNLR	Hazard Ratio (HR)	1.372 (1.266–1.488)	<0.001	
Per SD increase	Hazard Ratio (HR)	1.244 (1.176–1.315)	<0.001	
Per IQR increase	Hazard Ratio (HR)	1.345 (1.247–1.451)	<0.001	
Q2 vs Q1	Hazard Ratio (HR)	1.225 (1.012–1.483)	0.037	
Q3 vs Q1	Hazard Ratio (HR)	1.551 (1.290–1.864)	<0.001	
Q4 vs Q1	Hazard Ratio (HR)	1.831 (1.530–2.193)	<0.001	



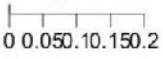
In-hospital complications

Display_Analysis	Type	Effect_CI	p_value	Forest plot
Continuous lnNLR	Odds Ratio (OR)	1.849 (1.530–2.236)	<0.001	
Q2 vs Q1	Odds Ratio (OR)	0.962 (0.588–1.575)	0.878	
Q3 vs Q1	Odds Ratio (OR)	1.566 (1.004–2.445)	0.049	
Q4 vs Q1	Odds Ratio (OR)	2.696 (1.773–4.100)	<0.001	



Length of stay

Display_Analysis	Type	Effect_CI	p_value	Forest plot
Continuous lnNLR	Beta Coefficient (β)	0.129 (0.107–0.151)	<0.001	
Quartile category	Beta Coefficient (β)	0.075 (0.062–0.089)	<0.001	



ΠΑ246|Στρατηγικές αντιθρομβωτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο και χρόνια νεφρική νόσο: κλινικές ενδείξεις και επιλογές

14/11/26 · METIS / METIS

Κ. Σκουρτσίδης[1], Γ. Κιόσης[1], Ι. Ογρότης[2], Α. Κεραμάς[1], Χ. Κακδέρης[1], Σ. Δάιος[1], Α. Μπαρμπαγιάννος[1], Λ. Γιόγιακα[1], Κ. Θεοδωρόπουλος[1], Α. Κουπαράνης[1], Β. Καμπερίδης[1], Α. Ζιάκας[1], Σ. Λιονάκη[2], Θ. Καραμήτσος[3], Μ. Διδάγγελος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο και αυξημένο επιπολασμό Χρόνιου Στεφανιαίου Συνδρόμου (ΧΣΣ). Η επιλογή της βέλτιστης αντιθρομβωτικής αγωγής περιπλέκεται από την ανάγκη επίτευξης μιας λεπτής ισορροπίας μεταξύ του αυξημένου ισχαιμικού και του ταυτόχρονα υψηλού αιμορραγικού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της χορηγούμενης αντιθρομβωτικής (αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής) αγωγής σε ασθενείς με ΧΣΣ και ΧΝΝ. Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή 103 ασθενών με ΧΣΣ και συνυπάρχουσα ΧΝΝ σταδίου 3a-5. Καταγράφηκαν οι κλινικές ενδείξεις αντιπηκτικής αγωγής [(Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ), τακτική Αιμοκάθαρση (HD), παρουσία Μεταλλικής Βαλβίδας (ΜΒ), χωρίς πρόσθετες κλινικές ενδείξεις (ΧΠΚΕ)], καθώς και ο τύπος του ΧΣΣ (CCS i έως vi) με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (i= χρόνια σταθερή στηθάγχη, ii=καρδιακή ανεπάρκεια λόγω στεφανιαίας νόσου, iii=ασθενείς με επαναγγείωση <1 έτος, iv=ασθενείς με επαναγγείωση> έτος, v=αγγειοσυσπαστική ή μικροαγγειακή στηθάγχη, vi=σιωπηρή ισχαιμία).Αποτελέσματα: Η αγωγή διαφοροποιήθηκε βάσει τύπου ΧΣΣ και συνοσηροτήτων, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1. Από την περαιτέρω ανάλυση προέκυψε ότι στους ασθενείς χωρίς ένδειξη αντιπηκτικού (n=55), το 85.5% ελάμβανε αποκλειστικά αντιαιμοπεταλιακά (74.5% Ασπιρίνη, 40.0% Κλοπιδογρέλη). Στην υποομάδα με ΚΜ (n=23), η πλειοψηφία έλαβε NOACs (73.9%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (43.5%) ελάμβανε συνδυαστική θεραπεία (αντιπηκτικό και αντιαιμοπεταλιακό, Κλοπιδογρέλη στο 39.1%). Στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (HD, n=20), καταγράφηκε ευρύτατη χρήση LMWH (80.0%) και το υψηλότερο ποσοστό συνδυαστικής αγωγής (70.0%), συνδυάζοντας LMWH με ασπιρίνη ή κλοπιδογρέλη (55.0% αντίστοιχα). Στους ασθενείς με μεταλλική βαλβίδα (n=3), το σύνολο (100%) λάμβανε VKI. Η χρήση νεότερων, ισχυρότερων αναστολέων P2Y12 (τικαγρελόρη ή πρασουγρέλη) ήταν σχεδόν μηδενική. Συμπεράσματα: Σύμφωνα και με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, ενώ σε απουσία συνοσηροτήτων προκρίνεται σαφώς η αντιαιμοπεταλιακή μονοθεραπεία, η ύπαρξη κολπικής μαρμαρυγής, αιμοκάθαρσης ή μηχανικής βαλβίδας τροποποιεί ριζικά τη στρατηγική. Η χρήση αντιπηκτικών σε ασθενείς με ΧΣΣ και ΧΝΝ δείχνει σαφή υπεροχή των NOACs στην ΚΜ και των LMWH στην αιμοκάθαρση. Ωστόσο, αναδεικνύεται ένας ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό συνδυαστικής αντιθρομβωτικής αγωγής σε αιμοκαθαιρόμενους και σε ασθενείς με ΚΜ. Η σταθερή προτίμηση στην κλοπιδογρέλη έναντι ισχυρότερων παραγόντων αντικατοπτρίζει την επιφυλακτικότητα των ιατρών και την προσπάθεια εξατομίκευσης της θεραπείας, με απώτερο στόχο την ελαχιστοποίηση του αιμορραγικού κινδύνου.

Πίνακας 1: Στρατηγικές αντιθρομβωτικής αγωγής σε ασθενείς με χρόνιο στεφανιαίο σύνδρομο και χρόνια νεφρική νόσο.

Τύπος CCS	Συνοσηρότητα	Τύπος Αγωγής	Αριθμός Ασθενών (n)	Ποσοστό στην κατηγορία (%)
CCS i	ΧΠΚΕ	Αντιπηκτικό	1	50.0%
CCS i	ΧΠΚΕ	Καμία αγωγη	1	50.0%
CCS ii	KM & HD	Αντιαιμοπεταλιακά	1	33.3%
CCS ii	ΧΠΚΕ	Αντιαιμοπεταλιακά	1	33.3%
CCS ii	KM	Αντιπηκτικά	1	33.3%
CCS iii	ΧΠΚΕ	Αντιαιμοπεταλιακά	10	90.9%
CCS iii	HD	Διπλή αγωγή	1	9.1%
CCS iv	ΧΠΚΕ	Αντιαιμοπεταλιακά	36	87.8%
CCS iv	ΧΠΚΕ	Αντιπηκτικά	1	2.4%
CCS iv	ΧΠΚΕ	Καμία αγωγη	4	9.8%
CCS iv	KM	Διπλή αγωγή	9	47.4%
CCS iv	KM	Αντιπηκτική	10	52.6%
CCS iv	KM & HD	Διπλή αγωγή	1	1.2%
CCS iv	HD	Διπλή αγωγή	11	68.8%
CCS iv	HD	Αντιαιμοπεταλιακά	3	18.8%
CCS iv	HD	Αντιπηκτικά	2	12.5%
CCS iv	Κατακεκλιμμένοι με HD	Διπλή αγωγή	2	2.4%
CCS iv	MB	Διπλή αγωγή	2	66.7%
CCS iv	MB	Αντιπηκτικό	1	33.3%
CCS iv	Παρατεταμένη κατάκλιση	Διπλή αγωγή	1	1.2%
CCS v	KM	Αντιπηκτικά	1	50.0%
CCS v	HD	Διπλή αγωγή	1	50.0%
CCS vi	Χωρίς συνοσηρότητες	Καμία αγωγή	2	100.0%

ΠΑ247|Mechanical left ventricular support devices in a Greek center

14/11/26 · METIS / METIS

Κ. Μανουσόπουλος[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: There is an increase in the number of patients undergoing percutaneous coronary intervention. A significant proportion of these procedures are considered high risk, leading to the increasing use of left ventricular mechanical circulatory support devices. The devices currently used are the IVAC 2L and the Impella CP. Materials and Methods: 16 left ventricular support devices were implanted last 3years : 9 IVAC devices and 7 Impella CP devices. These were used during high-complexity PCI procedures, including left main coronary artery, bifurcation lesions and chronic total occlusions, primarily in patients with significantly reduced EF. Results: The mean age of patients treated with the IVAC was higher than that of patients treated with the Impella CP. All patients had diabetes mellitus, hypertension and exhibited impaired left ventricular systolic function. Vascular access was challenging because of the large sheath sizes required (14F for Impella CP and 18F for IVAC). All IVAC devices were inserted via the femoral artery. In the Impella group, femoral access was used in 50% of cases. One patient required surgical exposure of the femoral artery, while balloon angioplasty of peripheral arteries was performed in two cases. One patient underwent axillary artery access with the placement of a vascular graft by the vascular surgery team. The duration of left ventricular support was longer in the Impella group. Regarding complications, one death due to intracavitary hemorrhage in the IVAC group and one femoral artery occlusion, which was successfully managed surgically. Conclusions: Impella CP device, with continuous flow of up to 4 L/min, offers an advantage over IVAC , particularly in cases of efficient native cardiac output, where it continues to provide effective hemodynamic support. In contrast, the performance of the IVAC depends on the residual systolic function of the heart. Furthermore, the larger sheath size required for the IVAC may be associated with a higher rate of vascular complications. Although the Impella CP is more expensive, it

represents—along with the IVAC —a valuable tool in the hands of experienced interventional cardiologists for performing complex percutaneous coronary interventions, including chronic total occlusion procedures, in patients with severe left ventricular dysfunction.

Parameter	Impella CP (n=7)	IVAC 2L (n=9)
Mean age (years)	68.3	74.1
Male sex	58%	83.3%
Previous CABG	28%	0%
Diabetes mellitus	100%	100%
Smoking	68%	100%
Hypertension	100%	100%
Peripheral artery disease	75%	66.7%
LVEF (%)	35%	38%
eGFR (mL/min/1.73 m²)	58.9	62.3
Bifurcation PCI	75%	50%
Balloon angioplasty to facilitate vascular access	25%	38%
Femoral access	57%	100%
Surgical femoral artery exposure	14%	–
Axillary artery access with vascular graft	14%	–
J-CTO score (CTO patients)	2.9	3.4
Duration of mechanical support (min)	120	95.4
Fluoroscopy time (min)	72.5	61.2
DAP (Gy·cm²)	590.4	430.7
Air kerma (mGy)	6,950	5,230
Contrast volume (mL)	440	395
Mortality	14%	14%

ΠΑ248|Η επίδραση της μείωσης της καρδιακής συχνότητας στη θνητότητα πριν και μετά τη θεραπεία επαναιμάτωσης σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

14/11/26 · METIS / METIS

Ό. Κούρτη[1], Η. Σανίδας[1], Ρ. Παπαρίδου[1], Α. Παπαλυσάνδρου[1], Α. Ζωγράφου[1], Ι. Ζαρίφης[1], Μ. Βέλλιου[2], Δ. Παπαδόπουλος[1], Έ.Δ. Μιχαλοπούλου[1], Κ. Θωμόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, ΠΓΝ Αττικόν

Εισαγωγή/Σκοπός. Οι β-αναστολείς έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη θνητότητα μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), κυρίως μέσω της ελάττωσης της καρδιακής συχνότητας και της πρόληψης απειλητικών για τη ζωή αρρυθμιών. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν το όφελος στη θνητότητα διαφοροποιείται πριν και μετά την θεραπεία επαναιμάτωσης. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης ήταν να αξιολογήσει κατά πόσο η επίδραση της μείωσης της καρδιακής συχνότητας στη θνητότητα διαφοροποιείται πριν και μετά την επαναιμάτωση. Υλικό και μέθοδος. Επιλέχθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες (RCTs) που δημοσιεύτηκαν στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane και συνέκριναν φαρμακευτικές παρεμβάσεις που μειώνουν την καρδιακή συχνότητα (β-αναστολείς, μη διυδροπυριδινικοί ανταγωνιστές ασβεστίου, ιβαμπραδίνη, δακτυλίτιδα) έναντι του εικονικού φαρμάκου ή της λιγότερο επιθετικής θεραπείας. Υπολογίστηκαν οι λόγοι κινδύνου (risk ratios, RR) και τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% confidence intervals, CI) με τη χρήση μοντέλου τυχαίων επιδράσεων (random-effects model). Για την τυποποίηση των εκτιμήσεων κινδύνου χρησιμοποιήθηκε διαφορά καρδιακής συχνότητας 10 παλμών ανά λεπτό (bpm). Αποτελέσματα. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 20 μελέτες σε ασθενείς με ΟΕΜ. Από αυτές, οι 14 είχαν πραγματοποιηθεί πριν τη θεραπεία επαναιμάτωσης και οι 6 μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 1,6 και 1,8 έτη, αντίστοιχα. Η μέση καρδιακή συχνότητα που επιτεύχθηκε στις δύο ομάδες ήταν 66,4 bpm έναντι 69,5 bpm, αντίστοιχα. Η μείωση της καρδιακής συχνότητας συσχετίστηκε με σημαντική μείωση της

θνητότητας τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή θεραπείας επαναιμάτωσης, εύρημα που παρέμεινε στατιστικά σημαντικό και μετά την τυποποίηση της επίδρασης ανά μείωση 10 bpm. Συμπεράσματα. Η παρούσα μετα-ανάλυση έδειξε ότι η μείωση της καρδιακής συχνότητας μετά από ΟΕΜ σχετίζεται με σημαντική μείωση της θνητότητας τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή θεραπείας επαναιμάτωσης. Παρά τις σημαντικές εξελίξεις στις στρατηγικές επαναιμάτωσης, οι β-αναστολείς εξακολουθούν να προσφέρουν ουσιαστικό όφελος στην επιβίωση των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν τον ρόλο της θεραπείας με β-αναστολείς ως αναπόσπαστου μέρους της σύγχρονης αντιμετώπισης των ασθενών με ΟΕΜ.

Trials	Number of trials	Baseline HR, b.p.m.	On-treatment HR difference, bpm	Deaths/beta-blocker cohort	Deaths/control cohort	RR (95% CI)	P-interaction crude	Standardized* RR (95% CI)	P-interaction standard
Before reperfusion era	14	76.6	-10.2	599 / 8523	708 / 7971	0.82 (0.70-0.96)	0.98	0.82 (0.69-0.96)	0.63
Reperfusion era	8	76.2	-6.7	173 / 1840	210 / 1772	0.82 (0.68-0.99)		0.74 (0.56-0.98)	

The minus sign indicates that the beta-blocker group had a lower heart rate than the control group. The asterisk indicates a standard reduction of 10 beats per minute. The P-interaction, crude and standard, evaluates the statistical significance before and after standardization. For the remaining 14 trials conducted before the reperfusion era, please refer to the supplement of reference number 2. Abbreviations: b.p.m., beats per minute; CI, confidence interval; HR, heart rate; MI, myocardial infarction; RR, risk ratio.

ΠΑ249|In-Hospital Prognosis of High Bleeding Risk Patients with an Acute Coronary Syndrome and Successful Percutaneous Coronary Intervention: A Single Center Real-World Registry.

14/11/26 · METIS / METIS

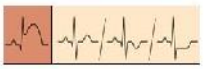
C. Kakderis[1], M. Didaggelos[1], T. Zegkos[1], K. Theodoropoulos[1], A. Kouparanis[1], A. Nikitopoulos[1], E. Baltagianni[1], S. Daios[1], A. Iliou[1], D. Ioakeimidou[1], G. Kasimis[2], S. Tzikas[3], A. Ziakas[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Introduction: The management of high bleeding risk (HBR) patients with an acute coronary syndrome (ACS) who undergo percutaneous coronary intervention (PCI) is challenging because these patients combine severe thrombotic burden with a significant risk of bleeding complications. The aim of this study was to quantify the prevalence of HBR patients in a real-world ACS population, identify their in-hospital prognosis, and record their bleeding complications compared to non-HBR patients. Material and Methods: In this real – world, prospective registry patients with an ACS who had undergone successful revascularization with PCI were classified into HBR and non – HBR based on the Academic Research Consortium for High Bleeding Risk (ARC- HBR) criteria and were monitored during their hospitalization. Bleeding complications were classified using the Bleeding Academic Research Consortium (BARC) definition. Results: A total of 314 consecutive patients with an ACS were enrolled, 103 HBR (32.8%) and 211 (67.2%) non-HBR. The majority (60.8%) presented with ST-elevation myocardial infarction (STEMI), 35.1% with Non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) and 4.14% with unstable angina. In hospital all-cause mortality (17.4% vs 2.84%, p<0.001), cardiovascular mortality (12.6% vs 2.84%, p<0.001) and major bleeding (BARC ≥ 3) events (15.5% vs 1.89%, p<0.001) were significantly higher in the HBR group. The trans-femoral access during PCI (OR: 3.524, 95% CI :1.035-11.991, p=0.044) and the baseline estimated glomerular filtration rate (eGFR) (OR: 0.966, 95% CI :0.938-0.996, p=0.027) were the only independent predictors of severe bleeding in HBR patients with an ACS who underwent successful revascularization with PCI (Table 1). More specifically, an e-GFR value ≤ 50 ml/min was calculated to predict in-hospital major bleeding complications in HBR patients with 87.5% sensitivity and 64.37% specificity. Conclusions: In-hospital all-cause mortality, cardiovascular mortality as well as major bleeding events are significantly higher in HBR patients with an ACS compared to non-HBR. HBR patients with baseline impaired renal function should be carefully monitored for severe bleeding complications.

HBR REGISTRY

STEMI - NSTEMI - UA





POPULATION

A total of 314 consecutive patients, 103 HBR (32.8%) and 211 (67.2%) non-HBR based on the ARC - HBR criteria with an ACS were enrolled. The majority (60.8%) presented with STEMI, 35.1% with NSTEMI and 4.14% with unstable angina. All of them had undergone successful revascularization with PCI and were monitored during their hospitalization.



ARC HBR

FINDINGS







In-hospital all-cause mortality, (OR: 7.235, 95% CI: 2.776 – 18.857, p<0.001), cardiovascular mortality (OR: 4.935, 95% CI: 1.818 – 13.396, p<0.001) and bleeding BARC > 3 events (OR: 9.517, 95% CI: 3.093 – 29.283, p<0.001) were significantly higher in the HBR group.





FINDINGS

The trans-femoral access during PCI (OR: 3.52, 95% CI :1.03-11.99, p=0.044) and the baseline eGFR (OR: 0.96, 95% CI :0.93-0.99, p=0.027) were the only independent predictors of severe bleeding.

An e-GFR value ≤ 50 ml/min can predict in-hospital major bleeding complications in HBR patients with 87.5% sensitivity and 64.37% specificity.



Table 1. Predictors of in-hospital bleeding (BARC ≥ 3) in HBR patients with an ACS who underwent successful revascularization with PCI

Parameter	Univariable			Multivariable		
	OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
Age	1.03	0.98-1.09	0.19			
Gender, Male	0.56	0.18-1.74	0.32			
Hgb	0.94	0.77-1.15	0.60			
eGFR	0.95	0.93-0.98	**0.004**	0.96	0.93-0.99	**0.027**
STEMI	0.72	0.24-2.18	0.57			
NSTEMI	1.73	0.57-5.20	0.32			
Previous MI	1.59	0.49-5.19	0.43			
Heart failure	1.63	0.46-5.80	0.44			
Family history of CAD	0.45	0.05-3.76	0.46			
Diabetes mellitus	2.90	0.94-8.91	0.06			
Dyslipidemia	2.64	0.69-10.04	0.15			
Arterial hypertension	1.81	0.53-6.16	0.33			
Smoking	0.59	0.15-2.28	0.45			
Stroke	0.50	0.06-4.18	0.52			
Atrial fibrillation	2.59	0.81-8.23	0.10			
LVEF	0.94	0.89-1.00	0.051			
Femoral access	6.70	2.14-20.99	**0.001**	3.52	1.03-11.99	**0.044**
LM revascularization	1.58	0.38-6.44	0.52			
LAD revascularization	0.91	0.30-2.74	0.87			
IU UFH	1.00	1.00-1.00	0.76			
GP IIb/IIIa receptor inhibitors	2.16	0.51-9.15	0.29			
More than 3 lesions treated	3.07	0.26-36.16	0.37			
More than 3 stents implanted	1.07	0.21-5.42	0.92			
Stents length > 60 mm	3.41	0.75-15.50	0.11			
Ticagrelor with ASA	1.26	0.42-3.79	0.67			
Prasugrel with ASA	2.02	0.19-20.85	0.55			
Clopidogrel with ASA	1.21	0.30-4.84	0.78			
OAC with Clopidogrel and ASA	1.32	0.44-3.98	0.61			

Abbreviations: ACS, acute coronary syndrome; ASA, acetylsalicylic acid; BARC, bleeding academic research consortium; CAD, coronary artery disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GP, glycoprotein; HBR, high bleeding risk; Hgb, hemoglobin; LAD, left anterior descending; LM, left main; LVEF, left ventricular ejection fraction; MI, myocardial infarction; NSTEMI, Non-ST-elevation myocardial infarction; OAC, oral anticoagulant; PCI, percutaneous coronary intervention; STEMI, ST-segment elevation myocardial infarction; UFH, unfractionated heparin.

ΠΑ250|Συσχέτιση των επιπέδων Lp(α) με τη στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία σε ασθενείς με ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο

14/11/26 · METIS / METIS

Α. Σακαλίδης [1,2,3], **Ε. Αδαμοπούλου [1]**, Κ. Δημητριάδης[1], Α. Κουλουριώτης [1], Ε. Δρη[1], Ι. Λεοντσίνης[1], Π. Ηλιάκης[1], Κ. Κωνσταντίνου[1],Π. Θεοφίλης[1],Α.Ε. Καρανικόλα [1],Ν. Αργυρίου[1], Ε. Μαντζουράνης[1], Σ. Σουλαϊδόπουλος[1], Α. Μαρινάκης[1], Κ. Αζναουρίδης[1],Γ. Κουργιαννίδης[3], Χ. Χρυσοχόου[1] ,Κ. Τούτουζας[1],Κ. Τσιούφης[1]

[1] Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα,
[2] Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK ,[3]251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία (CMD) αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως διακριτή εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με στηθάγχη και μη αποφρακτικές στεφανιαίες αρτηρίες. Παρότι οι κλασικοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου έχουν ενοχοποιηθεί στην παθογένεσή της, τα δεδομένα σχετικά με τον ρόλο της λιποπρωτεΐνης(α) [Lp(α)] είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο τα επίπεδα Lp(α) συσχετίζονται με την παρουσία CMD σε ασθενείς με ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο. Υλικό και Μέθοδος: Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε επεμβατική εκτίμηση της φυσιολογίας της στεφανιαίας κυκλοφορίας με την κλασική τεχνική θερμοαραίωσης με bolus, με υπολογισμό της εφεδρείας στεφανιαίας ροής (CFR) και του δείκτη μικροαγγειακής αντίστασης (IMR). Η CMD ορίστηκε ως CFR ≤2.5 ή/και IMR ≥25. Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες με βάση τα επίπεδα Lp(α) (<0 mg/dl, 30–49.9 mg/dl και ≥50 mg/dl), καθώς και σε δύο ομάδες ανάλογα με την παρουσία ή όχι CMD. Η συσχέτιση της Lp(α) με την CMD και την CFR εκτιμήθηκε με μονοπαραγοντική ανάλυση και με πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης, προσαρμοσμένα για ηλικία και φύλο. Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 127 ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ομάδων Lp(α). Στη μη προσαρμοσμένη ανάλυση δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις· τιμές Lp(α) ≥50 mg/dl καταγράφηκαν στο 15.5% των ασθενών με CMD έναντι 5.0% των ασθενών χωρίς CMD (p=0.177). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση με προσαρμογή για ηλικία και φύλο, οι ασθενείς με Lp(α) ≥50 mg/dl παρουσίασαν τάση για υψηλότερη πιθανότητα CMD σε σύγκριση με εκείνους με Lp(α) <0 mg/dl (OR 4.25, 95% CI 0.81–22.28, p=0.087). Στην ίδια ομάδα παρατηρήθηκε επίσης τάση για χαμηλότερη CFR, με τη διάμεση τιμή της να είναι μειωμένη κατά 1.05 μονάδες σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς (β −1.05, 95% CI −2.25 έως 0.15, p=0.086).Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα Lp(α) παρουσιάζουν τάση για υψηλότερο επιπολασμό CMD και χαμηλότερη CFR. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για την πληρέστερη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ Lp(α) και στεφανιαίας μικροαγγειακής δυσλειτουργίας.

Πίνακες και Εικόνες

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών ανά επίπεδα Lp(α)

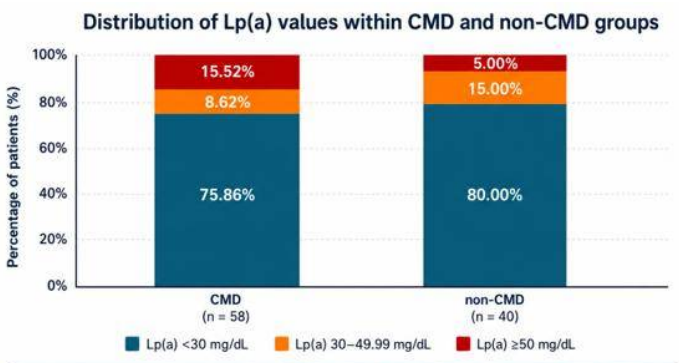
Χαρακτηριστικά	Lp(α)			Τιμή p
	<30 mg/dl (n = 76)	30–49.9 mg/dl (n = 11)	≥50 mg/dl (n = 11)	
Ηλικία, έτη	58.09 ± 11.38	53.55 ± 13.22	48.27 ± 10.48	0.745
Γυναίκες	54 (71.05)	8 (72.73)	8 (72.73)	1.000
ΔΜΣ, kg/m²	27.55 ± 4.81	30.64 ± 5.13	27.26 ± 6.72	0.159
Δυσλιπιδαιμία	57 (75.00)	9 (81.82)	8 (80.00)	1.000
Αρτηριακή υπέρταση	42 (55.00)	7 (63.64)	5 (50.00)	0.859
Σακχαρώδης διαβήτης				
Όχι	39 (52.00)	3 (27.27)	4 (40.00)	0.524
Ναι	13 (18.00)	2 (18.18)	2 (20.00)	
Προδιαβήτης	24 (32.00)	6 (54.55)	4 (40.00)	
Κάπνισμα				
Ποτέ	38 (50.67)	4 (36.36)	5 (50.00)	0.594
Ενεργοί καπνιστές	30 (40.00)	5 (45.45)	3 (30.00)	
Πρώην καπνιστές	7 (9.33)	2 (18.18)	2 (20.00)	
Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου	33 (44.00)	4 (36.36)	2 (20.00)	0.356

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση ή n (%). ΔΜΣ: δείκτης μάζας σώματος.

Πίνακας 2. Εργαστηριακά ευρήματα ανάλογα με την παρουσία CMD

Εργαστηριακές τιμές	CMD (n = 69)	Χωρίς CMD (n = 58)	Σύνολο (n = 127)	Τιμή p
Lp(α), mg/dl	24.53 ± 33.21	18.99 ± 19.13	22.27 ± 28.71	0.429
Lp(α) score	2.31 ± 1.52	2.08 ± 1.29	2.21 ± 1.43	0.608
Κατηγορίες Lp(α), n (%)				
<30 mg/dl	44 (75.86)	32 (80.00)	76 (77.55)	0.177
30–49.9 mg/dl	5 (8.62)	6 (15.00)	11 (11.22)	
≥50 mg/dl	9 (15.52)	2 (5.00)	11 (11.22)	

Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση ή n (%). CMD: στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία



Lp(a) category (mg/dL)	CMD (n = 58) n (%)	non-CMD (n = 40) n (%)	Total (N = 98) n (%)
Lp(a) <30	44 (75.86%)	32 (80.00%)	76 (77.55%)
Lp(a) 30–49.99	5 (8.62%)	6 (15.00%)	11 (11.22%)
Lp(a) ≥50	9 (15.52%)	2 (5.00%)	11 (11.22%)
Total	**58 (100%)**	**40 (100%)**	**98 (100%)**

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
e-posters

Ανάρτηση 09:00 - 18:00
Παρουσίαση 15:00 - 16:30

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026

Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός Ι /Arrythmias, pacing and resync I

Πρόεδροι: **Β. Κολοβός** (Αθήνα), **Ν. Μακρής** (Αθήνα)
Chairpersons: **V. Kolovos** (Athens), **N. Makris** (Athens)

ΑΑ001|Επίπτωση των αρρυθμιών σε διαβητικούς ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία: σύγκριση μεταξύ των SGLT2 αναστολέων και άλλων αντιδιαβητικών θεραπειών

Μ.Στρατινάκη[1], Γ. Αλετράς[1], Ε.Χόντα[1], Γ.Απιδιανάκης[1], Ε.Ελευθεριάδου[1], Α.Νερατζούλης[1], Σ. Σταυράκης[1], Σ Σταυράτης[1], Ε .Ρογδάκης[1], Ζ.Καλλίνικου[1], Δ. Κορέλα[1], Π. Καφαράκης[1], Γ.Γαρίδας[1], Ε. Λαμπρογιαννάκης[1], Μ. Πιταροκοίλης[1], Ε. Κοντοπόδης[1], Ε. Φουκαράκης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή & Σκόπος : Η χημειοθεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών αρρυθμιών, με τον σακχαρώδη διαβήτη να επιτείνει αυτόν τον κίνδυνο. Αν και οι αναστολείς SGLT2 (SGLT2i) έχουν γνωστή καρδιοπροστατευτική δράση, τα δεδομένα για την επίδρασή τους στο αρρυθμιολογικό φορτίο ογκολογικών ασθενών είναι περιορισμένα. Η μελέτη συγκρίνει την επίπτωση αρρυθμιών σε διαβητικούς υπό χημειοθεραπεία που έλαβαν SGLT2i έναντι άλλων αντιδιαβητικών. Μέθοδοι Αναδρομική μελέτη παρατήρησης 24 μηνών συμπεριέλαβε 212 ενήλικες διαβητικούς ασθενείς υπό ενεργή χημειοθεραπεία (το 39.6% έλαβε ανθρακυκλίνες). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: σε όσους λάμβαναν SGLT2i και σε όσους λάμβαναν άλλη αντιδιαβητική αγωγή. Καταγράφηκαν όλα τα αρρυθμιολογικά συμβάντα κατά τη διάρκεια της θεραπείας και του follow-up. Αποτελέσματα Από τους 212 ασθενείς (μέση ηλικία 68.3 έτη, 56% άνδρες), 87 (41%) έλαβαν SGLT2i και 125 (59%) άλλες θεραπείες. Αρρυθμίες εμφανίστηκαν συνολικά σε 49 ασθενείς (23.1%). Η ομάδα των SGLT2i παρουσίασε σημαντικά οφέλη: Χαμηλότερη συνολική επίπτωση αρρυθμιών (16.1% έναντι 28.0%, p=0.04).Λιγότερα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής (12.6% έναντι 20.8%, p=0.048).Τάση για λιγότερες συχνές πρόωρες κοιλιακές συστολές (10.3% έναντι 18.4%, p=0.08) και μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία (2 ασθενείς έναντι 3, p=0.09).Λιγότερες νοσηλείες λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (6.9% έναντι 15.2%, p=0.047) και χαμηλότερα επίπεδα NT-proBNP. Η συνολική θνησιμότητα δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (9.2% έναντι 12.0%, p=0.51). Συμπεράσματα Σε διαβητικούς ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, η χρήση αναστολέων SGLT2 σχετίζεται με μειωμένη επίπτωση αρρυθμιών και νοσηλειών καρδιακής ανεπάρκειας, αναδεικνύοντας τον δυνητικό προστατευτικό τους ρόλο στο πεδίο της Καρδιο-Ογκολογίας.

ΑΑ002|Κολπική μαρμαρυγή σε νέο ασθενή με οικογενειακό ιστορικό

Α.Δέτσικα[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Α. Κυβετός[1], Σ. Ξυδώνας[1], Α. Τρίκας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η συχνότερη αρρυθμία στους ενήλικες. Συνηθέστερα είναι δευτεροπαθής και σχετίζεται με νόσους όπως στεφανιαία νόσος, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, υπερθυρεοειδισμό, υπνική άπνοια και παχυσαρκία. Ως πρώιμης έναρξης ορίζεται η ΚΜ σε ασθενείς μικρότερους των 45 ετών και είναι σπάνια. Συνηθέστερα οφείλεται σε παρασυμπαθητικοτονία ενώ λοιπά αίτια είναι η ύπαρξη δομικής καρδιοπάθειας ή άλλης υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας, κατά την άσκηση ή μετά από κατάχρηση αλκοόλ. Σπανιότερα μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ασθενούς με κολπική μαρμαρυγή και θετικό γονιδιακό έλεγχο.Case study: Ασθενής 22 ετών προσέρχεται για εκτίμηση στο ιατρείο αρρυθμιών λόγω πολλαπλών επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής από την ηλικία των 18 ετών. Αναφέρει 2 νέα επεισόδια συμπτωματικής ΚΜ τον τελευταίο χρόνο

για τα οποία απαιτήθηκε ηλεκτρική ανάταξη για την αποκατάσταση φλεβοκομβικού ρυθμού. Έχει λάβει φλεκαϊνίδη για διατήρηση ρυθμού ανεπιτυχώς. Δεν αναφέρει συγκοπή, αίσθημα παλμών, στηθάγχη ή δύσπνοια προσπάθειας. Από το οικογενειακό του ιστορικό, αναφέρεται κολπική μαρμαρυγή στον πατέρα του ασθενούς. Επίσης, οι δυο αδερφές του πατέρα του πάσχουν από ΚΜ ενώ ο τέταρτος αδερφός παρουσίασε αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.Results: Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας ήταν φυσιολογικό και ο υπέρηχος καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Υποβλήθηκε σε εκτενή διερεύνηση με μαγνητική καρδιάς η οποία δεν ανέδειξε δομική καρδιοπάθεια και χωρίς στοιχεία ίνωσης , τεστ κοπώσεως χωρίς διαταραχές ρυθμού, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη από την οποία δεν απομονώθηκε δεμάτιο ή κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου. Έγινε επίσης δοκιμασία φλεκαινίδης η οποία ήταν αρνητική για πρόκληση Brugada.Αποφασίσθηκε να γίνει γενετικός έλεγχος λόγω θετικού οικογενειακού ιστορικού ο οποίος ήταν θετικός για μετάλλαξη στο γονίδιο KCNQ1. Το γονίδιο KNCQ1 κωδικοποιεί πρωτεΐνες για τα κανάλια καλίου στο εσωτερικό ούς και στο μυοκάρδιο ενώ μεταλλάξεις του σχετίζονται με σύνδρομο long QT1, σύνδρομο short QT, οικογενή ΚΜ και σύνδρομο Jervell και Lange Nielsen. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής με απομόνωση πνευμονικών φλεβών. Παραμένει χωρίς επεισόδια εκ τότε. Conclusions: Η εμφάνιση ΚΜ σε ασθενείς μικρότερους των 25 ετών χωρίς καμία συννοσηρότητα καθώς και σε πολλαπλά άτομα της ίδιας οικογένειας θα πρέπει να θέτει την υποψία γενετικής αιτιολογίας ΚΜ

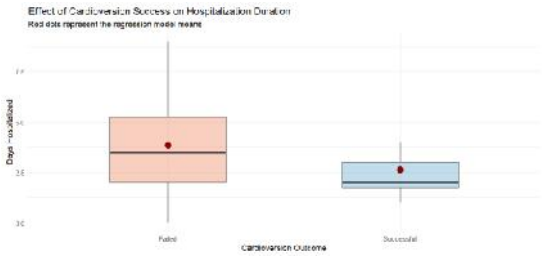
AA003|Three-year experience with ibutilide for acute cardioversion of atrial flutter in a Greek regional secondary care hospital

Δ. Βατίτσης[1], **Δ. Κοσμίδης[1]**, Μ. Σιτμαλίδου[1], Α. Μιχαηλίδου[1], Κ. Σολάκη[1], Ε. Μπελεβεσλή[1], Θ.Τσελεμπής[1], Ν. Γουλιαρος[1],Θ. Σέρτης[1], Χ. Στεφανίδης[1], Χ. Χατζηελευθερίου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background and Aim: Ibutilide, a class III antiarrhythmic drug, is recommended for the pharmacological cardioversion of acute atrial flutter (AFl) to sinus rhythm (SR) according to the European Society of Cardiology Guidelines. The current study aimed to investigate the rate of SR restoration in an unselected cohort of patients with acute AFl and explore potential predictors of successful rhythm conversion.Material and Methods: This retrospective observational cohort study included all patients with AFl who underwent cardioversion with ibutilide in the Cardiac Care Unit between 2023 and 2026. Patients admitted with recent-onset (≤24 h), haemodynamically stable AFl received intravenous ibutilide according to recommended dosing (1 mg over 10 min, followed by another 1 mg infusion after a 10-min interval in case of failed cardioversion). Patients with significant electrolyte disturbances, prolonged QTc interval, acute heart failure, recent myocardial infarction or residual ischaemia, and history of bradyarrhythmias or ventricular tachyarrhythmias were excluded. An appropriate wash-out period was applied in case of a previously used antiarrhythmic agent. Results: Out of 165 individuals hospitalised for acute AFl, 94 patients received ibutilide (mean age 69 years, 53% male). AFl with rapid ventricular response causing symptoms was detected in most patients. A bundle branch block was present in 20% of patients. Median left atrial diameter was 4.2 cm. Successful cardioversion was achieved in 75 patients (80%). Premature ventricular contractions were frequent, but resolved spontaneously after cardioversion. Torsades de pointes occurred in two patients (2%) during administration and was successfully terminated using direct current cardioversion (Figure 1). Female gender (adjusted odds ratio [aOR] = 2.7; p = 0.04) and ejection fraction (aOR = 1.2; p = 0.007) were positively associated with SR restoration, whereas increased left atrial diameter (aOR = 0.8; p = 0.004) was associated with lower odds of cardioversion. Patients with successful cardioversion spent significantly fewer days in the hospital (Figure 2; p = 0.007). Conclusions: In a real-world population with acute AFl, ibutilide restored SR effectively and reduced the length of hospitalisation. Moreover, severe proarrhythmic events were rare. Females, higher ejection fraction and lower left atrial diameter in echocardiography predicted successful cardioversion.

Patient Case	Demographics	Primary Arrhythmia / Past Medical History	Clinical Findings
Case 1	65-year-old male	• Atrial Flutter • Recent surgical repair of ascending aortic aneurysm	• Pre QTc interval: 450 msec • Post QTc interval: 600 msec • Received amiodarone per os three days prior to ibutilide administration. NT-proBNP: 1282 pg/ml
Case 2	80-year-old female	• Atrial Flutter Multiple comorbidities (HTN, DM, chronic HF) • Ejection fraction: 40% • Moderate mitral regurgitation	• Pre QTc interval: 460 msec • Received amiodarone iv prior to ibutilide administration • NT-proBNP: 16000 pg/ml

HTN, hypertension; DM, diabetes mellitus; HF, heart failure

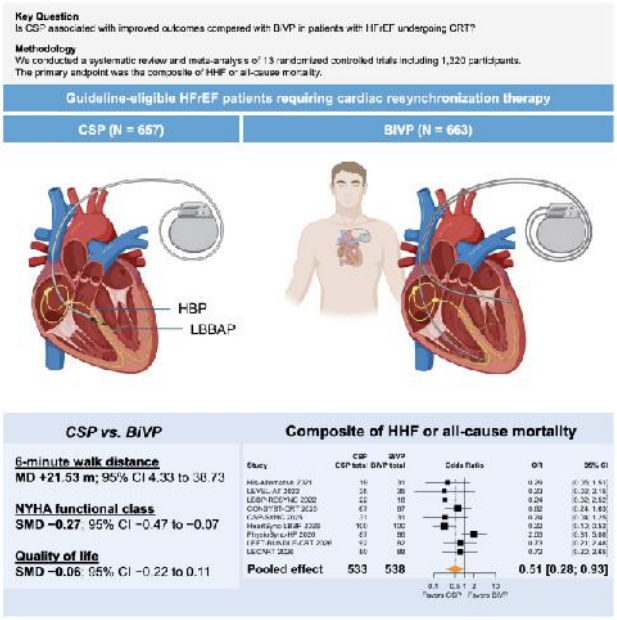


AA004|Conduction System Versus Biventricular Pacing in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

P.Karakasis[1], Ó. Cano[2], S.Tzeis[3], M. Strik[4], G. Leventopoulos[5], A.Antoniadis[1], P. Jaïs[6], H. Burri[7], K. Vlachos[8], K. Siontis[9], N. Fragakis[10]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Cardiology, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Planta 4-Torre F, Av. Fernando Abril Martorell, 106, Valencia 46026, Spain, [3]ΜΗΤΕΡΑ, [4]Cardio-Thoracic Unit, Bordeaux University Hospital (CHU), Pessac, France; Electrophysiology and Heart Modeling Institute, IHU Liryc, Fondation Bordeaux Université and Université de Bordeaux, INSERM U1045, Pessac, France, [5]Department of Cardiology, University Hospital of Patras, Greece, [6] Electrophysiology and Heart Modeling Institute, IHU Liryc, Fondation Bordeaux Université and Université de Bordeaux, INSERM U1045, Pessac, France, [7]Cardiac Pacing Unit, Department of Cardiology, University Hospital of Geneva, Geneva, Switzerland, [8]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [9] Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, [10]Second Department of Cardiology, Hippokration General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Background and Aims: Conduction system pacing (CSP) has emerged as a physiologic alternative to cardiac resynchronization therapy (CRT) with biventricular pacing (BiVP) in heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF), yet its comparative effects remain uncertain. This meta-analysis sought to compare outcomes of CSP versus BiVP in patients with HFrEF undergoing CRT.Methods: MEDLINE, Embase, Scopus, and the Cochrane Database were searched through May 4, 2026. Randomized controlled trials (RCTs) were synthesized using random-effects meta-analysis. Results: Thirteen RCTs including 1,320 participants were analyzed (657 CSP, 663 BiVP). CSP was associated with a lower risk of the composite of HHF or all-cause mortality compared with BiVP (46 vs 83 events; odds ratio [OR] 0.51, 95% confidence interval [CI] 0.28–0.93). No significant differences were observed for HHF alone (OR 0.68, 95% CI 0.36–1.27) or all-cause mortality (OR 0.75, 95% CI 0.36–1.58). CSP was associated with greater improvement in 6-minute walk distance (mean difference [MD] 21.53 m, 95% CI 4.33–38.73) and New York Heart Association functional class (standardized mean difference [SMD] −0.27, 95% CI −0.47 to −0.07), but not quality of life. CSP also reduced QRS duration compared with BiVP (MD −10.94 ms, 95% CI −17.55 to −4.34), with no significant differences in left ventricular ejection fraction, left ventricular end-systolic volume, overall pacing threshold, total procedure time, fluoroscopy time, any complication, or reintervention. Conclusion: In patients with HFrEF undergoing CRT, CSP is associated with lower composite risk of HHF or all-cause mortality compared with BiVP. CSP is also associated with improved functional capacity, without significant differences in safety or procedural outcomes.



AA005|Αριστερή κολπική ταχυκαρδία προερχόμενη από το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου λόγω συμπίεσης του από βρογχογενή κύστη του μέσου μεσοθωράκιου.

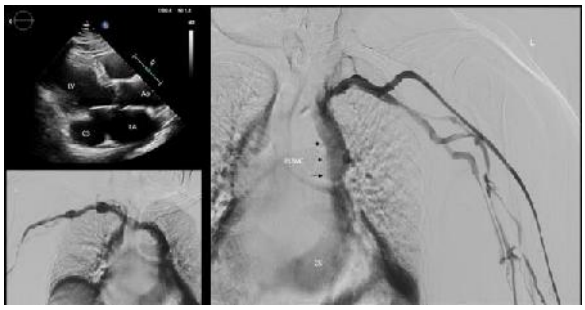
Δ. Ιατρόπουλος[1], **Κ. Πολυζώη**[1], Ε. Χατζηνικολάου Κοτσάκου[1]
[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ*

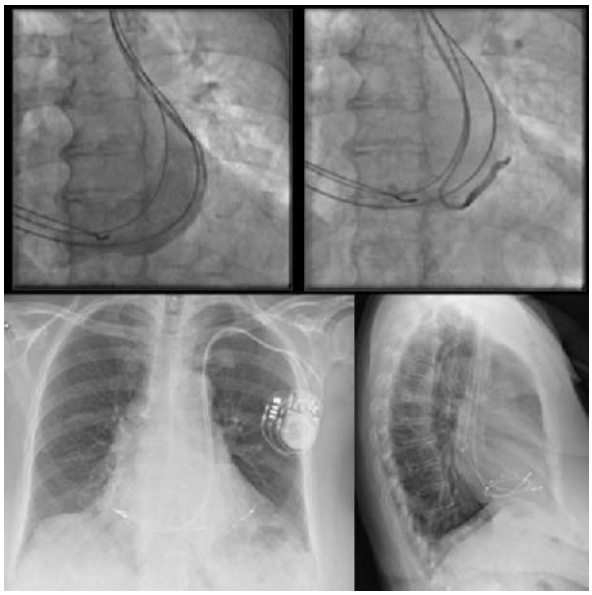
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ :Ασθενής ηλικίας 42 ετών προσήλθε με ακατάπαυστη κολπική ταχυκαρδία για την οποία είχε υποβληθεί προ τριμήνου σε άλλο κέντρο σε ανεπιτυχή κατάλυση .Έντονα συμπτωματικός με συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας προοδευτικά επιδεινούμενης. Η αρρυθμία δεν ελεγχόταν με τη χρήση διάφορων αντιαρρυθμικών φαρμάκων και συνδυασμών αυτών. Ελάμβανε και αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας. Η συχνότητα της αρρυθμίας ήταν 160-180 σφύξεις ανά λεπτό. Εκ του ατομικού και του οικογενειακού ιστορικού δεν υπήρχε γνωστή καρδιακή νόσος. Επρόκειτο για περίπτωση ταχυμυοκαρδιοπάθειας. Υπερηχογραφικά ευρήματα:Κλάσμα εξώθησης, 40%, διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων, διατεταμένος αριστερός κόλπος (49X62mm) , αυξημένη συστολική πνευμονική πίεση (35mmHg) και αυξημένες διαστάσεις δεξιάς κοιλίας (52mm). Η προηγηθείσα κατάλυση έγινε με το Carto 3D anatomical mapping system , point to-point RF , χωρίς επιπλοκές. Προηγήθηκε επεμβατική στεφανιογραφία που δεν είχε καταδείξει στεφανιαία νόσο. Η εστία της ταχυκαρδίας είχε εντοπισθεί αριστερά στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου. Αποφασίσαμε πριν την απόφαση νέας κατάλυσης να υποβάλουμε τον ασθενή σε αξονική στεφανιογραφία για καλύτερο έλεγχο της ανατομίας του αριστερού κόλπου. Δεν κατέδειξε ως αναμένετο στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων αλλά ανερεύθη μεγάλη βρογχογενής κύστη στο μεσαίο μεσαύλιο με προσεκβολή προς τον αριστερό κόλπο και με σημαντική συμπίεση του οπισθίου τοιχώματος του κόλπου. Το μέσο πάχος του αριστερού κόλπου ήταν 3,3mm ενώ το πάχος του οπισθίου τοιχώματος ήταν 1.6mm Αποφασίσαμε να χαρτογραφήσουμε την αρρυθμία εκ νέου για να πιστοποιήσουμε ότι η εστία προέλευσης και αυτής της αρρυθμίας ήταν το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου. Εφόσον πιστοποιήσαμε με ενδελεχή χαρτογράφηση με το ίδο ηλεκτροανατομικό σύστημα 3D CARTO ότι η εστία και αυτής της αρρυθμίας ήταν το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου η κατάλυση ανεστάλη. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε άμεση θωρακοσκοπική (VAT) αφαίρεση της βρογχογενούς κύστης με άμεσο τρεματισμό της αρρυθμίας και επαναφορά της λειττουργικότητας της αριστερής κοιλίας και της συστολικής πνευμονικής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα. Έκτοτε βρίσκεται σε τακτικό καρδιολογικό έλεγχο και έχουν παρέλθει 35 μήνες χωρίς επιστροφή της αρρυθμίας. Ίσως είναι η πρώτη περιγραφή κολπικής ταυκαρδίας -ταχυμυοκαρδιοπάθειας συνεπεία συμπίεσης του αριστερού κόλπου από βρογχογενή κύστη. Η διενέργεια αξονικής τομογραφίας ίσως πρέπει να αποφασίζεται σε περιπτώσεις που υπάρχουν ερωτηματικά.

AA006|Implanting a CRT when the right superior vena cava is absent: overcoming the anatomical challenges

K. Argyropoulos[1], M. Derndorfer[1], N. Milaras[1], J. Hinterhölzl[1], E. Weilguny[1], M. Martinek[1], H. Pürerfellner[1], G. Kollias[1]
[1]*Ordensklinikum Linz Elisabethinen Hospital, Austria, Department of Cardiology (Internal Medicine II)*

Introduction/Aim: Isolated persistent left superior vena cava (PLSVC), defined by PLSVC in the absence of right superior vena cava (RSVC), is a rare venous anomaly with a prevalence of 0.07–0.13% (only 10% of PLSVC cases), which may complicate pacing strategies, especially cardiac resynchronization therapy (CRT). We describe the challenges and workflow enabling a successful CRT pacemaker (CRT-P) implantation via the isolated PLSVC.Case: A 79-year-old woman with sick sinus syndrome, bifascicular block (AV Block I and LAHB) and severe symptomatic bradycardia was referred for permanent pacing. Echocardiography showed mildly reduced left ventricular ejection fraction (LVEF 45%) and a markedly dilated coronary sinus (CS), prompting preprocedural venography. This confirmed a PLSVC, but also an absent RSVC, with both brachiocephalic venous territories draining through an isolated PLSVC and the dilated CS into the right atrium (Figure 1). Given the mildly reduced LVEF, cardiac physiologic pacing (CPP) was selected. Left bundle branch area pacing was considered technically unfavourable in this anatomical context. Therefore, a conventional left-sided CRT-P implantation was planned.Materials and methods: After ultrasound-guided puncture of the left axillary vein, guidewires were advanced through the left subclavian vein and PLSVC. A 60cm atrial lead was positioned at the lateral right atrium. A 60cm ventricular lead could not sufficiently reach the right ventricle because of the long, tortuous course and was replaced by a 100cm active-fixation lead, advanced across the tricuspid valve and fixated apically (threshold 0.5V; impedance 547Ω; sensing 5.9mV). The CS measured approximately 4cm in diameter. Conventional and balloon-occlusive venography were not helpful because of immediate contrast washout. A posterolateral vein was selectively cannulated using a hook-shaped CS guide catheter, a 130° subselection catheter and a coronary guidewire. The quadripolar left ventricular lead was advanced and stabilized with a caudally directed loop (threshold 0.9–1.1V@0.4ms; impedance 957Ω; sensing 6.8mV), with no phrenic nerve capture. Lead positions and parameters remained stable. (Figure 2) Conclusions: CRT-P implantation through an isolated PLSVC is feasible despite extreme CS dilatation and complex lead trajectories. Long leads, shaped guiding systems and subselective vein cannulation can overcome failure of standard CS venography and enable effective biventricular pacing.



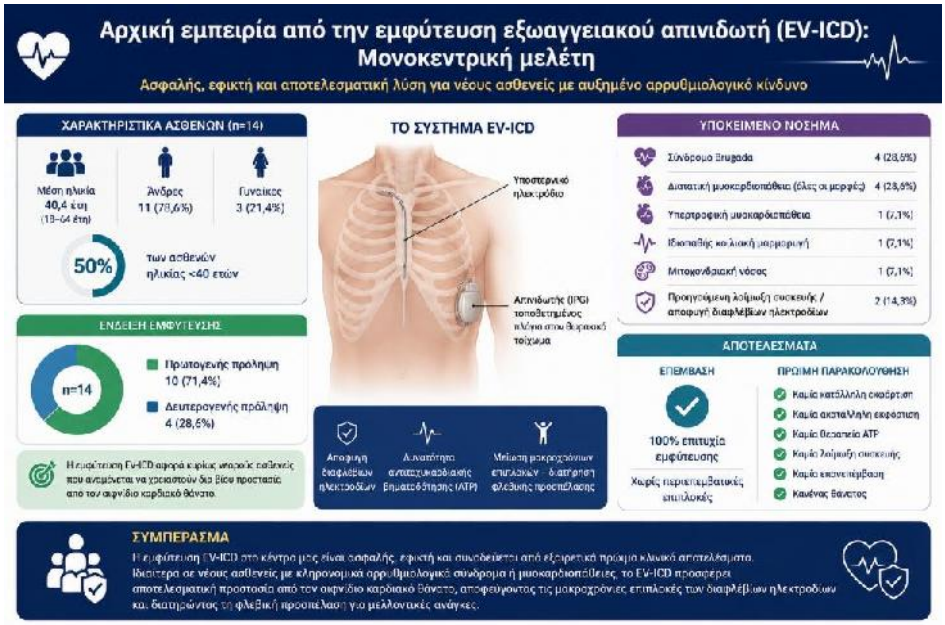


ΑΑ007|Εμφύτευση εξωαγγειακού απινιδωτή (EV-ICD) σε νεαρούς ασθενείς: Μονοκεντρική μελέτη

Α. Μπατσούλη[1], Σ. Ξυδώνας[2], Α. Μεγαρισιώτου[2], Η. Γίσσης[3], Γ. Παπιγγιώτης[2], Α. Τρίκας[2]

[1]ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,Γ.Ν.Α < Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ >

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:Ο εξωαγγειακός εμφυτεύσιμος απινιδωτής (EV-ICD) αποτελεί μία νέα θεραπευτική επιλογή για την πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, συνδυάζοντας την τοποθέτηση υποστερνικά ηλεκτροδίου με δυνατότητα αντιταχυκαρδιακής βηματοδότησης (ATP), χωρίς την ανάγκη διαφλέβιων ηλεκτροδίων. Η τεχνολογία αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε νεότερους ασθενείς, στους οποίους η αποφυγή των μακροχρόνιων επιπλοκών των ενδοφλέβιων ηλεκτροδίων αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα.ΣΚΟΠΟΣ:Η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των ασθενών, της επιτυχίας της εμφύτευσης και των πρώιμων κλινικών αποτελεσμάτων από την εμπειρία του κέντρου μας με το σύστημα EV-ICD.ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομικά αναλύθηκαν όλοι οι διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση EV-ICD στο κέντρο μας. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ενδείξεις εμφύτευσης, το υποκείμενο νόσημα, η επιτυχία της επέμβασης και τα αποτελέσματα της πρώιμης παρακολούθησης. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :Συνολικά εμφυτεύθηκαν 14 EV-ICD. Η μέση ηλικία ήταν 40,4 έτη, ενώ το 50% των ασθενών ήταν ηλικίας κάτω των 40 ετών και το 78,6% ήταν άνδρες. Η εμφύτευση πραγματοποιήθηκε για πρωτογενή πρόληψη σε 10 ασθενείς (71,4%) και για δευτερογενή πρόληψη σε 4 (28,6%). Συχνότερη υποκείμενη νόσος ήταν το σύνδρομο Brugada (28,6%), ακολουθούμενο από διατατική μυοκαρδιοπάθεια (28,6%), ενώ καταγράφηκαν επίσης υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, ιδιοπαθής κοιλιακή μαρμαρυγή και μιτοχονδριακή νόσος. Σε δύο ασθενείς η επιλογή του EV-ICD έγινε λόγω προηγούμενης λοίμωξης συσκευής ή επιθυμίας αποφυγής διαφλέβιων ηλεκτροδίων. Η επιτυχία εμφύτευσης ήταν 100%, χωρίς περιεπεμβατικές επιπλοκές. Κατά την πρώιμη παρακολούθηση δεν καταγράφηκαν κατάλληλες ή ακατάλληλες εκφορτίσεις, θεραπείες ATP, λοιμώξεις σχετιζόμενες με τη συσκευή, επανεπεμβάσεις ή θάνατοι. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εμπειρία του κέντρου μας δείχνει ότι η εμφύτευση EV-ICD είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Ο ιδιαίτερα νεαρός πληθυσμός της μελέτης αναδεικνύει τη δυνητική αξία του EV-ICD σε ασθενείς που αναμένεται να χρειαστούν δια βίου προστασία από τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, καθώς η αποφυγή διαφλέβιων ηλεκτροδίων μπορεί να μειώσει τις μακροχρόνιες επιπλοκές και να διατηρήσει τη φλεβική προσπέλαση για μελλοντικές θεραπευτικές ανάγκες.

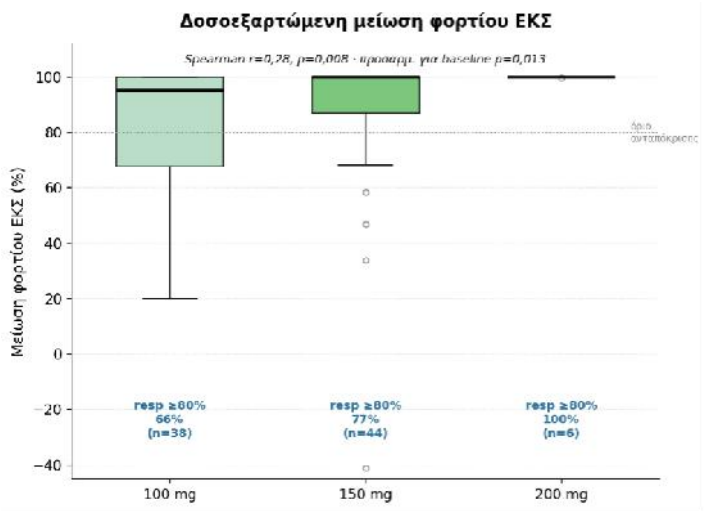


ΑΑ008|Δοσοεξαρτώμενη Επίδραση της Φλεκαϊνίδης στη Μείωση του Φορτίου Έκτακτων Κοιλιακών Συστολών: Υποανάλυση της Μελέτης UNIFLECA

Σ. Κωτούλας[1], Δ.Τσιάχρης[2], Μ. Μπότης[2], Δ. Ηλιόπουλος[2], Α. Κορδαλής[2], Ε. Καλλέργης[3], Ι. Δουνδουλάκης[2], Δ. Βαρβαρούσης[1], Λ. Πουλημένος[1], Κ Τσιούφης[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η φλεκαϊνίδη χορηγείται σε εύρος δόσεων (100–200 mg/ημέρα) για την αντιμετώπιση των έκτακτων κοιλιακών συστολών (ΕΚΣ), χωρίς σαφή τεκμηρίωση δοσοεξαρτώμενης αποτελεσματικότητας στη μείωση του φορτίου.Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της δόσης φλεκαϊνίδης και του βαθμού μείωσης του φορτίου ΕΚΣ.Μέθοδος: Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν βάσει αρχικής δόσης (100, 150, 200 mg/ημέρα). Συγκρίθηκε η ποσοστιαία μείωση του φορτίου ΕΚΣ μεταξύ των δόσεων (Kruskal-Wallis, Spearman), με επιπλέον ανάλυση προσαρμοσμένη ως προς το αρχικό φορτίο.Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε δοσοεξαρτώμενη τάση: η διάμεση μείωση του φορτίου ήταν 95,2% στα 100 mg (n=47), 99,9% στα 150 mg (n=52) και 100% στα 200 mg (n=8), με αντίστοιχα ποσοστά ανταπόκρισης ≥80% 66%, 77% και 100%. Η συσχέτιση δόσης–μείωσης ήταν στατιστικά σημαντική (Spearman r=0,28, p=0,008· Kruskal-Wallis p=0,016) και παρέμεινε σημαντική μετά από προσαρμογή ως προς το αρχικό φορτίο (μερική r=0,26, p=0,013), υποδεικνύοντας ότι δεν οφείλεται αποκλειστικά στη μεγαλύτερη έκταση καταστολής σε ασθενείς υψηλότερου αρχικού φορτίου.Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε δοσοεξαρτώμενη αύξηση της αποτελεσματικότητας της φλεκαϊνίδης στη μείωση του φορτίου ΕΚΣ.



ΑΑ009|Κλινικοί προγνωστικοί παράγοντες προέλευσης ιδιοπαθών εκτάκτων κοιλιακών συστολών από τον χώρο εξόδου της δεξιάς έναντι της αριστερής κοιλίας

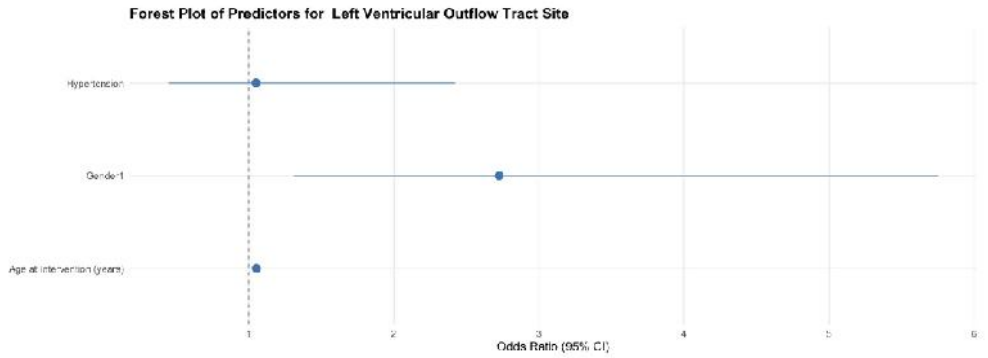
Μ. Μπότης[1], Δ.Τσιαχρής[1], Κ.Βλάχος[2], Ε. Στρατόπουλος [1], Ι. Δουνδουλάκης [1], Χ.Κ. Αντωνίου [1], Α. Κορδαλής [1], Χ. Βόσσικας [1], Α.Ε. Καρανικόλα [1], Ε. Μαντά [1], Γ.Κουτσόπουλος [1], Γ. Μπότης [3], Κ. Τσιούφης [1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,[2] Electrophysiology and Heart Modeling Institute, IHU Liryc, Fondation Bordeaux Université and Université de Bordeaux, INSERM U1045, Pessac, France, [3] Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές (PVCs) αποτελούν μία συχνά απαντώμενη αρρυθμία στην κλινική πράξη. Δύο από τις συχνότερες εστίες προέλευσης της αρρυθμίας είναι ο χώρος εξόδου της δεξιάς κοιλίας (right ventricular outflow tract- RVOT) και ο χώρος εξόδου της αριστερής κοιλίας (left ventricular outflow tract - LVOT). Η μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την προέλευση της αρρυθμίας είτε από RVOT ή από LVOT. Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 160 ασθενείς (57 γυναίκες, μέση ηλικία 53,4 ± 14,9 έτη), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επιτυχή κατάλυση ιδιοπαθών PVCs προερχόμενων από RVOT ή LVOT, όπως αυτό καθορίστηκε με τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση, την περίοδο 2015–2025, σε τρία τριτοβάθμια κέντρα.

Αναπτύχθηκε πολυπαραγοντικό μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηλικίας, φύλου και ιστορικού αρτηριακής υπέρτασης με την θέση προέλευσης της αρρυθμίας. Αποτελέσματα: Η θέση προέλευσης ταυτοποιήθηκε ως RVOT σε 67 ασθενείς και ως LVOT σε 93 ασθενείς. Τόσο η αυξανόμενη ηλικία (Odds Ratio: 1,05, 95% CI: 1,03–1,08, p < 0,001, ανά έτος αύξησης) όσο και το ανδρικό φύλο (Odds Ratio: 3,23, 95% CI: 1,65–6,48, p < 0,001) συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με προέλευση της αρρυθμίας από το LVOT σε σχέση με το RVOT στο πολυπαραγοντικό μοντέλο (Πίνακας 1, Σχήμα 1). Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, η αρτηριακή υπέρταση συσχετίστηκε με προέλευση από το LVOT, ωστόσο η συσχέτιση αυτή δεν διατηρήθηκε μετά από πολυπαραγοντική προσαρμογή. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στο 24ωρο αρρυθμικό φορτίο μεταξύ RVOT και LVOT (19.8% έναντι 22.3%, p = 0.3). Η διάρκεια της επέμβασης ήταν παρόμοια (137.2 έναντι 115.4 λεπτών, p = 0.43)
για RVOT και LVOT αντίστοιχα. Συμπεράσματα: Η αυξανόμενη ηλικία και το ανδρικό φύλο συσχετίζονται με προέλευση των ιδιοπαθών PVCs από τον LVOT, έναντι του RVOT. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να συμβάλει στον προεπεμβατικό σχεδιασμό της κατάλυσης.

Variable	**Univariate Model**			**Multivariate Model**		
	Odds Ratio	95% Confidence Interval	p- value	Odds Ratio	95% Confidence Interval	p- value
Age	1.05	1.03 – 1.08	< 0.001	1.05	1.024 - 1.084	< 0.001
Sex (Reference: Female)	3.23	1.65 – 6.48	<0.001	2.72	1.31 – 5.75	<0.001
Hypertension	2.10	1.14- 3.92	0.01	1.05	0.44 – 2.42	0.9



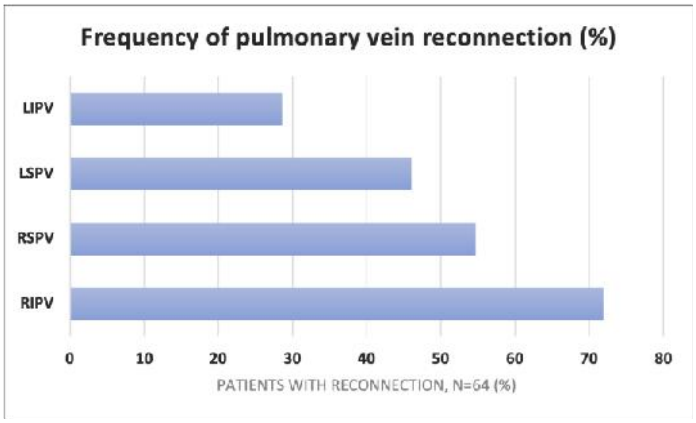
AA010|Επανασύνδεση πνευμονικών φλεβών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επανεπέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής: συχνότητα και προγνωστικοί παράγοντες

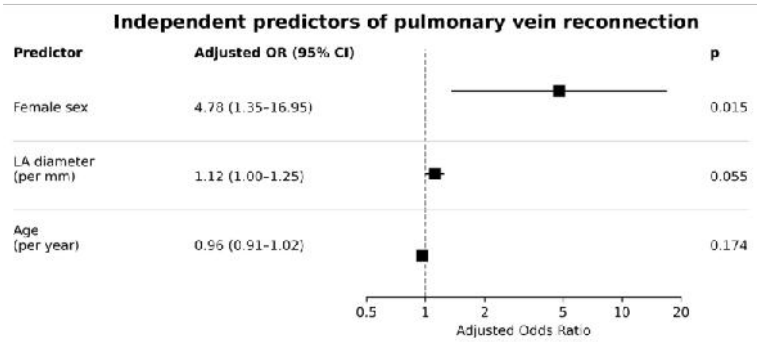
Α.Ε.Καρανικόλα[1], Δ.Τσιαχρής[1], Α. Δεδούσης[1], Χ.Κ. Αντωνίου[1], Α. Κορδαλής[1], Μ. Μπότης[1], Ν. Αργυρίου[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Π. Ξύδης[1], Κ Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η επανασύνδεση των πνευμονικών φλεβών (pulmonary vein reconnection, PVR) αποτελεί τον συχνότερο μηχανισμό υποτροπής της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) μετά από κατάλυση. Ωστόσο, οι κλινικοί προγνωστικοί παράγοντες που σχετίζονται με την παρουσία της παραμένουν ασαφείς. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την επανασύνδεση των πνευμονικών φλεβών σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση κατάλυσης λόγω υποτροπής ΚΜ. Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση κατάλυσης ΚΜ στο κέντρο μας. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και υπερηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και τα χαρακτηριστικά της αρχικής επέμβασης, συμπεριλαμβανομένης της τεχνολογίας αρχικής κατάλυσης. Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση και στη συνέχεια πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση για την αναζήτηση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων επανασύνδεσης. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 107 ασθενείς [διάμεση ηλικία 64 (IQR 56–72) έτη, 72% άνδρες]. Επανασύνδεση τουλάχιστον μιας πνευμονικής φλέβας παρατηρήθηκε σε 64 ασθενείς (59,8%), ενώ ο διάμεσος αριθμός επανασυνδεδεμένων φλεβών ήταν 2 (IQR 1–2,75). Η συχνότερα επανασυνδεδεμένη φλέβα ήταν η δεξιά κάτω πνευμονική φλέβα (71,9%) (Εικόνα 1). Η αρχική κατάλυση είχε πραγματοποιηθεί με cryoballoon στο 62,9% των ασθενών, ραδιοσυχνότητες στο 18,1%, συνδυασμό τεχνικών στο 12,4% και παλμικό πεδίο στο 6,7%. Η ενέργεια της

αρχικής κατάλυσης δεν συσχετίστηκε με PVR. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, το γυναικείο φύλο και ο σακχαρώδης διαβήτης συσχετίστηκαν με την παρουσία PVR. Στην πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, μετά από προσαρμογή για την ηλικία και τη διάμετρο του αριστερού κόλπου, μόνο το γυναικείο φύλο παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για PVR (OR 4,78, 95% CI 1,35–16,95, p=0,015), ενώ η διάμετρος του αριστερού κόλπου παρουσίασε οριακή συσχέτιση (OR 1,12 ανά mm, 95% CI 1,00–1,25, p=0,055) (Εικόνα 2).Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη το γυναικείο φύλο αποτέλεσε τον μοναδικό ανεξάρτητο κλινικό προγνωστικό παράγοντα επανασύνδεσης, ενώ οι υπόλοιποι δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες δεν συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την παρουσία της. Η αναγνώριση άλλων κλινικών, ηλεκτροκαρδιογραφικών ή απεικονιστικών προγνωστικών παραγόντων ενδέχεται να συμβάλει στην εξατομίκευση της θεραπευτικής στρατηγικής και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της κατάλυσης.





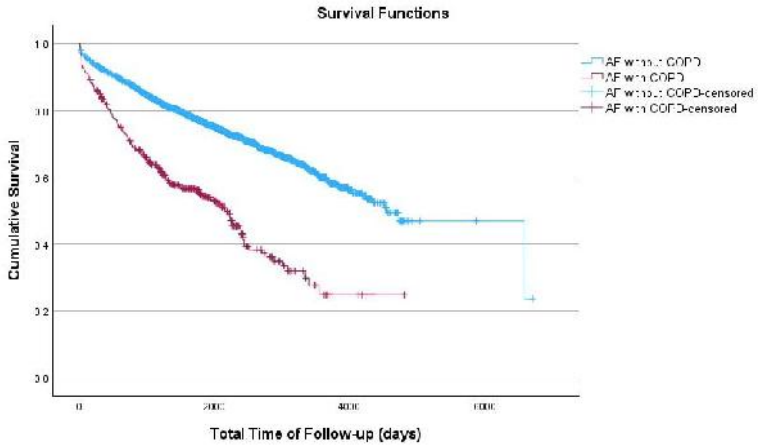
ΑΑ011|Η επίδραση του ιστορικού χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στην έκβαση νοσηλευόμενων ασθενών με κολπική μαρμαρυγή

Δ.Ντελή[1], Π. Ζύμαρης[1], Μ. Ντελή[1], Ε. Αλεξάνδρου[1], Α. Παπάζογλου[1], Δ. Μωυσίδης[1], Α. Σαμαράς[1], Β. Πάτσιου[1], Α. Μπεκιαρίδου[1], Α. Νταλαούτης[1], Α. Φειδάκης[1], Μ. Κυριάκου[1], Μ. Ζεργιώτη[1], Μ. Θεολόγου[1], Α. Ζιάκας[1], Ι.Ζαρίφης[2], Δ. Τζιάκς[3], Κ. Τσιούφης[4], Π. Νταβλούρος[5], Γ. Γιαννακούλας[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [5]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών / Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)

Εισαγωγή: Η Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ) και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) συνιστούν μείζονες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Αν και οι δύο οντότητες συχνά συνυπάρχουν, η ακριβής αλληλεπίδρασή τους παραμένει ασαφής. Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της συσχέτισης της ΧΑΠ με την έκβαση νοσηλευόμενων ασθενών με ΚΜ. Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική post-hoc ανάλυση 22.710 ενήλικων ασθενών από την πολυκεντρική μελέτη CardioMining. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες: Student’s t-test/Mann-Whitney U test, χ2/Fisher’s exact test. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης με το μοντέλο αναλογικών κινδύνων Cox για την εκτίμηση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων στον χρόνο μέχρι τη συνολική θνησιμότητα και καμπύλες Kaplan-Meier. Αποτελέσματα: 4817 άτομα έπασχαν από ΚΜ. Από αυτά 385 (8%) είχαν ατομικό ιστορικό ΧΑΠ (68,1% άνδρες, διάμεση ηλικία=76 έτη, IQR=12). Κατά τη διάρκεια ενός

διάμεσου διαστήματος παρακολούθησης 4,8 ετών, 1384 (28,7%) ασθενείς απεβίωσαν. Οι πάσχοντες με ιστορικό ΧΑΠ, συγκριτικά με εκείνους χωρίς, ήταν συχνότερα άνδρες, μεγαλύτερης ηλικίας και παρουσίαζαν με αυξημένη συχνότητα ορισμένες συννοσηρότητες (σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία, χρόνια νεφρική νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, οξέα στεφανιαία σύνδρομα), όπως και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (p<0,05). Δεν βρέθηκε διαφορά στη χρήση b-blockers ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η ύπαρξη ιστορικού ΧΑΠ συσχετίσθηκε στατιστικά σημαντικά με την ολική θνησιμότητα (aHR=1,899, 95% CI=1,627-2,216, p<0,001). Με αυξημένο κίνδυνο θανάτου συνδέθηκαν, ακόμη, η παρουσία χρόνιας νεφρικής νόσου (aHR=2,052, 95% CI=1,777-2,369, p<0,001), καρδιακής ανεπάρκειας (aHR=2,450, 95% CI=2,066-2,907, p<0,001) και σακχαρώδη διαβήτη (aHR=1,211, 95% CI=1,079-1,358, p<0,001). Οι καμπύλες Kaplan-Meier φαίνονται στο σχήμα 1 και δείχνουν μεγαλύτερη επιβίωση στους ασθενείς χωρίς ιστορικό ΧΑΠ (log-rank test <0,001, διάμεση επιβίωση 4548 ημέρες vs. 2156 ημέρες). Συμπεράσματα: Σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΚΜ, η ύπαρξη ιστορικού ΧΑΠ φάνηκε ότι αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη φτωχότερης έκβασης. Συνιστά, επομένως, μία σοβαρή συννοσηρότητα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στη διαχείριση των ασθενών αυτών. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων και τη διερεύνηση των υποκείμενων μηχανισμών.



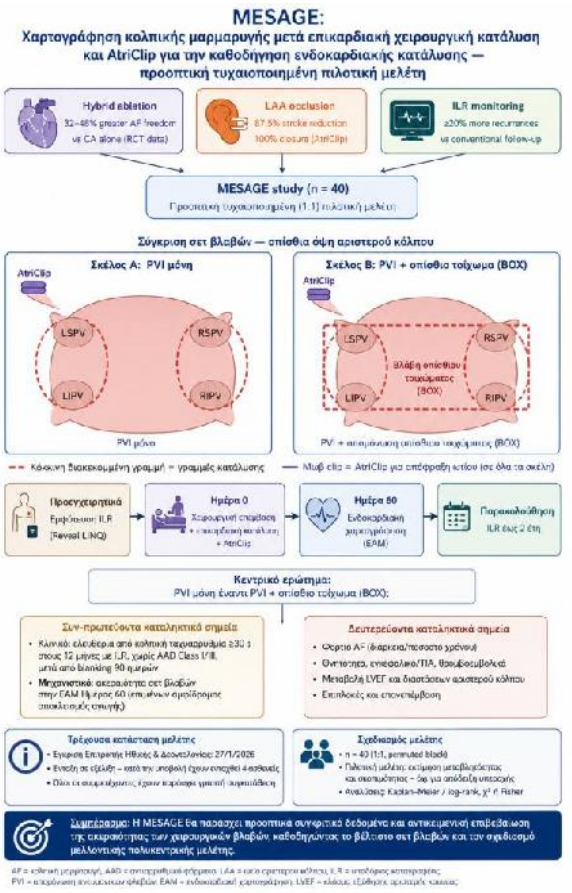
AA012|MESAGE: Χαρτογράφηση κολπικής μαρμαρυγής μετά από επικαρδιακή χειρουργική κατάλυση και AtriClip για την καθοδήγηση ενδοκαρδιακής κατάλυσης – προοπτική τυχαιοποιημένη πιλοτική μελέτη

Α. Κωτούλας[1], Σ. Κωτούλας[1], Χ. Κωτούλας [2], Β. Κολοβός[3], Ι. Παναγιώτου[2], Π. Τσίπας[2], Χ. Γεωργίου[2], Δ. Αντωνιάδης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Βιοκλινική Αθηνών, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης

Εισαγωγή: Η ταυτόχρονη χειρουργική κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής και η απόφραξη του ωτίου του αριστερού κόλπου συνιστώνται από τις κατευθυντήριες οδηγίες ESC/EACTS 2024 (Class I και Class IIa, αντίστοιχα), αλλά εφαρμόζονται σε λιγότερο από το 20% των επιλέξιμων καρδιοχειρουργικών ασθενών. Παραμένουν αναπάντητα ερωτήματα σχετικά με το βέλτιστο σετ επικαρδιακών βλαβών, την ακεραιότητα των χειρουργικών γραμμών κατάλυσης και την αντικειμενική μετεγχειρητική αξιολόγηση του καρδιακού ρυθμού. Η μελέτη MESAGE σχεδιάστηκε για να διερευνήσει προοπτικά τα παραπάνω. Υλικό και Μέθοδοι: Η MESAGE είναι προοπτική, τυχαιοποιημένη (1:1), πιλοτική μονοκεντρική μελέτη σε 40 ασθενείς με παροξυσμική, εμμένουσα ή μακροχρόνια εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή που υποβάλλονται σε ταυτόχρονη καρδιοχειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς τυχαιοποιούνται σε επικαρδιακή απομόνωση πνευμονικών φλεβών (PVI) ή PVI με απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος (PVI-BOX). Σε όλους πραγματοποιείται απόφραξη του ωτίου με AtriClip και προεγχειρητική εμφύτευση υποδόριου καταγραφέα (ILR). Γίνεται επανέλεγχος των βλαβών στους 6 μήνες με επαναχαρτογράφηση. Συνπρωτεύοντα καταληκτικά σημεία είναι η ελευθερία από κολπική ταχυαρρυθμία στους 12 μήνες (ILR) και η ακεραιότητα των χειρουργικών βλαβών κατά την ενδοκαρδιακή ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση την 60ή μετεγχειρητική ημέρα. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλαμβάνουν το φορτίο AF, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/TIA, θρομβοεμβολικά συμβάματα, μεταβολές της LVEF και των διαστάσεων του αριστερού κόλπου, καθώς και επιπλοκές ή επανεπεμβάσεις.Αποτελέσματα: Η μελέτη έχει λάβει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας (27/01/2026) και βρίσκεται σε εξέλιξη. Όλοι οι συμμετέχοντες έχουν παράσχει έγγραφη ενημερωμένη συγκατάθεση, ενώ κατά την υποβολή είχαν ενταχθεί τέσσερις ασθενείς. Ως πιλοτική μελέτη, το μέγεθος δείγματος (n=40) επιλέχθηκε για την εκτίμηση σκοπιμότητας και μεταβλητότητας και όχι για την απόδειξη υπεροχής μεταξύ των δύο στρατηγικών.Συμπεράσματα: Η MESAGE αποτελεί την πρώτη προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη που συνδυάζει συστηματική ενδοκαρδιακή χαρτογράφηση μετά από χειρουργική κατάλυση με

συνεχή παρακολούθηση ρυθμού μέσω ILR. Τα αποτελέσματά της αναμένεται να καθορίσουν το βέλτιστο επικαρδιακό σετ βλαβών και να αποτελέσουν τη βάση για τον σχεδιασμό μιας μεγαλύτερης πολυκεντρικής τυχαιοποιημένης μελέτης.



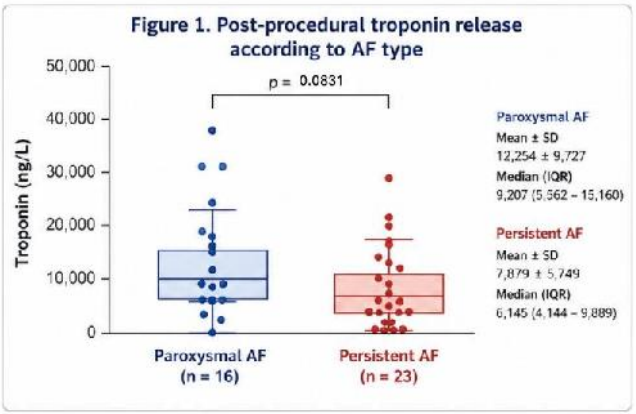
AA013|Post-Procedural Troponin Release Following Pulsed Field Ablation: Impact of Atrial Fibrillation Type and Left Atrial Remodeling

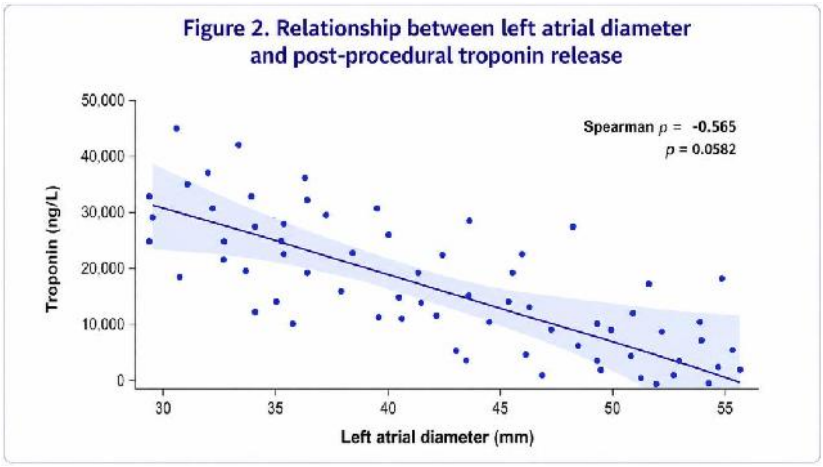
G. Fotos[1], A. Biza[2], A. Christou[2], V. Apostolopoulos[2], I. Matsoukis[2], S. Alexandris[2], C. Theodosopoulou[2], A. Katsigiannis[2], K. Flessa[2], M. Aggelaki [2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Background: Cardiac troponin elevation is expected after pulsed field ablation (PFA); however, the determinants of post-procedural biomarker release remain poorly defined. We investigated whether atrial substrate influences post-procedural troponin levels following PFA.Methods: 39 consecutive patients undergoing PFA for atrial fibrillation were analyzed. Baseline demographic characteristics were recorded separately. Post-procedural troponin values were compared between patients with paroxysmal and persistent atrial fibrillation. Correlations between troponin release and left atrial size were also evaluated, while procedural variables including fluoroscopy time and posterior wall isolation were explored.Results: Thirty-nine patients underwent PFA. Mean age was 64.3 ± 8.2 years, 24 patients were male (61.5%) and mean body mass index was 29.7 ± 4.4 kg/m2. Persistent AF was present in 23 patients (59%) and paroxysmal AF in 16 (41%). Mean post-procedural troponin levels were numerically higher in patients with paroxysmal compared with persistent atrial fibrillation (12,254 vs 7,879, p=0.0831). An inverse relationship was observed between left atrial diameter and post-procedural troponin release (Spearman ρ=-0.565, p=0.0582), suggesting greater biomarker release in patients with smaller atria. No meaningful association was identified between fluoroscopy time or additional posterior wall isolation and troponin levels.Conclusions: Troponin release following PFA appears to be influenced predominantly by the underlying atrial substrate rather than procedural complexity. Patients with paroxysmal atrial fibrillation and smaller left atria demonstrated the highest post-procedural troponin levels, supporting the hypothesis

that less remodeled atria may sustain proportionally greater acute myocardial injury after PFA. Larger prospective studies are warranted to validate these findings.





AA014|Μη επεμβατική ανίχνευση ασθενών με σύνδρομο brugada: δείκτες διαστρωμάτωσης κοιλιακών και υπερκοιλιακών αρρυθμιών –δεδομένα ενός κέντρου

Δ. Ιατρόπουλος[1], Ε. Ρέππας[1], Γ. Μόσχος[1], Α. Χαντάς[1], Ε. Χατζηνικολάου Κοτσάκου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Το σύνδρομο Brugada συνοδεύεται με υψηλό ποσοστό εμφάνισης κοιλιακών ταχυαρρυθμιών (ΚΤ) ενώ ταυτόχρονα και η εμφάνιση υπερκοιλιακών αρρυθμιών (ΥΚΤ) είναι συχνή. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η σύγκριση της σημασίας διαφόρων μη επεμβατικών –δεικτών για τον κίνδυνο εμφάνισης α) θανατηφόρων ΚΤ αλλά και β) ΥΚΤ σε ασθενείς με σύνδρομο Brugada. ΜΕΘΟΔΟΣ Μελετήσαμε την παρουσία όψιμων δυναμικών (LP), την micro-volt εναλλαγή του κύματος Τ (TWA) και τη διασπορά του διορθωμένου ΟΤ-διαστήματος (QTD) σε 32 συνεχόμενους ασθενείς που πληρούσαν τα ηλεκτροκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Brugada και συγκρίναμε τα ευρήματα με τα δεδομένα 28 υγιών εθελοντών . ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Συγκοπή και αποτραπείς αιφνίδιος θάνατος συνέβησαν σε 19 από τους 32 ασθενείς (60%) , σε 12 εκ των οποίων (37,5%) κινητοποιήθηκε ΚΤ σε προγραμματισμένη ηλεκτρική διέγερση (ΟΜΑΔΑ Α) .Δέκα ασθενείς (31.2%) παρουσίασαν ΥΚΤ (Ομάδα Β) . Όψιμα δυναμικά θετικά ανευρέθησαν και στους 19 ασθενείς (100%) της ΟΜΑΔΑΣ Α και σε 2 ασθενείς (20%) της ομάδος Β (p<0.001)..Εναλλαγή του κύματος Τ παρατηρήθηκε σε 3 ασθενείς της Ομάδος Α (16.2%) και σε 8 ασθενείς (80%) της Ομάδος Β (p<0.004) . QTD>55ms ανευρέθη σε 5 ασθενείς της Ομάδος Α (26.7%) και σε 7 ασθενείς της Ομάδος Β (70%) (p<0.005) . Η παρουσία θετικών όψιμων [ΕΚ1] δυναμικών στους ασθενείς της ΟΜΑΔΑΣ Α ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη (p<0.0001) από την ομάδα ελέγχου .Η παρουσία TWA και η QTD ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς της ομάδος Β έναντι της ομάδος ελέγχου (p<0.001). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η παρουσία θετικών όψιμων δυναμικών θεωρείται ικανός μη επεμβατικός-δείκτης διαστρωμάτωσης μειζόνων αρρυθμικών συμβαμάτων σε ασθενείς με σύνδρομο Brugada.Η εναλλαγή του κύματος Τ

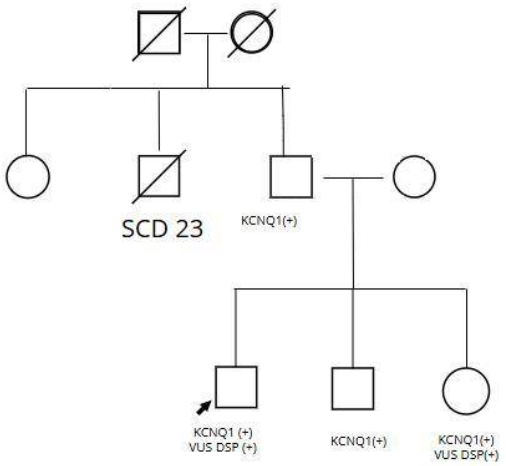
και η διασπορά του διορθωμένου QT διαστήματος είναι μάλλον προβλεπτικοί δείκτες εμφάνισης υπερκοιλιακών αρρυθμιών

ΑΑ015|Πρώιμη εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής ως πρώτη εκδήλωση παθογόνου μετάλλαξης του γονιδίου KCNQ1: η αξία του γενετικού ελέγχου και της οικογενειακής διερεύνησης

Α. Μπατσούλη[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Σ. Ξυδώνας[1], Ι. Λιατάκης[2], Α. Κυβετός[1], Ε.Κωνσταντινίδου[1], Ε. Πράππα[1], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα, με εκτιμώμενη επίπτωση 0,002–0,2%. Η εμφάνισή της επί απουσίας δομικής καρδιοπάθειας και συμβατικών παραγόντων κινδύνου θα πρέπει να εγείρει υποψία υποκείμενου κληρονομικού αρρυθμιογόνου συνδρόμου. Ο γενετικός έλεγχος μπορεί να αναδείξει παθογόνες μεταλλάξεις που σχετίζονται με διαυλοπάθειες ή μυοκαρδιοπάθειες, επιτρέποντας την έγκαιρη διάγνωση, τον στοχευμένο οικογενειακό έλεγχο και την εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση.Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ηλικίας 20 ετών παραπέμφθηκε στο ιατρείο αρρυθμιών του νοσοκομείου μας λόγω υποτροπιαζόντων επεισοδίων παροξυσμικής ΚΜ. Η διάγνωση τέθηκε τυχαία κατά τη διάρκεια προληπτικού επαγγελματικού ελέγχου, ενώ κατά την προηγούμενη τριετία είχε παρουσιάσει τρία συμπτωματικά επεισόδια, τα οποία δεν ανταποκρίθηκαν σε από του στόματος φλεκαϊνίδη και αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με ηλεκτρική ανάταξη. Ιδιαίτερης σημασίας ήταν το οικογενειακό ιστορικό αιφνίδιου καρδιακού θανάτου πατρικού θείου σε ηλικία 23 ετών.Ο εκτενής διαγνωστικός έλεγχος δεν ανέδειξε δομική καρδιοπάθεια ή πρωτοπαθές ηλεκτρικό νόσημα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα επί φλεβοκομβικού ρυθμού ήταν φυσιολογικό, χωρίς παράταση του διορθωμένου διαστήματος QT, προδιέγερση ή διαταραχές επαναπόλωσης. Η καταγραφή υψηλών προκάρδιων απαγωγών, η δοκιμασία πρόκλησης με αναστολέα διαύλων νατρίου, η 24ωρη καταγραφή Holter, η δοκιμασία κόπωσης, το πρωτόκολλο ΗΚΓ από ύπτια σε όρθια θέση και η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα καρδιάς, η αξονική στεφανιογραφία και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς απέκλεισαν δομική καρδιοπάθεια, συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων και μυοκαρδιακή ίνωση.Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC 2024, επιλέχθηκε στρατηγική ελέγχου του καρδιακού ρυθμού και πραγματοποιήθηκε επιτυχής κατάλυση απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών με χρήση ραδιοσυχνοτήτων. Λόγω της πολύ νεαρής ηλικίας, της απουσίας αναγνωρίσιμου αιτίου και του επιβαρυμένου οικογενειακού ιστορικού, διενεργήθηκε γενετικός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε παθογόνο μετάλλαξη στο γονίδιο KCNQ1 και παραλλαγή αβέβαιης κλινικής σημασίας (Variant of Uncertain Significance, VUS) στο γονίδιο DSP. Ο οικογενειακός γενετικός έλεγχος αποκάλυψε την ίδια παθογόνο μετάλλαξη του KCNQ1 στον πατέρα, τον αδελφό και την αδελφή του ασθενούς, ενώ η αδελφή έφερε επιπλέον την ίδια παραλλαγή αβέβαιης σημασίας στο DSP.Κατά την παρακολούθηση ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και σε σταθερό φλεβοκομβικό ρυθμό, χωρίς υποτροπή της αρρυθμίας, ενώ τα μέλη της οικογένειας υποβάλλονται σε συστηματική καρδιολογική και γενετική αξιολόγηση. Συμπεράσματα: Η πρώιμη εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής σε νεαρούς ασθενείς χωρίς εμφανή δομική καρδιοπάθεια θα πρέπει να οδηγεί σε συστηματική διερεύνηση για κληρονομικά αρρυθμιογόνα σύνδρομα. Η αναγνώριση παθογόνου μετάλλαξης του KCNQ1 στην παρούσα περίπτωση τεκμηρίωσε το γενετικό υπόστρωμα της νόσου, επέτρεψε την εφαρμογή στοχευμένου οικογενειακού ελέγχου (cascade screening) και ανέδειξε τη σημασία της ενσωμάτωσης της γενετικής διερεύνησης στη διαγνωστική προσέγγιση της πρώιμης ΚΜ. Η στρατηγική αυτή μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση ατόμων υψηλού κινδύνου, στην πρόληψη δυνητικά απειλητικών για τη ζωή αρρυθμιών και στη βελτιστοποίηση της μακροχρόνιας παρακολούθησης τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους.

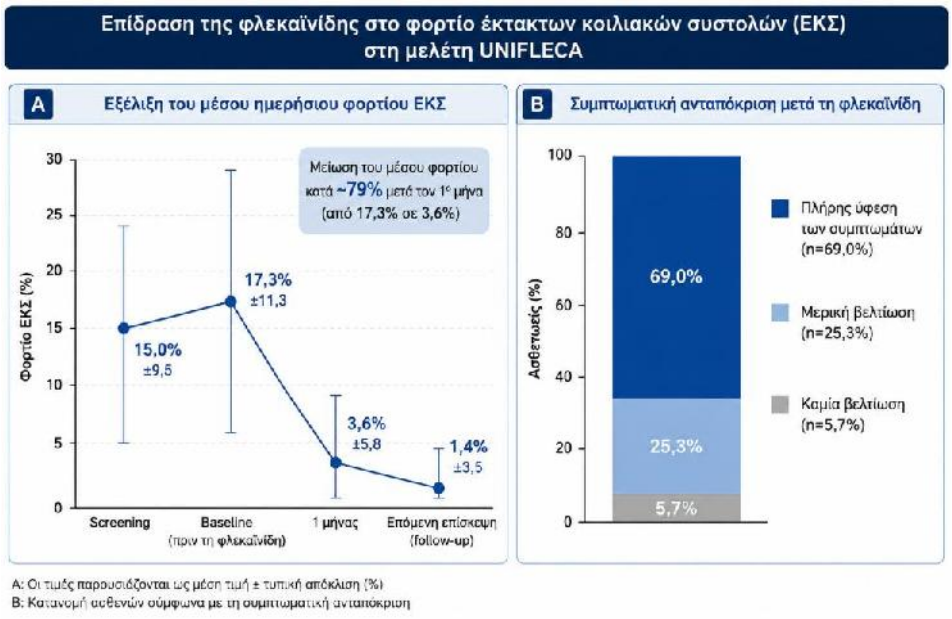


ΑΑ016|Ευεργετική Επίδραση της Φλεκαϊνίδης σε ασθενείς με εμμένον υψηλό φορτίο έκτακτων κοιλιακών συστολών και στην Επαγόμενη από ΕΚΣ Μυοκαρδιοπάθεια. Η Μελέτη UNIFLECA.

Σ. Κωτούλας[1], Δ. Τσιαχρής[2], Γ. Λεβεντόπουλος[3], Μ. Μπότης[2], Ε. Καλλέργης[4], Α. Κορδαλής[2], Κ. Δημητριάδης[2], Δ. Βαρβαρούσης[1], Λ. Πουλημένος[1], Κ Τσιούφης[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Εμμένον υψηλό φορτίο έκτακτων κοιλιακών συστολών (ΕΚΣ) (>5%) ενδέχεται να οδηγήσει σε μυοκαρδιοπάθεια που επάγεται από τις ΕΚΣ. Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, βασιζόμενες σε περιορισμένα δεδομένα, συστήνουν τη χρήση της φλεκαινίδης για ΕΚΣ που προέρχονται από τους χώρους εξόδου των κοιλιών (Ένδειξη IIa).Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρατήρησης, ενηλίκων με φορτίο ΕΚΣ>%, επιβεβαιωμένο από δύο Holter 24ώρου σε διάστημα ≥30 ημερών, οι οποίοι είχαν προηγούμενη αποτυχημένη επέμβαση κατάλυσης ή δεν επιθυμούν επέμβαση κατάλυσης. Χορηγήθηκε φλεκαϊνίδη βραδείας αποδέσμευσης (100, 150, 200 mg/ημέρα). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η μείωση του φορτίου ΕΚΣ και δευτερεύον η ύφεση των συμπτωμάτων. Αποτελέσματα: Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 125 ασθενείς (μέση ηλικία 65,2 ± 12,9 έτη, 56,8% άνδρες). Εννέα είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε επέμβαση κατάλυσης, σε πέντε παρατηρήθηκε αυτόματη ύφεση του φορτίου των ΕΚΣ χωρίς ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής, ενώ τέσσερις αποκλείστηκαν λόγω τεκμηρίωσης στεφανιαίας νόσου. Ο μέσος χρόνος από τη διάγνωση έως την έναρξη της φλεκαϊνίδης ήταν 734 ημέρες. Η διάγνωση βασίστηκε σε συμπτωματολογία στο 72,0% των περιπτώσεων, με συχνότερο σύμπτωμα το αίσθημα παλμών (57,6%).Το εκτιμώμενο ημερήσιο φορτίο ΕΚΣ ήταν 15,0 ± 9,5% κατά το screening και 17,3 ± 11,3% πριν την έναρξη της φλεκαϊνίδης. Μετά από 1 μήνα θεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική μείωση, με το φορτίο να υποχωρεί στο 3,6 ± 5,8% (μείωση του μέσου φορτίου κατά ~79%). Στους ασθενείς που επανεκτιμήθηκαν σε επόμενη επίσκεψη, το φορτίο μειώθηκε περαιτέρω σε 1,4 ± 3,5%, επιβεβαιώνοντας τη διατήρηση και ενίσχυση της θεραπευτικής ανταπόκρισης. Ως προς την ατομική ανταπόκριση, 73,9% των ασθενών παρουσίασαν μείωση φορτίου>% και 68,2% μείωση>%, ενώ μη ανταπόκριση ή επιδείνωση κατεγράφη στο 11,4%. Όσον αφορά τη συμπτωματική ανταπόκριση, πλήρης ύφεση σημειώθηκε στο 69,0% και μερική στο 25,3% των ασθενών, με μόλις 5,7% να μην αναφέρουν καμία βελτίωση. Ένας ασθενής εμφάνισε ανεπιθύμητα συμπτώματα μετά την έναρξη της αγωγής.Συμπεράσματα: Η φλεκαϊνίδη αποδείχθηκε ασφαλής και αποτελεσματική στη μείωση του φορτίου ΕΚΣ και στη βελτίωση των συμπτωμάτων. Τα ευρήματα ενισχύουν τη θέση της φλεκαϊνίδης ως ρεαλιστική εναλλακτική θεραπευτική επιλογή για ασθενείς που δεν δύνανται ή δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε κατάλυση.



ΑΑ017|Ανάσπαση του ST διαστήματος μετά τη χορήγηση φλεκαϊνίδης κατά τη φαρμακευτική ανάταξη παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής.

Μ.Αργυρακοπούλου[1], Δ.Κυριακοπούλου[1], Β. Τρωίζος[1], Γ. Γκάργκουλας[1], Θ. Παπακώστας[1], Δ. Τσιλιβαράκης[1], Χ. Πανωτόπουλος[1], Σ. Κοσμοπούλου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ -ΣΚΟΠΟΣΗ φλεκαϊνίδη αποτελεί ένα από τα πλέον χρησιμοποιούμενα αντιαρρυθμικά φάρμακα κατηγορίας IC για τη φαρμακευτική ανάταξη και την πρόληψη υποτροπών της παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς. Παρά το ευνοϊκό προφίλ αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, η χορήγησή της μπορεί σπάνια να συνοδεύεται από προαρρυθμικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, ο οποίος μετά από φαρμακευτική ανάταξη με φλεκαινίδη εμφάνισε ανάσπαση του διαστήματος ST, γεγονός που αποτέλεσε σημαντική διαγνωστική πρόκληση στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ Άνδρας, ηλικίας 53 ετών, με ιστορικό παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αισθήματος παλμών πρόσφατης έναρξης. Το αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση, χωρίς ενδείξεις οξείας μυοκαρδιακής ισχαιμίας. Η διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε φυσιολογική συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης>%), χωρίς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας, χωρίς σημαντική βαλβιδοπάθεια και χωρίς περικαρδιακή συλλογή. Χορηγήθηκαν αντιπηκτική αγωγή , β-αναστολέα και φλεκαϊνίδη, σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Μετά την επιτυχή φαρμακευτική ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό, το επαναληπτικό ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε ανάσπαση του διαστήματος ST με εικόνα κατόπτρου, χωρίς συνοδό αύξηση των μυοκαρδιακών βιοδεικτών σε διαδοχικούς ελέγχους. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η διαγνωστική διερεύνηση περιέλαβε αξονική στεφανιογραφία, η οποία ανέδειξε απουσία στεφανιαίας νόσου (μέγιστη στένωση έως 30%). Η διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη επιβεβαίωσε τα ευρήματα του διαθωρακικού υπερηχογραφήματος και απέκλεισε την παρουσία ενδοκαρδιακού θρόμβου. Με βάση τα κλινικά, εργαστηριακά και απεικονιστικά δεδομένα, οι δυναμικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις αποδόθηκαν στη χορήγηση φλεκαϊνίδης. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Το περιστατικό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς η εμφάνιση ανάσπασης του διαστήματος ST με εικόνα κατόπτρου μετά από χορήγηση φλεκαϊνίδης αναφέρεται σπάνια στη διεθνή βιβλιογραφία και μπορεί να μιμηθεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, δημιουργώντας σημαντικά διαγνωστικά διλήμματα. Επιπλέον, είναι γνωστό ότι τα αντιαρρυθμικά φάρμακα κατηγορίας IC, όπως η φλεκαϊνίδη, μπορούν σε μικρό ποσοστό ασθενών να αποκαλύψουν ηλεκτροκαρδιογραφικό πρότυπο συμβατό με σύνδρομο Brugada. Ωστόσο, παραμένει ασαφές στη βιβλιογραφία το βέλτιστο θεραπευτικό πρωτόκολλο προς αποφυγή άσκοπων επεμβατικών παρεμβάσεων καθώς και τη ανάδειξη προδιαθεσικών παραγόντων και της κλινικής σημασίας του φαινομένου.

AA018|Delayed Conduction Disturbance After Edwards EVOQUE Transcatheter Tricuspid Valve Replacement: An Emerging Clinical Challenge

C. Antoniades[1], G. Karmioti[2], N. Eteocleous[2], I. Zittis[3], K. Myrianthopoulos[3], T. Christophides[2], C. Rotos[3], M. Ioannides[3], N. Kadoglou[4], A. Mitsis[5], C. Eftychiou[3]

[1]Cardiology department of Nicosia General Hospital, [2]Nicosia General Hospital, Cyprus, [3]Cardiology Department, Nicosia General Hospital, [4]University of Cyprus, [5]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

Introduction: Transcatheter tricuspid valve replacement (TTVR) with the Evoque system has emerged as a promising treatment option for severe symptomatic tricuspid regurgitation in patients at prohibitive surgical risk. However, experience with post-procedural conduction disturbances remains limited. We present a case of delayed symptomatic bradyarrhythmia following successful Edwards EVOQUE valve implantation, highlighting challenges in post-procedural monitoring, pacing strategy, and multidisciplinary decision-making. Material and Methods: Clinical information was obtained retrospectively from the patient's medical records (with written informed consent). ResultsA 72-year-old woman with severe symptomatic tricuspid regurgitation, chronic atrial fibrillation, previous surgical mitral valve replacement, diabetes mellitus, and dyslipidaemia underwent uncomplicated TTVR with a 48-mm EVOQUE valve. Baseline electrocardiography demonstrated atrial fibrillation with incomplete right bundle branch block. The prosthesis was successfully implanted with trace residual regurgitation and normal valve function on echocardiography. The patient remained stable and was discharged on day 6.Twenty-four hours later, she was readmitted with dizziness, hypotension, atrial fibrillation with slow ventricular response, and prolonged pauses. Telemetry demonstrated transient bradyarrhythmia requiring beta-blocker withdrawal and temporary isoprenaline infusion. Following Heart Team discussion, permanent pacing was considered. The initial pacing strategy involved coronary sinus lead placement to avoid transvalvular passage and thereby preserve the integrity and function of the prosthesis. However, attempts to position the lead in various branches failed because of unstable positioning, high pacing thresholds, and phrenic nerve capture. Subsequent attempts to cross the prosthesis with a guidewire and conventional right ventricular lead were unsuccessful. Following Heart Team discussion, a conservative strategy was adopted. The bradyarrhythmia resolved after close observation, allowing cautious reintroduction of low dose beta-blocker. No further significant pauses were documented on prolonged monitoring, and the patient was dischargedwith early outpatient follow-up. Conclusions: This case highlights the emerging challenge of delayed conduction disturbances following Evoque TTVR, raising important questions regarding post-procedural rhythm surveillance and discharge timing. It also demonstrates that permanent pacing may be technically challenging after TTVR, emphasizing the importance of pre-procedural Heart Team planning for pacing strategies. As TTVR adoption increases, further evidence is needed to define optimal monitoring pathways and guide selection of conventional versus leadless/epicardial pacing systems.

AA019|Routine Intracardiac Echocardiography Guidance During Pulsed Field Ablation

Γ. Φώτος[1], Β. Κολοβός[2], N. Καραμιχαλάκης[2], Γ. Τσιτσινάκης[2], Ι. Ταγκούλης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Βιοκλινική Αθηνών, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης

Introduction: Intracardiac echocardiography (ICE) is increasingly used during atrial fibrillation (AF) ablation, providing continuous visualization during transseptal puncture and left atrial navigation. However, whether its routine use affects procedural efficiency remains uncertain. We sought to evaluate the procedural workflow of routine ICE-guided pulsed field ablation (PFA) with a 9 Fr over-the-wire, bidirectional loop catheter with a 20-degree forward tilt and 9 gold electrodes spaced circumferentially. Methods: Thirty-four consecutive patients undergoing AF ablation with a 9 Fr over-the-wire, bidirectional loop catheter with a 20-degree forward tilt and 9 gold electrodes spaced circumferentially. ICE was routinely used to guide transseptal puncture, optimize catheter positioning before energy delivery and monitor for intraprocedural complications. Baseline clinical characteristics, fluoroscopy time, radiation dose, number of applications and detailed procedural timestamps were prospectively recorded. Workflow analysis included total procedure time, left atrial dwell time, PFA delivery time and the interval between catheter introduction into the left atrium and the first energy application. Results: Thirty-four patients (mean age 67.1 ± 9.8 years, 70.6% male) underwent ICE-guided PFA. Hypertension was present in 58.8%, dyslipidemia in 61.8%, while all patients were receiving oral anticoagulation. Mean total procedure time was 78.2 ± 19.8 minutes. Mean fluoroscopy time was 14.2 ± 6.7 minutes, radiation dose 257.3 ± 267.4 mGy, and the mean number of PFA applications was 35.2 ± 3.6. Mean left atrial dwell time was 21.8 ± 4.6 minutes, while the interval from PulseSelect introduction into the left atrium to the first PFA application was only 1.5 ± 0.9 minutes. Mean PFA delivery time was 13.6 ± 3.4 minutes. Acute pulmonary vein isolation was achieved in all patients, with no major intraprocedural complications. Conclusions: Routine ICE guidance during PFA with a 9 Fr over-the-wire, bidirectional loop catheter with a 20-degree forward tilt and 9 gold electrodes spaced circumferentially can be incorporated into everyday clinical practice without prolonging the procedure. Beyond transeptal puncture, ICE allows

rapid optimization of catheter positioning before energy delivery while maintaining short left atrial dwell time, limited fluoroscopy exposure and efficient procedural workflow.

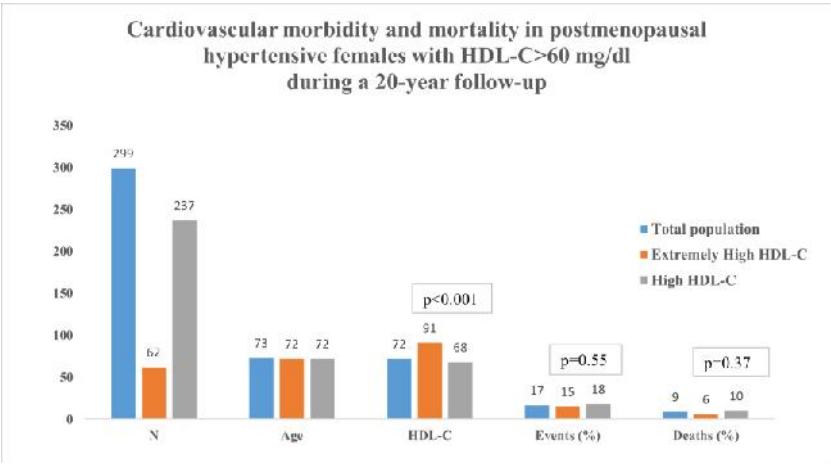
Αρτηριακή Υπέρταση / Hypertension

Πρόεδροι: **Χ. Γράσσος (Αθήνα), Δ. Παπαδόπουλος(Αθήνα)**
Chairpersons: **C. Grassos(Athens), D. Papadopoulos (Athens)**

AA020|Μία 20ετής μελέτη παρακολούθησης της επίπτωσης καρδιαγγειακών συμβαμάτων και επιβίωσης μεταεμμηνοπαυσιακών υπερτασικών γυναικών με υψηλή και ιδιαίτερα υψηλή τιμή HDL-C

Ε. Τριανταφυλλίδη[1], **Η. Μπακιρτζής**[1], Δ. Μπενάς[1], Α. Διονυσακόπουλος[1], Δ. Μπίρμπα[1], Κ. Σιούλα[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτείνη (HDL-C) θεωρείται ένας ευνοικός παράγοντας έναντι της καρδιαγγειακής νόσου (CVD). Υπάρχουν όμως στοιχεία που συνδέουν τις ιδιαίτερα υψηλές τιμές HDL-C (>80 mg/dl) με αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα, υποστηρίζοντας την παρουσία μία καμπύλης U. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίπτωσης της CVD σε μεταεμμηνοπαυσιακές υπερτασικές γυναίκες με υψηλά (60-79 mg/dl) και πολύ υψηλά επίπεδα HDL-C. Μεθοδολογίας: Μελετήσαμε 299 μεταεμμηνοπαυσιακές υπερτασικές γυναίκες με επίπεδα HDL-C ≥60 mg/dl (ηλικία 73+12 έτη, HDL-C=72+10 mg/dl). Όλες οι γυναίκες έχουν επισκεφθεί το Αντιυπερτασικό Ιατρείο ης Κλινικής μας τα τελευταία 20 έτη (2004-2025). Ο πληθυσμός των γυναικών διαιρέθηκε σε 2 ομάδες βάσει των επιπέδων HDL-C: Ομάδα Α (Πολύ υψηλές τιμές HDL-C, n=62, ηλικία 72+11 έτη, HDL-C 91+12 mg/dl) και Ομάδα Β (Υψηλές τιμές HDL-C, n=237, ηλικία 72+11 έτη, HDL-C 68+5 mg/dl). Πρόσφατα, υποβάλλαμε σε συνέντευξη όλες τις γυναίκες (ή τους συγγενείς τους σε περίπτωση θανάτου) ως προς την επίτευξη του σύνθετου πρωτογενούς καταληκτικού σημείου της μελέτης, το οποίο ορίσθηκε ως καρδιαγγειακή νοσηρότητα (σημαντική στεφανιαία ή καρωτιδική νόσος, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) και θνησιμότητα (καρδιαγγειακός θάνατος ή θάνατος από οποιαδήποτε αιτία. Αποτελέσματα: Αν και η Ομάδα Α είχε παρόμοια ηλικία (p=0.97) και αυξημένα επίπεδα HDL-C (p<0.001) σε σχέση με την Ομάδα Β, δεν διαπιστώσαμε διαφορές ως προς το σύνθετο πρωτογενές καταληκτικό σημείο [9 (15%) έναντι 42 (18%) συμβαμάτων, p=0.55). Επιπρόσθετα, η Ομάδα Α είχε παρόμοιο αριθμό θανάτων συγκρινόμενη με την Ομάδα Β [4 (6%) έναντι 24 (10%) θάνατοι, p=0.37]. Συμπεράσματα: Διαπιστώσαμε ότι η συνολική νοσηρότητα και η θνησιμότητα μεταξύ των μεταεμμηνοπαυσιακών υπερτασικών γυναικών με υψηλές ή πολύ υψηλές τιμές HDL-C ήταν παρόμοια. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα μας δεν υποστηρίζουν την ύπαρξη καμπύλης U, προσθέτοντας νέες πληροφορίες όσον αφορά την προγνωστική σημασία των πολύ υψηλών επιπέδων HDL-C σε αυτόν τον πληθυσμό.



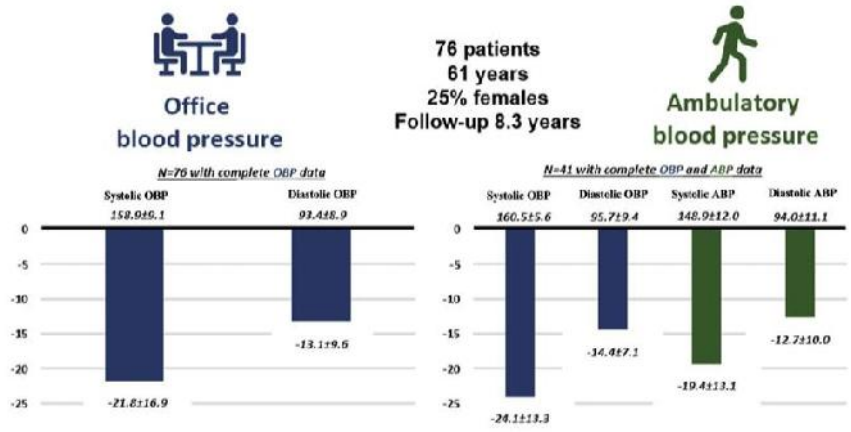
ΑΑ021|Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα 8 ετών παρακολούθησης μετά από συμπαθητική νεφρική απονεύρωση: δεδομένα από ένα κέντρο αριστείας της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης

Κ. Κυριακούλης[1], Σ. ΣουλαΙδόπουλος[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Δημητριάδης[1], Φ. Τατάκης[1], Μ. Σταθουλοπούλου[1], Κ. Πλατανιάς[1], Κ. Παπαδομαρκάκη[1], Π. Ηλιάκης[1], Α. Βάκκα[1], Α. Κασιακόγιας[1], Α. Κορδαλής[1], Β. Παπαδημητρίου[1], Κ .Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός Η συμπαθητική νεφρική απονεύρωση (renal denervation, RDN) έχει λάβει επίσημη ένδειξη για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) σε σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες από το 2023. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της RDN. Υλικό και Μέθοδος Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε RDN ραδιοσυχνοτήτων με διάστημα παρακολούθησης άνω των 3 ετών. Έγινε συλλογή δημογραφικών/κλινικών δεδομένων, μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο ιατρείο και με 24ωρη καταγραφή, δεδομένων σχετικά με τον αριθμό των αντιυπερτασικών φαρμάκων και δεικτών νεφρικής λειτουργίας. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση με ομάδα ελέγχου ασθενών που δεν υποβλήθηκαν σε RDN μετά από propensity-score matching. Αποτελέσματα Αναλύθηκαν δεδομένα 76 συμμετεχόντων (μέση ηλικία 61±11 έτη, άρρενες 75%, εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης 83.0±14.4 ml/min/1.73m2, συστολική/διαστολική ΑΠ ιατρείου 158.9±9.1/93.4±8.7 mmHg, 24ωρη ΑΠ 148.5±12.0/94.0±11.1, μέσο follow-up 8.3 έτη). Η συστολική ΑΠ ιατρείου μειώθηκε κατά 21.8±16.9 mmHg και η διαστολική ΑΠ ιατρείου κατά 13.1±9.6 mmHg (P<0.001 και για τις δύο) (Γράφημα). Σε 41 ασθενείς με δεδομένα για 24ωρη ΑΠ, η συστολική 24ωρη ΑΠ μειώθηκε κατά 19.4±13.1 mmHg και η διαστολική 24ωρη ΑΠ κατά 12.7±10.0 mmHg (P<0.001 και για τις δύο) (Γράφημα). Ο αριθμός των συνταγογραφούμενων αντιυπερτασικών φαρμάκων μειώθηκε κατά 0.54±1.2 (P<0.01). Κατά το τέλος της παρακολούθησης η θνησιμότητα στην ομάδα RDN ήταν 9.3%, παρόμοια με την ομάδα ελέγχου (11.4%). Ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα RDN κατά 7.4±17.0 ml/min/1.73m2 (P=0.042), παρόμοια με την ομάδα ελέγχου (11.2±9.4 ml/min/1.73m2, P<0.001). Συμπεράσματα Η RDN είναι μια ασφαλής μέθοδος για την επεμβατική αντιμετώπιση της ΑΥ και παρέχει συνεχές αντιυπερτασικό όφελος που διαρκεί τουλάχιστον 8 έτη.

Γράφημα. Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μείωσης της συστολικής/διαστολικής ΑΠ ιατρείου και 24ωρης ΑΠ μετά από συμπαθητική νεφρική απονεύρωση και 8.3 χρόνια παρακολούθησης.



ΑΑ022|Λιπιδαιμικό profil και δείκτες παχυσαρκίας υπερτασικών ασθενών

Α. Καραμάνου[1], Μ. Παπαβασιλείου[2], Γ.Μουστάκας[1], Χ. Γράσσος[3], Α. Πιτταράς[4]

[1]Ιδιώτης Καρδιολόγος, [2]Metropolitan General Hospital, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [4]METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή : Η παχυσαρκία αποτελεί ισχυρό παράγοντα για καρδιομεταβολική νόσο, ενώ η πολυπλοκότητα του ορισμού της, οδηγεί στην ανάγκη νέων δεικτών έκφραση της. Σκοπός της μελέτης : είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ διαφόρων λιπιδίων του αίματος, με δείκτες παχυσαρκίας υπερτασικών ασθενών. Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 3265 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή νεοδιαγνωσθέντες χωρίς αντιϋπερτασική θεραπεία , χωρίς κανένα συνοδό νόσημα, (54% γυναίκες), μέσης ηλικίας 57.9±13.5 έτη, μέσης Σ/ΔΑΠ ιατρείου 147.9±20.4/91.6±13.1 mmHg (ΜΣ/ΔΑΠι), μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου 75.3±11.1 bpm (ΜΚΣι), μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28.2±4.6 kg/m², μέσου δείκτη περιμέτρου μέσης/γοφών (ΔΜΓ) 0,88±0,08, μέσου δείκτη περιμέτρου μέσης/ύψος (ΔΜΥ) 0,57±0,07 και συσχετίστηκαν με τα επίπεδα λιπιδίων αίματος (ολικής χοληστερόλης (ΧΟΛ), τριγλυκεριδίων (ΤΡ), HDL χοληστερόλης, LDL χοληστερόλης , nonHDL χοληστερόλης και Lpa: N=623) κατά Pearson correlation. Αποτελέσματα: πίνακας

1. Συσχέτιση λιπιδίων αίματος με δείκτες παχυσαρκίας κατά Pearson, υπερτασικών ασθενών.

	ΧΟΛ	ΤΡ	HDL	LDL	Lpa	nonHDL (mg/dl)
ΔΜΣ (kg/m2)		r=0,157	r=-0,167			r=0,040
	NS	p<0,001	p<0,001	NS	NS	p=0,031
ΔΜΓ	r=-0,061	r=0,172	r=-0,345		r=-0,203	
	p= 0,009	p<0,001	p<0,001	NS	p<0,001	NS
ΔΜΥ		r=0,224	r=-0,240		r=-0,092	r=0,085
	NS	p<0,001	p<0,001	NS	p=0,022	p=0,001

ΔΜΣ: δείκτης μάζας σώματος ΔΜΓ: δείκτης περιμέτρου μέσης/γοφών, ΔΜΥ: δείκτης περιμέτρου μέσης/ύψος ΧΟΛ:ολική χοληστερόλη ΤΡ:τριγλυκερίδια

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα διαφόρων λιπιδίων αίματος έχουν διαφορετική συσχέτιση με διαφορετικούς δείκτες παχυσαρκίας , σε υπερτασικούς ασθενείς, υπογραμμίζοντας την ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης και αξιολόγησης του καρδιαγγειακού κινδύνου κάθε ασθενούς, με την HDL- χοληστερόλη να διατηρεί σημαντική αρνητική συσχέτιση με όλους τους δείκτες παχυσαρκίας και την LDL χοληστερόλης να μην συσχετίζεται με κανέναν .

ΑΑ023|Συσχέτιση μεταξύ ουρικού οξέος αίματος και καρδιομεταβολικού δείκτη σε υπερτασικούς ασθενείς

Α.Καραμάνου[1], Μ. Παπαβασιλείου[2], Χ. Γράσσος[3], Δ. Αραβαντινός[4], Α.Μ. Αντωνοπούλου[5],Γ. Μουστάκας[1]

[1]Ιδιώτης Καρδιολόγος, [2]Metropolitan General Hospital, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [4]ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΩΝ ΒΑΛΒΙΔΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑ, [5]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή : Ο καρδιομεταβολικός δείκτης εκφράζει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τον κίνδυνο για μεταβολικά νοσήματα. Σκοπός της μελέτης : είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση του ουρικού οξέος αίματος (ΟΥΟ) με τον καρδιομεταβολικό δείκτη υπερτασικών ασθενών.Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 1682 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή νεοδιαγνωσθέντες χωρίς αντιϋπερτασική θεραπεία , χωρίς κανένα συνοδό νόσημα, (54% γυναίκες), μέσης ηλικίας 57.9±13.5 έτη, μέσης Σ/ΔΑΠ ιατρείου 147.9±20.4/91.6±13.1 mmHg (ΜΣ/ΔΑΠι), μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου 75.3±11.1 bpm (ΜΚΣι), μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28.2±4.6 kg/m². Υπολογίστηκε ο

καρδιομεταβολικος δείκτης (ΚΜΔ: περιφέρεια μέσης / ύψος Χ τριγλυκερίδια/ HDL χοληστερόλη) και συσχετίστηκαν με τα επίπεδα ΟΥΟ αίματος κατά Pearson correlation. Αποτελέσματα: πίνακας

Πίνακας . Συσχέτιση ΟΥΟ αίματος με τον καρδιομεταβολικό δείκτη κατά Pearson.

	ΟΥΟ (mg/dl)
ΚΜΔ	r=0,212
	p<0,001

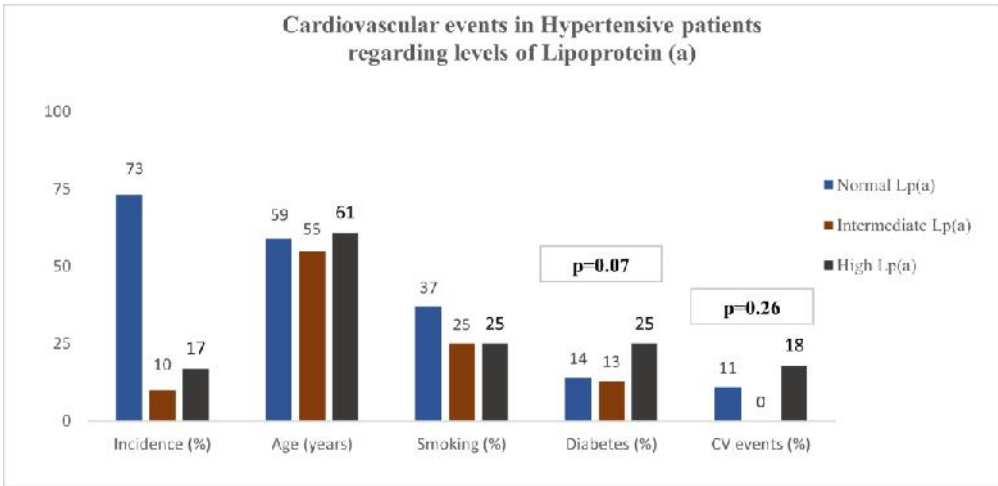
ΟΥΟ: ουρικό οξύ αίματος,ΚΜΔ: καρδιομεταβολικός δείκτης

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα ουρικού οξέος αίματος έχουν ισχυρή θετική συσχέτιση με τον καρδιομεταβολικό δείκτη, σε υπερτασικούς ασθενείς, με την γνωστή σημασία αυτού στο καρδιομεταβολικό σύνδρομο.

ΑΑ024|Συσχέτιση των επιπέδων της Lp (a) με καρδιαγγειακά συμβάντα σε υπερτασικούς ασθενείς

Ε. Τριανταφυλλίδη[1], Α. Διονυσακόπουλος[1], Η. Μπακιρτζής[1], Δ. Μπίρμπα[1], Κ. Σιούλα[1], Δ. Μπενάς
[1]*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Η Lp (a) απασχολεί πρόσφατα τη διεθνή ιατρική κοινότητα καθώς αποτελεί ένα νέο γενετικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Δεν έχει δοθεί ακόμα σαφής απάντηση όσον αφορά τις παθολογικές τιμές Lp (a) και τον προγνωστικό τους ρόλο. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των επιπέδων της Lp (a) και η σύνδεση της με ήδη γνωστό καρδιαγγειακό κίνδυνο σε υπερτασικούς ασθενείς. Μέθοδος: Σε 235 υπερτασικούς ασθενείς καταγράφηκαν δεδομένα όσον αφορά την παρουσία παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης) και ήδη εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου, CVD (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, σημαντική αθηρωματική νόσος στεφανιαίων/καρωτίδων, προηγηθείσα αγγειοπλαστική στεφανιαίων/ αορτοστεφανιαία παράκαμψη). Μελετήσαμε τα επίπεδα Lp (a) και κατατάξαμε τους ασθενείς στη Ομάδα Α με φυσιολογική Lp(a) (125nmol/l). Αποτελέσματα: Στο συνολικό πληθυσμό (n=235, 59+12 έτη, 47% άνδρες, 47% καπνιστές, 15% διαβητικοί, BMI 31+6) ένα ποσοστό 11% είχαν ήδη εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Όσον αφορά τα επίπεδα Lp (a), οι ασθενείς ταξινομήθηκαν στις Ομάδα Α (73%, 59+12 έτη, 50% άνδρες, 37% καπνιστές, 14% διαβητικοί, 11% CVD), Ομάδα Β (10%, 55+15 έτη, 33% άνδρες, 25% καπνιστές, 13% διαβητικοί, 0% CVD) και Ομάδα Γ (17%, 61+14 έτη, 43% άνδρες, 25% καπνιστές, 25% διαβητικοί, 18% CVD). Οι Ομάδες Α και Γ δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την ηλικία, BMI, επίπεδα HDL και LDL και κάπνισμα ενώ παρατηρήθηκε τάση για μεγαλύτερη επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη στην Ομάδα Γ (25% έναντι 14%, p=0.07). Όσον αφορά την CVD, η Ομάδα Γ παρουσίασε μεγαλύτερη αλλά μη στατιστικά σημαντική επίπτωση αυτής σε σχέση με την Ομάδα Α (18% έναντι 11%, p=0.26). Συμπεράσματα: Στον σχετικά μέτριο πληθυσμό των υπερτασικών ασθενών, δεν διαπιστώθηκε η παρουσία αυξημένης επίπτωσης εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου στους ασθενείς με υψηλά επίπεδα Lp(a) κατά την χρονική περίοδο καταγραφής της μελέτης. Τα αποτελέσματα μας δεν αποκλείουν την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου μελλοντικά αλλά ταυτόχρονα και επιτρέπουν την εφαρμογή παράλληλων μέτρων επιθετικής αντιμετώπισης των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου.



AA025|Συγκριτική μελέτη της θεραπευτικής στρατηγικής βασιζόμενη στην επλερενόνη έναντι της βασιζόμενης στην ιρβεσαρτάνη για την εκτίμηση των υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών

Μ. Κουρεμέτη[1], Π. Ηλιάκης[1], Σ. Δρογκάρης[1], Φ. Τατάκης[1], Ι. Ανδρίκου[1], Π. Τσιούφης[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Δ.Τσιαχρής[1], Κ. Δ.ημητριάδης[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ Η παθοφυσιολογία της αρτηριακής υπέρτασης στην παχυσαρκία είναι πολυπαραγοντική και συνοδεύεται συχνά από δυσμενή καρδιακή αναδιαμόρφωση. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση αποτελεσματικότητας δύο αντιϋπερτασικών σχημάτων (επλερενόνης έναντι ιρβεσαρτάνης) ως προς την υποστροφή της αναδιαμόρφωσης και τη βελτίωση της διαστολικής λειτουργίας σε παχύσαρκους υπερτασικούς, μετά από 6 μήνες. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ :Η HEBRO αποτελεί προοπτική, τυχαιοποιημένη, ανοικτή, πολυκεντρική μελέτη. Συμμετείχαν 185 ασθενείς (30-75 ετών) με παχυσαρκία (ΔΜΣ≥30 kg/m²) και επιβεβαιωμένη αρτηριακή υπέρταση (βάσει μετρήσεων ιατρείου και 24ωρης καταγραφής). Τυχαιοποιήθηκαν σε λήψη επλερενόνης (25mg/12ωρο, n=93) ή ιρβεσαρτάνης (150mg/24ωρο, n=92). Στους 2 και 4 μήνες προστέθηκε αμλοδιπίνη (5mg) και ινδαπαμίδη (1,5mg) αντίστοιχα, εάν η μέση 24ωρη αρτηριακή πίεση παρέμενε ≥130/80 mmHg. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο αποτέλεσε η μεταβολή των υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών αναδιαμόρφωσης και διαστολικής λειτουργίας στο εξάμηνο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :Κατά την έναρξη, τα ηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των ομάδων (ιρβεσαρτάνη έναντι επλερενόνης): Δείκτης Μάζας Αριστερής Κοιλίας (LVMI) 79,59±12,17 έναντι 80,59±12,73 g/m² (p=0,583), LVGLS -18,16±1,21% έναντι -18,06±1,15% (p=0,550), E/A 0,94±0,27 έναντι 0,96±0,28 (p=0,590), E/e' 7,72±1,90 έναντι 7,89±1,82 (p=0,551) και Δείκτης Όγκου Αριστερού Κόλπου (LAVI) 29,03±5,29 έναντι 29,79±5,41 mL/m² (p=0,336). Στους 6 μήνες διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση. Το LVMI μειώθηκε κατά 5,84±4,16 (ιρβεσαρτάνη) και 6,71±4,33 g/m² (επλερενόνη), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,208). Η απόλυτη τιμή του LVGLS αυξήθηκε κατά 0,39±0,20% και 0,39±0,22% αντίστοιχα (p=0,900). Οι δείκτες διαστολικής λειτουργίας βελτιώθηκαν εξίσου: η αναλογία E/A μειώθηκε κατά 0,12±0,20 και 0,13±0,18 (p=0,683), το E/e' ελαττώθηκε κατά 0,91±1,21 και 0,99±1,18 (p=0,682), ενώ το LAVI μειώθηκε κατά 2,64±1,20 και 3,27±1,58 mL/m² αντίστοιχα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των σκελών.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η υπερηχοκαρδιογραφική αξιολόγηση ανέδειξε ότι η αγωγή με ιρβεσαρτάνη ή επλερενόνη οδηγεί σε υποστροφή της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας και βελτίωση της διαστολικής λειτουργίας. Δεν διαπιστώθηκε υπεροχή κάποιου εκ των δύο σχημάτων, γεγονός που υποδηλώνει συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα στην αναστροφή της δυσμενούς καρδιακής αναδιαμόρφωσης στους παχύσαρκους υπερτασικούς.

AA026|Selective Aldosterone Synthase Inhibition in Hypertension: An Analytical Synthesis of Trial Evidence and Clinical Safety

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction and Aim: Aldosterone dysregulation is a primary driver of treatment-resistant and uncontrolled hypertension. While mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs) are effective, they are often limited by hormonal

side effects and compensatory aldosterone "escape." Aldosterone synthase inhibitors (ASIs) offer a novel mechanism by selectively blocking the CYP11B2 enzyme. This study aims to analytically review the efficacy and safety of second-generation ASIs, focusing on recent Phase III results and their potential impact on clinical practice. Material and Methods: A comprehensive analysis was conducted on randomized controlled trials (RCTs) through June 2026. Key data sources included the BaxHTN (Phase III), BrigHTN, Advance-HTN, Target-HTN, and Discovery-HTN trials. The review evaluated the blood pressure (BP) lowering efficacy of Baxdrostat, Lorundrostat, and Vicadrostat, specifically focusing on placebo-adjusted changes in systolic blood pressure (SBP) and incidences of hyperkalemia and adrenal insufficiency.Results: The 2025-2026 data confirm that ASIs are potent antihypertensive agents. In the BaxHTN Phase III trial (2025), baxdrostat (2 mg) achieved a statistically significant placebo-adjusted SBP reduction of −9.8 mmHg ($p<0.001$) in patients with hard-to-control hypertension. Similarly, the Advance-HTN trial (2025) reported that lorundrostat (50 mg daily) resulted in a placebo-adjusted 24-hour average SBP reduction of −7.9 mmHg ($p<0.001$). Analytical review via Bayesian meta-analysis (2026) indicates a>% probability that these agents achieve a clinically meaningful SBP reduction of> mmHg. Regarding safety, second-generation ASIs demonstrated high selectivity for CYP11B2 over CYP11B1 (cortisol synthesis), with no significant increase in adrenal insufficiency across major trials. However, a dose-dependent increase in hyperkalemia (up to 5−7%) and hyponatremia was observed, necessitating careful serum electrolyte monitoring. Conclusions: Aldosterone synthase inhibitors represent the most significant innovation in hypertension therapy in over two decades. Trials like BaxHTN and Advance-HTN demonstrate their superior efficacy in resistant populations. With baxdrostat under FDA Priority Review in 2026, these agents are poised to become the new standard for patients who fail conventional RAAS inhibition, provided that electrolyte safety protocols are integrated into routine care.

AA027|Δείκτες παχυσαρκίας και λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών

Α. Καραμάνου[1], Δ. Μυτάς[2], Γ. Μουστάκας[1], Χ.Γράσσος[3], Α. Πιτταράς[4], Μ. Παπαβασιλείου[5]

[1]Ιδιώτης Καρδιολόγος, *[2]Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ Σισμανόγλειο*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ*, *[4]METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[5]Metropolitan General Hospital*

Εισαγωγή : Παχυσαρκία και λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας συνυπάρχουν, η πολυπλοκότητα όμως του ορισμού της παχυσαρκίας, οδηγεί στην ανάγκη νέων δεικτών έκφραση της. Σκοπός της μελέτης : είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ δεικτών παχυσαρκίας και λειτουργικότητας αριστεράς κοιλίας υπερτασικών ασθενών. Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 3370 υπερτασικοί ασθενείς θεραπευόμενοι ή νεοδιαγνωσθέντες χωρίς αντιϋπερτασική θεραπεία , χωρίς κανένα συνοδό νόσημα, (54% γυναίκες), μέσης ηλικίας 57.8±13.5 έτη, μέσης Σ/ΔΑΠ ιατρείου 147.9±20.6/91.6±13.1 mmHg (ΜΣ/ΔΑΠι), μέσης καρδιακής συχνότητας ιατρείου 75.3±11.1 bpm (ΜΚΣι), μέσου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28.2±4.6 kg/m², μέσου δείκτη περιμέτρου μέσης/γοφών (ΔΜΓ) 0,88±0,08, μέσου δείκτη περιμέτρου μέσης/ύψος (ΔΜΥ) 0,57±0,07 , οι οποίοι υποβλήθηκαν σε υπερηχογραφική μελέτη καρδιας doppler και μετρήθηκαν η σχέση Ε/Α διαμιτροειδικής ροής και το κλάσμα εξωθήσεως (ΚΕ) αριστεράς κοιλίας. Η συσχέτιση μεταξύ όλων των παραμέτρων, έγινε κατά Pearson correlation.

Αποτελέσματα: Πίνακας 1

1. Συσχέτιση δεικτών παχυσαρκίας με λειτουργικές παραμέτρους αριστεράς κοιλίας κατά Pearson, υπερτασικών ασθενών.

	ΔΜΣ (gr/m²)	ΔΜΓ	ΔΜΥ	ΚΕ
(%)	r=-0,050	r=-0,052	r=-0,036	
	p= 0,004	p=0,023	NS	
E/A	r=-0,063	r=0,02	r=-0,0136	
	P=0,001	NS	p<0,001	

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος, ΔΜΓ: δείκτης περιμέτρου μέσης/γοφών, ΔΜΥ: δείκτης περιμέτρου μέσης/ύψος, ΚΕ: κλάσμα εξωθήσεως, Ε/Α: πρωτο-τελοδιαστολική μιτροειδική ροή. Συμπέρασμα: Από τους δείκτες παχυσαρκίας, ο δείκτης μάζας σώματος έχει την πιο σταθερή αρνητική σημαντική συσχέτιση με την λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας σε υπερτασικούς ασθενείς

AA028|De novo postpartum preeclampsia 48 ώρες μετά τον τοκετό σε πρωτότοκο γυναίκα χωρίς προϋπάρχον ιστορικό υπέρτασης.

Ε. Παπουτσάκη[1], Σ. Πατραμάνη[2], Μ.Στρατινάκη[3], Μ. Μαμαλουκάκη[2], Κ. Κεραμιδά[4]

[1]ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ , [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Εισαγωγή – Σκοπός Η προεκλαμψία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Αν και συνήθως εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της κύησης, μπορεί να εμφανιστεί και μετά τον τοκετό (postpartum preeclampsia), ακόμη και σε γυναίκες χωρίς υπερτασική νόσο κατά την εγκυμοσύνη. Η έγκαιρη αναγνώριση και η κατάλληλη αντιυπερτασική θεραπεία είναι απαραίτητες για την πρόληψη σοβαρών επιπλοκών. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού postpartum προεκλαμψίας σε γυναίκα χωρίς γνωστούς παράγοντες κινδύνου και η ανάδειξη της σημασίας της διεπιστημονικής συνεργασίας στη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Υλικά Μέθοδος Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας 34 ετών, πρωτοτόκου,με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και φυσιολογική πορεία της κύησης. Σαράντα οκτώ ώρες μετά τον τοκετό εμφάνισε αρτηριακή πίεση 160/110 mmHg. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε λευκωματουρία και ήπια αύξηση των ηπατικών ενζύμων, συμβατά με διάγνωση postpartum προεκλαμψίας. Αρχικά αντιμετωπίστηκε από τον ιδιώτη μαιευτήρα-γυναικολόγο με αμλοδιπίνη, χωρίς ικανοποιητικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Στη συνέχεια παραπέμφθηκε για καρδιολογική εκτίμηση, όπου προστέθηκε λαβεταλόλη στην αγωγή και πραγματοποιήθηκε στενή κλινική και αιμοδυναμική παρακολούθηση. Αποτελέσματα Μετά την προσθήκη λαβεταλόλης επιτεύχθηκε σταδιακή ομαλοποίηση της αρτηριακής πίεσης. Η ασθενής δεν παρουσίασε περαιτέρω επιπλοκές, ενώ κατά την παρακολούθηση παρατηρήθηκε σταδιακή υποχώρηση της λευκωματουρίας και αποκατάσταση των ηπατικών ενζύμων. Συμπεράσματα : Η postpartum προεκλαμψία αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε γυναίκες χωρίς υπερτασική νόσο κατά την κύηση. Η εμφάνιση νέας σοβαρής υπέρτασης μετά τον τοκετό σε συνδυασμό με λευκωματουρία ή/και δυσλειτουργία οργάνων θα πρέπει να εγείρει άμεσα την υποψία της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση, η κατάλληλη αντιυπερτασική αγωγή και η συνεργασία μαιευτήρα-γυναικολόγου και καρδιολόγου είναι καθοριστικές για την πρόληψη σοβαρών μητρικών επιπλοκών.

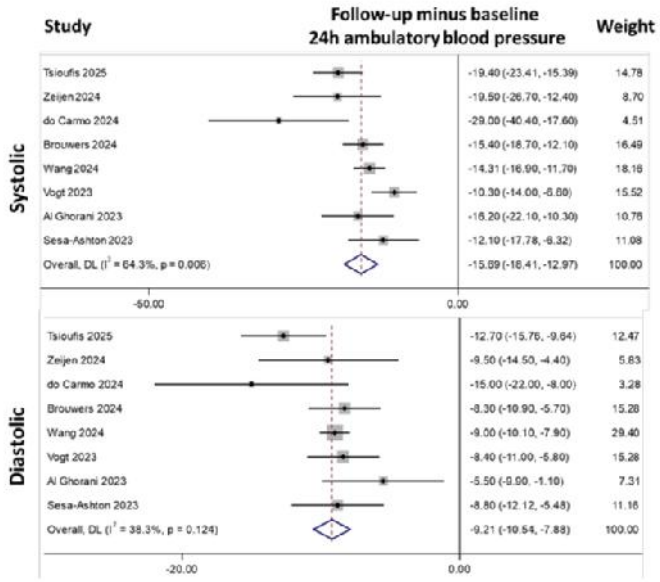
AA029|Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα 9 ετών παρακολούθησης μετά από συμπαθητική νεφρική απονεύρωση: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Κ. Κυριακούλης[1], Σ. ΣουλαΙδόπουλος[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ. Δ.ημητριάδης[1], Φ. Τατάκης[1], Μ. Σταθουλοπούλου[1], Κ. Πλατανιάς[1], Κ. Παπαδομαρκάκη[1], Π. Ηλιάκης[1], Α. Βάκκα[1], Α. Κασιακόγιας[1], Α. Κορδαλής[1], Β. Παπαδημητρίου[1], Κ Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός Η συμπαθητική νεφρική απονεύρωση (renal denervation, RDN) είναι η πρώτη επεμβατική μέθοδος για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) που έχει λάβει επίσημη ένδειξη σε σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες από το 2023. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και σύνθεση των σχετικών δεδομένων αναφορικά με την μακροπρόθεσμη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της RDN. Υλικό και Μέθοδος Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (PubMed) για τον εντοπισμό μελετών που αναφέρουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της RDN πέραν των 3 ετών παρακολούθησης. Βασικό καταληκτικό σημείο ενδιαφέροντος ήταν η μέση μείωση της 24ωρης αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Δευτερογενές καταληκτικό σημείο ενδιαφέροντος ήταν η μέση μείωση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Αποτελέσματα Οκτώ μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Οι περισσότερες μελέτες διεξήχθησαν στην Ευρώπη, μία στη Βραζιλία, μία στην Κίνα και μία στην Αυστραλία. Η διάρκεια παρακολούθησης κυμαινόταν από 5 έως 10 έτη. Μετα-ανάλυση 8 μελετών (N=384, σταθμισμένη μέση ηλικία 61 έτη, 66% άνδρες) ανέδειξε συγκεντρωτική μείωση της συστολικής και διαστολικής 24ωρης ΑΠ κατά -15.7 mmHg (-18.4, -13.0) και -9.2 mmHg (-10.5, -7.9), αντίστοιχα, σε διάστημα παρακολούθησης 8.7 ετών (Γράφημα). Μετα-ανάλυση 5 μελετών (N=187, σταθμισμένη μέση ηλικία 64 έτη, 66% άνδρες) ανέδειξε συγκεντρωτική μείωση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης κατά -8.9 ml/min/1,73m2 (-11.1, -6.7) σε διάστημα παρακολούθησης 8.5 ετών. Συμπεράσματα Δεδομένα οκτώ μελετών με μέση διάρκεια παρακολούθησης περίπου 9 έτη ανέδειξαν την μακροπρόθεσμη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της RDN για την επεμβατική αντιμετώπιση της ΑΥ.

Γράφημα. Μετα-ανάλυση μελετών με μέση διάρκεια παρακολούθησης περίπου 9 έτη σχετικά με την μακροπρόθεσμη μείωση της συστολικής/διαστολικής 24ωρης ΑΠ.



ΑΑ030|Συγχρονική καταγραφή υπερήλικων ασθενών με αρτηριακή υπέρταση που διαμένουν στην κοινότητα: αποτελέσματα ενός έτους

Α. Βάκκα[1], Κ. Κυριακούλης[1], Ε. Καλλιακούδα[1], Γ. Παπαδόπουλος[1], Ε. Πασχαλινόπουλος[1], Ά.Χασικίδη[1], Α. Κωτσοβέλου[1], Ε. Λεοντή[1], Δ.Σουρέλλη[1], Φ. Τατάκης[1], Μ. Σταθουλοπούλου[1], Σ. Δρογκάρης[1], Α.Δαμιανάκη[1], Δ. Κωνσταντινίδης[1], Κ Τσιούφης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών υπερήλικων ασθενών με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) που διαμένουν στην κοινότητα, για τους οποίους υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα στην Ελλάδα. Μέθοδοι: Μονοκεντρική συγχρονική μελέτη καταγραφής υπερτασικών ασθενών άνω των 80 ετών που προσήλθαν για τακτικό έλεγχο σε εξειδικευμένο στην ΑΥ ιατρείο νοσοκομείου (04/2025-04/2026). Έγινε καταγραφή των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) ιατρείου σε καθιστή και όρθια θέση στο πρώτο και τρίτο λεπτό, του επιπέδου ευθραυστότητας με την κλίμακα Clinical Frailty Score (CFS) και της καρωτιδομηριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (cfPWV) με το Sphygmocor XCEL. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 178 ασθενείς (μέση ηλικία 83,6±3,6 έτη, 50% γυναίκες, δείκτης μάζας σώματος 26,9±4,4 kg/m2, μέση ΑΠ ιατρείου 132±20/70±11 mmHg, 95% υπό θεραπεία, μέσος αριθμός αντιυπερτασικών φαρμάκων 2,8±1,5, 47% συνδυαστική θεραπεία). Τα ποσοστά των ασθενών ανά επίπεδο συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Μεταξύ των ασθενών με ΣΑΠ≥140 mmHg, το 94% είχε μεμονωμένη συστολική υπέρταση. Πίεση σφυγμού ≥60mmHg παρατηρήθηκε στο 50% των ασθενών, ενώ διαβραχιόνια διαφορά ΑΠ ≥10mmHg παρατηρήθηκε στο 25%. Ορθοστατική υπόταση και ορθοστατική υπέρταση ανιχνεύθηκαν στο 5% και 20% των ασθενών, αντίστοιχα.Οι μέσες τιμές cfPWV ήταν 11,8±1,7 m/s σε ασθενείς με ΣΑΠ≤120mmHg, 12,2±2,5 m/s σε ασθενείς με ΣΑΠ 120-140mmHg και 14,3±2,5 m/s σε ασθενείς με ΣΑΠ≥140mmHg.Ως προς την ευθραυστότητα, το 68% είχε διατηρημένη λειτουργική κατάσταση (κατηγορίες CFS 1-3), το 26% είχε πτώση της λειτουργικής κατάστασης με διατήρηση αυτονομίας (CFS 4-5) και το 6% είχε σοβαρή απώλεια λειτουργικότητας και αυτονομίας (CFS 6-7). Συμπεράσματα Οι υπερήλικες υπερτασικοί ασθενείς που διαμένουν στην κοινότητα εμφανίζουν υψηλή ετερογένεια στα επίπεδα ΑΠ ιατρείου και ευθραυστότητας μεταξύ τους. Παρατηρείται υψηλός επιπολασμός ορθοστατικών διαταραχών της ΑΠ, διαβραχιόνιου διαφοράς ΣΑΠ και αρτηριακής σκληρίας. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της ολοκληρωμένης αξιολόγησης της ΑΠ στους υπερήλικες ασθενείς - συμπεριλαμβανομένων των μετρήσεων ΑΠ στα δύο άνω άκρα και σε όρθια θέση.

Επίπεδα ΣΑΠ (mmHg)	Ποσοστό ασθενών
≤120	31%
120-129	17%
130-139	22%
140-159	21%
≥160	9%

AA031|Attended and Unattended Blood Pressure Measurements: Associations with Morning Surge, Nocturnal Dipping, and Inotropic Response in Treadmill Exercise Testing

N. Karaminas[1], K. Tsioufis [2], D. Tsiachris[1], D. Tousoulis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background & Aim: This study compared attended and unattended blood pressure measurements, examined the relationships between blood pressure levels and nocturnal dipping, morning surge, and peak inotropic systolic pressure, and examined the relationships between demographic and biochemical parameters and attended diastolic and systolic blood pressure.Materials & Methods: To evaluate independent relationships between attending diastolic and systolic blood pressure and demographic and biochemical variables, multivariable linear regression models were used. To assess the differences between attended and unattended assessments, paired comparisons were conducted. Spearman correlation coefficients were used to examine associations with peak inotropic pressure, morning surge, and nocturnal dipping. Results: In the basic model, body mass index showed a borderline positive connection (β = 0.42 mmHg/unit, p = 0.057; adjusted R2 = 0.03) with body mass index, but attending diastolic blood pressure did not substantially correlate with either age or sex. The model became statistically significant (adjusted R2 = 0.39, p < 0.001) once hematological and biochemical characteristics were added. While platelets, glucose, and urea displayed inverse relationships, potassium, triglycerides, creatinine clearance, and albumin all displayed independent positive connections. In the basic model, male sex (adjusted R2 = 0.12, p = 0.003) and age (β ≈ 0.43 mmHg/year, p = 0.005) were significant predictors for attending systolic blood pressure. Predictive performance was not significantly enhanced by extended models that included hematological characteristics. Morning surge, on the other hand, consistently correlated positively with both attended and unattended blood pressure, with the link being greater for systolic values (ρ up to 0.36, p < 0.001). There was a moderate correlation between peak inotropic systolic blood pressure and both attended (ρ = 0.34) and unattended (ρ = 0.39, p < 0.001) systolic blood pressure. Conclusions: These results show the existence of a white-coat effect in systolic blood pressure, highlight different factors influencing diastolic and systolic blood pressure, and emphasize the significance of morning surge and inotropic reserve in total hemodynamic burden.

AA032|Αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα και συνυπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο

Γ. Κιόσης[1], Κ. Σκουρτσίδης[1], Ι. Ογρότης[2], Α. Κεραμάς[1], Χ. Κακδέρης[1], Σ. Δάιος[1], Α. Παγιάντζα[1], Κ. Θεοδωρόπουλος[1], Α. Κουπαράνης[1], Β. Καμπερίδης[1], Α. Ζιάκας[1], Σ. Λιονάκη[2], Θ. Καραμήτσος[3], Μ. Διδάγγελος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα (ΧΣΣ) και χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Ωστόσο, η συνύπαρξη προχωρημένης νεφρικής δυσλειτουργίας συχνά περιορίζει τη χρήση φαρμάκων με αποδεδειγμένο όφελος. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των προτύπων αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής σε υπερτασικούς ασθενείς με ΧΣΣ και ΧΝΝ στην καθημερινή κλινική πρακτική. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή 103 ασθενών με ΧΣΣ και συνυπάρχουσα ΧΝΝ σταδίου 3a-5. Από το σύνολο των 103 ασθενών με ΧΣΣ και ΧΝΝ, οι 89 (86,4%) έφεραν διάγνωση αρτηριακής

υπέρτασης και αποτέλεσαν τον πληθυσμό της παρούσας ανάλυσης.Αποτελέσματα: Δεκατρείς ασθενείς (14,6%) βρίσκονταν στο στάδιο 3a ΧΝΝ, 12 (13,5%) στο στάδιο 3b, 9 (10,1%) στο στάδιο 4 και 55 (61,8%) στο στάδιο 5. Οι συχνότερα χορηγούμενες κατηγορίες φαρμάκων ήταν οι β-αναστολείς (73/89, 82,0%), ακολουθούμενοι από τους διυδροπυριδινικούς ανταγωνιστές ασβεστίου (45/89, 50,6%), τους ανταγωνιστές των υποδοχέων αγγειοτενσίνης ΙΙ (27/89, 30,3%), τους ανταγωνιστές υποδοχέων αλατοκορτικοειδών (13/89, 14,6%), τους ανταγωνιστές του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (6/89, 6,7%), τους μη διυδροπυριδινικούς ανταγωνιστές ασβεστίου (3/89, 3,4%) και τους αναστολείς αγγειοτενσίνης-νεπριλυσίνης (1/89, 1,1%).Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των υπερτασικών ασθενών με ΧΣΣ παρουσίαζε προχωρημένη ΧΝΝ (στάδια 4-5), γεγονός που φαίνεται να επηρέασε καθοριστικά τις θεραπευτικές επιλογές. Η πολύ υψηλή χρήση β-αναστολέων αντανακλά τον κεντρικό τους ρόλο στη συμπτωματική αντιμετώπιση και τη δευτερογενή πρόληψη των ασθενών με ΧΣΣ. Παράλληλα, η συχνή χορήγηση διυδροπυριδινικών ανταγωνιστών ασβεστίου πιθανόν σχετίζεται με την αποτελεσματική μείωση της αρτηριακής πίεσης και το ταυτόχρονο αντιστηθαγχικό όφελος, χωρίς επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ή αύξηση του κινδύνου υπερκαλιαιμίας. Αντίθετα, η σχετικά περιορισμένη χρήση αναστολέων του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης και ανταγωνιστών αλατοκορτικοειδών, παρά το τεκμηριωμένο καρδιονεφρικό όφελός τους, πιθανόν αντανακλά την επικράτηση ασθενών με προχωρημένη ΧΝΝ, στους οποίους ο κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και περαιτέρω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας συχνά περιορίζει την εφαρμογή τους. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι στην κλινική πράξη η βαρύτητα της νεφρικής νόσου αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιλογή της αντιυπερτασικής θεραπείας σε ασθενείς με ΧΣΣ.

AA033|Statins cholesterol lowering activity and diverse risk concentration toxicity. A Mathematical model of the effect of statin pleotropic properties

I. Mamarelis[1], C. Mamareli[2], E. Mylonas[3], J. Anastassopoulou[2], M. Filippakis[3], Th. Theophanides[2]

[1]401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Athens Institute for Education and Research, [3]University of Piraeus

Background/Aim: Statins are used widely for cholesterol lowering. Besides the benefits statins induce side effects, such as myopathy, but the mechanism that has not yet been elucidated. Based on statins pleotropic properties, the aim of the present research is to create a mathematical simulation model to approach the threshold value of toxic statins reversible concentration. Patients and Methods: The Fifteen calcified coronary artery biopsies from non-diabetic hyperlipidaemic patients treated with statins were analysed by FTIR spectroscopy. An advanced modified model using Fractional Order Calculus and molecular dynamics was developed to estimate the concentration effect of statins on patients.Results: The important FTIR spectral band at 1744 cm-1, attributed to vCHO of malondialdehydes, resulted from lipid peroxidation upon redox modifications caused by oxidative stress and inflammation during atheromatic plaque progression. Statins due to their pleotropic properties by lowering LDL decrease also the inflammations. By using a mathematical equations set based on Fractional Order Calculus and Caputo Fractional Operator (Figure1) we developed an advanced model to describe the dynamic behaviour of statins concentration. The model demonstrated that by increasing the statin concentration lipid peroxidation decreases leading to reduction of LDL (Figure 2). By increasing further, the statin concentration the model provided the critical which explains the toxic effects (Figure 2-Curve4). This reverse point leads to the conclusion that higher concentration of statins affect the metabolism of LDL, increasing the risk factor for complicated events. Conclusions: The developed mathematical simulation model based on the energy of the produced malondialdehyde functional groups provided the concentration pathways of statins on inhibition of LDL formation due to oxidative stress. The mathematical model indicated that the controversary beneficial and harmful actions of statins were found to be dependent on critical statin concentration, due to their pleotropic properties.

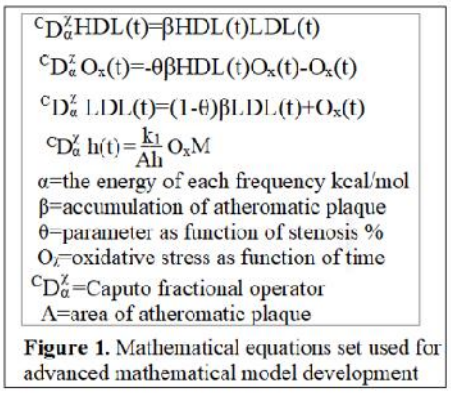


Figure 1. Mathematical equations set used for advanced mathematical model development

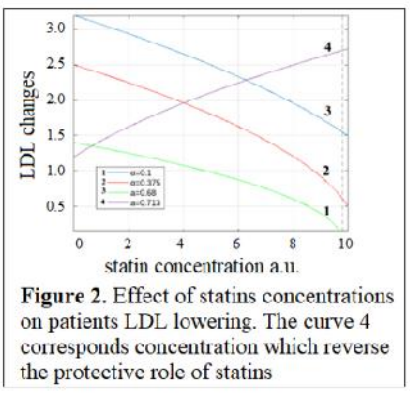


Figure 2. Effect of statins concentrations on patients LDL lowering. The curve 4 corresponds concentration which reverse the protective role of statins

Βασική έρευνα καρδιαγγειακού συστήματος I / Basic Research I

Πρόεδροι: **Ν. Ανουσάκης-Βλαχοχρήστου** (Αθήνα), **Δ. Ηλιόπουλος** (Αθήνα)
Chairpersons: **N. Anousakis -Vlachochristou** (Athens)**, D. Iliopoulos** (Athens)

ΑΑ034|Μελέτη του σαρκομεριδίου στην υπερτροφική καρδιομυοπάθεια με χρήση μικροσκοπίας παραγωγής δεύτερης αρμονικής

Ε. Καμπανιέρης[1], **Κ. Φραγκιαδάκης[1]**, Ι. Κοπιδάκης[1], Ο. Μαληκίδης[1], Ν. Πρόγιου[1], Ε. Σημαντηράκης[1], Μ. Μαρκέτου[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή :Η μικροσκοπία δεύτερης αρμονικής (Second Harmonic Generation - SHG) είναι μια πολλά υποσχόμενη τεχνική απεικόνισης χωρίς σήμανση (label-free) στην καρδιολογία, η οποία οπτικοποιεί ειδικά τα παχιά νημάτια μυοσίνης εντός των σαρκομεριδίων. Οι δομικές ανωμαλίες που επηρεάζουν τα σαρκομερίδια είναι συχνές σε παθήσεις του καρδιακού μυός, γενετικές ή επίκτητες, και η έγκαιρη αναγνώρισή τους είναι κρίσιμη για τη διάγνωση και τη διαχείριση. Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM), μια πρωτοπαθής γενετική μυοκαρδιοπάθεια που προκαλείται από μεταλλάξεις σαρκομεριδικών γονιδίων, διαταράσσει τη δομή και τη λειτουργία του σαρκομεριδίου. Η κατανόηση αυτών των παθολογικών αλλοιώσεων μέσω της μικροσκοπίας SHG θα μπορούσε να βελτιώσει τη μελλοντική διαχείριση της HCM και να μειώσει τις δυσμενείς εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας και του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Σκοπός: Η μελέτη του μήκους του σαρκομεριδίου, του βαθμού κυματισμού (undulation) και του συντελεστή ελιγμού της μυικής ίνας (sinuosity) σε νεκροτομικά δείγματα μυοκαρδίου από ασθενείς με HCM. Υλικά/Μέθοδοι: Μεταθανάτια δείγματα μυοκαρδίου από την αριστερή κοιλία ασθενών με HCM συγκρίθηκαν με δείγματα από άτομα αντίστοιχης ηλικίας που είχαν μορφολογικά φυσιολογική καρδιά. Τα δείγματα οπτικοποιήθηκαν κάτω από ένα μη γραμμικό μικροσκόπιο λέιζερ χρησιμοποιώντας απεικόνιση SHG. Αποτελέσματα: Διαπιστώσαμε ότι το μήκος του σαρκομεριδίου ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στην HCM σε σύγκριση με τις υγιείς καρδιές (1.796 ± 0.108 μm έναντι 1.710 ± 0.190 μm, p=0.027). Επιπλέον, ο συντελεστής ελιγμού (undulation) στις ίνες μυοσίνης ήταν σημαντικά μειωμένος στην HCM (0.139 ± 0.237 έναντι 0.319 ± 0.448, p=0.041). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο συντελεστή ελιγμού της μυικής ίνας (sinuosity) μεταξύ των δύο ομάδων (p=0.135).Συμπεράσματα Αυτός ο πολυδιάστατος χαρακτηρισμός των σαρκομεριδικών ανωμαλιών ενισχύει τη μηχανιστική κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι γενετικές μεταλλάξεις αναδιαμορφώνουν τη δομή και τη λειτουργία του σαρκομεριδίου στην HCM. Η μελέτη μας προχωρά το πεδίο μεταφέροντας τεχνικές απεικόνισης αιχμής σε ανθρώπινο ιστό μυοκαρδιοπάθειας, ποσοτικοποιώντας νέους δομικούς βιοδείκτες και ανοίγοντας δρόμους για διαγνωστικές και θεραπευτικές στρατηγικές προσαρμοσμένες σε παθολογίες επιπέδου σαρκομεριδίου στην HCM.

ΑΑ035|Επίδραση της βιταμίνης Κ2 στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της αορτικής βαλβίδας: αποτελέσματα τυχαιοποιημένης διπλά τυφλής μελέτης

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Ν. Τσιάμης[2], S. Masuda[3], Γ. Ματθαιόπουλος[4], Σ. Κωτούλας[5], Δ. Αφενδούλης[6], Χρ. Τούντας[2], Δ. Νικητόπουλος[4], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[4], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[1], Κ.Τούτουζας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan*, *[4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*,

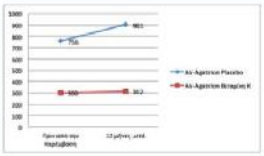
Εισαγωγή/Σκοπός: Η ασβεστοποιός αορτική στένωση αποτελεί τη συχνότερη βαλβιδική νόσο στις ανεπτυγμένες χώρες και χαρακτηρίζεται από προοδευτική ασβεστοποίηση των γλωχίνων της αορτικής βαλβίδας. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της, καμία φαρμακευτική θεραπεία δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην επιβράδυνση της εξέλιξής της. Η βιταμίνη Κ2 συμμετέχει στην ενεργοποίηση ενδογενών αναστολέων της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης, κυρίως μέσω της γ-καρβοξυλίωσης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί εάν η χορήγηση βιταμίνης Κ2, ως μενακινόνη-7, μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της ασβεστοποίησης της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση, οριζόμενη ως AVA> cm^2 και μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2, μενακινόνης-7, σε δόση 360 μg ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό στην αρχική επίσκεψη και στους 12 μήνες. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η μεταβολή του

φορτίου ασβεστίου της αορτικής βαλβίδας. (AV Agatston score)Αποτελέσματα: Συνολικά 93 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν, εκ των οποίων 48 έλαβαν βιταμίνη Κ2 και 45 εικονικό φάρμακο. Τα βασικά δημογραφικά, κλινικά, εργαστηριακά και υπερηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των δύο ομάδων. Μετά από 12 μήνες, η αύξηση του AV-Agatston score ήταν αριθμητικά μικρότερη στην ομάδα της βιταμίνης Κ2. Συγκεκριμένα, στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου αυξήθηκε κατά 145 μονάδες, από 756 ± 2053 σε 901 ± 2315, ενώ στην ομάδα της βιταμίνης Κ2 αυξήθηκε κατά 12 μονάδες, από 300 ± 464 σε 312 ± 505. Ωστόσο, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (p = 0,772).Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας, η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες συσχετίστηκε με αριθμητικά μικρότερη εξέλιξη της ασβεστοποίησης της αορτικής βαλβίδας, παρά το σύντομο χρονικό διάστημα, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Μεγαλύτερες μελέτες με μεγαλύτερη διάρκεια παρακολούθησης απαιτούνται για την περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου της βιταμίνης Κ2 στην εξέλιξη της βαλβιδικής ασβεστοποίησης.

1. Μεταβολές στο φορτίο ασβεστίου στον χρόνο στις δύο ομάδες.

	Placebo (n=45)		Βιταμίνη Κ (n=48)		P-value*
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	0,772
Πριν από την παρέμβαση	756	2053	300	464	
12 μήνες μετά	901	2315	312	505	
Διαφορά	145		12		

2. Μεταβολές στο φορτίο ασβεστίου στον χρόνο στις δύο ομάδες.



AA036|Βαρύτητα και φαινότυπος των διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων: προκαταρκτικά δεδομένα της μελέτης SLEEP-VALVE

Α. Πλαΐτης[1], Κ. Δημητριάδης[2], Ν. Πυρπυρής[2], Α. Κουλουριώτης[2], Κ. Νταλέκου[3], Ε. Δρη[2], Π. Θεοφίλης[2], Π. Τσιούφης[2], Κ. Βαφειάδης[4], Κ. Χολίδου[4], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[3], Γ. Γαβριελάτος[3], Ν. Πατσουράκος[3], Κ. Αζναουρίδης[2], Γ.Τρακάδα[5], Κ Τσιούφης[6]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[6]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο αποτελούν συχνό συνυπάρχον νόσημα στους ασθενείς με δομικές καρδιοπάθειες. Ωστόσο, η κατανομή της βαρύτητας και ο επικρατών φαινότυπος των αναπνευστικών διαταραχών σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της βαρύτητας και του φαινοτύπου των διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο στους πρώτους ασθενείς της μελέτης SLEEP-VALVE (ClinicalTrials.gov ID: NCT07520656). Υλικό και ΜέθοδοςΗ SLEEP-VALVE είναι μία προοπτική μελέτη παρατήρησης που διερευνά τις διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) ή διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας με τεχνική edge-to-edge (M-TEER). Όλοι οι ασθενείς υποβάλλονται σε μελέτη ύπνου με τη μέθοδο της πλήρους πολυυπνογραφίας πριν από την επέμβαση. Στην παρούσα προκαταρκτική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν οι πρώτοι εννέα διαδοχικά ενταγμένοι ασθενείς. Η βαρύτητα των διαταραχών της αναπνοής αξιολογήθηκε βάσει του δείκτη άπνοιας-υπόπνοιας (AHI), ενώ ο φαινότυπος των αναπνευστικών επεισοδίων εκτιμήθηκε από την αναλογία αποφρακτικών και κεντρικών επεισοδίων. Αποτελέσματα: Από τους εννέα ασθενείς, δύο (22,2%) δεν εμφάνιζαν διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο (AHI <5 επεισόδια/ώρα), δύο (22,2%) παρουσίαζαν ήπια βαρύτητα, τρεις (33,3%) μέτρια βαρύτητα και δύο (22,2%) σοβαρή βαρύτητα διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο. Ο μέσος δείκτης AHI ήταν 16,0 επεισόδια/ώρα, ενώ ο μέσος δείκτης αποκορεσμών οξυγόνου (ODI) ήταν 15,1 επεισόδια/ώρα. Ο μέσος νυχτερινός κορεσμός οξυγόνου ήταν 92,4%, με μέσο ελάχιστο κορεσμό 86,2%. Σε όλους τους ασθενείς παρατηρήθηκε υπεροχή των αποφρακτικών έναντι των κεντρικών αναπνευστικών επεισοδίων. Συμπεράσματα Τα προκαταρκτικά δεδομένα της μελέτης SLEEP-VALVE υποστηρίζουν ότι η πλειονότητα των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων παρουσιάζει τουλάχιστον μέτρια βαρύτητα διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο, ενώ ο επικρατών αναπνευστικός φαινότυπος είναι ο αποφρακτικός. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία της προεπεμβατικής ανίχνευσης των διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο και θα διερευνηθούν περαιτέρω μετά την ολοκλήρωση της παρακολούθησης (follow-up) της μελέτης.

Ασθενής	AHI	CAI	OAI	Mean SpO2	Min SpO2	ODI
001	0,3	0	0,3	94	94	0
002	19	3,5	15,5	96	91	15,3
003	39	0,4	27,7	97	89	25
004	5	0	5	93	86	5,9
005	18	0	18	89	84	18,1
006	33	0,3	4,6	90	81	34
007	17	0	5,6	93	86	17,4
008	4,3	0	2,7	92	86	2,1
009	8	4	33	88	79	18

ΑΑ037|Φαινότυποι καρδιακού ρυθμού ως προγνωστικοί δείκτες στην οξεία πνευμονική εμβολή: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Α. Σαπλαούρας[1], Σ. Κοσκινά[2], Π. Τσαπλαρής[2], Π. Μιλιλής[2], Ο. Καρίκη[1], Α. Μακρής[1], Σ. Οικονόμου[2], Θ. Εφραιμίδης[1], Κ. Λέτσας[2], Μ.Εφραιμίδης[1]

[1]Ωνάσειο Νοσοκομείο, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογικών Μελετών και Βηματοδότησης., [2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι καρδιακές αρρυθμίες παρατηρούνται συχνά στην οξεία πνευμονική εμβολή, όμως η προγνωστική σημασία τους δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της κολπικής μαρμαρυγής, η διερεύνηση της συσχέτισής της με τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη θνητότητα και η συνοπτική αξιολόγηση των λοιπών ταχυαρρυθμιών, των αρχικών ρυθμών καρδιακής ανακοπής και της θρομβόλυσης σε ανακοπή σχετιζόμενη με πνευμονική εμβολή. Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις PubMed/MEDLINE, EMBASE και Web of Science έως τις 31 Μαΐου 2026. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες κοόρτης και μητρώα ενηλίκων με επιβεβαιωμένη οξεία πνευμονική εμβολή. Ο επιπολασμός συνδυάστηκε με μετασχηματισμό Freeman–Tukey και μοντέλα τυχαιοποιημένων επιδράσεων, ενώ οι συσχετίσεις με τη θνητότητα αναλύθηκαν με συνδυασμό λόγων πιθανοτήτων. Οι ετερογενείς εκβάσεις συντέθηκαν αφηγηματικά. Ακολουθήθηκαν οι οδηγίες PRISMA 2020.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 19 μελέτες με συνολικά 1.355.456 ασθενείς. Ο συνδυασμένος επιπολασμός της κολπικής μαρμαρυγής ήταν 13,3% (95% confidence interval [CI]: 12,3%–14,3%, I^2=98,6%). Η κολπική μαρμαρυγή συσχετίστηκε με αυξημένη ενδονοσοκομειακή ή βραχυπρόθεσμη θνητότητα (προσαρμοσμένος λόγος πιθανοτήτων: 1,67, 95% CI: 1,51–1,84, I^2=30,9%). Τα δεδομένα για τη μακροπρόθεσμη θνητότητα ήταν περιορισμένα και ετερογενή. Η φλεβοκομβική ταχυκαρδία και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία συσχετίστηκαν με πρώιμη κλινική επιδείνωση σε δύο μελέτες. Στην καρδιακή ανακοπή επικράτησαν οι μη απινιδώσιμοι ρυθμοί, ενώ η θρομβόλυση φάνηκε να σχετίζεται περισσότερο με επάνοδο αυτόματης κυκλοφορίας παρά με επιβίωση έως την έξοδο.Συμπεράσματα: Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί τον καλύτερα τεκμηριωμένο αρρυθμιολογικό προγνωστικό δείκτη στην οξεία πνευμονική εμβολή και σχετίζεται σταθερά με αυξημένη βραχυπρόθεσμη θνητότητα. Οι υπόλοιποι ρυθμοί μπορεί να παρέχουν συμπληρωματικές κλινικές πληροφορίες, αλλά απαιτούνται προοπτικές μελέτες με τυποποιημένη καταγραφή και διάκριση της προϋπάρχουσας από τη νεοεμφανιζόμενη κολπική μαρμαρυγή.

ΑΑ038|Η εμπαγλιφλοζίνη βελτιώνει την αρτηριακή σκληρία, τον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα και τη μυοκαρδιακή παραμόρφωση μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI): μελέτη παρακολούθησης 3 μηνών

Ι. Θυμής[1], Γ. Γεωργιόπουλος[1], Ι. Θεοδοσόπουλος[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Γ. Παυλίδης[1], Ε. Γατουρτζίδου[1], Δ. Βλαχομήτρος[1], Δ. Κουράσης[2], Γ. Κωστέλλη[1], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Γ.Ν.Θ. ΄΄ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ΄ ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT2i) έχουν χορηγηθεί πρόσφατα με αποτελεσματικότητα στην οξεία φάση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε τις επιδράσεις της εμπαγλιφλοζίνης στις ελαστικές ιδιότητες του αρτηριακού τοιχώματος, στο πάχος του ενδοθηλιακού

γλυκοκάλυκα και στη μυοκαρδιακή παραμόρφωση σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος (STEMI).Υλικό και Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Μονάδα για STEMI. Στους ασθενείς χορηγήθηκε εμπαγλιφλοζίνη 10 mg ως προσθήκη στην καθιερωμένη θεραπεία κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο λόγω συνύπαρξης ΣΔ2 ή ασθενείς χωρίς ΣΔ2 ένα μήνα μετά τη νοσηλεία λόγω ανεύρεσης κλάσματος εξώθησης αριστεράς κοιλίας<0%. Συμπεριλάβαμε μια ομάδα ελέγχου ασθενών με STEMI παρόμοιας ηλικίας, φύλου και παραγόντων κινδύνου μέσω propensity score matching σε αναλογία 1:1, οι οποίοι έλαβαν την καθιερωμένη θεραπεία. Κατά την ένταξη και στους 3 μήνες μετρήσαμε: α) το perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων τριχοειδών με διάμετρο αυλού από 4 έως 25 μm, ως δείκτη ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα β) την καρωτίδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV-Complior SPALAM), γ) τη συστολική αρτηριακή πίεση (SBP) και δ) την Επιμήκη Μυοκαρδιακή Παραμόρφωση της Αριστερής Κοιλίας (LVGLS) μέσω υπερηχοκαρδιογραφήματος, ως δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης.Αποτελέσματα: Συνολικά εντάχθηκαν (n=80) συμμετέχοντες, ηλικίας 56±9 ετών, εκ των οποίων 61/80 (76,25%) ήταν άνδρες. Από αυτούς, (n=40) έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη και (n=40) λειτούργησαν ως ομάδα ελέγχου. 32/80 (40%) ήταν καπνιστές, 28/80(35%) είχαν υπερλιπιδαιμία και 40/80 (50%) υπέρταση. Οι αρχικές τιμές των PBR4-25, PWV, SBP, LVGLS και LVEF δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων (p>0,05). Στους 3 μήνες η εμπαγλιφλοζίνη οδήγησε σε μεγαλύτερη βελτίωση των PBR4-25, PWV και LVGLS έναντι της ομάδας ελέγχου (PBR4-25: -8,40% vs 7,92% αντίστοιχα, p=0,010; PWV: -6,10% vs 12,30% αντίστοιχα, p=0,004; LVGLS: 9,90% vs -1,85% αντίστοιχα, p=0,006) (Πίνακας). Η ποσοστιαία μεταβολή του PWV συσχετίστηκε με την αντίστοιχη του LVGLS (r=-0,581, p=0,001). Συμπέρασμα: Ασθενείς μετά από STEMI που έλαβαν θεραπεία με εμπαγλιφλοζίνη για 3 μήνες εμφανίζουν σημαντική βελτίωση της αρτηριακής σκληρίας, της ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και της μυοκαρδιακής παραμόρφωσης.

	Ομάδα Εμπαγλιφλοζίνης (N=40)	Ομάδα ελέγχου (N=40)	p-value
PBR4-25, μm			
Αρχή	2.20 ± 0.30	2.18 ± 0.25	
3 μήνες	1.97 ± 0.24	2.26 ± 0.29	
Δ %	-8.40	7.92	***.010***
PWV, m/sec			
Αρχή	11.03 ± 2.25	11.25 ± 2.20	
3 μήνες	10.22 ± 2.22	12.63± 2.85	
Δ %	-6.10	12.30	***.004***
LV GLS, %			
Αρχή	-17.31± 3.62	-16.17± 4.10	
3 μήνες	-18.95 ± 4.02	-15.59 ± 3.71	
Δ %	9.50	-1.85	***.006***
SBP, mm Hg			
Αρχή	114.46 ± 7.81	115.67 ± 8.02	
3 μήνες	119.61 ± 9.52	120.22 ± 10.11	
Δ %	4.49	3.93	.534
LV EF, %			
Αρχή	55.32 ± 2.97	55.61 ± 2.41	
3 μήνες	56.89 ± 3.09	56.90 ± 3.15	
Δ %	2.83%	2.34%	.658

ΑΑ039|«Συσχέτιση της λιποπρωτεΐνης(a) με τη μυοκαρδιακή λειτουργία, τη στεφανιαία ροή και την ενδοθηλιακή λειτουργία σε άτομα χωρίς έκδηλη καρδιαγγειακή νόσο»

Δ. Κουράσης[1], Ι. Θυμής[2], Γ. Παυλίδης[2], Ι. Θεοδοσόπουλος[2], Ν. Καραμπέτσου[2], Γ. Κωστέλλη[2], Ε. Γατουρτζίδου [2], Σ. Παπαϊωάννου[1], Β. Λαμπαδιάρη[3], Ι. Οικονομίδης[2]

[1]Γ.Ν.Θ. ΄΄ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ΄ ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Π.Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΟΝ Β΄ΠΠΠΚ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η λιποπρωτεΐνη(a) [Lp(a)] συντίθεται στο ήπαρ και αποτελείται από σωματίδια LDL συνδεδεμένα με την απολιποπρωτεΐνη (a). Τα αυξημένα επίπεδα θεωρούνται παράγοντας κινδύνου για την εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των επιπέδων της Lp(a) με δείκτες μυοκαρδιακής λειτουργίας, μυοκαρδιακού έργου, στεφανιαίας εφεδρίας ροής και ενδοθηλιακής λειτουργίας, καθώς και η αξιολόγηση των μεταβολών τους στην εξάμηνη παρακολούθηση. Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν άτομα χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Καταγράφηκε ιατρικό ιστορικό και πραγματοποιήθηκε μέτρηση των επιπέδων της Lp(a). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ρύθμιση καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Κατά την έναρξη και στους 6 μήνες αξιολογήθηκαν: η ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα Perfused Boundary Region (PBR), η ενδοθηλιακή λειτουργία flow-mediated dilation (FMD), η μυοκαρδιακή λειτουργία μέσω του Left Ventricular Global Longitudinal Strain (LV GLS), οι δείκτες μυοκαρδιακού έργου (Global Work Index, Global Constructive Work, Global Wasted Work, Global Work Efficiency) και η στεφανιαία εφεδρεία ροή μέσω του Coronary Flow Reserve (CFR)., Συμπεριλήφθηκε ομάδα ελέγχου αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 112 άτομα, ηλικίας 54±11 ετών, εκ των οποίων 56/112 (50%)

ήταν άνδρες, και 50 άτομα στην ομάδα ελέγχου. Η μέση τιμή της Lp(a) ήταν 270.34±68.45 nmol/l, 45/112 (40%) είχαν υπερλιπιδαιμία, 19/112 (17%) διαβήτη, 38/112 (24%) υπέρταση και 47/112 (42%) ήταν καπνιστές. Οι ασθενείς με αυξημένη Lp(a) παρουσίασαν επηρεασμένες τιμές PBR, LV GLS, GWE, GCW, GWW, CFR και FMD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. (p<0.05). Οι τιμές της Lp(a) συσχετίστηκαν κατά την αρχική μέτρηση με PBR (r: 0545, p= 0.016), LV GLS (r: 0.252, p= 0.038), GWE (r:-0.300, p=0.026), GCW (r: -0.176, p= 0.046), GWW (r: 0.264, p= 0.035), CFR (r: -0.241, p= 0.021) και FMD (r: -0.235, p= 0.031). Κατά την εξάμηνη επανεκτίμηση, μετά από ρύθμιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του CFR (2.30±0.29 vs 2.45±0.30, p= 0.022), LVGLS (-19.07±2.21% vs -20.10±2.35%, p=0.036) και GWE (92.40±4.97% vs 94.50±2.87%)Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της Lp(a) σχετίζονται με διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας, μυοκαρδιακής απόδοσης και στεφανιαίας ροής σε άτομα χωρίς εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Παρά τη βελτίωση μετά από εντατική αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, υψηλότερες τιμές Lp(a) φαίνεται να περιορίζουν τη λειτουργική αποκατάσταση των καρδιαγγειακών παραμέτρων.

	Lp(a) group (n=112)	Control group (N=50)	p-value
PBR4-25 (μm)	2.11± 0.31	2.08±0.30	.042
CFR	2.30± 0.21	2.46±0.19	.015
FMD (%)	6.82±1.68	7.30±1.90	.029
LV GLS (%)	-19.07±2.21	-19.92±2.20	.044
GWE (%)	92.40±4.97	94.98±3.29	.034
GCW (mm Hg)	2193.68±361.02	2305.44±310.56	.033
GWW (mm Hg)	172.54±52.75	160.09±44.67	.041

AA040|Η επίδραση της βιταμίνης Κ2 στην εξέλιξη του συνολικού φορτίου ασβεστίου των βαλβίδων της καρδίας σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας: δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Ν. Τσιάμης[2], S. Masuda[3], Γ. Ματθαιόπουλος[4], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Σ. Κωτούλας[5], Δ. Αφενδούλης[6], Χ. Τούντας[2], Δ Νικητόπουλος[4], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[4], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ Τσιούφης[1], Κ. Τούτουζας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας χαρακτηρίζεται από προοδευτική ασβεστοποίηση των γλωχίνων και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση άλλων καρδιακών δομών. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία που να επιβραδύνει την εξέλιξη της βαλβιδικής ασβεστοποίησης. Η βιταμίνη Κ2 συμμετέχει στην ενεργοποίηση ενδογενών αναστολέων της ασβεστοποίησης, μέσω της γ-καρβοξυλίωσης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της βιταμίνης Κ2, με τη μορφή μενακινόνης-7, στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της αορτικής και της μιτροειδούς βαλβίδας. Υλικό και μέθοδος Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση, οριζόμενη ως AVA> cm² και μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2, μενακινόνης-7,

360 μg ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό στην αρχική επίσκεψη και στους 12 μήνες. Καταληκτικά σημεία ήταν η μεταβολή του φορτίου ασβεστίου της αορτικής (AV-Agatston score) και της μιτροειδούς βαλβίδας. Αποτελέσματα Συνολικά 93 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν, 48 σε βιταμίνη Κ2 και 45 σε εικονικό φάρμακο. Τα βασικά χαρακτηριστικά ήταν συγκρίσιμα. Μετά από 12 μήνες, η αύξηση του AV-Agatston score ήταν αριθμητικά μικρότερη στην ομάδα της βιταμίνης Κ2. Στο εικονικό φάρμακο, το AV-Agatston αυξήθηκε κατά 145 μονάδες, από 756 ± 2053 σε 901 ± 2315, ενώ στη βιταμίνη Κ2 αυξήθηκε κατά 12 μονάδες, από 300 ± 464 σε 312 ± 505, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p = 0,772). Αντίστοιχα, το φορτίο ασβεστίου της μιτροειδούς μειώθηκε στο εικονικό φάρμακο κατά 160 μονάδες, από 883 ± 2618 σε 723 ± 2361, ενώ αυξήθηκε στη βιταμίνη Κ2 κατά 72 μονάδες, από 262 ± 774 σε 334 ± 1145, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p = 0,672). Συμπεράσματα Η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες συσχετίστηκε με αριθμητικά μικρότερη εξέλιξη της ασβεστοποίησης της αορτικής βαλβίδας, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά έναντι του εικονικού φαρμάκου. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε ευεργετική επίδραση στην ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας. Το σύντομο follow-up και η διακύμανση των τιμών αποτελούν παραμέτρους ερμηνείας.



AA041|Ασβεστοποίηση της κατιούσας θωρακικής αορτής σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας: η επίδραση της βιταμίνης Κ2. Δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη

Ε.-Σ. Μαυρουδέας[1], Θ.Θεοδωροπούλου[1], S. Masuda[2], Γ. Ματθαιόπουλος[3], Ν. Τσιάμης[4], Σ. Κωτούλας[5], Δ. Αφενδούλης[6], Κ. Βασιλειαδης[3], Σ. Τσιάμης[1], Ε. Λεπτόπουλος[7], Ν. Καυκάς[3], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[1], Κ.Τούτουζας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή/Σκοπός :Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εκδήλωση εκτεταμένης καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση άλλων αγγειακών δομών, όπως η κατιούσα θωρακική αορτή. Η ασβεστοποίηση της κατιούσας θωρακικής αορτής μπορεί να αντανακλά αυξημένο συνολικό φορτίο ασβεστίου και να σχετίζεται με την εξέλιξη της καρδιαγγειακής νόσου. Η βιταμίνη Κ2 συμμετέχει στην ενεργοποίηση ενδογενών αναστολέων της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης, κυρίως μέσω της γ-καρβοξυλίωσης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein. Σκοπός ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της βιταμίνης Κ2, με τη μορφή μενακινόνης-7, στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της κατιούσας θωρακικής αορτής σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση, οριζόμενη ως AVA> cm^2 και μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2, μενακινόνης-7, σε δόση 360 μg ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό στην αρχική επίσκεψη και στους 12 μήνες, για την εκτίμηση της ασβέστωσης της αορτικής βαλβίδας ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο και άλλων καρδιαγγειακών δομών ως δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία. Αποτελέσματα: Συνολικά αξιολογήθηκαν 93 ασθενείς, εκ των οποίων 48 έλαβαν βιταμίνη Κ2 και 45 εικονικό φάρμακο. Μετά από 12 μήνες, το φορτίο ασβεστίου της κατιούσας θωρακικής αορτής αυξήθηκε στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου κατά 206 μονάδες, ενώ μειώθηκε στην ομάδα της βιταμίνης Κ2 κατά 67 μονάδες. Παρότι παρατηρήθηκε αριθμητική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων, με αντίθετη κατεύθυνση μεταβολής υπέρ της βιταμίνης Κ2, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική στους 12 μήνες (p = 0,738).Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας, η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες δεν συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική μεταβολή της εξέλιξης της ασβεστοποίησης της κατιούσας θωρακικής αορτής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, η αύξηση του φορτίου ασβεστίου στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου και η αντίστοιχη μείωση στην ομάδα της βιταμίνης Κ2

αποτελούν εύρημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Μεγαλύτερες μελέτες με μακρύτερη παρακολούθηση απαιτούνται για την αξιολόγηση της πιθανής επίδρασης της βιταμίνης Κ2



1. Μεταβολές του φορτίου ασβεστίου στην κατιούσα αορτή στον χρόνο στις δύο ομάδες.

	Placebo (v=45)		Βιταμίνη Κ (v=48)		P-value*
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	0,738
Πριν από την παρέμβαση	1362	2738	1442	2571	
12 μήνες μετά	1568	3223	1375	2554	
Διαφορά	206		-67		

2. Μεταβολές του φορτίου ασβεστίου στην κατιούσα αορτή στον χρόνο στις δύο ομάδες.

ΑΑ042|Πολυυπνογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών που υποβάλλονται σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων: η μελέτη SLEEP-VALVE

Α. Πλαΐτης[1], Κ. Δημητριάδης[2], Ν. Πυρπυρής[2], Ε. Αδαμοπούλου[3], Α. Αρχοντίκης[4], Ε. Δρη[2], Π. Θεοφίλης[2], Π. Τσιούφης[2], Κ. Βαφειάδης[5], Κ. Χολίδου[5], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[4], Γ. Γαβριελάτος[4], Ν. Πατσουράκος[4],Κ. Αζναουρίδης[2], Γ.Τρακαδά[6], Κ. Τσιούφης[7]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο αποτελούν συχνό εύρημα σε ασθενείς με δομικές καρδιοπάθειες και έχουν συσχετισθεί με δυσμενή καρδιαγγειακή πρόγνωση. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα από πλήρη πολυυπνογραφική αξιολόγηση ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων παραμένουν ελλιπή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή των αρχικών πολυυπνογραφικών χαρακτηριστικών των πρώτων ασθενών που εντάχθηκαν στην προοπτική μελέτη SLEEP-VALVE (ClinicalTrials.gov ID: NCT07520656). Υλικό και Μέθοδος :Η SLEEP-VALVE είναι μία προοπτική μελέτη παρατήρησης που διερευνά τις διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) ή διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας με τεχνική edge-to-edge (M-TEER). Όλοι οι ασθενείς υποβάλλονται σε μελέτη ύπνου με τη μέθοδο της πλήρους πολυυπνογραφίας πριν από την επέμβαση. Στην παρούσα ανάλυση συμπεριλήφθηκαν οι πρώτοι εννέα διαδοχικά ενταγμένοι ασθενείς. Περιγραφικά αξιολογήθηκαν 17 παράμετροι, μεταξύ των οποίων ο δείκτης άπνοιας-υπόπνοιας (AHI), ο δείκτης αποκορεσμού οξυγόνου (ODI), ο κορεσμός οξυγόνου, η αποδοτικότητα του ύπνου, η αρχιτεκτονική του ύπνου, ο δείκτης αφυπνίσεων και ο δείκτης περιοδικών κινήσεων των κάτω άκρων. Αποτελέσματα: Στους εννέα ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βασική πολυυπνογραφία, ο μέσος δείκτης AHI ήταν 16,0 επεισόδια/ώρα και ο μέσος δείκτης ODI 15,1 επεισόδια/ώρα. Ο μέσος νυχτερινός κορεσμός οξυγόνου ήταν 92,4%, ενώ ο μέσος ελάχιστος κορεσμός ήταν 86,2%. Παρατηρήθηκε αυξημένος δείκτης αφυπνίσεων (44,0 επεισόδια/ώρα), ενώ η μέση αποδοτικότητα του ύπνου ήταν 89,5%. Επιπλέον, καταγράφηκε σημαντική μείωση του σταδίου N3, με αρκετούς ασθενείς να μην εμφανίζουν καθόλου ύπνο βραδέων κυμάτων, καθώς και σημαντική διακύμανση στη διάρκεια του ύπνου REM. Επίσης, τα αποφρακτικά αναπνευστικά επεισόδια υπερείχαν των κεντρικών. Συμπεράσματα Τα προκαταρκτικά στοιχεία από τη μελέτη SLEEP-VALVE υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων φαίνεται να εμφανίζουν συχνά διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο και αξιοσημείωτες διαταραχές της αρχιτεκτονικής του ύπνου, με αυξημένο κατακερματισμό και ελάττωση του ύπνου βραδέων κυμάτων. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την αξία της συστηματικής πολυυπνογραφικής αξιολόγησης στον συγκεκριμένο πληθυσμό και θα αποτελέσουν τη βάση για τη μελλοντική εκτίμηση της επίδρασης των διακαθετηριακών επεμβάσεων στις παραμέτρους του ύπνου.

Ασθενής	AHI	CAI	OAI	Mean SpO2	Min SpO2	ODI	SE	REML	TAI	Stage of Sleep N1	Stage of Sleep N2	Stage of Sleep N3	REM	PLMI
001	0,3	0	0,3	94	94	0	97	91	67,6	3,5	318	0	90,5	0
002	19	3,5	15,5	96	91	15,3	79	27	77,5	39,5	41	0	194	18
003	39	0,4	27,7	97	89	25	97,5	19	70,8	2	115,5	0	19	0
004	5	0	5	93	86	5,9	92,7	98	63,8	6	258	31,5	59	0
005	18	0	18	89	84	18,1	80	28	65	40	300	20	28	0
006	33	0,3	4,6	90	81	34	98,1	83,5	33,2	100	286	0	83,5	0
007	17	0	5,6	93	86	17,4	91,7	23,5	18,1	86,6	316,9	0	23,5	0
008	4,3	0	2,7	92	86	2,1	77,7	40,5	0	34	243	0	15,5	0
009	8	4	33	88	79	18	92	-	0	2,5	351	0	0	0

ΑΑ043|Κατακερματισμός και αρχιτεκτονική του ύπνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων: προεκτάσεις της μελέτης SLEEP-VALVE

Α. Πλαΐτης[1], Κ. Δημητριάδης[2], Ν. Πυρπυρής[2], Κ. Κυριακούλης[2], Ν. Αρνάς[3], Ε. Δρη[2], Π. Θεοφίλης[2], Π. Τσιούφης[2], Κ. Βαφειάδης[4], Κ. Χολίδου[4], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[3], Γ. Γαβριελάτος[3], Ν. Πατσουράκος[3], Κ. Αζναουρίδης[2], Γ. Τρακαδά[5], Κ Τσιούφης[6]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή / Σκοπός :Η αξιολόγηση των διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο στους ασθενείς με δομικές καρδιοπάθειες βασίζεται συνήθως στον δείκτη άπνοιας-υπόπνοιας (AHI). Ωστόσο, η πλήρης πολυυπνογραφία παρέχει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα και την αρχιτεκτονική του ύπνου, οι οποίες δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή των δεικτών κατακερματισμού και της αρχιτεκτονικής του ύπνου στους πρώτους ασθενείς της μελέτης SLEEP-VALVE (ClinicalTrials.gov ID: NCT07520656). Υλικό και Μέθοδος: Η SLEEP-VALVE είναι μία προοπτική μελέτη παρατήρησης που διερευνά τις διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) ή διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας με τεχνική edge-to-edge (M-TEER). Όλοι οι ασθενείς υποβάλλονται σε μελέτη ύπνου με τη μέθοδο της πλήρους πολυυπνογραφίας πριν από την επέμβαση. Στην παρούσα προκαταρκτική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν οι πρώτοι εννέα διαδοχικά ενταγμένοι ασθενείς. Περιγραφικά αξιολογήθηκαν ο συνολικός δείκτης αφυπνίσεων, η κατανομή των σταδίων του ύπνου, η διάρκεια του ύπνου REM και η λανθάνουσα περίοδος εμφάνισης του REM. Αποτελέσματα :Στους εννέα ασθενείς καταγράφηκε αυξημένος συνολικός δείκτης αφυπνίσεων, με μέση τιμή 44,0 επεισόδια/ώρα, υποδηλώνοντας έντονο κατακερματισμό του ύπνου. Παράλληλα, παρατηρήθηκε σημαντικά μειωμένη παρουσία ύπνου βραδέων κυμάτων (στάδιο N3), ενώ σε αρκετούς ασθενείς το στάδιο αυτό απουσίαζε πλήρως. Η διάρκεια του ύπνου REM παρουσίαζε σημαντική διακύμανση μεταξύ των ασθενών, όπως και η λανθάνουσα περίοδος εμφάνισης του REM. Αντίθετα, η μέση αποδοτικότητα του ύπνου παρέμεινε υψηλή (89,5%), γεγονός που υποδηλώνει ότι η συνολική διάρκεια του ύπνου δεν αντανακλά απαραίτητα την ποιότητά του. Συμπεράσματα Τα προκαταρκτικά δεδομένα της μελέτης SLEEP-VALVE υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε διακαθετηριακές επεμβάσεις βαλβίδων παρουσιάζουν έντονο κατακερματισμό του ύπνου και διαταραχές της αρχιτεκτονικής του, παρά τη σχετικά διατηρημένη αποδοτικότητα του ύπνου. Η πλήρης πολυυπνογραφία παρέχει πολύτιμες πληροφορίες που δεν αποτυπώνονται από τους συμβατικούς δείκτες των διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο και ενδέχεται να συμβάλει στην πληρέστερη εκτίμηση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Ασθενής	AHI	TST	SE	WASO	SOL	REML	TAI	Stage of Sleep N1	Stage of Sleep N2	Stage of Sleep N3	REM	PLMI
001	0,3	412	97	6,5	1,5	91	67,6	3,5	318	0	90,5	0
002	19	294	79	0	39,5	27	77,5	39,5	41	0	194	18
003	39	136,5	97,5	0	3,5	19	70,8	2	115,5	0	19	0
004	5	354,5	92,7	0	32,5	98	63,8	6	258	31,5	59	0
005	18	388	80	0	33	28	65	40	300	20	28	0
006	33	471	98,1	0	32	83,5	33,2	100	286	0	83,5	0
007	17	427	91,7	0	28	23,5	18,1	86,6	316,9	0	23,5	0
008	4,3	292	77,7	0	8,2	40,5	0	34	243	0	15,5	0
009	8	353,5	92	0	31	-	0	2,5	351	0	0	0

ΑΑ044|Η επίδραση της βιταμίνης Κ2 στην ασβεστοποίηση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας: δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη

Ε.Σ Μαυρουδέας[1], Γ. Ματθαιόπουλος[2], S. Masuda[3], Ν. Τσιάμης[4], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Δ. Αφενδούλης[5], Σ. Κωτούλας[6], Χ. Τούντας[4], Ε. Λεπτόπουλος[7], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[2], Κ. Αγγέλη[1], Δ.Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[8], Κ. Τούτουζας[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εκδήλωση εκτεταμένης καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση βαλβιδικών, στεφανιαίων και αγγειακών δομών. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία που να επιβραδύνει την εξέλιξή της. Η βιταμίνη Κ2, μέσω της ενεργοποίησης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein, έχει προταθεί ως πιθανός αναστολέας της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7) στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση (AVA> cm^2, μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7, 360 μg) ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό αρχικά και στους 12 μήνες, για εκτίμηση της εξέλιξης της καρδιαγγειακής ασβέστωσης. Αποτελέσματα: Σε 93 ασθενείς αξιολογήθηκε η εξέλιξη της ασβεστοποίησης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (48 βιταμίνη Κ2, 45 εικονικό φάρμακο). Μετά από 12 μήνες, το φορτίο ασβεστίου στο στέλεχος αυξήθηκε και στις δύο ομάδες: κατά 15 μονάδες στο εικονικό φάρμακο (από 70 ± 142 σε 85 ± 162) και κατά 6 μονάδες στη βιταμίνη Κ2 (από 39 ± 82 σε 45 ± 90). Παρότι η αύξηση ήταν αριθμητικά μικρότερη στην ομάδα της βιταμίνης Κ2, η διαφορά μεταξύ των ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντική στους 12 μήνες (p = 0,802).Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας, η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες συνοδεύτηκε από μικρότερη αριθμητική αύξηση του φορτίου ασβεστίου στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας έναντι εικονικού φαρμάκου, χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά. Η βιταμίνη Κ2 δεν ανέδειξε στατιστικά τεκμηριωμένη ευεργετική επίδραση στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας στο διάστημα των 12 μηνών.



	Εικονικό φάρμακο (n=45)	Βιταμίνη Κ2 (n=48)	p-value
Αρχική επίσκεψη	70 ± 142	39 ± 82	
12 μήνες	85 ± 162	45 ± 90	
Μεταβολή	+15	+6	0.802

ΑΑ045|Η επίδραση της βιταμίνης Κ2 στο συνολικό φορτίο ασβεστίου του στεφανιαίου δικτύου σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας: δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Γ. Ματθαιόπουλος[2], S. Masuda[3], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Ν. Τσιάμης[4], Δ.Αφενδούλης[5], Σ. Κωτούλας[6], Χ. Τούντας[4], Ε. Λεπτόπουλος[7], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[2], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ Τσιούφης[8], Κ. Τούτουζας[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εκδήλωση εκτεταμένης καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση βαλβιδικών, στεφανιαίων και αγγειακών δομών. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία που να επιβραδύνει την εξέλιξή της. Η βιταμίνη Κ2, μέσω της ενεργοποίησης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein, έχει προταθεί ως πιθανός αναστολέας της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της μενακινόνης-7 στην εξέλιξη της στεφανιαίας ασβεστοποίησης σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση (AVA> cm^2, μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε καθημερινή χορήγηση βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7, 360 μg) ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική και αιματολογική εκτίμηση, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό αρχικά και στους 12 μήνες. Η ανάλυση περιγράφει τη μεταβολή του φορτίου ασβεστίου στο στέλεχος, στον πρόσθιο κατιόντα, στην περισπώμενη και στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 93 ασθενείς (48 βιταμίνη Κ2, 45 εικονικό φάρμακο). Το φορτίο ασβεστίου στο στέλεχος (LM-Agatston) αυξήθηκε κατά 15 μονάδες στο εικονικό φάρμακο και κατά 6 μονάδες στη βιταμίνη Κ2 (p = 0,802). Στον πρόσθιο κατιόντα (LAD-Agatston), αυξήθηκε κατά 49 μονάδες στο εικονικό φάρμακο και μειώθηκε κατά 5 μονάδες στη βιταμίνη Κ2 (p = 0,684). Στην περισπώμενη (LCx-Agatston) αυξήθηκε κατά 43 μονάδες σε αμφότερες τις ομάδες (p = 0,998), ενώ στη δεξιά στεφανιαία (RCA-Agatston) αυξήθηκε κατά 40 και 87 μονάδες, αντίστοιχα (p = 0,730).Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υποδηλώνουν ευνοϊκή τάση της βιταμίνης Κ2 στη στεφανιαία ασβεστοποίηση, χωρίς να τεκμηριώνουν στατιστικά σημαντική επίδραση στο διάστημα των 12 μηνών. Το άθροισμα των μέσων τιμών Agatston των τεσσάρων στεφανιαίων αγγείων αυξήθηκε σε αμφότερες τις ομάδες, με αριθμητικά μικρότερη συνολική αύξηση στη βιταμίνη Κ2 έναντι του εικονικού φαρμάκου (+131 έναντι +147 μονάδων). Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες, με ευρύτερο πληθυσμό και μακρύτερη παρακολούθηση.



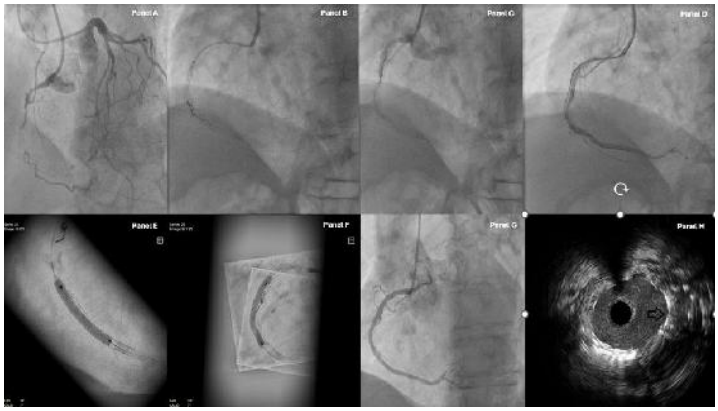
Επεμβατική καρδιολογία I/ Interventional Cardiology I

Πρόεδροι: **Δ. Βενετσάνος** (Αθήνα),**Β. Καπαγιάννης** (Αθήνα)
Chairpersons: **D. Venetsanos** (Athens), **V. Kapagiannis**(Athens)

AA046|Complete Stent Transection Following Jailed Knuckled Wire During Chronic Total Occlusion Percutaneous Coronary Intervention

K. Manousopoulos[1], P. Varelas[1], K. Filippou[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: A 75-year-old patient with stable angina underwent staged percutaneous coronary intervention (PCI) for a chronic total occlusion (CTO) of the right coronary artery (RCA) (panel A). Materials and Method: The procedure was planned in two stages because of lesion complexity and procedural duration. Initial recanalization using an amplatz left 0.75 7F was successful with antegrade dissection and reentry technique, restoring antegrade flow, and definitive stenting was scheduled 45 days later. During the second procedure, we successfully wired the CTO and stented the distal right coronary artery using a 2.75x32mm stent. Stenting of the mid-RCA was performed. However, the guidewire had inadvertently formed a knuckle configuration distally and became jailed during deployment of the second stent (panel B). Attempts to retrieve the jailed wire resulted in unexpected mechanical deformation and complete transection of the implanted stent, creating two separated metallic segments located in the distal and mid RCA, with a small retained fragment of guidewire within the more proximal distorted structure (panel C). The vessel was carefully rewired with a Fielder XT wire, intentionally navigating outside the deformed stent structure to re-establish a functional lumen (panel D). Balloon dilatation with 1.5 , 2.0 and 2.5x15mm was performed using a guide extension catheter. A new stent was deployed across the distal transected segment 2.75x28mm (panel E), followed by additional stenting in the mid RCA 3.0x28mm, effectively crushing and burying the deformed stent remnants against the vessel wall (panel F). A stent 3.5x28mm was implanted proximally. Final angiography shot confirmed TIMI III flow(panel G). Imaging Findings Intravascular ultrasound (IVUS) confirmed adequate expansion and apposition of the newly implanted stents and demonstrated the displaced fractured stent located outside the lumen of the reconstructed vessel (panel H). Results: Final angiography showed excellent TIMI III flow without residual stenosis or complications.The patient was perscribed ticagrelor and aspririn. Conclusion: This case highlights a pitfall in CTO interventions: deployment of a stent while a guidewire forms a distal loop or knuckle inside the stent area may result in wire entrapment and and catastrophic stent deformation or transection. Continuous wire position verification before stent deployment is essential.



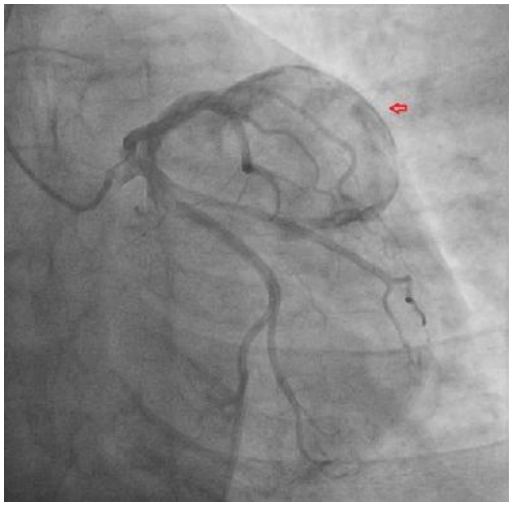
- Panel A: Baseline CTO RCA angiography
- Panel B: Knuckled/jailing wire appearance before stent deployment (if available)
- Panel C: Angiographic appearance of stent transection
- Panel D: Rewiring outside distorted stent with Guidezilla support
- Panel E: Drug eluting stent was successfully deployed across the distal transected segment 2.75x28mm
- Panel F: A Des 3.0x28mm, burying the deformed stent remnants against the vessel wall
- Panel G: Final angiographic result
- Panel H: IVUS showing crushed stent outside lumen

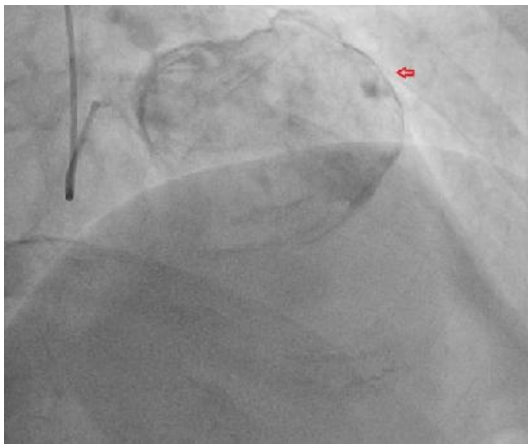
AA047|Rare Case of Cardiac Hydatid Cyst Secondary to Echinococcosis

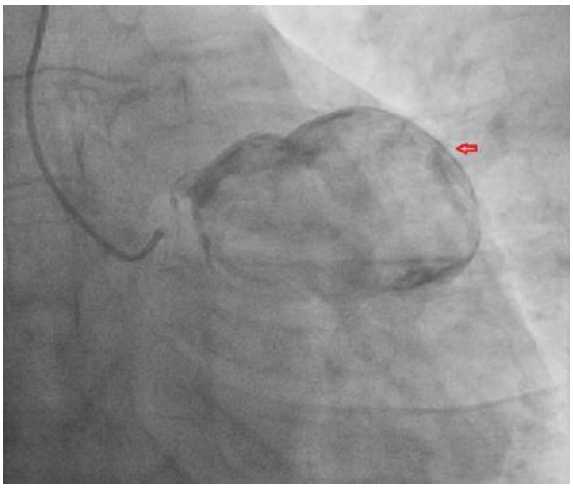
Δ.Αφενδούλης[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Ν.Τσιάμης[2], Φ. Τσακιριάν[3], Α. Συνετός[1], Μ. Δρακοπούλου[3], Ε.Σ. Μαυρουδέας[3], Κ. Τούτουζας[1], Σ. Σιδερής[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Case presentation: We would like to present a case of an atypical presenation of a cystic formation as an incidental finding during a coronary angiography of a middle-aged woman presenting with chest pain. Patient presentation: A 58-year-old woman from rural Greece, with history of smoking, dyslipidemia, and hypertension, presented with atypical chest pain and exertional dyspnea. She had been under treatment for echinococcosis, diagnosed four months earlier after complaints of weight loss and abdominal pain. Computed tomography at that time revealed hepatic hydatid cysts.Due to her cardiovascular risk factors, she underwent coronary angiography. The coronary vessels were free of stenoses, but the angiogram unexpectedly demonstrated a cystic mass abutting the left ventricular wall. Given her known echinococcosis, the lesion was attributed to a hydatid cyst (Figure 1). Remarkably, this cardiac lesion had not been present at the time of her initial diagnosis, suggesting new development during antiparasitic treatment. The patient was referred for surgical excision, which was performed successfully with excellent postoperative recovery.Cystic echinococcosis, caused by the larval stage of Echinococcus granulosus sensu lato, most frequently involves the liver and lungs. Cardiac involvement is rare, reported in only 0.02–2% of cases, with the left ventricle as the most commonly affected site. Up to 80% of patients with cardiac involvement are symptomatic, most often presenting with nonspecific complaints such as dyspnea, chest pain, or palpitations. Rupture of the cyst can lead to life-threatening complications, including systemic embolization, pericardial tamponade, and anaphylaxis. Surgical excision is therefore recommended regardless of cyst activity stage, and>% of patients are cured with a single procedure. Our case highlights the unpredictable and evolving nature of hydatid disease. Despite ongoing antiparasitic therapy, the patient developed a symptomatic cardiac cyst, underlining the need for vigilance and a high index of suspicion for cardiac involvement in patients from endemic areas who present with unexplained cardiac symptoms.





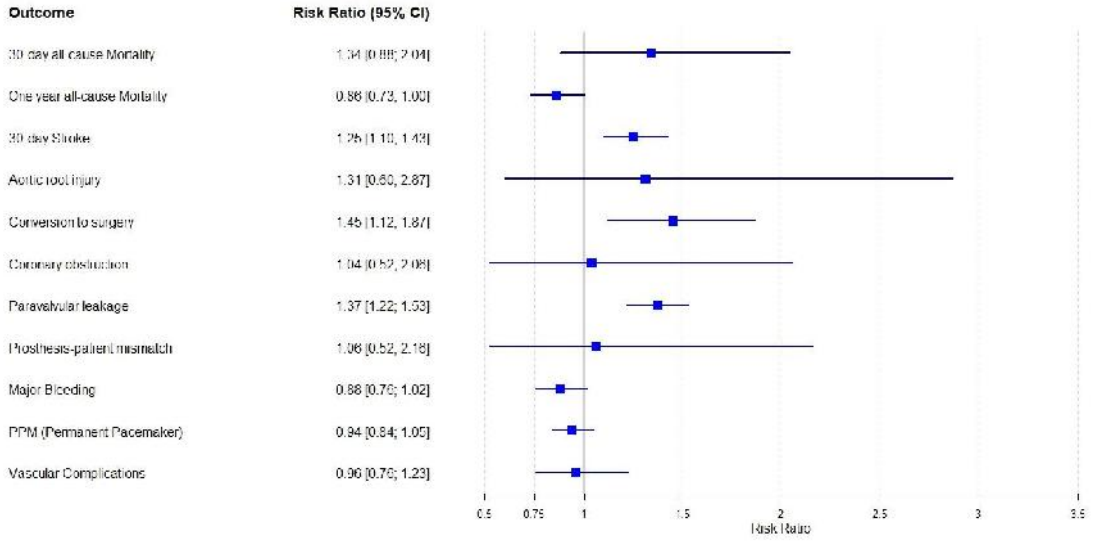


ΑΑ048|Κλινικές εκβάσεις της διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας σε ασθενείς με δίπτυχη έναντι τρίπτυχης αορτικής βαλβίδας: μετα-ανάλυση

Θ. Θεοδωροπούλου[1], Μ. Δρακοπούλου[1], Ν. Βυθούλκας-Μπιώτης[1], Ν. Κτενόπουλος[1], Α. Αποστολός[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Σ. Τσαλαμανδρής[3], Κ Τσιούφης[4], Κ. Τούτουζας[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Τα κλινικά αποτελέσματα της διαδερμικής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI) σε ασθενείς με δίπτυχη αορτική βαλβίδα (BAV) και σοβαρή αορτική στένωση παραμένουν ασαφή, κυρίως επειδή ο συγκεκριμένος πληθυσμός είχε αποκλειστεί από τις μεγάλες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες. Σκοπός: Η παρούσα μετα-ανάλυση αποσκοπεί στη σύγκριση των κύριων κλινικών εκβάσεων της TAVI μεταξύ ασθενών με δίπτυχη (BAV) και τρίπτυχη αορτική βαλβίδα (TAV).Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στη βιβλιογραφία στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Cochrane για τον εντοπισμό των σχετικών μελετών. Τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα στις 30 ημέρες και στο ένα έτος από οποιαδήποτε αιτία. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο εντός 30 ημερών, μείζονα ή απειλητική για τη ζωή αιμορραγία, περιεπεμβατικές αγγειακές επιπλοκές και εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη (PPM) εντός 30 ημερών, καθώς και τραυματισμό της ρίζας της αορτής, μετατροπή σε ανοικτή καρδιοχειρουργική επέμβαση, απόφραξη στεφανιαίων αρτηριών, παραβαλβιδική διαφυγή (PVL) και δυσαναλογία μεταξύ προσθετικής βαλβίδας και ασθενούς (prosthesis–patient mismatch). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τον υπολογισμό του Σχετικού Κινδύνου (Risk Ratio, RR) και των 95% Διαστημάτων Εμπιστοσύνης (95% CI), χρησιμοποιώντας μοντέλο τυχαίων επιδράσεων (Mantel–Haenszel).Αποτελέσματα: Στη μετα-ανάλυση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 38 μελέτες με 219.071 ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη θνητότητα στις 30 ημέρες (RR: 1,34, 95% CI: 0,88–2,04) ή στο ένα έτος (RR: 0,86, 95% CI: 0,73–1,00). Ωστόσο, οι ασθενείς με δίπτυχη αορτική βαλβίδα εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου εντός 30 ημερών (RR: 1,35, 95% CI: 1,10–1,43), μετατροπής σε ανοικτή καρδιοχειρουργική επέμβαση (RR: 1,45, 95% CI: 1,12–1,87) και παραβαλβιδικής διαφυγής (RR: 1,37, 95% CI: 1,22–1,53) σε σύγκριση με τους ασθενείς με τρίπτυχη αορτική βαλβίδα. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα υπόλοιπα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία. Συμπεράσματα: Η TAVI σε ασθενείς με δίπτυχη αορτική βαλβίδα παρουσιάζει αποδεκτό προφίλ βραχυπρόθεσμης ασφάλειας, συγκρίσιμο με εκείνο των ασθενών με τρίπτυχη αορτική βαλβίδα. Ωστόσο, η συχνότητα ορισμένων περιεπεμβατικών επιπλοκών είναι αυξημένη στους ασθενείς με BAV και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Απαιτούνται περαιτέρω τυχαιοποιημένες μελέτες για την αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων κλινικών εκβάσεων και της ανθεκτικότητας των βαλβίδων.



ΑΑ049|Μεταβολές στη Θνητότητα σε Ασθενείς με Καρδιογενή Καταπληξία σε Κέντρο με Εξειδικευμένη Ομαδα Καρδιογενούς Καταπληξίας

Χ. Σταθακοπούλου[1], Γ. Καραμάσης[1], Β.Μ. Δραγώνα[1], Ε. Πολυζωγοπούλου[2], Χ. Βαρλάμος[1], Ι. Ξενογιάννης[1], Φ. Φραντζεσκάκη[3], Χ. Καπέλιος[1], Σ. Μπεζάτη[2], Β. Μπιστόλα[2], Β. Κόλλιας[4], Ι. Τούμπουλης[5], Λ. Ραλλίδης[1], Δ. Αγγουράς[5], Η. Τσαγκάρης[1], Ι. Παρίσης[2], Γ. Φιλιππάτος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

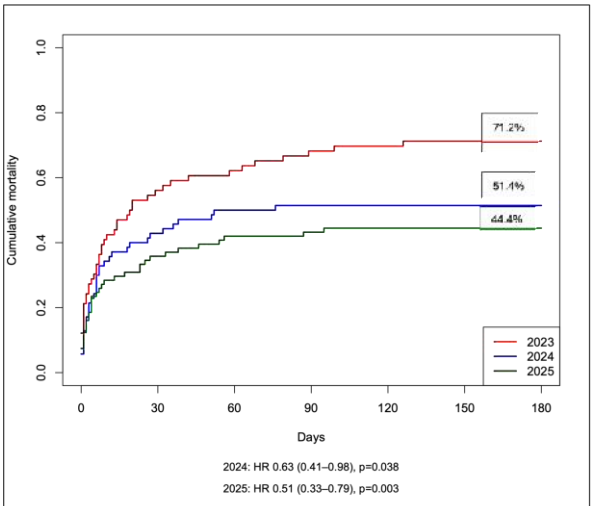
Εισαγωγή/Σκοπός: Η καρδιογενής καταπληξία εξακολουθεί να συνοδεύεται από πολύ υψηλή θνητότητα, παρά τις εξελίξεις στις θεραπευτικές στρατηγικές. Το 2023 ξεκίνησε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» η λειτουργία εξειδικευμένης διεπιστημονικής Ομάδας Καρδιογενούς Καταπληξίας (Attikon Cardiogenic Shock Team - ACiST). Η παρούσα μελέτη στοχεύει να αξιολογήσει μεταβολές στη θνητότητα των ασθενών με καρδιογενή καταπληξία κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων ετών λειτουργίας της ομάδας.Μέθοδοι: Δημιουργήθηκε ομάδα αποτελούμενη από επειγοντολόγους, επεμβατικούς καρδιολόγους, καρδιολόγους ΜΕΘ, καρδιοχειρουργούς, εντατικολόγους και ειδικούς στην καρδιακή ανεπάρκεια και εφαρμόστηκε προοπτική καταγραφή των ασθενών με καρδιογενή καταπληξία. Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκαν μεταξύ των ετών τα κλινικά χαρακτηριστικά, οι θεραπευτικές στρατηγικές και η θνητότητα στις 180 ημέρες διαδοχικών ασθενών με καρδιογενή καταπληξία που προσήλθαν από τον Ιανουάριο 2023 έως τον Δεκέμβριο 2025. Οι διαφορές στην επιβίωση εκτιμήθηκαν με μοντέλο αναλογικού κινδύνου του Cox, με έτος αναφοράς το 2023.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 224 ασθενείς, εκ των οποίων 7 αποκλείστηκαν λόγω αδυναμίας παρακολούθησης. Ο τελικός πληθυσμός ήταν 217 ασθενείς: 66 το 2023, 70 το 2024 και 81 ασθενείς το 2025. Η μέση ηλικία των ασθενών δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των τριών ετών (70,7±13,5, 69,4±14,5 και 68,0±12,5 έτη, p=0,478) και δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά τους. Τα ποσοστά καρδιογενούς καταπληξίας σχετιζόμενης με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI-CS), των STEMI και των βασικών θεραπευτικών στρατηγικών, όπως η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, ο καρδιακός καθετηριασμός και η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση παρέμειναν συγκρίσιμα μεταξύ των ετών.Συνολικά, η θνητότητα στις 180 ημέρες μειώθηκε προοδευτικά από 71,2% το 2023 σε 51,4% το 2024 και 44,4% το 2025. Η πλειονότητα των θανάτων σημειώθηκε εντός των πρώτων 30 ημερών από την εισαγωγή. Σε σύγκριση με το 2023, ο κίνδυνος θανάτου στις 180 ημέρες ήταν σημαντικά χαμηλότερος τόσο το 2024 (HR 0,63, 95% CI 0,41–0,98, p=0,038) όσο και το 2025 (HR 0,51, 95% CI 0,33–0,79, p=0,003).Συμπεράσματα: Κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων ετών λειτουργίας εξειδικευμένης ομάδας καρδιογενούς καταπληξίας παρατηρήθηκε προοδευτική μείωση της θνητότητας των ασθενών στις 180 μέρες. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την πιθανή συμβολή της εφαρμογής μιας διεπιστημονικής ομάδας και ενός οργανωμένου συστήματος φροντίδας στη βελτίωση της αντιμετώπισης της καρδιογενούς καταπληξίας.

Πίνακας 1: Βασικά κλινικά χαρακτηριστικά και θεραπευτικές παρεμβάσεις των ασθενών με καρδιογενή καταπληξία, ανά έτος.

Χαρακτηριστικά	2023	2024	2025	p-value
Μέση ηλικία	70.7 ± 13.5	69.4 ± 14.5	68.0 ± 12.5	0.478
Φύλο: άρρεν	66.7% (44/66)	58.6% (41/70)	72.8% (59/81)	0.180
Διαβητικός: Διαβήτης	36.4% (24/66)	34.3% (24/70)	37.0% (30/81)	0.936
Καρδιακή Ανακοπή	34.8% (23/66)	28.6% (20/70)	30.9% (25/81)	0.728
Εξωνοσηλευτική	19.7% (13/66)	14.3% (10/70)	9.9% (8/81)	
Ενδονοσηλευτική	15.2% (10/66)	14.3% (10/70)	21.0% (17/81)	
Καρδιογενής καταπληξία σχετιζόμενη με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI-CS)	65.7% (43/66)	48.6% (34/70)	59.3% (48/81)	0.118
Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανύψωση ST (STEMI)	48.2% (32/66)	37.1% (26/70)	45.7% (37/81)	0.374
Γαλακτικό αίματος	5.0 ± 3.8	4.8 ± 3.6	5.5 ± 3.9	0.180
Ενδοτραχειακή διασωλήνωση	57.6% (38/66)	57.1% (40/70)	42.0% (34/81)	0.090
Καρδιακός καθετηριασμός	68.2% (45/66)	52.9% (37/70)	69.1% (56/81)	0.076
Διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI)	47.0% (31/66)	32.9% (23/70)	48.1% (39/81)	0.170
Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη	7.6% (5/66)	5.7% (4/70)	2.5% (2/81)	0.357
Κίνηση υποστήριξης της κυκλοφορίας	10.6% (7/66)	11.4% (8/70)	14.8% (12/81)	0.706
Θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας	16.7% (11/66)	18.6% (13/70)	7.4% (6/81)	0.102
Παραπομπή σε μετεωρογενετικό κέντρο	0.0% (0/66)	1.1% (1/70)	0.0% (0/81)	0.827
Μηχανική κυψέλη	0.0% (0/66)	1.4% (1/70)	0.0% (0/81)	
Εμφύτευση συσκευής μηχανικής υποβοήθησης της αριστερής καρδιάς (LVAD)	0.0% (0/66)	0.0% (0/70)	0.0% (0/81)	

Πίνακας 2. Χρονική κατανομή των θανάτων κατά τα έτη 2023, 2024 και 2025.

Χρονικό Διάστημα	2023	2024	2025	p-value
0–24 ώρες	21.2% (14/66)	12.9% (9/70)	12.3% (10/81)	0.196
1–7 ημέρες	13.2% (10/66)	20.0% (14/70)	13.6% (11/81)	0.213
7–30 ημέρες	19.7% (13/66)	10.0% (7/70)	9.9% (8/81)	0.066
30 ημέρες–6 μήνες	15.2% (10/66)	8.6% (6/70)	8.6% (7/81)	0.870



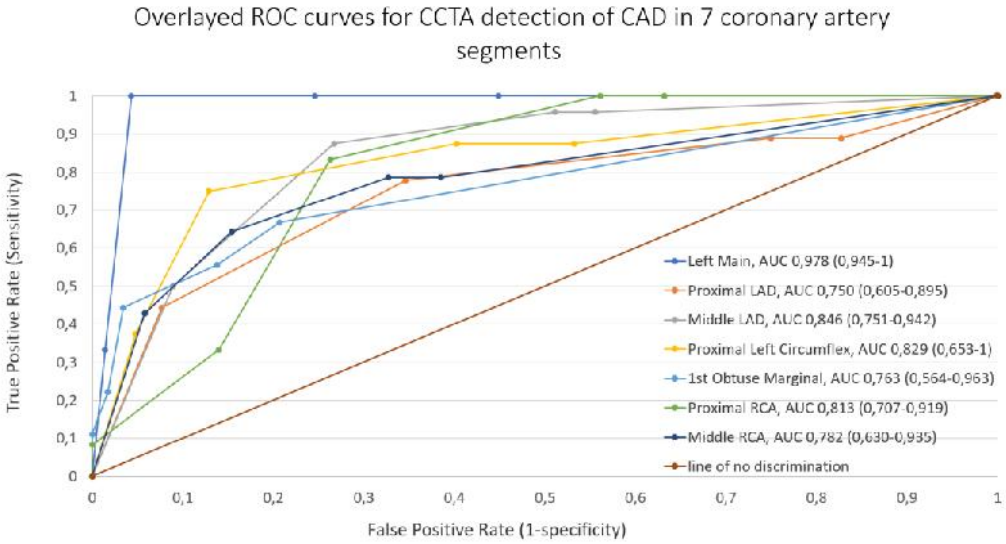
Σχήμα 1. Θνητότητα στις 180 ημέρες των ασθενών με καρδιογενή καταπληξία κατά τα έτη 2023, 2024 και 2025.

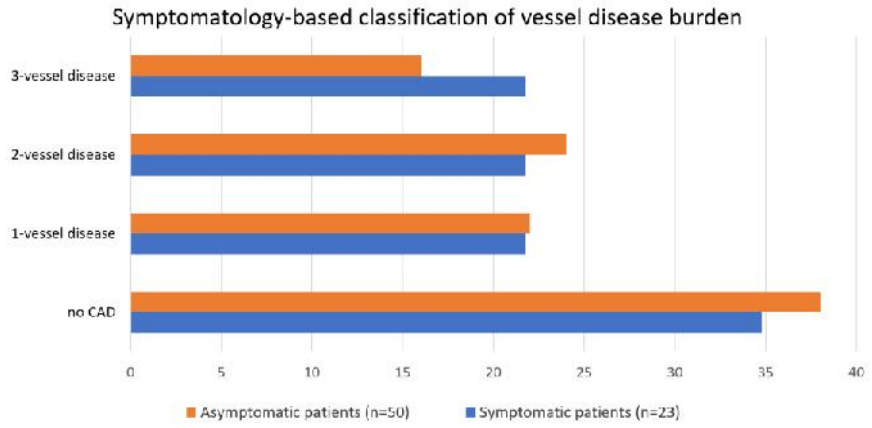
AA050|Segment-dependent accuracy and risk stratification with CCTA in predominantly low pre-test likelihood patients

A. Karagianni[1], N. Antoniou[1], A. Evangeliou[1], V. Schismenos[1], D.O. Pavlou [1], M. Petridou[1], H.A Pavlou[1], P. Mamolis[1], D. Oikonomou [1]E. Pagourelias[1], G. Giannopoulos[1], Chr. Papadopoulos[1], Th. Karamitsos[1], S. Tzikas [1], V. Vassilikos[1]

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

Intoduction: Coronary computed tomography angiography (CCTA) is an established non-invasive modality for the diagnosis of coronary artery disease (CAD). Evidence regarding its segment-level diagnostic performance and its clinical implications in low pre-test likelihood populations remains limited, particularly when screening for subclinical obstructive CAD. We aim to evaluate the diagnostic accuracy of CCTA compared with invasive coronary angiography (ICA) and to assess the prevalence of obstructive CAD and revascularization rates across European Society of Cardiology (ESC) pre-test clinical likelihood strata in a real-world cohort. Methods: CCTA findings were compared with ICA in 73 consecutive patients (79% male; mean age 64±9.6 years) from an ongoing registry. Pre-test clinical likelihood was available in 66 patients and a total of 50 patients were asymptomatic (68%). All patients underwent ICA following a positive CCTA (median Agatston score 621 [1464-205]). A total of 511 coronary segments (7 per patient) were analysed. Obstructive CAD was defined as ≥50% luminal stenosis on ICA. Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis was performed using ICA as reference standard and optimal cut-off values were derived using Youden's Index. Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) were calculated per segment.Results: CCTA demonstrated consistently high NPV, while PPV was segment-dependent and modest, particularly in the proximal right coronary artery (RCA) (40%) and proximal left circumflex (LCx) (42,9%). ROC analysis revealed heterogeneity with highest discriminative performance in the left main (AUC 0,978; 95% CI 0,945–1), middle left anterior descending artery (AUC 0,846; 95% CI 0,751–0,942), and proximal LCx (AUC 0,829; 95% CI 0,653–1). Obstructive CAD and subsequent revascularization were observed across all ESC pre-test likelihood strata, and notably in patients with very-low pre-test likelihood.ConclusionConsistent with the 2024 ESC Chronic Coronary Syndromes guidelines, the prognostic value of screening for subclinical obstructive CAD in the general population remains uncertain. Our real-world data provide insight into CCTA's performance in predominantly very-low and low pre-test likelihood patients. Overestimation of stenosis severity in the proximal LCx and RCA has clinically relevant implications and supports careful patient selection in very-low likelihood populations. A segment-centered definition of significant stenosis on CCTA may improve reporting precision and minimize unnecessary downstream procedures.





AA051|Impact of Previous CABG on lesion complexity, procedural strategy and outcomes during contemporary CTO PCI.

P. Varelas[1], K. Filippou[1], K. Manousopoulos[1], D. Karelas[1], D. Pitsiori[1], D. Stamopoulou[1], A. Dionisakopoulos[1], I. Papadopoulos[1], I. Tsiafoutis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

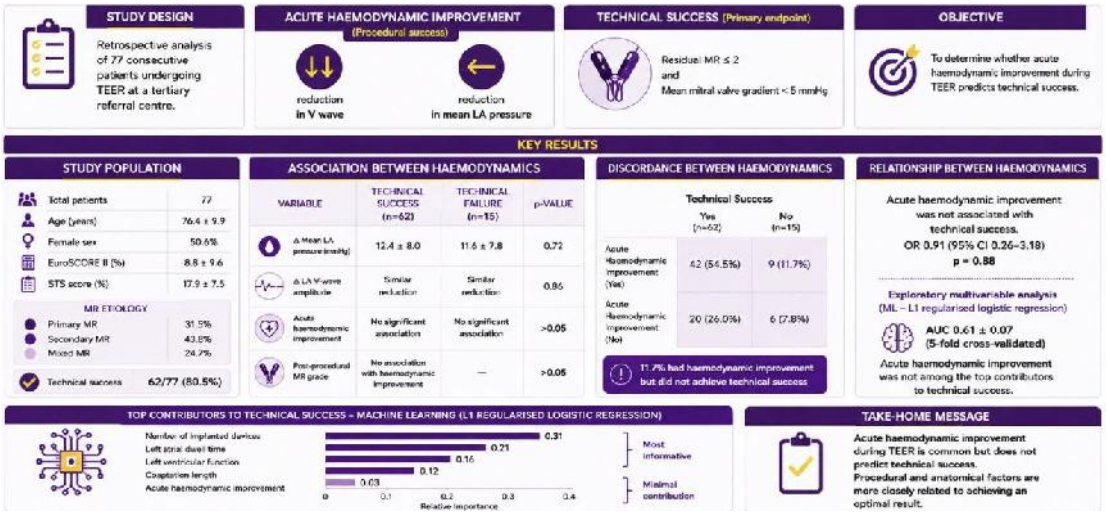
INTRODUCTION CTO percutaneous coronary intervention (PCI) in previous CABG population is considered particularly challenging owing to diffuse atherosclerosis, complex lesion morphology and prior surgical revascularization. However, contemporary data evaluating the impact of previous CABG on CTO characteristics and procedural strategy remain limited. We sought to compare lesion complexity, procedural characteristics and early outcomes of CTO PCI in patients with and without previous CABG in a contemporary high-volume CTO program. METHODS We retrospectively analyzed consecutive CTO PCI procedures performed between January 2025 and July 2026 at a tertiary referral center. Patients were divided according to previous CABG status. Investment procedures achieving antegrade TIMI 3 flow were considered technically successful. Baseline clinical characteristics, angiographic lesion morphology, procedural strategy, radiation exposure, contrast volume, procedural success and in-hospital complications were compared between groups. Continuous variables are presented as median (interquartile range), while categorical variables are expressed as number (percentage). Univariable and multivariable logistic regression analyses were performed to evaluate the association between previous CABG and procedural failure after adjustment for lesion complexity. RESULTS Among 170 patients, 24 (14.1%) had undergone previous CABG, whereas 146 (85.9%) had not. Patients with previous CABG presented with significantly greater angiographic complexity, demonstrating higher J-CTO scores [3 (2–3) vs 2 (1–3), p=0.003] and a greater prevalence of blunt or non-tapered proximal caps (75.0% vs 46.6%; OR 3.44, p=0.014). Procedures in the CABG group more frequently required dual arterial access (91.7% vs 66.2%; OR 5.61, p=0.015), reflecting increased procedural complexity. No significant differences were observed regarding moderate-to-severe calcification, use of antegrade dissection and re-entry, retrograde techniques, fluoroscopy time, contrast volume, radiation exposure or in-hospital complications. Although technical success was numerically lower among patients with previous CABG (73.9% vs 91.1%, p=0.045), previous CABG was not an independent predictor of procedural failure after adjustment for J-CTO score (adjusted OR 1.87, 95% CI 0.58–5.98, p=0.294). Conversely, increasing J-CTO score remained the strongest independent predictor of procedural failure (adjusted OR 2.71 per point, 95% CI 1.62–4.53, p<0.001). CONCLUSIONS Patients with CABG undergoing CTO PCI exhibit greater anatomical complexity and require advanced procedural planning. Previous CABG itself does not independently predict procedural failure.

AA052|Η προγνωστική αξία της οξείας αιμοδυναμικής ανταπόκρισης μετά από διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας (TEER)

Ι. Καχριμανίδης[2], Π. Βλαχάκης[1], Α. Καλομπάτσου[1], Ι.Δημητρόγλου[1], Χ.Λ. Βερβερέλη[1], Μ.Δρακοπούλου[2], Κ. Αγγέλη[2], Κ.Τούτουζας[3], Κ Τσιούφης[1]

[1]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Σκοπός: Η διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας με την τεχνική TEER οδηγεί σε αιμοδυναμική βελτίωση, η οποία εκτιμάται κυρίως μέσω της μείωσης της μέσης πίεσης του αριστερού κόλπου και του ύψους του κύματος V. Οι μεταβολές αυτές θεωρούνται συχνά δείκτες επιτυχούς επέμβασης, ωστόσο η προγνωστική τους αξία ως προς την τεχνική επιτυχία και τις μακροπρόθεσμες κλινικές εκβάσεις παραμένει αδιευκρίνιστη. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο η άμεση αιμοδυναμική ανταπόκριση μετά από TEER μπορεί να προβλέψει την επιτυχία της επέμβασης και τις κλινικές εκβάσεις.Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 77 ασθενών που υποβλήθηκαν σε TEER σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Η μέση πίεση του αριστερού κόλπου και το ύψος του κύματος V καταγράφηκαν πριν και μετά την εμφύτευση. Τεχνική επιτυχία ορίστηκε η υπολειπόμενη ανεπάρκεια μιτροειδούς ≤2+ και η μέση διαμιτροειδική κλίση πίεσης <5 mmHg. Οι εκβάσεις περιλάμβαναν τη θνητότητα, τις νοσηλείες λόγω καρδιακής ανεπάρκειας στις 30 ημέρες και στο 1 έτος, και το σύνθετο καταληκτικό σημείο θανάτου ή νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας. Οι συσχετίσεις αξιολογήθηκαν με μη παραμετρικές στατιστικές μεθόδους.Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε αιμοδυναμική βελτίωση, με μείωση της μέσης πίεσης του αριστερού κόλπου κατά 12,1±8,0 mmHg και ελάττωση του κύματος V. Τεχνική επιτυχία επιτεύχθηκε σε 62 ασθενείς (80,5%). Ωστόσο, η μείωση της πίεσης του αριστερού κόλπου δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών με και χωρίς τεχνική επιτυχία (12,4±8,0 έναντι 11,6±7,8 mmHg, p=0,72).Οι μεταβολές της πίεσης του αριστερού κόλπου και του κύματος V δεν συσχετίστηκαν με τον βαθμό της υπολειπόμενης ανεπάρκειας της μιτροειδούς. Στο ένα έτος, η θνητότητα ήταν 13,8%, οι νοσηλείες 18,5%, ενώ το σύνθετο καταληκτικό σημείο παρατηρήθηκε στο 9,1% των ασθενών. Ούτε η απόλυτη ούτε η σχετική μεταβολή της πίεσης του αριστερού κόλπου ή του κύματος V συσχετίστηκαν με τη θνητότητα, τις νοσηλείες λόγω καρδιακής ανεπάρκειας ή το σύνθετο καταληκτικό σημείο (όλες οι συγκρίσεις p>0,05). Συμπεράσματα: Η επιδιόρθωση επιφέρει αιμοδυναμική βελτίωση και υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας. Ωστόσο, η έκταση της μείωσης της πίεσης του αριστερού κόλπου και του κύματος V δεν σχετίστηκε σημαντικά με την τεχνική επιτυχία και τις μελλοντικές κλινικές εκβάσεις



AA053|Symptomatic Polyvalvulopathy Treated with Staged Transcatheter Valvular Interventions: A Valve-in-Valve Transcatheter Aortic Valve Implantation (ViV-TAVI) and Transcatheter Tricuspid Valve Replacement (TTVR) Case Report

G. Karmioti [1], C. Antoniades[1], N. Eteocleous[1], I. Zittis[1], K. Myrianthopoulos[1], A. Mitsis[1], M. Ioannides[1], C. Rotos[1], C. Eftychiou[1]

[1]Cardiology department of Nicosia General Hospital

Introduction and Purpose Transcatheter valve interventions are established therapies for structural valve disease (SVD) and are expanding to patients at high or prohibitive surgical risk. While TAVI is standard for aortic SVD, TTVR using the EVOQUE system has shown promising results in severe tricuspid regurgitation. Multimodality imaging and Heart Team discussion are essential in complex multivalvular disease. Methods: We report a 76-year-old female with recurrent aortic bioprosthetic degeneration and severe tricuspid regurgitation, treated with sequential transcatheter interventions (ViV-TAVI and TTVR). Data were retrieved from the patient's medical records with written informed consent.Results A 76-year-old woman with a prior 23 mm Sorin surgical aortic bioprosthesis (2017) presented with severe symptomatic aortic stenosis. Additional history included permanent pacemaker implantation, atrial fibrillation on DOAC therapy, ascending aortic dilatation (44 mm), severe tricuspid regurgitation, and moderate mitral regurgitation. Surgical risk was high (EuroSCORE II 6.2%, STS score 4.9%).ECG-gated CT planning showed a challenging right valve-to-coronary distance (VTC RCA: 3 mm). ViV-TAVI was successfully performed with a 23 mm Evolut FX self-expanding valve, followed by bioprosthetic valve fracture (22 mm Atlas Gold balloon) and right coronary artery chimney stenting for protection.Persistent symptoms were attributed to severe tricuspid regurgitation with annular dilatation. Surgical risk remained elevated (TriScore 6/12). Edge-to-edge repair was not feasible due to a large coaptation gap and the pacemaker lead. TTVR with a 52 mm EVOQUE valve was successfully performed, resulting in complete elimination of tricuspid regurgitation while preserving pacemaker lead function. No procedural complications occurred.
Conclusion :A staged transcatheter approach is feasible and effective for complex polyvalvulopathy in selected high-risk patients. Coronary protection and bioprosthetic valve fracture can optimize ViV-TAVI results, while the EVOQUE system offers effective TTVR even in the presence of pacing leads. This case highlights the potential of fully percutaneous management of multivalvular heart disease with excellent early outcomes when guided by careful patient selection and advanced imaging.

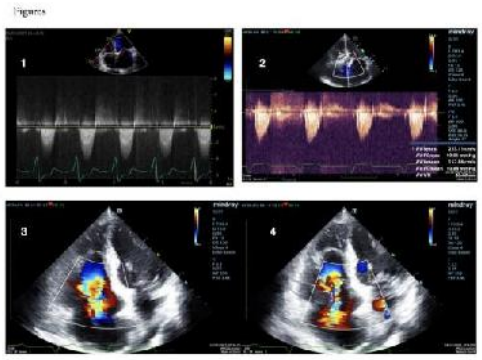


Figure 1: Echocardiographic findings of severe aortic stenosis (pre-TAVI, 1) treated with TAVI (post-TAVI, 2) and severe tricuspid regurgitation (post-TAVI, 3-4)



Figure 2: Final fluoroscopic image showing both prosthetic valves in position

AA054|ORBITAL ATHERECTOMY: A THREE-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE

P. Varelas[1], K. Manousopoulos[1], K. Filippou[1], A. Zaragkas[1], D. Karelas[1], G. Pyrpyri[1], D. Pitsiori[1], D. Stamopoulou[1], A. Dionisakopoulos[1], I. Papadopoulos[1], I. Tsiafoutis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Aim The aim of this study is to present the three-year experience of the Cardiac Catheterization Laboratory at Korgialeneio Benakeio General Hospital with orbital atherectomy for the treatment of severely calcified coronary lesions. Coronary artery calcification is highly prevalent among patients with advanced coronary artery disease and is associated with adverse cardiovascular outcomes. Orbital atherectomy is a plaque-modifying technique designed to optimize lesion preparation by altering calcified plaque morphology, thereby increasing lesion compliance and facilitating adequate balloon expansion and optimal stent deployment. We report our center's clinical experience during the first three years following its introduction. Materials and Methods During the past three years, a total of 48 orbital atherectomy procedures were performed at our institution. The mean patient age was 72.4 years; 87% were male and 13% were female. Procedural duration ranged from 13.2 to 47.7 minutes. Orbital atherectomy was performed in the left anterior descending artery in 70% of cases, the left circumflex artery in 20%, and the right coronary artery in 10%. The mean radiation dose was 134,852 cGy·cm². Results Procedural success was achieved in 100% of patients. Transthoracic echocardiography was performed immediately after the procedure and within the first 24 hours, with no evidence of pericardial effusion in any patient. All patients received dual antiplatelet therapy following the intervention, while those requiring long-term oral anticoagulation received triple antithrombotic therapy. One procedural complication occurred, consisting of distal stent migration, which was successfully managed with implantation of a larger-diameter stent. No intrastent restenosis was noted (late or very late). One minor bleeding (BARC 2) was presented with the development of a forearm hematoma, which was treated conservatively without further complications. No hypersensitivity reaction to the lubricant purging solution was noted. Conclusions Calcified coronary artery disease becomes increasingly prevalent with advancing age and is more frequently observed in men than in women. Orbital atherectomy represents a valuable addition to the armamentarium of calcium modification techniques for the treatment of heavily calcified coronary lesions. Its unique mechanism of action allows effective treatment of long calcified segments while reducing the risk of device entrapment.

ΑΑ055|Θρομβοπενία μετά από Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικής Βαλβίδας: Επίπτωση, Προγνωστικοί Παράγοντες και Επίδραση του Τύπου Βαλβίδας

Π. Σαλάτα[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Χ. Αρμόνης[1], Δ. Ελευθερίου[1], Σ. Γεωργόπουλος[1], Κ. Τριανταφύλλου[1], Α. Ζαχαρούλης[1], Λ. Παππάς[1], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή :Η μετεπεμβατική θρομβοπενία μετά από διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) αναγνωρίζεται ως συχνή αιματολογική επιπλοκή, ωστόσο οι υποκείμενοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και η κλινική της σημασία παραμένουν ανεπαρκώς διευκρινισμένοι. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης και των προγνωστικών παραγόντων της θρομβοπενίας μετά TAVI, καθώς και η σύγκριση μεταξύ αυτοεκπτυσσόμενων (self-expanding valve, SEV) και εκπτυσσόμενων με μπαλόνι (balloon-expandable valve, BEV) βαλβίδων .Υλικό και Μέθοδοι :Διενεργήθηκε αναδρομική μονοκεντρική μελέτη 199 διαδοχικών ασθενών (52,8% γυναίκες· μέση ηλικία 81,3 ± 6,2 έτη) που υποβλήθηκαν σε TAVI σε ένα κέντρο (Ιανουάριος 2022 – Οκτώβριος 2023). Στο 70,4% των ασθενών χρησιμοποιήθηκε SEV, ενώ BEV στο 29,6% των περιστατικών. Καταγράφηκαν ο αριθμός αιμοπεταλίων (baseline και nadir), ο χρόνος επίτευξης του nadir, η ποσοστιαία πτώση αιμοπεταλίων (percentage drop in platelet count, %DPC), καθώς και οι περιεπεμβατικές μεταβολές αιμοσφαιρίνης και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP). Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (repeated-measures ANOVA) και πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης (SPSS v27.0).Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του αριθμού αιμοπεταλίων (μέσο %DPC 31,1%· nadir κατά τη 2η μετεπεμβατική ημέρα), συνοδευόμενη από σημαντική ελάττωση της αιμοσφαιρίνης και αύξηση της CRP (p<0,001). Σοβαρή θρομβοπενία (%DPC>50%) καταγράφηκε στο 8,5% των ασθενών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ SEV και BEV (7,9% έναντι 10,2%· p=0,781). Η μετεπεμβατική CRP ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα BEV (p=0,045). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες μεγαλύτερης πτώσης αιμοπεταλίων αναδείχθηκαν η προχωρημένη ηλικία (p=0,013), η υψηλότερη προεπεμβατική αιμοσφαιρίνη (p=0,001), η περιεπεμβατική μετάγγιση ερυθρών (p=0,011) και η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη (p=0,027). Συμπεράσματα :Η μετεπεμβατική θρομβοπενία αποτελεί συχνό αιματολογικό εύρημα μετά την TAVI, ανεξαρτήτως του τύπου της βαλβίδας (SEV vs BEV), και συνοδεύεται από συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση. Η ηλικία, η προεπεμβατική αιμοσφαιρίνη, η μετάγγιση και η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες, ενώ απαιτούνται προοπτικές πολυκεντρικές μελέτες για τη διαλεύκανση της παθοφυσιολογίας και της κλινικής σημασίας αυτού του φαινομένου.

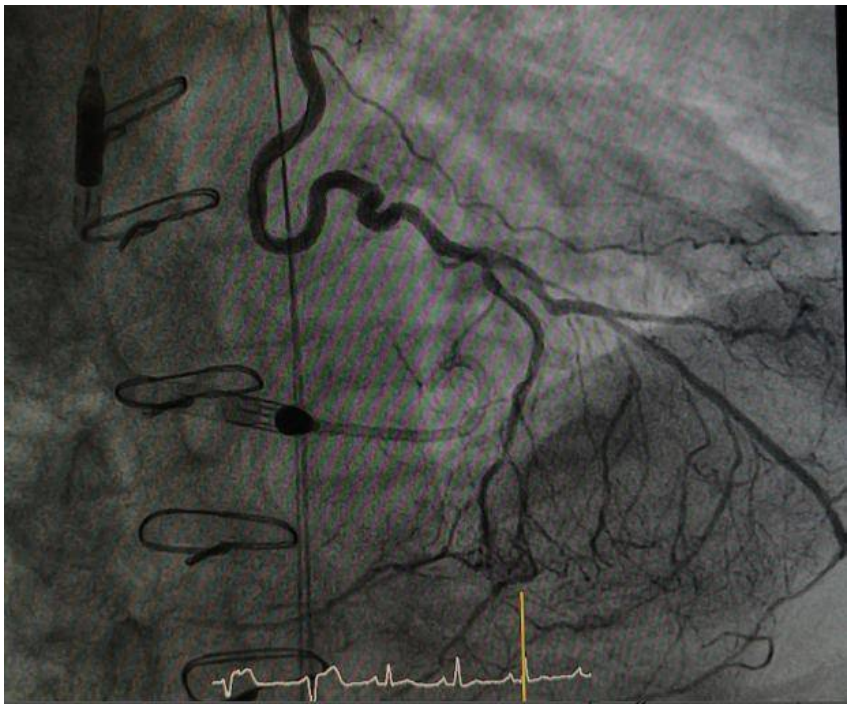
ΑΑ056|Αγγειοπλαστική πολύ υψηλού κίνδυνου (chip-pci) σε ασθενή με σοβαρή συστολική δυσλειτουργία και μοναδικό εναπομείναν αγγείο (lima to lad) με τη χρήση συσκευής υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας συνεχούς ροής (impella cp)

Φ. Τουλγαρίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πρόοδος των διαφορετικών τεχνικών, συνδυαστικά με την εξέλιξη των μέσων/υλικών στην επαναγγείωση ασθενών με αποφρακτική Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ) μέσω της αγγειοπλαστικής (PCI), έχει καταστήσει εφικτή την επαναιμάτωση διαδερμικά ακόμα και βαρύτατων περιστατικών μέσω των προγραμμάτων σύνθετων και υψηλού κινδύνου PCI (CHIP) σε αρκετά αιμοδυναμικά εργαστήρια.Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 77 ετών, με χειρουργηθείσα ΣΝ (CABG 1x3 πριν 32ετών) και πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, σε έδαφος γνωστής σοβαρή δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (LV)(LVEF~30%) και σοβαρή ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας, παραπέμφθηκε για αξιολόγηση λόγω στηθάγχης ηρεμίας (τύπος IV κατά CCS score). Η LIMA προς τον LAD αποτελούσε το τελευταίο λειτουργικό αγγείο, το οποίο τροφοδοτούσε όχι μόνο την επικράτεια του LAD, αλλά και τις LCx και RCA παλίνδρομα, καθότι τα 2 φλεβικά μοσχεύματα σε αυτές ήταν ολικά αποφραγμένα. Στόχοι επαναγγείωσης αποτελούσαν 2 διαδοχικές, υφολικές στενώσεις στην άπω αναστόμωση (LIMA-LAD) και στο μέσο τμήμα του γηγενούς LAD εν συνεχεία, αντίστοιχα. Είχαν διενεργηθεί 2 προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες PCI σε άλλα κέντρα. Αποτελέσματα: Χρησιμοποιήθηκε διαδερμική συσκευή μηχανικής υποστήριξης της κυκλοφορίας (pMCS) συνεχούς ροής (Impella CP®), που εισήχθη μέσω της αριστερής μηριαίας αρτηρίας (LFA), υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η δεξιά κερκιδική αρτηρία για την προώθηση οδηγού καθετήρα τύπου IMA® (7-F) στο στόμιο της LIMA. Στα τεχνικά σημεία της CHIP-PCI χρησιμοποιήθηκαν: καθετήρας προέκτασης (Guidezilla 6-F®) ορθόδρομα μέσω του IMA και πολλαπλά οδηγά σύρματα, τα οποία αδυνατούσαν να προσπελάσουν την εγγύς βλάβη. Τελικά, επιτυχής προσπέλαση σκληρού σύρματος 0.014΄΄ προς τον 1ο διαγώνιο κλάδο και χρήση μικροκαθετήρα, ο οποίος κατόπιν επανατοποθέτησης, συνέβαλε στην προώθηση του σύρματος στην περιφέρεια του LAD. Ακολούθησε επιτυχής εμφύτευση 1 DCB σε άπω-και 1 DES σε εγγύς βλάβες με πολύ καλό τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Η αιμόσταση της RFA πραγματοποιήθηκε επιτυχώς με 2 συσκευές σύγκλεισης με ράμματα (ProStyle®) ανεπίπλεκτα. Η pMCS αποδείχθηκε καθοριστική, εξασφαλίζοντας επαρκή αρτηριακή αιμάτωση μέχρι 3.8 L/min, ακόμα και όταν η συστολική αρτηριακή πίεση κατακρημνίστηκε σοβαρά. Συμπεράσματα: Στην εποχή των CHIP-PCI μπορούμε να επιτύχουμε πλήρη επαναγγείωση ακόμα και ανεγχείρητων ασθενών, πολλαπλών συννοσηροτήτων με κατάλληλο προ-

επεμβατικό σχεδιασμό. Η αιμοδυναμική υποστήριξη των pMCS συσκευών έχει θέση, όπου κρίνεται σκόπιμο, λόγω του πολύ υψηλού επεμβατικού κινδύνου, όπως στην περίπτωση του περιστατικού μας με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια-αλλά και ΣΝ.

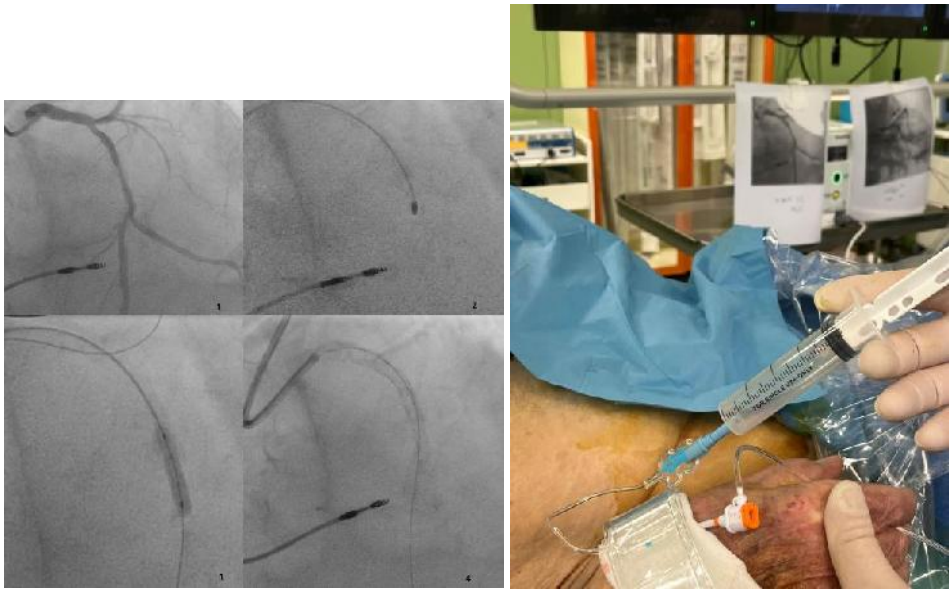


AA057|Seeing Beyond Contrast: From Snuffbox to Unprotected Left Main with IVUS-Guided Zero-Contrast PCI Integrating RotaShock technique

S. Nikopoulos[1], D. Nikas[1], X. Sakellariou[1], I. Tzourtzos[1], C. Floros[1], K. Naka[1], L. Michalis [1]

[1]University Hospital of Ioannina, Second Department of Cardiology

Introduction: Patients presenting with acute coronary syndromes (ACS) and concomitant acute kidney injury (AKI) represent one of the most challenging populations in interventional cardiology. While urgent revascularization is often lifesaving, contrast administration may further aggravate renal dysfunction, increasing morbidity and mortality. Advances in intravascular imaging and calcium-modifying technologies now permit the performance of complex percutaneous coronary intervention (PCI) with minimal or even zero contrast exposure. Case Study: An 85-year-old male with a known history of coronary artery disease presented with non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) complicated by acute pulmonary edema and severe acute kidney injury. Given the need for urgent revascularization and the prohibitive risk of contrast-induced renal deterioration, a completely zero-contrast PCI strategy was planned. The intervention was performed via distal radial access using fluoroscopic landmarks derived from previous coronary angiography. Intravascular ultrasound (IVUS) served as the primary imaging modality throughout the procedure, allowing lesion localization, guidewire confirmation, stent sizing, deployment, and final procedural assessment without contrast administration. Severe coronary calcification required rotational atherectomy followed by intravascular lithotripsy (Shockwave) to achieve adequate lesion preparation before drug-eluting stent implantation. Final IVUS demonstrated excellent stent expansion and apposition without edge dissection. Results: The procedure was completed successfully without the use of contrast media and without procedural complications. Coronary flow was restored with an optimal IVUS-defined result. The patient's pulmonary edema resolved rapidly following revascularization, renal function remained stable without further deterioration, and dialysis was avoided. The patient experienced an uncomplicated recovery and was discharged with significant clinical improvement. Conclusion: This case demonstrates that complex zero-contrast PCI is feasible and safe even in the setting of acute NSTEMI requiring urgent revascularization. IVUS is the cornerstone of this strategy, replacing contrast angiography for every critical procedural step, from lesion assessment to final optimization. When combined with contemporary techniques—including distal radial access, rotational atherectomy, intravascular lithotripsy, and meticulous procedural planning based on prior angiograms—zero-contrast PCI expands the therapeutic options for patients with advanced renal dysfunction. As interventional practice continues to evolve, IVUS-guided zero-contrast PCI should be considered an essential approach for selected high-risk patients in whom contrast administration is undesirable or contraindicated.



AA058|Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου υψηλού λόγω αποτυχίας φλεβικού μοσχεύματος: Επανεξετάζοντας τον στόχο

Δ. Οικονόμου[1], Κ. Τριανταφύλλου[1], Β. Καλογερά[1], Χ. Αρμόνης[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Α. Τρίκας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η αντιμετώπιση ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και εκφυλισμένα φλεβικά μοσχεύματα μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη αποτελεί ιδιαίτερη θεραπευτική πρόκληση. Παρότι οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες ευνοούν την επαναιμάτωση του φυσικού στεφανιαίου αγγείου έναντι του μοσχεύματος, η επιλογή της βέλτιστης στρατηγικής σε επείγουσες καταστάσεις εξακολουθεί να εξατομικεύεται. Παρουσιάζεται περιστατικό επείγουσας αγγειοπλαστικής χρόνιας ολικής απόφραξης (CTO) της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) σε ασθενή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση ST (NSTEMI) με ένοχο αγγείο εκφυλισμένο φλεβικό μόσχευμα (SVG). Υλικό και μέθοδος Άνδρας 52 ετών με ιστορικό πολυαγγειακής στεφανιαίας νόσου, προηγηθείσα αγγειοπλαστική και αορτοστεφανιαία παράκαμψη (έσω μαστική σε πρόσθιο κατιόντα, κερκιδική σε επιχείλιο κλαδο, SVG-RCA), διακομίστηκε λόγω NSTEMI υψηλού κινδύνου με εμμένουσα στηθάγχη. Η στεφανιογραφία ανέδειξε βαριά εκφύλιση του SVG προς RCA με εκτεταμένο θρομβωτικό φορτίο και βραδεία ροή, ενώ η RCA παρουσίαζε εγγύς χρόνια ολική απόφραξη. Εκτιμώντας τον αυξημένο κίνδυνο περιφερικής εμβολής και τη δυσμενή ανατομία του μοσχεύματος, αποφασίσθηκε ad hoc αγγειοπλαστική της CTO της RCA. Αποτελέσματα Ακολουθήθηκε συνδυασμένη ανάδρομη και ορθόδρομη προσπέλαση με διπλή αρτηριακή πρόσβαση. Η αρχική προσπάθεια διάνοιξης της CTO ορθόδρομα true-to-true απέτυχε. Με κλιμάκωση της τεχνικής εφαρμόστηκε ορθόδρομη knuckle τεχνική και reverse CART, επιτυγχάνοντας τελικά σύνδεση των δύο υποενδοθηλιακών χώρων. Ακολούθησε εξωτερίκευση του σύρματος, επιτυχής εμφύτευση τριών επικαλυμμένων stent και πλήρης αποκατάσταση της ροής (TIMI 3), χωρίς περιεπεμβατικές επιπλοκές και με άμεση υποχώρηση της ισχαιμίας. Συμπεράσματα Σε επιλεγμένους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, εκφυλισμένο φλεβικό μόσχευμα και χρόνια ολική απόφραξη του φυσικού αγγείου, η επείγουσα CTO PCI μπορεί να αποτελέσει ασφαλή και αποτελεσματική στρατηγική επαναιμάτωσης όταν η παρέμβαση στο μόσχευμα θεωρείται υψηλού κινδύνου. Η εξοικείωση με προηγμένες CTO τεχνικές μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική ακόμη και σε επείγοντα περιστατικά.

AA059|Durability of transradial carotid artery stenting with a tailored approach: extended clinical and duplex ultrasound follow-up of a single-center cohort

D. Nikas[1], **X. Sakellariou[1]**, C. Floros[1], A. Bechlioulis[1], A. Rammos[1], S. Nikopoulos[1], K. Tsimos[2], I. Stamou[1], E. Mastoridou[1], G. Karaolanis[3], D. Chatzis[3], M. Peroulis[3], K. Naka[1], L. Michalis[1]

[1]University Hospital of Ioannina, Second Department of Cardiology, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: We previously reported the safety and effectiveness of transradial carotid artery stenting (CAS) performed with a pre-procedural computed tomography angiography (CTA)-guided "tailored approach," achieving 100% procedural success and 100% freedom from stroke or stroke-related death at 6 months. Data on the longer-term durability of transradial CAS, particularly in-stent restenosis (ISR) assessed by duplex ultrasound, remain scarce. We report the extended follow-up of this cohort. Materials and methods: All 22 patients who underwent tailored-approach transradial CAS between August 2021 and January 2023 (closed-cell Carotid Wallstent under distal cerebral protection) were recalled for clinical evaluation and carotid duplex ultrasonography of the treated artery at a median follow-up of 3 years. In-stent restenosis was assessed from the peak systolic velocity (PSV) within the stented internal carotid artery (ICA) and the ICA/common carotid artery (CCA) ratio; PSV <0 cm/s with an ICA/CCA ratio <2.15 was considered to exclude significant restenosis. Endpoints were significant ISR, any stroke, stroke-related death, and all-cause mortality. Results: During follow-up, 1 patient (4.5%) died from a non-cardiac, non-stroke-related cause. The remaining 21 patients (95.5%) underwent duplex evaluation. Nineteen (90.5% of those evaluated) showed no significant in-stent restenosis (PSV <0 cm/s; ICA/CCA <2.15). Two patients (9.5%) had marginally elevated velocities (PSV 230 and 225 cm/s; ICA/CCA ratio 2.3 and 2.43); notably, their post-procedural baseline velocities were already relatively high, with no substantial interval increase, arguing against progressive restenosis. These patients were managed conservatively with intensified duplex surveillance. No stroke, stroke-related death, or target-lesion revascularization occurred, and freedom from stroke or stroke-related death remained 100%. Conclusions: At extended follow-up, tailored-approach transradial CAS demonstrated durable results, with no strokes or stroke-related deaths and no significant in-stent restenosis in the large majority of patients. Duplex surveillance identified a small subgroup with mildly elevated velocities—likely reflecting high baseline velocities rather than true progression—who warrant continued monitoring. These mid-term data support the durability and safety of pre-procedural CTA-guided tailored transradial CAS as an alternative method of carotid revascularization.

ΑΑ060|Σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης σε επεμβάσεις για δομικές καρδιακές παθήσεις: Μια συστηματική ανασκόπηση

Η.Γιώτας[1], Ν. Μανγκανιάρης[1], Κ. Δημητριάδης[1], Π. Ηλιάκης[1], Ν. Πυρπυρής[1], Ε. Δρη [1], Π. Θεοφίλης[1], Ε. Μπενέκη[1], Κ. Κυριακούλης[1], Α. Πλαΐτης[2], Π.Χ. Πατσαλής[1], Κ. Αζναουρίδης[1], Κ Τσιούφης[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

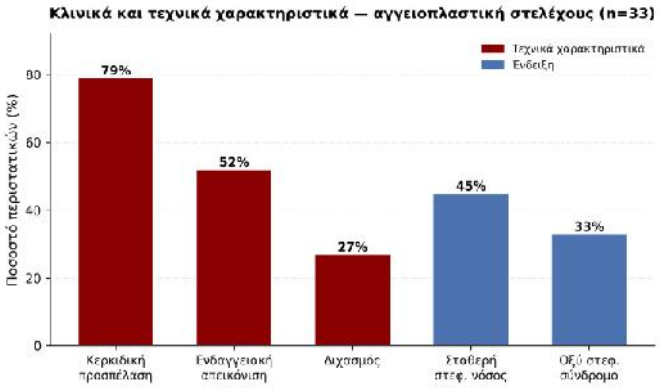
Υπόβαθρο. Τόσο η διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) όσο και η διακαθετηριακή επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας με τη μέθοδο «edge-to-edge» (M-TEER) μπορούν να προκαλέσουν το Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Αντίδρασης (SIRS). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστούν οι μηχανισμοί, οι βιοδείκτες και οι ανεπιθύμητες εκβάσεις που σχετίζονται με το SIRS μετά από επεμβάσεις TAVI και M-TEER.Μέθοδοι. Από το σύνολο της βιβλιογραφίας που ανακτήθηκε από το PubMed, 31 άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης και συντέθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Μεταξύ αυτών, 28 μελέτες αξιολόγησαν τα αποτελέσματα της TAVI, συμπεριλαμβάνοντας 8.214 ασθενείς, και 2 μελέτες διερεύνησαν τις επεμβάσεις M-TEER, που αφορούσαν 417 ασθενείς. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκε ένα έγγραφο συναίνεσης για τον καθορισμό του τυποποιημένου ορισμού του SIRS. Αποτελέσματα. Η ετερογένεια του SIRS μετά από TAVI και M-TEER κυμάνθηκε από 6% έως 68% και από 27,9% έως 49,6%, αντίστοιχα. Η συστηματική φλεγμονή σε ασθενείς μετά από TAVI ήταν διφασική, με ενεργοποίηση των κυτοκινών στις 4 ώρες και καθυστερημένη εμφάνιση των αντιδραστηρίων οξείας φάσης στις 24 ώρες. Βιοδείκτες όπως ο λόγος ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα, το HLA-DR των μονοκυττάρων και τα ενδοθηλιακά μικροσωματίδια παρουσιάζουν μηχανιστική και προγνωστική αξία. Όσον αφορά το SIRS μετά από MTEER, μόνο ο αριθμός των λευκοκυττάρων και η CRP ήταν σημαντικά υψηλότεροι στις 48 ώρες στους ασθενείς. Το SIRS συσχετίστηκε σημαντικά με ανεπιθύμητα συμβάντα, όπως οξεία νεφρική βλάβη, αιμορραγία, παρατεταμένη νοσηλεία και υψηλότερη θνησιμότητα σε διάστημα 30 ημερών, ενώ η μακροπρόθεσμη θνησιμότητα συχνά μείωνε τον προγνωστικό του ρόλο μετά από προσαρμογή για τον αρχικό κίνδυνο. Η διακορυφαία πρόσβαση και οι αυτοδιασταλείσες βαλβίδες προκαλούν πιο έντονη φλεγμονώδη αντίδραση, χωρίς όμως να συνεπάγονται σταθερά μειωμένη επιβίωση. Συμπεράσματα. Το SIRS μετά την επέμβαση αποτελεί δείκτη κινδύνου μετά από TAVI και M-TEER. Απαιτούνται ευρύτερες και πιο εκτενείς προοπτικές μελέτες για τη βελτίωση των διαγνωστικών κριτηρίων και τον προσδιορισμό των βέλτιστων θεραπειών.

ΑΑ061|Αγγειοπλαστική στελέχους αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας: μια υψηλού κινδύνου επέμβαση και ο ρόλος του νοσηλευτή

Α. Γκότση[1], Ν. Βεσκούκης[1], Α. Βέρα[1], Π. Νταβλούρος[2]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)

Εισαγωγή: Το στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας αιματώνει το μεγαλύτερο τμήμα του μυοκαρδίου, καθιστώντας την αγγειοπλαστική στη συγκεκριμένη ανατομική θέση μια διαδικασία υψηλού κινδύνου με ελάχιστα περιθώρια σφάλματος. Η πιθανότητα οξείας αιμοδυναμικής αστάθειας και η τεχνική πολυπλοκότητα της επέμβασης καθιστούν την ετοιμότητα του νοσηλευτή καθοριστικό παράγοντα για την ασφάλεια του ασθενούς. Σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή του κλινικού προφίλ των ασθενών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική στελέχους, των ενδείξεων της επέμβασης και των τεχνικών της χαρακτηριστικών, με απώτερο στόχο την ανάδειξη των βέλτιστων νοσηλευτικών προτεραιοτήτων. Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση σειράς διαδοχικών περιστατικών αγγειοπλαστικής στελέχους κατά την περίοδο Ιανουαρίου 2024 – Ιουνίου 2026. Κατεγράφησαν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα, η οδός προσπέλασης, τα τεχνικά χαρακτηριστικά και οι δείκτες επιβάρυνσης της επέμβασης. Οι αναλογίες συνοδεύονται από διαστήματα εμπιστοσύνης Wilson. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 33 περιστατικά. Η μέση ηλικία ήταν τα 72,4 έτη (42% άνω των 75 ετών), με επικράτηση των ανδρών (79%). Οι ασθενείς εμφάνιζαν βεβαρημένο ιστορικό: προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου 36%, παλαιότερη αγγειοπλαστική 33%, αορτοστεφανιαία παράκαμψη 12%, αρτηριακή υπέρταση 73%, δυσλιπιδαιμία 79% και σακχαρώδη διαβήτη 30%. Η κλινική παρουσίαση αφορούσε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο στο 33% και σταθερή στεφανιαία νόσο στο 45%. Η διαδικασία ήταν υψηλής πολυπλοκότητας. Συγκεκριμένα ενδοαγγειακή απεικόνιση χρησιμοποιήθηκε στο 52% των περιπτώσεων, αντιμετώπιση βλάβης διχασμού στο 27%, ενώ σε δύο περιστατικά απαιτήθηκε υποστήριξη με ενδοαορτική αντλία. Η κερκιδική προσπέλαση προτιμήθηκε στο 79%, επιβεβαιώνοντας τη συστηματική εφαρμογή της στρατηγικής «radial-first». Η επιβάρυνση ήταν υψηλή, με διάμεσο όγκο σκιαγραφικού τα 216 ml, δόση air kerma 1.210 mGy και χρόνο ακτινοσκόπησης 15 λεπτά. Συμπεράσματα: Η αγγειοπλαστική στελέχους διενεργείται σε ηλικιωμένους, πολυνοσηρούς ασθενείς και με υψηλή τεχνική πολυπλοκότητα, με την ενδοαγγειακή απεικόνιση να καθοδηγεί τις μισές επεμβάσεις. Το προφίλ αυτό απαιτεί εξειδικευμένη νοσηλευτική υποστήριξη σε κάθε φάση: διαρκή ετοιμότητα για αιμοδυναμική αστάθεια και ταχεία εγκατάσταση μηχανικής κυκλοφορικής υποστήριξης, υποστήριξη της καθοδηγούμενης απεικόνιση παρέμβασης ακριβείας, αυστηρά πρωτόκολλα νεφροπροστασίας και ακτινοπροστασίας, καθώς και συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση για την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών. Τα ευρήματα στηρίζουν την ανάπτυξη του ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή στις σύνθετες, υψηλού κινδύνου επεμβάσεις.



Πίνακας 1. Κλινικό και τεχνικό προφίλ — αγγειοπλαστική στελέχους (n=33)

Χαρακτηριστικό	n (%)
Ηλικία, έτη — μέση (SD)	72,4 (13,2)
Ηλικία >75 ετών	14 (42%)
Άνδρες	26 (79%)
Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο	11 (33%)
Σταθερή στεφανιαία νόσος	15 (45%)
Προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου	12 (36%)
Ενδοαγγειακή απεικόνιση (IVUS/OCT)	17 (52%)
Βλάβη διχασμού	9 (27%)
Αριθμός stents — διάμεσος	2
Ενδοαορτική αντλία (IABP)	2 (6%)
Κεκκινική προσπέλαση	26 (79%)
Σκιαγραφικό, ml — διάμεσος	215
Air kerma, mGy — διάμεσος	1.210

Οι κατηγορικές μεταβλητές ως n (%)· οι συνεχείς ως μέση (SD) ή διάμεσος.

ΑΑ062|Το Αποτύπωμα Του Πρώτου Περιφερειακού Μη Πανεπιστημιακού Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου Στην Ελλάδα

Σ. Μπουλούκου[1], Φ. Ψύλλου[1], Ι. Σταυρινούδης[1], Μ. Αμπελιώτης[2], Α. Παρασκευά [1], Ν. Παπαγιάννης[1], Σ. Γαρουφαλής[1], Α. Καρτάλης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διενέργεια στεφανιογραφιών άλλαξε τον χάρτη της αντιμετώπισης των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Η ύπαρξη ενός οργανωμένου αιμοδυναμικού εργαστηρίου είναι ιδιαίτερα σημαντική στην επαρχία και ιδιαίτερα στη νησιωτική Ελλάδα, εξαιτίας της δυσχερούς πρόσβασης σε τριτοβάθμια νοσοκομεία που διαθέτουν αιμοδυναμικό εργαστήριο. Το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Γ.Ν. Χίου ιδρύθηκε το 2007 και έκτοτε λειτουργεί αδιαλείπτως και είναι πλέον στελεχωμένο από 3 επεμβατικούς Καρδιολόγους, 7 νοσηλευτές και έναν τεχνολόγο. Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η καταγραφή των δεδομένων του Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου του Γ.Ν. Χίου, κατά τα 20 χρόνια λειτουργίας του. Υλικά-Μέθοδοι: Για τον σκοπό της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν τα βιβλία καταγραφής του αιμοδυναμικού εργαστηρίου από το 2007 έως και τον Ιούνιο του 2026 και έγινε καταμέτρηση του συνόλου των στεφανιογραφιών και των αγγειοπλαστικών, καθώς και του αριθμού των πρωτογενών αγγειοπλαστικών. Αποτελέσματα: Συνολικά ο αριθμός στεφανιογραφιών στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Γ.Ν. Χίου ανέρχεται στις 4,728, εκ των οποίων 1,376 αγγειοπλαστικές και εξ' αυτών οι 428 πρωτογενείς. Από τον Νοέμβριο του 2017 ξεκίνησε η διενέργεια στεφανιογραφιών διαμέσου της κερκιδικής αρτηρίας, η οποία βάση των δεδομένων με το πέρασμα των χρόνων σχεδόν εκμηδένισε τη μηριαία προσπέλαση. Σημαντική είναι μετά το 2018 και η διενέργεια συστηματικά πρωτογενών αγγειοπλαστικών, λειτουργώντας 24/7, έναντι της φαρμακοεπεμβατικής αντιμετώπισης που εφαρμοζόταν έως τότε, καθώς δεν υπήρχε ξεχωριστό νοσηλευτικό τμήμα. Συμπέρασμα: Ο πρωταρχικός ρόλος των Αιμοδυναμικών Εργαστηρίων της περιφέρειας πρέπει να είναι η διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής για την αντιμετώπιση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI). Η δημιουργία ανεξάρτητου νοσηλευτικού τμήματος στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του Γ.Ν. Χίου και η λειτουργία 24/7 άλλαξε την αντιμετώπιση των STEMI στην ευρύτερη περιοχή του Αιγαίου.

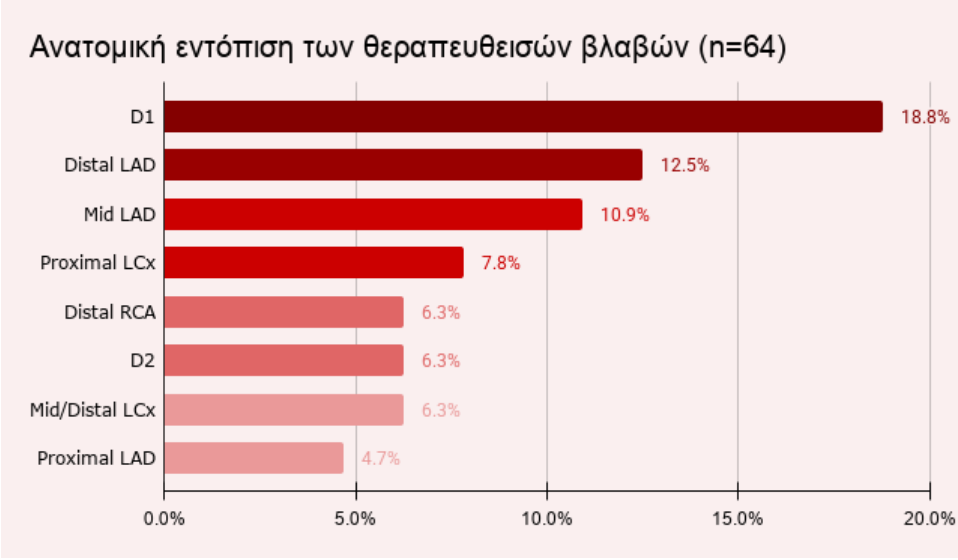


ΑΑ063|Κλινικά και επεμβατικά χαρακτηριστικά της χρήσης DCB πακλιταξέλης: Προκαταρκτική μελέτη πραγματικού κόσμου από ένα κέντρο.

Ν.Π. Αντωνίου[1], Α. Καραγιάννη[1], Α. Ευαγγελίου[1], Β. Σχισμένος[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Μ. Πετρίδου[1], Η.Α. Παύλου[1], Π. Μαμώλης[1], Δ. Οικονόμου[1], Ε. Παγκουρέλιας[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Θ. Καραμήτσος[1], Σ. Τζήκας[1], Β. Βασιλικός[1]

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

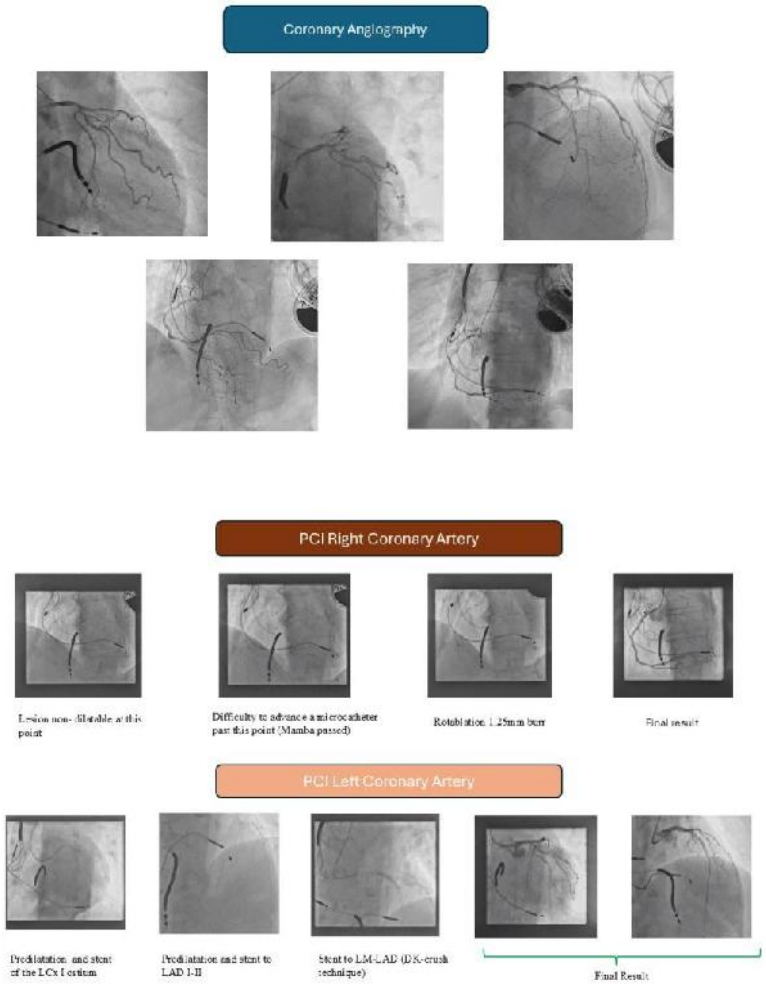
Εισαγωγή - Στόχοι: Τα μπαλόνια με επικάλυψη φαρμάκου (Drug-Coated Balloons - DCB) αποτελούν αναδυόμενη στρατηγική στην επεμβατική καρδιολογία, περιορίζοντας τη νεοενδοθηλιακή υπερπλασία χωρίς την ανάγκη μόνιμης μεταλλικής πρόθεσης. Σκοπός της παρούσας προκαταρκτικής περιγραφικής μελέτης είναι η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών και των τεχνικών παραμέτρων της χρήσης DCB πακλιταξέλης στην καθημερινή κλινική πράξη (Real-World Data).Μέθοδοι - Δεδομένα: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη (2023-2025) διαδοχικών ασθενών με χρόνια ή οξέα στεφανιαία σύνδρομα που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με DCB πακλιταξέλης. Κριτήριο ένταξης αποτέλεσε η ένδειξη για DCB χωρίς ανάγκη προγραμματισμένου stenting. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και περιεπεμβατικά δεδομένα. Για την ανατομική εντόπιση των βλαβών και την καταγραφή των στεφανιαίων τμημάτων (segments), χρησιμοποιήθηκε το 16-segment μοντέλο που χρησιμοποιείται από το SYNTAX Score. Η αγγειογραφική επιτυχία ορίστηκε ως υπολειπόμενη στένωση <0% με ροή TIMI III χωρίς bailout stenting. Σχεδιάστηκε πλήρης κλινική παρακολούθηση (100% μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας/επανεξέτασης) για καταγραφή MACE (καρδιακός θάνατος, έμφραγμα μυοκαρδίου, επαναγγείωση της βλάβης-στόχου [target lesion revascularization, TLR]). Η ανάλυση έγινε με περιγραφική στατιστική. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα 56 ασθενών (91,1% άνδρες, μέση ηλικία 68,3 ± 11,4 έτη) για συνολικά 58 επεμβάσεις. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου ήταν υπέρταση (57,1%), δυσλιπιδαιμία (53,6%), κάπνισμα (48,2%) και διαβήτης (28,6%). Στα περιστατικά αυτά αντιμετωπίστηκαν 64 βλάβες με χρήση 67 DCB. Η πλειονότητα των βλαβών ήταν de novo (85,9%, 55/64), με τις επαναστενώσεις εντός stent να φτάνουν (ISR) το 14,1% (9/64). Η συχνότερη ανατομική εντόπιση των θεραπευθεισών βλαβών ήταν ο πρώτος διαγώνιος κλάδος (Segment 9, 18,8%), ακολουθούμενος από τη μεσότητα και την περιφέρεια του πρόσθιου κατιόντα (Segments 8 και 7, 12,5% και 10,9%, αντίστοιχα). Η αγγειογραφική επιτυχία ήταν 100%. Κατά την κλινική παρακολούθηση (μέσος χρόνος 18,1 ± 8,2 μήνες), το ποσοστό εμφάνισης MACE ήταν 10.7% (6/56 ασθενείς), περιλαμβάνοντας 0 καρδιακούς θανάτους, 2 εμφράγματα μυοκαρδίου και 4 TLR.Συμπεράσματα: Στην παρούσα προκαταρκτική μελέτη πραγματικού κόσμου, η χρήση των DCB πακλιταξέλης ήταν τεχνικά εφικτή και συνοδεύτηκε από αποδεκτό ποσοστό κλινικών συμβάντων κατά την παρακολούθηση. Η χρήση των DCB στην παρούσα μελέτη εφαρμόστηκε κυρίως σε de novo βλάβες, πέραν της παραδοσιακής χρήσης τους σε ISR. Απαιτούνται μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες με κατάλληλη ομάδα σύγκρισης, για την αξιολόγηση της συγκριτικής ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της στρατηγικής.



ΑΑ064|Σύνθετη διαδερμική επαναγγείωση σε CRT-D responder με διάχυτη πολυαγγειακή στεφανιαία νόσο

Β. Καλογερά[1], Κ. Τριανταφύλλου[1], Δ. Οοκονόμου[1], Α. Τρίκας[1]
[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή – Σκοπός: Η αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρή διάχυτη πολυαγγειακή στεφανιαία νόσο, ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας και θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) αποτελεί θεραπευτική πρόκληση, ιδιαίτερα όταν η χειρουργική επαναγγείωση δεν είναι εφικτή. Παρουσιάζεται η επιτυχής αντιμετώπιση ασθενούς υψηλού κινδύνου με σύνθετη διαδερμική επαναγγείωση.Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 78 ετών με ιστορικό διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και εμφύτευση CRT-D πριν από 17 έτη, με ανταπόκριση στη θεραπεία (κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 45%), προσήλθε λόγω στηθάγχης ηρεμίας και προσπαθείας. Συνυπήρχαν σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, χρόνια νεφρική νόσος και περιφερική αρτηριοπάθεια. Η στεφανιογραφία ανέδειξε σοβαρή διάχυτη νόσο του στελέχους και τριών αγγείων (Εικόνα 1). Λόγω υψηλού χειρουργικού κινδύνου (Euroscore II 5,65%) και πτωχών στόχων χειρουργικής επαναγγείωσης, παρά το υψηλό SYNTAX score (>33), το Heart Team αποφάσισε διαδερμική επαναγγείωση σε δύο στάδια. Από το εγγύς μέχρι το άπω τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας έγινε προετοιμασία των σοβαρά ασβεστωμένων βλαβών με περιστροφική αθηρεκτομή και ακολούθησε η εμφύτευση τριών διαδοχικών επικαλυμμένων stents. Ένα μήνα μετά ακολούθησε σύνθετη παρέμβαση στο αριστερό στεφανιαίο δίκτυο με τεχνική DK-crush στη βλάβη διχασμού του στελέχους και εμφύτευση επικαλυμμένων stents από το στέλεχος προς τον πρόσθιο κατιόντα και από την έκφυση της περισπωμένης προς τον κύριο επιχείλιο κλάδο. Στη ν περιφέρεια του προσθίου κατιόντα έγινε χρήση drug-coated balloons (Εικόνα 2).Αποτελέσματα: Η επαναγγείωση ολοκληρώθηκε επιτυχώς χωρίς επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Οκτώ μήνες μετά, ο ασθενής παραμένει ελεύθερος στηθάγχης, με βελτίωση του κλάσματος εξώθησης στο 50% και σημαντική λειτουργική βελτίωση, με μοναδικό περιορισμό τη διαλείπουσα χωλότητα λόγω περιφερικής αρτηριοπάθειας. Συμπεράσματα: Σε επιλεγμένους ασθενείς με σύνθετη στεφανιαία νόσο που δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική επαναγγείωση, η εξατομικευμένη, πλήρης διαδερμική επαναγγείωση με σύγχρονες τεχνικές μπορεί να αποτελέσει ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, προσφέροντας ουσιαστική ανακούφιση των συμπτωμάτων, διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας και βελτίωση της καρδιακής απόδοσης.

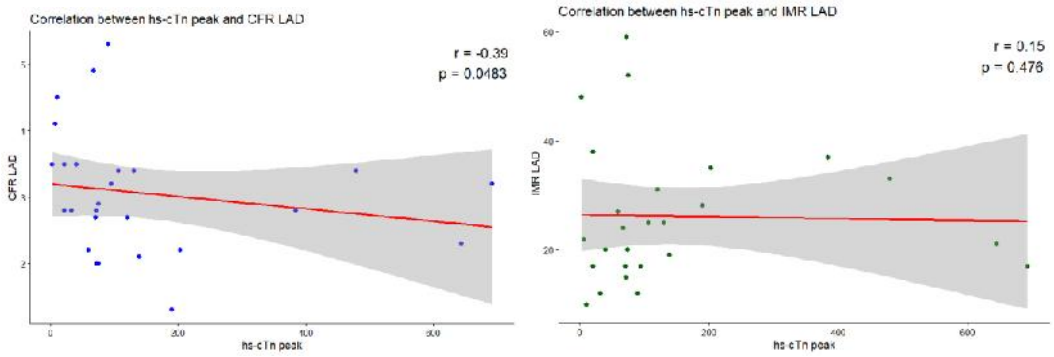


ΑΑ065|Μελέτη της μικροκυκλοφορίας σε ασθενείς με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και μυοκαρδιακή βλάβη.

Ε. Κλάδου[1], Ο. Ζαΐμάκης[1], Δ. Λεμπιδάκης[1], Α. Παπαουτσάκης[1], Ε. Σιδεράς[1], Ε. Ζάχαρης[1], Σ. Πετούσης[1], Γ. Κοχιαδάκης[1], Ε. Σημαντηράκης[1], Ε. Σκαλίδης[1], Μ. Χαμηλός[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αποτελεί συνήθη αιτία προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων 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 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 ενδοφλέβια χορήγηση ρεγαδενοσίνης 400μg. Στενώση επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών>% αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού. Αποτελέσματα: Στη μελέτη έως τώρα έχουν συμπεριληφθεί 26 ασθενείς. Η μέση ηλικία πληθυσμού ήταν 55,1 ± 11,8 έτη. Σακχαρώδης διαβήτης υπήρχε στο 12,5% των ασθενών, κάπνισμα στο 36,0%, δυσλιπιδαιμία στο 80,0% και αρτηριακή υπέρταση στο 32,0%. 23 από τους ασθενείς που έχουν ενταχθεί έως τώρα, παρουσίασαν αύξηση μυοκαρδιακών ενζύμων (υψηλής ευαισθησίας τροπονίνη) μετά το επεισόδιο, ενώ οι 3 είχαν φυσιολογική τιμή τροπονίνης. Για την πρόκληση υπεραιμίας σε αυτούς τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε ρεγαδενοσίνη 400μg. Η μέση τιμή Pd/Pa και FFR ήταν 0.946 ± 0.023 και 0.910 ± 0.031, αντίστοιχα. Η συσχέτιση μεταξύ hs-TnI και CFR ήταν χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική (r= = -0,39, p = 0,048), (Figure 1). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μέγιστης τροπονίνης και του IMR (r = 0,15, p = 0,48), (Figure 2). Συμπέρασμα Η μέγιστη τροπονίνης εμφάνισε χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το CFR, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με το IMR. 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.



AA066|Predictors of the No-Reflow Phenomenon After Percutaneous Coronary Intervention: Insights from Recent Clinical Trials

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction: The no-reflow phenomenon, characterized by inadequate myocardial perfusion despite the successful restoration of epicardial coronary artery patency, remains a complication of percutaneous coronary intervention (PCI). It is associated with larger infarct size, reduced left ventricular ejection fraction, and increased mortality. Despite advances in interventional techniques, no-reflow occurs in a substantial proportion of patients, particularly in the setting of acute myocardial infarction. The purpose of this abstract is to synthesize recent trial results and identify the clinical, anatomical, and procedural predictors that allow for early risk stratification and targeted prevention. Material and Methods: A comprehensive review of recent literature was conducted, including data from large-scale PCI registries and randomized controlled trials focused on microvascular obstruction. The analysis evaluated a wide array of potential predictors, ranging from inflammatory biomarkers and admission hemodynamic profiles to advanced imaging findings. Specifically, the role of thrombus burden, lesion morphology assessed by Optical Coherence Tomography (OCT), and physiological indices such as the Index of Microcirculatory Resistance (IMR) were examined. Procedural variables, including time-to-reperfusion and the use of embolic protection devices, were also scrutinized. Results: Recent clinical data identify high thrombus burden and prolonged "pain-to-balloon" time as the strongest independent predictors of no-reflow. Elevated inflammatory markers, such as the neutrophil-to-lymphocyte ratio and high-sensitivity C-reactive protein, have also shown significant correlation with microvascular dysfunction. OCT-based studies highlight that lipid-rich plaques with thin fibrous caps and large necrotic cores are highly predisposed to distal embolization during stenting. Furthermore, admission hyperglycemia and pre-procedural hypotension have emerged as critical systemic predictors. Recent findings from physiological studies emphasize that a high baseline IMR (>40 units) is a potent predictor of suboptimal reperfusion and adverse long-term remodeling, even when angiographic success is achieved. Conclusions The no-reflow phenomenon is multifactorial, driven by distal embolization, microvascular injury, and individual susceptibility to ischemia-reperfusion injury. Early identification of high-risk patients using clinical and OCT-derived markers is essential for implementing preventive strategies, such as pharmacological adjuncts or modified stenting techniques. As modern interventional cardiology shifts toward precision medicine, integrating these predictors into standardized risk scores will be paramount for improving myocardial salvage and long-term patient outcomes.

AA067|30 day Outcomes of Transfemoral Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)

C. Antoniades[1], G. Karmioti[1], N. Eteocleous[1], I. Zittis[1], K. Myrianthopoulos[1], A. Mitsis[1], C. Eftychiou[1]

[1]Cardiology department of Nicosia General Hospital

Introduction : Transfemoral Transcatheter Aortic Valve Implantation (TF-TAVI) has become the standard of care for patients with severe symptomatic aortic stenosis across a broad spectrum of surgical risk profiles. Real-world data from high-volume centers remain essential for evaluating procedural performance, safety, and clinical outcomes. We report the 30-day outcomes of a large single-centre cohort, reflecting more than a decade of practice. Methods We conducted a retrospective analysis of 969 consecutive patients who underwent TF-TAVI at Nicosia General Hospital between 2015 and June 2026. Baseline demographic and clinical characteristics, laboratory parameters, pre-procedural computed tomography transcatheter aortic valve implantation (CT-TAVI) measurements, echocardiographic, and electrocardiographic (ECG) findings were prospectively collected (Table 1). Procedural variables and 30-day clinical outcomes were subsequently recorded and analyzed (Table 2). Major adverse cardiovascular events (MACE) were defined as the composite of cardiovascular death, disabling stroke, and/or major vascular complications. Clinical outcomes were assessed according to contemporary standardized definitions. Results The study population had a mean age of 79.4 ± 6.6 years, and 51.2% were male. Significant comorbidity burden was observed, including chronic kidney disease (27.3%), diabetes mellitus (37.7%), and atrial fibrillation (30.5%). The mean EuroSCORE II and Society of Thoracic Surgeons (STS) predicted risk scores were 5.6 ± 5.2% and 5.3 ± 4.5%, respectively. Balloon-expandable Sapien 3 valves were implanted in 71.3% of procedures, while conscious sedation was employed in 89.3% (Table 2). At 30 days, the incidence of MACE was 2.8%. All-cause mortality was 2.0%, cardiovascular mortality 1.2%, stroke 1.7%, and disabling stroke 0.8%. Major vascular complications occurred in 1.9% of patients, while new permanent pacemaker implantation was required in 10.4%. Post-procedural valve haemodynamic performance was excellent, with mean transvalvular gradient of 8.2 ± 4.4 mmHg (Table 2) Conclusion: In this large, real-world, single-center cohort, TF-TAVI demonstrated outstanding short-term safety and efficacy, with very low rates of mortality, disabling stroke, and major vascular complications. These findings highlight the effectiveness of a established, high-volume TAVI program and confirm outcomes that are consistent contemporary international standards.

Baseline Characteristics (n=998)		
Patients' Characteristics		
Age	79.4+/-6.6	52-95
Male sex	496	51.2%
Weight	75.7+/-14.8	40-170
Height	166+/-0.1	140-192
Heart failure	165	17.0%
Previous Myocardial Infarction	99	9.8%
CABG	145	15.0%
Previous PCI	322	33.2%
Permanent Pacemaker	81	8.4%
Atrial Fibrillation (history of permanent, persistent or paroxysmal atrial fibrillation)	296	30.5%
Bicuspid Aortic Valve	42	4.3%
Bioprosthetic Aortic Valve	34	3.5%
Previous Stroke	64	6.6%
Carotid Artery Disease	51	5.3%
Peripheral Vascular Disease	131	13.5%
Pulmonary Hypertension	168	17.3%
Chronic Lung Disease	218	22.6%
Chronic Kidney Disease	265	27.3%
Diabetes Mellitus	365	37.7%
Smoking	60	6.2%
Hypertension	726	74.9%
Dyslipidemia	620	64.0%
Malignancy	148	15.6%
History of Chest Radiation	43	4.4%
Porcelain Aorta	98	10.1%
Euroscore II score-%	5.5+/-5.2	0.7-47.2
Euroscore II category		
• low risk	483	49.8%
• Intermediate risk	289	33.8%
• High risk	168	17.3%
STS score-%	5.3+/-4.5	0.7-45.2
STS category		
• low risk	466	48.1%
• Intermediate risk	328	33.8%
• High risk	168	17.3%
Baseline echocardiographic / CT		
Ejection Fraction (EF)-%	55.2 +/-9.7	20-75
Right Ventricle Systolic Pressure (RVSP)-mmHg	37.2 +/-13.6	13-110
Peak Aortic Valve gradient-mmHg	66.5 +/-23.1	0-180
Mean Aortic Valve gradient-mmHg	39.2+/-14.8	0-124
LV-Aorta pullback gradient-mmHg	51.5+/-24.3	0-220
AV Annular Area on CT-mm²	426.7+/-85.6	188-800
AV annulus diameter on CT-mm	22.9+/-2.3	17-31
AV annulus perimeter on CT-mm	73.9+/-7.8	53-105
Baseline Blood Tests		
Hemoglobin-g/dL	11.5 +/-1.7	7.0-17.6
Creatinine-mg/dL	1.3+/-1.2	0.2-10.4
ECG at presentation		
Sinus Rhythm	768	77.2%
Atrial Fibrillation	157	16.2%
Pacing Rhythm	58	6.0%
First degree AV block	114	11.8%
Left Bundle Branch Block	105	10.8%
Right Bundle Branch Block	134	13.8%

(Number of patients) %
Plus-minus values are means +standard deviation and the range of values is in brackets
The BMI is the weight in kilograms divided by the square of the height in meters

Table 1. Patients' Characteristics, Baseline echocardiographic, CT, Blood tests and ECG data

Data	Number	Range/%
Procedural data		
Edwards Lifesciences Sapien 3 valve	691	71.3%
Medtronic CoreValve Evolut R/Pro/Pro+/FX valve	182	18.8%
Boston Acurate Neo2 or Prime valve	61	6.3%
Abbot Navitor valve	35	3.6%
Valve in Valve	34	3.5%
Bicuspid Valves	42	4.3%
Conscious Sedation	865	89.3%
Vascular Closure with Proglide	838	86.5%
Vascular Closure with Manta	114	11.8%
Predilatation	451	46.5%
Postdilatation	120	12.4%
Stroke Embolic Protection Device (Sentinel)	4	0.4%
Contrast volume (ml)	159.91/-59.6	30-500
Periprocedural and 30-day Outcomes		
MACE	27	2.8%
All-cause death	19	2.0%
Cardiovascular death	12	1.2%
Stroke	16	1.7%
Disabling stroke	8	0.8%
Vascular Complications	74	7.7%
Major Vascular Complications	18	1.9%
Minor Vascular Complications	56	5.8%
Periprocedural Vascular Surgery	36	3.7%
New Pacemaker Implantation	101	10.4%
Mild Aortic Regurgitation (AR)	127	13.1%
More than mild AR	6	0.6%
Periprocedural bleeding	24	2.5%
Periprocedural transfusions	68	7%
Post Peak Aortic Valve gradient-mmHg	15.7+/-8.3mmHg	4.0-69.0mmHg
Post Mean Aortic Valve gradient-mmHg	8.2+/-4.4mmHg	2.0-33.0mmHg
(Number of patients) % Plus–minus values are means ±standard deviation and the range of values is in brackets MACE: Major Adverse Cardiovascular Events are defined as cardiovascular death, disabling stroke, and/or major vascular complications (VC)		

Table 2. Procedural data and Periprocedural and 30-day Outcomes

AA068|Clinical Outcomes at One-Year Following Drug-Coated Balloon versus Drug-Eluting Stent Implantation for de novo Small Vessel Coronary Artery Disease: A Prospective, Multicenter Study

Ν. Τσιάμης[1], Α. Παπανικολάου[2], Μ. Σαγρής[3], Α. Αποστολός[2], Φ. Τουλγαρίδης[1], Δ. Ζαχαράκης[1], Δ. Αφενδούλης[4], Η. Τόλης[2], Κ. Δημητριάδης[2], Κ Τσιούφης[5], Κ. Τούτουζας[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background: Percutaneous coronary intervention (PCI) for small vessel disease (SVD) represents a therapeutic challenge, as drug-eluting stents (DES) exhibit higher rates of late lumen loss and restenosis in small calibers. Drug-coated balloons (DCBs) provide a "leave-nothing-behind" alternative that preserves vascular vasomotion and eliminates the risk of permanent metallic scaffolding. We sought to prospectively evaluate and compare the 1-year safety and efficacy of DCB versus contemporary second-generation DES in native de novo SVD.Methods: This prospective, multicenter, non-randomized study enrolled patients aged ≥18 years with chronic coronary syndrome or non-ST-elevation acute coronary syndrome (excluding cardiogenic shock and recent STEMI) who underwent successful PCI for SVD. Eligible lesions presented a reference vessel diameter >2.0 mm and >70%. Successful lesion preparation—defined as residual stenosis ≤30%, TIMI 3 flow, and absence of NHLBI type C-F dissections—was mandatory prior to device allocation. Patients were stratified into two groups: the DCB group (n=101) and the DES group (n=76). The primary endpoint was the 1-year rate of Major Adverse Cardiovascular Events (MACE), a composite of cardiovascular death, non-fatal myocardial infarction (MI), and target lesion revascularization (TLR).Results: A total of 177 patients completed the 1-year clinical follow-up. The primary composite endpoint of MACE at 1 year occurred in 6.9% (n=7) of the DCB cohort compared to 6.5% (n=5) in the DES cohort, demonstrating no statistically significant difference between the two therapeutic strategies (OR: 1.06, 95% CI: 0.32–3.54, p=0.92). The clinical profiles regarding safety and efficacy endpoints remained balanced between the groups at 12 months, with low and comparable rates of individual MACE components, device-related thrombosis, and Bleeding Academic Research Consortium (BARC) type 3–5 major bleeding.Conclusion: In this prospective, multicenter registry, a stent-less strategy utilizing DCB angioplasty following successful lesion preparation for de novo small vessel coronary lesions demonstrated 1-year safety and efficacy profiles that were comparable to contemporary second-generation DES. These findings validate DCB as an effective and safe first-line therapeutic alternative for small vessels, avoiding the long-term hazards of permanent metallic cages.

AA069|Gore Cardioform ASD Occluder σε παιδιά στην Ελλάδα

Α. Αναγωστοπούλου[1], Ν. Ανδρέου[1], Α. Γιαννακοπούλου[1], Ε. Καρανάσιος[1], Ν. Ελευθεράκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η σύγκλειση των ελλειμμάτων του κολπικού διαφράγματος με συσκευή είναι μια καθιερωμένη επιλογή στην παιδοκαρδιολογία. Το Gore Cardioform Occluder έχει χρησιμοποιηθεί σε παιδιά για τη σύγκλειση μεσαίου μεγέθους ελλειμμάτων ακόμη και στο πλαίσιο δύσκολης ανατομίας. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν αρρυθμία, αποτυχία και θραύση της συσκευής. Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη κοόρτης παρατήρησης δώδεκα παιδιατρικών ασθενών από τον Ιούνιο του 2024 έως τον Φεβρουάριο του 2026. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα μεγάλο τριτοβάθμιο ακαδημαϊκό παιδιατρικό νοσοκομείο με καρδιολογικό τμήμα στην Αθήνα, Ελλάδα. Τα κριτήρια συμπερίληψης ήταν η ηλικία κάτω των 18 ετών και η χρήση κλεισίματος της συσκευής GORE για δευτερογενή μεσοκολπική επικοινωνία ή ωοειδές τρήμα ασθενούς. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν άλλοι τύποι μεσοκολπικού ελλείμματος. Καταγράφηκαν τα ανθρωπομετρικά δεδομένα όπως ηλικία/φύλο/ύψος/βάρος και υπολογιζόμενη επιφάνεια σώματος από τον τύπο du Bois. Αποτελέσματα : Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, δώδεκα παιδιά, έξι αγόρια και έξι κορίτσια υποβλήθηκαν σε σύγκλειση μεσοκολπικού ελλείμματος κόλπου χρησιμοποιώντας τη νέα συσκευή Gore Cardioform ASD. Ο μικρότερος ήταν πέντε ετών και ο μεγαλύτερος ήταν 16 ετών (μέσος όρος 9,75, SD 4.14 διάμεσος 8 ετών). Τα Qp/Qs κυμαίνονταν από 1,067 έως 2,2 (διάμεσος 1, 35, IQR 15,25-18,5). Η μέση PAP που μετρήθηκε με επεμβατικές μετρήσεις ήταν μεταξύ 17 και 25 mmHg. Όλες οι διαδικασίες ήταν επιτυχείς. Δεν υπήρξαν επιπλοκές στους έξι μήνες. Συμπεράσματα: Αυτή είναι η πρώτη αναφορά Gore Cardioform ASD Occluder σε παιδιά στην Ελλάδα. Η επιτυχία της διαδικασίας επιτεύχθηκε στο 100% των περιπτώσεων χωρίς να παρατηρηθούν σημαντικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Κατά συνέπεια, το Gore Cardioform ASD Occluder μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία ακόμη και από κέντρο με μικρότερο αριθμό επεμβάσεων.

ΑΑ070|Στεφανιαία συρίγγια μεταξύ δύο στεφανιαίων αρτηριών και πνευμονικής αρτηρίας σε συμπτωματικό ασθενή.

Β. Αντωνόπουλος[1], Δ. Οικονόμου[1], Ι. Λεβέντης[1], Ε. Λαδοπούλου[1], Α. Μπόλη[1], Ν. Χρυσάκης[1], Ι. Παράσχου[1], Ε. Κατσιμπέρη[1], Ν. Ιακωβής[1], Α. Ζάγουρας[1], Χ. Πάντσιος[1], Α. Ανυφαντάκης[1], Α. Χαμαϊδή[1], Μ. Παπαμιχάλης[1], Α. Ξανθόπουλος[1], Γ. Γιαμούζης[1], Ι. Σκουλαρίγκης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Ως στεφανιαίο συρίγγιο (Coronary Artery Fistula) ορίζεται η μη φυσιολογική άμεση επικοινωνία μεταξύ μίας στεφανιαίας αρτηρίας με ένα άλλο μεγάλο αγγείο ή καρδιακή κοιλότητα. Τα στεφανιαία συρίγγια αποτελούν σπάνιες, συνήθως εκ γενετής, ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών με ποσοστό εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό 0,002%, ενώ απαντώνται στο 0,3-0,8% των ασθενών που υποβάλλονται σε στεφανιογραφικό έλεγχο. Μπορούν να εξορμώνται από οποιοδήποτε στεφανιαία αρτηρία (RCA 33-55%, LAD 35-49%, LCx 18% των περιπτώσεων) και να εκβάλλουν σε κοιλότητες με χαμηλή πίεση όπως είναι η δεξιά κοιλία (40%), ο δεξιός κόλπος (26%), η πνευμονική αρτηρία (17%), ο φλεβώδης κόλπος ή η άνω κοίλη φλέβα, και ακόμα πιο σπάνια σε αριστερές κοιλότητες. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν ταυτόχρονα συρίγγια τόσο από την αριστερή όσο και από τη δεξιά στεφανιαία κυκλοφορία (4-18% των περιπτώσεων). Η ύπαρξη τους μπορεί να σχετίζεται με επεισόδια στηθάγχης, δύσπνοιας, συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας, επεισόδια αρρυθμιών, λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας ή αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Υλικό/Μέθοδος :Παρουσιάζεται περιστατικό της κλινικής μας με συνύπαρξη συριγγίων από τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία προς την πνευμονική αρτηρία. Αποτελέσματα: Ασθενής 77 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, υποβλήθηκε προγραμματισμένα σε στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω ανάδειξης εκτεταμένης ισχαιμίας με έλλειμμα πρόσληψης στο πρόσθιο τοίχωμα, στην κορυφή και στο κατωτεροπλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου που διενεργήθηκε λόγω επεισοδίων στηθάγχης από μηνών.Από την στεφανιογραφία που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε παρουσία ευμεγέθους στεφανιαίου συριγγίου από το εγγύς τμήμα του προσθίου κατιόντα προς την πνευμονική αρτηρία, καθώς και ύπαρξη δεύτερου συριγγίου από την αρτηρία του κώνου προς την πνευμονική αρτηρία. Λαμβάνοντας υπόψιν το μέγεθος και την πολύπλοκη ανατομία των συριγγίων, καθώς και την έντονη αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων, έγινε παραπομπή του ασθενούς προς καρδιοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Συμπεράσματα: Η παρουσία στεφανιαίων συριγγίων, και ειδικότερα όταν αυτά αφορούν δύο στεφανιαία αγγεία με εκβολή στην πνευμονική αρτηρία, αποτελεί σπάνιο εύρημα κατά τον στεφανιογραφικό έλεγχο. Η ύπαρξη τους μπορεί να οδηγεί σε μυοκαρδιακή ισχαιμία ανεξαρτήτως συνύπαρξης στεφανιαίας νόσου. Σε συμπτωματικούς ασθενείς θα πρέπει να γίνεται σύγκλειση των συριγγίων χειρουργικά η επεμβατικά.



AA071|Transulnar Access in Patients With Ipsilateral Radial Artery Occlusion Undergoing Coronary Angiography or PCI: 24-Hour Outcomes From the First 42 Patients.

D. Karelas[1], K. Aznaouridis[2], P. Varelas[1], K. Filippou[1], K. Manousopoulos[1], I. Papadopoulos[1], S. Soulaidopoulos[2], K. Dimitriadis[2], I. Tsiafoutis[1], K. Tsioufis[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

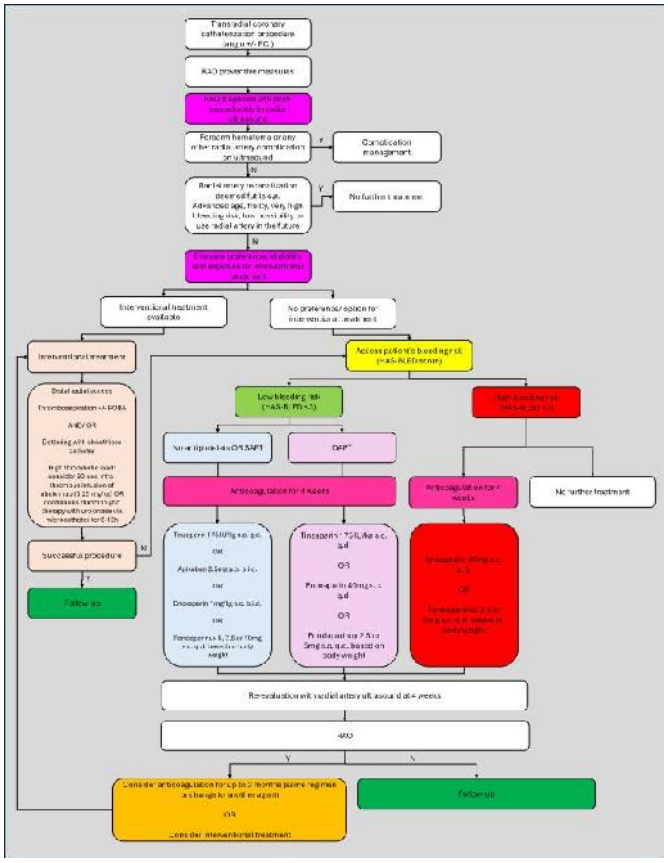
Introduction: Radial artery occlusion (RAO) limits upper-limb vascular access options. Ipsilateral transulnar access (TUA) is a potential alternative, yet prospective evidence on feasibility, safety, and early neurofunctional outcomes remains limited. We evaluated procedural performance, vascular complications, and hand-function outcomes after ipsilateral TUA. Methods: ULNART (NCT07380399) is a prospective cohort study of patients undergoing coronary angiography (CAG) or percutaneous coronary intervention (PCI) via ipsilateral TUA. RAO was identified by preprocedural color duplex ultrasonography (CDUS) and confirmed by retrograde radial angiography after ulnar cannulation; CDUS was repeated within 24 hours. Grip strength, pinch strength, and sensory function were measured at baseline and 24 hours, comparing access and contralateral hands. Complications were also recorded. Results: Forty-two patients were included (65.5 ± 10.2 years; 71% male). Diabetes and hypertension were present in 71% and 86%, and 79% had prior PCI (mean 2.05 ± 1.15 catheterizations). Right-sided TUA was used in 71% (ultrasound-guided 64%). CAG was performed in 90%; 50% underwent PCI, including 17% CTO PCI. Technical success was 97.6%, with one crossover (2.4%). One major vascular complication occurred (EASY III hematoma, 2.4%). At 24 hours, hematomas were absent in 59%, EASY I 24%, EASY II 14%, EASY III 2%, no EASY IV-V events. Bleeding was absent in 86%; BARC 1, 2, and 3c occurred in 10%, 2%, and 2% (3c unrelated to access). No occlusion, pseudoaneurysm, fistula, ischemia, or compartment syndrome occurred, clinically or by CDUS. Baseline grip strength was similar between hands. At 24 hours, the access hand showed greater decline in grip (−5.4 ± 7.5 vs −1.4 ± 2.9 kg; p = 0.002) and pinch strength (p = 0.002); sensory function was unchanged (p = 0.318). Among bilateral CTO cases (n = 6), no between-limb differences occurred in grip, pinch, or sensory changes. Conclusions: In patients with true RAO, ipsilateral TUA was highly feasible with a low rate of major vascular complications. Despite a modest transient decline in strength, no sensory impairment or major neurovascular complication occurred. Early results show promise, but final analysis of ULNART is awaited to determine safety and feasibility.

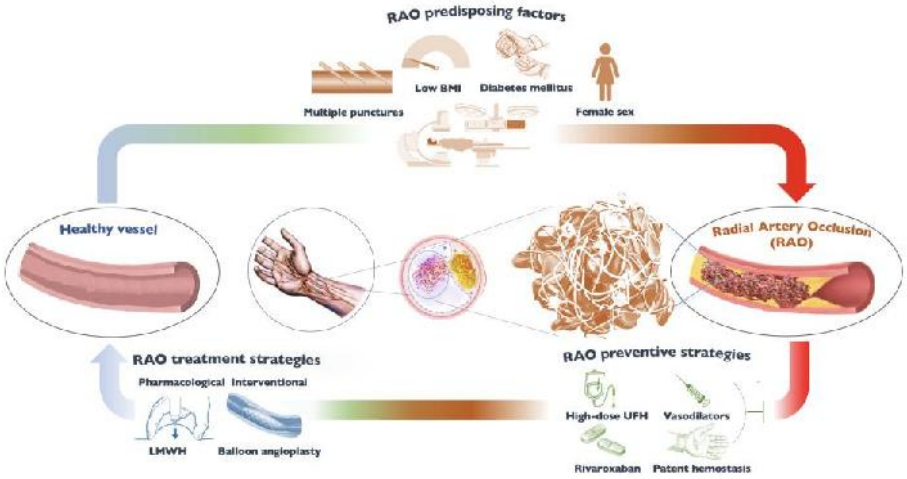
AA072|Απόφραξη της κερκιδικής αρτηρίας κατά την στεφανιογραφία: βιβλιογραφική ανασκόπηση και πρόταση θεραπευτικού αλγορίθμου

Δ.Αφενδούλης[1], Μ. Διδάγγελος[2], Α. Παγιάντζα[2], Α. Ζιάκας[2], Δ. Μωυσίδης[2], Ν. Καρτάλης[3], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Α. Καρτάλης[3], Κ. Τούτουζας[1], Σ. Σιδερής[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγη/Σκοπός: Η κερκιδική προσπέλαση έχει καθιερωθεί ως η πρόσβαση πρώτης εκλογής για τις επεμβάσεις στεφανιαίου καθετηριασμού με λιγότερες επιπλοκές, ταχύτερη αιμόσταση, έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενούς και μείωση της θνησιμότητας σε σύγκριση με τη μηριαία πρόσβαση. Ωστόσο, η απόφραξη της κερκιδικής αρτηρίας (RAO) παραμένει η πιο συχνή επιπλοκή (10%) των στεφανιαίων επεμβάσεων με κερκιδική προσπέλαση. Ο σκοπός της ανασκόπησής μας ήταν να διεξάγουμε λεπτομερή βιβλιογραφική έρευνα και να συνοψίσουμε όλες τις διαθέσιμες στρατηγικές θεραπείας για την RAO, καθώς και η πρόταση ενός θεραπευτικού αλγορίθμου δεδομένης της έλλειψης τυποποιημένου πρωτοκόλλου θεραπείας στη βιβλιογραφία. Υλικό/Μεθοδος: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση όλων των διαθέσιμων άρθρων για την RAO στις πλατφόρμες PubMed, Scopus, και Web of Sciences, μέχρι τήν παρούσα ημερομηνία.Η φαρμακολογική θεραπεία με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους ή άλλα αντιπηκτικά, επεμβατικές στρατηγικές και φαρμακο-επεμβατικές μεθόδους που διατίθενται στη βιβλιογραφία συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπησή μας. Τα δεδομένα προήλθαν από μεμονομένα ή σειρές περιστατικών, κλινικές δοκιμές και μελέτες παρατήρησης. Αποτελέσματα: Οκτώ μελέτες σχετικά με τη φαρμακολογική θεραπεία με LMWH ή οποιοδήποτε άλλο αντιπηκτικό, εκ των οποίων 2 τυχαιοποιημένες (μία με ηπαρινη και μία με απιξαμπανη) και 7 μελέτες επεμβατικής θεραπείας συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπησή μας. Με βάση τα αποτελέσματα της ανασκόπησης είναι εμφανές οτι η εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών και η καλή γνώση των παραγόντων κινδύνου παραμένουν ο βασικός παράγοντας για τη μείωση της επίπτωσης της RAO. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν αντιπηκτικά σχήματα κυρίως με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους ή νεότερα αντιπηκτικά, φαρμακό-επεμβατικές και επεμβατικές τεχνικές μέσω της άπω κερκιδικής αρτηρίας. Συμπέρασμα: Η απόφραξη της κερκιδικής αρτηρίας παραμένει η συχνότερη επιπλοκή των στεφανιαίων επεμβάσεων με κερκιδική προσπέλαση. Με βάση τα αποτελέσματα της ανασκόπησης μας προτείνουμε ένα θεραπευτικό αλγόριθμο για την αντιμετώπιση της ο οποίος παρουσιάζεται συνοπτικά στην εικόνα 1,2. Η διεξαγωγή τυχαιοποιημένων, πολυκεντρικών μελετών για τον καθορισμό ενός τυποποιημένου πρωτοκόλλου για την RAO κρίνεται αναγκαία.




RAO predisposing factors
Low BMI
Diabetes mellitus
Multiple punctures
Female sex
Healthy vessel
Radial Artery Occlusion (RAO)
RAO treatment strategies
Pharmacological
Interventional
LMWH
Balloon angioplasty
RAO preventive strategies
High-dose UFH
Vasodilators
Rivaroxaban
Patent hemostasis

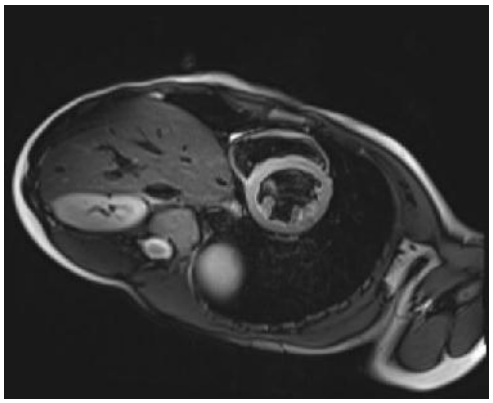
Καρδιακή ανεπάρκεια I / Heart Failure I

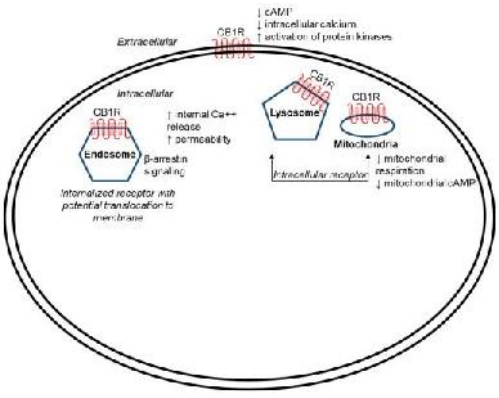
Πρόεδροι: **Κ. Κεραμιδά (Αθήνα) , TBA**
Chairpersons: **K. Keramida (Athens),TBA**

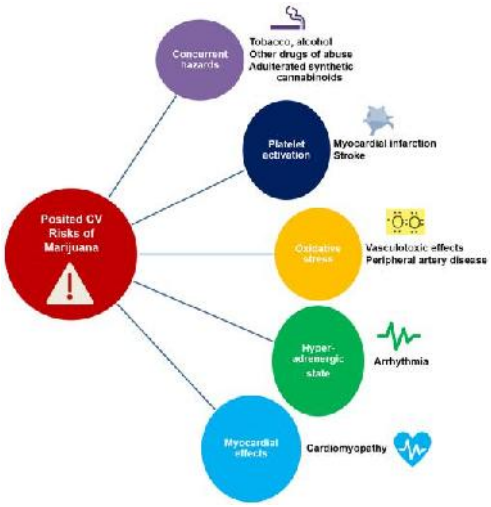
ΑΑ073|Πίσω από το πνευμομεσοθωράκιο: μια απρόσμενη καρδιακή διάγνωση

Β. Παπακώστα[1], Ε. Σιδεράς[1], Θ. Πατερομιχελάκης[1], Σ. Σωκράτους[1], Ε. Κουταλάς[1], Ε. Κανουπάκης[1], Μ. Χαμηλός[1,2]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης,

Εισαγωγή / Σκοπός :Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αυτορρύθμιση του οργανισμού, συμμετέχοντας στη νευροδιαβίβαση, την ανοσολογική απάντηση και την καρδιαγγειακή ομοιόσταση. Οι υποδοχείς κανναβινοειδών τύπου 1 (CB1) και τύπου 2 (CB2) εκφράζονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο ανοσοποιητικό σύστημα και στο μυοκάρδιο. Η αυξανόμενη χρήση κάνναβης έχει συσχετιστεί με σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές. Παρουσιάζεται περιστατικό οξείας μυοκαρδιακής βλάβης σχετιζόμενης με κατάχρηση κάνναβης σε νεαρή ασθενή.Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 19 ετών, με ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, προσήλθε στα επείγοντα λόγω ναυτίας και πολλαπλών επεισοδίων εμέτων με πρόσμιξη αίματος από 24ώρου. Κατά την κλινική εξέταση ήταν αιμοδυναμικά σταθερή, ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Λόγω υποψίας ρήξης οισοφάγου διενεργήθηκε αξονική τομογραφία θώρακος, η οποία ανέδειξε εκτεταμένο πνευμομεσοθωράκιο και υποδόριο εμφύσημα χωρίς ενδείξεις διάτρησης οισοφάγου. Ακολούθησε αναλυτικός εργαστηριακός, ανοσολογικός, ιολογικός και τοξικολογικός έλεγχος. Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σημαντική αύξηση της τροπονίνης I (μέγιστη τιμή 1.500 ng/L). Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας με ακινησία των βασικών και μέσων τμημάτων αυτής και περιοχές υποεπικάρδιας και μεσοκάρδιας όψιμης ενίσχυσης με γαδολίνιο. Ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί, ενώ ο τοξικολογικός έλεγχος κατέδειξε ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα κανναβινοειδών στο αίμα και τα ούρα της ασθενούς. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε μυοκαρδιακό οίδημα στα βασικά και μέσα τμήματα της αριστερής κοιλίας. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά σταθερή καθ' όλη τη νοσηλεία, έλαβε β-αναστολέα και παρουσίασε ταχεία κλινική και εργαστηριακή βελτίωση, με πλήρη αποκατάσταση της συστολικής λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας (ΚΕ 60%) την 8η ημέρα. Συμπεράσματα: Η χρήση κάνναβης έχει συσχετισθεί με σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σε νεαρούς ασθενείς με αυξημένους δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης και απουσία άλλης προφανούς αιτίας, η λήψη ιστορικού κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και ο κατάλληλος τοξικολογικός έλεγχος είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Η οξεία μυοκαρδιακή βλάβη που σχετίζεται με χρήση κάνναβης μπορεί να εκδηλωθεί με παροδική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και να προσομοιάζει άλλες μορφές μη ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς συμβάλλει καθοριστικά στη διαγνωστική προσέγγιση, ενώ η έγκαιρη αναγνώριση και παρακολούθηση των ασθενών συνδέεται με ευνοϊκή κλινική έκβαση.







AA074|Functional versus Structural Atrial Remodeling in early HFpEF: Insights from HEFESTUS-HF study

G. Fotos[1], K. Masoura[2], K. Aznaouridis[1], C. Chrysochoou[1], I. Zareifis[1], O. Kourti[2], A. Zografou[2], K. Thomopoulos[2], K. Tsioufis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Left atrial (LA) dysfunction is a common finding in patients with HFpEF and may precede atrial enlargement. We sought to evaluate the association of functional and structural LA remodeling with exercise-induced hemodynamic abnormalities in patients with early HFpEF. Methods: Twenty-one consecutive patients with early HFpEF and positive diastolic stress test echocardiography using treadmill underwent comprehensive transthoracic echocardiography including speckle-tracking assessment of LA function. LA reservoir strain (LASr), conduit strain (LAScd), contractile strain (LASct) and left atrial volume index (LAVi) were assessed at rest. Peak pulmonary artery systolic pressure (PASP), E/e' ratio and exercise duration were recorded during treadmill stress echocardiography. Associations between LA parameters and exercise indices were evaluated using Spearman correlation analysis.ResultsMean age was 69 ± 7.35 years and most of the patients were women (78%). Mean LASr, LAScd and LASct were 24.6 ± 5.4 %, -10.6 ± 5.7 % and -13.6 ± 4.9 %, while mean LAVi was 33.8 ± 6.3 mL/m². Resting and peak PASP were 33.1 ± 6.4 mmHg and 58.8 ± 12.7 mmHg. LASr demonstrated the strongest association with peak PASP (r=0.40, p=0.08), whereas corresponding correlation with LAScd, LASct and LAVi were weaker. An inverse relationship was observed between LASr and resting E/e' (r=-0.37, p=0.096), while no significant association was found between LASr and peak E/e'. No significant associations were observed between LA parameters and exercise duration.ConclusionIn patients with early HFpEF, LA reservoir strain demonstrated stronger associations with indices of hemodynamic burden than conventional structural assessment with LAVi. The observed inverse relationship between LASr and resting E/e' supports the link between impaired atrial function and elevated left ventricular filling pressures.

Table 1. Functional and Structural Left Atrial Remodeling and Their Association with Hemodynamic Indices During Exercise

Parameter	Mean ± SD	Correlation with Peak PASP		Correlation with Resting E/e'		Correlation with Peak E/e'		Correlation with Exercise Duration	
		r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
LASr (%)	24.6 ± 5.4	0.40	0.08	-0.37	0.096	-0.10	0.68	0.09	0.71
LAScd (%)	-10.6 ± 5.7	-0.12	0.61	0.05	0.82	0.08	0.74	-0.08	0.74
LASct (%)	-13.6 ± 4.9	0.11	0.66	-0.16	0.51	-0.04	0.87	0.12	0.61
LAVi (mL/m²)	31.8 ± 6.3	0.22	0.42	-0.18	0.47	0.06	0.79	0.02	0.94

AA075|Sex disparities in heart failure and chronic kidney disease: cardiorenal risk and comorbidity burden across LVEF phenotypes

Α. Μπαρμπαγιάννος[1], Κ. Μπαρμπαγιάννος[1], Α. Σαμαράς[1], Α. Παπάζογλου[1], Δ. Μωυσίδης[1], Α. Μπεκιαρίδου[1], Ν. Φραγκάκης[2], Α. Ζιάκας[1], Ι. Ζαρίφης[3], Δ.Τζιακάς[4], Κ. Τσιούφης[5], Π. Νταβλούρος[6], Γ. Γιαννακούλας[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών , Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)

Background: Chronic kidney disease (CKD) heavily influences heart failure (HF) prognosis while the intersection of cardiorenal syndrome and sex disparities, especially regarding mortality, remains contested. We aimed to assess this mortality disparity and map cardiorenal risk across the ejection fraction spectrum. Methods: This retrospective observational post-hoc analysis of the CardioMining study included hospitalized adult HF patients. Patients were stratified by left ventricular ejection fraction. Logistic regression identified sex-specific CKD factors; Cox models evaluated all-cause mortality; and restricted cubic spline analysis examined continuous relationships between eGFR and mortality.Results: Prevalent CKD was identified in 15.6% of the HF cohort. While female patients exhibited significantly higher unadjusted mortality rates across all HF phenotypes, multivariable adjustment for age and clinical profile attenuated this disparity (HFrEF: HR 1.15 (95% CI: 1.07–1.24, p < 0.001) - aHR 1.02 (95% CI: 0.94–1.10, p = 0.685), HFmrEF: HR 1.46 (95% CI: 1.30–1.65, p < 0.001) - aHR 1.13 (95% CI: 1.00–1.28, p = 0.060) and HFpEF: HR 1.27 (95% CI: 1.11–1.45, p < 0.001) - aHR 1.08 (95% CI: 0.94–1.25, p = 0.274). Furthermore, despite higher unadjusted mortality rates, female sex remained independently associated with a significantly lower likelihood of baseline CKD after adjustment for confounders (OR ranging 0.62–0.78, p<0.05). Spline analysis revealed an exponential acceleration in mortality risk below an eGFR threshold of 60 mL/min/1.73m², with nearly identical adjusted risk trajectories for men and women across the LVEF spectrum. Conclusions: The apparent female survival effect in heart failure is an artifact of advanced age and compounded non-cardiac comorbidities at presentation, rather than an intrinsic biological vulnerability. Cardiorenal syndrome exerts a ubiquitous, non-linear mortality penalty that supersedes biological sex and ejection fraction categorization, highlighting the critical need for early, sex-specific risk management.

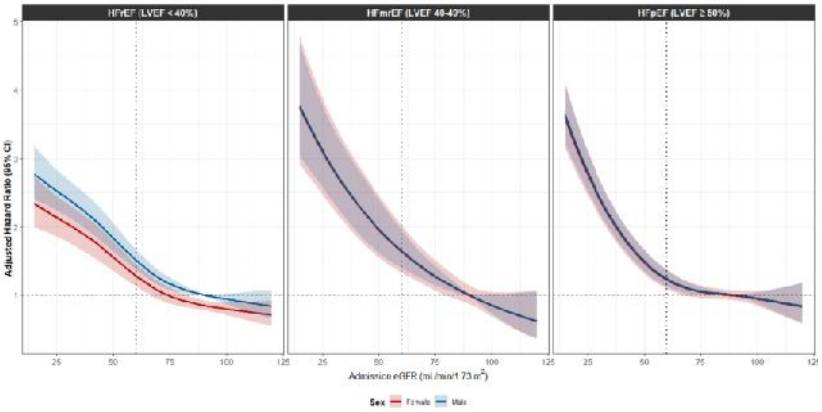


Figure 3. Restricted spline curves on the association of all-cause mortality with admission eGFR stratified by sex and heart failure subgroup

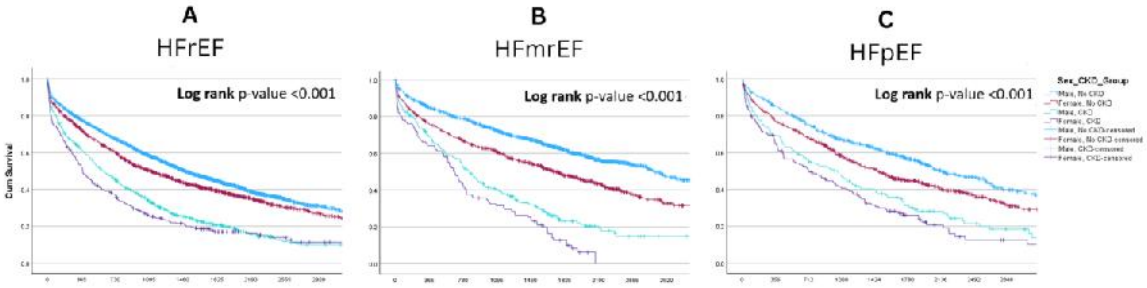


Figure 2. Kaplan Meier curves on the association of sex with all-cause mortality across HF subgroups and CKD status

AA076|De Novo Versus Established Acute Heart Failure: Distinct Determinants of In-Hospital Mortality

A. Kyvetos [1], M. Stathoulopou[1], P. Kalamata[1], A. Detsika[1], P. Gounopoulos [1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction Acute heart failure (AHF) encompasses both de novo presentations and acute decompensation of chronic heart failure, entities that may differ in underlying pathophysiology and prognosis. We sought to investigate whether predictors of in-hospital mortality differ according to prior heart failure history. Methods: We retrospectively analyzed 196 consecutive patients hospitalized with AHF and categorized them as de novo AHF (n=58) or established heart failure (n=138). Clinical characteristics, laboratory findings, hemodynamic profiles, frailty status, and echocardiographic parameters were compared between survivors and non-survivors within each subgroup. Results Overall in-hospital mortality was 11.7%. In patients with established heart failure, non-survivors exhibited significantly higher qSOFA scores (2.59 vs 1.61, p<0.001), NT-proBNP levels (16,190 vs 9,080 pg/mL, p=0.002), lactate concentrations (3.19 vs 1.12 mmol/L, p<0.001), Clinical Frailty Scale scores (7.0 vs 4.8, p<0.001), and lower bicarbonate levels (18.3 vs 22.4 mmol/L, p<0.001), ejection fraction (32.9% vs 39.8%, p=0.035), and mean arterial pressure (72.7 vs 86.3 mmHg, p=0.003). Mortality was associated with hypotension (p<0.001), infection-triggered decompensation (p=0.001), frailty (p=0.005), cold hemodynamic profile (p<0.001), qSOFA≥2 (p<0.001), NYHA III-IV symptoms (p<0.001), and MAP<0 mmHg (p<0.001). In contrast, among patients with de novo AHF, mortality was associated with acute myocardial infarction (p=0.003), hypotension (p=0.001), cold profile (p<0.001), qSOFA≥2 (p<0.001), NYHA III-IV symptoms (p<0.001), and MAP<0 mmHg (p=0.023). Non-survivors also demonstrated higher lactate levels (3.03 vs 1.21 mmol/L, p<0.001), higher qSOFA scores (2.83 vs 1.60, p=0.001), lower bicarbonate levels (19.3 vs 22.1 mmol/L, p=0.025), and higher frailty burden (6.17 vs 4.37, p=0.014). Conclusions Markers of hypoperfusion and clinical instability, including elevated lactate, higher qSOFA scores, hypotension, cold profile, and advanced NYHA class, predict mortality irrespective of heart failure history. However, frailty and infection appear to play a greater prognostic role in established heart failure, whereas acute myocardial infarction is uniquely associated with mortality in de novo presentations. These findings support a phenotype-specific approach to risk stratification in patients hospitalized with AHF.

Variable	Established HF (n=138)	De Novo HF (n=58)
Hypotension	p<0.001	p=0.001
Cold profile	p<0.001	p<0.001
MAP <60 mmHg	p<0.001	p=0.023
qSOFA ≥2	p<0.001	p<0.001
NYHA III-IV	p<0.001	p<0.001
Infection-triggered HF	p=0.001	NS
Frailty	p=0.005	NS
Acute MI	NS	p=0.003

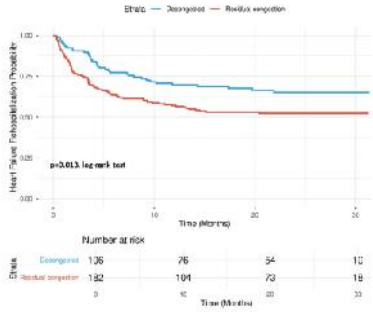
Table 1. Significant Predictors of In-Hospital Mortality According to Heart Failure History

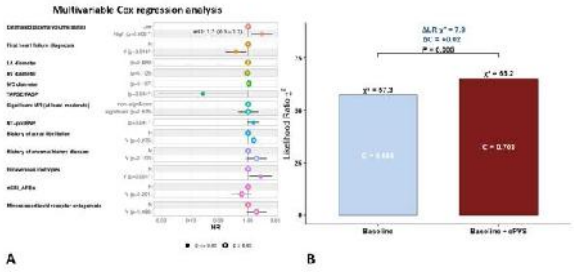
AA077|Prognostic value of estimated in-hospital plasma volume status changes in acute heart failure: insights from a prospective cohort study

Δ. Κοσμίδης[1], Μ. Σιτμαλίδου[1], Σ. Παπαμίχος[1], Δ. Βατίτσης[1], Κ. Σολάκη[1], Α. Μιχαηλίδου[1], Ε. Μπελεβεσλή[1], Ν. Γουλιάρος[1], Θ. Σέρτης[1], Χ. Στεφανίδης[1], Χ. Χατζηελευθερίου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background and Aim: Residual congestion at discharge is a major determinant of rehospitalisation in patients with acute heart failure (AHF). Non-invasive estimation of plasma volume status (ePVS) as a surrogate of patients' congestion has been studied in major HF clinical trials (EPHESUS, TOPCAT). This study aimed to explore the role of relative ePVS change between admission and discharge in predicting HF rehospitalisation and investigate its potential incremental prognostic value in real-world patients with AHF. Material and Methods: This was a prospective, observational cohort study of all consecutive adult patients hospitalised for AHF. Baseline clinical, laboratory and echocardiographic parameters were documented during the first 24 hours from admission. The relative change in ePVS was calculated using the Strauss formula as follows: ePVS change=100 * (haemoglobin [admission]/haemoglobin [discharge]) * (100 - haematocrit [discharge]/100 - haematocrit [admission]) - 100. The primary outcome was HF rehospitalisation. Kaplan Meier curves,

univariate and multivariable Cox regression models with a time-to-first-event outcome analysis were conducted and the optimal cut-off value of -10% was determined using the receiver operating characteristic curve. The incremental prognostic value of ePVS change was tested using a baseline clinical and echocardiographic model. Results: In total, 290 patients with AHF were included in the study (mean age 82 years, 58% female). Acute de novo HF and HF with preserved ejection fraction were present in half of total patients. Permanent atrial fibrillation was common, whereas 22% of patients had chronic kidney disease. Median NT-proBNP was 4000 pg/ml. ePVS change > -10% was detected in 182 patients (63%). During a median follow-up of 17 months, 122 patients (42%) reached the primary endpoint. Those with an ePVS change > -10% (residual congestion) showed higher cumulative event rates (Figure 1; p=0.013, log-rank test). In multivariable regression analysis, ePVS change > -10% was associated with an almost 2-fold risk of HF rehospitalisation (Figure 2A; adjusted hazard ratio, 1.7; 95% CI, 0.6-1.2; p=0.006) and provided incremental prognostic information over a baseline clinical and echocardiographic model (Figure 2B). Conclusions: In real-world patients hospitalised for AHF, an ePVS change > -10% strongly predicted HF rehospitalisation over baseline clinical and echocardiographic parameters.





AA078|Annual incidence of heart failure and prognostic risk factors in the Kilkis Prefecture: a single-centre cohort study 2024

Γ. Παπανικολάου[1], Η. Καπιτσίνης[1], Δ. Παναγιωτάκος[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Introduction-Objectives: Heart failure (HF) represents a major public health burden with rising incidence in ageing peripheral regions. Epidemiological data for the Kilkis Prefecture — a rural area of 70,477 inhabitants with a high cardiovascular risk factor burden — remain limited. The study aimed to determine the annual HF incidence, identify independent prognostic predictors of one-year mortality and readmission, and evaluate guideline-directed medical therapy (GDMT) implementation, with emphasis on SGLT2 inhibitors. Materials and Methods: Retrospective cohort study with prospective one-year follow-up of 224 patients with first-ever HF hospitalisation (General Hospital of Kilkis, 2024). HF phenotype was echocardiographically defined as HFrEF (LVEF ≤40%), HFmrEF (41–49%) or HFpEF (≥50%). Haemodynamic profile was classified per Forrester–Nohria. Multivariable Cox regression (mortality) and logistic regression (readmissions) were applied. Results: Annual incidence was 3.18 per 1,000 inhabitants (95% CI 2.77–3.63). Mean age was 76.2 ± 6.8 years; 55.4% were aged ≥75 years. The most common phenotype was HFpEF (57.1%), followed by HFrEF (22.8%) and HFmrEF (20.1%). Main comorbidities: hypertension (88.4%), type 2 diabetes mellitus (46.9%), atrial fibrillation (45.1%) and chronic kidney disease (CKD) stage 3b–5 (42.0%). SGLT2 inhibitors (empagliflozin, dapagliflozin) were prescribed in 93.3% — the highest rate recorded in Greece (HECMOS II national average: 30.4%). One-year mortality was 22.3% and readmission rate 38.4%. On multivariable analysis, the strongest independent predictor of mortality was the "Cold–Wet" haemodynamic profile (HR 8.92, 95% CI 4.21–18.91, p<0.001), followed by CCU admission (HR 5.67), age ≥80 years (HR 3.45), CKD stage 3b–5 (HR 2.87) and NYHA class IV (HR 2.65). The strongest

predictor of readmission was non-prescription of SGLT2 inhibitors (OR 3.24, 95% CI 1.68–6.25, p=0.002). Conclusions: The Kilkis Prefecture shows a high annual HF incidence with predominance of HFpEF and a complex multimorbidity profile. Near-universal use of SGLT2 inhibitors was independently associated with a threefold reduction in readmission risk, establishing the General Hospital of Kilkis as a national benchmark for GDMT implementation. The "Cold–Wet" haemodynamic profile is the strongest, clinically applicable predictor of one-year mortality and should be assessed systematically at every HF hospitalisation.

AA079|Η πιθανή προστατευτική δράση της δαπαγλιφλοζίνης στην εκδήλωση καρδιοτοξικότητας σε ογκολογικούς ασθενείς, έπειτα από τρία χρόνια παρακολούθησης.

Γ.Κ. Λιλικάκη[1], Σ. Μαραγκουδάκης[2],Μ.Μαρκέτου[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ανθρακυκλίνες(ΑΝΤ), η τραστουζουμάμπη(TZB) και η καρφιλζομίμπη αποτελούν ευρέως χρησιμοποιούμενους αντικαρκινικούς παράγοντες,των οποίων οι καρδιοτοξικές επιδράσεις είναι καλά τεκμηριωμένες και μπορούν να περιορίσουν την ένταση και τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.Η μελέτη DECLARE–TIMI 58(Dapagliflozin Effect on Cardiovascular Events–Thrombolysis in Myocardial Infarction 58) έδειξε ότι η δαπαγλιφλοζίνη,ένας αναστολέας του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT2),μειώνει το σύνθετο καταληκτικό σημείο του καρδιαγγειακού θανάτου ή της νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας σε ευρύ πληθυσμό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.Σκοπός:Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο η δαπαγλιφλοζίνη ασκεί καρδιοπροστατευτική δράση στην καρδιοτοξικότητα που προκαλείται από ανθρακυκλίνες,τραστουζουμάμπη και καρφιλζομίμπη,μέσω της αξιολόγησης του κλάσματος εξώθησης(LVEF),της καθολικής επιμήκους παραμόρφωσης(GLS) της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας,του λόγου E/A και E/e',της διαμέτρου του αριστερού κόλπου,των βιοδεικτών BNP/NT-proBNP και της τροπονίνης Ι.Μέθοδοι: Συνολικά,32 διαβητικοί ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δυο ομάδες:δαπαγλιφλοζίνη(n=16) και placebo(n=16).Οι δύο ομάδες είχαν επαρκή αντιστοίχηση με τα βασικά χαρακτηριστικά(ηλικία, διάρκεια νόσησης από διαβήτη, HbA1c, νεφρική και καρδιακή λειτουργία, χημειοθεραπευτικό σχήμα).Από τους ασθενείς μας,οι οποίοι ειχαν διαγνωσθεί με κακοήθεια στο νοσοκομείο μας και οι οποίοι λάμβαναν δυνητικά καρδιοτοξικά θεραπευτικά σχήματα:52% λάμβανε μόνο τραστουζουμάμπη, 34% μόνο ανθρακυκλίνες και 14% μόνο καρφιλζομίμπη. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση καρδιοτοξικότητας μετά τη χημειοθεραπεία, η οποία ορίστηκε ως μείωση του LVEF κατά ≥5% και συνολικά <5% παρουσία συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας ή ως ασυμπτωματική μείωση του LVEF κατά ≥10% και συνολικά <5%.Αποτελέσματα:Κατά την τριετή παρακολούθηση,οι ασθενείς που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη δεν εμφάνισαν επιδείνωση του LV GLS(−19,8 ± 2,8% έναντι −19,3 ± 4,1%, p=0,403).Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στο LVEF(57,8 ± 4,9% έναντι 59,0 ± 6,8%) ούτε στο RV GLS(20,3 ± 2,8% έναντι 20,0 ± 3,6%). Αντίθετα, οι ασθενείς που έλαβαν placebo παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση του LV GLS(−20,8 ± 2,1% έναντι −15,5 ± 2,2%, p=0,001),συνοδευόμενη από σημαντική μείωση του LVEF(60,0 ± 5,4% έναντι 53,7 ± 6,7%, p=0,001). Συμπέρασμα: Από όσο γνωρίζουμε,η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που διερευνά την προφυλακτική χορήγηση τη της δαπαγλιφλοζίνης για την πρόληψη της μη ισχαιμικής καρδιομυοπάθειας που σχετίζεται με τη χημειοθεραπεία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με ανθρακυκλίνες, τραστουζουμάμπη ή καρφιλζομίμπη. Η αγωγή με δαπαγλιφλοζίνη απέτρεψε την επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας και διατήρησε το κλάσμα εξώθησης.

AA080|Real-World Outcomes of SGLT2 Inhibitors Added to Tafamidis in ATTR-CM

A. Briasoulis[1], C. Filippatos[1], F. Theodorakakou[1], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Transthyretin amyloid cardiomyopathy (ATTR-CM) management often requires a multifaceted approach. While stabilizers and silencers have become the standard of care for delaying disease progression, improvements of supportive care remains critical for outcomes. Sodium-Glucose Cotransporter-2 inhibitors (SGLT2is) are frequently utilized to manage fluid retention and cardiovascular risk. This study evaluated the real-world synergistic effects of combining these therapies. Methods: A retrospective cohort study was conducted using the TriNetX global health research network. Adult patients treated with tafamidis and concomitant SGLT2is were compared to a cohort receiving tafamidis without SGLT2is. To address for potential indication bias, only patients with established heart failure were included. The cohorts were balanced using 1:1 propensity score matching (PSM) based on demographics, comorbidities, medications, and laboratory parameters. Results: After PSM, 2,480 patients were included (1,240 per cohort). Concomitant SGLT2i therapy resulted in a significant 20% reduced risk of death compared to tafamidis without SGLT2is

(HR=0.80, 95% CI: 0.66-0.95, p=0.011). The combination therapy also increased the likelihood of reducing NT-proBNP levels below 3,000 pg/mL (HR=1.18, 95%CI: 1.02-1.38, p=0.029) and achieving normal renal function (HR=1.21, 95%CI: 1.09-1.33, p<0.001). There was a non-significant trend toward a 30% reduced risk of ESRD for the SGLT2i group (HR=0.70, p=0.143). However, no significant differences were observed in acute heart failure exacerbations (HR=1.04, p=0.859) or all-cause hospitalization (HR=0.91, p=0.156), albeit a trend for the latter. Conclusion: SGLT2is provide synergistic survival and renoprotective benefits when added to tafamidis, supporting their consideration as supportive add-on care in ATTR-CM. These findings are hypothesis-generating, pending to be validated in prospective research.

AA081|Real-World Outcomes of Tafamidis Monotherapy versus Combination Therapy in Transthyretin-related Amyloidosis

A.Briasoulis[1], C. Filippatos[1], N. Tepetes[1], A. Alifragki[1], I. Boutsikos[1],P.Kostakou[1], A. Dimoula[1], R. Patras[1], E. Kastritis[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Tafamidis is the first targeted therapy for transthyretin-related amyloidosis (ATTR), stabilizing transthyretin tetramers and preventing dissociation and amyloidogenesis. While addition of gene silencers or heart failure therapies is mechanistically attractive to target amyloid production and neurohormonal pathways, real-world data remain limited. Methods: We performed a retrospective propensity-matched cohort analysis using the TriNetX global health research network. Adult patients prescribed tafamidis for wild-type ATTR (ICD-10: E85.82) or organ-limited amyloidosis (E85.4) were included. Outcomes were compared between tafamidis monotherapy and combination regimens (vutrisiran, eplontersen, SGLT2i , or aldosterone antagonists). Results: 2652 patients receiving tafamidis±aldosterone antagonists were included in each cohort after matching; median follow-up was 565.5 and 469 days. Monotherapy was associated with reduced risk of heart failure (HF) [HR=0.64, p=0.001], death (HR=0.71, p<0.001), atrial fibrillation (AF) [HR=0.73, p=0.001], and ventricular tachycardia (VT) [HR=0.71, p=0.001]. No differences were observed for acute myocardial infarction (AMI) [HR=1.02, p=0.908], stroke [HR=0.99, p=0.953], ESRD [HR=0.81, p=0.339], or hospitalization [HR=0.86, p=0.110]. In 2523 patients on tafamidis±SGLT2i, monotherapy showed higher mortality risk [HR=1.32, p<0.001], with no differences in HF, AMI, stroke, VT, ESRD, or hospitalization, but reduced AF risk [HR=0.73, p=0.002]. In 639 patients on tafamidis±vutrisiran (median follow-up 598 vs 133 days), monotherapy showed higher HF risk [HR=1.89, p=0.039] and a trend toward higher AF risk [HR=1.51, p=0.081], with no differences in mortality, VT, or hospitalization. Conclusion: The additive benefit of secondary agents with tafamidis was inconsistent. highlighting the complexity in ATTR-CM management and need for prospective validation.

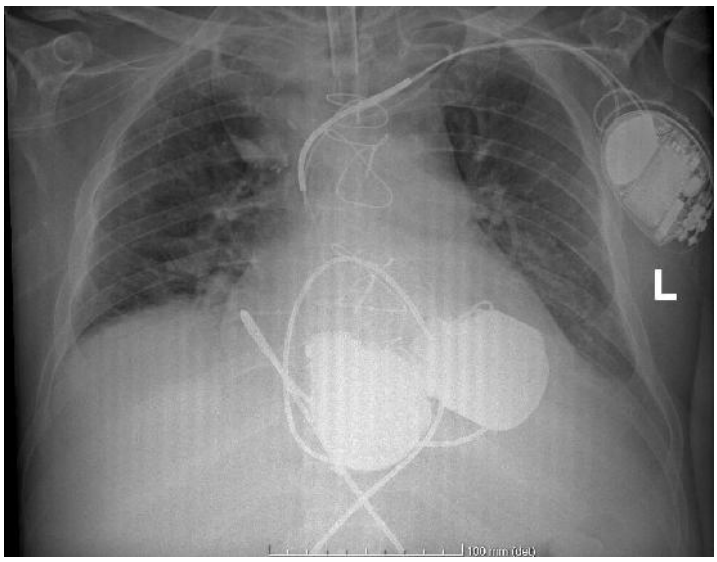
AA082|VA-ECMO ως γέφυρα για μόνιμη μηχανική υποστήριξη μυοκαρδίου με τη χρήση δύο συσκευών HeartMate III σε ασθενή με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια

Α. Κλώπα[1], Γ. Παταβούκας[1], Θ. Σουλελέ[1], Ε. Μιχαλάκη[1], Θ. Πιτσόλης[1], Γ. Κωνσταντίνου[1], Δ. Ελαιόπουλος[1], Μ. Μπόνιος[2], Α. Κολιοπούλου[2], Θ. Χαμογεωργάκης[2], Σ. Δημόπουλος[3]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Νοσοκομείο, *[2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ*, *[3]Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ, Ωνάσειο Νοσοκομείο*

Εισαγωγή/σκοπός :Η τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια με αμφοτερόπλευρη κοιλιακή δυσλειτουργία αποτελεί σημαντική θεραπευτική πρόκληση, καθώς πέρα από την μεταμόσχευση καρδίας δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη παρέμβαση (συντηρητική ή παρεμβατική). Η χρήση δύο συσκευών HeartMate 3 (HM3) σε διάταξη ολικής τεχνητής καρδιάς (Total Artificial Heartconfiguration) αποτελεί λύση μηχανικής υποστήριξης της κυκλοφορίας ως γέφυρα προς μεταμόσχευση. Σκοπός της παρούσας περίληψης είναι η παρουσίαση ενός τέτοιου περιστατικού. Παρουσίαση περιστατικού :Άνδρας 58 ετών με ιστορικό υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας τελικού σταδίου (burn-outphase), υπό παρακολούθηση επί 28 έτη, εισήχθη λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας σταδίου NYHA IV με σκοπό την αποσυμφόρηση και την έναρξη προμεταμοσχευτικού ελέγχου. Κατά τη νοσηλεία παρουσίασε προοδευτική επιδείνωση με ανάπτυξη καρδιογενούς καταπληξίας (SCAI C), η οποία δεν ανταποκρίθηκε στη βέλτιστη συντηρητική αγωγή (αιμοδυναμική υποστήριξη και χρήση συνεχούς αιμοδιαδιήθησης).Ακολούθησε περαιτέρω αιμοδυναμική απορρύθμιση και επιδείνωση της κατά SCAIταξινόμησης της καρδιογενούς καταπληξίας (SCAI E), γεγονός που οδήγησε στην τοποθέτηση περιφερικού μηρο-μηριαίου VA-ECMO ως γέφυρα λήψης απόφασης. Αποτελέσματα :Μετά την ολοκλήρωση του προ μεταμοσχευτικού ελέγχου και λόγω σοβαρής αμφοτερόπλευρης καρδιακής ανεπάρκειας, αποφασίστηκε η εμφύτευση δύο συσκευών HM3σε διάταξη Total Artificial Heart. Πραγματοποιήθηκε αμφοτερόπλευρη κοιλιοεκτομή με διατήρηση των κολποκοιλιακών δακτυλίων και επιτυχής εμφύτευση των δύο αντλιών για την υποστήριξη της συστηματικής και της πνευμονικής κυκλοφορίας. Ο ασθενής απογαλακτίστηκε

επιτυχώς από την εξωσωματική κυκλοφορία και παρέμεινε σε μηχανική υποστήριξη ως γέφυρα προς μεταμόσχευση καρδιάς. Συμπεράσματα :Η τοποθέτηση VA-ECMO σε ασθενή με καρδιογενή καταπληξία αποτελεί μέθοδο εκλογής ως γέφυρα για μόνιμη μηχανική υποστήριξη του μυοκαρδίου. Η χρήση δύο συσκευών HM3σε διάταξη ολικής τεχνητής καρδιάς αποτελεί εφικτή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με τελικού σταδίου αμφοτερόπλευρη καρδιακή ανεπάρκεια και στη περίπτωση υποστήριξης με περιφερικό VA-ECMO. Η τεχνική αυτή μπορεί να προσφέρει μακροχρόνια μηχανική υποστήριξη και να λειτουργήσει ως γέφυρα προς μεταμόσχευση, ιδιαίτερα σε περιβάλλον περιορισμένης διαθεσιμότητας μοσχευμάτων.



ΑΑ083|Αξιολόγηση της συμφόρησης μέσω της διακύμανσης της Πυλαίας φλέβας σε ασθενή με προσωρινή συσκευή μηχανικής υποστήριξης της αριστερής κοιλίας (Impella 5.5)

Γ. Παταβούκας[1], Α. Κλώπα[1], Ε. Μιχαλάκη[1], Μ. Χρονάκη[1], Ε. Τζατζάκη[1], Φ. Δημητριάδης[1], Ε. Τσέτικα[1], Θ. Πιτσόλης[1], Θ. Σουλελέ[1], Α. Γκουζιούτα[2], Μ. Μπόνιος[2], Α. Κολιοπούλου[3], Σ. Δημόπουλος[4]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Νοσοκομείο, [2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, [3]Β' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ωνάσειο Νοσοκομείο, [4]Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή :Η ολοένα αυξανόμενη χρήση προσωρινών συσκευών μηχανικής υποστήριξης της κυκλοφορίας (Mechanical Circulatory Support, MCS), έχει βελτιώσει την αιμοδυναμική σταθεροποίηση ασθενών με καρδιογενή καταπληξία. Ωστόσο, η εκτίμηση του ενδαγγειακού όγκου υγρών εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική πρόκληση σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Η υπερηχογραφική εκτίμηση της φλεβικής συμφόρησης (Venous Excess Ultrasound Score, VExUS) έχει αναδειχθεί ως ένα μη επεμβατικό εργαλείο για την αξιολόγηση της φλεβικής συμφόρησης. Υλικό κ μέθοδοι Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα 51 ετών με προχωρημένη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και καρδιογενή καταπληξία (INTERMACS II–III, SCAI στάδιο C), σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση καρδιάς. Η προγραμματισμένη εμφύτευση συσκευής υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας (LVAD) αναβλήθηκε λόγω οξείας σοβαρής ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλίας κατά την πρόκληση της αναισθησίας.Ως γέφυρα προς την οριστική θεραπεία εμφυτεύθηκε Impella 5.5 μέσω της μασχαλιαίας αρτηρίας, με στόχο την αποφόρτιση της αριστερής κοιλίας και την αποκατάσταση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας. Η εκτίμηση της φλεβικής συμφόρησης ήταν καθοριστικής σημασίας λόγω επιδείνωσης νεφρικής λειτουργίας. Διενεργήθηκαν διαδοχικές υπερηχοκαρδιογραφικές εξετάσεις της αριστερής και δεξιάς κοιλίας καθώς και αξιολόγηση με VExUS κατά τη σταδιακή μείωση της υποστήριξης της Impella από P8 σε P2.ΑποτελέσματαΚατά τη μείωση της υποστήριξης της Impella 5.5 από P8 σε P2, οι αιμοδυναμικές παράμετροι και η συστολική λειτουργία της δεξιάς κοιλίας διατηρήθηκαν. Κατά την μείωση στην παροχή από την Impela διαπιστώθηκε επιδείνωση της ανεπάρκειας της τριγλώχινας. Η υπερηχογραφική εκτίμηση της φλεβικής συμφόρησης ανέδειξε επιδείνωση της συστηματικής φλεβικής συμφόρησης, με αύξηση της παλμικότητας της πυλαίας φλέβας από VExUS βαθμού 2 σε βαθμό 3 στα επίπεδα P4 και P2. Οι διαστάσεις της κάτω κοίλης φλέβας δεν μεταβλήθηκαν και η ροή στις ηπατικές και ενδονεφρικές φλέβες παρέμεινε ουσιαστικά αμετάβλητη (vexus 3).Συμπεράσματα Η ακριβής εκτίμηση της κατάστασης των υγρών είναι καθοριστική για τη βέλτιστη αντιμετώπιση ασθενών. Η αποκλειστική αξιολόγηση της κάτω κοίλης φλέβας συχνά δεν επαρκεί, ιδιαίτερα σε διασωληνωμένους ασθενείς. Στην παρούσα περίπτωση, οι μεταβολές του VExUS μέσω της αξιολόγησης της μεταβλητότητας της πυλαίας φλέβας συσχετίστηκαν με τη σταδιακή αποφόρτιση της αριστερής κοιλίας μέσω της Impella 5.5, υποδεικνύοντας ότι η πολυπαραμετρική υπερηχογραφική εκτίμηση μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την καθοδήγηση της θεραπείας. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για επιβεβαίωση των ευρημάτων.

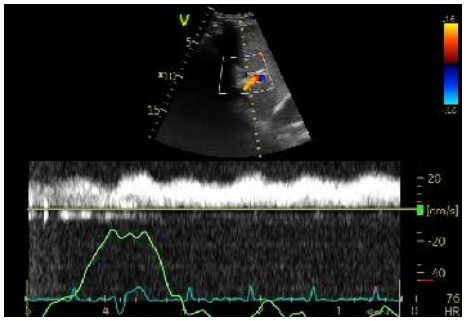
Table 1. Hemodynamic, echocardiographic, and venous congestion parameters during Impella weaning trial.

Variable	P0	P6	P4	P2
pump flow	4.1	3.6	2.8	1.1
Aberrant signal	normal	normal	normal	normal
mean arterial pressure	79	81	67	70
heart rate	78	72	75	74
RAP	9	9	9	9
Lac	0.8	—	—	0.8
SvO2	47	—	—	53
RV size	33	35	33	44
TAPSE	19	18	14	17
S'	11	11	11	12
TRVmax	2.7	2.8	2.8	2.2
TR severity	3+	3+	3+	3+
LVEDD	67	68	67	62
IVC	19	19	21	21
Veins grade	—	—	—	—
Hepatic Vein doppler	2	2	2	2
Portal Vein Doppler	2	2	2	2
Renal vein doppler	2	2	2	2

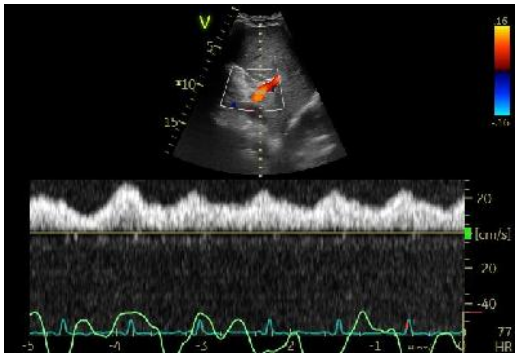
Abbreviations: RAP, right atrial pressure; SvO_2, central venous oxygen saturation; RV, right ventricle; TAPSE, tricuspid annular plane systolic excursion; S', tricuspid annular systolic velocity; TR, tricuspid regurgitation; LVEDD, left ventricular end-diastolic diameter; IVC, inferior vena cava; VExUS, Venous Excess Ultrasound Score.













AA084|The Effect of Empagliflozin Combined with Sacubitril/Valsartan Sodium on the Treatment of Patients with Heart Failure with reduced ejection fraction and Diabetes Mellitus type 2.

D.KRISTO[1]

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

Heart failure (HF) is a complex clinical syndrome that can result from any structural or functional cardiac disorder that impairs the ability of the ventricle to fill with or eject blood. Type 2 diabetes mellitus (T2DM),is a prevalent chronic disease driven by genetic and environmental factors, prone to causing changes in myocardial metabolism. Purpose: This study was designed to study the effect of empaliflozin combined with sacubitril/valsartan sodium on the treatment of patients with HFrEF and T2DM.Methods:A total of 120 patients with HFrEF and T2DM were selected as the subjects, were randomly divided into the observation group and control group (n=40).The control group received conventional treatment in combination with sacubitril/valsartan sodium, while the observation group received additional treatment with empagliflozin on top of the control group. After 6 & 12 months of treatment, the efficacy, cardiac function (LVEF, LVEDV index, LVESV index), blood glucose indicators (average 24h blood glucose absolute difference, average blood glucose fluctuation range, maximum blood glucose fluctuation range, glycated hemoglobin) and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. Results: After treatment, the total effective rate of the observation group was higher in 12 months of treatment than the control group. After treatment the left ventricular ejection fraction levels in both groups were higher, the left ventricular end-diastolic volume index and the left ventricular end-systolic volume index levels were lower than before treatment. The left ventricular ejection fraction levels in both groups were higher, the LVEDV index and the LVESV index levels were lower than those in the control group. After treatment, the levels of blood glucose indicators (average 24h blood glucose absolute difference, average blood glucose fluctuation range, maximum blood glucose fluctuation range, glycated hemoglobin) in both groups were lower than before treatment, and the observation group had lower levels of blood glucose indicators. There was no difference in the in the total incidence of adverse reactions between the two groups. Conclusion: The clinical effect of empagliflozin combined with sacubitril/valsartan sodium in the treatment of HFrEF and T2DM patients is significant,which in 12 months treatments can improve patients cardiac function,control blood glucose,brings better clinical outcomes and the safety is worthy of recognition.

ΑΑ085|Η κολπική μαρμαρυγή ως εκλυτικός παράγοντας οξείας απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας: εμπειρία από 221 νοσηλευόμενους ασθενείς

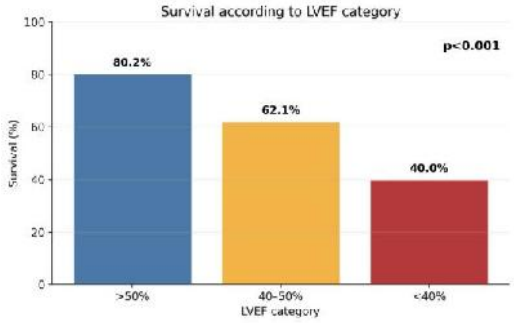
Δ. Ζαχαράκης[1], Ν. Τσιάμης[1], Ε.Μιχαϊλίδη[1], Θ. Τσαλταμπάσης[1], Ε. Μπάλλας[1], Α. Ρωμηού[1],Δ. Μυτάς[1], Γ. Αρματάς[1], Γ. Τσιτσινάκης[1], Χρ.Τούντας[1], Α. Κακκάβας[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί συχνό και κλινικά σημαντικό εκλυτικό παράγοντα απορρύθμισης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), επιδεινώνοντας τη συστολική και διαστολική λειτουργία και αυξάνοντας τη νοσηρότητα. Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερευνά τη συχνότητα, τα χαρακτηριστικά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΚΜ με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση (ΚΜΤΚΑ) ως αιτίας οξείας απορρύθμισης ΚΑ σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 221 διαδοχικοί ασθενείς οι οποίοι εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική με διάγνωση απορρύθμισης ΚΑ το έτος 2025. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, καθώς και ο εκλυτικός παράγοντας απορρύθμισης. Ως ΚΜΤΚΑ ορίστηκε η παρουσία κολπικής μαρμαρυγής στην ηρεμία με καρδιακή συχνότητα> σφύξεων/ λεπτό κατά την προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Αποτελέσματα: Σε 29 από τους 221 ασθενείς (13,1%) η ΚΜΤΚΑ αναγνωρίστηκε ως ο κύριος εκλυτικός παράγοντας απορρύθμισης. Από αυτούς, οι 17 ήταν άνδρες (58,6%) και οι 12 γυναίκες (41,4%), με μέση ηλικία 72 έτη με τυπική απόκλιση 13,96 έτη. Εννέα (9) ασθενείς είχαν ΚΑ με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF), πέντε (5) με μέτρια μειωμένο (HFmrEF) και δεκαπέντε (15) με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF). Η ΚΜ ήταν πρόσφατης ενάρξεως (<4 ωρών) σε 15 ασθενείς (51,7%), αγνώστου ενάρξεως ή άνω των 24 ωρών σε 9 (31%), ενώ 5 (17,3%) είχαν χρόνια ΚΜ. Από τους 29 ασθενείς, 12 (41,4%) αντιμετωπίστηκαν με έλεγχο συχνότητας (rate control), 8 (27,6%) ανέκτησαν φλεβοκομβικό ρυθμό φαρμακευτικά με ενδοφλέβια (iv) αμιωδαρόνη, 5 (17,2%) υποβλήθηκαν σε ηλεκτρική ανάταξη, 1 (3,4%) ανέκτησε φλεβοκομβικό ρυθμό με ηλεκτρική ανάταξη από εμφυτευμένο απινιδωτή (ICD), 1 (3,4%) αρνήθηκε τη διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος, ενώ 2 (6,9%) ανέκτησαν αυτόματα φλεβοκομβικό ρυθμό. Σε τρεις (3) ασθενείς (10,3%) διαπιστώθηκε θρόμβος στο ωτίο του αριστερού κόλπου κατά το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, γεγονός που απέκλεισε την άμεση ανάταξη και οδήγησε σε συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής. Συμπεράσματα: Η κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση αποτέλεσε-εκλυτικό μηχανισμό οξείας απορρύθμισης στο 13,1% των ανωτέρω ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Η στρατηγική αντιμετώπισης στην πλειοψηφία των ασθενών ήταν η ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό.

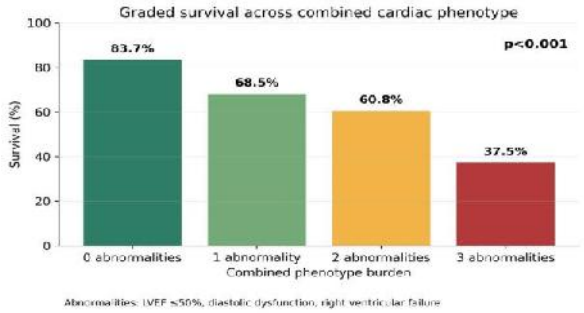
ΑΑ086|Πέρα από το κλάσμα εξώθησης: Συνδυασμένος υπερηχοκαρδιογραφικός φαινότυπος ως ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης επιβίωσης στη σήψη

Σ. Καλογήρου[1], Σ. Πουρίκη[1], Α. Κοσμίδου[1], Β. Νάνου[1], Α. Ραυτοπούλου[1], Α. Τζαγκαράκη[1], Ζ. Μάστορα[1]
[1]Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακα Αθηνών ΄Η Σωτηρία΄- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας- Μονάδα Καρδιοαναπνευστικής Ανεπάρκειας

Εισαγωγή: Η καρδιακή δυσλειτουργία στη σήψη μπορεί να αφορά τη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, τη διαστολική λειτουργία και τη δεξιά κοιλία. Η συνδυαστική αξιολόγηση αυτών των φαινοτύπων ενδέχεται να αποτυπώνει καλύτερα τον κίνδυνο δυσμενούς έκβασης σε σχέση με μεμονωμένες παραμέτρους. Σκοπός: Να διερευνηθεί η συσχέτιση του κλάσματος εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF), της διαστολικής δυσλειτουργίας και της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας με την επιβίωση ασθενών με σήψη και να αξιολογηθεί εάν ένας απλός συνδυαστικός υπερηχοκαρδιογραφικός φαινότυπος προσφέρει πρόσθετη προγνωστική αξία πέρα από τη μεμονωμένη αξιολόγηση του LVEF. Μέθοδοι: Αναδρομική ανάλυση 244 ασθενών με σήψη και διαθέσιμα υπερηχοκαρδιογραφικά και κλινικά δεδομένα. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν κατά LVEF σε>%, 40–50% και <0%. Δημιουργήθηκε διαβαθμισμένος συνδυαστικός φαινότυπος βάσει παρουσίας LVEF ≤50%, διαστολικής δυσλειτουργίας και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας (0–3 παθολογικά χαρακτηριστικά). Η κύρια έκβαση ήταν η ενδονοσοκομειακή θνητότητα/επιβίωση. Η συσχέτιση των κατηγοριών με την έκβαση αξιολογήθηκε με χ^2, ενώ πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση με προσαρμογή για ηλικία και SOFA score. Αποτελέσματα: Η συνολική θνητότητα ήταν 70/244 (28,7%). Η επιβίωση μειώθηκε προοδευτικά με την επιδείνωση του LVEF: 80,2% στην ομάδα LVEF>%, 62,1% στην ομάδα 40–50% και 40,0% στην ομάδα <0% (p<0,001) (εικόνα1). Ο συνδυαστικός φαινότυπος ανέδειξε επίσης διαβαθμισμένη μείωση της επιβίωσης (stepwise increase in mortality): 83,7% με 0, 68,5% με 1, 60,8% με 2 και 37,5% με 3 παθολογικά χαρακτηριστικά (p<0,001)(εικόνα2). Μετά από προσαρμογή για ηλικία και SOFA score, ο συνδυαστικός φαινότυπος παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Κάθε επιπλέον παθολογικό χαρακτηριστικό αύξανε κατά 44% την πιθανότητα θανάτου (adjusted OR 1.44, 95% CI 1.02–2.02, p=0.039). Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με σήψη, η χαμηλότερη τιμή LVEF και η συνύπαρξη διαστολικής δυσλειτουργίας και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζονται με χειρότερη επιβίωση. Ο συνδυασμένος υπερηχοκαρδιογραφικός φαινότυπος αποτελεί έναν απλό, κλινικά εφαρμόσιμο δείκτη διαστρωμάτωσης κινδύνου στο προσκέφαλο του ασθενούς και ενδέχεται να προσφέρει πρόσθετη προγνωστική αξία πέρα από τη μεμονωμένη αξιολόγηση του LVEF.



Εικόνα 1. Επιβίωση ανά κατηγορία LVEF.



Abnormalities: LVEF ≤50%, diastolic dysfunction, right ventricular failure

Εικόνα 2. Διαβαθμισμένος συνδυαστικός φαινότυπος. Επιβίωση σε ασθενείς με σήψη και τρεις διαφορετικούς υπερηχοκαρδιογραφικούς φαινότυπους καρδιακής δυσλειτουργίας (0: Φυσιολογικό LVEF (>50%) χωρίς διαστολική δυσλειτουργία(DD) και χωρίς δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (RVF), 1: μειωμένο LVEF ή DD ή RVF, 2: Μειωμένο LVEF +DD ή RVF, 3: μειωμένο LVEF + διαστολική δυσλειτουργία + δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια

AA087|Predictors of frailty in patients with heart failure

Α. Κυβετός[1],Ε. Γιαννοπούλου[1], Π. Γουνόπουλος[1], Α.Τρίκας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Frailty is highly prevalent among patients with heart failure (HF) and is associated with adverse clinical outcomes. Identifying factors independently associated with frailty may facilitate early recognition and targeted interventions in this vulnerable population.Methods: We conducted a retrospective observational study including 197 consecutive patients hospitalized with heart failure. Demographic characteristics, comorbidities, echocardiographic parameters, and Clinical Frailty Scale (CFS) scores were collected. Frailty was defined according to the Clinical Frailty Scale. Univariate analyses were performed using Chi-square and independent-samples t-tests, followed by multivariable logistic regression to identify independent predictors of frailty.Results: The mean age was 78.8 ± 9.5 years, and 55.8% of patients were male. Frailty was present in 115 patients (58.4%), while 77.2% fulfilled criteria for polypharmacy. Heart failure phenotypes included HFrEF (48.7%), HFmrEF (19.8%), and HFpEF (31.5%). In univariate analysis, frail patients were older (81.8 ± 8.5 vs. 74.5 ± 9.3 years, p<0.001), had higher E/e' ratios (15.5 ± 3.1 vs. 14.1 ± 3.7, p=0.003), and exhibited a higher prevalence of female sex (p=0.017), atrial fibrillation (p=0.039), dementia (p=0.016), and polypharmacy (p<0.001). In multivariable logistic regression, increasing age (OR 1.08 per year, 95% CI 1.04–1.13; p<0.001), higher E/e' ratio (OR 1.17 per unit increase, 95% CI 1.05–1.30; p=0.005), and polypharmacy (OR 2.45, 95% CI 1.09–5.50; p=0.030) remained independent predictors of frailty. Dementia showed a strong trend toward significance (OR 6.78, p=0.080), whereas sex and atrial fibrillation were not independently associated after adjustment. The final model demonstrated good performance (Nagelkerke R^2=0.307) and correctly classified 72.6% of patients. Conclusions: Frailty affected nearly six out of ten hospitalized HF patients. Advanced age, impaired left ventricular diastolic function as reflected by higher E/e', and polypharmacy were independently associated with frailty. These findings support the routine incorporation of frailty assessment into the evaluation of patients with heart failure and highlight potentially modifiable factors that may improve risk stratification and guide multidisciplinary management.

AA088|Το SARC-F score ως εργαλείο αξιολόγησης για τη σαρκοπενία σε ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιακή ανεπάρκεια

Μ. Στρατινάκη[1], Γ.Αλετράς[1], Δ .Κορέλα[1], Ε .Χόντα[1], Ε.Ελευθεριάδου[1], Γ. Απιδιανάκης[1], Α.Νερατζούλης[1], Σ. Σταυράκης[1], Σ.Σταυράτης[1], Ε.Ρογδάκης[1], Ζ. Καλλίνικου[1], Μ. Πιταροκοίλης[1], Π. Καφαράκης[1], Ε. Κοντοπόδης[1], Γ. Γαρίδας[1], Ε. Λαμπρογιαννάκης[1], Ε. Φουκαράκης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή & Σκοπός: Η σαρκοπενία είναι συχνή και υποδιαγιγνωσκόμενη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Σχετίζεται με μειωμένη λειτουργική ικανότητα, παρατεταμένη νοσηλεία, αυξημένες επανεισαγωγές και θνησιμότητα. Το ερωτηματολόγιο SARC-F αποτελεί ένα απλό, γρήγορο εργαλείο κλινικής διαλογής (screening). Σκόπος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του επιπολασμού της πιθανής σαρκοπενίας με το SARC-F score σε νοσηλευόμενους με ΚΑ και η συσχέτισή του με τα κλινικά χαρακτηριστικά και την έκβαση. Μέθοδοι Στη μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν ενήλικες ασθενείς με ΚΑ σε καρδιολογική κλινική. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, εργαστηριακά/υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα και η θρεπτική κατάσταση. Ο κίνδυνος σαρκοπενίας αξιολογήθηκε με το SARC-F κατά τη νοσηλεία, με το score ≥4 να ορίζει την πιθανή σαρκοπενία. Αξιολογήθηκαν η διάρκεια νοσηλείας, η λειτουργική κατάσταση και οι επιπλοκές. Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 124 ασθενείς (μέση ηλικία 72.8 ± 10.4 έτη, 61% άνδρες), εκ των οποίων 46 (37.1%) είχαν SARC-F score ≥4.Οι ασθενείς με score ≥4 σε σύγκριση με όσους είχαν <4, εμφάνισαν:

- Μεγαλύτερη ηλικία: 78.2 ± 8.1 έναντι 69.6 ± 9.7 έτη (p<0.001).
- Μειωμένη κινητικότητα και χαμηλότερη λειτουργική κατάσταση.
- Παρατεταμένη νοσηλεία: 8.6 ± 3.2 έναντι 5.9 ± 2.7 ημέρες (p=0.004).
- Περισσότερες επιπλοκές: 26% έναντι 11% (p=0.03).
- Χαμηλότερη αλβουμίνη ορού: 3.4 ± 0.5 έναντι 3.9 ± 0.4 g/dL (p=0.01) και χαμηλότερο ΔΜΣ.

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ SARC-F score και διάρκειας νοσηλείας (r=0.41, p<0.001).Συμπεράσματα: Το SARC-F αποτελεί πρακτικό και αποτελεσματικό bedside εργαλείο για την αναγνώριση πιθανής σαρκοπενίας σε νοσηλευόμενους με ΚΑ. Η συστηματική εφαρμογή του διευκολύνει τις πρώιμες διεπιστημονικές παρεμβάσεις και μπορεί να βελτιώσει τις κλινικές εκβάσεις σε αυτόν τον πληθυσμό υψηλού κινδύνου.

AA089|Cardiovascular morbidity in oncology patients under active treatment: a one-year registry in a tertiary hospital

Ν. Τσιάμης[1], Ι. Μαυρογένης[1], Α. Ρωμηού[1], Δ. Ζαχαράκης[1], Χ. Κολέ[1], Δ. Καλαϊτζίδης[1], Α. Κακκάβας[1], Χ. Τούντας[1], Γ. Τσιτσινάκης[1], Δ. Μυτάς[1], Α. Κίτσιου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: The intersection of oncology and cardiology has become a critical frontier in modern medicine. While advancements in antineoplastic therapies have significantly extended life expectancy, they have introduced a complex spectrum of cardiovascular (CV) challenges. These include direct drug-induced cardiotoxicity, complications inherent to the malignancy itself, and the rising burden of age-related CV risk factors in an increasingly elderly cancer population. Purpose: To record and analyze the clinical characteristics, diagnostic findings, and outcomes of patients with active neoplastic disease receiving therapy who were hospitalized for CV reasons in the Cardiology Department and Cardiac Intensive Care Unit of a large tertiary hospital over a one-year period (2025).Methods: A prospective registry was established including 52 consecutive patients under active antineoplastic treatment. Clinical assessment, biochemical analysis (high-sensitivity Troponin I [hsTnI] and Brain Natriuretic Peptide [BNP]), and transthoracic echocardiography were performed upon admission. Data were analyzed to identify primary etiologies of hospitalization and short-term clinical outcomes. Results: The cohort (72% male) had a mean age of 73.5±7.5 years. The most prevalent malignancies were Lung (44.0%), Breast (16.0%), and Multiple Myeloma (12.0%). Therapeutic modalities included cytotoxic chemotherapy (42.9%), immunomodulatory drugs (21.4%), targeted therapies (21.4%), and immune checkpoint inhibitors (14.3%).At admission, biomarkers were markedly elevated: median hsTnI was 433.0 pg/mL (IQR: 138.5–981.0) and median BNP was 312.5 pg/mL (IQR: 162.5–1027.5). Echocardiography showed a mean LVEF of 46.1±6.5%. The leading causes for hospitalization were: Decompensated Heart Failure: 36.55%Pulmonary Embolism: 19.25%NSTEMI: 17.35%Cardiac Tamponade: 11.54% (requiring urgent pericardiocentesis)STEMI: 7.66%Third degree atrioventricular block/ High degree atrioventricular block : 5.75 %Other : 1.99% During the hospital stay, 48 patients were successfully discharged, 2 required intubation and transfer to the General ICU, and 2 deaths were recorded. Conclusions: CV morbidity in oncology patients is substantial and frequently presents as acute, life-threatening conditions. The high prevalence of heart failure and thromboembolic events, coupled with significant biomarker elevation and impaired systolic function, highlights the clinical fragility of this population. These findings underscore the necessity for early recognition through specialized Cardio-Oncology clinics and integrated multidisciplinary management to improve long-term survival and quality of life.



AA090|Atrial Myopathy Phenotype in patients with early HFpEF – Insights from HEFESTUS-HF study

G. Fotos[1], K. Masoura[2], K. Aznaouridis[1], C. Chrysochoou[1], I. Zareifis[1], A. Zografou[2], O. Kourti[2], K. Thomopoulos[2], K. Tsioufis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΪΚΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Left atrial (LA) dysfunction is increasingly recognized as an important component of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF) and may precede overt structural remodeling. Impaired LA reservoir function has been associated with elevated filling pressures, reduced exercise capacity and adverse cardiovascular outcomes. However, data regarding the clinical and echocardiographic profile of patients with early HFpEF and reduced LA strain are scarce. We sought to compare the clinical and echocardiographic characteristics of patients with impaired versus preserved LA reservoir function. Methods: Twenty-one consecutive patients with early HFpEF and positive diastolic stress echocardiography using treadmill underwent comprehensive transthoracic echocardiography including speckle-tracking assessment of LA function. Patients were stratified according to resting LA reservoir strain (LASr) into a low LASr (<5%) and a high LASr (³25%) group. Clinical characteristics, resting echocardiographic parameters and exercise stress echocardiographic findings were compared between the two groups. Results :Mean age of the population was 69.1 ± 8.5 years. Patients with low LASr were older and had higher body mass index compared with patients with preserved LA reservoir function. Impaired LA function was associated with larger LA volumes (LAVi 32.9 ± 6.8 vs 30.1 ± 5.7 ml.m2), higher resting E/e' values (9.8 ± 1.5 vs 9 ± 1.2) and higher resting pulmonary artery systolic pressure (PASP) (33. ± 6.3 vs 30.1 ± 5.8 mmHg). In contrast, peak E/e' (13.9 ± 2.4 vs 14.1 ± 2), peak PASP (58.9 ± 11 vs 62.1 ± 11.6 mmHg) and exercise duration (5.9 ± 2.1 vs 6.6 ± 1.9 minutes) didn't have significant differences. The prevalence of comorbidities were similar between the two groups, except of the atrial fibrillation, which was noted only in the low LASr group. Conclusions :Patients with reduced LA reservoir strain demonstrated a trend toward greater structural remodeling and higher resting filling pressures despite similar exercise performance and peak exercise hemodynamics. These findings support the concept that functional atrial impairment may represent an early component of HFpEF.

Variable	LASr <25%	LASr ≥25%	p-value
Age (years)	71.0 ± 8.9	68.0 ± 8.1	0.35
BMI (kg/m²)	31.7 ± 5.4	28.2 ± 4.7	0.12
Hypertension (%)	78	64	0.42
Diabetes Mellitus (%)	33	18	0.38
Coronary Artery Disease (%)	22	18	0.79
Atrial Fibrillation (%)	11	0	0.29
Beta-blocker use (%)	67	55	0.54
RAAS inhibitor use (%)	56	45	0.61
SGLT2 inhibitor use (%)	33	27	0.74
LAVi (mL/m²)	32.9 ± 6.8	30.1 ± 5.7	0.18
Rest E/e'	9.8 ± 1.5	9.0 ± 1.2	0.13
Peak E/e'	13.9 ± 2.4	14.1 ± 2.0	0.76
Rest PASP (mmHg)	33.3 ± 6.3	30.1 ± 5.8	0.21
Peak PASP (mmHg)	55.9 ± 11.0	62.9 ± 11.6	0.22
Exercise Duration (min)	5.9 ± 2.1	6.6 ± 1.9	0.48

ΑΑ091|Εκλυτικοί παράγοντες στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια: διακριτοί κλινικοί φαινότυποι και πρόγνωση στο έτος

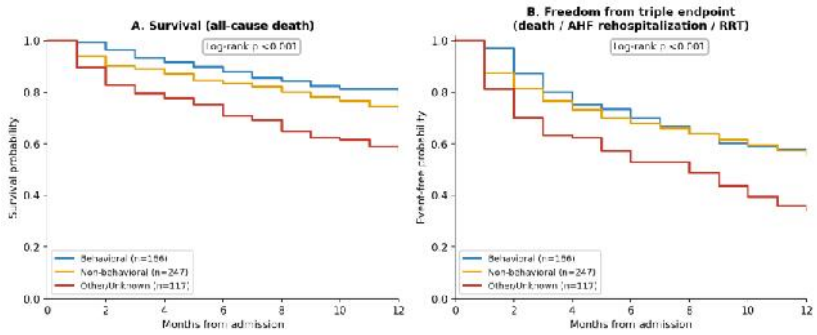
Γ. Αλετράς[1], Μ. Στρατινάκη[1], Μ. Μπαχλιτζανάκη[2], Σ. Φιφλής[1], Α. Καλυκάκη[3], Ι. Πανταζής[4], Μ. Χαμηλός[5], Κ. Στυλιανού[6], Ε. Φουκαράκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Β' Παθολογική κλινική, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου , [3]Βιοχημικό τμήμα, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου , [4]Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης, [5]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Καρδιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου, [6] Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Νεφρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) συχνά πυροδοτείται από αναγνωρίσιμους εκλυτικούς παράγοντες. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν το είδος του εκλυτικού παράγοντα —και ιδιαίτερα η απουσία αναγνωρίσιμου αιτίου— καθορίζει διακριτούς κλινικούς φαινοτύπους και διαφορετική πρόγνωση. Μέθοδοι: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη παρατήρησης ενός κέντρου με ανάλυση δεδομένων από 530 νοσηλευόμενους ασθενείς λόγω ΟΚΑ. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ανάλογα με τους εκλυτικούς παράγοντες σε 3 ομάδες: Ομάδα 1: συμπεριφορικοί (διαιτητικές παρεκτροπές, μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή), Ομάδα 2: μη συμπεριφορικοί (λοίμωξη, αρρυθμία, ισχαιμία, αρρύθμιστη υπέρταση, τοξικότητα φαρμάκων) και Ομάδα 3: άλλοι/άγνωστοι. Σημειώνεται ότι επί συνύπαρξης συμπεριφορικών και μη παραγόντων, ο ασθενής εντασσόταν στην ομάδα 1. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση κλινικών, εργαστηριακών και υπερηχοκαρδιογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και της έκβασης στο έτος, μεταξύ των ομάδων. Το σύνθετο καταληκτικό σημείο περιλάμβανε θάνατο από κάθε αιτία, επανεισαγωγή λόγω ΟΚΑ ή ανάγκη για θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (RRT). Αποτελέσματα: Συνολικά 166 (31,3%) ασθενείς συμπεριελήφθησαν στην ομάδα 1, 247 (46,6%) στην ομάδα 2 και 117 (22,1%) στην ομάδα 3. Οι ασθενείς της ομάδας 3 εμφάνιζαν έναν διακριτό, προχωρημένο καρδιονεφρικό φαινότυπο - μεγαλύτερη ηλικία (83 έναντι 80 ετών), χαμηλότερη τιμή eGFR (45 έναντι 58–61 ml/min/1,73 m²), υψηλότερες τιμές ουρίας (81 έναντι 52 mg/dl) και NT-proBNP (7942 έναντι 4700 pg/ml), χαμηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση (130 έναντι περίπου 150 mmHg), δυσμενέστερους υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες (PASP 50 mmHg, E/e' 20), καθώς και συχνότερη συνύπαρξη δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας (64,1%) και πολυβαλβιδικής νόσου (48,7%) (όλες οι συγκρίσεις p<0,01). Οι διαφορές αυτές συνοδεύονταν από δυσμενέστερη πρόγνωση: το σύνθετο καταληκτικό σημείο στο έτος καταγράφηκε στο 43,4%, 44,1% και 65,8% των ασθενών, αντίστοιχα (p<0,001), ενώ η ομάδα 3 παρουσίασε τη χαμηλότερη επιβίωση και επιβίωση χωρίς συμβάματα στις καμπύλες Kaplan–Meier (log-rank p<0,001 τόσο για τη συνολική θνητότητα όσο και για το σύνθετο καταληκτικό σημείο). Συμπεράσματα: Οι εκλυτικοί παράγοντες της ΟΚΑ αναδεικνύουν διακριτούς κλινικούς φαινοτύπους με διαβαθμισμένη επιβάρυνση ως προς την καρδιονεφρική δυσλειτουργία. Η απουσία αναγνωρίσιμου εκλυτικού παράγοντα χαρακτηρίζει έναν πιο προχωρημένο φαινότυπο καρδιακής ανεπάρκειας, που μπορεί να συνοδεύεται από σημαντικά χειρότερη έκβαση, αντανακλώντας πιθανότατα την εξέλιξη της υποκείμενης νόσου. Η αναγνώριση αυτού του φαινοτύπου ενδέχεται να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση κινδύνου και να συμβάλει στον σχεδιασμό της μακροχρόνιας παρακολούθησης και αντιμετώπισης.

Πίνακας. Βασικές κλινικές, εργαστηριακές και υπερηχοκαρδιογραφικές παράμετροι και έκβαση στο έτος ανάλογα με τον εκλυτικό παράγοντα.

Παράμετρος	Συμπεριφορικοί (n=166)	Μη συμπεριφορικοί (n=247)	Άλλοι/Άγνωστοι (n=117)	p-value
Δημογραφικά και κλινικά:				
Ηλικία (έτη)	80 (71–85)	80 (74–86)	83 (77–88)	**0,003**
Άρρεν φύλο	92 (55,4%)	124 (50,2%)	68 (58,1%)	0,312
De novo HF	38 (22,9%)	89 (36,0%)	19 (16,2%)	**<0,001**
Συστολική ΑΠ (mmHg)	150 (130–170)	153 (130–180)	130 (118–147)	**<0,001**
Συννοσηρότητες:				
Κολπική μαρμαρυγή	94 (56,6%)	147 (59,5%)	72 (61,5%)	0,696
Σακχαρώδης διαβήτης	90 (54,2%)	122 (49,4%)	63 (53,8%)	0,561
Ενεργός κακοήθεια	13 (7,8%)	24 (9,7%)	14 (12,0%)	0,508
Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια	74 (44,6%)	77 (31,2%)	75 (64,1%)	**<0,001**
Πολυβαλβιδική νόσος	45 (27,1%)	83 (33,6%)	57 (48,7%)	**<0,001**
Εργαστηριακά εισόδου:				
eGFR (ml/min/1,73 m²)	61 (42–79)	58 (45–75)	45 (29–66)	**<0,001**
Κρεατινίνη (mg/dl)	1,10 (0,91–1,44)	1,11 (0,88–1,46)	1,43 (1,03–1,82)	**<0,001**
Ουρία (mg/dl)	52 (41–73)	53 (41–70)	81 (54–107)	**<0,001**
NT-proBNP (pg/ml)	4674 (2618–10237)	4703 (3131–9263)	7942 (3827–14838)	**<0,001**
Hb (g/dl)	11,6 (10,4–13,0)	12,0 (10,6–13,0)	11,1 (10,1–12,7)	0,057
WBC (×10⁹/L)	8,2 (6,6–10,5)	9,9 (7,5–11,9)	7,5 (6,0–8,9)	**<0,001**
CRP (mg/dl)	1,0 (0,4–2,3)	1,0 (0,4–2,6)	0,5 (0,4–1,6)	**0,003**
RDW (%)	16,1 (15,1–18,3)	16,0 (14,6–17,4)	17,1 (15,7–19,7)	**<0,001**
Υπερηχοκαρδιογραφικά:				
LVEF (%)	50 (30–55)	50 (30–55)	45 (25–55)	0,410
PASP (mmHg)	45 (35–55)	40 (30–48)	50 (40–65)	**<0,001**
E/e'	16,5 (13,0–21,2)	16,0 (13,0–21,0)	20,0 (15,0–26,0)	**<0,001**
LAVi (ml/m²)	51 (43–63)	50 (43–61)	55 (46–70)	**0,010**
RV S' (cm/s)	11,0 (9,0–12,5)	10,8 (9,0–12,0)	9,0 (8,0–11,0)	**<0,001**
Έκβαση:				
Σύνθετο καταληκτικό σημείο (1 έτος)	72 (43,4%)	109 (44,1%)	77 (65,8%)	**<0,001**


A. Survival (all-cause death)
log-rank p <0.001
Survival probability
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
0
2
4
6
8
10
12
Months from admission
Behavioral (n=156)
Non-behavioral (n=247)
Other/Unknown (n=117)
B. Freedom from triple endpoint
(death / AHF rehospitalization / RRT)
log-rank p <0.001
Event-free probability
1.0
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
0
2
4
6
8
10
12
Months from admission
Behavioral (n=156)
Non-behavioral (n=247)
Other/Unknown (n=117)

Παρουσίαση περιστατικού Ι / Case Presentation I

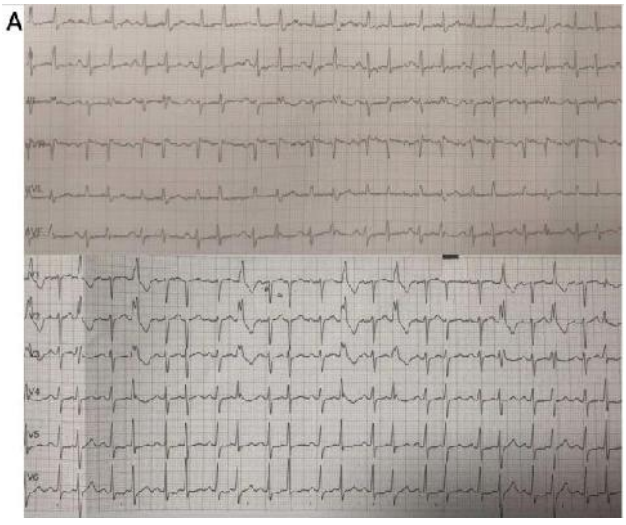
Πρόεδροι: **Ν. Κάσινος** (Αθήνα), **Δ. Οικονομίδης** (Αθήνα)
Chairpersons: **N. Kasinos**(Athens), **D. Oikonomidis** (Athens)

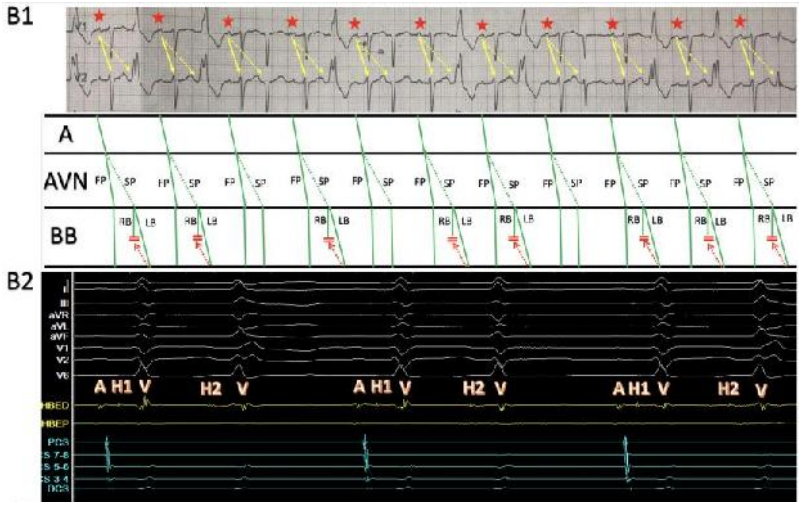
AA092|Διπλή κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία μη επανεισόδου (Dual Atrioventricular Nodal Non-Reentrant Tachycardia, DAVNNT) μια διαγνωστική πρόκληση

Α. Μαρτίνος[1], Π. Σύρος[2], Β. Αρκουλή[3], Ι. Μαρκοδημητράκης[4], Δ. Κουράσης[2], Δ.Πεπονάκη[2], Ε. Σταυρόπουλος[4], Ν. Καζαρίαν[2]

[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ, [2]Γ.Ν.Θ. ΄΄ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ΄ ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών , [4]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών Α καρδιολογική κλινική

Εισαγωγή: Η διπλή κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία μη επανεισόδου (DAVNNT) αποτελεί σπάνια μορφή υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας, η οποία οφείλεται στην ταυτόχρονη ορθόδρομη αγωγή ενός φλεβοκομβικού ερεθίσματος τόσο μέσω της ταχείας και όσο της βραδείας οδού του κολποκοιλιακού κόμβου. Το φαινόμενο αυτό οδηγεί σε δύο κοιλιακές εκπολώσεις για κάθε μία κολπική ενεργοποίηση(1:2 αγωγή), δημιουργώντας ποικίλες ηλεκτροκαρδιογραφικές εικόνες που συχνά οδηγούν σε λανθασμένη διάγνωση και ακατάλληλη θεραπεία.Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ηλικίας 53 ετών προσήλθε λόγω επεισοδίων αίσθημα παλμών διάρκειας ωρών. Από μηνός η ασθενής είχε διαγνωστεί με κολπική μαρμαρυγή και ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε άρρυθμη ταχυκαρδία με συχνότητα περίπου 150 σφίξεων ανά λεπτό, ενώ ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε ήπια επηρεασμένη συστολική λειτουργεία με κλάσμα εξώθησης 45%. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε ότι κάθε φλεβοκομβικό κύμα P ακολουθούταν από δύο συμπλέγματα QRS (Εικ. 1). Το δεύτερο QRS εμφάνιζε περιστασιακά μορφολογία αποκλεισμού δεξιού σκέλους, γεγονός που δημιούργησε αρχικά διαγνωστικά διλήμματα έναντι κολπικής μαρμαρυγής, κολπικής ταχυκαρδίας, υπερκοιλιακών ή κοιλιακών έκτακτων συστολών. Η προσεκτική όμως ανάλυση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος αποκάλυψε το χαρακτηριστικό πρότυπο ομαδοποιημένων παλμών με σταθερό φλεβοκομβικό κύμα P να προηγείται δύο κοιλιακών ενεργοποιήσεων(Εικ. 2Α). Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη επιβεβαίωσε τη διάγνωση της DAVNNT (Εικ. 2Β) και ανέδειξε παρουσία διπλής κομβικής οδού χωρίς επανεισόδου. Πραγματοποιήθηκε επιτυχής κατάλυση της βραδείας οδού στην περιοχή του τριγώνου του Koch, με εξάλειψη της αρρυθμίας. Η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική για 3 μήνες, διακόπηκε η αντιπηκτική αγωγή και το κλάσμα εξώθησή της φυσιολογικοποιήθηκε. Συζήτηση: Η DAVNNT αποτελεί υποδιαγνωσμένη κλινική οντότητα, η οποία μπορεί να μιμηθεί κολπική μαρμαρυγή, κολπική ταχυκαρδία και έκτακτες υπερκοιλιακές ή κοιλιακές συστολές . Η αναγνώριση των σταθερών φλεβοκομβικών κυμάτων P και του χαρακτηριστικού προτύπου αγωγής 1:2 είναι καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση. Παρά το γεγονός ότι η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη αποτελεί το διαγνωστικό πρότυπο αναφοράς, ο κύριος ρόλος της είναι συνήθως θεραπευτικός και όχι διαγνωστικός. Η λανθασμένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε περιττή χορήγηση αντιαρρυθμικών ή αντιπηκτικών φαρμάκων, σε ταχυμυοκαρδιοπάθεια και σε αχρείαστες επεμβατικές παρεμβάσεις. Συμπεράσματα: Η DAVNNT, αν και σπάνια, πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση αρρυθμιών. Η υποψία, η λεπτομερής ανάλυση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση, ενώ η κατάλυση της βραδείας οδού αποτελεί οριστική και ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση.



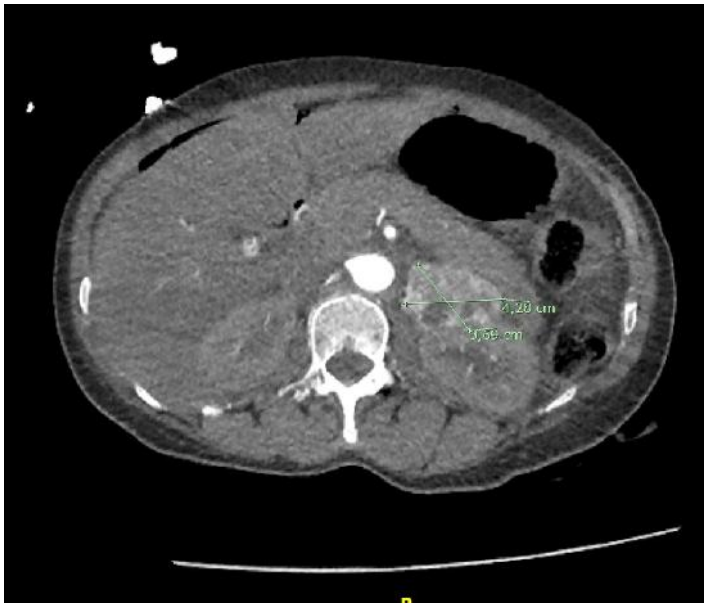


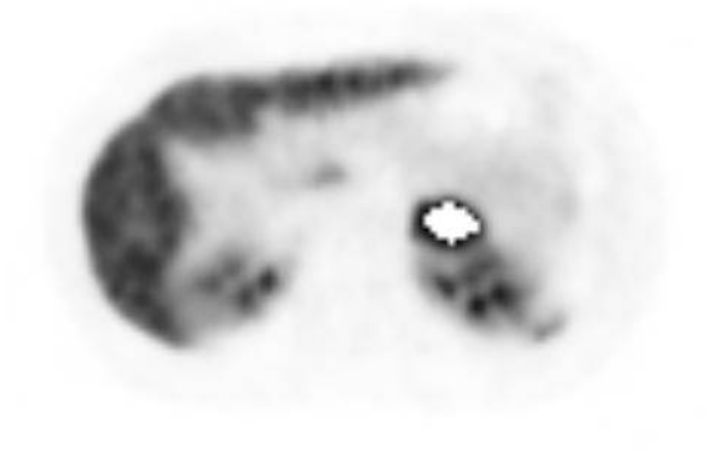
AA093|Pheochromocytoma–induced takotsubo cardiomyopathy after laparoscopic myomectomy: A double hit

A. Detsika[1], E. Papadopoulou[1], D. Tzalas[1], Ch. Armonis[1], L. Pappas[1], A. Zacharoulis[1], A. Trikas[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Pheochromocytoma is a neuroendocrine tumour that secretes excessive catecholamines and can lead to cardiomyopathy. Possible mechanisms include direct catecholamine-associated myocardial toxicity and microvascular spasm or dysfunction. Additionally, stress induced cardiomyopathy in settings such as sepsis, major surgery, etc has been attributed to circulating catecholamines. We present the case of a patient with takotsubo cardiomyopathy after uterine fibroid myomectomy.Case study: The patient was a 45-year-old woman who was transferred from an outside facility due to hypertensive crisis and acute heart failure after elective laparoscopic myomectomy. Her past medical history included uncontrolled hypertension and uterine fibroids. She was admitted to the Cardiac Intensive Care Unit. Upon admission, her ECG had no ischemic changes, but troponin was elevated. Bedside echo revealed a left ventricle of normal size with severely reduced systolic function due to akinesis of the apex and apical segments, severe hypokinesis of the mid segments and hyperkinesis of the basal segments. Coronary angiography was negative. Shortly after admission, the patient developed shock and deteriorated despite high-dose vasopressors which could not be fully explained by takotsubo cardiomyopathy. Severe anaemia prompted urgent CT, revealing active bleeding from the right uterine artery, confirming haemorrhagic shock. She subsequently developed multiple organ dysfunction syndrome with fever, acute renal failure requiring continuous renal replacement therapy and acute respiratory failure requiring high-flow nasal oxygenation. After several days of supportive care, she was stabilised, bleeding was controlled with multiple transfusions and echocardiography showed recovery of systolic function. Results: Secondary hypertension work up revealed a mass of 4.3×3.7cm on the left adrenal gland (Fig.1). A 24-hour urine collection showed elevated total metanephrines and normetanephrines. A Gallium-68-DOTATOC PET/CT was performed, demonstrating a somatostatin receptor-expressing primary tumour of the left adrenal gland (Fig.2). Patient underwent left adrenalectomy successfully and biopsy of the mass confirmed the diagnosis of a pheochromocytoma. She remained asymptomatic and normotensive since. Conclusions: Takotsubo cardiomyopathy after a pheochromocytoma storm combined with excessive release of catecholamines due to haemorrhage and surgery was almost fatal for this young woman who had multiple hypertensive crises in the past. Pheochromocytomas, though rare, can present with acute heart failure.





AA094|IVUS-Guided Ultra-Low-Contrast PCI in Severe Chronic Kidney Disease and Complex Three-Vessel Coronary Artery Disease

Σ. Ακρίτας[1], Κ. Χριστοφορίδης[1], Δ. Αμοιρίδης[1], Β. Κεραμιδάς[1], Δ. Γιαγκούλης[1], Ε. Παστιρματζή[1], Ν. Κατσικάς[1], Γ. Παπαδόπουλος[2], Γ. Μπομπότης[1], Σ. Παπαστεφάνου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ*

Background: Coronary artery disease is common in patients with advanced chronic kidney disease, while iodinated contrast exposure increases the risk of further renal deterioration and dialysis requirement. Intravascular ultrasound can guide percutaneous coronary intervention with minimal contrast use by allowing accurate vessel sizing, stent selection, lesion preparation, stent optimization, and final result assessment. Case StudyA 64-year-old man with insulin-treated type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, arterial hypertension, active smoking, and stage 5 chronic kidney disease presented with Canadian Cardiovascular Society class III exertional angina despite maximal antianginal therapy, including beta-blocker, transdermal nitrates, and ranolazine. Baseline renal function was severely impaired, with serum creatinine 4.5 mg/dL and estimated glomerular filtration rate 13 mL/min/1.73 m². Coronary angiography demonstrated complex three-vessel coronary artery disease, including significant disease of the left anterior descending artery, left circumflex artery, and right coronary artery. Surgical revascularization was recommended; however, the patient declined coronary artery bypass grafting. Given the high ischemic burden, persistent symptoms despite optimal medical therapy, and prohibitive renal risk related to contrast exposure, an IVUS-guided ultra-low-contrast percutaneous revascularization strategy was selected. The procedural aim was to maintain a contrast volume/eGFR ratio below 1. IVUS was used to define vessel dimensions, lesion length, reference diameters, plaque morphology, landing zones, stent

length and diameter, and to optimize stent expansion and apposition. Results: Complete percutaneous revascularization was achieved with minimal contrast administration. IVUS confirmed appropriate stent deployment and procedural optimization, allowing final assessment without additional contrast injections. The procedure was completed successfully without the need for renal replacement therapy. Conclusions: This case highlights the role of IVUS-guided ultra-low-contrast PCI as a feasible and effective strategy for complex multivessel coronary artery disease in patients with severe chronic kidney disease. In carefully selected high-risk patients who are unsuitable for or decline surgical revascularization, intracoronary imaging can enable complete revascularization while minimizing nephrotoxic contrast exposure.





AA095|Acute Dual Stent Thrombosis Following Early Discharge for NSTEMI: A Case of Suspected Clopidogrel Resistance in an Elderly Patient

Κ. Χριστοφορίδης[1], Δ. Αμοιρίδης[1], Δ. Γιαγκούλης[1], Ν. Κατσικάς[1], Σ. Ακρίτας[1], Β. Κεραμιδάς[1], Ε. Παστιρματζή[1], Γ. Παπαδόπουλος[2], Γ. Μπομπότης[1], Σ. Παπαστεφάνου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ

Introduction Percutaneous coronary intervention (PCI) with drug-eluting stent implantation is the cornerstone of management in acute coronary syndromes (ACS), including non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI). Dual antiplatelet therapy (DAPT), typically combining aspirin with a P2Y12 receptor inhibitor, is critical to prevent early stent thrombosis. Case Study An 86-year-old woman with a medical history of hypertension and hyperlipidemia, but no known diabetes or chronic kidney disease, presented with chest pain and dynamic ST-segment depressions in the inferior leads. Cardiac biomarkers were elevated (high-sensitivity troponin I peaked at 52000 ng/L), and the diagnosis of NSTEMI was established. Coronary angiography revealed severe stenosis of the proximal right coronary artery (RCA) and a critical lesion in the obtuse marginal branch of the left circumflex artery (LCx). Successful PCI was performed with deployment of drug-eluting stents (DES) in both the RCA and LCx. No procedural complications occurred, and final angiographic results showed TIMI 3 flow in both vessels. The patient was loaded with 300 mg clopidogrel and continued on standard DAPT with aspirin and clopidogrel (75 mg/day). She was discharged home uneventfully the following day.Approximately 24 hours post-discharge, the patient re-presented to the emergency department with acute chest pain. ECG revealed inferior and posterior ST-segment elevations. Emergent coronary angiography showed acute thrombotic occlusion of both previously treated vessels—RCA and LCx—consistent with subacute stent thrombosis. Results Urgent thrombectomy and repeat PCI were performed, restoring flow in both arteries. Clot burden was extensive, and intravascular imaging (IVUS) ruled out mechanical causes such as stent underexpansion or malapposition. The clinical suspicion of clopidogrel resistance was raised. Platelet function testing (VerifyNow P2Y12 assay) showed high on-treatment platelet reactivity (PRU = 284), consistent with inadequate response to clopidogrel. Clopidogrel was discontinued and replaced with ticagrelor 90 mg twice daily. The patient remained stable without further thrombotic events and was discharged after 3 days of monitoring. Conclusions This case underscores the risk of early stent thrombosis in the context of clopidogrel resistance, particularly in elderly patients.

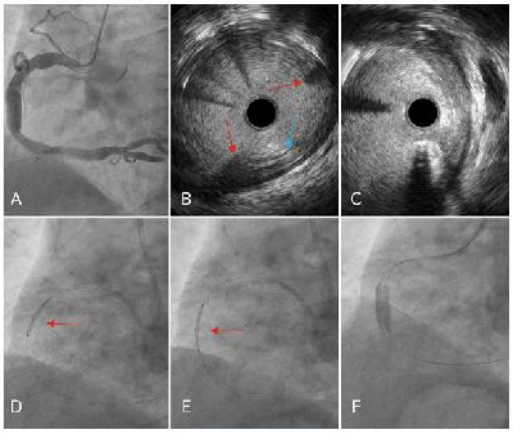
AA096|Σύμπλοκες αγγειοπλαστικές μετά την εμφύτευση ενδοπρόθεσης περιφερικών αγγείων σε ασθενή με υποτροπιάζον οξύ στεφανιαίο σύνδρομο μετά από πρόσφατη αγγειοπλαστική στεφανιαίου ανευρύσματος

Γ. Τασιούλα[1], Ε. Χουρδάκης[1], Α. Προκοπίου[1], Α.Κ. Παπαχρήστου[1], Γ. Λάνταβος[1], Χ. Κατσούρας[1]

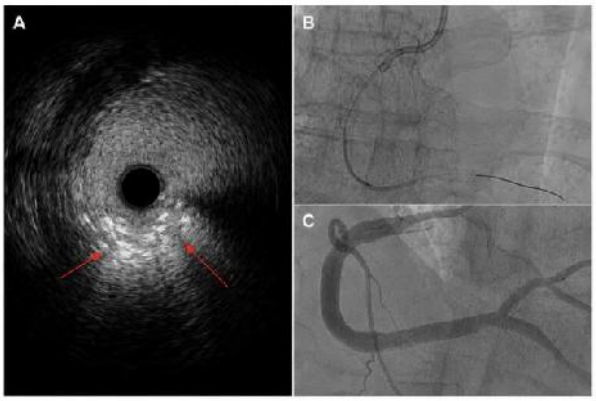
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς με ανευρυσματική νόσο δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) και επαναλαμβανόμενα οξέα στεφανιαία σύνδρομα, στο οποίο η χρήση ενδαγγειακού υπερηχογραφήματος (intravascular ultrasound, IVUS) και ειδικών τεχνικών αποδείχθηκε καθοριστική για την κατανόηση του υποκείμενου μηχανισμού και τη θεραπευτική στρατηγική. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ηλικίας 64 ετών, με ιστορικό δύο διαδοχικών οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (NSTEMI) τον Ιανουάριο και Φεβρουάριο 2026, προσήλθε εκ νέου με NSTEMI. Κατά το πρώτο επεισόδιο (01/2026) υποβλήθηκε σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) στην μεσότητα της ανευρυσματικής RCA ενδοπρόθεσης (διαμέτρου 4.0 mm με μεταδιαστολή 5.5 mm). Η στεφανιογραφία στην επαναεισαγωγή του 05/2026 ανέδειξε υπόπτες βλάβες εντός της ενδοπρόθεσης και στην μεσότητα της. Το IVUS αποκάλυψε σημαντικό malapposition της ενδοπρόθεσης (διάμετρος αγγείου 7 mm) και υψηλού βαθμού θρομβωτικό φορτίο κατά μήκος όλου του αγγείου (Εικόνα 1).ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διενεργείθηκε νέα PCI με εμφύτευση περιφερικής ενδοπρόθεσης διαμέτρου 6 mm (Express Vascular SD Renal) κάνοντας χρήση buddy wire τεχνικής και 7 French AL1 οδηγό καθετήρα. Κατά την προώθηση της νέας ενδοπρόθεσης παρατηρήθηκε περιφερική μετατόπιση της προϋπάρχουσας. Ακολούθησε βελτιστοποίηση της έκπτυξης της νέας ενδοπρόθεσης και crushing της μετατοπισθείσας ενδοπρόθεσης με μεταδιάταση κάνοντας χρήση της double barrel balloon τεχνικής (διαμέτρου 2 x 3.5 mm) (Εικόνα 2). Ο ασθενής παρουσίασε κατά τη νοσηλεία υποτροπιάζοντα επεισόδια θωρακικού άλγους και δύοδιαδοχικά κατώτερα εμφράγματα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος. Ο επανέλεγχος ανέδειξε ολική θρομβωτική απόφραξη της RCA, η οποία αντιμετωπίστηκε με επείγουσα αγγειοπλαστική. Δύο ημέρες αργότερα καταγράφηκε νέα θρομβωτική απόφραξη του εγγύς τμήματος της RCA, που αντιμετωπίστηκε με εμφύτευση νέας ενδοπρόθεσης. Η περαιτέρω κλινική πορεία χαρακτηρίστηκε από επαναλαμβανόμενα επεισόδια θωρακικού άλγους με παροδικές ανασπάσεις του ST, γεγονός που οδήγησε σε συμπληρωματική PCI με πλήρη κάλυψη του υπολειπόμενου πάσχοντος τμήματος της RCA.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑΗ ανευρυσματική νόσος των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί ιδιαίτερα απαιτητική κλινική οντότητα, με αυξημένο

κίνδυνο υποτροπιάζοντων θρομβωτικών συμβαμάτων. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει την χρήση ειδικών υλικών και τον καθοριστικό ρόλο του IVUS στην καθοδήγηση επεμβάσεων σε ασθενείς με στεφανιαία ανευρύσματα.



Εικόνα 1. A. Ανεύρισμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) με υποψία θρομβωτικού υλικού. **B.** Ενδοστεφανιαίος υπέρηχος (IVUS) της RCA που απεικόνισε θρόμβο (κόκκινα βέλη) εντός του αγγείου και το malapposition του stent (μπλε βέλος). **C.** IVUS που αναδεικνύει την βράχυνση της παλιάς ενδοπρόθεσης μετά από διάταση με 6.00 mm μπαλόνι. **D.** Τοποθέτηση της περιφερειακής ενδοπρόθεσης στο σημείο εμφύτευσης. **E.** Μετακίνηση της παλιάς ενδοπρόθεσης περιφερειακότερα κατά την προώθηση του περιφερικού stent. **F.** Βελτιστοποίηση της έκπτυξης της νέας ενδοπρόθεσης και crushing της μεταποθείσας ενδοπρόθεσης με μεταβιβάσιμη κάνουλα χρήση της double barrel balloon τεχνικής (διαμέτρου 2 x 3.5 mm)



Εικόνα 2. A Ενδοστεφανιαίος υπέρηχος (IVUS) της RCA, όπου αναδεικνύεται η βραχυομένη/παγιδευμένη ενδοπρόθεση (κόκκινο βέλος) πρώτης αγγειοπλαστικής. **B.** Τελική απεικόνιση όλων των ενδοπροθέσεων. **C.** Τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα της RCA μετά από πολλαπλές αγγειοπλαστικές σε όλο το μήκος της.

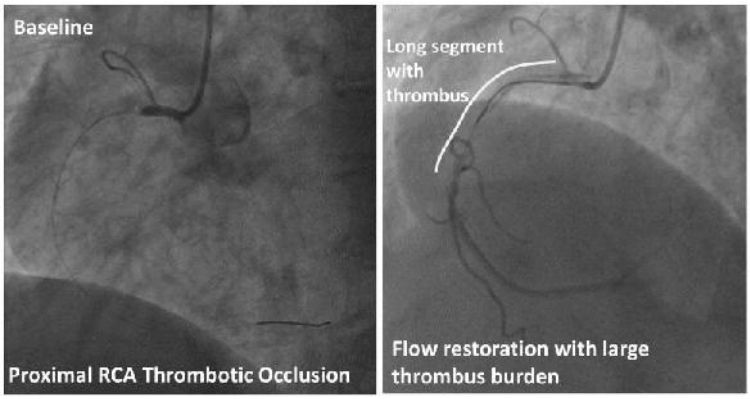
AA097|Thrombus First, Stent Later: Adjunctive Low-Dose Direct Oral Anticoagulation in a Deferred-Stenting Strategy for Inferior STEMI

A. R. Papapanagiotou[1], M.Papafaklis[1], G.Xygka[1], S. Graidis[1], P.Davlouros[1]

[1]*University Hospital of Patras, Cardiology Division*,

Introduction: Large thrombus burden during ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) may complicate percutaneous coronary intervention (PCI) by increasing the risk of distal embolization, no-reflow, stent malapposition, and stent thrombosis. When distal flow is restored and the patient remains clinically stable, deferred stenting may allow pharmacological thrombus reduction before definitive PCI. Case study: A 61-year-old female smoker with hypertension/dyslipidemia was referred with inferior STEMI, 18-24 hours after symptom onset. On arrival, she was asymptomatic and hemodynamically stable. Pre-treatment included aspirin 325mg, ticagrelor 180mg, and intravenous unfractionated heparin 5,000IU. Electrocardiography showed sinus rhythm with Q-waves and 2-mm ST-segment elevation in leads II/III/aVF. Transthoracic echocardiography demonstrated preserved biventricular systolic function without regional wall motion abnormalities. Urgent coronary angiography revealed total proximal right coronary artery (RCA) occlusion (Figure 1) with retrograde flow of the distal part by collaterals, and 80% stenosis in the middle segment of the left anterior descending artery (LAD). Initial PCI in the RCA with small semi-compliant balloons and manual thrombectomy restored flow. Because of very large residual thrombus burden, tirofiban bolus injection was administered, and RCA stenting was deferred in view of asymptomatic/stable patient status. The patient was admitted to the coronary care unit and treated with aspirin, ticagrelor, tirofiban infusion, and fondaparinux. She remained free of

recurrent ischemia. Tirofiban was stopped after 24 hours. On day 3, repeat angiography confirmed stable TIMI III RCA flow with only mild thrombus reduction. In-hospital staged PCI in the LAD was performed with successful drug-eluting stent (DES) implantation. Given persistent RCA thrombus burden and clinical stability, low-dose apixaban 2.5 mg bid was added to the dual antiplatelet therapy (DAPT). At 1-month follow-up angiography (Figure 2), no residual RCA thrombus was present. Definitive PCI in the RCA with three DES achieved an optimal angiographic result, and apixaban was discontinued. At 12 months, the patient remained asymptomatic without ischemic or bleeding events. Conclusion: In selected STEMI patients with very large thrombus burden and restored epicardial flow, deferred stenting combined with adjunctive low-dose direct oral anticoagulation on top of DAPT may facilitate thrombus resolution before definitive PCI. This strategy requires careful clinical selection and repeat evaluation.





ΑΑ098|Διαδερμική αντικατάσταση πνευμονικής βαλβίδας

Ι. Μαρκοδημητράκης[1], Ι. Γκιρδής[1], Α. Μαστροκωστόπουλος[2], Β. Αρκουλή[2], Ε. Σταυρόπουλος[1], Π. Στρέμπελας[1], Γ. Κατσιμαγκλής[2]

[1]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών Α καρδιολογική κλινική , [2]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η χειρουργική επιδιόρθωση της τετραλογίας Fallot σε βρεφική ηλικία συνοδεύεται συχνά από την εμφάνιση σοβαρής ανεπάρκειας πνευμονικής βαλβίδας στην ενήλικη ζωή. Τα τελευταία έτη προσφέρεται σε αυτούς του ενήλικους ασθενείς η λύση της διακαθετηριακής εμφύτευσης πνευμονικής βαλβίδας, παρακάμπτοντας την ανάγκη επαναληπτικής χειρουργικής επέμβασης και, επιπροσθέτως, προσφέροντας προοπτικές επαναληπτικών διακαθετηριακών εμφυτεύσεων στο μέλλον. Παρουσιάζουμε περιστατικό διακαθετηριακής εμφύτευσης πνευμονικής βαλβίδας σε γυναίκα 21 ετών με συμπτωματική σοβαρή ανεπάρκεια πνευμονικής βαλβίδας σε έδαφος επιδιόρθωσης τετραλογίας Fallot σε βρεφική ηλικία. Υλικό/ Μέθοδος: Γυναίκα 21 ετών με ιστορικό χειρουργηθείσας τετραλογίας Fallot σε βρεφική ηλικία, παρουσιάζει σοβαρή ανεπάρκεια πνευμονικής βαλβίδας, συνοδευόμενη από εμφάνιση δύσπνοιας στη φυσική άσκηση και υπερηχοκαρδιογραφικά σημεία διάτασης και υπερφόρτωσης πίεσης και όγκου της δεξιάς κοιλίας. Υπεβλήθη σε κατάλληλη αξονική αγγειογραφία προεπεμβατικά.Η επέμβαση έγινε υπό καταστολή. Παρακεντήθηκαν με υπερηχογραφική καθοδήγηση οι μηριαίες φλέβες και η αριστερή κοινή μηριαία αρτηρία και τοποθετήθηκε καθετήρας pigtail στο χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας για αγγειογραφική καθοδήγηση και διαγνωστικός καθετήρας στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας για αγγειογραφική επιβεβαίωση της ασφαλούς απόστασής της από την περιοχή της εμφύτευσης της πρόθεσης. Τοποθετήθηκε ειδικό οδηγό σύρμα στη δεξιά πνευμονική αρτηρία, εκπτύχθηκε ευένδοτο μπαλόνι στην πνευμονική βαλβίδα και διενεργήθηκαν οι κατάλληλες μετρήσεις για την επιλογή του μεγέθους της προσθετικής βαλβίδας. Κατόπιν, μέσω

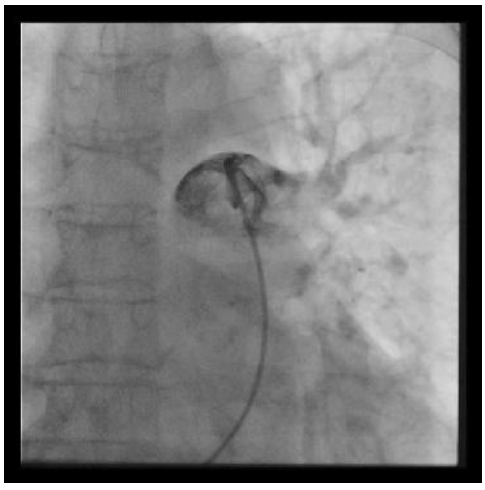
ειδικού θηκαριού 26 F στη δεξιά μηριαία φλέβα, προωθήθηκε και απελευθερώθηκε επιτυχώς αυτοπτυσσόμενη βαλβίδα Venus P-valve (Venus Medtech) στη θέση της αυτόχθονης πνευμονικής βαλβίδας.ΑποτελέσματαΗ εμφύτευση της βαλβίδας Venus P-valve παρουσίασε ευχερή τοποθέτηση, χωρίς διεπεμβατικές επιπλοκές, με ελάχιστη υπολειπόμενη ανεπάρκεια αγγειογραφικά και άμεση βελτίωση των υπερηχογραφικών παραμέτρων της δεξιάς κοιλίας μετεπεμβατικά. Δεν καταγράφηκε κάποιο αρρυθμιολογικό συμβάν μετεπεμβατικάΣυμπέρασμαΗ διακαθετηριακή εμφύτευση πνευμονικής βαλβίδας και εν προκειμένω της αυτοεκπτυσσόμενης πλατφόρμας Venus P-valve, αναδύεται ως μία αποτελεσματική και ασφαλής επιλογή σε ασθενείς με σοβαρή ανεπάρκεια πνευμονικής βαλβίδας, που έχουν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική διόρθωση συγγενών ανωμαλιών της καρδιάς στο παρελθόν.

ΑΑ099|Καθετηριακή θρομβοαναρρόφηση σε οξεία πνευμονική εμβολή με αντένδειξη στη συστηματική θρομβόλυση λόγω πρόσφατης χειρουργικής επέμβασης

Ν. Πλατής[1], Μ. Κυριαζής[1], Β. Γόγολας[1], Π. Μπούνας[1], Μ. Χατζηαντωνάκης[1], Δ. Σιούτης[1], Π. Κοσμάς[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Π. Λάμπρου[1], Ν. Τάκουλας[1], Κ.Κ. Τζιάλλας[1], Μ. Πατέλλη[1], Ά. Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή (Υπόβαθρο – Σκοπός)Η οξεία πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί απειλητική για τη ζωή κατάσταση που απαιτεί άμεση εκτίμηση του κινδύνου και έγκαιρη θεραπεία επαναιμάτωσης. Αν και η συστηματική θρομβόλυση αποτελεί θεραπεία εκλογής στην ΠΕ υψηλού κινδύνου, η πρόσφατη μείζονα χειρουργική επέμβαση αποτελεί απόλυτη αντένδειξη. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με ΠΕ ενδιάμεσου-υψηλού έως υψηλού κινδύνου, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με καθετηριακή θρομβοαναρρόφηση.Παρουσίαση ΠεριστατικούΓυναίκα 61 ετών προσήλθε με οξεία δύσπνοια δέκα ημέρες μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Το ατομικό αναμνηστικό περιλάμβανε σκλήρυνση κατά πλάκας με χρόνια ακινητοποίηση, αρτηριακή υπέρταση και κατάθλιψη. Κατά την εισαγωγή παρουσίαζε ταχύπνοια, υποξαιμία, ταχυκαρδία και οριακή αιμοδυναμική κατάσταση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, αποκλεισμό δεξιού σκέλους και πρότυπο S1Q3T3. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αυξημένη τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας και NT-proBNP. Η αξονική πνευμονική αγγειογραφία επιβεβαίωσε εκτεταμένη αμφοτερόπλευρη ΠΕ με προσβολή του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας και των λοβαίων κλάδων. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σοβαρή διάταση και δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας (βασική διάμετρος 49 mm, TAPSE 10,5 mm, θετικό σημείο McConnell, D-Shape πρότυπο αριστερής κοιλίας στον βραχύ άξονα και σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας). Η βαθμολογία PESI ήταν 151 (Κλάση V), υποδηλώνοντας υψηλό κίνδυνο πρόωρης θνητότητας.ΑποτελέσματαΛόγω της πρόσφατης χειρουργικής επέμβασης, η συστηματική θρομβόλυση αντενδείκνυτο. Μετά την έναρξη ενδοφλέβιας μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης, διενεργήθηκε καθετηριακή θρομβοαναρρόφηση μέσω δεξιάς μηριαίας φλεβικής προσπέλασης. Ακολούθησε ταχεία κλινική βελτίωση, υποχώρηση της αναπνευστικής δυσχέρειας και σταδιακή διακοπή της οξυγονοθεραπείας. Διαδοχικές υπερηχοκαρδιογραφικές εκτιμήσεις κατέδειξαν σημαντική αποκατάσταση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας με το TAPSE να αυξάνεται στα 15 mm την τρίτη ημέρα και στα 22 mm την έκτη μετά την θρομβοαναρρόφηση, ενώ στον έναν μήνα η δεξιά κοιλία είχε πλήρως αποκαταστήσει το μέγεθος και τη λειτουργικότητα της. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες αιμορραγικές ή άλλες επιπλοκές σχετιζόμενες με την παρέμβαση.Συμπεράσματα Η καθετηριακή θρομβοαναρρόφηση αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο επαναιμάτωσης σε ασθενείς με οξεία ΠΕ υψηλού κινδύνου όταν η συστηματική θρομβόλυση αντενδείκνυται. Η έγκαιρη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων από διεπιστημονική ομάδα και η συστηματική υπερηχοκαρδιογραφική παρακολούθηση μπορούν να οδηγήσουν σε ευνοϊκή κλινική έκβαση και πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας.





ΑΑ100|Θεραπευτικές προκλήσεις σε ασθενή με μαζική πνευμονική εμβολή και θρόμβο κορυφής αριστερής κοιλίας

Ε. Μιχαϊλίδη[1], Ν.Τσιάμης[1], Ά.Ρ. Ανδρίτσου[1], Α. Ρωμηού[1], Χ. Τούντας[1], Α. Κίτσου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η μαζική ή υψηλού κινδύνου πνευμονική εμβολή αποτελεί επείγουσα καρδιαγγειακή κατάσταση που απαιτεί άμεση εκτίμηση της ανάγκης θεραπείας επαναιμάτωσης. Η συνύπαρξη ενδοκοιλιακού θρόμβου της αριστερής κοιλίας αποτελεί σπάνιο αλλά ιδιαίτερα απαιτητικό κλινικό εύρημα, καθώς η συστηματική θρομβόλυση ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο συστηματικής εμβολής. Παρουσιάζεται περιστατικό στο οποίο η επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής στρατηγικής βασίστηκε σε διεπιστημονική προσέγγιση. Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 78 ετών προσήλθε λόγω αδυναμίας, καταβολής και δύσπνοιας. Κατά την εισαγωγή διαπιστώθηκε κολπική μαρμαρυγή αγνώστου ενάρξεως με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση και αποκλεισμό δεξιού σκέλους, αποκορεσμός και αυξημένες τιμές Δ-διμερών. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε κλάσμα εξώθησης 45% , δεξιά κοιλία οριακά αυξημένων διαστάσεων με D-shape, PASP:50mmHg, PAccT:55ms, καθώς και ευμεγέθη θρόμβο κορυφής αριστερής κοιλίας διαστάσεων 12×9 mm. Από την αξονική πνευμονική αγγειογραφία (CTPA) διαπιστώθηκαν εκτεταμένα ελλείμματα σκιαγράφησης στο στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας, στο επίπεδο του διχασμού, στην αριστερή πνευμονική αρτηρία και στον κάτω λοβιαίο κλάδο αυτής (Εικόνα 1), ενώ απεικονίστηκε επίσης θρόμβος στο ωτίο του αριστερού κόλπου. Ο ασθενής παρότι αρχικά αιμοδυναμικά σταθερός παρουσίασε επιδείνωση με μη ελεγχόμενη καρδιακή συχνότητα 140/min, κορεσμό οξυγόνου 89% και αυξανόμενα επίπεδα γαλακτικού οξέος (Lac:3.8 mol/dl), γεγονός που υποδήλωνε αιμοδυναμική επιβάρυνση και κατέστησε αναγκαία την άμεση παρέμβαση. Αποτελέσματα: Λόγω της παρουσίας θρόμβου στην κορυφή της αριστερής κοιλίας και του δυνητικά αυξημένου κινδύνου συστηματικής εμβολής μετά από συστηματική θρομβόλυση, αποφασίστηκε, κατόπιν διεπιστημονικής συζήτησης μεταξύ καρδιολόγων, επεμβατικών ακτινολόγων και πνευμονολόγων, η διενέργεια θρομβοαναρρόφησης (Εικόνα 2). Μετά την παρέμβαση παρατηρήθηκε σημαντική κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Συζήτηση: Η αντιμετώπιση της υψηλού κινδύνου πνευμονικής εμβολής θα πρέπει να εξατομικεύεται όταν συνυπάρχουν καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο των καθιερωμένων θεραπειών επαναιμάτωσης. Η παρουσία θρόμβου στην αριστερή κοιλία αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό δίλημμα και αναδεικνύει την αξία της διεπιστημονικής ομάδας
(Pulmonary Embolism Response Team – PERT) στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής στρατηγικής. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, η θρομβοαναρρόφηση αποτέλεσε επιτυχή εναλλακτική της συστηματικής θρομβόλυσης, οδηγώντας σε ευνοϊκή κλινική έκβαση.

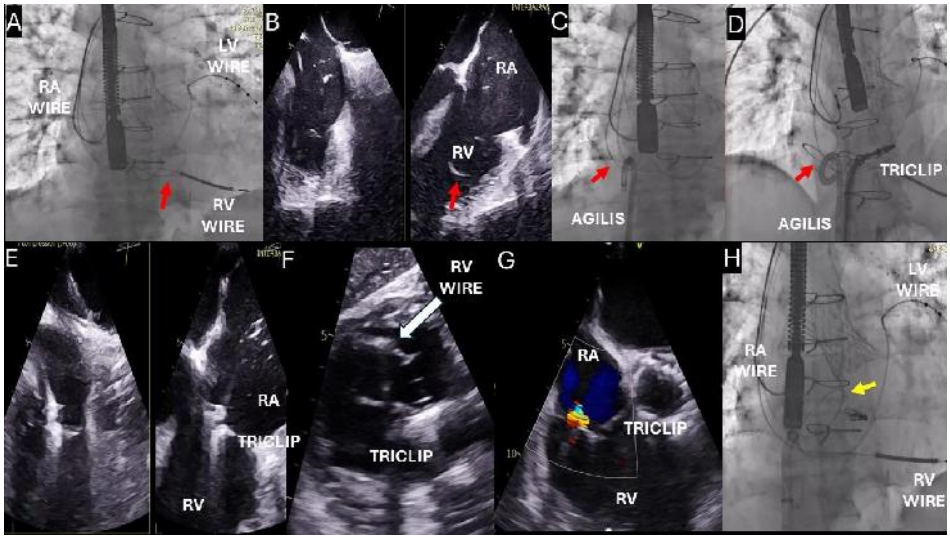




ΑΑ101|Steerable Catheter Repositioning of a Pacemaker Lead Loop to Enable Tricuspid Edge-to-Edge Repair

G.Papadopoulos [1], E. Ninios[1], M. Kalaitzoglou[2], S. Evangelou[3], A. Ioannides[3], V. Ninios[3]
[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department, [3]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece

Introduction Cardiac implantable electronic device leads are frequently encountered in patients referred for tricuspid transcatheter edge-to-edge repair and may complicate procedural planning. Redundant or mobile lead loops across the tricuspid orifice represent a particularly challenging substrate. We aimed to describe a bailout lead-management strategy using steerable catheter–mediated lead-loop repositioning to enable safe and effective tricuspid edge-to-edge repair.Case Study A 71-year-old man with ischemic cardiomyopathy, prior coronary artery bypass grafting, prior transcatheter aortic valve implantation, and cardiac resynchronization therapy–defibrillator implantation presented with refractory right-sided heart failure and NYHA class IV symptoms. Echocardiography demonstrated torrential tricuspid regurgitation caused by annular dilatation and leaflet malcoaptation in the presence of multiple transvenous leads. Three-dimensional transoesophageal echocardiography and fluoroscopy identified a redundant coronary-sinus left ventricular lead loop intermittently prolapsing across the tricuspid orifice, jeopardizing leaflet grasping and creating a high risk of lead jailing during tricuspid transcatheter edge-to-edge repair. An additional right ventricular defibrillator lead was seen crossing the commissural region between the septal and posterior leaflets. A dedicated lead-management strategy was therefore planned before clip implantation. Results A deflectable 8.5-Fr steerable catheter was advanced into the right atrium through the contralateral femoral vein and oriented toward the prolapsing left ventricular lead loop. Under continuous transoesophageal echocardiographic and fluoroscopic guidance, the catheter tip was positioned around the loop and gradually deflected to engage it. Controlled clockwise rotation redirected the redundant slack laterally toward the right atrial free wall, thereby creating an unobstructed coaptation corridor between the anterior and septal leaflets. Tricuspid edge-to-edge repair was then performed with an XTW TriClip targeting the anterior–septal leaflets, achieving independent leaflet grasping and marked tricuspid regurgitation reduction with restoration of a central coaptation line. After clip deployment, the loop was released; although it moved toward the valve, the implanted clip prevented re-entry into the right ventricle. Early follow-up showed improvement to NYHA class II with stable device interrogation and no evidence of lead dislodgement or threshold rise. Conclusions Steerable catheter–mediated lead-loop repositioning may facilitate tricuspid edge-to-edge repair when a redundant coronary-sinus lead loop obstructs the grasping trajectory.



ΑΑ102|Κατώτερο καθυστερημένο έμφραγμα του μυοκαρδίου επιπλεχθέν με πρώιμη εμφάνιση ψευδοανευρύσματος που αντιμετωπίσθηκε με κεκαλυμμένη ενδοπρόθεση

Ε. Χουρδάκης[1], Κ. Τσίμος[1], Α. Προκοπίου[1], Χ. Κατσούρας[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται η πρώιμη εμφάνιση ψευδοανευρύσματος σε ασθενή με κατώτερο καθυστερημένο έμφραγμα του μυοκαρδίου. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣΟ ασθενής, 69 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με θωρακικό πόνο από 24 ώρου χωρίς παθολογικά ευρήματα στο ΗΚΓ. Ο διαθωρακικός υπέρηχος αποκάλυψε υποκινησία στο κατώτερο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας με διατηρημένη λειτουργία της δεξιάς κοιλίας και ήπια περικαρδιακή συλλογή. Στην εισαγωγή ανιχνεύθηκαν αυξημένες τιμές τροπονίνης (4903.1 pg/ml). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Διενεργήθηκε επείγουσα στεφανιογραφία που ανέδειξε πλήρη απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) στην μεσότητα, ανεύρυσμα και ενδιάμεσου βαθμού στένωση εγγύς. Πραγματοποιήθηκε ad hoc αποκατάσταση της απόφραξης της RCA και τοποθετήθηκαν δύο αλληλοεπικαλυπτόμενες ενδοπροθέσεις (DES). Παρουσιάστηκε το φαινόμενο no-reflow περιφερικά και στον κλάδο της δεξιάς κοιλίας. Χορηγήθηκαν ενδοστεφανιαίως αδενοσίνη και νιτρογλυκερίνη ενώ ενδοφλεβίως χορηγήθηκε τιροφιμπάνη για 12 ώρες. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα 24 ώρες μετά το πέρας της PCI ανέδειξε δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας με ακινησία του ελεύθερου τοιχώματος. Τρείς ημέρες

από την PCI εμφάνισε θωρακικό πόνο επιδεινούμενο με την αναπνοή, διάχυτες ανασπάσεις του ST διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και αύξηση της περικαρδιακής συλλογής, εικόνα συμβατή με μετεμφραγματική περικαρδίτιδα. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς και η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσαν το έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας, την ουλή στο βασικό κατώτερο τοίχωμα, την κυκλοτερής περικαρδιακή συλλογή, ενώ δεν φάνηκε κεκαλυμμένη ρήξη καρδιακού τοιχώματος. Δεν παρατηρήθηκε διαφυγή σκιαγραφικού στο περικάρδιο μετά την χορήγηση Sonovue. Η επαναληπτική στεφανιογραφία 5 ημέρες μετά την αρχική ανέδειξε σκιαγραφούμενο σχηματισμό στο εγγύς τμήμα της ενδοστεφανιαίας πρόθεσης. Το ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα αποκάλυψε αιμάτωμα και εικόνα ψευδοανευρύσματος γύρω από την ενδοστεφανιαία πρόθεση. Με την χρήση καθετήρα επέκτασης έγιναν διαδοχικές διαστολές και ακολούθησε η εμφύτευση κεκαλυμμένης ενδοπρόθεσης (PK Papyrus, 4 × 20 mm) με πλήρης απομόνωση του ψευδοανευρύσματος. Τοποθετήθηκαν δύο αλληλοεπικαλυπτόμενα DES μέχρι την έκφυση της RCA, ακολουθούμενα από μεταδιατάσεις (4.5 mm) με εξαιρετικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα καθοδηγούμενο από IVUS. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το καθυστερημένο έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει συνδεθεί με περιεπεμβατικές επιπλοκές όπως το φαινόμενο no reflow. Το έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας εμφανίζεται στο 25-50% ασθενών με κατώτερο έμφραγμα και σχετίζεται με δυσμενή πρόγνωση. Μια σπάνια πρώιμη επιπλοκή της PCI αποτελεί η εμφάνιση ψευδοανευρύσματος. Η διαδερμική αντιμετώπιση του με χρήση κεκαλυμμένης ενδοπρόθεσης ή με εμβολισμό είναι μείζονας σημασίας λόγω του αυξημένου κινδύνου ρήξης.

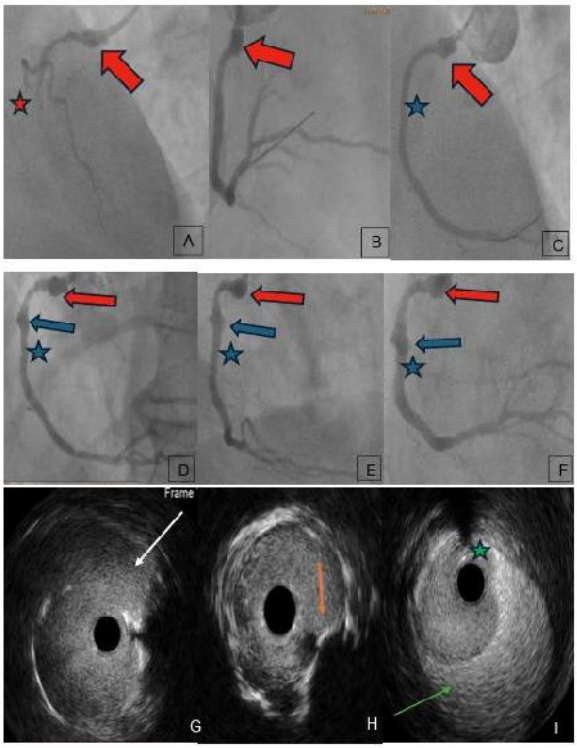


Figure 1

A) Ολική θρομβωτική απόφραξη στην μεσότητα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) ακριβώς μετά την έκφυση του κλάδου της δεξιάς κοιλίας (RV branch, κόκκινο αστέρι) και

εικόνα ανευρύσματος εγγύς (κόκκινο βέλος). B) και C) Επιτυχής διάνοιξη και εμφύτευση 2 κ στεφανιαίων ενδοπροθέσεων (DES) στην μεσότητα της RCA με αγγειογραφικό ροή TIMI III στον οπίσθιο κατιόντα κλάδο (PDA), ήπια επηρεασμένη ροή σε περιφερικούς κλάδους και συναίο θρομβωτική απόφραξη του RV branch (μπλε αστερίσκι) D), E) και F) Στην επανελληπτική αγγειογραφία πέντε ημέρες από την αρχική PCI της RCA, αποκατάστασης της ροής TIMI III σε όλους τους περιφερικούς κλάδους, αμειώσεα απόφραξη του RV branch και συνάνα ψευδοανευρύσματος στο εγγύς τμήμα του εμφυτευμένου stent (μπλε βέλος). G) Ευρύνα ψευδοανευρύσματος με ρήξη του τοιχώματος και διάχυτο αιμάτωμα (μεταξύ 10ης και 2ης ώρας) στην απεικόνιση με ενδοστεφανιαίο υπέρηχο (άσπρο βέλος). H) Ενδιάμεσου βαθμού ασβεσταμένη στένωση εντοπισμένη μεταξύ του ψευδοανευρύσματος στην μεσότητα και του προϋπάρχοντος ανευρύσματος εγγύς (πορτοκαλί βέλος). I) Ενδιάμεσου βαθμού στένωση (πράσινο αστέρι) στο ανεύρυσμα του αγγείου εγγύς με εικόνα στάσης αίματος λόγω βραδείας ροής (πράσινο βέλος).

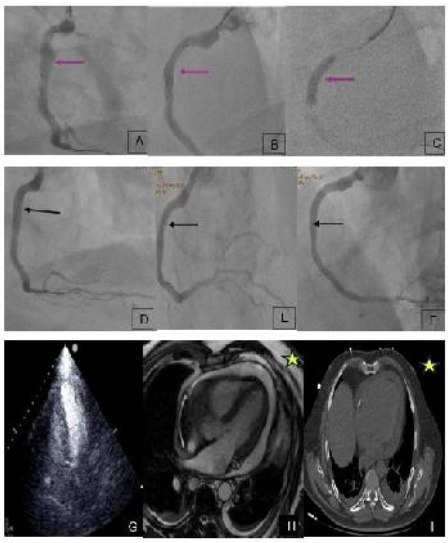


Figure 2

Α), Β), και C) Εμφύτευση κακαλυμμένης ενδοπρόθεσης (covert stent, PK Papyrus 4.0 x 20 mm) στο σημείο του ψευδοανευρύσματος (μπρ βέλος). D), Ε) και Γ) Πολύκυκλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα μετά την εμφύτευση δύο ακόμα DES μέχρι την άφιξη της RCA με πλήρης κάλυψη του ψευδοανευρύσματος σε διαδοχικές προβολές (RAO, Cranial, και LAO antiστοιχες (μπάρα βέλος). G), Η), και Ι) Κλειστερής σημαδεμένα μη σημαντικό περικαρδιακή συλλογή χωρίς εικόνα κακαλυμμένης ρήξης καρδιακού τοιχώματος σε αξονική

τομογραφία καρδιάς και μαγνητική τομογραφία καρδιάς (κάτω σειρές) και χωρίς την διαφυγή ακτινοσκιερού και περικαρδιακό υγρό μετά την χορήγηση δακτυλίου

ΑΑ103|Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ως επιπλοκή λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας

Α. Προκοπίου[1], Ε. Χουρδάκης[1], Κ. Σταμάτης[1], Χ. Κατσούρας[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται εμβολή στεφανιαίου αγγείου σε ασθενή με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, φυσικής μιτροειδούς βαλβίδας. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 51 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, διακομίσθηκε ως πιθανή ενδοκαρδίτιδα για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αναφέρεται εμπύρετο από 3-4 μηνών, με λήψη πολλαπλών αντιβιοτικών σχημάτων ως λοίμωξη αναπνευστικού. Κατά την κλινική εξέταση υπήρχε συστολικό φύσημα στη θέση ακρόασης μιτροειδούς βαλβίδας. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα ανεδείχθη φλεβοκομβικός ρυθμός, και στον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα C-reactive protein (89mg/L). Οι καλλιέργειες αίματος ήταν θετικές σε Streptococcus mutans. Τέθηκε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με αμπικιλλίνη 2gr x 6, κεφτριαξόνη 2gr x 2, και γενταμυκίνη 180mg x 1.Ο διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε ευμεγέθη 12mm, ευκίνητη μάζα, αυξημένης υπερηχογένειας, συμβατή με εκβλάστηση, με flail της οπίσθιας γλωχίνας μιτροειδούς βαλβίδας και συνοδό σοβαρή ανεπάρκεια. Παράλληλα, παρατηρήθηκε πάχυνση αυξημένης υπερηχογένεια και στην πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας ως πιθανή δεύτερη εκ βλάστηση. Η ασθενής παρουσίασε οπισθοστερνικό άλγος, χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, οπού διενεργήθηκε διαγνωστική στεφανιογραφία. Ανεδείχθη ολική απόφραξη της περιφέρειας του L-PDA επίπιθανού εμβολισμού. Πραγματοποιήθηκε επιτυχής διέλευση σύρματος αγγειοπλαστικής διατης απόφραξης, χωρίς την χρήση μπαλονιού ή εμφύτευσης DES, με αποκατάσταση ροής TIMI II. Η τροπονίνη Ι ανήλθε σε 9837 pg/ml. Λόγω σοβαρής ανεπάρκειας μιτροειδούς και του εμβολικού επεισοδίου η ασθενής οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο, όπου πραγματοποιήθηκε επιτυχώς αντικατάσταση μιτροειδούςβαλβίδας με μεταλλική. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι εμβολικές επιπλοκές σε ασθενείς με ενδοκαρδίτιδα είναι συχνές και δυνητικά επικίνδυνες. Πιο συχνές θέσεις εμβολικών σε ενδοκαρδίτιδα αριστερής καρδιάς είναι ο εγκέφαλος και ο σπλήνας. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί σπάνια επιπλοκή. Δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία με αποτέλεσμα η αντιμετώπιση να βασίζεται στην κλινική κρίση. Η αύξηση της τροπονίνης συνοδευόμενη από ηλεκτροκαρδιαγραφικές ή υπερηχογραφικές αλλαγές, τυπικές μυοκαρδιακής ισχαιμίας, θέτουν την υποψία εμβολισμού των στεφανιαίων ή δυναμικής απόφραξης αυτών. Η πιο συχνή επιλογή είναι η θρομβεκτομή (με καλλιέργεια του υλικού) ή χρήση διαστολής με μπαλόνι ή απλή διέλευση σύρματος, με στόχο την αποκατάσταση της ροής σε TIMI III, χωρίς την τοποθέτηση ενδοπρόθεσης.

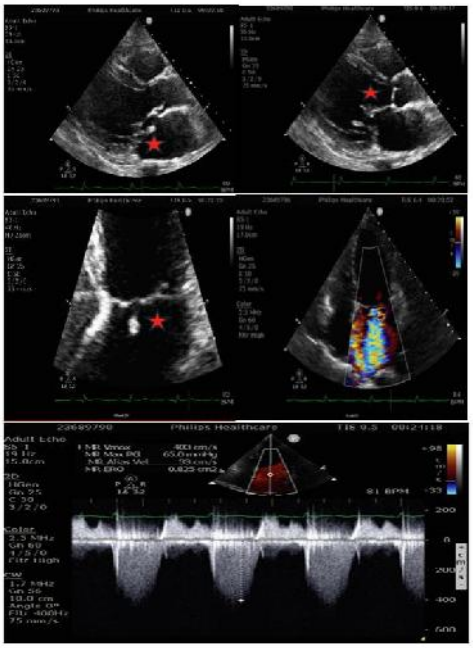


Image 2 Εκβλαστήσεις στη μιτροειδή βαλβίδα και ανεπάρκεια της.

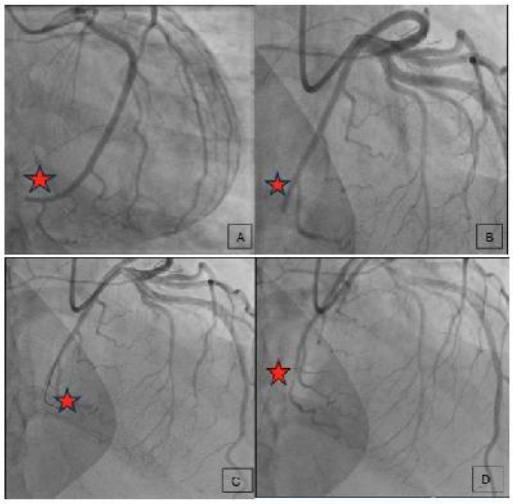


Image 1. A) Οπτική απόδοση του L PDA σε έδαφος πιθανού εμβολισμού, caudal view. B) Οπτική απόδοση του L-PDA σε έδαφος πιθανού εμβολισμού, cranial view. C) Επιτυχής διέλευση σύρματος αγγειοπλαστικής από το σημείο της απόφραξης, και D) Επαναγγείωση με ροή TIMI III.

AA104|Ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση σχετιζόμενη με SGLT2 αναστολέα μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου: Διαγνωστική πρόκληση σε ασθενή με μετεμφραγματική περικαρδίτιδα

Δ. Σιούτης[1], Β. Γόγολας[1], Μ. Κυριαζής[1], Ν. Πλατής[1], Ε.Ε. Κουφού[1], Ά. Δαγρέ [1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Σκοπός παρουσίασης: Η παρούσα εργασία στοχεύει να υπενθυμίσει στο ιατρικό κοινό την ανάγκη επαγρύπνησης για την ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση, την σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρα ανεπιθύμητή ενέργεια των SGLT-2 αναστολέων μέσω της παρουσίασης επιπλεγμένου περιστατικού με πρόσφατο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), μετεμφραγματική περικαρδίτιδα και εκδήλωση οξείας δύσπνοιας. Παρουσίαση περιστατικούΑνδρας ασθενής 61 ετών, ενεργός καπνιστής, με γνωστό ιστορικό σακχαρώδους, προσήλθε στα επείγοντα με συμπτωματολογία ΟΕΜ που αντιμετωπίστηκε με πρωτογενή αγγειοπλαστική την περισπώμενη αρτηρία. Την τρίτη μετεμφραγματική ημέρα ο ασθενής ανέπτυξε μετεμφραγματική περικαρδίτιδα και έγινε έναρξη αγωγής με ασπιρίνη 1 g και κολχικίνη, παρουσίασε σταδιακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο με το ανωτέρω θεραπευτικό σχήμα καθώς και βελτιστοποιημένη αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας σύμφωνα με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες για ασθενείς με μειωμένο κλάσμα εξωθήσεως, συμπεριλαμβανομένης της έναρξης εμπαγλιφλοζίνης.Έξι ημέρες αργότερα, ο ασθενής επανεισήχθη λόγω επιδείνωσης του θωρακικού άλγους, κόπωσης, δύσπνοιας και ταχύπνοιας. Αποτέλεσμα: Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση, τοξικότητα από σαλικυλικά καθώς και μηχανικές επιπλοκές αποδιδώμενες στο πρόσφατο έμφραγμα. Η ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος ανέδειξε μεταβολική οξέωση με αυξημένο χάσμα ανιόντων, ενώ τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα παρέμεναν εντός φυσιολογικών ορίων. Τα αυξημένα επίπεδα κετονών στα ούρα σε συνδυασμό με το ότι ο ασθενής δεν παρουσίασε ποτέ αύξηση του γαλακτικού στο αίμα ή επιδείνωση της νεφρικής του λειτουργίας υποστήριξαν τη διάγνωση ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης σχετιζόμενης με εμπαγλιφλοζίνη, με πιθανό εκλυτικό παράγοντα το πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και τη μετεμφραγματική περικαρδίτιδα. Το φάρμακο διακόπηκε άμεσα και ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας.Σ υμπερασματα :Η χρήση των SGLT2 αναστολέων επεκτείνεται συνεχώς στη σύγχρονη καρδιολογική και διαβητολογική πρακτική. Η ευγλυκαιμική διαβητική κετοξέωση αποτελεί σπάνια αλλά κλινικά σημαντική επιπλοκή, η οποία μπορεί να διαλάθει λόγω απουσίας σημαντικής υπεργλυκαιμίας και μη ειδικής συμπτωματολογίας. Ιδιαίτερα σε καταστάσεις αυξημένου μεταβολικού στρες, όπως το πρόσφατο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι καθοριστική για την έκβαση του ασθενούς.

AA105|Ανωμαλία Ebstein: διόρθωση με διατήρηση της φυσικής τριγλώχινας βαλβίδας (“τεχνική του κώνου” – cone repair) ως σύγχρονη χειρουργική πρόκληση.

Ε. Πρωτόπαπας [1], Π. Σχορετσανίτης[2], Α. Αναγνωστοπούλου[3], Ν. Ανδρέου[3], Ε. Γαρίνη[4], A. Suchodolski[5], Ε. Βαγγελακούδη[6], Μ. Μαρκέτου[7], M. Kaarne[2], Γ. Καλαβρουζιώτης[2]

[1]Β' Παιδοκαρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου "Μητέρα", [2]Α' Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος-Καρδίας, Γ.Ν Παίδων Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν Παίδων Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", [5]University Silesian Center for Heart Diseases (SCHD), Zabrze, Poland, [6]Καρδιοχειρουγική Εντατική Μονάδα, Γ.Ν Παίδων Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ, [7]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ανωμαλία Ebstein αποτελεί μία από τις πλέον ετερογενείς συγγενείς καρδιοπάθειες με ευρύ φάσμα κλινικής έκφρασης, που κυμαίνεται από ασυμπτωματική έως βαρειά καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες. Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, με την "τεχνική του κώνου" (Cone repair ή επέμβαση Da Silva) να επιτρέπει την ανατομική ανακατασκευή της τριγλώχινας βαλβίδας (ΤΒ) με τη διατήρηση του φυσικού βαλβιδικού ιστού. Παρουσιάζουμε δύο ασθενείς με προχωρημένη μορφή της νόσου, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με διόρθωση με την "τεχνική του κώνου". Παρουσίαση περιστατικού: Δύο έφηβες, αρχικά ασυμπτωματικές, παραπέμφθηκαν στο Κέντρο μας λόγω προοδευτικής δύσπνοιας στην κόπωση, εύκολης καταβολής και πρόσφατης έναρξης ταχυαρρυθμιών. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή ανωμαλία Ebstein με σημαντική μετατόπιση της ΤΒ προς την κορυφή της καρδιάς και σοβαρή ανεπάρκεια, μεγάλη διάταση του δεξιού κόλπου και λειτουργική "κολποποίηση" τμήματος της δεξιάς κοιλίας. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε τη σημαντική επιβάρυνση όγκου των δεξιών κοιλοτήτων με διατηρημένη λειτουργία της λειτουργικής δεξιάς κοιλίας.Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση με την "τεχνική του κώνου". Πραγματοποιήθηκε πλήρης αποκόλληση και κινητοποίηση των γλωχίνων της ΤΒ, ανασχηματισμός τους σε κωνική διάταξη και επανεμφύτευση στο επίπεδο του φυσιολογικού τριγλωχινικού δακτυλίου. Παράλληλα διενεργήθηκε πτύχωση του κολποποιημένου τμήματος της δεξιάς κοιλίας και δακτυλιοπλαστική της ΤΒ. Ο διεγχειρητικός διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος κατέδειξε άριστη συνάφεια των γλωχίνων της ΤΒ και ελάχιστη υπολειπόμενη ανεπάρκεια. Ο χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας ήταν 175 λεπτά και 160, ενώ ισχαιμίας 147 και 132 λεπτά αντίστοιχα.Αποτελέσματα:Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Παρέμειναν 24 και 36 ώρες στην εντατική μονάδα και η νοσηλεία τους διήρκησε 5 και 7 ημέρες αντίστοιχα Στον επανέλεγχο 5 και 17 μήνες μετά τη διόρθωση, παρατηρήθηκε υποστροφή της διάτασης των δεξιών κοιλοτήτων και άριστη λειτουργία της ΤΒ. Συμπεράσματα: Η "τεχνική του κώνου" αποτελεί σήμερα τη φυσιολογικότερη μορφή αποκατάστασης της ανωμαλίας Ebstein, επιτρέποντας την ανακατασκευή αντί της αντικατάστασης της ΤΒ. Τα παρουσιαζόμενα περιστατικά αναδεικνύουν ότι ακόμη και σε εφήβους και νέους ενήλικες με προχωρημένη ανατομική παραμόρφωση, η εν λόγω διόρθωση μπορεί να προσφέρει εξαιρετικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα και ουσιαστική λειτουργική αποκατάσταση

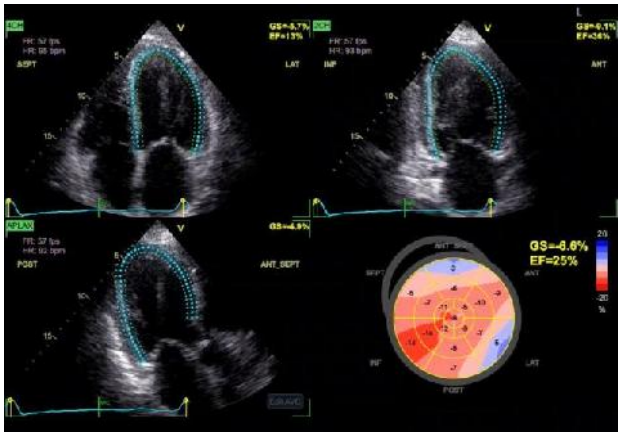
ΑΑ106|Παροδική έκπτωση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας σε ασθενή με υπερτροφικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια

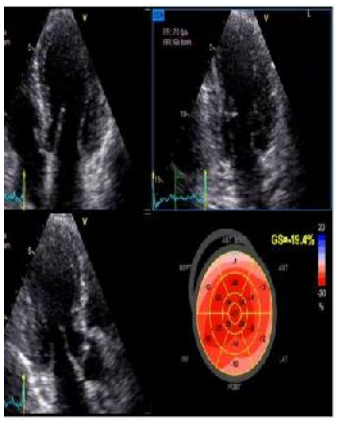
Ν. Καραμπέτσου[1], Ι.Θεοδοσόπουλος[1], Ε. Σαμιώτης[1], Ι. Οικονομίδης[1], Κ. Κατωγιάννης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

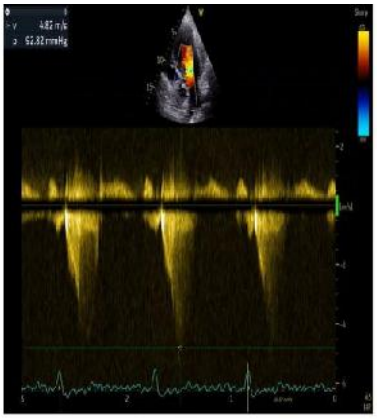
Εισαγωγή/σκοπός: Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια συνιστά μία συχνή κληρονομούμενη γενετική καρδιακή διαταραχή. Η επίπτωσή της υπολογίζεται 1:2000 ετησίως, με παρόμοια συχνότητα στα δύο φύλα, ενώ χαρακτηρίζεται από φαινοτυπική και γονοτυπική ετερογένεια. Παρουσιάζεται ασθενής που προσήλθε με συμπτωματολογία οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Υλικό και μέθοδος: Άρρεν 46 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης άνευ αγωγής και πρόσφατης λοίμωξης αναπνευστικού προσήλθε λόγω δύσπνοιας και οιδημάτων κάτω άκρων. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό και αποκλεισμό δεξιού σκέλους. Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας Τ ήταν 28 pg/ml χωρίς περαιτέρω μεταβολή, ενώ η τιμή νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου Β (NT-proBNP) ήταν 4480 pg/ml. Η υπερηχογραφική μελέτη ανέδειξε διατεταμένη αριστερή κοιλία με συγκεντρική υπερτροφία, διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων και επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) 25%. Η συνολική επιμήκης παραμόρφωση αριστερής κοιλίας (global longitudinal strain, GLS) υπολογίστηκε -6.6%. Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις στεφανιαίων αγγείων. Η Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς ανέδειξε σοβαρή έκπτωση συστολικής λειτουργίας αριστερής κοιλίας, συγκεντρική υπερτροφία με μέγιστο πάχος μεσοκοιλιακού διαφράγματος 16 χιλιοστά, εκτεταμένη υποεπικαρδιακή ίνωση. Ο εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος για τη διερεύνηση αιτίων δευτεροπαθούς υπέρτασης ήταν αρνητικός. Αποτελέσματα:Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με νιτρώδη και φουροσεμίδη ενδοφλέβια και σταδιακά χορηγήθηκε από του στόματος αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας (σακουμπιτρίλη-βαλσαρτάνη, βισοπρολόλη, επλερενόνη και εμπαγλιφλοζίνη), η οποία τιτλοποιήθηκε στις μέγιστες ανεκτές δόσεις. Έξι μήνες μετά, υπεβλήθη σε νέα υπερηχογραφική μελέτη που ανέδειξε αριστερή κοιλία μη διατεταμένη με αυξημένο πάχος τοιχωμάτων, καλή συστολική λειτουργία (ΚΕ=60%, GLS=-19.4%), συστολική πρόσθια κίνηση μιτροειδούς, δυναμική απόφραξη στο χώρο εξόδου αριστερής κοιλίας (μέγιστη κλίση πίεσης 92mmHg) και μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας. Ο γενετικός έλεγχος σαρκομερικών μεταλλάξεων ήταν αρνητικός. Συμπεράσματα: Το παραπάνω περιστατικό αναδεικνύει μία σπάνια φαινοτυπική εκδήλωση υπετροφικής μυοκαρδιοπάθειας με παροδική έκπτωση συστολικής λειτουργίας. Πιθανός εκλυτικός μηχανισμός αποτελεί οποιοδήποτε στρεσογόνο ερέθισμα (φλεγμονή, αρρυθμία, ισχαιμία, αυξημένο μεταφόρτιο) σε συνδυασμό

με νευροορμονική ενεργοποίηση. Η αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας υπήρξε καθοριστική για την αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας και την αποκάλυψη του φαινοτύπου της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας. Η απεικόνιση ήταν κομβική για τη διαγνωστική προσέγγιση και παρακολούθηση, ενώ η διαστρωμάτωση κινδύνου αιφνιδίου θανάτου είναι το επόμενο βήμα.

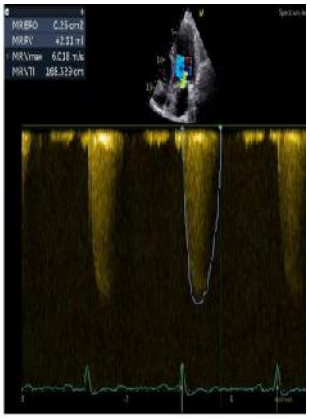




A. GLS ύστερα από 6μήνες



Β. Απόφραξη χώρου εξόδου



C.Ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας

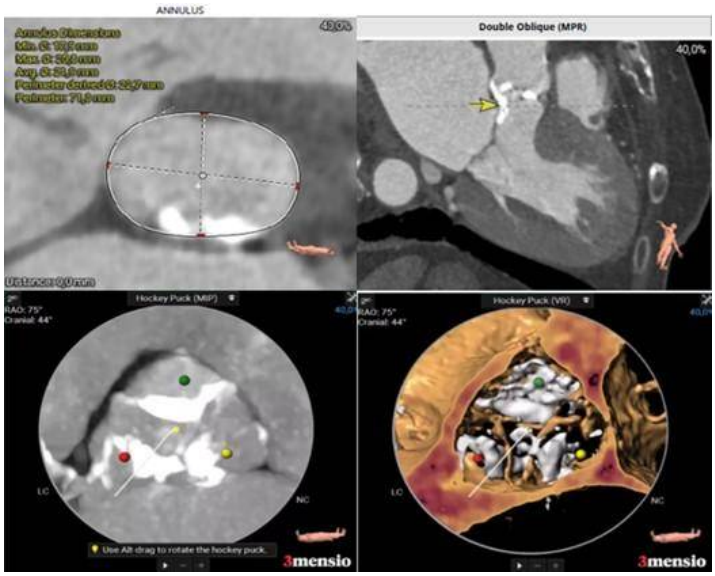
AA107|Caught Before No-Recapture: Acute Infolding of a 26-mm Self-Expanding TAVI Valve After Resheathing

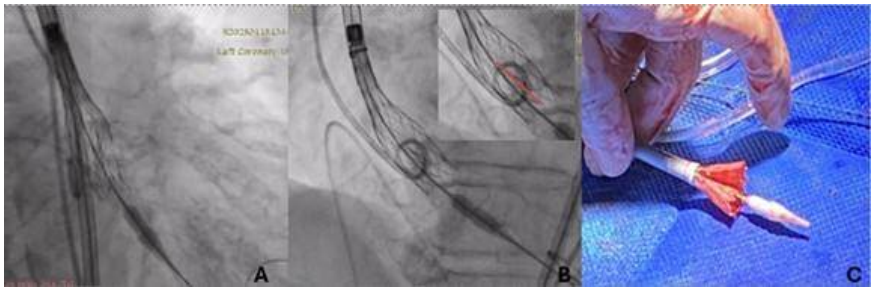
A. R. Papapanagiotou[1], S. Graidis[1], E.A. Gkiali[1], A. Karanasos[1], M. Papafaklis [1], G. Tsigas[2], P. Davlouros[1], A. Moulias[1]

[1]*University Hospital of Patras, Cardiology Division*

Introduction :Frame infolding is an uncommon but potentially serious complication of transcatheter aortic valve implantation (TAVI), mainly described with self-expanding nitinol prostheses. It results from inward invagination and overlap of the valve frame, producing a narrowed, non-circular configuration that may cause acute stenotic or regurgitant hemodynamics. Early fluoroscopic recognition is critical, particularly after resheathing or repeated repositioning. Case study An 89-year-old woman with hypertension, dyslipidemia and atrial fibrillation presented with exertional dyspnea due to severe symptomatic aortic stenosis. Baseline transthoracic echocardiography showed preserved left ventricular ejection fraction (55%), peak aortic jet velocity of 4.5 m/s, mean gradient of 50 mmHg, aortic valve area of 0.7 cm² and mild aortic regurgitation. Coronary angiography excluded significant obstructive coronary artery disease. Pre-procedural computed tomography demonstrated a perimeter-derived annular diameter of 22.7 mm, annular area of 384.0 mm², marked annular ellipticity with minimal and maximal diameters of 17.9 and 25.8 mm, respectively, and heavy asymmetric leaflet calcification, most pronounced at the right coronary cusp. These findings supported transfemoral TAVI with a 26-mm Evolut PRO+ valve. The procedure was performed under local anesthesia with mild sedation. Balloon aortic valvuloplasty with an 18-mm balloon was followed by partial valve deployment. The initial position was suboptimal; therefore, the system was resheathed and repositioned. During the second deployment, cusp-overlap fluoroscopy showed inflow under-expansion. An orthogonal LAO projection revealed a linear intra-frame “string sign” and a focal waist, consistent with acute frame infolding. Because this was recognized before the point of

no recapture, the device was immediately recaptured and retrieved. A new 26-mm Evolut PRO+ valve was implanted at the intended depth, followed by targeted balloon optimization. Final invasive hemodynamics showed marked gradient reduction, while post-procedural angiography and echocardiography confirmed appropriate positioning, circular geometry, low gradients and no more than mild paravalvular regurgitation. Conclusion This case highlights acute frame infolding as a rare but important complication even with a 26-mm self-expanding valve. Multi-projection fluoroscopy after resheathing enabled early diagnosis and safe device retrieval before full release, avoiding more complex rescue strategies such as aggressive ballooning or valve-in-valve implantation.





ΑΑ108|Επιτυχής κύηση σε ασθενή 40 ετών με ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής αορτής 48mm και μετρίου βαθμού στένωση μονόπτυχης αορτικής βαλβίδας

Α.Αρβανιτάκη[1], Ι. Τσακιρίδης[2], Μ.Ά. Μπαζμπάνη[3], Δ. Κοσμίδης[4], Γ. Σπάγος[5], Γ. Γιαννακούλας[6], Θ. Καραμήτσος[7], Ν. Φραγκάκης[1]

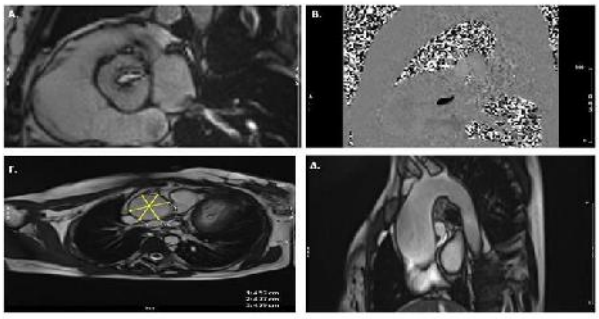
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [3]ΠΛΑΤΩΝ ΔΙΑGNOSIS, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΡΑΜΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Διαγνωστικό κέντρο ΠΛΑΤΩΝ Θεσσαλονίκης, [6]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Η μονόπτυχη αορτική βαλβίδα (ΜΑΒ) αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια συγγενή καρδιοπάθεια που χαρακτηρίζεται από πρώιμη εκφύλιση και συχνή συνύπαρξη αορτοπάθειας. Η κύηση σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με διάμετρο ανιούσας αορτής>mm στα πλαίσια ΜΑΒ ή δίπτυχης αορτικής βαλβίδας (ΔΑΒ) θεωρείται υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και απαιτεί εξειδικευμένη διαχείριση από πολυεπιστημονική ομάδα.Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 40 ετών με αρχική διάγνωση ΔΑΒ, μετρίου βαθμού στένωση και ανεύρυσμα ανιούσας αορτής (48mm σε non-gated CT), παραπέμφθηκε στο Ιατρείο Καρδιαγγειακής Νόσου στην Κύηση στη ΄Β Καρδιολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης κατά τη 10η εβδομάδα αυτόματης κύησης. Ήταν ασυμπτωματική, χωρίς συννοσηρότητες, με αρτηριακή πίεση 109/72mmHg και συστολικό φύσημα εξώθησης 4/6. Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό (85bpm) χωρίς ενδείξεις υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. Στο διαθωρακικό υπερηχογράφημα

διαπιστώθηκε μέτρια στένωση της αορτικής βαλβίδας (Vmax 3.3 m/s, LVOT 22mm, AVmeanPG 23mmHg, AVA 1 cm2) με μικρή ανεπάρκεια και διάταση της ανιούσας θωρακικής αορτής (κόλποι του Valsalva 35 mm, ανιούσα Αορτή 47-48mm, αορτικό τόξο 33 mm) (Εικόνα 1). Η κύηση ταξινομήθηκε ως υψηλού κινδύνου για τη μητέρα και το έμβρυο (mWHO III), η ασθενής τέθηκε σε μπισοπρολόλη 1.25 mg ημερησίως και σε στενή μηνιαία καρδιολογική και μαιευτική παρακολούθηση.Αποτελέσματα: Η ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματική σε όλη τη διάρκεια της κύησης με σταθερή αρτηριακή πίεση και χωρίς μεταβολή των διαστάσεων της αορτής ή της βαρύτητας της βαλβιδοπάθειας στις διαδοχικές υπερηχογραφικές εκτιμήσεις. Λόγω εμβρυϊκής βραδυκαρδίας και χαμηλού βάρους εμβρύου στον τακτικό έλεγχο, διενεργήθηκε επείγουσα καισαρική τομή στις 37+4 εβδομάδες με γέννηση υγιούς άρρενος νεογνού βάρους 2240 g, αντί της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στις 39 εβδομάδες. Δε παρατηρήθηκαν μητρικές καρδιαγγειακές επιπλοκές. Κατά τον επανέλεγχο 6 μήνες μετά τον τοκετό, διενεργήθηκε MRI καρδιάς που αποκάλυψε ότι η βαλβίδα ήταν μονόπτυχη και όχι δίπτυχη, ενώ οι διαστάσεις της αορτής παρέμεναν σταθερές (Εικόνα 2).Συμπέρασμα: Η επιτυχής έκβαση κύησης σε γυναίκες με σημαντική αορτοπάθεια στο πλαίσιο μονόπτυχης αορτικής βαλβίδας είναι εφικτή σε επιλεγμένες περιπτώσεις υπό στενή παρακολούθηση από εξειδικευμένη ομάδα καρδιολόγων και μαιευτήρων. Η καρδιαγγειακή απεικόνιση παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην εκτίμηση του μητρικού κινδύνου όσο και στην ορθή διάγνωση και τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.



Εικόνα 1. Διαθωρακικά υπερηχογράφημα στην 10η εβδομάδα της κύησης. Α. Επιμήκης παρασπονδυλικός άξονας όπου απεικονίζεται η αριστερή κοιλία με φυσιολογικές διαστάσεις και πάχος τοιχωμάτων και οι κόλποι του Valsalva με ήπια διάταση. Β. Ανιούσα αορτή στην τελοδιαστολή με μέγιστη διάμετρο (outer edge to inner edge) 48mm. Γ. Βραχύς παραστερνικός άξονας όπου απεικονίζεται η αορτική βαλβίδα, όπου είναι δυσδιάκριτη η ενασμία της βαλβίδας. Δ. Τομή 5 κοιλοτήτων με συνεχές Doppler στην αορτική βαλβίδα, όπου καταγράφεται μέγιστη ταχύτητα ροής 3 m/s, ως επί μέτριας βαρύτητας στένωση



Εικόνα 2. Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς 6 μήνες μετά τον τοκετό. Α. Still frame από κινηματική ακολουθία (radial cine SSFP) στο βραχύ άξονα στο επίπεδο της αορτικής βαλβίδας. Β. Εικόνα ροής (phase contrast imaging) όπου απεικονίζεται η μονόπτυχη αορτική βαλβίδα με σημαντική στένωση του στομίου της. Γ. Μέτρηση της ανιούσας αορτής στο εγκάρσιο επίπεδο στο πρώτο διαστολικό frame με μέγιστη διάμετρο 47-48mm. Δ. Still frame κινηματικής ακολουθίας στο οβελιαίο επίπεδο όπου απεικονίζεται η ανιούσα αορτή, το τόξο και η κατιούσα θωρακική αορτή

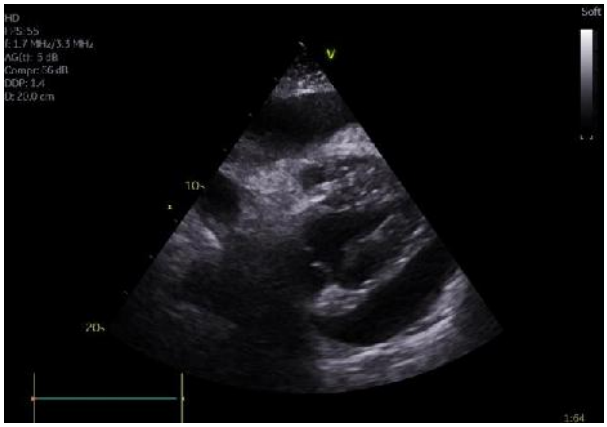
ΑΑ109|Πυώδης περικαρδίτιδα και λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα ως εκδήλωση πνευμονιοκοκκικής νόσου

Κ. Καλογεροπούλου[1], **Ν. Τσιάμης[1]**, Δ. Μερμήγκης[2], Δ. Μυτάς[1],Μ. Σαραντινού[1], Δ. Καραγεώργου[1], Α.Ρ. Ανδρίτσου[1], Γ. Μοσχοβάκη[1], Ν. Βαλλιάνου[3] ,Α. Κίτσιου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Α Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Σισμανόγλειο*, *[3]Α Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο*

Εισαγωγή: Η διεισδυτική πνευμονιοκοκκική νόσος αποτελεί μια σοβαρή κλινική οντότητα, η οποία σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί με ταυτόχρονη προσβολή πολλαπλών ορογόνων υμένων και καρδιακών βαλβίδων. Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η περιγραφή μιας εξαιρετικά σύμπλοκης περίπτωσης ασθενούς με ταυτόχρονο καρδιακό

επιπωματισμό επί εδάφους πυώδους περικαρδίτιδας, αμφοτερόπλευρο εμπύημα θώρακος και ενδοκαρδίτιδα της τριγλώχινας βαλβίδας από Streptococcus pneumoniae.Περιγραφή Περιστατικού: Άνδρας 63 ετών, με ατομικό αναμνηστικό Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), κατάθλιψης και καπνίσματος, προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω άρνησης λήψης τροφής και αποκορεσμού. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνονται αυξημένοι δείκτες φλεγμονής. Διενεργήθηκαν αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου η οποία δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, και CT θώρακος η οποία ανέδειξε σημαντική περικαρδιακή συλλογή, εκτεταμένες αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές και βρογχεκτασίες αριστερού άνω λοβού. Διενεργήθηκε παρακέντηση της αριστερής πλευριτικής συλλογής, η οποία ταυτοποιήθηκε ως εξίδρωμα.Την πρώτη ημέρα νοσηλείας λόγω ραγδαίας αιμοδυναμικής αστάθειας και ταχείας κολπικής μαρμαρυγής (AF) διενεργήθηκε υπερηχοκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε καρδιακό επιπωματισμό (Εικόνα 1). Πραγματοποιήθηκε επείγουσα περικαρδιοκέντηση με αφαίρεση πυώδους υγρού (απομονώθηκε Streptococcus Pneumoniae ορότυπου 4) (Εικόνα 2). Ακολούθησε τοποθέτηση σωλήνων κλειστής παροχέτευσης άμφω λόγω συλλογής πυώδους υγρού (ο ίδιος μικροοργανισμός απομονώθηκε στο πλευριτικό υγρό και στις αιμοκαλλιέργειες) και δόθηκε αντιβιοτική αγωγή με βανκομυκίνη, κεφτριαξόνη και λεβοφλοξασίνη, κατόπιν λοοιμωξιολογικής εκτίμησης.Σε υπερηχοκαρδιογραφικό επανέλεγχο και παρά το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν απύρετος, με στείρες μικροβίων καλλιέργειες αίματος και βελτίωση της κλινικής εικόνας, διαπιστώθηκε εκβλάστηση στην τριγλώχινα βαλβίδα και ακολούθησε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, το οποίο επιβεβαίωσε ενδοκαρδίτιδα και ρήξη της τριγλώχινας βαλβίδας. Αποτελέσματα: Ο ασθενής σταθεροποιημένος παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση.Συμπεράσματα: Η ταυτόχρονη εμφάνιση πυώδους περικαρδίτιδας, εμπυήματος και δεξιάς ενδοκαρδίτιδας με βαλβιδική ρήξη από Streptococcus pneumoniae οροτύπου 4 αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κλινική οντότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση καθώς και η στενή υπερηχογραφική παρακολούθηση είναι καθοριστικής σημασίας για την επιβίωση του ασθενούς.



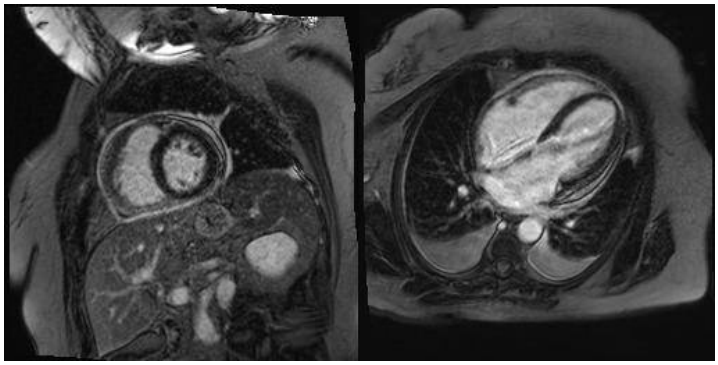


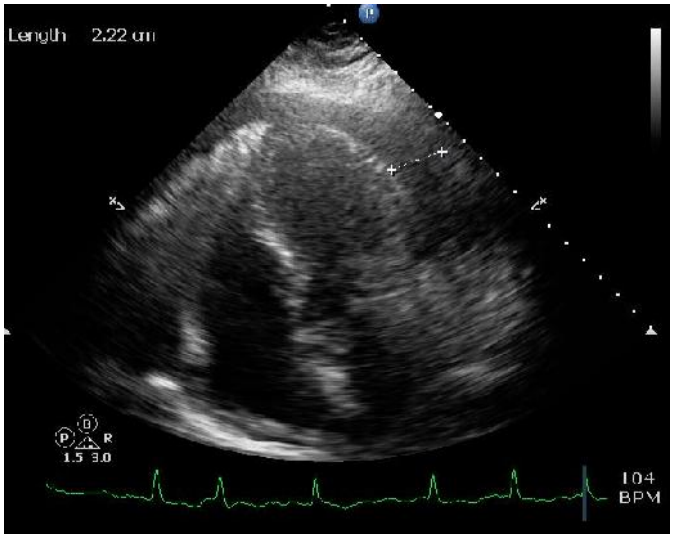
AA110|Ετεροχρονισμένη εκδήλωση των δύο φασμάτων του IMPS (Inflammatory Myopericardial Syndrome)

Κ. Διαμαντόπουλος [1], Π. Νταλαφούρας[1], Β. Τσιάμη[1], Κ. Κατσάνου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής θήλυ, 57 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω αναφερόμενου θωρακικού άλγους με αντανάκλαση στη ράχη, το οποίο επιδεινώνεται σε ύπτια θέση και με τις αναπνευστικές κινήσεις, ενώ ελαττώνεται με τη πρόσθια έγερση. Η ασθενής προ εβδομάδος είχε εκδηλώσει ιογενή συνδρομή. Από τη φυσική εξέταση χαρακτηριστική ήταν η παρουσία ήχου τριβής κατά την ακρόαση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είχε φλεβοκομβικό ρυθμό, χωρίς ειδικού τύπου αλλοιώσεις. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Το ηχωκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικό, χωρίς τη παρουσία περικαρδιακού υγρού. Η ασθενής εισήχθη στη καρδιολογική κλινική, όπου και έγινε έναρξη αγωγής για αντιμετώπιση της οξείας περικαρδίτιδας. Τη 2η ημέρα νοσηλείας, η ασθενής εκδήλωσε νέο επεισόδιο θωρακικού άλγους, συσφικτικού χαρακτήρα, διαφορετικού χαρακτήρα και έντασης συγκριτικά με της εισαγωγής. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρήθηκαν δυναμικές αλλοιώσεις (ανάστροφα Τ σε V3-V6) που δεν προϋπήρχαν, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε παθολογική τιμή τροπονίνης με μέγιστη τιμή 5201pg/ml και αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Έγινε νέα ηχωκαρδιογραφική μελέτη, χωρίς αλλαγές. Στην ασθενή, έγινε στεφανιογραφικός έλεγχος, στον οποίο απεικονίστηκαν τα στεφανιαία αγγεία χωρίς κριτικές στενώσεις. Τέθηκε η διάγνωση MINOCA. Σε νέα ηχωκαρδιογραφική μελέτη, λόγω εμμένοντος θωρακικού άλγους και αυξητικών τιμών δεικτών φλεγμονής, απεικονίστηκε η παρουσία υποσημαινόμενης περικαρδιακής συλλογής. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως μυοπερικαρδίτιδα, έλαβε αγωγή με ασπιρίνη, κολχικίνη και καρβεδιλόλη.

Έγινε μαγνητική καρδιάς όπου στην LGE ακολουθία αναδείχθηκε διάχυτη ενίσχυση του σήματος στο περικάρδιο, πάχυνση του περικαρδίου και μικρή περικαρδιακή συλλογή, καθώς και υποσημαινόμενη επικαρδιακή ενίσχυση του σήματος (ίνωση) στο πλάγιο τοίχωμα (εικόνα 1). Εστάλη πλήρης αιματολογικός έλεγχος, από τον οποίο προέκυψε παθολογική τιμή αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA). Σε διαδοχικές ηχωκαρδιογραφικές μελέτες, παρατηρήθηκε αρχικά αύξηση του μεγέθους της περικαρδιακής συλλογής (μέγιστη διάμετρος 2.2cm στο ελεύθερο πλάγιο τοίχωμα), (εικόνα 2), χωρίς σημεία επιπωματισμού και προοδευτικά ύφεση έως πλήρη αποδρομή αυτής. Στην ασθενή συστήθηκε νέα ηχωκαρδιογραφική μελέτη σε 1 μήνα, σταδιακό tapering της φαρμακευτικής αγωγής, νέα MRI καρδιάς σε 3 μήνες και ρευματολογική εκτίμηση για πιθανή διάγνωση Συστηματικού Ερυθηματώδη Λύκου. Συμπέρασμα: Η διάγνωση της οξείας περικαρδίτιδας προϋποθέτει αυξημένη κλινική υποψία, καθώς μπορεί αρχικά να εκδηλωθεί απουσία περικαρδιακής συλλογής. Σε κάθε περίπτωση οξείας περικαρδίτιδας πρέπει να γίνεται έλεγχος για πιθανή συμμετοχή του μυοκαρδίου, στα πλαίσια IMPS.



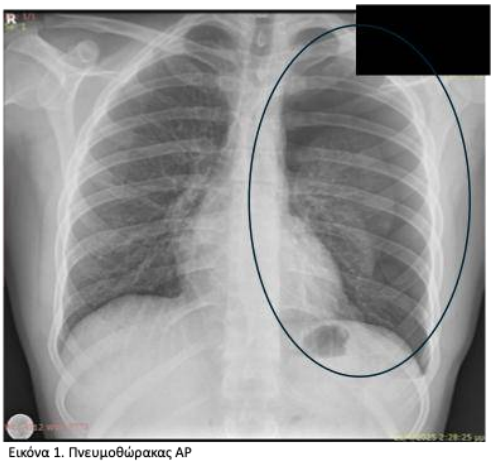


ΑΑ111|Ενός κακού μύρια έπονται: αυτόματος πνευμοθώρακας σε ασθενή με μυοκαρδίτιδα από σαλμονέλωση

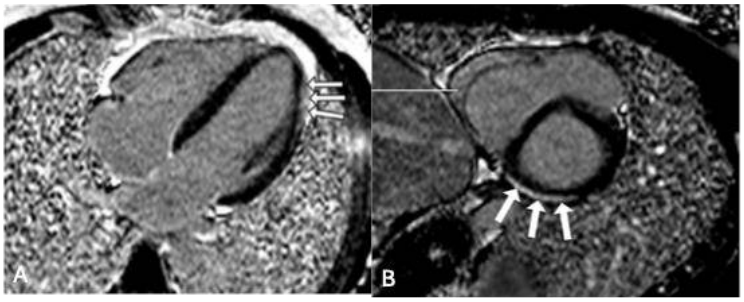
Ι. Κρανιτσα[1], Ε.Τσίνα[1], Δ. Τσέργα[1], Ε. Κατσανάκη[1], Κ. Τσιάρας[1], Ι. Ελευθερίου[1], Κ. Θεοδωρίδου[1], Ε. Μπράχος[1], Κ. Μιχαηλίδης[2], Ε. Αλεξίου[2], Π. Ζάχος[1], Κ. Τσατίρης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ, ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός : Η μυοκαρδίτιδα αποτελεί φλεγμονή του μυοκαρδίου, που μπορεί να προκληθεί από λοιμώδη και μη λοιμώδη αίτια. Η επίπτωσή της δεν μπορεί να υπολογιστεί καθώς η κλινική εικόνα μπορεί να ποικίλλει από υποκλινική μορφή μέχρι καρδιογενή καταπληξία, ενώ αποτελεί την 3η αιτία αιφνιδίου θανάτου σε νέους υγιείς αθλητές. Το gold-standard για τη διάγνωσή της είναι η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR). Η σαλμονέλωση προκαλείται από το γένος Salmonella και οδηγεί συνήθως σε διαρροικές κενώσεις μετά από κατανάλωση μολυσμένων προιόντων, κυρίως πουλερικών και αυγών. Ο πνευμοθώρακας είναι η παρουσία αέρα στον υπεζωκοτικό χώρο και σε νέους ασθενείς μπορεί να συμβεί αυτόματα με τη ρήξη μιας υποπλευρικής κύστης ή «μπούλας». Υλικά/Μέθοδος: Παρουσίαση περιστατικού της κλινικής μας με μυοκαρδίτιδα από Salmonella spp. και αυτόματο πνευμοθώρακα Αποτελέσματα: Πρόκειται για άνδρα 21 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό που προσήλθε λόγω οπισθοστερνικού άλγους από ωρών και διαρροικών κενώσεων με συνοδό εμπύρετο έως 39οC από 2ημέρου. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα καταγράφηκαν διάχυτες ανασπάσεις του διαστήματος ST, ενώ υπερηχογραφικά δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα. Διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης και CRP και εισήχθη στην καρδιολογική κλινική. Εστάλη καλλιέργεια κοπράνων, από όπου απομονώθηκε Salmonella enterica ssp arizonae και έγινε έναρξη αντιβιωτικής αγωγής σύμφωνα με το αντιβιόγραμμα. Επιπλέον έλαβε Α-ΜΕΑ και Β-αποκλειστή μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων και εξήλθε με συνέχιση της αγωγής κατ'οίκον. Διενεργήθηκε CMR, που ανέδειξε παρελθούσα μυοκαρδίτιδα με υποεπικαρδιακή και μεσομυοκαρδιακή καθυστερημένη πρόσληψη (LGE) στο βασικό κατώτερο πλάγιο και πλάγια κορυφαία τμήματα. Δύο μέρες μετά, προσήλθε με πλευριτικού τύπου άλγος αιφνίδιας ενάρξεως. Διαπιστώθηκε πνευμοθώρακας αριστερά και ετέθη σωλήνας παροχέτευσης billau με βελτίωση της κλινικής εικόνας. Συμπεράσματα: Οι ιογενείς λοιμώξεις αποτελούν το βασικότερο αίτιο μυοκαρδίτιδας, με τις βακτηριακές μυοκαρδίτιδες να είναι σπάνιες και να σχετίζονται συνήθως με συγκεκριμένα παθογόνα ή σήψη . Από τα Salmonella spp., τα Salmonella Typhi και Paratyphi είναι αυτά που έχουν ενοχοποιηθεί για μυοκαρδίτιδα. Παρουσιάζουμε ένα από τα σπάνια περιστατικά μυοκαρδίτιδας από non typhoid Salmonella. Το ενδιαφέρον είναι ότι δεν υπάρχουν καταγεγραμένες περιπτώσεις αυτόματου πνευμοθώρακα σε ασθενείς της κατηγορίας αυτής παρά μόνο σε λοιμώξεις από SARS-Cov19 και σε λοίμωξη από Salmonella στην περίοδο πριν την έναρξη της αντιβίωσης, ωστόσο και αυτά αφορούν το Salmonella Typhi βακτήριο



Εικόνα 1. Πνευμοθώρακας AP



Εικόνα 2. CMR A. LGE στα κορυφαία πλάγια τμήματα (βέλη)B. LGE στο βασικό κατώτερο πλάγιο τοίχωμα (βέλη)

AA112|Early Severe Calcific Aortic Stenosis in a 58-Year-Old Hemodialysis Patient with Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease: A Case Report

I.Panagiotopoulos[1], A. Papadima[1], Th. Navrozidis[1], K. Manios[1]
[1]Hippokrateion General Hospital Athens Department of Cardiothoracic Surgery

Background: Cardiovascular disease is the leading cause of mortality in patients with end-stage kidney disease (ESKD). Accelerated valvular calcification due to chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD-MBD) results in premature development of severe calcific aortic stenosis. Surgical management of these patients remains challenging because of extensive annular calcification, altered calcium-phosphate metabolism, bleeding risk, and perioperative hemodynamic instability. Case Presentation: A 58-year-old man with autosomal dominant polycystic kidney disease and ESKD on chronic hemodialysis presented with symptomatic severe aortic stenosis. Transthoracic echocardiography demonstrated a peak aortic velocity of 4.9 m/s and an aortic valve area of 0.5 cm^2, consistent with critical aortic stenosis. Intraoperatively, a heavily calcified tricuspid aortic valve with extensive annular calcification was identified. The patient underwent surgical aortic valve replacement through median sternotomy under cardiopulmonary bypass. Myocardial protection was achieved using combined antegrade and retrograde Del Nido blood cardioplegia. Following meticulous annular decalcification, a 23-mm Bicarbon Slimline mechanical prosthesis was implanted. Aortic cross-clamp and cardiopulmonary bypass times were 47 and 66 minutes, respectively. The patient was successfully weaned from cardiopulmonary bypass in sinus rhythm and transferred to the intensive care unit in stable hemodynamic condition. Discussion: Patients receiving chronic hemodialysis frequently develop rapidly progressive valvular calcification at a younger age than the general population. This case illustrates the close interaction between chronic kidney disease and structural heart disease, emphasizing the importance of timely diagnosis, multidisciplinary Heart Team evaluation, meticulous surgical technique, and optimized perioperative management. Conclusion: Severe calcific aortic stenosis should be actively sought in younger patients with ESKD receiving chronic hemodialysis. Early recognition and appropriately timed surgical intervention can result in excellent perioperative outcomes despite the high-risk clinical profile. This case highlights the cardiovascular consequences of CKD-MBD and reinforces the value of multidisciplinary management in this complex patient population.

AA113|Ισχυρή υποψία ηπαρινοεπαγόμενης θρομβοπενίας σε ασθενή με πνευμονική εμβολή μετά από κατάλυση AVNRT

Β. Βαρτελά[1], Α. Σαπλαούρας[2], Π. Μιληλής[2], Θ. Κανελλοπούλου[2], Ο. Καρίκη[2], Σ. Κατσιλούλη[2], Σ. Οικονόμου[2], Π. Τσαπλάρης[2], Μ. Εφραιμίδης[3]
[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, [2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, [3]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Γυναίκα 60 ετών με ιστορικό υποθυρεοειδισμού υποβλήθηκε σε επιτυχή κατάλυση βραδείας οδού λόγω κολποκοιλιακής ταχυκαρδίας επανεισόδου από τον κολποκοιλιακό κόμβο (AVNRT). Έξι ημέρες μετά την έξοδό της προσήλθε με πλευριτικού τύπου θωρακικό άλγος με αντανάκλαση στον δεξιό ώμο. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένες τιμές D-dimer και τροπονίνης. Η αξονική πνευμονική αγγειογραφία (πρωτόκολλο τριπλού αποκλεισμού) επιβεβαίωσε πνευμονική εμβολή, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε φυσιολογική λειτουργία αμφοτέρων των κοιλιών χωρίς σημεία επιβάρυνσης της δεξιάς κοιλίας. Χορηγήθηκε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή με άμεσο από του στόματος αντιπηκτικό (DOAC), με σταδιακή κλινική βελτίωση. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των κάτω άκρων ήταν αρνητικός για εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Λόγω της πρόσφατης περιεπεμβατικής χορήγησης μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης και της εμφάνισης νέου θρομβοεμβολικού επεισοδίου, σε συνδυασμό με ενδιάμεση πιθανότητα βάσει του 4Ts score (4 βαθμοί), τέθηκε ισχυρή κλινική υποψία συνδρόμου ηπαρινοεπαγόμενης θρομβοπενίας (HIT). Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε υψηλό τίτλο IgG αντισωμάτων έναντι του συμπλέγματος PF4-ηπαρίνης (ELISA, OD 1,279, cut-off <0,200), ενισχύοντας την πιθανότητα ανοσολογικά διαμεσολαβούμενου HIT. Δεν πραγματοποιήθηκε λειτουργική δοκιμασία επιβεβαίωσης, καθώς η ασθενής ήταν κλινικά σταθερή και το θεραπευτικό πλάνο δεν θα μεταβαλλόταν. Συστήθηκε οριστική αποφυγή μελλοντικής χορήγησης ηπαρίνης. Η επανεκτίμηση με αξονική πνευμονική αγγειογραφία ανέδειξε μερική επανασηραγγοποίηση του πάσχοντος κλάδου, ενώ το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης επιβεβαίωσε υπολειπόμενο περιφερικό έλλειμμα αιμάτωσης. Το περιστατικό υπογραμμίζει ότι, αν και το σύνδρομο HIT αποτελεί σπάνια επιπλοκή μετά από ηλεκτροφυσιολογικές επεμβάσεις, πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση νέου θρομβοεμβολικού επεισοδίου μετά από ακόμη και περιορισμένη περιεπεμβατική έκθεση σε ηπαρίνη. Η έγκαιρη αναγνώριση και η αποφυγή περαιτέρω έκθεσης στην ηπαρίνη είναι καθοριστικές για την πρόληψη δυνητικά σοβαρών θρομβωτικών επιπλοκών.

AA114|A Giant Left Atrial Thrombus Mimicking Atrial Myxoma in a Patient with Rheumatic Mitral Stenosis

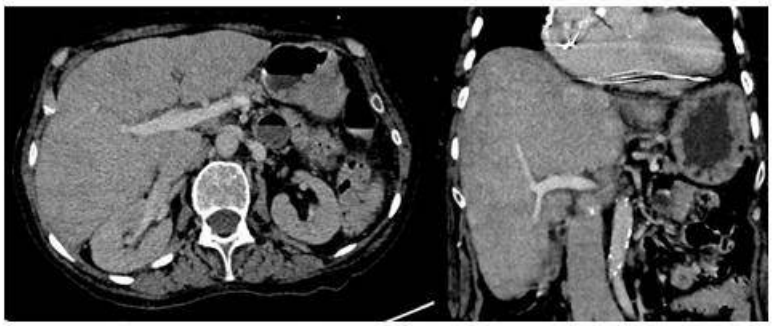
Z. Al-Jazrawi[1], C. Economides[1], G. Georgiou[1], G. Shiakos[1], S. Assiotou[1], C. Pophaides[1]
[1]Apollonion Private Hospital

Introduction: Patients with rheumatic mitral stenosis (MS) and atrial fibrillation (AF) are at increased risk of left atrial (LA) thrombus formation due to blood stasis and atrial remodeling. Although thrombi are classically found within the left atrial appendage (LAA), patients with rheumatic MS may develop thrombi elsewhere within the LA cavity. These masses may mimic cardiac tumors and create significant diagnostic and therapeutic challenges.Case Study: A 70-year-old woman with a history of rheumatic fever and known rheumatic valvular heart disease, including MS and tricuspid valve involvement attended our clinic for routine follow-up. Electrocardiography revealed new-onset AF. Transthoracic echocardiography demonstrated mild MS, mild mitral regurgitation, moderate tricuspid regurgitation, and a large, heterogeneous, highly mobile mass apparently attached to the interatrial septum. Because of its location and morphology, atrial myxoma was initially considered the most likely diagnosis. However, given the coexistence of rheumatic MS and newly diagnosed AF, thrombus formation remained an important differential diagnosis.Results:Transesophageal echocardiography (TEE) revealed the mass originating from within the PFO tunnel and extending into the left atrium. Due to the 'stalk' being imbedded in the tunnel, the mass was tethered to the PFO. Interestingly, no thrombus documented in LAA. Cardiac magnetic resonance imaging could have provided additional tissue characterisation but was not available at our institution at that time.The patient was treated with intravenous heparin. Follow-up imaging demonstrated no significant change in the size or mobility of the mass. Given the high risk of systemic embolization, urgent surgical intervention was undertaken. Intraoperative findings confirmed a large fragile thrombus extending through the PFO, with no evidence of cardiac neoplasia.Conclusion: This case demonstrates the diagnostic uncertainty and challenge arising from the differential diagnosis of intracardiac masses. Due to the patient's history of rheumatic MS as well as AF, and despite the location of the mass being typical for myxoma as well as an thrombus-free LAA, the final diagnosis was a thrombus rather than a neoplasm. This highlights the importance of multidisciplinary involvement as well as a thorough patient history.

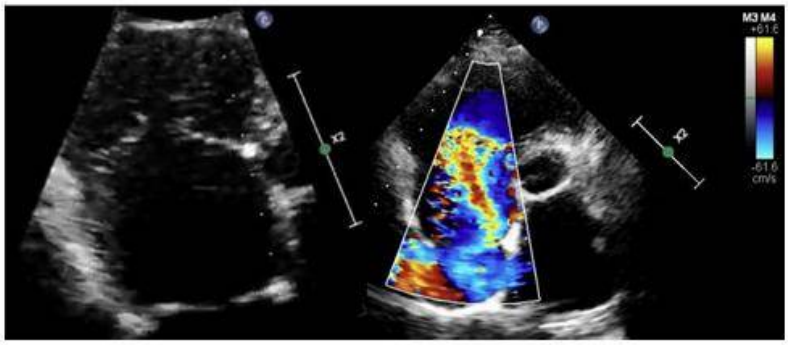
ΑΑ115|Όταν ο ίκτερος είναι καρδιολογικός: Αναστρέψιμη ακραία υπερχολερυθριναιμία και nutmeg liver σε ασθενή με torrential ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας

Α. Παπανικολάου[1], Π.Β. Νάνη[1], Θ. Αντωνογιάννης[1], Κ.Ρ. Ζιούλης[1], Ε. Σαπούνη[1], Α. Μπαρά[2], Ι.Κ. Σγάντζου[2], Ν. Αγγέλη[1], Δ. Παναούσης[1], Γ. Κατωπόδης[1], Κ. Ντούλας[1], Τ.Μ. Ντε Βιτα[1], Σ. Κιόκας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Ακτινολογικό τμήμα ΓΝ Λάρισας*

Σκοπός: Η συμφορητική ηπατοπάθεια αποτελεί γνωστή εξωκαρδιακή εκδήλωση της χρόνιας δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας1. Ωστόσο, η ακραία υπερχολερυθριναιμία αποτελεί ασυνήθη εκδήλωση και μπορεί να οδηγήσει σε εκτεταμένη διερεύνηση για πρωτοπαθή ηπατική ή χοληφόρο νόσο. Παρουσιάζεται περιστατικό αναστρέψιμης ακραίας υπερχολερυθριναιμίας σε προχωρημένη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια λόγω εξαιρετικά σοβαρής (torrential) ανεπάρκειας τριγλώχινας βαλβίδας. Υλικό/Μέθοδος: Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 78 ετών με ιστορικό χειρουργηθέντος ανευρύσματος αορτής, μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής, εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη, στεφανιαίας νόσου με προηγηθείσα αγγειοπλαστική της περισπώμενης αρτηρίας, δυσλιπιδαιμίας, υποθυρεοειδισμού, πνευμονικής εμβολής και πολλαπλών νοσηλειών λόγω απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας. Η ασθενής εισήχθη λόγω δύσπνοιας και έντονης ικτερικής χροιάς. Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος προς αποκλεισμό άλλων αιτιών ίκτερου. Αποτελέσματα: Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας με μέγιστη τιμή ολικής χολερυθρίνης 30mg/dl.Ο διαγνωστικός έλεγχος δεν ανέδειξε εναλλακτικό αίτιο υπερχολερυθριναιμίας. Από την αξονική τομογραφία κοιλίας διαπιστώθηκε χαρακτηριστική εικόνα "nutmeg liver", συμβατή με συμφορητική ηπατοπάθεια (εικόνα 1). Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε διατηρημένο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος καθ'όλη τη διάρκεια του καρδιακού κύκλου (εικόνα D-shape) , σημαντική διάταση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας εξαιρετικά σοβαρού βαθμού (torrential tricuspid regurgitation- εικόνα 2). Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε με εντατική αποσυμφορητική αγωγή, ινότροπη υποστήριξη και συνεδρίες αιμοκάθαρσης, με υποχώρηση του ίκτερου και πτώσης της ολικής χολερυθρίνης από 30 σε 5 mg/dl. Συμπεράσματα: Η ακραία υπερχολερυθριναιμία μπορεί να αποτελεί σπάνια αλλά αναστρέψιμη εκδήλωση προχωρημένης δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας λόγω torrential ανεπάρκειας τριγλώχινας βαλβίδας2,3. Η αναγνώριση της χαρακτηριστικής εικόνας"nutmeg liver" και της συμφορητικής ηπατοπάθειας μπορεί να κατευθύνει έγκαιρα τη διάγνωση της καρδιογενούς αιτιολογίας του ικτέρου και να αποτρέψει άσκοπη διαγνωστική διερεύνηση.



Εικόνα 1



Εικόνα 2

ΑΑ116|Κομβική ταχυκαρδία μετά από διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI)

Ι. Μαρκοδημητράκης[1], Α. Μαστροκωστόπουλος[2], Ι. Γκιρδής[1], Β. Αρκουλή[2], Ε. Σταυρόπουλος[1], Π. Στρέμπελας[1], Γ. Κατσιμαγκλής[2]

[1]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών Α καρδιολογική κλινική , [2]Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή/ Σκοπός: Οι συνήθεις διαταραχές μετά από επεμβάσεις διακαθετηριακής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (TAVI), είναι οι διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγής. Παρουσιάζεται περιστατικό εμφάνισης κομβικής ταχυκαρδίας μετά από επέμβαση TAVI. Υλικό/ Μέθοδος: Ασθενής γυναίκα 85 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, νόσου καρωτίδων και ιλίγγου θέσεως, προσήλθε προγραμματισμένα στο Νοσοκομείο για διενέργεια TAVI, λόγω σοβαρούς στένωσης αορτικής βαλβίδας. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα προεπεμβατικά έδειξε καλή συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας και εκτιμώμενο στόμιο 0,8 cm2 από την εξίσωση συνεχείας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής ήταν σε φλεβοκομβικό ρυθμό με φυσιολογική διάρκεια QRS. Αποτελέσματα: Κατά την επέμβαση τοποθετήθηκε ballon expandable βαλβίδα MYVAL 21,5 mm, με προδιαστολή με μπαλόνι 16 mm. Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής παρουσίασε επιταχυμένο κομβικό ρυθμό με συχνότητα 75/λεπτό, που υποχώρησε χωρίς κάποια παρέμβαση. Παρέμεινε για παρακολούθηση και στην 7η μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε ταχυκαρδία με στενά QRS και συχνότητα στις 150/λεπτό με ανάδρομα στο τέλος του QRS, αρνητικά στις κατώτερες απαγωγές και κλινική συμπτωματολογία αισθήματος παλμών, ναυτίας και ζάλης. Μετά από χορήγηση αδενοσίνης σε διαδοχικά αυξανόμενες δόσεις 6, 12, 18 mg μετέπεσε σε κολπική μαρμαρυγή. Τέθηκε σε ενδοφλέβια αμιοδαρόνη με επιβράδυνση της καρδιακής συχνότητας και μετάπτωση σε επιταχυνόμενο κομβικό ρυθμό με συχνότητα 90/λεπτό. Τέθηκε σε συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση (τηλεμετρία) και από την υπερηχογραφική εξέταση διαπιστώθηκε καλή λειτουργία της προσθετικής βαλβίδας. Η ασθενής παρέμεινε σε κομβικό ρυθμό, προστέθηκε βεραπαμίλη με προοδευτική επιβράδυνση του κομβικού ρυθμού σε συχνότητα 70/λεπτό.. Εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση με οδηγίες για επανεκτίμηση εντός δύο εβδομάδων. Συμπέρασμα :Μετά από TAVI μπορεί να προκληθεί επιταχυνόμενη έκτοπη κομβική ταχυκαρδία τόσο σε ballon-expandable όσο και σε self-expandable βαλβίδες. Σύμφωνα με ένα πρόσφατο registry 4,2% των ασθενών παρουσιάζουν κομβικό ρυθμό μετά από TAVI και από αυτό το ποσοστό το 46.2% είχαν λάβει ballon-expanable βαλβίδα. Ο μηχανισμός δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως, εντούτοις θεωρίες συμπεριλαμβάνουν το μηχανικό τραυματισμό και τη φλεγμονή της κολποκοιλιακής συμβολής. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ύπαρξη διαταραχών της κολποκοιλιακής αγωγής, οπότε στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να τοποθετηθεί βηματοδότης σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες, ή η συντηρητική αντιμετώπιση και παρακολούθηση ή/και η διενέργεια Ηλεκτροφυσιολογικής Μελέτης

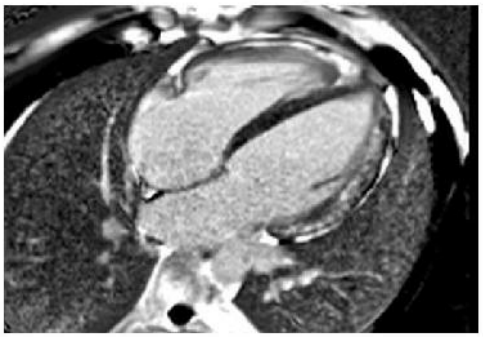


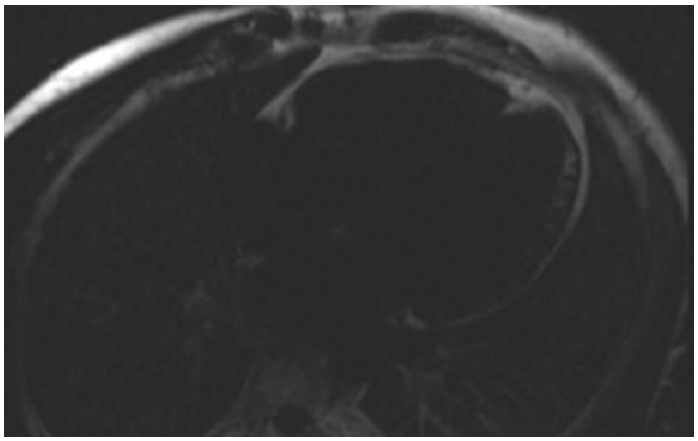
AA117|Phenotype–genotype mismatch in suspected arrhythmogenic cardiomyopathy: a case of GYG1-related Glycogen Storage Cardiomyopathy

V. Kantartzi[1], N. Sekhri[1], K. Savvatis[1]
[1]*Barts Health NHS Trust*

Introduction: Inherited cardiomyopathies frequently present with overlapping imaging phenotypes, making differentiation between distinct disease entities challenging. Although Cardiac Magnetic Resonance (CMR) is fundamental for myocardial tissue characterisation, imaging findings alone may be misleading. We present a case in which a CMR phenotype strongly suggestive of left-dominant Arrhythmogenic Cardiomyopathy (ACM) was ultimately attributed to Glycogen Storage Cardiomyopathy following comprehensive genetic testing. Case study: A 36-year-old highly athletic man presented with intermittent atypical chest pain. CT coronary angiography excluded coronary artery disease and high-sensitivity troponin levels were normal. CMR performed externally demonstrated incidentally extensive subepicardial late gadolinium enhancement (LGE) in the lateral wall and fatty infiltration of the left ventricular apex, raising suspicion of left-dominant ACM and prompting referral to our inherited cardiomyopathy clinic. Repeat CMR confirmed mild left ventricular dilatation with mildly reduced systolic function and extensive subepicardial and mid-wall LGE involving the lateral wall, apical anterior segments, right ventricular insertion points and apical septum. Fat–water separation imaging demonstrated fat infiltration corresponding to areas of LGE, while native T1 mapping showed markedly reduced values, consistent with fat replacement. Cardiopulmonary exercise testing demonstrated preserved exercise capacity without inducible arrhythmias, and ambulatory Holter monitoring revealed only rare ventricular ectopic beats. Comprehensive genetic testing was subsequently performed. Results: Genetic analysis identified a likely pathogenic GYG1 variant associated with glycogen storage disease with isolated cardiac involvement and a variant of uncertain significance in DES. The GYG1 variant provided a plausible explanation for the patient's phenotype and suggested that the previous findings represented Glycogen Storage Cardiomyopathy, mimicking Arrhythmogenic Cardiomyopathy. The patient remained clinically stable and asymptomatic, with no documented ventricular arrhythmias during follow-up. However, the extent of myocardial fibrosis raised concerns regarding future arrhythmic risk. Following multidisciplinary evaluation and detailed counselling, implantable cardioverter defibrillator

(ICD) implantation for primary prevention was offered to the patient, but was ultimately declined. Cascade family screening was recommended. ConclusionsThis case highlights the diagnostic challenges of inherited cardiomyopathies and demonstrates that Glycogen Storage Cardiomyopathy may closely mimic ACM on CMR. Integration of advanced cardiac imaging with comprehensive genetic testing is essential for accurate diagnosis, personalized risk stratification, appropriate clinical management and family screening.





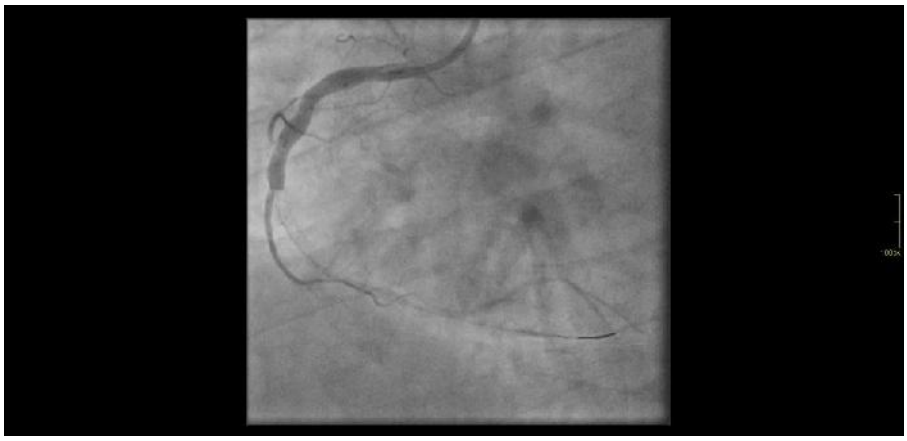
AA118|First report of Kounis Syndrome after Zopiclone – When Morpheus misfires

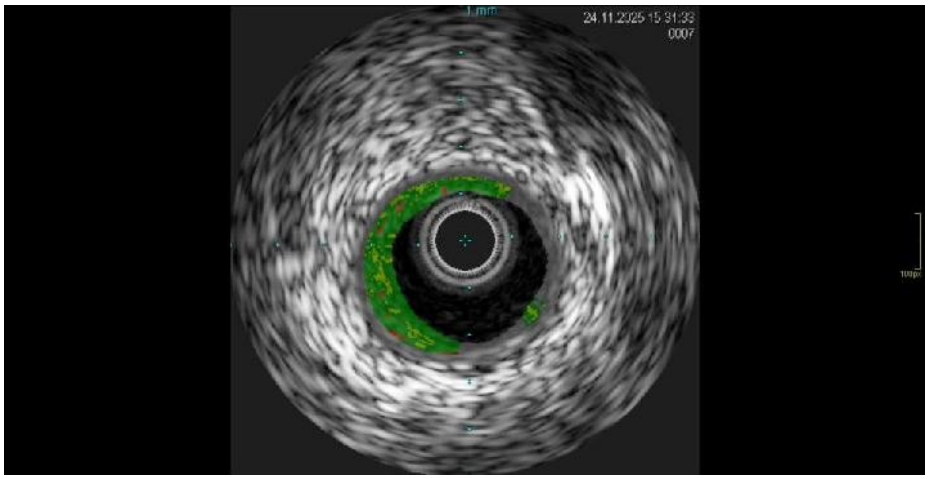
S. Batsikas[1], A. Apostolos[1], J. Pan[1], Th. Bampouri[1], M.C.Dalby[1], V.Panoulas[1]

[1]Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, United Kingdom,

Introduction Kounis syndrome is an underdiagnosed condition characterised by the concurrence of acute coronary syndrome (ACS) and hypersensitivity reactions triggered by various factors. Zopiclone, a widely prescribed non-benzodiazepine hypnotic, has not previously been associated with Kounis syndrome. We report the first documented case of zopiclone-associated Kounis syndrome presenting with coronary stent thrombosis. Material and Methods (Case Presentation) A 54-year-old male with prior inferior ST-elevation myocardial infarction treated with right coronary artery (RCA) and left anterior descending artery stents, presented 10 minutes after zopiclone ingestion with severe chest pain, dyspnoea, urticaria, vomiting, hypotension and angioedema. Anaphylaxis was diagnosed pre-hospital, requiring four doses of intramuscular adrenaline. Electrocardiogram showed ST-segment elevation in the inferior and lateral leads. Initial treatment included aspirin, ticagrelor, corticosteroids, and analgesia prior to transfer for urgent coronary angiography. Serum tryptase was elevated (16.0 ug/L) with subsequent normalisation, and high-sensitivity cardiac troponin I peaked at 35,010 ng/L. Angiography revealed thrombotic occlusion of the mid-RCA stent. Management included balloon angioplasty, tirofiban infusion, thrombus aspiration, and staged optimisation with intravascular ultrasound, demonstrating stent underexpansion and a lipid-rich necrotic core. Further dilation and drug-coated balloon therapy restored TIMI III flow. Intracoronary nitrates were effective in treating no-reflow and vasospasm. Results The temporal association between zopiclone ingestion, anaphylaxis, elevated tryptase and stent

thrombosis supports a diagnosis of type IIIa Kounis syndrome. Dual antiplatelet therapy was continued. Echocardiography demonstrated ejection fraction of 46% with hypokinetic inferior wall. Conclusions This first reported case of zopiclone-associated Kounis syndrome highlights the role of hypersensitivity-mediated mechanisms in ACS. Recognition of allergic triggers, early measurement of tryptase and combined management of anaphylaxis and coronary events are essential. Greater awareness and reporting are needed to improve diagnosis and guide standardised management strategies.





Στεφανιαία νόσος/ οξέα στεφανιαία σύνδρομα Ι / Coronary Syndromes I

Πρόεδροι: **Χ. Φλώρος** (Ιωάννινα), **Μ. Παπαφακλής** (Πάτρα)
Chairpersons: **C. Floros** (Ioannina), **M. Papafaklis** (Patra)

AA119|The post-ISAR- REACT-5 Era: Evolving Clinical Data on Prasugrel Shows Positive Signal

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

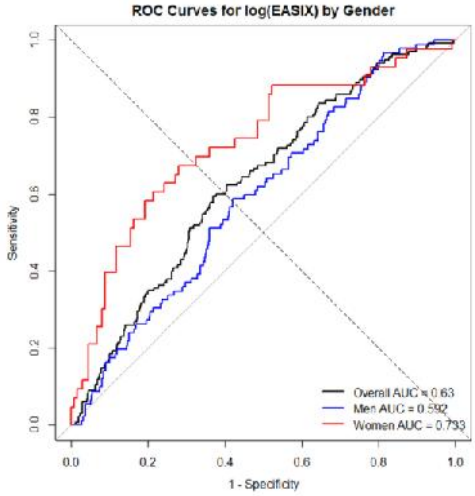
Introduction and Aim: The ISAR-REACT 5 trial established prasugrel's superiority over ticagrelor in reducing the composite of death, myocardial infarction (MI), or stroke in Acute Coronary Syndrome (ACS) patients. Since then, the clinical focus has shifted toward optimizing its use through dosing modifications and de-escalation strategies. This study aims to provide a comprehensive, analytical review of all available trial data and registries to evaluate prasugrel's performance, safety, and clinical utility in the contemporary era. Material and Methods: A systematic analysis was conducted across PubMed, EMBASE, and ClinicalTrials.gov, encompassing data through June 2026. The review integrated results from landmark trials (TRITON-TIMI 38, ISAR-REACT 5) and recent pivotal studies: PRAGUE-18 (long-term follow-up), HOST-REDUCE-POLYTECH-ACS, TALOS-AMI, STOPDAPT-3, and the ongoing PREMIUM and COMPARE STEMI ONE trials. Analytical emphasis was placed on MACE (Major Adverse Cardiovascular Events) and BARC-defined bleeding outcomes across diverse populations. Results: Analytical synthesis confirms prasugrel as a potent cornerstone of ACS management. Post-hoc analyses of ISAR-REACT 5 (2024) demonstrate a significant reduction in urgent non-target vessel revascularization (HR 0.62, p=0.017) compared to ticagrelor. The HOST-REDUCE-POLYTECH-ACS and E5TION trials validate a low-dose strategy (5 mg), showing it maintains ischemic efficacy while significantly reducing bleeding in East Asian and elderly cohorts. Furthermore, the TALOS-AMI trial highlights the success of guided de-escalation from prasugrel to clopidogrel after the acute phase. New 2025-2026 network meta-analyses of over 15 RCTs indicate that low-dose prasugrel achieves the highest SUCRA (Surface Under the Cumulative Ranking) scores for net clinical benefit. Recent real-world emulations (2024) confirm these findings, showing a consistent 19% reduction in the primary composite endpoint (HR 0.81) in routine clinical care without an increased bleeding penalty when using adjusted dosing regimens. Conclusions: Prasugrel has evolved from a high-potency agent to a versatile tool for precision antithrombotic therapy. The data support a "prasugrel-first" approach in invasively managed ACS, refined by dose-adjustment (as seen in HOST-REDUCE) or abbreviation of DAPT (as explored in PREMIUM). This comprehensive analysis concludes that prasugrel remains the most effective P2Y12 inhibitor for preventing recurrent ischemic events, provided that dosing is tailored to patient-specific risk profiles to optimize safety.

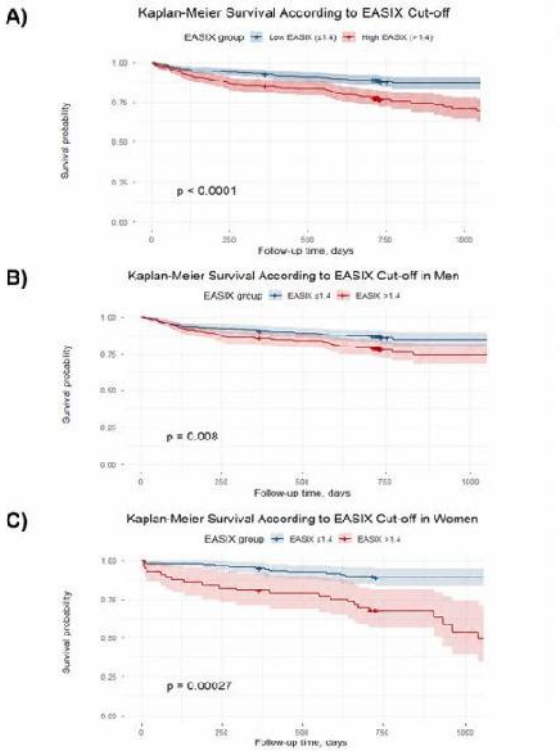
AA120|Προγνωστική αξία του Δείκτη Ενδοθηλιακής Ενεργοποίησης και Στρες (EASIX) σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο

Β. Φυντανίδου[1], **Μ. Μπαντίδος[2]**, Χρ.Κωφός[3], Δ. Πατουλιάς[4], Α. Παπάζογλου[5], Α. Σαμαράς[5], Π. Σταχτέας[6], Α. Νασουφίδου[6], Α. Αρβανιτάκη[6], Γ. Κασίμης[6], Ν. Φραγκάκης[6], Ε. Καραγιαννίδης[1], Γ. Λαλιώτης[3]
[1]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, [2]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [3]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [4]Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 54642 Θεσσαλονίκη, Ελλάδα., [5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα (ΟΣΣ) παραμένουν μία από τις κύριες αιτίες θνητότητας παγκοσμίως, ενώ η ακριβής διαστρωμάτωση κινδύνου μετά το επεισόδιο εξακολουθεί να αποτελεί κλινική πρόκληση. Πέρα από τα ανατομικά χαρακτηριστικά της υπεύθυνης βλάβης, συστηματικοί παράγοντες όπως η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, η νεφρική επιβάρυνση, η φλεγμονή και το αιματολογικό στρες επηρεάζουν ουσιαστικά την πρόγνωση. Ο Δείκτης Ενδοθηλιακής Ενεργοποίησης και Στρες (Endothelial Activation and Stress Index, EASIX), ο οποίος υπολογίζεται από τη γαλακτική αφυδρογονάση, την κρεατινίνη ορού και τον αριθμό αιμοπεταλίων, αποτελεί έναν απλό δείκτη ενδοθηλιακής ενεργοποίησης και συστηματικού στρες. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η προγνωστική αξία του EASIX σε ασθενείς με ΟΣΣ και να αξιολογηθεί η συσχέτισή του με τη μεσοπρόθεσμη θνητότητα. Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση ασθενών που νοσηλεύθηκαν με ΟΣΣ στην Καρδιολογική Κλινική του κέντρου μας κατά την περίοδο 2018-2021. Στην τελική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 651 ασθενείς με πλήρη δεδομένα παρακολούθησης. Ο EASIX παρουσίαζε δεξιά ασύμμετρη κατανομή και για αυτό λογαριθμοποιήθηκε για τις συνεχείς αναλύσεις παλινδρόμησης. Η συσχέτιση του δείκτη με τη θνητότητα αξιολογήθηκε με μοντέλα Cox, καμπύλες ROC, ανάλυση Kaplan-Meier και restricted cubic splines.Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 64,8 ± 13,1 έτη και το

72,5% ήταν άνδρες. Συνολικά, 32,7% παρουσίασαν STEMI, 31,5% NSTEMI και 35,3% ασταθή στηθάγχη. Κατά τη διάμεση παρακολούθηση 731 ημερών καταγράφηκαν 135 θάνατοι. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση Cox, κάθε αύξηση κατά μία μονάδα στον λογαριθμοποιημένο EASIX συσχετίστηκε με 41% υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Η συσχέτιση παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά από προσαρμογή για ηλικία, φύλο, STEMI, σακχαρώδη διαβήτη, ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, κολπική μαρμαρυγή και αιμοσφαιρίνη. Η διακριτική ικανότητα του EASIX ήταν υψηλότερη στις γυναίκες (AUC 0.73) συγκριτικά με τους άνδρες (AUC 0.59), με στατιστικά σημαντική διαφορά (DeLong test: p<0.001, εικόνα 1). Τιμή EASIX>,40 συσχετίστηκε με σημαντικά χειρότερη επιβίωση, τόσο στο συνολικό δείγμα όσο και στις αναλύσεις ανά φύλο (εικόνα 2). Η ανάλυση με splines υποστήριξε προοδευτική αύξηση του κινδύνου θανάτου σε όλο το φάσμα τιμών του EASIX. Συμπεράσματα: Ο EASIX αποτελεί έναν απλό, διαθέσιμο και οικονομικό δείκτη που σχετίζεται με τη θνητότητα μετά από ΟΣΣ. Η χρησιμότητά του πιθανώς έγκειται στην αναγνώριση ενός φαινοτύπου αυξημένης ενδοθηλιακής ευαλωτότητας και συστηματικού στρες, συμπληρώνοντας την κλινική πρακτική.





AA121|Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries (MINOCA): Latest Data from Clinical Trials

P.Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction/Purpose: Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries (MINOCA) constitutes approximately 10% of all Acute Myocardial Infarction (AMI) presentations. Despite its prevalence, the optimal therapeutic management remains a subject of ongoing clinical investigation, as these patients often differ significantly in pathophysiology from those with obstructive coronary artery disease (CAD). The purpose of this abstract is to synthesize the latest evidence from recent clinical trials and registries regarding the diagnostic pathways, pharmacological interventions, and long-term prognosis of patients presenting with MINOCA. Material and Methods: A comprehensive review of the latest clinical trial data was performed, focusing on landmark studies such as the MINOCA-BAT trial, the SWEDEHEART registry findings, and recent meta-analyses. The analysis focused on the efficacy of secondary prevention therapies, including Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEi), Angiotensin Receptor Blockers (ARBs), Beta-blockers, Statins, and Antiplatelet agents. Furthermore, the diagnostic utility of Cardiac Magnetic Resonance (CMR) imaging and Optical Coherence Tomography (OCT) in identifying underlying mechanisms—such as plaque erosion, coronary artery spasm, or myocarditis mimics—was evaluated based on recent consensus documents. Results: Recent data from the SWEDEHEART registry and subsequent observational studies suggest a significant mortality benefit associated with the use of ACEi/ARBs and Statins in MINOCA patients. Conversely, the benefit of routine Beta-blocker therapy and dual antiplatelet therapy (DAPT) remains less clear in the absence of traditional obstructive CAD. Preliminary results from the MINOCA-BAT trial indicate that individualized treatment strategies based on specific underlying mechanisms (phenotyping) lead to better outcomes. Advanced imaging, particularly CMR, was shown to provide a definitive diagnosis in over 75% of cases, distinguishing true MINOCA from conditions like Takotsubo syndrome or unrecognized myocarditis. Long-term follow-up data highlight that MINOCA is not a benign condition, with major adverse cardiac events (MACE) occurring at rates comparable to patients with single-vessel obstructive CAD. Conclusions: The management of MINOCA is shifting from a generic AMI approach to a tailored, mechanism-based strategy. Latest clinical trials underscore the importance of early CMR imaging to identify the precise etiology and support the use of ACEi/ARBs and Statins for secondary prevention. Future prospective randomized controlled trials are essential to solidify the role of Beta-blockers and antiplatelet therapy in

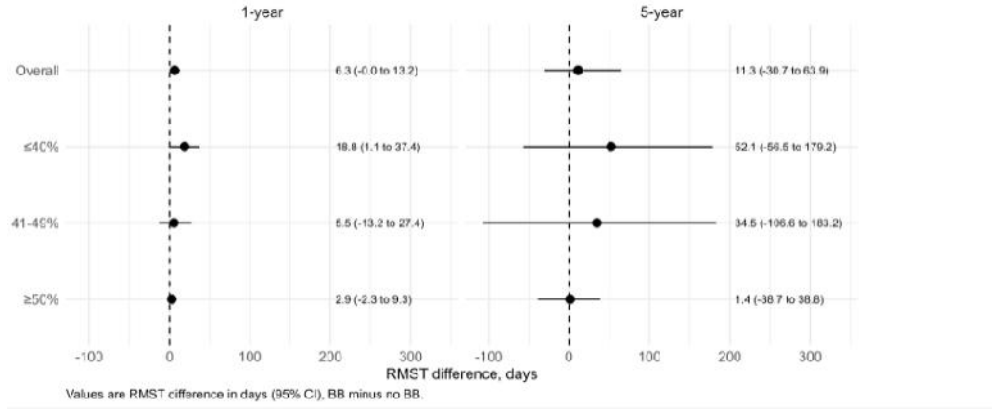
AA122|Η επίδραση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας στην αποτελεσματικότητα των β-αναστολέων μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Σ. Οικονόμου[1], Ε. Τσιάρτας[2], Α. Ιορδανίδου[1], Α. Σαμαράς[3], Α. Παπάζογλου[3], Δ. Μωυσίδης[3], Β. Βασιλικός[4], Α. Ζιάκας[3], Π. Νταβλούρος[5], Κ. Τσιούφης[6], Δ. Τζιακάς[7], Ι. Ζαρίφης[8], Γ. Γιαννακούλας[3]

[1]Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [2]Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, United Kingdom, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [5]University Hospital of Patras, Cardiology Division, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [8]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός:Οι β-αναστολείς αποτελούν διαχρονικό πυλώνα της δευτερογενούς πρόληψης μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ). Ωστόσο, πρόσφατες τυχαιοποιημένες μελέτες δεν κατέδειξαν σημαντικό όφελος της μακροχρόνιας χορήγησής τους σε ασθενείς με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) της αριστερής κοιλίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της χορήγησης β-αναστολέων με τη θνητότητα από κάθε αίτιο σε ασθενείς με ΟΣΣ αναλόγως του ΚΕ της αριστερής κοιλίας. Υλικό/Μέθοδος :Η μελέτη βασίστηκε σε δεδομένα ασθενών πέντε ελληνικών κέντρων που συμμετέχουν στην αναδρομική πολυκεντρική μελέτη CardioMining (NCT05176769). Ως κύρια ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν η στάθμιση με αντίστροφη πιθανότητα (inverse probability of treatment weighting -IPTW) καθώς και οι διαφορές του περιορισμένου μέσου χρόνου επιβίωσης (restricted mean survival time -RMST) στα 1 και 5 έτη. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε landmark ανάλυση για την αξιολόγηση της επιβίωσης μεταξύ του 1ου και του 5ου έτους στους επιζώντες του πρώτου έτους. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 6.049 ασθενείς με ΟΣΣ, εκ των οποίων 84% υπό αγωγή με β-αναστολείς. Συνολικά καταγράφηκαν 1.912 (32%) θάνατοι σε διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 4,6 ετών. Η διαφορά RMST στο 1 έτος ήταν 6,3 ημέρες (95%CI 0,0 έως 13,2) ενώ το μεγαλύτερο όφελος παρατηρήθηκε σε ασθενείς με ΚΕ≤40% (18,8 ημέρες; 95%CI 1,1 έως 37,4). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό όφελος στις υποομάδες με ΚΕ 41-49% (5,5 ημέρες; 95%CI -13,2 έως 27,4) ή ≥50% (2,9 ημέρες; 95%CI -2,3 έως 9,3). Στα 5 έτη οι διαφορές RMST δεν ήταν στατιστικά σημαντικές σε καμία υποομάδα ΚΕ (Εικόνα 1). Επιπλέον, η διενέργεια ή μη διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης δεν επηρέασε ουσιαστικά τη συσχέτιση

μεταξύ β-αναστολέων και RMST. Στη landmark ανάλυση, ασθενείς που επέζησαν του πρώτου έτους δεν επέδειξαν σημαντική διαφορά στον RMST μεταξύ του 1ου και του 5ου έτους (-26.0 ημέρες; 95%CI -51,0 έως 0.1).Συμπεράσματα Η μακροχρόνια αγωγή με β-αναστολείς δεν συσχετίστηκε με σαφές μακροπρόθεσμο όφελος επιβίωσης μετά από ΟΣΣ στην παρούσα μελέτη. Το πιθανό όφελος ήταν μεγαλύτερο σε ασθενείς με μειωμένο ΚΕ, και φάνηκε να εξασθενεί με την πάροδο του χρόνου. Τα ανωτέρω ευρήματα ενισχύουν τη συνεχιζόμενη συζήτηση για τη συστηματική χρήση των β-αναστολέων και αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση της επιλογής των ασθενών και της διάρκειας της θεραπείας.



AA123|South African flag sign: σημαντικό ηλεκτροκαρδιογραφικό εύρημα οξείας απόφραξης του πρώτου διαγωνίου D1.

Ε. Ακήφογλου[1], Ι.Μηττάς[1], Σ. Μαδυτίνου[1], Ε. Ζιάκα[1], Ι. Κατραντζής[1], Τ. Μποζ[1], Ι. Στρατάκης[1], Γ. Μπομπότης[1], Ν. Καμπουρίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή – Σκοπός: Η έγκαιρη αναγνώριση της οξείας απόφραξης στεφανιαίας αρτηρίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την άμεση επαναιμάτωση και την βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Ωστόσο, ορισμένα ηλεκτροκαρδιογραφικά πρότυπα δεν πληρούν τα κλασικά κριτήρια STEMI και ενδέχεται να οδηγήσουν σε διαγνωστική καθυστέρηση. Το South African flag sign (SAFS) αποτελεί άτυπο ηλεκτροκαρδιογραφικό εύρημα, το οποίο έχει συσχετισθεί κυρίως με απόφραξη του πρώτου διαγώνιου κλάδου (D1) τουπροσθίου κατιόντα κλάδου (LAD) της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και χαρακτηρίζεται από ανάσπαση του ST στις απαγωγές I, aVL και V2, με συνοδό κατάσπαση του ST στην απαγωγή III. Υλικό – Μέθοδος: Άνδρας ασθενής 60 ετών, καπνιστής, με ιστορικό υπερλιπιδαιμίας, προσήλθε αιτιώμενος άλγος προσθίου θωρακικού τοιχώματος αιφνίδιας έναρξης από ώρας, με συνοδό αντανάκλαση στα άνω άκρα. Κατά την προσέλευση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε ανάσπαση του ST στις απαγωγές I, aVL και V2, καθώς και κατάσπαση του ST στην απαγωγή III, ευρήματα συμβατά με South African flag sign. Ο ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική και υποβλήθηκε σε υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο, ο οποίος ανέδειξε τμηματικές διαταραχές κινητικότητας στην κορυφή, στο κορυφαίο τμήμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και στο κορυφαίο πρόσθιο τοίχωμα, με επηρεασμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (LVEF ~40%). Χορηγήθηκε τριπλή αντιθρομβωτική αγωγή με ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη και ενοξαπαρίνη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ο ασθενής εμφάνισε επεισόδιο μονόμορφης εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας, το οποίο αντιμετωπίστηκε άμεσα με συγχρονισμένη ηλεκτρική καρδιοανάταξη στα 200 J, με επιτυχή ανάταξη του ρυθμού. Αποτελέσματα: Ο ασθενής οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, όπου διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος. Η στεφανιογραφία ανέδειξε σημαντική βλάβη στον πρώτο διαγώνιο κλάδο του LAD, εύρημα που επιβεβαίωσε την αρχική ηλεκτροκαρδιογραφική υποψία. Ακολούθησε επιτυχής διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση με τοποθέτηση φαρμακοεκλύοντος stent (DES) στον D1, αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής και κλινική βελτίωση του ασθενούς. Συμπεράσματα: Η αναγνώριση του South African flag sign έχει ιδιαίτερη κλινική αξία, καθώς μπορεί να αποτελεί πρώιμη ένδειξη οξείας απόφραξης του πρώτου διαγώνιου κλάδου του LAD. Λόγω της άτυπης κατανομής των μεταβολών του ST και της μη κλασικής εικόνας STEMI, το εύρημα αυτό μπορεί εύκολα να παραβλεφθεί ή να παρερμηνευθεί, οδηγώντας ενδεχομένως σε καθυστέρηση της διάγνωσης και της επαναιμάτωσης. Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της προσεκτικής αξιολόγησης μη συνεχόμενων μεταβολών του ST σε ασθενείς με οξύ θωρακικό άλγος, καθώς η έγκαιρη αναγνώριση άτυπων ηλεκτροκαρδιογραφικών προτύπων μπορεί να καθοδηγήσει την άμεση επεμβατική αντιμετώπιση.

AA124|Chronic Total Occlusion of the Second Cardiology department Red Cross Hospital for the years 2025-2026

K. Manousopoulos[1], P. Varelas[1], K. Filippou[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

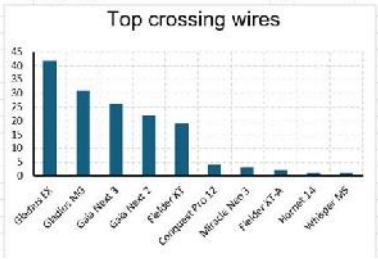
Objective Percutaneous coronary intervention (PCI) for chronic total occlusions (CTO) represents one of the most technically demanding procedures in interventional cardiology, requiring advanced procedural skills and operator experience. The aim of the present study was to evaluate the efficacy and safety of a CTO program at our Cardiology Center, by assessing technical and procedural success rates, the use of the investment strategy, and periprocedural complications. Materials and Methods A retrospective analysis of a prospectively maintained single-center CTO registry was performed, including 169 consecutive CTO PCI procedures carried out between 2025 and 2026. Clinical and angiographic patient characteristics, guidewires used for CTO crossing, procedural strategies, application of the investment strategy, and periprocedural complications were recorded. Final procedural success was defined as successful CTO revascularization during the index procedure, whereas an investment procedure was defined as partial recanalization performed to facilitate a planned staged revascularization. Results A total of 169 CTO PCI procedures were analyzed. Final procedural success was achieved in 122 cases (72.2%), while the investment strategy was applied in 21 patients (12.4%). The overall program success rate, defined as either immediate procedural success or successful implementation of the investment strategy, was 84.6%, whereas procedural failure occurred in 15.4% of cases. The target vessel was the right coronary artery (RCA) in 47.5% of procedures, the left anterior descending artery (LAD) in 33.5%, and the left circumflex artery (LCX) in 16.0%. The most frequently employed crossing strategy was antegrade wire escalation (65.6%), followed by antegrade dissection and re-entry (31.3%), while the retrograde approach was used least frequently (4.3%). The mean J-CTO score was 1.9. The guidewires most commonly associated with successful CTO crossing were Gladius EX (24.9%), Gladius MG (18.3%), Gaia Next 3 (15.4%), Gaia Next 2 (13.0%), and Fielder XT (11.2%). Periprocedural complications occurred in 18 patients (10.7%). Conclusions The implementation of a dedicated CTO PCI program was associated with high revascularization success rates comparable to those reported by high-volume centers, while maintaining an acceptable rate of periprocedural complications. The investment strategy contributed to the overall success providing a safe and effective treatment option.

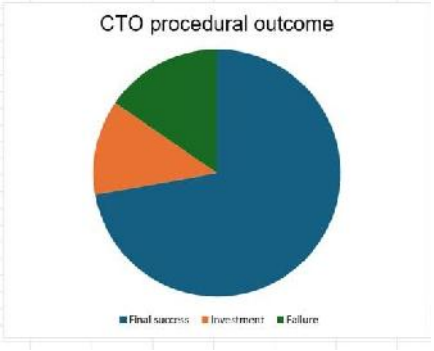
Key performance indicators	N	%
Total CTO PCI	169	100,0
Final success	122	72,2
Investment procedures	21	12,4
Failed procedures	26	15,4
Overall success incl. investment	143	84,6
Procedural complications	18	10,7

Top crossing wires	N	%
Gladius EX	42	24,9
Gladius MG	31	18,3
Gaia Next 3	26	15,4
Gaia Next 2	22	13,0
Fielder XT	19	11,2
Conquest Pro 12	4	2,4
Miracle Neo 3	3	1,8
Fielder XT-A	2	1,2
Hornet 14	1	0,6
Whisper MS	1	0,6

Outcome	N
Final success	122
Investment	21
Failure	26

Complication status	N
No complication	151
Complication	18





Outcome	N	%
Total CTO PCI	169	100,0
Final success	122	72,2
Investment procedures	21	12,4
Failed procedures	26	15,4
Overall success incl. investment	143	84,6
Procedural complications	18	10,7

Continuous variable	N	Mean	SD	Median
Age, years	161	65,8	11,1	66
Creatinine	161	1,1	1,3	0,8
Hematocrit	162	38,8	5,6	40
J-CTO score	160	1,9	1,2	2
Procedure to wire crossing	139	17,6	17	12
Total fluoro time	159	28,8	22,8	20
Contrast used	157	241	153,6	200
Total DAP	135	288	284,8	200

Clinical / angiographic / procedural variable	N	Denominator	%
SEX – 0 (as coded)	151	164	92,1
SEX – 1 (as coded)	13	164	7,9
Diabetes mellitus	51	163	31,3
Prior CABG	23	163	14,1
Prior PCI	88	163	54,0
Low EF	31	163	19,0
Normal/mildly reduced EF	124	163	76,1
Antegrade wire escalation	107	163	65,6
Antegrade dissection/re-entry	51	163	31,3
Retrograde approach	7	163	4,3
Left main CTO	2	48	4,2
LAD CTO	53	158	33,5
RCA CTO	77	162	47,5
LCx CTO	26	162	16,0
Blunt/non-tapered stump	81	163	49,7
Moderate/severe calcification	111	163	68,1
Double access	115	162	71,0
Single access	48	162	29,6
Right radial access	138	161	85,7
Left radial access	107	160	66,9
Right ulnar access	7	161	4,3
Left ulnar access	7	161	4,3
Right femoral access	15	161	9,3
Left femoral access	1	159	0,6
Uncrossable lesion	24	160	15,0
Undilatable lesion	8	159	5,0
BAM/Granadoplasty	28	160	17,5
Rotablation	7	160	4,4
Scoring/cutting balloon	17	159	10,7
OPN balloon	1	160	0,6
IVL	4	160	2,5
IVUS	13	160	8,1
LV assist device	0	119	0,0

Adjunctive device/technique	N	% of total
IVUS	13	7,7
ROTABLATION	7	4,1
IVL	4	2,4
OPN	1	0,6
SCORING/CUTTING	17	10,1
BAM-GRANADOPLASTY	28	16,6

AA125|Σειριακή αξιολόγηση της IL-17, της απελίνης και της χειμερίνης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST: προκαταρκτικά δεδομένα συσχέτισης με 12μηνα MACEs από τη μελέτη INFINITY

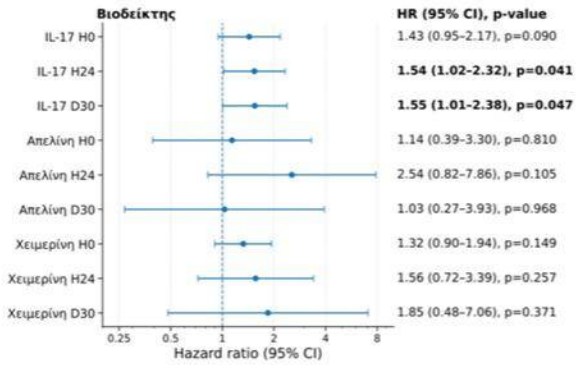
Α. Μήτσης[1], Κ. Τσιακτάνη[2], Σ. Τασούλης[2], **Γ. Καρμιώτη[1]**, Μ. Κυριάκου[1], Σ. Σωκράτους[1], Μ. Δρακομαθιουλάκης[1], Κ. Μυριανθόπουλος[3], Χ. Ευτυχίου[3], Σ. Τζήκας[4], Ν. Καδόγλου[5], Γ. Κασίμης[6]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος, *[2]Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*, *[3]Cardiology Department, Nicosia General Hospital*, *[4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ*, *[5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ*, *[6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Η φλεγμονώδης απάντηση μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI) συμβάλλει στον υπολειπόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ακόμη και μετά από επιτυχή επαναιμάτωση και βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Η IL-17 και νεότερες λιποκίνες, όπως η απελίνη και η χειμερίνη, έχουν προταθεί ως βιοδείκτες φλεγμονώδους απόκρισης. Σκοπός της παρούσας προκαταρκτικής ανάλυσης της μελέτης INFINITY ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των σειριακών επιπέδων IL-17, απελίνης και χειμερίνης με την εμφάνιση μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (MACEs) έως 12 μήνες μετά από STEMI. Υλικό και μέθοδος: Συνολικά, 585 προσδιορισμοί βιοδεικτών πραγματοποιήθηκαν σε 195 αιματολογικά δείγματα από 67 ασθενείς με STEMI, τα οποία συλλέχθηκαν στις χρονικές στιγμές H0 (κατά την εισαγωγή), H24 (1η μετεμφραγματική ημέρα) και D30 (30 ημέρες μετά το έμφραγμα). Μετρήθηκαν τα επίπεδα IL-17, απελίνης και χειμερίνης. Τα MACEs ορίστηκαν ως σύνθετο καταληκτικό σημείο καρδιακού θανάτου, μη θανατηφόρου εμφράγματος, μη προγραμματισμένης επαναγγείωσης, νέας ή επιδεινούμενης καρδιακής ανεπάρκειας, και στηθάγχης ή υποτροπιάζοντος οξέος στεφανιαίου συνδρόμου που απαιτούσε επανεισαγωγή. Για την κύρια ανάλυση χρησιμοποιήθηκε μονοπαραγοντική, μη προσαρμοσμένη Cox regression με έκβαση το time-to-first MACE έως τους 12 μήνες. Αποτελέσματα: Κατά τη 12μηνη παρακολούθηση, 23/67 ασθενείς εμφάνισαν MACE. Τα MACEs οφείλονταν κυρίως σε επανεισαγωγές στο νοσοκομείο. Περιγραφικά, τα επίπεδα IL-17 και χειμερίνης παρουσίασαν προοδευτική αύξηση από την εισαγωγή έως τις 30 ημέρες, ενώ η απελίνη μειώθηκε στις 24 ώρες και ανέκαμψε μερικώς στις 30 ημέρες. Στη μονοπαραγοντική Cox ανάλυση, τα υψηλότερα επίπεδα IL-17 στις 24 ώρες συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο MACE στους 12 μήνες: HR 1.54, 95% CI 1.02-2.32, p=0.041. Παρόμοια συσχέτιση παρατηρήθηκε για την IL-17 στις 30 ημέρες: HR 1.55, 95% CI 1.01-2.38, p=0.047. Η IL-17 στην εισαγωγή εμφάνισε μη στατιστικά σημαντική τάση. Η απελίνη και η χειμερίνη δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με το 12μηνο time-to-first MACE. Συμπεράσματα: Στην παρούσα προκαταρκτική ανάλυση, τα υψηλότερα επίπεδα IL-17 στις 24 ώρες και

στις 30 ημέρες μετά από STEMI συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο πρώτου MACE έως τους 12 μήνες. Τα ευρήματα είναι διερευνητικά και χρήζουν επιβεβαίωσης σε μεγαλύτερο πληθυσμό και με πολυπαραγοντική ανάλυση.

Σύνοψη μελέτης και δειγματοληψίας		
	Στρατολόγηση ασθενών	10.2023 - 06.2024
	Ασθενείς με STEMI	67
	Χρονικά σημεία δειγματοληψίας	H0, H24, D30
	Σειριακά αιματολογικά δείγματα	195
	Προσδιορισμοί βιοδεικτών	585
	Πρώτο MACE έως 12 μήνες	23/67 (34,3%)
Δημογραφικά και παράγοντες κινδύνου		
	Ηλικία, έτη	60,2 ± 10,6
	Άρρεν φύλο	56 (83,6%)
	BMI, kg/m²	29,0 ± 4,7
	Αρτηριακή υπέρταση	33 (49,3%)
	Υπερλιπιδαιμία	38 (56,7%)
	Σακχαρώδης διαβήτης	14 (20,9%)
	Κάπνισμα	39 (58,2%)
	Μεταβολικό σύνδρομο	26 (38,8%)
	Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου	23 (34,3%)
	Προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου	6 (9,0%)
	Προηγούμενη PCI	6 (9,0%)
Βαθμολογίες κινδύνου, ενζυμικοί δείκτες και καρδιακή λειτουργία		
	GENSINI score	50,2 ± 30,9
	SYNTAX I score	17,7 ± 8,6
	GRACE score	127,8 ± 26,0
	Τροπονίνη, ng/ml	6,4 ± 11,7
	LVEF κατά την έξοδο, %	48,4 ± 8,5
	LVEF στους 6 μήνες, %	51,3 ± 7,6
Δείκτες φλεγμονής		
	CRP, mg/L	25,9 ± 41,6
	NLR	5,1 ± 4,1
	SII	1345,1 ± 1156,5
	SIRI	3850,4 ± 3688,7
Σειριακά επίπεδα βιοδεικτών		
	IL-17 H0, ng/ml	1,74 ± 3,97
	IL-17 H24, ng/ml	1,94 ± 4,13
	IL-17 D30, ng/ml	2,20 ± 4,33
	Απελίνη H0, ng/ml	1,30 ± 1,05
	Απελίνη H24, ng/ml	0,90 ± 0,76
	Απελίνη D30, ng/ml	1,07 ± 0,66
	Χειμερίνη H0, ng/ml	75,87 ± 53,57
	Χειμερίνη H24, ng/ml	112,11 ± 45,03
	Χειμερίνη D30, ng/ml	167,14 ± 52,07



Τα HRs αντιστοιχούν σε αύξηση 1 μονάδας των log-transformed επιπέδων βιοδείκτη. Η κάθετη γραμμή αντιστοιχεί σε HR=1.

AA126|NSTEMI presentation with a Totally Occluded Culprit Coronary Artery: Clinical Profile and Diagnostic Determinants

A. Gerakaris[1], K. Pepa[1], K. Palioura[1], S. Kanellopoulos[1], M. Bozika[1], A. Karanasos[1], A. Moulias[1], G. Tsigkas[1], P. Davlouros[1], M. Papafaklis[1]

[1]*University Hospital of Patras, Cardiology Division*

Introduction: Total thrombotic occlusion of the culprit coronary artery is usually associated with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). However, some patients presenting with non-STEMI (NSTEMI) are found to have a totally occluded culprit artery despite the absence of ST-segment elevation in the admission electrocardiogram (ECG). The aim of this study was to investigate the clinical and angiographic characteristics of patients with NSTEMI and a totally

occluded culprit artery in comparison with NSTEMI patients without total occlusion.Methods: We performed a retrospective observational study including consecutive patients admitted with Type 1 NSTEMI who underwent coronary angiography. Patients were divided into two groups according to the angiographic presence of total occlusion (100%) of the culprit artery. Baseline demographic, clinical, electrocardiographic, laboratory, echocardiographic and angiographic characteristics were compared. Independent diagnostic determinants of total culprit artery occlusion were identified using multivariable logistic regression. Results: A total of 512 patients were included, of whom 46 (9%) had a totally occluded culprit artery. Compared with patients without total occlusion, the target group (100% occlusion) had higher peak high-sensitivity troponin I (hs-TnI; 5156 vs 1781 pg/ml, p=0.003) and creatine phosphokinase levels (487 vs 167 IU/L, p=0.004), and higher white blood cell count (10.5 vs 8.84 x103/μL, p=0.004) (Table). In multivariable analysis, peak hs-TnI (odds ratio: 1.02 per 1000 ng/L, 95% confidence intervals: 1.008–1.026; p<0.001) was independently associated with total culprit artery occlusion. Coronary angiography showed that the left circumflex artery was more frequently involved as the culprit artery in the total occlusion group (32.6 vs 20%, p=0.057). Conclusions: In our cohort, approximately one in eleven patients with Type 1 NSTEMI had a totally occluded culprit artery. These patients had evidence of larger infarct size, and peak hs-TnI, which was independently associated with total coronary occlusion, may help identify this high-risk NSTEMI subgroup earlier before coronary angiography.

Patients presenting with Type 1 NSTEMI: Comparison according to angiographic total occlusion (100%) of the culprit artery

Variable	Total occlusion (100%) N=46	Partial occlusion N=466	P value
Age, years	67 (59-76)	67 (58-75)	0.94
Females	15.2%	19.3%	0.69
Smoking	34.8%	34.8%	1.0
Hypertension	58.7%	72.1%	0.062
Diabetes	21.7%	34.1%	0.101
Dyslipidemia	65.2%	62.7%	0.87
Family History of CAD	10.9%	10.7%	1.0
Chronic Kidney Disease	2.2%	8.2%	0.239
Peripheral Arterial Disease	4.3%	5.2%	1.0
Prior myocardial infarction	19.6%	24.5%	0.59
Prior PCI	10.9%	22.5%	0.088
ECG: Q waves	19.6%	12.5%	0.174
ECG: T wave inversion	19.6%	25.0%	0.476
ECG: ST depression	30.4%	26.8%	0.60
ECG: poor R wave progression	6.5%	4.0%	0.432
ECG: LBBB	2.2%	4.9%	0.71
ECG: RBBB	6.5%	5.8%	0.74
Ejection Fraction at admission, %	50 (45-55)	52 (47-57)	0.299
Peak hs-TnI, pg/ml	5156 (676-40584)	1781 (334-6856)	0.003
Peak Creatine PhosphoKinase, IU/L	487 (127-1082)	167 (99-366)	0.004
Hemoglobin, g/dl	14.2 (12.4-15.6)	13.6 (12.1-14.8)	0.231
White Blood Cell count, x10^3/μl	10.5 (8.2-12.1)	8.84 (7.42-10.5)	0.004

CAD: coronary artery disease, ECG: electrocardiogram, PCI: percutaneous coronary intervention
Continuous variables are presented as median (interquartile range) and were compared between groups using Mann-Whitney U test.
Categorical variables are presented as percentages and were compared using Fisher's exact test.

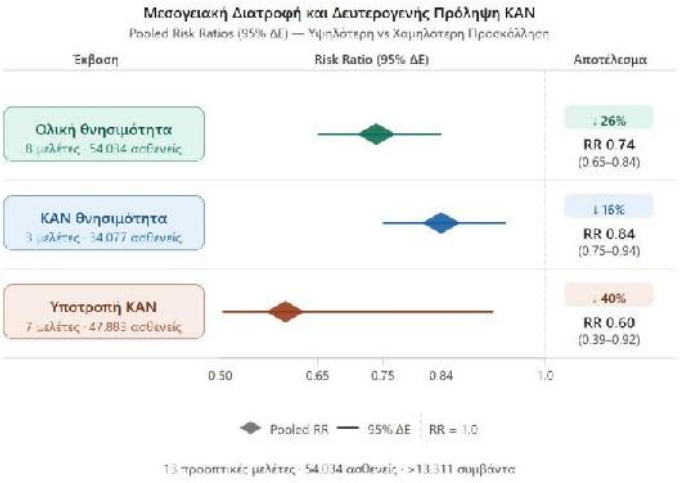
AA127|Ο ρόλος της Μεσογειακής Διατροφής στη Δευτερογενή Πρόληψη Καρδιαγγειακών Νοσημάτων: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση προοπτικών μελετών

Ε. Γίτση[1], Κ. Αναστασίου[1], Χ. Βλαχόπουλος[2], Δ. Παναγιωτάκος[3]

[1]Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΝ) παραμένουν η κύρια αιτία νοσηρότητας καιθνησιμότητας παγκοσμίως. Αν και η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί την πλέοντεκμηριωμένη διατροφική παρέμβαση για την πρωτογενή πρόληψη ΚΑΝ, ο ρόλος της στηδευτερογενή πρόληψη παραμένει ανεπαρκώς αναγνωρισμένος στις κλινικέςκατευθυντήριες οδηγίες και μη ικανοποιητικώς μελετημένος στη βιβλιογραφία. Η μοναδικήμετα-ανάλυση προοπτικών μελετών αποκλειστικά σε πληθυσμό δευτερογενούς πρόληψηςχρονολογείται από το 2020, περιλαμβάνοντας μόλις 7 μελέτες, ενώ έκτοτε έχουνδημοσιευθεί σημαντικά νέα δεδομένα που καθιστούν επιτακτική μια επικαιροποιημένηανασκόπηση. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης ήταν η σύνθεση της διαθέσιμηςβιβλιογραφίας για τη συσχέτιση της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή με κλινικέςεκβάσεις σε ασθενείς με εγκατεστημένο ΚΑΝ.Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE,Scopus, Embase και Cochrane Library από την ίδρυσή τους έως τον Φεβρουάριο 2026.Κριτήριο ένταξης αποτέλεσαν προοπτικές μελέτες ενηλίκων με τεκμηριωμένο ΚΑΝ, πουαξιολογούσαν την προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή και ανέφεραν κλινικές εκβάσεις(ολική θνησιμότητα, καρδιαγγειακή

θνησιμότητα, υποτροπή ΚΑΝ). Υπολογίστηκανσυγκεντρωτικοί λόγοι κινδύνου (Risk Ratio, RR) και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) μεμοντέλα σταθερών και τυχαίων επιδράσεων. Η μεταξύ-μελετών ετερογένειαποσοτικοποιήθηκε με το στατιστικό I^2 και τον έλεγχο Q του Cochran. Η πιθανή μεροληψίαδημοσίευσης αξιολογήθηκε με τους ελέγχους Egger και Begg και τη μέθοδο trim-and-fill. Τοπρωτόκολλο καταχωρήθηκε στο PROSPERO (CRD420261335357).Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 13 προοπτικές μελέτες, με συνολικά 54.034 ασθενείς και άνω των 13.311συμβάντων, με διάρκεια παρακολούθησης 2–10 χρόνια. Η υψηλότερη προσκόλληση στηΜεσογειακή Διατροφή σχετίστηκε με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο ολικής θνησιμότητας(RR = 0,74, 95%ΔΕ: 0,65–0,84), καρδιαγγειακής θνησιμότητας (RR = 0,84, 95%ΔΕ: 0,75–0,94)και υποτροπής ΚΑΝ (RR = 0,60, 95%ΔΕ: 0,39–0,92). Οι αναλύσεις ευαισθησίαςεπιβεβαίωσαν την αξιοπιστία των ευρημάτων. Δεν ανιχνεύθηκε μεροληψία δημοσίευσηςγια τις εκβάσεις θνησιμότητας.Συμπεράσματα: Η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή συνδέεται με σημαντική μείωση ολικήςθνησιμότητας (26%), καρδιαγγειακής θνησιμότητας (16%) και υποτροπής ΚΑΝ (40%) σεασθενείς με εγκατεστημένο ΚΑΝ. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ένταξη της ΜεσογειακήςΔιατροφής ως αναπόσπαστου στοιχείου στρατηγικών δευτερογενούς πρόληψης,συμπληρωματικά της φαρμακευτικής αγωγής.



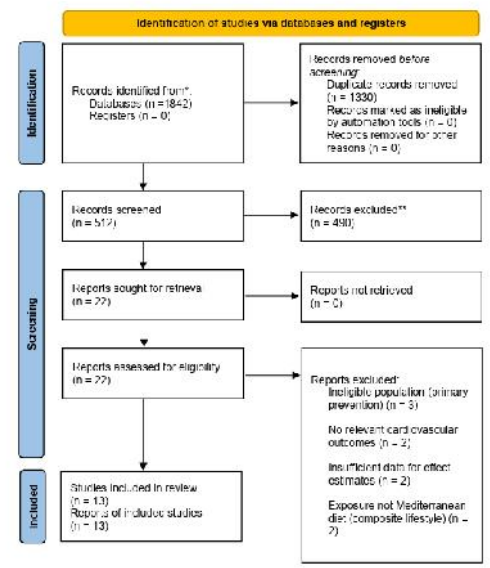


Figure 1. Flow-diagram of the meta-analysis

Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

ΑΑ128|Κοπεπτίνη, υψηλής ευαισθησίας καρδιακή τροπονίνη και Heart score ως εργαλεία διαστρωμάτωσης κινδύνου ασθενών με οξύ θωρακικό άλγος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Σ. Μπεζάτη[1], Δ. Ματσίρας[1], Ε. Κιουρή[1], Λ. Μάρκος[1], Ι. Βεντούλης[2], Α. Διακαντώνης[1], Χρ. Βέρρας[3], Β. Μπιστόλα[1], Ε. Πολυζωγοπούλου, Ι. Παρίσης[4]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, [2]Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Τμήμα Εργοθεραπείας, [3] Πανεπιστημιακό Κλινική Επειγόντων Περιστατικών Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»-ΓΝΔΑ «Αγία Βαρβάρα», [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η έγκαιρη διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με οξύ θωρακικό άλγος στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι απαραίτητη. Ο συνδυασμός βιοδεικτών και βαθμολογιών που ποσοτικοποιούν τον κίνδυνο, όπως το Heart Score (HS) μπορούν να συνδράμουν στον γρήγορο αποκλεισμό του Οξέος Εμφράγματος του Μυοκαρδίου (ΟΕΜ) χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος (Non ST elevation Myocardial Infarction, NSTEMI) σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου. Σκοπός: Να αξιολογηθεί η επιπρόσθετη διαγνωστική αξία της κοπεπτίνης σε συνδυασμό με hs cTnT κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ (στρατηγική διπλού δείκτη-Dual Marker Strategy, DMS) και η επιπρόσθετη διαγνωστική αξία της προσθήκης μιας βαθμολογίας χαμηλού κινδύνου Heart Score (0-3) στη μέτρηση της κοπεπτίνης κατά την προσέλευση. Μέθοδος: Σε μια μονοκεντρική προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη διαγνωστικής ακρίβειας (ΤΕΠ, ΕΒΔ347/02/07/2021), από Σεπτέμβριο 2021 έως Οκτώβριο 2023, συμπεριελήφθησαν 102 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ με θωρακικό άλγος διάρκειας <6 ώρες· δεν συμπεριελήφθησαν ασθενείς με STEMI. Στο σύνολο του πληθυσμού (N=102) μετρήθηκαν τα επίπεδα κοπεπτίνης και hs cTnT κατά την προσέλευση και υπολογίστηκε το HS. Η στατιστική ανάλυση συνέκρινε την διαγνωστική ακρίβεια της DMS (όριο κοπεπτίνης <0 pmol/L, hs cTnT <4 ng/L) και του συνδυασμού κοπεπτίνη και HS(0-3), για τον αποκλεισμό NSTEMI. Αποτελέσματα: Το 59.8% του πληθυσμού ήταν άνδρες, μέση ηλικία 76±18 έτη. Το 8.8% των ασθενών διαγνώσθηκε με NSTEMI. Η DMS κατά την προσέλευση έδειξε ευαισθησία 88.9% (95%CI: 51.75–99.72) και αρνητική προγνωστική αξία (NPV) 98.5% (95%CI: 90.94–99.76). Η προσθήκη ενός χαμηλού HS (0-3) βελτίωσε τη διαγνωστική απόδοση καθώς αυξήθηκαν η ευαισθησία και η NPV [100% (95%CI: 66.4-100) και 100% (95%CI: 91.6-100)], αντίστοιχα. Η DMS απέκλεισε αποτελεσματικά το NSTEMI στο 62.7% των ασθενών κατά την προσέλευση (64/102), με 1 ψευδώς αρνητικό περιστατικό. Η προσθήκη του χαμηλού HS στην κοπεπτίνη αύξησε την ασφάλεια, αποκλείοντας το 41.2% των ασθενών (42/102), χωρίς ψευδώς αρνητικά περιστατικά. Συμπέρασμα: Η εφαρμογή της στρατηγικής διπλού βιοδείκτη σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς βάσει του HS, ενδέχεται να βελτιώσει την διαγνωστική ακρίβεια και την ασφάλεια του γρήγορου αποκλεισμού του NSTEMI σε ασθενείς με υποψία ΟΕΜ από τη στιγμή της προσέλευσης στο ΤΕΠ.

Στρατηγικές αποκλεισμού του NSTEMI	Ευαισθησία	NPV	Ειδικότητα	PPV
DMS	**88.9**	**98.5**	**68.8**	**21.6**
	51.7 - 99.7	90.9 - 99.8	58.4 - 78	15.9 - 28.7
Copeptin_10pmol/L_Heart_Score (0-3)	**100**	**100**	**45.16**	**15**
	66.4-100	91.6-100	34.8-55.8	12.8-17.5

Πίνακας 1. Διαγνωστική απόδοση της στρατηγικής διπλού βιοδείκτη (DMS) (όριο κοπεπτίνης <10 pmol/L, hs cTnT <14 ng/L) και ενός χαμηλού κινδύνου Heart score (0-3) σε συνδυασμό με τη μέτρηση της κοπεπτίνης (όριο αποκοπής <10 pmol/L), κατά την προσέλευση, για τον αποκλεισμό του NSTEMI.

AA129|Physiological Phenotyping of Coronary Artery Disease: Clinical Implications of Diffuse Patterns and the Predictive Value of Pressure Pullback Analysis

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction and Aim: The clinical efficacy of Percutaneous Coronary Intervention (PCI) is profoundly influenced by the spatial distribution of atherosclerotic burden. While focal lesions respond well to stenting, diffuse coronary artery disease (CAD)—typically characterized by long lesions (>20 mm)—frequently yields suboptimal hemodynamic and clinical outcomes. This study aims to synthesize literature supporting the limited efficacy of PCI in diffuse disease and to evaluate the predictive utility of fractional flow reserve (FFR), instantaneous wave-free ratio (iFR), and the pullback

pressure gradient (PPG) index in forecasting post-PCI results. Material and Methods: A systematic review was conducted across PubMed, Embase, and the Cochrane Library through June 2026. Data were extracted from landmark physiology-guided trials, including ORBITA-2, TARGET FFR, DEFINE-pci, and the Multivessel TALENT trial. The analysis focused on the correlation between pre-procedural physiological patterns, assessed via pressure wire pullbacks, and post-procedural outcomes such as residual ischemia and Vessel-Oriented Composite Endpoints (VOCE). Results: Evidence confirms that lesion length> mm is a robust predictor of "physiological failure" post-PCI. In the placebo-controlled ORBITA-2 trial, patients with focal disease derived significantly greater benefit from PCI regarding symptom relief compared to those with diffuse disease (OR: 1.80). Analytically, a low PPG index (<0.78) identifies a diffuse phenotype where pressure loss is distributed along the vessel. Such patterns are independently associated with an inability to achieve an optimal post-PCI FFR of ≥0.90. Furthermore, iFR and FFR pullback curves allow for the calculation of the pressure gradient per millimeter (dP/dx). The absence of a "major gradient" in long lesions signifies that stenting will likely result in persistent residual gradients. Data indicate that up to 24% of patients have persistent ischemia post-PCI, largely due to misidentified diffuse disease during angiographic assessment. Conclusions: Diffuse CAD is a primary driver of suboptimal PCI outcomes. Longitudinal physiological assessment via pullback curves and the PPG index is superior to angiography for predicting stenting success. In long, diffuse lesions without a focal hemodynamic drop, the net clinical benefit of PCI is marginal, suggesting optimized medical therapy or bypass surgery as preferable alternatives.

AA130|Σύγχρονες χειρουργικές στρατηγικές και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα μετά από χειρουργική αποκατάσταση της ανώμαλης έκφυσης στεφανιαίας αρτηρίας από την αορτή (AAOCA): Δεδομένα από το Ευρωπαϊκό Μητρώο EUROAAOCA

Ν. Χακίμ[1], **Ε. Πρωτόπαππας**[1], M.Lo Rito[2], A. Suchodolski[3], M. Padalino[4], G. Sarris[5]

[1]Β' Παιδοκαρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου "Μητέρα", *[2]Department of Congenital Cardiac Surgery, IRCCS Policlinico San Donato, Piazza Edmondo Malan 2, San Donato Milanese 20097, Italy*, *[3]University Silesian Center for Heart Diseases (SCHD), Zabrze, Poland*, *[4]Pediatric and Congenital Cardiac Surgery, University of Bari, Medical School, Bari, Italy*, *[5]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ*

Εισαγωγή: Η ανώμαλη αορτική έκφυση στεφανιαίας αρτηρίας (Anomalous Aortic Origin of a Coronary Artery – AAOCA) αποτελεί σπάνια συγγενή ανωμαλία με δυνητικά σοβαρές κλινικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της μυοκαρδιακής ισχαιμίας και του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Παρά την αυξανόμενη αναγνώριση της νόσου, τα προοπτικά πολυκεντρικά δεδομένα σχετικά με τις χειρουργικές τεχνικές και τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα παραμένουν περιορισμένα. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν ασθενείς με AAOCA που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση και είχαν καταγραφεί προοπτικά στο ευρωπαϊκό πολυκεντρικό μητρώο EUROAAOCA. Καταγράφηκαν τα ανατομικά χαρακτηριστικά, η χειρουργική τεχνική που εφαρμόστηκε και η κλινική πορεία κατά την παρακολούθηση. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση για την αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονταν με την επιλογή τεχνικών διαφορετικών από την αποστέγαση (unroofing). Αποτελέσματα :Από τους 606 ασθενείς του μητρώου, 148 (24,4%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ δεδομένα μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν διαθέσιμα για 120 από αυτούς (81,1%). Η διάμεση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν 40,1 έτη, με 63,5% άνδρες. Πορεία ανάμεσα στα δύο μεγάλα αγγεία παρουσίαζε το 90,5% των ασθενών, ενώ ενδοτοιχωματική ανατομία καταγράφηκε στο 72,1%.Η συχνότερη χειρουργική τεχνική ήταν η αποστέγαση της στεφανιαίας αρτηρίας (unroofing), η οποία εφαρμόστηκε στο 65,5% των περιπτώσεων. Άλλες τεχνικές περιλάμβαναν αορτοστεφανιαία παράκαμψη (10,1%), επανεμφύτευση στεφανιαίας αρτηρίας (9,5%), επέμβαση Vouhé (5,4%), οστιοπλαστική (2,7%) και λοιπές τεχνικές (5,4%).Κατά τη διάμεση παρακολούθηση των 2,5 ετών, το 25% των χειρουργηθέντων ασθενών ανέφερε συμπτώματα, το 20% παρουσίαζε εμμένοντα συμπτώματα και το 10% εμφάνισε καρδιαγγειακά συμβάματα. Η ενδοτοιχωματική πορεία και το σχισμοειδές στόμιο συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με αυξημένη πιθανότητα επιλογής της τεχνικής unroofing. Συμπεράσματα: Η χειρουργική αντιμετώπιση της AAOCA στην Ευρώπη βασίζεται κυρίως στην τεχνική unroofing, ενώ οι εναλλακτικές μέθοδοι εφαρμόζονται σε επιλεγμένους ασθενείς με συγκεκριμένα ανατομικά χαρακτηριστικά. Παρά την καλή συνολική πρόγνωση και τη χαμηλή συχνότητα σοβαρών καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών εξακολουθεί να παρουσιάζει υπολειπόμενα συμπτώματα κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν μια εξατομικευμένη, ανατομικά προσαρμοσμένη χειρουργική προσέγγιση στη διαχείριση των ασθενών με AAOCA, αλλά και προβληματισμό για την πιθανή ανάγκη και ενδελεχέστερης αντικειμενικής τεκμηρίωση της τεχνικής αρτιότητας της επέμβασης και εξάλειψης της ισχαιμίας πρώϊμα μετεγχειρητικά σαν βάση μετέπειτα παρακολούθησης και συμβουλευτικής για φυσικές δραστηριότητες.

AA131|Ο ρόλος του φύλου στην αντιμετώπιση του ΟΣΣ: Υπάρχει διαφορά;

Δ. Ζαχαράκης[1], Ν. Τσιάμης[1],Ε. Μιχαηλίδου[1], Θ. Τσαλταμπάσης[1], Α. Ρωμηού[1], Ν. Βαλλιάνου[2], Δ. Βλαχομήτρος[1], Δ. Καλαϊτζίδης[1], Μ. Σαραντινού[1], Ι. Μαυρογένης[1], Γ. Τσιτσινάκης[1], Γ. Αρματάς[1], Χρ. Τούντας[1], Α. Κακκάβας[1], Α. Κίτσιου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Α Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο*,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Παρά τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες, διεθνείς καταγραφές αναφέρουν συχνά την ύπαρξη ανισοτήτων (gender gaps) στην αντιμετώπιση του Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου (ΟΣΣ) μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν τη νόσο σε μεγαλύτερη ηλικία και, παραδοσιακά, ενδέχεται να υποεκπροσωπούνται στις επεμβατικές στρατηγικές. ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά εισαγωγής (ηλικία), την επιλογή θεραπευτικής στρατηγικής (επεμβατική έναντι συντηρητικής) και τη διάρκεια νοσηλείας, σε συνθήκες πραγματικής κλινικής πρακτικής.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν αναδρομικά 267 διαδοχικοί ασθενείς (209 άνδρες και 58 γυναίκες) που νοσηλεύτηκαν με διάγνωση ΟΣΣ. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, οι ημερομηνίες εισαγωγής/εξιτηρίου για τον υπολογισμό της διάρκειας νοσηλείας (Length of Stay) και η στρατηγική αντιμετώπισης (PCI ή συντηρητική). Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν το t-test (ανεξάρτητα δείγματα), η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U και ο έλεγχος Chi-square (x2), με όριο στατιστικής σημαντικότητας p<0.05.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο μελετώμενο δείγμα, παρατηρήθηκε ισχυρή στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία εμφάνισης του ΟΣΣ. Οι γυναίκες ήταν σημαντικά μεγαλύτερες κατά την εισαγωγή τους συγκριτικά με τους άνδρες (72.1 ± 12.3 έτη έναντι 66.8 ± 13.4 ετών, p=0.005).Όσον αφορά τη θεραπευτική προσέγγιση, καταγράφηκε μια τάση συχνότερης παραπομπής των ανδρών σε επεμβατική στρατηγική (PCI) συγκριτικά με τις γυναίκες (84.5% έναντι 74.1%). Αντίστοιχα, η αποκλειστικά συντηρητική αντιμετώπιση εφαρμόστηκε στο 16.9% των γυναικών έναντι του 11.5% των ανδρών. Ωστόσο, η διαφορά αυτή δεν άγγιξε τα όρια της στατιστικής σημαντικότητας (p=0.101). Τέλος, η διάμεση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων (6.0 ημέρες για τους άνδρες έναντι 7.0 ημερών για τις γυναίκες, p=0.628).ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο σύγχρονο κλινικό περιβάλλον, επιβεβαιώνεται ότι οι γυναίκες συνεχίζουν να προσέρχονται με ΟΣΣ σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τους άνδρες. Αν και παρατηρείται μια ήπια τάση για συχνότερη επιλογή συντηρητικής αντιμετώπισης στις γυναίκες (πιθανώς λόγω ηλικίας ή συνοδών νοσημάτων), η ανισότητα στην εφαρμογή επεμβατικής αντιμετώπισης δεν είναι στατιστικά σημαντική.

AA132|Biomarkers for Coronary Artery Disease - Beyond CRP

K. Ntalapa[1], P. Angelopoulos[2]

[1]Κέντρο Υγείας Πραμάντων , *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction and Aim: Coronary Artery Disease (CAD) remains the primary cause of global cardiovascular mortality. While high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) has traditionally served as the hallmark of systemic inflammation in atherosclerosis, its non-specific nature limits its diagnostic precision and prognostic value in complex clinical scenarios. The aim of this study is to perform a comprehensive data collection and systematic analysis of novel and emerging biomarkers that extend beyond CRP, evaluating their clinical utility in the diagnosis, risk stratification, and prognostic monitoring of CAD.Material and Methods: A systematic and exhaustive search was conducted across multiple electronic databases, including PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, and the Cochrane Library, covering literature up to June 2026. The search strategy utilized MeSH terms and keywords such as "coronary artery disease," "biomarkers," "proteomics," and "metabolomics," excluding studies focused solely on CRP. Data extraction emphasized biomarker sensitivity, specificity, and their pathophysiological roles in plaque stability, myocardial stress, and vascular remodeling.Results: The analysis identified several high-potential biomarker categories. Cardiac Troponins (hs-cTnI/T) continue to lead in acute scenarios, while Natriuretic Peptides (NT-proBNP) provide critical prognostic data on hemodynamic stress. Beyond these, "next-generation" biomarkers showed significant promise: Growth Differentiation Factor-15 (GDF-15) and Soluble ST2 (sST2) emerged as potent indicators of myocardial fibrosis and remodeling. Adhesion molecules (sICAM-1, sVCAM-1) and Matrix Metalloproteinases (MMPs/TIMPs) provided insights into plaque vulnerability. Furthermore, emerging evidence highlights MicroRNAs (e.g., miR-133, miR-208) and trimethylamine N-oxide (TMAO) as novel metabolic and genetic regulators of coronary risk. Conclusions: Shifting the focus beyond CRP reveals a multi-dimensional landscape of CAD biomarkers. Integrating these diverse biological signals into multi-marker panels offers a more granular approach to patient risk stratification. Future clinical practice should prioritize these specific indicators to achieve precision medicine in cardiology, moving from general inflammatory assessment to targeted molecular profiling.

AA133|Coronary tortuosity, γυναικείο φύλο και στηθάγχη: ένας αγγειογραφικός φαινότυπος συμβατός με ANOCA/INOCA σε ασθενείς με θετικές δοκιμασίες ισχαιμίας

Σ. Λιναρδάκης[1], **Ν. Αρνάς**[1], Ν. Κατσίλλης[1], Α. Πλαΐτης[2], Ν. Παπακωνσταντίνου[1], Ε. Μπούσουλα[1], Α. Δημόπουλος[1], Γ. Γαβριελάτος[1], Ν. Πατσουράκος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή/Σκοπός: Η στηθάγχη/ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο (ANOCA/INOCA) αποτελεί συχνό κλινικό πρόβλημα, ιδίως στις γυναίκες, και σχετίζεται με μικροαγγειακή δυσλειτουργία ή/και αγγειοσπασμό. Παράλληλα, η ελικοειδής πορεία των στεφανιαίων αγγείων (coronary tortuosity) έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με διαταραχή της στεφανιαίας αιμοδυναμικής, μεταβολές του wall shear stress και πιθανή μείωση της στεφανιαίας εφεδρείας ροής. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί εάν η συνύπαρξη coronary tortuosity, γυναικείου φύλου, στηθάγχης και θετικών δοκιμασιών ισχαιμίας, χωρίς αντίστοιχη αποφρακτική νόσο-στόχο, συγκροτεί έναν διακριτό ANOCA/INOCA-like αγγειογραφικό φαινότυπο.Υλικό και μέθοδος: Αναλύθηκαν αναδρομικά 1.061 ασθενείς που υποβλήθηκαν εντός διετίας σε επεμβατική στεφανιογραφία μετά από θετικό σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου (SPECT), δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία (stress echo), δοκιμασία κόπωσης ή αξονικη στεφανιογραφία (CTCA). Ως coronary tortuosity ορίστηκε ο συνδυασμός πολλαπλών καμπών, δηλαδή ≥3 καμπές γωνίας ≥45° σε μεγάλη επικαρδιακή αρτηρία, και αυξημένου δείκτη ελικοειδούς πορείας. Ο δείκτης tortuosity index (TI) υπολογίστηκε στον LAD ως ο λόγος πραγματικού μήκους του αγγείου προς ευθύγραμμη απόσταση· τιμές TI>1,3 θεωρήθηκαν παθολογικές, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Καταγράφηκαν παράγοντες κινδύνου, στηθάγχη και ανατομική συσχέτιση ισχαιμικής περιοχής–στεφανιογραφίας. Αποτελέσματα: Coronary tortuosity ανευρέθηκε σε 169/1.061 ασθενείς (15,9%) και ήταν συχνότερη στις γυναίκες έναντι των ανδρών [97/261 (37,2%) έναντι 72/800 (9,0%), p<0,001]. Οι ασθενείς με coronary tortuosity είχαν χαμηλότερη ανατομική συσχέτιση θετικής δοκιμασίας–στεφανιογραφίας [15/169 (8,9%) έναντι 513/892 (57,5%), p<0,001]. Στις γυναίκες με coronary tortuosity, η μέση ηλικία ήταν 67,9 έτη, υπέρταση υπήρχε σε 65/97 (67,0%), αυξημένο BMI σε 55/97 (56,7%), δυσλιπιδαιμία σε 78/97 (80,4%) και στηθάγχη σε 36/97 (37,1%). Ανατομική συσχέτιση παρατηρήθηκε μόνο σε 5/97 (5,2%) (Πίνακας 1).Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας συνδέουν τη βιβλιογραφική υπόθεση αιμοδυναμικής επίδρασης της coronary tortuosity με έναν κλινικά αναγνωρίσιμο φαινότυπο: γυναίκες με θετικές δοκιμασίες ισχαιμίας, στηθάγχη και πολύ χαμηλή ανατομική αντιστοίχιση με αποφρακτική νόσο. Η coronary tortuosity δεν τεκμηριώνει από μόνη της μικροαγγειακή δυσλειτουργία, μπορεί όμως να λειτουργήσει ως αγγειογραφικός δείκτης πιθανού ANOCA/INOCA-like φαινοτύπου.

Πίνακας 1. Κλινικά και αγγειογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών με και χωρίς ελικοειδή στεφανιαία αγγεία (coronary tortuosity)

Μεταβλητή	Γυναίκες με ελικοειδή αγγεία (n=97)	Γυναίκες χωρίς ελικοειδή αγγεία (n=164)
Ηλικία, έτη	67,9	67,0
Υπέρταση	65 (67,0%)	119 (72,6%)
Υπέρβαρο	55 (56,7%)	78 (47,6%)
Δυσλιπιδαιμία	78 (80,4%)	124 (75,6%)
Σακχαρώδης διαβήτης	33 (34,0%)	55 (33,5%)
Κάπνισμα	38 (39,2%)	85 (51,8%)
Στηθάγχη	36 (37,1%)	70 (42,7%)
Ανατομική συσχέτιση με τη στεφανιογραφία	5 (5,2%)	90 (54,9%)

Υποσημείωση: Ως ελικοειδή στεφανιαία αγγεία ορίστηκαν τα αγγεία με τουλάχιστον 3 καμπές γωνίας ≥45° σε μεγάλη επικαρδιακή στεφανιαία αρτηρία.

Ο δείκτης ελικοειδούς πορείας (tortuosity index, TI) υπολογίστηκε στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD), ως ο λόγος του πραγματικού μήκους του αγγείου προς την ευθύγραμμη απόσταση μεταξύ αρχικού και τελικού σημείου.

ΑΑ134|Όταν ο θετικός έλεγχος ισχαιμίας δεν αντιστοιχεί σε αποφρακτική νόσο-στόχο: στεφανιογραφικά δεδομένα από την καθημερινή καρδιολογική πράξη

Σ. Λιναρδάκης[1], **Ν. Πατσουράκος**[1], Ν. Κατσίλλης[1], Σ. Παντζαρτζή[1], Α. Γιαννακόδημος[1], Ν. Παπακωνσταντίνου[1], Έ. Μπούσουλα[1], Α. Δημόπουλος[1], Γ. Γαβριελάτος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο θετικός μη επεμβατικός έλεγχος ισχαιμίας ή στεφανιαίας νόσου οδηγεί συχνά σε επεμβατική στεφανιογραφία. Ωστόσο, η ανατομική επαλήθευση των ευρημάτων δεν είναι πάντοτε δεδομένη. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συχνότητα ανατομικής συσχέτισης μετά από θετικό μη επεμβατικό έλεγχο και να διερευνηθεί ποια ισχαιμικά τοιχώματα επαληθεύονται λιγότερο συχνά στη στεφανιογραφία. Υλικό και μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 1.061 ασθενείς, σε χρονικό διάστημα 2 ετών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβατική στεφανιογραφία μετά από θετικό σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (SPECT), δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία (stress echo), δοκιμασία κόπωσης ή αξονική στεφανιογραφία (CTCA). Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, είδος εξέτασης, ισχαιμική περιοχή και στεφανιογραφικά ευρήματα. Ως ανατομική συσχέτιση ορίστηκε η παρουσία αγγειογραφικά σημαντικής αποφρακτικής νόσου στο αγγείο που αιματώνει την ισχαιμική περιοχή του θετικού μη επεμβατικού ελέγχου. Απουσία αποφρακτικής νόσου ή βλάβη σε μη αντίστοιχη στεφανιαία περιοχή θεωρήθηκε μη συσχετιζόμενο εύρημα. Αποτελέσματα: Ανατομική συσχέτιση παρατηρήθηκε σε 628/1.061 ασθενείς (59,2%), ενώ 433/1.061 (40,8%) δεν εμφάνισαν αντίστοιχη νόσο-στόχο. Η ανατομική επαλήθευση διέφερε σημαντικά ανάλογα με το είδος της εξέτασης: CTCA 150/197 (76,1%), δοκιμασία κόπωσης 101/182 (55,5%), SPECT 219/406 (53,9%) και stress echo 158/276 (57,2%), p<0,001. Μεταξύ των λειτουργικών δοκιμασιών, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική, p=0,160. Στην τοιχωματική ανάλυση των λειτουργικών δοκιμασιών, η χαμηλότερη αριθμητικά επαλήθευση παρατηρήθηκε στην πρόσθια/προσθιοδιαφραγματική/κορυφαία περιοχή: 155/369 (42,0%), με μη επαλήθευση σε 214/369 (58,0%). Αντίστοιχα, η επαλήθευση ήταν 167/388 (43,0%) για το κατώτερο/οπίσθιο τοίχωμα και 110/239 (46,0%) για το πλάγιο/οπισθοπλάγιο τοίχωμα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιοχών (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Σε πραγματικό πληθυσμό ασθενών με θετικό μη επεμβατικό έλεγχο ισχαιμίας ή στεφανιαίας νόσου, η ανατομική επαλήθευση στη στεφανιογραφία παρατηρήθηκε περίπου σε 6 στους 10 ασθενείς. Η CTCA παρουσίασε τη μεγαλύτερη ανατομική απόδοση, ενώ οι λειτουργικές δοκιμασίες εμφάνισαν συχνότερη λειτουργική–αγγειογραφική ασυμφωνία. Η πρόσθια/προσθιοδιαφραγματική/κορυφαία περιοχή είχε αριθμητικά τη χαμηλότερη ανατομική επαλήθευση. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η θετική μη επεμβατική εξέταση πρέπει να ερμηνεύεται σε συνδυασμό με το κλινικό προφίλ, το είδος της εξέτασης και την τοιχωματική κατανομή της ισχαιμίας.

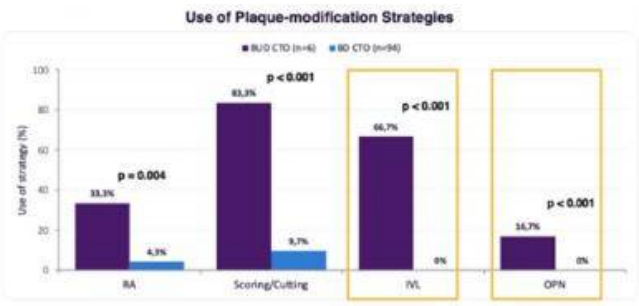
Πίνακας 1. Ανατομική επαλήθευση θετικού μη επεμβατικού ελέγχου

Κατηγορία	n	Ανατομική επαλήθευση	Χωρίς ανατομική επαλήθευση	p value
Σύνολο	**1.061**	**628 (59,2%)**	**433 (40,8%)**	
Αξονική στεφανιογραφία (CTCA)	197	150 (76,1%)	47 (23,9%)	p<0,001
Δοκιμασία κόπωσης	182	101 (55,5%)	81 (44,5%)	
Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (SPECT)	406	219 (53,9%)	187 (46,1%)	
Υπερηχοκαρδιογραφία φόρτισης (stress echo)	276	158 (57,2%)	118 (42,8%)	
Πρόσθια/προσθιοδιαφραγματική/κορυφαία περιοχή	369	155 (42,0%)	214 (58,0%)	
Κατώτερο/οπίσθιο τοίχωμα	388	167 (43,0%)	221 (57,0%)	
Πλάγιο/οπισθοπλάγιο τοίχωμα	239	110 (46,0%)	129 (54,0%)	

AA135|Balloon-undilatable CTO PCI: Experience from a high-volume CTO center.

K. Manousopoulos[1], K. Filippou[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

AIMBalloon-undilatable chronic total occlusions (CTOs), defined as lesions in which balloon passage is achieved but adequate expansion cannot be obtained, represent a clinically challenging CTO phenotype. We aimed clinical characteristics, angiographic features, procedural strategies, and outcomes of balloon-undilatable CTOs in a contemporary CTO PCI program. METHODS AND RESULTS: Among 100 CTO PCIs, balloon-undilatable lesions were identified in 6 cases (6%). Baseline clinical characteristics were broadly comparable between balloon-undilatable and balloon-dilatable CTOs, including age (64.1 ± 9.1 vs 64.6 ± 10.3 years, p = 0.90), sex distribution (male 83.3% vs 88.2%, p = 0.73), prior CABG (16.7% vs 16.1%, p = 0.97), prior PCI (66.7% vs 54.8%, p = 0.57), and impaired left ventricular function (EF <0%: 16.7% vs 19.4%, p = 0.87). In contrast, diabetes mellitus was significantly more prevalent among balloon-undilatable CTOs (83.3% vs 33.3%, p = 0.014). J-CTO scores were similar between balloon-undilatable and balloon-dilatable CTOs (1.50 ± 1.05 vs 2.03 ± 1.29, p = 0.33), with no difference in the distribution of J-CTO categories (χ^2 = 1.58, p = 0.81). Balloon-undilatable CTOs were not associated with unfavorable proximal cap morphology (blunt stump 33.3% vs 52.7%, p = 0.36) and similarly, rates of moderate-to-severe angiographic calcification did not differ compared with balloon-dilatable lesions (83.3% vs 67.7%, p = 0.43).Balloon-undilatable CTOs required escalation to plaque-fracture strategies, including rotational atherectomy (33.3% vs 4.3%, p = 0.004), scoring or cutting balloons (83.3% vs 9.7%, p < 0.001), intravascular lithotripsy (66.7% vs 0%, p < 0.001), and OPN balloons (16.7% vs 0%, p < 0.001). Procedural efficiency was preserved, with no differences in wire-crossing fluoroscopy time (13.4 ± 9.0 vs 18.4 ± 16.9 min, p = 0.47), total fluoroscopy time (46.2 ± 24.0 vs 38.7 ± 22.0 min, p = 0.42), contrast volume (365 ± 153 vs 358 ± 169 mL, p = 0.92), or radiation exposure (DAP 356 ± 344 vs 358 ± 327 Gy·cm², p = 0.99). There were no first-attempt failures among balloon-undilatable CTOs, although planned investment strategies were used more frequently than in in balloon-dilatable lesions (16.7% vs 7.5%, p = 0.47)CONCLUSIONS: BUDlesions can be successfully and safely be treated





2 PROCEDURAL EFFICIENCY — all comparable (NS)

Metric	BUD CTO	BD CTO	p-value
Wire-crossing fluoroscopy (min)	13.4 ± 9.0	18.4 ± 16.9	0.47
Total fluoroscopy (min)	46.2 ± 24.0	38.7 ± 22.0	0.42
Contrast volume (mL)	365 ± 153	358 ± 169	0.92
Radiation exposure (DAP, Gy·cm²)	356 ± 344	358 ± 327	0.99



AA136|Επιπολασμός και κλινικοί συσχετισμοί της αυξημένης υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο: μονοκεντρική αναδρομική μελέτη

Ν. Τσιάμης[1], Σ. Κωτούλας[2], Δ. Αφενδούλης[3], Α. Ρωμηού[1], Δ. Ζαχαράκης[1], Α. Κακκάβας[1], Δ. ,Μυτάς[1], Χ. Τούντας[1], Α. Κίτσιου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή — Σκοπός: Η συστηματική φλεγμονή αποτελεί βασικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό στη στεφανιαία νόσο, με την υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP) να αποτελεί τον πλέον διαδεδομένο κυκλοφορούντα δείκτη της. Μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες (CANTOS, COLCOT) ανέδειξαν ότι η αντιφλεγμονώδης θεραπεία μειώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα σε ασθενείς με hsCRP ≥ 2 mg/L. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού και των κλινικών συσχετισμών της αυξημένης hsCRP σε αδιάκριτους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πράξης. Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη διαδοχικών ασθενών που νοσηλεύθηκαν με ΟΣΣ (STEMI, NSTEMI, ασταθή στηθάγχη) στην Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν. «Σισμανόγλειο» Αθηνών, μεταξύ Ιανουαρίου 2024 και Δεκεμβρίου 2025. Μετρήθηκε hsCRP κατά την εισαγωγή ως μέρος της ρουτίνας. Ορίστηκε ως αυξημένη η hsCRP> mg/L και ως σοβαρή φλεγμονή η hsCRP> mg/L. Χρησιμοποιήθηκε συσχέτιση κατά Spearman και πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 99 ασθενείς (διάμεση ηλικία 65 έτη [IQR 58–74], 85,9% άνδρες, 54,6% STEMI). Αυξημένη hsCRP (> 2 mg/L) διαπιστώθηκε στο 67,7% των ασθενών (διάμεση hsCRP 3,8 mg/L, IQR 1,3–9,3), ενώ σοβαρή φλεγμονή (> 10 mg/L) στο 25,3%. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ STEMI και NSTEMI (διάμεση 3,3 vs 5,8 mg/L, p = 0,31). Η hsCRP συσχετίστηκε θετικά με την hs-τροπονίνη I (ρ = 0,43, p < 0,001), τα λευκοκύτταρα (ρ = 0,41), τα ουδετερόφιλα (ρ = 0,39) και το ουρικό οξύ (ρ = 0,41), και αρνητικά με το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (ρ = −0,40) και την HDL-χοληστερόλη (ρ = −0,30). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ο σακχαρώδης διαβήτης (OR 3,99, 95% CI 1,33–11,96, p = 0,013) και το κάπνισμα (OR 5,62, 95% CI 1,98–15,96, p = 0,001) αναδείχθηκαν ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη hsCRP. Συμπεράσματα: Κλινικά σημαντική αύξηση της hsCRP διαπιστώθηκε στα δύο τρίτα των ασθενών με ΟΣΣ, ενώ το ένα τέταρτο παρουσίαζε σοβαρή φλεγμονή, χωρίς διαφορά μεταξύ STEMI και NSTEMI. Ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα αποτέλεσαν ανεξάρτητους παράγοντες συσχέτισης με αυξημένη hsCRP. Η συστηματική μέτρηση της hsCRP κατά την εισαγωγή με ΟΣΣ μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση ασθενών με υψηλό φλεγμονώδες φορτίο και υποψηφίων για αντιφλεγμονώδη θεραπεία στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης.

Characteristic	Overall (n = 99)	hsCRP ≤ 2 (n = 32)	hsCRP > 2 (n = 67)	p
Age, years	65.0 (58.0–73.5)	66.0 (57.0–72.3)	65.0 (58.5–73.5)	0.783
Male sex	85 (86)	29 (91)	56 (84)	0.539
STEMI	54 (55)	18 (56)	36 (54)	1.000
Hypertension	52 (53)	16 (50)	36 (55)	0.836
Diabetes mellitus	34 (35)	6 (19)	28 (42)	0.037
Dyslipidaemia	57 (58)	19 (59)	38 (58)	1.000
Current smoker	49 (50)	9 (28)	40 (61)	0.005
Signs of heart failure	21 (21)	3 (9)	18 (27)	0.073
Atrial fibrillation	13 (13)	2 (6)	11 (17)	0.214
Chronic kidney disease	5 (5)	0 (0)	5 (8)	0.170
LVEF, %	45.0 (40.0–55.0)	45.0 (44.2–55.3)	40.0 (35.0–51.2)	0.031
hs-Troponin I, ng/L	380.0 (134.8–4416.5)	231.0 (34.0–625.0)	438.0 (179.0–5846.0)	0.036
WBC, ×10³/μL	10.9 (8.6–13.5)	8.6 (7.0–10.5)	12.6 (9.5–14.3)	<0.001
Neutrophils, ×10³/μL	7.6 (5.5–10.2)	5.4 (4.2–7.7)	9.0 (6.5–10.8)	0.001
Platelets, ×10³/μL	249.5 (220.2–315.0)	221.0 (187.0–254.0)	265.0 (237.0–342.0)	0.002
Creatinine, mg/dL	1.0 (0.9–1.2)	1.0 (0.8–1.1)	1.0 (0.9–1.2)	0.903
Urea, mg/dL	40.0 (31.0–48.5)	36.5 (29.8–44.2)	41.0 (31.5–48.5)	0.169
Uric acid, mg/dL	5.9 (4.8–6.6)	5.4 (4.8–6.2)	6.0 (5.0–7.7)	0.013
HbA1c, %	6.0 (5.7–6.6)	5.9 (5.5–6.2)	6.2 (5.8–6.8)	0.054
LDL-C, mg/dL	82.0 (63.0–136.0)	91.0 (62.0–136.0)	80.0 (65.2–130.5)	0.541
HDL-C, mg/dL	41.0 (34.0–48.0)	45.0 (39.0–55.2)	38.5 (32.2–45.0)	0.004
Triglycerides, mg/dL	113.0 (83.0–162.0)	96.0 (71.0–135.0)	121.0 (95.0–165.2)	0.040

Table 1. Baseline characteristics of the study population (n = 99), overall and by hsCRP category. Continuous variables are median (IQR); categorical variables are n (%).

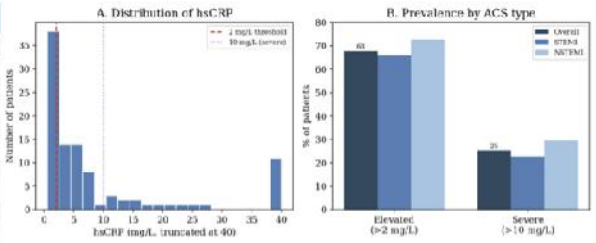


Figure 1. Distribution of hsCRP and proportion of patients with elevated (> 2 mg/L) and severe (> 10 mg/L) inflammation, overall and by STEMI vs NSTEMI presentation.

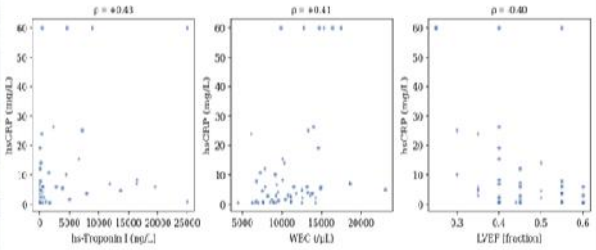


Figure 2. Correlation between hsCRP and selected clinical and laboratory parameters (hs-troponin I, white blood cell count, and left ventricular ejection fraction).

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026

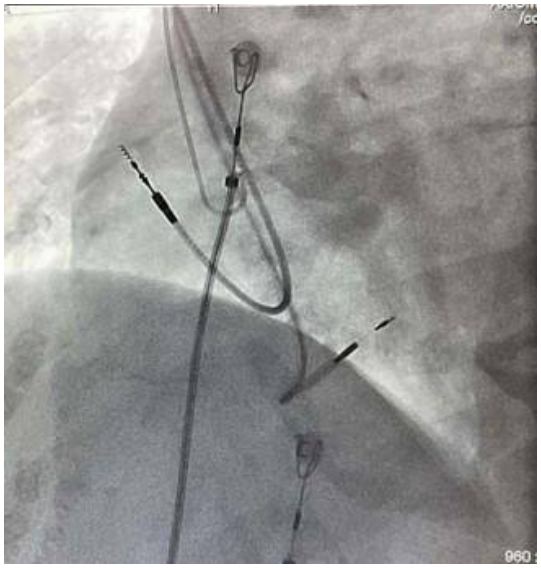
Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός ΙΙ / Arrythmias, pacing and resync II

Πρόεδροι: **Ι. Δουνδουλάκης** (Αθήνα), **Ι. Χαβελές** (Αθήνα)
Chairpersons**: I. Doundoulakis** (Athens), **I. Chaveles** (Athens)

AA137|Βηματοδότηση της περιοχής του αριστερού σκέλους του His (LBBA) σε ασθενείς με σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, συνυπάρχοντα αποκλεισμό αριστερού σκέλους και καρδιακή ανεπάρκεια με ήπια ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης.

Ε. Συμεωνίδου[1], Σ. Βάκρου[1], Γ. Φιλλιπάτος[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Σε ασθενείς με σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου (SSS) η κολπική βηματοδότηση παίζει τον πρωτεύοντα ρόλο, ενώ η κλασσική πρακτική περιλαμβάνει με ρύθμιση αλγορίθμων προστασίας να αποφεύγεται η άσκοπη κλασσική κοιλιακή βηματοδότηση, που εισάγει καταστρεπτικό δυσσυχρονισμό. Όταν συνυπάρχουν με το παραπάνω σύνδρομο LBBB και καρδιακή ανεπάρκεια με ήπια ελαττωμένο ΚΕ (HFmrEF), είναι λογική η επιλογή βηματοδότησης επανασυγρονισμού (CRT) για διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης NYHA, αν και αυτή η στρατηγική παραμένει αμφιλεγόμενη στην HFmrEF. Υπάρχουν αποδείξεις τελευταία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της κοιλιακής βηματοδότησης από το σύστημα αγωγής και ειδικά την περιοχή του αριστερού σκέλους του His (LBBA) σαν εναλλακτικό της CRT.Σκοπός: Παρουσιάζουμε την βραχυπρόθεσμη έκβαση επιτυχούς LBBA βηματοδότησης σε ασθενείς με SSS, συνυπάρχοντα LBBB και καρδιακή ανεπάρκεια με ελαφρώς μειωμένο ΚΕ (HFmrEF). Μέθοδοι: Οκτώ ασθενείς 3♀, 5♂, μέση ηλικία 72± 4 έτη με SSS (προσυγκοπή, συγκοπή, παύσεις-παροξυσμική AF), LBBB (QRS≥150ms), HFmrEF, NYHA II, παρά τη βέλτιση κατευθυνόμενη από τις κατευθυντήριες οδηγίες αγωγή (GDMT). Υποβλήθηκαν σε επιτυχή εμφύτευση DDDR βηματοδότη και LBBA καιλιακή βηματοδότηση με ηλεκτρόδιο χωρίς αυλό. Διασφαλίσθηκε εξατομικευμένα η βέλτιστη απόδοση της συσκευής. Προ της εμφύτευσης καθώς και 6 μήνες μετά την εμφύτευση υποβλήθηκαν σε εκτίμηση λειτουργικότητας (υπερηχογράφημα, 6-min βάδισης test και βιοδείκτες) καθώς και μετρήσεις αναφερόμενης έκβασης από τον ασθενή (PROMs): ερωτηματολόγια εκτίμησης ποιότητας ζωής KCCQ-12 και MLHFQ. Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς μετά την εμφύτευση και κατά την 6μηνη παρακολούθηση εκτός από την εξάλειψη των αποδιδόμενων στο SSS συμπτωμάτων και απουσία υποτροπής AF, εμφάνισαν στενό QRS (160±10ms vs 110±9ms, p< 0.01, με ατελή RBBB, σημαντική βελτίωση του ΚΕ (45%± 3% vs 55%±5%, p< 0.01, GLVMWE (85% vs 88% p=0.08), καλύτερη απόδοση στο 6MWD (109±20 vs 150±12 p<0.02) και σημαντική ελάττωση των επιπέδων NT-proBNP (1950±100pg/ml vs 1200±100, p<0.02). Επίσης η λειτουργική κατηγορία NYHA (II vs I, p<0.01) και οι PROMs βελτιώθηκαν (KCCQ-12 35±10 vs 50±9, p < 0.01, MLHFQ 55±10 vs 40±8, p< 0.01). Συμπεράσματα: Σε περιπτώσεις SSS με επιπρόσθετα LBBB και HFmrEF, η LBBA βηματοδότηση μπορεί να αποτελεί ιδεατό εναλλακτικό της κλασσικής διπλοεστιακής βηματοδότησης. Μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και σχεδιασμός μελέτης διασταυρούμενης μετάβασης (crossover) σε μεγαλύτερο πληθυσμό απαιτούνται για ακριβέστερη εκτίμηση του οφέλους της.



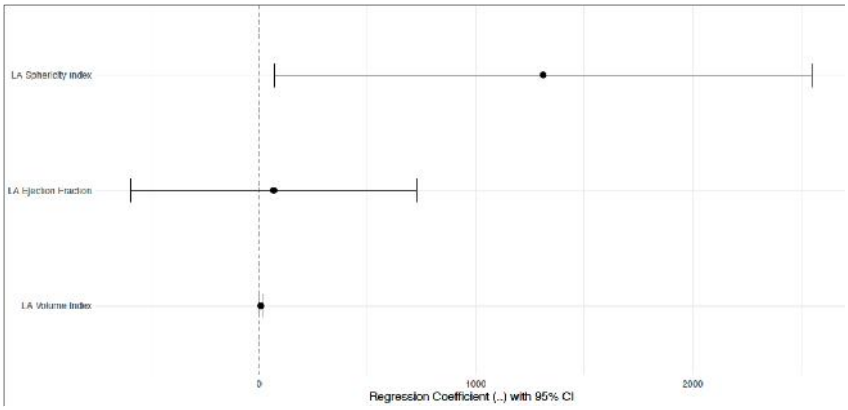
ΑΑ138|Συσχέτιση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος συμψηφισμού του επάρματος P με δείκτες αναδιαμόρφωσης του αριστερού κόλπου σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή

Α.Ε. Καρανικόλα[1], Δ. Τσιαχρής[1], Μ. Μπότης[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Π. Ξύδης[1], Κ. Παμπόρης[1], Ν. Αργυρίου[1], Α. Κορδαλής[1], Κ.Τσιούφης[1]

[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*,

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) σχετίζεται με ηλεκτρική και δομική αναδιαμόρφωση του αριστερού κόλπου (ΑΚ), η οποία συμβάλλει στην εξέλιξη της νόσου και στην υποτροπή της αρρυθμίας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα συμψηφισμού του επάρματος P (P-wave signal-averaged ECG, P-SAECG) επιτρέπει λεπτομερή αξιολόγηση της κολπικής αγωγής, ωστόσο η σχέση των παραμέτρων του με τους δείκτες αναδιαμόρφωσης του ΑΚ δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των παραμέτρων του P-SAECG και υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών δομικής και λειτουργικής αναδιαμόρφωσης του ΑΚ. Μέθοδοι: Στην προοπτική μονοκεντρική μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΚΜ που βρίσκονταν σε φλεβοκομβικό ρυθμό κατά την ένταξη. Το P-SAECG πραγματοποιήθηκε με χρήση ορθογώνιων απαγωγών X, Y και Z, με συμψηφισμό τουλάχιστον 200 επαρμάτων P με θόρυβο <0,6 μV. Υπολογίστηκαν η μη φιλτραρισμένη και η φιλτραρισμένη διάρκεια του επάρματος P, οι τιμές root meansquare (RMS20, RMS30 και RMS40), η συνολική RMS και το ολοκλήρωμα του επάρματος P (P-wave integral). Η υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση περιλάμβανε τη διάμετρο του ΑΚ, τον δείκτη όγκου του ΑΚ (LAVi), το κλάσμα εξώθησης του ΑΚ(LAEF), το reservoir strain(LASr), τον δείκτη δυσκαμψίας(LASi) και τον δείκτη σφαιρικότητας του ΑΚ.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς (31% γυναίκες, ηλικία 62,3±10,5 έτη, 66,7% παροξυσμική ΚΜ, μέση διάμετρος ΑΚ 39.9 ± 4.2 mm). Η φιλτραρισμένη διάρκεια του επάρματος P συσχετίστηκε με τη διάμετρο του ΑΚ (p=0,018). Το ολοκλήρωμα του επάρματος P συσχετίστηκε με τον δείκτη σφαιρικότητας του ΑΚ (p=0,02) και τον LAVi (p=0,02), ενώ η RMS20 παρουσίασε οριακή συσχέτιση με το LASr (p=0,08). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μόνο η συσχέτιση του ολοκληρώματος του επάρματος P με τον δείκτη σφαιρικότητας του ΑΚ παρέμεινε ανεξάρτητα σημαντική, υποδηλώνοντας ότι η συνολική ηλεκτρική ενεργοποίηση των κόλπων ενδέχεται να αντανακλά πρώιμη γεωμετρική αναδιαμόρφωση του ΑΚ ανεξάρτητα από τον όγκο του. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις των παραμέτρων του P-SAECG με το LAEF ή τον LASi. Συμπεράσματα: Η φιλτραρισμένη διάρκεια του επάρματος P συσχετίστηκε με τη διάμετρο του ΑΚ, ενώ το ολοκλήρωμα του επάρματος P παρουσίασε ανεξάρτητη συσχέτιση με τον δείκτη σφαιρικότητας του ΑΚ, υποδηλώνοντας ότι μπορεί να αποτελέσει δείκτη πρώιμης γεωμετρικής αναδιαμόρφωσης. Ο συνδυασμός του P-SAECG με την υπερηχοκαρδιογραφία ενδέχεται να βελτιώσει τη μη επεμβατική εκτίμηση της κολπικής αναδιαμόρφωσης σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή.

Parameter	LA diameter	LAVi	LA sphericity index	LA ejection fraction	LA Reservoir strain	LASi
P-wave filtered duration	**r^2 = 0.144, p = 0.018**	r^2 = 0.012, p = 0.83	r^2 = 0.003, p = 0.74	r^2 = 0.0068, p = 0.656	r^2 = 0.018, p = 0.411	r^2 = 0.0057, p = 0.656
RMS_{20}	r^2 = 0.01, p = 0.24	r^2 = 0.01, p = 0.54	r^2 = –0.01, p = 0.508	r^2 = 0.036, p = 0.12	r^2 = 0.052, p = 0.08	r^2 = –0.02, p = 0.681
Integral of P-wave	r^2 = –0.02, p = 0.89	**r^2 = 0.1304, p = 0.02**	**r^2 = 0.1388, p = 0.02**	r^2 = 0.02, p = 0.17	r^2 = 0.0006, p = 0.88	r^2 = –0.02, p = 0.7

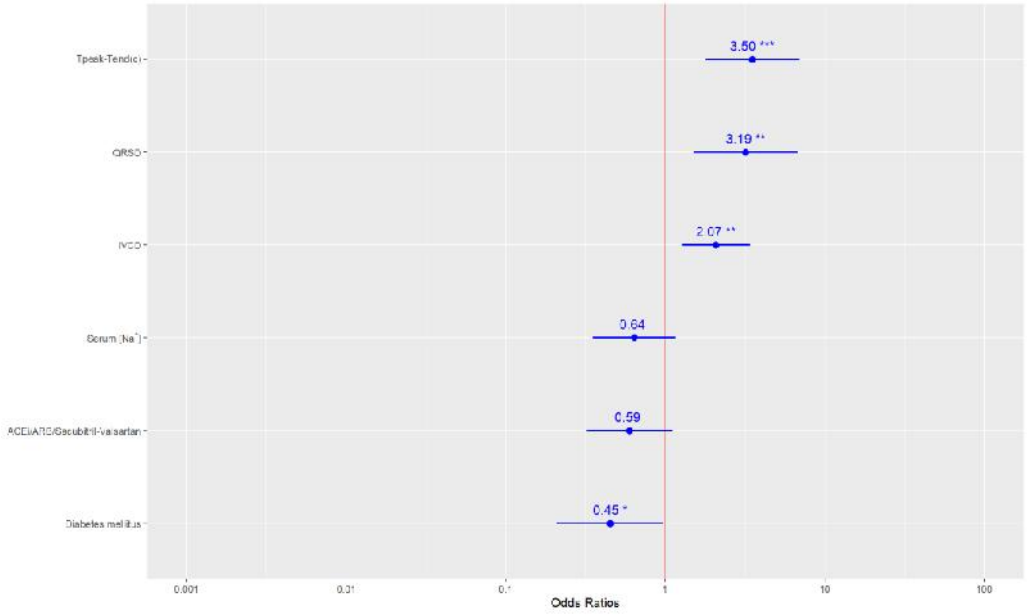


AA139|Evaluation of Tpeak-Tend(c) for Ventricular Arrhythmia Risk Stratification in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction Undergoing ICD/CRT-D Implantation

D. Sfairopoulos[1], G. Seitidis[2], K. Siaravas[1], G. Tasioula[1], C. Katsouras[1], P. Korantzopoulos[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Department of Psychology, University of Ioannina, Ioannina, Greece.

Background & Aim: Risk stratification for ventricular arrhythmias (VAs) remains a major challenge in patients with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). This study aimed to evaluate a repolarization-related electrocardiographic index, Tpeak-Tend(c), in relation to VA events during the first year after ICD/CRT-D implantation in patients with HFrEF. Materials & Methods: We retrospectively analyzed HFrEF patients undergoing ICD/CRT-D implantation. QRS duration (QRSd), Tpeak–Tend, and QT intervals were measured in lead V5. For QRSd ≥120 ms, the modified QT interval (QTm) was calculated using Bogossian's formula. QT and QTm were corrected using Fridericia's formula and denoted QTm(c). Tpeak–Tend was similarly corrected, yielding Tpeak–Tend(c). QRS dispersion (QRSD) and QT dispersion (QTD) were also calculated. Results: The 139 patients were divided into two groups based on VA event occurrence during the one-year follow-up. VA events occurred in 22 (15.8%) patients; 117 (84.2%) had no events. LASSO regression identified 15 predictors explaining 48.47% of model deviance (λ = 0.02558). Backward stepwise selection retained six predictors. Firth's penalized logistic regression showed that Tpeak-Tend(c) (OR 3.50, p < 0.001), QRSD, and intraventricular conduction delay (IVCD) were significantly associated with VA events (Figure 1). Diabetes mellitus was associated with lower odds of arrhythmic events (OR 0.45, p = 0.042), likely reflecting population imbalance rather than a true association with VA risk. ACEi/ARB/Sacubitril-Valsartan use and serum sodium levels were not statistically significant but were retained in the final model (Figure 1). The model demonstrated good discriminative ability, with an optimism-corrected AUC of 0.89 (95% CI: 0.76–0.98) after bootstrap internal validation. Calibration was satisfactory, as indicated by a non-significant Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test (χ^2 = 5.97, df = 8, p = 0.650). Predictive performance was further supported by a low Brier score of 0.063. Conclusions: Tpeak-Tend(c) was independently associated with VA events and may enhance risk stratification in HFrEF patients with ICD/CRT-D.



AA140|Ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές μετά από PFA και Cryoablation: ανάλυση του κύματος P σε σειρά ασθενών με κολπική μαρμαρυγή

Π. Μανιφάβα[1], Ν. Μακρής[1], Ε.Ρεπάσος[1], Ά.Δημουλά[1], Ι. Μηλιόρδος[2], Α. Σιάνης[2], Ι. Μπούτσικος[1], Κ. Σταματελόπουλος[1], Σ. Χατζίδου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η μορφολογία του κύματος P αντανακλά την κολπική ενεργοποίηση και μπορεί να λειτουργήσει ως δείκτης υποκατάστασης της έκτασης της κολπικής βλάβης μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Η κατάλυση με ενέργεια παλμικού πεδίου (Pulsed Field Ablation,PFA) έχει μη θερμικό μηχανισμό δράσης και ενδέχεται

να επηρεάζει διαφορετικά την κολπική ενεργοποίηση σε σχέση με την κρυοκατάλυση(Cryoablation). Παράλληλα, είναι γνωστό ότι η παροξυσμική και η επίμονη ΚΜ έχουν διαφορετικό ηλεκτροφυσιολογικό υπόστρωμα, το οποίο συχνά εκδηλώνεται με διακριτές μεταβολές στο κύμα P μετά την κατάλυση. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση των μεταβολών στη διάρκεια και τη μορφολογία του κύματος P μεταξύ ασθενών με επίμονη ή παροξυσμική ΚΜ, που έλαβαν θεραπεία με PFA ή Cryoablation. Μέθοδοι/Υλικό: Στη μελέτη αναλύθηκαν δεδομένα 22 διαδοχικών ασθενών με επίμονη ή παροξυσμική ΚΜ, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με PFA ή Cryoablation. Καταγράφηκαν η διάρκεια και η μορφολογία του κύματος P στην απαγωγή II και V1 αντίστοιχα, αμέσως μετά την κατάλυση, καθώς και 24 ώρες μετά από αυτήν. Εξετάστηκε η μεταβολή αυτών των παραμέτρων ανάμεσα στα δύο χρονικά σημεία, καθώς και η επίδραση του είδους της ΚΜ και της τεχνολογίας που χρησιμοποιήθηκε, στη μεταβολή αυτή. Αποτελέσματα: Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν στα δύο είδη κατάλυσης ήταν παρόμοια. Οι ασθενείς με επίμονη ΚΜ εμφάνισαν τάση για μεγαλύτερη μείωση της διάρκειας του κύματος P στην απαγωγή II, χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική (Mann–Whitney U=29.0, exact p=0.070). Όσον αφορά τη μορφολογία, η κατάλυση με PFA προκάλεσε σημαντικά συχνότερη απώλεια του αρνητικού σκέλους του κύματος P στη V1 σε σχέση με την κρυοκατάλυση (t(14)= 3.04,p=0.009), υποδηλώνοντας πιο εκτεταμένη τροποποίηση της ενεργοποίησης του αριστερού κόλπου. Συμπεράσματα: Η κατάλυση με PFA συσχετίστηκε με σημαντικά συχνότερη απώλεια του αρνητικού τμήματος του κύματος P στην απαγωγή V1 σε σύγκριση με την κρυοκατάλυση. Αντίθετα, η μεταβολή της διάρκειας του κύματος P στην απαγωγή II δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο τεχνικών κατάλυσης ούτε μεταξύ ασθενών με παροξυσμική ή επίμονη ΚΜ, αν και παρατηρήθηκε τάση για μεγαλύτερη μείωση της διάρκειας του κύματος P στους ασθενείς με επίμονη ΚΜ. Τα ευρήματα αυτά και η κλινική τους σημασία θα πρέπει να επιβεβαιωθούν σε μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες.

Table 1

	Value	N	Percent (%)
Gender	Female	12	50
	Male	12	50
Atrial Fibrillation	Persistent	8	33.3
	Paroxysmal	16	66.7
Ablation Type	PFA	12	50.0
	Cryoablation	12	50.0
Hypertension	Yes	14	58.3
	No	10	41.7
Dyslipidemia	Yes	19	79.2
	No	5	20.8
Coronary Disease	Yes	4	16.7
	No	20	83.3
Stroke	Yes	2	8.3
	No	22	91.7
Heart Failure	Yes	6	25.0
	No	18	75.0

Table 2

	Mean	N
Age	62.4	24
BMI (kg/m^2)	28.8	22
Trop 0h (pg/ml)	251.7	21
Trop 0h (pg/ml)	502.1	19
CPK 0h (U/L)	208.9	23
CPK 24h (U/L)	219.0	24
LDH 0h (U/L)	267.8	23
LDH 24h (U/L)	254.6	24
Hb 0h (U/L)	13.0	21
Hb 24h (U/L)	12.6	24
AST 0h (U/L)	40.0	21
AST 24h (U/L)	44.3	24
P wave duration 0h (msec)	102.7	22
P wave duration 24h (msec)	97.4	23

ΑΑ141|Συσχέτιση γενετικών πολυμορφισμών με την κολπική μαρμαρυγή: ανάλυση έξι πολυμορφισμών σε ασθενείς και υγιείς μάρτυρες

Δ.Παρασκευοπούλου[1], Π. Μιληλής[2], Μ. Κλεφτάκη[3], Κ. Νύχας[4],Π.Δούρβας [1],Κ.Λέτσας[2], Κ.Γκατζούλης[5], Κ.Αγγέλη[5], Σ.Αρχοντάκης[1] , Μ.Εφραιμίδης[2], Μ. Γαζούλη[6], Σ. Σιδερής[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ-ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ, [3]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, [4]Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ – Εργαστήριο Βιολογίας

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί τη συχνότερη καρδιακή αρρυθμία και χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντική αιτιολογία. Παρότι η γενετική της βάση δεν είναι αποκωδικοποιημένη πλήρως ακόμα, υπάρχουν δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας ισχυρής γενετικής συνιστώσας. Μελέτες συσχέτισης σε επίπεδο γονιδιώματος έχουν αναδείξει συγκεκριμένους πολυμορφισμούς ενός νουκλεοτιδίου που σχετίζονται με αυξημένη προδιάθεση για ΚΜ. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης έξι πολυμορφισμών με την εμφάνιση ΚΜ.Μέθοδοι: Αναλύθηκαν έξι πολυμορφισμοί (rs2200733, rs10033464, rs13376333, rs7193343, rs7373862, rs6763048) σε 95 ασθενείς με ΚΜ και 100 υγιείς μάρτυρες. Η ανάλυση έγινε με PCR-RFLP και ειδική PCR. Υπολογίστηκαν οι κατανομές γονοτύπων και οι συχνότητες ελάσσονος αλληλομόρφου. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε συγκρίσεις μεταξύ ομάδων, ανάλυση αλληλομόρφων και Fisher tests . Τα p-values < 0,05 οριστικαν ως στατιστικά σημαντικά.Αποτελέσματα:Σημαντικές διαφορές στις συχνότητες των ελάσσονων αλληλομόρφων παρατηρήθηκαν για τους rs7373862 ($p = 7.443\times10^{-8}$), rs6763048 (p = 0.011) και rs2200733 (p = 0.033) . Επιπλέον, παρατηρήθηκε αντιστροφή του ελάσσονος αλληλομόρφου στους rs7373862 και rs7193343 μεταξύ των ομάδων, υποδηλώνοντας διαφοροποιημένη επίδραση των αλληλομόρφων. Στις συγκρίσεις γονοτύπων, ο rs7373862 παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση σε όλες τις συγκρίσεις (p < 0.01), ενώ ο rs2200733 εμφάνισε οριακή στατιστική σημαντικότητα (p = 0.049). Οι υπόλοιποι πολυμορφισμοί δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο γονοτύπων, αν και ο rs6763048 παρουσίασε τάση προς σημαντικότητα. Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη συμβολή γενετικών παραγόντων στην προδιάθεση για κολπική μαρμαρυγή και ευθυγραμμίζονται με τη βιβλιογραφία που αναδεικνύει τον ρόλο περιοχών όπως το PITX2. Ο πολυμορφισμός rs7373862 εμφάνισε την ισχυρότερη συσχέτιση, ενισχύοντας τη σημασία των γονιδίων που εμπλέκονται στη λειτουργία των ιοντικών καναλιών.

AA142|A Sex-Based Analysis of Predictors, Presentation, and Outcomes in Patients Hospitalized with Tachyarrhythmia

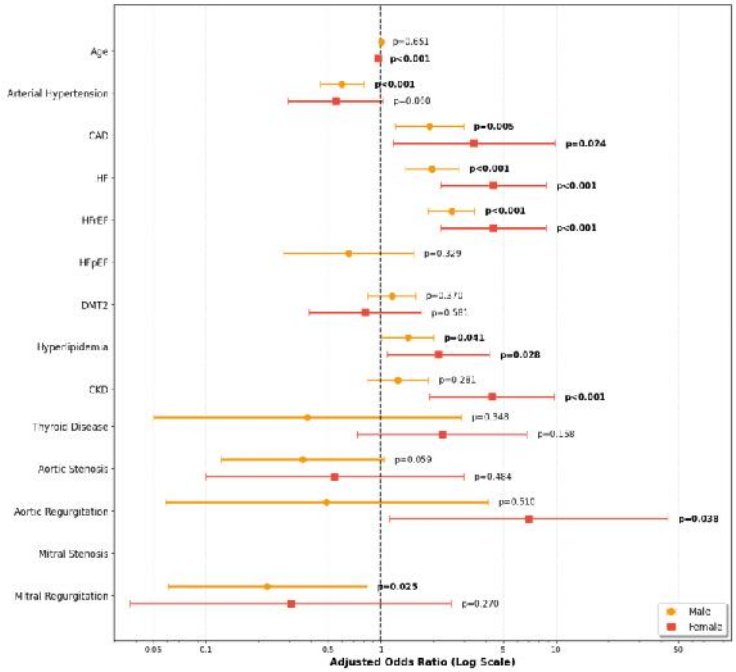
Α. Μπαρμπαγιάννος[1], Β.Πάτσιου[1], Κ. Μπαρμπαγιάννος[1], Α. Σαμαράς[1], Α. Παπάζογλου[1], Δ. Μωυσίδης[1], Α. Μπεκιαρίδου[2], Β. Βασιλικός[3], Ν. Φραγκάκης[4], Α. Ζιάκας[1], Ι. Ζαρίφης[5], Δ. Τζιακάς[6], Κ. Τσιούφης[7], Γ. Γιαννακούλας[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Northwell Health, New Hyde Park, New York, USA; Elmezzi Graduate School of Molecular Medicine, Manhasset, New York, USA; Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, New York, USA, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Biological sex influences the epidemiology, presentation, and management of tachyarrhythmias, yet sex-specific data from Southeastern Europe remain limited. We evaluated sex-based differences in clinical characteristics, management, predictors, and outcomes among patients hospitalized with atrial fibrillation (AF), supraventricular tachycardia (SVT), and ventricular tachycardia (VT). Methods : We conducted a retrospective observational study using the CardioMining database, including 5,092 patients hospitalized with AF, SVT, or VT between 2012 and 2023. Baseline characteristics, management patterns, and outcomes were compared between sexes. Sex-stratified multivariable logistic regression with interaction analyses identified predictors of arrhythmia subtype, while Cox proportional hazards models evaluated all-cause mortality.Results: Women more frequently presented with AF (88.5% vs. 78.3%, p<0.001), hypertension (58.8% vs. 44.3%, p<0.001), HFpEF (8.4% vs. 4.0%, p<0.001), and thyroid disease (20.6% vs. 5.8%, p<0.001), whereas men more commonly presented with VT (13.3% vs. 3.4%, p<0.001) and coronary artery disease (36.7% vs. 15.8%, p<0.001). Women with AF reported more palpitations and dyspnea and were more frequently treated with rate-control therapies, whereas men more often underwent cardioversion and catheter ablation. Women with SVT underwent catheter ablation more frequently than men (17.8% vs. 7.3%, p=0.024), while men with VT were more likely to receive implantable cardioverter-defibrillators (41.4% vs. 24.0%, p=0.004). Women hospitalized with AF had a longer length of stay than men (4.42 ± 4.55 vs. 4.00 ± 4.42 days, p=0.015). Interaction analyses identified sex-specific associations of age and coronary artery disease with AF and of coronary artery disease and chronic kidney disease with VT. VT was associated with higher mortality in unadjusted analyses (HR 1.412, 95% CI 1.139–1.751, p=0.002), but not after multivariable adjustment (aHR 1.364, 95% CI 0.982–1.895, p=0.064). Conclusions: Biological sex was associated with distinct tachyarrhythmia phenotypes, management patterns, and predictor profiles. Interaction analyses identified differential associations of age and coronary artery disease with AF and of coronary artery disease and chronic kidney disease with VT, supporting sex-specific risk profiles across arrhythmia subtypes. These findings highlight the importance of sex-aware risk stratification and management in hospitalized patients with tachyarrhythmias.

Table 1. Baseline demographics, arrhythmia profiles, and clinical comorbidities stratified by biological sex.

	Males(n=2820)	Females(n=2172)	P-value
Demographics			
Age (years) *Mean (SD)*	73.7 (13.6)	68.9 (12.3)	**<0.001**
Arrhythmia Profiles, *n (%)*			
Atrial Fibrillation (AF)	2209 (78.3%)	201.1 (88.5%)	**<0.001**
Supraventricular Tachycardia (SVT)	123 (4.3%)	73 (3.2%)	**0.034**
Ventricular Tachycardia (VT)	376 (13.3%)	79 (3.4%)	**<0.001**
Cardiovascular Comorbidities, *n (%)*			
Coronary Artery Disease (CAD)	1035 (36.7%)	360 (15.8%)	**<0.001**
Prior Myocardial Infarction (MI)	227 (8.0%)	78 (3.4%)	**<0.001**
Prior Percutaneous Coronary Intervention (PCI)	378 (13.4%)	104 (4.5%)	**<0.001**
Heart Failure (General Code)	336 (11.9%)	210 (9.2%)	**0.002**
Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF)	692 (24.5%)	359 (15.8%)	**<0.001**
Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF)	115 (4.0%)	101 (4.4%)	**<0.001**
Arterial Hypertension	1251 (44.4%)	1317 (58.3%)	**<0.001**
Hyperlipidemia	537 (19.0%)	477 (20.9%)	**0.053**
Systemic & Metabolic Comorbidities, *n (%)*			
Type 2 Diabetes Mellitus	614 (21.7%)	489 (21.5%)	**0.888**
Chronic Kidney Disease (CKD)	256 (9.0%)	159 (6.9%)	**0.007**
Thyroid Disease	166 (5.8%)	470 (20.6%)	**<0.001**
Smoking Status, *n (%)*			
History of Smoking	513 (18.1%)	152 (6.6%)	**<0.001**
Valvular Heart Disease, *n (%)*			
Aortic Stenosis	85 (3.0%)	91 (4.0%)	0.054
Aortic Regurgitation	23 (0.8%)	21 (0.9%)	0.677
Mitral Regurgitation	66 (2.3%)	82 (3.6%)	**0.007**
Mitral Stenosis	15 (0.4%)	50 (1.5%)	**<0.001**

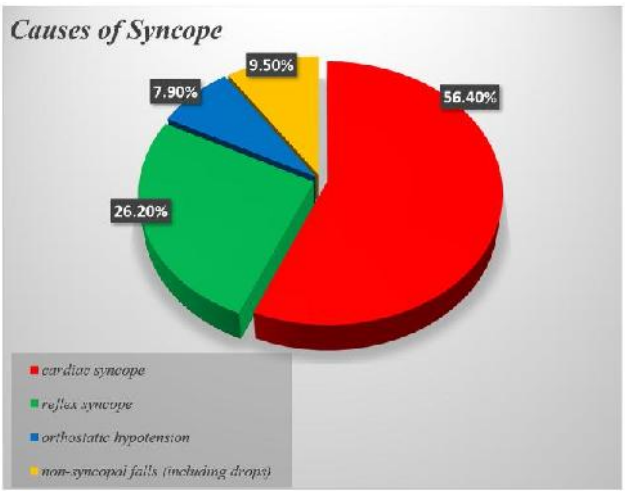


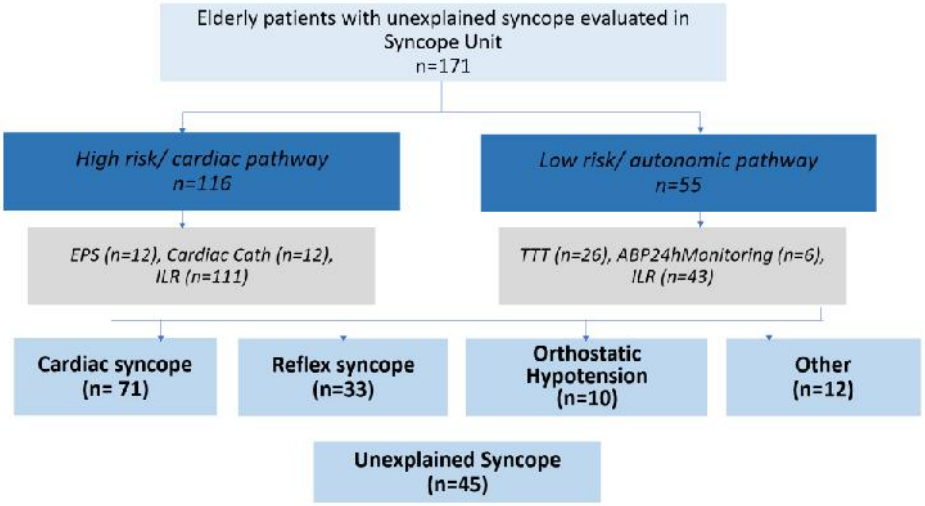
AA143|Cardiac syncope: an underestimated cause of unexplained syncope in the elderly. Data from a single high-volume Syncope Unit

S. Archontakis[1], N. Milaras[1], P. Dourvas[1], T. Klogkeri[1], D. Kalantzis[1], A. Markakos[1], C. Nikolaros[1], D. Kolios[1], M. Ampeliotis[1], D. Venetsanos[1], S. Tsalamandris[1], D. Syrseloudis[1], M. Divani[1], G. Trantalis[1], S. Sideris[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background/Objectives: Syncope remains a common problem in the elderly, adversely affecting quality of life, morbidity and mortality. Diagnosis is challenging due to the atypical presentation, multifactorial aetiology, overlap with non-syncoptic falls and increased prevalence of cardiac disease. This study aims to investigate the impact of cardiac syncope in this high-risk population. Methods: A retrospective single-center observational cohort study, including 171 patients ≥ 65 years-old with syncope of unknown origin or other falls. Different diagnostic tests and strategies were utilised during the investigational process investigation, based on clinical judgement and the latest guidelines. Patients were classified either in the 'high risk' ('cardiac') or 'low-risk' ('autonomic') pathway. Results: Mean age was 76.4±6.6 years (range: 65-92 years-old) and the mean follow-up period was 40.5 months. Our study population was characterised by a high incidence of comorbidities and underlying heart disease, and polypharmacy. One third of the patients did not report prodromals, 81.9% had no recognizable trigger and 43.3% had various 12-lead ECG abnormalities. Overall, 67.8% of the patients were stratified in the 'cardiac pathway'. Eventually, a final diagnosis was established in 126 patients (73.7%). The cause was cardiac syncope in 56.4%, reflex syncope in 26.2%, orthostatic hypotension in 7.9% and non-syncopal falls in 9.5%. An ILR was implanted in 90.1% with a diagnostic yield of 43%. ECG-based diagnosis occurred in 53.2% whereas time to diagnosis was 4.8±3.3 months. Conclusions: Cardiac disease, mostly arrythmias, represent a common and possibly underestimated cause of unexplained syncope in the elderly. A structured approach including a targeted use of ILRs improves investigational process.





AA144|One-year real-world experience with Pulsed Field Ablation for Atrial Fibrillation: A single-center experience

Α.Μπίζα[1], Γ. Φώτος [2], Α. Χρήστου[1], Β. Αποστολόπουλος[1], Ι. Ματσούκης[1], Α. Κατσιγιάννης[1], Χ. Θεοδοσοπούλου[1], Σ. Αλεξανδρής[1], Κ. Φλέσσα[1], Μ.Αγγελάκη[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

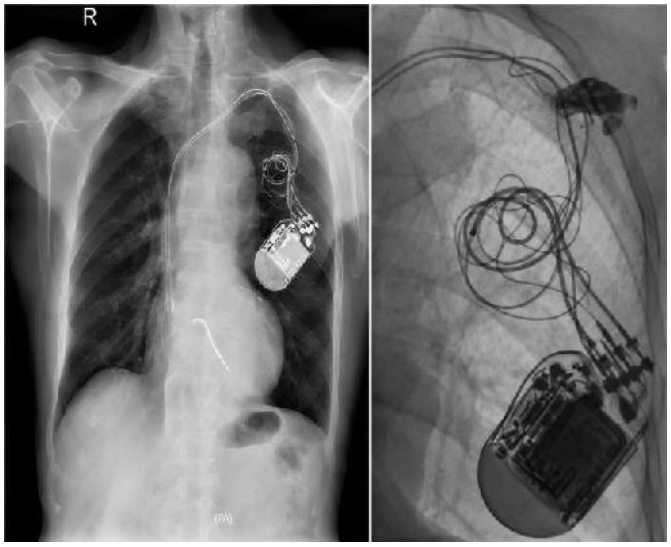
Introduction: Pulsed filed ablation (PFA) has been introduced as a non-thermal ablation modality for atrial fibrillation (AF), with a favorable safety profile and procedural efficiency. We present our one-year single-center experience using the lattice tip PFA system in a real-world AF population. Methods: We retrospectively analyzed consecutive AF patients undergoing AF ablation with PFA, under general anesthesia. Baseline demographic, clinical, pharmacological, echocardiographic and procedural data were extracted. Continuous variables are presented as mean ± standard deviation and categorical variables as number and percentage. Results: Thirthy-nine consecutive patients underwent PFA for AF since September 2025. Mean age was 64.3 ± 8.2 years, 24 patients were male (61.5%) and mean body mass index was 29.7 ± 4.4 kg/m2. Persistent AF was present in 23 patients (59%) and paroxysmal AF in 16 (41%). The most frequent comorbidities were dyslipidemia (56.4%), hypertension (43.6%) and coronary artery disease (20.5%). A DOAC was used in every patient (100%) before and after the procedure, while beta blockers, amiodarone and flecainide were used in 79.5%, 41% and 28.2% respectively. Echocardiographic assessment showed mean LVEF 55.6 ± 8.7%, mean left atrial diameter 44.9 ± 3.4 mm and mean LAVi 45.7±16.8ml/m2. All patients underwent circumferential pulmonary vein isolation. Additional lesions were performed in 5 patients (12.8%), including posterior wall isolation in 4 (10.3%) and cavotricuspid isthmus ablation in 2 (5.1%). Mean fluoroscopy time was 10.5 ± 5.3 minutes and mean radiation was 155.3 ± 104.1 mGy. Two patients suffer minor complications including one pericardial irritation and one sinus pause

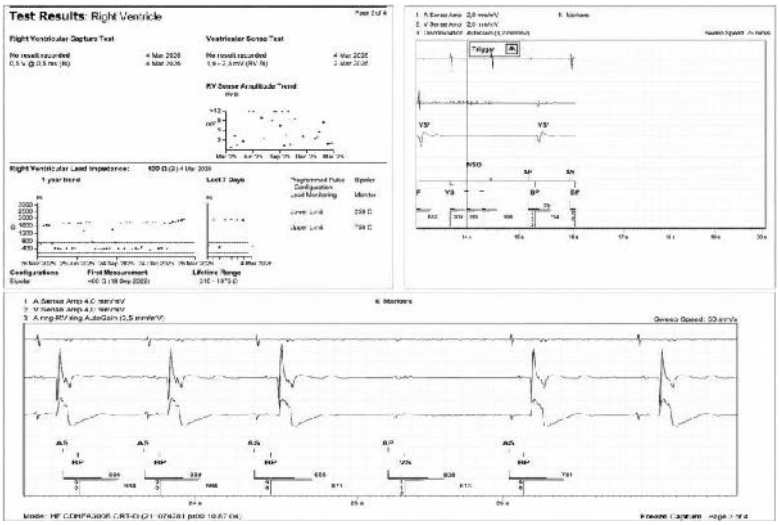
during the procedure, spontaneously resolved. Conclusion: According to our experience, AF ablation using a lattice tip catheter, was feasible, with short fluoroscopy time, low radiation exposure and low complication rate. The relatively short learning curve suggests that this new technology could easily be adopted with success in everyday clinical practice, even in medium-volume electrophysiology laboratories.

ΑΑ145|Δυσλειτουργία ηλεκτροδίου αμφικοιλιακού απινιδωτή με ιδιότυπη θεραπευτική προσέγγιση-Εμπόδια και προβληματισμοί

P. Doyrvas[1], N. Milaras[1], T. Klogkeri[1], P. Kostakis[1], S. Archontakis[1], D. Kalantzis[1], S. Sideris[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δυσλειτουργία ηλεκτροδίου αποτελεί μια από τις σημαντικότερες και πιο απαιτητικές ως προς την αντιμετώπιση της, επιπλοκές των εμφυτεύσιμων καρδιακών συσκευών(CEID).Η συχνότητα της προσεγγίζει το 10% στην δεκαετία σε αμφικοιλιακά συστήματα, σύμπλοκες εμφυτεύσεις και ηλικιωμένους ασθενείς. Η διάκριση της από άλλες καταστάσεις απαιτεί διαγνωστικούς αλγορίθμους που αφορούν τις παραμέτρους της αίσθησης και των αντιστάσεων.Το p wave oversensing και το AV crosstalk συνιστούν φαινόμενα της διπλοεστιακής βηματοδότησης που αυξάνουν την θνητότητα σε ασθενείς με CEID μέσω αναστολής της βηματοδότησης ή μέσω της επαγωγής απρόσφορων εκφορτίσεων του απινιδωτή. ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περιστατικού με αμφικοιλιακό απινιδωτή και βηματοδοεξάρτηση που εμφάνισε όψιμα δυσλειτουργία του δεξιού κοιλιακού ηλεκτροδίου και η ιδιαίτερη τεχνικά προσέγγιση που εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση του.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 86 ετών με αμφικοιλιακό σύστημα με χρόνια παρακολούθηση στο αρρυθμιολογικό ιατρείο της κλινικής εμφάνιζε από έτους υποτροπιάζοντα επεισόδια συγκοπής.Η πρώτη εμφύτευση αφορούσε διπλοεστιακό απινιδωτή προ 10ετίας στα πλαίσια πρωτογενούς πρόληψης διατατικής μυοκαρδιοπάθειας με αναβάθμιση σε θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού προ 4ετίας.Ο έλεγχος της συσκευής αναδείκνυε δυσλειτουργία του δεξιού κοιλιακού ηλεκτροδίου με βάση τα πρότυπα της αίσθησης και των αντιστάσεων με διατηρημένες τις απινιδωτικές παραμέτρους. Σύμφωνα με την ένδειξη της προγραμματισμένης αντικατάστασης(ERI) ο ασθενής χρειαζόταν αλλαγή γεννήτριας σύντομα, εφόσον μάλιστα εμφάνιζε βηματοδοεξάρτηση. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αποφασίστηκε η ταυτόχρονη αντικατάσταση του δεξιού ηλεκτροδίου μαζί με την γεννήτρια. Ωστόσο, ο σωματοτυπικά ιδιαίτερος θώρακας του ασθενούς και η εικόνα απόφραξης της αριστερής φλεβικής προσπέλασης αγγειογραφικά κατέστησαν απαγορευτική την οποιαδήποτε παρέμβαση. Έπιχειρήθηκε μια παράδοξη τεχνικά λύση με αλλαγή των θέσεων του αριστερού ηλεκτροδίου με το δεξί βηματοδοτικό ηλεκτρόδιο IS-1 στις θύρες(ports) της νέας γεννήτριας,επιλογή που επέτρεπε ο DF1 συνδετικός τύπος του συγκεκριμένου απινιδωτή.Ο ασθενής εκδήλωσε εκ νέου συγκοπτικά επεισόδια 24 ώρες αργότερα λόγω εμφάνισης φαινομένου p wave oversensing,γεγονός στο οποίο συνέβαλε η πλησιέστερη ανατομικά θέση του αριστερού ηλεκτροδίου στο κολπικό. Διενεργήθηκε επιτυχής προγραμματισμός της κοιλιακής ευαισθησίας με λύση των συμπτωμάτων. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑΗ δυσλειτουργία ηλεκτροδίων ενέχει συχνά θεραπευτικά προσκόμματα, απόρροια κλινικοανατομικών ή τεχνικών ιδιαιτεροτήτων της εμφυτεύσιμης καρδιακής συσκευής.Το far field p wave oversensing φαινόμενο μπορεί να επιφέρει αναστολή κοιλιακής βηματοδότησης και συγκοπτικές παύσεις σε βηματοδοεξαρτώμενους ασθενείς.Η αύξηση του παραθύρου της κοιλιακής ευαισθησίας αποτελεί ενδεδειγμένη επιλογή στον θεραπευτικό προγραμματισμό της συσκευής.



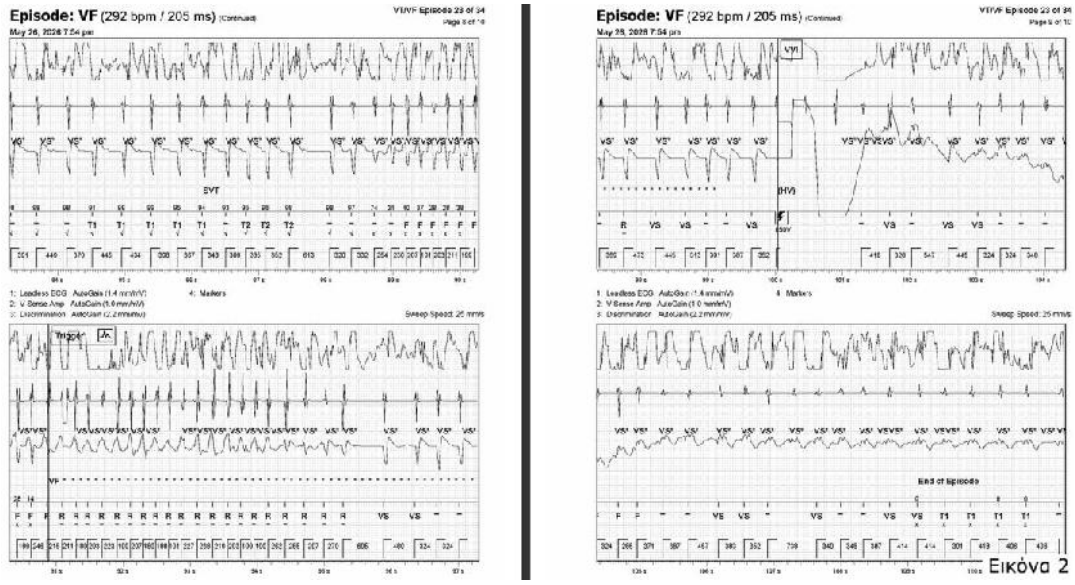


ΑΑ146|Πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία επαγόμενη από αλληλουχία βραχέος – μακρού – βραχέος συζευκτικού διαστήματος επί μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής: Μια περίπτωση δόκιμης εκφόρτισης απινιδωτή σε ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια.

Ε. Ρεπάσος[1], Ν. Μακρής[1], Π. Μανιφάβα[1], Ι. Πετρόπουλος[1], Β. Αντωνάκος[2], Ι. Μπούτσικος[1], Σ Χατζίδου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Abbott Medical, Athens, Greece*

Εισαγωγή Η κολπική μαρμαρυγή μοιράζεται κοινούς παράγοντες κινδύνου με τα δυο συχνότερα υποστρώματα αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, τη στεφανιαία νόσο και την καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο, είναι πιθανό η ίδια να αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό δόκιμης εκφόρτισης απινιδωτή, λόγω πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, επί εδάφους μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής, σε ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Περίληψη Περιστατικού Άνδρας ασθενής 72 ετών προσήλθε στο αρρυθμιολογικό ιατρείο για έλεγχο απινιδωτικής συσκευής που εμφυτεύτηκε προ έτους, λόγω επεισοδίου εκφόρτισης, του οποίου προηγήθηκε αίσθημα ζάλης. Εκ του ατομικού αναμνηστικού, ο ασθενής παρουσίαζε γνωστή καρδιακή ανεπάρκεια κατά ΝΥΗΑ ΙΙ, με ελαττωμένο κλάσμα εξωθήσεως (25%) και αναδιαμόρφωση της αριστεράς κοιλίας, ως απότοκα πρόσθιου εμφράγματος του μυοκαρδίου, προ τετραμήνου της εμφύτευσης του απινιδωτή. Επιπλέον παρουσίαζε μακροχρόνια επίμονη κολπική μαρμαρυγή (εικόνα 1) και σοβαρή διάταση του αριστερού κόλπου. Ελάμβανε χρόνια φαρμακευτική αγωγή με μπισοπρολόλη, σακουμπιτρίλη/βαλσαρτάνη, επλερενόνη, νταπαγλιφλοζίνη και χαμηλή δόση διουρητικού. Κατά την ανάγνωση της καταγραφής του απινιδωτή διαπιστώθηκε ριπή πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, συχνότητας 300 συμπλεγμάτων/λεπτό, της οποίας προηγήθηκε ακολουθία βραχέος – μακρού– βραχέος συζευκτικού διαστήματος κολπικής μαρμαρυγής, η οποία ανατάχθηκε αυτόματα αλλά οδήγησε σε δόκιμη (non committed) εκφόρτιση της συσκευής λόγω εκπλήρωσης των κριτηρίων επανεπιβεβαίωσης (reconfirmation) (εικόνα 2). Η παράταση της επαναπόλωσης κατά τη διάρκεια του μακρού συζευκτικού διαστήματος της κολπικής μαρμαρυγής σε συνδυασμό με ταχεία κοιλιακή εκπόλωση στο επόμενο βραχύ συζευκτικό διάστημα, πιθανώς ευοδώνουν την ανάδυση πρώιμων μετεκπολώσεων εν σειρά που εκδηλώνονται ως πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία. Συμπέρασμα Ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, ιδίως όταν συνδυάζεται με το αρρυθμιογόνο υπόστρωμα της καρδιακής ανεπάρκειας, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αιφνίδιου, αρρυθμιολογικού καρδιακού θανάτου, ενδεχομένως και λόγω της πιθανότητας εκδήλωσης πυροδοτούμενης δραστηριότητας στο πλαίσιο ανάδυσης πρώιμων μετεκπολώσεων.



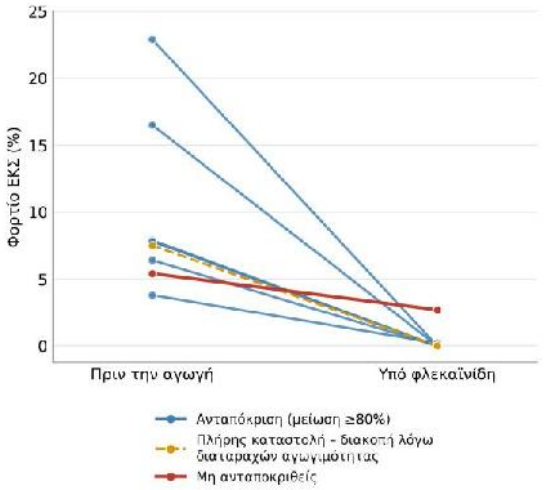
Εικόνα 2

AA147|Εναλλακτική μετά από αποτυχημένη κατάλυση χορήγηση φλεκαϊνίδης για την θεραπεία έκτακτων κοιλιακών συστολών: Υποανάλυση της μελέτης UNIFLECA

Σ. Κωτούλας[1], Δ. Τσιαχρής[2], Ι. Δουνδουλάκης[2], Ν. Αργυρίου[2], Α. Λαινά[2], Ε. Καραπέδη[1], Π.Α. Τσιούφης[2], Κ. Δημητριάδης[2], Α. Κορδαλής[2], Κ Τσιούφης[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η κατάλυση με καθετήρα αποτελεί την θεραπεία εκλογής για τις έκτακτες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ), ιδίως όταν αυτές συνοδεύονται από συμπτώματα ή προκαλούν μυοκαρδιοπάθεια. Ωστόσο, η αποτυχία της επέμβασης δεν είναι σπάνια. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η φαρμακευτική αντιμετώπιση με αντιαρρυθμικά φάρμακα ενδέχεται να προσφέρει εναλλακτική θεραπευτική επιλογή. Σκοπός: Η παρούσα υποανάλυση της προοπτικής μελέτης UNIFLECA αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της φλεκαϊνίδης σε ασθενείς με επιμένουσες ΕΚΣ και τεκμηριωμένο ιστορικό αποτυχημένης κατάλυσης. Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 8 ασθενείς με τεκμηριωμένη αποτυχία προηγούμενης κατάλυσης (μέση ηλικία 64,1 ± 10,4 έτη, εύρος 39–73), εκ των οποίων μία ασθενής είχε υποβληθεί σε δύο αποτυχημένες απόπειρες, ενώ ένας ασθενής εμφάνισε επιπλοκή κατά την επέμβαση κατάλυσης. Μετά την έναρξη φλεκαϊνίδης πραγματοποιήθηκε επανεκτίμηση στις 7 ημέρες με ΗΚΓ και στον 1ο και 6ο μήνα με 24ωρο Holter ρυθμού και αξιολόγηση συμπτωμάτων. Θετική ανταπόκριση ορίστηκε ως μείωση του φορτίου ΕΚΣ ≥80%. Αποτελέσματα: Το διάμεσο αρχικό φορτίο ΕΚΣ ήταν 7,9% (εύρος 3,8–22,9%). Η μέση μείωση του φορτίου ΕΚΣ ανήλθε σε 93,1% (διάμεση 100%), με 87,5% να επιτυγχάνουν μείωση ≥80%, ποσοστό ανταπόκρισης 77,8% κατά την ανάλυση πρόθεσης για θεραπεία. Τέσσερις ασθενείς είχαν λάβει προηγουμένως β-αναστολέα χωρίς ικανοποιητική ανταπόκριση. Από τους 7 συμπτωματικούς ασθενείς, 6 ανέφεραν πλήρη ύφεση και ένας μερική βελτίωση των συμπτωμάτων. Ένας ασθενής δεν ανταποκρίθηκε (μείωση φορτίου 49,7%), ενώ ένας ακόμη διέκοψε την αγωγή λόγω εμφάνισης διαταραχών αγωγιμότητας, παρά την πλήρη καταστολή του φορτίου ΕΚΣ. Συμπεράσματα: Η φλεκαϊνίδη φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή σε ασθενείς με εμμένουσες ΕΚΣ μετά από αποτυχημένη κατάλυση, με υψηλό ποσοστό καταστολής του φορτίου ΕΚΣ και παράλληλη βελτίωση των συμπτωμάτων.



AA148|Pregnancy-Induced Suppression of Refractory Ventricular Ectopy: A Paradoxical Clinical Phenomenon

Ε. Ζιάκα[1], Ι. Κατραντζής[1], Ι. Μηττάς[1], Ε. Ακήφογλου[1], Σ. Μαδυτίνου[1], Ι. Στρατάκης[1], Ν. Καμπουρίδης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές (PVCs) αποτελούν συχνό εύρημα στην κύηση και σχετίζονται με αυξημένο συμπαθητικό τόνο, ορμονικές επιδράσεις και αιμοδυναμικές μεταβολές, με αποτέλεσμα επίταση της εκτακτοσυστολικής δραστηριότητας. Ωστόσο, σε ορισμένες καταστάσεις, μπορεί να παρατηρηθεί το αντίθετο φαινόμενο. Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης πλήρους ύφεσης υψηλού φορτίου PVCs μετά από διακοπή β-αποκλειστή κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και παθοφυσιολογική ερμηνεία του φαινομένου. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας, με ιστορικό συμπτωματικών PVCs υπό αγωγή με βισοπρολόλη 5mg ημερησίως, και με υψηλό αρρυθμιολογικό φορτίο (>10%) σε Holter 24ωρου προ κυήσεως και με συχνές κοιλιακές διδυμίες και τριδυμίες. Στη δοκιμασία κόπωσης παρατηρήθηκε πλήρης καταστολή των PVCs στη μέγιστη φόρτιση έργου, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα και δομική καρδιοπάθεια. Κατά την 6η εβδομάδα της κύησης, η αγωγή διεκόπη και ο επανέλεγχος με Holter ανέδειξε φυσιολογικά ευρήματα με σχεδόν πλήρη εξαφάνιση των εκτακτοσυστολών, με καταγραφή μίας PVC το 24ωρο. Αποτελέσματα: Η ηλεκτροφυσιολογική συμπεριφορά της αρρυθμίας υποδηλώνει μηχανισμό κατεχολαμινοεξαρτώμενης πυροδοτούμενης δραστηριότητας μέσω όψιμων μετεκπολώσεων (DADs), όπως παρατηρείται σε ιδιοπαθείς κοιλιακές αρρυθμίες. Κατά την κύηση φαίνεται να επέρχεται λειτουργική μείωση της μυοκαρδιακής ευαισθησίας στις κατεχολαμίνες. Η μεταβολή αυτή οδηγεί σε περιορισμό της ενδοκυττάριας υπερφόρτωσης ασβεστίου, αναστολή της δημιουργίας DADs και καταστολή της αρρυθμιογόνου δραστηριότητας. Επιπλέον, η αυξημένη προγεστερόνη ασκεί άμεση αντιαρρυθμική δράση μέσω τροποποίησης των διαύλων ασβεστίου και καλίου, αυξάνοντας το κατώφλι εκπόλωσης και μειώνοντας τη διεγερσιμότητα του μυοκαρδίου. Παράλληλα, οι αιμοδυναμικές προσαρμογές της κύησης, με αύξηση του προφορτίου και του όγκου παλμού, επηρεάζουν τη λειτουργία των stretch-activated καναλιών και συμβάλλουν στη σταθεροποίηση της αρρυθμιογόνου εστίας. Συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει ότι σε κατεχολαμινοεξαρτώμενα ηλεκτροφυσιολογικά υποστρώματα, η κύηση μπορεί να λειτουργήσει ως ενδογενής «αντιαρρυθμικός» τροποποιητής, οδηγώντας σε πλήρη καταστολή, ακόμη και υψηλού φορτίου PVCs. Η καταστολή της αρρυθμίας κατά τη δοκιμασία κόπωσης αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για την αναγνώριση καλοήθους προέλευσης και την καθοδήγηση της θεραπευτικής στρατηγικής, ενώ σε ασθενείς χωρίς δομική καρδιοπάθεια, η αυτόματη υποχώρηση του αρρυθμιολογικού φορτίου υποστηρίζει μία ασφαλή συντηρητική προσέγγιση.

AA149|Artificial Intelligence for ECG Analysis in the Prediction of Atrial Fibrillation: Insights from Current Literature

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction/Purpose :Atrial Fibrillation (AF) is a major cause of embolic stroke and heart failure, yet it remains frequently undiagnosed due to its paroxysmal and often asymptomatic nature. Conventional 12-lead Electrocardiograms (ECG) captured during sinus rhythm often fail to detect underlying AF. Recently, Artificial Intelligence (AI) and Deep Learning (DL) models have demonstrated the ability to identify "hidden" signatures in sinus rhythm ECGs that predict the future occurrence or presence of occult AF. This abstract reviews the latest data from literature regarding the development, validation, and clinical integration of AI-enabled ECG analysis for AF prediction. Material and Methods: A systematic review of contemporary literature was performed, focusing on studies utilizing Convolutional Neural Networks (CNN) trained on vast digital ECG databases. Data were synthesized from landmark trials involving hundreds of thousands of ECG-patient pairs. The analysis focused on the performance metrics of these models, specifically their Area Under the Curve (AUC), sensitivity, and specificity in predicting incident AF within timeframes ranging from one month to five years post-ECG acquisition. Additionally, the clinical utility of integrating AI-ECG algorithms into wearable devices and point-of-care screening was evaluated. Results: Current literature indicates that AI models, particularly those developed using the Mayo Clinic and similar large-scale datasets, achieve an AUC between 0.85 and 0.90 for predicting AF from a standard 10-second sinus rhythm ECG. These models detect subtle features—such as micro-architectural changes in the P-wave and PR segment—that are imperceptible to the human eye. Studies show that patients identified as "high-risk" by AI, despite being in sinus rhythm, have a significantly higher hazard ratio for stroke compared to low-risk individuals. Furthermore, prospective validation trials have confirmed that AI-ECG can effectively triages patients for prolonged continuous monitoring, significantly increasing the diagnostic yield of subclinical AF.Conclusions: AI-enabled ECG analysis represents a paradigm shift in arrhythmia screening, transforming the standard ECG from a diagnostic tool into a powerful predictive instrument. By identifying patients at high risk for AF during sinus rhythm, AI can facilitate early anticoagulation strategies and stroke prevention. Future research should focus on multi-ethnic validation and the seamless integration of these algorithms into electronic health records to support real-world

AA150|Ανώμαλη επικοινωνία της αριστερής άνω πνευμονικής φλέβας με την αριστερή περικαρδιοφρενική φλέβα κατά την κρυοκατάλυση των πνευμονικών φλεβών

Α. Κάκου[1], Κ. Σαραντάρη[2], Κ. Ζέκιος[2], Ε. Χουρδάκης[2], Χ. Κατσούρας[2]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Παρουσιάζεται μια σπάνια ανατομική παραλλαγή η οποία αναδείχθηκε κατά τη σκιαγράφηση των πνευμονικών φλεβών σε ασθενή που επρόκειτο να υποβληθεί σε κρυοκατάλυση παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής. Υλικό και μέθοδοςΆνδρας 68 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής προσήλθε για προγραμματισμένη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής με τη μέθοδο της κρυοκατάλυσης. Αποτελέσματα: Κατά την εκλεκτική σκιαγράφηση της αριστερής άνω πνευμονικής φλέβας και πριν την απομόνωσή της, παρατηρήθηκε σκιαγράφηση φλεβικής δομής κατά μήκος του καρδιακού χείλους. Η ταχεία έκπλυση του σκιαγραφικού και η χαρακτηριστική πορεία του αγγείου συνηγορούσαν υπέρ φλεβικής ανατομικής παραλλαγής μεταξύ αριστερής άνω πνευμονικής φλέβας και αριστερής περικαρδιοφρενικής φλέβας. Προκειμένου να διεξαχθεί με ασφάλεια η κατάλυση και να αποσαφηνιστεί τυχόν ύπαρξη φλεβικής ανατομικής παραλλαγής ή πιθανής αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας, η επέμβαση διεκόπη. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία θώρακα με χορήγηση σκιαγραφικού μέσου. Εκεί αναδείχθηκε κοινή εκβολή των αριστερών πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο, χωρίς όμως να απεικονίζεται σαφώς η ανατομική παραλλαγή του φλεβικού δικτύου που είχε παρατηρηθεί στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, πιθανώς λόγω της ασήμαντης σε μέγεθος διάμετρο επικοινωνίας. Ο διαθωρακικός υπέρηχος δεν ανέδειξε διάταση δεξιών κοιλοτήτων ή σημεία υπερφόρτωσης όγκου της δεξιάς καρδίας, συνηγορώντας υπέρ της αιμοδυναμικά μη σημαντικής αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας. Αποφασίστηκε έτσι η συντηρητική αντιμετώπιση αυτής της αριστεροδεξιάς επικοινωνίας χωρίς να απαιτητείται διακαθετηριακός εμβολισμός. Ο ασθενής εξήλθε με οδηγίες επαναπρογραμματισμού της επέμβασης. Συμπεράσματα: Η κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής αποτελεί πλέον μια συχνή επεμβατική θεραπευτική πράξη, με πιθανές ωστόσο σοβαρές επιπλοκές. Η εκλεκτική σκιαγράφηση των πνευμονικών φλεβών που θα απομονωθούν κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Βιβλιογραφικά η επικοινωνία μεταξύ πνευμονικής και περικαρδιοφρενικής φλέβας αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια ανατομική παραλλαγή. Η περικαρδιοφρενική φλέβα πορεύεται παράλληλα με το φρενικό νεύρο και τη σύστοιχη αρτηρία κατά μήκος του καρδιακού χείλους και παροχετεύει φλεβικό αίμα από το περικάρδιο, τον υπεζωκότα και το διάφραγμα. Η αναγνώριση τέτοιων ανατομικών παραλλαγών κατά τη διάρκεια της κατάλυσης πνευμονικών φλέβων είναι ιδιαίτερα

σημαντική, καθώς μπορεί να προσομοιάζουν επιπλοκές όπως διαφυγή σκιαγραφικού ή διάτρηση αριστερού κόλπου, οδηγώντας δυνητικά σε λανθασμένη εκτίμηση και διακοπή της επέμβασης.

AA151|Safety Profile of Finerenone: Pooled Analysis of Different Types of Arrhythmic Events

G. Bazoukis[1], E.V. Clarke[2], A. Vassiliades[3], V. Demetriades[3], A. Yiannikourides[3], P. Efthymiou[4], M. Pavlou[5], L. Kapetis[3], D. Patestos[3], P. Georgiou[3], M. Tsielepis[3]

[1]University of Nicosia, Medical School; Department of Cardiology, Larnaca General Hospital, *[2]University of Nicosia, Medical School*, *[3]Larnaca General Hospital*, *[4]Cardiology Department, Nicosia General Hospital*, *[5]Department of Cardiology, Larnaca General Hospital*

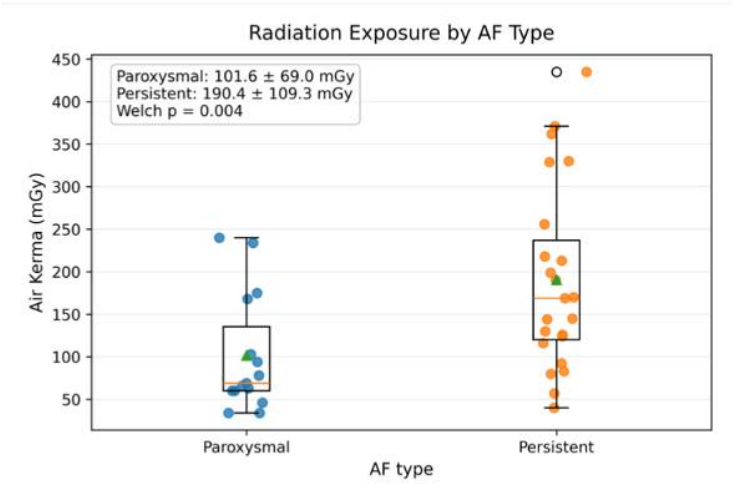
Introduction: Finerenone reduces kidney and cardiovascular events in patients with chronic kidney disease (CKD) and type 2 diabetes (T2D), but its safety profile in terms of arrhythmic outcomes remains uncertain. Materials and Methods: We systematically searched PubMed, Cochrane Library, and ClinicalTrials.gov (inception–March 2026) for randomized trials reporting arrhythmias or conduction disorders with finerenone versus control. Risk ratios (RRs) were pooled using fixed-effects models; heterogeneity was assessed with I^2. Results: Six trials (21,015 patients; mean age 67.2 years; 33.9% women) were included. Finerenone was not associated with increased atrial or ventricular arrhythmias, high-grade atrioventricular block, or cardiac arrest (all RRs non-significant; low heterogeneity). Conclusions: Finerenone shows no adverse safety profiles in terms of cardiac arrhythmic outcomes in the pooled analysis.

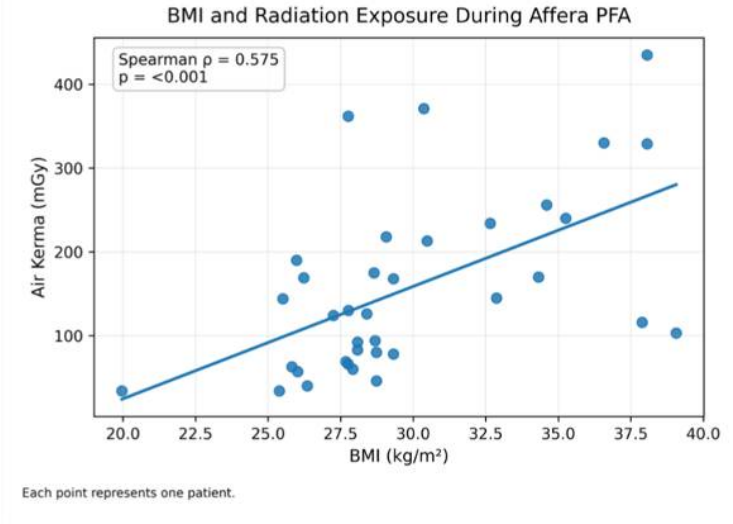
AA152|Determinants of Radiation Exposure During Pulsed Field Ablation: A single-center experience

G. Fotos[1], A. Biza[2], A. Christou[2], V. Apostolopoulos[2], A. Katsigiannis[2], C. Theodosopoulou[2], S. Alexandris[2], A. Pountoukidou[2], K. Flessa[2], M. Aggelaki[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ*

Introduction: Radiation exposure remains a major concern during ablation procedures even though new mapping technologies have been developed. Pulsed field ablation (PFA) has been associated with low fluoroscopy use, however factors affecting radiation exposure during these procedures have not been well described. We aimed to identify clinical and procedural predictors of radiation exposure in patients undergoing PFA with a lattice tip catheter. Methods: We retrospectively analyzed 39 consecutive patients undergoing PFA with a lattie tip catheter at our center over a 12-month period. Baseline clinical, echocardiographic and procedural data were collected. Radiation exposure was assessed using Air Kerma (mGy), while fluoroscopy time and dose-area product (DAP) were also recorded. Correlation analyses and linear regression were performed to identify variables associated with radiation exposure. Results: Thirty-nine consecutive patients were analyzed. Mean age was 64.3 ± 8.2 years, mean BMI was 29.7 ± 4.4 kg/m2 and 61.5% were male. 23 patients (59%) had persistent AF and the rest of the 39 had paroxysmal AF (41%). Mean Air Kerma was 155.3 ± 104.1 mGy, while mean fluoroscopy time was 10.5 ± 5.3 minutes. Air Kerma showed a moderate positive correlation with BMI (ρ=0.576, $p<0.001$) and fluoroscopy time (ρ= 0.531, $p<0.001$). Patients with persistent AF had significantly higher radiation exposure compared to those with paroxysmal AF (190 ± 109.3 vs 101.6 ± 69 mGy, p=0.007). In multivariate linear regression analysis, BMI and persistent AF remained independently associated with higher Air Kerma. Conclusions: In this real-world cohort of AF patients undergoing PFA, radiation exposure remained low. Higher BMI and persistent AF were independently associated with increase radiation exposure. These findings may help identify patients who need additional measures to minimize radiation exposure.





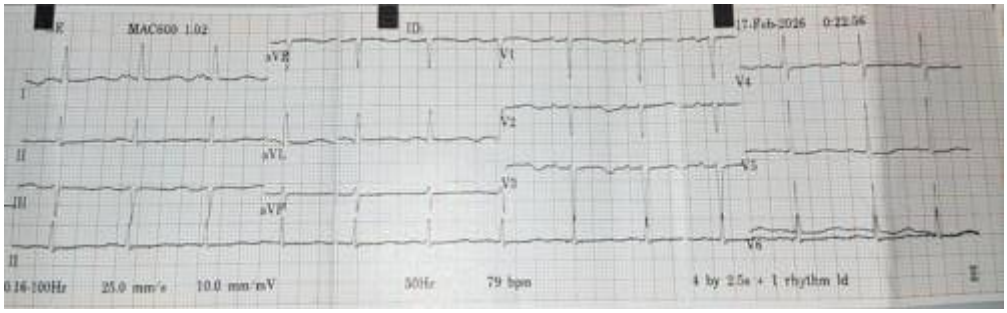
AA153|Από την ηλεκτρική θύελλα στη γενετική διάγνωση: σύνδρομο LQT1 με οικογενή κατανομή

Η.Α. Παύλου[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Μ. Πετρίδου[1], Σ. Βεργόπουλος[2], Α. Ευαγγελίου[1], Β. Ποτούπνη[1], Α. Μπούλμπου[1], Γ. Ζορμπάς[1], Σ.Α. Μουράτογλου[1], Σ. Τζήκας[1], Ι. Αλευρούδης[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός : Το σύνδρομο μακρού QT αποτελεί κληρονομική διαταραχή των διαύλων ιόντων που προδιαθέτει σε κοιλιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Παρουσιάζουμε περιστατικό ηλεκτρικής θύελλας με πολλαπλά επεισόδια torsades de pointes (TdP) και καρδιακή ανακοπή ως πρώτη εκδήλωση μετέπειτα γενετικά επιβεβαιωμένου συνδρόμου Long QT τύπου 1 (LQT1).Υλικό και μέθοδος : Αναλύθηκαν τα δεδομένα της νοσηλείας της ασθενούς καθώς και τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς (CMR) και του γενετικού ελέγχου που πραγματοποιήθηκαν μετά το εξιτήριο. Αποτελέσματα : Γυναίκα 61 ετών εμφάνισε συγκοπικό επεισόδιο χωρίς πρόδρομη συμπτωματολογία. Από το ιστορικό ανέφερε παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, ενώ πρόσφατη αξονική στεφανιογραφία είχε αποκλείσει σημαντική στεφανιαία νόσο. Κατά τη νοσηλεία της σε επαρχιακό νοσοκομείο παρουσίασε πολλαπλά επεισόδια TdP και διακομίστηκε στην κλινική μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε σημαντική παράταση του QTc=537msec, επί απουσίας αναστρέψιμων εκλυτικών παραγόντων, με διφασικά κύματα Τ στις απαγωγές V2-V3. Παρά τη χορήγηση προπρανολόλης, μεξιλετίνης, ενδοφλέβιου μαγνησίου και καλίου, η ασθενής παρουσίασε υποτροπιάζοντα επεισόδια TdP με καρδιακή ανακοπή που απαίτησαν επανειλημμένες εξωτερικές απινιδώσεις. Η επιμονή της ηλεκτρικής θύελλας οδήγησε στην τοποθέτηση προσωρινού διαφλέβιου βηματοδότη με overdrive pacing στις 110 σφύξεις/λεπτό, επιτυγχάνοντας πλήρη καταστολή των αρρυθμιών. Το

υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σοβαρή αλλά αναστρέψιμη συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (EF 27%), η οποία βελτιώθηκε στο 36% πιθανώς στο πλαίσιο αναστρέψιμης δυσλειτουργίας σχετιζόμενης με την ηλεκτρική θύελλα και τις επαναλαμβανόμενες απινιδώσεις. Η CMR δεν ανέδειξε δομική μυοκαρδιοπάθεια ή μυοκαρδιακή ίνωση και επιβεβαίωσε σχεδόν πλήρη ανάκαμψη της λειτουργίας (EF 50%). Ο γενετικός έλεγχος αποκάλυψε πιθανώς παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο KCNQ1, συμβατή με σύνδρομο LQT1. Δύο μήνες αργότερα, συγγενής πρώτου βαθμού ηλικίας 16 ετών παρουσίασε επίσης TdP με καρδιακή ανακοπή και υποβλήθηκε σε εμφύτευση απινιδωτή, γεγονός που υποστηρίζει την οικογενή φύση της νόσου..Συμπεράσματα : Το σύνδρομο LQT1 μπορεί να εκδηλωθεί ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία με ηλεκτρική θύελλα και επαναλαμβανόμενες καρδιακές ανακοπές. Η CMR συνέβαλε στον αποκλεισμό δομικής καρδιοπάθειας, ενώ ο γενετικός έλεγχος είναι καθοριστικός τόσο για τη διάγνωση όσο και για τον οικογενειακό έλεγχο και τη διαστρωμάτωση κινδύνου των συγγενών.



AA154|Long-Term Efficacy and Safety of Left Atrial Appendage Closure Versus Oral Anticoagulation in Atrial Fibrillation: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Π. Καρακάσης[1], Σ. Τζένης[2], Α. Σαμαράς[3], Κ. Βλάχος[4], Α. Αντωνιάδης[1], Α. Τζίκας[1], Κ. Παμπόρης[4], Π. Θεοφίλης[4], Β. Φραγκάκης[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΜΗΤΕΡΑ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Second Department of Cardiology, Hippokration General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

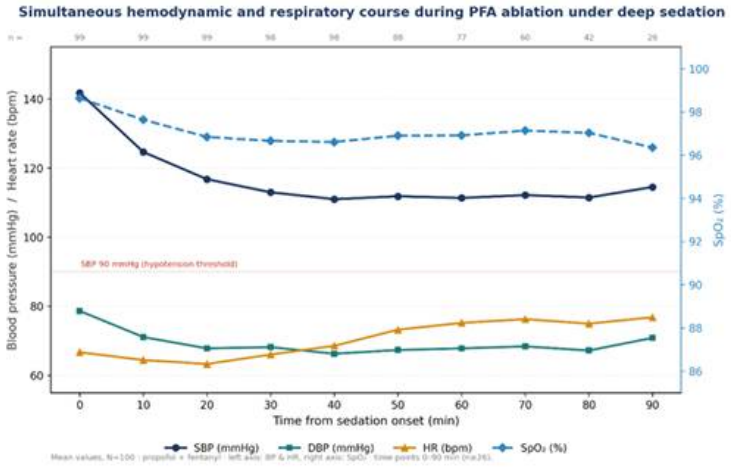
Background and Aims: Left atrial appendage closure (LAAC) has emerged as an alternative to oral anticoagulation (OAC) for stroke prevention in atrial fibrillation (AF), but its long-term comparative efficacy remains uncertain. This systematic review and meta-analysis evaluated randomized controlled trials (RCTs) comparing LAAC with OAC in AF.Methods: MEDLINE, Embase, Scopus, and the Cochrane Database of Systematic Reviews were searched through April 8, 2026. Risk ratios (RR) with 95% confidence intervals (CI) were pooled using random-effects models. Certainty of evidence (CoE) was assessed using GRADE.Results: Six RCTs involving 7004 participants were included (3681 assigned to LAAC and 3323 to OAC). Compared with OAC, LAAC resulted in a significantly higher risk of ischemic stroke or systemic embolism (134 vs 80 events; RR 1.41, 95% CI 1.07–1.86; moderate CoE). No significant differences were observed for any stroke or systemic embolism (RR 1.10, 95% CI 0.87–1.39; moderate CoE), all-cause mortality (RR 0.92, 95% CI 0.77–1.10; high CoE), cardiovascular mortality (RR 0.90, 95% CI 0.67–1.21; moderate CoE), noncardiovascular mortality (RR 0.92, 95% CI 0.75–1.12; moderate CoE), major bleeding (RR 0.91, 95% CI 0.77–1.08; high CoE), or hemorrhagic stroke (RR 0.58, 95% CI 0.28–1.17; moderate CoE). LAAC reduced the risk of nonprocedural clinically relevant bleeding compared with OAC (RR 0.50, 95% CI 0.43–0.59; high CoE). Conclusion: In patients with AF, LAAC results in a higher risk of ischemic stroke or systemic embolism than an OAC-based strategy. Compared with OAC, LAAC has no effect on major bleeding or mortality and does not reduce hemorrhagic stroke.

AA155|Ασφάλεια της βαθιάς καταστολής με προποφόλη και φιαντανύλη κατά την κατάλυση κολπικής μαρμαρύγής με παλμικό πεδίο (PFA)

Α. Γερακάρης[1], Ι. Κόνιαρη[1], Α.Μαυρομάτη[2], Α. Γκότση[1], Ι. Αναγνωστάκη[2], Ρ. Κώρος[2], Ά. Περπερής[1], Π. Νταβλούρος[1], Γ. Λεβεντόπουλος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής με παλμικό πεδίο (Pulse Field Ablation, PFA) αποτελεί μια σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση με αυξανόμενη εφαρμογή. Παρά την ευρεία χρήση της, η βέλτιστη στρατηγική αναισθησιολογικής υποστήριξης παραμένει αντικείμενο διερεύνησης, καθώς η βαθιά καταστολή ενδέχεται να αποτελέσει ασφαλή εναλλακτική της γενικής αναισθησίας. Σκοπός: Η αξιολόγηση της ασφάλειας της βαθιάς καταστολής με προποφόλη και φαιντανύλη κατά τη διάρκεια PFA, με βάση την αιμοδυναμική και αναπνευστική σταθερότητα των ασθενών. Υλικό–Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη 100 διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε PFA υπό βαθιά καταστολή στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, οι χορηγούμενες δόσεις προποφόλης και φαιντανύλης, καθώς και η καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή πίεση και ο κορεσμός οξυγόνου ανά δέκα λεπτά καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης. Η σύγκριση των μεταβολών σε σχέση με τις αρχικές τιμές πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία Wilcoxon και η διαχρονική εξέλιξη των παραμέτρων με τη δοκιμασία Friedman. Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 69 έτη, το 56% ήταν άνδρες και το 84% έπασχε από παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Ο κορεσμός οξυγόνου διατηρήθηκε σταθερός (96–99%) καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης. Πτώση του κορεσμού οξυγόνου <0% παρατηρήθηκε στο 9% και <8% στο 4% των ασθενών. Δεν καταγράφηκαν επεισόδια σοβαρής βραδυκαρδίας. Η συστολική αρτηριακή πίεση μειώθηκε μετά την έναρξη της καταστολής από διάμεση τιμή 139 mmHg σε περίπου 110 mmHg (p<0,001). Υπόταση με συστολική πίεση <0 mmHg εμφανίστηκε στο 28% και <0 mmHg στο 9% των ασθενών. Η διακύμανση των ζωτικών παραμέτρων κατά τη διάρκεια της επέμβασης υπό βαθιά καταστολή αποτυπώνεται στο γράφημα (Γράφημα 1). Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν απουσία πόνου (κλίμακα πόνου=0), ενώ το διάμεσο συμπληρωματικό bolus προποφόλης ήταν 13 mg (IQR 9–20).Συμπεράσματα: Η βαθιά καταστολή με προποφόλη και φαιντανύλη κατά το PFA εξασφάλισε υψηλό επίπεδο αναλγησίας και ικανοποιητική αναπνευστική και αιμοδυναμική σταθερότητα, με ήπιες και παροδικές μεταβολές της αρτηριακής πίεσης. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική της γενικής αναισθησίας σε επιλεγμένους ασθενείς, ενώ απαιτούνται προοπτικές συγκριτικές μελέτες για την οριστική τεκμηρίωση της θέσης της.



Γράφημα 1. Μεταβολή ζωτικών παραμέτρων κατά τη διάρκεια PFA υπό βαθιά καταστολή με προποφόλη και φαιντανύλη.

Βασική έρευνα καρδιαγγειακού συστήματος ΙΙ / Basic research II

Πρόεδροι: **Μ. Παπαφακλής** (Πάτρα), **Π.Ε. Νικολάου** (Αθήνα)
Chairpersons: **M. Papafaklis** (Patra),**Π.Ε.Νικολάου** (Athens)

ΑΑ156|Καρδιομεταβολικοί βιοδείκτες στην παχυσαρκία. Μία προοπτική καταγραφική μελέτη παρατήρησης.

Ο .Σίμου[1], Μ .Ζαγκλή[1], Σ. Τομαράς[1], Γ. Βελισάρης[1], Κ. Δανιηλίδου[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Κ. Μπράτης[2], Δ. Χατζής[1], Ν. Μπιάγκης[1], Α. Δρίτσας[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Χ. Κουρέκ[1], Ι. Τσάλος[1], Β. Σταυροπούλου[1], Α. Θεοφιλου[3], Α Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία είναι μια καρδιομεταβολική νόσος, η οποία σχετίζεται με φαινότυπο καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως, φλεγμονή και διαταραχή επιπέδων της γλυκόζης. Είναι πιθανό, ο βαθμός της παχυσαρκίας να σχετίζεται με αντίστοιχο καρδιομεταβολικό βιοχημικό προφίλ, που εκφράζεται με συγκεκριμένους βιοδείκτες στο αίμα. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του βαθμού της παχυσαρκίας και καρδιομεταβολικών βιοδεικτών καρδιακής ανεπάρκειας, φλεγμονής και διαταραχής επιπέδων της γλυκόζης. Μέθοδος: Σε διαδοχικούς ασθενείς με παχυσαρκία κατηγορίας 1-3 [δείκτης μάζας σώματος, (BMI) ≥30] έγινε λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για προσδιορισμό των ακόλουθων βιοδεικτών: α) NTproBNP (δείκτης μυοκαρδιακής τάσης), β) Διαλυτή ST2 (δείκτης αναδιαμόρφωσης/ίνωσης), γ) CRP (δείκτης φλεγμονής), δ) HbA1c (δείκτης μέσου επιπέδου γλυκόζης), ε) Τροπονίνης (δείκτης μυοκαρδιακής νέκρωσης). Σε όλους τους ασθενείς υπολογίστηκαν: η επιφάνεια σώματος (BSA), ο δείκτης περιφέρειας μέσης/ύψος (Μ/Υ) και ο δείκτης περιφέρειας μέσης/γοφών (Μ/Γ), ως επιπρόσθετοι δείκτες του βαθμού της παχυσαρκίας. Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν συνολικά 49 ασθενείς, μέσης ηλικίας 51 ετών, 57% εξ αυτών ήταν άντρες με μέσο BMI 39.2±5.46. Οι μέσες τιμές των καρδιομεταβολικών βιοδεικτών ήταν: NTproBNP 133.43±238.43 ng/ml, sST2 12.00±6.76 ng/ml, CRP 2.16±3.69 mg/L, HbA1C 5.91±1.01%, Τροπονίνη 1490±8280 ng/ml. Παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του NTproBNP με το BSA (p=0.007), ενώ οι υπόλοιποι καρδιομεταβολικοί βιοδείκτες, δεν παρουσίασαν καμία συσχέτιση με τους δείκτες παχυσαρκίας (Πίνακας 1). Συμπεράσματα: Ο βαθμός παχυσαρκίας συσχετίζεται με έναν κλασικό καρδιομεταβολικό βιοδείκτη καρδιακής ανεπάρκειας, όχι όμως με τους βιοδείκτες φλεγμονής και διαταραχής επιπέδων της γλυκόζης. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν την ιδιαιτερότητα της πάθησης αυτής από παθοφυσιολογικής πλευράς, καθώς και την ανάγκη ανεύρεσης ειδικών βιοδεικτών που συσχετίζονται με τη βαρύτητά της.

Συσχετίσεις δεικτών παχυσαρκίας και καρδιομεταβολικών βιοδεικτών

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	BMI	BSA	Μ/Υ	Μ/Γ
NTproBNP	r=0.281, p=0.119	r=0.464, p=0.007	r=0.004, p=-0.985	r=0.216, p=0.279
sST2	r=-0.065, p=0.663	r=0.148, p=0.314	r=-0.007, p=0.97	r=-0.13, p=0.457
CRP	r=0.04, p=0.821	r=0.012, p=0.945	r=0.106, p=0.585	r=0.071, p=0.713
HbA1c	r=-0.181, p=0.277	r=-0.121, p=0.47	r=-0.026, p=0.892	r=-0.035, p=0.854
Τροπονίνη	r=-0.197, p=0.288	r=-0.048, p=0.799	r=-0.239, p=0.241	r=0.042, p=0.838

BMI: Δείκτης μάζας σώματος, Μ/Υ: Περιφέρεια μέσης/Υψος, Μ/Γ: Περιφέρεια μέσης/Περιφέρεια γοφών

ΑΑ157|Η επίδραση της βιταμίνης Κ2 στην ασβεστοποίηση του προσθίου κατιόντα της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας: δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Γ. Ματθαιόπουλος[2], S. Masuda[3], N. Τσιάμης[4], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Δ. Αφενδούλης[5], Σ. Κωτούλας[6], Χρ. Τούντας[4], Ε. Λεπτόπουλος[7], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[8], Κ Τούτουζας[5], Ν. Καυκάς[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εκδήλωση εκτεταμένης καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση βαλβιδικών, στεφανιαίων και αγγειακών δομών. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία που να επιβραδύνει την εξέλιξή της. Η βιταμίνη Κ2, μέσω της ενεργοποίησης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein, έχει προταθεί ως πιθανός αναστολέας της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7) στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης του πρόσθιου κατιόντα σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση (AVA> cm², μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7, 360 μg) ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό αρχικά και στους 12 μήνες, για εκτίμηση της εξέλιξης της καρδιαγγειακής ασβέστωσης, τόσο στην αορτική βαλβίδα όσο και σε επιμέρους καρδιαγγειακές δομές. Αποτελέσματα: Σε 93 ασθενείς αξιολογήθηκε η εξέλιξη της ασβεστοποίησης του πρόσθιου κατιόντα (48 βιταμίνη Κ2, 45 εικονικό φάρμακο). Μετά από 12 μήνες, το φορτίο ασβεστίου αυξήθηκε στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου κατά 49 μονάδες, ενώ μειώθηκε στην ομάδα της βιταμίνης Κ2 κατά 5 μονάδες. Παρότι παρατηρήθηκε αριθμητική διαφοροποίηση με αντίθετη κατεύθυνση μεταβολής υπέρ της βιταμίνης Κ2, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική στους 12 μήνες (p = 0,684).Συμπεράσματα :Σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας, η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης του πρόσθιου κατιόντα σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, παρά την ευνοϊκή αριθμητική τάση υπέρ της βιταμίνης Κ2. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τον πιθανό προστατευτικό ρόλο της βιταμίνης Κ2 στην εξέλιξη της στεφανιαίας ασβεστοποίησης, ο οποίος χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Μεγαλύτερες μελέτες με μακρύτερη παρακολούθηση απαιτούνται για την αξιολόγηση της πιθανής επίδρασης της βιταμίνης Κ2 στην αγγειακή ασβεστοποίηση.

1. Μεταβολή του φορτίου ασβεστίου του προσθίου κατιόντα κλάδου στο χρόνο στις δύο ομάδες.

	Placebo (n=45)		Βιταμίνη Κ (n=48)		P-value*
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	0,684
Πριν από την παρέμβαση	184	339	302	516	
12 μήνες μετά	233	386	297	541	
Διαφορά	49		-5		

* mixed-effects linear model



ΑΑ158|Η επίδραση της βιταμίνης Κ2 στην ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας: δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας

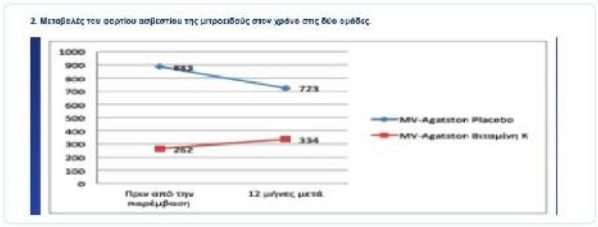
Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Σ. Τσιάμης[1], S. Masuda[2], Γ. Ματθαιόπουλος[3], Θ.Θεοδωροπούλου[1], Σ. Κωτούλας[4], Δ. Αφενδούλης[5], Χρ. Τούντας[6], Δ. Νικητόπουλος[3], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[3], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[1], Κ. Τούτουζας[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση άλλων καρδιακών δομών, όπως η μιτροειδής βαλβίδα και ο μιτροειδικός δακτύλιος. Η ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας αποτελεί δείκτη εκτεταμένου καρδιαγγειακού φορτίου ασβεστίου και έχει συσχετιστεί με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η βιταμίνη Κ2 συμμετέχει στην ενεργοποίηση ενδογενών αναστολέων της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης, κυρίως μέσω της γ-καρβοξυλίωσης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein. Σκοπός της παρούσας ανάλυσης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της βιταμίνης Κ2, με τη μορφή μενακινόνης-7, στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της μιτροειδούς βαλβίδας σε ασθενείς με συνυπάρχουσα ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση, οριζόμενη ως AVA> cm² και μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε αναλογία 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2, μενακινόνης-7, σε δόση 360 μg ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό στην αρχική επίσκεψη και στους 12 μήνες. Καταληκτικό σημείο της παρούσας ανάλυσης ήταν η μεταβολή του φορτίου ασβεστίου της μιτροείδους βαλβίδας (MV-Agatston score).Αποτελέσματα: Συνολικά 93 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν, εκ των οποίων 48 έλαβαν βιταμίνη Κ2 και 45 εικονικό φάρμακο. Τα βασικά χαρακτηριστικά ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των δύο ομάδων. Μετά από 12 μήνες παρακολούθησης, δεν παρατηρήθηκε ευεργετική επίδραση στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της μιτροειδούς βαλβίδας. Συγκεκριμένα, στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου το MV-Agatston score μειώθηκε κατά 160 μονάδες, από 883 ± 2618 σε 723 ± 2361, ενώ στην ομάδα της βιταμίνης Κ2 αυξήθηκε κατά 72 μονάδες, από 262 ± 774 σε 334 ± 1145. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντική (p = 0,672).Συμπεράσματα: Η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες δεν συσχετίστηκε με θετική επίδραση στην εξέλιξης της ασβεστοποίησης της μιτροειδούς βαλβίδας. Ωστόσο, η αριθμητική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων, η μεγάλη διακύμανση των τιμών και το σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα παρακολούθησης αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Μεγαλύτερες μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας απαιτούνται για την περαιτέρω αξιολόγηση της πιθανής επίδρασης της βιταμίνης Κ2 στη βαλβιδική ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας.

1. Μεταβολές του φορτίου ασβεστίου της μιτροειδούς στον χρόνο στις δύο ομάδες.

	Placebo (n=45)		Βιταμίνη Κ (n=48)		P-value*
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	0,672
Πριν από την παρέμβαση	883	2618	262	774	
12 μήνες μετά	723	2361	334	1145	
Διαφορά	-160		72		



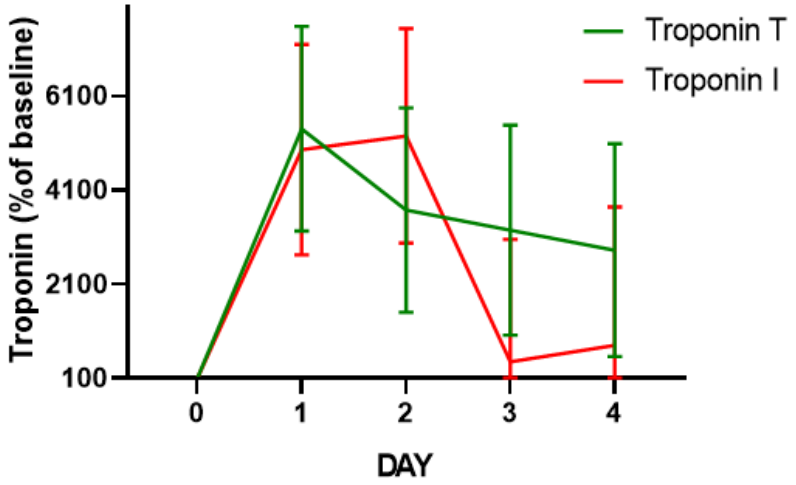
ΑΑ159|Το διαφορετικό κινητικό προφίλ των τροπονινών Τ και Ι στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα.

Μ.Α. Δημοπούλου[1], Π. Μανιφαβα[2], Α. Σιάνης[1], Π. Ναστάτος[1], Δ. Δελιαλής[1], Σ. Λαγουδάκου[2], Α. Μαρέτη[2], Ι. Πετρόπουλος[2], Ε. Ρεπάσος[2], Μ.Ε. Τσελεγκίδη[1], Κ. Σταματελόπουλος[2]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της κινητικής των υψηλής ευαισθησίας τροπονινών Τ (hsTropT) και Ι (hsTropI) σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ).Υλικό και μέθοδος: Διενεργήθηκε μία πιλοτική μελέτη παρατήρησης στην οποία συμπεριλήφθηκαν 52 ασθενείς με ΟΣΣ, οι οποίοι εισήλθαν διαδοχικά και παρέμειναν στην καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας για πενθήμερη παρακολούθηση. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης τους όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε καθημερινές αιμοληψίες με καθημερινή μέτρηση τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας. Οι ασθενείς στους οποίους μετρήθηκε TropI αντιστοιχίστηκαν (matched) με ασθενείς στους

οποίους μετρήθηκε TropT σε αναλογία 1:1 (n=26 ανά ομάδα), με βάση προκαθορισμένα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, το κάπνισμα, ο διαβήτης, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και ο τύπος οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Αποτελέσματα: Τα δημογραφικά και αιμοδυναμικά χαρακτηριστικά των ασθενών μετά την αντιστοίχιση δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά. Όπως αναμενόταν, οι τιμές και των δύο τροπονινών μεταβλήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια των 5 ημέρων (p≤0.001). Το πρότυπο ποσοστιαίας μεταβολής τους δε διέφερε στατιστικά σημαντικά (F=0.871, p=0.458) κατά την πενθήμερη παρακολούθηση των ασθενών. Παρατηρήθηκε μία πιο ταχεία μείωση της ποσοστιαίας μεταβολής στην TropI την τρίτη μέρα νοσηλείας σε σχέση με την TropT που παρουσίαζε plateau χωρίς όμως να ανευρεθεί κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μεταβολή αυτή. Συμπεράσματα: Η TropI και η TropT παρουσιάζουν διαφορετική κινητική κατά την οξεία φάση του ΟΣΣ με την ποσοστιαία μεταβολή της TropI να παρουσιάζει πτώση την 3η ημέρα μετά το ΟΣΣ χωρίς όμως αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.



Εικόνα: Οι ποσοστιαίες μεταβολές των τροπονινών I και T κατά τις πρώτες 5 ημέρες νοσηλείας ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

ΑΑ160|Η επίδραση του εικοσαπεντανοικού οξέος στο αγγειομεταβολικό προφίλ ασθενών υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

Μ.Α. Δημοπούλου[1], Ε. Εμμανουήλ[2], Δ. Δελιαλής[1], Γ. Μαυραγάνης[3], Χ. Κωνσταντάκη[3], Π. Μπάτζιου[3], Ι. Θυμής[4], Γ. Γεωργιόπουλος[3], Β.Λαμπαδιάρη[5], Α. Πρωτογέρου[6], Ι. Οικονομιδης[4], Ε. Λυμπερόπουλος[7], Χ. Βλαχόπουλος[2], Κ. Σταματελόπουλος[3]

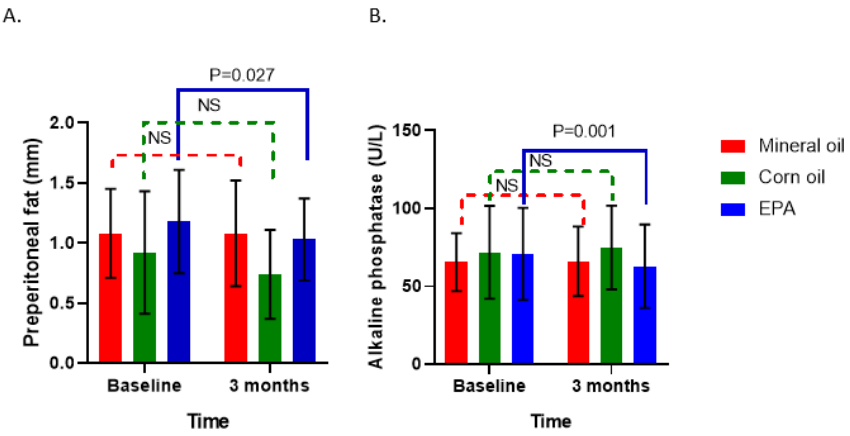
[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Παθολογική Φυσιολογία, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», [7]1st Propaedeutic Department of Medicine and Diabetes Center, Laiko General Hospital of Athens

Εισαγωγή: Νεότερα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η ωφέλιμη επίδραση του υψηλής καθαρότητας εικοσαπεντανοϊκού οξέος (EPA) στα καρδιαγγειακά συμβάματα πιθανώς να μεσολαβείται εν μέρει από πλειοτροπικές δράσεις σε δείκτες αρτηριακής βλάβης και καρδιομεταβολικούς παράγοντες. Σκοπός: Η μελέτη της επίδρασης του υψηλής καθαρότητας EPA (1,875g EPA & 0.125g DHA ανά δισκίο) σε μεταβολικούς και μη-επεμβατικούς αγγειακούς δείκτες. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μία πολυκεντρική τυχαιοποιημένη μελέτη στην οποία εντάχθηκαν 56 ασθενείς, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν 2 δισκία ημερησίως (OD) EPA n=17), ορυκτέλαιο (n=10) ή καλαμποκέλαιο (n=16) με τρίμηνη παρακολούθηση και υποβλήθηκαν σε αιματολογικές και αγγειολογικές εξετάσεις. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν δύο ομάδες με διαφορετικό εικονικό φάρμακο λόγω δεδομένων που δείχνουν πιθανή δυσμενή επίδραση του ορυκτελαίου που έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες τυχαιοποιημένες μελέτες. Δεκατρείς ασθενείς εξαιρέθηκαν λόγω χαμηλής συμμόρφωσης (<0% της συνολικής δόσης).Το 33.3% των ασθενών που έλαβαν ορυκτέλαιο είχαν χαμηλή συμμόρφωση, το 20% αυτών που έλαβαν καλαμποκέλαιο και το 19% αυτών που έλαβαν EPA. Όσον αφορά το μεταβολικό προφίλ των ασθενών, μελετήθηκαν οι μεταβολές των λευκών αιμοσφαιρίων, των τρανσαμινασών, της αλβουμίνης, της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, του δείκτη μάζας σώματος, του

προπεριτοναϊκού και υποδόριου λίπους, του δείκτη εκτίμησης ηπατικής ίνωσης (Fibrosis-4 Index) και του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Από αγγειακούς δείκτες μετρήθηκαν η ταχύτητα σφυγμικού κύματος, η περιφερική και αορτική συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση, δείκτες ανακλώμενων κυμάτων και ο σφυροβραχιόνιος δείκτης. Αποτελέσματα: Οι 3 ομάδες δε διέφεραν σημαντικά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (ηλικία, φύλο, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, στεφανιαία νόσος), εκτός από την υπέρταση που παρουσίαζε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (P=0.047) με τους ασθενείς που έλαβαν ορυκτέλαιο να παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υπέρταση (Πίνακας). Σε σχέση με τις ομάδες των δύο εικονικών φαρμάκων, η ομάδα που έλαβε EPA παρουσίασε σημαντική μείωση του πάχους του προπεριτοναϊκού λίπους (p=0.027) και της αλκαλικής φωσφατάσης (p=0.010) (Εικόνα). Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές των αγγειολογικών ή άλλων μεταβολικών δεικτών κατά τη διάρκεια παρακολούθησης. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου η χορήγηση EPA σε υψηλή δόση βελτιώνει το μεταβολικό προφίλ, όπως αυτό αντανακλάται από δείκτες του σπλαχνικού λίπους και της ηπατικής λειτουργίας.

Μεταβλητή	EPA	Ορυκτέλαιο	Καλαμποκέλαιο	p-value
Ηλικία (έτη) (mean, SD)	60.59 (8.804)	61 (9.189)	63.38 (10.178)	0.674
Φύλο (αντρικό) (n, %)	13 (76.5%)	9 (90%)	9 (56.3%)	0.153
Κάπνισμα (n, %)	3 (17.6%)	4 (40%)	5 (31.3%)	0.426
Υπέρταση (n, %)	**7 (41.2%)**	**9 (90%)**	**10 (62.5%)**	**0.042**
Δυσλιπιδαιμία (n, %)	16 (94.1%)	10 (100%)	16 (100%)	0.457
Σακχαρώδης Διαβήτης (n, %)	11 (64.7%)	8 (80%)	11 (68.8%)	0.701
BMI (kg/m^2) (mean, SD)	29.16 (2.794)	29.76 (2.5234)	28.68 (4.3054)	0.739
Στεφανιαία νόσος (n, %)	6 (35.3%)	6 (60)	5 (31.3%)	0.310

Πίνακας: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 3 ομάδων που έλαβαν EPA, ορυκτέλαιο ή καλαμποκέλαιο. Για συνεχείς μεταβλητές το P-value ανευρέθηκε με One-Way ANOVA. Για κατηγορικές μεταβλητές ανευρέθηκε μέσω chi-squared test.



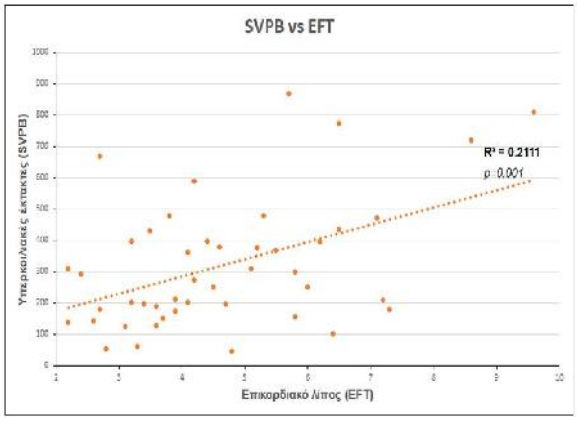
Εικόνα: Α. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση (SD). Η ομάδα ασθενών που έλαβε EPA παρουσίασε σημαντική μείωση του προπεριτοναϊκού λίπους (p = 0,027). Β. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση (SD). Η ομάδα ασθενών που έλαβε EPA παρουσία σημαντική μείωση της αλκαλικής φωσφατάσης (p = 0,01). (NS: Non-significant)

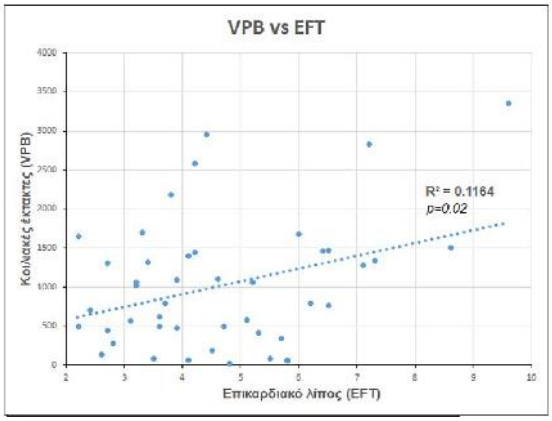
ΑΑ161|Η επίδραση της αυξημένης ποσότητας επικαρδιακού λίπους στην κολπική και κοιλιακή έκτακτο-συστολική αρρυθμία.

Τ. Απτή[1], Ρ. Χασάν[1], Σ. Ντούρτσιου[1], Δ. Διαμαντόπουλος[1], Γ. Ελευθεριάδης[1], Ρ. Ιακουμπίδου[1], Λ. Διαμαντόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΡΟΔΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-σκοπός: Το επικαρδιακό λίπος (EFT) κερδίζει το επιστημονικό ενδιαφέρον ολοένα και συχνότερα τελευταία, κυρίως λόγω των μηχανικών και παρακρινικών ιδιοτήτων του. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εύρεση πιθανής σχέσης ανάμεσα στην ποσότητα του επικαρδιακού λίπους και την συχνότητα εμφάνισης εκτάκτων κολπικών (SVPB) και κοιλιακών (VPB) συστολών. Μέθοδος-αποτελέσματα: Μελετήσαμε συνολικά 45 ενήλικες ασθενείς, 20 άνδρες και 25 γυναίκες ηλικίας 40-80 ετών που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, γνωστό σύνδρομο προδιέγερσης, καθώς και εκείνοι με εμφυτευμένη συσκευή βηματοδότησης. Όλοι υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, όπου μετρήθηκαν ενδελεχώς οι παράμετροι κόλπων και κοιλιών. Επιπλέον, μετρήθηκε το πάχος του στρώματος επικαρδιακού λίπους στην βραχεία παραστερνική προβολή κατά το τέλος της διαστολής, σε 3 επίπεδα ως εξής: α) Στο επίπεδο της μιτροειδούς βαλβίδας, β) στο επίπεδο των θηλοειδών μυών και γ) Στο επίπεδο της κορυφής των κοιλιών και υπολογίσθηκε ο μέσος όρος των τιμών. Στην συνέχεια οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 48ωρη καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος Holter, που αναλύθηκε όσον αφορά τον αριθμό και την συχνότητα των καταγεγραμμένων SVPB και VPB. Ως VPB καταχωρήθηκαν οι μονήρεις έκτακτες κοιλιακές στολές και τα κοιλιακά ζεύγη. Ο μέσος όρος του πάχους του EFT ήταν 4.64±1.71mm, SE=0.25mm. Εκ της αναλύσεως των ευρημάτων (figure) προέκυψε θετική συσχέτιση ανάμεσα σε EFT και SVPB (Pearson R=0.46, p=0.001), καθώς και ασθενέστερα θετική συσχέτιση ανάμεσα σε EFT και VPB (Pearson R=0.34, p=0.02). Συμπέρασμα: Από την μελέτη προκύπτει ότι οι ασθενείς με αυξημένο πάχος επικαρδιακού λίπους παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης SVPB, ενώ φαίνεται να ευνοείται και η εμφάνιση περισσοτέρων VPB. Πιθανά αίτια είναι οι παρακρινική δράση του λίπους, η λιπώδης διήθηση του μυοκαρδίου, η μηχανική επίπτωση του πεπαχυσμένου λίπους στην διαστολική λειτουργία κόλπων και κοιλιών, ενώ δεν αποκλείεται και ο ρόλος της τοπικής φλεγμονής.





ΑΑ162|Η j στερνοτομή ως επέμβαση εκλογής στην αντιμετώπιση παθήσεων της αορτικής βαλβίδας

Ι. Παναγιώτου[1], Σ. Κωτούλας[2], Π. Τσίπας[1], Χ. Γεωργίου[1], Ι. Κουκής[1], Α. Κωτούλας[2], Β. Κυριακόπουλος[1], Χρ. Ποθητάκης[1], Ε. Χουλιάρας[1], Χρ. Κωτούλας[1]

[1]401 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές αντικαθιστούν την μέση στερνοτομή στην αντιμετώπιση των παθήσεων της αορτικής βαλβίδας. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των μεσοπρόθεσμων εκβάσεων διαδοχικών βιοπροσθετικών χειρουργικών αντικαταστάσεων αορτικής βαλβίδας (SAVR) με J στερνοτομή.Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική μονοκεντρική μελέτη 110 διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε j στερνοτομή για αντιμετώπιση παθήσεων αορτικής βαλβίδας (2018–2026). Η τομή δέρματος μήκους 5-7 εκατοστά, πραγματοποιείται με στερνοτομή μέχρι το τρίτο μεσοπλεύριο διάστημα. Σε όλες τις επεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν pledgeted ράμματα Ethibond ασφαλισμένα με Cor-Knot και δεν πραγματοποίηθηκε καμία επέμβαση διεύρυνσης αορτικού δακτυλίου. Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιούνται με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα για την άμεση παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η PVL, το PPM, η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και η δομική εκφύλιση της βαλβίδας (SVD). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η 30ήμερη θνητότητα. Αποτελέσματα: Το σύνολο των ασθενών πλην τριών έπασχαν από στένωση αορτής. Η μέση ηλικία ήταν 69,67±9,3 (38-84) έτη, το 52,7% ήταν άνδρες και ο μέσος EuroSCORE II 2.29±2,56% (0.5-24.9). Μέσος X-Time ήταν 80.2±19.8 (42-193) λεπτά. Χρησιμοποιήθηκαν όλα τα είδη των βαλβίδων, κλασσικές βιοπροσθετικές-88, νέας τεχνολογίας βιοπροσθετικές-19 και μηχανικές-3. Το μέγεθος των βαλβίδων ήταν 23-30.9%, 21-26,4%, 25-22,7% και 19-12,7%. Ο μέσος χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ ήταν 2.81±1,25 (1-8) και νοσηλείας ήταν 6.85±2.51 (2-17) ημέρες, αντίστοιχα. Μέση παρακολούθηση 40±23.6 (65-224) μηνών. Δεν παρατηρήθηκε παραβαλβιδική διαφυγή ούτε μέτριο ή σοβαρό προβλεπόμενο PPM, καμία περίπτωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (0.9%) και η 30ήμερη θνητότητα 1,8% (2/110), χαμηλότερη από την προβλεπόμενη βάσει EuroSCORE II. Συμπεράσματα: Η j στερνοτομή με τη χρήση προϊόντων τεχνολογίας συσχετίζεται με εξαιρετική αιμοδυναμική απόδοση, χωρίς παραβαλβιδική διαφυγή, μικρή νοσηλεία και θνητότητα κάτω του αναμενομένου. Τα αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με την ταχύτερη ανάνηψη των ασθενών καθιερώνει την επέμβαση αυτή ως επέμβαση εκλογής.

ΑΑ163|Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δεικτών παχυσαρκίας και διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας;

Σ .Τομαράς[1], Γ. Βελισάρης[1], Μ. Ζαγκλή[1], Δ. Χατζής[1], Μ. Παλιάκη[1], Ο .Σίμου[1], Κ. Μπράτης[1], Ν. Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Ν. Παπαϊωάννου[1], Ι. Τσάλος[1], Β. Σταυροπούλου[1], Σ. Χατζίδου[1], Β Παναγιωτόπουλος[1], Α. Νταλιάνης[1]

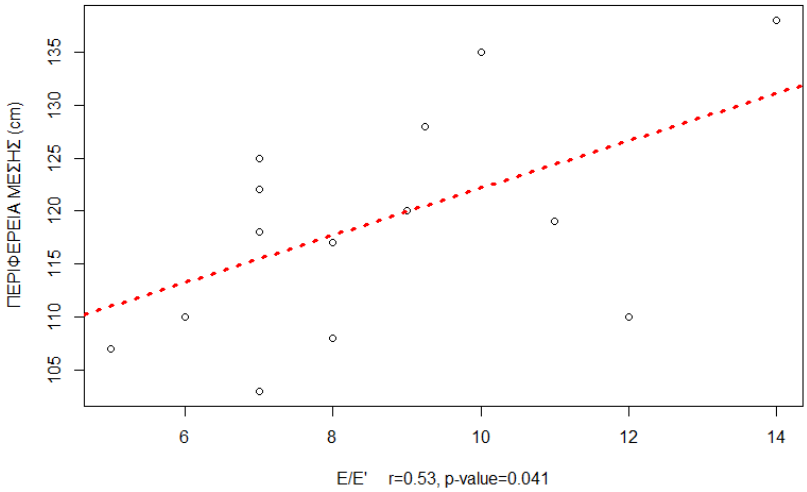
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία προκαλεί υπερφόρτωση όγκου και υπερτροφία αριστερής κοιλίας με αποτέλεσμα την πρόκληση διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Ωστόσο, υπάρχει ακόμα προβληματισμός σχετικά με την ακρίβεια των δεικτών παχυσαρκίας να προσδιορίσουν το βαθμό της διαστολικής μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ δεικτών παχυσαρκίας και δεικτών διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας όπως προσδιορίστηκαν με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Μέθοδος: Διαδοχικοί ασθενείς με παχυσαρκία κατηγορίας 1-3 [δείκτης μάζας σώματος, (BMI) ≥30] υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα κατά τη διάρκεια του οποίου έγινε ενδελεχής έλεγχος της διαστολικής και συστολικής λειτουργίας με προσδιορισμό του E/e', E/A, κύματος e' στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα και στο πλάγιο τοίχωμα, κύματος s και a στο πρόσθιο και πλάγιο τοίχωμα, της διαμέτρου και του όγκου της αριστερής κοιλίας και του αριστερού κόλπου, της ταχύτητας ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας, του δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας, του σχετικού πάχους του τοιχώματος και της επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας. Στους ασθενείς αυτούς εκτός του BMI προσδιορίστηκαν και οι εξής δείκτες παχυσαρκίας: η επιφάνεια σώματος (BSA), η περιφέρεια μέσης (Μ), ο δείκτης περιφέρειας μέσης/ύψος (Μ/Υ) και ο δείκτης περιφέρειας μέσης/γοφών (Μ/Γ), ως επιπρόσθετοι δείκτες του βαθμού της παχυσαρκίας. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 51 ασθενείς, μέσης ηλικίας 51,2 ετών, 43% γυναίκες, με μέσο BMI 39.3±5.49 με μέσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 58,1±6%. Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ BSA και της τελοδιαστολικής και τελοσυστολικής διαμέτρου αριστερής κοιλίας όπως επίσης και της διαμέτρου του αριστερού κόλπου και του κύματος s στο πλάγιο τοίχωμα (Πίνακας). Επιπλέον διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του Μ και του E/e' (Εικόνα). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ BMI, Μ/Υ και Μ/Γ με τους δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας. Συμπεράσματα: Η περιφέρεια μέσης συσχετίζεται με το δείκτη E/e' ίσως τον πιο αξιόπιστο δείκτη διαστολικής δυσλειτουργίας. Η περιφέρεια μέσης αντικατοπτρίζει καλύτερα το βαθμό διαστολικής δυσλειτουργίας και όχι ο BMI.

Συσχετίσεις Δεικτών Παχυσαρκίας και Δεικτών Διαστολικής Λειτουργίας

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	BMI	BSA	Μ/Υ	Μ/Γ	Μ
E/e'	r=0.031, p=0.835	r=-0.051, p=0.831	r=0.152, p=0.588	r=-0.403, p=0.136	r=0.531, p=0.041
E/A	r=-0.1, p=0.712	r=0.027, p=0.922	r=0.117, p=0.703	r=0.377, p=0.204	r=0.158, p=0.606
S' Πλάγιο	r=-0.101, p=0.647	r=-0.444, p=0.034	r=-0.389, p=0.136	r=0.058, p=0.83	r=-0.179, p=0.506
E' Πλάγιο	r=-0.029, p=0.897	r=-0.111, p=0.614	r=-0.033, p=0.905	r=0.356, p=0.176	r=-0.022, p=0.935
E' Πρόσθιο	r=0.130, p=0.592	r=-0.058, p=0.819	r=0.161, p=0.6	r=0.098, p=0.75	r=-0.088, p=0.775
Διάμετρος Ακ	r=0.241, p=0.28	r=0.647, p=0.001	r=-0.155, p=0.566	r=0.344, p=0.193	r=0.322, p=0.223
LAVI	r=-0.22, p=0.381	r=-0.071, p=0.78	r=-0.227, p=0.477	r=-0.203, p=0.527	r=0.24, p=0.452

BMI: Δείκτης μάζας σώματος, Μ/Υ: Περιφέρεια μέσης/Υψος, Μ/Γ: Περιφέρεια μέσης/Περιφέρεια γοφών, Μ: Περιφέρεια Μέσης, LAVI: Δείκτης όγκου αριστερού κόλπου, Ακ: Αριστερός Κόλπος



AA164|Επίδραση της Βιταμίνης Κ2 στην Εξέλιξη της Ασβεστοποίησης της Δεξιάς Στεφανιαίας Αρτηρίας σε Ασθενείς με Ασβεστοποιό Νόσο της Αορτικής Βαλβίδας: Τυχαιοποιημένη, Διπλά Τυφλή, Ελεγχόμενη με Εικονικό Φάρμακο Μελέτη

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Γ. Ματθαιόπουλος[2], S. Masuda[3], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Ν. Τσιάμης[4], Δ. Αφενδούλης[5], Σ. Κωτούλας[6], Χρ. Τούντας[4], Ε. Λεπτόπουλος[7], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[2], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[8], Κ. Τούτουζας[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εκδήλωση εκτεταμένης καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση βαλβιδικών, στεφανιαίων και αγγειακών δομών. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία που να επιβραδύνει την εξέλιξή της. Η βιταμίνη Κ2, μέσω της ενεργοποίησης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein, έχει προταθεί ως πιθανός αναστολέας της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7) στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της δεξιάς στεφανιαίας

αρτηρίας σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας.Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση (AVA> cm², μέγιστη διαβαλβιδική ταχύτητα <4 m/s). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε καθημερινή από του στόματος χορήγηση βιταμίνης Κ2 (μενακινόνη-7, 360 μg) ή εικονικού φαρμάκου για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό αρχικά και στους 12 μήνες, για εκτίμηση της εξέλιξης της καρδιαγγειακής ασβέστωσης.ΑποτελέσματαΣε 93 ασθενείς αξιολογήθηκε η εξέλιξη της ασβεστοποίησης της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (48 βιταμίνη Κ2, 45 εικονικό φάρμακο). Μετά από 12 μήνες, το RCA-Agatston αυξήθηκε και στις δύο ομάδες: κατά 40 μονάδες στο εικονικό φάρμακο και κατά 87 μονάδες στη βιταμίνη Κ2. Παρότι η αύξηση ήταν αριθμητικά μεγαλύτερη στην ομάδα της βιταμίνης Κ2, η διαφορά μεταξύ των ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντική στους 12 μήνες (p = 0,730).ΣυμπεράσματαΣε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας, η χορήγηση βιταμίνης Κ2 για 12 μήνες δεν ανέδειξε ευεργετική επίδραση στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Αντιθέτως, παρατηρήθηκε αριθμητικά μεγαλύτερη αύξηση στην ομάδα της βιταμίνης Κ2, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα. Τα ευρήματα δεν υποστηρίζουν προστατευτικό ρόλο της βιταμίνης Κ2 στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας στο διάστημα των 12 μηνών. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες με μακρύτερη παρακολούθηση.


1. Μεταβολή του φορτίου ασβεστίου της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας στα χρόνια στις δύο ομάδες.

	Placebo (n=45)		Βιταμίνη Κ (n=48)		P-value*
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	0,730
Πριν από την παρέμβαση	122	276	212	504	
12 μήνες μετά	162	303	299	645	
Διαφορά	40		87		

* mixed-effects linear model

2. Μεταβολή του φορτίου ασβεστίου της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας στα χρόνια στις δύο ομάδες

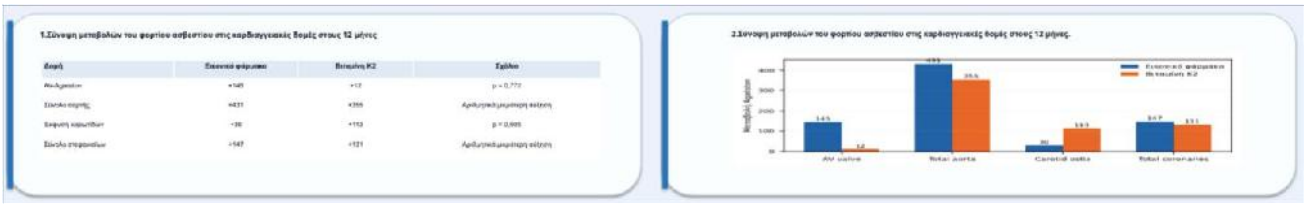
AA165|Η επίδραση της βιταμίνης Κ2 στην εξέλιξη της ασβεστοποίησης καρδιαγγειακών δομών σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας: δεδομένα από τυχαιοποιημένη μελέτη

Ε.Σ. Μαυρουδέας[1], Γ. Ματθαιόπουλος[2], S. Masuda[3], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Ν. Τσιάμης[4], Δ. Αφενδούλης[5], Σ. Κωτούλας[6], Χ. Τούντας[4], Ε. Λεπτόπουλος[7], Σ. Μαραγκουδάκης[1], Ν. Καυκάς[2], Κ. Αγγέλη[1], Δ. Τούσουλης[1], Κ. Τσιούφης[8], Κ. Τουτουζας[5]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Ageo Central General Hospital, Department of Cardiology, Saitama, Japan, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [8]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ασβεστοποιός νόσος της αορτικής βαλβίδας αποτελεί εκδήλωση εκτεταμένης καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης και συχνά συνυπάρχει με ασβεστοποίηση βαλβιδικών, στεφανιαίων και αγγειακών δομών. Παρά την πρόοδο στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία που να επιβραδύνει την εξέλιξή της. Η βιταμίνη Κ2, μέσω της ενεργοποίησης πρωτεϊνών όπως η Matrix Gla Protein, έχει προταθεί ως πιθανός αναστολέας της αγγειακής και βαλβιδικής ασβεστοποίησης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της μενακινόνης-7 στην εξέλιξη του συνολικού καρδιαγγειακού φορτίου ασβεστίου σε ασθενείς με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας. Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική, διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη. Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς άνω των 50 ετών με ασβεστοποιό νόσο της αορτικής βαλβίδας και έως μέτρια αορτική στένωση (AVA> cm², Vmax <4 m/s). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε βιταμίνη Κ2 (μενακινόνη-7, 360 μg ημερησίως) ή εικονικό φάρμακο για 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκαν κλινική εκτίμηση, αιματολογικός έλεγχος, υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρωτίδων και αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό αρχικά και στους 12 μήνες. Αξιολογήθηκε η ασβεστοποίηση της αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας, των στεφανιαίων αρτηριών, της θωρακικής αορτής και των καρωτίδων. Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν 93 ασθενείς (48 βιταμίνη Κ2, 45 εικονικό φάρμακο). Το φορτίο ασβεστίου της αορτικής βαλβίδας αυξήθηκε αριθμητικά λιγότερο με τη βιταμίνη Κ2 (+12 έναντι +145 μονάδων), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,772). Το φορτίο ασβεστίου των θωρακικών αορτικών δομών αυξήθηκε κατά 355 μονάδες στη βιταμίνη Κ2 και κατά 431 μονάδες στο εικονικό φάρμακο. Στην έκφυση των καρωτίδων παρατηρήθηκε αύξηση +113 έναντι +30 μονάδων, αντίστοιχα (p=0,605). Στις στεφανιαίες αρτηρίες, το άθροισμα των μέσων τιμών Agatston των τεσσάρων κύριων αγγείων αυξήθηκε αριθμητικά λιγότερο στη βιταμίνη Κ2 (+131 έναντι +147 μονάδων).Συμπεράσματα: Η χορήγηση βιταμίνης Κ2, στο διάστημα παρακολούθησης των 12 μηνών, συσχετίστηκε με αριθμητική επιβράδυνση της

εξέλιξης της καρδιαγγειακής ασβεστοποίησης, χωρίς οι διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές. Παρατηρήθηκαν αριθμητικές τάσεις μικρότερης αύξησης του φορτίου ασβεστίου στην αορτική βαλβίδα, στις στεφανιαίες αρτηρίες και στις θωρακικές αορτικές δομές. Τα ευρήματα χρήζουν επιβεβαίωσης σε μεγαλύτερες μελέτες, με μεγαλύτερη διάρκεια παρακολούθησης.

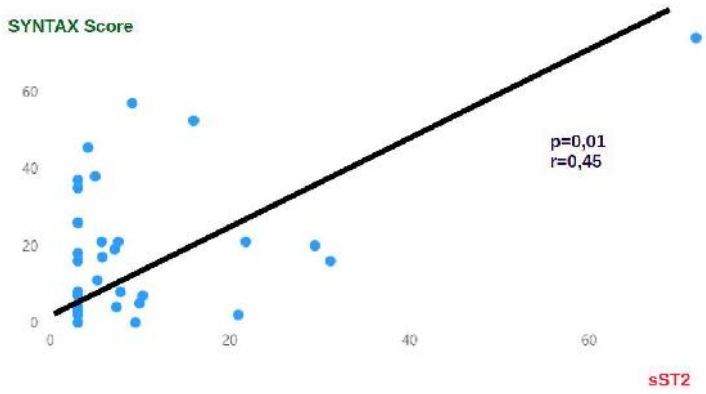


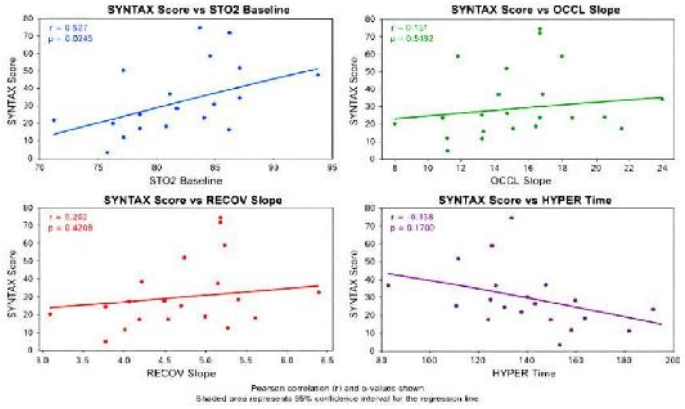
ΑΑ166|Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έκτασης και της σοβαρότητας της στεφανιαίας νόσου και της περιφερικής ιστικής οξυγόνωσης όπως αυτή προσδιορίζεται με τη φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας (NIRS);

Β Παναγιωτόπουλος[1], Χ. Κουρέκ[1], Γ. Βελισάρης[1], Ν .Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Μ .Ζαγκλή[1], Σ. Τομαράς[1], Κ. Μπράτης[2], Σ. Παπαϊωάννου[3], Ν. Παπαϊωάννου[1], Κ. Μπιρμπίλης[1], Δ. Χατζής[1], Κ. Παναγιωτόπουλος[1], Α. Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Γ.Ν.Θ. ΄΄ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ΄ ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η έκταση και η πολυπλοκότητα της στεφανιαίας νόσου όπως αυτή προσδιορίζεται με το SYNTAX score αντικατοπτρίζει θεωρητικά το βαθμό ενδοθηλιακής λειτουργίας τόσο στη στεφανιαία κυκλοφορία όσο και στη συστηματική κυκλοφορία. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ του SYNTAX score με δείκτες της περιφερικής ιστικής οξυγόνωσης. Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία και εν συνεχεία σε φασματοσκοπία εγγύς υπέρυθρης ακτινοβολίας για τον προσδιορισμό παραμέτρων ιστικής οξυγόνωσης συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Οι παράμετροι ιστικής οξυγόνωσης που αναλύθηκαν ήταν οι ακόλουθες: α) ιστική οξυγόνωση ηρεμίας (STO2), β) ρυθμός ιστικού αποκορεσμού κατά την ισχαιμία (Occl Slope), γ) χρόνος ανάκαμψης ιστικής οξυγόνωσης-υπεραιμίας (Hyper Time), δ) ρυθμός επαναιμάτωσης (Recov slope). Σε όλους τους ασθενείς έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό της sST2 (δείκτης ευαλωτότητας αθηρωματικής πλάκας και φλεγμονής) και του NtproBNP (δείκτης μυοκαρδιακής τάσης-ισχαιμίας). Αποτελέσματα: Συνολικά 38 ασθενείς (μέσης ηλικίας 62±8 έτη, 26% γυναίκες) με μέσο SYNTAX score 20,1±17 συμμετείχαν στη μελέτη. Η μέση τιμή sST2 και η μέση τιμή NTproBNP ήταν αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της sST2 και του SYNTAX score (Εικόνα 1). Επιπλέον διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της STO2 και του SYNTAX score (Εικόνα 2). Συμπεράσματα: Ο βαθμός έκτασης της στεφανιαίας νόσου όπως αυτή αντικατοπτρίζεται μέσω του SYNTAX score συσχετίζεται σημαντικά με δείκτες της περιφερικής ιστικής οξυγόνωσης.





ΑΑ167|Αξιολόγηση του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου «Σπύρος Δοξιάδης» για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα: Καταγραφή και Διαχείριση Περιστατικών σε Πρωτοβάθμιο Ιατρείο

A. Dimos[1]

[1]Καρδιολογικό Ιατρείο Άρτα

Εισαγωγή: Το εθνικό πρόγραμμα πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» του Υπουργείου Υγείας στοχεύει στην έγκαιρη ανίχνευση καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου στον γενικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων διαλογής (screening), της διαγνωστικής ακρίβειας των μη επεμβατικών δοκιμασιών και της τελικής θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 1.400 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν και εξετάστηκαν σε καρδιολογικό ιατρείο στο πλαίσιο του προγράμματος. Με βάση τον αλγόριθμο HEART SCORE, τα κλινικά ευρήματα και το συνολικό καρδιαγγειακό προφίλ, επιλέχθηκαν οι ασθενείς που έχρηζαν περαιτέρω ισχαιμικο ελέγχο με δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία (stress echo). Καταγράφηκαν τα ποσοστά των παθολογικών ευρημάτων, η παραπομπή για στεφανιογραφία και οι τελικές στρατηγικές επαναιμάτωσης ή συντηρητικής αγωγής. Αποτελέσματα· Παραπομπή για Stress Echo: Από το σύνολο των 1.400 ασθενών, 110 περιστατικά (7,9%) οδηγήθηκαν για διενέργεια stress echo λόγω ύποπτης συμπτωματολογίας ή υψηλού προφίλ κινδύνου.· Επεμβατικός Έλεγχος: Από τις διενεργηθείσες δοκιμασίες, 35 εξετάσεις (31,8%) αξιολογήθηκαν ως παθολογικές (θετικές για ισχαιμία) και οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για επεμβατική στεφανιογραφία.·Θεραπευτική Αντιμετώπιση: Η στεφανιογραφία επιβεβαίωσε σοβαρή στεφανιαία νόσο σε 31 από τα 35 περιστατικά (θετική προγνωστική αξία: 88,6%).· Στρατηγικές Διαχείρισης: Από τους 31 ασθενείς με επιβεβαιωμένη νόσο:ο 15 ασθενείς (48,4%) υποβλήθηκαν σε διαδερμική αγγειοπλαστική (PCI).ο 7 ασθενείς (22,6%) παραπέμφθηκαν για χειρουργική παράκαμψη των στεφανιαίων αρτηριών (CABG).ο 9 ασθενείς (29,0%) αντιμετωπίστηκαν βέλτιστα με συντηρητική/φαρμακευτική αγωγή. Συμπεράσματα Το πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης» αποτελεί ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό εργαλείο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ορθή κλινική διαλογή οδήγησε σε στοχευμένο έλεγχο με stress echo, το οποίο επέδειξε υψηλή προγνωστική αξία. Η έγκαιρη ανίχνευση επέτρεψε την επιτυχή επεμβατική, χειρουργική ή φαρμακευτική αποκατάσταση στο σύνολο των παθολογικών περιστατικών, συμβάλλοντας καθοριστικά στην πρόληψη μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

ΑΑ168|Πόσο «γλυκιά» είναι τελικά η Δαπαγλιφλοζίνη; Μελετώντας την επίδρασή της σε έμβρυα του οργανισμού μοντέλου zebrafish (Danio rerio).

Μ.Λεονάρδος[1,3], Ε. Καλαμπόκη[1], Δ. Λεονάρδος[4], Β. Μπέλη[1],Α. Τσουκανέλη[1,3] Ι. Σίμος[1,2], Κ. Τσάμης[1,2], Γ. Μαρκόπουλος[1,2], Δ. Πέσχος[1,2],Λ. Λάκκας[1,2]

[1]Εργαστήριο Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [2]Ερευνητική Ομάδα Νανοϊατρικής και Νανοβιοτεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, [3]Εργαστήριο Ζωολογίας,Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών & Τεχνολογιών ,Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,[4]Αιματολογική κλινική ,Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η δαπαγλιφλοζίνη ανήκει στην οικογένεια των αναστολέων συμμεταφορέων γλυκόζης νατρίου (SGLT2). Συγκεκριμένα, αποτελεί εκλεκτικό και αναστρέψιμο αναστολέα SGLT2. Με τη χορήγηση δαπαγλιφλοζίνης αυξάνεται η αποβολή της γλυκόζης μέσω των ούρων, οδηγώντας στην μείωση των επιπέδων της στο αίμα. Παραδοσιακά χορηγείται σε ασθενείς με διαβήτη. Σύγχρονες μελέτες υποδεικνύουν πως η δαπαγλιφλοζίνη παρουσιάζει θεραπευτική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της τοξικότητας, αλλά και της γενικότερης επίδρασης που έχει η δαπαγλιφλοζίνη στα πρώιμα αναπτυξιακά στάδια εμβρύων του οργανισμού-μοντέλου zebrafish (Danio rerio). Υλικά και Μέθοδοι: Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε έκθεση αποχοριωμένων εμβρύων zebrafish 24 ωρών μετά την γονιμοποίηση (24hpf) σε διαλύματα διαφορετικών συγκεντρώσεων δαπαγλιφλοζίνης. Στη συνέχεια μελετήθηκε η γενικότερη επίδραση της έκθεσης σε δαπαγλιφλοζίνη, όπου μελετήθηκε μεγάλο εύρος συγκεντρώσεων (400, 650, 900, 1100 & 1175 μg/ml). Στις συγκεντρώσεις αυτές ελέγχθηκε μια σειρά διαφορετικών παραμέτρων (ολικό μήκος σώματος, εμβαδόν επιφάνειας οφθαλμού, καρδιακοί λειτουργία, συμπεριφορά και κυτταρικός κύκλος).Αποτελέσματα: Υπολογίστηκε πως η συγκέντρωση που θανατώνει το 50% των εκτεθειμένων εμβρύων (Lethal Dose 50, LD50) είναι 1114.02μg/ml, ενώ οι LD25 και LD75 είναι 1062.34μg/ml και 1165.71μg/ml αντίστοιχα. Με την έκθεση στις υπό μελέτη συγκεντρώσεις παρατηρείται μείωση του ρυθμού αύξησης του ολικού μήκους σώματος και του εμβαδού της επιφάνειας του οφθαλμού. Με την έκθεση στις υπό μελέτη συγκεντρώσεις παρατηρείται μείωση των καρδιακών παλμών κατά την διάρκεια των ημερών έκθεσης. Παράλληλα παρατηρήθηκαν παύσεις, έκτακτες συστολές καθώς και σχηματισμός θρόμβων.Η έκθεση στις υπό μελέτη συγκεντρώσεις οδηγεί σε τροποποίηση των προτύπων κίνησης των εκτεθειμένων ατόμων, μείωση της συνολικής διανυθείσας απόστασης και επιρροή στα αντανακλαστικά τους. Η έκθεση στις υπό μελέτη συγκεντρώσεις παρουσιάζει αλλαγές στις φάσεις του κυτταρικού κύκλου, οδηγώντας σε αλλαγές στο ποσοστό των κυττάρων που βρίσκονται στις διαφορετικές φάσεις του. Όλα τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται με δοσο-εξαρτώμενο τρόπο, όπου με αύξηση της συγκέντρωσης της δαπαγλιφλοζίνης παρατηρείται μεγαλύτερη επίδραση της ουσίας.· Συμπεράσματα-Συζήτηση: Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν δοσο-εξαρτώμενα αποτελέσματα αναπτυξιακής και νευρολογικής υστέρησης, βραδυκαρδία και γενικότερη επιρροή στην καρδιακή λειτουργία, επιρροή στην συμπεριφορά και τα αντανακλαστικά, καθώς και επιρροή στις φάσεις του κυτταρικού κύκλου.

Επεμβατική καρδιολογία II / Interventional Cardiology II

Πρόεδροι: **Ε. Ιωαννίδης** (Αθήνα), **Γ. Γαβριελάτος** (Αθήνα)
Chairpersons: **E. Ioannidis** (Athens), **G. Gavrielatos** (Athens)

AA169|Short-term imaging and 6-month clinical outcomes of left atrial appendage occlusion: A single-center registry

P. Efthymiou[1], M. Ioannides[1], Chr. Rotos[1], I. Zittis[1], N. Eteocleous[1], K. Myrianthopoulos[1], A. Mitsis[1], Chr. Eftychiou[1]

[1]*Cardiology Department, Nicosia General Hospital*

Introduction: Left atrial appendage occlusion (LAAO) is an established alternative strategy for stroke prevention in patients with atrial fibrillation who are unsuitable for long-term oral anticoagulation. This single-center registry aimed to describe the baseline risk profile, procedural characteristics, 45-day imaging findings, and 6-month clinical outcomes after LAAO.Methods:We analyzed 33 consecutive patients who underwent LAAO at a tertiary cardiology center. Baseline clinical characteristics, CHA_2DS_2-VASc and HAS-BLED scores, procedural data, peri-procedural complications, 45-day transesophageal echocardiographic findings, and 6-month clinical outcomes were recorded. Results are presented as mean ± standard deviation or n (%).Results: The mean age was 78.0 ± 8.2 years, and 13 patients were women (39.4%). The mean CHA_2DS_2-VASc score was 5.0 ± 1.1 and the mean HAS-BLED score was 4.2 ± 0.9. A history of major bleeding and a contraindication to long-term oral anticoagulation were each present in 28 patients (84.8%). Procedural success was achieved in 31/33 patients (93.9%); one procedure was unsuccessful and one was aborted because of left atrial appendage thrombus. Peri-procedural complications included one case of pericardial tamponade (3.0%) and one vascular access complication (3.0%), with no device embolization, peri-procedural stroke/transient ischemic attack, or acute kidney injury. Forty-five-day follow-up was available in 28/33 patients (84.8%). Among patients with available follow-up, 24/28 had no peri-device leak or definite device-related thrombus (78.6%), while definite device-related thrombus was observed in 1/28 (3.6%), device protrusion in 2/28 (7.1%), and a 3-mm peri-device leak in 1/28 (3.6%). Six-month clinical follow-up was available in 28/33 patients (84.8%); 24/28 had no clinical events (85.7%), while one non-cardiac death, one transient ischemic attack, one intracranial bleeding event, and one readmission requiring transfusion were recorded. Conclusions :In this single-center experience of high thromboembolic and bleeding-risk patients, LAAO was feasible and associated with a high rate of procedural success. Early imaging and 6-month clinical outcomes were favorable, supporting LAAO as a practical stroke-prevention strategy in carefully selected high-risk patients.

Table 1. Baseline and procedural characteristics

Variable	Result
Baseline characteristics (n=33)	
Age, years	78.0 ± 8.2
Female sex	13 (39.4%)
Paroxysmal AF	17 (51.5%)
Chronic AF	16 (48.5%)
History of heart failure	10 (30.3%)
Coronary artery disease	11 (33.3%)
Hypertension	29 (90.9%)
Diabetes mellitus	10 (30.3%)
Previous stroke/TIA	13 (39.4%)
History of major bleeding	28 (84.8%)
Renal disease	15 (45.5%)
Contraindication to OAC	28 (84.8%)
Stroke despite OAC	6 (18.2%)
CHA_2DS_2-VASc score	5.0 ± 1.1
HAS-BLED score	4.2 ± 0.9
Procedural characteristics (n=33)	
Procedural success	31 (93.9%)
Unsuccessful procedure	1 (3.0%)
Procedure aborted due to LAA thrombus	1 (3.0%)
Device used	Watchman FLX
Device size, mm	33 % ± 4.9
General anesthesia	33 (100%)
TOE guidance	33 (100%)
Pericardial tamponade	1 (3.0%)
Vascular access complication	1 (3.0%)
Device embolization	0
Peri-procedural stroke/TIA	0

Values are mean ± SD or n (%).

Table 2. Forty-five-day imaging follow-up and six-month clinical outcome

Variable	Result
45-day imaging follow-up	
45-day TOE available	28/33 (84.8%)
Normal TOE: no peri-device leak / no DRT	22/28 (78.6%)
Definite device related thrombus	1/28 (3.6%)
Device protrusion	2/28 (7.1%)
Peri-device leak 3 mm	1/28 (3.6%)
6 month clinical follow up	
No clinical events	24/28 (85.7%)
Non cardiac death	1/28 (3.6%)
Transient ischemic attack	1/28 (3.6%)
Intracranial bleeding	1/28 (3.6%)
Readmission requiring transfusion	1/28 (3.6%)

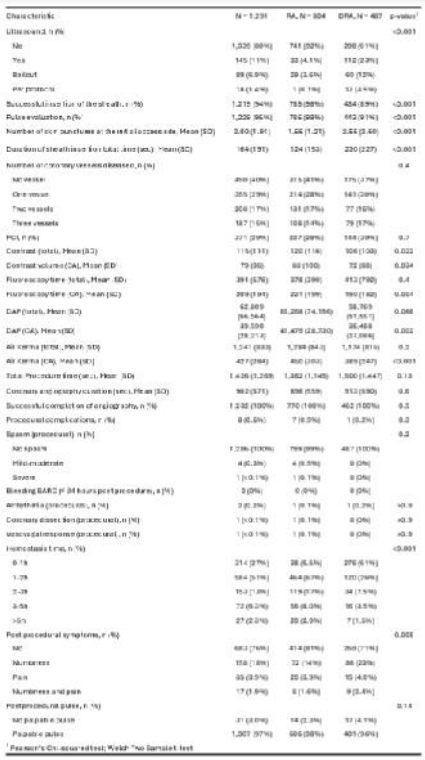
Values are n (%). Percentages for 45-day outcomes are calculated using the available follow-up denominator.

AA170|Σύγκριση κλασικής και άπω κερκιδικής προσπέλασης αναφορικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα κατά την διάρκεια της στεφανιογραφίας: δεδομένα πραγματικού κόσμου από το Vascular Access Registry (VARegistry)

S. Graidis[1], A.R. Papapanagiotou[1], A. Papoutsoglou[1], G. Xygka[1], E Papastavrou[1], A. Melas[1], M. Bozika[1], G. Boliaris[2], M. Kampouri[3], V. Zelenitsas[3], E. Tsimara[3], A.K. Kalesi[3], A. Moulias[1], A.Karanasos[2], M. Papafaklis[1], P. Davlouros[1], G. Tsigkas[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]University of Patras, Medical School*

Εισαγωγή: Η κερκιδική προσπέλαση (transradial access, TRA) αποτελεί την πρώτη εκλογή προσπέλασης. Ωστόσο, τυχαιοποιημένα δεδομένα έχουν αναδείξει την άπω κερκιδική προσπέλαση (distal radial access, DRA) ως ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική. Σκοπός της ανάλυσης είναι η παρουσίαση δεδομένων πραγματικού κόσμου αναφορικά με την σύγκριση DRA και TRA.Υλικά και μέθοδος: Το VARegistry είναι ένα προοπτικό registry όλων των στεφανιαίων επεμβάσεων ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο αποτελεσματικότητας είναι η επιτυχής τοποθέτηση θηκαριού, ενώ τα δευτερογενή καταληκτικά περιλαμβάνουν τον χρόνο τοποθέτησης θηκαριού, τον όγκο σκιαγραφικού, τον χρόνο φλουοροσκόπησης, το DAP, Air Kerma, τον χρόνο αιμόστασης και της μετεπεμβατικές επιπλοκές.Α ποτελέσματα: Η TRA χρησιμοποιήθηκε σε 804 ασθενείς και η DRA σε 487. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες (78%) με μέση ηλικία 66 έτη και μέσο BMI 28.7kg/m2. Η συχνότερη ένδειξη ήταν χρόνια στεφανιαίο σύνδρομο (57%), ακολουθούμενη από NSTE-ACS (18%). Η DRA συσχετίστηκε με συχνότερη χρήση υπερήχου [189 (38.5%) vs 63 (7.8%), p <0.001]. Η TRA συσχετίστηκε με υψηλότερο ποσοστό επιτυχούς τοποθέτησης θηκαριού [785 (98%) vs 434 (89%), p <0.001], μικρότερο αριθμό παρακεντήσεων (1.66±1.21 vs 2.55±2.6, p <0.001), και μικρότερο χρόνο τοποθέτησης θηκαριού (124±153sec vs 230±227sec, p <0.001), παρόλο που ο ολικός χρόνος επέμβασης ήταν παρόμοιος (1382±1145sec vs 1500±1447sec, p=0.13). Η DRA συσχετίστηκε με μικρότερο ολικό όγκο σκιαγραφικού (106±103ml vs 120±116ml, p=0.022), και κατά την αγγειογραφία με μικρότερο όγκο σκιαγραφικού (72±88ml vs 83±100ml, p=0.034), μικρότερο χρόνο φλουοροσκόπησης (190±182sec vs 221±199sec, p=0.004), μικρότερο DAP (36488±27086 mGycm2 vs 41479±28730 mGycm2, p=0.002), και μικρότερο Air Kerma (389±247 mGy vs 450±303 mGy, p <0.001). Παράλληλα, η DRA συσχετίστηκε με μικρότερο χρόνο αιμόστασης [DRA, 0-1h: 276 (61%), 1-2h: 120 (26%), 2-3h: 34 (7.5%), 3-5h: 16 (3.5%),>h: 7 (1.5%); TRA, 0-1h: 38 (5.5%), 1-2h: 464 (67%), 2-3h: 119 (17%), 3-5h: 56 (8%),>h: 20 (2.9%); p <0.001%]. Ωστόσο, η TRA συσχετίστηκε με μικρότερο ποσοστό μετεπεμβατικών επιπλοκών (αιμωδία, άλγος, πάρεση) [100 (19.5%) vs 110 (29.4%), p=0.005].Συμπεράσματα: Η DRA αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική της TRA με βραχύτερο χρόνο αιμόστασης και φλουοροσκόπησης και μικρότερο όγκο σκιαγραφικού και μικρότερη ακτινοβολία. Ωστόσο, σχετίζεται με μικρότερο ποσοστό και βραδύτερη επιτυχή τοποθέτηση θηκαριού και μεγαλύτερο αριθμό παρακεντήσεων.

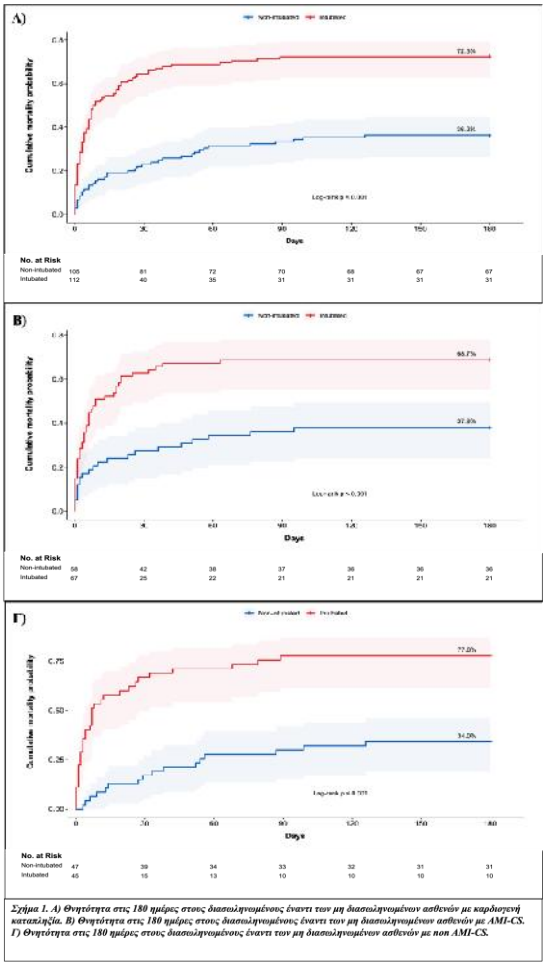


ΑΑ171|Ενδοτραχειακή Διασωλήνωση και Θνητότητα σε Ασθενείς με Καρδιογενή Καταπληξία

Χ. Σταθακοπούλου[1], Γ. Καραμάσης[1], Β.Μ. Δραγώνα[1], Ε. Πολυζωγοπούλου[2], Χ. Βαρλάμος[1], Ι. Ξενογιάννης[1], Φ. Φραντζεσκάκη[3], Χ. Καπέλιος[1], Σ. Μπεζάτη[2], Β. Μπιστόλα[2], Β. Κόλλιας[4], Ι. Τούμπουλης[5], Λ. Ραλλίδης[1], Δ. Αγγουράς[5], Η. Τσαγκάρης[1], Ι. Παρίσης[2], Γ. Φιλιππάτος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ - ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η επεμβατική μηχανική υποστήριξη της αναπνοής εφαρμόζεται συχνά σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εκτίμηση της συχνότητας της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης και στη διερεύνηση της συσχέτισής της με τη θνητότητα στις 180 ημέρες σε έναν μη επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών με καρδιογενή καταπληξία. Μέθοδοι: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δεδομένων από την προοπτική καταγραφή του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν», η οποία διατηρείται από την εξειδικευμένη Ομάδα Καρδιογενούς Καταπληξίας του νοσοκομείου (Attikon Cardiogenic Shock Team- ACiST). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία από τον Ιανουάριο 2023 έως τον Δεκέμβριο 2025. Η συσχέτιση της διασωλήνωσης με τη θνητότητα εκτιμήθηκε με μοντέλο αναλογικού κινδύνου του Cox, μετά την προσαρμογή για ηλικία, φύλο, καρδιογενή καταπληξία σχετιζόμενη με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI-CS), καρδιοαναπνευστική ανακοπή και επίπεδα γαλακτικού οξέος.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 224 ασθενείς, εκ των οποίων 7 αποκλείστηκαν λόγω αδυναμίας παρακολούθησης. Ο τελικός πληθυσμός ήταν 217 ασθενείς με μέση ηλικία 69,2 ± 13,5 έτη, εκ των οποίων το 66,4% ήταν άνδρες. AMI-CS παρουσίαζε το 57,6% (125/217) των ασθενών, ενώ καρδιοαναπνευστική ανακοπή καταγράφηκε στο 31,3% (68/217). Σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση υποβλήθηκε το 51,6% (112/217) των ασθενών. Η θνητότητα στις 180 ημέρες ήταν 72,3% στους διασωληνωμένους ασθενείς έναντι 36,2% στους μη διασωληνωμένους. Η ανάγκη για ενδοτραχειακή διασωλήνωση συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θανάτου στις 180 ημέρες (HR 2,68, 95% CI 1,74–4,13, p<0,001).Μεταξύ των 125 ασθενών με AMI-CS (μέση ηλικία 68,5±12,7 έτη, 68,8% άνδρες), το 53,6% (67/125) υποβλήθηκε σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Η θνητότητα στις 180 ημέρες ήταν 68,7% στους διασωληνωμένους έναντι 37,9% στους μη διασωληνωμένους, και η διασωλήνωση συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θανάτου (HR 2,04, 95% CI 1,15–3,61, p=0,015). Αντίστοιχα, στους ασθενείς χωρίς AMI-CS (μέση ηλικία 70,3±14,5 έτη, 63,0% άνδρες), το 48,9% (45/92) υποβλήθηκε σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Η θνητότητα στις 180 ημέρες ήταν 77,8% στους διασωληνωμένους έναντι 34,0% στους μη διασωληνωμένους, ενώ η διασωλήνωση συσχετίστηκε επίσης ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θανάτου (HR 5,40, 95% CI 2,62–11,11, p<0,001).Συμπεράσματα: Μεταξύ των ασθενών με καρδιογενή καταπληξία το 51,6% χρειάστηκε ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Η ανάγκη για ενδοτραχειακή διασωλήνωση συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θανάτου στις 180 ημέρες.



Σχήμα 1. Α) Θνητότητα στις 180 ημέρες στους διασωληνωμένους έναντι των μη διασωληνωμένων ασθενών με καρδιογενή καταπληξία. Β) Θνητότητα στις 180 ημέρες στους διασωληνωμένους έναντι των μη διασωληνωμένων ασθενών με AMI-CS. Γ) Θνητότητα στις 180 ημέρες στους διασωληνωμένους έναντι των μη διασωληνωμένων ασθενών με non AMI-CS.

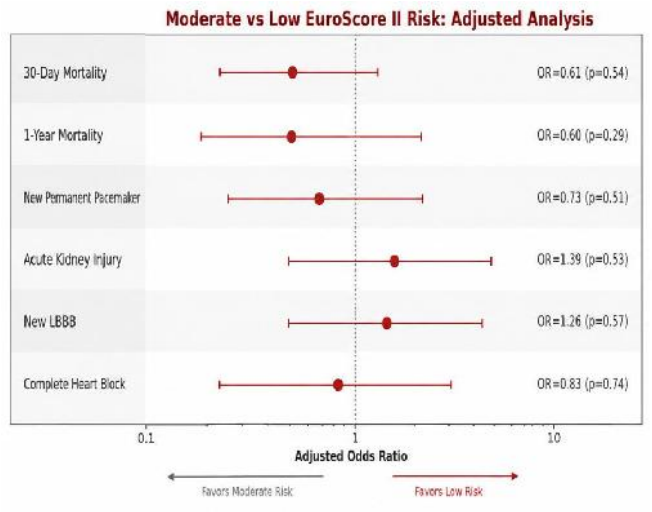
ΑΑ172|Προγνωστική αξία του EuroScore II σε ασθενείς χαμηλού και μέτριου χειρουργικού κινδύνου που υποβάλλονται σε TAVI

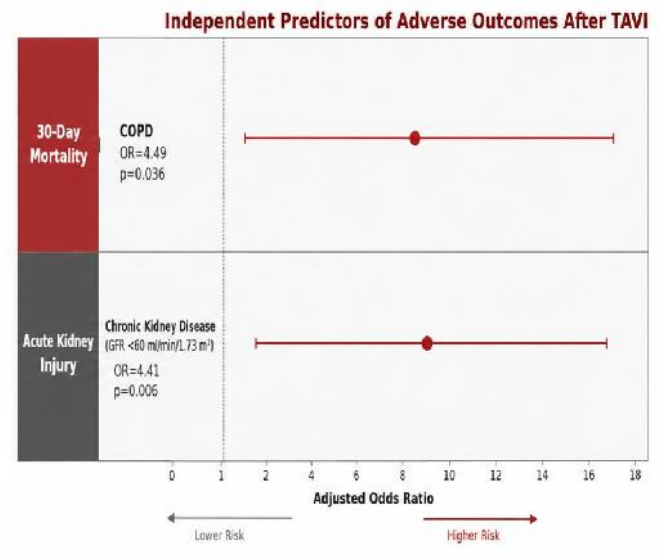
Χ. Αρμόνης[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Δ. Κυριακοπούλου[2], Β. Καλογερά[1], Δ. Οικονόμου[1], Η. Παπαδοπούλου[1], Κ. Τριανταφύλλου, Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Σκοπός: Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) εφαρμόζεται πλέον σε ασθενείς όλων των κατηγοριών χειρουργικού κινδύνου, ωστόσο τα συγκριτικά δεδομένα μεταξύ ασθενών χαμηλού και μέτριου κινδύνου παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των κλινικών και επεμβατικών εκβάσεων μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς και η αναγνώριση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων δυσμενούς έκβασης.Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν 215 διαδοχικοί ασθενείς με EuroScore II <8% που υποβλήθηκαν σε TAVI και ταξινομήθηκαν σε ομάδα χαμηλού (<4%, n=87) και μέτριου κινδύνου (4–8%, n=128). Τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία αφορούσαν τη θνητότητα στις 30 ημέρες και στο 1 έτος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, την εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη (PPM), τις διαταραχές αγωγής και τις ενδονοσοκομειακές επιπλοκές. Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, μετά από προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες.Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του EuroScore II ήταν 2,96±0,77% στην ομάδα χαμηλού κινδύνου και 5,48±1,07% στην ομάδα μέτριου κινδύνου. Οι ασθενείς μέτριου κινδύνου ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (82,0 έναντι 79,4 έτη, p=0,01) και εμφάνιζαν συχνότερα στεφανιαία νόσο (50,0% έναντι 26,4%, p=0,001) και περιφερική αρτηριοπάθεια (34,4% έναντι 5,7%, p<0,001). Μετά από πολυπαραγοντική προσαρμογή, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στη θνητότητα 30 ημερών (aOR 0,61, p=0,54) και 1 έτους (aOR 0,60, p=0,29), στη νέα εμφύτευση PPM (aOR 0,73, p=0,51), στον νέο αποκλεισμό αριστερού σκέλους (aOR 1,26, p=0,57), στον πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό (aOR 0,83, p=0,74) ή στην οξεία νεφρική βλάβη (aOR 1,39, p=0,53). Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ήταν σπάνιο (0% έναντι 0,8%, p=1,00), ενώ η τεχνική επιτυχία ήταν εξίσου υψηλή (p=0,28). Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια προέβλεπε ανεξάρτητα τη θνητότητα 30 ημερών (OR 4,49, p=0,035), ενώ η προϋπάρχουσα νεφρική δυσλειτουργία (GFR <0

ml/min/1,73 m²) συσχετίστηκε με οξεία νεφρική βλάβη (OR 4,41, p=0,006). Συμπεράσματα: Οι κλινικές και επεμβατικές εκβάσεις ήταν παρόμοιες μεταξύ ασθενών χαμηλού και μέτριου κινδύνου που υποβλήθηκαν σε TAVI. Τα ευρήματα υποδηλώνουν περιορισμένη προγνωστική αξία του EuroScore II στο συγκεκριμένο εύρος κινδύνου και αναδεικνύουν τη σημασία των επιμέρους συννοσηροτήτων στην εκτίμηση του κινδύνου.





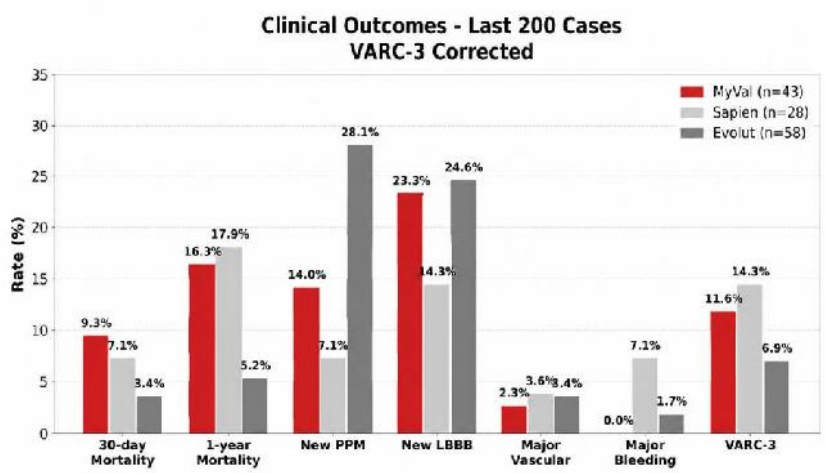
AA173|Διακαθετηριακή αορτική βαλβίδα MyVal στην καθημερινή κλινική πράξη

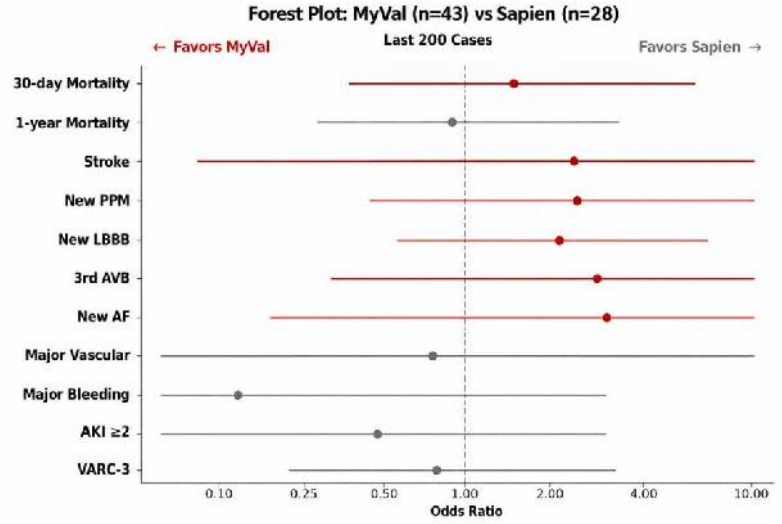
Χ. Αρμόνης[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Δ. Κυριακοπούλου[2], Β. Καλογερά[1], Δ.Οικονόμου[1], Η. Παπαδοπούλου[1], Κ. Τριανταφύλλου, Α. Τρικας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός: Παρότι σήμερα διατίθενται πολλαπλές διακαθετηριακές αορτικές βαλβίδες (THV) για την αντιμετώπιση της σοβαρής στένωσης της αορτικής βαλβίδας, τα συγκριτικά δεδομένα από την καθημερινή κλινική πράξη μεταξύ των διαφορετικών τεχνολογιών παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων κλινικών εκβάσεων ασθενών που υποβλήθηκαν σε TAVI με τη βαλβίδα MyVal έναντι άλλων εμπορικά διαθέσιμων βαλβίδων, καθώς και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με εκείνα της μελέτης LANDMARK. Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν 200 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TAVI σε ένα κέντρο και συγκρίθηκαν όσοι έλαβαν τη βαλβίδα MyVal με ασθενείς που έλαβαν άλλες σύγχρονες THV. Οι δύο ομάδες παρουσίαζαν παρόμοιο χειρουργικό κίνδυνο (διάμεσο EuroScore II 5,3% έναντι 6,2%), ενώ η ομάδα MyVal περιλάμβανε περισσότερες γυναίκες (67,3% έναντι 52%) και ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (82,1 έναντι 80,6 έτη). Η κατανομή των βαλβίδων ήταν: Evolut

29%, MyVal 21,5%, Sapien 14% και λοιπές πλατφόρμες 35,5%.ΑποτελέσματαΠρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν το σύνθετο καταληκτικό σημείο ασφάλειας και αποτελεσματικότητας στις 30 ημέρες (VARC-3). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η θνητότητα, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η μέτρια/σοβαρή παραβαλβιδική ανεπάρκεια, η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη, ο νέος αποκλεισμός αριστερού σκέλους, οι μείζονες αιμορραγίες και οι αγγειακές επιπλοκές. Οι εκπτυσσόμενες με μπαλόνι και αυτοεκπτυσσόμενες βαλβίδες εμφάνισαν συγκρίσιμες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένου του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (14,9% έναντι 9,7%, p=0,27). Αντίστοιχα, η MyVal δεν διέφερε από την Sapien (11,6% έναντι 14,3%, p=0,73) και την Evolut (11,6% έναντι 6,9%, p=0,49), ούτε ως προς κανένα από τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία. Αντίστοιχα, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της Evolut και των λοιπών αυτοεκπτυσσόμενων βαλβίδων. Σε σύγκριση με το σκέλος MyVal της μελέτης LANDMARK, η παρούσα σειρά ασθενών εμφάνισε αριθμητικά υψηλότερα ποσοστά συμβαμάτων, αλλά λιγότερες μείζονες αιμορραγίες και αγγειακές επιπλοκές, πιθανότατα λόγω του υψηλότερου κινδύνου των ασθενών. Συμπεράσματα: Η διακαθετηριακή αορτική βαλβίδα MyVal παρουσίασε συγκρίσιμες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες κλινικές εκβάσεις με τις λοιπές σύγχρονες THV. Οι διαφορές έναντι της μελέτης LANDMARK πιθανότατα αντανακλούν το υψηλότερο προφίλ κινδύνου των ασθενών της παρούσας μελέτης και όχι διαφορές στην ασφάλεια της βαλβίδας.





ΑΑ174|Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της συμπαθητικής απονεύρωσης των νεφρικών αρτηριών για την ανθεκτική υπέρταση. Αρχική εμπειρία

Χρ. Παπαδόπουλος[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Η.Α. Παύλου[1], Α. Μπούλμπου[1], Γ. Ζορμπάς[1], Β. Ποτούπνη[1], Μ. Πετρίδου[1], Α. Ευαγγελίου[1], Σ. Μητσιάδης[1], Σ. Τζήκας[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Μ. Δούμας[2], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [2]Β Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η Συμπαθητική Απονεύρωση Νεφρικών Αρτηριών αποτελεί τον τρίτο πόλο αντιμετώπισης της ανθεκτικής υπέρτασης πέρα από τις υγιεινοδιατητικές παρεμβάσεις και τα φάρμακα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της αρχικής εμπειρίας της μεθόδου σε ένα νέο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Μέθοδοι: Τέσσερις ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση αποτέλεσαν τα πρώτα περιστατικά της εμπειρίας μας. Οι δύο παραπέμφθηκαν από το εξειδικευμένο Ιατρείο Αρτηριακής Υπέρτασης και οι δύο από την Καρδιολογική κλινική του Νοσοκομείου, όπου οι τελευταίοι αφορούσαν ασθενείς με ανθεκτική υπέρταση και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Όλοι οι ασθενείς είχαν ανθεκτική υπέρταση, με παθολογική 24ωρη καταγραφή Holter πίεσης, λάμβαναν περισσότερα από τρία αντιυπερτασικά φάρμακα, είχαν κάθαρση κρεατινίνης> ml/min, είχαν αποκλειστεί δευτεροπαθή αίτια υπέρτασης και υπήρχε σύμφωνη γνώμη των ασθενών. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο της Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, με χορήγηση ήπιας καταστολής και αναλγησίας, υπό ηπαρίνη με στόχο ACT>250sec. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Simplicity Spyral της Medtronic ενώ η οδός προσπέλασης ήταν η δεξιά μηριαία αρτηρία με υπερηχογραφική καθοδήγηση. Αποτελέσματα: Η ενδιάμεση ηλικία των ασθενών (3 άνδρες και μία γυναίκα) ήταν τα 59 έτη με ενδιάμεσο BMI 27Kgr/m2. Η πρώτη ασθενής λάμβανε περισσότερο από 5 αντιυπερτασικά φάρμακα ενώ οι υπόλοιποι 3. Δύο λάμβαναν στατίνη και ασπιρίνη λόγω στεφανιαίας νόσου. Η μέση διάρκεια επέμβασης ήταν τα 70 min, ο μέσος χρόνος ακτινοσκόπησης 17 λεπτά, η μέση ακτινοβολία 672mGy και η μέση κατανάλωση σκιαστικού 125 ml. Ο μέσος αριθμός θεραπειών - εφαρμογής ενέργειας σε κάθε νεφρική αρτηρία ήταν 23. Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές που αφορούσαν στην προσπέλαση ή στον χειρισμό στις νεφρικές αρτηρίες, ενώ όλοι οι ασθενείς ανέχτηκαν καλά την επέμβαση. Δεν παρουσιάστηκε σε κανέναν ασθενή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Όλοι οι ασθενείς πλην του ενός, παρουσίασαν άμεση πτώση της αρτηριακής πίεσης στον έλεγχο σε 30 μέρες με 24ωρη καταγραφή, με ενδιάμεση πτώση της συστολικής πίεσης 22 mmHg και της διαστολικής 15 mmHg. Συμπεράσματα: Η συμπαθητική απονεύρωση των νεφρικών αρτηριών είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος, για την αντιμετώπιση της ανθεκτικής υπέρτασης. Η ευρύτερη υιοθέτηση της μεθόδου ενδεχομένως να οδηγήσει σε καλύτερο έλεγχο της ανθεκτικής υπέρτασης σε επιλεγμένους ασθενείς.

AA175|Quantitative Flow Ratio Compared With Instantaneous Wave-Free Ratio: Impact of Lesion Length on Physiologic Discordance in Routine Practice

Ε. Σιδεράς[1], Ε. Κλάδου[1], Δ. Λεμπιδάκης[1], Α. Παπουτσάκης[1], Σ. Πετούσης[1],Ε. Ζάχαρης[1], Β. Παπακώστα[1], Σ. Αχλαδιανάκη[1], Κ. Χατζηνικολάου[1], Σ. Κασσωτάκης[1], Α. Πρόγιου[1], Γ. Κοχιαδάκης[1], Ε. Σκαλίδης[1], Μ. Χαμηλός[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Instantaneous wave-free ratio (iFR) is widely used as an adenosine-free physiologic index. The influence of lesion anatomy on discordance between iFR and angiography-based QFR remains uncertain.AimTo evaluate agreement between QFR and iFR and assess the impact of QFR-derived lesion length on physiologic classification. Methods: Eighty coronary lesions underwent physiologic assessment. Hemodynamic significance was defined as iFR ≤0.89 and QFR ≤0.80. Agreement and discordance were evaluated overall and stratified by median lesion length. Results: QFR correlated with iFR (r=0.56) with overall agreement of 82.5%. Discordance occurred in 15.6% of lesions. The median lesion length was 30.7 mm. Discordance was observed in 18.9% of longer lesions compared with 12.5% of shorter lesions. Mean lesion length was numerically greater in discordant compared with concordant lesions (35.8±10.6 mm vs 31.8±10.1 mm, p=0.29; Cohen's d=0.38). In univariate logistic regression, increasing lesion length was associated with higher—but not statistically significant—odds of QFR–iFR discordance (OR 1.15 per 10 mm increase, 95% CI 0.81–1.65).Conclusions: QFR demonstrates moderate agreement with iFR in routine practice. Discordance appears more frequent in longer coronary segments, suggesting that lesion length influences angiography-based physiologic assessment.

AA176|Coronary Intravascular Lithotripsy for Complex Calcified PCI: A Single-Center 5-year Experience

D. Nikas[1], Chr. Floros[1], X. Sakellariou[1], A. Bechlioulis[1], A. Rammos[1], I. Gkartzonikas[1], S.A. Sioros[1], I. Stamou[1], S. Nikopoulos[1], K. Naka[1], L. Michalis[1]

[1]University Hospital of Ioannina, Second Department of Cardiology

Background: Severe coronary calcification remains a major determinant of procedural complexity during percutaneous coronary intervention (PCI), particularly in left main disease, bifurcations, in-stent restenosis, and multivessel disease. Intravascular lithotripsy (IVL) and related balloon-based calcium-modification technologies have emerged as important tools for lesion preparation, alone or combined with other plaque-modification techniques. Methods: We retrospectively analyzed 48 coronary PCI procedures using intravascular calcium modification with Shockwave IVL or ShockFast balloon technology. Data were extracted from procedural reports and included demographics, access site, target vessel, lesion complexity, intravascular imaging, adjunctive plaque-modification devices, stent implantation, device-related events, complications, and immediate angiographic or imaging-defined result. Results: Mean age was 72.9 ± 8.0 years; 44 patients (91.7%) were male. Vessel involvement (not mutually exclusive) included left main in 16 cases (33.3%), LAD in 32 (66.7%), LCx/OM in 25 (52.1%), and RCA/PDA in 11 (22.9%). Femoral access was used in 34 procedures (70.8%) and radial in 17 (35.4%), including distal radial/snuffbox access in 5 (10.4%); two recent LAD cases (males aged 83 and 73) used distal radial ShockFast. Intravascular imaging was used in 30 procedures (62.5%), mainly IVUS in 23 (47.9%) and OCT in 2 (4.2%). Adjunctive cutting or scoring balloons were used in 27 procedures (56.3%), rotablation in 9 (18.7%), and DCB/DEB therapy in 8 (16.7%). IABP support was required in 4 cases (8.3%). Stent implantation was performed in 43 procedures (89.6%). One ShockFast balloon rupture (2.1%) was documented; no Shockwave balloon rupture was reported. Immediate technical success was achieved in 46 cases (95.8%), with 2 partial or limited successes. Table 1 Conclusions: IVL and ShockFast-assisted calcium modification were used across a broad spectrum of highly complex calcified PCI, including left main disease, bifurcations, in-stent restenosis, CTO-related interventions, and cases requiring combined plaque modification. The high rate of immediate technical success supports balloon-based calcium modification as a core strategy in contemporary complex PCI, with distal radial LAD cases highlighting the expanding applicability of this approach through less invasive access routes. Device-related events were uncommon. Further adjudication of clinical outcomes and follow-up events is required to determine the long-term safety and efficacy of this strategy.

Table 1. Procedural characteristics and outcomes (n = 48)

Characteristic	n (%)
Demographics	
Age, years (mean ± SD)	72.9 ± 8.0
Male sex	44 (91.7)
Target vessel*	
Left main	16 (33.3)
LAD	32 (66.7)
LCx / OM	25 (52.1)
RCA / PDA	11 (22.9)
Access site	
Femoral	34 (70.8)
Radial	17 (35.4)
Distal radial / snuffbox	5 (10.4)
Lesion preparation & adjuncts	
Intravascular imaging	30 (62.5)
IVUS	28 (47.9)
OCT	2 (4.2)
Cutting / scoring balloon	27 (56.3)
Rotational atherectomy	9 (18.7)
DCB / DEB	8 (16.7)
IABP support	4 (8.3)
Outcomes	
Stent implantation	43 (89.6)
ShockFast balloon rupture	1 (2.1)
Shockwave balloon rupture	0 (0)
Immediate technical success	46 (95.8)
Partial / limited success	2 (4.2)

*Values are n (%) unless otherwise indicated. *Vessel categories are not mutually exclusive.*

AA177|SGLT2 Inhibitors and Contrast-Associated Acute Kidney Injury: Does Treatment Timing Matter?

Ε.Καλαμπόκη[1], Χρ. Μπούσης[1], Β. Μπελή[1], Ά. Κότσια[1], Ε. Παππά[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Background: Contrast-associated acute kidney injury (CA-AKI) remains a frequent complication following percutaneous coronary intervention (PCI) and is associated with increased morbidity, prolonged hospitalization, and adverse cardiovascular outcomes. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) have demonstrated robust cardiovascular and renal benefits in patients with diabetes, chronic kidney disease, and heart failure. However, evidence regarding their effect on the risk of CA-AKI after PCI remains limited. AimTo investigate the association between short- and long-term SGLT2 inhibitor therapy and the occurrence of CA-AKI in diabetic and non-diabetic patients undergoing PCI. Methods: We conducted a retrospective observational study including 488 consecutive patients who underwent PCI between July 2024 and January 2026. Clinical, laboratory, and procedural data were collected, including duration of SGLT2 inhibitor therapy, categorized as short-term or long-term use. The primary endpoint was the development of CA-AKI according to standard diagnostic criteria. Multivariable logistic regression analyses were performed separately in diabetic and non-diabetic patients to identify independent predictors of CA-AKI.Results :Among the study population, 128 patients (26.2%) received SGLT2 inhibitors, and CA-AKI occurred in 63 patients (12.9%). In diabetic patients, short-term SGLT2 inhibitor therapy was independently associated with a significantly increased risk of CA-AKI (OR 7.69, 95% CI 2.20–26.88; p=0.001). Conversely, long-term SGLT2 inhibitor therapy was not associated with increased CA-AKI risk. In non-diabetic patients, SGLT2 inhibitor use was not an independent predictor of CA-AKI (OR 1.97, 95% CI 0.77–5.01; p=0.155). Instead, diuretic therapy independently predicted CA-AKI (OR 5.97, 95% CI 2.56–13.94; p<0.001), with consistent findings after propensity score matching (OR 6.80, 95% CI 1.68–27.59; p=0.007). Among diabetic patients receiving long-term SGLT2 inhibitors, greater contrast volume was independently associated with CA-AKI (p=0.035).Conclusions :The association between SGLT2 inhibitor therapy and CA-AKI appears to depend on both treatment duration and diabetes status. Initiation of SGLT2 inhibitors shortly before PCI may increase the risk of CA-AKI in patients with diabetes, whereas chronic therapy does not appear to adversely affect renal outcomes regardless of diabetes status. These findings support continuation of established SGLT2 inhibitor therapy during the peri-procedural period while suggesting caution regarding treatment initiation immediately before contrast exposure. Prospective multicenter studies are needed to confirm these observations.

Baseline and procedural characteristics of the entire study cohort.

Characteristics	Entire cohort (N=488)
Males, sex	406 (83.2%)
Age, years	67 (58-75)
BMI, kg/m^2	27.68 (25.39-31.14)
eGFR, ml/min/1.73 m^2	70 (57-79)
HT	277 (56.8%)
DLI*	240 (49.2%)
DM	130 (26.6%)
HF	34 (7.0%)
CKD	8 (1.6%)
Prior CADG	20 (4.1%)
Users: SGLT2I Dapagliflozin Empagliflozin Short term Long term	128 (26.2%) 77 (15.8%) 51 (10.4%) 78 (16.0%) 50 (10.2%)
Diuretic use	121 (24.8%)
Hydration	103 (21.1%)
PT, min	50 (45-87)
Contrast, ml	220 (150-300)
Number of PCI: 1 >1	405 (83.0%) 83 (17.0%)
CI-AKI	62 (12.9%)

Outcome	Group	Subgroup	Analysis at	Mutivariate models*			
				Predictor	OD	95% CI	*P*-value
CI-AKI	Non-diabetics	Short-term users & Non-users	Unmatched subgroups	SGLT2I use‡	1.97	0.77-5.01	0.155
				Diuretic use‡	5.97	2.56-13.94	<0.001
				Age§	1.05	1.01-1.09	0.012
			Matched subgroups†	Diuretic use‡	6.80	1.68-27.59	0.007
				Age§	1.04	0.99-1.10	0.121
		Long-term users & Non-users	Unmatched subgroups	Diuretic use‡	4.47	1.80-11.11	0.001
				Age§	1.05	1.01-1.09	0.035
				DLP‡	0.29	0.10-0.82	0.020
	Diabetics	Short-term users & Non-users	Unmatched subgroups	SGLT2I use‡	7.69	2.20-26.88	0.001
				Diuretic use‡	1.90	0.54-6.70	0.320
				Age§	1.04	1.00-1.10	0.073
		Long-term users & Non-users	Unmatched subgroups	Diuretic use‡	2.10	0.49-9.08	0.319
				Age§	1.08	0.99-1.18	0.094
				eGFR§	0.98	0.93-1.03	0.436
				Contrast§	1.00	1.00-1.01	0.035

AA178|Significant Coronary Stenosis Still Predicts Cardiovascular Events After Cardiac Catheterization: A Single-Center Two-Year Follow-Up Study.

M. Florentin[1], E. Andreadaki[2], A. Efstathiou[2], P. Livitsanos[2], K. Parharidi[2], A. Kouridou[2], D. Penekeli[2], K. Stathatou[2], K. Katsikas[2], E. Mastoridou[3], X. Sakellariou[3], D. Nikas[3]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Cardiac catheterization provides anatomical assessment of coronary artery disease severity. Several angiographic factors have been associated with subsequent cardiovascular events in contemporary real-world cohorts. Aim: To identify clinical and angiographic predictors of adverse cardiovascular outcomes after cardiac catheterization, emphasizing the prognostic role of significant coronary stenosis. Methods: We retrospectively analyzed a single-center registry of 1,339 consecutive patients undergoing elective or urgent cardiac catheterization. Recorded variables included demographics, cardiovascular risk factors, prior coronary disease and revascularization, left ventricular ejection fraction (LVEF), wall motion abnormalities (WMA), indication, angiographic findings, and SYNTAX score. Follow-up was available for approximately half the cohort (mean 22 ± 13 months). Four outcomes were assessed: acute myocardial infarction (AMI), repeat revascularization, all-cause death, and major adverse cardiovascular events (MACE; composite of infarction, revascularization, death, and stroke). Stenosis severity, initially analyzed in five categories, was dichotomized at ≥70%. Univariate and multivariable logistic regression analyses were performed. Results: Patients were predominantly male, (74,7%) with a mean age of 67 ± 11 years. Dyslipidemia and arterial hypertension were the most common cardiovascular risk factors, present in 86.0% and 82.6% of patients, while diabetes mellitus was present in 28.2%. During follow-up, MACE occurred in 19.3% of patients, repeat revascularization in 12.4%, all-cause death in 4.7%, and AMI in 3.8%. A significant linear relationship was observed between stenosis severity and adverse outcomes, with event rates rising markedly at the ≥70% threshold. In multivariable analysis, stenosis ≥70% was an independent predictor of AMI (OR 5.94, $p = 0.021$), repeat revascularization (OR 13.75, $p < 0.001$), and MACE (OR 5.40, $p < 0.001$). In contrast, all-cause mortality was not independently predicted by stenosis severity, but by older age and reduced LVEF. Supplementary analysis identified diabetes mellitus, reduced ejection fraction, and WMA as clinical markers associated with significant coronary stenosis at catheterization. Conclusion: In this registry, significant coronary stenosis ≥70% was the strongest independent predictor of AMI, repeat revascularization, and MACE over a mean follow-up of 22 ± 13 months, whereas mortality was driven mainly by age and left ventricular dysfunction. These findings underscore the continuing prognostic value of coronary anatomical burden after cardiac catheterization.

ΑΑ179|Το αιμοδυναμικό εργαστήριο ως περιφερειακό και νησιωτικό κέντρο αναφοράς: γεωγραφική προέλευση, οξύτητα και συνέχεια της φροντίδας

Α. Γκότση[1], Ν. Βεσκούκης[1], Α. Βέρα[1], Π. Νταβλούρος[2]

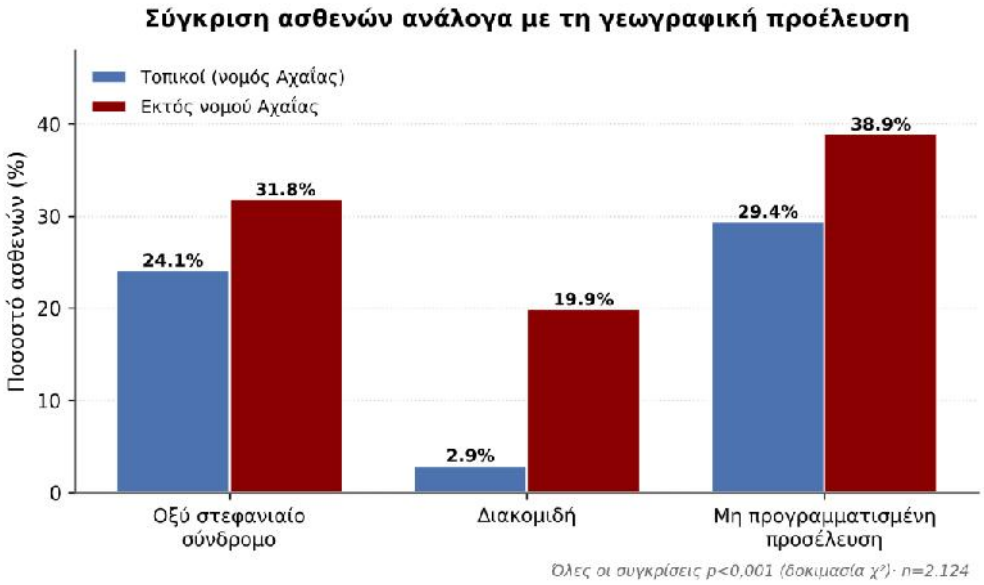
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)

Εισαγωγή: Ένα τριτοβάθμιο αιμοδυναμικό εργαστήριο καλύπτει εκτενείς ηπειρωτικές και νησιωτικές περιοχές που στερούνται δομών επεμβατικής καρδιολογίας. Οι ασθενείς που διακομίζονται από απομακρυσμένες περιοχές παρουσιάζουν αυξημένη κλινική βαρύτητα λόγω καθυστέρησης στη μεταφορά, καθώς και σημαντικά οργανωτικά εμπόδια κατά τον σχεδιασμό του εξιτηρίου και την παρακολούθησή τους Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η χαρτογράφηση της γεωγραφικής προέλευσης των ασθενών και η διερεύνηση του κατά πόσο η απόσταση ή η νησιωτική ιδιότητα σχετίζονται με αυξημένη κλινική βαρύτητα, επείγουσα προσέλευση και, κατ' επέκταση, μεγαλύτερο νοσηλευτικό φορτίο. Υλικό & Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη σε 2.124 διαδοχικούς ασθενείς (Ιανουάριος 2024 – Ιούνιος 2026). Η γεωγραφική προέλευση κατηγοριοποιήθηκε σε: τοπική (Αχαΐα), περιφερειακή ηπειρωτική (Ηλεία, Αιτωλοακαρνανία), νησιωτική (Ζάκυνθος, Κεφαλλονιά, Ιθάκη) και λοιπές περιοχές. Κατεγράφησαν ο τρόπος εισαγωγής και το κλινικό προφίλ. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν διαστήματα εμπιστοσύνης Wilson και η δοκιμασία χ^2.Αποτελέσματα: Το 33,6% (n=714) των ασθενών προερχόταν εκτός Αχαΐας (21,7% από την περιφέρεια και 5,3%, n=112, από νησιά). Συνολικά, το 67,4% αφορούσε προγραμματισμένα περιστατικά, το 17,2% νοσηλευόμενους και το 8,6% διακομιδές. Η κλινική εικόνα διαφοροποιούνταν σημαντικά βάσει της εντοπιότητας: οι ασθενείς εκτός Αχαΐας εμφάνιζαν συχνότερα οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (31,8% έναντι 24,1%, p<0,001), ενώ κατά κύριο λόγο προσέρχονταν ως επείγοντα/μη προγραμματισμένα περιστατικά (38,9% έναντι 29,4%, p<0,001) και μέσω διακομιδών (19,9% έναντι 2,9%, p<0,001). Ειδικότερα στους νησιώτες, το ποσοστό οξείας παρουσίασης ανήλθε στο 31%. Ωστόσο, η διάμεση ηλικία (67–68 έτη) και το ποσοστό διενέργειας αγγειοπλαστικής (≈28–29%) ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων, αναδεικνύοντας ότι πρόκειται για περιστατικά με αντίστοιχη βαρύτητα. Συμπεράσματα: Το εργαστήριο επιτελεί ρόλο κέντρου αναφοράς για μια ευρεία και νησιωτική περιφέρεια, με τους ασθενείς από απομακρυσμένες περιοχές να παρουσιάζουν υψηλότερη κλινική οξύτητα και ανάγκη για επείγουσα αντιμετώπιση, συνεπαγόμενοι δυσανάλογο φορτίο φροντίδας. Για την αποτελεσματική διαχείριση αυτής της ομάδας, αναδεικνύεται η ανάγκη για διαρκή νοσηλευτική ετοιμότητα υποδοχής επειγόντων περιστατικών από διακομιδή, καθώς και για έναν πρώιμο σχεδιασμό εξιτηρίου από την ημέρα της εισαγωγής. Παράλληλα, απαιτείται δικτύωση με τις πρωτοβάθμιες δομές υγείας προέλευσης και αξιοποίηση της τηλενοσηλευτικής, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας και η δευτερογενής πρόληψη στον τόπο κατοικίας των ασθενών.

Πίνακας 1. Γεωγραφική προέλευση των ασθενών (n=2.124)

Ομάδα προέλευσης	n	%
Τοπικοί (νομός Αχαΐας)	1.410	66,4
Περιφερειακοί ηπειρωτικοί	460	21,7
Νησιώτες (Ζάκυνθος, Κεφαλλονιά, Ιθάκη)	112	5,3
Λοιποί / εξωτερικό	142	6,7
Εκτός νομού Αχαΐας (σύνολο)	714	33,6

Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο: εκτός Αχαΐας 31,8% έναντι τοπικών 24,1% (p<0,001).



AA180|Διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI): το προφίλ ενός αναδυόμενου δομικού προγράμματος και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Ν. Βεσκούκης[1], Α. Γκότση[1], Α. Βέρα[1], Π. Νταβλούρος[2]

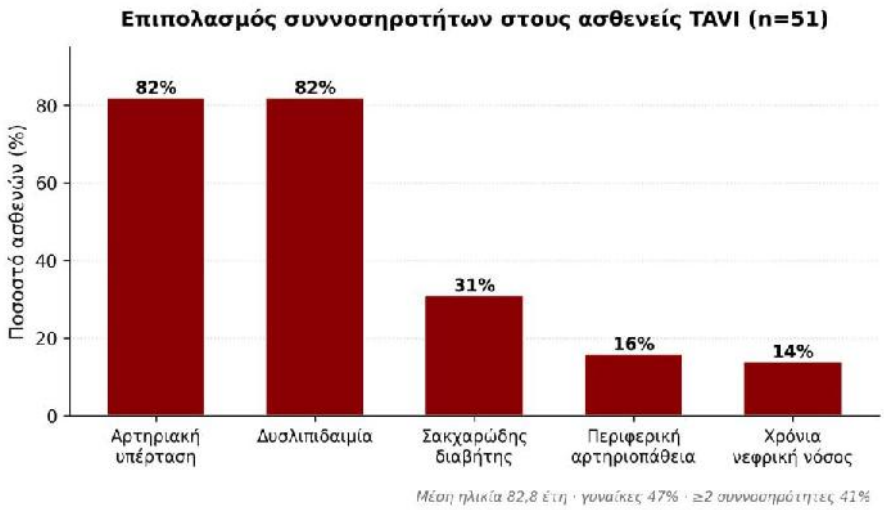
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)

Εισαγωγή: Η εισαγωγή της μεθόδου TAVI εισήγαγε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο έναν πληθυσμό ασθενών που διαφοροποιείται αισθητά από τον τυπικό στεφανιαίο ασθενή, καθώς χαρακτηρίζεται από προχωρημένη ηλικία, κλινική ευαλωτότητα και πολλαπλές συννοσηρότητες. Η ενσωμάτωση ενός προγράμματος δομικών καρδιοπαθειών σε ένα παραδοσιακά στεφανιαίο περιβάλλον δημιουργεί νέες, εξειδικευμένες νοσηλευτικές απαιτήσεις σε όλο το φάσμα της περι-επεμβατικής φροντίδας.Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αποτύπωση του κλινικού και δημογραφικού προφίλ των ασθενών κατά την αρχική περίοδο λειτουργίας του προγράμματος TAVI, με στόχο την ανάδειξη και τον ιεραρχικό προσδιορισμό των αναδυόμενων νοσηλευτικών προτεραιοτήτων. Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση σειράς διαδοχικών περιστατικών TAVI από το μητρώο του εργαστηρίου (Ιανουάριος 2024 – Ιούνιος 2026). Κατεγράφησαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, δείκτες επιβάρυνσης της επέμβασης και η γεωγραφική προέλευση των ασθενών. Οι αναλογίες συνοδεύονται από διαστήματα εμπιστοσύνης Wilson. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 51 περιστατικά, με μέση ηλικία τα 82,8 έτη (το 69% ήταν άνω των 80 ετών), ενώ το 47% αφορούσε γυναίκες. Το φορτίο συννοσηρότητας ήταν ιδιαίτερα υψηλό: αρτηριακή υπέρταση 82%, δυσλιπιδαιμία 82%, σακχαρώδης διαβήτης 31%, χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) 14% και περιφερική αρτηριοπάθεια 16%, με το 41% να παρουσιάζει δύο ή περισσότερες κύριες συννοσηρότητες. Επιπλέον, το 20% είχε ιστορικό προηγούμενης αγγειοπλαστικής. Η διαδικασία συνεπαγόταν σημαντική έκθεση, με διάμεσο όγκο σκιαγραφικού 208 ml και δόση ακτινοβολίας air kerma 1.165 mGy. Τέλος, το 22% των ασθενών προερχόταν από άλλους νομούς. Συμπεράσματα: Το πρόγραμμα TAVI εξυπηρετεί έναν κατεξοχήν γηριατρικό και πολυνοσηρό πληθυσμό, με υψηλό ποσοστό γυναικών και αξιοσημείωτη επιβάρυνση σε σκιαγραφικό και ακτινοβολία. Το εύρημα αυτό μετατοπίζει το κέντρο βάρους από την κλασική στεφανιαία νοσηλευτική προς μια ολιστική, εξατομικευμένη προσέγγιση του ευάλωτου ηλικιωμένου ασθενούς, όπου η πρόληψη των επιπλοκών είναι πρωταρχικής σημασίας. Νοσηλευτική σημασία & Προτάσεις: Καθίσταται αναγκαία η εφαρμογή δομημένων πρωτοκόλλων προεπεμβατικής εκτίμησης της ευαλωτότητας, η αυστηρή τήρηση πρωτοκόλλων νεφροπροστασίας, η εξειδικευμένη φροντίδα των προσπελάσεων μεγάλου εύρους και η στενή μετ-επεμβατική παρακολούθηση του ρυθμού και της αγωγιμότητας. Παράλληλα, απαιτείται σχεδιασμός για την πρόληψη πτώσεων, οργανωμένο πλάνο εξιτηρίου για τους ασθενείς εκτός νομού και η θεσμοθέτηση ρόλου εξειδικευμένου νοσηλευτή δομικών καρδιοπαθειών.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών TAVI (n=51)

Χαρακτηριστικό	Τιμή
Ηλικία, έτη (μέση ± SD)	82,8 ± 6,3
Ηλικία ≥80 ετών	69%
Γυναίκες	47%
Αρτηριακή υπέρταση	82%
Σακχαρώδης διαβήτης	31%
Περιφερική αρτηριοπάθεια	16%
Χρόνια νεφρική νόσος	14%
≥2 βασικές συννοσηρότητες	41%
Σκιαγραφικό, ml (διάμεσος)	208
Air kerma, mGy (διάμεσος)	1.165
Προέλευση εκτός νομού	22%

Περιγραφική σειρά περιστατικών· έναρξη προγράμματος Ιανουάριος 2025.



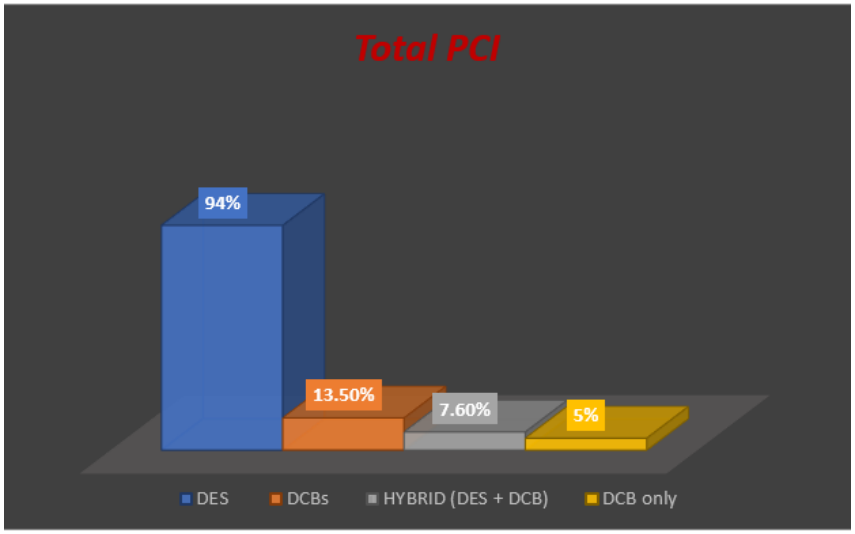
AA181|Διαχρονική μεταβολή στη χρήση φαρμακοεκλυόντων αεροθαλάμων (DCBs) στην καθημερινή κλινική πράξη – Καταγραφική μελέτη παρατήρησης 2 ετών

Ι. Μηλιόρδος[1], Α. Θεοφίλου[1], Α. Σιάνης[1], Δ. Δελιαλής[1], Π. Μανιφάβα[1], Α. Κάλλης[1], Μ.Ε. Τσελεγκίδη[1], Α. Κατσιάνης[1], Δ. Παπουτσής[2], Ε. Τσαγάλου[1], Σ. Χατζίδου[2], Α. Νταλιάνης[2]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η χρήση των Φαρμακοεκλύοντων αεροθαλάμων (DCBs) παρουσιάζει συνεχώς αυξητική τάση στην καθημερινή πρακτική με πολλαπλά πλεονεκτήματα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η χρήση τους στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 5 και 15% επί των περιστατικών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική ενώ εξακολουθούν να παραμένουν ερωτηματικά σχετικά με τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια τους συγκριτικά με τα DES.Σκοπός: Στην παρούσα αναδρομική μελέτη έγινε καταγραφή της χρήση των DCBs στην καθημερινή πρακτική στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του Νοσοκομείου μας κατά το χρονικό διάστημα των 2 τελευταίων ετών. Μέθοδος: Στη μελέτη καταχωρήθηκαν όλοι οι ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιήθηκαν DCBs και μελετήθηκαν οι εξής παράμετροι: α) Ποσοστό των DCBs συγκριτικά με το συνολικό αριθμό αγγειοπλαστικών, β) Ένδειξη της επέμβασης

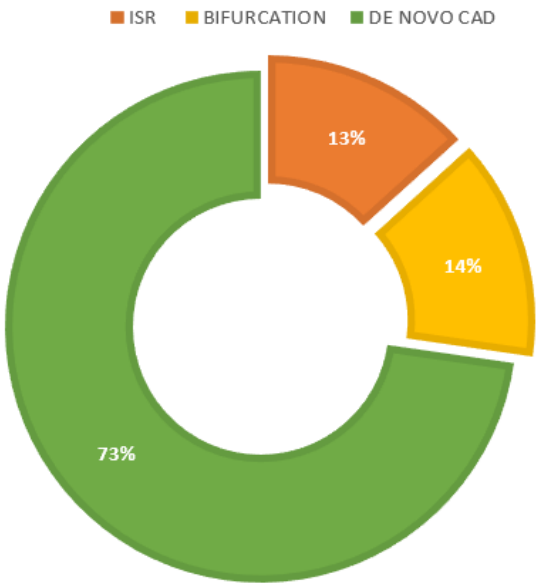
(ΟΣΣ vs Σταθερή νόσος), γ) Η αποκλειστική χρήση DCBs έναντι της υβριδικής επιλογής (συνδυασμός DCBs + DES), δ) Τύπος βλάβης που αντιμετωπίστηκε με DCBs (de novo , Bifurcation, instent restenosis) ε) Μέγεθος του αγγείου στο σημείο της βλάβης.Αποτελέσματα: Επί συνόλου ~1060 αγγειοπλαστικών, DCBs χρησιμοποιήθηκαν σε ποσοστό 12.2% τον 1ο χρόνο και 13.5% το 2ο χρόνο(Εικ.1) με σημαντική αύξηση της επαναιμάτωσης αποκλειστικά με χρήση DCBs τους τελευταίους 12 μήνες της καταγραφής(Εικ.2). Στις περισσότερες επεμβάσεις επιλέχθηκε υβριδική θεραπεία(57% vs 43%). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα DCBs χρησιμοποιήθηκαν σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο (62%), De novo βλάβες(~73%) και σε αγγεία μικρής/μέτριας διαμέτρου <2.75mm(~60%). Το ποσοστό αποτυχίας DCBs με ανάγκη για τοποθέτηση stent στο σημείο ανήλθε σε 8%. Η πλειονότητα των DCBs που χρησιμοποιήθηκαν ήταν επικαλυμμένα με Paclitaxel(~93%). Συμπεράσματα : Η παρούσα καταγραφική μελέτη καταδεικνύει την κλινική χρησιμότητα των DCBs σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών (>10%) και κυρίως σε σταθερή στεφανιαία νόσο και de novo βλάβες αγγείων μικρής/μέτριας διαμέτρου. Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπάρξουν πρόσθετα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα τους σε μεγάλης διαμέτρου αγγεία, κεντρικές βλάβες και τα νέας γενιάς DCBs επικαλυμμένα με Sirolimus.



Εικόνα 1.



Εικόνα 2.



AA182|Αναταχθείσα κοιλιακή μαρμαρυγή σε ασθενή με διάχυτο στεφανιαίο αγγειόσπασμο: Θεραπευτικό δίλημμα ή σαφής ένδειξη για ICD;

Λ. Μουγάκος[1], Β. Τελάκη[1], Ζ. Πάνος[1], Χρ. Ζούμπα[1], Π. Καρανίκης[1], Ν.Ο. Μίνως[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

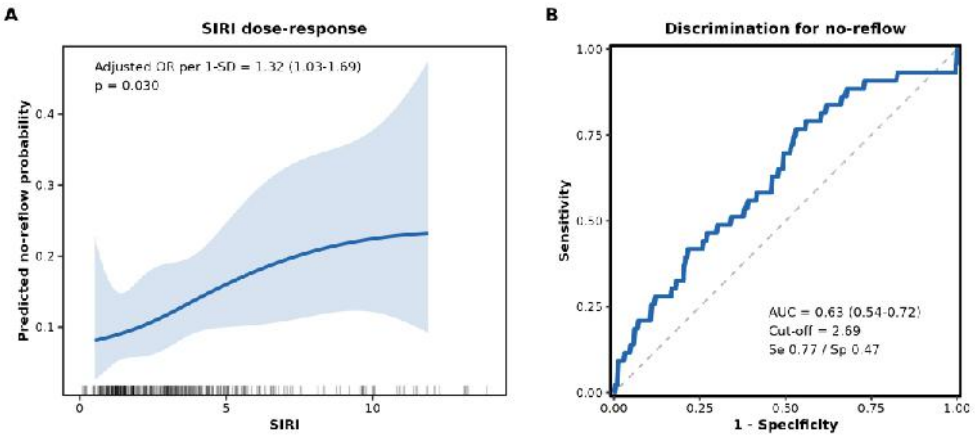
Εισαγωγή: Η αγγειοσυσπαστική στηθάγχη αποτελεί αναγνωρισμένη αιτία MINOCA και μπορεί να εκδηλωθεί με κακοήθεις κοιλιακές αρρυθμίες. Η αντιμετώπιση ασθενών με αναταχθείσα κοιλιακή μαρμαρυγή παραμένει πρόκληση, καθώς ο στεφανιαίος αγγειόσπασμος θεωρείται δυνητικά αναστρέψιμο αίτιο, χωρίς όμως να είναι σαφές εάν αυτό αρκεί για να αποκλείσει την ένδειξη εμφύτευσης ICD. Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 70 ετών διεκομίσθη μετά από επεισόδιο θωρακικού άλγους με παροδική ανάσπαση του ST στο κατώτερο τοίχωμα και αναταχθείσα κοιλιακή μαρμαρυγή. Η μέγιστη τροπονίνη ήταν 1.000 ng/L. Έναν μήνα νωρίτερα είχε νοσηλευθεί με MINOCA(μέγιστη τροπονίνη 13.000 ng/L), χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο στη στεφανιογραφία, ενώ η προγραμματισμένη μαγνητική καρδιάς δεν πραγματοποιήθηκε. Ελάμβανε βεραπαμίλη και διαδερμικά νιτρώδη λόγω κλινικής υποψίας αγγειοσυσπαστικής στηθάγχης, τα οποία είχε διακόψει μία ημέρα πριν από το νέο επεισόδιο. Αποτελέσματα: Η στεφανιογραφία ανέδειξε ήπια αθηρωματική νόσο χωρίς σημαντικές στενώσεις. Στένωση περίπου 50% της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας υποχώρησε πλήρως μετά από ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρωδών. Η λειτουργική αξιολόγηση των στεφανιαίων έδειξε FFR 0,86, RFR 0,90, CFR 6,3 και IMR 16. Η δοκιμασία πρόκλησης με ακετυλοχολίνη προκάλεσε διάχυτο επικαρδιακό σπασμό της πρόσθιας κατιούσας αρτηρίας με αναπαραγωγή των συμπτωμάτων και ισχαιμικέςηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση αγγειοσυσπαστικής στηθάγχης. Τουπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε διατηρημένο κλάσμα εξώθησης.- Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει έναν υψηλού κινδύνου φαινότυπο αγγειοσυσπαστική ενόσου με υποτροπιάζον MINOCA και αναταχθείσα κοιλιακή μαρμαρυγή. Η φυσιολογική μικροαγγειακή λειτουργία σε συνδυασμό με τη θετική δοκιμασία ακετυλοχολίνης υποστηρίζουν ότι ο διάχυτος επικαρδιακός αγγειόσπασμος αποτελεί τον κύριο παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Παρά την απουσία αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου, η εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής μεταβάλλει ουσιαστικά τη διαστρωμάτωση κινδύνου και θέτει το ερώτημα κατά πόσο ο στεφανιαίος αγγειόσπασμος μπορεί να θεωρηθεί πραγματικά πλήρως αναστρέψιμο αίτιο καρδιακής ανακοπής. Η ολοκληρωμένη λειτουργική διερεύνηση των στεφανιαίων με Full Physiology καιδοκιμασία πρόκλησης με ακετυλοχολίνη μπορεί να τεκμηριώσει τον μηχανισμό του MINOCA και να αναγνωρίσει ασθενείς υψηλού αρρυθμιολογικού κινδύνου. Ωστόσο, παραμένει ανοικτό το ερώτημα: μπορεί ο τεκμηριωμένος διάχυτος στεφανιαίος αγγειόσπασμος να θεωρείται πραγματικά αναστρέψιμη αιτία καρδιακής ανακοπής ή η αναταχθείσα κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί από μόνη της επαρκή ένδειξη για εμφύτευση ICD;

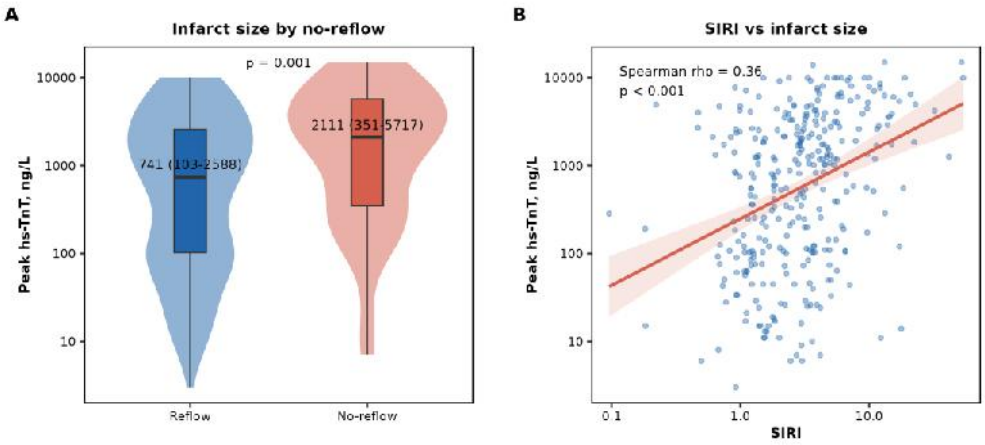
AA183|Admission Systemic Inflammatory Response Index as a Predictor of Coronary No-Reflow in Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention

Ν. Σταλίκας[1], Μ. Μπαντίδος[2], Ε. Καραγιαννίδης[3], Β. Φυντανίδου[3], Θ. Καραμήτσος[4], Α. Ζιάκας[5], Μ. Διδάγγελος[5], Γ. Γιαννακούλας[5], Γ. Γιαννόπουλος[4]

[1]Aalst Cardiovascular Center, Aalst, Belgium, *[2]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*, *[3]ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΘ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*, *[4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ*, *[5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction: No-reflow after primary percutaneous coronary intervention (PCI) reflects microvascular obstruction (MVO), an innate-immune process driven by neutrophils and monocytes against a background of stress lymphopenia. The systemic inflammatory response index (SIRI = neutrophils × monocytes / lymphocytes) integrates all three cell lineages. We assessed whether admission SIRI predicts angiographic no-reflow in ST-elevation myocardial infarction (STEMI) and whether it tracks myocardial injury. Methods: In a single-center prospective cohort of 336 consecutive STEMI patients treated with primary PCI, admission SIRI, neutrophil-to-lymphocyte (NLR), monocyte-to-lymphocyte (MLR) and neutrophil-to-HDL (NHR) ratios were computed. No-reflow (primary endpoint; final TIMI flow <3) and distal embolization were adjudicated by two interventional cardiologists blinded to the indices. Associations used logistic regression (odds ratio [OR] per 1-SD), ROC analysis, restricted cubic splines, and incremental value over a clinical–angiographic model. Results: No-reflow occurred in 43 and distal embolization in 84 patients. SIRI was higher in no-reflow (median 3.92 [2.75–8.02] vs 2.91 [1.39–4.81]; p=0.005). SIRI predicted no-reflow (AUC 0.64; adjusted OR 1.32 [1.03–1.69], p=0.030), with a graded increase in no-reflow across SIRI tertiles (6.7%, 14.4%, 20.2%; p-trend=0.007; adjusted OR tertile 3 vs 1, 3.55 [1.41–8.93]). No-reflow was associated with larger infarcts (peak troponin 2111 vs 741 ng/L, p=0.001; CK 565 vs 294 U/L, p=0.016), and SIRI correlated with peak troponin (rho=0.36), CK (0.30), LDH (0.38) and inversely with LVEF (−0.21; all p<0.001). Adding SIRI to a clinical–angiographic model improved fit (likelihood-ratio p=0.035; integrated discrimination improvement 0.025 [0.001–0.089]). Distal embolization was not predicted after adjustment. Conclusions: Admission SIRI is independently associated with angiographic no-reflow and tracks the extent of myocardial injury in STEMI, integrating the neutrophil–monocyte–lymphocyte axis into a single, universally available marker of microvascular vulnerability.

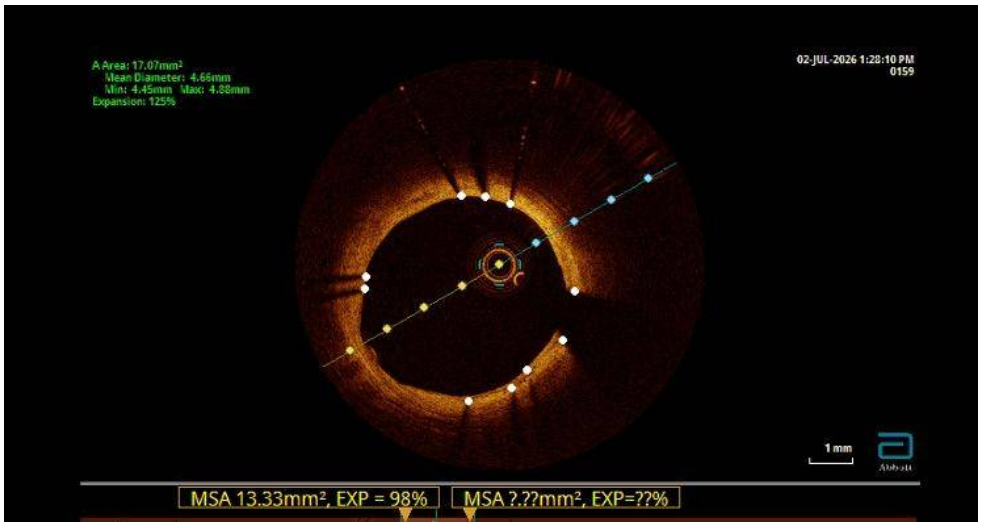


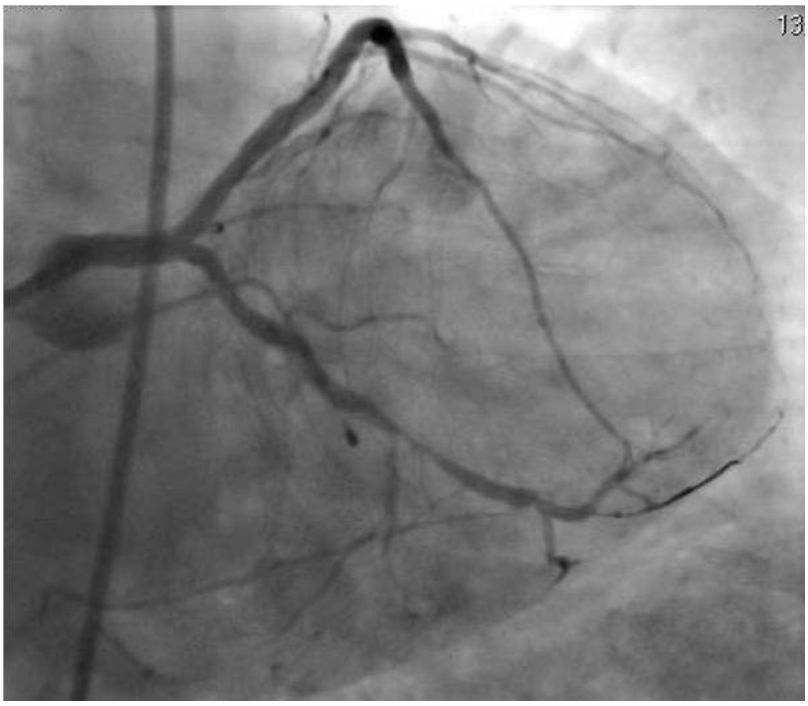


AA184 | Καθοδήγηση με OCT σε rotational atherectomy της LCX μέσω stent στελέχους

Β. Μπελή[1], Ά. Κότσια[1], Ε.Καλαμπόκη[1], Ε. Παππά[1], Α. Κοσοβίτσας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η διενέργεια rotational atherectomy μέσω πρόσφατα εμφυτευμένου stent του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας αποτελεί τεχνική πρόκληση, καθώς η ατελής επιθηλιοποίηση των δοκίδων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παραμόρφωσης ή βλάβης της ενδοπρόθεσης. Η οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) παρέχει υψηλής ανάλυσης απεικόνιση και μπορεί να συμβάλει στον ασφαλή σχεδιασμό της επέμβασης. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 66 ετών με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου και στεφανιαίας νόσου, ο οποίος είχε υποβληθεί σε αγγειοπλαστική του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας προς τον πρόσθιο κατιόντα (LM/LAD) μηνός προσήλθε για προγραμματισμένη αγγειοπλαστική σοβαρά επασβεστωμένης βλάβης της περισπωμένης αρτηρίας (LCX). Πριν από την επέμβαση πραγματοποιήθηκε OCT του στελέχους, το οποίο ανέδειξε μερική επιθηλιοποίηση των δοκίδων του προϋπάρχοντος stent. Ακολούθως, το rotawire προωθήθηκε διαμέσου του stent του στελέχους προς τη μέση μοίρα της LCX και πραγματοποιήθηκε rotational atherectomy με burr 1.25 mm. Στη συνέχεια διενεργήθηκε αγγειοπλαστική της LCX με εμφύτευση δύο stents (2.75 × 30 mm και 3.0 × 38 mm) με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Η τελική αξιολόγηση με νέο OCT επιβεβαίωσε την ικανοποιητική έκπτυξη και επαφή των stents της LCX, χωρίς ενδείξεις παραμόρφωσης ή βλάβης του προϋπάρχοντος stent του στελέχους μετά τη διέλευση του rotawire και τη διενέργεια rotational atherectomy.Συμπεράσματα: Η χρήση του OCT πριν και μετά από σύνθετη αγγειοπλαστική παρέχει κρίσιμες πληροφορίες για την κατάσταση προϋπαρχόντων stents και διευκολύνει τον ασφαλή σχεδιασμό επεμβάσεων που απαιτούν διέλευση συστημάτων rotational atherectomy μέσω αυτών. Το παρόν περιστατικό υπογραμμίζει την προστιθέμενη αξία της ενδοστεφανιαίας απεικόνισης στην εξατομίκευση της επεμβατικής στρατηγικής και στην επιβεβαίωση της ακεραιότητας του stent του στελέχους μετά από rotational atherectomy στην LCX.



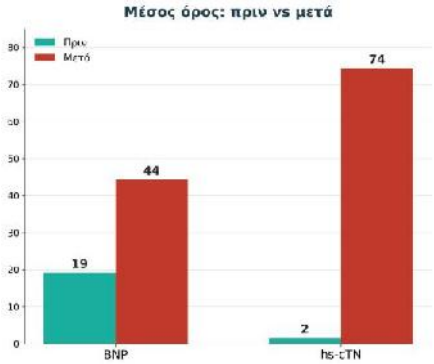


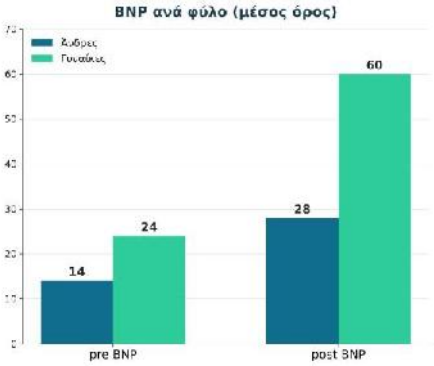
ΑΑ185|Μεταβολές των καρδιακών βιοδεικτών μετά από διαδερμική σύγκλειση ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO): Μελέτη 31 ασθενών

Τ. Klogkeri[1], **Μ. Διβάνη[1]**, Γ.Τρανταλής[1], Π. Δούρβας[1], Δ. Παρασκευοπούλου[1], Ε. Τριανταφύλλου[1], Δ. Καλαντζής[1], Δ. Κολιός[1], Α. Μαρκάκος[1], Μ. Αμπελιώτης[1], Κ.Τσιούφης[2], Κ. Τούτουζας[1], Σ. Σιδερής[1]

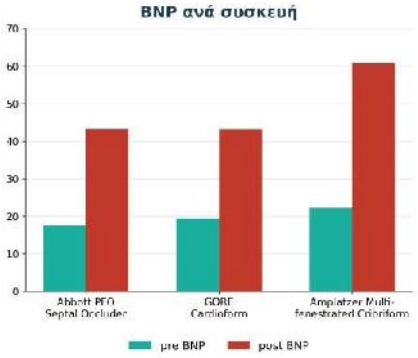
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

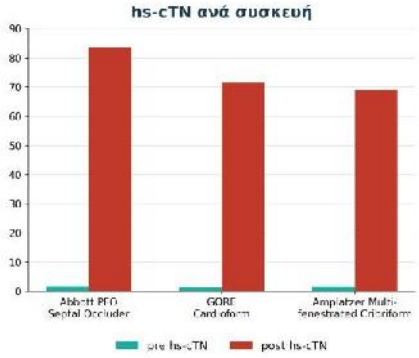
Η διαδερμική σύγκλειση του PFO αποτελεί επέμβαση με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα τα τελευταία έτη, που αποσκοπεί στην μείωση των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) σε ασθενείς με ιστορικό παροδικού ή μη ΑΕΕ, στους οποίους ανευρίσκεται κλινικά σημαντική επικοινωνία μεταξύ δεξιού και αριστερού κόλπου διαμέσου του ωοειδούς τρήματος. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη των μεταβολών των καρδιακών βιοδεικτών: τροπονίνης αυξημένης ευαισθησίας (hs-cTn) και νατριουρητικού πεπτιδίου (BNP) μετά την σύγκλειση και η προσπάθεια συσχέτισης των μεταβολών με δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία/φύλο/BSA αλλά και τεχνικά στοιχεία όπως το είδος και το μέγεθος της συσκευής. Αναλύθηκαν αναδρομικά 31 ασθενείς (15 άρρεν/ 16 θήλυ) που είχαν υποβληθεί σε διαδερμική σύγκλειση PFO και στους οποίους είχε πραγματοποιηθεί μέτρηση hs-cTn & BNP την ημέρα της επέμβασης και 24 ώρες μετεπεμβατικά. Πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση, μέσω του προγράμματος JASP,με ελέγχους Wilcoxon signed-rank/ Mann-Whitney/ Spearman correlation. Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική αύξηση ($p<0.001$) και των δύο βιοδεικτών το πρώτο 24ώρο μετά την σύγκλειση PFO (έλεγχος με μη παραμετρικό ζευγαρωτό τεστ (Wilcoxon signed-rank), λόγω ασυμμετρίας των κατανομών) Γράφημα 1. Τα θήλυ άτομα παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση του BNP σε σχέση με τα άρρεν ($p=0.008$), ενώ δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη διαφορά στη μεταβολή της hs-cTN μεταξύ φύλων. Δεν βρέθηκε σαφής επίδραση του τύπου ή του μεγέθους της συσκευής στη μεταβολή των βιοδεικτών πιθανώς λόγω περιορισμένης διακύμανσης στο δείγμα (κατά κύριο λόγο συσκευές 30mm) Γράφημα 2, ούτε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το BMI ή το BSA Τα ευρήματα συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με την διεθνή βιβλιογραφία επιβεβαιώνοντας την παροδική αύξηση των βιοδεικτών μετά την σύγκλειση PFO, χωρίς αυτή να σχετίζεται με κλινικά σημαντική μυοκαρδιακή ισχαιμία ή δυσμενή πρόγνωση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση του BNP στα θήλυ άτομα, εύρημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος.





Συσκευή	n	pre BNP	post BNP	pre hs-cTN	post hs-cTN
Abbott PFO Septal Occluder	8	17.49	43.28	1.74	83.62
GORE Cardioform	21	19.46	43.19	1.46	71.47
Amplatzer Multifenestrated Cribriform	2	22.25	60.80	1.65	68.90





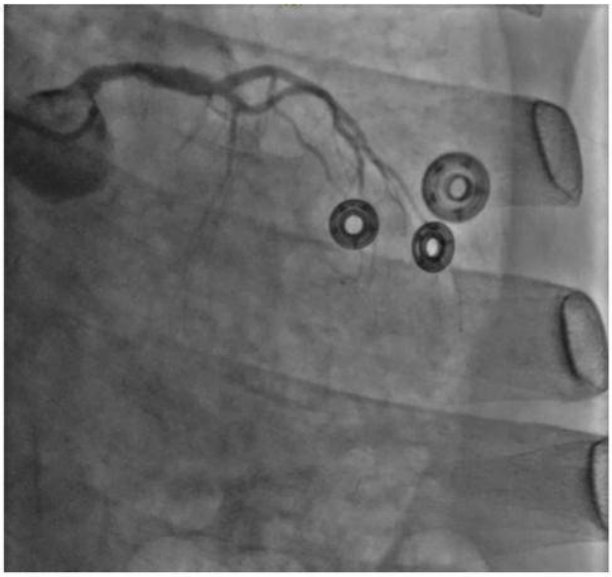
ΑΑ186|Έκτοπη έκφυση της περισπώμενης από εκτατική δεξιά στεφανιαία αρτηρία με σοβαρή στένωση σε ασθενή με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

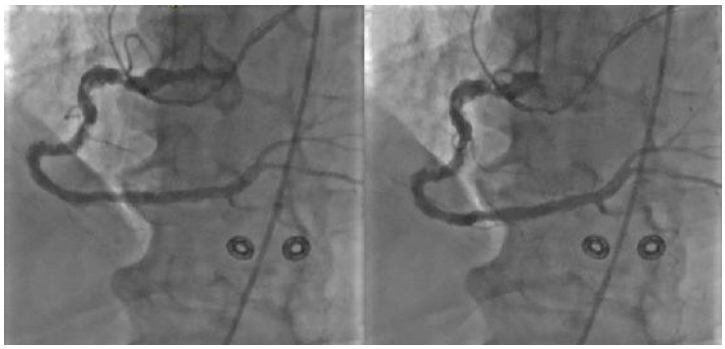
Φ. Ψύλλου[1], Σ. Μπουλούκου[1], Α. Παρασκευά[1], Ι. Σταυρινούδης[1], Γ. Περρή[1], **Ν. Καρτάλης[1]**, Π. Βούτας[1], Ν. Παπαγιάννης[1], Ν. Σμυρνιούδης[1], Α. Καρτάλης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών ανευρίσκονται στο 0,5–1,5% των στεφανιογραφιών. Η έκτοπη έκφυση της περισπωμένης αρτηρίας (LCx) από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) αποτελεί μία από τις συχνότερες συγγενείς παραλλαγές, με αναφερόμενη συχνότητα 0,37%. Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων, η συγκεκριμένη ανατομική παραλλαγή ακολουθεί οπισθοαορτική πορεία και θεωρείται αιμοδυναμικά ασήμαντη. Ωστόσο, η αναγνώρισή της είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, καθώς μπορεί να επηρεάσει τη διαγνωστική προσπέλαση, την επεμβατική αντιμετώπιση και την τελική θεραπευτική απόφαση. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας ασθενής προσήλθε με κλινική εικόνα ασταθούς στηθάγχης και υποβλήθηκε σε επείγουσα στεφανιογραφία. Αναδείχθηκε έκτοπη έκφυση της περισπωμένης αρτηρίας από το εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, χωρίς σημαντικές στενώσεις της περισπωμένης. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία παρουσιάστηκε έντονα εκτατική, με διάμετρο 7–8 mm, και εμφάνιζε σοβαρή πολυεστιακή ασβεστωμένη αθηροσκληρωτική νόσο, με στένωση 80% στο εγγύς τμήμα, κοντά στην έκφυση της έκτοπης περισπώμενης, καθώς και σημαντικές βλάβες στην μεσότητα και στην περιφέρεια του αγγείου. Αποτελέσματα: Η συνύπαρξη της συγγενούς ανατομικής παραλλαγής με τη σημαντική στένωση στην εκατική δεξιά στεφανιαία αρτηρία, σε άμεση γειτνίαση με την έκφυση της έκτοπης περισπώμενης, κατέστησαν τη διαδερμική επαναιμάτωση τεχνικά ιδιαίτερα απαιτητική. Η μη διαθεσιμότητα ενδοστεφανιαίων προθέσεων κατάλληλης διαμέτρου οδήγησε στη διακομιδή του ασθενούς σε τριτοβάθμιο κέντρο με δυνατότητα χρήσης μεγάλου μεγέθους ενδοστεφανιαίων προθέσεων και καρδιοχειρουργική κάλυψη. Μετά από συζήτηση στο πλαίσιο της Ομάδας Καρδιάς, κρίθηκε ότι η επαναιμάτωση δεν ήταν τεχνικά εφικτή και αποφασίσθηκε συντηρητική αντιμετώπιση με βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Συμπεράσματα: Η έκτοπη έκφυση της περισπωμένης από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία αποτελεί συνήθως καλοήθη συγγενή ανατομική παραλλαγή. Στο παρόν περιστατικό,

η συνύπαρξη της με εκτατική και πολυεστιακή νόσο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, με κρίσιμη εγγύς βλάβη πλησίον της έκφυσης της έκτοπης περισπώμενης, ανέδειξε ότι μπορεί να δημιουργήσει σημαντικές τεχνικές δυσκολίες και περιόρισε τις δυνατότητες διαδερμικής επαναιμάτωσης.





AA187|STEMI κατώτερου-οπίσθιου τοιχώματος σε ασθενή με έκτοπη έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από τον αριστερό κόλπο του Valsalva: διαγνωστικές και επεμβατικές προκλήσεις

Π. Σιλιόγκας[1], Κ. Μανουσόπουλος[1],Α. Ζάραγκας[1] , Κ. Φιλίππου[1], Ι. Τσιαφούτης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή – Σκοπός Οι συγγενείς ανωμαλίες έκφυσης των στεφανιαίων αρτηριών αποτελούν σπάνια αλλά κλινικά σημαντικά ευρήματα, ιδιαίτερα στο πλαίσιο οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI), όπου μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στη διαγνωστική και επεμβατική προσέγγιση. Παρουσιάζεται περιστατικό STEMI κατώτερου-οπίσθιου τοιχώματος σε ασθενή με έκτοπη έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) από τον αριστερό κόλπο του Valsalva. Υλικό – Μέθοδος Άνδρας 60 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και θετικό κληρονομικό ιστορικό για καρδιαγγειακή νόσο προσήλθε λόγω παρατεταμένου θωρακικού άλγους. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε εικόνα STEMI κατώτερου-οπίσθιου τοιχώματος. Διενεργήθηκε επείγουσα στεφανιογραφία. Η αρχική προσπάθεια κερκιδικής προσπέλασης δεν παρείχε επαρκή υποστήριξη για επιτυχή καθετηριασμό της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας λόγω της ανώμαλης έκφυσής της, με αποτέλεσμα η επέμβαση να συνεχιστεί μέσω μηριαίας προσπέλασης. Η στεφανιογραφία ανέδειξε: στέλεχος χωρίς αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις, πρόσθιο κατιόντα χωρίς σημαντικά αιμοδυναμικά στενώσεις περισπωμένη αρτηρία διάχυτα αθηρωματική και ελικοειδή με σημαντικές στενώσεις, δεξιά στεφανιαία αρτηρία διάχυτα αθηρωματική και ελικοειδή, με έκτοπη έκφυση από τον αριστερό κόλπο του Valsalva και σημαντική ένοχη βλάβη. Πραγματοποιήθηκε επιτυχής primary PCI της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, ενώ σε δεύτερο χρόνο ακολούθησε αγγειοπλαστική της περισπωμένης αρτηρίας. Αποτελέσματα Η επαναιμάτωση της ένοχης βλάβης της RCA ήταν επιτυχής με αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής και

κλινική σταθεροποίηση του ασθενούς. Η ανώμαλη έκφυση της RCA αποτέλεσε σημαντική τεχνική πρόκληση κατά την επείγουσα στεφανιογραφία και την primary PCI, απαιτώντας αλλαγή αγγειακής προσπέλασης για επαρκή υποστήριξη και επιτυχή καθετηριασμό. Συμπεράσματα Η έκτοπη έκφυση της RCA από τον αριστερό κόλπο του Valsalva μπορεί να δυσχεράνει σημαντικά τη διαγνωστική και επεμβατική αντιμετώπιση ασθενών με STEMI. Η υψηλή κλινική υποψία και η έγκαιρη προσαρμογή της επεμβατικής στρατηγικής, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής κατάλληλης αγγειακής προσπέλασης, είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη και επιτυχή επαναιμάτωση και συνεπώς την καλή πρόγνωση και έκβαση του ασθενούς.

ΑΑ188|Διάχυτη ασβεστωμένη στεφανιαία νόσος σε ξεχωριστή έκφυση LAD/LCx: καθοδήγηση με στεφανιαία φυσιολογία και τροποποίηση ασβεστίου με ενδοστεφανιαία λιθοτριψία.

Ν. Κατσίλλης[1], Α. Γιαννακόδημος[1], Θ. Πάλλας[1], Α. Δημόπουλος[1], Ν. Παπακωνσταντίνου[1], Έ. Μπούσουλα[1], Γ. Γαβριελάτος[1], Ν. Πατσουράκος[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε μια καλοήθη ανατομική παραλλαγή ξεχωριστής έκφυσης προσθίου κατιόντα κλάδου (LAD) και περισπώμενης αρτηρίας (LCx) από τον αριστερό κόλπο του Valsava. Πρόκειται, ωστόσο, για μια περίπτωση που αποτελεί τεχνική πρόκληση κατά τη διενέργεια του επεμβατικού καθετηριασμού. Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα ασθενή 80 ετών με γνωστή στεφανιαία νόσο ενός αγγείου και ιστορικό αγγειοπλαστικής με εμφύτευση ενδοπρόθεσης (PCI 1 DES) στο εγγύς τμήμα του LAD το 2017, ο οποίος υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω τεκμηριωμένης ισχαιμίας στην περιοχή κατανομής του LAD σε δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Η περίπτωση αυτής της στεφανιαίας ανωμαλίας, δυσχέρανε τον εκλεκτικό καθετηριασμό του LAD. Χρησιμοποιήθηκε οδηγός καθετήρας JL 4 , ο οποίος μετά από κατάλληλους χειρισμούς τροποποιήθηκε λειτουργικά σε θέση τύπου Amplatz, εξασφαλίζοντας επαρκή στήριξη για την επέμβαση. Αγγειογραφικά, ο LAD εμφάνιζε διάχυτη αθηρωματική και έντονα ασβεστωμένη νόσο από το εγγύς τμήμα, συμπεριλαμβανομένου του τμήματος της προϋπάρχουσας ενδοπρόθεσης, έως τη μεσότητα του αγγείου, με στενώσεις 70–90%. Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της λειτουργικής βαρύτητας των βλαβών με instantaneous wave-free ratio (iFR) pullback. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η φυσιολογική εκτίμηση ανέδειξε τιμή iFR: 0,93 στο εγγύς τμήμα που αντιστοιχούσε στην περιοχή της προηγούμενης ενδοπρόθεσης, υποδηλώνοντας απουσία αιμοδυναμικά σημαντικής επαναστένωσης. Αντίθετα, από το εγγύς τμήμα προς τη μεσότητα του αγγείου καταγράφηκε σημαντική πτώση της πίεσης με τελική τιμή iFR: 0,79, συμβατή με λειτουργικά σημαντική ισχαιμία. Λόγω της εκτεταμένης ασβεστοποίησης πραγματοποιήθηκε επιτυχής τροποποίηση της πλάκας με ενδοστεφανιαία λιθοτριψία (IVL). Ακολούθησε αγγειοπλαστική με drug-coated balloon (DEB) στη μεσότητα του LAD και εμφύτευση drug-eluting stent (DES) στο εγγύς τμήμα. Το τελικό αγγειογραφικό αποτέλεσμα ήταν άριστο, ενώ το post-PCI iFR pullback κατέδειξε σημαντική λειτουργική βελτίωση με τιμές 0,90 στη μεσότητα και 0,91 στο εγγύς τμήμα του αγγείου. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνδυασμένη χρήση στεφανιαίας φυσιολογίας και ενδοστεφανιαίας λιθοτριψίας επέτρεψε την ακριβή εντόπιση των ισχαιμικών περιοχών και τη βέλτιστη αντιμετώπιση μιας διάχυτης, σοβαρά ασβεστωμένης νόσου του LAD. Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της λειτουργικής καθοδήγησης στην αποφυγή άσκοπης παρέμβασης σε προηγουμένως τοποθετημένη ενδοπρόθεση, καθώς και την αξία του IVL στην επιτυχή προετοιμασία ασβεστωμένων βλαβών για διαδερμική επαναιμάτωση.

ΑΑ189|Σύγχρονη χρήση των DCB στη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση: Κλινικές εκβάσεις 12μήνου από μια προοπτική πολυκεντρική μελέτη

Ν. Τσιάμης[1], Η. Τόλης[2], Ά. Παπανικολαου[2], Μ. Σαγρής[3], Ε.Σ. Μαυρουδεας[2], Σ. Κωτούλας[4], Δ. Αφενδούλης[5], Δ. Ζαχαράκης[1], Γ. Τριάντης[1], Σ. Πατσιλινάκος[6], Κ .Τσιούφης[7], Κ. Τούτουζας[5]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[6]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[7]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.*

Εισαγωγή: Η χρήση των επικαλυμμένων με φάρμακο μπαλονιών (DCB) στη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) διευρύνεται συνεχώς. Ωστόσο, ο ρόλος τους, ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση των de novo στεφανιαίων βλαβών στην

πραγματική κλινική πράξη, τελεί ακόμη υπό διερεύνηση, ενώ τα διαθέσιμα δεδομένα από πολυκεντρικές μελέτες οι οποίες αξιολογούν τόσο τα επεμβατικά όσο και τα κλινικά αποτελέσματα παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός: Η αξιολόγηση της επιτυχούς τοποθέτησης και των εκβάσεων 12 μηνών της αγγειοπλαστικής με DCB σε de novo βλάβες και σε επαναστενώσεις εντός ενδοστεφανιαίων ενδοπροθέσεων (DES).Μέθοδοι: Η προοπτική μελέτη συμπεριέλαβε 244 διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCI με DCB (Ιανουάριος 2024 – Ιανουάριος 2025) σε 3 ελληνικά τριτοβάθμια κέντρα. Η επεμβατική επιτυχία ορίστηκε ως ροή TIMI 3 , απουσία διαχωρισμού, στένωσης>% με οπτική αξιολόγηση και η μη ανάγκη εμφύτεσης DES. Η παρακολούθηση έγινε στους 1, 3, 6 και 12 μήνες. Το σύνθετο καταληκτικό σημείο (MACE) περιελάμβανε καρδιακής αιτιολογίας θάνατο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, επανανοσηλεία για στηθάγχη και επαναγγείωση του αγγείου στο οποίο είχε τοποθετηθεί DCB. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 67.4±10.8 έτη (88.5% άνδρες). Το ~85% παρουσίασε σταθερή στεφανιαία νόσο και το ~15% οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Τα DCB χρησιμοποιήθηκαν σε de novo βλάβες (80.8%) και ISR (19.2%). Αγγεία-στόχοι: LAD (50.3%), RCA (18.5%), LCx (13.9%). Διάμετροι DCB: 2.5 mm (36.8%), 2.0 mm (29%), 3.0 mm (25%)· μήκη: 15 mm (42.4%), 25 mm (26.3%). Υβριδική προσέγγιση (DCB-DES) εφαρμόστηκε στο 51.4% και DCB-only στο 48.6%. Η επεμβατική επιτυχία ήταν 96%. Στους 12 μήνες (απώλεια follow-up 11.8%) καταγράφηκαν 10 (4%) αποτυχίες βλάβης-στόχου, 12 (5%) επαναγγειώσεις και 1 καρδιακός θάνατος (0.045%). Το συνολικό MACE ήταν 9.7% (3.7% σε de novo, 4.2% σε ISR).Συμπεράσματα: Στην καταγραφή αυτή, η αγγειοπλαστική με DCB επέδειξε υψηλή επεμβατική επιτυχία (96%) και χαμηλά ποσοστά MACE στους 12 μήνες (7.9%) σε de novo και ISR βλάβες. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της στρατηγικής αυτής στη σύγχρονη PCI, με την προϋπόθεση επαρκούς προετοιμασίας της βλάβης.



ΑΑ190|Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των τεχνικών τροποποίησης ασβεστίου στην αγγειοπλαστική στεφανιαίων: εμπειρία ενός κέντρου

Σ. Κωτούλας[1], Κ. Αντωνιάδης[1], Ι. Κίκη[1], Γ. Σωτήρης[1], Κ. Πετεινάκη[1], Δ. Ηλιόπουλος[2], Ν. Παπαϊωάννου[1], Π. Τσινιβίζοβ[1], Ν. Κοντογιάννης[1], Α. Τριανταφύλλης[1], Λ. Πουλημένος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι βαριά ασβεστοποιημένες στεφανιαίες βλάβες αποτελούν σημαντική πρόκληση κατά τις διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις, καθώς σχετίζονται με υποέκπτυξη των ενδοπροθέσεων και αυξημένο κίνδυνο δυσμενών καρδιαγγειακών εκβάσεων. Παρά την ευρεία χρήση τεχνικών τροποποίησης ασβεστίου, τα δεδομένα πραγματικού κόσμου που περιλαμβάνουν το σύνολο των σύγχρονων τεχνολογιών παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των τεχνικών τροποποίησης ασβεστίου σε

διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική. Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μονοκεντρική, αναδρομική, παρατηρησιακή μελέτη όλων των διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με τουλάχιστον μία συσκευή τροποποίησης ασβεστίου από τον Ιανουάριο 2019 έως τον Δεκέμβριο 2024. Οι τεχνικές περιλάμβαναν περιστροφική ή τροχιακή αθηρεκτομή, ενδαγγειακή λιθοτριψία (IVL), καθώς και μη ενδοτικά, scoring και cutting μπαλόνια. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν τα μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE: θάνατος κάθε αιτίας, έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και κλινικά καθοδηγούμενη επαναγγείωση αγγείου-στόχου).Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 112 ασθενείς με 121 ασβεστοποιημένες βλάβες. Η μέση ηλικία ήταν 71,9±10,7 έτη, το 83,0% ήταν άνδρες και η κερκιδική προσπέλαση χρησιμοποιήθηκε στο 90,7% των επεμβάσεων. Η ενδαγγειακή λιθοτριψία αποτέλεσε τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη τεχνική τροποποίησης ασβεστίου (26,1%), ακολουθούμενη από τα μη ενδοτικά μπαλόνια (23,9%) και την περιστροφική αθηρεκτομή (19,6%), ενώ ο πρόσθιος κατιών ήταν το συχνότερα αντιμετωπιζόμενο αγγείο (39,7%). Σε διάμεση παρακολούθηση 34,2 μηνών, MACE παρατηρήθηκαν στο 19,5% των ασθενών. Η συνολική θνητότητα ήταν 1,2%, το έμφραγμα μυοκαρδίου 3,7%, δεν καταγράφηκαν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η κλινικά καθοδηγούμενη επαναγγείωση του αγγείου-στόχου αποτέλεσε το συχνότερο συμβάν (15,9%). Τα αποτελέσματα ήταν συγκρίσιμα με εκείνα των μεγάλων σύγχρονων μελετών τροποποίησης ασβεστίου, παρά τη σημαντική ανατομική πολυπλοκότητα του πληθυσμού. Συμπεράσματα: Στην καθημερινή κλινική πράξη, οι τεχνικές τροποποίησης ασβεστίου επέτρεψαν την ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση σύνθετων ασβεστοποιημένων στεφανιαίων βλαβών, με χαμηλά ποσοστά θνητότητας και εμφράγματος μυοκαρδίου και απουσία αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Τα ευρήματα υποστηρίζουν τη χρήση τους σε ασθενείς υψηλής ανατομικής πολυπλοκότητας και είναι συμβατά με τα διαθέσιμα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

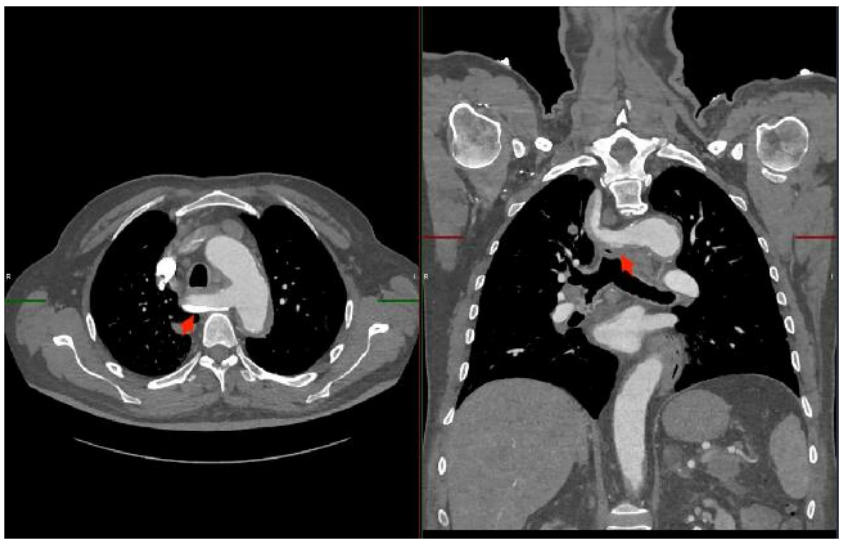


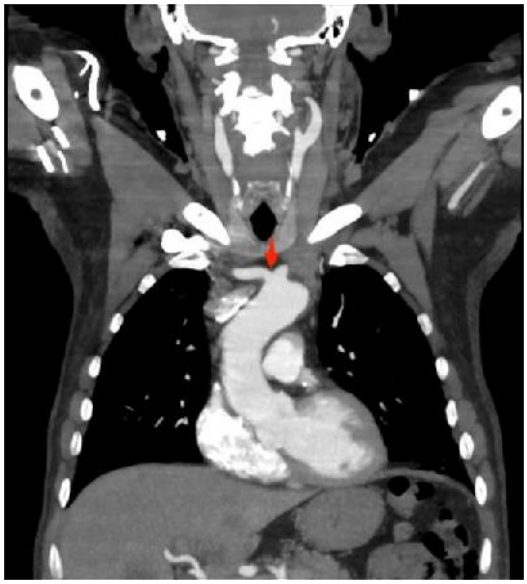
AA191|When Anatomy Challenges Intervention: Iatrogenic Right Subclavian Artery Dissection

Ε.Καλαμπόκη[1], Β. Μπελή[1], Ά. Κότσια[1], Α. Γκλαντζούνη[1], Ε. Παππά[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Background: Anatomical variations of the aortic arch branching pattern are common and arise during embryological development. Although often asymptomatic, they may have significant implications during cardiovascular diagnostic and interventional procedures. We report a case of iatrogenic dissection of an aberrant right subclavian artery during coronary angiography in a patient with myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA).Case Presentation: An 80-year-old man with a medical history of dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus, and smoking presented to the emergency department with constrictive retrosternal chest pain. Bedside echocardiography demonstrated mildly impaired left ventricular systolic function, with hypokinesia of the apicolateral and apical segments. Laboratory testing revealed elevated cardiac troponin levels. Based on the clinical presentation, the patient underwent urgent coronary angiography. The left coronary system showed diffuse atherosclerotic disease without significant stenosis. During catheter exchange for visualization of the right coronary artery, catheter manipulation proved challenging due to marked tortuosity of the right subclavian artery. This resulted in an iatrogenic dissection

extending from the brachiocephalic artery to the aortic arch. The patient remained hemodynamically stable and asymptomatic and was immediately referred for computed tomography angiography (CTA) of the aorta for further evaluation.CTA revealed a common origin of both common carotid arteries from the aortic arch, independent of the subclavian artery, as well as a retroesophageal course of the right subclavian artery (arteria lusoria), consistent with a congenital anatomical variant. In addition, a dissection flap extending along the right subclavian artery with a double lumen and a visible intimal tear with contrast extravasation was identified. Management: The patient was admitted to the coronary care unit in stable condition. Following consultation with the cardiothoracic surgery team, conservative management was recommended, including discontinuation of antiplatelet therapy and administration of protamine sulfate. After clinical stabilization, coronary computed tomography angiography was performed to evaluate the right coronary artery, which demonstrated atherosclerotic changes without significant stenosis. Conclusion: This case highlights the importance of recognizing congenital vascular anatomical variants that may predispose patients to catheter-related complications. Early diagnosis using multimodality imaging is crucial for appropriate management, while conservative treatment may be a safe and effective option in carefully selected hemodynamically stable patients.





AA192|Προγνωστικοί παράγοντες του φαινομένου no-reflow μετά από διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση: αναδρομική μελέτη με propensity score matching

P. Kouvatsos[1], P. Stougiannos[1], E. Poulidakis[1], K. Pamporis[1], V. Trapali[2], A. Paschalis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Α' Πειραιώς

Εισαγωγή: Το φαινόμενο no-reflow αποτελεί μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI) σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, καθώς σχετίζεται με μεγαλύτερη έκταση μυοκαρδιακής βλάβης, δυσμενή αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Παρά τη σημαντική πρόοδο στις τεχνικές επαναιμάτωσης, η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου παραμένει πρόκληση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κλινικών, εργαστηριακών και επεμβατικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση του φαινομένου no-reflow. Σκοπός Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κλινικών, εργαστηριακών και επεμβατικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση του φαινομένου no-reflow σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCI. Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που υποβλήθηκαν σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ». Οι ασθενείς με αγγειογραφικά επιβεβαιωμένο φαινόμενο no-reflow συγκρίθηκαν με ομάδα μαρτύρων μετά από propensity score matching σε αναλογία 1:2. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία, καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, εργαστηριακές παράμετροι και επεμβατικά χαρακτηριστικά. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με κατάλληλες παραμετρικές και μη παραμετρικές δοκιμασίες, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p<0,05. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 56 ασθενείς, εκ των οποίων 26 με φαινόμενο no-reflow και 30 matched controls. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, το κάπνισμα, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη, τη δυσλιπιδαιμία, τη γνωστή στεφανιαία νόσο, τη χρόνια νεφρική νόσο, την κολπική μαρμαρυγή ή την παρουσία STEMI. Η ομάδα no-reflow αποτελούνταν συχνότερα από άνδρες (84,6% έναντι 60,0%, p=0,009) και εμφάνισε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα ενδοστεφανιαίου θρόμβου (50,0% έναντι 6,7%, p<0,001). Επιπλέον, παρατηρήθηκε τάση για υψηλότερες τιμές Peak Troponin I στην ομάδα no-reflow (p=0,052), ενώ δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τιμές Peak CRP, Peak κρεατινίνης και στη διάρκεια νοσηλείας. Συμπεράσματα: Στο παρόν δείγμα, το φαινόμενο no-reflow συσχετίστηκε με το άρρεν φύλο και την παρουσία ενδοστεφανιαίου θρόμβου, ενώ παρατηρήθηκε τάση για μεγαλύτερη μυοκαρδιακή βλάβη, όπως υποδηλώνεται από τις υψηλότερες τιμές της Peak Troponin I. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για την επιβεβαίωση των ευρημάτων και την ανάδειξη ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση του no-reflow.

Μεταβλητή	No-reflow (n=26)	Controls (n=30)	p
Ηλικία, διάμεση (IQR)	65,5	66,5	0,934
Άνδρες, n (%)	22 (84,6%)	18 (60,0%)	0,005
Κάπνισμα, n (%)	11 (52,4%)	20 (66,7%)	0,386
Καρδιακή ανεπάρκεια, n (%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	0,094
Υπέρταση, n (%)	11 (45,8%)	13 (43,3%)	1,000
Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	1 (4,2%)	2 (6,7%)	0,781
Γνωστή στεφανιαία νόσος, n (%)	4 (16,7%)	5 (16,7%)	1,000
Δυολιπιδαιμία, n (%)	7 (29,2%)	12 (40,0%)	0,567
Χρόνια νεφρική νόσος, n (%)	1 (4,2%)	1 (3,3%)	1,000
Κολπική μαρμαρυγή, n (%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1,000
STEMI, n (%)	17 (65,4%)	13 (43,3%)	0,116
Peak Troponin I, διάμεση (IQR)	41.539,8	20.114,4	0,052
Peak CRP, διάμεση (IQR)	2,71	2,10	0,445
Peak Creatinine, διάμεση (IQR)	1,08	1,01	0,324
Ημέρες νοσηλείας, διάμεση (IQR)	4	4	1,000
Παρουσία θρόμβου, n (%)	13 (50,0%)	2 (6,7%)	<0,001
Αριθμός stents, διάμεση (IQR)	1	1	0,017

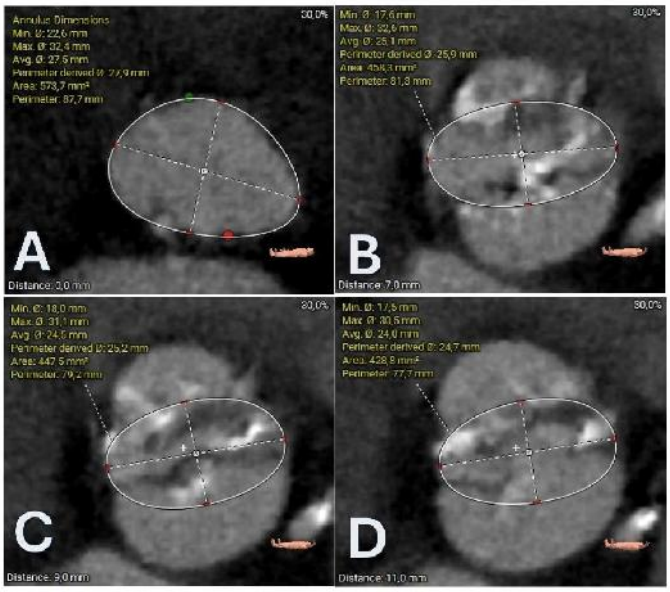
AA193|Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικής Βαλβίδας (TAVI) σε Δίπτυχη Αορτική Βαλβίδα Τύπου Sievers 0: Η Σημασία του Εξατομικευμένου Υπερδακτυλικού Σχεδιασμού (Supra-annular Sizing)

Α. Πουντουκίδου[1], Α. Τσαγγάρης[1], Ι. Καραλής[1], Ε. Ιωαννίδης[1], Μ. Αγγελάκη[1], Α. Κατσίγιαννης[1], Κ. Φλέσσα[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η δίπτυχη αορτική βαλβίδα (BAV) αποτελεί τη συχνότερη συγγενή καρδιοπάθεια. Συνδέεται με πρώιμη εκφύλιση, οδηγώντας συχνά σε σοβαρή αορτική στένωση σε νεότερους ασθενείς. Αν και οι ενδείξεις της διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI) επεκτείνονται πλέον και στη BAV, η διαδικασία παραμένει απαιτητικήλόγω των ιδιαίτερων ανατομικών προκλήσεων. Σκοπός :Η παρουσίαση των διαφορετικών μορφολογικών τύπων της BAV και των ανατομικώντους ιδιαιτεροτήτων, καθώς και η παρουσίαση περιστατικού επιτυχούς TAVI σε έδαφος σοβαρής, συμπτωματικής στένωσης BAV (Sievers 0), με έμφαση στον εξατομικευμένο προεγχειρητικό σχεδιασμό. Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 73 ετών διαγνώστηκε με σοβαρή στένωση BAV τύπου Sievers 0, και υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία (CT) με πρωτόκολλο TAVI. Με γνώμονα τα δεδομένα της καταγραφής (registry) BAVARD — η οποία ταξινομεί τη BAV σε τρεις μορφολογικές κατηγορίες βάσει της γεωμετρικής σχέσης μεταξύ του αορτικού δακτυλίου(aortic valve annulus) και της απόστασης μεταξύ των σημείων πρόσφυσης των γλωχίνων της βαλβίδας στο υπερδακτυλικού επιπέδου (intercommissural distance) —αναλύθηκαν οι ανατομικές ιδιαιτερότητες της

βαλβιδο-αορτικής συμβολής. Στην περίπτωσή μας ο ασθενής έχει σωληνοειδής ανατομία (tube, non flared/non tapered).Έτσι αποφασίστηκε το μέγεθος της βαλβίδας με βάση τη περίμετρο του annulus (Evolut29 mm για περίμετρο 87.7 mm) και το πλάνο τοποθέτησης της βαλβίδα έως 4 mm πάνω από το annulus με ελάχιστο oversizing (3%) (Εικόνα 1). Επαληθεύτηκε το μέγεθος της βαβλίδας με τη μέθοδος του προσομοιωτικού κύκλου (circle method). Η τεχνική αυτή επέτρεψε την υπερδακτυλική αξιολόγηση (supra-annular sizing) σε σωληνοειδή ανατομία, εξετάζοντας τη χωρική συσχέτιση της πρόθεσης με τα σημεία πρόσφυσης καιτα στεφανιαία στόμια. Αποτελέσματα :Ακολούθησε επιτυχής εμφύτευση βαλβίδας (Evolut FX 29 mm) με τοποθέτηση με άριστο μετεπεμβατικό αιμοδυναμικό αποτέλεσμα. Η εμφύτευση έγινε μετά από προδιαστολή με25 mm True Balloon σε σχετικά ψηλή θέση λόγω της δίπτυχης ανατομίας (+1 mm) όπως προαναφέρθηκε. Απουσία παραβαλβιδικής διαφυγής μετά την εμφύτευση με 0 mmHgκλίση πίεσης. Συμπεράσματα:Η TAVI αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με στένωση BAV, εφόσον διενεργείται λεπτομερής, εξατομικευμένος σχεδιασμός. Η προσέγγιση του προσαρμοσμένου μεγέθους (tailored sizing) είναι καθοριστική. Καθώς οι νεότερες τεχνικές δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί σε μεγάλες σειρές ασθενών, η περαιτέρω τυποποίηση της μεθοδολογίας sizing στη BAV είναι απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση των κλινικών αποτελεσμάτων.

Εικόνα 1. Μετρήσεις αορτικού δακτυλίου και των σημείων συνάντησης των γλωχίνων υπερβαλβιδικά (intercommisural distance).



Α. Μέτρηση περιμέτρου, διαμέτρου, ελάχιστης και μέγιστης διαμέτρου στο επίπεδο του αορτικού δαχτυλίου. Β. Μέτρηση της intecommisural distance 7 mm υπερβαλβιδικά. C. Μέτρηση της intecommisural distance 9 mm υπερβαλβιδικά. D. Μέτρηση της intecommisural distance 11 mm υπερβαλβιδικά.

ΑΑ194|Διαχείριση επιπλοκής σε διαδερμική επαναιμάτωση χρόνιας ολικής απόφραξης

Α. Ευαγγελίου[1], Σ. Μητσιάδης[1], Σ. Τζήκας[1], Θ. Καραμήτσος[1], Δ. Ζιούτας[2], Χ. Παπαδόπουλος[1], Β. Βασιλικός[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ*

Εισαγωγή: Η διαδερμική επαναιμάτωση χρόνιας ολικής απόφραξης (CTO) σε σοβαρά επασβεστωμένες βλάβες αποτελεί ιδιαίτερα απαιτητική επέμβαση με αυξημένο κίνδυνο διάτρησης στεφανιαίων αγγείων.Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 66 ετών με στομιακή, έντονα επασβεστωμένη CTO της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη PCI μετά από προηγούμενη ανεπιτυχή ανάδρομη προσπάθεια. Η επαναγγείωση πραγματοποιήθηκε με εκτενή τροποποίηση του ασβεστίου, και συνδυασμό τεχνικών (IVL, Rotablation 1.75 burr και OPN balloon) υπό καθοδήγηση με ενδοστεφανιαία υπέρηχο. Λόγω σημαντικού recoil και παραμονής στενώσεων έως 40%, αποφασίσθηκε η τοποθέτηση DCB 3.5x15, 3.5x20 και 3.0 x20 κεντρικά έως περιφερικά του αγγείου. Περίπου μία ώρα μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια και οπισθοστερνική δυσφορία. Επιβεβαιώθηκε καρδιακός επιπωματισμός και έγινε επείγουσα εκκενωτική περικαρδιοκέντηση. Η νέα στεφανιογραφία ανέδειξε εξαγγείωση από κλάδο της RCA, ενώ λόγω εμμένουσας αιμοδυναμικής αστάθειας διαπιστώθηκαν επιπλέον διατρήσεις διαφραγματικών και διαγωνίου κλάδου του LAD. Η αιμορραγία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με παρατεταμένες διατάσεις με μπαλόνι και εμφύτευση τριών καλυμμένων stents, με πλήρη αιμόσταση και

αποκατάσταση της ροής TIMI III. Η ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερή, με κλάσμα εξώθησης 55%. Συμπέρασμα: Η επιτυχής αντιμετώπιση πολύπλοκων επεμβάσεων CTO προϋποθέτει όχι μόνο τεχνική επαναιμάτωση της βλάβης, αλλά και άμεση αναγνώριση και αποτελεσματική διαχείριση των επιπλοκών, με καθοριστικό ρόλο της περικαρδιοκέντησης και των καλυμμένων stents.

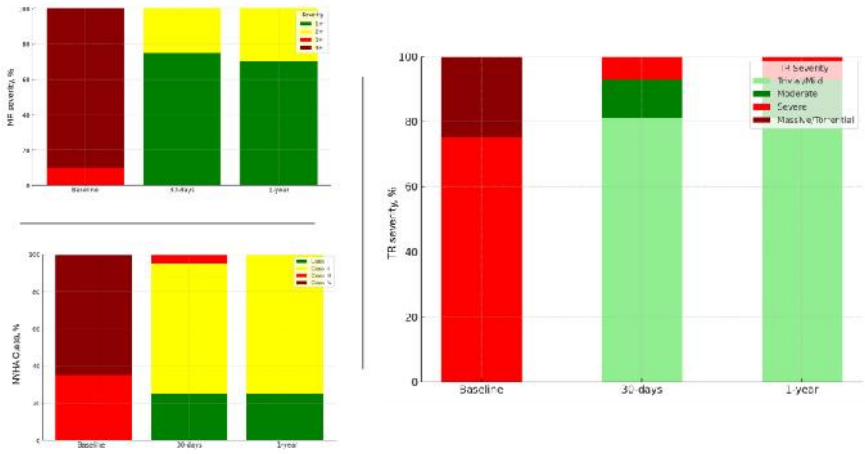
AA195|Efficacy and Safety of Combined M- and T-TEER With a Single Triclip SGC: A Retrospective Single Center Study

G. Papadopoulos [1], E. Ninios[1], S. Evangelou[2], M. Kalaitzoglou[3], A. Ioannides[2], V. Ninios[2]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, Greece, [3]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department

Introduction: Concomitant transcatheter mitral (M-TEER) and tricuspid (T-TEER) edge-to-edge repair has emerged as an effective treatment for patients with severe mitral (MR) and tricuspid (TR) regurgitation. This study evaluates combined M-TEER and T-TEER using a single TriClip® steerable guide catheter in patients with severe MR and TR. Materials and Methods: We included patients with moderate-to-severe (3+) DMR or FMR and severe TR (NYHA class III–IV) between January 2022 and December 2024, with propensity score matching used to balance groups. Results: Among 42 patients (18 matching pairs, 64% female; median age: 77 years [IQR: 9]), the implantation success rate was 100%, with median device and procedure times of 39.2 ± 6.9 minutes and 71.2 ± 9.6 minutes, respectively. No in-hospital or 30-day major adverse events (MAEs) occurred, except for one atrial septal defect closure (2.4%). During a median follow-up of 0.81 years, 7.1% of patients were hospitalized for heart failure, with no deaths observed. At 30 days and 1 year, MR ≤2+ was achieved in all patients, with 71.4% showing only mild MR at 1 year, with reduction in MR severity over time ($p < 0.001$), and post hoc analysis confirming improvement from baseline to 30 days ($p < 0.001$) and 1 year ($p < 0.001$), consistent across age ($p = 0.67$) and MR etiology subgroups ($p = 0.09$). TR severity also improved, with 74% and 21% of patients achieving only trivial or mild TR at 1 year, respectively ($p < 0.001$), with sustained improvement from baseline to follow-up ($p < 0.001$), unaffected by age ($p = 0.69$) or MR etiology ($p = 0.88$). All patients achieved NYHA class I or II at 1 year, and 31% remaining fully asymptomatic since 30 day follow-up, with NYHA class improvement over time ($p < 0.001$) and no effect of age ($p = 0.55$), MR etiology ($p = 0.78$), or their interactions with time. Post hoc tests confirmed NYHA improvement from baseline to 30 days and 1 year (both $p < 0.001$). Conclusions: Combined M-TEER and T-TEER with a single TriClip® SGC is safe, effective, and improves outcomes across diverse patient subgroups.

CENTRAL ILLUSTRATION: MR, TR, and NYHA class improvement throughout follow-up after combined M- and T-TEER with single TriClip SGC



AA301|Διακαθετηριακή θρομβοαναρρόφηση ως θεραπεία διάσωσης σε πνευμονική εμβολή υψηλού κινδύνου με θρόμβο στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες

Σ. Γαλάνης[1],Α.Δ. Μαυρογιάννη[2], **Δ. Ράπτης[2]**, Λ. Πούλιου[2], Σ. Ξανθοπούλου[2], Ι. Ζαριφης[2]

[1]Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», [2]Καρδιολογική Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή / Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) υψηλού κινδύνου αποτελεί απειλητική για τη ζωή κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη βραχυπρόθεσμη θνητότητα. Η παρουσία θρόμβου στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες συνιστά δυσμενή προγνωστικό παράγοντα και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμβολικών συμβαμάτων και θανάτου. Παρουσιάζεται ιατρική περίπτωση με ΠΕ υψηλού κινδύνου με θρόμβο στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες, στο οποίο η αποτυχία της συστηματικής θρομβόλυσης αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με διακαθετηριακή θρομβοαναρρόφηση.Ιατρική περίπτωση: Γυναίκα ηλικίας 82 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, ρευματοειδούς αρθρίτιδας υπό θεραπεία με βιολογικό παράγοντα και ενεργού καπνίσματος, προσήλθε λόγω αιφνίδιας δύσπνοιας, θωρακικού άλγους και δύο προσυγκοπτικών επεισοδίων. Κατά την κλινική εκτίμηση η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά ασταθής με υποξυγοναιμία και κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σημαντική επιβάρυνση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων με παρουσία κινητού θρόμβου εντός αυτών, ενώ η αξονική τομογραφία πνευμονικών αγγείων επιβεβαίωσε εκτεταμένη αμφοτερόπλευρη πνευμονική εμβολή. Κατόπιν απόφασης διεπιστημονικής ομάδας χορηγήθηκε συστηματική θρομβόλυση με αλτεπλάση. Ωστόσο, η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά ασταθής, με εμμένουσα ανάγκη αγγειοσυσπαστικής υποστήριξης, γεγονός που οδήγησε στην επιλογή της διακαθετηριακής θρομβοαναρρόφησης. Η επέμβαση συνοδεύτηκε από επιτυχή απομάκρυνση θρομβωτικού υλικού και άμεση αιμοδυναμική και κλινική βελτίωση, επιτρέποντας τη διακοπή της αγγειοσυσπαστικής αγωγής και την έξοδο της ασθενούς με αντιπηκτική θεραπεία. Συμπεράσματα: Η διακαθετηριακή θρομβοαναρρόφηση αποτελεί πολύτιμη θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με ΠΕ υψηλού κινδύνου και αποτυχία της συστηματικής θρομβόλυσης. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου, η λήψη αποφάσεων στο πλαίσιο οργανωμένης διεπιστημονικής ομάδας και η διαθεσιμότητα προηγμένων διακαθετηριακών τεχνικών δύνανται να βελτιώσουν ουσιωδώς την κλινική έκβαση σε επιλεγμένους ασθενείς.

Καρδιακή απεικόνιση Ι / Imaging I

Πρόεδροι: **Δ. Τσιάπρας** (Αθήνα), **Θ. Κυρλίδης** (Βόλος)
Chairpersons: **D. Tsiapras** (Athens), **Th. Kirlidis** (Volos)

ΑΑ196|Εκτίμηση των όγκων της αριστερής κοιλίας με αυτοματοποιημένη ποσοτικοποίηση βασισμένη στην τεχνητή νοημοσύνη

Μ. Καρακώστα[1], Ν. Κάσινος[1], Ά.Ε. Καλέση[1], Κ. Νταλέκου[1], Β. Παπαγιαννακόπουλος[1], Ι.Μ. Μπεχλιβάνη[1], Α. Πλαΐτης[2], Δ. Ντιλούδη[2], Μ. Βασσάκη[3], Π. Ζαχος[4], Α. Κωνσταντάρα[1], Ε. Γρηγοράκη[1], Σ. Γερακάρη[1], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[1], Ν. Πατσουράκος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [3]Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» - Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αυτοματοποιημένη ποσοτικοποίηση της αριστερής κοιλίας με την τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να βελτιώσει την αναπαραγωγιμότητα και να διευκολύνει την καθημερινή κλινική πράξη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης της πλήρως αυτοματοποιημένης ποσοτικοποίησης (ΠΑΠ), της αυτοματοποιημένης ποσοτικοποίησης με χειροκίνητη διόρθωση (ΑΠΧΔ) και της ποσοτικοποίησης με χρήση Automated Function Imaging (AFI) με την παραδοσιακή τροποποιημένη μέθοδο Simpson's με πλανιμέτρηση (TMS).Μέθοδοι: Σε αυτή την μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν εξεταζόμενοι που υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό ήχωκαρδιογράφημα στο εργαστήριο ηχωκαρδιογραφίας από τον 10/2025 έως τον 03/2026. Όλες οι εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με Vivid E95 (GE HealthCare). Το κλάσμα εξώθησης (EF), ο τελοδιαστολικός όγκος (EDV) και ο τελοσυστολικός όγκος (ESV) αναλύθηκαν με το λογισμικό EchoPAC 206 χρησιμοποιώντας τις μεθόδους ΠΑΠ, ΑΠΧΔ, AFI και TMS. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν από δύο έμπειρους ηχωκαρδιογραφιστές αναλύοντας τις ίδιες εικόνες. Οι συγκρίσεις έγιναν με t-test, καθώς οι κατανομές ήταν κανονικές, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$. Ακολούθησε περαιτέρω αξιολόγηση των μεθόδων με ανάλυση Bland–Altman και interclass correlation coefficients (ICC, two-way mixed-effects model).Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 57 άτομα, μέσης ηλικίας 60.3 ετών (SD 10.8 έτη). Η ΠΑΠ υποεκτίμησε το EF συγκριτικά με την TMS (55.8±5.3% έναντι 60.5±6.8%, $p<0.001$), ενώ η ΑΠΧΔ και η AFI υπολόγισαν παρόμοιες τιμές με την TMS (59.9±6.0%, $p=0.387$ και 60.5±6.1%, $p=0.979$). Η συμφωνία για το EF βελτιώθηκε μετά τη χειροκίνητη διόρθωση (ICC 0.469 έναντι 0.677), ενώ η AFI παρουσίασε παρόμοια συμφωνία (ICC 0.689). Σχετικά με τους όγκους, η ΠΑΠ υπερεκτίμησε τους EDV και ESV συγκριτικά με την TMS (EDV 103.4±22.8mL έναντι 94.4±24.6mL, $p<0.001$, ESV 46.0±12.6mL έναντι 38.2±13.7mL, $p<0.001$). Η ΑΠΧΔ μείωσε σημαντικά τις διαφορές (EDV 91.6±22.1mL, $p=0.035$, ESV 37.1±11.8mL, $p=0.175$). Η συμφωνία για τον EDV βελτιώθηκε από ICC 0.821 σε 0.914 και για τον ESV από ICC 0.728 σε 0.895. Τέλος, η AFI συστηματικά υποεκτίμησε τόσο τον EDV (89.9±21.3mL, $p=0.004$) όσο και τον ESV (35.6±11.5mL, $p=0.006$) συγκριτικά με την TMS. Συμπεράσματα: Η ΠΑΠ συστηματικά υπερεκτίμησε τους όγκους της αριστερής κοιλίας με επακόλουθη υποεκτίμηση του EF συγκριτικά με την TMS. Η ΑΠΧΔ βελτίωσε σημαντικά τη συμφωνία και την αναπαραγωγιμότητα, ιδιαίτερα στις μετρήσεις EDV και ESV, οδηγώντας σε εκτίμηση του EF ισοδύναμη με την TMS.

Πίνακας 1: Μέσες τιμές και τυπική απόκλιση των όγκων της αριστερής κοιλίας και του κλάσματος εξώθησης όπως υπολογίστηκαν με τις διαφορετικές ηχωκαρδιογραφικές μεθόδους.

Μέσες τιμές (Τυπική απόκλιση SD)				
	ΠΑΠ	ΑΠΧΔ	AFI	TMS
EF (%)	55.8 (5.3)	59.9 (6.0)	60.5 (6.1)	60.5 (6.8)
EDV (mL)	103.4 (22.8)	91.6 (22.1)	89.9 (21.3)	94.4 (24.6)
ESV (mL)	46.0 (12.6)	37.1 (11.8)	35.6 (11.5)	38.2 (13.7)

ΑΑ197|Διαφορές φύλου στην υπερηχοκαρδιογραφική αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας σε υπερτασικές υπερτροφικές καρδιές - Μετα-ανάλυση

Ι.Κωνσταντινίδης[1], Σ. Τσόκκου[1], Α. Κεραμάς[1], Ε. Μπαλταγιάννη[1], Χ. Μάντζιος[1], Ε. Φαρδουλής[1], Μ. Διδάγγελος[1], Α. Ζιάκας[1], Β. Καμπερίδης[1]

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

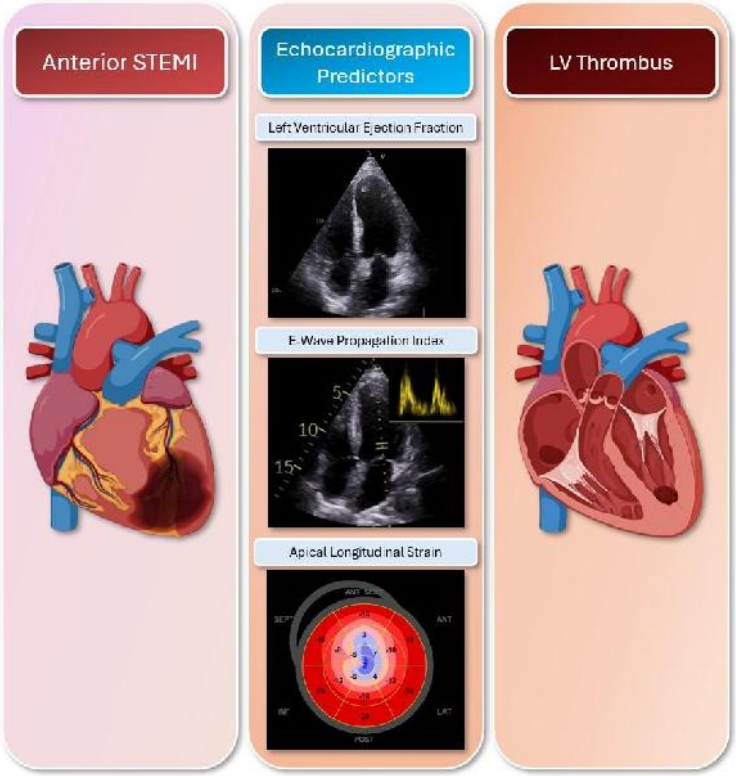
Εισαγωγή: Η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) λόγω αρτηριακής υπέρτασης αποτελεί ισχυρό, ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ωστόσο τα υπερηχοκαρδιογραφικά όρια αναφοράς προέρχονται κυρίως από πληθυσμούς ανδρών, εγείροντας την υποψία συστηματικού, σχετιζόμενου με το φύλο, σφάλματος μέτρησης. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ποσοτικοποίηση των διαφορών φύλου (γυναικών έναντι ανδρών, εντός της ίδιας νόσου) στον δείκτη μάζας της ΑΚ , στο σχετικό πάχος τοιχώματος και στη γεωμετρία της ΑΚ, σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση Υλικό και μέθοδος: Ακολουθώντας τις οδηγίες PRISMA 2020 και πρωτόκολλο PRISMA-P, αναζητήθηκαν μελέτες με υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα διαχωρισμένα ανά φύλο σε επιβεβαιωμένη υπέρταση. Λόγω ετερογένειας στη μέθοδο δεικτοδότησης (επιφάνεια σώματος έναντι ύψους), οι συνεχείς εκβάσεις συγκεντρώθηκαν ως τυποποιημένες μέσες διαφορές (Hedges g) και η γεωμετρία ως λόγος πιθανοτήτων (ΛΠ) με κατεύθυνση γυναίκα - άνδρας υπό τυχαίων επιδράσεων μοντέλο (DerSimonian-Laird). Αποτελέσματα: Τρεις μελέτες ήταν επιλέξιμες για μετα-ανάλυση (n = 1.607). Η πρωτογενής σύνθεση για τον δείκτη μάζας της ΑΚ ήταν μη σημαντική με βάση το φύλλο και έντονα ετερογενής (g = −0,31· 95% ΔΕ −0,78 έως 0,15· I^2 = 94%). Όταν η δεικτοδότηση εναρμονίστηκε σε επιφάνεια σώματος, η διαφορά έγινε μεγάλη, ομοιογενής και σημαντική (g = -0,55· 95% ΔΕ −0,72 έως −0,38· I^2 = 12%), με χαμηλότερη δεικτοδοτημένη μάζα στις γυναίκες. Το σχετικό πάχος τοιχώματος δεν εμφάνισε καθαρή διαφορά φύλου (g = −0,01). Παρά την ίση ή χαμηλότερη μάζα, οι γυναίκες είχαν 86% υψηλότερη πιθανότητα έκκεντρου γεωμετρικού προτύπου αναδιαμόρφωσης της ΑΚ (ΛΠ = 1,86· 95% ΔΕ 1,43 έως 2,42· I^2 = 0%). Συμπεράσματα: Οι διαφορές φύλου στην υπερτασική καρδιά καθορίζονται περισσότερο από την αναδιαμόρφωση της ΑΚ και την επιλογή δεικτοδότησης παρά από τη δεικτοδοτημένη μάζα ή το σχετικό πάχος τοιχώματος. Τα ευρήματα υποστηρίζουν τη χρήση δεικτοδοτημένων υπερηχοκαρδιογραφικών ορίων ειδικών ανά φύλο και τη συστηματική γεωμετρική φαινοτυποποίηση της ΑΚ στην υπερτασική καρδιά.

AA198|An Echocardiographic Risk Model for Prediction of Left Ventricular Thrombus After Anterior ST-Elevation Myocardial Infarction

D. Kotzadamis[1], P. Efstathios[1], F. Apostolidou-Kiouti[1], A. Christidi[2], A. Kallifatidis[3], D. Delios[1], A. Evangeliou[1], V. Schismenos[1], P. Mamolis[1], T. Karamitsos[1], V. Vassilikos[1], G. Giannopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, *[2]ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*, *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ*

Introduction & Aim Left ventricular thrombus (LVT) following anterior ST-elevation myocardial infarction (STEMI) is a well-recognised but still underdiagnosed clinical entity, largely due to the failure to identify high-risk patients who could be targeted for intensified monitoring and evaluation with advanced imaging modalities. This study aimed to develop an echocardiographic prognostic model based on measures of left ventricular function to predict LVT formation following recent anterior STEMI. Methods This was an observational, prospective, single-center study that enrolled patients with anterior STEMI. The primary endpoint was the detection of LVT using a stepwise imaging protocol incorporating contrast-enhanced echocardiography and cardiac magnetic resonance imaging, enabling comprehensive evaluation of all patients. Univariable and multivariable analyses were subsequently performed on selected echocardiographic left ventricular indices to derive a prognostic model. ResultsA total of 134 patients with anterior STEMI were included in the study, of whom 25% developed LVT. The left ventricular echocardiographic parameters included in the final prognostic model were left ventricular ejection fraction, E-wave propagation index, and apical longitudinal strain. A predicted probability threshold of 30% was identified to stratify patients at high risk, warranting closer surveillance and more intensive clinical management. Conclusion An echocardiographic prognostic model based on left ventricular ejection fraction, E-wave propagation index, and apical longitudinal strain enables identification of patients at high risk of LVT after anterior STEMI.



AA199|Σύγκριση της Διαγνωστικής Ακρίβειας του Κλασικού Διαθωρακικού Υπερηχοκαρδιογραφήματος έναντι της Υπερηχοκαρδιογραφίας με Χρήση Παράγοντα Ηχοαντίθεσης στην Ανίχνευση Θρόμβου Κορυφής σε Ασθενείς με STEMI

Π. Κουφόπουλος[1], Ν. Τσιάμης[1], Αναστασία Ρηγάτου[1], Χριστίνα Θεοχάρη[1], Δ. Καραγεώργου[1], Δ. Ζαχαράκης[1], Ε. Μιχαηλίδη[1], Ι. Μαυρογένης[1], Κ. Καλογεροπούλου[1], Χρ. Τούντας[1], Μ. Μυλωνίδης[1], Δ. Μυτάς[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η ακριβής ανίχνευση θρόμβου αριστερής κοιλίας επηρεάζει άμεσα τη θεραπευτική προσέγγιση και την κλινική έκβαση των ασθενών. Αν και το κλασικό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) αποτελεί την απεικονιστική εξέταση εκλογής, η χρήση ηχοσκιαγραφικών παραγόντων (contrast echo) μπορεί έως και να διπλασιάσει την ευαισθησία ανίχνευσής του. Η χορήγησή τους κρίνεται σκόπιμη σε περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου, όπως σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου STEMI και συνοδό ακινησία ή δυσκινησία προσθίου κορυφαίου τοιχώματος. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η άμεση σύγκριση της διαγνωστικής απόδοσης του κλασικού ΤΤΕ έναντι της υπερηχοκαρδιογραφίας με χρήση ενδοφλέβιου παράγοντα ηχοαντίθεσης αντίθεσης για την ανίχνευση θρόμβου κορυφής σε ασθενείς μετά από STEMI. Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν προοπτικά σε διάστημα ενός έτους, 42 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν με διάγνωση STEMI και εντόπιση στο πρόσθιο τοίχωμα στους οποίους διενεργήθηκε πλήρης υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχο (2D ΤΤΕ) εντός 48 ωρών από την εισαγωγή τους, καθώς και την τελευταία ημέρα νοσηλείας. Άμεσα μετά, διενεργήθηκε ηχοκαρδιογραφία με χορήγηση παράγοντα ηχοαντίθεσης. Οι εικόνες αναλύθηκαν από δύο ανεξάρτητους παρατηρητές, εστιάζοντας στην ανατομία της κορυφής και την παρουσία ενδοκοιλοτικού μορφώματος συμβατού με θρόμβο. Αποτελέσματα: Από την ανάλυση του κλασικού ΤΤΕ, αναδείχθηκε παρουσία θρόμβου κορυφής σε 6 από τους 44 ασθενείς (ποσοστό 13.6%). Με τη χρήση του contrast echo, επιβεβαιώθηκαν οι 6 αρχικοί θρόμβοι και αποκαλύφθηκε 1 επιπλέον θρόμβος, ο οποίος είχε διαφύγει κατά την κλασική απεικόνιση λόγω πτωχού ακουστικού παραθύρου του ασθενούς. Συνολικά, ανιχνεύθηκε θρόμβος σε 7 ασθενείς (ποσοστό 15.9%). Αν και η αύξηση της διαγνωστικής απόδοσης δεν ήταν στατιστικά σημαντική λόγω του μεγέθους του δείγματος (p=1.0), ήταν κλινικά σημαντική. Συμπεράσματα: Η συστηματική ενσωμάτωση του contrast echo στην αξιολόγηση ασθενών με πρόσθιο STEMI βελτιώνει την ευαισθησία ανίχνευσης θρόμβων που διαφεύγουν στον κλασικό έλεγχο. Παρόλα αυτά, τα νεότερα μηχανήματα υπερηχοκαρδιογραφίας έχουν υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και το απλό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα αποτελεί πρώτης γραμμής απεικονιστική μέθοδο. Η χρήση ηχοαντίθεσης διπλασιάζει την ευαισθησία ανίχνευσης θρόμβου αριστερής κοιλίας και συστήνεται σε περιπτώσεις εμφραγμάτων με συμμετοχή της κορυφής και του προσθίου τοιχώματος, ακόμα και σε ασθενείς

με Takotsubo ή διατατική μυοκαρδιοπάθεια. Τέλος, η μαγνητική καρδιάς είναι ανώτερη από το υπερηχοκαρδιογράφημα στην ανίχνευση θρόμβου αριστερής κοιλίας, και επί αμφιβολίας πρέπει να διενεργείται.

AA200|Hemoglobin Concentration and Left Atrial Size in Older Adults: A Robust Association

D. Anagnostou[1], S. Kalantzi[1], K. Spyridaki[1], Z. Kollia[1], C. Chitas[1], S. Athinaiou[1], G. Vamvakou[1], V. Milionis[1], I. Nella[1], A. Spathara[1], N. Theodorakis[1], E. Bakiris[1], M. Nikolaou[1]

[1]ΓΝΑ Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ, ΝΜ Αμαλία-Φλέμιγκ,

Introduction: Left atrial (LA) enlargement reflects chronic hemodynamic stress and is a predictor of cardiovascular morbidity and mortality. We evaluated whether hemoglobin (hgb) levels act as an independent correlate of LA size, beyond traditional structural and functional cardiac determinants. Materials & Methods: In a cross-sectional study of outpatients aged ≥65 years, echocardiographic linear LA size was analyzed using multivariable linear regression, adjusting for demographics, body size, cardiovascular comorbidities, left-sided filling pressures, renal function, heart rate, ferritin status, frailty and overall comorbidity burden. Covariates were selected based on clinical relevance and pathophysiological considerations related to left atrial remodeling. Results: After exclusion of patients with reduced ejection fraction and severe mitral regurgitation, 289 were included in the complete-case analysis. Lower hemoglobin levels were independently associated with larger LA size (0.67 cm increase per 1 g/dL decrease in hgb; 95% CI: 0.23 to 1.11). Atrial fibrillation, higher body mass index, older age, and higher E/e' were positively associated with LA size, whereas female sex and higher heart rate were inversely associated (Table 1). Conclusions: Hemoglobin is independently associated with LA size, suggesting that reduced hemoglobin may act as a marker of chronic hemodynamic load or contribute to atrial remodeling through high-output physiology. At the same time, left atrial enlargement may reflect underlying cardiac or systemic conditions that contribute to the development of anemia. These observations are hypothesis-generating in nature but suggest that the potential impact of anemia correction on left atrial remodeling warrants evaluation in interventional studies.

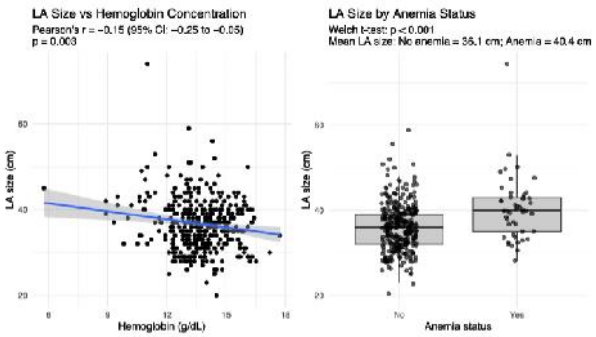


Figure 1 The left panel shows the unadjusted association between hemoglobin concentration and left atrial size, with the linear regression fit and 95% confidence intervals for the mean left atrial size. The right panel shows left atrial size by anemia status (defined as hemoglobin <12 g/dL in females or <13 g/dL in males), with group means and Welch's t-test p-value.

Table 1. Multivariable linear regression analysis of left atrial (LA) size (cm)

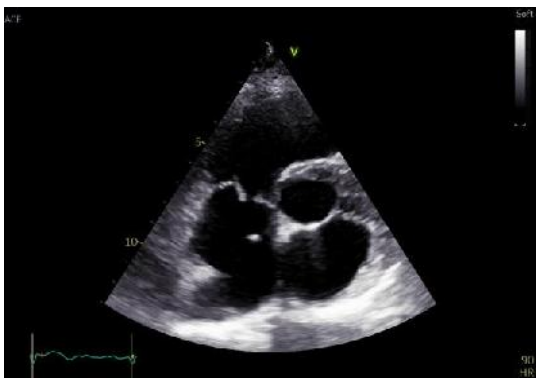
Predictor	β coefficient (cm)	Lower 95% CI	Upper 95% CI	p value
Age (per year)	0.14	0	0.28	**0.044**
Female sex	−2.91	−4.47	−1.34	**<0.001**
Height (in)	7.3	−0.94	15.54	0.082
Body mass index (kg/m²)	0.39	0.28	0.5	**<0.001**
Hypertension	0.3	−0.80	1.39	0.59
Hemoglobin (g/dL)	−0.67	−1.11	−0.23	**0.003**
Atrial fibrillation	4.34	2.67	6	**<0.001**
Aortic V_{max} (m/s)	0.85	−0.28	1.97	0.14
E/e′ ratio	0.28	0.12	0.45	**<0.001**
eGFR (mL/min/1.73 m²)	−0.003	−0.03	0.03	0.86
Heart rate (beats/min)	−0.05	−0.09	−0.002	**0.041**
Ferritin (ng/mL)	−0.001	−0.01	0.01	0.84
Clinical Frailty Scale	0.08	−0.56	0.72	0.81
Charlson Comorbidity Index	−0.49	−1.60	0.61	0.38

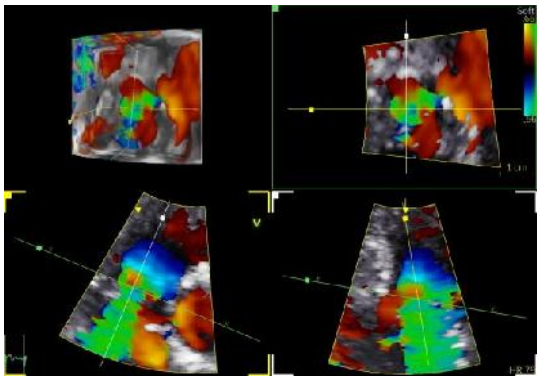
Notes. Adjusted R-squared = 0.36. Diagnostic plots indicated adequate model fit; residuals showed no substantial departures from linearity or homoscedasticity, were approximately normally distributed, variance inflation factors indicated low multicollinearity, and no influential observations were identified.

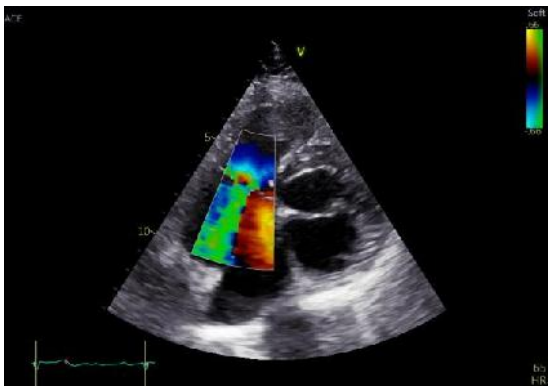
AA201|Επιδεινούμενη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια μετά από επεμβάσεις κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής και κολπικού πτερυγισμού

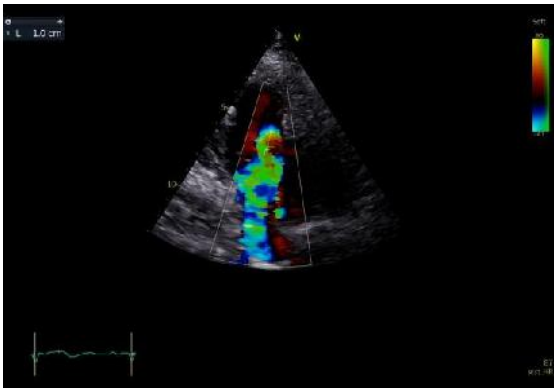
Π. Χρονόπουλος[1], Ν. Κουτσογιάννης[1], Ι.Κόνιαρη[1], Α. Παπούτσογλου[1]
[1]*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

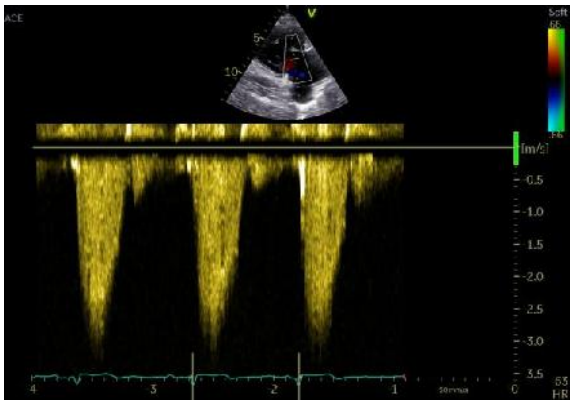
Ασθενής Θήλυ 66 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ,δυσλιπιδαιμίας και παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής με απομόνωση πνευμονικών φλεβών (PVI) 1/24 , υποτροπή της αρρυθμίας και επέκταση της κατάλυσης σε απομόνωση του οπισθίου τοιχώματος και κατάλυση σημάτων σε SVC 7/24. Η ασθενής παρουσίασε νέα επεισόδια κολπικού πτερυγισμού με ηλεκτρική ανάταξη και διενεργήθηκε εκ νέου ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος με transeptal παρακεντηση και χρησιμοποιήση καθετήρα Pentaray για ελεγχο της προηγουμενης επεμβασης οπου βρεθηκαν απομονωμενα οι πνευμονικές φλέβες και το οπίσθιο τοίχωμα . Τελικά ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος ανέδειξε σχετιζόμενο με CTI κολπικό πτερυγισμό όπου καταλύθηκε επιτυχώς 2/25. Στη παρούσα νόσο η ασθενής προσήλθε λόγω επιδεινούμενης αδυναμίας εύκολης κόπωσης και οιδημάτων κάτω άκρων . Στην κλινική εξέταση παρουσίαζε θετικό ηπατοσφαγιτιδικό σημείο ,οιδήματα κάτω άκρων , ολοσυστολικό φύσημα στη βάση της καρδιάς με επίταση στην εισπνοή .Από την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη που ακολούθησε αναδείχθηκε ικανοποιητική συστολική λείτουργία της LV ,Grade I διαστολική δυσλειτουργία , σοβαρή οργανική ανεπάρκεια τριγλώχινας με flail την πρόσθια γλωχίνα και έκκεντρη ανεπάρκεια (3D VCA 1cm2) καθώς και ήπια στοιχεία αναδιαμόρφωσης της δεξιάς κοιλίας με οριακά αυξημένες διαστάσεις της κοιλίας (Διάμετρος τριγλωχινικού δακτυλίου 42mm , επιφάνεια δακτυλίου 13,5 cm2 , RVEDV=115ml) και του κόλπου και ικανοποιητική συστολική λειτουργία .Κατόπιν των ανωτέρω συνεστήθη στην συμπτωματική ασθενή να λάβει καρδιοχειρουργική εκτίμηση για αντικατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας .Η οργανική ανεπάρκεια συσχετίστηκε με την τελευταία ηλεκτροφυσιολογική επέμβαση και ετέθη ως επικεφαλής αιτιολογία της διαφοροδιάγνωσης η ιατρογενής αιτιολογία. Η ασθενής τελικά οδηγήθηκε σε καρδιοχειρουργική επέμβαση με διεγχειρητικά ευρήματα διατρήσεις σε πρόσθια γλωχίνα και πολύπλοκη παθολογία με πρόπτωση γλωχίνων μη κατάλληλη για επιδιόρθωση και διενεργήθηκε αντικατάσταση της τριγλώχινας με βιοπροσθετική Epic Plus 31mm.











ΑΑ202|Προγνωστικοί παράγοντες στεφανιαίας επαναιμάτωσης μετά από δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία

Σ. Ηλιοπούλου[1], Κ. Τσαντεκίδης[2], Δ. Χαρισοπούλου[3], Ν. Αντωνίου[2], Ο. Γραμμένος[2], Ε. Οφλίδης[2], Π. Θεοδωρίδου[2], Έ.Ε. Παπαδοπούλου[2], Ι. Ευθυμίου[2], Α. Δ.Μαυρογιάννη[4], Γ. Κουλαουζίδης[5], Ι. Ζαρίφης[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", [2]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη, [3]2η Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Τμήμα Βιοχημικών Επιστημών, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Εισαγωγή :Η δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της μυοκαρδιακής ισχαιμίας και τη διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με υποψία στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο, η σχετική προγνωστική αξία των συμβατικών και των ποσοτικών υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων για την ανάγκη μετέπειτα στεφανιαίας επαναιμάτωσης παραμένει ασαφής. Σκοπός της μελέτης ήταν η αναγνώριση κλινικών και υπερηχοκαρδιογραφικών παραγόντων που προβλέπουν τη διενέργεια στεφανιαίας επαναιμάτωσης με stent μετά από στεφανιογραφία.Υλικό και Μέθοδοι Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα 136 διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία μετά από δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία. Η μέση ηλικία ήταν 65,2 ± 11,4 έτη και το 71,7% ήταν άνδρες. Αξιολογήθηκαν ο δείκτης κινητικότητας τοιχώματος (WMSI) σε ηρεμία και στο μέγιστο της δοκιμασίας, το ΔWMSI, το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας και η συμβατική δυαδική ερμηνεία της εξέτασης. Το ΔWMSI υπολογίστηκε ως η διαφορά WMSI μέγιστης κόπωσης μείον WMSI ηρεμίας. Ασθενείς με ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης αποκλείστηκαν. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η στεφανιαία επαναιμάτωση με stent, οριζόμενη ως διενέργεια διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI) με τοποθέτηση stent μετά τη στεφανιογραφία. Η προγνωστική απόδοση εκτιμήθηκε με ROC analysis και multivariate logistic regression.Αποτελέσματα: Στεφανιαία επαναιμάτωση με stent πραγματοποιήθηκε σε 37 ασθενείς (27,2%). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επαναιμάτωση με stent παρουσίαζαν συχνότερα θετική δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία ($p < 0.001$) και υψηλότερο WMSI ηρεμίας ($p = 0.012$). Το μέσο ΔWMSI δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων (0.019 vs 0.047, $p = 0.18$). Στην ROC analysis, η συμβατική ερμηνεία της δυναμικής υπερηχοκαρδιογραφίας παρουσίασε την καλύτερη διακριτική ικανότητα (AUC 0.68, 95% CI 0.58–0.78) σε σύγκριση με το WMSI ηρεμίας (AUC 0.62) και το ΔWMSI (AUC 0.58). Στη multivariate logistic regression, η θετική εξέταση παρέμεινε ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας (adjusted OR 4.8, 95% CI 2.1–11.2, $p < 0.001$), ενώ

το ΔWMSI δεν πρόσθεσε σημαντική προγνωστική αξία (p = 0.62).Συμπεράσματα Η συμβατική οπτική ερμηνεία της δυναμικής υπερηχοκαρδιογραφίας αποτέλεσε τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα για μετέπειτα στεφανιαία επαναιμάτωση με stent, ενώ το ΔWMSI παρείχε περιορισμένη πρόσθετη αξία.

AA203|Beyond NSTEMI: Echocardiography revealed the true cause of acute heart failure

Χ. Λ. Βερβερέλη[1], Α.Καλομπάτσου[1], Ι. Δημητρόγλου[1], Μ. Κούκος[2], Κ. Κυριακούλης[2], Κ.Τσιούφης[2], Κ. Αγγέλη[2]
[1]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction/Objectives: Structural valve degeneration of surgical bioprosthetic aortic valves is an increasingly recognized cause of late valve dysfunction. Clinical presentation may be misleading, particularly in patients presenting with elevated cardiac biomarkers, acute heart failure, and multiorgan dysfunction. We present a case of severe bioprosthetic valve failure manifesting as acute decompensated heart failure and cardiorenal syndrome. Material and Methods: A 74-year-old woman with a history of surgical aortic valve replacement using a St. Jude Trifecta bioprosthetic valve in 2018 was transferred to our institution because of non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) and severe decompensated heart failure. Her medical history was notable for atrial fibrillation and left bundle branch block. On admission, she presented with significant volume overload, worsening renal function, and persistent congestion despite intensive diuretic therapy. Due to refractory cardiorenal syndrome, repeated ultrafiltration/hemodialysis sessions were required. Comprehensive transthoracic and transesophageal echocardiographic assessment was performed. Results: Transthoracic echocardiography demonstrated a dilated left ventricle with impaired systolic function, elevated filling pressures, and dysfunction of the bioprosthetic aortic valve. Transesophageal echocardiography revealed severe transvalvular regurgitation of the surgical bioprosthesis, consistent with structural valve degeneration, as the primary mechanism responsible for the patient's clinical deterioration. Following Heart Team discussion, the patient was considered at high surgical risk and underwent successful valve-in-valve transcatheter aortic valve implantation (TAVI). The procedure resulted in rapid hemodynamic improvement, resolution of congestion, and progressive recovery of renal function. Conclusions: Severe bioprosthetic valve regurgitation should be considered in the differential diagnosis of patients with unexplained acute heart failure, even several years after surgical valve replacement. Multimodality echocardiographic imaging is pivotal for timely diagnosis and therapeutic decision-making. Valve-in-valve TAVI represents an effective and less invasive treatment option in high-risk patients, leading to substantial clinical and hemodynamic improvement.

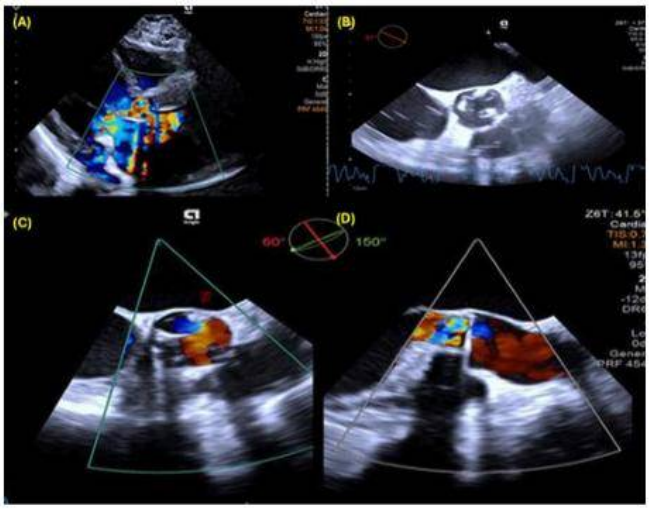


Figure 1. Multimodality echocardiographic assessment demonstrating severe transvalvular regurgitation due to structural degeneration of a surgical bioprosthetic aortic valve. (A) Transthoracic echocardiography with color Doppler. (B) Mid-esophageal short-axis view of the degenerated bioprosthesis. (C–D) Transesophageal color Doppler imaging demonstrating severe eccentric transvalvular aortic regurgitation.

ΑΑ204|Διαγνωστική ακρίβεια των μη επεμβατικών δοκιμασιών ισχαιμίας σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία σύνδρομα και συνυπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο

Κ. Σκουρτσίδης[1], Γ. Κιόσης[1], Ι. Ογρότης[2], Α. Κεραμάς[1], Χ. Κακδέρης[1], Σ. Δάιος[1], Α. Παγιάντζα[1], Κ. Θεοδωρόπουλος[1], Α. Κουπαράνης[1], Β. Καμπερίδης[1], Α. Ζιάκας[1], Σ. Λιονάκη[2], Θ. Καραμήτσος[3], Μ. Διδάγγελος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο και αυξημένο επιπολασμό χρονίων στεφανιαίων συνδρόμων (ΧΣΣ). Η ακριβής διάγνωση της στεφανιαίας νόσου σε αυτόν τον πληθυσμό αποτελεί μείζονα κλινική πρόκληση, καθώς οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν άτυπη συμπτωματολογία και εκτεταμένες αγγειακές επασβεστώσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συγκριτική αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας των κυριότερων αναίμακτων δοκιμασιών ισχαιμίας σε νεφροπαθείς ασθενείς. Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική καταγραφή 103 ασθενών με ΧΣΣ και συνυπάρχουσα ΧΝΝ σταδίου 3a-5. Από το αρχικό δείγμα, 93 ασθενείς (90.3%) είχαν υποβληθεί σε επεμβατική στεφανιογραφία (ICA) και αποτέλεσαν τον τελικό πληθυσμό της ανάλυσης. Υπολογίστηκε η ευαισθησία (Sensitivity - Se) και η ειδικότητα (Specificity - Sp) της δοκιμασίας κοπώσεως (Stress ECG), της αξονικής στεφανιογραφίας (CTCA), του σπινθηρογραφήματος (SPECT) και του υπερηχογραφήματος στρες (Stress Echo), με την ICA ως πρότυπο αναφοράς. Αποτελέσματα: Το SPECT (n=21) επέδειξε την υψηλότερη ευαισθησία (Se: 92.9%,Sp: 71.4%). Το Stress Echo (n=16) παρουσίασε απόλυτη ειδικότητα στο δείγμα μας, αλλά χαμηλότερη ευαισθησία (Se: 41.7%, Sp: 100%). Η CTCA (n=10) εμφάνισε Se:70.0% (η ειδικότητά της δεν υπολογίστηκε λόγω απουσίας αληθώς αρνητικών περιστατικών στην υποομάδα που παραπέμφθηκε για στεφανιογραφία). Τέλος, το Stress ECG (n=25) επέδειξε μέτρια διαγνωστική ισχύ με Se: 47.1% και Sp: 75.0%.Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνοντας τη σύγχρονη βιβλιογραφία, τα παραπάνω ευρήματά υποδεικνύουν ότι το Stress ECG έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Αντιθέτως, οι υπόλοιπες λειτουργικές απεικονιστικές δοκιμασίες παρουσιάζουν σημαντικά πλεονεκτήματα, αλλά με διαφοροποιήσεις: το SPECT αναδεικνύεται ως η βέλτιστη μέθοδος διαλογής λόγω της εξαιρετικής ευαισθησίας του, ενώ το Stress Echo υπερτερεί στην επιβεβαίωση της ισχαιμίας χάρη στην υψηλή ειδικότητά του. Τα μέτρια αποτελέσματα της CTCA πιθανότατα αντανακλούν το βαρύ φορτίο αρτηριακών επασβεστώσεων που χαρακτηρίζει τηΧΝΝ. Συμπερασματικά, η επιλογή της διαγνωστικής μεθόδου πρέπει να εξατομικεύεται, με το SPECT και το Stress Echo να αποτελούν τις πλέον αξιόπιστες επιλογές.

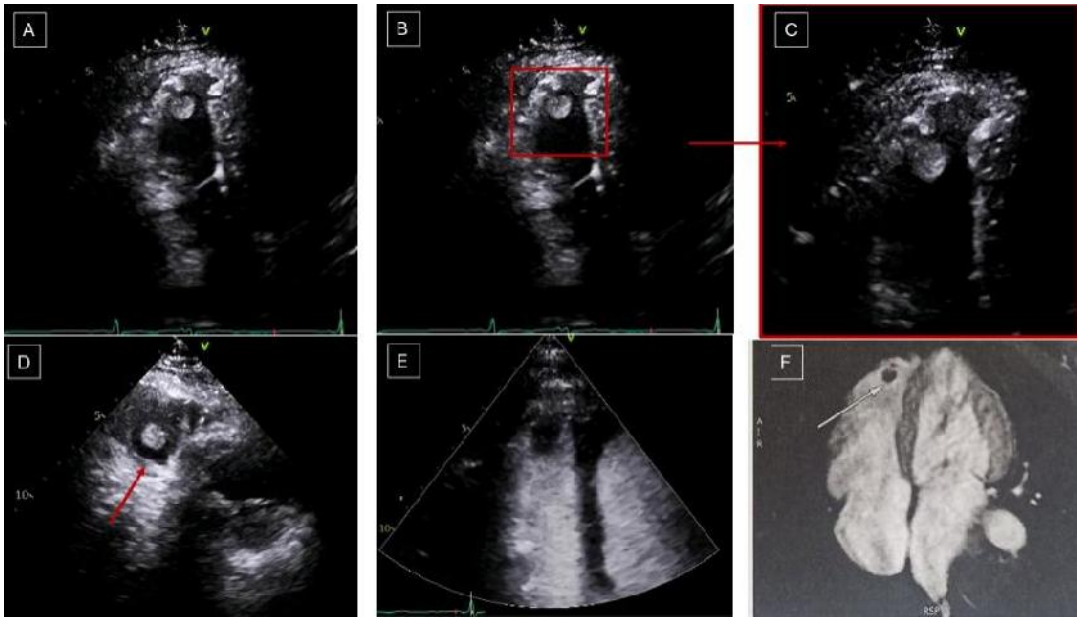
ΑΑ205|Αρρυθμιογόνος Μυοκαρδιοπάθεια Δεξιάς Κοιλίας (ARVC) με τυχαία ανίχνευση θρόμβου σε ανεύρυσμα κορυφής RV: κλινική αξία της απεικόνισης και θεραπευτικές προεκτάσεις

Α. Ζυγούρη[1], Λ. Παπαπέτρου[2], Α. Μαρτίνος[2], Ε. Νύκταρη[3], Δ. Τσιάπρας[2], Κ. Λέτσας[4]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ, [3]Onassis Cardiac Surgery Centre, Cardiac Magnetic Resonance Unit, [4]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισαγωγή: Η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας (ARVC) είναι κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από ινολιπώδη διήθηση του μυοκαρδίου και αυξημένο κίνδυνο κοιλιακών αρρυθμιών, καρδιακής ανεπάρκειας και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Η εμφάνιση ενδοκοιλιακού θρόμβου αποτελεί εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή, συνήθως σε περιοχές ανευρυσματικής διάτασης όπου αναπτύσσεται στάση ροής. Παρουσιάζεται ενδιαφέρον περιστατικό ARVC με αμφικοιλιακή συμμετοχή και τυχαία ανίχνευση θρόμβου σε ανευρυσματική κορυφή της δεξιάς κοιλίας (RV), ο οποίος υποχώρησε πλήρως μετά από 1.5 μήνα αντιπηκτικής αγωγής με ριβαροξαμπάνη. Υλικό & Μέθοδοι (Περιγραφή Περιστατικού): Ασθενής 60 ετών με διάγνωση ARVC με αμφικοιλιακή συμμετοχή παρακολουθούταν τακτικά στο αρρυθμιολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας επί τριετία. Η διάγνωση είχε τεθεί βάσει ηλεκτροκαρδιογραφικών και απεικονιστικών κριτηρίων, καθώς και θετικού γενετικού ελέγχου για μετάλλαξη PKP2. Καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός.Αποτελέσματα: Κατά τον προγραμματισμένο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο, αναδείχθηκε ευκίνητη, υπερηχογενής ενδοκοιλιακή μάζα στην ανευρυσματική κορυφή της δεξιάς κοιλίας (Εικόνες A–C: κορυφαία τομή 4 κοιλοτήτων εστιασμένη στη δεξιά κοιλία, D: short axis στο επίπεδο της κορυφής). Η χορήγηση παράγοντα ηχοαντίθεσης ανέδειξε πλήρη απουσία ενίσχυσης από τη μάζα (Εικόνα E), εύρημα συμβατό με θρόμβο. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε τη θρομβωτική φύση της μάζας, με πλήρη απουσία πρόσληψης σκιαγραφικού τόσο στην πρώιμη όσο και στην καθυστερημένη φάση ενίσχυσης (early και late gadolinium enhancement) (Εικόνα F). Επιπλέον, ανέδειξε τυπικά χαρακτηριστικά ARVC, όπως περιοχική ακινησία και λέπτυνση του τοιχώματος της κορυφής της RV. Παρά την απουσία καθιερωμένων οδηγιών για τη χρήση νεότερων αντιπηκτικών (NOACs) σε θρόμβο RV, χορηγήθηκε rivaroxaban για 1.5 μήνα με στενή απεικονιστική παρακολούθηση. Στον επανέλεγχο, το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε πλήρη υποχώρηση του θρόμβου.Συμπέρασμα: Η παρουσία θρόμβου στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας αποτελεί εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή της ARVC. Η πολυτροπική απεικόνιση, ιδιαίτερα ο συνδυασμός υπερηχοκαρδιογραφήματος με παράγοντα ηχοαντίθεσης και μαγνητικής καρδιάς, είναι

καθοριστική για τον ακριβή χαρακτηρισμό ενδοκοιλιακών μαζών. Καθώς τα ανευρύσματα της κορυφής RV προδιαθέτουν σε σχηματισμό ενδοκοιλιακού θρόμβου, οι ασθενείς με τέτοια μορφολογικά χαρακτηριστικά χρήζουν στενότερης υπερηχοκαρδιογραφικής παρακολούθησης. Συμπερασματικά, η παρούσα περίπτωση τονίζει την αξία της στενής απεικονιστικής παρακολούθησης στην ARVC και υπογραμμίζει την ανάγκη για περισσότερα δεδομένα σχετικά με τη χρήση NOACs σε θρόμβους της δεξιάς κοιλίας.



AA206|Ο τροποποιημένος GFI είναι ένας ανώτερος υπερηχοκαρδιογραφικός δείκτης συστολικής και διαστολικής δυσλειτουργίας στην HCM και προβλέπει τη φάση τελικού σταδίου

Ε. Καμπανιέρης[1], **Κ. Φραγκιαδάκης**[1], Ι. Κοπιδάκης[1], Ν. Πρόγιου[1], Κ. Χατζηνικολάου[1], Ε. Σημαντηράκης[1], Μ. Μαρκέτου[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή:Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) επηρεάζει τη συστολική και διαστολική μυοκαρδιακή απόδοση. Οι κλασικοί δείκτες (LVEF, GLS, E/e', LA) αξιολογούν αυτές τις λειτουργίες κυρίως μεμονωμένα. Ο δείκτης σφαιρικής λειτουργίας (global functional index - GFI), ο οποίος ορίζεται ως ο λόγος του E/e' προς τη μέγιστη συστολική ταχύτητα του μυοκαρδίου S' (E/e'/S'), παρέχει ένα ολοκληρωμένο μέτρο της σφαιρικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (LV). Επειδή το S' αντικατοπτρίζει τη συστολική κίνηση του τμηματικού τοιχώματος, αναπτύξαμε έναν τροποποιημένο GFI στον οποίο χρησιμοποιήθηκε το GLS στη θέση του S' ως παρονομαστής, και το αποτέλεσμα πολλαπλασιάστηκε επί 10.ΣκοπόςΗ αξιολόγηση του κλασικού και του τροποποιημένου GFI στην HCM και η διερεύνηση της σχέσης τους με δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης, αρρυθμίες και τη φάση τελικού σταδίου (eHCM: LVEF <0%).Μέθοδοι: Προοπτικά μελετήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με HCM (2017–2025). Μέσω υπερηχοκαρδιογραφίας (2D, Doppler, TDI, speckle-tracking) υπολογίστηκαν οι δείκτες LVMi, LAVi, LAr strain, LVEF, E/e', S' και GLS. Πραγματοποιήθηκε 48ωρο Holter ECG για ανίχνευση μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας (NSVT) , ενώ μετρήθηκαν και οι βιοδείκτες TnI, CRP και BNP. Η ανάλυση έγινε με το SPSS. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς (μέση ηλικία 50 έτη, 78% άνδρες). Κατά την παρακολούθηση, το 45% εμφάνισε NSVT και το 20% εξέλιξη σε eHCM. Ο κλασικός GFI σχετίστηκε θετικά με LVMi (r=0.385), TnI (r=0.521), BNP (r=0.498), CRP (r=0.350) και eHCM (r=0.323), και αρνητικά με το LAr strain (r=-0.428). Ο τροποποιημένος GFI εμφάνισε ακόμη ισχυρότερες συσχετίσεις με LVMi (r=0.530), LAr strain (r=-0.496), TnI (r=0.617), BNP (r=0.546) και CRP (r=0.384). Επιπλέον, συσχετίστηκε σημαντικά με τον LAVi (r=0.312), τη NSVT (r=0.328) και την eHCM (r=0.383). Συμπεράσματα: Οι δείκτες σφαιρικής λειτουργίας αντιπροσωπεύουν νέες και υποσχόμενες υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους στην HCM, αποτυπώνοντας τη σφαιρική συστολική και διαστολική απόδοση της αριστερής κοιλίας. Ο τροποποιημένος GFI εμφανίζει ισχυρότερες συσχετίσεις από τον κλασικό δείκτη με τη μυοκαρδιακή βλάβη, την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και τη διαστολική δυσλειτουργία, και φαίνεται να προβλέπει καλύτερα τη NSVT και τη μετάβαση στη φάση τελικού σταδίου.

AA207|Γιγάντιος ελεύθερος θρόμβος στον αριστερό κόλπο σε ασθενή με μηχανική μιτροειδική βαλβίδα : επιτυχής συντηρητική αντιμετώπιση

Β. Βαρτελά[1], Δ. Τσιάπρας[2], Μ. Χατζητόφη[2], Δ. Μηλιόπουλος[2], Δ. Τσουκαλάς[2], Θ. Εφραιμίδης[2], Μ. Εφραιμίδης[2]
[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, *[2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ*

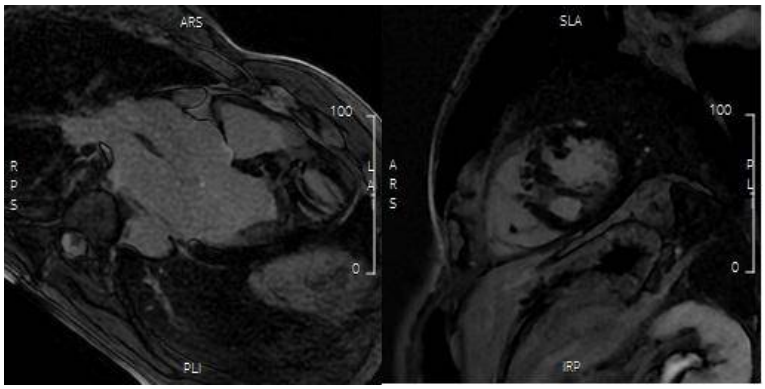
Οι ελεύθεροι θρόμβοι του αριστερού κόλπου αποτελούν σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρο κλινική οντότητα, καθώς σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο συστηματικής εμβολής και αιφνίδιου θανάτου. Γυναίκα 76 ετών, με μεταλλική προσθετική βαλβίδα στη θέση της μιτροειδούς εισάγεται λόγω ανευρέσεως ευμεγέθους (28 X 25 mm), μισχωτού, ευκίνητου μορφώματος, με απεικονιστικά χαρακτηριστικά θρόμβου, στο οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου. Η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε διάταση της αριστερής κοιλίας με σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία (κλάσμα εξώθησης 25%), ενώ η μηχανική προσθετική βαλβίδα στη θέση της μιτροειδούς λειτουργούσε ομαλά (μέση κλίση πίεσης 3 mmHg). Από το ιστορικό προέκυπτε μακροχρόνια ανεπαρκής ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής, με συχνές αποκλίσεις του INR από τα θεραπευτικά επίπεδα (INR εισόδου 1,24). Λόγω του ιδιαίτερα αυξημένου χειρουργικού κινδύνου αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με θεραπευτική ενδοφλέβια χορήγηση μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης με στόχο θεραπευτικά επίπεδα aPTT. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρατηρήθηκε αποκόλληση του θρόμβου από το τοίχωμα του αριστερού κόλπου και μετατροπή του σε πλήρως ελεύθερο, ιδιαίτερα ευκίνητο θρόμβο. Η χειρουργική αντιμετώπιση κρίθηκε εκ νέου επισφαλής για την ασθενή. Σε πολλαπλά επαναληπτικά υπερηχογραφήματα δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στο μέγεθος του θρόμβου. Ύστερα από δύο εβδομάδες αντιπηξίας με μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή από του στόματος με κουμαρινικά αντιπηκτικά με στόχο INR 3,0–3,5 και προσθήκη ακετυλοσαλικυλικού οξέος 100 mg ημερησίως. Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα συστηματικής εμβολής. Δεκαπέντε ημέρες μετά την έξοδό της, στον επανέλεγχο με υπερηχοκαρδιογράφημα, δεν αναδεικνυόταν πλέον ο θρόμβος στον αριστερό κόλπο. Η παρουσία ελεύθερου θρόμβου στον αριστερό κόλπο έχει αυξημένο κίνδυνο εμβολικών επεισοδίων. Είναι πιθανό ότι το μεγάλο μέγεθος του αριστερού κόλπου, η παρουσία της μηχανικής μιτροειδικής βαλβίδας και η βραδεία ροή εντός του κόλπου να συνέβαλαν στον περιορισμό του κινδύνου συστηματικής εμβολής. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει ότι, η συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική σε επιλεγμένους ασθενείς όταν η χειρουργική θεραπεία δεν είναι εφικτή. Η θεραπευτική στρατηγική θα πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη τον εμβολικό και τον χειρουργικό κίνδυνο κάθε ασθενούς.

ΑΑ208|Δίχωρη αριστερή κοιλία: τυχαίο εύρημα κατά τον προαθλητικό έλεγχο

Γ. Τυρίκος[1], Χρ.Κατσιούλης[1], Ι. Στάθης[2], Α. Χρηστίδη[3], Ν. Βογιατζάκης[1], Ν. Ζαβιτσάνου[4], Γ. Γκουντή[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ- ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ*, *[3]ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*, *[4]ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*

Introduction (Background & Aim): Η δίχωρη αριστερή κοιλία (dual-chambered left ventricle, DCLV) αποτελεί εξαιρετικά σπάνια συγγενή καρδιακή ανωμαλία, κατά την οποία η αριστερή κοιλία διαχωρίζεται σε δύο κοιλότητες από ανώμαλο μυϊκό ιστό ή συχνότερα από ινώδη ιστό που προσομοιάζει με διάφραγμα. Συνήθως η κύρια κοιλότητα δέχεται τη ροή από τη μιτροειδή βαλβίδα και την προωθεί προς την αορτική βαλβίδα. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού DCLV που αναδείχθηκε ως τυχαίο εύρημα κατά τον προαθλητικό έλεγχο. Material & Methods (Case study): Άνδρας 40 ετών προσήλθε για πρώτη φορά στο ιατρείο μας για περιοδική αξιολόγηση φυσικής κατάστασης στο πλαίσιο συμμετοχής σε ανταγωνιστική αθλητική δραστηριότητα. Δεν ανέφερε κόπωση, αίσθημα παλμών, συγκοπικά επεισόδια ή άλλα συμπτώματα. Η κλινική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικά. Διενεργήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, όπως προβλέπεται λόγω ηλικίας και κανονισμών της τοπικής αθλητικής αρχής.ResultsΣτο υπερηχοκαρδιογράφημα αναδείχθηκε εικόνα διπλής κοιλότητας στην ανατομική θέση της αριστερής κοιλίας. Και οι δύο κοιλότητες εμφάνιζαν παρόμοιο πάχος τοιχώματος και διατηρημένη συνολική συσταλτικότητα, ενώ μεταξύ τους παρεμβαλλόταν ιστός που τις διαχώριζε. Η μία κοιλότητα είχε σαφή ανατομική συνέχεια με τη μιτροειδή και την αορτική βαλβίδα. Η περαιτέρω διερεύνηση με υπερηχοκαρδιογραφία αντίθεσης και καρδιακή μαγνητική τομογραφία επιβεβαίωσε τη διάγνωση της δίχωρης αριστερής κοιλίας. Δεν διαπιστώθηκαν επιπλοκές, όπως απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, θρόμβος στην επικουρική κοιλότητα ή στοιχεία αρρυθμιολογικής επιβάρυνσης.ConclusionsΗ DCLV αποτελεί σπάνια οντότητα και συνήθως ανευρίσκεται τυχαία κατά τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει ανεύρυσμα ή ψευδοανεύρυσμα αριστερής κοιλίας και κοιλιακό εκκόλπωμα, ενώ η διάγνωση απαιτεί πολυτροπική απεικόνιση. Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς χωρίς επιπλοκές, η περιοδική παρακολούθηση και η εξατομικευμένη εκτίμηση της αθλητικής καταλληλότητας είναι συνήθως επαρκείς.





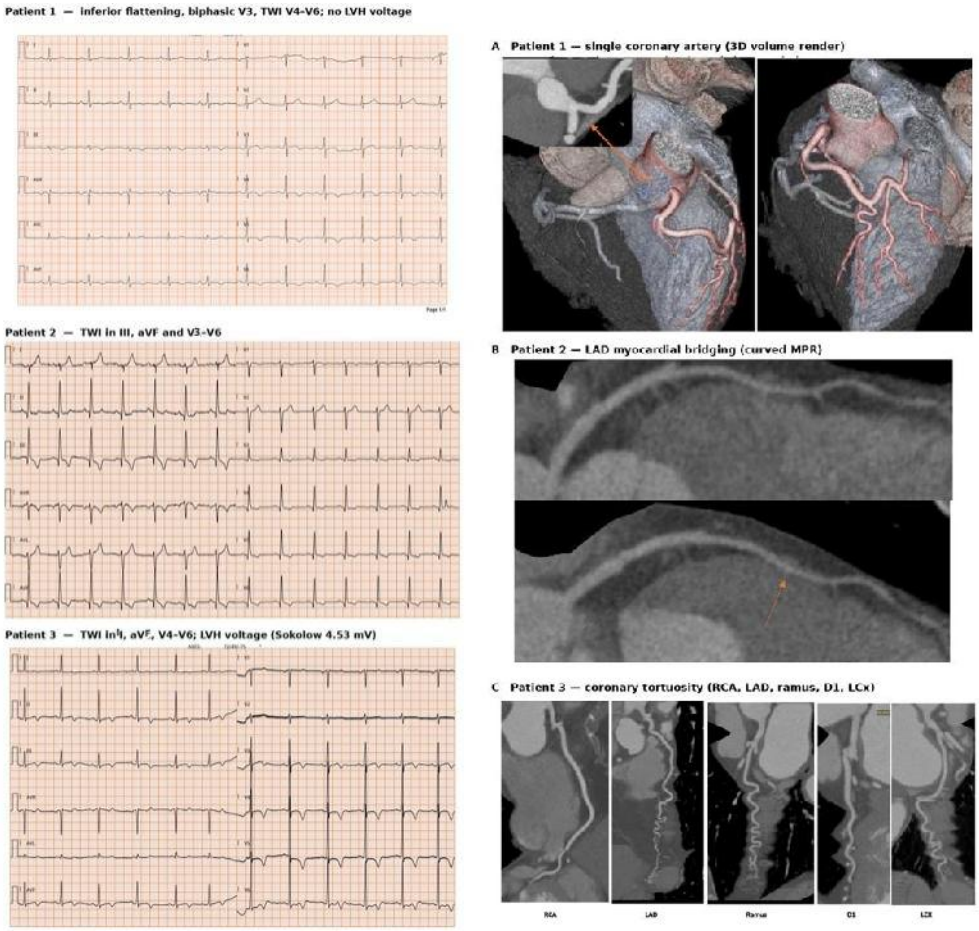
AA209|Apically displaced papillary muscles as a benign substrate of suspected pathological T-wave inversion in adults with unobstructed coronary arteries: a multimodality imaging case series

A. Ioannou[1], T. Constantinides[2], G. Chatzantonis[3], M. Kalaitzoglou[4], X. Constantinidou[2], C. Meggesides[2], P. Demetriades[5], A. Karga[6]

[1]Nicosia Cardiology Practice, Nicosia, Cyprus, [2]CMR Department, OPSIS MRI Center, Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus, [3]CMR Department, OPSIS MRI Center, Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus,Cardiovascular Imaging, CMR Department, Athens Medical Group, Athens, Greece, [4]Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus; OPSIS MRI CENTER; CMR Department, [5]Cardiology Department, University College London Hospitals NHS Foundation Trust; and CMR Department, Barts Heart Centre, London, United Kingdom, [6]Department of Computed Tomography, Nicosia Polyclinic, Nicosia, Cyprus

Background: T-wave inversion (TWI) in the lateral, infero-lateral or apical leads is a frequent reason for referral, yet distinguishing benign causes from apical hypertrophic cardiomyopathy (ApHCM), obstructive coronary disease or other structural disease is challenging. Apical displacement of a papillary muscle is an under-recognised benign substrate. Cases: We describe three consecutive adults (a 47-year-old man, and 42- and 75-year-old women) referred for suspected pathological TWI in infero-lateral/apical distributions. All underwent 12-lead electrocardiography, echocardiography, coronary CT angiography (CCTA) with calcium scoring, and 1.5-T cardiac magnetic resonance (CMR). Findings: In every patient the calcium score was 0 and CCTA showed no obstructive disease, while CMR demonstrated apical displacement of a papillary muscle without late gadolinium enhancement. The findings spanned a morphological spectrum: isolated displacement with normal mapping and no ECG left-ventricular hypertrophy (LVH) voltage; displacement of the anterolateral muscle with inferior-wall crypts and borderline native T1; and displacement of the posteromedial muscle with mild apical infero-lateral thickening and ECG LVH voltage. Each patient additionally harboured a different incidental benign coronary variant — a single coronary artery, non-flow-limiting left anterior descending myocardial bridging, and coronary tortuosity, respectively — none of which accounted for the ECG changes. Conclusion: Apically displaced papillary muscles recurred as a benign substrate of suspected pathological TWI across three otherwise dissimilar adults and sat on a phenotypic continuum that may overlap with early ApHCM. A uniform

CCTA-then-CMR pathway attributed the TWI to a benign substrate, avoided overdiagnosis and unnecessary invasive angiography, and identified ancillary CMR features (crypts, borderline T1, mild apical thickening) that modify the index of suspicion and may warrant surveillance or genetic evaluation.



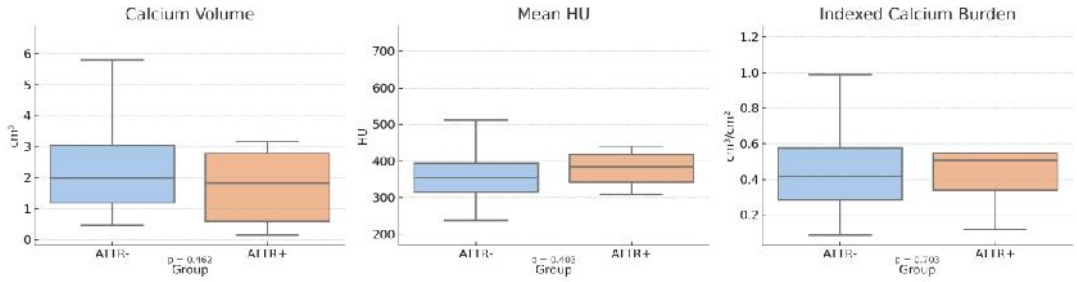
AA210|Συσχέτιση μεταξύ της καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανσθυρετίνη και του απεικονιστικού φαινότυπου της αορτικής βαλβίδας σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού αορτική στένωση

Δ. Κυριακόπουλος[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Κ. Κεχαγιόγλου[1], Θ. Τσάμπρας[1], Ι.Παναγιωτόπουλος[1], Π. Κανατάς[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Β. Κυτίνος[1], Γ. Λάτσιος[1], Δ. Τερεντές-Πρίντζιος[1], Ι. Ιακώβου[2], Μ. Κουτελού[3], Θ. Βραχλιώτης[3], Κ. Τούτουζας[1], Κ. Τσιούφης[1], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ*, *[3]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΙΛΑΜΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ*,

Εισαγωγή: Η καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (ATTR-CA) αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια συχνή συννοσηρότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με σοβαρή αορτική στένωση (AS), όπου πιθανώς συμβάλλει στη στένωση της βαλβίδας, όχι αποκλειστικά μέσω επασβεστώσεων, αλλά μέσω της διήθησης των γλωχίνων από την τρανσθυρετίνη (TTR) και της επακόλουθης πάχυνσης αυτών που οδηγεί τελικά στην στένωση. Επιδιώξαμε να αξιολογήσουμε περαιτέρω τη σχέση μεταξύ της ATTR-CA και της ασβέστωσης της αορτικής βαλβίδας (AVC).Σκοπός: Να διερευνηθεί αν η ATTR-CA σχετίζεται με διαφορές στον όγκο ασβεστίου αορτικής βαλβίδας, την πυκνότητα του ασβεστίου και στον λόγο του όγκου ασβεστίου προς την επιφάνεια του δακτυλίου της αορτικής βαλβίδας σε ασθενείς με σοβαρή AS.Μέθοδοι: Σε αυτή την αναδρομική μελέτη κοορτής συμπεριλήφθηκαν 102 ασθενείς με αιμοδυναμικά σοβαρή AS οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό, συγχρονισμένη με ηλεκτροκαρδιογράφημα (ECG-gated CT). Η ποσοτικοποίηση της AVC πραγματοποιήθηκε με την χρήση ημιαυτοματοποιημένης τμηματοποίησης (segmentation) με σταθερό ουδό τα 130HU. Υπολογίστηκαν ο όγκος ασβεστίου (cm3), η μέση τιμή των HU και ο λόγος

του όγκου ασβεστίου προς την επιφάνεια του δακτυλίου (cm3/cm2). Όλοι οι ασθενείς ελέγχθηκαν με σπινθηρογράφημα οστών για την παρουσία ATTR-CA. Η ATTR-CA επιβεβαιώθηκε σε 7 ασθενείς (6,9%) (Perugini grade ≥ 2) αφού αποκλείστηκε η ύπαρξη μονοκλωνικής πρωτεΐνης.Αποτελέσματα: Σε σύγκριση με τους αρνητικούς για ATTR ασθενείς, οι ασθενείς με ATTR-CA εμφάνισαν αριθμητικά χαμηλότερο όγκο ασβεστίου (ATTR+: 1.82 cm³ [IQR 2.18] έναντι ATTR-: 1.98 cm³ [IQR 1.85]; p=0.462) και υψηλότερη πυκνότητα ασβεστίου (μέση τιμή HU: 364.4 [IQR 76.9] έναντι 357.7 [IQR 82.6]; p=0.403), ωστόσο οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Η διάμεση τιμή του λόγου του όγκου ασβεστίου προς την επιφάνεια του δακτυλίου ήταν 0.50 [IQR 0.21] στους ασθενείς με ATTR-CA και 0.42 [IQR 0.29] στους αρνητικούς για ATTR ασθενείς (p=0.703).Συμπεράσματα: Σε αυτή τη κοορτή ασθενών με σοβαρή αορτική στένωση δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στον απεικονιστικό φαινότυπο της αορτικής βαλβίδας μεταξύ των ασθενών με και χωρίς ATTR-CA. Αυτά τα αποτελέσματα οδηγούν στη δημιουργία υποθέσεων και υποδηλώνουν ότι η TTR ενδέχεται να μην έχει άμεσο ρόλο στην AVC, ωστόσο απαιτούνται περισσότερα δεδομένα για να αξιολογηθεί ο ρόλος της στην ανάπτυξη AS.



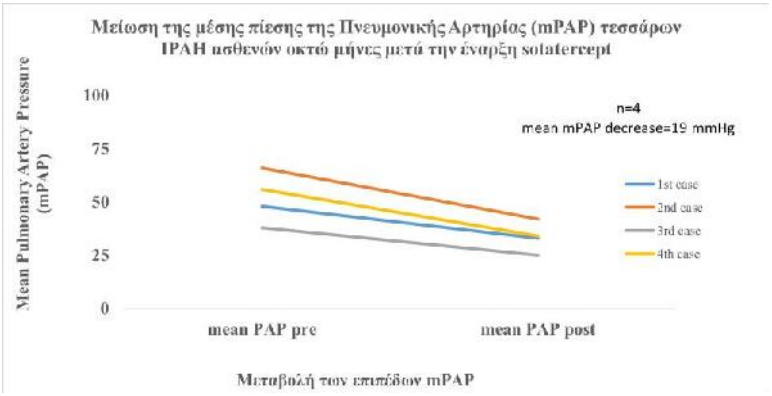
Νόσοι βαλβίδων και πνευμονική υπέρταση / Valvular Heart Disease

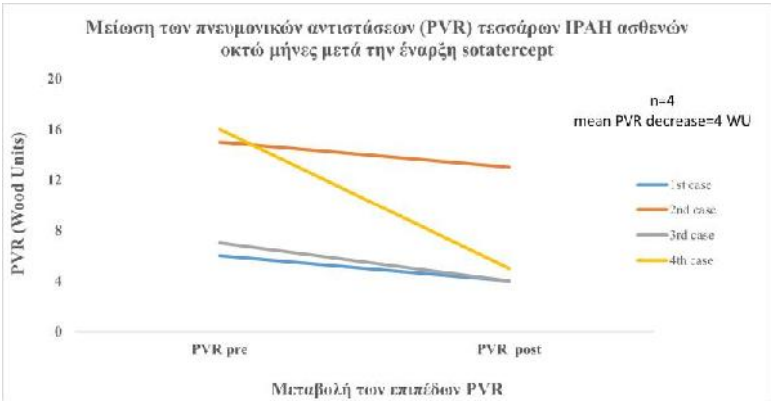
Πρόεδροι: **Μ. Διδάγγελος** (Θεσσαλονίκη), **Ε. Μπαλταγιάννη** (Θεσσαλονίκη)
Chairpersons: **M. Didagelos** (Thessaloniki), **E. Baltagianni** (Thessaloniki)

ΑΑ211|Αποτελέσματα της χορήγησης sotatercept σε ασθενείς με σοβαρή ιδιοπαθή πνευμονική αρτηριακή υπέρταση

Ε. Τριανταφυλλίδη[1], Χ. Βαρλάμος[1], Ε. Βρίκος[1], Ε. Καραμανώλης[1], Δ. Μπενέτου[1], Δ. Μπίρμπα[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (PAH), μία σπάνια νόσος υπερπλασίας και απόφραξης των πνευμονικών αρτηριδίων, οδηγεί σε αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ποιότητας ζωής και της ικανότητας προς άσκηση και την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Απαιτείται έγκαιρη διάγνωση και ταχύτατη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής (αναστολείς της ενδοθηλίνης, διεγέρτες NO, προστακυκλίνη) η οποία οδηγεί κυρίως σε αγγειοδιαστολή των πνευμονικών αρτηριδίων/μείωση των πνευμονικών αντιστάσεων. Σκοπός της μελέτης είναι η αποτελεσματικότητα της νεότερης φαρμακευτικής επιλογής, το sotatercept (αναστολέας ακτιβίνης) σε ασθενείς με ιδιοπαθή PAH (IPAH). Μέθοδος: Χορηγήθηκε sotatercept υποδορίως ανά τρεις εβδομάδες σε 4 IPAH ασθενείς, NYHA II-III, οι οποίοι ελάμβαναν διπλή (macitentan/tadalafil) ή τριπλή (macitentan/tadalafil/treprostenil) PAH αγωγή και δεν είχαν πετύχει τους στόχους μείωσης κινδύνου. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν με μέτρηση επιπέδων NT pro-BNP, 6MWT, CPET, δεξιό καρδιακό καθετηριασμό και υπερηχοκαρδιογράφημα και επανεκτιμήθηκαν 6+3 μήνες μετά την έναρξη του sotatercept. Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκαν τα εξής αποτελέσματα (μέση τιμή+SD): μείωση του NT pro-BNP (κατά 1874+2180pg/ml), αύξηση του 6MWT (κατά 86+119m), διατήρηση των τιμών του peakVO2, μείωση των αιμοδυναμικών δεικτών της μέγιστης (pPAP) , 32+10mmHg) και μέσης πίεσης (mPAP) της Πνευμονικής αρτηρίας (κατά 32+10 και 19+5mmHg, αντίστοιχα) μείωση των πνευμονικών αντιστάσεων, PVR (κατά 4+5WU), μείωση των υπερηχογραφικών μετρήσεων της διαμέτρου της Δεξιάς κοιλίας (κατά 4+7mm) και των δεικτών αυτής, TAPSE (κατά 3+7mm) και S (κατά 1+3cm/sec). Συμπέρασμα: Το Sotatercept αποτελεί το πρώτο φάρμακο για την PAH με διαφορετικό μηχανισμό δράσης, την αντιπολλαπλασιαστική δράση και την ενίσχυση της απόπτωσης αντί της αγγειοδιαστολής των πνευμονικών αρτηριδίων. Η ευεργετική επίδραση του στις αιμοδυναμικές και ανατομικές παραμέτρους καθώς και στις παραμέτρους άσκησης διαφαίνεται ήδη λίγους μήνες μετά την έναρξη χορήγησης του.



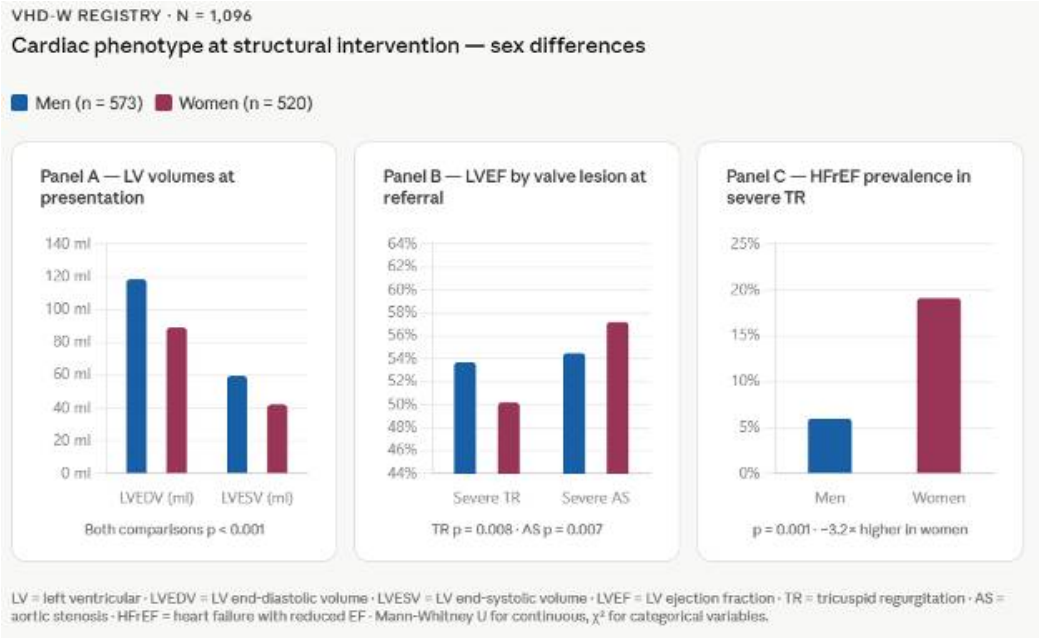


AA212|Δομικές παρεμβάσεις για αντιμετώπιση βαλβιδοπαθειών και καρδιακός φαινότυπος: αποτελέσματα από το διεθνές μητρώο VHD-W

Ε. Σταυροπούλου[1], Β. Γαρδικιώτη[2], Α. Μπέτσικος[1], P. Perez-Lopez[3], A. Elzieny[4], S. Anwer[5], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[6], Ν. Κάσινος[6], Ά.Ε. Καλέση[6], Β. Καμπερίδης[1], A.G. Almeida[7], Ι. Γραψα[8]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Faculty of Medicine, Autonomous University of Madrid, Madrid, Spain, [4]Section of Cardiovascular Medicine, Department of Medicine, Boston University Chobanian & Avedisian School of Medicine, Boston Medical Center, Boston, MA, [5]Department of Cardiology, Magdi Yacoub Heart Foundation, Cairo, Egypt, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]Cardiology Dpt, ULS Santa Maria, University Hospital, Faculty of Medicine of Lisbon University, CCUL@RISE. Lisbon, Portugal, [8]Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι γυναίκες με βαλβιδοπάθεια παραπέμπονται για επεμβατική αντιμετώπιση αργότερα από τους άνδρες. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει κατά πόσο η καθυστέρηση αυτή αντανακλάται σε διαφορές στην καρδιακή δομή και λειτουργία κατά τον χρόνο της παρέμβασης, σε όλο το φάσμα των βαλβιδοπαθειών. Υλικό και μέθοδος: Από το μητρώο VHD-W, ένα προοπτικό, διεθνές, πολυκεντρικό μητρώο στο οποίο συμμετέχουν κέντρα από 13 χώρες, εντοπίσαμε όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακή παρέμβαση για βαλβιδοπάθεια. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι υπερηχοκαρδιογραφικές παράμετροι και οι χρόνοι διάγνωσης/θεραπείας συγκρίθηκαν ανά φύλο. Οι κατηγορίες του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας (ΚΕΑΚ) ορίστηκαν σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann-Whitney U για τις συνεχείς μεταβλητές και η δοκιμασία χ^2 για τις κατηγορικές μεταβλητές. Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από n=1.096 ασθενείς (520 γυναίκες). Η ηλικία (78,3 ± 9,0 έναντι 79,3 ± 8,3 ετών, p=0,09) και το φορτίο συννοσηροτήτων ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των φύλων. Οι άνδρες ήταν συχνότερα καπνιστές (23,1% έναντι 14,5%, p=0,0005). Στις γυναίκες, επικρατούσα βαλβιδική βλάβη ήταν η στένωση αορτικής βαλβίδας (58,9%), ακολουθούμενη από ανεπάρκεια τριγλώχινας (28,8%), μιτροειδούς (13,1%) και αορτικής βαλβίδας (3,8%). Κατά την εμφάνιση, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερο τελοδιαστολικό και τελοσυστολικό όγκο αριστερής κοιλίας (118,6 ± 61,5 έναντι 89,1 ± 38,3 ml και 59,6 ± 42,9 έναντι 42,3 ± 25,7 ml, αμφότερα p<0,001) και μεγαλύτερη τελοσυστολική διάμετρο (33,8 ± 9,4 έναντι 30,3 ± 8,3 mm, p<0,001), ενώ η συνολική επιμήκης παραμόρφωση και οι παράμετροι διαστολικής λειτουργίας, αριστερού κόλπου και λειτουργικότητας δεξιάς κοιλίας δεν διέφεραν. Κατά την παραπομπή για αντιμετώπιση, μεταξύ ασθενών με σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο ΚΕΑΚ από τους άνδρες (50,2 ± 12,3% έναντι 53,7 ± 9,3%, p=0,008) και σχεδόν τετραπλάσια επίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο ΚΕΑΚ (19,1% έναντι 6,0%, p=0,001). Αντίθετα, μεταξύ των ασθενών με σοβαρή στένωση αορτής, οι γυναίκες είχαν υψηλότερο ΚΕΑΚ (57,2 ± 11,1% έναντι 54,5 ± 11,8%, p=0,007). Συμπεράσματα: Ο καρδιακός φαινότυπος κατά την παρέμβαση διαφέρει ανά φύλο και βαλβιδοπάθεια. Γυναίκες με ανεπάρκεια τριγλώχινας φαίνεται να παραπέμπονται σε πιο προχωρημένο στάδιο νόσου, ενώ στη στένωση αορτής εμφανίζουν υψηλότερο ΚΕΑΚ σε σχέση με τους άνδρες, πιθανόν στο πλαίσιο φυλο-ειδικής απάντησης.



ΑΑ213|Χαρακτηριστικά νοσηλευόμενων ασθενών με Πνευμονική Υπέρταση στην Ελλάδα: Η Πνευμονική Υπέρταση υπό το «πρίσμα» του CardioMining

Ε. Καμαριανού[1], Α. Μούρα[1], Α. Σαμαράς[1], Γ. Γιαννακούλας[1], Π. Νταβλούρος[2], Κ. Τσιούφης[3], Ι. Ζαρίφης[4], Ν. Φραγκάκης[5], Β. Βασιλικος[6], Γ. Χαλικιάς[7]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών , Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο), [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [7]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η Πνευμονική Υπέρταση (ΠΥ) αποτελεί μία πολυσύνθετη κλινική οντότητα και μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της σύγχρονης Καρδιολογίας. Η βέλτιστη διαχείρισή της απαιτεί ενδελεχή κατανόηση του φαινοτυπικού προφίλ των ασθενών. Σκοπός της μελέτης είναι η λεπτομερής καταγραφή των συννοσηροτήτων, των ηλεκτροκαρδιογραφικών και ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων και των θεραπευτικών προσεγγίσεων σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΠΥ.Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση δεδομένων 875 ασθενών με πρωτεύουσα ή δευτερεύουσα διάγνωση ΠΥ από την πολυκεντρική μελέτη CardioMining. Οι μεταβλητές με κανονική κατανομή εκφράζονται ως μέση τιμή ± τυπική απόκλιση (SD), ενώ οι μη κανονικά κατανεμημένες ως διάμεση τιμή με ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR).Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία ήταν 76 (67-81) έτη. Συνυπήρχε καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) σε 548 από τους ασθενείς που μελετήθηκαν (HFrEF 34,9%, HFpEF 17,7%, HFmrEF 10,1%). Το αρρυθμιολογικό φορτίο ήταν υψηλό, με τον επιπολασμό της κολπικής μαρμαρυγής να ανέρχεται στο 59,3%. Το θρομβοεμβολικό ιστορικό περιλάμβανε πνευμονική εμβολή (3,5%) και, σπανιότερα, συστηματική θρομβοεμβολή ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (1,3% αθροιστικά). Επιπλέον, ιστορικό παθήσεων ή επεμβάσεων στην τριγλώχινα βαλβίδα έφερε συνολικά το 8,1% των ασθενών. Ηχωκαρδιογραφικά, η λειτουργικότητα της δεξιάς καρδιάς αποτυπώθηκε με διάμεση τιμή της συστολικής μετατόπισης του τριγλωχινικού δακτυλίου (TAPSE) στα 22 (17-28) mm και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της τριγλώχινας στο 13,9%. Η θεραπευτική προσέγγιση εστίασε στην συστηματική φλεβική αποσυμφόρηση, με αποτέλεσμα την πλήρη αποκατάσταση της σύμπτωσης της κάτω κοίλης φλέβας στο 87,7% ασθενών στο εξιτήριο. Οι τάσεις συνταγογράφησης αντικατοπτρίζουν αυτή τη στρατηγική: το 81,3% έλαβε διουρητικά (κυρίως φουροσεμίδη, 76,1%), το 63,3% αντιπηκτική αγωγή(κυρίως απιξαμπάνη, 16,6%) και το 19,9% αναστολείς διαύλων ασβεστίου (κυρίως αμλοδιπίνη, 11,4%). Αντιθέτως, τα ποσοστά χορήγησης ειδικής αγγειοδιασταλτικής αγωγής για την ΠΥ ήταν χαμηλά (σιλδεναφίλη 3,9%, βοσεντάνη 3,1%).Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΠΥ απαρτίζουν έναν ηλικιωμένο πληθυσμό με υψηλό φορτίο συννοσηροτήτων, επηρεασμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και συχνές αρρυθμίες. Λόγω του υψηλού επιπολασμού ΚΑ (ΠΥ Ομάδας 2), η θεραπεία δεν εστιάζει στην πνευμονική αγγειοπάθεια. Αντιθέτως, προτεραιότητα δίνεται στην επιθετική αποσυμφόρηση (διουρητικά) και στην αντιπηκτική αγωγή υπογραμμίζοντας την ανάγκη ολιστικής αντιμετώπισης της υποκείμενης νόσου.

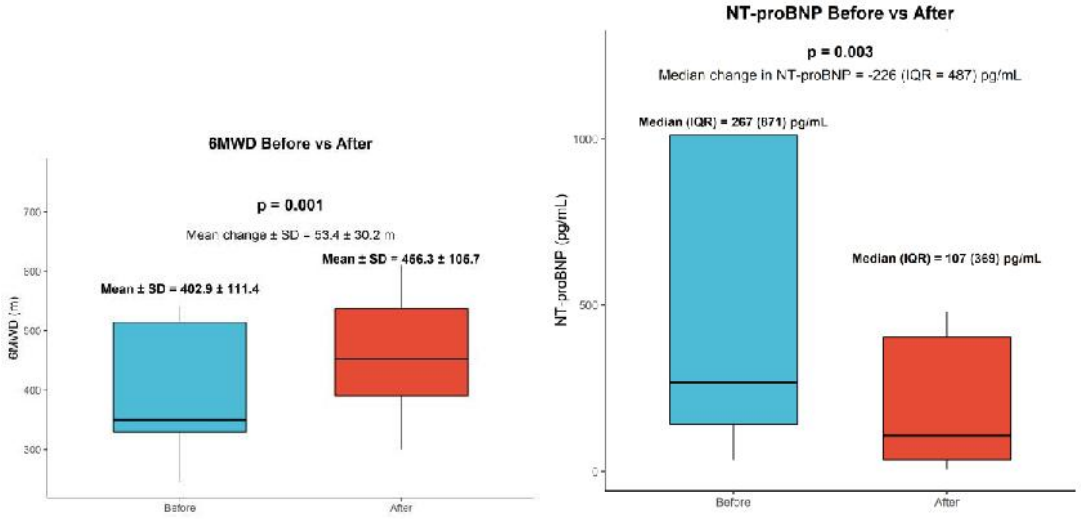
ΑΑ214|Sotatercept στην Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση: από τις κλινικές μελέτες στην καθημερινή κλινική πράξη

Θ. Χρυσοχοΐδης Τράντας[1], Α. Μπαρουτίδου[1], Τ.Γράντζα[1], Χρ. Φελουκίδης[1], Κ. Ζιάμπα[1], Β. Γροσομανίδης[2], Μ. Διδάγγελος[1], Α. Ζιάκας[1], Γ. Γιαννακούλας[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,
[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το sotatercept, μία νέα πρωτεΐνη σύντηξης που στοχεύει τη σηματοδότηση της ακτιβίνης, εισήχθη ως τροποποιητική θεραπεία για την Πνευμονική Αρτηριακή Υπέρταση (ΠΑΥ), πέραν των κλασικών αγγειοδιασταλτικών θεραπειών. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά του έχουν τεκμηριωθεί σε τυχαιοποιημένες μελέτες, όμως τα δεδομένα καθημερινής κλινικής πράξης παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του sotatercept σε ασθενείς με ΠΑΥ στην καθημερινή κλινική πράξη. Υλικό και μέθοδος: Σε αυτή την προοπτική, μονοκεντρική, μελέτη παρατήρησης εντάχθηκαν ενήλικες ασθενείς με ΠΑΥ υπό σταθερή θεραπεία για τουλάχιστον 3 μήνες. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και οι μεταβολές στην απόσταση εξάλεπτης δοκιμασίας βάδισης (6MWD) και στο NT-proBNP μετά την έναρξη της θεραπείας.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 14 ασθενείς (διάμεση ηλικία 58 [IQR 43,5–71] έτη, 78,6% γυναίκες): 2 με ιδιοπαθή ΠΑΥ, 3 με ιδιοπαθή ΠΑΥ και πνευμονικές συννοσηρότητες, 5 με ΠΑΥ σχετιζόμενη με νόσο συνδετικού ιστού, 3 με κληρονομική ΠΑΥ και 1 με ΠΑΥ σχετιζόμενη με συγγενή καρδιοπάθεια. Το sotatercept προστέθηκε σε διπλή θεραπεία στο 57,1% και σε τριπλή στο 42,9%. Ο χρόνος από τη διάγνωση έως την έναρξη ήταν <2 μήνες στο 35,7%, 12–24 μήνες στο 21,4% και> μήνες στο 42,9%. Κατά την αρχική εκτίμηση κινδύνου (ESC 4 strata model), 28,6% ήταν χαμηλού, 21,4% ενδιάμεσου-χαμηλού, 35,7% ενδιάμεσου-υψηλού και 14,3% υψηλού κινδύνου. Οι χαμηλού κινδύνου

ασθενείς ήταν νεότεροι, ήδη υπό τριπλή θεραπεία, αλλά με δυσμενείς απεικονιστικές παραμέτρους δεξιάς κοιλίας. Σε μέση παρακολούθηση 8,9 μηνών, η 6MWD αυξήθηκε κατά 53,4 m (402,9±111,4 σε 456,3±105,7 m, p=0,001), ενώ το NT-proBNP μειώθηκε από 267 pg/mL (IQR 871) σε 107 pg/mL (IQR 369), με διάμεση μεταβολή −226 pg/mL (p=0,003). Ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίστηκαν σε 8/14 ασθενείς: επίσταξη 28,6%, αύξηση αιμοσφαιρίνης 21,4%, περικαρδιακή συλλογή 21,4%, τελαγγειεκτασίες, θρομβοπενία, εκχυμώσεις και αύξηση αρτηριακής πίεσης από 7,1%. Η περικαρδιακή συλλογή ήταν μικρή σε έναν και μέτρια σε δύο ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές αιμορραγίες ή άλλες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Συμπεράσματα: Το sotatercept φάνηκε ασφαλές και αποτελεσματικό στην καθημερινή κλινική πράξη, με μεταβολές συγκρίσιμες με τα αποτελέσματα των μελετών PULSAR/STELLAR στις 24 εβδομάδες για τη 6MWD (+38,4 m) και το NT-proBNP (−186,8 pg/mL).



AA215|Συσχετισμός του λόγου PVR/SVR με τους δείκτες PAPi και RVSWI σε ασθενείς με Πνευμονική Υπέρταση

Π.Ν. Ζιμπουνούμη - Κεράτσα[1], Α.Μπατσούλη[1], Σ. Ξυδώνας[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Π. Νιάρχου[1], Α. Άνθη[2], Ε. Δήμα[2], Σ. Ορφανός[2], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Πνευμονικής Υπέρτασης ΓΝΑ Ο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Η αναλογία πνευμονικών προς συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις (Pulmonary Vascular Resistance/Systemic Vascular Resistance, PVR/SVR) αποτελεί έναν σύνθετο αιμοδυναμικό δείκτη που αντανακλά την αλληλεπίδραση μεταξύ πνευμονικής και συστηματικής κυκλοφορίας. Επιπλέον, ενσωματώνει πληροφορίες σχετικά με τη σύζευξη δεξιάς κοιλίας–πνευμονικής αρτηρίας, καθώς και το μεταφορτίο της δεξιάς κοιλίας. Η αξιολόγηση της σχέσης της με καθιερωμένους δείκτες δεξιάς κοιλιακής λειτουργίας ενδέχεται να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την αιμοδυναμική εκτίμηση ασθενών με πνευμονική υπέρταση.Σκοπός:Η διερεύνηση της συσχέτισης του λόγου PVR/SVR με τον Δείκτη Παλμικότητας της Πνευμονικής Αρτηρίας (Pulmonary Artery Pulsatility Index, PAPi) και τον Δείκτη Έργου Παλμού της Δεξιάς Κοιλίας (Right Ventricular Stroke Work Index, RVSWI) σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση. Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μονοκεντρική αναδρομική μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθηκαν 116 διαδοχικοί ασθενείς με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (WHO ομάδα 1). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό σύμφωνα με τα καθιερωμένα πρότυπα. Η καρδιακή παροχή υπολογίσθηκε με τη μέθοδο Fick, ενώ για κάθε ασθενή υπολογίσθηκαν η αναλογία PVR/SVR, ο δείκτης PAPi και ο RVSWI. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των αιμοδυναμικών παραμέτρων. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 116 ασθενείς, εκ των οποίων το 62,9% ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 66 ± 12,4 έτη. Η αναλογία PVR/SVR εμφάνισε ισχυρή θετική συσχέτιση με τον RVSWI (r=0,59, p<0,001). Επιπλέον, οι ασθενείς με παθολογικό RVSWI παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερες τιμές PVR/SVR, ενώ οι ασθενείς με παθολογικό PAPi παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές της αναλογίας PVR/SVR. Συμπεράσματα: Η αναλογία PVR/SVR σχετίζεται στενά με καθιερωμένους δείκτες λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και φαίνεται να αντανακλά τόσο το αιμοδυναμικό φορτίο όσο και την απόδοσή της σε ασθενείς με πνευμονική αρτηριακή υπέρταση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η αναλογία PVR/SVR μπορεί να αποτελέσει έναν απλό και χρήσιμο αιμοδυναμικό δείκτη για την εκτίμηση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και τη διαστρωμάτωση κινδύνου σε αυτή την ομάδα ασθενών.

ΑΑ216|Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση ως πρώτη κλινική εκδήλωση προχωρημένης HIV λοίμωξης

Κ. Λέκκα[1], Θ. Χρυσοχοϊδης Τράντας[1], Κ. Ζιάμπα[1], Χ. Φελουκίδης[1], Β. Γροσομανίδης[2], Θ. Χρυσανθίδης[3], Α. Ζιάκας[1], Γ. Γιαννακούλαε[1]

[1]*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*,

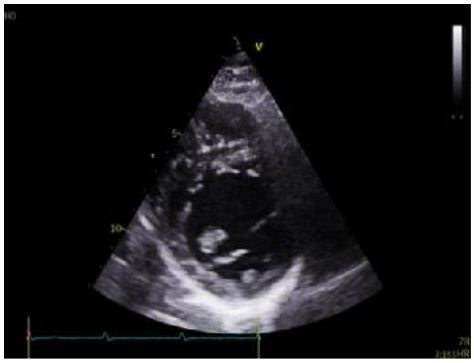
[2]*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ*,

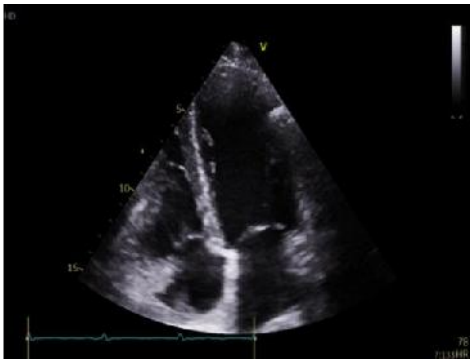
[3]*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση (ΠΑΥ) σχετιζόμενη με HIV λοίμωξη αποτελεί σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή. Παρουσιάζεται περίπτωση νεαρού ασθενούς με σοβαρή HIV σχετιζόμενη ΠΑΥ, υψηλού κινδύνου, ο οποίος παρουσίασε ταχεία μετάπτωση σε προφίλ χαμηλού κινδύνου και εντυπωσιακή αιμοδυναμική ανταπόκριση εντός τεσσάρων μηνών θεραπείας. Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 36 ετών προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας στην κόπωση και οιδημάτων κάτω άκρων, σε λειτουργική κλάση III κατά WHO. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε υπερτροφία και strain δεξιάς κοιλίας και P pulmonale, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε μέγιστη ταχύτητα στην τριγλώχινα βαλβίδα>,4m/s, διάταση και σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας, καθώς και d-shape αριστερής κοιλίας. Διενεργήθηκε εκτεταμένη διαγνωστική διερεύνηση, η οποία απέκλεισε νόσο της αριστερής κοιλίας, διάμεση πνευμονοπάθεια, θρομβοεμβολική νόσο και πυλαία υπέρταση. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε προχωρημένη HIV λοίμωξη με ανοσοκαταστολή. Ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός επιβεβαίωσε σοβαρή προτριχοειδική πνευμονική υπέρταση (mPAP=53mmHg, PAWP=9mmHg, PVR=7,8WU). Τέθηκε η διάγνωση ΠΑΥ σχετιζόμενης με HIV και ο ασθενής ταξινομήθηκε ως υψηλού κινδύνου σύμφωνα με το μοντέλο διαστρωμάτωσης κινδύνου ESC 3-strata. Έλαβε συνδυασμένη στοχευμένη θεραπεία με αναστολέα φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 και ανταγωνιστή υποδοχέα ενδοθηλίνης (tadalafil και ambrisentan) ταυτόχρονα με διουρητική και αντιρετροϊκή αγωγή. Αποτελέσματα: Έπειτα από δύο μήνες παρατηρήθηκε μετάπτωση σε ενδιάμεσου-χαμηλού κινδύνου (ESC 4-strata model). Εντός τεσσάρων μηνών θεραπείας, ο ασθενής βρισκόταν πλέον σε προφίλ χαμηλού κινδύνου, με σημαντική βελτίωση της απόστασης στην εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης (6MWD) από 420 σε 600m και μείωση της τιμής του NT-proBNP από 13688 σε 83pg/ml, ενώ ταυτόχρονα παρουσίαζε άριστη ανοχή στη θεραπεία. Ο επαναληπτικός δεξιός καθετηριασμός ανέδειξε εντυπωσιακή αιμοδυναμική ανταπόκριση, με μείωση της mPAP από 53 σε 30 mmHg και της PVR 7,8 σε 2,1 WU. Συμπεράσματα: Η ΠΑΥ μπορεί να αποτελεί την αρχική κλινική εκδήλωση μιας αδιάγνωστης λοίμωξης από HIV. Η έγκαιρη αναγνώριση και η συστηματική διαγνωστική διερεύνηση είναι καθοριστικής σημασίας, με στόχο τη διαφορική διάγνωση και τη διάκριση μεταξύ των διαφορετικών αιτιών πνευμονικής υπέρτασης, ενώ η έναρξη στοχευμένης θεραπείας για την ΠΑΥ σε συνδυασμό με αντιρετροϊκή αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική κλινική βελτίωση. Συνιστάται αρχικά μονοθεραπεία για την ΠΑΥ, ακολουθούμενη από εξατομικευμένη προσθήκη συνδυαστικής θεραπείας σε ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν προφίλ χαμηλού κινδύνου.







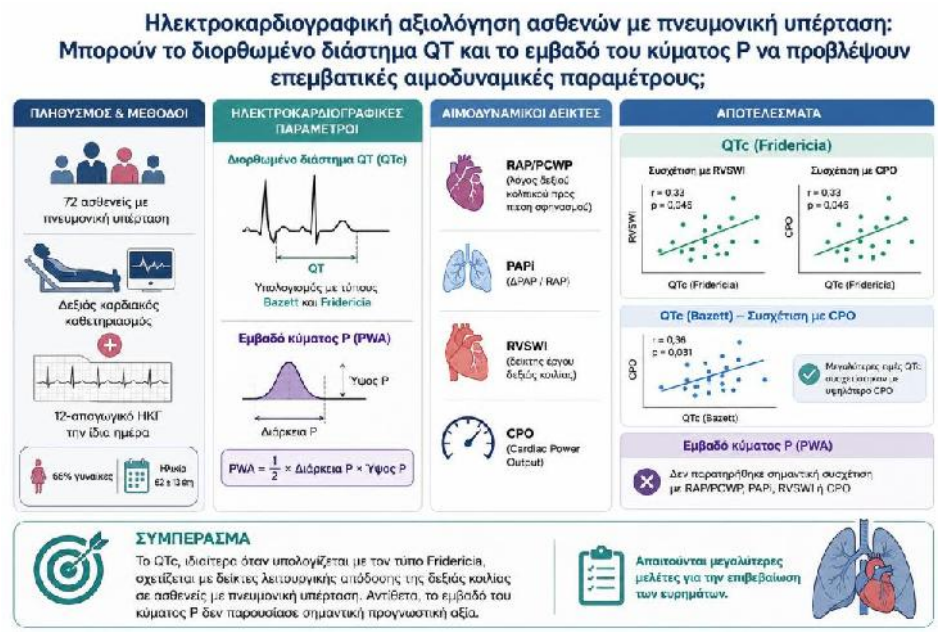


AA217|Ηλεκτροκαρδιογραφική αξιολόγηση ασθενών με πνευμονική υπέρταση: Μπορούν το διορθωμένο διάστημα QT και το εμβαδό του κύματος P να προβλέψουν επεμβατικές αιμοδυναμικές παραμέτρους;

Α. Μπατσούλη[1], Π.Ν. Ζιμπουνούμη - Κεράτσα[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Σ. Ξυδώνας[1], Ε. Πράππα[1], Π. Νιάρχου[1], Ε. Δήμα[2], Α. Άνθη[1], Σ. Ορφανός[2], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Πνευμονικής Υπέρτασης ΓΝΑ Ο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές είναι συχνές στους ασθενείς με πνευμονική υπέρταση και αντανακλούν την αναδιαμόρφωση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων. Η προγνωστική αξία του διορθωμένου διαστήματος QT (QTc) και του εμβαδού του κύματος P (P wave area, PWA) σε σχέση με αιμοδυναμικούς δείκτες δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί.Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης του QTc και του PWA με τους δείκτες RAP/PCWP, PAPi, RVSWI και Cardiac Power Output (CPO).Υλικό – Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 72 διαδοχικοί ασθενείς με πνευμονική υπέρταση. Όλοι υποβλήθηκαν σε δεξιό καρδιακό καθετηριασμό και 12-απαγωγικό ηλεκτροκαρδιογράφημα την ίδια ημέρα. Το QTc υπολογίσθηκε με τους τύπους Bazett και Fridericia, ενώ το εμβαδό του κύματος P υπολογίσθηκε ως ½ × διάρκεια κύματος P × τάση κύματος P. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν 62 ± 13 έτη και το 66% ήταν γυναίκες. Μεγαλύτερες τιμές QTc κατά Fridericia συσχετίστηκαν σημαντικά με υψηλότερες τιμές RVSWI (r=0,33, p=0,046) και CPO (r=0,33, p=0,046). Το QTc κατά Bazett συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερο CPO (r=0,36, p=0,031). Αντίθετα, το εμβαδό του κύματος P δεν παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με τους δείκτες RAP/PCWP, PAPi, RVSWI ή CPO. Συμπεράσματα: Το QTc, ιδιαίτερα όταν υπολογίζεται με τον τύπο Fridericia, φαίνεται να σχετίζεται με δείκτες λειτουργικής απόδοσης της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με πνευμονική υπέρταση. Αντίθετα, το εμβαδό του κύματος P δεν παρουσίασε σημαντική προγνωστική αξία. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για την επιβεβαίωση των ευρημάτων.



AA218|Title MRI-derived atrioventricular coupling indices in primary mitral regurgitation: association with remodeling and exercise haemodynamic response

Μ. Κούκος[1], Ν.Λάμα[2], Π. Δρίτσα[1], Δ. Τσαρτσάλης[1], Ι. Δημητρόγλου[3], Χ.Λ. Βερβερέλη[3], Α.Καλομπάτσου[3], Κ. Τσιουφης[1], Κ. Αγγέλη[1]

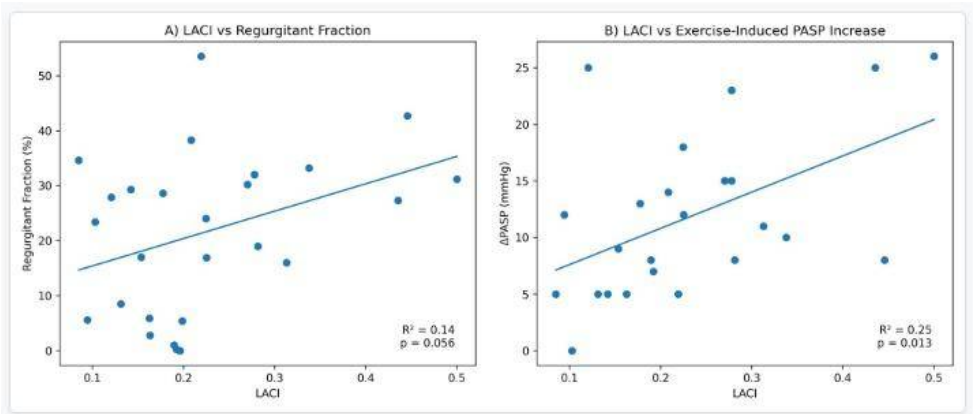
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Background/Introduction: Atrioventricular coupling indices, including the Left (LACI), Right (RACI) and Combined (CACI) indices, are emerging CMR-derived markers that quantify atrial–ventricular volumetric interaction. Although preliminary data suggest potential relevance in heart failure and cardiomyopathies, their role in primary mitral regurgitation (MR)

has not been systematically investigated. While left atrial remodeling is well described in primary MR, atrioventricular coupling as an integrated volumetric marker remains insufficiently studied.PurposeTo evaluate the association of CMR-derived LACI, RACI and CACI with MR severity and exercise haemodynamic response in asymptomatic patients with severe primary MR. Methods: We prospectively studied 28 asymptomatic patients with primary MR undergoing cardiovascular magnetic resonance (CMR) and exercise stress echocardiography. The cohort was relatively young (mean age ~48 years), with low prevalence of cardiovascular risk factors and low BNP levels. MR severity was classified as trivial/mild (n=6) or moderate/severe (n=21).Atrioventricular coupling indices were calculated from CMR volumetric measurements. LACI was defined as the ratio of left atrial to left ventricular end-diastolic volume, RACI as the ratio of right atrial to right ventricular end-diastolic volume, and CACI as their sum.Exercise haemodynamic response was assessed as the increase in pulmonary artery systolic pressure (ΔPASP = peak − rest); significant response was defined as ΔPASP ≥20 mmHg. Results: Among CMR-derived indices, LACI demonstrated the strongest association with MR severity. In multivariable analysis, LACI remained associated with regurgitant fraction, whereas CACI did not provide incremental predictive value.LACI was significantly correlated with exercise-induced increase in pulmonary pressure (ΔPASP) (ρ=0.47, p=0.019), while no association was observed with resting PASP or peak E/E'. For identifying patients with significant exercise-induced PASP increase, LACI showed moderate discrimination (AUC 0.72). RACI was not independently associated with MR severity or exercise haemodynamic parameters.ConclusionsIn a young, asymptomatic primary MR population, CMR-derived LACI was the most informative atrioventricular coupling index. Further studies are warranted to clarify its potential role in risk stratification and clinical decision-making.

Table 1. CMR Volumes and Atrioventricular Coupling Indices by MR Severity
Median (IQR) and Mann–Whitney Comparison

Variable	Trivial/Mild MR Median (IQR)	Moderate/Severe MR Median (IQR)	p-value
LACI	0.19 (0.18–0.21)	0.22 (0.17–0.29)	0.269
RACI	0.22 (0.20–0.25)	0.23 (0.16–0.33)	0.716
CACI	39.56 (37.46–49.68)	42.78 (30.88–58.94)	0.902
LAV MAX	80.78 (63.69–90.54)	85.19 (66.82–109.87)	0.336
LA V MIN	30.01 (18.11–37.31)	37.82 (27.16–52.50)	0.160
LVED VOL	131.00 (125.50–165.00)	165.00 (151.25–181.25)	0.132
LVES VOL	54.00 (38.00–66.50)	56.00 (46.50–67.50)	0.693



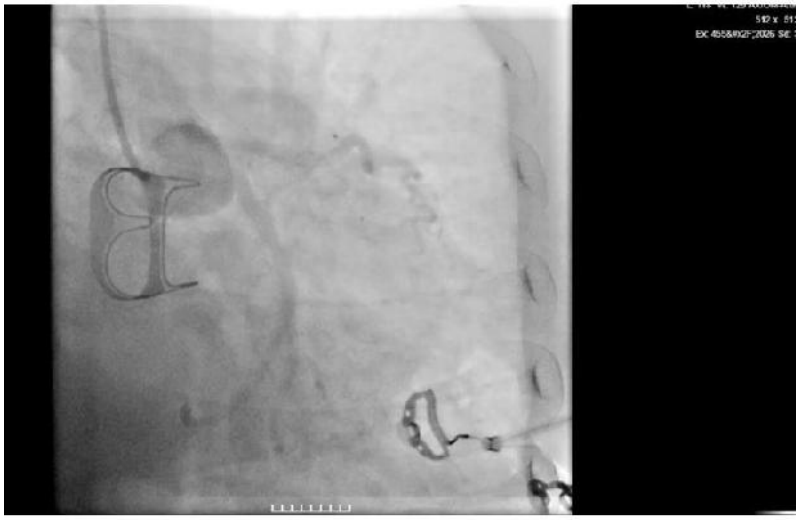
Files 1: laci RF -PASP

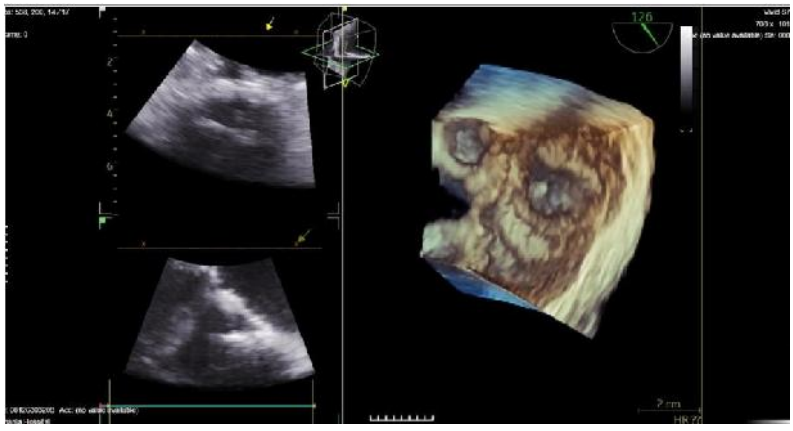
AA219|Εκφυλισμός βιοπροσθετικής τριγλώχινας βαλβίδας 25 έτη μετά από χειρουργική αντικατάσταση λόγω λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας

Θ.Σινάνης[1], Ε. Βιττωράκης[1], Χ. Λεσγίδης[1], Γ.Διακάκης[1]
[1]Καρδιολογική κλινική Γ.Ν. Χανίων

Εισαγωγή: Η εκφύλιση των βιοπροσθετικών βαλβίδων αποτελεί αναμενόμενη μακροχρόνια επιπλοκή, ωστόσο η σοβαρή δυσλειτουργία βιοπροσθετικής τριγλώχινας βαλβίδας μετά από πολυετή επιβίωση παραμένει σχετικά σπάνια και παρουσιάζει σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις. Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 63 ετών με ιστορικό εξωμήτριας κύησης προ 25ετίας, η οποία επιπλάκηκε με περιτονίτιδα και σηπτική καταπληξία. Κατά τη

διάρκεια της νοσηλείας εμφάνισε λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα με προσβολή της τριγλώχινας βαλβίδας και υποβλήθηκε σε χειρουργική αντικατάστασή της με βιοπροσθετική βαλβίδα, με εξαιρετική μετεγχειρητική πορεία και μακροχρόνια κλινική σταθερότητα. Είκοσι πέντε έτη αργότερα προσήλθε λόγω συγκοπτικού επεισοδίου, έχοντας προηγουμένως εμφανίσει προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια στην ελάχιστη κόπωση, καταβολή δυνάμεων και επεισόδια flushing. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σημαντική ασβέστωση της βιοπροσθετικής τριγλώχινας βαλβίδας με σοβαρή στένωσή της. Στο πλαίσιο του προεγχειρητικού ελέγχου διενεργήθηκε στεφανιογραφία, η οποία δεν ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Ο διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος επιβεβαίωσε τη σοβαρή εκφύλιση και ασβέστωση της βιοπροσθετικής βαλβίδας, σημαντική διάταση του δεξιού κόλπου και αναστροφή της ροής στις ηπατικές φλέβες, ευρήματα συμβατά με σοβαρή δυσλειτουργία της τριγλώχινας βαλβίδας. Ακολούθησε εξειδικευμένη αξονική τομογραφία καρδιάς με μετρήσεις των ανατομικών παραμέτρων και του δακτυλίου της βαλβίδας για τον βέλτιστο χειρουργικό σχεδιασμό.Η ασθενής παραπέμφθηκε στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, όπου υποβλήθηκε επιτυχώς σε επανεπέμβαση αντικατάστασης της τριγλώχινας βαλβίδας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με σημαντική κλινική βελτίωση. Στην επανεκτίμηση διαπιστώθηκε μείωση των διαστάσεων του δεξιού κόλπου, φυσιολογική λειτουργία της νέας βαλβιδικής πρόθεσης και ουσιαστική ύφεση της συμπτωματολογίας. Συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει την ανάγκη μακροχρόνιας παρακολούθησης των ασθενών με βιοπροσθετικές τριγλώχινες βαλβίδες, ακόμη και δεκαετίες μετά την αρχική επέμβαση. Η συνδυαστική χρήση υπερηχοκαρδιογραφίας και εξειδικευμένης καρδιακής αξονικής τομογραφίας είναι καθοριστικής σημασίας για την ακριβή εκτίμηση της δομικής εκφύλισης της βαλβίδας και τον προεγχειρητικό σχεδιασμό. Η έγκαιρη παραπομπή σε εξειδικευμένο καρδιοχειρουργικό κέντρο μπορεί να οδηγήσει σε άριστο χειρουργικό αποτέλεσμα και σημαντική βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

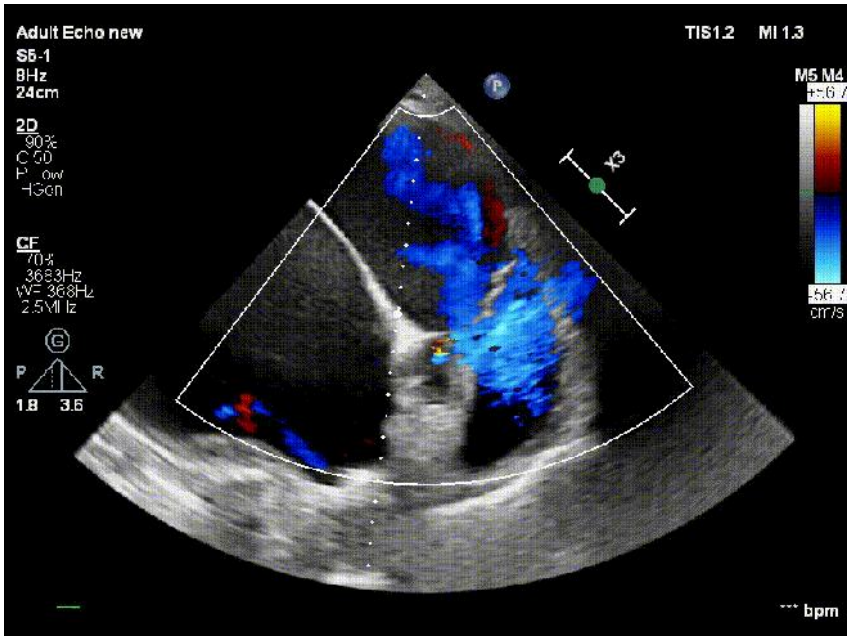




AA220|Tricuspid Valve Regurgitation? Think Again. An Interesting Case of Gerbode Syndrome.

Z. Al-Jazrawi[1], **P. Makaronis[1]**, C. Economides[1], G. Georgiou[1], G. Shiakos[1], I. Tzanavaros[1], T. Ntoskas[1]
[1]Apollonion Private Hospital

Introduction: We present a case of a 60-year-old male with atrial fibrillation and a history of mitral valve repair who was referred to us with the diagnosis of 'new onset heart failure and severe pulmonary hypertension. Case study: Transthoracic echocardiography revealed a mildly dilated LV with preserved ejection fraction. Both the right and left atria were dilated. Mild residual mitral valve regurgitation noted. A high-velocity jet within the right atrium caught attention. The jet highly resembles that of tricuspid regurgitation (TR). Peak velocity was 5.2 m/sec. More thorough inspection revealed that the origin of the jet was peculiar. The flow seemed to originate from the left ventricle, at the level of the outflow tract and enter the right atrium above the tricuspid valve (fig 1). This finding was consistent with Gerbode defect (GD). An 18mm sized secundum atrial septal defect (ASD) with left to right shunt was also noted. Evidence of volume overload was also present with IVS flattening and typical D-shaped septum. Subsequent Cardiac CT and MRI confirmed 2 distinct shunts; the left ventricle-to-right atrium communication as well as a left-right shunt due to the ASD. Right heart catheterization calculates Qp/Qs ratio at 2.2. Pulmonary artery systolic pressure (PSP) was measured at 54 mmHg. Results The presence of other congenital cardiac anomalies as well as previous mitral valve surgery made either the congenital or acquired type of GD possible. We proposed surgical closure of both the ASD and GD to the patient. However; the patient declined to undergo this procedure. Conclusions: GD is a rare anomaly in which a LV to right atrium shunt through the membranous septum is present. GD can either be congenital or acquired. GD can mimic several congenital or acquired cardiac conditions. Importantly, as in our case, the jet caused by the defect may be misdiagnosed as severe tricuspid regurgitation, leading to overestimation of PSP and misdiagnosis as severe pulmonary hypertension. Recognition of abnormal left ventricle-to-right atrium flow requires meticulous Doppler assessment. Multimodality imaging, including cardiac MRI, and invasive haemodynamic evaluation, were essential for accurate diagnosis and appropriate management.

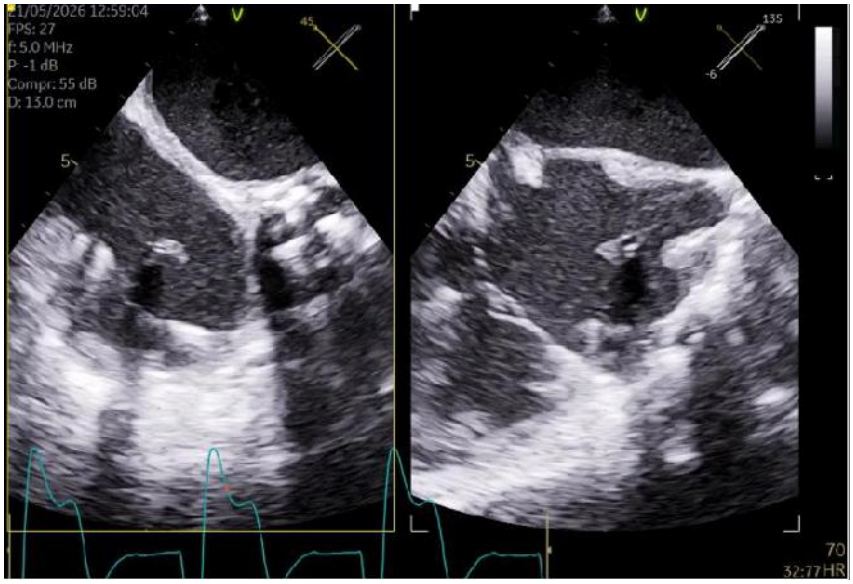


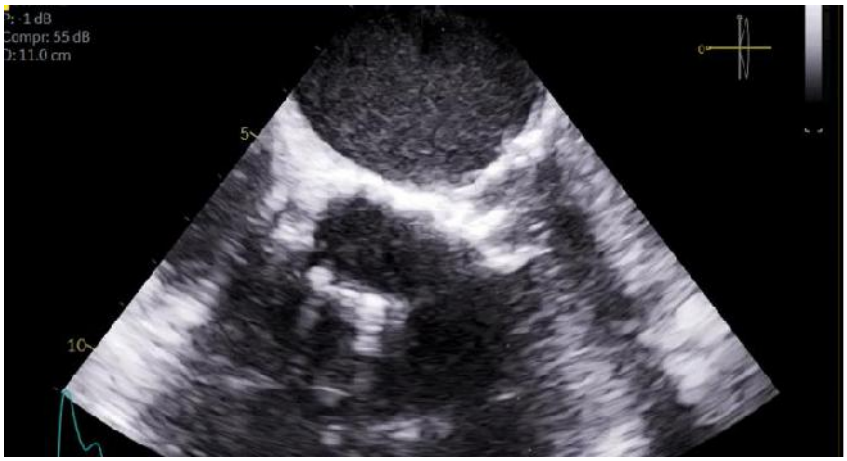
AA221|Υποτροπιάζουσα βακτηριαιμία από Staphylococcus warneri σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή με σοβαρή ασβέστωση MV, βιολογική AV και MTB: Μια πολυεπιστημονική διαγνωστική και χειρουργική πρόκληση.

Ε. Βιττωράκης[1], Α. Πλευριτάκη[1], Α. Ζυγούρη[1], Ε. Σάββα[1], Χρ. Πλέρος[1], Κ. Κυδωνάκη[1], Ε. Σημαντηρακης[1], Α. Πατριανάκος[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση με ενδοκαρδιακές προσθετικές συσκευές ή τεχνητές βαλβίδες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (IE), με αυξημένη θνητότητα. Ο Staphylococcus warneri, αν και συχνά θεωρείται επιμόλυνση των καλλιεργειών, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές υποτροπιάζουσες ενδοαγγειακές

λοιμώξεις. Η αντιμετώπιση δυσχεραίνεται από σοβαρές φαρμακευτικές αλλεργίες, που περιορίζουν τις θεραπευτικές επιλογές και απαιτούν προηγμένη απεικόνιση και έγκαιρο καρδιοχειρουργικό σχεδιασμό. Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 68 ετών προσήλθε σε τριτοβάθμιο κέντρο του Ηρακλείου λόγω υποτροπιάζοντος εμπυρέτου έως 38,5°C με ρίγος. Το ιστορικό του περιλάμβανε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, χρόνια νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα (2020), ΜΤΒ (2022), σοβαρή στένωση μιτροειδούς λόγω ασβέστωσης, αλλεργία στο Augmentin. Δύο μήνες πριν είχε νοσηλευθεί για μικροβιαιμία από Staphylococcus warneri, ενώ στη συνέχεια τέθηκε υποψία λοίμωξης των καλωδίων του βηματοδότη και θρόμβου σε κεντρικό φλεβικό καθετήρα, ο οποίος αφαιρέθηκε. Δύο ημέρες μετά το εξιτήριο επανεισήχθη λόγω υποτροπής του πυρετού. Η κλινική εξέταση ανέδειξε συστολικό φύσημα, περιφερικά οιδήματα και έντονη οσφυαλγία με άλγος αριστερού ισχίου. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αναιμία, νεφρική δυσλειτουργία και ήπια αύξηση δεικτών φλεγμονής, ενώ το ΗΚΓ επιβεβαίωσε βηματοδοτικό ρυθμό χωρίς οξέα ευρήματα. Ο ασθενής εξήλθε με αγωγή και προγραμματίστηκε FDG-PET/CT, καθώς και επείγουσα καρδιοχειρουργική εκτίμηση για αντικατάσταση αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας και πλήρη αφαίρεση του βηματοδοτικού συστήματος. Συμπεράσματα: Η απομόνωση Staphylococcus warneri σε καλλιέργειες αίματος ασθενών με ενδοκαρδιακές προσθέσεις δεν πρέπει να υποτιμάται ως απλή επιμόλυνση, καθώς μπορεί να αποτελεί το μοναδικό εύρημα μιας επιθετικής, υποτροπιάζουσας ενδοαγγειακής λοίμωξης. Σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με μόνιμο βηματοδότη, η εμφάνιση νέου, άτυπου μυοσκελετικού άλγους σε έδαφος εμπυρέτου και αυξημένης τροπονίνης, πρέπει να εγείρει άμεσα την υποψία συστηματικής σηπτικής εμβολής και ενδοκαρδίτιδας των ηλεκτροδίων. Η έγκαιρη ενσωμάτωση προηγμένων απεικονιστικών τεχνικών (FDG-PET/CT) και η άμεση πολυεπιστημονική συνεργασία (Καρδιολόγων, Νεφρολόγων και Καρδιοχειρουργών) είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό ριζικών, σύνθετων χειρουργικών επανεπεμβάσεων πολλαπλών βαλβίδων και αφαίρεσης υλικών με σκοπό τη μείωση της θνητότητας.





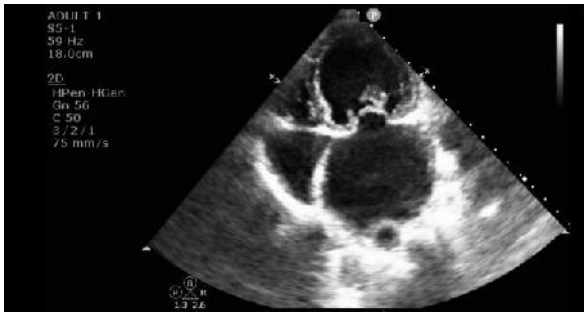
ΑΑ222|Πρώιμη σημαντική μετεγχειρητική νοσηρότητα σε νέα ασθενή με σοβαρή πρωτοπαθή ανεπάρκεια μιτροειδούς

Ε. Τσίνα[1], Π. Ζάχος[1], Κ. Θεοδωρίδου[1], Ι. Κρανίτσα[1], Ε. Κατσανάκη[1], Κ. Τσιάρας[1], Ι. Ελευθερίου[1], Γ. Ζιώγας[1], Κ. Τσατίρης[1], Ε. Μπράχος[1], Κ. Κυρατλίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής ανεπάρκεια μιτροειδούς (ΠΑΜ) εμφανίζεται στο 55% των περιστατικών ανεπάρκειας μιτροειδούς που απαιτούν παρέμβαση. Στις ανεπτυγμένες χώρες η ινωδοελαστική ανεπάρκεια και η νόσος Barlow αποτελούν τη συχνότερη αιτία. Σε ασυμπτωματική ΠΑΜ με δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (ΑρΚ) η πρώιμη επιδιόρθωση με τοποθέτηση δακτυλίου έχει αποδεδειγμένο προγνωστικό όφελος. Η διάταση του αριστερού κόλπου με πνευμονική υπέρταση συσχετίζεται με δυσμενή μακροχρόνια έκβαση, ανεξαρτήτως λειτουργικότητας ΑρΚ. Πρόσφατα δεδομένα υποδεικνύουν αυξημένη μετεγχειρητική θνητότητα και νοσηρότητα στις γυναίκες.Μέθοδοι: Περιστατικό ασθενούς με σοβαρή ΠΑΜ και σημαντική πρώιμη μετεγχειρητική νοσηρότητα μετά από χειρουργική επιδιόρθωση. Αποτελέσματα: Α σθενής 32 ετών θήλυ προσήλθε αιτιώμενη αίσθημα παλμών. Ατομικό αναμνηστικό:έλλειψη G6PD.Ηλεκτροκαρδιογράφημα: υπερκοιλιακή ταχυκαρδία αναταχθείσα με αδενοσίνη. Διαθωρακική ηχωκαρδιογραφία:ΑρΚ αυξημένων διαστάσεων (LVESDi=27mm/m2) και καλής συσπαστικότητας, εκσεσημασμένη διάταση αριστερού κόλπου (LAVI=114ml/m2) και σοβαρή ΠΑΜ. Διοισοφάγειος ηχωκαρδιογραφία:συνδυασμένη νόσος μιτροειδούς με σοβαρή έκκεντρη ανεπάρκεια central-centromedial μικτής αιτιολογίας λόγω billowing με εκφύλιση των άκρων αμφότερων γλωχίνων και συνοδό doming και fusion κορυφαίων τμημάτων Α2/Ρ2, Α3/Ρ3 με πρόπτωση αυτών, πιθανή ρήξη τενόντιας χορδής Α2/Α3 ζώνης, διάταση μιτροειδικού δακτυλίου και ήπια-μέτρια στένωση (PGmean=10mmHg, υπερεκτίμηση διαβαλβιδικής κλίσης πίεσης λόγω σοβαρού παλίνδρομου όγκου).Μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας (πολλαπλές παλίνδρομες ροές) με ήπια πρόπτωση πρόσθιας γλωχίνας και πνευμονική υπέρταση (PASP=52mmHg).Η στεφανιογραφία ανέδειξε στεφανιαίες αρτηρίες χωρίς σημαντικές στενώσεις. Δεδομένης της υψηλής πιθανότητας ανθεκτικής επιδιόρθωσης (ένδειξη IIa), υπεβλήθη εντός εβδομάδος σε ελάχιστα επεμβατική με δεξιά mini-στερνοτομή χειρουργική επιδιόρθωση της μιτροειδούς με τοποθέτηση δακτυλίου.Εντός ημερών επανεισήχθη λόγω υποτροπιάζουσας κολπικής ταχυκαρδίας, ανατασσόμενης με αμιωδαρόνη, και απομόνωσης Enterococcusfaecalis από αιμοκαλλιέργειες, αντιμετωπισθέντα με αμπικιλλίνη/σουλμπακτάμη. Μετεγχειρητική ηχωκαρδιογραφία:διάταση δεξιάς κοιλίας με διατηρημένη συστολική λειτουργία, παρουσία μιτροειδικού δακτυλίου με στένωση μιτροειδούς (meanPG=10mmHg), Grade II διαστολική δυσλειτουργία, σοβαρή ανεπάρκεια τριγλώχινας (αορτοποίηση σήματος) με σημαντική πνευμονική υπέρταση και διάταση στεφανιαίου κόλπου.Παρά την έξοδο υπό βισοπρολόλη, αμλοδιπίνη και φουροσεμίδη, εντός μηνός επανεισήχθη με εκσεσημασμένο οίδημα κάτω άκρων και αμφίπλευρες πλευριτικές συλλογές, βελτιούμενη κλινικά με ενδοφλέβια αποιδηματική θεραπεία. Συμπέρασμα:Παρά τα ευνοϊκά αποτελέσματα της ελάχιστα επεμβατικής επιδιόρθωσης της ΠΑΜ αναδεικνύεται η πιθανότητα εμφάνισης σημαντικής πρώιμης μετεγχειρητικής νοσηρότητας ακόμη και σε νέους ασθενείς.Η προϋπάρχουσα διάταση αριστερού κόλπου, η πνευμονική υπέρταση και η επιβάρυνση της δεξιάς κοιλίας ενδέχεται να συμβάλλουν στη δυσμενή πρώιμη έκβαση.Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη βελτιστοποίηση της επιλογής ασθενών και τη διερεύνηση πιθανών φυλετικών διαφορών στην πρόγνωση και στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.





Μυοκαρδιοπάθειες, περικαρδική νόσος ,συγγενείς καρδιοπάθειες / Myocardiopathies

Πρόεδροι: **Μ. Τουλουπάκη** (Αθήνα), **Χ. Καπέλιος** (Αθήνα)
Chairpersons: **. Touloupaki** (Athens) **C. Kapelios** (Athens)

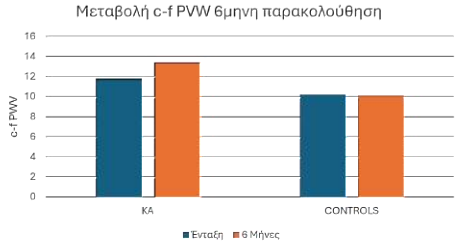
ΑΑ223|Αγγειακή και μυοκαρδιακή προσβολή στην Καρδιακή Αμυλοείδωση. Παράλληλη ή ανεξάρτητη εξέλιξη;

Δ. Κορέλα[1], Ε. Φουκαράκης[1], Α. Πλευριτάκη[2], Σ. Μαραγκουδάκης[3], Ι. Αναστασίου[2], Α. Πατριανάκος[2], Σ. Κουκουράκη[4], Χ. Ποντικόγλου[5], Μ. Ψυλλάκη[6], Ε. Παπαδάκη, Ι. Ζαγανάς[7], Δ. Σαμωνάκης[8], Ε. Δετοράκης[9], Ι. Πετράκης[10], Κ. Στυλιανού[11], Γ. Χλουβεράκης[12], Ε. Γιαννακουδάκης[13], Ε. Σημαντηράκης[2], Ν. Καψωριτάκης[14], Γ. Κοχιαδάκης[2], Μ. Μαρκέτου[2]

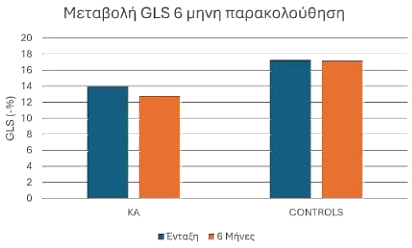
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [5]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Αιματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [6]Αιματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [7]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Νευρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [8]Γαστρεντερολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [9]Ακτινολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [10]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Νεφρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [11]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Νεφρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου, [12]Τμήμα Βιοστατιστικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, [13]Νευρολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [14]Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου

Εισαγωγή/Σκοπός: Η καρδιακή αμυλοείδωση (ΚΑ) αποτελεί ετερογενή νοσολογική οντότητα η οποία χαρακτηρίζεται από παθολογική αναδίπλωση συγκεκριμένων πρωτεϊνών και επακόλουθο σχηματισμό αδιάλυτων ινιδίων αμυλοειδούς, τα οποία εναποτίθενται κατά κύριο λόγο στον εξωκυττάριο χώρο οργάνων και ιστών, οδηγώντας προοδευτικά σε δομική βλάβη και δυσλειτουργία, καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες. Η εναπόθεση αμυλοειδούς στα αγγεία δύναται να προκαλέσει είτε μορφολογική ανωμαλία με εικόνα πάχυνσης του τοιχώματος των αγγείων, είτε διαταραχή στη λειτουργία του ενδοθηλίου. Η αρτηριακή σκληρία, η οποία αξιολογείται με την ταχύτητα διάδοσης σφυγμικού κύματος [Pulse Wave Velocity (PWV)], αποτελεί δείκτη γήρανσης του αγγειακού συστήματος και εργαλείο εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο η εξέλιξή της και η συσχέτισή της με τη μυοκαρδιακή δυσλειτουργία παραμένουν ανεπαρκώς μελετημένες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εξέλιξης της αρτηριακής σκληρίας και της μυοκαρδιακής προσβολής, όπως η τελευταία αποτυπώθηκε με μέτρηση της επιμήκους παραμόρφωσης του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας [global longitudinal strain (GLS)] σε ασθενείς με ΚΑ κατά τη διάρκεια εξάμηνης παρακολούθησης.Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 31 ασθενείς με ΚΑ (AL και ATTR). Όλοι υποβλήθηκαν σε πλήρη υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση και μέτρηση PWV — καρωτιδο-μηριαίας (c-f) και καρωτιδο-κερκιδικής (c-r) — κατά την ένταξη και στους 6 μήνες. Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν ηλικιακά και φυλετικά αντιστοιχισμένα άτομα με παρόμοιους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Αποτελέσματα: Αξιοσημείωτο εύρημα αποτέλεσε η σημαντική αύξηση της αρτηριακής σκληρίας στους ασθενείς με ΚΑ [τόσο της c-f PWV όσο και της c-r PWV (p<0.001 και p=0.005 αντίστοιχα)] σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το GLS επιδεινώθηκε σημαντικά (από -14±4,4% σε -12,8±4,9%, p=0.018) στο group της ΚΑ. Ωστόσο διαπιστώθηκε ασθενής συσχέτιση μεταξύ της αύξησης της c-r PWV και της επιδείνωσης του GLS (p=0.3, p=0.095). Συμπεράσματα: Τόσο η αρτηριακή σκληρία όσο και η μυοκαρδιακή δυσλειτουργία επιδεινώνονται προοδευτικά σε ασθενείς με ΚΑ. Η ασθενής συσχέτιση μεταξύ PWV και GLS υποδηλώνει ότι εξελίσσονται πιθανότατα μέσω εν μέρη ανεξάρτητων μηχανισμών, γεγονός που καθιστά αναγκαία περαιτέρω έρευνα για την κατανόηση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασής τους στην ΚΑ. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της στενής παρακολούθησης και της έγκαιρης παρέμβασης.

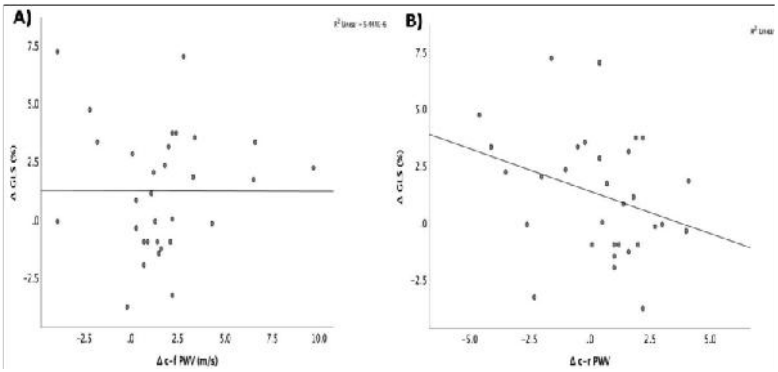
Αύξηση αρτηριακής σκληρίας στο group ΚΑ (c–f PWV) από 11.8 ± 2.7 σε 13.4 ± 2.9 **(p=0.008)**



Επιδείνωση GLS στο group ΚΑ από −14.02 ± 4.4 % σε −12.8 ± 4.9 % **(p=0.02)**



Ασθενής συσχέτιση μεταξύ αύξησης **c–f PWV** και επιδείνωσης **GLS** (p= 0.3, p= 0.095)

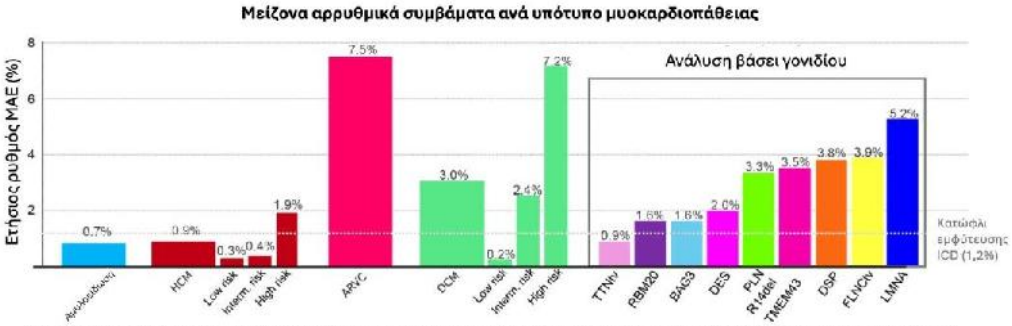


ΑΑ224|Αρρυθμικός κίνδυνος έναντι κινδύνου καρδιακής ανεπάρκειας σε όλο το φάσμα των φαινοτύπων και γονοτύπων των μυοκαρδιοπαθειών

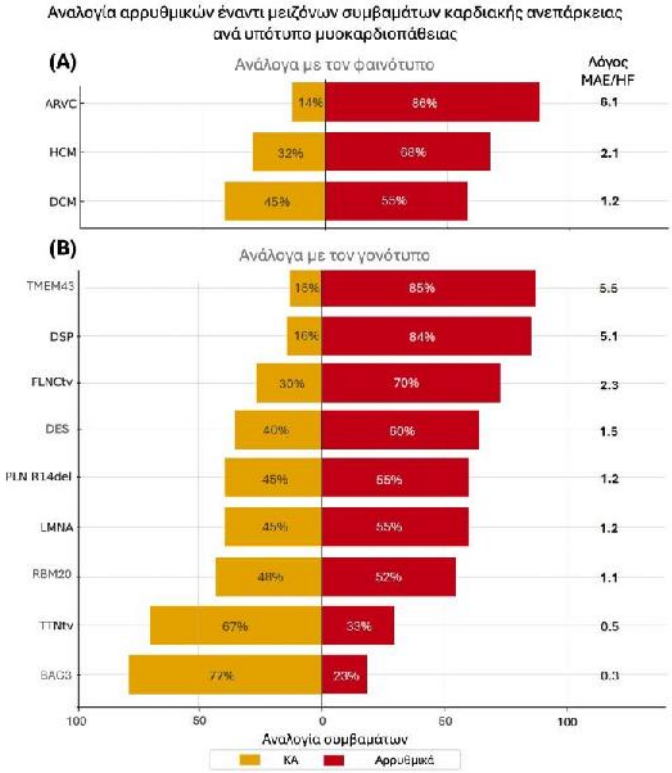
Β. Γαρδικιώτη[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Θ. Γκόσιος[3], Α. Κορδαλής[1], Α. Κασιακόγιας[1], Δ. Τερεντές-Πρίντζιος [1], Γ. Ευθυμιάδης[2], Γ. Λάζαρος[1], Κ Τσιούφης[4], Χ. Βλαχόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΑΧΕΠΑ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός. Οι κληρονομικές μυοκαρδιοπάθειες χαρακτηρίζονται από ετερογενή κλινική πορεία, με διαφορετική σχετική επικράτηση κακοήθων κοιλιακών αρρυθμιών και προοδευτικής καρδιακής ανεπάρκειας. Σκοπός της μελέτης ήταν η ποσοτική εκτίμηση και σύγκριση των κυρίαρχων τρόπων κλινικής εξέλιξης ανά φαινότυπο και γονότυπο, καθώς η σχετική επικράτηση αρρυθμικών και συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας δεν έχει συγκριθεί συστηματικά μεταξύ των υποτύπων. Υλικό και μέθοδος. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική σύνθεση δημοσιευμένων δεδομένων, χρησιμοποιώντας συγκεντρωτικά στοιχεία συμβαμάτων και ανθρωποετών από αντιπροσωπευτικές μελέτες διαχρονικής παρακολούθησης. Ως μείζονα αρρυθμικά συμβάματα ορίστηκαν η εμμένουσα κοιλιακή αρρυθμία, οι κατάλληλες θεραπείες εμφυτεύσιμου απινιδωτή, ο αναταχθείς αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ή ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος. Ως μείζονα συμβάματα καρδιακής ανεπάρκειας ορίστηκαν ο θάνατος λόγω τελικού σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας, η εμφύτευση συσκευής υποβοήθησης αριστερής κοιλίας ή η μεταμόσχευση καρδιάς. Υπολογίστηκαν ετήσιοι ρυθμοί συμβαμάτων ανά 100 ανθρωποέτη και ο λόγος αρρυθμικών συμβαμάτων προς συμβάματα καρδιακής ανεπάρκειας. Αποτελέσματα. Συμπεριλήφθηκαν 35 αντιπροσωπευτικές μελέτες, με συνολικά n=31.660 άτομα. Σε επίπεδο φαινοτύπου, η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας εμφάνισε σαφή αρρυθμική επικράτηση (7,46 αρρυθμικά έναντι 1,17 συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας ανά 100 ανθρωποέτη, λόγος 6,4). Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια παρουσίασε επίσης επικράτηση αρρυθμικών συμβαμάτων, με λόγο 2,4, ενώ η διατατική μυοκαρδιοπάθεια εμφάνισε πιο ισορροπημένο προφίλ, με λόγο 1,2 (Εικόνα 1 και 2Α). Σε επίπεδο γονότυπου, αρρυθμική επικράτηση παρατηρήθηκε σε φορείς παραλλαγών της διαμεμβρανικής πρωτεΐνης 43 (transmembrane protein 43, TMEM43) και της δεσμοπλακίνης (desmoplakin, DSP), με λόγους 5,5 και 5,1 αντίστοιχα, καθώς και σε φορείς παραλλαγών απώλειας λειτουργίας της φιλαμίνης C (filamin C truncating variants, FLNCtv), με λόγο 2,3. Αντίθετα, κλινική πορεία με επικράτηση συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας τελικού σταδίου παρατηρήθηκαν σε φορείς παραλλαγών του BCL2-associated athanogene 3 (BAG3) και σε φορείς παραλλαγών απώλειας λειτουργίας της τιτίνης (titin truncating variants, TTNtv), με λόγους 0,3 και 0,5 αντίστοιχα. Οι παραλλαγές της λαμίνης A/C (lamin A/C, LMNA) χαρακτηρίστηκαν από υψηλούς απόλυτους ρυθμούς και σχεδόν ισορροπημένη αναλογία αρρυθμικών συμβαμάτων και συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας (5,17 έναντι 4,37 ανά 100 ανθρωποέτη και αναλογία 1,2) (Εικόνα 1 και 2Β). Συμπεράσματα. Οι κληρονομικές μυοκαρδιοπάθειες εμφανίζουν διακριτά πρότυπα επικράτησης αρρυθμικών έναντι συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας ανάλογα με τον φαινότυπο και τον γονότυπο, και ο εντοπισμός αυτών μπορεί να συμβάλει σε εξατομικευμένες στρατηγικές παρακολούθησης και στην ιεράρχηση σχετικών παρεμβάσεων.



Εικόνα 1. Ετήσιος ρυθμός μειζόνων αρρυθμικών συμβαμάτων ανά υπότυπο μυοκαρδιοπάθειας. Η διακεκομμένη γραμμή (1,2%/έτος) αντιστοιχεί στο ανηγμένο στο έτος κατώφλι του ορίου 6% του δεκαετούς κινδύνου του μοντέλου HCM Risk-SCD για απόφαση εμφύτευσης διαθωρακίου απινιδωτή (ICD). Συντομογραφίες: MAE: μείζονα αρρυθμικά συμβάματα, ARVC: αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας, DCM: διατατική μυοκαρδιοπάθεια, HCM: υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, TMEM43: διαμεμβρανική πρωτεΐνη 43, DSP: δεσμοπλακίνη, FLNCtv: παραλλαγές απώλειας λειτουργίας της φιλαμίνης C, DES: δεσμίνη, PLN: φωσφολαμβάνη, LMNA: λαμίνη A/C, RBM20: RNA-δεσμευτική πρωτεΐνη 20, TTNtv: παραλλαγές απώλειας λειτουργίας της τιτίνης, BAG3: BCL2-associated athanogene 3.



Εικόνα 2. Σχετική κατανομή αρρυθμικών συμβαμάτων έναντι μειζόνων συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας ανά έτος, ανά υπότυπο μυοκαρδιοπάθειας. Απεικονίζεται η αναλογία αρρυθμικών συμβαμάτων και συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας σε επίπεδο φαινοτύπου (A) και γονοτύπου (B), καθώς και ο αντίστοιχος λόγος MAE/HF. Τιμές λόγου MAE/HF >1 υποδηλώνουν επικράτηση αρρυθμικών συμβαμάτων, ενώ τιμές <1 υποδηλώνουν επικράτηση συμβαμάτων καρδιακής ανεπάρκειας. Συντομογραφίες: MAE: μείζονα αρρυθμικά συμβάματα, HF: καρδιακή ανεπάρκεια, ARVC: αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια δεξιάς κοιλίας, HCM: υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, DCM: διατατική μυοκαρδιοπάθεια, TMEM43: διαμεμβρανική πρωτεΐνη 43, DSP: δεσμοπλακίνη, FLNCtv: παραλλαγές απώλειας λειτουργίας της φιλαμίνης C, DES: δεσμίνη, PLN R14del: παραλλαγή R14del της φωσφολαμβάνης, LMNA: λαμίνη A/C, RBM20: RNA-δεσμευτική πρωτεΐνη 20, TTNtv: παραλλαγές απώλειας λειτουργίας της τιτίνης, BAG3: BCL2-associated athanogene 3.

AA225|Impaired global longitudinal strain is associated with atrial fibrillation in patients with hypertrophic cardiomyopathy

A. Kyvetos[1], I. Liatakis [2], P. Niarchou[1], V. Georgiadou[1], K. Alexopoulou[1], Gr. Trikas[3], E. Prappa[1], A. Trikas[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Η ΕΛΠΙΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/Purpose: Atrial fibrillation (AF) is a common arrhythmic complication of hypertrophic cardiomyopathy (HCM), affecting approximately 20–30% of patients and contributing substantially to morbidity, thromboembolic risk, and heart failure progression (1,2). Global longitudinal strain (GLS) has emerged as a sensitive marker of subclinical

myocardial dysfunction, providing incremental information beyond left ventricular ejection fraction (3). The aim of this study was to investigate clinical, echocardiographic, cardiac magnetic resonance, and genetic characteristics associated with AF in a single-center HCM cohort. Material and Method: A retrospective analysis was performed in 61 consecutive patients with HCM followed at a dedicated cardiomyopathy clinic. Patients were stratified according to the presence of documented AF. Clinical, echocardiographic, cardiac magnetic resonance, and genetic parameters were compared between groups. Continuous variables were analyzed using independent-samples t-tests, while categorical variables were compared using chi-square or Fisher's exact tests, as appropriate. Results: Among 49 patients with available rhythm data, AF was present in 10 patients (20.4%). Patients with AF tended to be younger than those without AF (45.2±15.3 vs 56.4±17.0 years, p=0.060). GLS was significantly impaired in patients with AF compared with those without AF (-11.5±4.1% vs -16.2±3.4%, p=0.001). Furthermore, AF was observed exclusively in patients with abnormal GLS values below 18%, whereas no AF events occurred among patients with preserved GLS (0% vs 28%, p=0.051). No significant differences were observed regarding left ventricular dimensions, maximal wall thickness, E/e' ratio, left atrial volume index, right ventricular systolic pressure, presence of systolic anterior motion, late gadolinium enhancement, hypertension, family history of sudden cardiac death, or genetic profile. A trend toward higher HCM Risk-SCD score was observed among patients with AF (4.3±1.9 vs 2.8±2.0, p=0.098). Conclusions: In this single-center HCM cohort, impaired GLS emerged as the strongest imaging marker associated with AF. Patients with AF demonstrated significantly worse myocardial deformation despite the absence of significant differences in conventional structural or cardiac magnetic resonance parameters. These findings suggest that GLS may identify early myocardial dysfunction and could serve as a useful marker for AF risk stratification in patients with HCM.

Variable	AF (-) (n=39)	AF (+) (n=10)	p-value
Age (years)	56.4 ± 17.0	45.2 ± 15.3	0.060
EF (%)	63.7 ± 4.7	58.0 ± 9.8	0.123
LVEDD (mm)	45.4 ± 4.9	46.2 ± 7.5	0.749
LVESD (mm)	28.6 ± 4.0	32.1 ± 8.1	0.238
IVS (mm)	15.3 ± 3.4	17.8 ± 6.6	0.293
MWT (mm)	16.7 ± 2.9	18.2 ± 6.4	0.515
E/e'	12.0 ± 5.6	13.1 ± 5.1	0.575
LAVI (mL/m²)	46.7 ± 41.4	36.2 ± 13.2	0.195
RVSP (mmHg)	31.2 ± 10.4	32.9 ± 8.3	0.600
GLS (%)	**−16.2 ± 3.4**	**−11.5 ± 4.1**	**0.001**
HCM Risk-SCD (%)	2.8 ± 2.0	4.3 ± 1.9	0.125

Variable	AF (-)	AF (+)	p-value
Female sex	14/39 (35.9%)	6/10 (60.0%)	0.279
HOCM phenotype	8/39 (20.5%)	2/10 (20.0%)	1.000
SAM present	11/39 (28.2%)	2/10 (20.0%)	1.000
LGE present	26/37 (70.3%)	8/9 (88.9%)	0.409
Hypertension	15/39 (38.5%)	5/10 (50.0%)	0.720
Syncope	3/39 (7.7%)	1/10 (10.0%)	1.000
Family history of SCD	7/39 (17.9%)	0/10 (0%)	0.319
Pathogenic variant	7/13 (53.8%)	2/6 (33.3%)	0.500
GLS <18%	18/29 (62.1%)	7/7 (100%)	0.051

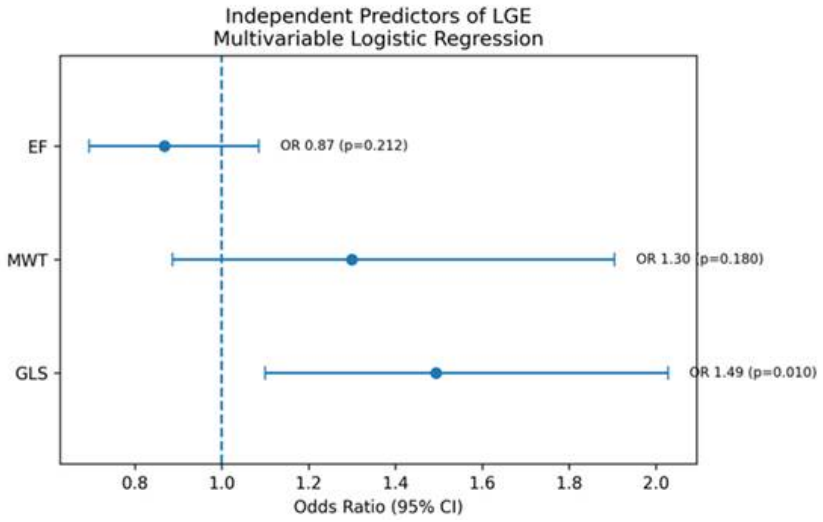
AA226|Global Longitudinal Strain Is an Independent Predictor of Myocardial Fibrosis in Hypertrophic Cardiomyopathy

A.Kyvetos[1], I. Liatakis[2], P. Niarchou[1], V. Georgiadou[1], S. Prapa[1], Foteini Gialeli[1], A. Trikas[1], E. Prappa[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction/Purpose: Myocardial fibrosis, detected as late gadolinium enhancement (LGE) on cardiac magnetic resonance imaging, is a hallmark of hypertrophic cardiomyopathy (HCM) and has been associated with adverse clinical outcomes, including ventricular arrhythmias and sudden cardiac death. Global longitudinal strain (GLS) has emerged as

a sensitive marker of subclinical myocardial dysfunction; however, its relationship with myocardial fibrosis remains incompletely understood. The aim of this study was to investigate clinical, echocardiographic, genetic, and imaging predictors of LGE in a single-center HCM cohort. Material and Methods: We retrospectively analyzed 61 consecutive patients with HCM followed at a dedicated cardiomyopathy clinic. Patients were categorized according to the presence or absence of LGE on cardiac magnetic resonance imaging. Clinical, echocardiographic, strain, and genetic parameters were compared between groups using independent-samples t-tests and χ^2/Fisher exact tests. Variables associated with LGE in univariable analysis were entered into a multivariable logistic regression model. Results: Among 46 patients with available cardiac magnetic resonance data, LGE was present in 34 (73.9%). Patients with LGE demonstrated significantly impaired GLS compared with those without LGE (-13.6±4.0% vs -18.2±2.4%, p<0.001). The prevalence of LGE was significantly higher among patients with GLS <8% (84.0% vs 36.4%, p=0.008) and GLS <6% (89.5% vs 47.1%, p=0.010). Patients with LGE also exhibited greater maximal wall thickness (17.7±3.8 vs 15.2±3.4 mm, p=0.047), lower left ventricular ejection fraction (61.5±6.9% vs 64.9±3.8%, p=0.045), and higher HCM Risk-SCD score (3.56±2.13 vs 1.51±0.50, p<0.001). No significant associations were observed for age, sex, hypertension, atrial fibrillation, family history of sudden cardiac death, syncope, phenotype, or genetic status. In multivariable logistic regression analysis including GLS, maximal wall thickness, and left ventricular ejection fraction, GLS emerged as the only independent predictor of LGE (OR 1.49, p=0.010), whereas maximal wall thickness (OR 1.30, p=0.180) and ejection fraction (OR 0.87, p=0.212) were not independently associated with fibrosis. The model demonstrated good performance (χ^2=16.07, p=0.001; Nagelkerke R^2=0.501) with an overall classification accuracy of 81.1%. Conclusions: Impaired GLS is strongly associated with myocardial fibrosis in HCM and represents the only independent predictor of LGE in multivariable analysis. GLS outperformed conventional echocardiographic markers, including maximal wall thickness and ejection fraction, suggesting that myocardial



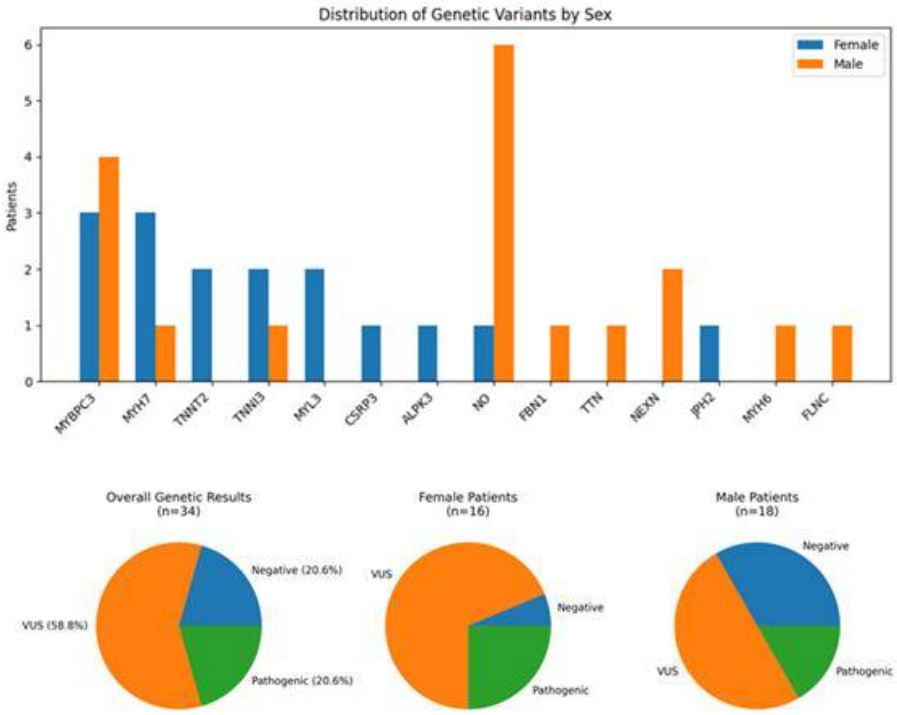
AA227|Introduction/Purpose Risk stratification for sudden cardiac death (SCD) remains a cornerstone of hypertrophic cardiomyopathy (HCM) management. Although current guidelines rely on established clinical risk factors, the role of myocardial deformation imaging

A. Kyvetos[1], I. Liatakis[2], P. Niarchou[1], V. Georgiadou[1], S. Prapa[1], E. Prappa[1], A. Trikas[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Background: Genetic testing has become an integral component of the diagnostic evaluation of patients with hypertrophic cardiomyopathy (HCM). However, data regarding sex-related differences in the distribution of genetic variants remain limited. This study aimed to investigate the relationship between sex and genetic findings in a single-center HCM cohort.Methods: We retrospectively analyzed consecutive HCM patients followed at a dedicated cardiomyopathy clinic who underwent genetic testing. Genetic results were classified as pathogenic variants, variants of uncertain significance (VUS), or negative findings. The distribution of individual genes and genetic categories was assessed according to sex.Results: A total of 34 patients with available genetic testing results were included (47.1% female). Pathogenic variants were identified in 7 patients (20.6%), VUS in 20 (58.8%), and negative genetic testing in 7 (20.6%). Female patients more frequently exhibited positive genetic findings, with only one female patient having negative genetic testing compared with six male patients. Among females, the most commonly identified genes were MYBPC3 (18.8%), MYH7 (18.8%), TNNT2 (12.5%), and TNNI3 (12.5%). In contrast, male patients demonstrated greater genetic heterogeneity, including variants in MYBPC3, MYH7, TTN, NEXN, FLNC, and MYH6. Pathogenic variants were

observed in 25.0% of females and 16.7% of males, whereas negative genetic testing was more frequent in males (33.3% vs. 6.3%). Variants of uncertain significance represented the predominant category in both sexes (68.8% in females and 50.0% in males). Conclusions: In this single-center HCM cohort, female patients demonstrated a higher prevalence of positive genetic findings and a lower frequency of negative genetic testing compared with males. Sarcomeric genes, particularly MYBPC3 and MYH7, accounted for the majority of identified variants. These findings support the clinical value of genetic testing in HCM and suggest potential sex-related differences in the genetic architecture of the disease that warrant further investigation in larger cohorts.

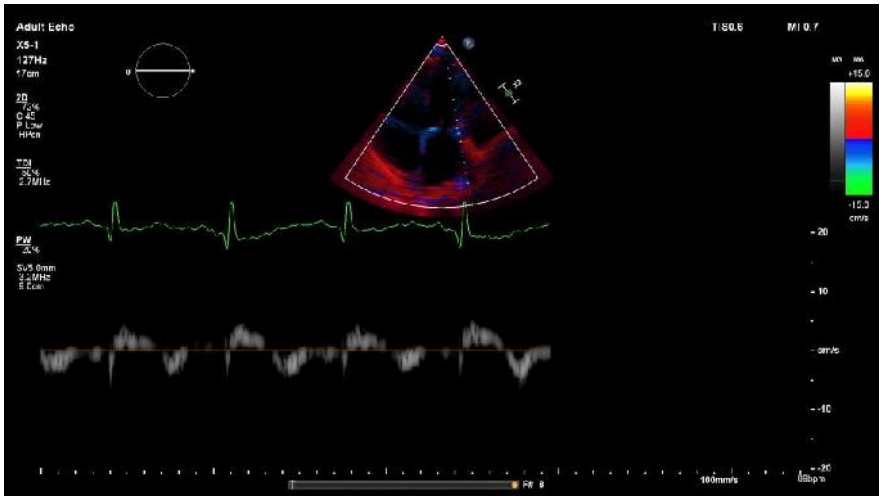


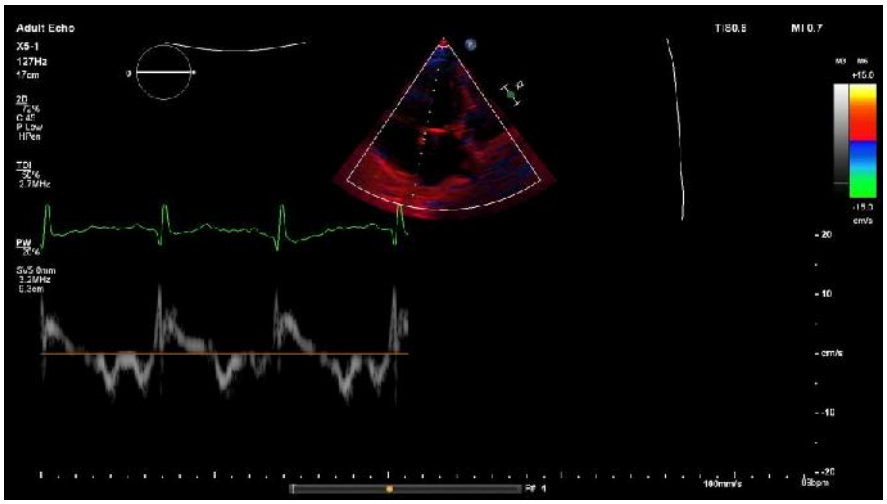
ΑΑ228|Συμπιεστική περικαρδίτιδα σε ασθενή με ιστορικό λεμφώματος Hodgkin-ακτινοθεραπειας

Ν.Ο. Μίνως[1], Ζ. Πάνος[1], Α. Κρόκος[1], Σ. Καρατασίτσα[1], Χ. Ζούμπα[1], Β. Μπελή[1], Ε. Καλαμπόκη[1], Λ. Μουγάκος[1], Ά. Κότσια[1], Β. Τελάκη[1], Ε. Παππά[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction / Background and Aim: Η περικαρδίτιδα και η συμπιεστική περικαρδίτιδα αποτελούν σπάνιες αλλά σοβαρές επιπλοκές σε ασθενείς με ιστορικό αιματολογικών κακοηθειών, όπως το λέμφωμα Hodgkin, κυρίως λόγω προηγούμενης νόσου, ακτινοθεραπείας ή καρδιακής συμμετοχής. Material and Methods – Case Study:γυναίκα ασθενής με γνωστό ιστορικό λεμφώματος Hodgkin, η οποία προσήλθε με προοδευτική δύσπνοια, εύκολη κόπωση και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας.. Η διαγνωστική διερεύνηση υπερηχοκαρδιογράφημα, που ανέδειξε ευρήματα συμβατά με συμπιεστική περικαρδίτιδα. Results: Η συμπιεστική περικαρδίτιδα (CP) χαρακτηρίζεται από διαταραχή της διαστολικής πλήρωσης λόγω άκαμπτου, ινώδους περικαρδίου,. Το annulus reversus αναφέρεται στην αντιστροφή της φυσιολογικής σχέσης των ταχυτήτων πρώιμης διαστολικής κίνησης (e') στον μιτροειδικό δακτύλιο, όπως μετράται με TDI.Η διάγνωση ενισχύεται σημαντικά όταν συνυπάρχουν: septal bounce, αναπνευστική μεταβολή>% στη μιτροειδική ροή, διαστολική ανάστροφη ροή στις ηπατικές φλέβες, φυσιολογικό/αυξημένο e' και μη συμπιεζόμενη διατεταμένη κάτω κοίλη φλέβα. Conclusions: Η συμπιεστική περικαρδίτιδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με ιστορικό λεμφώματος Hodgkin που παρουσιάζουν σημεία καρδιακής ανεπάρκειας. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω απεικόνισης και η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την πρόγνωση. Η νόσος μπορεί να εξελιχθεί με προοδευτική αιμοδυναμική επιβάρυνση και δυσμενή έκβαση, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση τίθεται σε προχωρημένο στάδιο





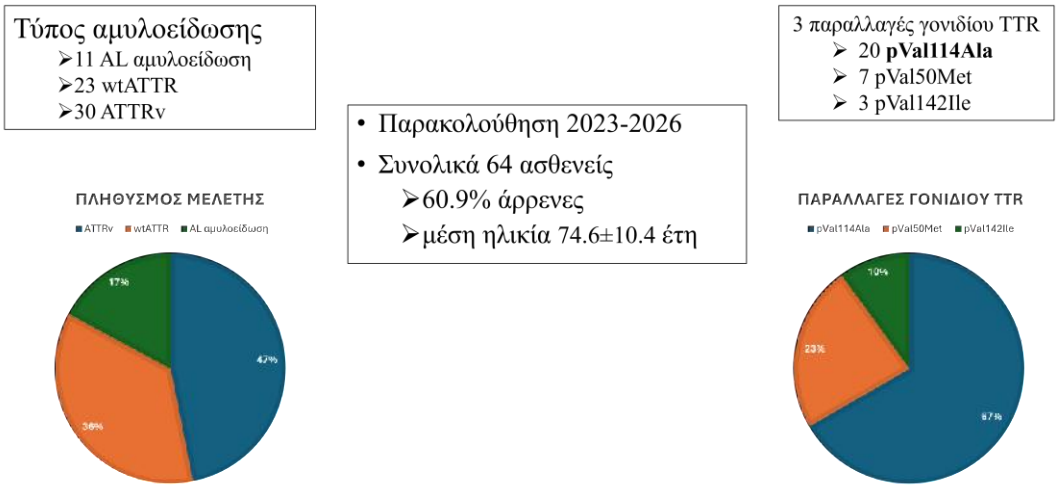
ΑΑ229|Κλινικά χαρακτηριστικά και έκβαση ασθενών με καρδιακή αμυλοείδωση - Η εμπειρία του Κέντρο μας

Δ. Κορέλα[1], Ε. Φουκαράκης[1], Γ. Αλετράς[1], Γ. Απιδιανάκης[1], Ε. Μπαχλιτζανάκη[1], Μ. Στρατινάκη[1], Ε. Χόντα[1], Έ. Ελευθεριάδου[1], Θ. Γεωργοπούλου[1], Ε. Ρογδάκης[1], Σ. Σταυράκης[1], Σ. Σταυράτης[1], Ε. Λαμπρογιαννάκης[1], Α. Νεραντζούλης[1], Ε. Παπουτσάκη[2], Ε. Γιαννακουδάκης[3], Α. Πλευριτάκη[4], Ι. Ζαγανάς[5], Ι. Πετράκης[6], Χ. Ποντικόγλου[7], Σ.Κουκουράκη[8], Ν. Σκανδαλάκη[9], Π. Μπαλαλίδου[1], Μ. Μαρκέτου[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ , [3]Νευρολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, [4]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Νευρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [6]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Νεφρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [7]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Αιματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [8]Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης · Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, [9]Νοσηλευτική Υπηρεσία, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

Εισαγωγή/Σκοπός: Η καρδιακή αμυλοείδωση (ΚΑ) αποτελεί ετερογενή νόσο με διακριτές κλινικές εκφράσεις ανάλογα με τον τύπο της — κληρονομική (ATTRv), μη κληρονομούμενη καρδιακή αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (wtATTR) και αμυλοείδωση από ελεύθερες ελαφρές αλύσους (AL). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή και σύγκριση των κλινικών, υπερηχοκαρδιογραφικών χαρακτηριστικών και της κλινικής έκβασης ασθενών με ΚΑ σε περίοδο τριών ετών.Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη τριών ετών (2023–2026) στην οποία συμπεριλήφθηκαν 64 ασθενείς με ΚΑ (60,9% άρρενες, μέση ηλικία 74,6±10,4 έτη), κατανεμημένους σε τρεις ομάδες: ATTRv (N=30), wtATTR (N=23) και AL αμυλοείδωση (N=11). Επιπλέον εντάχθηκαν 10 φορείς παθογόνου παραλλαγής γονιδίου τρανσθυρετίνης, χωρίς φαινότυπο νόσου (15,6% του συνόλου). Όλοι υποβλήθηκαν σε πλήρη καρδιολογικό έλεγχο ανά 6 μήνες, συμπεριλαμβανομένων υπερηχοκαρδιογραφίας, 24ωρης καταγραφής αρτηριακής πίεσης και

μέτρησης ταχύτητας διάδοσης σφυγμικού κύματος (PWV). Πραγματοποιήθηκε γονοτύπηση TTR σε όλους τους ασθενείς με ATTR αμυλοείδωση. Η κλινική έκβαση αξιολογήθηκε σε 34 ασθενείς με διαθέσιμα δεδομένα ένα έτος μετά την ένταξη.Αποτελέσματα: Στην ATTRv ομάδα απομονώθηκαν τρεις παθογόνες παραλλαγές: p.Val114Ala (38,5%), p.Val50Met (23,3%) και p.Val142Ile (6,7%). Στοχευμένη αγωγή TTR ελάμβανε το 35,9% κατά την ένταξη, ποσοστό που ανήλθε στο 55,3% στους 12 μήνες. Οι ασθενείς με wtATTR-ΚΑ ήταν σημαντικά μεγαλύτεροι (84,8±5,4 έτη, p<0,001), με χαμηλότερη λειτουργική ικανότητα σύμφωνα με τη δοκιμασία βάδισης 6 λεπτών (244,4±67,4 m, p=0,002) και υψηλότερο δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας (141,8 g/m², p<0,001). Υπερηχοκαρδιογραφικά, το πρότυπο apical sparing εμφανίστηκε συχνότερα στους wtATTR και AL ασθενείς (p=0,02). Οι ασθενείς με AL αμυλοείδωση παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές τροπονίνης και NTproBNP (p=0,027 και p=0,015 αντίστοιχα). Κατά την παρακολούθηση 12 μηνών, οι επανανοσηλείες διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων (p=0,006), με υψηλότερα ποσοστά στους wtATTR (73,9%) και AL (81,8%) συγκριτικά με τους ATTRv (30%). Η συνολική θνητότητα ανήλθε στο 12,5%, με σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στην ομάδα AL (36,4%, p=0,03).Συμπεράσματα: Η ΚΑ εκδηλώνεται με διακριτά κλινικά και υπερηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τον υπότυπό της. Οι ασθενείς με wtATTR-ΚΑ και AL αμυλοείδωση εμφανίζουν βαρύτερη κλινική πορεία με υψηλότερα ποσοστά επανανοσηλειών, ενώ η AL αμυλοείδωση φέρει τη μεγαλύτερη θνητότητα. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη εξατομικευμένης παρακολούθησης και έγκαιρης έναρξης στοχευμένης αγωγής.



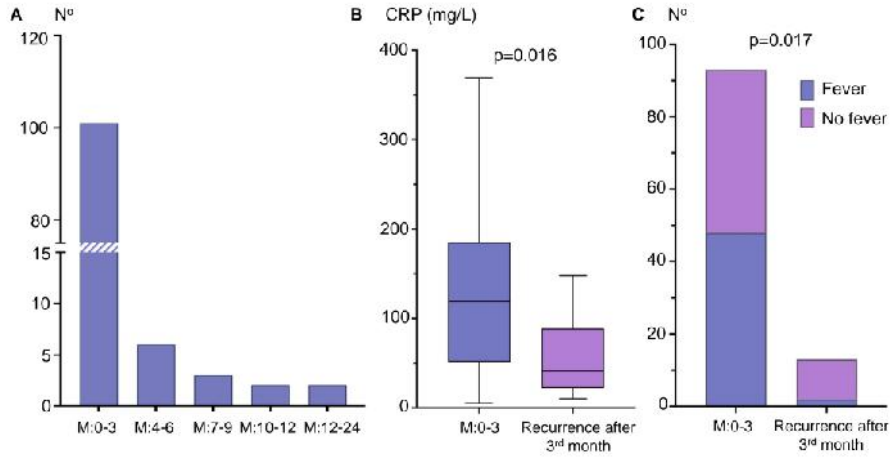
AA230|Χρονική κατανομή των υποτροπών μετά το πρώτο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας

Θ. Τσάμπρας[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Α. Λαζάρου[1], Μ.Ε. Κοιλάκου[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Δ. Κυριακόπουλος[1], Χ. Βλαχόπουλος[1], Κ .Τσιούφης[2], Γ. Λάζαρος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή – Σκοπός: Η υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα αποτελεί τη συχνότερη και πιο προβληματική επιπλοκή μετά από πρώτο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας. Υποτροπή περιγράφεται σε ποσοστό έως ~30% των ασθενών μετά το αρχικό επεισόδιο. Αν και είναι γνωστό ότι ο κίνδυνος υποτροπής παραμένει αυξημένος για διάστημα έως και δύο έτη μετά το αρχικό επεισόδιο, η χρονική κατανομή των υποτροπών δεν έχει διερευνηθεί συστηματικά. Υλικό και Μέθοδος: Στην παρούσα μονοκεντρική προοπτική μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για πρώτο τεκμηριωμένο επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για τουλάχιστον δύο έτη. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης καταγράφηκε η εμφάνιση και ο τύπος της υποτροπής (εμμένουσα (incessant) ή υποτροπιάζουσα (reccurent) περικαρδίτιδα). Ως κύριο καταληκτικό σημείο ορίστηκε η υποτροπή της περικαρδίτιδας. Για την αξιολόγηση της χρονικής κατανομής του κινδύνου, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε πρώιμη υποτροπή (≤3 μήνες από το αρχικό επεισόδιο) και όψιμη υποτροπή (>3 μήνες έως 2 έτη). Έγινε επίσης συστηματική καταγραφή των επιδημιολογικών, κλινικών, απεικονιστικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών των ασθενών και συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά μεταξύ των ασθενών με πρώιμη και όψιμη υποτροπή. Αποτελέσματα: Οι υποτροπές παρουσίασαν έντονη χρονική συγκέντρωση κατά το πρώιμο διάστημα μετά το αρχικό επεισόδιο οξείας περικαρδίτιδας, με το 86.8% όλων των επεισοδίων να εμφανίζονται εντός των πρώτων 3 μηνών μετά το αρχικό επεισόδιο. Η διάμεση χρονική διάρκεια έως την υποτροπή ήταν 35 ημέρες (IQR 30-60). Συνολικά, το 92.1% των υποτροπών εμφανίστηκε εντός των πρώτων 6 μηνών, γεγονός που υποδηλώνει ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο υποτροπής κατά την πρώιμη περίοδο μετά το αρχικό επεισόδιο. Οι ασθενείς με πρώιμη υποτροπή παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερες μέγιστες τιμές της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) κατά την αρχική νοσηλεία σε σύγκριση με εκείνους με όψιμη υποτροπή (p=0.016), ενώ ο πυρετός κατά την εισαγωγή ήταν συχνότερος στους ασθενείς με πρώιμη

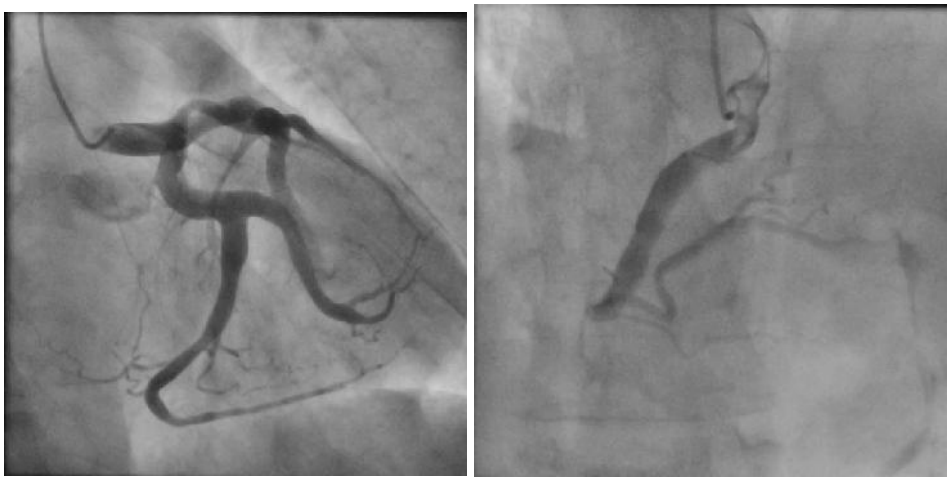
υποτροπή (p=0.017). Τέλος, η χορήγηση κορτικοστεροειδών κατά το αρχικό επεισόδιο συσχετίστηκε σημαντικά με την εμφάνιση υποτροπής της περικαρδίτιδας (p<0.0001).ΣυμπεράσματαΤο μεγαλύτερο φορτίο των υποτροπών της περικαρδίτιδας ομαδοποιείται στους πρώτους 3 έως 6 μήνες μετά το αρχικό επεισόδιο. Αυξημένες τιμές CRP και πυρετός κατά την αρχική εκδήλωση της νόσου συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με υψηλό κίνδυνο υποτροπής κατά το πρώτο τρίμηνο μετά το αρχικό επεισόδιο. Τα ευρήματα αυτά υπαγορεύουν την ανάγκη για εντατικότερη παρακολούθηση και επιθετική αντιμετώπιση σύμφωνα με



ΑΑ231|Επίμονη στηθάγχη σε ασθενή με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια: ασυνήθιστη αγιογραφική εικόνα ανευρυσματικών στεφανιαίων αρτηριών με έντονα βραδεία ροή

Β. Γόγολας[1], Π. Μπούνας[1], Ν. Πλατής[1], Κ.Κ. Τζιάλλας[1], Π. Κοσμάς[1], Δ. Παλαιολόγος[1], Ά.Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η στηθάγχη αποτελεί συχνό σύμπτωμα της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας και αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες όπως η στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία, οι αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις του υπερτροφικού μυοκαρδίου, η διαστολική δυσλειτουργία, η πιθανή συνύπαρξη απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) καθώς και η συνύπαρξη κολπικής μαρμαρυγής ή αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου. Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και επίμονη στηθάγχη, στον οποίο η στεφανιογραφία ανέδειξε ασυνήθιστη εικόνα ανευρυσματικών στεφανιαίων αρτηριών με έντονα βραδεία ροή. Υλικό-Μέθοδοι: Άνδρας 64 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αιτιώμενος στηθαγχικά ενοχλήματα και αίσθημα παλμών από ημερών. Ατομικό αναμνηστικό: μη αποφρακτική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Ζωτικά σημεία: Α.Π: 120/70mmHg, ΚΣ:130σφύξεις/λεπτό. SatO2:97%. ΗΚΓ: κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση αγνώστου έναρξης χωρίς διαταραχές του ST-T. Κλινική εξέταση: S1,S2 άρρυθμοι, χωρίς ακουστό φύσημα. Αναπνευστικό ψιθύρισμα ομότιμο αμφοτερόπλευρα. Εργαστηριακός έλεγχος: αυξημένο NT-proBNP: 8165pg/ml χωρίς αύξηση βιοδεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης σε διαδοχικές μετρήσεις. Κατά την υπερηχογραφική εκτίμηση επιβεβαιώθηκε η ασύμμετρη υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος(ΜΚΔ) με ελαφρώς επηρεασμένη συστολική απόδοση της ΑΚ και κλάσμα εξώθησης αυτής~45%. Μικρή ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας βαλβίδας, περικάρδιο ελεύθερο. Αποτελέσματα: Ο ασθενής ετέθη σε 24ωρη παρακολούθηση με τηλεμετρία και αγωγή για έλεγχο της καρδιακής συχνότητας με β-αναστολέα. Λόγω της ήδη γνωστής παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής και της απαρέγκλιτης λήψης αντιπηκτικής αγωγής με απιξαμπάνη, αποφασίστηκε η διενέργεια ηλεκτρικής ανάταξης της αρρυθμίας μιας και δεν κατέστη δυνατόν να γίνει έλεγχος συχνότητας. Παρά την επιτυχή αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού και τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας, ο ασθενής εξακολούθησε να εμφανίζει στηθαγχικά ενοχλήματα και αποφασίστηκε η διενέργεια στεφανιογραφίας. Το στεφανιαίο δίκτυο σκιαγραφήθηκε με διάχυτες ανευρυσματικές διατάσεις και έντονα βραδεία ροή ιδίως στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (Εικόνα 1,2). Βάσει αυτών των ευρημάτων εξατομικεύθηκε η αντιστηθαγχική αγωγή του ασθενούς με προσθήκη ρανολαζίνης. Συμπεράσματα: Η διάχυτη ανευρυσματική διάταση των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών με έντονα βραδεία στεφανιαία ροή αποτελεί εξαιρετικά ασυνήθιστο αγγειογραφικό εύρημα στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διερεύνηση επίμονης στηθάγχης μετά τον αποκλεισμό των συχνότερων αιτίων.



ΑΑ232|Παραμένουσα αριστερή άνω κοίλη φλέβα, τύπος e: παρουσίαση σπάνιου περιστατικού

Ι. Κρανίτσα[1], Ε. Τσίνα[1], Κ. Θεοδωρίδου[1], Ε. Κατσανάκη[1], Κ. Τσιάρας[1], Ι. Ελευθερίου[1], Ε. Μπράχος[1], Σ. Δεσποτόπουλος[2], Σ. Αποστολοπούλου[2], Ν. Κάσσινος[3], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[3], Μ. Καρακώστα[3], Κ. Τσατίρης[1], Π. Ζάχος[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, [3]Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο "Δ. Μπελντεκος" Γ.Ν.Π. Τζάνειο, [4]ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, Γ.Ν.ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η παραμένουσα αριστερή άνω κοίλη φλέβα (PLSVC) αποτελεί μια σπάνια ανωμαλία της συστηματικής φλεβικής κυκλοφορίας. Συχνά συνδέεται με συγγενείς ανωμαλίες (CHD) ή διαταραχές αγωγής. Η συχνότητά της σε άτομα με δομικά φυσιολογική καρδιά εκτιμάται ότι κυμαίνεται γύρω στο 0,3%, ενώ σε ασθενείς με CHD ανέρχεται στο 4%. Ωστόσο, ο αριθμός αυτός ενδέχεται να μην είναι ακριβής, καθώς η PLSVC συχνά παραμένει αδιάγνωστη έως ότου πραγματοποιηθεί καρδιαγγειακή απεικόνιση ή το άτομο υποβληθεί σε επεμβάσεις όπως η εμφύτευση βηματοδότη ή η καρδιοχειρουργική επέμβαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η PLSVC μπορεί να εκβάλλει στον αριστερό κόλπο και να δημιουργήσει παράκαμψη από δεξιά προς αριστερά. Η συχνότητα εμφάνισης απουσίας της δεξιάς άνω κοίλης φλέβας (RSVC) στο πλαίσιο της PLSVC είναι εξαιρετικά σπάνια.Μέθοδοι: Παρουσίαση περιστατικού του Παιδοκαρδιολογικού Ιατρείου και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων της κλινικής μας με PLSVC και απουσία της δεξιάς άνω κοίλης φλέβας. Αποτελέσματα: Πρόκειται για αγόρι 6 ετών, ασυμπτωματικό, το οποίο προσήλθε για προληπτικό έλεγχο. Η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφία (TTE) έδειξε φυσιολογική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, αλλά αποκάλυψε διάταση του στεφανιαίου κόλπου. Από την υποξιφοειδική και την υπερστερνική τομή, η άνω κοίλη φλέβα δεν μπορούσε να απεικονιστεί, ενώ παρατηρήθηκε φλέβα στα αριστερά του αορτικού τόξου. Η έγχυση αναδευόμενου φυσιολογικού ορού τόσο στην αριστερή όσο και στη δεξιά βασιλική φλέβα έδειξε αρχικά πλήρωση του στεφανιαίου κόλπου (CS), ακολουθούμενη από το δεξιό κόλπο και τη δεξιά κοιλία. Προτείναμε ετήσια παρακολούθηση. Συμπεράσματα: Η απουσία της RSVC και της LPSVC αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα στην καρδιαγγειακή απεικόνιση. Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση είναι καλή εφόσον δεν υπάρχει συγγενής καρδιοπάθεια (CHD). Ωστόσο, αυτές οι αγγειακές ανωμαλίες μπορούν να περιπλέξουν διαδικασίες που κατά τα άλλα αποτελούν ρουτίνα, όπως η τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή η εμφύτευση βηματοδότη, καθώς και άλλους τύπους θωρακοχειρουργικών και καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων. Για τον λόγο αυτό, η προεγχειρητική απεικόνιση με έγχυση αναδευόμενου φυσιολογικού ορού, η μαγνητική τομογραφία ή η αξονική τομογραφία είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό της φλεβικής ανατομίας και την κατάλληλη περιεγχειρητική προγραμματισμό.

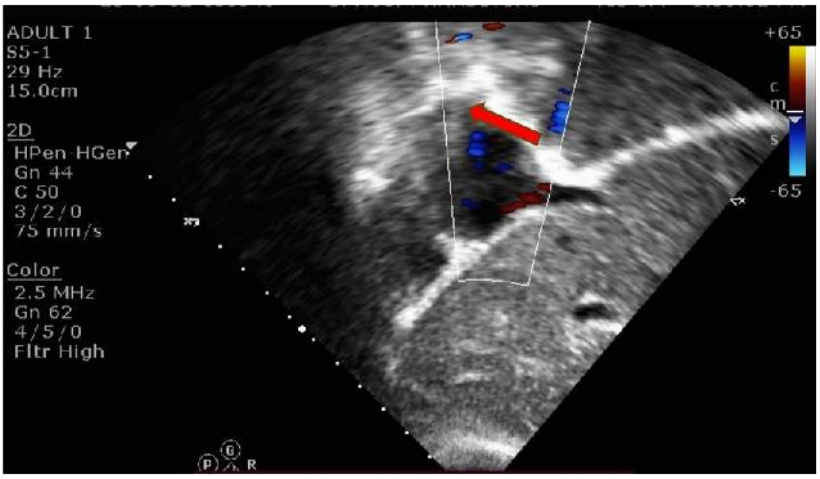


Image 1. Absent SVC drainage (red arrow)

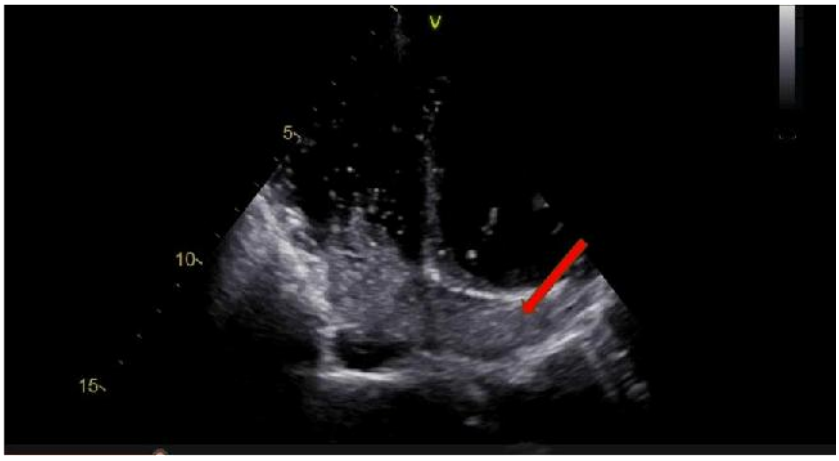


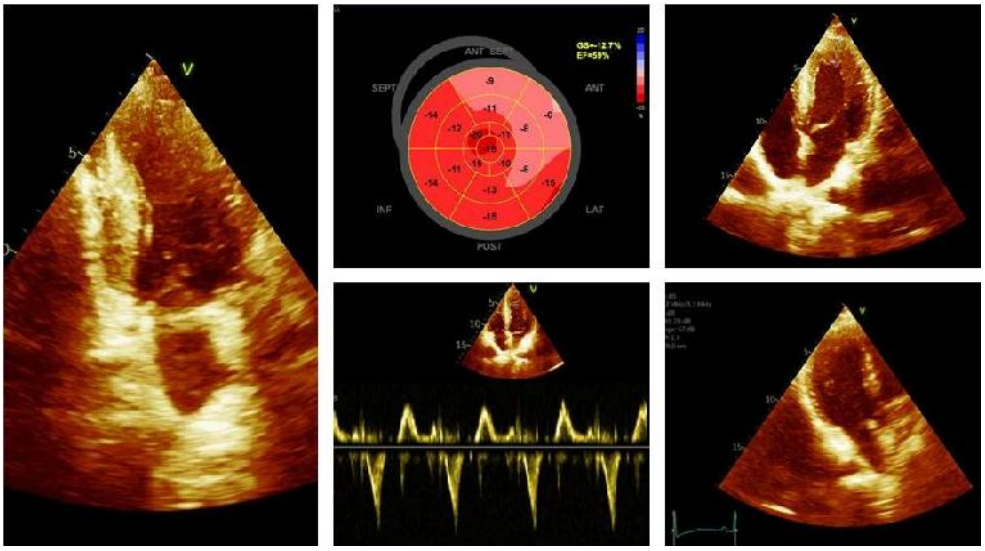
Image 2; Infusion os sagitated saline reveals first opacification of CS (red arrow) followed by the right atrium

AA233|Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια σε έδαφος αταξίας Friedreich

Μ. Μπρίνια[1], Ι. Μαυρογένης[1], Μ. Μυλωνίδης[1], Ν. Τσιάμης[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η αταξία Friedreich είναι μία σπάνια, αυτοσωμική υπολειπόμενη νόσος και αποτελεί τη συχνότερη κληρονομική νωτιαιο – παρεγκεφαλιδική αταξία. Προκαλείται λόγω μετάλλαξης του γονιδίου της φραταξίνης, οδηγώντας σε δυσλειτουργία των μιτοχονδρίων, εμφανίζοντας σημαντική φαινοτυπική πολυμορφία. Η μυοκαρδιοπάθεια σε ασθενείς με αταξία Friedreich είναι συνήθης κλινική εκδήλωση και ενίοτε προηγείται των νευρολογικών διαταραχών. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 24 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω αισθήματος παλμών και καταγραφής 180 σφύξεων/λεπτό σε παλμικό οξύμετρο. Στο (ΤΕΠ) παρατηρήθηκε δυσαρθρία, αταξία βάδισης και αδυναμία κάτω άκρων, 85 σφύξεις/λεπτό, ενώ οι καρδιακοί τόνοι ήταν ευκρινείς και ρυθμικοί χωρίς ακουστό φύσημα. Το ατομικό του ιστορικό περιελάμβανε αταξία Friedreich από 7 ετών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και βρισκόταν υπό αγωγή με ομαβελοξόνη. Στην εισαγωγή, το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό και εικόνα strain αριστερής κοιλίας στις απαγωγές I,aVL,V5,V6 και φυσιολογικό QTc. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας I, BNP (brain natriuretic peptide), C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, κρεατινίνη και δ-διμερή εντός φυσιολογικών ορίων. Το 24ωρο Holter ρυθμού ανέδειξε την παρουσία περίπου 1.000 μονήρων κοιλιακών και λίγων (<0) υπερκοιλιακών εκτάκτων συστολών, χωρίς καταγραφή κολπικής μαρμαρυγής. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε αριστερή κοιλία φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων με διατηρημένη συνολική συστολική λειτουργικότητα, χωρίς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας, κλάσμα εξώθησης=59%, συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων ιδίως στο μέσο κορυφαίο πλάγιο τοίχωμα, χωρίς απόφραξη του χώρου εξόδου και GLS = -12,7%, με μοτίβο «cherry on top» (εικόνα 1). Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (ΜΤΚ) έδειξε αριστερή κοιλία φυσιολογικών εσωτερικών διαστάσεων, με συγκεντρική

υπερτροφία και μάζα αριστερής κοιλίας 169 γραμμάρια. Στις καθυστερημένες ακολουθίες, μετά τη χορήγηση γαδολινίου παρατηρείται αυξημένη ένταση σήματος ενδομυοκαρδιακά στο προσθιοπλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, ενδεικτική ίνωσης μη ισχαιμικής αρχής, μεγαλύτερη σε έκταση και ένταση συγκριτικά με προηγούμενη ΜΤΚ. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με 0,1 γραμμάρια μετοπρολόλης ημερησίως. Επόμενο 24ωρο Holter ρυθμού έδειξε σημαντική μείωση του φορτίου των κοιλιακών και υπερκοιλιακών εκτάκτων συστολών. Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με αταξία Friedreich εμφανίζουν κατά συντριπτική πλειοψηφία συχνές και ποικίλες καρδιολογικές νόσους και ένας συχνός φαινότυπος είναι η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια. Επομένως, συνιστάται η διαχρονική παρακολούθηση αυτών των ασθενών τόσο κλινικά όσο και με τη χρήση ΗΚΓ, υπερηχογραφήματος καρδιάς και ΜΤΚ για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και διαστρωμάτωση κινδύνου αιφνιδίου θανάτου.



ΑΑ234|Μυοκαρδιακό οίδημα και ίνωση στη μυϊκή δυστροφία DUCHENNE: Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας καρδίας

Ε. Καρανάσιος[1], **Α. Γιαννακοπούλου**[1], Α. Μπελεγρίνος[2], Ε. Γρηγοράκη[3], Μ.Α. Γρηγοράκου[4], Ε. Μπελεγρίνος[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΚΠΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μυϊκή δυστροφία Duchenne (Duchenne Muscular Dystrophy, DMD) είναι μια φυλοσύνδετη μυϊκή νόσος που κληρονομείται με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα του Χ χρωμοσώματος και χαρακτηρίζεται από προοδευτική, μη αναστρέψιμη έκπτωση της λειτουργίας των σκελετικών και του καρδιακού μυός. Με τη βελτίωση της αναπνευστικής υποστήριξης, η μυοκαρδιοπάθεια αποτελεί πλέον την κύρια αιτία θνητότητας στους ασθενείς με DMD. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των σύγχρονων δεδομένων σχετικά με τον ρόλο της Καρδιακής Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) στην έγκαιρη διάγνωση, την εκτίμηση και την παρακολούθηση της καρδιακής συμμετοχής στη μυϊκή δυστροφία Duchenne. ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σχετικά με την καρδιακή συμμετοχή στη μυϊκή δυστροφία Duchenne και ειδικότερα τον ρόλο της Καρδιακής Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) στην ανίχνευση του μυοκαρδιακού οιδήματος και της ίνωσης. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE, Scopus και Web of Science, με έμφαση στις μελέτες που αφορούσαν τις κλασικές και νεότερες τεχνικές MRI για την αξιολόγηση της μυοκαρδιακής βλάβης. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η MRI αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την εκτίμηση των παθοφυσιολογικών μεταβολών που χαρακτηρίζουν τη νόσο, όπως το μυοκαρδιακό οίδημα και η υποεπικαρδιακή ίνωση. Η ακολουθία T2-weighted Short Tau Inversion Recovery (T2w-STIR) αποτελεί την κλασική τεχνική για την ανίχνευση του μυοκαρδιακού οιδήματος, ενώ η MRI είναι η πλέον αξιόπιστη μέθοδος για την ανίχνευση και ποσοτικοποίηση της μυοκαρδιακής ίνωσης. Οι νεότερες ποσοτικές τεχνικές, όπως η χαρτογράφηση T1 και T2 (T1/T2 mapping) και ο υπολογισμός του κλάσματος εξωκυττάριου όγκου (Extracellular Volume Fraction, ECV), επιτρέπουν ακριβέστερη εκτίμηση του μυοκαρδιακού οιδήματος και της ίνωσης, συμβάλλοντας στην έγκαιρη ανίχνευση της καρδιακής συμμετοχής. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανίχνευση μυοκαρδιακού οιδήματος και υποεπικαρδιακής ίνωσης στο κατωτεροπλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας αποτελούν τα σημαντικότερα πρώιμα ευρήματα στη μυϊκή δυστροφία Duchenne με διατηρημένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας. Η MRI, χρησιμοποιώντας τόσο τους κλασικούς όσο και τους

νεότερους δείκτες, αποτελεί την πλέον αξιόπιστη μέθοδο για την ανίχνευση και παρακολούθηση αυτών των αλλοιώσεων.

ΑΑ235|Ψυχοκοινωνική επιβάρυνση και ανθεκτικότητα στους γονείς παιδιών και εφήβων με συγγενείς καρδιοπάθειες

Α. Γιαννακοπούλου[1], Α. Μπελεγρίνος[2], Ε. Μπελεγρίνος[2], Μ.Α. Γρηγοράκου[3], Ε. Γρηγοράκη[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΚΠΑ, [3]Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διάγνωση συγγενούς καρδιοπάθειας (ΣΚ) σε ένα παιδί επιφέρει σημαντικές συναισθηματικές, οικονομικές και κοινωνικές επιβαρύνσεις στην οικογένεια, επηρεάζοντας την ψυχοκοινωνική προσαρμογή, την ποιότητα ζωής και τα διαθέσιμα δίκτυα υποστήριξης. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών και της ψυχικής ανθεκτικότητας των γονέων παιδιών και εφήβων με συγγενή καρδιοπάθεια. Παράλληλα, αξιολογήθηκαν οι στρατηγικές αντιμετώπισης, οι στάσεις και οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των εφήβων με συγγενή καρδιοπάθεια. ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν γονείς παιδιών και εφήβων με συγγενή καρδιοπάθεια (N=61) καθώς και έφηβοι ηλικίας 11–17 ετών με συγγενή καρδιοπάθεια (N=31), οι οποίοι είτε νοσηλεύονταν είτε παρακολουθούνταν στο εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο τεταρτοβάθμιου παιδιατρικού νοσοκομείου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων που αφορούσαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και μέσω των εργαλείων General Health Questionnaire (GHQ), Global Psychotrauma Screen (GPS), Resilience Evaluation Scale (RES-9), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) και Parent Stress Index (PSI). Οι έφηβοι συμπλήρωσαν επιπλέον το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην ποιότητα της σχέσης των γονέων μετά τη διάγνωση της συγγενούς καρδιοπάθειας του παιδιού τους (p=0,852). Ωστόσο, οι γονείς εμφάνισαν σημαντικά αυξημένα σωματικά συμπτώματα (p=0,043), υψηλότερα επίπεδα άγχους (p=0,017) και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (p=0,050) κατά την περίοδο που προηγήθηκε της χειρουργικής επέμβασης του παιδιού. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη στάση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος πριν και μετά τη διάγνωση. Αντίθετα, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης συσχετίστηκε θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα (p=0,044) και τη συνολική ψυχική ανθεκτικότητα των γονέων (p=0,022). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 39,3% των γονέων παρουσίασε συμπτώματα μετατραυματικού στρες που σχετίζονταν με τη νόσο του παιδιού τους, ανεξάρτητα από προηγούμενη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του φύλου των γονέων και των επιπέδων άγχους. Επιπλέον, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς τις συναισθηματικές δυσκολίες των παιδιών και εφήβων ανάλογα με το φύλο τους (p>0,05). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γονείς παιδιών και εφήβων με ΣΚ βιώνουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση και προβλήματα υγείας, ιδιαίτερα κατά την αναμονή επικείμενων χειρουργικών επεμβάσεων, παρουσιάζοντας αυξημένα επίπεδα άγχους. Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης φαίνεται να αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας σε σύγκριση με την οικογενειακή ή κοινωνική υποστήριξη. Η έγκαιρη αναγνώριση των γονέων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο δυσκολιών ψυχολογικής προσαρμογής είναι απαραίτητη, προκειμένου να αναπτυχθούν στοχευμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και να βελτιστοποιηθεί η παρεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη.

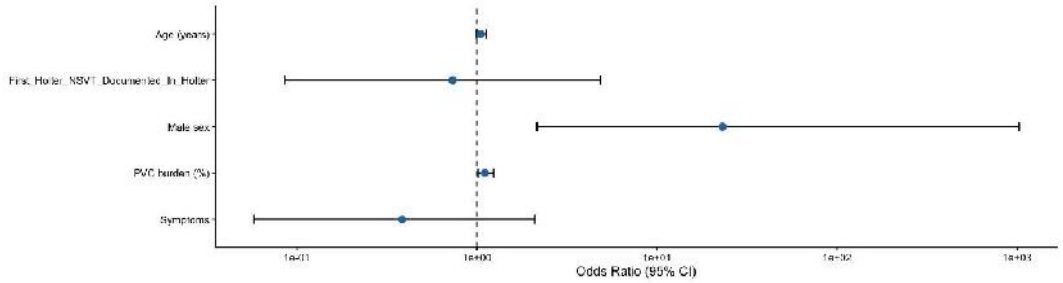
ΑΑ236|Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης μυοκαρδιοπάθειας από έκτακτες κοιλιακές συστολές

Μ. Μπότης[1], Δ.Τσιαχρής[1], Χ. Βόσικας[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Α. Κορδαλής[1], Χ.Κ. Αντωνίου[1], Λ.Η. Μπαρτσιώκα[1], Γ. Μπότης[2], Α.Ε. Καρανικόλα[1], Σ. Κωτούλας[3], Π. Ξύδης[1], Κ .Τσιούφης[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση μυοκαρδιοπάθειας από έκτακτες κοιλιακές συστολές παραμένουν αντικείμενο έρευνας. Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση μυοκαρδιοπάθειας επαγόμενης ή επειδεινούμενης από έκτακτες κοιλιακές συστολές (premature ventricular contractions- PVCs), σε μία σύγχρονη πολυκεντρική κοόρτη. Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 225 ασθενείς, από δύο τριτοβάθμια κέντρα, με πρωτοδιάγνωση συχνών εκτάκτων κοιλιακών συστολών (οριζόμενες ως φορτίο άνωθεν του 10%), χωρίς προγενέστερη δομική καρδιακή νόσο. Εξ' αυτών, σε 37 ασθενείς διαπιστώθηκε έκπτωση του κλάσματος εξώθησης (ejection fraction- EF) κάτω του 50%, ως επί μυοκαρδιοπάθειας επαγόμενης ή επιδεινούμενης από έκτακτες κοιλιακές συστολές. Διερευνήθηκαν παράγοντες σχετιζόμενοι με έκπτωση του EF. Αποτελέσματα: Στην ομάδα με μυοκαρδιοπάθεια επαγόμενη ή επιδεινούμενη από έκτακτες κοιλιακές συστολές, το μέσο EF ήταν 45 ± 5%. Κατά την

μονοπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, το ανδρικό φύλο και το υψηλότερο αρρυθμικό φορτίο 24ωρου συσχετίστηκαν με την μυοκαρδιοπάθεια επαγόμενη ή επιδεινούμενη από έκτακτες κοιλιακές συστολές, ενώ η παρουσία μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας στην 24ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού, η ηλικία και η παρουσία συμπτωματολογίας δεν εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση με την έκβαση. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, τόσο το ανδρικό φύλλο όσο και το αρρυθμικό φορτίο 24ωρου διατήρησαν την στατιστική τους σημαντικότητα (Πίνακας, Εικόνα). Συμπεράσματα: Το άρρεν φύλλο και το αυξανόμενο αρρυθμικό φορτίο είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες μυοκαρδιοπάθειας επαγόμενης ή επιδεινούμενης από έκτακτες κοιλιακές συστολές, σε ασθενείς χωρίς ήδη διαγνωσμένη δομική καρδιακή νόσο.



Characteristic	OR	95% CI	p-value
Age	1.05	0.99, 1.12	0.11
Gender			
0	—	—	
1	23.1	2.15, 1,023	**0.036**
Symptoms			
0	—	—	
1	0.38	0.06, 2.09	0.3
First_Holter_Burden	1.11	1.01, 1.24	**0.041**
First_Holter_NSVT_Documented_In_Holter	0.73	0.09, 4.84	0.8

Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio

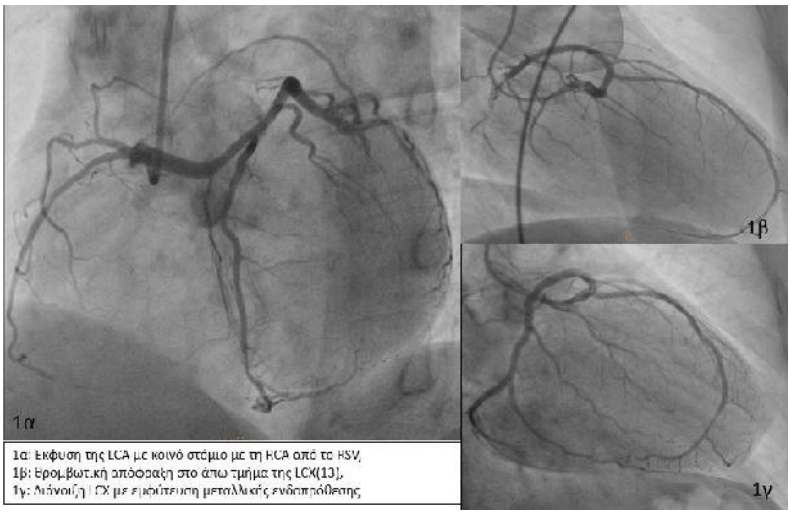
AA237|Καλοήθης ή δυνητικά κακοήθης; Δύο σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες στεφανιαίων αρτηριών με διαφορετική κλινική σημασία

Ε. Λαδοπούλου[1], Α. Μπόλη[1], Β. Αντωνόπουλος[1], Ι. Λεβέντης[1], Ι. Παράσχου[1], Ν. Χρυσάκης[1], Ε. Κατσιμπέρη[1], Ν. Ιακωβής[1], Α. Ζάγουρας[1], Χ. Πάντσιος[1], Μ. Παπαμιχάλης[1], Α. Ανυφαντάκης[1], Α. Χαμαϊδή[1], Δ. Οικονόμου[1], Α. Ξανθόπουλος[1], Γ. Γιαμούζης[1], Ι. Σκουλαρίγκης[1]

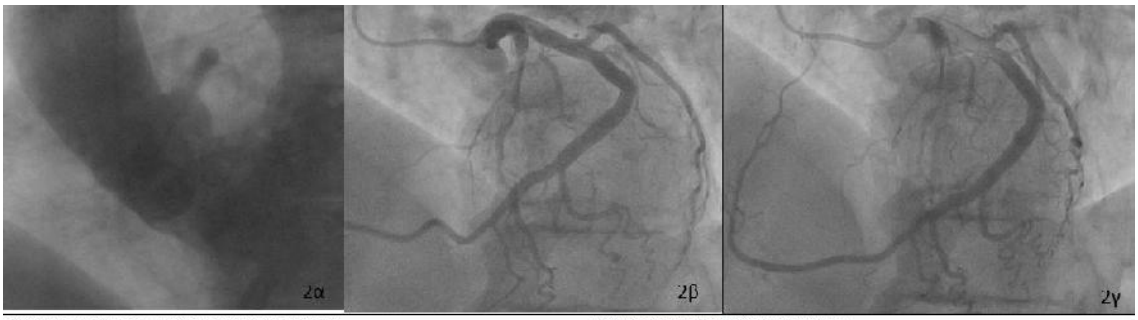
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών αποτελούν σπάνια ευρήματα στεφανιογραφικού ελέγχου με συχνότητα 0,2-1,3%. Η συχνότερες αποτελούν η ξεχωριστή έκφυση προσθίου κατιόντα (LAD) και περισπώμενης (LCX) από τον αριστερό στεφανιαίο κόλπο (LSV) (0,4-1%) και η ανώμαλη έκφυση της LCX από το δεξιό στεφανιαίο σύστημα (RSV) (0,18-0,67%). Πιο σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική μορφή αποτελεί η έκφυση του στελέχους (LCA) από το RSV με μεσοαρτηριακή πορεία που εμφανίζεται σε 0,02-0,15% των ασθενών που υποβάλλονται σε κλασσική στεφανιογραφία. Υλικά/ Μέθοδος: Παρουσιάζονται δύο περιστατικά της κλινικής μας με μόνηρη στεφανιαία αρτηρία και με ανώμαλη έκφυση της αριστερής στεφανιαίας από το RSV (ARCA-R) αντίστοιχα Αποτελέσματα: Το πρώτο περιστατικό αφορά σε άντρα, 46 ετών, καπνιστή με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας που προσήλθε στο ΤΕΠ με κατωτεροπίσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου οπότε και οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο.Κατά το στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε έκφυση του LCA από κοινό στόμιο με την δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RSA) από το RSV και διέλευση αυτού ανάμεσα σε αορτή και πνευμονική αρτηρία καθώς και θρομβωτική απόφραξη της περισπωμένη στο άπω τμήμα της, πριν το διχασμό σε οπισθοπλάγιο και οπίσθιο κατιόντα κλάδο. Ακολούθησε επιτυχής αγγειοπλαστική και εν συνέχεια ανεπίπλεκτη νοσηλεία στη ΜΣΝ.Το δεύτερο περιστατικό αφορά επίσης σε άντρα, 80 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη και δυσλιπιδαιμίας ο οποίος προσήλθε προγραμματισμένα για διενέργεια στεφανιογραφίας λόγω θετικού σπινθηρογραφήματος στο οποίο υποβλήθηκε στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου. Η στεφανιογραφία παρότι δεν

ανέδειξε κριτικές στενώσεις επικαρδιακών αγγείων, ανέδειξε υπερεπικρατούσα LCX η οποία πορευόταν σε όλη την περίμετρο της κολποκοιλιακής αύλακας και από το τελικό της τμήμα χορηγούσε τη RCA. Συμπεράσματα: Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών παρουσιάζουν ευρύ φάσμα κλινικής έκφρασης από τυχαία ευρήματα και καλοήθη ευρήματα έως δυνητικά απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Η ακριβής αναγνώριση της ανατομίας και της πορείας των στεφανιαίων είναι καθοριστική για τη διαστρωμάτωση κινδύνου.Η Μονήρης στεφανιαία αρτηρία που αφορούσε το δεύτερο περιστατικό μας αποτελεί μια σπάνιοτατη (0,024-0,06%) αλλά εξαιρετικά καλοήθης μορφή. Ανωμαλίες υψηλού κινδύνου με μεσοαρτηριακή πορεία, όπως κυρίως ARCA-R μπορούν να εκδηλωθούν με μυοκαρδιακή ισχαιμία, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες ή αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, καθιστώντας την έγκαιρη διάγνωση ιδιαίτερα σημαντική.



1α: Έκφυση της LCA με κοινό στέμιο με τη RCA από τε RSV,
1β: Εμφ.βωτική απόφραξη στο άπω τμήμα της LCX(13),
1γ: Διάνοιξη LCX με εμφύτευση μεταλλικής ενδοπρόθεσης



2α : απουσία έκφυσης στεφανιαίας αρτηρίας από το RSV

2β,γ: υπεροπτικρατούσα LCX που χορηγεί RCA

Παρουσίαση περιστατικού ΙΙ / Case Presentation II

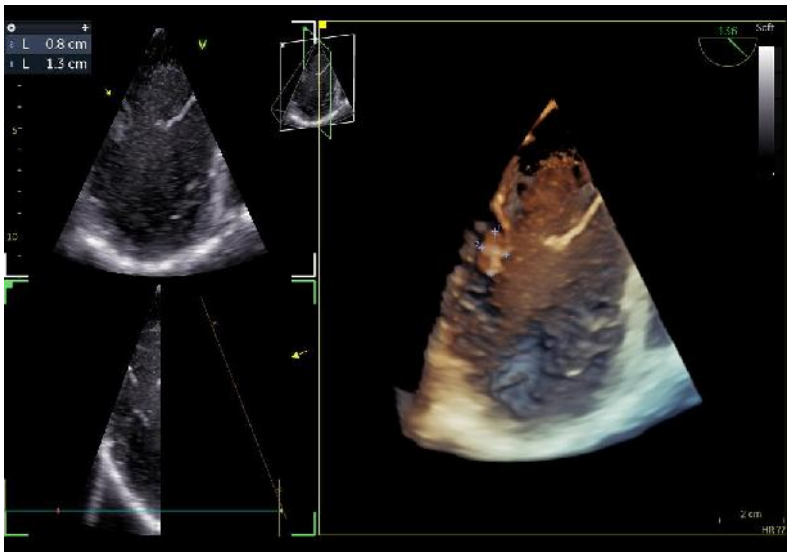
Πρόεδροι: **Σ. Γκανιάτσας** (Ιωάννινα), **Α. Χαλαπάς** (Αθήνα)
Chairpersons: **S. Ganiatsas** (Ioannina), **A. Halapas** (Athens)

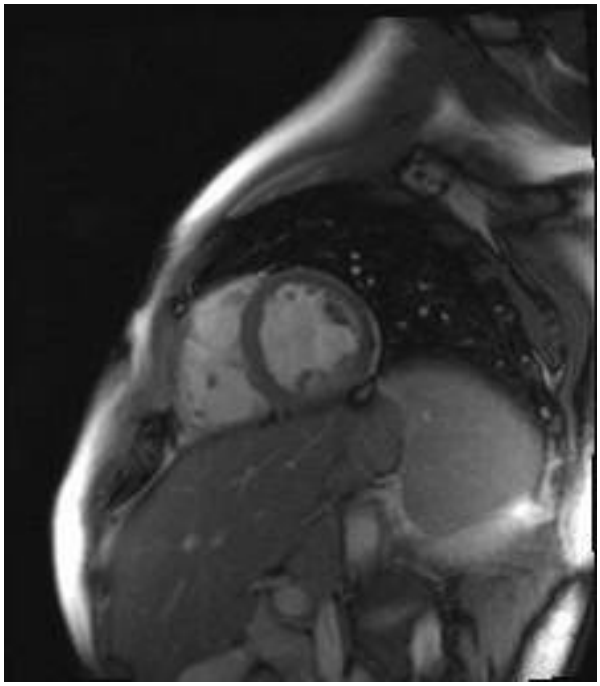
AA238|The hidden mimic in recurrent myocarditis: Antiphospholipid Syndrome

E. Sidiropoulou[1], P. Manolakou[2], C. Theodosopoulou[1], K. Flessa[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

A 25-year-old man with no significant past medical history presented with persistent non-exertional chest pain of 24-hour duration. Initial evaluation revealed markedly elevated high-sensitivity troponin I (2,110 pg/mL), mild inflammatory marker elevation, and normal electrocardiography except for sinus tachycardia. Transthoracic echocardiography showed preserved cardiac function, while computed tomography pulmonary angiography excluded pulmonary embolism. Coronary computed tomography angiography demonstrated normal coronary arteries. The patient was admitted with suspected myocarditis and treated with ramipril and bisoprolol. Cardiac magnetic resonance (CMR) performed three weeks later demonstrated limited inferolateral myocardial fibrosis involving less than 5% of left ventricular mass. Six-month follow-up CMR showed persistent small scar burden without active inflammation. Exercise stress echocardiography revealed normal functional capacity and absence of inducible arrhythmias. Ten months after the initial event, the patient developed recurrent episodes of chest pain associated with repeated elevations of cardiac troponin, leading to multiple hospital admissions. Serial echocardiograms remained unremarkable; however, repeat CMR demonstrated progression of non-ischemic myocardial injury with new areas of subepicardial and mid-wall late gadolinium enhancement involving the inferior and inferolateral left ventricular segments. Given concomitant pulmonary abnormalities, cardiac sarcoidosis was excluded by positron emission tomography. Further investigation revealed positive antinuclear antibodies, anticardiolipin IgG/IgM antibodies, anti-β2-glycoprotein I IgG antibodies, and lupus anticoagulant positivity with prolonged activated partial thromboplastin time. Advanced echocardiographic imaging, including contrast-enhanced and transesophageal studies, identified a previously undetected endocardial thrombus measuring 0.8 × 1.3 cm. A diagnosis of thrombotic APS was established. Anticoagulation with acenocoumarol was initiated, and the patient was subsequently treated with corticosteroids and rituximab, resulting in significant clinical improvement. Recurrent myocarditis in young patients should prompt evaluation for underlying systemic autoimmune diseases. APS may initially manifest with recurrent myocarditis-like episodes and myocardial injury before overt thrombotic complications become apparent. Serial CMR plays a pivotal role in monitoring disease progression and guiding further investigation. Early recognition of APS through comprehensive immunological testing can facilitate targeted treatment and prevent potentially serious thrombotic and cardiac complications.



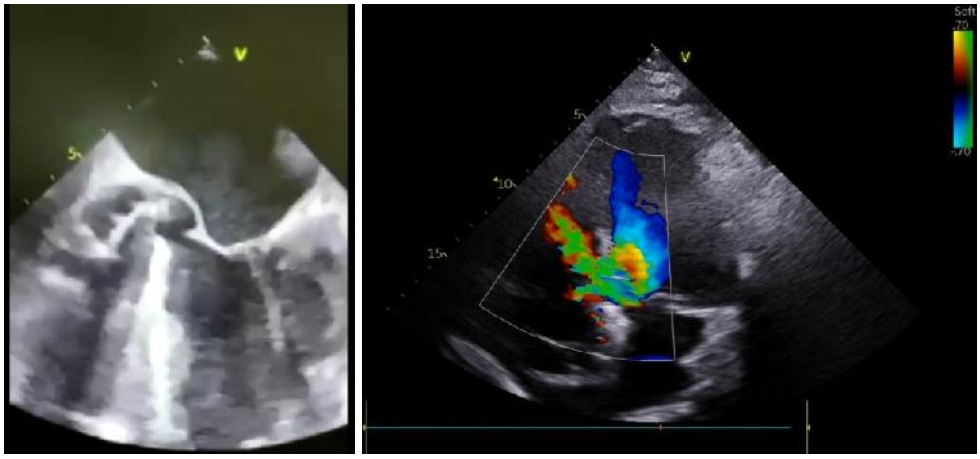


ΑΑ239|Ενδιαφέρον περιστατικό επιπλεγμένης ενδοκαρδίτιδας μεταλλικής αορτικής βαλβίδας-μοσχεύματος ανιούσας αορτής

Δ. Μαριγλής[1], Λ. Καραπάνου[1], Ε. Στάμου[1], Β. Παναγοπούλου[1], Σ. Αράπη[1], Ι. Σκιτζής[1], Δ. Αβραμίδης[1], Κ. Ραϊσάκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

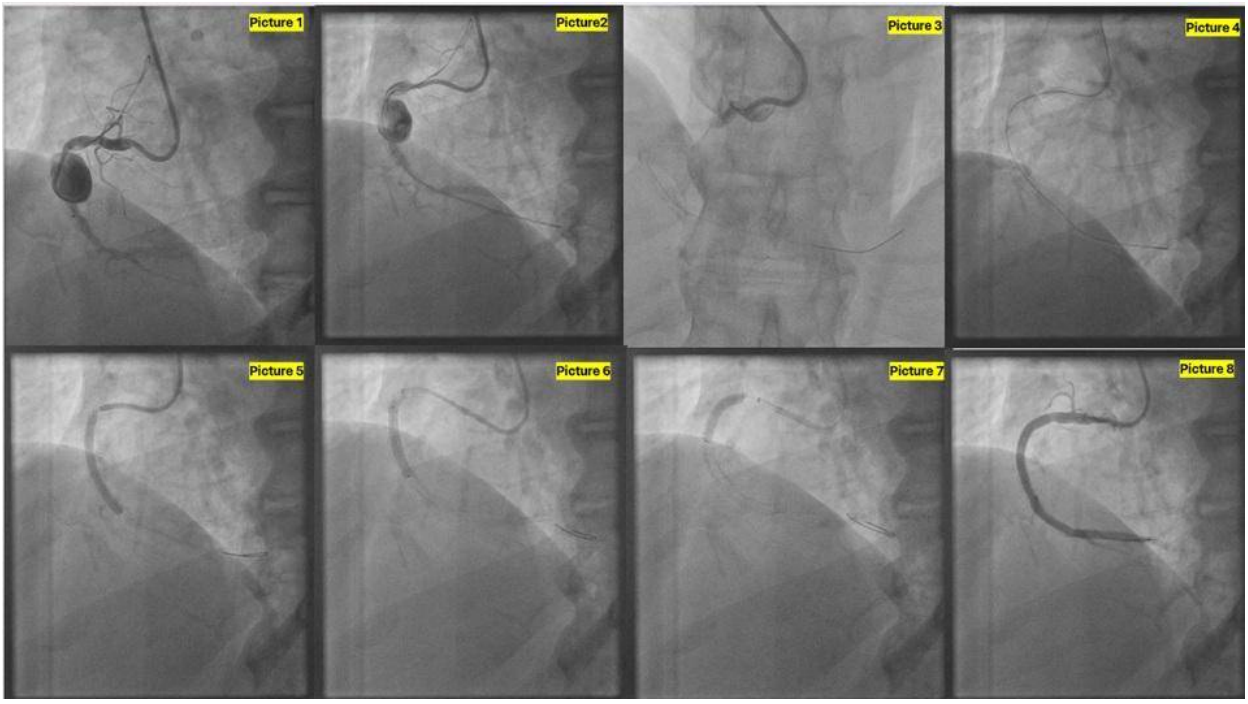
Εισαγωγή/Σκοπός Η ενδοκαρδίτιδα προσθετικής βαλβίδας αντιπροσωπεύει περίπου το 20% όλων των περιπτώσεων λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας και συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας μεταλλικής αορτικής βαλβίδας επιπλεγμένης με απόστημα της αορτικής βαλβίδας, επικοινωνία μεταξύ της αορτικής βαλβίδας και της δεξιά κοιλίας και σε δεύτερο χρόνο μερική αποκόλληση της προσθετικής βαλβίδας με μεσοκοιλιακή επικοινωνία και καρδιογενή καταπληξία. Υλικό – Μέθοδοι Πρόκειται για ασθενή 60 ετών με ατομικό αναμνηστικό μεταλλικής αορτικής βαλβίδας και μοσχεύματος ανιούσας αορτής (δις χειρουργηθέν) και με μόνιμο βηματοδότη ο οποίος προσήλθε λόγω εμπυρέτου από ημερών. Νοσηλεύτηκε αρχικά στην Παθολογική κλινική όπου από πέντε ζεύγη αιμοκαλλιεργειών απομονώθηκε Staph. Epidermidis ανθεκτικός στην μεθικιλλίνη και από την αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας ανευρέθη σπληνικό έμφρακτο. Με βάση τα τροποποιημένα κριτήρια του Duke τέθηκε η διάγνωση της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας και έγινε έναρξη τριπλής αντιμικροβιακής αγωγής με δαπτομυκίνη, ριφαμπυκίνη και γενταμυκίνη. Διενεργήθη διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα χωρίς ανεύρεση εκβλαστήσεων και έπειτα διοισοφάγειο υπερηχογράφημα το οποίο ανέδειξε πάχυνση της αορτομιτροειδικής επιφάνειας και συστήθηκε η διενέργεια PET CT, στην οποία ανευρέθη παθολογική πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου στην περιοχή της μεταλλικής αορτικής βαλβίδας και κατά μήκος του μοσχεύματος της ανιούσης αορτής, σπληνικό έμφρακτο και πιθανά πνευμονικά έμφρακτα σε αποδρομή. Προγραμματίστηκε νέο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα όπου αναδείχθηκε ευμεγέθες σφύζων απόστημα μεταλλικής αορτικής βαλβίδας (Εικόνα 1) με σημαντική παραβαλβιδική διαφυγή και επικοινωνία μεταξύ αορτικής βαλβίδας και δεξιά κοιλίας. Βάσει των ανωτέρω ζητήθηκε άμεση (urgent) καρδιοχειρουργική εκτίμηση η οποία αναβλήθηκε λόγω συνυπάρχουσας λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού, ενώ από λοιμωξιολογική εκτίμηση συστήθηκε συνέχιση της αντιμικροβιακής αγωγής με δαπτομυκίνη και ριφαμπικίνη μέχρι την καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση. Την 65η ημέρα της νοσηλείας του, παρουσίασε αναπνευστική επιδείνωση και διενεργήθη διαθωρακικό υπερηχογράφημα με νέα ευρήματα την μερική αποκόλληση της προσθετικής βαλβίδας και μεσοκοιλιακή επικοινωνία (Εικόνα 2) και επηρεασμένη συσπαστικότητα της αριστερής κοιλίας. Ζητήθηκε επείγουσα (emergency) καρδιοχειρουργική εκτίμηση με μη αποδοχή του ασθενούς λόγω πολύ υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου. Αποτελέσματα Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα εμφραγμάτων λόγω καρδιογενούς καταπληξίας και διασωληνώθηκε λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας. Το επόμενο 24ωρο της νοσηλείας του παρουσίασε καρδιοαναπνευστική ανακοπή και κατέληξε. Συμπεράσματα Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα αποτελεί νόσο που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και όταν υπάρχει ένδειξη καρδιοχειρουργικής αντιμετώπισης, αυτή κρίνεται άμεση.



AA240|Endovascular Management of a Giant Right Coronary Artery Aneurysm Using a Stent Scaffold

K.Manousopoulos[1], P. Varelas[1], K. Filippou[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis [1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction/ Case Presentation: Coronary artery aneurysms (CAAs) are rare, and “giant” CAAs—defined as those exceeding approximately four times the reference vessel diameter. A 58-year-old male presented to our department with dyspnea. Coronary angiography revealed a normal left coronary system and a giant aneurysm of the RCA, measuring 14.2 × 15.6 mm. (picture 1,2) A severe, calcified 80% stenosis was identified distal to the aneurysm.A 7 Fr Amplatz left 0.75 guiding catheter was used to engage the RCA. A hydrophilic whisper wire was carefully advanced into and across the aneurysmal segment. The distal true lumen was successfully accessed. The wire formed a loop inside the body of the aneurysm.(picture 3). A microcatheter (MC) was advanced distally into the RCA. With rotational clockwise manipulation and MC retraction, the wire course was straightened.(picture 4) The wire was exchanged for a grand slam high-support guidewire. Predilation of the calcified distal stenosis was successfully attempted with a (NC) 3.0 × 15 mm balloon.To enhance support, a 7Fr guide extension catheter was employed. A 4.0 × 38 mm stent was deployed across the aneurysmal segment, serving as a scaffold for covered stents(picture 5). Following this, a 3.5 × 23 mm stent was deployed at the site of the distal stenosis. Then, a 3.5 × 24 mm covered stent was implanted across the aneurysm using the previously stent as a supporting frame.(picture 6). An overlapping 4.0 × 24 mm covered stent was added to ensure complete aneurysm sealing. (picture 7). Both covered stents were fully expanded with excellent angiographic results, and contrast injection confirmed complete exclusion of the aneurysm with restoration of TIMI 3 flow.(picture 8). Patient was prescribed ticagrelor 90mg twice daily and aspirin 100mg once daily for at least one year. Conclusion/ Discussion: Giant coronary aneurysms present a unique challenge in interventional cardiology. The use of a standard drug-eluting stent (DES) as a scaffold for covered stents in this case enabled precise placement and effective exclusion of the aneurysm.This case represents a novel and effective technique for treating a giant aneurysm using a stent-as-scaffold strategy.

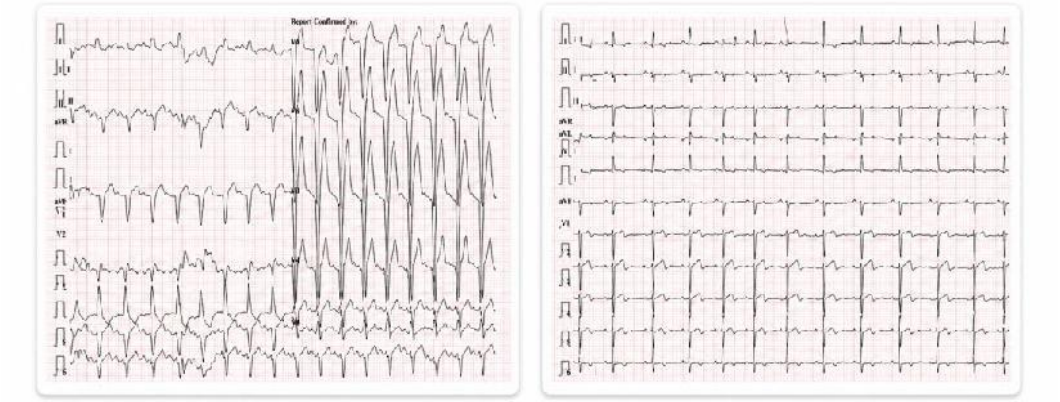


ΑΑ241|Ηλεκτροκαρδιογραφικός τύπος Pseudo-Wellens μετά από παροδικό αποκλεισμό αριστερού σκέλους: ο ρόλος της ηλεκτρικής μνήμης

Β.Μ. Δραγώνα[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Ε. Καραμανώλης[1], Μ. Λάμπρος[2], Ι.Ξενογιάννης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2] Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, Π.Γ.Ν.Αττικόν

Εισαγωγή: Η εμφάνιση αρνητικών ή διφασικών κυμάτων Τ στις προκάρδιες απαγωγές, ιδίως στις V2-V3, σε ασθενή με θωρακικό άλγος εγείρει την υποψία συνδρόμου Wellens, το οποίο αποτελεί πρότυπο επαναπόλωσης μετά από παροδική απόφραξη και αυτόματη επαναιμάτωση του εγγύς προσθίου κατιόντα κλάδου. Παρόμοια όμως εικόνα μπορεί να παρατηρηθεί σε pseudo-Wellens καταστάσεις, μεταξύ των οποίων και η ηλεκτρική μνήμη του μυοκαρδίου μετά από παροδική διαταραχή της ενδοκοιλιακής αγωγής. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 53 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω κεφαλαλγίας ενώ δεν αναφερόταν σαφές θωρακικό άλγος από 24ώρου.Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ψυχική νόσος και προηγούμενη νοσηλεία, προ διετίας, για θωρακικό άλγος με πρωτοεμφανιζόμενο αποκλεισμό αριστερού σκέλους (ΑΑΣ), κατά την οποία ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν είχε αναδείξει σημαντικές αγγειογραφικά στενώσεις. Κατά την προσέλευση ήταν αιμοδυναμικά σταθερός ενώ η κλινική εξέταση δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Αποτελέσματα: Το αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με πλήρη ΑΑΣ. Στα επακόλουθα ηλεκτροκαρδιογραφήματα (μετά από 2 ώρες) ,ο αποκλεισμός αριστερού σκέλους είχε παρέλθει και το εύρος του QRS περιορίστηκε ενώ καταγράφηκαν διφασικά κύματα Τ στις απαγωγές V2-V4, μορφολογία συμβατή με Wellens type A. Η διαθωρακική ηχωκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 30%, με διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων, εύρημα γνωστό από διετίας και ο εργαστηριακός έλεγχος δεν ανέδειξε κινητική τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας Τ ενδεικτική οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (15,8→19→16→11,5 pg/mL, με φυσιολογική τιμή <4 pg/mL). Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε κριτική στένωση στον εγγύς πρόσθιο κατιόντα κλάδο ενώ δεν υπήρχε διαφοροποίηση σε σχέση με στεφανιογραφικό έλεγχο που είχε διενεργηθεί προ διετίας. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με pseudo-Wellens πρότυπο λόγω ηλεκτρικής μνήμης μετά από παροδικό ΑΑΣ. Προγραμματίστηκε περαιτέρω διερεύνηση με μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Συμπεράσματα: Η ηλεκτρική μνήμη μπορεί να προκαλέσει εμμένουσες διαταραχές επαναπόλωσης μετά την αποδρομή παροδικού ΑΑΣ και να μιμηθεί σύνδρομο Wellens. Η αναγνώριση του προτύπου, σε συνδυασμό με την λήψη λεπτομερούς ιστορικού, την κινητική της τροπονίνης και τον στεφανιογραφικό αποκλεισμό ένοχης βλάβης, είναι κρίσιμη για τη σωστή διαφορική διάγνωση.



Ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής

Ηλεκτροκαρδιογράφημα μετά από 2 ώρες



Στεφανιογραφία 2024

Στεφανιογραφία 2026

ΑΑ242|Πνευμονική Εμβολή σε ασθενή υπό θεραπεία με ολανζαπίνη: ένα σπάνιο αλλά δυνητικά απειλητικό συμβάν

Β.Μ. Δραγώνα[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Χ. Παππάς[1], Ι.Ξενογιάννης[1]

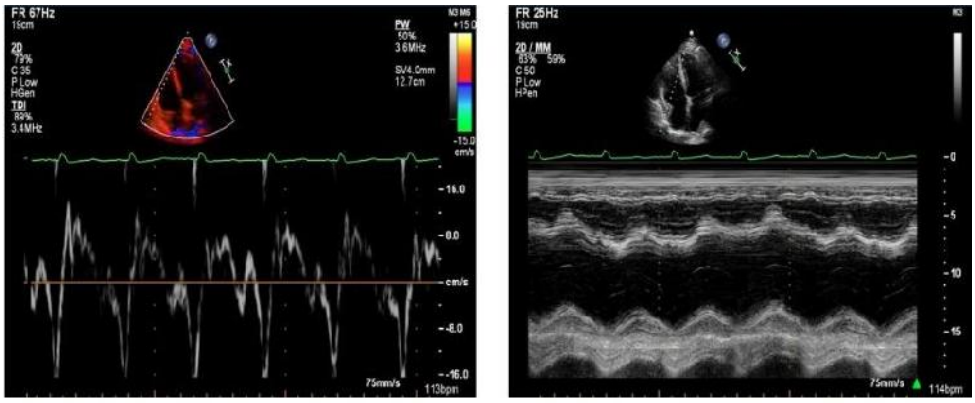
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η πνευμονική εμβολή συνιστά την τρίτη συχνότερη αιτία καρδιαγγειακού θανάτου παγκοσμίως. Η ολανζαπίνη, ένα άτυπο αντιψυχωσικό δεύτερης γενιάς, έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου μέσω πολύπλοκων παθοφυσιολογικών μηχανισμών, όπως η ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων, η ανάπτυξη μεταβολικών διαταραχών και η έκκριση φλεγμονωδών παραγόντων. Ωστόσο, η εμφάνιση πνευμονικής εμβολής απουσία άλλων εγγενών προδιαθεσικών παραγόντων παραμένει σπάνια. Παρασουσιάζεται περιστατικό οξείας πνευμονικής εμβολής σε ασθενή υπό μονοθεραπεία με ολανζαπίνη, αναδεικνύοντας την ανάγκη αυξημένης κλινικής υποψίας για αυτή τη σπάνια αλλά απειλητική για τη ζωή ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου.Υλικό και μέθοδος:Άρρεν 40 ετών, με ατομικό αναμνηστικό σχιζοφρένειας υπό μονοθεραπεία με ολανζαπίνη από διμήνου, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας λόγω αισθήματος δύσπνοιας και θωρακικού άλγους. Κατά την έλευση ήταν αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής σημειώθηκαν φλεβοκομβική ταχυκαρδία και αρνητικά κύματα Τ στις απαγωγές

V1-V3. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αυξημένες τιμές δ-διμερών (1773 pg/m)l, υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης Τ 55 (pg/ml), νατριουρητικού πεπτιδίου τύπου Β (NT-proBNP 1232 pg/ml). Η υπερηχογραφική μελέτη ανέδειξε αριστερή κοιλία με καλή συστολική λειτουργία και κλάσμα εξώθησης 60%, ενώ η δεξιά κοιλία σημειώθηκε διατεταμένη με επηρεασμένους δείκτες συστολικής λειτουργίας και κλάσμα βράχυνσης (Fractional Area Change, FAC) 29%. Άμεσα, διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία πνευμονικής αρτηρίας που κατέδειξε ελλείμματα σκιαγράφησης στους κύριους, τμηματικούς και λοβιαίους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίαςΑποτελέσματα:Ο ασθενής ταξινομήθηκε ως ενδιαμέσου υψηλού κινδύνου λόγω της επηρεασμένης συστολικής λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας και της συνοδού μυοκαρδιακής νέκρωσης, η οποία δεν συνοδευόταν από αιμοδυναμική αστάθεια. Ετέθη σε θεραπευτική υποδόρια ενοξαπαρίνη και εν συνεχεία σε από του στόματος ριβαροξαμπάνη. Διενεργήθηκε εκτενής εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, από τους οποίους αποκλείστηκε η παρουσία θρομβοφιλίας, ενεργού κακοήθειας, αυτοάνοσου ή λοιμώδους νοσήματος. Η ολανζαπίνη θεωρήθηκε μοναδικός πιθανός αιτιολογικός παράγοντας και διεκόπη κατόπιν ψυχιατρικής εκτίμησης.Συμπεράσματα: Η ολανζαπίνη αποτελεί ένα σπάνιο αλλά δυνητικά αποκλειστικό παράγοντα κινδύνου φλεβικής θρομβοεμβολής. Το περιστατικό αυτό καταδεικνύει την ανάγκη διατήρησης κλινικής εγρήγορσης για πνευμονική εμβολή σε ασθενείς με συμβατή συμπτωματολογία υπό ολανζαπίνη. Μάλιστα, υπογραμμίζεται η ανάγκη συστηματικής διερεύνησης ακόμη και σπανιότερων αιτιών θρομβοεμβολικής νόσου για την έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και αποτροπή μελλοντικών υποτροπών.



Εικόνα 2. Έλλειμμα σκιαγράφησης κύριων κλάδων πνευμονικής αρτηρίας σε αξονική αγγειογραφία



Εικόνα 1: Επηρεασμένοι δείκτες συστολικής λειτουργίας δεξιάς κοιλίας. Συστολική ταχύτητα του δακτυλίου τριγλώχινας με ιστικό Doppler Stdi=8.5 cm/sec, Συστολική μετατόπιση δακτυλίου τριγλώχινας TAPSE= 15mm

ΑΑ243|Κορίτσι εννέα ετών με επαναλαμβανόμενα συγκοπτικά επεισόδια

Β. Τσολάκη[1], Σ. Αποστολοπούλου[2], Γ. Κολτσίδα[1], Φ. Μαρκαντώνη[1], Α. Οικονομοπούλου[1], Π. Παπαχρήστου[1], Μ. Μπούτσικου[3], Έ. Τσαπάκη[1], Σ. Λουκοπούλου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, *[2]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ*, *[3]MEDITERRANEO HOSPITAL*

Εισαγωγή/Σκοπός: Πρόκειται για κορίτσι 9ετών με ιστορικό συγκοπτικών επεισοδίων κατά την άσκηση το τελευταίο 1,5 έτος και επιδεινούμενη κόπωση από 3μήνου.Στην τελευταία νοσηλεία έγινε εκτεταμένος έλεγχος ως προς τη διάγνωση της αιτιολογίας των επεισοδίων.Τα αίτια είναι τα εξής:μεταβολικές διαταραχές, παθήσεις ΚΝΣ, καρδιακά ,ψυχογενή και η παρασυμπαθητικοτονία η οποία είναι το πιο συχνό. Οι καρδιακές παθήσεις που προκαλούν συχνότερα συγκοπτικά επεισόδια είναι οι αρρυθμίες,οι αποφρακτικές παθήσεις του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, οι μυοκαρδιοπαθειες και η πνευμονική υπέρταση. Υλικό και Μέθοδος: Καρδιολογική εξέταση με ΗΚΓ ,διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, 24ωρη ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση ρυθμού,μαγνητική τομογραφία καρδιάς,6-min walk test, και ακολούθως καθετηριασμός καρδιάς.Επίσης έγινε πνευμονολογική και νευρολογική εκτίμηση στα πλαίσια της διερεύνησης. Αποτελέσματα:ΗΚΓ: δεξιός άξονας QRS, πνευμονικά P, υπερτροφία δεξιάς κοιλίας,κατάσπαση του ST σε ολες τις προκάρδιες απαγωγές και στη II,III,αVF. Υπερηχογράφημα καρδιάς: διάταση δεξιού κόλπου και δεξιάς κοιλίας,διάταση πνευμονικής αρτηρίας και μέτρια ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας με αυξημένη συστολική πίεση δεξιάς κοιλίας (ERVSP=53mmHg+RAP).Μαγνητική τομογραφία καρδιάς:Η συστολική επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε συνδυασμό με την υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και τη διάταση των πνευμονικών αρτηριών είναι ευρήματα που συνηγορούν υπέρ αυξημένων πιέσεων στο πνευμονικό δίκτυο χωρίς να παρατηρείται ωστόσο κάποια συγγενής δομική ανωμαλία. Καθετηριασμός καρδιάς: πολύ αυξημένες πιέσεις δεξιάς κοιλίας 98/15, πνευμονικής αρτηρίας 98/58/70, αριστερής και δεξιάς πνευμονικής αρτηρίας 98/58/71mmHg ,ενσφήνωση ΑΠΑ 12/12/16,ενσφήνωση στην ΔΠΑ 11/12/16,πνευμονικές αντιστάσεις (indexed) 25.9 Wood Units x m2 ευρήματα συμβατά με πνευμονική υπέρταση. Έγινε έναρξη αγωγής με Ταδαλαφίλη και Αμβρισεντάνη με σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων. Από την πνευμονολογική και νευρολογική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Συμπεράσματα: Η πνευμονική υπέρταση στα παιδιά είναι σπάνια και οφείλεται κυρίως σε συγγενείς καρδιοπάθειες, χρόνιες πνευμονοπάθειες ή μπορεί να είναι ιδιοπαθής όπως στη περίπτωση της ασθενούς.Η ιδιοπαθής πνευμονική υπέρταση έχει φτωχή πρόγνωση με αυξημένη θνητότητα. Η παθογένεση της δεν είναι πλήρως κατανοητή, αλλά παίζουν σημαντικό ρόλο η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου του πνευμονικού αγγειακού δικτύου και η υπεραντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων.Με την χορήγηση αποτελεσματικών φαρμάκων, η πρόοδος της επιβραδύνεται και τα συμπτώματα μπορούν να βελτιωθούν.Στη φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνονται οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης και οι αναστολείς του υποδοχέα της ενδοθηλίνης από το στόμα και ανάλογα της προστακυκλίνης, με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

AA244|A Diagnostic Pitfall: Isolated Right Ventricular Myocardial Infarction Mimicking Anterior STEMI

P. Efthymiou[1], C. Eftychiou[1], A. Mitsis[1], T. Constantinides[2]

[1]Cardiology Department, Nicosia General Hospital, *[2]CMR Department, OPSIS MRI Center, Opsis Medical Imaging, Nicosia, Cyprus*

Introduction: Right ventricular myocardial infarction (RVMI) usually accompanies left ventricular (LV) inferior wall infarction following proximal right coronary artery (RCA) occlusion. Isolated RVMI is a rare entity,and may mimic anterior ST-elevation myocardial infarction (STEMI) on presentation, potentially leading to inappropriate initial management. Case Study: We present the case of a 62-year-old man with hypertension, dyslipidaemia and smoking who presented with chest pain. Electrocardiogram (ECG) showed ST-segment elevation in leads V1–V4, suggestive of anterior STEMI. Transthoracic echocardiogram (TTE) showed preserved LV systolic function and mild RV dilatation. The patient underwent urgent coronary angiography.Results:Coronary angiography demonstrated absence of significant disease within the left coronary system while revealing thrombotic occlusion of an RV branch arising from a dominant RCA. Optical coherence tomography (OCT) was performed in left anterior descending artery (LAD) and RCA excluding plaque rupture or intracoronary thrombus, and therefore supporting the identification of RV branch as the culprit vessel. The branch was revascularized with a guidewire, restoring TIMI II flow. No further intervention was undertaken due to the small size of the vessel. Cardiac magnetic resonance imaging (CMR) was scheduled, due of suboptimal echocardiographic RV visualisation and demonstrated RV dilatation and impaired systolic function with akinesia of mid and apical RV free wall. Transmural late gadolinium enhancement (LGE) and elevated native T1 and T2 values were present in the same areas, consistent with fibrosis and oedema. Additional focal subendocardial enhancement was observed in the basal inferior and inferolateral LV wall. These findings confirmed an RV-predominant myocardial infarction leading to anterior ST-elevation in ECG, reflecting the anteriorly located RV. The patient was supported with intravenous fluids and had an uneventful hospitalization. Conclusions: This case highlights the diagnostic pitfalls of isolated RVMI and underscores the importance of multimodality imaging in atypical STEMI presentations. Early

recognition is critical, as management strategies differ significantly from those of left ventricular infarction, particularly regarding preload optimization and hemodynamic support.

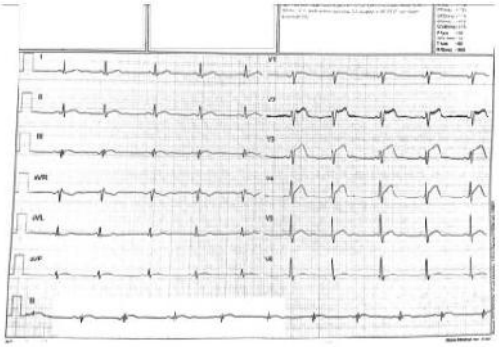


Figure 1

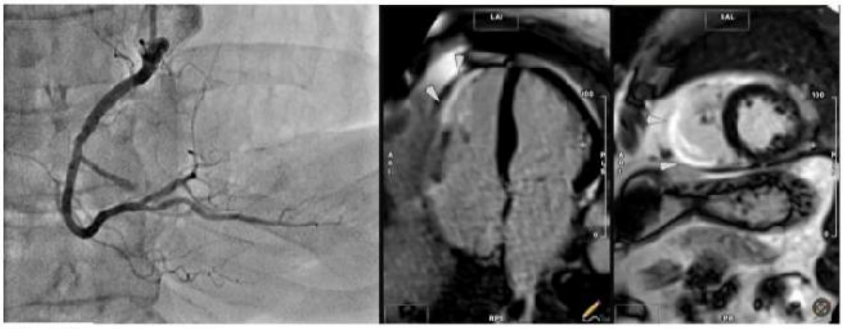


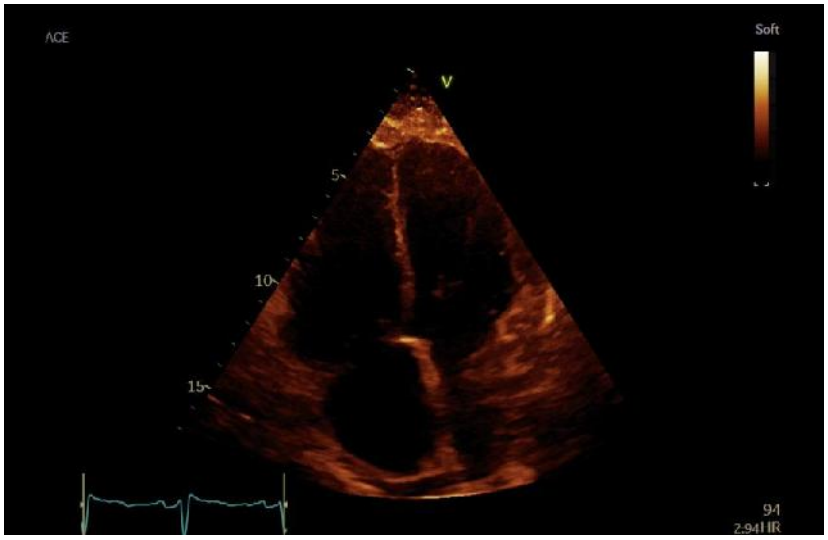
Figure 2

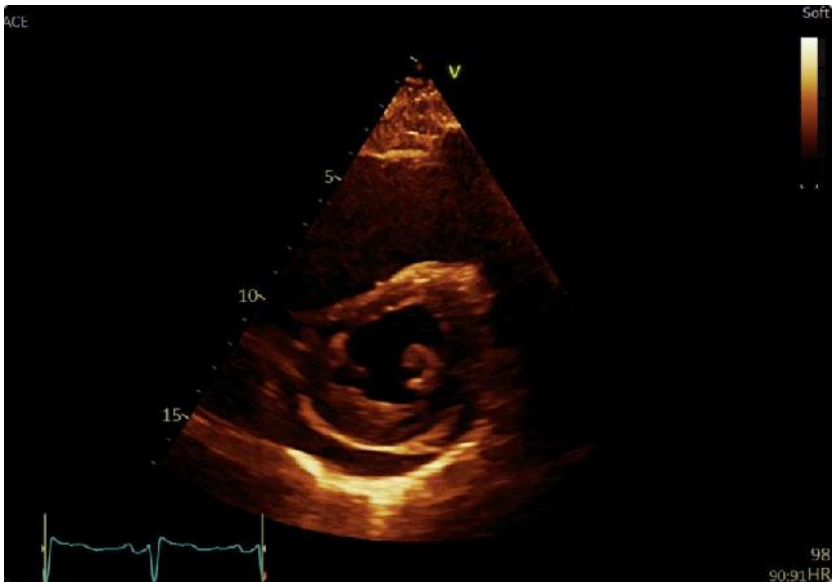
AA245|Right Heart Failure: Systemic Lupus Erythematosus Causing Pulmonary Hypertension

A. Drakou[1], K. Karavolias[2], C. Serafeim[2], P. Serafeim[2], E. Sefndouraki[2], E. Stefanidis[2], K. Koutsiari[2], N. Mamalis[2], V. Drakou[1], A. Antonakopoulos[2]

[1]University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest, Romania, *[2]METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disorder, with a higher prevalence in females1. It can impact any system and is manifested with systemic symptoms, such as fatigue, fever, and weight changes1. Pulmonary hypertension (PH) is a rare and severe complication of this disease, presenting in 0.5% and 17.5% of the cases, due to either idiopathic causes, or diseases affecting the heart, vessels, and lungs1.Case Presentation: A 45-years-old female smoker presented in the cardiac ER department with fatigue and dyspnea which progressively worsened in the last days. She had a history of thyroid disease. An ECG showed sinus tachycardia with non-specific repolarization abnormalities (negative T-waves in V2-V6). An echocardiography demonstrated a dilated right ventricle (RV/LV>1) with decreased systolic function, and moderate tricuspid insufficiency. Also, it suggested PH (RVSP=80mmHg, TR Vmax=4m/s). Elevated BNP and D-dimers were evident on the blood screening. To rule out pulmonary embolism, the patient was subjected to an emergency CTPA, which came out negative. She was admitted to the cardiology department for further investigation. A right heart catheterization (RHC) was conducted verifying the precapillary pulmonary hypertension (PVR=16W), while the pulmonary wedge pressure was normal. The vasoreactivity test turned out to be negative. The patient was treated for pulmonary hypertension with a triple therapy (sildenafil, iloprost, ambrisentan), oxygen therapy, and diuretics. An antithrombotic therapy with low molecular weight heparin was administered too, due to episodes of paroxysmal atrial fibrillation (AF) and flatter. Immunological testing showed increased anti-dsDNA and anti-RNP, reduced C3 and C4 and paraproteinemia with IgG (kappa type), suggesting SLE. Being under treatment and rheumatological monitoring, she remained asymptomatic, showing laboratory and imaging improvement. Another echo revealed normal RV dimensions and reduction of the RVSP (55mmHg), so the patient was discharged. A follow-up RHC is pending.: Conclusion: This is an interesting case of a woman with SLE causing PH, RHF, and paroxysmal AF. It illustrates the rare event of a RHF image due to PH, as a first presentation, in a young patient. This suggests the need of an interdisciplinary approach and extensive diagnostic work-up to find the underline cause of the PH and proper treatment plan.





AA246|Delayed coronary artery perforation following percutaneous coronary intervention due to mycotic aneurysm

V. Bouratzis[1], C. Bourantas[2]

[1]Department of Cardiology, Barts Heart Center, Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom, *[2]Centre for Cardiovascular Medicine and Devices, William Harvey Research Institute, Queen Mary University of London, London, United Kingdom*

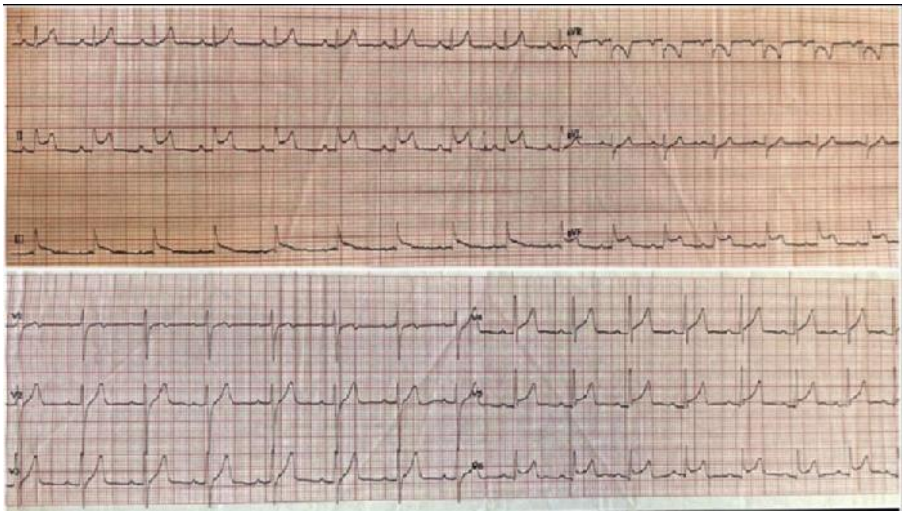
Background: Delayed coronary artery perforation following percutaneous coronary intervention (PCI) is an exceptionally rare but potentially life-threatening complication. Infectious coronary artery aneurysms (mycotic aneurysms) are uncommon and may result in vessel wall destruction, pseudoaneurysm formation, and subsequent perforation. We present a unique case of late coronary artery perforation secondary to a mycotic aneurysm occurring after PCI. Methods: An 81-year-old man with diabetes mellitus, hypertension, chronic kidney disease stage 3, hypercholesterolaemia, and complex three-vessel coronary artery disease was initially deemed unsuitable for CABG by the Heart Team due to unfavorable coronary anatomy. He underwent successful IVUS-guided PCI of the LCx with implantation of overlapping drug-eluting stents. Two weeks later, he presented with NSTEMI, recurrent chest pain, and dynamic electrocardiographic changes and fever. Urgent coronary angiography demonstrated contrast extravasation from the proximal LCx at the previously stented segment, associated with thrombus formation and a small pericardial effusion. IVUS revealed disruption of normal vessel architecture behind the stent struts, suggestive of aneurysmal degeneration and perforation. A covered stent was implanted to seal the perforation. Results: The patient's subsequent hospital course was complicated by methicillin-sensitive Staphylococcus aureus bacteraemia, ventricular tachycardia,

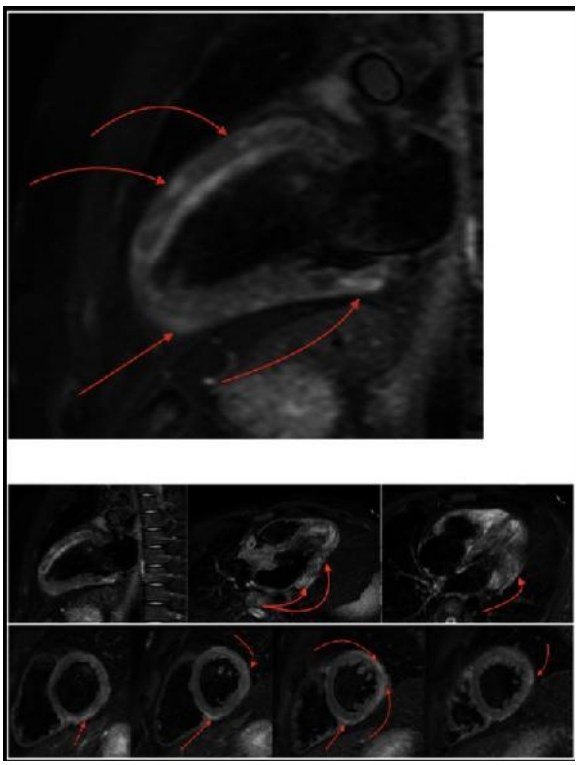
pulmonary oedema, and prolonged intensive care admission requiring mechanical ventilation. The temporal relationship between PCI, delayed coronary perforation, and bloodstream infection raised strong suspicion of an infected coronary stent with development of a mycotic aneurysm leading to vessel rupture. Following multidisciplinary discussion, prolonged intravenous antibiotic therapy was administered. Repeat imaging demonstrated preserved left ventricular systolic function without evidence of ongoing perforation. The patient subsequently underwent successful staged revascularisation of the left anterior descending and right coronary arteries with rotational atherectomy-guided PCI. Clinical recovery was achieved with no recurrence of coronary complications. Conclusion: Coronary artery perforation is a rare complication of percutaneous coronary intervention. Late coronary artery perforation caused by a mycotic coronary aneurysm is an exceptionally rare complication after PCI. 80% of cases are because of Staphylococcal aureus. Early recognition through multimodality imaging, prompt percutaneous sealing with a covered stent, aggressive antimicrobial therapy, and close multidisciplinary collaboration are essential for successful management. This case highlights the importance of considering infectious complications in patients presenting with delayed

AA247|Κεραυνοβόλος Μυοκαρδίτιδα από Rickettsia conorii σε Νέο Υγιή Ασθενή

Ν. Τσιάμης[1], Δ. Καλαϊτζίδης[1], Δ. Αφενδούλης[2], Ι. Μαυρογένης[1], Χ. Κολέ[1], Ε. Βιδαλάκης[3], Χ. Τούντας[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Ο Μεσογειακός Κηλιδώδης Πυρετός, ο οποίος οφείλεται στο βακτήριο Rickettsia conorii, αποτελεί ενδημική νόσο στα Βαλκάνια. Αν και συνήθως παρουσιάζει ήπια κλινική πορεία, σπάνια μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συστηματικές επιπλοκές λόγω εκτεταμένης βλάβης του ενδοθηλίου. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης κεραυνοβόλου μυοκαρδίτιδας από R. conorii .Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 31 ετών, προηγουμένως υγιής, μόνιμος κάτοικος αγροτικής περιοχής, προσήλθε με οξύ οπισθοστερνικό άλγος, υψηλό πυρετό και χαρακτηριστική εσχάρα νυγμού εντόμου (tâche noire). Το αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ανέδειξε ανάσπαση του διαστήματος ST στις κατώτερες απαγωγές (Εικόνα 1). Ο ασθενής οδηγήθηκε σε επείγουσα στεφανιογραφία, η οποία απέκλεισε την στεφανιαία νόσο. Εντός 24 ωρών, ο ασθενής παρουσίασε ραγδαία αιμοδυναμική επιδείνωση και κατέληξε σε καρδιογενή καταπληξία (shock), με το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) να υποχωρεί στο 20–25%. Εφαρμόστηκε επιθετική υποστηρικτική θεραπεία με ενδοφλέβια διουρητικά, εμπειρικά αντιβιοτικά ευρέος φάσματος, ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή και άμεση έναρξη δοξυκυκλίνης.ΑποτελέσματαΟ ορολογικός έλεγχος επιβεβαίωσε την οξεία λοίμωξη από R. conorii (τίτλος IgM 1:64), επιτρέποντας τη στόχευση της αντιβιοτικής μονοθεραπείας. Μετά τη σταθεροποίησή του, ο ασθενής υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR). Η CMR επιβεβαίωσε τη διάγνωση οξείας μυοκαρδίτιδας βάσει των επικαιροποιημένων κριτηρίων Lake Louise (2018), αναδεικνύοντας εκτεταμένη καθυστερημένη ενίσχυση γαδολινίου (LGE) που κατελάμβανε το 28% της μάζας της αριστερής κοιλίας (Εικόνα 2). Σε επανέλεγχο μετά από μερικές εβδομάδες, η λειτουργικότητα του μυοκαρδίου αποκαταστάθηκε πλήρως, με το LVEF να ανέρχεται στο 56% και το GLS:-18.5%. Σε νέα μαγνητική καρδιάς μετά από 6 μήνες δεν διαπιστώθηκε καθυστερημένη πρόσληψη γαδολινίου (LGE), ο ασθενής παρέμενε ασυμπτωματικός, χωρίς τροπονιναιμία και χωρίς καταγραφή αρρυθμιολογικού συμβάματος στην δοκιμασία κοπώσεως. Συμπεράσματα: Η λοίμωξη από Rickettsia conorii μπορεί να προκαλέσει κεραυνοβόλο μυοκαρδίτιδα και καρδιογενές shock, ακόμη και σε νέους, ανοσοεπαρκείς ασθενείς. Ελάχιστες περιπτώσεις είναι δημοσιευμένες στην διεθνή βιβλιογραφία. Η υψηλή κλινική υποψία σε ενδημικές περιοχές, η αναγνώριση της χαρακτηριστικής δερματικής εσχάρας και η έγκαιρη έναρξη ειδικής αντιβιοτικής αγωγής (δοξυκυκλίνη) σε συνδυασμό με την αιμοδυναμική υποστήριξη αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την επιβίωση του ασθενούς και την πλήρη αναστροφή της βαριάς μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας.





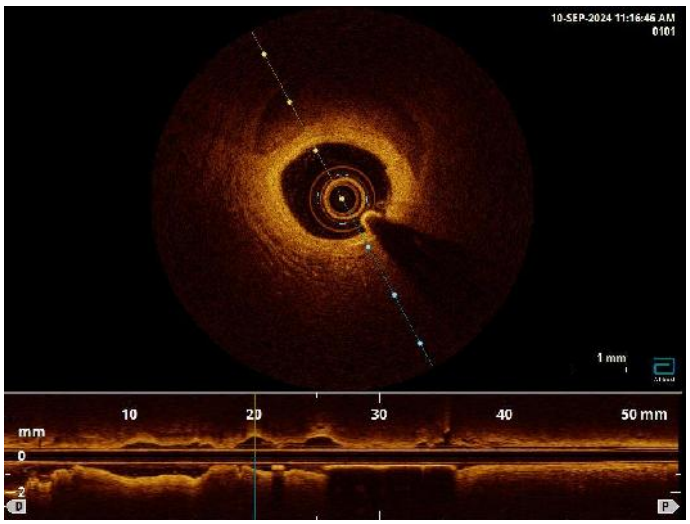
ΑΑ248|Υποτροπιάζον Έμφραγμα του Μυοκαρδίου σε Νέα Γυναίκα: Μια Αναδυόμενη Διάγνωση στην Εποχή της Ενδοστεφανιαίας Απεικόνισης

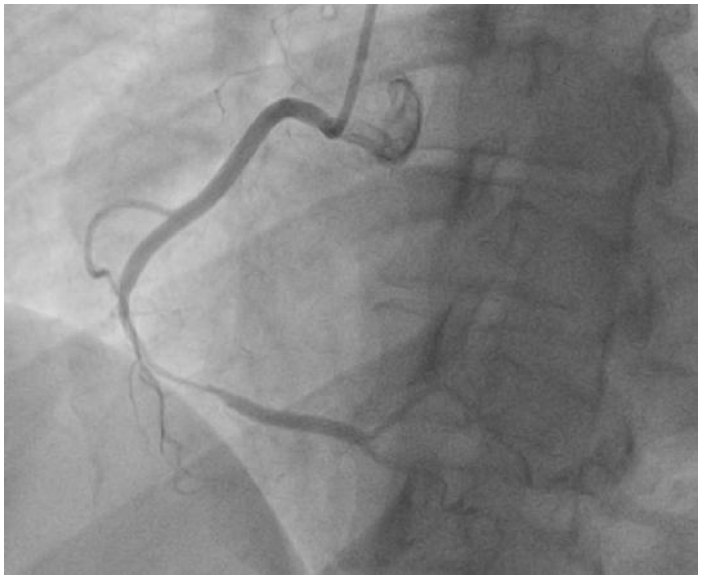
Ε. Αϊβαλιώτη[1], Σ. Καμπανάρου[2], Ν. Μόφορη[3], Ε. Δήμος[3], Ε. Ναυπλιώτης[3], Ν. Μακριδάκης[3], Σ. Ψυχάρη[3], Κ. Μπούκη[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αρτηριών (SCAD) αποτελεί υποδιαγνωσμένη αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε νέες γυναίκες. Το περιστατικό αναδεικνύει τις προκλήσεις στη διαχείριση του υποτροπιάζοντος πολυαγγειακού SCAD και τη σημασία της ενδοστεφανιαίας απεικόνισης.Περιστατικό: Γυναίκα 43 ετών, καπνίστρια, προσήλθε με θωρακικό άλγος. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικό, το υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF) 60% χωρίς διαταραχές κινητικότητας, ενώ η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας (hsTnI) ήταν 10.152 ng/L. Η στεφανιογραφία ανέδειξε SCAD στον 1ο αμβλύ χειλικό κλάδο (OM1)

της περισπώμενης (LCX), ενώ η οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT) ενδαγγειακά επιβεβαίωσε ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα (Εικόνα 1). Η ασθενής είχε ιστορικό SCAD στο ίδιο αγγείο πέντε έτη νωρίτερα, που αντιμετώπίστηκε συντηρητικά. Το νέο επεισόδιο NSTEMI αντιμετωπίστηκε επίσης συντηρητικά, με καλή κλινική πορεία για ένα έτος.Στη συνέχεια παρουσίασε νέο NSTEMI με θωρακικό άλγος, hsTnI 7.200 ng/L και LVEF 50% με ήπια υποκινησία του μέσου και κορυφαίου κατώτερου-πλάγιου τοιχώματος. Η στεφανιογραφία ανέδειξε νέο SCAD στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA) και στην περιφέρεια της LCX. Επτά ημέρες αργότερα, λόγω εμμενόντων συμπτωμάτων, νέα στεφανιογραφία έδειξε υφολική απόφραξη της RCA μετά από έγχυση σκιαγραφικού (Εικόνα 2), η οποία αντιμετωπίστηκε με αγγειοπλαστική με semi-compliant μπαλόνι. Παρά την αγωγή, η ασθενής παρέμενε συμπτωματική. Η αξονική στεφανιογραφία στους 2 και 5 μήνες ανέδειξε την παραμονή σημαντικών στενώσεων της RCA, ενώ η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έδειξε LVEF 61% και περιορισμένη υποενδοκάρδια όψιμη ενίσχυση γαδολινίου (LGE). Έξι μήνες μετά, λόγω εμμενόντων συμπτωμάτων και σημαντικών στενώσεων, υποβλήθηκε σε ελάχιστα επεμβατική άμεση παράκαμψη (MIDCAB) της RCA . Συμπεράσματα: Η διαχείριση του υποτροπιάζοντος πολυαγγειακού SCAD παραμένει απαιτητική. Η χρήση προηγμένων ενδοστεφανιαίων και μη επεμβατικών απεικονιστικών τεχνικών, όπως η OCT και η αξονική στεφανιογραφία, είναι καθοριστική για τη διάγνωση, την παρακολούθηση και τη θεραπευτική στρατηγική.

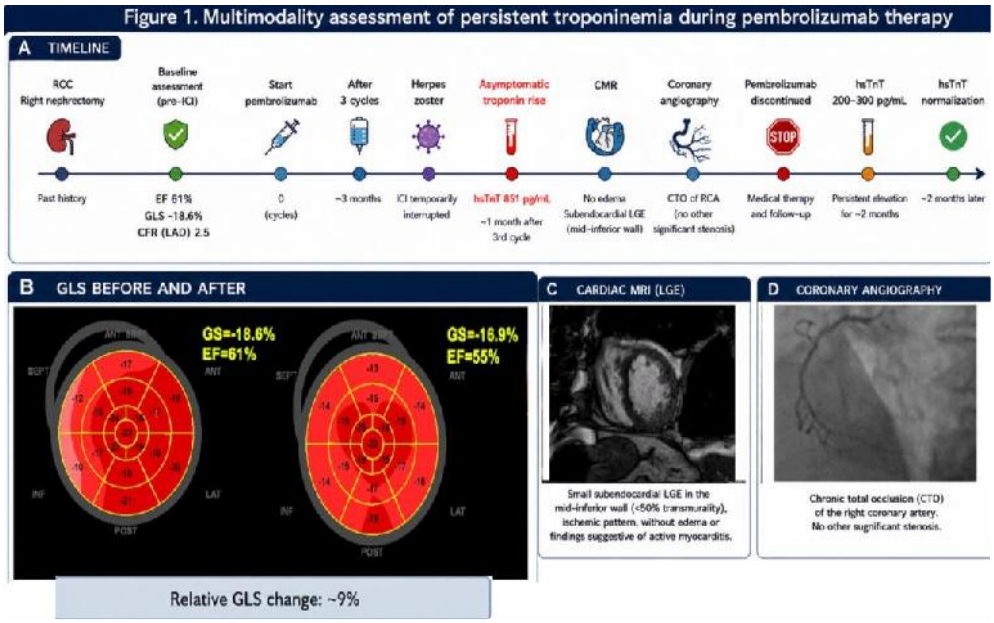




AA249|Επίμονη ασυμπτωματική αύξηση τροπονίνης κατά τη διάρκεια θεραπείας με pembrolizumab: μια διαγνωστική πρόκληση στην καρδιο-ογκολογία

Ε. Καραμανώλης[1], Β.Μ. Δραγώνα[1], Κ.Κατωγιάννης[1], Δ. Φαρμάκης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι αναστολείς των σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού (immune checkpoint inhibitors, ICIs) έχουν μεταμορφώσει τη θεραπεία πολλών κακοηθειών, αλλά μπορεί να σχετίζονται με σοβαρές καρδιαγγειακές τοξικότητες. Η ερμηνεία της αύξησης τροπονίνης σε ασθενείς που λαμβάνουν ICIs μπορεί να αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση, ιδίως επί απουσίας συμπτωμάτων και μη καταληκτικών ευρημάτων στην πολυτροπική απεικόνιση. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση επίμονης ασυμπτωματικής αύξησης της τροπονίνης κατά τη θεραπεία με pembrolizumab, με διαγνωστικό δίλημμα μεταξύ άτυπης καρδιοτοξικότητας σχετιζόμενης με ICI και ισχαιμικής μυοκαρδιακής βλάβης.Παρουσίαση περιστατικούΓυναίκα 73 ετών με νεφροκυτταρικό καρκίνωμα και προηγηθείσα δεξιά νεφρεκτομή, ελάμβανε επικουρική θεραπεία με pembrolizumab. Η αρχική καρδιο-ογκολογική εκτίμηση κατέδειξε υψηλής ευαισθησίας καρδιακή τροπονίνη T (hs-cTnT) 50 pg/mL, κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας (LVEF) 61%, συνολική επιμήκη παραμόρφωση (GLS) −18,6% και στεφανιαία εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κατιόντα (CFR) 2,5. Μετά από τρεις κύκλους pembrolizumab και ένα πρόσφατο επεισόδιο έρπητα ζωστήρα, διαπιστώθηκε ασυμπτωματική αύξηση της hs-cTnT έως 851 pg/mL. Η ασθενής παραπέμφθηκε για καρδιο-ογκολογική εκτίμηση. Αποτελέσματα: Η ασθενής δεν ανέφερε θωρακικό άλγος, δύσπνοια, αίσθημα παλμών ή συγκοπή. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν παρουσίαζε αλλαγές. Παρά τη σημαντική αύξηση της hs-cTnT, το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε μόνο ήπιες μεταβολές της καρδιακής λειτουργίας, με μείωση του LVEF από 61% σε 55% και του GLS από −18,6% σε −16,9% (με σχετική μείωση μικρότερη από το όριο του 15% που χρησιμοποιείται συνήθως για τον ορισμό της σχετιζόμενης με αντικαρκινική θεραπεία καρδιακής δυσλειτουργίας).Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε μικρή περιοχή υποενδοκαρδιακής καθυστερημένης ενίσχυσης με γαδολίνιο στο μέσο κατώτερο τοίχωμα (<0% διατοιχωματικότητα), συμβατή με χρόνια ισχαιμική βλάβη, χωρίς μυοκαρδιακό οίδημα ή στοιχεία ενεργού μυοκαρδίτιδας. Η στεφανιογραφία ανέδειξε χρόνια ολική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, χωρίς άλλες σημαντικές στενώσεις. Δεν παρατηρήθηκαν κοιλιακές αρρυθμίες, διαταραχές αγωγιμότητας, καρδιακή ανεπάρκεια, μυοσίτιδα ή άλλες σοβαρές ανοσολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Μετά τη διακοπή του pembrolizumab, η hs-cTnT παρέμεινε αυξημένη (200–300 pg/mL) για περίπου δύο μήνες και κατόπιν ομαλοποιήθηκε σταδιακά.ΣυμπεράσματαΗ περίπτωση αυτή ήταν συμβατή με ήπια (βαθμού 1) ICI-σχετιζόμενη καρδιοτοξικότητα, εκδηλούμενη κυρίως με επίμονη αύξηση τροπονίνης, χωρίς κλινικά, ηλεκτροκαρδιογραφικά ή απεικονιστικά στοιχεία ενεργού μυοκαρδίτιδας. Η ολοκληρωμένη πολυτροπική αξιολόγηση ήταν καθοριστική για τη διαφοροδιάγνωση από την ισχαιμική μυοκαρδιακή βλάβη ιδιαίτερα παρουσία συνυπάρχουσας χρόνιας στεφανιαίας νόσου και υπογραμμίζει τη σημασία της στενής συνεργασίας μεταξύ καρδιολόγων και ογκολόγων.

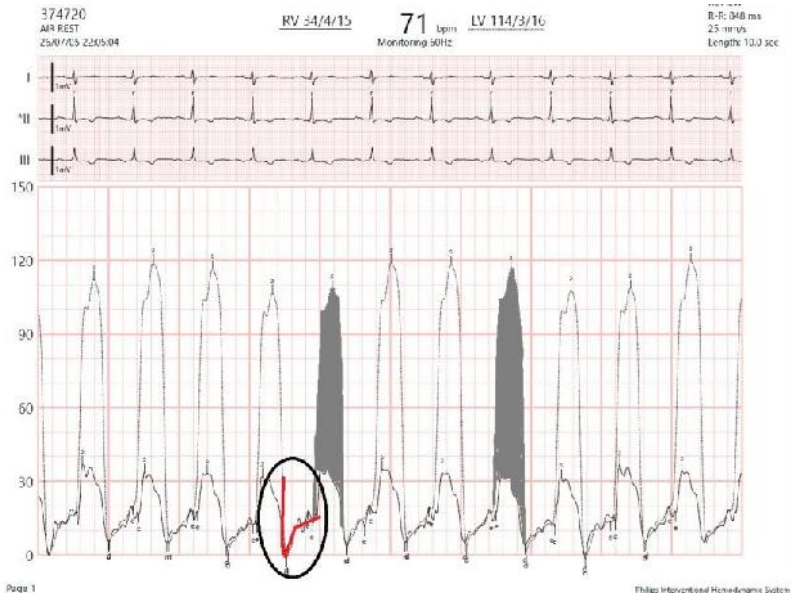


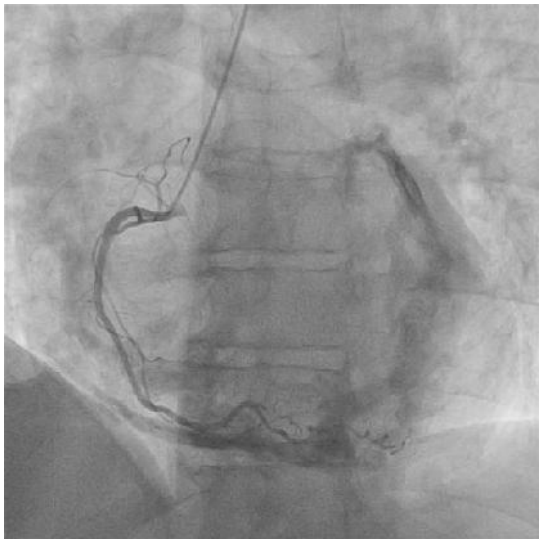
AA250|Hemodynamics Beyond Imaging: A Challenging Case of Constrictive Pericarditis

C. Theodosopoulou[1], A. Tsaggaris[1], M. Aggelaki[1], S. Alexandris[1], A. Pountoukidou[1], I. Karalis[1], K. Flessa[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Aim This clinical case highlights the pivotal role of invasive hemodynamic assessment in confirming constrictive pericarditis, identifying concomitant heart failure physiology, and guiding individualized patient management. Material and methods A 71- year-old Caucasian male patient with past medical history of paroxysmal atrial fibrillation and pericarditis, was referred to Cath Lab for scheduled right and left heart catheterization due to dyspnoea at exercise ongoing for six months. He had already undergone an echocardiogram which was suggestive for constrictive

pericarditis: Thickened pericardium (11 mm) with fibrosis and calcifications; no pericardial effusion · E′LATD .Respiratory variation of the mitral E-wave>% An additional PET/CT scan was performed to rule out a paraneoplastic phenomenon. Coronary angiography demonstrated no obstructive coronary artery disease. To evaluate for concomitant restrictive physiology, invasive hemodynamic assessment was performed. This showed high end-diastolic, equalized pressures in all four chambers. The cardiac output was normal (5.3 L/min). The waveform of pressure measurements in diastole followed a dip and plateau pattern (square root sign) suggestive of pericardial constriction. In addition, ventricular systolic pressure discordance was observed, a marker that is both sensitive and specific for constrictive pericarditis, as well as prominent right atrial x and y descents. Right heart catheterization revealed an elevated mean pulmonary capillary wedge pressure (PCWP=16mmHg) with normal pulmonary vascular resistance (PVR= 1.2mmHg). Results Invasive hemodynamic assessment confirmed the diagnosis of constrictive pericarditis. However, right heart catheterization also revealed elevated left-sided filling pressures with normal pulmonary vascular resistance and preserved cardiac output , suggesting concomitant decompensated HFpEF as the main contributor to the patient's exertional dyspnoea. Based on these findings, diuretic therapy was intensified, resulting in symptom-oriented management. Conclusions Comprehensive hemodynamic assessment remains the cornerstone for confirming constrictive pericarditis, recognizing overlapping heart failure physiology, and directing individualized treatment.



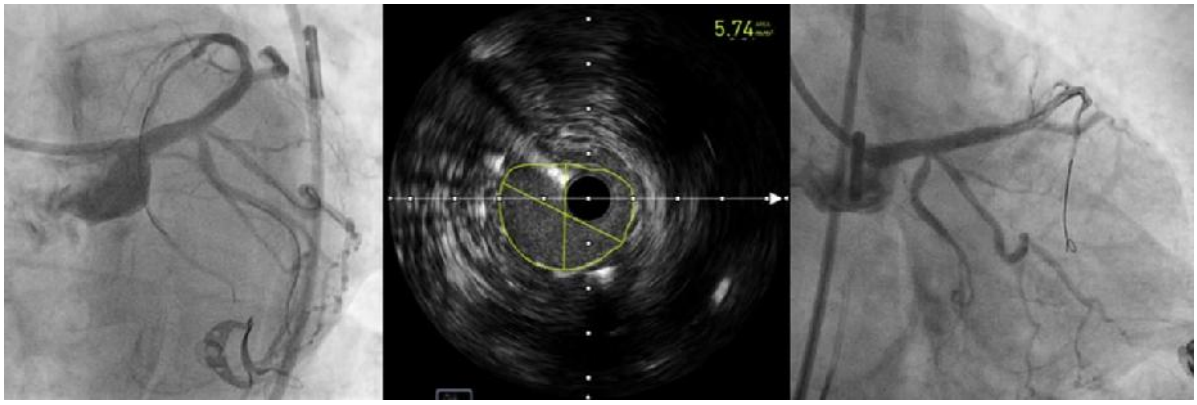


AA251|High-Risk PCI in Diseased Left Main Trifurcation with Drug-Coated Balloons Only

A. R. Papapanagiotou[1], M. Papafaklis[1], A. Moulias[1], F. Eleftheriadis[1], P. Davlouros[1]
[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division

Introduction: High-risk PCI of the left main (LM) trifurcation especially in elderly patients with reduced left ventricular ejection fraction (LVEF) requires balancing revascularization against procedural complexity and metallic burden. Case study: An 87-year-old woman, with hypertension/dyslipidemia and previous anterior STEMI treated with ostial/proximal PCI in the LAD six months earlier, presented with NSTEMI and dynamic ST-segment depression in leads I, II, V5 and V6. Echocardiography showed newly reduced LVEF of 35%. Angiography demonstrated LM trifurcation disease (Medina 0,1,1,1), LAD stent restenosis involving the LAD ostium and distal stent edge, and 80% ostial stenoses of the ramus intermedius (RI) and LCx. After Heart Team discussion, in-hospital PCI was selected. Because of complex LM anatomy and reduced LVEF, an intra-aortic balloon pump (IABP) was inserted prophylactically. PCI was performed via the femoral access with a 7Fr XB3.5 guide and triple wiring (LAD, RI and LCx). A key decision was to avoid, if possible, stenting in the LM trifurcation, which would increase metal burden, risk side-branch compromise and potentially lead to a suboptimal result. Therefore, the LM trifurcation was treated without additional stents: drug-coated balloon (DCB) angioplasty was performed for the proximal/ostial LAD and the RI/LCx ostia, while focal drug-eluting stent (DES) implantation was reserved only for the distal LAD stent edge, where scaffolding was required. After lesion preparation and intravascular ultrasound (IVUS) interrogation, a 3.0×12mm DES was implanted at the distal LAD stent edge. DCB angioplasty was performed with kissing DCBs dilation (two 2.5x15mm) in the RI and LCx ostia, a 4.0×10mm DCB in the proximal LAD stent edge, and new kissing balloon dilation in the LAD/RI. Final IVUS showed a satisfactory result (MLA 5.8 mm² in the proximal edge of the old LAD stent). Final angiography demonstrated TIMI III flow without complications. The patient was discharged asymptomatic after three days on aspirin and clopidogrel. Conclusion: This case illustrates successful IABP-supported, IVUS-guided DCB-only treatment of LM trifurcation disease with in-stent restenosis in the LAD ostium, prioritizing safety and avoidance of excessive metal in a frail high-risk patient. DCB angioplasty may offer a valuable option in selected patients with left main bifurcation/trifurcation disease.



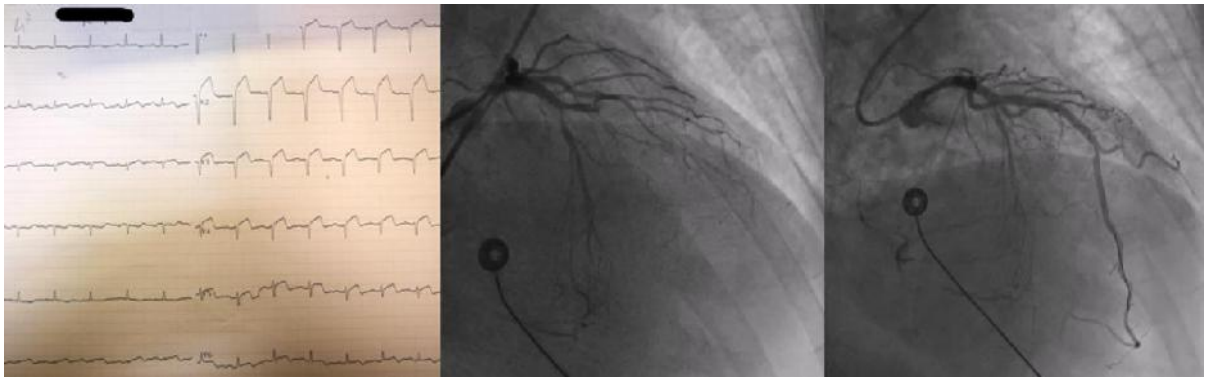


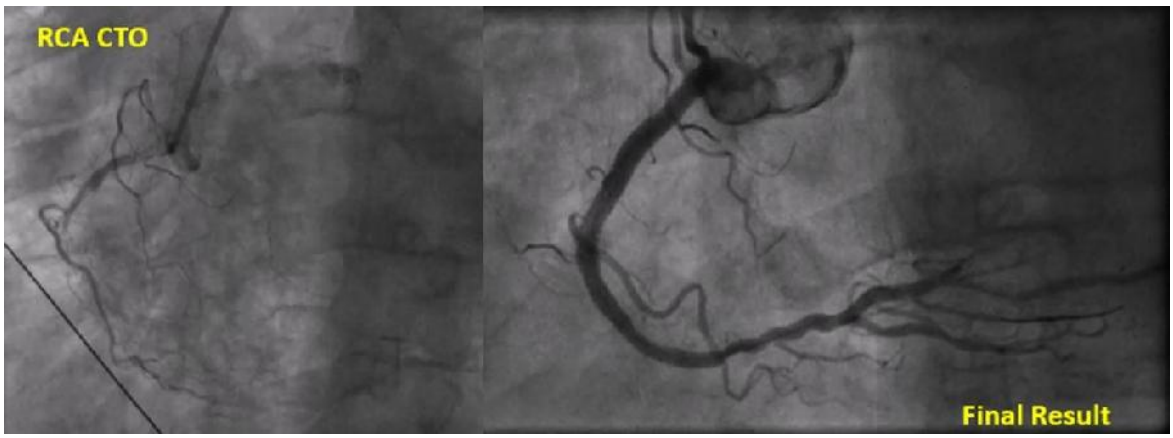
AA252|When the Pain Does Not Fade: Bailout RCA CTO PCI for Persistent Ischemia After LAD Primary PCI

A.R. Papapanagiotou[1], A. Papageorgiou[1], G. Theodorou[1], M. Papafaklis[1], A. Karanasos[2], G. Tsigas [2], P. Davlouros[1], A. Moulias[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction Primary PCI for STEMI usually targets the culprit lesion; however, persistent symptoms and evolving ECG changes after apparently successful reperfusion should prompt reassessment of the total ischemic burden. In patients with a chronic total occlusion (CTO), compromise of collateral-dependent myocardium may transform a “stable” CTO into an acute therapeutic target. Case study A 76-year-old man with hypertension, hyperlipidaemia, previous transient ischemic attack, mild carotid disease and former smoking status presented with one hour of acute central chest pain and mild dyspnoea, despite a negative stress echocardiogram two months earlier. The ECG showed sinus rhythm, ST-segment elevation in V1–V6 with Q waves in V1–V3, and borderline inferior ST elevation. Coronary angiography demonstrated acute total occlusion of the mid LAD as the culprit lesion and a chronic total occlusion of the mid RCA. The RCA territory was supplied through a septal collateral channel, which showed severe proximal stenosis and possible superimposed thrombus. Primary PCI of the mid LAD was performed after semicompliant balloon predilatation, with implantation of 3.0 × 22 mm and 3.5 × 26 mm drug-eluting stents, achieving an initially satisfactory angiographic result. However, the patient remained markedly symptomatic, with persistent severe chest pain and worsening inferior ST-segment elevation on repeat ecg. These findings suggested ongoing ischemia involving additional jeopardized, collateral-dependent territory. Therefore, bailout PCI of the RCA CTO was undertaken, with implantation of 3.0 × 24 mm, 3.5 × 26 mm and 3.5 × 26 mm drug-eluting stents. The patient was transferred to the coronary care unit. Next-day IVUS reassessment showed excellent LAD and RCA stent expansion and apposition, while left main ostial MLA was 10 mm^2. He showed progressive improvement, with complete symptom resolution. Echocardiography demonstrated LVEF approximately 40%, with anterior wall and apical hypokinesia. He was discharged on day 5. Conclusion This case highlights persistent angina and worsening inferior ST elevation after initial culprit PCI as warning signs of ongoing ischemia beyond the obvious target. In selected STEMI patients, bailout CTO PCI may be justified when compromised collateral pathways threaten additional myocardium.



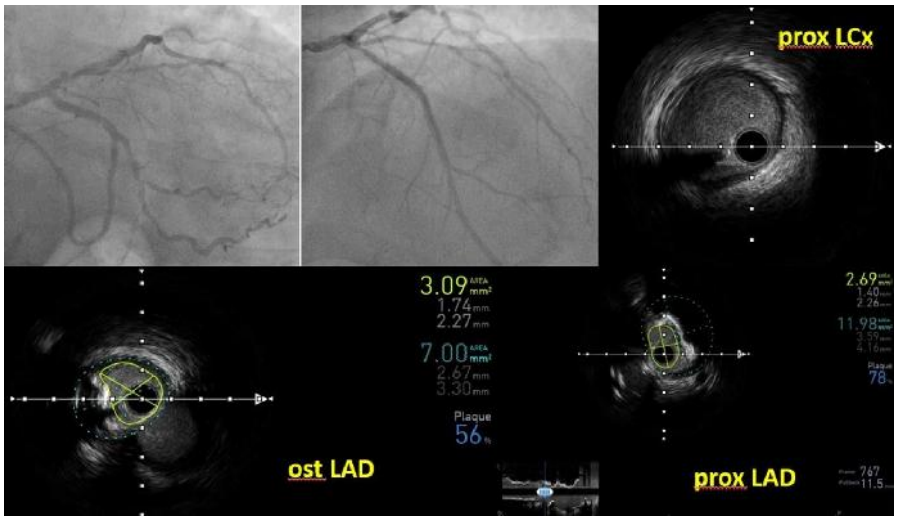


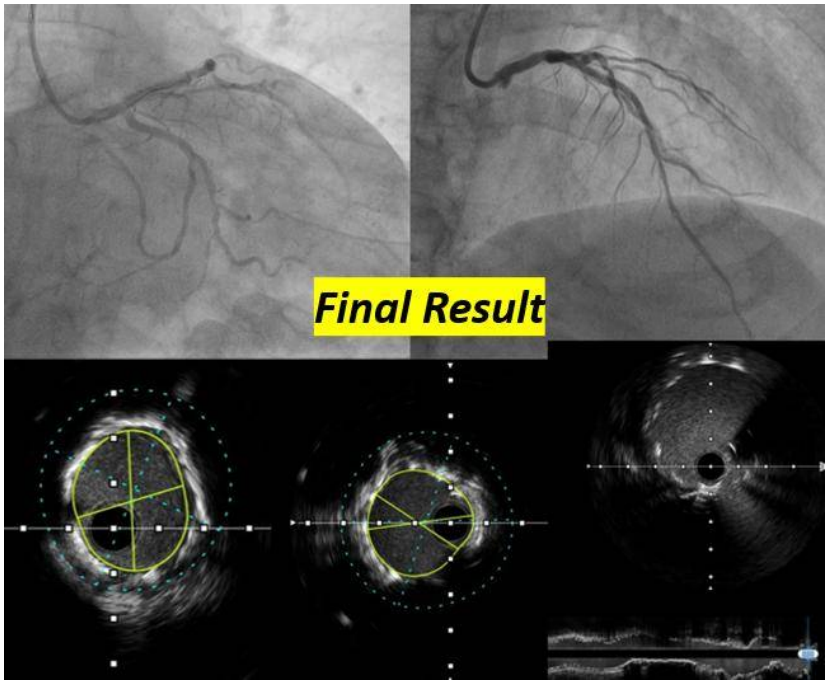
AA253|Ultra-Low-Contrast IVUS-Guided Left Main-LAD PCI in Advanced Chronic Kidney Disease

A.R. Papapanagiotou[1], A. Karanasos[1], A. Dedes[1], T. Paizis[2], A. Moulias[1], M. Papafaklis [1], P. Davlouros[1], G. Tsigas[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]University of Patras, Medical School*

Introduction Patients with advanced chronic kidney disease (CKD) undergoing complex percutaneous coronary intervention (PCI) represent a major therapeutic challenge, particularly when left main bifurcation disease requires precise assessment and optimization. Intravascular ultrasound (IVUS) can support an ultra-low-contrast strategy by guiding lesion evaluation, calcium modification, stent sizing, deployment, and final optimization. Case study A 78-year-old male with arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, known coronary artery disease with previous drug-eluting stents in the proximal left anterior descending artery (LAD) and mid right coronary artery (RCA), and CKD with baseline creatinine approximately 1.8 mg/dL, presented with inferior ST-segment elevation myocardial infarction. Coronary angiography identified an in-stent total occlusion of the mid RCA, treated with primary PCI. Severe ostial LAD stenosis extending to the entrance of the previous proximal LAD stent was also detected, while the proximal left circumflex artery (LCx) had only mild disease. Post-primary PCI, the patient developed worsening renal function, recurrent uncontrolled ventricular arrhythmias, and severely reduced left ventricular ejection fraction, approximately 30-35%. Although the initial Heart Team plan was stabilization followed by coronary artery bypass grafting, persistent ventricular tachyarrhythmias made PCI necessary. Given advanced CKD, with eGFR approximately 22 mL/min, an IVUS-first strategy was selected. Through distal radial access with a 7 Fr slender sheath, IVUS defined vessel size, lesion length, plaque distribution, and severe calcification. The LCx ostium showed no significant atherosclerosis by IVUS; therefore, provisional LM-LAD PCI was performed with LCx wire protection. Lesion preparation included IVUS-guided non-compliant balloon predilatation and intravascular lithotripsy. Two drug-eluting stents were implanted in the LM-LAD, followed by left main proximal optimization with a 4.0-mm non-compliant balloon. Final IVUS confirmed adequate expansion, apposition, edge integrity, and preserved LCx ostium. Only 6 mL of contrast was used for final verification. Conclusion This case demonstrates that IVUS can function as the backbone for complex LM-LAD PCI in high-risk CKD patients, enabling precise revascularization with minimal contrast exposure. The patient was discharged asymptomatic after three days, without further renal deterioration.





ΑΑ254|«Δυοίν κακοίν προκειμένοιν, το μη χείρον βέλτιστον», STEMI σε σηπτικό ασθενή μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή: θεραπευτικές προκλήσεις σε μία σύνθετη κλινική περίπτωση

Α. Πλαΐτης[1], Μ. Καρακώστα[1], Α. Αρχοντίκης[1], Κ. Νταλέκου[1], Ν. Αρνάς[1], Σ. Καψοκόλης[1], Α. Γιαννακόδημος[1], Α. Οικονομίδης[1], Ά.Ε. Καλέση[1], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[1], Γ. Γαβριελάτος[1], Ν. Πατσουράκος[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

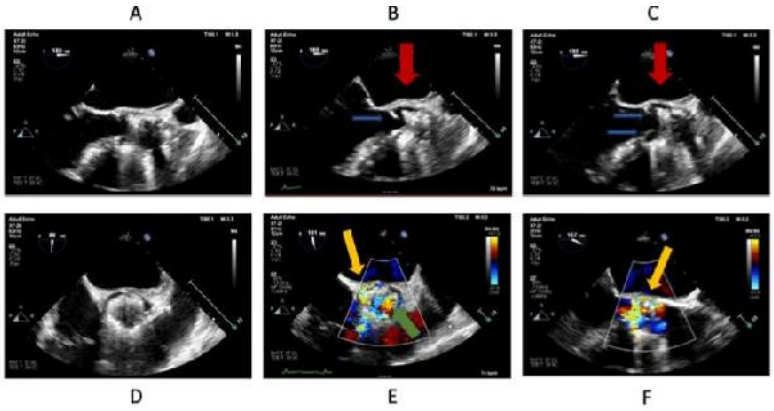
Εισαγωγή / Σκοπός: Η συνύπαρξη οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI), σήψης και ενεργού νεοπλασματικής νόσου αποτελεί μία ιδιαίτερα σπάνια και σύνθετη κλινική κατάσταση, για την οποία δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού που αναδεικνύει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις της άμεσης αντιμετώπισης. Υλικό και ΜέθοδοςΠαρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα 75 ετών, ο οποίος διακομίστηκε με το ΕΚΑΒ στο καρδιολογικό Τμήμα Επειγόντων σε καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Ως πρώτος καταγεγραμμένος ρυθμός αναγνωρίστηκε κοιλιακή μαρμαρυγή και μετά από εφαρμογή του πρωτοκόλλου Advanced Life Support (ALS) επετεύχθη επαναφορά της αυτόματης κυκλοφορίας. Ακολούθησε συστηματική κλινική, ηλεκτροκαρδιογραφική, ηχωκαρδιογραφική, εργαστηριακή και στεφανιογραφική διερεύνηση. Αποτελέσματα: Μετά την ανάνηψη, ο ασθενής παρέμενε αιμοδυναμικά ασταθής, απαιτώντας ενδοφλέβια αγγειοσυσπαστικά, ενώ παρουσίαζε εμπύρετο (37,7°C). Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε εναλλαγές φλεβοκομβικού και κομβικού ρυθμού, αποκλεισμό δεξιού σκέλους και ανασπάσεις του ST στις απαγωγές V1–V5. Η ηχωκαρδιογραφία ανέδειξε νέα έκπτωση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας με ακινησία της κορυφής. Από το ιστορικό προέκυπταν στεφανιαία νόσος δύο αγγείων με προηγούμενες αγγειοπλαστικές, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και μεταστατική νεοπλασματική νόσος αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας. Παρά τα εργαστηριακά ευρήματα σοβαρής βακτηριακής λοίμωξης με αυξημένους δείκτες φλεγμονής, προκαλσιτονίνη και γαλακτικό οξύ, αποφασίστηκε επείγουσα στεφανιογραφία, η οποία ανέδειξε πλήρη θρόμβωση εντός του προϋπάρχοντος stent του μέσου τμήματος του πρόσθιου κατιόντα κλάδου. Παρά τη μέγιστη υποστηρικτική και επεμβατική θεραπεία, ο ασθενής κατέληξε εντός 24 ωρών στη Μονάδα Εμφραγμάτων. Συμπεράσματα Το περιστατικό αναδεικνύει ότι η παρουσία σήψης, ενεργού νεοπλασματικής νόσου και πολλαπλών συννοσηροτήτων δεν αποκλείει την ταυτόχρονη ύπαρξη πραγματικού STEMI, ακόμη και μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Η έγκαιρη αναγνώριση των ηλεκτροκαρδιογραφικών και ηχωκαρδιογραφικών ευρημάτων οδήγησε στον άμεσο στεφανιογραφικό έλεγχο και στη διάγνωση οξείας θρόμβωσης εντός παλαιότερα εμφυτευμένου stent. Η απουσία ειδικών κατευθυντήριων οδηγιών για τόσο σύνθετες κλινικές καταστάσεις υπογραμμίζει την ανάγκη εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης και διεπιστημονικής συνεργασίας.



ΑΑ256|Επιπλεγμένη λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή με χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία

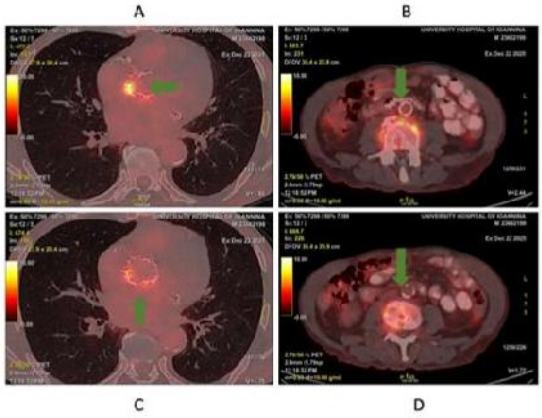
Α.Κ. Παπαχρήστου[1], **Ε. Χουρδάκης[1]**, Γ. Τασιούλα[1], Α. Προκοπίου[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ / ΣΚΟΠΟΣΗ λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής βαλβίδας αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρο επιπλοκή. Σκοπός της παρούσας παρουσίασης είναι η ανάδειξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών προκλήσεων που αντιμετωπίζονται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής βαλβίδας.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣΑιμοκαθαιρόμενος άνδρας 73 ετών με ιστορικό βιοπροσθετικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (AVR-Perceval), στεφανιαίας νόσου (CABG) και χρόνιας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας εισήχθη λόγω παρατεινόμενου εμπυρέτου και οσφυαλγίας. Επανειλημμένες αιμοκαλλιέργειες απομόνωσαν χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στη μεθικιλλίνη (MRSA).ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ανέδειξε σοβαρή παρα- και διαβαλβιδική ανεπάρκεια της βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας καθώς και αποκόλληση της βαλβίδας από τον δακτύλιο (supraannular malposition). Στα πλαίσια ελέγχου εμβολικών επιπλοκών διενεργήθηκε MRI ΟΜΣΣ που ανέδειξε σπονδυλοδισκίτιδα στους Ο3–Ο4, ενώ σε PET-CT αναδείχθηκαν τρεις υπερμεταβολικές εστίες κατά μήκος της βιοπροσθετικής βαλβίδας και υπερμεταβολικές εστίες στους Ο3–Ο4, ευρήματα που συνηγορούν υπέρ σπονδυλοδισκίτιδας. Τέθηκε τριπλή αντιβιοτική αγωγή βάσει αντιβιογράμματος και κατόπιν λοιμωξιολογικής εκτίμησης. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση, η οποία ωστόσο δεν κατέστη εφικτή λόγω πορσελανοειδούς αορτής. Αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση με συνέχιση του αντιβιοτικού σχήματος με στόχο την αρνητικοποίηση των αιμοκαλλιεργιών και αποστείρωση της βαλβίδας. Για τη αντιμετώπιση της εμμένουσας σοβαρής ανεπάρκειας αορτής προτάθηκε η διενέργεια TAVI off-label κατόπιν αποστείρωσης της βιοπροσθετικής βαλβίδας (valve-in-valve), η οποία όμως δεν πραγματοποιήθηκε καθώς ο ασθενής απεβίωσε. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής βαλβίδας αντιπροσωπεύει μια εξαιρετικά δυσχερή κλινική οντότητα με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές. Η παρουσία πορσελανοειδούς αορτής αποκλείει τη χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ η σοβαρή ανεπάρκεια της βαλβίδας και οι σηπτικές εμβολές επιβαρύνουν δραματικά την πρόγνωση. Η προσέγγιση valve-in-valve μέσω TAVI off-label, αν και θεωρητικά εφικτή ως εναλλακτική σε χειρουργικά μη αντιμετωπίσιμους ασθενείς, απαιτεί πρώτα πλήρη αποστείρωση της λοίμωξης, γεγονός που σε πολυνοσούντες ασθενείς με παρουσία ξένου σώματος είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί. Η περίπτωση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη για έγκαιρη πολυεπιστημονική εκτίμηση, εξατομικευμένη θεραπευτική στρατηγική και ανάπτυξη ειδικών πρωτοκόλλων για ασθενείς με πολλαπλές συνοσηρότητες που εμφανίζουν λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα βιοπροσθετικής βαλβίδας.



Εικόνα 1

Εικόνες A-D: Supraannular malposition της βιοπροσθετικής βαλβίδας. Σημειώνεται η αποκόλληση της βιοπροσθετικής βαλβίδας από τον δακτύλιο (κόκκινα βέλη), εμφανείς γλωχίνες της γηγενούς αορτικής βαλβίδας (μπλε βέλη). Εικόνες E-F: Σοβαρή παραβαλβιδική ανεπάρκεια, jet ανεπάρκειας μεταξύ βιοπροσθετικής βαλβίδας και δακτυλίου (κίτρινα βέλη), και σοβαρή διαβαλβιδική ανεπάρκεια (πράσινα βέλη).



Εικόνα 2

Εικόνες από το PET-CT, όπου σημειώνονται οι υπερμεταβολικές εστίες κατά μήκος της βιοπροσθετικής βαλβίδας (εικόνες A και C) και στο ύψος των σπονδύλων Ο3–Ο4 (εικόνες B και D), εικόνα σπονδυλοδισκίτιδας.

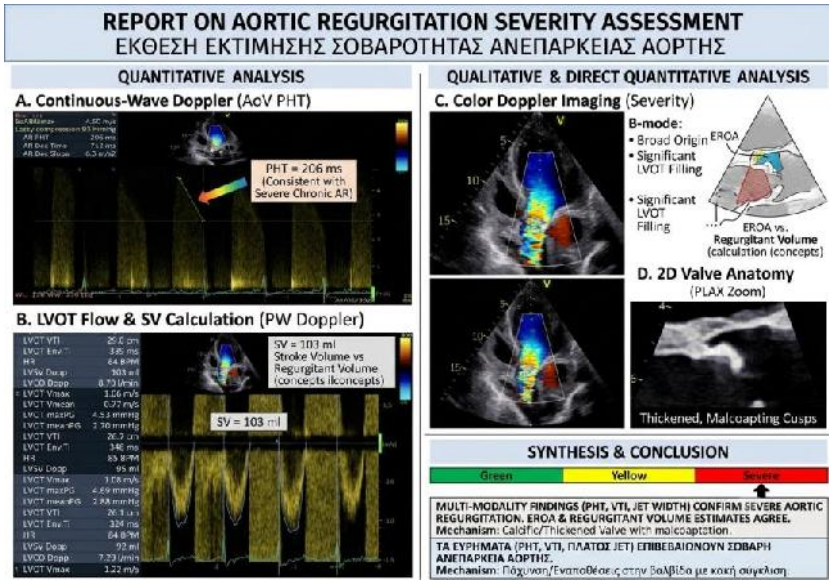
AA257|Σοβαρή ρευματική πολυβαλβιδοπάθεια με εκδήλωση οξέος πνευμονικού οιδήματος σε νέο ασθενή: Παρουσίαση περιστατικού

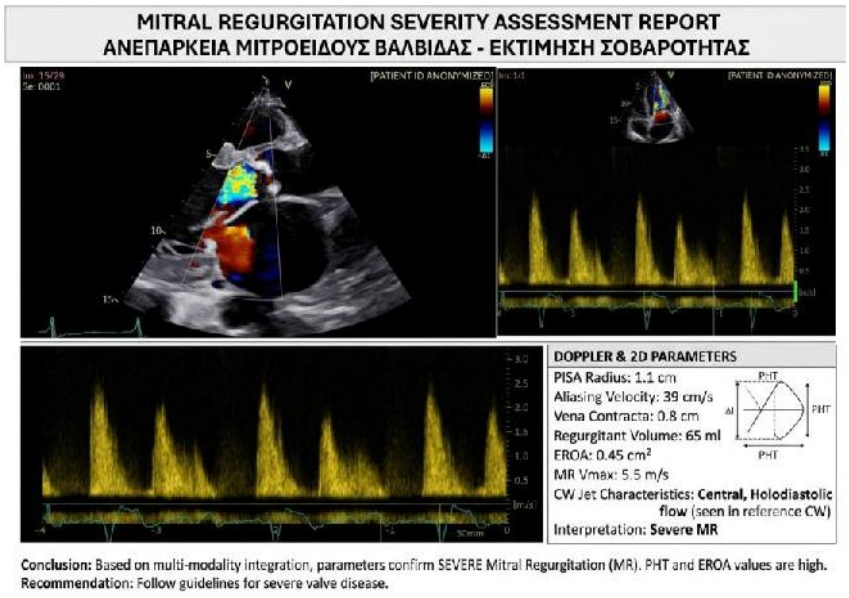
S. Charalampous[1], A. Papaspyropoulos[1], I. Delia Vlad[1]

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

Εισαγωγή/Σκοπός: Η ρευματική καρδιοπάθεια παραμένει η νούμερο ένα αιτία βαλβιδοπάθειας σε νεαρούς ενήλικες, οδηγώντας συχνά σε σύνθετες πολυβαλβιδικές βλάβες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη ενός περιστατικού σοβαρού βαθμού μικτής πάθησης της αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας ρευματικής αιτιολογίας, το οποίο εκδηλώθηκε αιφνιδίως ως οξύ πνευμονικό οίδημα.Υλικό και Μέθοδος: Άρρεν ασθενής, 48 ετών, ενεργός καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, διεκομίσθη λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας τύπου ορθόπνοιας και θωρακαλγίας από πενθημέρου. Αναφέρει επίσης πρόσφατη λοίμωξη αναπνευστικού. Κατά την κλινική εξέταση στην ακρόαση της καρδιάς, διαπιστώθηκε ολοσυστολικό και διαστολικό φύσημα, καθώς και τρίζοντες πνευμονικών βάσεων. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με εικόνα υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. Για τη διάγνωση και ποσοτικοποίηση των βλαβών, διενεργήθηκε διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα, καθώς και κλασική στεφανιογραφία. Αποτελέσματα: Η υπερηχογραφική μελέτη ανέδειξε διατεταμένη αριστερή κοιλία με υπερτροφία τοιχωμάτων (ΜΚΔ=11mm, Οπίσθιο=11mm, ΤΔΔ=65mm), μέτρια έκπτωση της συνολικής συσταλτικότητας (ΚΕ=40%) και διάχυτες μη τμηματικές διαταραχές κινητικότητας. Η ποσοτικοποίηση ανέδειξε σοβαρού βαθμού μικτή πάθηση αορτικής βαλβίδας με χαρακτηριστικά σοβαρής στένωσης (AVA=0,8cm2) και σοβαρής ανεπάρκειας (VC=7mm, RVol=54ml, ολοδιαστολική αναστροφή ροής στην θωρακική αορτή με diastVmax=30cm/s) και σοβαρού βαθμού μικτή

πάθηση μιτροειδούς καθ΄ υπεροχή ανεπάρκεια (Rvol=65ml). Διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος στα πλαίσια προεχειρητικού ελέγχου και ανέδειξε στεφανιαία αγγεία χωρίς αποφρακτικές βλάβες. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς με ενδοφλέβια διουρητική αγωγή καθώς και έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας για καρδιακή ανεπάρκεια (β-αποκλειστή, α-ΜΕΑ, MRA, SGLT2-i) με αποτέλεσμα την πλήρη κλινικοεργαστηριακή του βελτίωση. (ΜΚΔ= μεσοκοιλιακό διάφραγμα, οπίσθιο= οπίσθιο τοίχωμα, ΤΔΔ= τελοδιαστολική διάμετρος, ΚΕ= κλάσμα εξώθησης, AVA= aortic valve area, VC= vena contracta, RVol= regurgitant volume, diastVmax= maximum velocity in diastole, α-ΜΕΑ= Αναστολείς του Μετατρεπτικού Ενζύμου της Αγγειοτενσίνης, MRA= Mineralocorticoid Receptor Antagonist, SGLT2-i= Αναστολείς του Συμμεταφορέα Νατρίου-Γλυκόζης 2) Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη σοβαρής μικτής νόσου σε δυο βαλβίδες επιτείνει την αιμοδυναμική επιβάρυνση, καθιστώντας την έγκαιρη υπερηχογραφική ποσοτικοποίηση κρίσιμη. Μετά τη σταθεροποίηση της οξείας φάσης, η άμεση παραπομπή για καρδιοχειρουργική εκτίμηση και αντικατάσταση των βαλβίδων αποτελεί τη μοναδική ενδεδειγμένη θεραπεία για την αποφυγή μη αναστρέψιμης μυοκαρδιακής βλάβης.



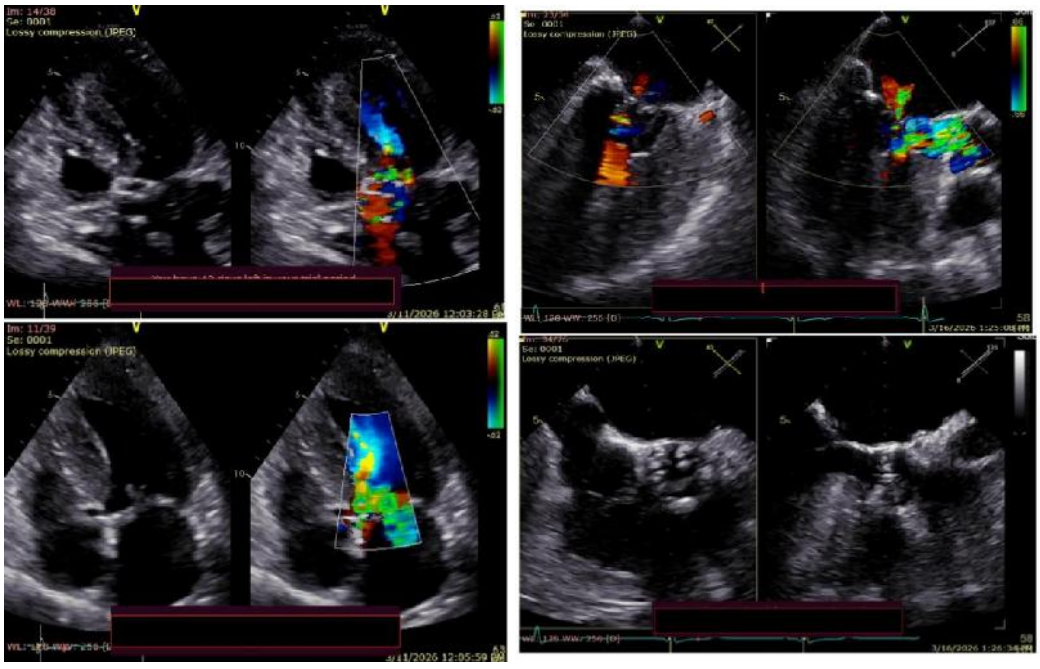


ΑΑ258|Εφαρμογή θεραπείας με αναστολέα μυοσίνης σε ασθενή με υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και συνυπάρχουσα στένωση αορτικής βαλβίδας.

Σ. Διονυσία[1], Χ. Κασκούτης[1], Α. Κασιακόγιας[1], Θ. Τσάμπρας[1], Δ. Κυριακόπουλος[1], Μ.Ε. Κοιλάκου[1], Φ.Ε. Κούρτη[1], Α. Αντωνόπουλος[1], Δ.Τερεντές[1], Γ. Λάζαρος[1], Κ. Τσιούφης[2], Χ. Βλαχ'οπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή- Σκοπός (Introduction - Background and Aim) Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια είναι η συχνότερη κληρονομική μυοκαρδιοπάθεια και οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας (LVOT) στην ηρεμία ή κατά την πρόκληση. Οι αναστολείς της καρδιακής μυοσίνης ενδείκνυνται σε ασθενείς που παραμένουν συμπτωματικοί παρά τη μέγιστη ανεκτή φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής. Όταν συνυπάρχει στένωση αορτικής βαλβίδας, η βέλτιστη σειρά αντιμετώπισης του κάθε επιπέδου απόφραξης παραμένει ασαφής. Περιγραφή Περιστατικού (Material and Methods-Case Study): Ασθενής, θήλυ, 76 ετών, με υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και στεφανιαία νόσο (προηγηθείσα επιτυχής αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο χωρίς αγγειογραφικά σημαντική επαναστένωση) και σπινθηρογράφημα αρνητικό για αμυλοείδωση εκ τρανσθυρετίνης, παραπέμφθηκε στη Μονάδα Καρδιογενετικής, λόγω επίμονης δύσπνοιας προσπαθείας (NYHA II) και στηθάγχης, παρά τη λήψη β-αποκλειστή στη μέγιστη ανεκτή δόση. Το διαθωρακικό (TTE) και το διοισοφάγειο (2D/3D TOE) υπερηχοκαρδιογραφήμα ανέδειξαν διατηρημένη συστολική λειτουργία (LVEF 65%), ασύμμετρη υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος (μέγιστο πάχος τοιχώματος 21 mm), πρόσθια συστολική κίνηση (SAM) της μιτροειδούς βαλβίδας και σημαντική στένωση της αορτικής βαλβίδας. Η μέγιστη κλίση πίεσης στον LVOT ήταν 108 mmHg σε ηρεμία. Η αξονική στεφανογραφία καρδιάς κατέγραψε Agatson score 1446 στην αορτική βαλβίδα. Το κλινικό σύνδρομο της ασθενούς αποδόθηκε κυρίως στην απόφραξη του χώρου εξόδου με συμμετοχή της βαλβιδικής νόσου. Αποτελέσματα (Results): Κατόπιν διεπιστημονικής συνάντησης και συναξιολόγησης, επιλέχθηκε η δοκιμή θεραπείας με τον άμεσο αναστολέα μυοσίνης μαβακαμτένη, με σκοπό την μείωση της δυναμικής απόφραξης. Η θεραπευτική αυτή κίνηση θα επιτρέψει την ακριβέστερη επανεκτίμηση της σοβαρότητας της στένωσης της αορτικής βαλβίδας. Παράλληλα, ο περιορισμός της απόφραξης στον χώρο εξόδου δύναται να περιορίσει τον κίνδυνο εμφάνισης του φαινομένου της "αυτοκτονικής αριστερής κοιλίας" ("suicide ventricle") κατά την διενέργεια διακαθετηριακής εμφύτευσης αορτικής βαλβίδας (TAVI). Συμπεράσματα (Conclusions): Η διαχείριση και η κλινική πορεία του περιστατικού αναδεικνύουν τις ιδιαιτερότητες των ασθενών με απόφραξη στον χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας και συνυπάρχουσα στένωση αορτικής βαλβίδας και υπογραμμίζουν την αξία της εξειδικευμένης διεπιστημονικής προσέγγισης, όσον αφορά στην ενδελεχέστερη αξιολόγησή τους και στην αποτελεσματικότερη θεραπεία τους.



ΑΑ259|Επιπλεγμένη προσθετική ενδοκαρδίτιδα μεταλλικής αορτικής βαλβίδας με παραβαλβιδικό ψευδοανεύρυσμα, αορτοπνευμονικό συρίγγιο και επέκταση στη μιτροειδική βαλβίδα: η σημασία της πολυτροπικής απεικόνισης και της έγκαιρης χειρουργικής παρέμβασης.

Ε. Κατσανάκη[1], Κ. Τσιάρας[1], Κ. Θεοδωρίδου[1], Ε. Τσίνα[1], Ι. Ελευθερίου[1], Γ. Ζιώγας[1], Ι.Κρανίτσα[1], Π. Ζάχος[1], Κ. Τσατίρης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η προσθετική ενδοκαρδίτιδα αποτελεί μία από τις σοβαρότερες μορφές λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα, κυρίως λόγω της τοπικής επέκτασης της λοίμωξης. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC 2023, η διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής για την αναγνώριση περιβαλβιδικών επιπλοκών ενώ η παρουσία ψευδοανευρύσματος, συριγγίου ή αποστήματος αποτελεί ένδειξη επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης.Παρουσίαση περιστατικούΆνδρας 74 ετών με ιστορικό μηχανικής αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας, αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, αρτηριακής υπέρτασης και χρόνιου διαχωρισμού του πνευμονικού κώνου προσήλθε λόγω παρατεινόμενου εμπύρετου. Οι αιμοκαλλιέργειες ανέδειξαν Staphylococcus capitis, οπότε χορηγήθηκε στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή με βανκομυκίνη, ριφαμπικίνη και γενταμυκίνη.Η διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία έθεσε την υποψία επιλεγμένης προσθετικής ενδοκαρδιτιδας, ενώ η διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία ανέδειξε κινητή εκβλάστηση επί της μηχανικής αορτικής βαλβίδας, παραβαλβιδικό ψευδοανεύρυσμα με συρίγγιο και ήπια παραβαλβιδική ανεπάρκεια. Επιπλέον διαπιστώθηκε κινητή εκβλάστηση στη πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας με σύνοδο ήπια ανεπάρκεια, καθώς και πιθανή επικοινωνία μεταξύ της ανιούσας αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας μέσω του συριγγίου. Τα ευρήματα αυτά τεκμηρίωσαν εκτεταμένη παραβαλβιδική επέκταση της λοίμωξης με συμμετοχή γειτονικών ανατομικών δομών. Λόγω της παρουσίας περιβαλβιδικών επιπλοκών και της εκτεταμένης τοπικής λοίμωξης, ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εξειδικευμένο καρδιοχειρουργικό κέντρο όταν, όπου αποφασίστηκε η άμεση χειρουργική αποκατάσταση σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Συζήτηση: Η συγκεκριμένη περίπτωση αναδεικνύει την ιδιάτερα επιθετική μορφή της προσθετικής ενδοκαρδίτιδας και τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της τοπικής επέκτασης της λοίμωξης. Η διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία αποδείχθηκε καθοριστική για την ανάδειξη του παραβαλβιδικού ψευδοανευρύσματος, του συριγγίου και της συμμετοχής της μιτροειδούς βαλβίδας, ευρήματα που αποτελούν Class I ένδειξη για πρώιμη χειρουργική αντιμετώπιση σύμφωνα με τις ESC Guidelines 2023. Το περιστατικό υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της πολυεπιστημονικής προσέγγισης μέσω εξειδικευμένης Endocarditis Team στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

ΑΑ260|Ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα ως πρώτη εκδήλωση ηωσινοφιλικής κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα: παρουσίαση περιστατικού

Β. Κεραμιδάς[1], Σ. Ακρίτας[1], Γ. Σαμπροκατσίδης[2], Δ. Γιαγκούλης[1], Ε. Παστιρματζή[1], Ν.Κατσικάς[1], Φ. Λαζαρίδου[1], Γ. Παπαδόπουλος[3], Δ. Αμοιρίδης[1], Κ. Χριστοφορίδης[1], Σ.Φ. Παπαδόπουλος[2], Γ. Μπομπότης[1], Γ. Γιαννακούλας[2]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ*

Εισαγωγή: Η ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα αποτελεί μια σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική για τη ζωή μορφή μυοκαρδιακής φλεγμονής. Η διάγνωση της είναι συχνά απαιτητική και καθυστερεί λόγω μη ειδικών ευρημάτων. Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 55 ετών, με ιστορικό αλλεργικού άσθματος, προσήλθε με δύσπνοια προσπαθείας διάρκειας τριών ημερών και ιστορικό επεισοδίου συσφιγκτικού θωρακικού άλγους κατά τη διάρκεια άσκησης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε διφασικά κύματα Τ στις απαγωγές V1–V5, ενώ η υψηλής ευαισθησίας τροπονίνη ανήλθε στα 5.800 ng/L. Από το διαθωρακικό υπερηχογράφημα δεν προέκυψαν διαταραχές τοιχωματικής κινητικότητας, με υπολογιζόμενο κλάσμα εξώθησης (EF) 50-55%. Διενεργήθηκε στεφανιογραφία η οποία απέκλεισε αποφρακτική στεφανιαία νόσο. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως πιθανή μυοκαρδίτιδα και έλαβε εξιτήριο, αφού παρέμεινε ασυμπτωματική και εργαστηριακά βελτιωμένη, με οδηγία να διενεργηθεί μαγνητική τομογραφία καρδιάς άμεσα. Δύο ημέρες αργότερα επανεισήχθη λόγω υποτροπής της δύσπνοιας και έντονης καταβολής. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σημαντική ηωσινοφιλία (απόλυτος αριθμός περίπου 4.000/μL), ενώ το επαναληπτικό υπερηχογράφημα ανέδειξε ήπια έκπτωση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (EF 45–50%), διάχυτες υποκινησίες, εστιακή ακινησία στο βασικό πρόσθιο τοίχωμα, μειωμένο Global Longitudinal Strain (GLS) (-13,2%) και μικρή περικαρδιακή συλλογή. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς αποκάλυψε διάχυτο μυοκαρδιακό οίδημα, εκτεταμένο, μη ισχαιμικού τύπου, όψιμο εμπλουτισμό γαδολινίου και τοιχωματικό θρόμβο στην κορυφή της αριστερής κοιλίας, ευρήματα συμβατά με ηωσινοφιλική μυοκαρδίτιδα. Η αξονική τομογραφία θώρακος ανέδειξε πολλαπλούς πνευμονικούς όζους με εικόνα συμβατή με κοκκιωματώδη νόσο. Κατά τη νοσηλεία εμφάνισε επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας. Η συνύπαρξη άσθματος, ηωσινοφιλίας και απεικονιστικών ευρημάτων οδήγησε στην υποψία ηωσινοφιλικής κοκκιωμάτωσης με πολυαγγειίτιδα (EGPA). Χορηγήθηκαν υψηλές δόσεις

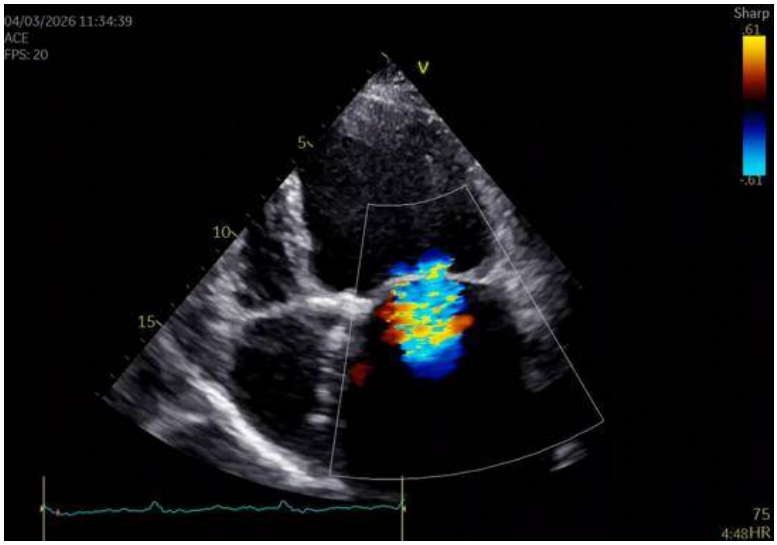
κορτικοστεροειδών και στη συνέχεια κυκλοφωσφαμίδη, με ταχεία κλινική και εργαστηριακή βελτίωση. Στην επανεκτίμηση με MRI παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση του ενδοκοιλιακού θρόμβου, αποκατάσταση του EF (55%) και σημαντική υποστροφή των περιοχών όψιμου εμπλουτισμού. Μετά από ρευματολογική συνεκτίμηση, η ασθενής έλαβε θεραπεία με μεπολιζουμάμπη και παραμένει σε αγωγή με πρεδνιζολόνη σε χαμηλή δόση. Συμπεράσματα: Η πορεία της νόσου εμφανίζει κλινικές εξάρσεις και υφέσεις, με αποτέλεσμα η έγκαιρη αναγνώρισή της να κρίνεται αναγκαία για αποφυγή ανεπιθύμητων εκβάσεων. Ο συνδυασμός των απεικονιστικών ευρημάτων και ιδίως της μαγνητικής τομογραφίας, με το ιστορικό και την περιφερική ηωσινοφιλία οδήγησε στην διάγνωση και στην άμεση έναρξη ανοσοκατασταλτικής αγωγής, με αποτέλεσμα αναστροφή της μυοκαρδιακής βλάβης και ευνοϊκή έκβαση.

ΑΑ261|Γιγάντιος αριστερός κόλπος χωρίς ρευματική νόσο σε ασθενή με διατατική μυοκαρδιοπάθεια: παρουσίαση κλινικής περίπτωσης

Δ. Σιούτης[1], Ν. Κουρής[1], Β. Κωστόπουλος[1], Γ. Σιωνίδη[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Ε.Ε. Κουφού[1], Ά. Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Ο γιγάντιος αριστερός κόλπος αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα και παραδοσιακά σχετίζεται με ρευματική προσβολή της μιτροειδούς βαλβίδας. Η εμφάνισή του σε ασθενείς χωρίς ρευματική νόσο είναι ασυνήθης και η παθοφυσιολογία του παραμένει ασαφής. Περιγραφή περιστατικού: Παρουσιάζεται άνδρας 61 ετών με ιστορικό διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και παροδικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (2011), ο οποίος προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας και συνοδού βήχα από μηνός. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν τρίζοντες στις πνευμονικές βάσεις, ενώ στο ηλεκτροκαρδιογράφημα καταγράφηκε κολπική μαρμαρυγή με συνοδό αποκλεισμό αριστερού σκέλους. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε αρχικά με ενδοφλέβια διουρητική αγωγή και υποβλήθηκε σε πλήρη διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη. Διαπιστώθηκε αριστερή κοιλία αυξημένων διαστάσεων με σοβαρή έκπτωση της συστολικής λειτουργίας (ΚΕ 20–25%), πολύ σημαντική διάταση του αριστερού κόλπου (διάμετρος 70 mm, όγκος 216 ml/m²), καθώς και σοβαρού βαθμού λειτουργική ανεπάρκεια μιτροειδούς (PISA 0,9 cm, ERO 0,4 cm², regurgitant volume 50 ml). Παράλληλα αναδείχθηκε διάταση δεξιού κόλπου. Αναδρομικός έλεγχος υπερηχοκαρδιογραφικής μελέτης του 2011 είχε ήδη καταδείξει σημαντική διάταση του αριστερού κόλπου (61 mm, 140 ml) σε φλεβοκομβικό ρυθμό με μόνο μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς. Μαγνητική τομογραφία καρδιάς δεν ανέδειξε συγγενή ανωμαλία, ίνωση του αριστερού κόλπου ή ενδείξεις κολπικής μυοπάθειας. Συμπεράσματα Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη σπάνια εμφάνιση γιγάντιου αριστερού κόλπου απουσία σαφούς ρευματικής αιτιολογίας. Η σημαντική διάταση του αριστερού κόλπου ήδη από πρώιμο στάδιο και παρουσία μόνο μέτριας ανεπάρκειας μιτροειδούς υποδηλώνει ότι η κολπική αναδιαμόρφωση ενδέχεται να μην αποδίδεται αποκλειστικά στη βαλβιδική νόσο, αλλά πιθανώς να αντανακλά τη συνδυασμένη επίδραση της υποκείμενης μυοκαρδιοπάθειας και πιθανής χρόνιας κολπικής αρρυθμίας. Η ολοκληρωμένη απεικονιστική αξιολόγηση και η διαχρονική παρακολούθηση δύναται να συμβάλλουν ουσιαστικά στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας και στη βέλτιστη κλινική αντιμετώπιση ασθενών με αντίστοιχα χαρακτηριστικά.

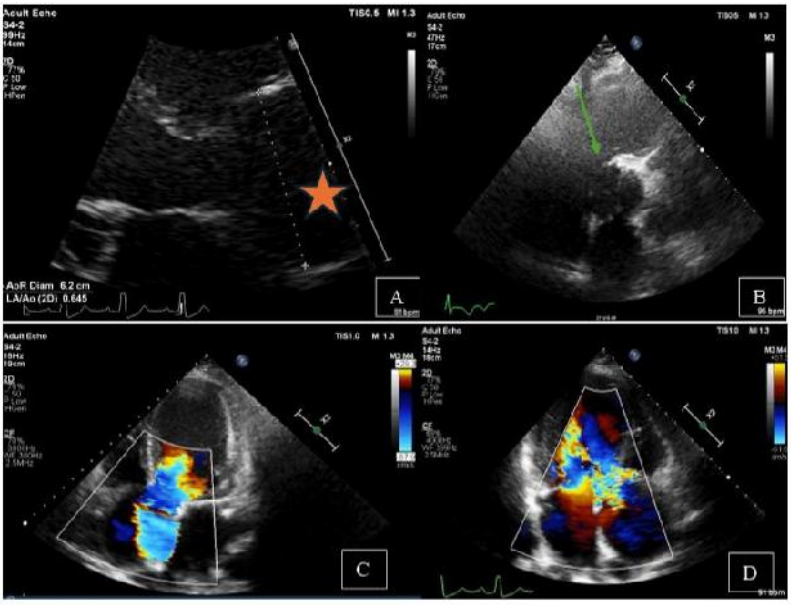




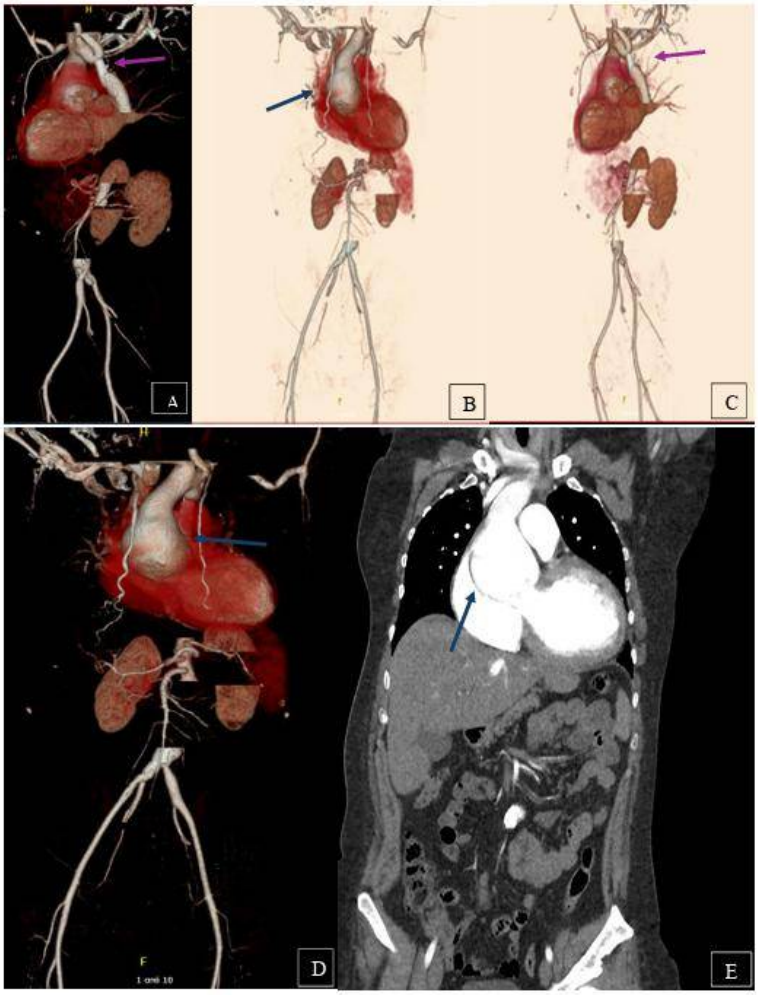
ΑΑ262|Οξύ πνευμονικό οίδημα σε γενετικό σύνδρομο μετά από διαδερμική επιδιόρθωση συγγενούς καρδιοπάθειας σε παιδική ηλικία

Α. Προκοπίου[1], Ε. Χουρδάκης[1], Γ. Τασιούλα[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται η σοβαρή ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας σε ασθενή με ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής αορτής, σύνδρομο Turner και συγγενή καρδιοπάθεια. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 37 ετών, με σύνδρομο Turner, στένωση ισθμού αορτής με τοποθέτηση stent σε παιδική ηλικία, και αρτηριακή υπέρταση, προσήλθε λόγω ορθόπνοιας, και εύκολης κόπωσης από 10ημερου. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στον διαθωρακικό υπέρηχο βρέθηκε αριστερή κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων με έκκεντρη υπερτροφία, διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων με ήπια επηρεασμένη συστολική απόδοση (ΚΕ: 42%) και αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας. Ανευρέθει δεξιά κοιλία φυσιολογικών διαστάσεων με καλή συστολική απόδοση, αμφικολπική διάταση, αορτική βαλβίδα τρίπτυχη με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια (EROA 0,61cm2, RV 62ml), κολποκοιλιακές βαλβίδες δομικά φυσιολογικές με καλή λειτουργικότητα. Παρατηρήθηκε ανεύρυσμα ανιούσας αορτής από τη ρίζα, αορτικό τόξο φυσιολογικών διαστάσεων και στένωση ισθμού αορτής (Vmax 4,2 m/s, PG 70 mmHg). Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια διουρητική αγωγή, και διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θωρακικής-κοιλιακής αορτής-λαγόνιων αρτηριών, όπου ανέδειξε ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής αορτής 6cm, παρουσία βατού, μικρής διαμέτρου stent αναλογικά με τη διάμετρο της αορτής στην ενήλικη ζωή, στην κατιούσα θωρακική αορτή μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας και εικόνα διαχωρισμού κοιλιακής αορτής από το ύψος των νεφρικών αρτηριών έως τη δεξιά κοινή και έσω λαγόνια αρτηρία. Στα πλαίσια προεγχειρητικού ελέγχου, διενεργήθηκε στεφανιογραφία με αθηρωματικά αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις. Πραγματοποιήθηκε αγγειοχειρουργική εκτίμηση, με συντηρητική αντιμετώπιση του διαχωρισμού, και καρδιοχειρουργική εκτίμηση. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο και έγινε αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας και ανιούσας θωρακικής αορτής. Σε δεύτερο χρόνο, θα πραγματοποιηθεί επέμβαση στένωσης ισθμού αορτής λόγω mismatch προηγούμενου μικρής διαμέτρου stent σε σχέση με τη διάμετρο της αορτής στην ενήλικη ζωή. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Το σύνδρομο Turner είναι μία σπάνια γενετική νόσος, με καρυότυπο που δείχνει πλήρη ή μερική απώλεια του δεύτερου Χ χρωμοσώματος. Η δεύτερη πιο συχνή συγγενής αορτική ανωμαλία του συνδρόμου είναι η στένωση του ισθμού της αορτής. Η θνητότητα είναι τρεις φορές μεγαλύτερη σε άτομα με σύνδρομο Turner που συνυπάρχουν καρδιαγγειακές συννοσυρότητες. Η κύρια αιτία θανάτου είναι ο διαχωρισμός της αορτής. Είναι λοιπόν, σημαντικό να υπάρχει εφ’ όρου ζωής παρακολούθηση ασθενών με σύνδρομο Turner σε περίπτωση καρδιαγγειακής συμμετοχής.



Εικόνα 1 Α) Ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής αορτής (πορτοκαλί αστέρι). Β) Τρίπτυχη αορτική βαλβίδα (πράσινο βέλος), C και D) Πίδακας ανεπάρκειας αορτικής βαλβίδας



Εικόνα 2 Α) Στένωση ισθμού αορτής, παρατηρείται stent μετά την έκφυση της υποκλειδίου αρτηρίας (μωβ βέλος). Β) Ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής αορτής (μπλε βέλος). C) Επαναστένωση ισθμού αορτής (μωβ βέλος). D) και Ε) Ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής αορτής (μπλε βέλος).

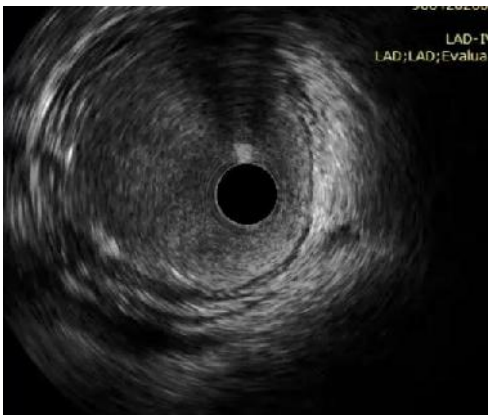
AA263|Rescue PCI for Failed Thrombolysis in Anterior STEMI Caused by Extensive Type 2 Spontaneous Coronary Artery Dissection Associated With Fibromuscular Dysplasia

Β. Κεραμιδάς[1], Σ. Ακρίτας[1], Κ. Χριστοφορίδης[1], Ν. Κατσικάς[1], Δ. Γιαγκούλης[1], Δ. Αμοιρίδης[1], Ε. Παστιρματζή[1], Γ. Παπαδόπουλος[2], Μ. Πλιάτσικα[3], Ε. Καραπατσούδη[3], Γ. Μπομπότης[1], Σ. Παπαστεφάνου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ* , *[3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ ΠΕΛΛΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Background: Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is an important non-atherosclerotic cause of acute myocardial infarction, particularly in young women without conventional cardiovascular risk factors. Although conservative treatment is preferred in stable patients, revascularization may be required in cases of ongoing ischemia, failed reperfusion, or large myocardial territory at risk. Case Study: A 44-year-old woman with Raynaud's disease and no cardiovascular risk factors presented to a peripheral hospital with severe retrosternal chest pain radiating to the left arm for two hours. She was hemodynamically stable, with blood pressure 125/80 mmHg and heart rate 78 beats/min, without signs of heart failure. Electrocardiography showed ST-segment elevation in V2–V5 with reciprocal inferior ST depression, consistent with anterior STEMI. High-sensitivity troponin was elevated. Intravenous thrombolysis was administered; however, persistent chest pain and less than 50% ST-segment resolution at 90 minutes indicated failed reperfusion, prompting urgent transfer for rescue coronary angiography. Angiography revealed a long spontaneous dissection involving almost the entire left anterior descending coronary artery, with abrupt mid-vessel luminal narrowing and severely impaired distal flow. There was no focal atherosclerotic stenosis or angiographic evidence of plaque rupture, consistent with type 2 SCAD. Given ongoing ischemia and extensive anterior myocardial jeopardy, percutaneous coronary intervention was performed. After careful true-lumen wiring, four overlapping drug-eluting stents were implanted to seal the dissection and restore vessel integrity. Results: Final angiography demonstrated normal coronary flow without residual stenosis. Peak troponin values were consistent with a large anterior infarction. Echocardiography showed moderate left ventricular systolic dysfunction with anterior and anteroseptal akinesis. The patient remained stable and was discharged on dual antiplatelet therapy and guideline-directed secondary prevention. At one month, angiography confirmed patent stents with preserved distal flow. Intravascular ultrasound showed adequate stent expansion and apposition without significant atherosclerosis. Abdominal computed tomography angiography demonstrated multifocal renal artery "string-of-beads" appearance, consistent with fibromuscular dysplasia. Conclusions: SCAD should be considered in young women presenting with STEMI. Rescue PCI may be necessary after failed reperfusion or ongoing ischemia but can require extensive stenting. Systematic extracoronary vascular screening is essential because associated fibromuscular dysplasia affects long-term management.





AA264|Ανώμαλη Έκφυση της Δεξιάς Στεφανιαίας Αρτηρίας από τον Αριστερό Αορτικό Κόλπο του Valsalva (AAOCA) με Ενδοτοιχωματική Πορεία: Χειρουργική Αντιμετώπιση Συμπτωματικού Ενήλικα Ασθενούς

Ε. Πρωτόπαππας[1], Ν. Χακίμ[1], A. Suchodolski[2], Κ. Κουκοβίνος[3], Γ. Κουρέλης[4], Γ. Σαρρής[1]

[1]Β' Παιδοκαρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου "Μητέρα", *[2]University Silesian Center for Heart Diseases (SCHD), Zabrze, Poland*, *[3]Τμήμα Παιδιατρικής Καρδιοαναισθησίας του Νοσ "ΜΗΤΕΡΑ"*, *[4]Παιδιατρική Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας του Νοσ. "ΜΗΤΕΡΑ"*

Εισαγωγή :Η ανώμαλη έκφυση στεφανιαίας αρτηρίας από την αορτή (ΑΑΟCΑ) αποτελεί σπάνια συγγενή ανωμαλία με δυνητικά σοβαρές κλινικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της μυοκαρδιακής ισχαιμίας και του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι περιπτώσεις με πορεία της στεφανιαίας αρτηρίας ενδοτοιχωματικά και ανάμεσα στα μεγάλα αγγεία οι οποίες θεωρούνται ανατομίες υψηλού κινδύνου και συχνά αποτελούν ένδειξη χειρουργικής αποκατάστασης. Παρουσιάζεται περιστατικό συμπτωματικού ενήλικα με ανώμαλη έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από τον αριστερό κόλπο του Valsalva. Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 35 ετών, χωρίς προηγούμενο καρδιαγγειακό ιστορικό, προσήλθε λόγω επεισοδίων στηθαγχικού άλγους κατά την κόπωση. Δοκιμασία κόπωσης ανέδειξε ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις συμβατές με ισχαιμία του κατώτερου τοιχώματος. Αξονική στεφανιογραφία απέκλεισε σημαντική στεφανιαία νόσο, ανέδειξε όμως έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από τον αριστερό αορτικό κόλπο, με στενωμένο εγγύς τμήμα και ευρήματα συμβατά με ενδοτοιχωματική πορεία.Με βάση τα συμπτώματα, την τεκμηριωμένη ισχαιμία και τα ανατομικά χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου, αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε σχισμοειδές και στενωτικό στόμιο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, τοποθετημένο πλησίον της αριστεροδεξιάς συνένωσης των γλωχίνων της αορτικής βαλβίδας, καθώς και ενδοτοιχωματική πορεία του εγγύς τμήματος. Πραγματοποιήθηκε αποστέγαση (unroofing) του ενδοτοιχωματικού τμήματος με δημιουργία νέου λειτουργικού στομίου στον δεξιό αορτικό κόλπο. Ο έσω χιτώνας σταθεροποιήθηκε με διακεκομμένες ραφές καθ’ όλο το μήκος της αποστέγασης.Αποτελέσματα:Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Ο ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές ενδείξεις ισχαιμίας ή αρρυθμιών. Κατά την παρακολούθηση παρέμεινε ασυμπτωματικός με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων. Συμπεράσματα: Η ΑΑΟCΑ με ενδοτοιχωματική πορεία αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά επικίνδυνη συγγενή ανωμαλία. Η αξονική στεφανιογραφία είναι καθοριστική για τη διάγνωση και τον χαρακτηρισμό της ανατομίας, ενώ η χειρουργική αποκατάσταση με τεχνική unroofing προσφέρει ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία σε συμπτωματικούς ασθενείς με ανατομία υψηλού κινδύνου.

ΚΥΡΙΑΚΗ 15 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2026

Αρρυθμίες, βηματοδότηση και επανασυγχρονισμός ΙΙΙ / Arrythmias, pacing and resync III

Πρόεδροι: **Α. Αναγνώστου** (Αθήνα), **Α. Κορδαλής** (Αθήνα)
Chairpersons: **A. Anagnostou** (Athens), **A. Kordalis** (Athens)

AA265|Paradoxical QRS interval narrowing after Trascatheter Aortic Valve Implantation

N. Douskou[1], X. Sakellariou[1], A Bechlioulis[1], A. Rammos[1], C. Floros[1], I. Stamou[1], L. Lakkas[2], D. Nikas[1], K. Naka[1], L. Michalis[1]

[1]University Hospital of Ioannina, Second Department of Cardiology, *[2]Department of Physiology, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina*

INTRODUCTION: One of the most common complications after transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is the need for permanent pacemaker implantation (PPI). In our centre, the need for PPI is 19% (excluding patients who already had PPI and valve in valve implantation). The measures for preventing PPI are cusp overlap technique during the procedure and depth of implantation <8mm. This is case report for a patient requiring PPI after paradoxical electrocardiographic (ECG) changes post TAVI.CASE STUDY: Female patient 87 years old with medical history of coronary artery disease- percutaneous coronary intervention on left circumflex coronary artery, paroxysmal atrial fibrillation, dyslipidemia. Baseline ECG before TAVI sinus rhythm (SR), right bundle branch block (RBBB), QRS=136ms, PR=140ms. She underwent TAVO with a self-expandable valve of 25mm, with follow up in the intensive cardiac care unit (ICCU). Post TAVI ECG, indicated a significant first-degree atrioventricular block (PR=250ms), left anterior hemiblock (LAH), while the QRS interval was slightly improved (115ms). The patient remained stable with a shortening of PR to 174ms on following ECGs. On the second day of follow up, she complained about dizziness, with the telemetry showing a 3rd degree atrioventricular (AV) block. The patient was immediately set on external pacemaker, isoproterenol infusion following a PPI. She returned to the ICCU and remained stable without any further complications. She was transferred to the clinic and got discharged. CONCLUSIONS :RBBB on ECG, can be either a branch block or an intra-Hisian RBBB from the fibres that are destined for the right branch. Adding a post TAVI injury at this level can injure the fibres for the left branch as well or the left branch at a lower level of injury, manifesting as a narrowing of QRS and AV conduction delay with PR lengthening. TAVI most often injures the left-sided conduction system (left bundle/ left-sided His fibres). QRS narrowing after TAVI is not a sign of improvement, especially when it is accompanied by a 1st degree atrioventricular block. This is a sign of damage to a higher point of His Purkinje conduction system and requires intense monitoring as a sign of possible PPI need.

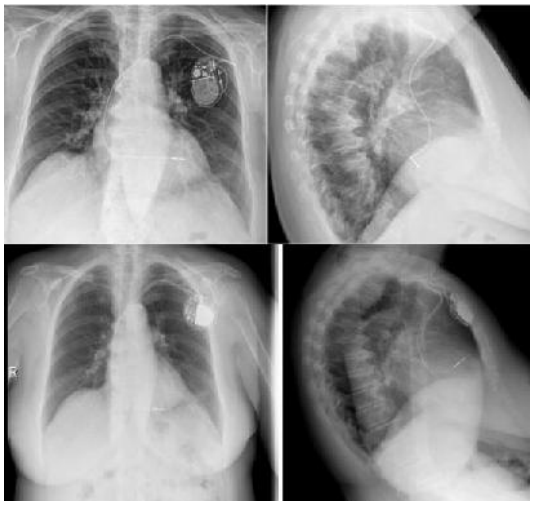
AA266|Εκφύτευση βηματοδοτικού συστήματος λόγω τοποθέτησης καλωδίου στην αριστερή κοιλία

D. Kalantzis[1], A. Markakos[1], T. Klogkeri[1], P. Doyrvas[1], D. Kolios[1], M. Abeliotis[1], C. Nikolaros[1], S. Archontakis[1], S. Sideris[1]

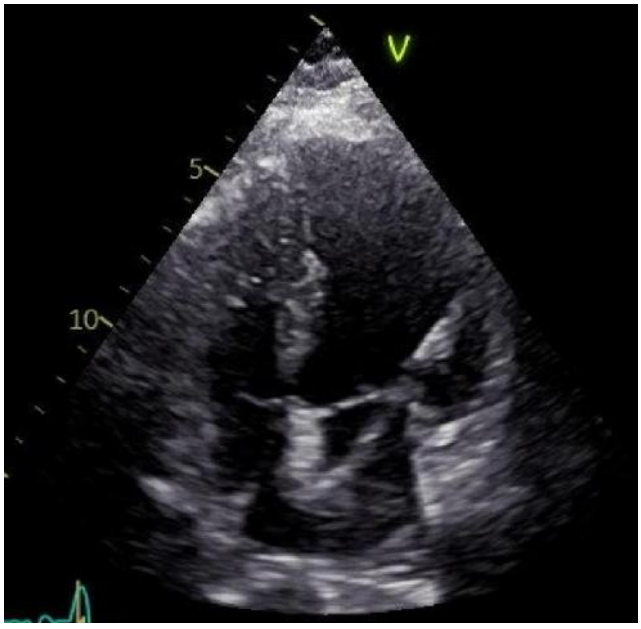
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Μια σπάνια αλλά εν δυνάμει καταστροφική επιπλοκή της εμφύτευσης καρδιακών ηλεκτρονικών συσκευών είναι η εμφύτευση των ηλεκτροδίων σε έκτοπη θέση, η έγκαιρη αναγνώριση είναι σημαντική για την αποφυγή επιπλοκών όπως εμβολικά επεισόδια, τραυματισμό των καρδιακών δομών ή ενδοκαρδίτιδα μιτροειδούς βαλβίδας. Υλικό Το περιστατικό αφορά γυναίκα με έκτοπη θέση κοιλιακού ηλεκτροδίου στην αριστερή κοιλία το οποίο ανευρεθεί 17 μήνες μετά την τοποθέτηση, σε τακτικό έλεγχο με υπερηχογράφημα. Αποτελέσματα: Θήλυ 73 παραπέμπεται στο νοσοκομείο μας καθώς σε τακτικό καρδιολογικό έλεγχο με ηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε ηλεκτρόδιο εντός της αριστερής κοιλίας. Είχε προηγηθεί εμφύτευση VVI βηματοδότη προ 17 μηνών λόγω συνδρόμου νοσούντος φλεβοκόμβου. Από το ιστορικό αναφέρει παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή υπό απιξαμπάνη, ρευματοειδή αρθρίτιδα, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και δυσλιπιδαιμία. Δεν αναφέρει συμπτώματα συμβατά με θρόμβοεμβολικές εκδηλώσεις. Σε έλεγχο με ακτινογραφία διαπιστώθηκε ανώμαλη πορεία ηλεκτρόδιου, η οποία επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά δια μέσου ωοειδούς τρίμματος στο κατωτεροπλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσίαζε φλεβοκομβικό αυτόχθονα ρυθμό, αλλά μετά από έλεγχο της συσκευής και βηματοδότηση ανεδείχθη βηματοδοτικός ρυθμός με RBBB like QRS, ενδεικτικό της θέσης εμφύτευσης Αποφασίστηκε η εκφύτευση του βηματοδοτικού συστήματος διακαθετηριακά και σύγχρονη εμφύτευση διπλοεστιακού βηματοδότη. Επανελέγχθηκε η σωστή θέση των ηλεκτροδίων και η απουσία τραυματισμού της μιτροειδούς με ακτινογραφία θώρακος και ηχοκαρδιογράφημα. Εξήλθε μετά από έλεγχο της σωστής λειτουργίας της συσκευής και ηλεκτροκαρδιογράφημα με LBBB like μορφολογία Συμπεράσματα: Η λανθασμένη εμφύτευση ηλεκτροδίων στην αριστερή καρδιά μπορεί να οδηγήσει σε θρομβοεμβολικά επεισόδια, τραυματισμό της μιτροειδούς, μεσοκοιλιακή

επικοινωνία ακόμα και ρήξη του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας, συνδυάζεται με συγγενείς ανωμαλίες του μεσοκολπικού ή μεσοκοιλιακού διαφράγματος ή μπορεί να είναι τραυματικής αιτιολογίας και λανθασμένου καθετηριασμού. Συνήθως η διάγνωση συμβαίνει εντός του πρώτου έτους σε τυχαίο έλεγχο ενώ πολλές φορές ακολουθεί τη διάγνωση κάποιου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Στη περίπτωση μας η ασθενής λάμβανε απιξαμπάνη και δεν παρουσίασε εμβολικό συμβάμα, ωστόσο μελέτες έχουν καταδείξει ότι καμία κατηγορία αντιπηκτικών δεν προστατεύει μακροχρόνια από τη παρουσία ηλεκτροδίων στις αριστερές κοιλότητες. Για τη διάγνωση σημαντικό ρόλο παίζει το ηλεκτροκαρδιογράφημα και οι απεικονιστικές εξετάσεις. Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση για εκφύτευση του συστήματος φαίνεται να μειονεκτεί έναντι της διακαθετηριακής όταν υπάρχει υψηλός χειρουργικός κίνδυνος, ευθραυστότητα, μεγάλη ηλικία ή όταν ο χρόνος από την εμφύτευση είναι <2 μηνών.







AA267|The PVS induction threshold paradox: challenging conventional risk stratification in ICD recipients

<u>Ι. Μαυρογένης</u>[1],Ν. Τσιάμης[1], Γ. Τσιτσινάκης[1], Σ. Κωτούλας[2], Φ. Τουλγαρίδης[1], , Δ. Καλαϊτζίδης[1], Δ. Βλαχομήτρος[1], Χ. Κολέ[1], Α. Κίτσιου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background/Introduction: Programmed ventricular stimulation (PVS) during electrophysiological study (EPS) remains a cornerstone of arrhythmic risk assessment in patients with structural heart disease. The conventional paradigm suggests that easier arrhythmia inducibility (requiring fewer extra-stimuli) indicates higher substrate vulnerability and greater clinical risk. However, the independent prognostic value of induction threshold for predicting spontaneous arrhythmic events remains uncertain. Purpose: To investigate the correlation between PVS induction threshold and 12-month arrhythmic events in ICD recipients. Methods: This retrospective analysis included 66 consecutive patients from the EP VSTIM Risk Registry who underwent comprehensive PVS protocols prior to ICD implantation. PVS was performed using standardized protocols with progressively aggressive stimulation: S2 (single extra-stimulus), S3 (double extra-stimuli), and S4+ (triple extra-stimuli or burst pacing). The primary endpoint was any documented ventricular arrhythmic event during 12-month follow-up, including sustained monomorphic or polymorphic VT, non-sustained VT, or appropriate ICD interventions (anti-tachycardia pacing or shock delivery). Statistical analyses included Chi-square test, Fisher's exact test, logistic regression, and Cochran-Armitage trend test. Results: Among 66 patients, 54 (81.8%) had positive PVS (inducible VT/VF). Induction threshold distribution was: S2 n=4 (7.4%), S3 n=16 (29.6%), S4+ n=34 (63.0%). Monomorphic VT was the predominant induced rhythm (77.8%). During follow-up, 9 patients (16.7%) experienced arrhythmic events, including 4 VT episodes requiring shock therapy. Unexpectedly, event rates increased with higher induction thresholds: S2 0.0% (0/4 patients), S3 6.2% (1/16 patients), S4+ 23.5% (8/34 patients), demonstrating a clear dose-response pattern. Although this trend did not achieve statistical significance (Chi-square p=0.202), logistic regression revealed a substantial effect size (OR 5.15, 95% CI 0.66-40.17, p=0.117), and trend analysis approached significance (p=0.084). The lack of statistical significance was primarily attributable to limited sample size and low event rate. Conclusions: This study reveals a paradoxical association whereby patients requiring more aggressive PVS protocols (S4+) demonstrated the highest 12-month arrhythmic event rates, contradicting traditional risk stratification paradigms. This finding suggests that induction threshold may reflect overall disease severity and substrate heterogeneity rather than focal arrhythmia vulnerability. The observed pattern warrants validation in larger prospective cohorts and highlights the need for comprehensive multivariate risk models incorporating clinical, imaging, and electrophysiological parameters beyond induction threshold alone.



Statistical Test Results

CHI-SQUARE TEST FOR INDEPENDENCE

Chi-square statistic: 3.2029
P-value: 0.2018
Degrees of freedom: 2

Result: NOT STATISTICALLY SIGNIFICANT (p ≥ 0.05)

Interpretation: There is NO significant association between induction threshold and 12-month arrhythmic events.

COCHRAN-ARMITAGE TREND TEST

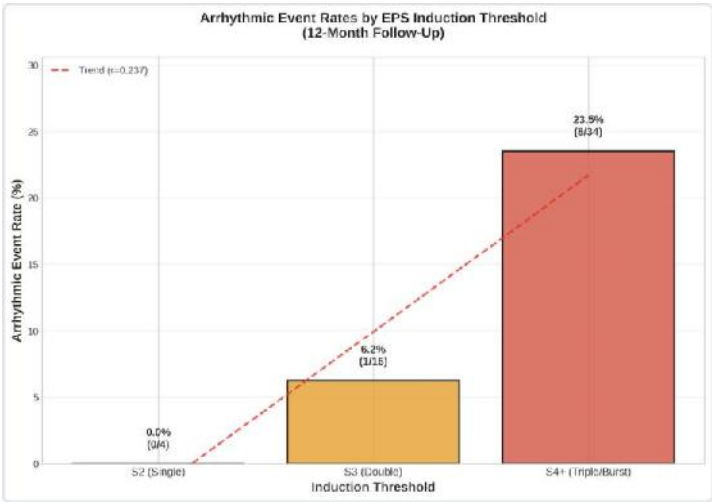
Pearson correlation: 0.2372
P-value: 0.0842

Result: NO SIGNIFICANT TREND (p ≥ 0.05)

Interpretation: No linear trend detected between inductior threshold level and arrhythmic event occurrence.

Event Rates Summary

Threshold	Events/Total	Event Rate
S2 (Single)	0/4	0.0%
S3 (Double)	1/16	6.2%
S4+ (Triple/Burst)	8/34	23.5%

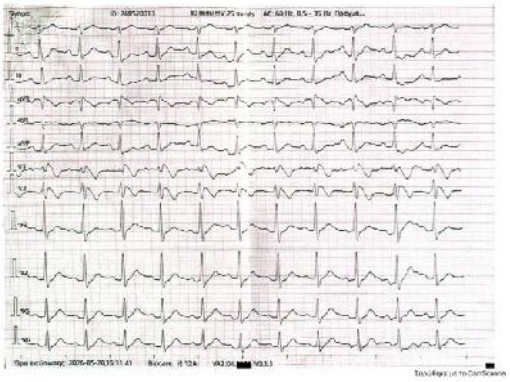


ΑΑ268|Δράση φλεκαϊνίδης: αποκάλυψη συνδρόμου Brugada ή τοξικότητα από τιτλοποίηση φαρμάκου;

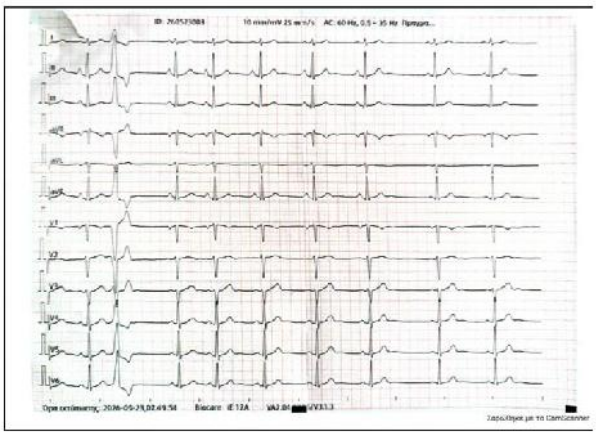
Μ.Α. Δημοπούλου[1], Π. Μανιφάβα[2], Ε. Ρεπάσος[2], Α. Κάλλης[1], Ά.Δημουλά[2], Ρ. Πάτρας[2], Δ. Δελιαλής[1], Π. Ναστάτος[1], Ν. Μακρής[2], Σ. Λαγουδάκου[2], Α. Μαρέτη[2], Ι. Πετρόπουλος[2], Μ.Ε. Τσελεγκίδη[1], Σ. Χατζίδου[2], Κ. Σταματελόπουλος[2]

[1]*Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα*, [2]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*,

Εισαγωγή-Σκοπός: Η φλεκαϊνίδη είναι ένα αντιαρρυθμικό φάρμακο κλάσης IC που δρα κυρίως στους δίαυλους νατρίου, στη φάση 0 και μειώνει την ταχύτητα διάδοσης του ερεθίσματος στα μυοκαρδιακά κύτταρα και το σύστημα αγωγής. Ωστόσο, έχει συσχετιστεί με τοξικότητα, λόγω του στενού θεραπευτικού εύρους. Η φλουοξετίνη είναι ισχυρός αναστολέας του ενζύμου CYP 2D6 και μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα της φλεκαϊνίδης, αναστέλλοντας τον μεταβολισμό της. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό τοξικότητας από φλεκαϊνίδη, λόγω αύξησης των φαρμακευτικών επιπέδων της, με εμφάνιση τυπικού ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) Brugada. ΠερίληψηΠεριστατικούΓυναίκα 28 ετών με ατομικό ιστορικό εκτακτοσυστολικής κοιλιακής αρρυθμίας υπό φλεκαϊνίδη, καταθλιπτικής συνδρομής, υπό φλουοξετίνη, προσήλθε λόγω συγκοπτικού επεισοδίου και ναυτίας. Ανέφερε επεισόδια ζάλης και εμέτων από εβδομάδος, ενάρξεως μετά την αύξηση δόσης της φλεκαϊνίδης (50mg-> 100mg δις, ημερησίως). Το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο καρδιακής νόσου ή αιφνιδίου θανάτου. Κατά την προσέλευσή της παρουσίαζε οριακή αρτηριακή πίεση(100/70mmHg), ήταν απύρετη, ενώ στο ΗΚΓ διαπιστώθηκε φλεβοκομβικός ρυθμός, με παράταση του διαστήματος PQ(250 msec), δεξιά στροφή του άξονα, διεύρυνση του QRS διαστήματος(150 msec) και ανάσπαση του διαστήματος ST(3mm) με το κυρτό προς τα άνω και κατιούσα φορά στις απαγωγές V1-V2, ακολουθούμενη από αρνητικά κύματα Τ(τυπικό ΗΚΓ Brugada τύπου Ι). Κατά το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς δε διαπιστώθηκαν ευρήματα υπέρ δομικής καρδιοπάθειας, ενώ προσκόμιζε πρόσφατη μαγνητική τομογραφία καρδιάς χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, δε διαπιστώθηκαν ηλεκτρολυτικές ή μεταβολικές διαταραχές ή νεφρική δυσλειτουργία και οι δείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης ήταν αρνητικοί. Η ασθενής εισήχθη στην καρδιολογική μονάδα για παρακολούθηση, ενώ έγινε διακοπή της φλεκαϊνίδης καθώς και της φλουοξετίνης. Τα επίπεδα φλεκαϊνίδης κατά το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας ήταν φυσιολογικά, ενώ τα επίπεδα φλουοξετίνης δεν ήταν διαθέσιμα. Μετά την πάροδο τριών ημερών οι ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές αποκαταστάθηκαν πλήρως. Προ της εξόδου, διενεργήθηκε δοκιμασία προκαϊναμίδης, η οποία ήταν αρνητική για πρόκληση ΗΚΓ τύπου Brugada και η κλινική εικόνα αποδόθηκε σε τοξικότητα από φλεκαϊνίδη. Συμπεράσματα Αυτό το περιστατικό τονίζει τη σημασία της προσεκτικής χορήγησης και τιτλοποίησης αντιαρρυθμικών φαρμάκων κατηγορίας IC, όταν συνδυάζονται με φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδά τους, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Είναι σημαντική η έγκαιρη αναγνώριση των εκδηλώσεων της τοξικότητας από φλεκαϊνίδη και η διαφορική τους διάγνωση από άλλα επικίνδυνα αρρυθμιολογικά σύνδρομα.



Εικόνα 1: Ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου



Εικόνα 1: Ηλεκτροκαρδιογράφημα εξόδου

AA269|Phantom ICD Shocks: Predictors and Management- A Systematic Review and Meta analysis

G. Bazoukis[1], R. Hammoud[2], A. Zaher[2], A. Yiannikourides[3], P. Efthymiou[4], A. Vassiliades[3], V. Demetriades[3], L. Kapetis[3], M. Pavlou[3], P. Georgiou[3], D. Patestos[3], M. Tsielepis[3]

[1]University of Nicosia, Medical School; Department of Cardiology, Larnaca General Hospital, *[2]University of Nicosia, Medical School*, *[3]Larnaca General Hospital*, *[4]Cardiology Department, Nicosia General Hospital*

Introduction: Phantom implantable cardioverter defibrillator (ICD) shocks (patient-reported discharges without recorded device therapy) are an underrecognized source of distress and healthcare utilization. We synthesized evidence on predictors and management of this clinical condition.M aterials and Methods: We performed a systematic review through June 2026 for case reports, case series, observational studies, and clinical trials addressing phantom shocks. Two reviewers extracted data and assessed risk of bias. Dichotomous data were pooled as risk ratios (RR) with 95% confidence intervals (CI) and continuous data as mean differences (MD) with 95% CI. Heterogeneity was assessed with I2.Results: Seventeen studies met inclusion criteria; eight studies included to quantitative synthesis. Pooled analyses found a history of anxiety was the only consistent predictor (3 studies, 581 patients; RR 2.22, 95% CI 1.58–3.12, I2=0%). No significant associations were observed for gender, age, living alone, education, type of cardiomyopathy, ICD indication, hypertension, prior appropriate or inappropriate shocks, or depression. Case reports/series highlighted anxiety, depression, substance use, sleep disturbance, and previous true shocks as possible predictors of phantom shocks. Reported management approaches emphasize urgent device interrogation, reassurance, psychiatric assessment, psychoeducation, anxiolytics or antidepressants, sleep-targeted therapy, and substance-use treatment when indicated.Conclusions: Current evidence identifies anxiety as a strong predictor of phantom shocks. Clinicians should confirm device data before interventions and adopt multidisciplinary cardiac-psychiatric care. Prospective, standardized studies and interventional trials are needed to refine risk prediction and test preventive and therapeutic strategies.

AA270|Συγκοπή σε ασθενή με αποκλεισμό αριστερού σκέλους και 1ου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό: όταν η μάλαξη καρωτιδικού κόλπου δίνει τη διάγνωση.

Α. Αρχοντίκης[1], Α.Πλαΐτης[1], Κ.Νταλέκου[1], Ε.Γρηγοράκη[1], Ν.Κάσινος[1], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[1], Δ.Κατσάρας[1], Ν. Πατσουράκος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η συγκοπή σε ασθενείς με αποκλεισμό σκέλους ή διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής χωρίς ένδειξη για εμφύτευση βηματοδότη αποτελεί διαγνωστική πρόκληση, με τη χρήση εμφυτεύσεων καταγραφέων βρόχου ή τη διενέργεια ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης να κρίνονται απαραίτητες στη διαγνωστική προσπέλαση αυτών των ασθενών. Η μάλαξη καρωτιδικού κόλπου, μια εύκολη και άμεσα διαθέσιμη διαγνωστική εξέταση, παραμένει πολύτιμη σε ασθενείς με αντανακλαστική συγκοπή, αφού η υπερευαισθησία του καρωτιδικού κόλπου αποτελεί συχνή αιτία συγκοπής στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η αναπαραγωγή των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του καρωτιδικού μασάζ

αποτελεί προϋπόθεση για τη διάγνωση του συνδρόμου. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζεται η περίπτωση ηλικιωμένου άνδρα που προσήλθε λόγω λιποθυμικού επεισοδίου με χαρακτήρες αντανακλαστικής συγκοπής. Το αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με αποκλεισμό αριστερού σκέλους (LBBB) και εκσεσημασμένου πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό (εικόνα 1). Η κλινική εξέταση, ο εργαστηριακός έλεγχος και το ηχωκαρδιογράφημα δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα ικανά να εξηγήσουν το συγκοπτικό επεισόδιο. Λόγω της κλινικής υποψίας πραγματοποιήθηκε δοκιμασία καρωτιδικού μασάζ μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών και αφού προηγήθηκε ακρόαση αμφοτέρων των καρωτίδων προς αποκλεισμό κλινικά σημαντικής στένωσης. Κατά τη διενέργεια μάλαξης του δεξιού καρωτιδικού κόλπου, υπό συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση, προκλήθηκε κοιλιακή παύση διάρκειας 6,8 δευτερολέπτων (εικόνα 2) με αναπαραγωγή των συμπτωμάτων και βολβοστροφή, τεκμηριώνοντας καρδιοαναστολική απάντηση υπερευαισθησίας του καρωτιδικού κόλπου. Αποτελέσματα :Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επιτυχή εμφύτευση μόνιμου διπλοεστιακού τεχνητού βηματοδότη (DDD). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς νέα συγκοπικά ή προσυγκοπικά επεισόδια. Παρέμεινε νοσηλευόμενος επί τριήμερο και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση. Συμπέρασμα: Το συγκεκριμένο περιστατικό υπενθυμίζει ότι μία απλή και σχετικά ασφαλής δοκιμασία στο κρεβάτι του ασθενούς μπορεί να αποδειχθεί καθοριστική και ο ασθενής να αποφύγει άλλες επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις. Η έγκαιρη τεκμηρίωση καρδιοαναστολικής υπερευαισθησίας του καρωτιδικού κόλπου οδήγησε σε στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση με εμφύτευση DDD βηματοδότη και ευνοϊκή κλινική έκβαση.





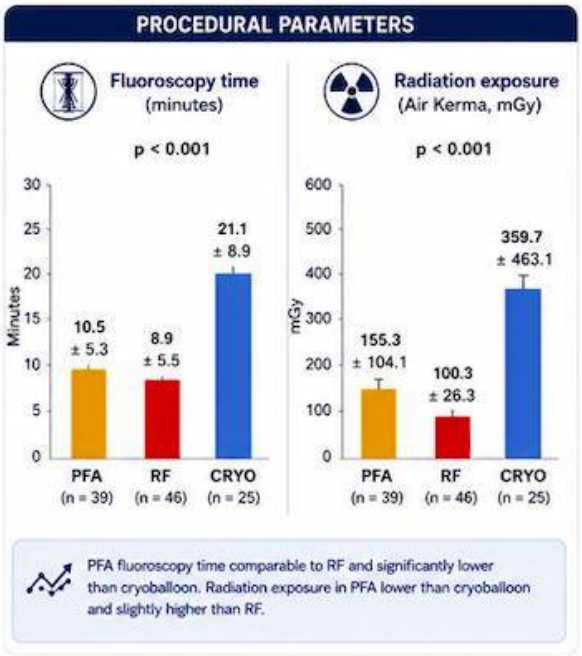
AA271|Flash, Fire and Frost: A Real-world comparison of contemporary AF ablation technologies

A.Biza[1], G. Fotos[2], A. Christou[1], V. Apostolopoulos[1], K. Flessa[1], M. Aggelaki[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Pulmonary vein isolation remains the cornerstone of catheter ablation for atrial fibrillation (AF). Radiofrequency (RF) and cryoballoon ablation (CBA) are well-established techniques, while pulsed field ablation (PFA) has recently emerged as a new, non-thermal energy source with a favorable safety profile.Purpose:The aim of this study was to compare the clinical characteristics, procedural parameters and acute safety of PFA, RF and cryoballoon ablation in patients undergoing AF ablation in a single-center real-world cohort. Methods: We retrospectively included consecutive patients who underwent AF ablation with PFA, RF or cryoballoon since 1st January 2025. Baseline demographic, clinical and echocardiographic data were collected. Procedural characteristics, fluoroscopy time, radiation exposure and acute complications were also recorded and compared between groups.Results: A total of 110 patients

were included: 39 underwent PFA, 46 RF ablation and 25 cryoballoon ablation. Patients treated with PFA had a mean age of 64.3±8.2 years, 61.5% were male and persistent AF was more common than in the other groups (59% vs 52.2% in RF and 0% in CBA). Circumferential pulmonary vein isolation was successfully performed in all patients. Additional lesions were required in 12.8% of PFA cases and 17.3% of RF cases, whereas none were performed in the cryoballoon group. Mean fluoroscopy time was 10.5±5.3 minutes with PFA, 8.9±5.5 minutes with RF and 21.1±8.9 minutes with cryoballoon ablation. Radiation exposure was substantially lower with PFA than with cryoballoon ablation (Air Kerma 155.3±104.1 vs 359.7±463.1 mGy).Acute complications were infrequent. In the PFA group, one pericardial irritation, one transient sinus pause and one minor vascular complication occurred, all without lasting consequences. RF was associated with one case of acute pericarditis. In the cryoballoon group, two cases of pericardial irritation and one cardiac tamponade were observed. Conclusions:In our early real-world experience, PFA was associated with short fluoroscopy time, relatively low radiation exposure and a favorable acute safety profile. Although the PFA group included a higher proportion of patients with persistent AF, fluoroscopy time was comparable to RF and clearly lower than cryoballoon ablation. These findings are in line with recent comparative data and support the use of PFA as an efficient and safe approach for AF ablation.



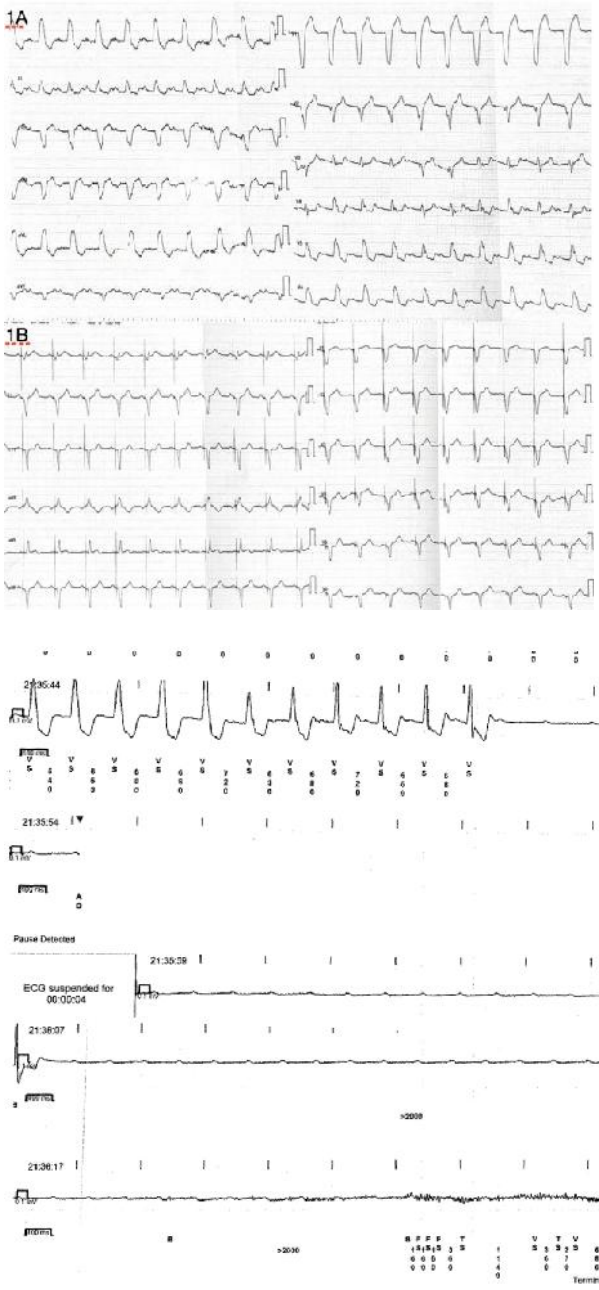
AA272|Ασυστολία σε ασθενή με απώλεια συνείδησης που αντιμετωπίζοταν ως επιληψία

A. Markakos[1], S. Archontakis[1], D. Kalantzis[1], C. Nikolaros[1], T. Klogkeri[1], D.Kolios[1], M. Abeliotis[1], P. Doyrvas[1], S. Sideris[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σε νέους ασθενείς η απώλεια συνείδησης (TLOC) μπορεί να οφείλεται σε πολλαπλές αιτίες και να επισυμβαίνει μέσω διαφορετικών μηχανισμών. Συχνά, η εμφάνιση της μπορεί να μας κατευθύνει σε λανθασμένες θεραπευτικές επιλογές. Η διερεύνηση όλων των πιθανών αιτίων και η συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων θα πρέπει να υφίσταται, ειδικά όταν η συμπτωματολογία επιμένει. Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζουμε έναν ασθενή με επαναλαμβανόμενα επεισόδια απώλειας συνείδησης που αντιμετωπίστηκαν αρχικά σαν επιληπτική κρίση και, παρά την αγωγή, επέμεναν, οπότε και παραπέμφθηκε στο αρρυθμιολογική ιατρείο της κλινικής μας. Αποτελέσματα: Άρρεν 57 ετών παραπέμφθηκε από ιδιώτη καρδιολόγο για υποτροπιάζοντα επεισόδια TLOC. Από το ιστορικό του έπασχε από Αρτηριακή Υπέρταση, Δυσλιπιδαιμία, Υπερουριχαιμία, γνωστό από τριετίας αποκλεισμό αριστερού σκέλους (LBBB) που είχε διερευνηθεί με Στεφανιογραφία (χωρίς στενώσεις) και Επιληπτικές κρίσεις από διετίας για τις οποίες ελάμβανε levetiracetam και lacosamide στις μέγιστες δόσεις, χωρίς ύφεση των επεισοδίων (1 κάθε τρίμηνο). Τα επεισόδια ακολουθούν σύντομα πρόδρομα συμπτώματα, συνοδεύονται από ρυθμικές κινήσεις των άκρων, μετακριτική φάση και περιστασιακά από τραυματισμό.Το Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) (Εικόνα 1Α) εμφάνιζε LBBB και πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό (ΚΚΑ). Στο ηχωκαρδιογράφημα ηρεμίας, μέτρια επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης με σημαντικό κολποκοιλιακό και ενδοκοιλιακό δυσυγχρονισμό (apical rocking). Σε μαγνητική καρδιάς δεν ανεδείχθησαν ευρήματα υπέρ φλεγμονής ή μυοκαρδιοπάθειας.Αποφασίστηκε η εμφύτευση ενός loop recorder (ILR) ώστε να είναι δυνατή η καταγραφή αρρυθμιών σε μακροχρόνια βάση και η συσχέτιση τους με την συμπτωματολογία.

Ο ασθενής επέστρεψε στην οικία του.Σε σύντομο χρονικό διάστημα κατεγράφη πλήρης ΚΚΑ (P wave asystole) με σιγή των κοιλιών (P wave asystole) διάρκειας 60 δευτερολέπτων, συγχρόνως με απώλεια συνείδησης (Εικόνα 2). Άμεσα υπεβλήθη σε εμφύτευση αμφικοιλιακού συστήματος απινιδωτή (CRT-D) λόγω του αναμενόμενου μεγάλου ποσοστού βηματοδότησης, του σημαντικού ενδοκοιλιακού δυσυχρονισμού και της επηρεασμένης συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας (Εικόνα 1Β). Παράλληλα έγινε έναρξη αγωγής καρδιακής ανεπάρκειας.Σε επανέλεγχο στους 6 μήνες, δεν αναφέρει νέα επεισόδια παρά την μείωση των δόσεων των αντιεπιληπτικών σε συνεννόηση με το θεράποντα νευρολόγο.ΣυμπεράσματαΣε νεότερους ασθενείς, χωρίς σημαντικό ιστορικό, η νέα απώλεια συνείδησης μαζί με διαταραχές αγωγής δεν πρέπει να σταματά στην πρώτη εκτίμηση, όταν τα επεισόδια επαναλαμβάνονται. Ο ασθενής μας εμφάνιζε εικόνα επιληπτικών κρίσεων που αντιμετώπιζε ανεπιτυχώς. Χρειάζεται επαγρύπνηση στη καθημερινή πράξη για επανεκτίμηση των δεδομένων για την σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση επικίνδυνων καταστάσεων.



AA273|Κατάλυση Κολπικής Μαρμαρυγής με Παλμικό Πεδίο (Pulsed Field Ablation): Ασφάλεια και Προκαταρκτικά Αποτελέσματα Εμπειρίας Ενός Κέντρου

Γ. Ξύγκα[1], Ι. Κόνιαρη[1], Α. Γκότση[1], Α. Μαυρομάτη[1], Α. Γερακάρης[1], Ε. Καψάλη[1], Ε. Πετροπούλου[1], Ρ. Κώρος[1], Π. Νταβλούρος[1], Γ. Λεβεντόπουλος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σκοπός. Η καταγραφή της ασφάλειας και των προκαταρκτικών αποτελεσμάτων αποτελεσματικότητας της κατάλυσης (ablation) της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) με τεχνολογία παλμικού πεδίου (Pulsed Field Ablation, PFA) στην καθημερινή κλινική πράξη ενός κέντρου, καθώς και η διερεύνηση της επίδρασης της προσθήκης απομόνωσης του οπίσθιου τοιχώματος (PWI) στην απομόνωση των πνευμονικών φλεβών (PVI).Υλικό–Μέθοδος. Αναδρομική ανάλυση 94 διαδοχικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε PFA για ΚΜ. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητες, επεμβατικά χαρακτηριστικά και περιεπεμβατικές επιπλοκές. Η παρακολούθηση για υποτροπή αρρυθμίας πραγματοποιήθηκε με Holter ρυθμού (1/3/6/12 μήνες). Οι συγκρίσεις μεταξύ PVI και PVI+PWI έγιναν με Mann-Whitney και Fisher's exact test. Αποτελέσματα: Μέση ηλικία 66,5 ± 9,1 έτη· 57% άνδρες· 77% παροξυσμική ΚΜ. Χρησιμοποιήθηκαν τρεις πλατφόρμες PFA (Farapulse, Pulse Select, Affera). PVI πραγματοποιήθηκε στο 97%, PWI στο 39% και κατάλυση ισθμού σε 8 ασθενείς. Περιεπεμβατικές επιπλοκές καταγράφηκαν σε 3/94 (3,2%): τρεις περικαρδιακές συλλογές/επιπωματισμός. Η ομάδα PVI+PWI (n=37) ήταν σημαντικά υψηλότερου κινδύνου έναντι της PVI μόνο (n=54): μεγαλύτερη ηλικία (69,8 vs 64,5, p=0,010), υψηλότερο CHA_2DS_2-VASc (2,6 vs 1,9, p=0,013), μεγαλύτερη διάμετρο αριστερού κόλπου (47,5 vs 40,0 mm, p=0,001), περισσότερη εμμένουσα ΚΜ (32% vs 11%, p=0,016) και στεφανιαία νόσο (24% vs 7%, p=0,033). Στους ασθενείς με διαθέσιμη παρακολούθηση (n=35), η ελευθερία από υποτροπή ΚΜ ήταν 68,6%. Παρά το βαρύτερο προφίλ, η ομάδα PVI+PWI εμφάνισε αριθμητικά χαμηλότερη υποτροπή έναντι PVI μόνο (25,0% vs 31,8%), διαφορά μη στατιστικά σημαντική (p=1,00).Συμπεράσματα. Στην εμπειρία μας, το PFA αποδείχθηκε ασφαλές και εφικτό για την κατάλυση της ΚΜ, με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών και ενθαρρυντικά προκαταρκτικά αποτελέσματα. Παρότι η προσθήκη PWI εφαρμόστηκε σε ασθενείς σημαντικά υψηλότερου κινδύνου, συνδυάστηκε με αριθμητικά χαμηλότερη υποτροπή — εύρημα που δημιουργεί υπόθεση υπέρ διευρυμένης στρατηγικής κατάλυσης και χρήζει επιβεβαίωσης με μεγαλύτερο δείγμα και πληρέστερη παρακολούθηση.

Πίνακας 1. Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα

Έκβαση	PVI	PVI+PWI	p
Ασφάλεια — σύνολο κοόρτης (N = 94)			
Περιεπεμβατικές επιπλοκές, n (%)	3 (3,2)		
Περικαρδιακή συλλογή / επιπωματισμός, n (%)	3 (3,2)		
Αποτελεσματικότητα — ασθενείς με παρακολούθηση			
Ασθενείς με διαθέσιμη παρακολούθηση, n	22	12	—
Ελευθερία από ΚΜ, n (%)	15 (68,2)	9 (75,0)	1,00
Υποτροπή ΚΜ, n (%)	7 (31,8)	3 (25,0)	1,00

Επιπλοκές: επί του συνόλου (N=94). Αποτελεσματικότητα: μόνο ασθενείς με διαθέσιμη παρακολούθηση· συνολική ελευθερία από ΚΜ στην κοόρτη με παρακολούθηση (n=35): 68,6%. p: Fisher's exact test (PVI vs PVI+PWI). ΚΜ: κολπική μαρμαρυγή.

Πίνακας 1. Ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

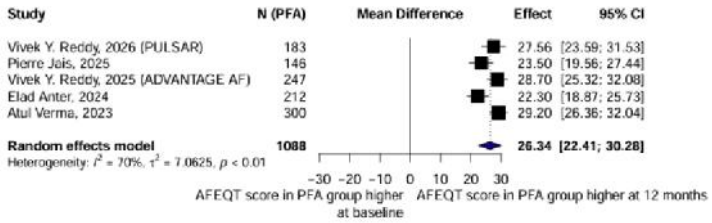
AA274|Pulsed Field Ablation: Μεταφράζοντας την επιτυχία της κατάλυσης σε καλύτερη ποιότητα ζωής

P. Karakitsos[1], J. Papanikolaou[1,2,3], N. Platogiannis[1], M. Kousta[2,3], I. Anagnostopoulos[2,3] ,S.G. Giotaki[2,3], KA Papathanasiou[2,3], D. Vrachatis[2,3,], S. Deftereos[2,3,]

[1]Cardiology Department, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece, *[2] Electrophysiology and Pacing Department, Eugenideio Clinic, [3]National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*

Introduction Pulsed field ablation (PFA) is a novel non-thermal ablation technology for the treatment of atrial fibrillation (AF), showing excellent procedural safety and efficacy. However, its impact on patient-reported symptoms and quality of life (QoL) has not been systematically evaluated. We conducted a systematic review and meta-analysis to assess the effect of PFA on QoL and symptom improvement in patients undergoing PFA. Methods A systematic literature search of PubMed/MEDLINE was performed according to PRISMA guidelines. Randomized controlled trials and prospective single-arm studies with ≥20 patients that reported standardized QoL results were included. Outcomes were assessed using validated questionnaires, including the Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT), Short Form-12 (SF-12), and EQ-5D-5L. Risk of bias was assessed using the Cochrane RoB 2 tool and the NHLBI quality assessment tool. Meta-analysis was performed using fixed- or random-effects models according to statistical heterogeneity. Results Among 1,132 screened records, 10 studies met the inclusion criteria, of which six were eligible for meta-analysis. Overall, for the

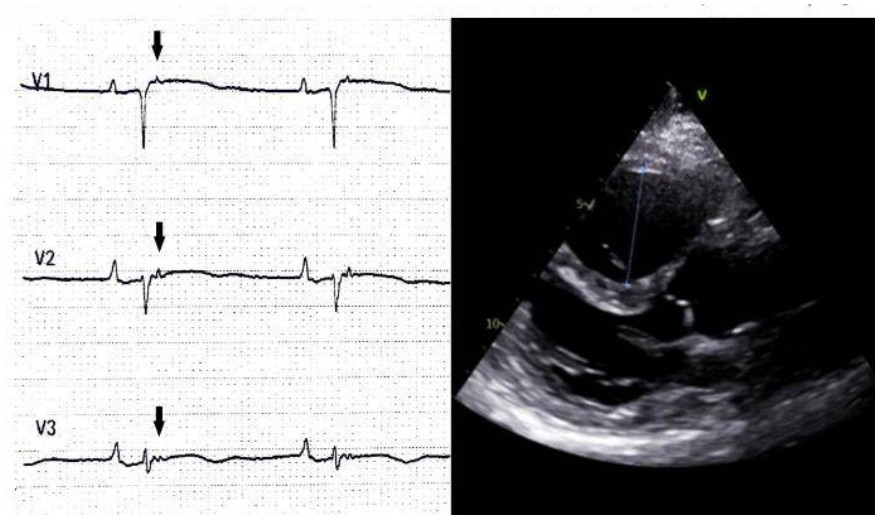
meta-analysis, 1,504 patients were included (1,150 treated with PFA and 354 with radiofrequency ablation). Mean age was 64.5±2.7 years and 65% were male. Acute pulmonary vein isolation success exceeded 99% in both treatment groups, while major complications were similarly low for both groups (1.7% vs. 3.7%). PFA resulted in significant improvements in AFEQT scores at both 6 and 12 months compared with baseline. Significant improvements were also observed in both the physical and mental component scores of the SF-12 questionnaire at 12 months. No significant improvement was demonstrated using EQ-5D-5L. Compared with radiofrequency ablation, PFA showed similar QoL outcomes at 12 months. Freedom from atrial arrhythmia recurrence at 12 months was 71.7% following PFA, while approximately 80% of patients remained symptom-free at first follow-up. No significant publication bias was identified. Conclusions PFA is associated with significant improvements in quality of life and symptom burden following ablation, with outcomes comparable to conventional radiofrequency ablation. These findings underline the importance of PFA as a tool in the management of AF.

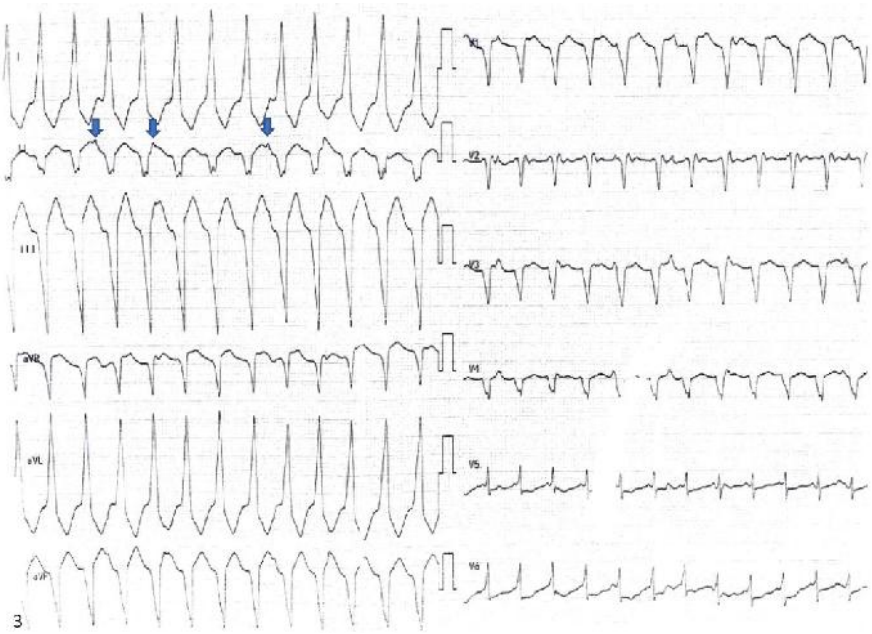


AA275|Electrocardiographic and Arrhythmic Clues to the Diagnosis of Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy

C. Nikolaros[1], T. Klogkeri[1], D. Kolios[1], A. Markakos[1], M. Abeliotis[1], D. Kalantzis[1], S. Archontakis[1], S. Sideris[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background & Aim: Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC) is a rare inherited cardiomyopathy associated with ventricular arrhythmias and sudden cardiac death. Diagnosis may be challenging because of variable phenotypic expression and the limited sensitivity of individual diagnostic tests. We aimed to highlight the diagnostic value of careful electrocardiographic assessment and systematic application of the 2010 Revised Task Force Criteria in a patient presenting with recurrent wide-complex tachycardia. Case Study: A 61-year-old woman was referred after presenting with a wide-complex tachycardia that was terminated pharmacologically. Three years earlier, she had experienced a similar episode requiring electrical cardioversion. There was no family history of cardiomyopathy or sudden cardiac death. Baseline electrocardiography showed T-wave inversion in the right precordial leads and epsilon waves in V1–V3 (Figure 1). Echocardiography demonstrated preserved left ventricular systolic function (LVEF 60%), but right ventricular dilatation and impaired systolic function (Figure 1). Coronary angiography excluded obstructive coronary artery disease, while right heart catheterization excluded pulmonary hypertension. Cardiac magnetic resonance imaging was unavailable.ResultsDuring hospitalization, the patient developed sustained ventricular tachycardia with left bundle branch block morphology and a superior axis, without haemodynamic compromise. The arrhythmia was successfully terminated with intravenous procainamide (Figure 2). She fulfilled three major 2010 Revised Task Force Criteria: T-wave inversion in V1–V3, epsilon waves in V1–V3, and sustained ventricular tachycardia with LBBB morphology and superior axis. A definite diagnosis of ARVC was established and was further supported by the echocardiographic abnormalities. A transvenous implantable cardioverter-defibrillator was implanted for secondary prevention, and bisoprolol 2.5 mg daily was initiated. Screening of first-degree relatives revealed no phenotypic evidence of ARVC. Conclusions: In patients presenting with haemodynamically tolerated wide-complex tachycardia, ARVC should remain an important differential diagnosis, even without a positive family history. Careful recognition of depolarization, repolarization, and arrhythmic ECG features can establish a definite diagnosis according to the Revised Task Force Criteria when advanced imaging is unavailable and can directly influence management by identifying patients who require protection from sudden cardiac death.Figure 1.Epsilon waves in leads V1–V3 (arrows) and parasternal long-axis echocardiographic view demonstrating right ventricular dilatation.Figure 2. Ventricular tachycardia with LBBB morphology. Arrows indicate atrioventricular dissociation.





AA276|Stress-induced cardiomyopathy following VVIR pacemaker implantation – a rare cause of chest pain in the immediate post CIED implantation setting.

S. Gkamaz[1], S. Kourouklis[1], G. Zervopoulos[1], T. Mousiama[1], A. Papadaki[1], T.Apostolopoulos[1]
[1]5th Cardiology department, Hygeia Hospital, Athens

Introduction: Main causes of chest pain immediately post Cardiac Implantable Electronic Device (CIED) implantation include pleural and pericardial complications, pocket/incisional pain and rarely coronary trauma, perforation, spasm or ischemia due to acute heart rate increase. We report a case of stress-induced cardiomyopathy immediately post CIED implantation. Case report: A 90-year-old female was referred to our clinic due to persistent atrial fibrillation with slow ventricular response and associated symptoms, for VVIR pacemaker implantation. An active-fixation lead was screwed in the interventricular septum (IVS), via cephalic cutdown, with acceptable electric parameters, positive current of injury, and was connected to a VVIR generator in the pectoral region. Total procedural time was 50 minutes. Patient received 180mg Lidocaine SC and 3mg Midazolam, while on supplemental oxygen and was transferred to post anesthesia care where 45 minutes later, complained of chest pain. Vital signs where notable for hypotension with no other differences in physical examination. 12-lead ECG revealed atrial fibrillation with evidence of high lateral ST elevation myocardial infarction (figure 1-A). Bedside echocardiography revealed biventricular apical dyskinesia with hyperkinetic basal-mid segments (figure 1-C/D) and a LVEF of 35-40%. There was no evidence of pericardial effusion and the lead was well depicted in the IVS (figure 2-A). Device interrogation revealed no change in electric parameters. Due

to ongoing symptoms, the patient underwent nonelective coronary angiography (CAG) which was normal (figure 2-B). One hour later, after the administration of isotonic fluids and IV Metoprolol, symptoms subsided. Due to recent CIED implantation, further workup with cardiac magnetic resonance imaging (MRI) was omitted. Biomarkers confirmed acute myocardial injury and on the next day she was discharged while remaining asymptomatic and stable. One month after the index event both ventricles had recovered fully. Thus, due to the transient nature of the apical wall motion abnormalities a diagnosis of stress-induced cardiomyopathy was made, probably related to surgical trauma.Conclusion: Stress-induced Cardiomyopathy is a rare cause of chest discomfort immediately post CIED implantation. Given the high risk for adverse events during MRI in the first 6 weeks post implantation, diagnosis still remains largely non definite taking into account clinical presentation, echocardiography, CAG and ECG whenever interpretable

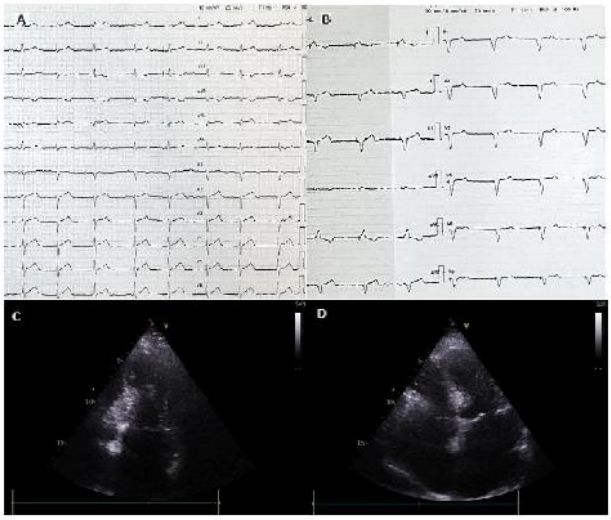


Figure 1. A: 12-lead ECG while chest discomfort was present in VVI 30bpm mode, demonstrating evidence of high lateral STEMI. **B:** Paced QRS morphology and axis later after beta blocker administration. **C:** Four chamber view. End-systole frame demonstrating left ventricular apical dyskinesia, with hyperkinetic basal-mid segments. **D:** Four chamber view. End-systole frame demonstrating biventricular apical dyskinesia, with hyperkinetic basal-mid segments. Note the absence of pericardial effusion.

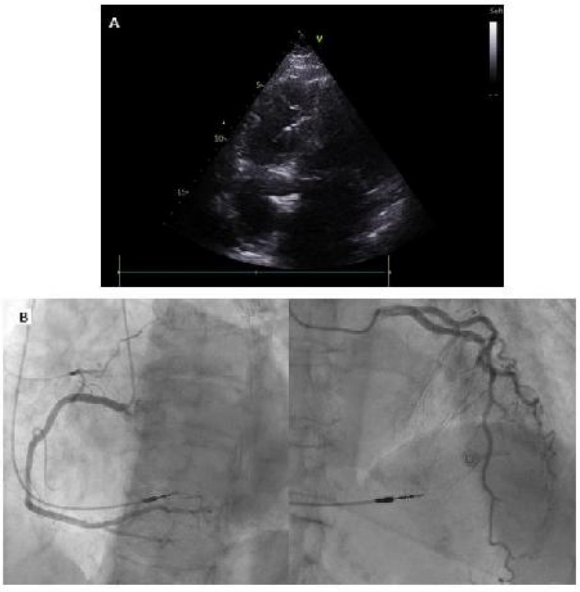


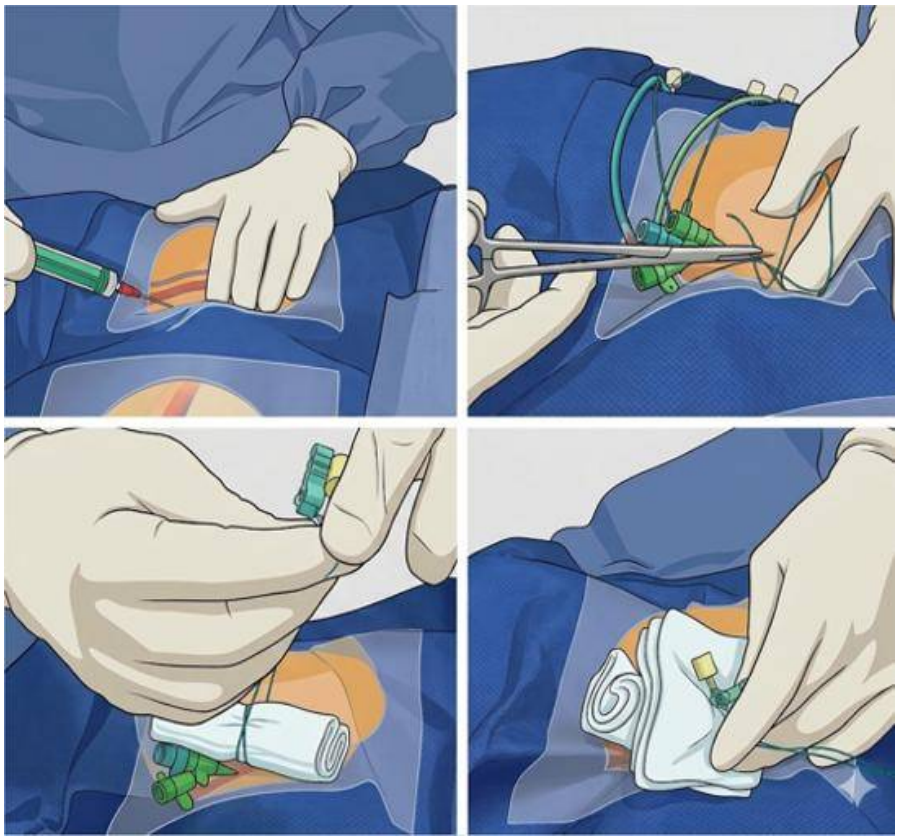
Figure 2. A: Modified four chamber view, focused on the RV. End diastole frame demonstrating the location of the lead against the IVS. **B:** Coronary angiography demonstrating normal coronary arteries as well as the spatial relationship between the lead and the septal branches.

AA277|A cost-effective vascular access management protocol in electrophysiological procedures, insights from a consecutive register

K. Avranas[1], N. Yilmaz-Zeytin[2]

[1]Internal medicine and cardiology, Diakonie Kliniken Bad Kreuznach, Ringstraße 64, 55543 Rheinland-Pfalz, Deutschland, [2]Iternal medicine and cardiology, Diakonie Kliniken Bad Kreuznach, Ringstraße 64, 55543 Rheinland-Pfalz, Deutschland

• Background/IntroductionEffective vascular access management is essential for safe and efficient electrophysiological procedures. Beyond manual compression, several techniques have been developed, including the figure-of-eight suture (F8S) and its modification secured with a three-way stopcock (F8SS), both of which have demonstrated favourable safety profiles. Alternatively, vascular closure devices offer rapid haemostasis and early mobilisation, though at increased cost and with device-specific risks. To optimize outcomes and cost-effectiveness, our centre implemented a standardized vascular access management strategy (BK Protocol) combining minimally interrupted anticoagulation for left-sided procedures with a modified F8SS technique incorporating a rolled cotton gauze between the suture and skin (mF8SS). • PurposeTo evaluate the feasibility, safety, and efficacy of the BK Protocol incorporating the mF8SS technique in patients undergoing electrophysiological procedures. • MethodsWe conducted a retrospective analysis of all consecutive patients undergoing electrophysiological procedures at our centre between January and November 2025. A standardized follow-up was performed within routine clinical practice for one-week post-procedure. Major complications were defined as those requiring surgical intervention, prolonged hospitalisation (>1 night), or abscess formation. Minor complications included haematoma> cm in diameter, prolonged pain, or vascular complications managed conservatively.• ResultsA total of 175 patients (58.3% male) were included, of whom 137 (78.7%) underwent left-sided procedures. Two sheaths were used in 73 cases (41.7%) and three in 98 cases (56.0%). The largest sheath size was 8.5 F in 76 procedures (43.4%) and 16 F in 57 (32.6%). Two major (1.1%) and three minor (1.7%) complications occurred. All patients were mobilised six hours post-procedure and discharged the following day. • Conclusion(s) The cost-effective BK Protocol, integrating minimally interrupted anticoagulation and the mF8SS technique, demonstrated promising safety profile and early mobilisation with very low complication rates. Compared to closure devices, it offers a simple and economical alternative for vascular access management.

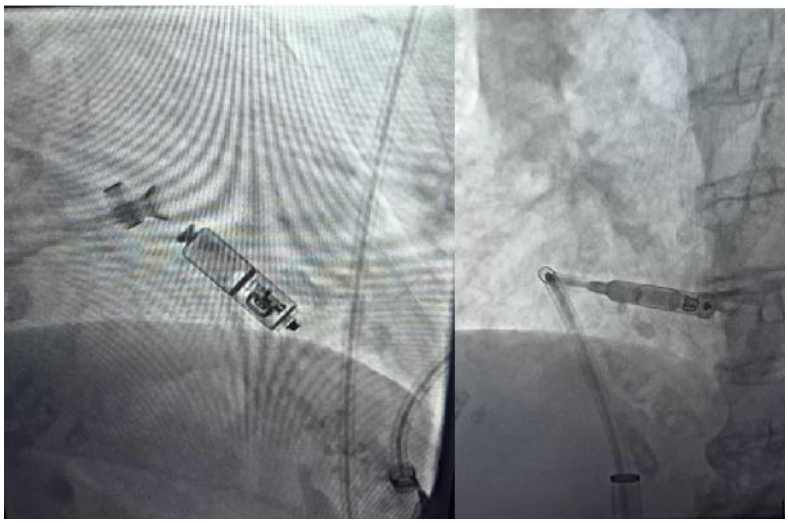


AA278|Leadless Βηματοδότηση σε Ασθενείς Υψηλού Κινδύνου: Η Αρχική Εμπειρία ενός Κέντρου

Γ. Ματθαιόπουλος[1], Ε.Σ. Μαυρουδέας[2], Λ. Καλλένου[1], Β. Βασιλάκη[1], Δ. Κουνδουράκης[1], Κ. Βασιλειάδης[1], Α. Λιόδη[1], Δ. Νικητόπουλος[1], Ν.Λαζίλι[1], Π. Δρίτσα[2], Β. Σουσωνης[1], Ν. Καυκάς[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η βηματοδότηση χωρίς ηλεκτρόδια (leadless pacing) αποτελεί σημαντική εξέλιξη, προσφέροντας βηματοδότηση χωρίς διαφλέβια ηλεκτρόδια και υποδόρια θήκη, μειώνοντας τις επιπλοκές των συμβατικών συστημάτων (λοιμώξεις, δυσλειτουργία ηλεκτροδίων, δυσχέρεια φλεβικής πρόσβασης, επιπλοκές θήκης). Παρουσιάζουμε την αρχική εμπειρία του κέντρου μας από εμφύτευση leadless βηματοδότη σε δύο ασθενείς υψηλού κινδύνου. Υλικό και Μέθοδοι: Περίπτωση 1: Γυναίκα 72 ετών, με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, κολπικής μαρμαρυγής και χρόνιας νεφρικής νόσου υπό αιμοκάθαρση μέσω αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας στο αριστερό άνω άκρο, προσήλθε λόγω επεισοδίου απώλειας αισθήσεων με συνοδό τραυματισμό κεφαλής, ενώ ανέφερε πολλαπλά προλιποθυμικά επεισόδια από μηνός. Holter ρυθμού 24ώρου ανέδειξε πολυάριθμες παύσεις διάρκειας έως 5 δευτερολέπτων, οι οποίες συσχετίζονταν με τη συμπτωματολογία, οπότε αποφασίστηκε η τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη. Λαμβάνοντας υπόψη τη χρόνια αιμοκάθαρση, την ανάγκη διατήρησης του φλεβικού δικτύου, την πιθανή περιορισμένη κεντρική φλεβική πρόσβαση και τον αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων, επιλέχθηκε η εμφύτευση leadless βηματοδότη έναντι συμβατικού διαφλεβικού συστήματος. Η συσκευή καθηλώθηκε επιτυχώς στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα της δεξιάς κοιλίας, με ικανοποιητικές ηλεκτρικές παραμέτρους.Περίπτωση 2: Γυναίκα 83 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, θυρεοειδοπάθειας και συμβατικού διεστιακού βηματοδότη από το 2018 λόγω διαλείποντος πλήρη κολποκοιλιακού αποκλεισμού, με χαμηλό ποσοστό κοιλιακής βηματοδότησης (<0%). Τον 12/2025 εμφάνισε λοίμωξη του συστήματος βηματοδότησης, η οποία αντιμετωπίστηκε με δίμηνη νοσηλεία και πλήρη αφαίρεση του συστήματος(ηλεκτροδίων και συσκευής). Λόγω του χαμηλού ποσοστού κοιλιακής βηματοδότησης, του πρόσφατου ιστορικού λοίμωξης και της ανάγκης ελαχιστοποίησης του κινδύνου επαναλοίμωξης, αποφασίστηκε η εμφύτευση leadless βηματοδότη στη δεξιά κοιλία, αποφεύγοντας τη δημιουργία νέας υποδόριας θήκης και την επανατοποθέτηση διαφλέβιων ηλεκτροδίων. Αποτελέσματα: Σε αμφότερες τις περιπτώσεις η εμφύτευση ήταν επιτυχής, χωρίς περιεπεμβατικές ή άμεσες μετεπεμβατικές επιπλοκές. Οι ασθενείς εξήλθαν αιμοδυναμικά σταθερές, σε καλή κλινική κατάσταση. Σε ένα follow up 6 μηνών, οι ηλεκτρικές παράμετροι παραμένουν ικανοποιητικές, χωρίς ενδείξεις λοίμωξης, δυσλειτουργίας ή άλλων επιπλοκών σχετιζόμενων με τη συσκευή. Συμπεράσματα: Η leadless βηματοδότηση αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου, ιδίως επί δυσχερούς φλεβικής πρόσβασης ή ιστορικού λοίμωξης συσκευής. Η αρχική μας εμπειρία επιβεβαιώνει την τεχνική εφικτότητα, τις ικανοποιητικές παραμέτρους βηματοδότησης και το ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας ενώ η συνεχής τεχνολογική εξέλιξη αναμένεται να διευρύνει τις κλινικές εφαρμογές.



AA279|Global and Domain-Specific Cognitive Outcomes After Catheter Ablation for Atrial Fibrillation

S. Chiotis[1],G. Giannopoulos[1], S.C. Zagalioti[2], S.E. Konstantinidou[1], M.I. Mountourli[1], A. Zgouridou[1], K. Bakogiannis[1], A. Evangeliou[1], M. Toumpourleka[1], K. Triantafyllou[1], V. Vassilikos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [2]Department of Emergency Medicine, AHEPA University General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Introduction: Atrial fibrillation (AF) has been associated with cognitive impairment, but whether contemporary catheter ablation (CA), including cryoballoon and pulsed field ablation (PFA), influences cognitive function remains uncertain. We evaluated changes in global and domain-specific cognition following CA for AF. Materials and Methods: This prospective observational cohort study included consecutive patients undergoing CA for AF and a non-ablation AF control group at a tertiary university hospital between January 2022 and June 2024. Cognitive function was assessed at baseline and 6 months using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the REMEDES for Alzheimer (R4Alz) battery. Brain magnetic resonance imaging was performed before and within 48 hours after ablation to detect new cerebral infarcts. Multivariable linear regression was used to evaluate the independent association between ablation and follow-up cognitive performance after adjustment for baseline cognition and clinical covariates. Results: A total of 75 patients underwent CA (mean age 61.9±10.4 years; 54 cryoballoon and 21 PFA) and were compared with 40 non-ablation controls. Baseline cognitive performance was similar between groups, and no new cerebral infarcts were detected after ablation. At 6 months, MoCA scores in the ablation group remained stable (mean change 0.27; 95% CI, −0.08 to 0.62), whereas R4Alz total scores improved significantly (mean change 2.81; 95% CI, 1.55–4.07), mainly due to gains in short-term working memory and perceptual inhibition. No significant cognitive changes were observed in controls. Compared with controls, patients undergoing ablation demonstrated greater improvements in both MoCA (P=.01) and R4Alz total score (P=.007). After adjustment for baseline cognitive performance and clinical covariates, ablation remained independently associated with higher follow-up MoCA (β=0.88; 95% CI, 0.31–1.44) and R4Alz scores (β=3.80; 95% CI, 1.70–5.90). Conclusions: Contemporary catheter ablation for AF was not associated with cognitive decline and was instead associated with modest improvements in selected cognitive domains at 6 months. Domain-specific cognitive assessment identified changes that were not captured by global cognitive screening alone, suggesting that modern ablation techniques may confer early subtle cognitive benefits.

AA280|Μεταβολές βιοδεικτών και ηλεκτροκαρδιογραφικών δεικτών μετά από απομόνωση των πνευμονικών φλεβών με διαφορετικές τεχνολογίες κατάλυσης.

Ν. Μακρής[1], Π. Μανιφάβα[1], Ε. Ρεπάσος[1], Ά.Δημουλά[1], Ι. Μπούτσικος[1], Κ.Σταματελόπουλος[1], Σ. Χατζίδου[1]

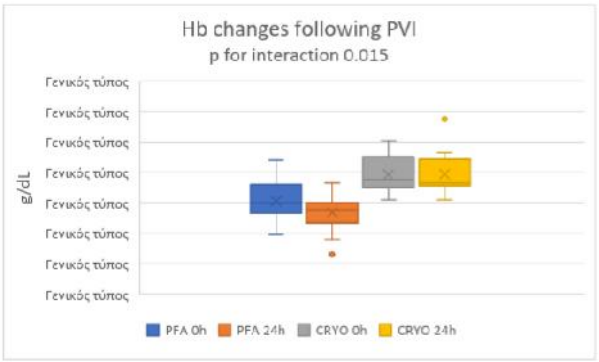
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η απομόνωση των πνευμονικών φλεβών αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κολπικής μαρμαρυγής. Όπως κάθε μορφή κατάλυσης, προκαλεί αύξηση των βιοδεικτών μυοκαρδιακού τραυματισμού, ενώ η πρόσφατα χρησιμοποιούμενη τεχνολογία Pulsed Field Ablation (PFA) προκαλεί ποικίλου βαθμού αιμόλυση. Επιπλέον, η κατάλυση στον αριστερό κόλπο προκαλεί μεταβολές στο ύψος και τη διάρκεια του κύματος P. Σκοπός: Να προσδιοριστεί το εύρος των μεταβολών βιοδεικτών και ηλεκτροκαρδιογραφικών παραμέτρων μετά από απομόνωση των πνευμονικών φλεβών, καθώς και η επίδραση του είδους της τεχνολογίας που χρησιμοποιήθηκε.Υλικο και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 12 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρυοκατάλυση και 12 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PFA και μελετήθηκαν βιοδείκτες μυοκαρδιακού τραυματισμού και αιμόλυσης, καθώς και ηλεκτροκαρδιογραφικοί παράμετροι του κύματος P, αμέσως μετά τη διενέργεια της κατάλυσης και 24 ώρες μετά. Κατόπιν, εξετάστηκε η μεταβολή των ανωτέρω παραμέτρων ανάμεσα στα δύο χρονικά σημεία, καθώς και η επίδραση της τεχνολογίας που χρησιμοποιήθηκε, στη μεταβολή αυτή. Αποτελέσματα: Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που υποβλήθηκαν στα δύο είδη κατάλυσης ήταν παρόμοια, ενώ δε διέφεραν ο χρόνος και η δόση ακτινοσκόπησης. Στο συνολικό πληθυσμό, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην Τροπονίνη Τ (273.38±64.7 pg/ml μετά την κατάλυση vs 543.44±55.9 pg/ml 24 ώρες μετά, p= 0.001), στην αιμοσφαιρίνη (12.97±0.3 g/dl vs 12.63±0.4 g/dl, p= 0.047) και στο ύψος του κύματος P (0.150±0.010 mV vs 0.136±0.007 mV, p= 0.01). Στο σκέλος του PFA παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην Τροπονίνη Τ (302.67±108.6 pg/ml μετά την κατάλυση vs 520.33±83.5 pg/ml 24 ώρες μετά, p= 0.024), στην αιμοσφαιρίνη (12.1±0.4 g/dl vs 11.4±0.4 g/dl, p= 0.009) και στο ύψος του κύματος P (0.146±0.014 mV vs 0.123±0.008 mV, p= 0.016). Στο σκέλος της κρυοκατάλυσης παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή στην AST (38.25±2.8 U/L μετά την κατάλυση vs 43.0±3.0 U/L 24 ώρες μετά την κατάλυση, p= 0.025). Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PFA εμφάνισαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεγαλύτερη μείωση της αιμοσφαιρίνης σε σχέση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρυοκατάλυση (p for interaction= 0.015).Συμπεράσματα: Η επέμβαση ηλεκτρικής απομόνωσης των πνευμονικών φλεβών συσχετίστηκε με αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης, καθώς και με επιδείνωση των ηλεκτροκαρδιογραφικών παραμέτρων του κύματος P, ενώ η παρατηρηθείσα πτώση της αιμοσφαιρίνης σχετίστηκε με την τεχνολογία του PFA.

Πίνακας 1

Biomarkers	Total			PFA			Cryoablation			P for interaction
	Time 0h (mean±SE)	Time 24h (mean±SE)	P for change	Time 0h (mean±SE)	Time 24h (mean±SE)	P for change	Time 0h (mean±SE)	Time 24h (mean±SE)	P for change	
Troponin T (pg/ml)	273.38±64.7	543.44±55.9	**0.001**	302.67±108.6	520.33±83.5	**0.024**	235.71±57.1	573.14±75.1	**0.019**	0.369
CPK (U/L)	208.87±20.8	220.35±25.1	0.483	201.25±36.1	238.5±44	0.195	217.7±20.7	200.6±22.3	0.224	0.095
LDH (U/L)	267.83±14.5	255.39±15.9	0.413	281.85±26.8	248.42±17	0.089	252.64±7.5	263±28.4	0.665	0.147
Haemoglobin (g/dl)	12.97±0.3	12.63±0.4	**0.047**	12.1±0.4	11.4±0.4	**0.009**	13.8±0.4	13.8±0.4	0.823	**0.015**
AST (U/L)	39.96±4.8	44.33±2.6	0.172	41.67±9.3	45.67±4.3	0.523	38.25±2.8	43±3	**0.025**	0.907
P wave amplitude (mV)	0.150±0.010	0.136±0.007	**0.01**	0.146±0.014	0.123±0.008	**0.016**	0.155±0.014	0.150±0.011	0.343	0.079
P wave duration (msec)	103.33±5.3	98.1±5.2	0.149	98.18±6.4	91.82±5.5	0.172	109±8.5	105±8.9	0.509	0.745

Εικόνα 1

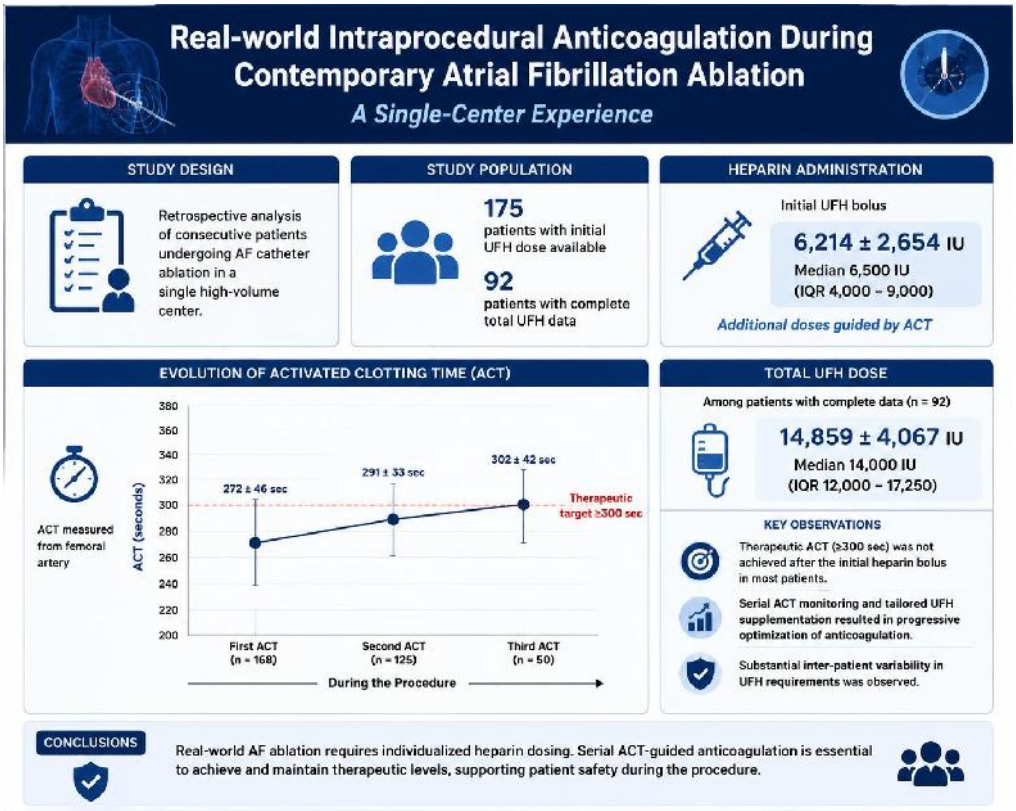


AA281|Διεπεμβατική αντιπηκτική αγωγή κατά την κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής στη σύγχρονη κλινική πράξη: Εμπειρία ενός κέντρου

Α. Μπατσούλη[1], Σ. Ξυδώνας[1], Α. Μεγαρισιώτου[1], Μ. Παράσχη[2], Κ. Αλεξοπούλου[1], Ε. Κωνσταντινίδου[1], Γ. Παπιγγιώτης[1], Β. Αποστολόπουλος[1], Α. Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΤΜΗΜΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η επαρκής διεπεμβατική αντιπηκτική αγωγή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επιπλοκών κατά την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Ωστόσο, τα δεδομένα της καθημερινής κλινικής πρακτικής σχετικά με τη διαχρονική μεταβολή του ενεργοποιημένου χρόνου πήξης (Activated Clotting Time – ACT) και τις απαιτήσεις σε μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη (UFH) παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός : Η περιγραφή της στρατηγικής ενδοεπεμβατικής αντιπηκτικής αγωγής και της εξέλιξης του ACT κατά τη διάρκεια επεμβάσεων κατάλυσης ΚΜ σε κέντρο υψηλού όγκου.Υλικό – Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κατάλυση ΚΜ. Καταγράφηκαν η αρχική και οι συμπληρωματικές δόσεις μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης (UFH), καθώς και οι διαδοχικές μετρήσεις ACT κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση (SD) και διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος, IQR), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές ως απόλυτος αριθμός και ποσοστό.Αποτελέσματα: Συνολικά, 175 ασθενείς είχαν διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με την αρχική δόση UFH, ενώ πλήρη στοιχεία για τη συνολική χορηγηθείσα δόση υπήρχαν σε 92 ασθενείς. Η αρχική δόση UFH ήταν 6.214 ± 2.654 IU, με διάμεση τιμή 6.500 IU (IQR: 4.000–9.000).Η πρώτη μέτρηση ACT ήταν διαθέσιμη σε 168 ασθενείς και ήταν 272 ± 46 sec, με διάμεση τιμή 273 sec (IQR: 246–301). Η δεύτερη μέτρηση ACT (125 ασθενείς) αυξήθηκε σε 291 ± 33 sec, με διάμεση τιμή 288 sec (IQR: 274–310), ενώ η τρίτη μέτρηση (50 ασθενείς) παρουσίασε διάμεση τιμή 302 sec (IQR: 280–316), υποδηλώνοντας σταδιακή επίτευξη θεραπευτικών επιπέδων αντιπηκτικής αγωγής μετά από συμπληρωματικές δόσεις ηπαρίνης. Στους ασθενείς με πλήρη στοιχεία, η συνολική χορηγηθείσα δόση UFH ήταν 14.859 ± 4.067 IU, με διάμεση τιμή 14.000 IU (IQR: 12.000–17.250).Η διαδοχική παρακολούθηση του ACT ανέδειξε σταδιακή αύξηση των τιμών κατά τη διάρκεια της επέμβασης, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της επαναλαμβανόμενης μέτρησης του ACT και της εξατομικευμένης χορήγησης συμπληρωματικών δόσεων ηπαρίνης για την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου. Συμπεράσματα: Στην καθημερινή κλινική πράξη, οι απαιτήσεις σε μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη κατά την κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση μεταξύ των ασθενών. Η αρχική δόση ηπαρίνης συχνά δεν επαρκεί για την άμεση επίτευξη θεραπευτικού ACT, ενώ η συστηματική παρακολούθηση του ACT και η εξατομικευμένη χορήγηση συμπληρωματικών δόσεων οδηγούν σε προοδευτική βελτιστοποίηση της αντιπηκτικής αγωγής και



AA282|Beyond Vasovagal: A Case of AVNRT Presenting With Near-Syncope

Σ. Σκευοφύλακας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Presyncope in young patients without known cardiac disease is often attributed to vasovagal mechanisms, particularly when initial evaluation is unrevealing. However, intermittent tachyarrhythmias may mimic reflex symptoms and remain undetected on short-duration monitoring. A 40-year-old woman with no previous history of arrhythmia, structural heart disease, or other known cardiac pathology was referred after recurrent episodes of near-syncope and atypical chest discomfort over the preceding month. Her symptoms were initially considered compatible with vasovagal presyncope. However, the episodes became frequent and unpredictable, causing significant anxiety and fear of leaving her home, especially as she was caring for two young children. Routine blood tests, including thyroid function, were normal. A 24-hour Holter monitor showed no significant arrhythmic burden. Due to persistent symptoms, prolonged 72-hour Holter monitoring was performed and revealed several symptomatic episodes of wide-complex tachycardia corresponding to her presyncopal events. Beta-blocker therapy was initiated but did not reduce the frequency of episodes. Coronary CT angiography was normal. The patient was referred for electrophysiological study, where atrioventricular nodal re-entrant tachycardia was diagnosed, most likely presenting with aberrant conduction. Catheter ablation was successfully performed. This case highlights the diagnostic limitations of short-duration rhythm monitoring in patients with recurrent presyncope. Although the initial presentation appeared vasovagal, prolonged monitoring revealed a clinically significant tachyarrhythmia. Recognition of AVNRT with aberrant conduction allowed definitive treatment with catheter ablation, after which the patient became completely asymptomatic and remains symptom-free to date.

ΑΑ283|Αξιολόγηση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και ευρύ σύμπλεγμα QRS μετά την θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού

Χ. Καλημάνης[1], Α. Αρβανιτάκη[2], Δ. Στολτίδης[1], Α. Ααντωνιάδης[2], Τ. Δαδούς[2], Γ. Σταυρόπουλος[2], Ν. Φραγκάκης[2]

[1]Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (CRT) συστήνεται σε ασθενείς με ισχαιμική ή μη ισχαιμική καρδιοπάθεια, με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (<5%) και διευρυμένο διάστημα QRS ≥130 ms και LBBB στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και σε ασθενείς non LBBB, QRS>150 ms που παραμένουν συμπτωματικοί παρά την βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Η θέση της τοποθέτησης του ηλεκτροδίου της αριστερής κοιλίας φαίνεται πως σχετίζεται με την επιτυχία του καρδιακού επανασυγχρονισμού. Σκοπός: Η αξιολόγηση της ανταπόκρισης των ασθενών στην θεραπεία ως προς την βελτίωση της λειτουργικής κλάσης και την μεταβολή του εύρους του QRS. Υλικά/Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ισχαιμική και μη ισχαιμική καρδιοπάθεια, στους οποίους τοποθετήθηκε αμφικοιλιακός βηματοδότης-απινιδωτής (CRT-P και CRT-D) από το 2019 έως το 2025 και παρακολουθούνται στην Καρδιολογική Κλινική του κέντρου μας . Αξιολογήθηκε η λειτουργική κλάση και το εύρος του QRS στους 6 μήνες μετά την τοποθέτηση της συσκευής. Αποτελέσματα: Συνολικά 78 ασθενείς, με καρδιακή ανεπάρκεια και ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης, έλαβαν θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού (75,6% άνδρες, μέση ηλικία 70,25 ετών, 83% σε λειτουργική κλάση III-IV). Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, η πλειονότητα των ασθενών είχε φλεβοκομβικό ρυθμό με διευρυμένο σύμπλεγμα QRS (150±14,5ms) και αποκλεισμό αριστερού σκέλους (Πίνακας 1). Ως θέση κλάδου εμφύτευσης επελέγη, στους περισσότερους ασθενείς, το πλάγιο τοίχωμα για την τοποθέτηση (ν=55/64, 85,9 %). Μετά τη θεραπεία επανασυγχρονισμού, η πλειονότητα των ασθενών παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση (λειτουργική κλάση I-II:17% πριν έναντι 58,5% μετά την θεραπεία, p:<0,001). Επετεύχθη υψηλό ποσοστό αμφικοιλιακής βηματοδότησης (99%), με σημαντική μείωση του εύρους του συμπλέγματος QRS (137,55 ± 26,84, p<0,001). Στο ένα τρίτο των ασθενών στους οποίους το ηλεκτρόδιο τοποθετήθηκε σε πλάγιο κλάδο μειώθηκε το QRS <0ms. (Πίνακας 2). Συμπεράσματα: Η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού προσέφερε σημαντική κλινική και ηλεκτροκαρδιογραφική βελτίωση των ασθενών. Η τοποθέτηση του καλωδίου σε κάποιο πλάγιο κλάδο φαίνεται ότι σχετίζεται με μεγαλύτερη μείωση του εύρους του QRS έναντι τοποθέτηση σε άλλες θέσεις.

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά ασθενών πριν την εμφύτευση της συσκευής καρδιακού επανασυγχρονισμού

Κυτηγυρία	**Ποσοστό (%)**
Φύλο	**n=78**
Άνδρες	59 (75,6%)
Ηλικία, έτη	70,25 ± 10,00
Κλάδος Εμφύτευσης	**n=64**
Πράσθιος	5 (7,8%)
Προσθιοπλάγιος	21 (32,8%)
Πλάγιος	27 (42,2%)
Οπισθιοπλάγιος	7 (10,9%)
Μέση Καρδιακή Φλέβα	4 (6,3%)
Κλάση κατά NYHA	**n= 53**
I-II	9 (17,0%)
III-IV	44 (83,0%)
Διάγνωση	**n=71**
Ισχαιμική Καρδιοπάθεια	33 (46,5%)
Μη Ισχαιμική Καρδιοπάθεια	38 (53,5%)
Διατατική Μυοκαρδιοπάθεια	36 (94,7%)
Αμυλοείδωση	2 (5,3%)
Συννοσηρότητες	**n=62**
Αρτηριακή Υπέρταση	21 (33,9%)
Σακχαρώδης Διαβήτης	21 (33,9%)
Δυσλιπιδαιμία	19 (30,6%)
Κάπνισμα	2 (3,2%)
Στεφανιαία Νόσος	26 (41,9%)
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	2 (3,2%)
Χρόνια Νεφρική Νόσος	1 (1,1%)
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	1 (1,1%)
Αυτοάνοσο Νόσημα	7 (11,3%)
Κακοήθης Νεοπλασία	3 (4,8%)
Θυρεοειδοπάθεια	7 (11,3%)
Ιστορικό Παροξυσμικής Κολπικής Μαρμαρυγής	6 (9,7%)
Ιστορικό Μόνιμης Κολπικής Μαρμαρυγής	9 (14,5%)
Φαρμακευτική Αγωγή	**n= 78**
Β-αποκλειστές	47 (60,3%)
Ιβαμπραδίνη	1 (1,3%)
Αναστολείς μεταπεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	12 (15,4%)
Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης-νεπριλυσίνης	28 (35,9%)
Αναστολείς συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης	33 (42,3%)
Αποκλειστές υποδοχέων μεταλλοκορτικοειδών	28 (35,9%)
Διουρητικά Αγκύλης Henle	45 (57,7%)
Αντιπηκτικά	23 (29,5%)
Αντιαιμοπεταλιακά	20 (25,6%)
ΗΚΓ	
Φλεβοκομβικός Ρυθμός	42 (66,7%, n=63)
Καρδιακή Συχνότητα, εφ/λεπτό	65 ± 20,2
Διευρυμένο σύμπλεγμα QRS (≥120 ms)	55 (96,5%)
Εύρος συμπλέγματος QRS, ms	150 ± 14,5
Αποκλεισμός Αριστερού Σκέλους Δεματίου His	63/70 (90%)
Αποκλεισμός Δεξιού Σκέλους Δεματίου His	7/70 (10%)
Κολποκοιλιακός Αποκλεισμός	n= 51
1ου Βαθμού ΚΚΑ	8 (15,7%)
2ου Βαθμού ΚΚΑ	1 (2%)
Κλάσμα Εξώθησεως Αριστερής Κοιλίας	**n= 59**
Διατηρημένο (≥50%)	2 (3,4%)

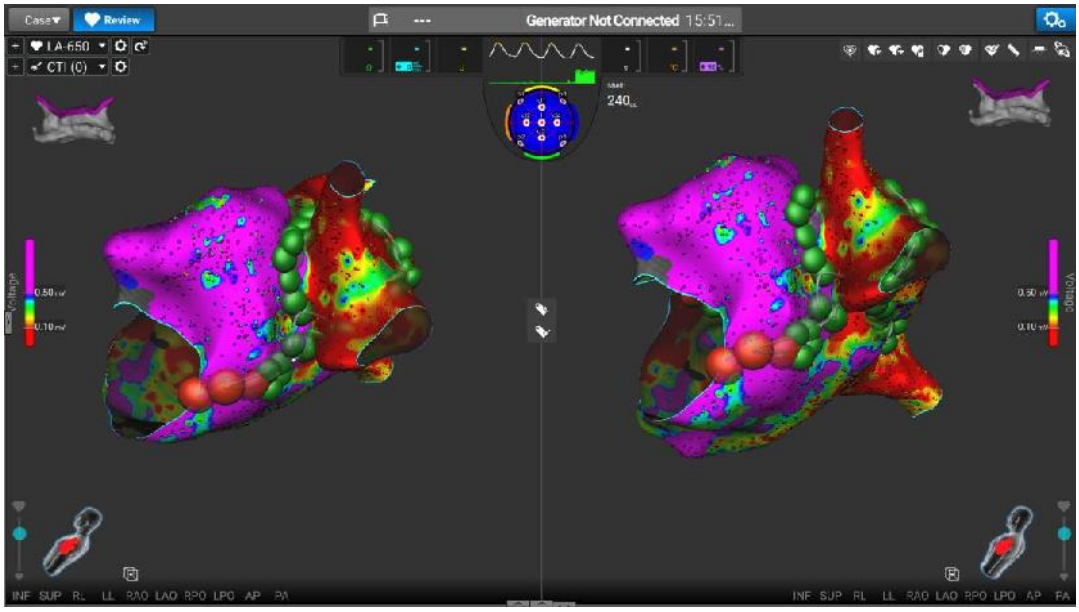
Ήπια Ελαττωμένο (41%-49%)	5 (8,5%)
Ελαττωμένο (≤40%)	52 (88,1%)
NYHA: New York Heart Association, ΗΚΓ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα ΚΚΛ: Κολποκοιλιακός Αποκλεισμός	

Πίνακας 2. Αποτελέσματα θεραπείας καρδιακού επανασυγχρονισμού			
Μεταβολή λειτουργικής κλάσης κατά NYHA πριν και μετά την θεραπεία			
Κλάση κατά NYHA, n=53	**Προ της θεραπείας επανασυγχρονισμού**	**Μετά την θεραπεία επανασυγχρονισμού**	**P < 0,001**
I-II	9 (17%)	30 (58,5%)	
III-IV	44 (83,0%)	22 (41,5%)	
Συνολική μεταβολή εύρους συμπλέγματος QRS, n= 55	**Προ της θεραπείας επανασυγχρονισμού**	**Μετά την θεραπεία επανασυγχρονισμού**	**P < 0,001**
Εύρος, ms	154,31 ± 15,81	137,55 ± 26,84	
Συσχέτιση κλάσου εμφύτευσης και εύρους συμπλέγματος QRS, n=51	**Στενό QRS (<120ms)**	**Ευρύ QRS (≥120ms)**	**P < 0,040**
Πρόσθιος, n=4	0 (0,0%)	4 (100%), CI 95%: [51,0%-100%]	
Προσθιοπλάγιος, Πλάγιος, Οπισθιοπλάγιος, n=51	15 (29,4%)	36 (70,6%), CI 95%: [57,2%-81,1%]	
Οπίσθιος, n=2	2 (100%)	0 (0,0%), CI 95%: [0,0%-65,8%]	
Μέση Καρδιακή Φλέβα, n=4	0 (0,0%)	4 (100%), CI 95%: [51,0%-100%]	

AA284|Lattice-tip dual energy catheter system for ablation of atrial tachycardias

Γ. Γιαννόπουλος[1], Σ. Βεργόπουλος[2], Κ.Τριανταφύλλου[1], Δ. Κωνσταντίνου[3], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[3]Λοιπά*

Introduction: Left atrial ablation - namely pulmonary vein isolation (PVI) - has become the mainstay in atrial fibrillation (AF) rhythm-control management. A small, albeit significant, minority of post-PVI patients present with - often intractable - atrial tachycardias (AT). Methods: Patients with a history of PVI presenting with AT were included in this observational study of prospectively followed-up patients. All patients underwent mapping and AT ablation under general anesthesia with the Sphere 9 catheter (Medtronic Inc). PVI was checked and additional lesions were delivered if needed. They were followed clinically at 3-month intervals. Results: 21 patients were included (12 male; median age 66 y). All had electrocardiographically confirmed AT and underwent mapping while on AT (activation maps). 16 of them had reentrant circuits in the left atrium, with slow-conduction components located in the roof (n=7), the left atrial isthmus (n=5), the floor between the RIPV and the mitral annulus (n=2) or other sites (n=2). Biatrial AT was identified in 2 patients and atypical right atrial macro-reentrant tachycardia in 3 cases. Ablation based on activation mapping was performed using both pulsed-field ablation (PFA) and radio frequency (RF), leading to acute termination of the AT in 18 of 21 patients. Re-induction of the same or a different AT, with rapid atrial pacing or programmed atrial extrastimuli, was possible in 12 of 18 patients, whereupon remapping and ablation led to AT termination in all patients. Overall, termination of AT and non-inducibility was achieved in 18 of 21 patients (acute success 86%). Over a median follow-up of 6.5 months all patients with acute success (18 of 18) were free from atrial tachyarrhythmias, while 2 of the 3 patients without acute success had recurrences. No serious adverse events (necessitating intervention or leading to prolongation of hospitalization) were recorded. Discussion: The dual-energy lattice-tip spherical catheter is a reliable and effective tool for ablating ATs in post-PVI patients. These tachyarrhythmias become increasingly frequent as the number of patients with one or more ablation procedures consistently increases. Ablation of these ATs has been known to be quite cumbersome and novel reliable tools are always in great demand.


Case
Review
Generator Not Connected 15:51...
LA-650
CTI (C)
240
0.50 mV
0.10 mV
INF SUP RL LL RAO LAO RPO LPO AP PA

Επεμβατική καρδιολογία III / Interventional Cardiology II

Πρόεδροι: **Η. Ελευθεριάδης** (Αθήνα), **Δ. Δαμάσκος** (Αθήνα)
Chairpersons: **E. Eleftheriadis** (Athens), **D. Damaskos** (Athens)

AA285|Angiography-Based Quantitative Flow Ratio Compared With Fractional Flow Reserve: Influence of Lesion Length on Physiologic Discordance in an Expanded Real-World Cohort

E. Sideras[1], D. Lebidakis[1], A. Papoutsakis[1], S. Petousis[1], E. Zacharis[1], E. Kladou[1], P. Rogdakis[1], G. Kochiadakis[1], Emmanouil Skalidis[1], M. Xamilos[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

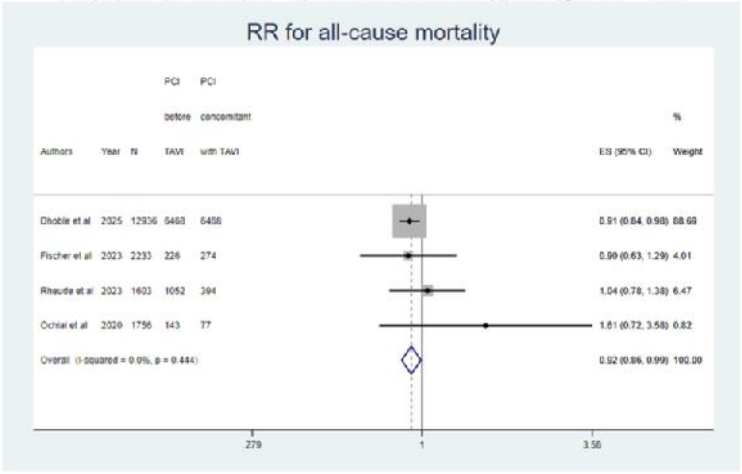
Background: Fractional flow reserve (FFR) remains the reference standard for invasive physiologic lesion assessment. Quantitative flow ratio (QFR) provides a wire-free alternative; however, determinants of discordance in routine practice remain incompletely defined. AimTo evaluate agreement between QFR and FFR and examine the impact of QFR-derived lesion length on physiologic classification. Methods: Seventy-six lesions with available FFR measurements were included in the comparative analysis. Hemodynamic significance was defined as FFR ≤0.80 and QFR ≤0.80. Correlation, categorical agreement and discordance rates were assessed, with subgroup analysis according to median lesion length.Results: QFR correlated with FFR (r=0.57, p= 0.000000094) and demonstrated 82.9% agreement (κ=0.61). Discordance occurred in 17.1% of lesions. The median QFR-derived lesion length was 30.7 mm. Discordance was significantly more frequent in lesions longer than the median length (25.0%) compared with shorter lesions (8.1%). Mean lesion length was significantly greater in discordant compared with concordant lesions (38.2±11.4 mm vs 31.4±10.2 mm, p=0.048; Cohen's d=0.64). In univariate logistic regression, increasing lesion length was associated with higher odds of QFR–FFR discordance (OR 1.26 per 10 mm increase, 95% CI 0.88–1.80), suggesting an anatomic contribution to physiologic disagreement. Conclusions: In an expanded real-world cohort, QFR shows moderate agreement with FFR; however, discordance is substantially more frequent in longer lesions. Lesion length appears to be an important determinant of angiography-based physiologic classification.

AA286|'Εκβαση ασθενών υποβαλλόμενων σε TAVI σε σχέση με τον χρονισμό της επαναιμάτωσης με PCI: Συστηματική Ανασκόπηση και Μετα-ανάλυση

Α. Καλύβα[1], Σ. Καλαντζής[2], Ε. Κυρίτση[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Α. Συνετός[1], Κ. Τούτουζας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

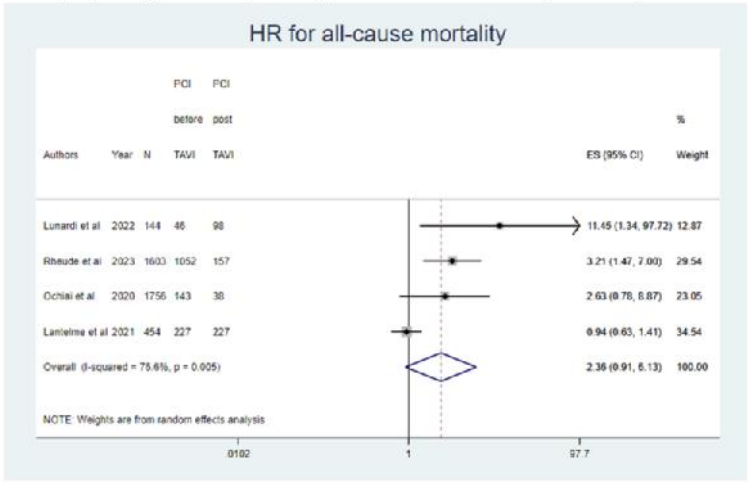
Εισαγωγή/Σκοπός: Η στεφανιαία νόσος αποτελεί μία από τις συχνότερες συννοσηρότητες των ασθενών που υποβάλλονται σε διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (Transcatheter Aortic Valve Implantation – TAVI). Παρά την ευρεία εφαρμογή της TAVI, ο βέλτιστος χρονισμός της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (Percutaneous Coronary Intervention – PCI) για τη διαχείριση της συνυπάρχουσας στεφανιαίας νόσου παραμένει ασαφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του χρονισμού της PCI στην κλινική έκβαση ασθενών που υποβάλλονται σε TAVI.Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CENTRAL και Scopus έως τις 5 Νοεμβρίου 2025. Το πρωτόκολλο καταχωρήθηκε στο PROSPERO (CRD420261325774). Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που συνέκριναν διαφορετικές στρατηγικές χρονισμού της PCI σε σχέση με την TAVI (PCI πριν, ταυτόχρονα ή μετά την TAVI). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η θνητότητα από κάθε αιτία κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία αποτέλεσαν η ενδονοσοκομειακή θνητότητα και η επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου κατά τη νοσηλεία και την παρακολούθηση. Οι εκτιμήσεις επίδρασης εκφράστηκαν ως hazard ratios (HR), relative risks (RR) ή odds ratios (OR) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ).Αποτελέσματα: Συνολικά 7 μελέτες με 21.738 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση. Η PCI πριν την TAVI συσχετίστηκε με 8% χαμηλότερη θνητότητα από κάθε αιτία κατά την παρακολούθηση συγκριτικά με την ταυτόχρονη PCI-TAVI (RR=0,92, 95% ΔΕ: 0,86–0,99, p=0,028). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη θνητότητα μεταξύ PCI πριν και PCI μετά την TAVI (HR=2,36, 95% ΔΕ: 0,91–6,13, p=0,077 και OR=2,54, 95% ΔΕ: 0,36–17,95, p=0,351). Επίσης, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ PCI πριν την TAVI και ταυτόχρονης PCI-TAVI ως προς την ενδονοσοκομειακή θνητότητα ή την επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου κατά τη νοσηλεία και την παρακολούθηση. Ωστόσο, η ταυτόχρονη PCI-TAVI παρουσίασε τάση αυξημένης επίπτωσης επιπλοκών, κυρίως οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και μείζονος αιμορραγίας. Δεν αναδείχθηκαν επίσης διαφορές στην επίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μεταξύ PCI πριν και PCI μετά την TAVI. Συμπεράσματα: Η PCI πριν την TAVI συσχετίστηκε με χαμηλότερη θνητότητα σε σύγκριση με την ταυτόχρονη PCI-TAVI, χωρίς αύξηση άλλων μείζονων κλινικών εκβάσεων. Η PCI μετά την TAVI εμφάνισε συγκρίσιμα αποτελέσματα με την PCI πριν την TAVI, χωρίς να τεκμηριώνεται σαφές πλεονέκτημα κάποιας ενιαίας στρατηγικής. Απαιτούνται περαιτέρω προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες για τον καθορισμό της βέλτιστης στρατηγικής χρονισμού της PCI.

Σύγκριση PCI πριν την TAVI και ταυτόχρονης PCI-TAVI



RR = 0,92 (95% ΔΕ: 0,86-0,99, p=0,028)

Σύγκριση PCI πριν την TAVI και PCI μετά την TAVI



HR=2,36 (95% ΔΕ: 0,91-6,13, p=0,077)

AA287|Advancements in Low-Profile and Expandable Sheath Technologies for Transcatheter Aortic Valve Implantation: Impact on Vascular Outcomes

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction and Aim: Vascular complications remain a primary driver of morbidity and mortality following Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). The iterative evolution of delivery systems toward low-profile designs and the development of expandable sheaths aim to mitigate iliofemoral trauma. This study aims to analytically synthesize recent data (2024–2026) regarding novel small-bore sheaths and their impact on procedural safety and patient selection, particularly in those with hostile vascular anatomy. Material and Methods: A systematic review was conducted focusing on recent clinical trials and registry data for cutting-edge systems, including the eSheath+ (Edwards Lifesciences), iVascular platforms, and the GORE DrySeal Flex. Key metrics analyzed included the Sheath-to-Femoral Artery Ratio (SFAR), rates of major vascular complications (per VARC-3 criteria), and the efficacy of extended-length sheaths (65 cm) in bypassing complex aortic segments. Results: Evidence from 2024 and 2025 highlights a paradigm shift toward "ultra-low-profile" and dynamic-diameter systems. Expandable sheaths, such as the eSheath+, allow for an initial insertion profile as low as 14-16 Fr, which expands transiently only during valve passage, significantly reducing the effective SFAR. Recent 2025 studies indicate that these technologies have lowered major vascular complication rates to below 5%, even in patients with minimal arterial diameters of <5.5 mm. Furthermore, the adoption of extended-length sheaths (65 cm) has proven effective in bypassing "hostile" aortic anatomies, such as severe circumferential calcification or extreme tortuosity, thereby reducing the risk of periprocedural stroke and aortic dissection. Additionally, balloon-

expandable sheath technology (e.g., SoloPath) continues to provide a safe alternative for large-bore access in previously "inaccessible" femoral routes, reducing the necessity for higher-risk alternative access sites (transapical or transcaval). Conclusions: The miniaturization of sheaths and the implementation of expandable technologies are central to the "democratization" of TAVI. Contemporary data suggest that low-profile systems make transfemoral access feasible and safe for the vast majority of patients, minimizing the need for invasive alternative routes and significantly improving overall clinical safety profiles.

AA288|Cangrelor-supported PCI: Insights from real-world practice

P. Varelas[1], K. Manousopoulos[1], K. Filippou[1], A. Zaragkas[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

AIMS Cangrelor is a fast-acting, reversible intravenous P2Y12 receptor antagonist that achieves immediate platelet inhibition during percutaneous coronary intervention (PCI). Although its clinical utility has been well documented in acute coronary syndromes (ACS), particularly when adequate oral P2Y12 inhibition is absent or delayed, data regarding its use in patients with chronic coronary syndromes (CCS) remain scarce. This is especially true for elective and ad-hoc PCI procedures, where evidence is limited. The present study evaluates the real-world application of cangrelor in both ACS and CCS patients undergoing PCI, focusing on procedural feasibility, safety, and short-term clinical outcomes. METHODS AND RESULTS We retrospectively collected data on consecutive patients who underwent PCI and received cangrelor between January and December 2025 at our catheterization laboratory. All patients received intravenous cangrelor during PCI, followed by transition to an oral P2Y12 inhibitor as part of dual antiplatelet therapy. Baseline demographics, cardiovascular risk factors, clinical presentation, target vessel(s), CTO-PCI, IABP use, and the oral P2Y12 inhibitor selected after cangrelor were recorded. Clinical endpoints included procedural success, in-hospital ischemic events (acute/subacute stent thrombosis), and safety outcomes, defined as the composite of major or life-threatening bleeding and hypersensitivity reactions. Results: A total of 261 patients were included (83% male; mean age 74.3 ± 1.8 years). The left anterior descending artery was the most frequently treated vessel (69.2%), followed by the right coronary artery (25.6%) and the left circumflex artery (5.2%). Smoking (68.9%) and diabetes mellitus (37.4%) were the most common cardiovascular risk factors. ACS was present in 14.1% of cases, while IABP support and femoral access were required in 2.9% and 5.8%, respectively. CTO-PCI accounted for 6.0% of procedures. Following cangrelor, patients were transitioned to ticagrelor (72.9%), clopidogrel (21.7%), or prasugrel (5.4%). Procedural success was achieved in all cases, including CTO-PCI, with no acute or subacute stent thrombosis. Four minor bleeding events (1.9%) occurred (three forearm hematomas and one scapular hematoma), with no life-threatening bleeding or hypersensitivity reactions. CONCLUSIONS In this single-center registry, intravenous cangrelor showed favorable procedural efficacy and an acceptable safety profile.

AA289|Anginal status and quality of life in ANOCA/MINOCA patients undergoing invasive coronary physiology assessment: 6-month follow-up from a prospective registry

S. Graidis[1], A. Papoutsoglou[1], G. Xygka[1], A. Moulias[1], A. Karanasos[1], G. Tsigkas[1], P.s Davlouros[1], M. Papafaklis[1]
[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division,

Introduction: Coronary microvascular dysfunction (CMD) has emerged as an important cause of angina/ischemia in the absence of obstructive coronary artery disease. The aim of this study is to present the 6-month follow-up on anginal status and quality of life measures among patients who underwent physiology assessment of the microcirculation for ANOCA or MINOCA. Methods: We prospectively studied patients who underwent invasive physiology assessment using the Coroflow Coroventis software and Pressure Wire X. Symptoms and quality of life were assessed at 6 months using the Seattle Angina Questionnaire (SAQ) and the EQ-5D-5L questionnaire. Differences in quality-of-life outcomes between baseline and 6 months were assessed using the Wilcoxon signed-rank test and McNemar test as appropriate. Results: A total of 20 patients were included in this analysis. Most of the patients were female (65%) with a mean age of 55 years, suffering frequently from hypertension (70%) and dyslipidemia (65%), and had increased body-mass-index (mean BMI 28.6 kg/m2; Table 1). In most cases (85%), the indication for the procedure was ANOCA/INOCA. Regarding the ANOCA/MINOCA endotypes, 5 (25%) had microvascular angina, 1 (5%) patient was diagnosed with epicardial vasospasm, 1 (5%) had both microvascular vasospasm and microvascular angina, and 13 (65%) did not have abnormal findings. Patients with abnormal CFR (<2.5) and/or IMR (>20) had a lower resistive reserve ratio (RRR: 3.25±0.99 vs 7.4±2.84, p<0.001) and a higher mean transit time at hyperemia (0.38±0.14 vs 0.18±0.05, p=0.015) compared to patients with normal CFR and IMR. During follow-up, a numerical increase in the use of ACEi/ARBs and CCBs was noted. At six months, there was (1) a significant improvement in the CCS angina scale (p=0.006), (2) a significant improvement in four domains of the SAQ questionnaire, with treatment satisfaction barely missing statistical significance, and (3) a

significant improvement in both the EQ-5D-5L index and the EQ-VAS at 6 months (Table 2). Conclusion: Conducting an invasive physiology study in patients with ANOCA/MINOCA to assess for CMD, followed by a tailored medical approach and close follow-up, led to significant improvements in anginal status and quality of life early at follow-up.

Table 1. Baseline characteristics

Characteristic	Total N = 20	Abnormal CFR and/or IMR, N = 6	Normal CFR and IMR, N = 14	p-value
Male, n (%)	7 (35%)	2 (33%)	5 (36%)	>0.9
Age, mean (SD)	55 (9)	59 (8)	54 (10)	0.2
BMI, mean (SD)	28.6 (6.5)	30.8 (3.3)	27.6 (7.4)	0.2
Hypertension, n (%)	14 (70%)	6 (100%)	8 (57%)	0.2
Dyslipidemia, n (%)	13 (65%)	5 (83%)	8 (57%)	0.5
CFR, mean (SD)	5.03 (2.77)	2.62 (1.15)	6.06 (2.63)	**<0.001**
IMR, mean (SD)	17 (11)	29 (14)	12 (3)	**0.032**
RRR, mean (SD)	6.16 (3.10)	3.25 (0.99)	7.40 (2.84)	**<0.001**
FFR, mean (SD)	0.91 (0.04)	0.93 (0.04)	0.90 (0.04)	0.2
Mean transit time baseline, mean (SD)	1.06 (0.51)	1.00 (0.59)	1.08 (0.49)	0.8
Mean transit time hyperemia, mean (SD)	0.24 (0.12)	0.38 (0.14)	0.18 (0.05)	**0.015**

Table 2. Symptoms and Quality of Life measures

Characteristic	Baseline N = 20	6-months N=20	p-value
NYHA			0.299
Class I	13 (65%)	16 (80%)	
Class II or III	7 (35%)	4 (20%)	
CCS			**0.006**
Class I	8 (40%)	16 (80%)	
Class II or III	12 (60%)	4 (20%)	
Seattle Angina Questionnaire			
Physical limitation	62 (29)	91 (15)	**<0.005**
Angina stability	48 (35)	84 (24)	**0.002**
Angina frequency	75 (20)	94 (11)	**0.002**
Treatment satisfaction	80 (18)	89 (10)	0.053
Quality of Life	43 (18)	80 (19)	**<0.005**
EQ-5D-5L Questionnaire			
EQ-5D Index	0.83(0.14)	0.95(0.07)	**0.002**
EQ VAS	69 (14)	80 (13)	**<0.005**

Seattle Angina Questionnaire domains are scaled from 0 to 100, with 0 denoting the worst possible status and 100 denoting the best possible status.
EQ-5D index is scaled from 0 to 1 with 0 denoting the worst possible status and 1 denoting the best possible status.
EQ Visual-Analogue-Scale (VAS) is scaled from 0 to 100, with 0 denoting the worst possible status and 100 denoting the best possible status.

AA290|Σύγκριση αριστερής-δεξιάς και κλασσικής-άπω κερκιδικής πρόσβασης: μια ανάλυση δεδομένων ακτινοβολίας από το VARegistry

S. Graidis[1], E. Kapsali[1], N. Kasotakis[1], A. Gerakaris[1], P. Kaouris[1], A. Mavromati[1], C. Koutsogiannis-Korkontzelos[2], M. Leonida[2], T. Paizis[2], M. Tountopoulou[2], A. Moulias[1], A. Karanasos[1],M.Papafaklis[1], P. Davlouros[1], G. Tsigkas[1]

[1]University Hospital of Patras, Cardiology Division, *[2]University of Patras, Medical School*

Εισαγωγή: Αν και η κερκιδική προσπέλαση (TRA) αποτελεί την πρώτη εκλογή για τις στεφανιαίες επεμβάσεις, η άπω κερκιδική προσπέλαση (DRA) κερδίζει συνεχώς έδαφος. Ωστόσο, δεν έχει ακόμη πλήρως τεκμηριωθεί εάν υπερτερεί η αριστερή έναντι της δεξιάς προσπέλασης και η TRA έναντι της DRA. Σκοπός είναι η σύγκριση της αριστερής έναντι της δεξιάς προσπέλασης, και της TRA έναντι της DRA. Υλικά και μέθοδος: Το VARegistry αποτελεί ένα προοπτικό registry των στεφανιαίων επεμβάσεων ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο είναι η επιτυχής εισαγωγή θηκαριού, ενώ τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλαμβάνουν τον χρόνο εισαγωγής θηκαριού και δείκτες ακτινοβολίας.Αποτελέσματα: Συνολικά, 1314 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν. Όσον αφορά την υποανάλυση της αριστερής έναντι της δεξιάς προσπέλασης, η αριστερή προσπέλαση συσχετίστηκε με μεγαλύτερο ολικό όγκο σκιαγραφικού (179±94ml έναντι 115±111ml, p=0.005). Ο συνολικός χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν μεγαλύτερος στην ομάδα της αριστερής προσπέλασης (1006±1256sec έναντι 391±576sec, p=0.032). Επιπλέον, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της αριστερής και της δεξιάς προσπέλασης όσον αφορά το συνολικό DAP και το συνολικό Air Kerma. Αντιθέτως, η αριστερή προσπέλαση συσχετίστηκε με μικρότερο DAP (19804±20921mGycm² έναντι 39590±28213mGycm², p<0.001) και χαμηλότερο Air Kerma κατά τη στεφανιογραφία (237±224mGy έναντι 427±284mGy, p<0.001). Τα ανωτέρω πιθανώς εξηγούνται από το σημαντικά υψηλότερο ποσοστό διενέργειας PCI καθώς και από τη μεγαλύτερη βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου στην ομάδα αυτή. Ωστόσο, τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Όσον αφορά την υποανάλυση της TRA έναντι DRA, η DRA υπερείχε ως προς τον όγκο σκιαγραφικού τόσο τον ολικό (106±103ml έναντι 121±116ml, p=0.014), όσο και κατά τη στεφανιογραφία (72±88ml έναντι 83±100ml, p=0.04). Επιπλέον, η DRA κατά την στεφανιογραφία παρουσίασε μικρότερο χρόνο ακτινοσκόπησης (191±182sec έναντι 219±200 sec, p=0.008), χαμηλότερο DAP (36436±27077mGycm² έναντι 40976±28760mGycm², p=0.004) και χαμηλότερο Air Kerma (389±247mGy έναντι 444±303mGy, p<0.001).Συμπεράσματα: Η αριστερή προσπέλαση φαίνεται να υπερέχει της δεξιάς όσον αφορά την έκθεση σε ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της στεφανιογραφίας. Ωστόσο, η δεξιά προσπέλαση υπερείχε στους ολικούς επεμβατικούς δείκτες ακτινοβολίας, εύρημα που πιθανώς οφείλεται στο σημαντικά υψηλότερο ποσοστό διενέργειας PCI και στη μεγαλύτερη βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου στην ομάδα της αριστερής προσπέλασης. Επιπλέον, η DRA υπερείχε της TRA όσον αφορά την έκθεση σε ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της στεφανιογραφίας.

Characteristic	Right access, N = 1,291	Left access, N = 22	p-value[1]	TRA, N = 921	DRA, N = 402	p-value[1]
Ultrasound, n (%)			<0.001			<0.001
No	1,039 (80%)	4 (18%)		745 (81%)	298 (61%)	
Yes	145 (11%)	18 (82%)		46 (5.6%)	117 (24%)	
Bailout	85 (6.5%)	0 (0%)		29 (3.5%)	60 (12%)	
Per protocol	18 (1.4%)	0 (0%)		1 (0.1%)	17 (3.5%)	
Successful insertion of the sheath, n (%)	1,219 (94%)	21 (95%)	>0.9	801 (98%)	439 (89%)	<0.001
Number of skin punctures at the initial access site, Mean (SD)	2.00 (1.91)	1.91 (1.34)	0.8	1.66 (1.21)	2.53 (2.59)	<0.001
Duration of sheath insertion procedure total time (sec), Mean (SD)	164 (191)	206 (203)	0.3	125 (153)	231 (227)	<0.001
Number of coronary vessels diseased, n (%)			0.032			0.4
No vessel	490 (40%)	1 (5.0%)		315 (40%)	175 (37%)	
One vessel	355 (29%)	8 (40%)		221 (28%)	142 (30%)	
Two vessels	208 (17%)	3 (15%)		134 (17%)	77 (16%)	
Three vessels	187 (15%)	8 (40%)		113 (14%)	82 (17%)	
PCI, n (%)	371 (29%)	15 (68%)	<0.001	240 (29%)	146 (30%)	>0.9
Contrast (total), Mean (SD)	115 (111)	179 (94)	0.035	121 (116)	103 (103)	0.014
Contrast volume (CA), Mean (SD)	79 (96)	75 (78)	0.8	83 (100)	72 (88)	0.040
Fluoroscopy time (total), Mean (SD)	391 (575)	1,006 (1,256)	0.032	391 (428)	413 (805)	0.5
Fluoroscopy time (CA), Mean (SD)	209 (194)	187 (220)	0.6	219 (200)	191 (182)	0.008
DAP (total), Mean (SD)	62,809 (66,564)	94,482 (86,324)	0.12	65,731 (73,980)	59,331 (53,450)	0.072
DAP (CA), Mean (SD)	39,560 (28,213)	19,804 (20,921)	<0.001	40,976 (28,760)	36,433 (27,377)	0.004
Air Kerma (total), Mean (SD)	1,241 (833)	1,479 (1,518)	0.6	1,280 (827)	1,202 (901)	0.4
Air Kerma (CA), Mean (SD)	427 (284)	237 (254)	<0.001	444 (303)	383 (247)	<0.001
Total Procedure time (sec), Mean (SD)	1,420 (1,200)	3,267 (3,122)	0.012	1,425 (1,200)	1,512 (1,424)	0.3
Coronary angiography duration (sec), Mean (SD)	902 (571)	1,362 (1,101)	0.035	903 (579)	913 (591)	0.7
Successful completion of angiography, n (%)	1,232 (100%)	20 (100%)	>0.9	785 (100%)	467 (100%)	0.5
Procedural complications, n (%)	8 (0.6%)	0 (0%)	>0.9	7 (0.9%)	1 (0.2%)	0.3
Hemostasis time, n (%)			0.031			<0.001
0-1h	314 (27%)	3 (27%)		40 (5.7%)	277 (68%)	
1-2h	584 (51%)	4 (36%)		465 (66%)	123 (27%)	
2-3h	153 (13%)	1 (9.1%)		129 (17%)	34 (7.4%)	
3-5h	72 (6.3%)	3 (27%)		58 (8.3%)	17 (3.7%)	
>5h	27 (2.3%)	0 (0%)		20 (2.8%)	7 (1.5%)	
Post procedural symptoms, n (%)			0.9			0.004
No	683 (76%)	10 (83%)		423 (81%)	270 (71%)	
Numbness	158 (18%)	2 (17%)		73 (14%)	87 (23%)	
Pain	35 (3.9%)	0 (0%)		20 (3.8%)	15 (3.9%)	
Numbness and pain	17 (1.9%)	0 (0%)		8 (1.5%)	9 (2.4%)	
Postprocedural pulse, n (%)			0.5			0.092
No palpable pulse	31 (3.0%)	1 (14%)		14 (2.2%)	18 (4.3%)	
Palpable pulse	1,007 (97%)	6 (86%)		610 (98%)	403 (96%)	

[1] Pearson's Chi-squared test; Welch Two Sample t-test

ΑΑ291|Ενδοστεφανιαία απεικόνιση και λειτουργική αξιολόγηση (IVUS/OCT/pressure wire): η «PCI ακριβείας» και ο εξελισσόμενος ρόλος του νοσηλευτή.

Ν. Βεσκούκης[1], Α. Γκότση[1], Α. Βέρα[1], Π. Νταβλούρος[2]

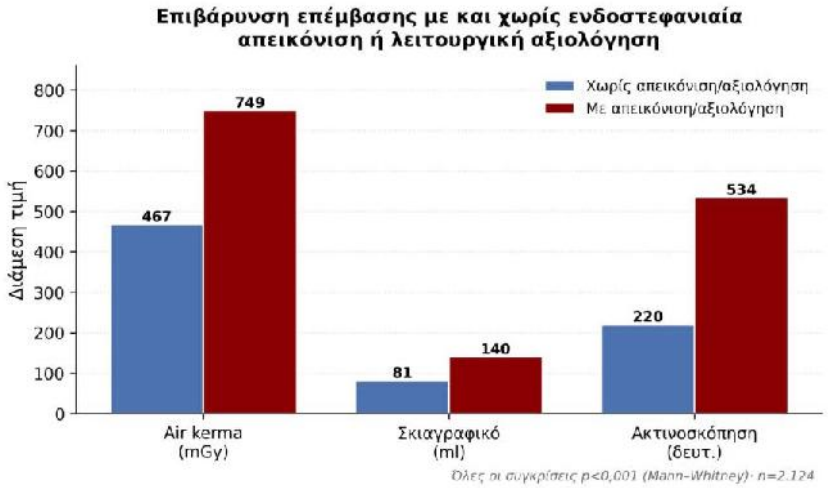
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)

Εισαγωγή: Η σύγχρονη επεμβατική καρδιολογία έχει υπερβεί τα όρια της αποκλειστικά οπτικής εκτίμησης της στεφανιαίας νόσου. Η ενδοστεφανιαία απεικόνιση (IVUS, OCT) και η λειτουργική αξιολόγηση (σύρμα πίεσης) επιτρέπουν τη λήψη αποφάσεων υψηλής ακριβείας. Ταυτόχρονα, μεταβάλλουν τη ροή εργασίας στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, απαιτώντας νέες δεξιότητες και αυξημένη ετοιμότητα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτίμηση της συχνότητας εφαρμογής αυτών των προηγμένων τεχνικών σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο, η κατανομή τους ανά ομάδα ασθενών, καθώς και η διερεύνηση της επίδρασής τους στη διάρκεια και την πολυπλοκότητα της επέμβασης. Υλικό & Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναδρομική ανάλυση 2.124 ασθενών (1.921 στεφανιογραφίες, 613 αγγειοπλαστικές) κατά την περίοδο Ιανουαρίου 2024 – Ιουνίου 2026. Κατεγράφη η χρήση IVUS, OCT και σύρματος πίεσης, καθώς και παράμετροι έκθεσης (χρόνος ακτινοσκόπησης, δόση ακτινοβολίας air kerma) και ποσότητα σκιαγραφικού. Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία Mann–Whitney και τον υπολογισμό διαστημάτων εμπιστοσύνης Wilson. Αποτελέσματα: Ενδοστεφανιαία απεικόνιση ή λειτουργική αξιολόγηση εφαρμόστηκε σε 297 ασθενείς (14,0%): σύρμα πίεσης σε 179, IVUS σε 84 και OCT σε 41. Στο υποσύνολο των αγγειοπλαστικών, το 20,2% καθοδηγήθηκε από ενδοαγγειακή απεικόνιση. Αξιοσημείωτο κλινικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το 72% των ελέγχων με σύρμα πίεσης αφορούσε ασθενείς που τελικά δεν υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, επιβεβαιώνοντας την αποτροπή μη αναγκαίων παρεμβάσεων. Οι επεμβάσεις που περιλάμβαναν απεικόνιση ή φυσιολογία παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο βαθμό πολυπλοκότητας: διάμεση δόση air kerma 749 έναντι 467 mGy, όγκος σκιαγραφικού 140 έναντι 81 ml και χρόνος ακτινοσκόπησης 534 έναντι 220 δευτερολέπτων (όλα p<0,001). Συμπεράσματα: Το εργαστήριο ενσωματώνει συστηματικά τη στρατηγική της επεμβατικής ακριβείας. Η συχνή χρήση της λειτουργικής αξιολόγησης λειτουργεί ως δικλείδα ασφαλείας για την αποφυγή περιττών αγγειοπλαστικών επεμβάσεων. Λόγω της αυξημένης διάρκειας και των τεχνικών απαιτήσεων αυτών των διαδικασιών, οι νοσηλευτικές ανάγκες τροποποιούνται άμεσα. Νοσηλευτική σημασία & Προτάσεις: Προκύπτει σαφής ανάγκη για δομημένη εκπαίδευση και εξειδίκευση των νοσηλευτών στον χειρισμό των συστημάτων απεικόνισης και φυσιολογίας. Απαιτείται αναπροσαρμογή του επιχειρησιακού νοσηλευτικού προγραμματισμού λόγω της παρατεταμένης διάρκειας των επεμβάσεων, καθώς και ενισχυμένη επαγρύπνηση ακτινοπροστασίας για τους ασθενείς και το προσωπικό. Τέλος, η λειτουργική αξιολόγηση δύναται να αξιοποιηθεί ως δείκτης ορθής κλινικής πρακτικής κατά την ενημέρωση του ασθενούς.

Πίνακας 1. Ενδοστεφανιαία απεικόνιση και λειτουργική αξιολόγηση (n=2.124)

Παράμετρος	Τιμή
Οποιαδήποτε απεικόνιση ή αξιολόγηση	297 (14,0%)
Σύρμα πίεσης	179
Ενδοαγγειακή υπερηχογραφία (IVUS)	84
Οπτική τομογραφία συνοχής (OCT)	41
Καθοδήγηση απεικόνισης στις αγγειοπλαστικές	20,2%
Σύρμα πίεσης χωρίς επακόλουθη επέμβαση	72%
Air kerma — με έναντι χωρίς (mGy)	749 έναντι 467
Σκιαγραφικό — με έναντι χωρίς (ml)	140 έναντι 81

Όλες οι συγκρίσεις επιβάρυνσης: p<0,001 (Mann–Whitney).



ΑΑ292|Χρονική εξέλιξη των κλινικών συμβαμάτων μετά από αγγειοπλαστική σε στεφανιαίους ασθενείς με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη

Ν. Κτενόπουλος[1], Α. Αποστολός[1], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Π. Βλαχάκης[2], Ι. Καχριμανίδης[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Ν. Τσιάμης[3], Σ. Τσαλαμανδρής[4], Μ. Δρακοπούλου[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ Τσιούφης[2], Κ. Τούτουζας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός :Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) συνδέεται με διάχυτη και σύνθετη στεφανιαία νόσο και δυσμενέστερη πρόγνωση μετά από διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών(PCI). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της χρονικής εξέλιξης των κλινικών συμβαμάτων μεταξύ στεφανιαίων ασθενών με και χωρίς ΣΔ. Υλικό και μέθοδος: Αναλύθηκαν 200 στεφανιαίοι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε PCI, 100 με ΣΔ και 100 χωρίς ΣΔ. Τα κλινικά συμβάματα αξιολογήθηκαν ξεχωριστά ενδονοσοκομειακά, στις 30 ημέρες, στους 6 μήνες και στο 1 έτος. Οι κατηγορικές μεταβλητές συγκρίθηκαν με Fisher exact test. Υπολογίσθηκαν odds ratios (OR) και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (CI). Πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση για MACE(θάνατος από κάθε αιτία, εγκεφαλικό, έμφραγμα μυοκαρδίου, TLR/TVR και ανάγκη νοσηλείας) με προσαρμογή για ηλικία, φύλο, χρόνια νεφρική νόσο και SYNTAX score. Αποτελέσματα: Τα ενδονοσοκομειακά MACE ήταν 17% στους ασθενείς με ΣΔ έναντι 11% χωρίς ΣΔ (OR 1,66, 95%,CI 0,73-3,74, p=0,308). Στις 30 ημέρες τα ποσοστά ήταν πανομοιότυπα (21% έναντι 21%, OR 1,00, p=1,000). Στους 6 μήνες παρατηρήθηκε αριθμητική αύξηση του MACE στον ΣΔ (39% έναντι 28%, OR 1,64, 95%,CI 0,91-2,98, p=0,134), η οποία κατέστη στατιστικά σημαντική στο 1 έτος (54% έναντι 34%, OR 2,28, 95%,CI 1,29-4,03, p=0,007). Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, ο ΣΔ δεν συσχετίσθηκε ανεξάρτητα με MACE ενδονοσοκομειακά ή στις 30 ημέρες, εμφάνισε οριακή συσχέτιση στους 6 μήνες (aOR 1,96, 95%,CI 0,99-3,88, p=0,053) και ανεξάρτητη συσχέτιση στο 1 έτος (aOR 2,85, 95%,CI 1,46-5,55, p=0,002). Συμπεράσματα :Η δυσμενής επίδραση του ΣΔ μετά από PCI φαίνεται να αναδύεται προοδευτικά κατά την παρακολούθηση των ασθενών αυτών, και να γίνεται σαφής στο 1 έτος. Τα ευρήματα υποστηρίζουν τη σημασία της εντατικής δευτερογενούς πρόληψης και της στενής μακροχρόνιας παρακολούθησης των διαβητικών ασθενών με στεφανιαία νόσο.

ΑΑ293|Σύγκριση αγγειογραφικών, επεμβατικών και κλινικών χαρακτηριστικών μετά από αγγειοπλαστική σε στεφανιαίους ασθενείς με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη

Ν. Κτενόπουλος[1], Α. Αποστολός[1], Θ. Θεοδωροπούλου[1], Π. Βλαχάκης[2], Ι. Καχριμανίδης[1], Λ. Κολιαστάσης[1], Ν. Τσιάμης[3], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Μ.Δρακοπούλου[1], Α. Συνετός[1], Γ. Λάτσιος[1], Κ Τσιούφης[2], Κ. Τούτουζας[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α., [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

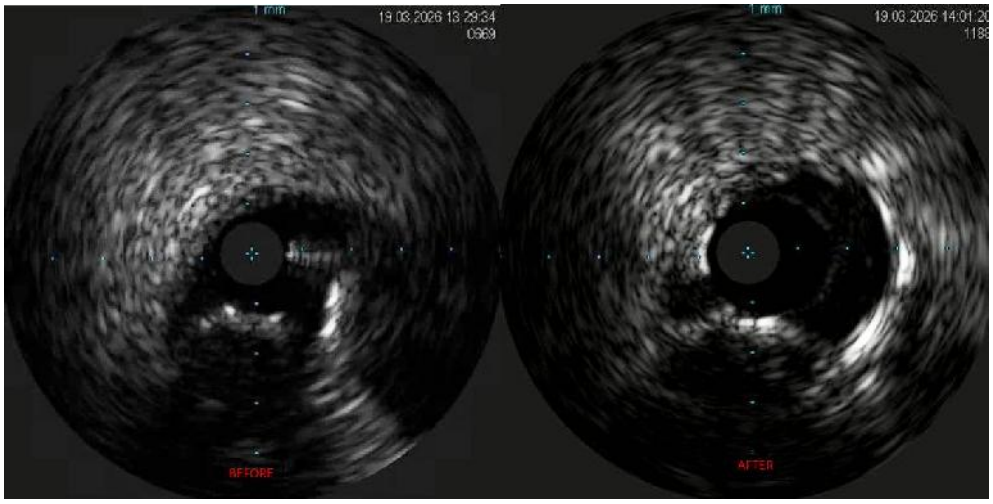
Εισαγωγή/Σκοπός: Η στεφανιαία νόσος σε διαβητικούς ασθενείς χαρακτηρίζεται από πολυαγγειακή προσβολή, ασβέστωση και νόσο μικρών αγγείων, παράγοντες που αυξάνουν την τεχνική πολυπλοκότητα της διαδερμικής αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αρτηριών(PCI). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση των ανατομικών και

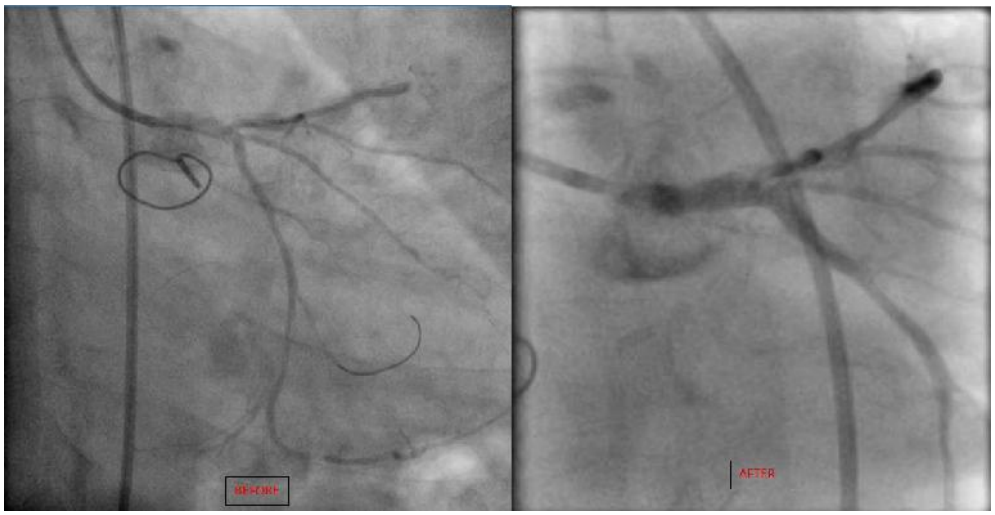
επεμβατικών χαρακτηριστικών και η αποτύπωση των επιμέρους κλινικών συμβαμάτων σε τέσσερα χρονικά σημεία. Υλικό και μέθοδος: Συγκρίθηκαν 100 στεφανιαίοι ασθενείς με ΣΔ και 100 χωρίς ΣΔ που υποβλήθηκαν σε PCI. Οι συνεχείς μεταβλητές αναλύθηκαν με Welch t-test και οι κατηγορικές με Fisher exact test. Καταγράφηκαν ο θάνατος από όλες τις αιτίες, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το έμφραγμα μυοκαρδίου, η επαναγγείωση βλάβης-στόχου, η επαναστένωση, η θρόμβωση του stent, η νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια, τα MACE(θάνατος από κάθε αιτία, εγκεφαλικό, έμφραγμα μυοκαρδίου, TLR/TVR και ανάγκη νοσηλείας) και οι αιμορραγίες ενδονοσοκομειακά, στις 30 ημέρες, στους 6 μήνες και στο 1 έτος. Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με ΣΔ είχαν υψηλότερο SYNTAX score (26,2±6,0 έναντι 21,0±5,6, p<0,001), συχνότερη πολυαγγειακή νόσο (64% έναντι 48%, p=0,032), ασβέστωση (51% έναντι 30%, p=0,004), νόσο μικρών αγγείων (48% έναντι 23%, p<0,001) και χρόνια ολική απόφραξη (15% έναντι 4%, p=0,014). Χρησιμοποιήθηκαν περισσότερα stents (1,84±0,56 έναντι 1,56±0,64, p=0,001), μεγαλύτερο συνολικό μήκος stent (53,4±14,5 έναντι 45,1±15,7mm, p<0,001) και συχνότερα ενδαγγειακός υπέρηχος-IVUS (57% έναντι 38%, p=0,011). Δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές στα επιμέρους ισχαιμικά συμβάματα στα πρώιμα χρονικά σημεία. Στο 1 έτος παρατηρήθηκαν αριθμητικά περισσότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (6% έναντι 1%, p=0,118), επαναγγειώσεις βλάβης-στόχου (9% έναντι 4%, p=0,251) και ελάσσονες αιμορραγίες (12% έναντι 4%, OR 3,27, 95% ΔΕ 1,02-10,52, p=0,065), χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές με Fisher exact test. Συμπεράσματα: Ο ΣΔ συνδέθηκε με σαφώς μεγαλύτερη ανατομική και επεμβατική πολυπλοκότητα. Η απουσία σημαντικών διαφορών στα μεμονωμένα κλινικά συμβάματα, παρά την αύξηση των συνολικών MACE στο 1 έτος, υποδηλώνει την πολυπαραγοντική συσσώρευση κινδύνου και ενισχύει την ανάγκη για βελτιστοποίηση των PCI καθοδηγούμενη από απεικόνιση και ολοκληρωμένη καρδιομεταβολική πρόληψη.

AA294|Προστατευόμενο στέλεχος δεν σημαίνει ασφαλές στέλεχος: αντιμετώπιση NSTEMI με σταδιοποιημένη IVUS-guided αγγειοπλαστική και orbital atherectomy

K. K. Tziallas[1], P. Bounas[1], V. Gogolas[1], E.E. Koufou[1], A. Theodoropoulos[1], A. Dagre[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε ασθενείς με νόσο στελέχους αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της επεμβατικής καρδιολογίας. Η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής επαναιμάτωσης και η αξιοποίηση σύγχρονων τεχνικών τροποποίησης της βλάβης είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία της παρέμβασης. Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 60 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και ιστορικό χειρουργηθείσας στεφανιαίας νόσου στελέχους με τοποθέτηση αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας (LIMA) στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και αγγειοπλαστική προ 4 μηνών στην κατάφυση της LIMA λόγω NSTEMI με παράλληλη εικόνα προόδου της αθηρωματικής νόσου προς το στέλεχος, εισήχθη λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου με ανάσπαση του διαστήματος ST στις απαγωγές aVR και V1. Η στεφανιογραφία ανέδειξε υφολική απόφραξη του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, πλήρη απόφραξη της περισπωμένης, με διατηρημένη βατότητα της LIMA προς τον πρόσθιο κατιόντα. Αρχικά πραγματοποιήθηκε επείγουσα αγγειοπλαστική διάσωσης με μπαλόνι λόγω αιμοδυναμικής επιβάρυνσης της ασθενούς, επιτυγχάνοντας αποκατάσταση της ροής σε περισπωμένη αρτηρία και ήπια βελτίωση της βλάβης του στελέχους με επιτυχή κλινική σταθεροποίηση της. Μετά από λίγες ημέρες ακολούθησε προγραμματισμένη αποκατάσταση της βλάβης στο προστατευμένο στέλεχος και την περισπωμένη. Η ενδοστεφανιαία υπερηχογραφία (IVUS) ανέδειξε εκτεταμένη, κυκλοτερή ασβέστωση του στελέχους σε όλο το μήκος του (με ελάχιστη επιφάνεια αυλού MLA=3.3mm2) και της έκφυσης της περισπωμένης. Πραγματοποιήθηκε τροποποίηση της βλάβης με χρήση orbital atherectomy και στη συνέχεια εμφύτευση stent από το στέλεχος προς την περισπωμένη, με πολύ καλό τελικό αγγειογραφικό αποτελέσμα, το οποίο επιβεβαιώθηκε και με IVUS που ανέδειξε MLA=10.5mm2 στο στέλεχος. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς να εμφανίσει επιπλοκές, και εξήλθε με οδηγίες βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής. Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει την προστιθέμενη αξία της ενδοστεφανιαίας απεικόνισης στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και στη βελτιστοποίηση σύνθετων επεμβάσεων. Επιπρόσθετα, αναδεικνύει την ταχεία αρνητική αναδιαμόρφωση που προκαλείται στα γηγενή στεφανιαία αγγεία μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη, που στην προκειμένη περίπτωση οδήγησε την ασθενή σε νέο οξύ στεφανιαίο συμβάν. Η επιλογή σταδιακής επαναιμάτωσης λόγω της αιμοδυναμικής αστάθειας της ασθενούς, σε συνδυασμό με τροποποίηση της ασβεστωμένης πλάκας και IVUS-guided εμφύτευση stent, συνέβαλε στην επίτευξη άριστου επεμβατικού αποτελέσματος και ευνοϊκής κλινικής έκβασης.





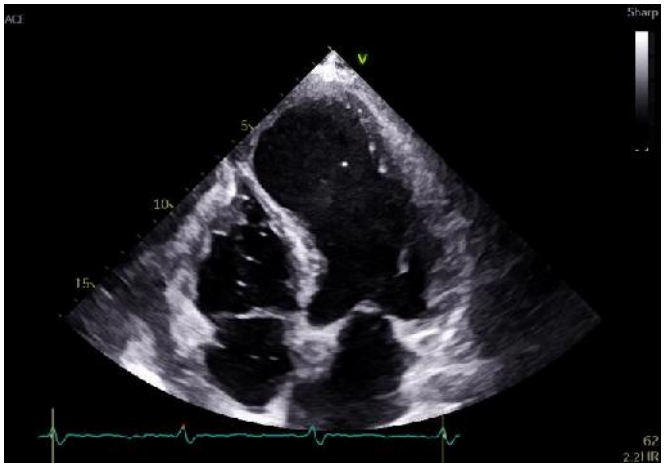
AA295|A Rare Case of Left Ventricular Apical Pseudoaneurysm Following Silent Myocardial Infarction in an Elderly Frail Patient

A. Kyvetos[1], P. Gounopoulos[1], K. Alexopoulou[1], A. Detsika[1], A. Trikas[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction Left ventricular pseudoaneurysm is an uncommon but life-threatening mechanical complication of myocardial infarction resulting from a contained left ventricular free wall rupture. Prompt recognition is crucial because of the substantial risk of complete rupture and sudden cardiac death. Case Presentation An 88-year-old man with a history of hypertension and dyslipidemia presented to the emergency department with progressive dyspnea and orthopnea. He reported an episode of severe chest pain approximately 14 days before admission but did not seek medical attention. Laboratory evaluation revealed markedly elevated NT-proBNP (10,000 pg/mL) and high-sensitivity cardiac troponin (74 ng/L). Electrocardiography demonstrated poor R-wave progression in the anterior precordial leads, suggestive of a previous anterior myocardial infarction. Transthoracic echocardiography showed a dilated left ventricle with severely impaired systolic function. A large apical pseudoaneurysm with contained left ventricular free wall rupture was identified. Contrast-enhanced echocardiography using SonoVue provided excellent delineation of the pseudoaneurysm cavity and confirmed its communication with the left ventricular chamber. Computed tomography angiography of the thorax confirmed the diagnosis and the extent of the contained rupture. Coronary angiography revealed chronic total occlusion of the left anterior descending artery, a 70% stenosis of the right coronary artery, and a 60% distal stenosis of the left circumflex artery. The patient was initiated on guideline-directed medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction and underwent multidisciplinary Heart Team evaluation. Given his advanced age and significant frailty, surgical repair was considered to carry prohibitive operative risk. Therefore, conservative management with optimal medical therapy was selected. At both the 3-month and 6-month follow-up visits, the patient remained clinically stable without evidence of heart failure decompensation or other major cardiovascular events.

Conclusion Left ventricular pseudoaneurysm is a rare but devastating delayed mechanical complication of myocardial infarction. This case emphasizes the importance of maintaining a high index of suspicion in elderly patients presenting with acute heart failure following an unrecognized myocardial infarction. Multimodality imaging, including contrast echocardiography and computed tomography, plays a pivotal role in establishing the diagnosis and guiding management. Although surgical repair remains the standard treatment for most patients, conservative management may represent a reasonable individualized approach in





AA296|Κλινικές ενδείξεις διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης σε ασθενείς με χρόνια στεφανιαία νόσο και συνυπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο: η κυριαρχία των οξέων συμβάντων.

Γ. Κιόσης[1], Κ. Σκουρτσίδης[1], Ι. Ογρότης[2], Α. Κεραμάς[1], Χ. Κακδέρης[1], Σ. Δάιος[1], Α. Μπαρμπαγιάννος[1], Λ. Γιόγιακα[1], Κ. Θεοδωρόπουλος[1], Α. Κουπαράνης[1], Β. Καμπερίδης[1], Α. Ζιάκας[1], Σ. Λιονάκη[2], Θ. Καραμήτσος[3], Μ. Διδάγγελος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Μονάδα Κλινικής και Επεμβατικής Νεφρολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) αποτελεί ανεξάρτητο επιταχυντή της αθηρωμάτωσης σε ασθενείς με Χρόνια Στεφανιαία Νόσο (ΧΣΝ), προάγοντας τη χρόνια ουραιμική φλεγμονή και την εκτεταμένη ασβέστωση των αγγείων. Λόγω της αυξημένης ευθραυστότητας των αθηρωματικών πλακών, η κλινική έκφραση της νόσου τροποποιείται ριζικά. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των ενδείξεων διενέργειας Διαδερμικής Στεφανιαίας Παρέμβασης (ΔΣΠ) σε σχέση με το στάδιο της ΧΝΝ.Υλικό & Μέθοδος: Αναλύθηκαν αναδρομικά τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα 49 επιλεγμένων ασθενών με διαγνωσμένη ΧΣΝ και συνυπάρχουσα ΧΝΝ (Στάδια 3a έως 5) οι

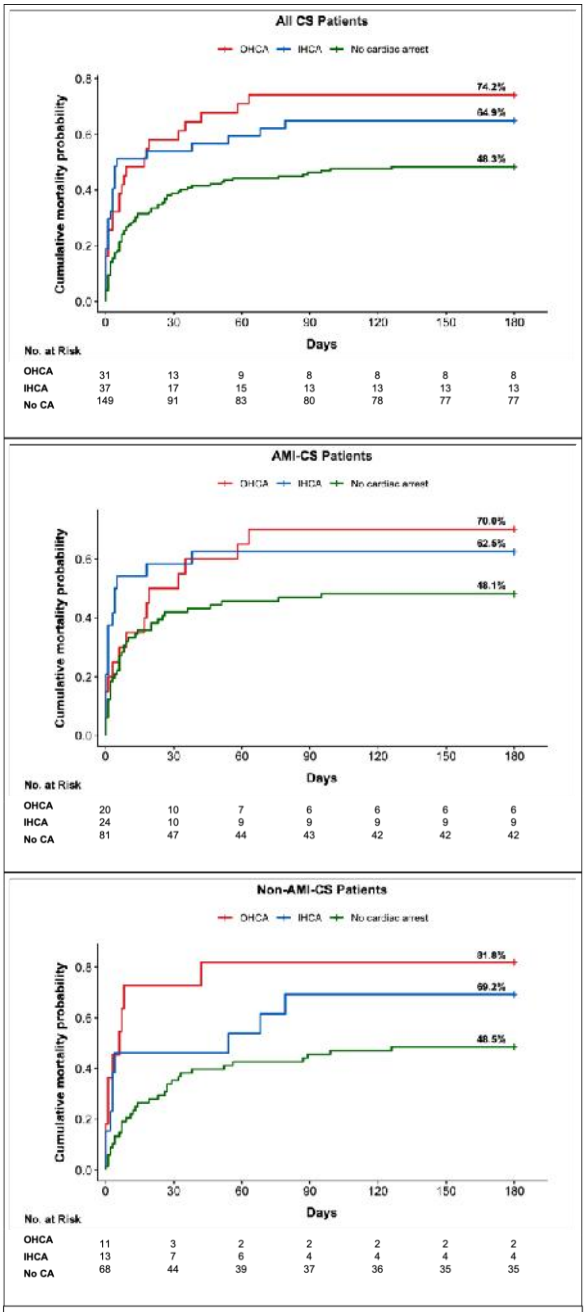
οποίοι είχαν υποβληθεί σε ΔΣΠ. Καταγράφηκαν λεπτομερώς οι ενδείξεις επαναιμάτωσης, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) και τα στάδια της ΧΝΝ. Αποτελέσματα: Η πλειονότητα του πληθυσμού παρουσίαζε προχωρημένη νεφρική δυσλειτουργία, με το 57,1% (28 ασθενείς) να βρίσκεται σε Στάδιο 5 (τελικό στάδιο/υπό κάθαρση) και το 6,1% (3 ασθενείς) σε Στάδιο 4. Το υπόλοιπο 36,8% κατανεμήθηκε ισομερώς μεταξύ των Σταδίων 3b (18,4%, n=9) και 3a (18,4%, n=9). Αναφορικά με την ένδειξη της ΔΣΠ, καταγράφηκε συντριπτική επικράτηση των οξέων συμβάντων: 39 ασθενείς (79,6%) οδηγήθηκαν στο αιμοδυναμικό εργαστήριο λόγω ΟΣΣ, μόλις 8 (16,3%) λόγω ΧΣΝ, ενώ 2 (4,1%) παρουσίαζαν μικτό ιστορικό. Η υπεροχή του ΟΣΣ παρέμεινε καθολική σε όλα τα στάδια νεφρικής νόσου. Συμπεράσματα: Σχεδόν το 80% των νεφροπαθών ασθενών οδηγείται σε ΔΣΠ επειγόντως λόγω ΟΣΣ. Η δυσαναλογία αυτή υποστηρίζεται στατιστικά από το γεγονός ότι το 63,2% του δείγματος βρίσκεται σε προχωρημένη ΧΝΝ (Στάδια 4-5), όπου η συσσώρευση ουραιμικών τοξινών προκαλεί ουραιμική αυτόνομη νευροπάθεια. Η νευροπάθεια αυτή οδηγεί σε «σιωπηλή» ισχαιμία, με αποτέλεσμα η σταθερή νόσος να υποδιαγιγνώσκεται λόγω απουσίας στηθάγχης και να εκδηλώνεται αιφνίδια ως έμφραγμα. Παράλληλα, το ουραιμικό περιβάλλον προάγει τη δημιουργία εξαιρετικά ασταθών πλακών με τάση για ρήξη, ενώ η δικαιολογημένη επιφυλακτικότητα των κλινικών για προγραμματισμένες παρεμβάσεις υπό τον φόβο της νεφροπάθειας από σκιαγραφικά περιορίζει την ΔΣΠ κυρίως στην επείγουσα φάση.

AA297|Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή και Θνητότητα σε Ασθενείς με Καρδιογενή Καταπληξία

Β.Μ. Δραγώνα[1], Γ. Καραμάσης[1], Χ. Σταθακοπούλου[1], Ε. Πολυζωγοπούλου[2], Χ. Βαρλάμος[1], Ι. Ξενογιάννης[1], Φ. Φραντζεσκάκη[3], Χ. Καπέλιος[1], Σ. Μπεζάτη[2], Β. Μπιστόλα[4], Δ. Παυλόπουλος[5], Α. Κουρλιούρος[5], Λ. Ραλλίδης[1], Δ. Αγγουράς[5], Η. Τσαγκάρης[1], Ι. Παρίσης[2], Γ. Φιλιππάτος[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, [4]Πανεπιστημιακή Κλινική Επειγόντων Περιστατικών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», [5]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η καρδιογενής καταπληξία σχετίζεται συχνά με επεισόδιο καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, είτε εξωνοσοκομειακής (OHCA) είτε ενδονοσοκομειακής (IHCA). Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εκτίμηση της συχνότητας της καρδιακής ανακοπής και τη συσχέτισή της με τη θνητότητα στις 180 ημέρες σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία. Μέθοδοι: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δεδομένων από την προοπτική καταγραφή Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου, η οποία διατηρείται από την εξειδικευμένη Ομάδα Καρδιογενούς Καταπληξίας (ACiST). Συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία από τον Ιανουάριο 2023 έως τον Δεκέμβριο 2025. Η συσχέτιση της καρδιακής ανακοπής με τη θνητότητα εκτιμήθηκε με μη προσαρμοσμένο μοντέλο αναλογικού κινδύνου του Cox. Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 224 ασθενείς, εκ των οποίων 7 αποκλείστηκαν λόγω αδυναμίας παρακολούθησης. Ο τελικός πληθυσμός περιλάμβανε 217 ασθενείς με μέση ηλικία 69,2±13,5 έτη, εκ των οποίων 66,4% ήταν άνδρες και 57,6% (125/217) είχε καρδιογενή καταπληξία σχετιζόμενη με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI-CS). Καρδιακή ανακοπή καταγράφηκε στο 31,3% (68/217): 14,3% (31/217) OHCA και 17,1% (37/217) IHCA. Η θνητότητα στις 180 ημέρες ήταν 69,1% στους ασθενείς με καρδιακή ανακοπή έναντι 48,3% στους ασθενείς χωρίς. Η καρδιακή ανακοπή συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θανάτου στις 180 ημέρες (HR 1,91, 95% CI 1,32–2,76, p<0,001). Συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς καρδιακή ανακοπή, τόσο η OHCA (HR 2,04, 95% CI 1,27–3,26, p=0,003) όσο και η IHCA (HR 1,81, 95% CI 1,14–2,87, p=0,012) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Μεταξύ των ασθενών με AMI-CS (μέση ηλικία 68,5±12,7 έτη, 68,8% άνδρες), καρδιακή ανακοπή καταγράφηκε στο 35,2% (44/125): 16,0% (20/125) OHCA και 19,2% (24/125) IHCA. Η θνητότητα στις 180 ημέρες ήταν 65.9% στους ασθενείς με καρδιακή ανακοπή έναντι 48.1% στους ασθενείς χωρίς (HR 1,69, 95% CI 1,04–2,73, p=0,034). Στους ασθενείς χωρίς AMI-CS (μέση ηλικία 70,3±14,5 έτη, 63,0% άνδρες), καρδιακή ανακοπή καταγράφηκε στο 26,1% (24/92): 12,0% (11/92) OHCA και 14,1% (13/92) IHCA. Η θνητότητα στις 180 ημέρες ήταν 75.0% στους ασθενείς με καρδιακή ανακοπή έναντι 48.5% σε αυτούς χωρίς (HR 2,37, 95% CI 1,33–4,21, p=0,003).Συμπεράσματα: Μεταξύ των ασθενών με καρδιογενή καταπληξία στο 31,3% καταγράφηκε καρδιακή ανακοπή. Τόσο η OHCA όσο και η IHCA συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο θανάτου στις 180 ημέρες.



Σχήμα 1. Α) Θνητότητα στις 180 ημέρες στους ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία και OHCA, IHCA ή χωρίς καρδιακή ανακοπή Β) Θνητότητα στις 180 ημέρες στους ασθενείς με AMI-CS και OHCA, IHCA ή χωρίς καρδιακή ανακοπή Γ) Θνητότητα στις 180 ημέρες στους ασθενείς με non AMI-CS και OHCA, IHCA ή χωρίς καρδιακή ανακοπή.

AA298|Bringing Excimer laser coronary atherectomy to public healthcare: First clinical experience from a high-volume PCI center

P. Varelas[1], K. Filippou[1], K. Manousopoulos[1], D. Karelas[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction Excimer laser coronary atherectomy (ELCA) is a plaque-modifying technology for the treatment of complex coronary lesions, including intra-stent restenotic lesions, severely calcified or uncrossable and undilatable lesions. Despite its proven utility in selected challenging scenarios, ELCA remains underutilized, particularly in public healthcare

systems due to limited availability, operator experience and cost. We report the first three ELCA procedures performed in a public tertiary hospital, highlighting procedural feasibility, safety and clinical outcomes. Materials and Methods We retrospectively analyzed the first three consecutive patients treated with ELCA after implementation of the technology in our institution. Clinical characteristics, lesion morphology, procedural parameters, laser settings, procedural success, complications, and in-hospital outcomes were assessed. All three patients were male. Two procedures were performed for ISR, including one lesion with double stent-strut layers and one with a single stent-strut layer, while the third procedure involved a severely calcified de novo coronary lesion. Initial laser settings were 40 mJ/mm² at 40 Hz in all cases, with escalation up to 80 mJ/mm² at 40 Hz when required. The total number of laser pulses delivered ranged from 3,553 to 9,211, while total laser activation time ranged from 1 minute 30 seconds to 3 minutes 50 seconds. Results ELCA successfully modified all target lesions, allowing adequate balloon expansion and successful PCI with an excellent final angiographic result (TIMI 3 flow in all patients). No major procedural complications, including coronary perforation, no-reflow, emergency surgery, stroke, or in-hospital death, occurred. During the 1-month follow-up period, no recurrent symptoms, repeat revascularization, myocardial infarction, stroke, or death were reported. Conclusions: Our initial experience suggests that ELCA is a safe and effective adjunctive plaque-modification technique in complex PCI. Its compatibility with conventional workhorse guidewires and its relatively short learning curve facilitate incorporation into contemporary interventional practice, potentially expanding treatment options for complex coronary lesions in public healthcare settings.

AA299|ΣπΆνιο περιστατικό θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας μετά από επεμβατική σύγκλειση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος

Δ. Αφενδούλης[1], Γ. Τρανταλής[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Δ. Συρσελούδης[1], Μ. Δρακοπούλου[2], Κ. Αγγέλη[2], Μ. Διβάνη[1], Χ. Νικόλαρος[1], Δ. Καλαντζής[1], Λ. Κορόγιαννης[1], Κ. Τούτουζας[1], Α. Ανδρουλάκης[1], Σ. Σιδερής[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

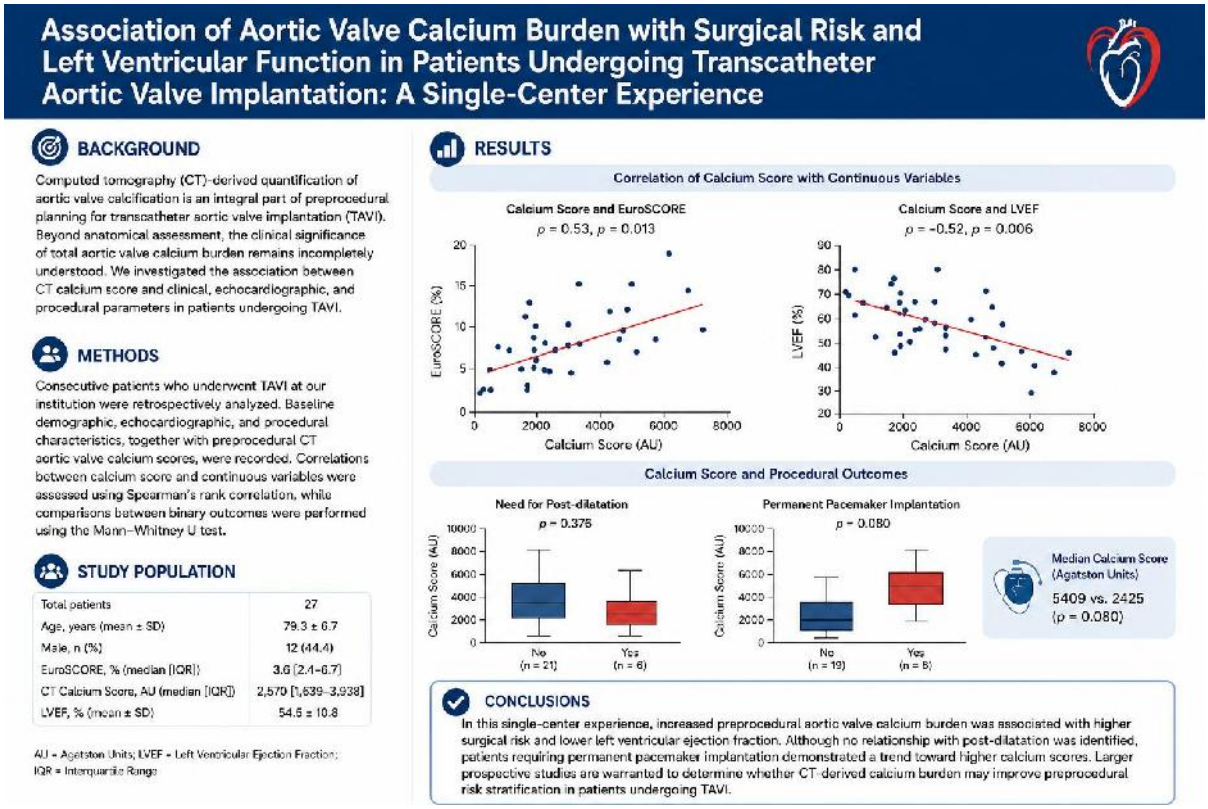
Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας-TTP, μετά από επεμβατική σύγκλειση ανοιχτού ωοειδούς τρήματος. Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα ασθενής ηλικίας 51 ετών με ιστορικό καπνίσματος και χωρίς ιστορικό αλλεργιών, παραπέμφθηκε στην κλινική μας στα πλαίσια διερεύνησης παροδικού εγκεφαλικού επεισοδίου, με απεικόνιση στην μαγνητική τομογραφία αριστερά ινιακά στην υποφλοιώδη ουσία, με εμβολικούς χαρακτήρες. Η διερεύνηση με Holter ρυθμού, triplex καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών, καθώς και ο λοιπός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Η ασθενής υπεβλήθη σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα που ανέδειξε εικόνα ανευρύσματικού μεσοκολπικού διαφράγματος, και η έγχυση φυσαλίδων στο διοισοφαγικό υπερηχογράφημα ανέδειξε την παρουσία ανοιχτού ωοειδούς τρήματος-PFO με σημαντική δεξιο-αριστερή διαφυγή. Δεδομένου του ιστορικού της ασθενούς και κατόπιν ανάλυσης με ROPE-Score, αποφασίσθηκε η επεμβατική σύγκλειση του PFO. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε επιτυχώς με εμφύτευση συσκευής Gore “Cardioform” PFO Occluder 25mm. Η ασθενής έλαβε οδηγία για διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη για 3 μήνες. 3 βδομάδες αργότερα παρουσίασε έντονη αδυναμία/καταβολή και εισήχθη σε Νοσοκομείο όπου διαπιστώθηκε πτώση όλων των αιμοατολογικών σειρών με σοβαρή θρομβοπενία. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμια Αιματολογική κλινική όπου ετέθη η διάγνωση της TTP, οφειλόμενης πιθανότατα με βάση την βιβλιογραφία στην κλοπιδογρέλη. Έγινε πλασμαφαίρεση και θεραπεία με ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη, μετάγγιση αιμοπεταλίων και ερυρθών και η ασθενής εξήλθε βελτιωμένη με οδηγία για μονή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη. Παραμένει ασυμπτωματική μέχρι και σήμερα 6 μήνες μετά, με πολύ καλη λειτουργικότητα της συσκευής. Η TTP αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή της λήψης P2Y12 αναστολέως (<1/10000) και θα πρέπει πάντα να υπάρχει στην διαφορική διάγνωση σε ασθενείς με ελεύθερο αιματολογικό ιστορικό που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά και παρουσιάζονται με θρομβοπενία και πτώση των σειρών. Μετά την εμφύτευση συσκευών για σύγκλειση του PFO η χορήγηση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής προτείνεται από τις οδηγίες για τουλάχιστον 3 μήνες, ώστε να επιθηλιοποιηθεί η συσκευή, ωστόσο η συσκευή Gore παρουσιάζει εξαιρετικό προφίλ ασφαλείας και μόνο με την ασπιρίνη, κάτι που συνέβαλε τα μέγιστα στην διαχείριση αυτού του δύσκολου περιστατικού.

AA300|Association of aortic valve calcium burden with surgical risk and left ventricular function in patients undergoing TAVI: A single-center experience

P. Varelas[1], K. Filippou[1], K. Manousopoulos[1], A. Taleb[2], P. Dardas[3], I. Tsiafoutis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

BACKGROUND: Computed tomography (CT)-derived quantification of aortic valve calcification is an integral part of preprocedural planning for transcatheter aortic valve implantation (TAVI). Beyond anatomical assessment, the clinical significance of total aortic valve calcium burden remains incompletely understood. We investigated the association between CT calcium score and clinical, echocardiographic, and procedural parameters in patients undergoing TAVI. METHODS: Consecutive patients who underwent TAVI at our institution were retrospectively analyzed. Baseline demographic, echocardiographic, and procedural characteristics, together with preprocedural CT aortic valve calcium scores, were recorded. Correlations between calcium score and continuous variables were assessed using Spearman's rank correlation, while comparisons between binary outcomes were performed using the Mann–Whitney U test. RESULTS: A significant positive correlation was observed between aortic valve calcium score and EuroSCORE (ρ = 0.53, p = 0.013), indicating that patients with a higher calcific burden had greater predicted surgical risk. Calcium score was also inversely correlated with left ventricular ejection fraction (ρ = −0.52, p = 0.006), suggesting an association between extensive valvular calcification and impaired systolic function. No significant association was found between calcium score and the need for post-dilatation following valve implantation (p = 0.376). Patients requiring permanent pacemaker implantation after TAVI had higher median calcium scores than those who did not (5409 vs. 2425 Agatston units), although this difference did not reach statistical significance (p = 0.080). CONCLUSIONS: In this single-center experience, increased preprocedural aortic valve calcium burden was associated with higher surgical risk and lower left ventricular ejection fraction. Although no relationship with post-dilatation was identified, patients requiring permanent pacemaker implantation demonstrated a trend toward higher calcium scores. Larger prospective studies are warranted to determine whether CT-derived calcium burden may improve preprocedural risk stratification in patients undergoing TAVI.



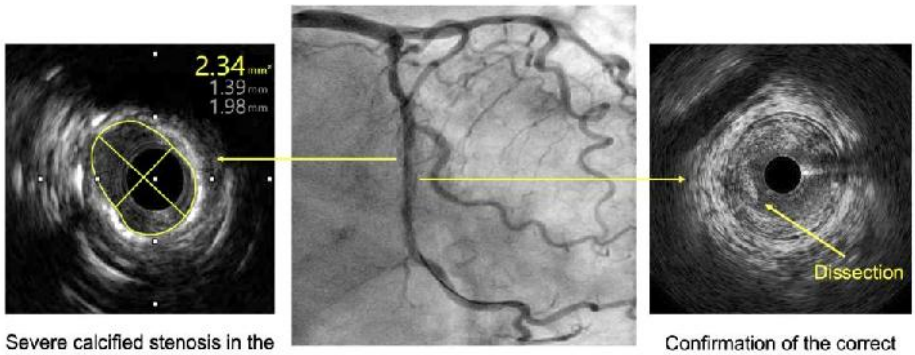
AA302|Συνδυαστική Χρήση Rotablation και Ενδοαγγειακής Λιθοτριψίας (IVL) Υπό Καθοδήγηση IVUS μετά από Επιπλοκή Διαχωρισμού

Ν. Τσιάμης[1], **Φ. Τουλγαρίδης**[1], Σ. Τζώρτζης[1], Σ. Κωτούλας[2], Δ. Ζαχαράκης[1], Ε. Μαυρουδέας[3], Γ. Τριάντης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

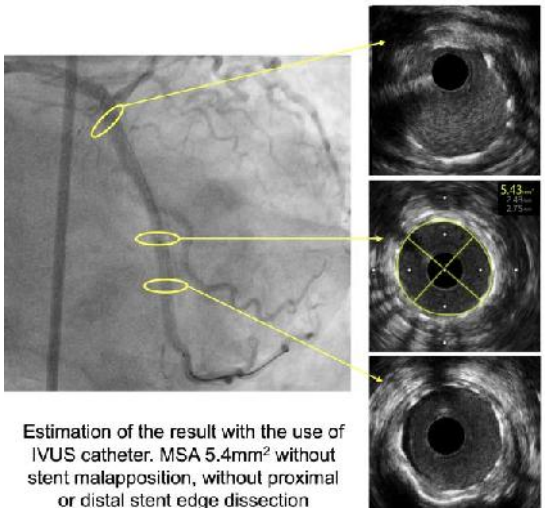
Εισαγωγή Η σημαντική ασβέστωση των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί μείζονα πρόκληση στη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI). Η χρήση περιστροφικής αθηρεκτομής (Rotablation - RA) σε διαχωρισμό στεφανιαίων αποτελεί παραδοσιακά απόλυτη αντένδειξη. Ωστόσο, υποθέτουμε ότι η αυστηρή καθοδήγηση με ενδοστεφανιαία απεικόνιση μπορεί να επιτρέψει την ασφαλή χρήση της σε ακραία και σύμπλοκα περιστατικά. Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα

74 ετών με στηθάγχη προσπάθειας (CCS III) και ιστορικό PCI στην περισπωμένη (LCx) προ 18ετίας, υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία. Αναδείχθηκε 95% στένωση στον εγγύς LCx και βαριά αποτιτανωμένη επαναστένωση (ISR) στο παλαιό stent (μέσος-περιφερικός LCx). Οι αρχικές προσπάθειες προδιάτασης απέτυχαν, οδηγώντας σε ρήξη ενός NC μπαλονιού στα 18atm και αποτυχία διατομής με cutting balloon (Wolverine 2.5/10). Στη συνέχεια, μπαλόνι ενδοαγγειακής λιθοτριψίας (IVL 2.5/12) διερράγη κατά τον 3ο κύκλο ώσεων, προκαλώντας ιατρογενή διαχωρισμό τύπου B περιφερικά του stent. Το ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα (IVUS) επιβεβαίωσε την παρουσία του σύρματος στον αληθή αυλό και ανέδειξε ότι ο διαχωρισμός αφορούσε μόνο τον έσω χιτώνα χωρίς περιορισμό της ροής. Παράλληλα, εντοπίστηκε δακτύλιος ασβεστίου>° με ελάχιστο εμβαδόν αυλού (MLA) 1.8 mm². Μετά από αποτυχία OPN balloon (3.0/15 στα 30atm) να διατείνει τη βλάβη, αποφασίστηκε η διενέργεια RA. Υπό συνεχή καθοδήγηση IVUS, προωθήθηκε RotaPro burr 1.5 mm, εξασφαλίζοντας την αποφυγή του κρημνού του διαχωρισμού. Αποτελέσματα: Το IVUS επιβεβαίωσε την επιτυχή τροποποίηση του ασβεστίου χωρίς επέκταση του διαχωρισμού. Ακολούθησε μερική έκπτυξη με νέο OPN balloon στα 30atm και η περαιτέρω προετοιμασία της βλάβης με νέο IVL catheter 3.0 mm (12 κύκλοι). Εμφυτεύτηκαν δύο επικαλυπτόμενα DES (2.5/26 περιφερικά, καλύπτοντας τον διαχωρισμό, και 3.0/38 εγγύς). Μετά από μεταδιάταση με NC 3.5 mm, η τελική αγγειογραφία έδειξε ροή TIMI 3 και στένωση <0%. Το τελικό IVUS ανέδειξε άριστη έκπτυξη (ελάχιστο εμβαδόν 5.4 mm²) χωρίς δυσαρμογή. Στους 6 μήνες, η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, χωρίς ενδείξεις ισχαιμίας. Συζήτηση: Το περιστατικό αναδεικνύει ότι η RA μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια παρουσία περιορισμένου διαχωρισμού, ως έσχατη λύση σε αδιάτατες βλάβες. Η προϋπόθεση είναι η σχολαστική αξιολόγηση μέσω IVUS (βάθος/έκταση διαχωρισμού, θέση σύρματος), η οποία επιτρέπει την ακριβή τοποθέτηση της μύλης και την αποφυγή μείζονων επιπλοκών, εξασφαλίζοντας την επιτυχή ολοκλήρωση της PCI.



Severe calcified stenosis in the distal edge of the old underexpanded stent

Confirmation of the correct position of the GW in relation to dissection



Estimation of the result with the use of IVUS catheter. MSA 5.4mm² without stent malapposition, without proximal or distal stent edge dissection



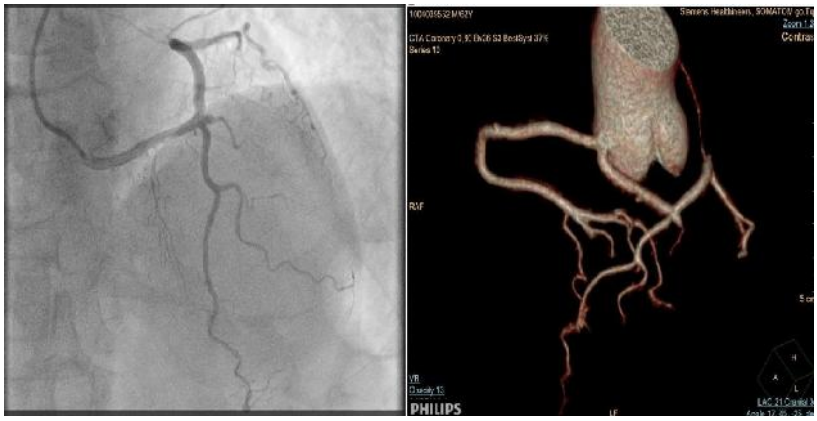
Final result

ΑΑ303|Ανώμαλη έκφυση αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας με διαφορετικούς κλινικούς φαινοτύπους και εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση.

Α. Σιάνης[1], Ι. Μηλιόρδος[1], Δ. Κυριακόπουλος[2], Α. Θεοφίλου[1], Δ. Δελιαλής[1], Μ.Α. Δημοπούλου[1], Π. Ναστάτος[1], Μ. Ε. Τσελεγκίδη[1], Α. Κατσιάνης[1], Δ. Παπουτσής[1], Ε. Τσαγάλου[1], Σ. Χατζίδου[3], Α. Νταλιάνης[3]

[1]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [2]Κέντρο Καρδιαγγειακής Απεικόνισης Βιοιατρικής, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αγγείων αποτελούν μια σπάνια και ξεχωριστή οντότητα με δυνητικά σημαντικές επιπλοκές για την πρόγνωση των ασθενών. Ξεχωριστές εκφύσεις LAD δε (είτε ως μονήρης στεφανιαία αρτηρία είτε ως διπλό αγγείο), είναι ακόμη πιο σπάνιες με την επίπτωση τους να κυμαίνεται από 0.03 – 0.06 % (μονήρης αρτηρία) έως 1 % (Dual LAD). Σκοπός: Η παρουσίαση 2 κλινικών περιστατικών που διεγνώσθησαν με ανώμαλες εκφύσεις αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας με συνυπάρχουσα διαφορετική κλινική εκδήλωση και επιλογή εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης. Μέθοδος και Αποτελέσματα: Ο 1ος ασθενής ηλικίας 62 ετών προσήλθε με υποτροπιάζοντα στηθαγχικά ενοχλήματα και μικρής έκτασης ισχαιμία σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου. Στην επεμβατική στεφανιογραφία διαπιστώθηκε έκτοπη έκφυση της αριστερής.στεφανιαίας αρτηρίας από το δεξιό κόλπο Valsava και πορεία πρόσθια χωρίς στενώσεις(Εικ.1). Από την αξονική στεφανιογραφία διαπιστώθηκε μονήρης στεφανιαία αρτηρία εκφυόμενη από το δεξιό κόλπο Valsava και πορεία επί της πρόσθιας μεσοκοιλιακής αύλακας μεταξύ πνευμονικής αρτηρίας και ανιούσας αορτής (Εικ.1). Έγινε έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με παραμένοντα υποτροπιάζοντα επεισόδια άλγους ιδίως στην προσπάθεια οπότε και υποβλήθηκε σε καρδιοχειρουργική επέμβαση με τοποθέτηση αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας στον πρόσθιο κατιόντα. Ο 2ος ασθενής ηλικίας 65 ετών εισήχθη με εικόνα οξέως πνευμονικού οιδήματος αυξημένη τιμή μυοκαρδιακών ενζύμων και νέο-διάγνωση αμφικοιλιακής καρδιακής ανεπάρκειας με κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας: ~ 25%. Στην επεμβατική στεφανιογραφία διαπιστώθηκε διφυής έκφυση προσθίου κατιόντα από: α) αριστερό κόλπο Valsava με πορεία ευμεγέθους διαγωνίου κλάδου και διαφραγματικού και β) δεξιό.κόλπο Valsava με διαρτηριακή πορεία προς την καρδιακή κορυφή (κατάταξη κατά Spindola-Franco Type IV με διφυή πρόσθιο κατιόντα)(Εικ.2). Αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και είχε καλή κλινική πορεία. Συμπεράσματα: Τα 2 αυτά κλινικά περιστατικά υπογραμμίζουν την ετερογένεια της κλινικής σημαντικότητας της ανώμαλης έκφυσης και πορείας της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και της εξατομικευμένης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης αυτής





AA304|Διερευνητικοί προγνωστικοί παράγοντες ανεπιθύμητων συμβάντων μετά από αγγειοπλαστική με τεχνικές τροποποίησης ασβεστίου: ανάλυση ενός κέντρου

Σ. Κωτούλας[1], .I. Aqueel[1], K. Αντωνιάδης[1], A. Τσαγκαρόπουλος[1], N. Σταματάκη[2], I. Κίκη[1], Π. Τσινιβίζοβ[1], N. Κοντογιάννης[1], A. Τριανταφύλλης[1], Λ. Πουλημένος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η αναγνώριση των παραγόντων που σχετίζονται με ανεπιθύμητα συμβάντα μετά από αγγειοπλαστική σε βαριά ασβεστοποιημένες στεφανιαίες βλάβες μπορεί να βελτιώσει τη διαστρωμάτωση του κινδύνου και τον επεμβατικό σχεδιασμό. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση κλινικών, ανατομικών και επεμβατικών παραγόντων που σχετίζονται με δυσμενείς εκβάσεις σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με τεχνικές τροποποίησης ασβεστίου. Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μονοκεντρική, αναδρομική ανάλυση 112 διαδοχικών ασθενών με διάμεση παρακολούθηση 34,2 μηνών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με τουλάχιστον μία τεχνική τροποποίησης ασβεστίου. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν οποιοδήποτε ανεπιθύμητο συμβάν, οριζόμενο ως μείζον καρδιαγγειακό συμβάν (MACE) ή περιεπεμβατική επιπλοκή. Για την αναγνώριση προγνωστικών παραγόντων εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση (forward-stepwise), ενώ πραγματοποιήθηκε ανάλυση συστάδων δύο βημάτων (TwoStep) για την αναγνώριση διακριτών φαινοτύπων ασθενών. Αποτελέσματα: Ανεπιθύμητα συμβάντα καταγράφηκαν στο 26,8% των ασθενών. Το NSTEMI (OR 12,3), το θετικό σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (OR 10,7) και η παρουσία στηθάγχης πριν από την επέμβαση (OR 5,25) αναδείχθηκαν ως οι ισχυρότεροι κλινικοί προγνωστικοί παράγοντες. Ανατομικά, η συμμετοχή του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (LM, OR 4,59) και της περισπώμενης αρτηρίας (LCx, OR 3,14) συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο. Επιπλέον, συσχετίσεις παρατηρήθηκαν με τη χρήση μπαλονιού OPN (OR 7,17) και ενδαγγειακής λιθοτριψίας (IVL, OR 3,93). Η ανάλυση συστάδων ανέδειξε τέσσερις διακριτούς φαινοτύπους, με κύριους διαχωριστικούς παράγοντες την παρουσία NSTEMI και τη χρησιμοποιούμενη τεχνική τροποποίησης ασβεστίου. Συμπεράσματα: Στην παρούσα διερευνητική ανάλυση πραγματικού κόσμου, η κλινική βαρύτητα της νόσου, και ιδιαίτερα η παρουσία NSTEMI και τεκμηριωμένης ισχαιμίας, φάνηκε να αποτελεί ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα ανεπιθύμητων συμβάντων από την επιλογή της τεχνικής τροποποίησης ασβεστίου. Οι παρατηρούμενες συσχετίσεις με συγκεκριμένες τεχνικές τροποποίησης ασβεστίου πιθανότατα αντανακλούν σύγχυση λόγω ένδειξης (confounding by indication), καθώς οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως σε ασθενείς με μεγαλύτερη ανατομική πολυπλοκότητα. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της κλινικής διαστρωμάτωσης του κινδύνου κατά τον σχεδιασμό της επεμβατικής στρατηγικής.



AA305|30-Day Outcomes of Valve-in-Valve Transcatheter Aortic Valve Implantation from Nicosia GH TAVI registry

G. Karmioti[1], C. Antoniades[2], N. Eteocleous[3], I. Zittis[3], K. Myrianthopoulos[3], A. Mitsis[1], C. Eftychiou[3]

[1]Cardiology department of Nicosia General Hospital

Introduction: Purpose Valve-in-valve (ViV) transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is an established treatment for degenerated surgical bioprostheses, but data on hemodynamic performance by valve type remain limited. We attempt to evaluate 30-day clinical and hemodynamic outcomes of transfemoral ViV TAVI, including comparison of post-procedural gradients between self-expanding and balloon-expandable valves. Methods: We retrospectively analyzed 35 consecutive cases of ViV TAVI (including 10 TAVI-in-TAVI cases) at our center (3.2% of 1109 total TAVIs). Valve selection was at operator discretion (60% self-expanding Evolut, 40% balloon-expandable Sapien 3). Baseline characteristics, periprocedural data, and 30-day adverse events were assessed per VARC-3 criteria where applicable. Independent samples t-tests compared post-procedural gradients between valve types. Results: There was 1 TAVI in TAVI in TAVI case, 1 case was done transapically and another one was done transaxillary. Mean age was 78.1+/-7.0years; 65.8% were male. Comorbidities included heart failure (31.4%), atrial fibrillation (48.6%), diabetes (40%), and prior CABG/PCI (80%/48.6%). Risk profiles: EuroSCORE II high-risk 54.3%, STS high-risk 34.3%. Self-expanding valves were deployed in smaller annuli (table 2). Post-procedural gradients were low overall but significantly lower with self-expanding vs. balloon-expandable valves (Table 2). Chimney stenting was used in 8.6% of all cases and Bioprosthetic Valve Fracture (BVF) in 68% of TAVI in SAVR cases. Contrast volume used was low in both self expanding valves and balloon expandable valves (table 2)Low post procedural gradients were achieved with both self expanding valves and balloon expandable valves but there were statistically significant lower gradients with the self expanding valves (table 2). There were favourable outcomes in all cases with low MACE rates (Table 3).At 30 days, all-cause mortality was 0%, cardiac death 0%, disabling stroke 2.9%, minor vascular complications 8.6%, major vascular 0%, new pacemaker 0%, and MACE 2.9%. Conclusion Transfemoral ViV TAVI yielded excellent 30-day safety with zero mortality and low MACE. Self-expanding valves achieved superior hemodynamic performance (lower gradients) despite smaller baseline annuli, supporting their preferential use in ViV procedures where feasible.

Table 1: Patients' characteristics

Characteristic	**35 patients**
Age	78.1+/-7.0 (55-92)
Male sex	(23) 65.7%
Heart failure	(11) 31.4%
CABG	(28) 80.0%
Previous PCI	(17) 48.6%
Permanent Pacemaker	(12) 31.4%
Atrial Fibrillation	(19) 48.6%
Previous Stroke	(3) 8.1%
Peripheral Vascular Disease	(7) 20.0%
Pulmonary Hypertension	(7) 20.0%
Chronic Lung Disease	(7) 20.0%
Chronic Kidney Disease	(10) 28.6%
Diabetes Mellitus	(14) 40.0%
History of Chest Radiation	(1) 2.9%
Porcelain Aorta	(6) 17.1%
Euroscore II category	
* low risk	(5) 14.3%
* Intermediate risk	(11) 31.4%
* High risk	(19) 54.3%
STS category	
* low risk	(9) 25.7%
* Intermediate risk	(14) 40.0%
* High risk	(12) 34.3%

Table 2: Periprocedural data

ViV TAVI cases	Sapien 3 (14, 40%)	Evolut (21, 60%)	P value
AV area	403.5+/-72.5mm²	285.2+/- 61.3mm²	p<0.001
AV diameter	21.5+/-1.8mm	19.0+/-2.0mm	p<0.001
AV perimeter	71.4+/-5.8mm	59.8+/-6.6mm	p<0.001
Pre peak AV gr	45.3+/-30.6mmHg	68.5+/-24.8mmHg	p=0.074
Pre mean AV gr	27.3+/-18.7mmHg	38.9+/-15.2mmHg	p=0.125
Post peak AV gr	17.9+/-7.5mmHg	13.4+/-5.2mmHg	p=0.023
Post mean AV gr	10.5+/- 4.2mmHg	6.7+/-2.7mmHg	p=0.009
Contrast volume	112.3+/-50.0ml	96.4+/-49.3ml	p=0.374
Coronary Protection	(1) 2.9%	(2) 5.8%	p=1.0
Bioprosthetic Valve Fracture	(5) 20%	(12) 80%	p=0.103
TAVI in TAVI*	(4) 40%	(6) 60%	p=1.0
TAVI in SAVR**	(10) 40%	(15) 60%	p=1.0

*Percentage in TAVI in TAVI cases
** Percentage in TAVI in SAVR cases

Table 3: 30 day results of ViV TAVI

Cardiac Death	(0) 0%
All cause Death	(0) 0%
Disabling Stroke	(1) 2.9%
Minor Vascular Complications	(3) 8.6%
Major Vascular Complications	(0) 0%
MACE	(1) 2.9%
Pacemaker	(0) 0%

AA306|Gigantic aneurysm of the left main coronary artery leading to the diagnosis of a systemic disease

Δ. Αφενδούλης[1], Σ. Τσαλαμανδρής[1], Φ. Τσακιριάν[2], Ν. Τσιάμης[3], Μ.Δρακοπούλου[2], Π. Βλαχάκης[4], Ι. Καχριμανίδης[1], Κ .Τσιούφης[4], Κ.Τούτουζας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Purpose of the case: Presentation of an unusual case of a gigantic coronary aneurysm of the left main coronary artery leading to the diagnosis of a systemic disease. Patient presentation: A 49-year-old female of Asian origin with a history of hypertension and stage 4 chronic kidney disease underwent coronary angiography due to a one-month history of chest pain suggestive of angina. Coronary angiography revealed a large aneurysm of the left main coronary artery, along with an additional aneurysm in the proximal segment of the left circumflex artery (LCx). The coronary arteries were diffusely calcified and atherosclerotic, with multiple stenotic lesions. The patient was referred for further evaluation. Clinical examination demonstrated diminished pulses in the lower extremities, while laboratory testing showed elevated C-reactive protein levels. Computed tomography angiography (CTA) revealed multiple aneurysms and stenoses involving the renal arteries, as well as stenotic lesions in the arteries of the lower extremities. Based on the overall clinical and imaging findings, Takayasu arteritis was suspected, and treatment with corticosteroids was initiated. A vascular biopsy was planned to confirm the diagnosis. Takayasu arteritis is a rare, chronic large-vessel vasculitis affecting the aorta and its major branches. Coronary artery involvement occurs in approximately 10% of cases and most commonly presents as ostial or proximal stenosis. Coronary aneurysm formation is rare, reported in a small minority of patients. The underlying mechanisms include chronic inflammation of the vessel wall, leading to structural weakening and remodeling, as well as accelerated atherosclerosis driven by systemic inflammation and associated risk factors such as hypertension. Coronary aneurysms in Takayasu arteritis may be complicated by thrombosis, distal embolization, rupture, myocardial infarction, or sudden cardiac death. Management requires a multidisciplinary approach. Immunosuppressive therapy, primarily with corticosteroids and additional agents when needed, is the cornerstone of treatment for active disease. Revascularization strategies, including percutaneous coronary intervention or coronary

artery bypass grafting, may be considered in patients with significant ischemia or high-risk coronary anatomy, ideally after adequate control of vascular inflammation.





AA307|Comparison of surgical versus transcatheter treatment strategies in patients with severe aortic stenosis and concomitant coronary artery disease: cabg plus savr versus pci plus tavi

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction: The optimal management of patients with severe aortic stenosis and concomitant coronary artery disease remains controversial. While surgical aortic valve replacement combined with coronary artery bypass grafting (SAVR + CABG) has traditionally been considered the standard treatment, transcatheter aortic valve implantation combined with

percutaneous coronary intervention (TAVI + PCI) has emerged as an attractive less invasive alternative. This review summarizes the current evidence comparing the clinical outcomes of these two strategies. Material and Methods: A systematic literature review was performed using PubMed, MEDLINE, Embase, and the Cochrane Library. Meta-analyses, randomized controlled trials, propensity score-matched studies, and large observational registries published through 2026 comparing SAVR + CABG with TAVI + PCI in patients with severe aortic stenosis and significant coronary artery disease were evaluated. Outcomes included all-cause mortality, stroke, myocardial infarction, acute kidney injury, permanent pacemaker implantation, repeat revascularization, major bleeding, vascular complications, and long-term clinical outcomes. Results: Current evidence demonstrates that TAVI + PCI is associated with lower early procedural morbidity, including reduced rates of acute kidney injury, perioperative stroke, myocardial infarction, atrial fibrillation, and shorter hospital stay. However, higher rates of permanent pacemaker implantation, vascular complications, paravalvular regurgitation, and repeat coronary revascularization have consistently been reported. Short-term mortality appears comparable between strategies, whereas mid- and long-term follow-up increasingly favors SAVR + CABG, with lower all-cause mortality and fewer repeat interventions. Recent meta-analyses involving more than 50,000 patients suggest that the early safety advantage of TAVI + PCI may diminish beyond the first months after intervention, while surgical treatment provides superior durability and sustained clinical benefit, particularly in patients with low or intermediate surgical risk and longer life expectancy. Conclusions: Both treatment strategies provide effective management for patients with severe aortic stenosis and concomitant coronary artery disease. TAVI + PCI offers important early procedural advantages, whereas SAVR + CABG demonstrates superior long-term durability and clinical outcomes. Careful patient selection by a multidisciplinary Heart Team remains essential, taking into account surgical risk, anatomical complexity, frailty, coronary disease burden, and expected survival.

ΑΑ308|Μετατόπιση προσθετικής αορτικής βαλβίδας κατά τη διάρκεια TAVI: επιτυχής αντιμετώπιση με εμφύτευση δεύτερης βαλβίδας

Β. Τζαλαμούρας[1], Α.Δ. Μαυρογιάννη[2], **Δ. Ράπτης[1]**, Κ. Τσαντεκίδης[1], Ε. Λεπτόπουλος[1], Ι. Ζαρίφης[2]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Η διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) έχει καθιερωθεί ως μια καθιερωμένη τεχνική για τη θεραπεία της αορτικής στένωσης σε ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Παρόλο που η TAVI είναι προφανώς λιγότερο επεμβατική από την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση, δεν είναι απαλλαγμένη από επιπλοκές. Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα ηλικίας 86 ετών με ιστορικό χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, ανοικτού ωοειδούς τρήματος, μηχανικής μιτροειδούς βαλβίδας, υποθυρεοειδισμού και προηγηθείσας τμηματικής μαστεκτομής λόγω καλοήθους νεοπλάσματος, διερευνήθηκε για προοδευτική δύσπνοια στην ελάχιστη κόπωση. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας, ενώ το EuroSCORE II ήταν 8,16%, γεγονός που οδήγησε στην επιλογή διακαθετηριακής αντικατάστασης της βαλβίδας. Κατά την εμφύτευση παρατηρήθηκε μετατόπιση (embolization) της προσθετικής βαλβίδας προς την ανιούσα αορτή. Η επιπλοκή αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χρήση δύο βρόγχων, μέσω των οποίων η βαλβίδα ανακτήθηκε και σταθεροποιήθηκε στο αορτικό τόξο, επιτρέποντας την ασφαλή εμφύτευση δεύτερης προσθετικής βαλβίδας στην ενδεδειγμένη θέση. Η τελική αγγειογραφική και αιμοδυναμική εκτίμηση ήταν ικανοποιητική, χωρίς υπολειπόμενη παραβαλβιδική διαφυγή ή άλλη άμεση επιπλοκή. Συμπέρασμα: Η ενσφήνωση της προσθετικής βαλβίδας κατά τη διάρκεια TAVI, αν και σπάνια, αποτελεί σοβαρή επιπλοκή που απαιτεί άμεση αναγνώριση και διαχείριση. Η παρούσα περίπτωση αναδεικνύει τη σημασία της εμπειρίας της ομάδας, της χρήσης εξειδικευμένων τεχνικών ανάκτησης και της προσεκτικής παρακολούθησης σε όλα τα στάδια της επέμβασης, προκειμένου να διασφαλιστεί η επιτυχής έκβαση.

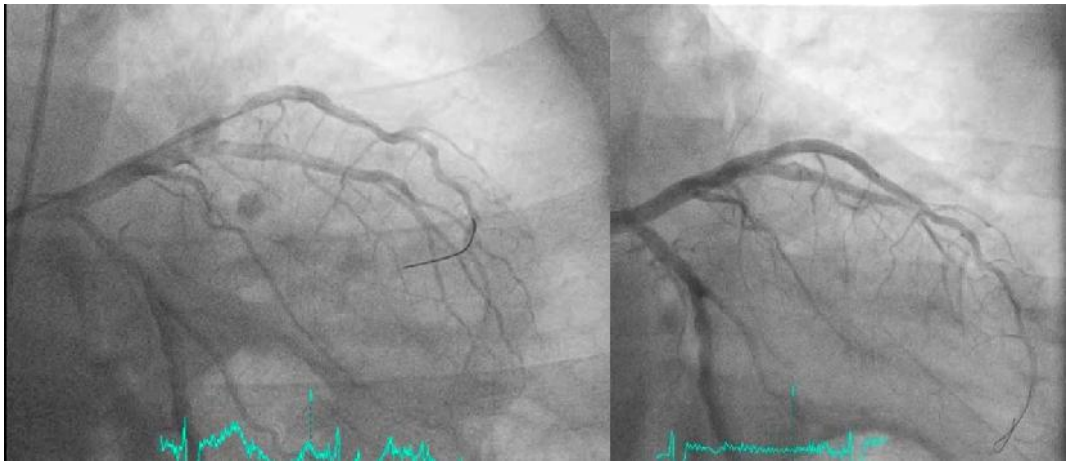
ΑΑ309|OCT απεικόνιση ευμεγέθους όζου ασβεστίου μετά από orbital atherectomy: τροποποίηση της πλάκας και ανάδειξη πιθανού ενδοαυλικού θρομβωτικού υλικού

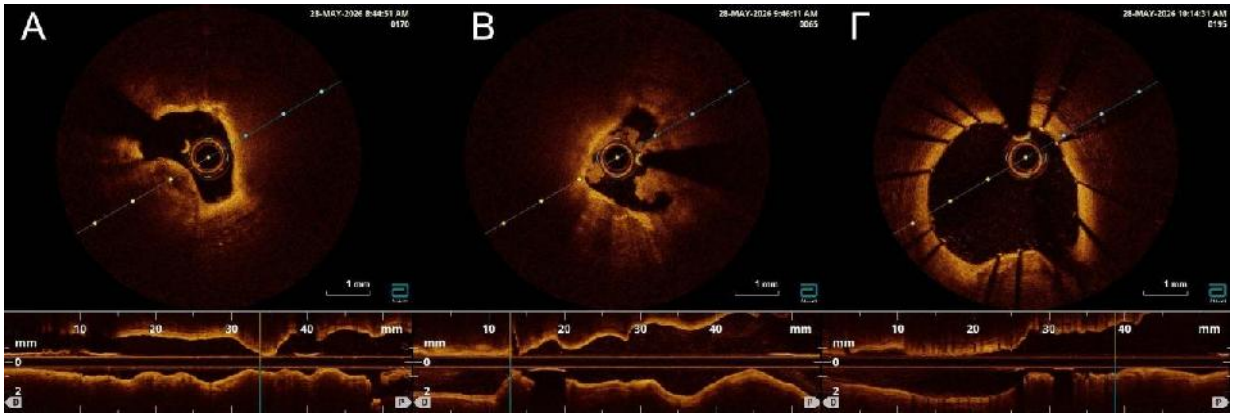
Ν. Μόφορη[1], Ε. Αϊβαλιώτη[2], Ε. Ναυπλιώτης[1], Κ. Μπούκη[1], Σ. Ψυχάρη[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction: Οι όζοι ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση κατά τη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI), καθώς δυσχεραίνουν τη προσπέλαση της βλάβης και την επαρκή έκπτυξη των ενδοπροθέσεων (stents). Η τροχιακή αθηρεκτομή (orbital atherectomy) αποτελεί αποτελεσματική τεχνική τροποποίησης της σοβαρής ασβέστωσης, ενώ η οπτική συνεκτική τομογραφία (Optical Coherence Tomography, OCT) επιτρέπει την ακριβή αξιολόγηση της μορφολογίας της βλάβης και των μεταβολών που προκαλεί η παρέμβαση. Παρουσιάζεται περιστατικό, όπου η OCT ανέδειξε χαρακτηριστικές μορφολογικές μεταβολές μετά από τροχιακή

αθηρεκτομή σε όζο ασβεστίου. Case study: Άνδρας 82 ετών με στηθάγχη προσπαθείας υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία, η οποία ανέδειξε σοβαρή έκκεντρη ασβεστωμένη βλάβη στη μεσότητα του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (LAD) (Εικόνα 1Α). Η OCT ανέδειξε ευμεγέθη όζο ασβεστίου με σημαντικό περιορισμό του αυλού (Εικόνα 2Α). Λόγω της εκτεταμένης ασβέστωσης και της αναμενόμενης δυσκολίας επαρκούς έκπτυξης stent, πραγματοποιήθηκε τροποποίηση της βλάβης με τροχιακή αθηρεκτομή, ακολουθούμενη από εμφύτευση drug-eluting stent και μεταδιαστολή με non-compliant balloon. Results: Η OCT μετά την τροχιακή αθηρεκτομή ανέδειξε θραύση και κατακερματισμό του όζου ασβεστίου με αύξηση του εύρους του αυλού. Επιπλέον, εκτός από τα υπολείμματα της τροποποιημένης αθηρωματικής πλάκας, παρατηρήθηκαν ενδοαυλικές δομές υψηλής ανακλαστικότητας, συμβατές με θρομβωτικό υλικό (Εικόνα 2Β). Η τελική αγγειογραφία (Εικόνα 1Β) και η OCT (Εικόνα 2Γ) επιβεβαίωσαν άριστη έκπτυξη και εναπόθεση του stent, χωρίς διαχωρισμό ή υπολειπόμενη στένωση. Conclusions: Η τροχιακή αθηρεκτομή αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο προετοιμασίας σοβαρά ασβεστωμένων στεφανιαίων βλαβών, διευκολύνοντας τη βέλτιστη εμφύτευση stent. Στο παρόν περιστατικό, η χρήση OCT παρείχε μοναδικές πληροφορίες σχετικά με το μηχανισμό τροποποίησης της πλάκας, αναδεικνύοντας τη θραύση του προβάλλοντος όζου ασβεστίου. Τα μετά την αθηρεκτομή ενδοαυλικά ευρήματα υψηλής ανακλαστικότητας, πιθανώς θρομβωτικού χαρακτήρα, υπογραμμίζουν τη σημασία της ενδοστεφανιαίας απεικόνισης για την κατανόηση των μορφολογικών μεταβολών μετά την παρέμβαση. Η κλινική σημασία των ευρημάτων αυτών μετά από orbital atherectomy παραμένει αδιευκρίνιστη και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Το περιστατικό υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο της OCT στην καθοδήγηση και βελτιστοποίηση σύνθετων PCI σε σοβαρά ασβεστωμένες στεφανιαίες βλάβες.





ΑΑ310|Αγγειοπλαστική προσθίου κατιόντα κλάδου με χρήση επέμβασης επένδυσης και υβριδική αντιμετώπιση με τοποθέτηση stent και φαρμακευτικών μπαλονιών

Δ.Ο. Παύλου[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Η.Α. Παύλου[1], Μ. Πετρίδου[1], Α. Ευαγγελίου[1], Γ. Ζορμπάς[1], Α.Μπούλμπου[1], Β. Ποτούπνη[1], Σ. Μητσιάδης[1], Σ. Τζήκας[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1]

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

Εισαγωγή: Ασθενής 52 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και χρόνιας θρομβοπενικής πορφύρας παραπέμφθηκε για επεμβατική στεφανιογραφία. Είχε εμφανίσει στηθάγχη σε μικρό έργο για την οποία είχε υποβληθεί σε αξονική στεφανιογραφία που ανέδειξε ενδιαμέσου βαθμού στενώσεις και στα τρία στεφανιαία αγγεία, καθώς και σε δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία που περιέγραφε ισχαιμία στην κατανομή του προσθίου κατιόντα κλάδου (left anterior descending (LAD)). Η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς περιλάμβανε ροσουβαστατίνη/εζετιμίμπη, μανιδιπίνη, φαινοφιμπράτη και αβατρομβοπάγη με μεθυλπρεδνιζολόνη για την θρομβοπενική πορφύρα. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων του ήταν 222.000/μL. Μέθοδοι: Διενεργήθηκε στεφανιογραφία η οποία ανέδειξε στένωση 99% με χαρακτήρες χρόνιας ολικής απόφραξης στη μεσότητα του LAD, στένωση 50% στην περιφέρεια της περισπώμενης και δύο στενώσεις 60% στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία οι οποίες ελέγχθηκαν με σύρμα πίεσης και δεν ήταν αιμοδυναμικά σημαντικές. Αποφασίστηκε η διενέργεια αγγειοπλαστικής στον LAD και έγιναν διαστολές με μη-διατατά μπαλόνια 2.0 και 2.5mm σε υψηλές ατμόσφαιρες, με ατελή έκπτυξη και σημαντική επαναφορά του αγγείου. Ο έλεγχος με ενδοστεφανιαίο υπέρηχο ανέδειξε σημαντική επασβέστωση του αγγείου με παρουσία κατά τόπους οζιδίων ασβεστίου και προσδιόρισε τις διαστάσεις του αγγείου σε 2.5mm περιφερικά και 3.5mm κεντρικά. Ακολούθησαν διαστολές με μπαλόνια OPN 2.5 και 3.0 σε πολύ υψηλές ατμόσφαιρες με ικανοποιητική έκπτυξη αυτών. Μετά τις διαστολές, παρατηρήθηκε εκτεταμένος διαχωρισμός του αγγείου από την μεσότητα έως την περιφέρεια, με παρουσία ενδοτοιχωματικού αιματώματος στην περιφέρεια του αγγείου και ροή TIMI II περιφερικά. Ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός, χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και αποφασίστηκε η διακοπή της επέμβασης και η χρήση αυτής ως επέμβασης επένδυσης, με στεφανιογραφικό επανέλεγχο σε δύο μήνες. Στην φαρμακευτική αγωγή προστέθηκαν ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη. Αποτελέσματα: Στον επανέλεγχο, το αιμάτωμα είχε απορροφηθεί πλήρως. Λόγω της πορφύρας και πτώσης των αιμοπεταλίων με την διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε 77.000, αποφασίστηκε η χρήση φαρμακευτικού μπαλονιού περιφερικά. Έγινε εναπόθεση φαρμακευτικού μπαλονιού 2.5x20mm περιφερικά και εμφύτευση φαρμακοεκλυόμενου stent κεντρικά 3.0x38mm που μεταδιατάθηκε σε 3.5mm με καλό αγγειογραφικό αποτέλεσμα. Συμπεράσματα: Ο ιατρογενής διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων είναι συχνός και σε ορισμένες περιπτώσεις έχει καλοήθη πορεία με αυτόματη επούλωση. Σε νέους ασθενείς ή ασθενείς που έχουν αντενδείξεις στη λήψη αντιαμοπεταλιακών, η χρήση φαρμακευτικών μπαλονιών πιθανόν να είναι ωφέλιμη μακροχρόνια.

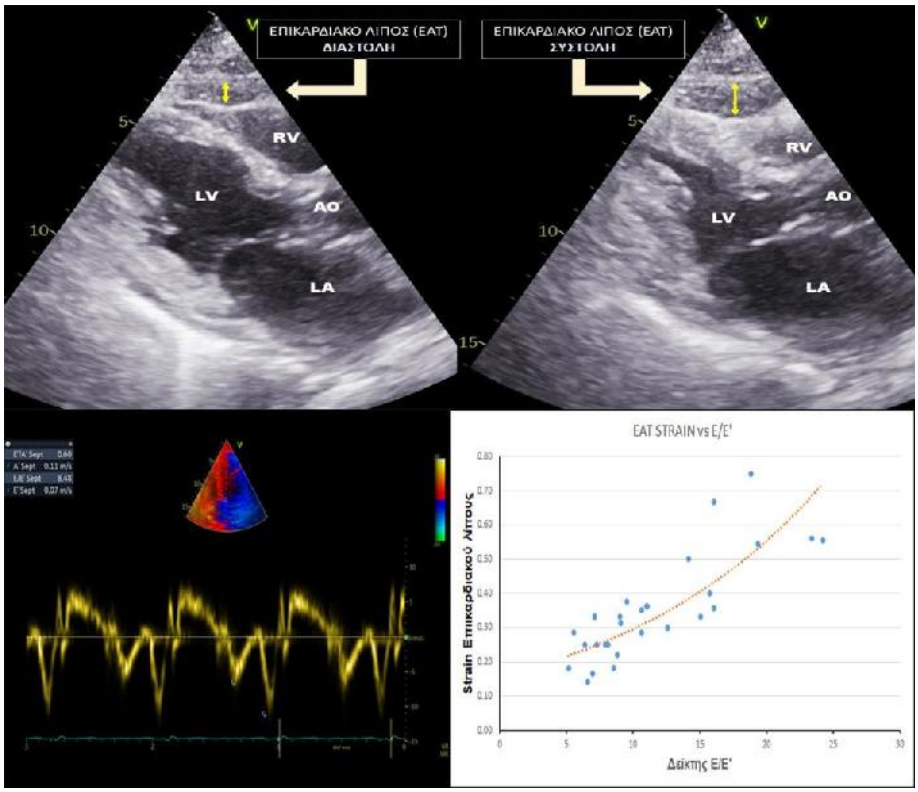
Καρδιακή ανεπάρκεια ΙΙ / Heart Failure II

Πρόεδροι: **Χ. Χατζηελευθερίου** (Δράμα), **Γ. Κουργιαννίδης** (Αθήνα)
Chairpersons: **C. Chatzieleftheriou** (Drama), **G. Kourgiannidis** (Athens)

ΑΑ311|Η επίδραση της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας στην ενδοτικότητα του επικαρδιακού λίπους.

Τ. Απτή[1], Γ. Ελευθεριάδης[1], Δ. Διαμαντόπουλος[1], Σ. Ντούρτσιου[1], Ρ. Χασάν[1], Ρ. Ιακουμπίδου[1], Λ. Διαμαντόπουλος[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΡΟΔΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-σκοπός: Το επικαρδιακό λίπος (ΕΑΤ) αποτελεί ένα στρώμα λιπώδους ιστού στην εξωτερική επιφάνεια του μυοκαρδίου, εντός του περικαρδιακού σάκου. Αιματώνεται από τα αγγεία της καρδιάς και έχει μηχανική και παρακρινική σχέση με το μυοκάρδιο. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η -από μηχανικής άποψης- διερεύνηση της επίδρασης της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας στην ελαστική παραμόρφωση του επικαρδιακού λίπους. Μέθοδος-αποτελέσματα: Η εκτίμηση της ενδοτικότητας του επικαρδιακού λίπους έγινε με διαθωρακικό υπερηχογράφημα, και συγκεκριμένα με μέτρηση της μεταβολής του μέσου πάχους του στην βραχεία και επιμήκη παραστερνική προβολή. Η εκτίμηση της διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας έγινε με την αξιολόγηση των πιέσεων πλήρωσής της, μέσω του πηλίκου ταχυτήτων Ε/e' όπως μετρούνται με το παλμικό και ιστικό doppler αντίστοιχα. Μελετήσαμε συνολικά 30 ενήλικες ασθενείς , 18 άνδρες και 12 γυναίκες ηλικίας 35-70 ετών που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με περικαρδιακή συλλογή υγρού, κολπική μαρμαρυγή, οξέα στεφανιαία σύνδρομα και μέτρια/σοβαρή βαλβιδοπάθεια. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, όπου μετρήθηκαν η πρώιμη μέγιστη ταχύτητα διαστολικής πλήρωσης Ε, το πηλίκο Ε/Α και η ταχύτητα e' του διαφραγματικού τμήματος του μιτροειδικού δακτυλίου και υπολογίσθηκε ο λόγος Ε/e'. Επιπλέον, μετρήθηκε η μεταβολή του πάχους του επικαρδιακού λίπους ανάμεσα στο τέλος της διαστολής και το τέλος της συστολής σε 3 καρδιακούς κύκλους και υπολογίσθηκε το μέσο strain ε της λιπώδους στοιβάδας βάσει της εξίσωσης ε=ΔL/L0. Ο μέσος όρος του πάχους του ΕΑΤ ήταν 12.47±3.43mm κατά την συστολή και 5.73±2.23mm κατά την διαστολή. Παρατηρήθηκε αυξημένο strain του ΕΑΤ σε ασθενείς με αυξημένο δείκτη Ε/Ε' (Pearson R=0.81, p<0.001). Η συσχέτιση των δύο δεικτών αποτυπώνεται στο σχήμα. Συμπέρασμα: Από την μελέτη προέκυψε ότι οι ασθενείς με κοιλιακή διαστολική δυσλειτουργία παρουσιάζουν αυξημένο strain στο στρώμα του επικαρδιακού λίπους. Λαμβάνοντας υπόψιν τις πολλαπλές (μηχανικές, ενδοκρινικές, φλεγμονώδεις, κα.) ιδιότητες του επικαρδιακού λίπους, περαιτέρω μελέτες αναμένεται να ρίξουν φως στις επιπτώσεις αυτής της επίδρασης.



ΑΑ312|Φαινοτυπική διαστρωμάτωση κινδύνου σε νοσηλευόμενους ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια

Μ. Κουρεμέτη[1], Ε. Καραθάνου[1], Β. Κουλολιά[1], Π. Πάντου[1], Ε. Κολιστάση[1], Ε. Μαρίνου[1], Κ. Μαυρομούστακου[1], Π. Ξύδης[1], Χ. Χρυσοχόου[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο (HFpEF) και μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF) αποτελούν δύο διακριτούς κλινικούς φαινοτύπους με διαφορετική παθοφυσιολογία, κλινικά προφίλ και έκβαση. Η σύγκριση του κινδύνου θνησιμότητας και νοσηρότητας μεταξύ αυτών των δύο φαινοτύπων είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση της προγνωστικής διαστρωμάτωσης. Σκοπός: Η σύγκριση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας μεταξύ ασθενών με HFrEF και HFpEF, καθώς και η ταυτοποίηση κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που προβλέπουν δυσμενείς εκβάσεις σε κάθε φαινότυπο ξεχωριστά. Μέθοδοι: Αυτή η αναδρομική μελέτη κοόρτης συμπεριέλαβε 900 ασθενείς με διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας, εκ των οποίων 605 με HFrEF και 295 με HFpEF. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, του φύλου, του NT-proBNP, της κρεατινίνης ορού, του νατρίου ορού και της παρουσίας ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας (CAD-HF). Τα καταληκτικά σημεία της μελέτης περιελάμβαναν την επανανοσηλεία λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και τη θνησιμότητα.ΑποτελέσματαΗ θνησιμότητα (OR 1,072, 95% CI 0,803–1,431, p = 0,6) και η νοσηρότητα (OR 1,195, 95% CI 0,873–1,636, p = 0,2) δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο φαινοτύπων. Στην HFrEF, η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με αυξημένη θνησιμότητα (mean difference 6,164 έτη, p < 0,01), ενώ οι νεότεροι ασθενείς εμφάνισαν συχνότερες επανανοσηλείες (mean difference 3,831 έτη, p < 0,01), υποδεικνύοντας «σφάλμα επιβίωσης» (survival bias).τα αυξημένα επίπεδα NT-proBNP και κρεατινίνης συσχετίστηκαν με υψηλότερη θνησιμότητα, ενώ η κρεατινίνη αποτέλεσε επίσης προγνωστικό παράγοντα επανανοσηλείας. Τα υψηλότερα επίπεδα νατρίου ορού συσχετίστηκαν με χαμηλότερη θνησιμότητα. Η ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια αποτέλεσε παράγοντα θνησιμότητας αλλά όχι επανανοσηλείας. Στην HFpEF, η ηλικία, το NT-proBNP και τα επίπεδα νατρίου συσχετίστηκαν με τη θνησιμότητα, ενώ η κρεατινίνη αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα επανανοσηλείας. Συμπέρασμα : Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα ήταν συγκρίσιμες μεταξύ των ασθενών με HFrEF και HFpEF, όμως οι καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου διαφέρουν. Στην HFrEF, η ηλικία, το NT-proBNP, η νεφρική λειτουργία, το νάτριο και η στεφανιαία νόσος επηρέασαν τη θνησιμότητα, ενώ η νεφρική λειτουργία αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα επανανοσηλείας. Στην HFpEF, η ηλικία, το NT-proBNP και το νάτριο αποτέλεσαν προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της φαινοτυπικά στοχευμένης διαστρωμάτωσης κινδύνου.

ΑΑ313|Πέρα από τους Καρδιονεφρικούς Παράγοντες Κινδύνου: Ο Ρόλος της Ευπάθειας στην Πρόγνωση της Οξείας Καρδιακής Ανεπάρκειας

Γ. Αλετράς[1], Ε. Μπαχλιτζανάκη[1], Μ. Στρατινάκη[1], Θ. Γεωργοπούλου[1], Α. Βλαχόπουλος[2], Γ. Χαλκιαδάκη[2], Ι. Πανταζής[3], Μ. Χαμηλός[4], Κ. Στυλιανού[5], Ε. Φουκαράκης[1]

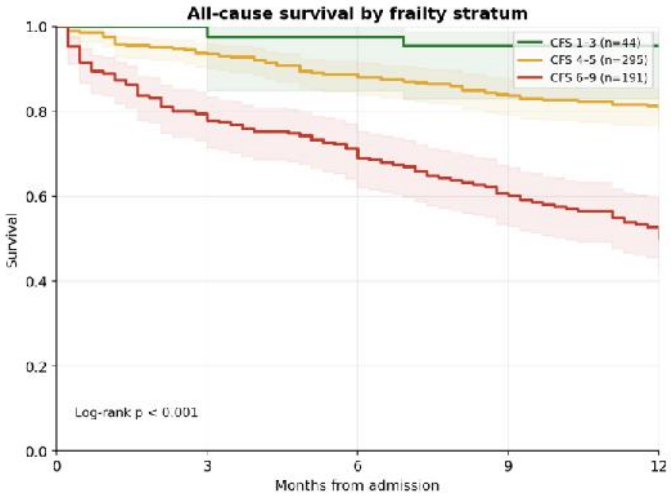
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Βιοχημικό τμήμα, Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου* , *[3]Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης*, *[4]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Καρδιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου*, *[5]1. Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2. Νεφρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου*

Εισαγωγή–Σκοπός: Η ευπάθεια (frailty) είναι ιδιαίτερα συχνή στους ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ), ωστόσο ο ανεξάρτητος προγνωστικός της ρόλος δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας της ευπάθειας στην ΟΚΑ και του πρόσθετου ρόλου της στους καρδιονεφρικούς βιοδείκτες. Υλικό–Μέθοδοι: Αναλύθηκαν προοπτικά 530 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύθηκαν λόγω ΟΚΑ (02/2023–06/2025). Καταγράφηκαν βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, εργαστηριακά και υπερηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά κατά τη νοσηλεία. Η ευπάθεια εκτιμήθηκε κατά την εισαγωγή με βάση την προ απορρύθμισης κατάστασης του ασθενούς χρησιμοποιώντας την κλίμακα CFS (Clinical Frailty Scale, CFS). Στη συνέχεια, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες (CFS 1–3, 4–5 και 6–9), ενώ ως ευπάθεια ορίστηκε ως η παρουσία σκορ CFS ≥5. Η παρακολούθηση διήρκεσε 12 μήνες και σε αυτό το διάστημα καταγράφηκε η συνολική θνητότητα, η ανάγκη για εξωνεφρική κάθαρση, οι επανεισαγωγές λόγω ΟΚΑ, η σχέση της ευπάθειας με το NT-proBNP και η πρόσθετη προγνωστική αξία της έναντι του βασικού καρδιονεφρικού μοντέλου. Αποτελέσματα: Ευπάθεια (CFS ≥5) διαπιστώθηκε στο 66,4% των ασθενών και το 36% είχε σκορ CFS 6–9. Η πρόοδος του σταδίου ευπάθειας συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, χρόνια νεφρική νόσο, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, υψηλότερα επίπεδα NT-proBNP, ουρίας και ουρικού οξέος, καθώς και χαμηλότερες τιμές αιμοσφαιρίνης, λευκωματίνης και eGFR (p<0,01). Η ετήσια θνητότητα εμφάνιζε αυξανόμενη επίπτωση μεταξύ των κατηγοριών ευπάθειας (4,5%, 19,3% και 49,7%, p<0,001), ενώ στους επιζώντες ασθενείς, οι επανεισαγωγές λόγω ΟΚΑ ήταν και αυτές συχνότερες στους περισσότερο ευπαθείς ασθενείς (4,8%, 26,9% και 32,2%, p=0,003). Ακόμα, παρατηρήθηκε ασυμφωνία μεταξύ ευπάθειας και βιοδεικτών, καθώς οι ευπαθείς ασθενείς με χαμηλό NT-proBNP εμφάνισαν υψηλότερη θνητότητα από μη ευπαθείς ασθενείς με υψηλότερο NT-proBNP (26,5% έναντι 22,0%). Η προσθήκη του CFS βελτίωσε σημαντικά τη διακριτική ικανότητα του βασικού

μοντέλου πρόβλεψης (δείκτης C από 0,701 σε 0,734, p<0,001). Συμπεράσματα: Η ευπάθεια αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη στην ΟΚΑ, αντανακλώντας κυρίως εξωκαρδιακούς μηχανισμούς που επηρεάζουν τη θνητότητα και προσφέροντας σημαντική προγνωστική πληροφορία πέρα από το NT-proBNP και τους καθιερωμένους καρδιονεφρικούς δείκτες. Η συστηματική εκτίμησή της μπορεί να συμβάλει σε βελτίωση εκτίμησης της πρόγνωσης και σε εξατομίκευση της θεραπευτικής στρατηγικής.

Σύγκριση βασικών χαρακτηριστικών και εκβάσεων ανά κατηγορία ευπάθειας (Clinical Frailty Scale).

Παράμετρος	CFS 1–3 (n=44)	CFS 4–5 (n=295)	CFS 6–9 (n=191)	p
Δημογραφικά και συνοσηρότητες				
Ηλικία (έτη)	66 [58–73]	78 [73–84]	86 [82–89]	<0,001
Γυναικείο φύλο, n (%)	20 (45,5)	174 (58,6)	112 (58,6)	<0,001
Χρονια νεφρική νόσος, n (%)	4 (9,1)	142 (47,5)	130 (68,1)	<0,001
Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, n (%)	15 (34,1)	106 (35,9)	105 (55,2)	<0,001
Πολυαγγειοπάθεια, n (%)	5 (11,4)	82 (27,8)	98 (51,3)	<0,001
Ισχαιμική καρδιοπάθεια, n (%)	11 (25)	126 (89,3)	48 (25,1)	0,008
Ιστορικο κολπικης μαρμαρυγης	21 (47,7)	168 (56,9)	124 (64,9)	0,061
Σακχαρώδης διαβήτης	17 (38,6)	155 (52,5)	103 (53,9)	0,177
NYHA class, n (%)				
NYHA I	22 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
NYHA II	22 (50,0)	81 (27,5)	0 (0,0)	
NYHA III	0 (0,0)	213 (72,2)	103 (56,5)	
NYHA IV	0 (0,0)	1 (0,3)	89 (43,5)	
Υπερηχοκαρδιογραφικα στοιχεία:				
LVEF (%)	35 [25–51]	45 [30–55]	50 [35–55]	0,007
RV S' (cm/s)	11,0 [9,8–13,0]	11,0 [9,0–12,2]	10,0 [8,5–11,0]	<0,001
ePASP (mmHg)	35 [30-45]	40 [30-50]	50 [40-60]	<0,001
Εργαστηριακές παράμετροι εισόδου:				
NT-proBNP (pg/ml)	3514 [1576–6874]	4954 [2902–8721]	8488 [3657–13654]	<0,001
Ουρία (mg/dl)	40 [34–47]	52 [42–72]	72 [53–105]	<0,001
Ουρικό οξύ (mg/dl)	6,6 [5,2–7,7]	7,4 [5,1–8,8]	8,1 [5,7–10,1]	<0,001
Αιμοσφαιρίνη (g/dl)	13,4 [12,2–14,5]	12,0 [10,6–13,0]	10,9 [9,8–12,4]	<0,001
Αλβουμίνη (g/dl)	4,2 [3,9–4,3]	4,1 [3,9–4,3]	3,9 [3,7–4,1]	<0,001
Κρεατινίνη (mg/dl)	0,92 [0,79–1,06]	1,13 [0,85–1,49]	1,23 [1,02–1,73]	<0,001
eGFR εισαγωγής (ml/min/1,73 m²)	79 [71–92]	62 [44–78]	47 [32–62]	<0,001
Φαρμακευτική αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας κατ' οίκον, n (%)				
ARNI	1 (2,3)	15 (5,1)	4 (2,1)	0,207
ACEi/ARB	21 (47,7)	157 (53,2)	88 (46,6)	0,538
β-απο-αναστ	13 (29,5)	181 (61,4)	108 (56,5)	<0,001
MRA	5 (8,8)	61 (20,7)	52 (26,2)	0,016
SGLT2i	3 (11,4)	58 (19,7)	45 (23,6)	0,175
Φαρμακευτική αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας εξόδου, n (%) – επιβιώσαντες				
ARNI	18 (40,9)	31 (10,8)	8 (3,5)	<0,001
ACEi/ARB	20 (45,5)	137 (47,7)	42 (23,3)	<0,001
β-απο-αναστ	38 (86,4)	242 (84,3)	111 (64,5)	<0,001
MRA	35 (79,5)	168 (58,9)	83 (51,7)	0,004
SGLT2i	40 (90,9)	197 (68,6)	86 (50,0)	<0,001
Έκβαση στο έτος				
Συνολική θνητοτητα, n (%)	2 (4,5)	57 (19,3)	95 (49,7)	<0,001
Εξωνεφρική κάθαρση (RRT), n (%)	0 (0,0)	6 (2,0)	18 (9,4)	<0,001
Επανεισαγωγη λόγω ΟΚΑ (επιζώντες) (n=556), n (%)	2 (4,8)	63 (26,9)	25 (32,2)	0,003



AA314|Η διάμεση ίνωση της δεξιάς κοιλίας ως καθοριστικός παράγοντας της εφεδρείας του δεξιού μυοκαρδίου σε ασθενείς με συσκευή υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας

Δ. Μηλιόπουλος[1], Ε. Τσέλιου[2], Ν. Κογεράκης[1], Α. Κολιοπούλου[1], Κ. Ιερομόναχος[1], Α. Γκουζιούτα[1], Χ. Καπέλιος[3], Π. Γεωργιάδου[4], Β. Βαρτελά[1], Π. Λατσώνας[1], Ε. Ντύλγια[1], Π. Βλάχος[1], Α. Πλατανιά[1], Σ. Αδαμόπουλος[1], Λ. Κακλαμάνης[1], D. Miller[5], Σ. Δράκος[2], Θ. Χαμογεωργάκης[1], Μ. Μπόνιος[1]

[1]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, [2]Division of Cardiovascular Medicine and Nora Eccles Treadwell Cardiovascular Research and Training Institute, Department of Internal Medicine, University of Utah School of Medicine, Salt

Lake City, Utah, *[3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*, *[4]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ*, *[5]Department of Pathology, University of Utah School of Medicine and Intermountain Medical Center, Salt Lake City, Utah*

Εισαγωγή/ Σκοπός: Η καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου συχνά αντιμετωπίζεται με την εμφύτευση συσκευής υποβοήθησης αριστερής κοιλίας (LVAD). Ωστόσο, η μετεγχειρητική ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας παραμένει μια από τις σοβαρές επιπλοκές, η οποία σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Παρόλο που η προεγχειρητική εκτίμηση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την έκβαση, οι τρέχουσες ηχοκαρδιογραφικές και αιμοδυναμικές μετρήσεις συχνά δεν επαρκούν, καθώς επηρεάζονται έντονα από τις μεταβαλλόμενες συνθήκες φόρτισης του μυοκαρδίου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί εάν η ιστολογική ποσοτικοποίηση της διάμεσης ίνωσης της δεξιάς κοιλίας μπορεί να παρέχει έναν πιο σταθερό, αξιόπιστο και ανεξάρτητο δείκτη της πραγματικής εφεδρείας της μετά την εμφύτευση LVAD.Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν συνολικά 17 ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση LVAD. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης λήφθηκε ιστός από το μυοκάρδιο της δεξιάς κοιλίας. Ακολούθησε ιστολογική ανάλυση για την ποσοτικοποίηση της διάμεσης ίνωσης. Παράλληλα, καταγράφηκαν οι προεγχειρητικές κλινικές και αιμοδυναμικές παράμετροι, προκειμένου να γίνει συσχέτιση με τα ιστολογικά ευρήματα και την κλινική πορεία των ασθενών. Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι οι κλασικές προεγχειρητικές αιμοδυναμικές παράμετροι, όπως ο δείκτης παλμικότητας της πνευμονικής αρτηρίας (PAPi) και η κεντρική φλεβική πίεση (CVP), ήταν συγκρίσιμες μεταξύ της ομάδας των ασθενών που εμφάνισαν μετεγχειρητική δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και εκείνης που δεν εμφάνισαν. Αντίθετα, ο βαθμός της διάμεσης ίνωσης της δεξιάς κοιλίας αποτέλεσε καθοριστικό διαφοροποιητικό παράγοντα. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς χωρίς δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια είχαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό διάμεσης ίνωσης (28,40 ± 17,18%) σε σύγκριση με εκείνους που εμφάνισαν ανεπάρκεια (52,31 ± 21,50%, p = 0,0277). Η περαιτέρω αξιολόγηση μέσω της ανάλυσης ROC καθόρισε ένα όριο 35% διάμεσης ίνωσης ως το κρίσιμο όριο της εφεδρείας της δεξιάς κοιλίας. Συμπεράσματα: Η ιστολογική ποσοτικοποίηση της διάμεσης ίνωσης της δεξιάς κοιλίας αναδεικνύεται ως ένας σταθερότερος και λιγότερο δυναμικός προγνωστικός δείκτης για την εφεδρεία και την ανάπτυξη ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλίας μετά την εμφύτευση LVAD.

ΑΑ315|Περιγραφή σειράς περιπτώσεων με σύνδρομο Takotsubo: εμπειρία ενός κέντρου.

Π. Μανιφάβα[1], Ι. Πετρόπουλος[1], Α. Σιάνης[2], Ε. Ρεπάσος[1], Σ. Λαγουδάκου[1], Μ.Ε. Τσελεγκίδη[2], Ά. Δημουλά[1], Π. Ναστάτος[2], Ε.Τσαγάλου[2], Κ. Σταματελόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα*

Εισαγωγή/ Σκοπός: Το σύνδρομο Takotsubo αποτελεί οξεία, συνήθως αναστρέψιμη, μορφή μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας με ετερογενή κλινική εικόνα και αβέβαιους προγνωστικούς δείκτες. Σκοπός αυτής της περιγραφής σειράς περιπτώσεων είναι η ανάλυση των δημογραφικών, κλινικών, εργαστηριακών και υπερηχοκαρδιογραφικών χαρακτηριστικών ασθενών με σύνδρομο Takotsubo, καθώς και η διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την πρώιμη αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Υλικό/ Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 18 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με σύνδρομο Takotsubo σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, καθώς και υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα. Ως πρώιμη ανάκαμψη ορίστηκε η αποκατάσταση του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) σε>% κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των καταγεγραμμένων παραμέτρων και της πρώιμης ανάκαμψης του LVEF. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 72,7 έτη και το 88,9% (16/18) ήταν γυναίκες. Αρτηριακή υπέρταση καταγράφηκε στο 50% (9/18), ενώ σακχαρώδης διαβήτης και δυσλιπιδαιμία στο 38,9% (7/18). Το επικρατέστερο υπερηχοκαρδιογραφικό πρότυπο ήταν το apical ballooning (83,3%, 15/18), ενώ midventricular και basal μορφές παρατηρήθηκαν στο 5,6% (1/18) και 11,1% (2/18) αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε κανένα περιστατικό απόφραξης του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας, ενώ παρατηρήθηκε τουλάχιστον μετρίου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας στο 16,7% (3/18). Αρρυθμίες καταγράφηκαν στο 33,3% (6/18) των ασθενών, συγκεκριμένα πρώτη εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής και κοιλιακή ταχυκαρδία στο 11,1% (2/18), μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία στο 22,2% (4/18) και κοιλιακή μαρμαρυγή στο 5,6% (1/18).Το μέσο LVEF κατά την εισαγωγή ήταν 34,2%, ενώ πρώιμη ανάκαμψη της συστολικής λειτουργίας παρατηρήθηκε στο 77,8% (14/18) των ασθενών. Δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της πρώιμης ανάκαμψης του LVEF και των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, της παρουσίας αρρυθμιών ή των εργαστηριακών δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης και φλεγμονής. Κατά τη νοσηλεία δεν καταγράφηκαν επεισόδια καρδιογενούς καταπληξίας, ούτε μηχανικές επιπλοκές. Συμπεράσματα: Η πρώιμη αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας ήταν συχνή και η ενδονοσοκομειακή πορεία των ασθενών συνολικά ευνοϊκή. Στην παρούσα σειρά περιστατικών δεν αναδείχθηκαν κλινικοί, εργαστηριακοί ή υπερηχοκαρδιογραφικοί παράγοντες που να σχετίζονται με την πρώιμη ανάκαμψη του LVEF. Απαιτούνται μεγαλύτερες, προοπτικές μελέτες για την αναγνώριση αξιόπιστων προγνωστικών δεικτών της πρώιμης αποκατάστασης της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας.

Table 1

	Value	N	Percent (%)
Gender	Female	16	88.9
	Male	2	11.1
Smoking	Yes	2	11.1
	No	16	88.9
Diabetes Mellitus	Yes	7	38.9
	No	11	61.1
Hypertension	Yes	9	50.0
	No	9	50.0
Dyslipidemia	Yes	7	38.9
	No	11	61.1
Cardiovascular Disease	Yes	2	11.1
	No	16	88.9
Heart Failure	Yes	0	0
	No	18	100
Takotsubo Pattern	Apical	15	83.3
	Midventricular	1	5.6
	Basal	2	11.1
Moderate-Severe Mitral Regurgitation	Yes	3	16.7
	No	15	83.3
LVOT Obstruction	Yes	0	0
	No	18	100
Arrhythmias	New onset AF	2	11.1
	NSVT	4	22.2
	VT	2	11.1
	VF	1	5.6
	No	7	66.7
Cardiogenic Shock	Yes	0	0
	No	18	100
Mechanical Complication	Yes	0	0
	No	18	100
EF Recovery in Hospital	Yes	14	77.8
	No	4	22.2

Table 2

	Mean	N
Age	72.7	18
LVEF	34.2	18
Haemoglobin (g/dl)	12.2	18
WBCs (/μL)	11733	18
hsCRP (mg/dL)	0.47	18
hsCRP (72h)(mg/dL)	0.64	18
AST (U/L)	42	18
CPK (U/L)	474	18
max CPK (U/L)	586.9	18
LDH (U/L)	322.2	18
eGFR (ml/min/1.73m²)	71.7	18
RV S' (cm/s)	13.7	18
Years since Menopause	22.3	16

ΑΑ316|Η καρδιά πίσω από τη χολόσταση: περιστατικό πολυοργανικής ανεπάρκειας σε νεοδιαγνωσθείσα διατατική μυοκαρδιοπάθεια

Β. Γόγολας [1], Ε.Ε. Κουφού[1], Π. Κοσμάς[1], Μ. Κυριαζής[1], Δ. Σιούτης[1], Π. Μπούνας[1], Ά. Δαγρέ[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή / Σκοπός :Η οξεία πολυοργανική ανεπάρκεια σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντική διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Η υποξική ηπατίτιδα και η φαρμακοεπαγόμενη ηπατοτοξικότητα αποτελούν σπάνια αλλά σημαντικά αίτια οξείας ηπατικής βλάβης στο πλαίσιο αιμοδυναμικής επιβάρυνσης. Παρουσιάζεται περιστατικό νεοδιαγνωσθείσας διατατικής μυοκαρδιοπάθειας με σοβαρή χολόσταση. Υλικό / Μέθοδοι Άνδρας 58 ετών, καπνιστής, με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας προσήλθε λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας από ημερών με συνοδό θωρακικό άλγος. Ο αρχικός έλεγχος ανέδειξε έντονη εκτακτοσυστολική αρρυθμία (και πολλαπλά επεισόδια μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας), αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές και σοβαρή συστολική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας (EF 25%) με σημαντικά αυξημένο NT-proBNP. Έγινε έναρξη αγωγής καρδιακής ανεπάρκειας, διουρητικών και αμιοδαρόνης στα πλαίσια της έντονης εκτακτοσυστολίας και ο ασθενής οδηγήθηκε στη μονάδα εμφραγμάτων για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Αποτελέσματα Στις 48 ώρες ο ασθενής εμφάνισε αιφνίδια επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας και σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία με έντονη χολόσταση και ολική χολερυθρίνη έως 54,7 mg/dL (ανώτερο φυσιολογικό όριο <1,20 mg/dl) με κυρίως άμεση υπερχολερυθριναιμία καθώς και συνοδό ίκτερο. Διεκόπησαν άμεσα η ενδοφλέβια αμιοδαρόνη και η αγωγή καρδιακής ανεπάρκειας. Ακολούθησε ταχεία περαιτέρω αποσταθεροποίηση του ασθενούς με επεισόδιο κοιλιακής μαρμαρυγής και επιτυχή επαναφορά της κυκλοφορίας. Ο διαγνωστικός έλεγχος απέκλεισε στεφανιαία νόσο, πνευμονική εμβολή και αποφρακτική νόσο χοληφόρων. Ακολούθησε μεταφορά σε ΜΕΘ για σταθεροποίηση και διερεύνηση πολυοργανικής ανεπάρκειας συνοδευόμενης από αιφνίδιο ίκτερο και σοβαρή χολόσταση, μη αποδιδόμενη αποκλειστικά στην καρδιακή ανεπάρκεια. Έλαβε αγγειοσυσπαστική υποστήριξη, αντιβιοτική αγωγή και παροδικά θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης. Περαιτέρω διερεύνηση απέκλεισε λοιμώδη, ανοσολογικά και τοξικά αίτια ηπατικής βλάβης. Τα ηπατικά και χολοστατικά ένζυμα ομαλοποιήθηκαν σταδιακά με υποχώρηση του ικτέρου. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε διατατική μυοκαρδιοπάθεια και πραγματοποιήθηκε εμφύτευση ICD για

δευτερογενή πρόληψη αιφνιδίου καρδιακού θανάτου 3 μήνες μετά την αρχική εισαγωγή του ασθενούς. Στον επανέλεγχο ενός μήνα ο ασθενής ήταν πλήρως λειτουργικός και ασυμπτωματικός στις καθημερινές δραστηριότητες, υπό στενή νεφρολογική παρακολούθηση, με ικανοποιητική διούρηση και χωρίς ενεργοποίηση θεραπειών από το ICD. Το κλάσμα εξώθησης παρέμεινε σταθερό στο 30–35%.Συμπεράσματα Η πορεία του ασθενούς υποστηρίζει τη διάγνωση της υποξικής ηπατίτιδας σχετιζόμενης με χαμηλή καρδιακή παροχή και συστηματική υποάρδευση σε συνδυασμό με πιθανή φαρμακοεπαγόμενη ηπατοτοξικότητα από αμιοδαρόνη και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση οξείας σοβαρής χολόστασης σε ασθενείς με

AA317|Echocardiographic Strain as a Predictor of Chemotherapy-Related Cardiotoxicity: Recent Trial Results and Insights

K. Ntalapa[1], P. Angelopoulos[2]

[1]Κέντρο Υγείας Πραμάντων , [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Cardiotoxicity is a complication of modern anti-cancer therapies, particularly with the use of anthracyclines and trastuzumab. Traditional monitoring, which relies on the assessment of Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF), often lacks the sensitivity to detect early subclinical myocardial injury, as LVEF decreases only after significant compensatory mechanisms have failed. Two-dimensional speckle-tracking echocardiography (STE), specifically Global Longitudinal Strain (GLS), has emerged as a superior tool for the early detection of Cancer Therapy-Related Cardiac Dysfunction (CTRCD). This abstract synthesizes the latest trial results regarding the predictive value of GLS and its role in guiding cardioprotective strategies. Material and Methods: An analysis of recent landmark trials, including the SUCCOUR and SUCCES-hf studies, and the latest European Society of Cardiology (ESC) guidelines on cardio-oncology was performed. The analysis focused on the diagnostic accuracy of GLS in predicting a drop in LVEF and the clinical outcomes of strain-guided versus LVEF-guided initiation of cardioprotective therapy (ACE inhibitors/ beta-blockers). The review also evaluated the prognostic significance of relative GLS reduction versus absolute threshold values in diverse oncology cohorts. Results: Data, particularly from the SUCCOUR trial, highlight that a relative reduction in GLS of>% from baseline is a robust predictor of subsequent CTRCD, even when LVEF remains within the normal range. While the SUCCOUR trial did not show a significant difference in the primary endpoint (LVEF at 1 year) between strain-guided and LVEF-guided groups, the strain-guided approach resulted in a lower incidence of CTRCD and earlier initiation of cardioprotective treatment. Latest insights suggest that GLS provides incremental prognostic value beyond traditional risk factors for predicting long-term heart failure events. The integration of GLS into standardized cardio-oncology protocols has been shown to improve risk stratification and enable more personalized cardiac surveillance during oncological treatments. Conclusions: Echocardiographic strain imaging is a sensitive and validated tool for the early detection of chemotherapy-induced cardiotoxicity. Current evidence supports the routine clinical use of GLS monitoring to identify subclinical myocardial dysfunction and guide early therapeutic intervention. As cardio-oncology moves toward precision medicine, the implementation of strain-based surveillance protocols is essential for minimizing cardiovascular morbidity without compromising the delivery of life-saving cancer therapies.

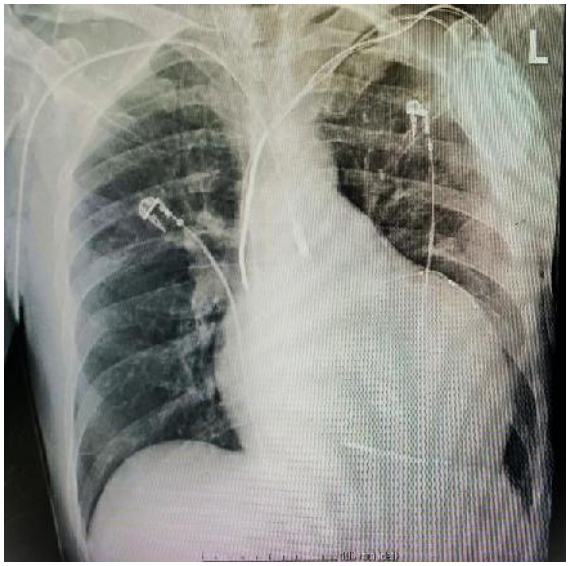
AA318|Επιτυχής χρήση της Impella 5.5 ως γέφυρας προς μεταμόσχευση καρδιάς σε ασθενή με καρδιογενή καταπληξία

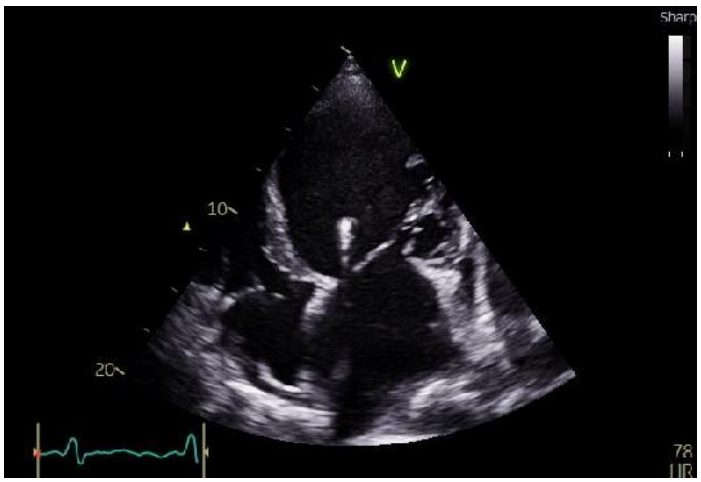
Γ. Παταβούκας[1], Α. Κλώπα[1], Ε. Μιχαλάκη[1], Μ. Ζερβός[1], Μ. Χρονάκη[1], Δ. Ελαιόπουλος[1], Ι. Βλαχοδημήτρης[1], Γ. Κωνσταντίνου[1], Α. Κολιοπούλου[2], Χ. Αναστογιάννης[1], Α. Γκουζιούτα[3], Σ. Δημόπουλος[4]

[1]Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Νοσοκομείο, [2]Β' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ωνάσειο Νοσοκομείο, [3]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, [4]Καρδιοχειρουργική ΜΕΘ, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Introduction: Η προσωρινή μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας σε ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή ως γέφυρα προς μεταμόσχευση καρδιάς (bridge to transplantation, BTT) ή προς περαιτέρω θεραπευτικές αποφάσεις (bridge-to-bridge). Η χρήση της Impella 5.5 σε αυτό το πλαίσιο παραμένει περιορισμένα τεκμηριωμένη. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με τελικού σταδίου ισχαιμική καρδιακή ανεπάρκεια, ο οποίος υποστηρίχθηκε επιτυχώς με Impella 5.5 ως γέφυρα προς μεταμόσχευση καρδιάς. Case Study: Πρόκειται για άρρεν ασθενή 58 ετών με ιστορικό: ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια μετά από πρόσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου, βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, CRT-D, ιστορικό κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής και διαδερμική επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας (TEER) λόγω σοβαρής δευτεροπαθούς ανεπάρκειας μιτροειδούς. Ο ασθενής παρουσίαζε προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και εισήχθη σε καρδιογενές σοκ κατηγορίας INTERMACS II και SCAI C και υποστηρίχθηκε αρχικά με ενδοαορτική αντλία (IABP), με στόχο την εμφύτευση συσκευής LVAD ως γέφυρα προς μεταμόσχευση.Κατά την εισαγωγή στην αναισθησία για εμφύτευση LVAD, το διεγχειρητικό διοισοφάγειο

υπερηχογράφημα ανέδειξε οξεία σοβαρή δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας, γεγονός που οδήγησε στην αναβολή της επέμβασης. Ο ασθενής συνέχισε να υποστηρίζεται με IABP και ακολούθως αποφασίσθηκε η εμφύτευση Impella 5.5.ResultsΚατά τη νοσηλεία του, με την αποφόρτιση της αριστερής κοιλίας από την Impella και την συγχορήγηση ενδοφλέβιας μιλρινόνης, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας, όπως τεκμηριώθηκε από υπερηχογραφικούς δείκτες δεξιάς κοιλιακής συστολικής λειτουργίας (FAC, TAPSE και S'). Μετά από τέσσερις εβδομάδες επιτυχούς μηχανικής υποστήριξης και κινητοποίησης του ασθενούς, πραγματοποιήθηκε επιτυχής ορθότοπη μεταμόσχευση καρδιάς. Conclusions: Η Impella 5.5 μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή ως γέφυρα για μεταμόσχευση ή μόνιμη μηχανική υποστήριξη σε επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια και υψηλό κίνδυνο για άμεση εμφύτευση LVAD.





ΑΑ319|Ο δείκτης μάζας σώματος αντανακλά το βαθμό δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας σε ασθενείς με παχυσαρκία

Γ Πετρόπουλος[1], Μ.Ζαγκλή[1], Σ. Τομαράς[1], Γ. Βελισάρης[1], Κ. Μπράτης[1], Δ. Χατζής[1], Κ. Δανιηλίδου[1], Μ. Παλιάκη[1], Ν. Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Ι. Τσάλος[1], Β. Σταυροπούλου[1], Α. Θεοφίλου[1], Σ. Χατζίδου[1], Α. Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

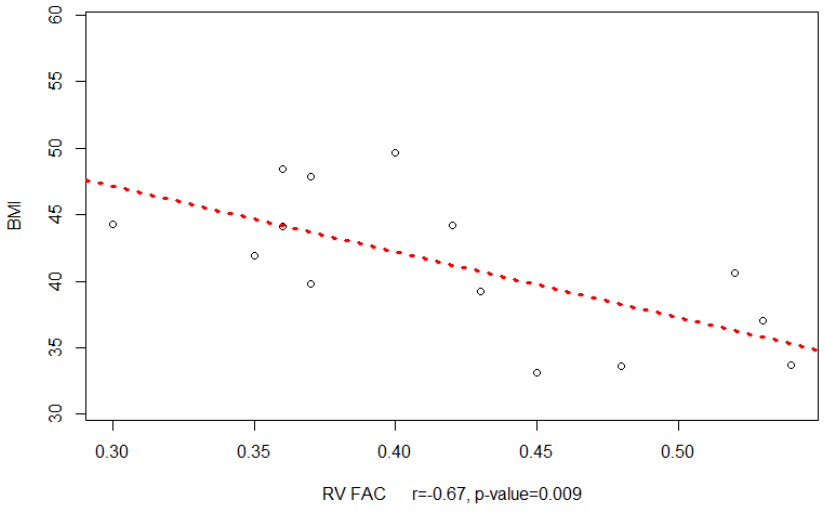
Εισαγωγή: Η αύξηση του λιπώδους ιστού στην παχυσαρκία προκαλεί αύξηση της καρδιακής παροχής και σε συνδυασμό με την ύπαρξη υπνικής άπνοιας, της υποξίας και της πνευμονικής υπέρτασης που αυτή προκαλεί, αυξάνεται το μεταφορτίο της δεξιάς κοιλίας γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική δυσλειτουργία της. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανίχνευση δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας με ευαίσθητους

υπερηχοκαρδιογραφικούς δείκτες και η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων με το δείκτη μάζας σώματος (BMI) και άλλους δείκτες παχυσαρκίας. Μέθοδος: Διαδοχικοί ασθενείς με παχυσαρκία κατηγορίας 1-3 [δείκτης μάζας σώματος, (BMI) ≥30] υποβλήθηκαν σε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα κατά τη διάρκεια του οποίου έγινε ενδελεχής έλεγχος της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας με τις ακόλουθες παραμέτρους: α) τελοδιαστολική διάμετρο δεξιάς κοιλίας (ΤΔΔΚ), β) RV TDI (tissue doppler imaging), γ) RV FAC, δ) TAPSE, ε) TAPSE/RVSP (κοιλιοπνευμονική σύζευξη). Στους ασθενείς αυτούς εκτός του BMI προσδιορίστηκαν και οι εξής δείκτες παχυσαρκίας: η επιφάνεια σώματος (BSA), το βάρος σώματος (ΒΣ), ο δείκτης περιφέρειας μέσης/ύψος (Μ/Υ) και ο δείκτης περιφέρειας μέσης/γοφών (Μ/Γ), ως επιπρόσθετοι δείκτες του βαθμού της παχυσαρκίας. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 51 ασθενείς, μέσης ηλικίας 51,2 ετών, 43% γυναίκες, με μέσο BMI 39.3±5.49 με μέσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 58,1±6%. Η ενδιάμεση τιμή της ΤΔΔΚ ήταν 37 mm (27-48), του RV TDI 13 (8-23) cm/s, RV FAC 40% (30-54), TAPSE 22.5 cm (17-28), TAPSE/RVSP 1.08 mmHg (0.48-1.4). Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ BSA ΒΣ και ΤΔΔΚ (Πίνακας) και αρνητική συσχέτιση μεταξύ ΒΣ και BMI με το RV FAC (Πίνακας και Εικόνα). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ Μ/Υ και Μ/Γ με τους δείκτες λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας. Συμπεράσματα: Όσο αυξάνεται το σωματικό βάρος και ο δείκτης μάζας σώματος BMI τόσο μειώνεται η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας.

Συσχετίσεις Δεικτών Παχυσαρκίας και Δεικτών Λειτουργικότητας Δεξιάς Κοιλίας

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	BMI	BSA	Μ/Υ	Μ/Γ	ΒΣ
ΤΔΔΚ	r=0.152, p=0.521	r=0.683, p=0.001	r=-0.247, p=0.374	r=-0.182, p=0.516	r=0.607, p=0.004
RV TDI	r=-0.097, p=0.668	r=0.012, p=0.956	r=-0.037, p=0.893	r=0.361, p=0.17	r=-0.073, p=0.742
RV FAC	r=-0.667, p=0.009	r=-0.478, p=0.084	r=-0.315, p=0.375	r=0.279, p=0.435	r=-0.566, p=0.028
TAPSE	r=-0.005, p=0.987	r=-0.12, p=0.669	r=-0.092, p=0.788	r=-0.31, p=0.353	r=-0.122, p=0.654
TAPSE/RVSP	r=0.242, p=0.384	r=0.18, p=0.521	r=0.19, p=0.575	r=-0.23, p=0.496	r=0.008, p=0.768

BMI: Δείκτης μάζας σώματος, Μ/Υ: Περιφέρεια μέσης/Υψος, Μ/Γ: Περιφέρεια μέσης/Περιφέρεια γοφών, ΒΣ: Βάρος Σώματος, ΤΔΔΚ: Τελοδιαστολική διάμετρος δεξιάς κοιλίας, TAPSE/RVSP: κοιλιοπνευμονική σύζευξη

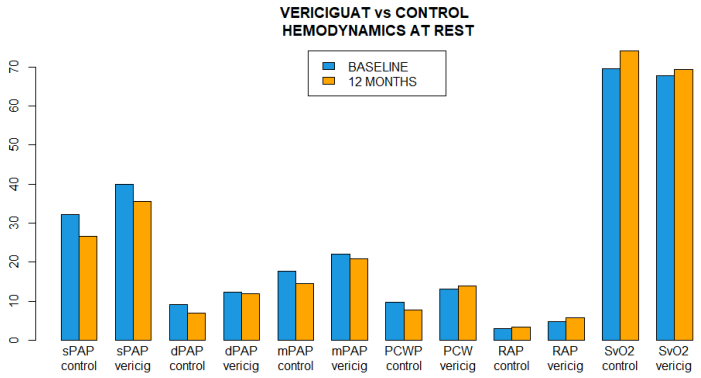


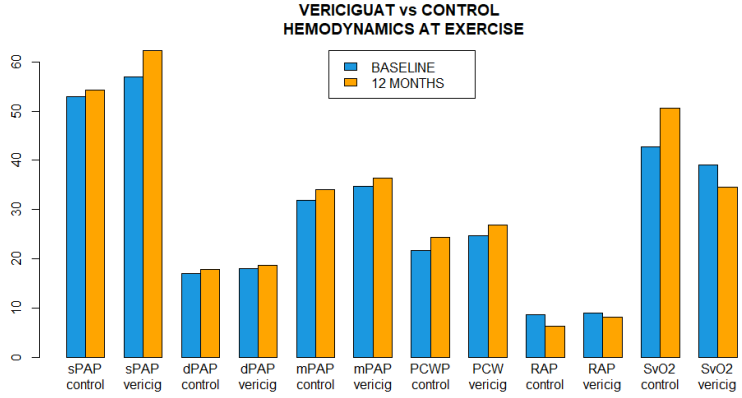
AA320|Αιμοδυναμικό αποτέλεσμα κατά το δεξιό καθετηριασμό με κόπωση μετά από χορήγηση βερισιγκουάτης σε ασθενείς με HFrEF

Γ. Βελισάρης[1], Μ. Ζαγκλή[1], Μ. Πεντάρης[1], Π. Ναστάτος[1], Ν. Παπαϊωάννου[1], Σ. Παπαϊωάννου[1], Σ. Τομαράς[1], Ν. Αγγελής[1], Γ. Πετρόπουλος[1], Κ. Μπράτης[1], Δ. Χατζής[1], Χ. Κουρέκ[1], Β. Ρεπάσος[1], Ν. Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Σ. Χατζίδου[1], Α. Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η βερικιγουάτη μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου και νοσηλείας λόγω καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF) και πρόσφατη απορρύθμιση. Ωστόσο, οι επιδράσεις της στις αιμοδυναμικές παραμέτρους, και ιδιαίτερα κατά την άσκηση, παραμένουν άγνωστες. Σκοπός: Η διερεύνηση των αιμοδυναμικών επιδράσεων της βερικιγουάτης κατά τον δεξιό καρδιακό καθετηριασμό με άσκηση (Exercise Right Heart Catheterization, ERHC) σε ασθενείς με HFrEF. Μέθοδοι: Συμπτωματικοί ασθενείς με HFrEF (κατηγορία NYHA II–IV) χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: α) ομάδα βερικιγκουάτης (ομάδα V), β) ομάδα βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής (ομάδα C). Στην ομάδα V, η βερικιγουάτη χορηγήθηκε αρχικά σε δόση 2,5 mg άπαξ ημερησίως και τιτλοποιήθηκε σταδιακά μέσα σε διάστημα 3 εβδομάδων έως τη μέγιστη ανεκτή δόση (στόχος: 10 mg άπαξ ημερησίως). Δεξιός καρδιακός καθετηριασμός πραγματοποιήθηκε μέσω της δεξιάς έσω σφαγίτιδας φλέβας με καθετήρα Swan-Ganz 7F πριν από την τυχαιοποίηση και 3 έως 12 μήνες μετά, και στις δύο ομάδες. Εφαρμόστηκε ελεγχόμενο πρωτόκολλο άσκησης διάρκειας 6 λεπτών με ύπτια εργομετρική πεταλιέρα χωρίς αντίσταση. Καταγραφή της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας καθώς και δείγματα φλεβικού αίματος συλλέχθησαν πριν από την έναρξη της άσκησης και σε κάθε λεπτό αυτής. Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς με HFrEF (μέση ηλικία: 68 έτη, NYHA: 2,7 ± 0,6, κλάσμα εξώθησης: 28 ± 9%). Οι δύο ομάδες ήταν καλά ισορροπημένες, χωρίς διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά κατά την έναρξη της μελέτης. Συνολικά, απεβίωσαν 5 ασθενείς (4 στην ομάδα V και 1 στην ομάδα C). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στο κλάσμα εξώθησης, στη λειτουργική κατηγορία NYHA, ούτε στις αιμοδυναμικές παραμέτρους σε κατάσταση ηρεμίας (ΕΙΚΟΝΑ 1) ή κατά την άσκηση (ΕΙΚΟΝΑ 2) σε καμία από τις δύο ομάδες. Συμπεράσματα: Η επίδραση της βερικιγουάτης στις αιμοδυναμικές παραμέτρους που αξιολογούνται με ERHC είναι ουδέτερη σε ασθενείς με HFrEF. Επομένως, το κλινικό όφελος της βερικιγουάτης πιθανότατα να αποδοθεί σε πιο σύνθετους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι δεν επηρεάζουν πρωτίστως τις αιμοδυναμικές παραμέτρους που εκτιμώνται με τον δεξιό καρδιακό καθετηριασμό κατά την άσκηση.



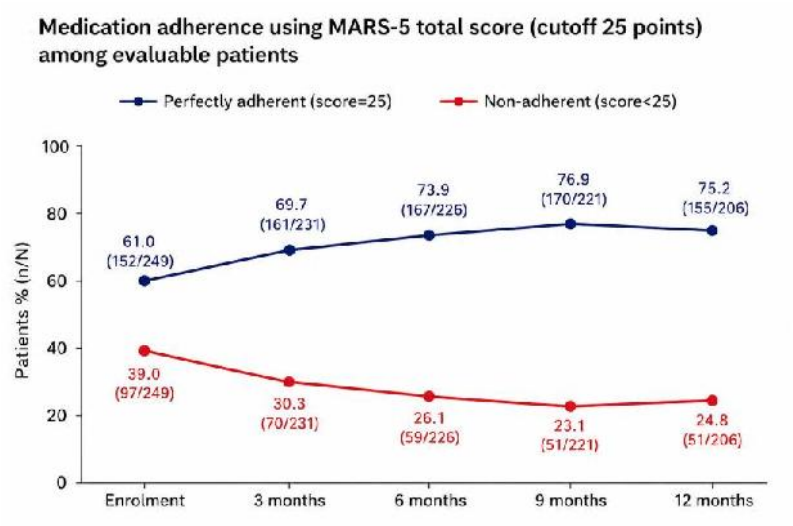


AA321|Medication Adherence to Dapagliflozin in HFrEF Patients in Greece: A Real-World MARS Questionnaire Evaluation from the EVOLUTION-HF Study

V.Potoupni[1], S. Maragoudakis[2], A. Briasoulis[3], E. Foukarakis [4], A. Stavrati[5], K. Papadopoulos[6], K. Naka[7], A. Kotsia[8], I. Parisis[9], A. Ziakas[10], S. Adamopoulos[11], D. Tziakas[12], S. Patsilinakos[13], M. Konstantinidou[14], P. Davlouros[15], Z. Christogiannis[16], K. Tsitlakidis[16], I. Pantelakis[16], G. Stefanakis[16], M. Kolios[16], I. Baltogiannis[16], E. Voltyrakis[17], Chr. Varounis[16], A. Samothrakitis[16], D. Krikidis[18], P. Tsialoukis[16], Z. Paparepa[19], D. Gourlis[19], N. Papoutsidakis[19],A. Karavidas[20], Chr. Papadopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [7]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [8]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [9]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [10]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [11]ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, [12]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [13]ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Ν. ΙΩΝΙΑΣ- ΠΑΤΗΣΙΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [14]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [15]University Hospital of Patras, Cardiology Division, [16]ΙΔΙΩΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ, [17]ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [18]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [19]AstraZeneca Greece, [20]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Introduction: EVOLUTION-HF was a multicenter, observational, longitudinal cohort study that included consecutive patients with HFrEF who started dapagliflozin as part of routine clinical practice. To evaluate early treatment outcomes while allowing sufficient time for treatment stabilization, only patients enrolled between 14 and 60 days after dapagliflozin initiation were eligible. Materials & Mehtods: Recruitment was conducted across a diverse network of 16 hospital sites and 11 private practices between December 2022 and November 2023. The study completed its 12-month follow-up period on December 3, 2024. A total of 257 patients were enrolled. Eligible participants were adults aged 18 years or older who received dapagliflozin for the treatment of HFrEF (EF ≤40%) according to local prescribing information and provided written informed consent before enrollment. Patients were not eligible if they were enrolled less than 14 days or more than 60 days after dapagliflozin initiation, had previously received dapagliflozin or another SGLT2 inhibitor, initiated dapagliflozin outside the approved local heart failure indication, or had a diagnosis of type 1 diabetes mellitus prior to enrollment. Data were collected at enrollment and during scheduled follow-up assessments at 3, 6, 9, and 12 months after the study index date, aligned with routine clinical visits. Patient-reported outcomes, including the MARS-5 (Medication Adherence Report Scale) questionnaire, were completed directly by the patients. Results: MARS-5 assessments were available for 255 of the 257 enrolled patients. The proportion of patients with perfect medication adherence increased from 61.0% at baseline to 75.2% at 12 months. Male sex ($p = 0.049$) and longer heart failure duration ($p = 0.001$) were independently associated with lower medication adherence. Conversely, patients with at least one heart failure hospitalization during the 12 months preceding dapagliflozin initiation demonstrated significantly higher adherence ($p = 0.046$). No other baseline demographic or clinical characteristics were significantly associated with adherence. Conclusions: Medication adherence to dapagliflozin improved over time, with approximately three-quarters of patients achieving perfect adherence by study end. Male sex and longer heart failure duration were associated with lower adherence, whereas a recent heart failure hospitalization was associated with better adherence. Funding: This study was funded by AstraZeneca



AA322|Ο δείκτης κατάθλιψης PHQ-9 συσχετίζεται με το βαθμό παχυσαρκίας, αλλά όχι με βιοδείκτες μυοκαρδιακής νέκρωσης, τάσης και αναδιαμόρφωσης

Ο. Σίμου[1], Μ. Ζαγκλή[1], Σ. Τομαράς[1], Γ. Βελισάρης[1], Κ. Δανιηλίδου[1], Α. Δρίτσας[1], Κ. Μπράτης[2], Δ. Χατζής[1], Ν. Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Σ. Παπαϊωάννου[1], Ν. Παπαϊωάννου[1], Α. Θεοφίλου[3], Μ. Παλιάκη[1], Σ. Χατζίδου[1], Α. Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία είναι μια καρδιομεταβολική νόσος, η οποία σχετίζεται με διαταραχές της διάθεσης και με κακή ποιότητα ζωής. Το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με παχυσαρκία είναι πιθανό, να σχετίζεται με το βαθμό και τη βαρύτητα της νόσου και τη συνύπαρξη μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας, όπως αυτή εκφράζεται με βιοδείκτες του περιφερικού αίματος. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του βαθμού της παχυσαρκίας και του δείκτη κατάθλιψης, σε ασθενείς με ή χωρίς συνύπαρξη μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας. Μέθοδος: Διαδοχικοί ασθενείς με παχυσαρκία κατηγορίας 1-3 [δείκτης μάζας σώματος, (BMI) ≥30] κλήθηκαν να συμπληρώσουν το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης (PHQ-9). Στους ασθενείς αυτούς υπολογίστηκαν: η επιφάνεια σώματος (BSA), ο δείκτης περιφέρειας μέσης/ύψος (Μ/Υ) και ο δείκτης περιφέρειας μέσης/γοφών (Μ/Γ), ως επιπρόσθετοι δείκτες του βαθμού της παχυσαρκίας. Στους ίδιους ασθενείς, έγινε λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για τον προσδιορισμό των ακόλουθων βιοδεικτών: α) NtproBNP (δείκτης μυοκαρδιακής τάσης), β) Διαλυτή ST2 (δείκτης αναδιαμόρφωσης/ίνωσης), γ) Τροπονίνης (δείκτης μυοκαρδιακής νέκρωσης). Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 49 ασθενείς, μέσης ηλικίας 51 ετών, με μέσο BMI 39.2±5.46. Δύο δείκτες παχυσαρκίας, φάνηκε να συνδέονται στατιστικά σημαντικά με το δείκτη κατάθλιψης PHQ-9: το BMI με πολύ ισχυρή στατιστική σημαντικότητα ($p<0.001$) και ο δείκτης περιφέρειας μέσης/γοφών (Μ/Γ), με οριακή σημαντικότητα ($p=0.042$), (Πίνακας 1). Ακολούθως, έγιναν αναλύσεις adjusted, ως προς το BMI για τους υπόλοιπους παράγοντες, χωρίς να φαίνεται κάποιος βιοδείκτης να εξηγεί τις αλλαγές του PHQ-9 (Πίνακας 2). Συμπεράσματα: Ο δείκτης κατάθλιψης συσχετίζεται σημαντικά με το βαθμό παχυσαρκίας, αλλά δε συσχετίζεται σημαντικά με τους βιοδείκτες μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας. Είναι πιθανό ότι οι βιοδείκτες αυτοί, στο συγκεκριμένο πληθυσμό της παρούσας μελέτης, να αντικατοπτρίζουν πρώιμα υποκλινικά στάδια καρδιακής δυσλειτουργίας.

Πίνακας 1

Συσχετίσεις δεικτών παχυσαρκίας και δείκτη κατάθλιψης

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	PHQ-9
BMI	r= 0.551, p= <0.001
BSA	r= 0.275, p= 0.059
Μ/Υ	r= 0.222, p= 0.199
Μ/Γ	r= 0.346, p= 0.042

BMI: Δείκτης μάζας σώματος, Μ/Υ: Περιφέρεια μέσης/Υψος, Μ/Γ: Περιφέρεια μέσης/Περιφέρεια γοφών, PHQ-9: Δείκτης Κατάθλιψης

Πίνακας 2

Συσχετίσεις Βιοδεικτών μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας και δείκτη κατάθλιψης

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	PHQ-9
NTproBNP	r= 0.205, p= 0.253
sST2	r= -0.115, p= 0.431
Τροπονίνη	r= -0.013, p= 0.943

sST2: Διαλυτή ST2, PHQ-9: Δείκτης Κατάθλιψης

ΑΑ323|Προγνωστική αξία του NT-proBNP κατά την εισαγωγή, το εξιτήριο και η δυναμική του μεταβολή στην προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια: ο επιβαρυντικός ρόλος της νεφρικής ανεπάρκειας

Μ. Κουρεμέτη[1], Β. Κουλολιά[1], Ε. Καραθάνου[1], Π. Ηλιάκης[1], Ι. Λεοντσίνης[1], Χ. Χρυσόχοου[1], Κ. Τσιούφης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή :Το NT-proBNP αποτελεί αποτελεί βασικό βιοδείκτη στην ΚΑ, ωστόσο η ανεξάρτητη προγνωστική του αξία μετά από πρόσφατη νοσηλεία για προχωρημένη ΚΑ παραμένει ασαφής, ειδικά επί συνυπάρχουσας νεφρικής ανεπάρκειας.Σκοπός Η αξιολόγηση της προγνωστικής σημασίας του NT-proBNP κατά την εισαγωγή και το εξιτήριο, καθώς και της δυναμικής του μεταβολής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Επιπλέον, εξετάζεται εάν αυτές οι μετρήσεις αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας, πέραν της νεφρικής λειτουργίας και του κλάσματος εξώθησης. Μέθοδοι :Η παρούσα αναδρομική μελέτη παρατήρησης συμπεριέλαβε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για προχωρημένη ΚΑ (NYHA III–IV) μεταξύ Ιανουαρίου και Δεκεμβρίου 2022. Η θνησιμότητα από κάθε αιτία αξιολογήθηκε κατά τη διάρκεια μιας διετούς περιόδου παρακολούθησης. Οι τιμές NT-proBNP εισαγωγής και εξιτηρίου μετασχηματίστηκαν λογαριθμικά, με τη δυναμική μεταβολή (ΔlnNT-proBNP) να ορίζεται ως η διαφορά τους. Αναπτύχθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, προσαρμοσμένα για ηλικία, φύλο, ΚΕ και κρεατινίνη εισαγωγής. Αποτελέσματα :Μεταξύ των ασθενών με τιμές NT-proBNP κατά την εισαγωγή (n=456), το υψηλότερο lnNT-proBNP εισαγωγής συσχετίστηκε με τη θνησιμότητα στη μονοπαραγοντική ανάλυση. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτή έχασε την ανεξάρτητη στατιστική της σημαντικότητα κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση (OR 1.10, 95% CI 0.98–1.25, p=0.111). Αντίστοιχα ευρήματα παρατηρήθηκαν και στην υποομάδα με διαθέσιμο NT-proBNP εξιτηρίου (n=253), όπου το lnNT-proBNP κατά το εξιτήριο δεν ανέδειξε ανεξάρτητη προγνωστική αξία στα πολυπαραγοντικά μοντέλα (OR 1.14, 95% CI 0.97–1.34, p=0.110). Επιπλέον, η δυναμική μεταβολή του NT-proBNP (ΔlnNT-proBNP) δεν αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη θνησιμότητας (OR 0.94, 95% CI 0.78–1.13, p=0.476). Αντιθέτως, σε όλα τα εξεταζόμενα μοντέλα, η ηλικία (OR ~1.05 ανά έτος), το χαμηλότερο ΚΕ (OR ~0.96 ανά 1% αύξηση) και η κρεατινίνη εισαγωγής (OR 3.26, 95% CI

1.62–6.57, p=0.001) αναδείχθηκαν ως ισχυροί, ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες. Η συνολική απόδοση των μοντέλων κρίθηκε ικανοποιητική (Nagelkerke R^2 έως 0.26, Hosmer–Lemeshow p>0.05).Συμπέρασμα Σε ασθενείς με προχωρημένη ΚΑ έπειτα από νοσηλεία, τα επίπεδα του NT-proBNP κατά την εισαγωγή, το εξιτήριο και η ενδονοσοκομειακή δυναμική τους μεταβολή δεν αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας, όταν συνεκτιμηθούν η νεφρική λειτουργία και το κλάσμα εξώθησης. Η νεφρική ανεπάρκεια αναδεικνύεται ως ο κυρίαρχος προγνωστικός παράγοντας, γεγονός που υπογραμμίζει τον κεντρικό ρόλο του καρδιονεφρικού άξονα στη διαστρωμάτωση κινδύνου της προχωρημένης καρδιακής ανεπάρκειας.

ΑΑ324|Παράγοντες παρατεταμένης νοσηλείας σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας: δεδομένα από μονοκεντρική αναδρομική μελέτη

Β. Κουτρουλός[1], Γ. Χαλικιάς[1], Γ. Παπαγόρας[1], Μ. Μαλκότς[1], Α. Τσαλγκίδης[1], Γ. Μπουρσούκης[1], Α. Θωμαίδη[1], Κ. Λαμπρόπουλος[1], Δ. Στάκος[1], Δ. Τζιακάς[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ ΕΒΡΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείας σε καρδιολογικές κλινικές και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, θνητότητα και κατανάλωση υγειονομικών πόρων. Η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με παρατεταμένη νοσηλεία μπορεί να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών και στη βελτίωση της πρόγνωσής τους. Σκοπός: Η διερεύνηση κλινικών, εργαστηριακών και θεραπευτικών παραμέτρων που σχετίζονται με παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν λόγω οξείας απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας.Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μονοκεντρική αναδρομική μελέτη σε 95 διαδοχικούς ασθενείς που νοσηλεύθηκαν κατά το τελευταίο έτος με κύρια διάγνωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Συλλέχθηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, κλινικά ευρήματα κατά την εισαγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις, υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ενδονοσοκομειακά συμβάματα. Ως παρατεταμένη νοσηλεία ορίστηκε διάρκεια νοσηλείας μεγαλύτερη των 5 ημερών. Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,17 ημέρες και 22 ασθενείς (23,2%) παρουσίασαν παρατεταμένη νοσηλεία. Οι ασθενείς αυτοί εμφάνιζαν συχνότερα περιφερικά οιδήματα (63,6% έναντι 24,7%, p=0,001), πνευμονικούς τρίζοντες (68,2% έναντι 35,6%, p=0,006) και ασκίτη (18,2% έναντι 1,4%, p=0,009), καθώς και υψηλότερη λειτουργική κλάση NYHA και Killip κατά την εισαγωγή. Εργαστηριακά, παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές ουρίας κατά την εισαγωγή [73 (57,3–85,5) έναντι 53 (39–74) mg/dL, p=0,012], αυξημένους δείκτες φλεγμονής με υψηλότερη CRP (1,45 έναντι 1,03 mg/dL, p=0,022) και χαμηλότερα επίπεδα ολικών λευκωμάτων (6,4 έναντι 6,8 g/dL, p=0,026). Τα επίπεδα NT-proBNP ήταν αριθμητικά υψηλότερα στους ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία (7232 έναντι 5603 pg/mL), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,251). Κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκε συχνότερη ανάγκη χορήγησης ινότροπης υποστήριξης (27,3% έναντι 6,8%, p=0,015) και μετάγγισης αίματος (18,2% έναντι 1,4%, p=0,009). Επιπλέον, οι ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής (63,6% έναντι 37,0%, p=0,025) και σύνθετου καταληκτικού σημείου (77,3% έναντι 49,3%, p=0,013). Συμπεράσματα: Η παρατεταμένη νοσηλεία σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζεται με βαρύτερη κλινική εικόνα συμφόρησης κατά την εισαγωγή, αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα, νεφρική δυσλειτουργία και ανάγκη εντατικότερης θεραπευτικής υποστήριξης. Η έγκαιρη αναγνώριση των χαρακτηριστικών αυτών μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαστρωμάτωση κινδύνου και στη βελτιστοποίηση της νοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

ΑΑ325|Τάσεις στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας μετά την προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ανά φαινότυπο κλάσματος εξώθησης

Ν. Μάγγος[2], Ά.Κόκκινος[1], Μ. Φασούλα[2], Χ. Κωφός[2], Δ.Τσιμπίσης[2], Λ. Βερβέρης[2], Σ. Διαμαντούδης[1], Μ. Μπαντίδος[3], Ε.Κεσκιλίδου[4], Κ.Μακέδου[5], Γ. Ράγια[1], Ι. Βιζιριανάκης[1], Ε. Καραγιαννίδης[2], Β. Φυντανίδου[2]

[1]Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, *[2]Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*, *[3]Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Κλινική Επείγουσας Ιατρικής, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*, *[4]Τμήμα Μικροβιολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*, *[5]Εργαστήριο Βιοχημείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*,

Εισαγωγή: Η προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) λόγω οξείας απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί κρίσιμη ευκαιρία για επανεκτίμηση και βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, τα πραγματικά δεδομένα σχετικά με τις θεραπευτικές τάσεις μετά την επείγουσα προσέλευση, ιδιαίτερα ανά φαινότυπο κλάσματος εξώθησης, παραμένουν περιορισμένα.Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των θεραπευτικών τάσεων από την προσέλευση στο ΤΕΠ έως την επανεκτίμηση σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας και η διερεύνηση διαφορών μεταξύ φαινοτύπων κλάσματος εξώθησης. Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε

αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε 679 διαδοχικούς ενήλικες ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. Η φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά την προσέλευση στα ΤΕΠ και κατά την επανεκτίμηση. Οι θεραπευτικές κατηγορίες περιλάμβαναν αναστολείς υποδοχέα αγγειοτενσίνης-νεπριλυσίνης (ARNI), αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (αΜΕΑ), αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης, β-αποκλειστές, ανταγωνιστές υποδοχέων αλατοκορτικοειδών, αναστολείς συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT-2), διουρητικά, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου και υπολιπιδαιμική αγωγή. Για κάθε κατηγορία καταγράφηκε η νέα έναρξη, η διακοπή, η συνέχιση ή η μη λήψη θεραπείας. Οι μεταβολές αξιολογήθηκαν με τη δοκιμασία McNemar και οι αναλύσεις στρωματοποιήθηκαν ανά φαινότυπο κλάσματος εξώθησης. Αποτελέσματα: Από την προσέλευση έως την επανεκτίμηση παρατηρήθηκε σαφής ενίσχυση της σύγχρονης φαρμακευτικής αγωγής καρδιακής ανεπάρκειας. Η χρήση SGLT-2 σχεδόν διπλασιάστηκε, από 199 σε 378 ασθενείς, με 230 νέες ενάρξεις. Η χρήση ανταγωνιστών υποδοχέων αλατοκορτικοειδών αυξήθηκε από 272 σε 420 ασθενείς, με 214 νέες ενάρξεις, ενώ η χρήση ARNI αυξήθηκε από 52 σε 82 ασθενείς, με 59 νέες ενάρξεις. Αντίθετα, παρατηρήθηκε μείωση στη χρήση αποκλειστών υποδοχέων αγγειοτενσίνης, από 134 σε 104 ασθενείς, και ανταγωνιστών διαύλων ασβεστίου, από 175 σε 126. Οι β-αποκλειστές και τα διουρητικά παρουσίασαν τη μεγαλύτερη θεραπευτική συνέχεια, με συνέχιση σε 387 και 425 ασθενείς, αντίστοιχα. Ανά φαινότυπο, η αύξηση των ARNI αφορούσε κυρίως ασθενείς με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, ενώ οι SGLT-2 αυξήθηκαν σε όλο το φάσμα κλάσματος εξώθησης.Συμπεράσματα: Σε πραγματικές συνθήκες, η περίοδος μετά από προσέλευση στο ΤΕΠ για οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας χαρακτηρίζεται από σημαντικές θεραπευτικές τάσεις προς ευρύτερη χρήση σύγχρονων θεραπειών, κυρίως μέσω νέας έναρξης SGLT-2, ανταγωνιστών υποδοχέων αλατοκορτικοειδών και ARNI. Ωστόσο, η υποθεραπεία παραμένει συχνή, αναδεικνύοντας το ΤΕΠ ως κρίσιμο σημείο παρέμβασης για την εφαρμογή της σύγχρονης θεραπείας καρδιακής ανεπάρκειας.

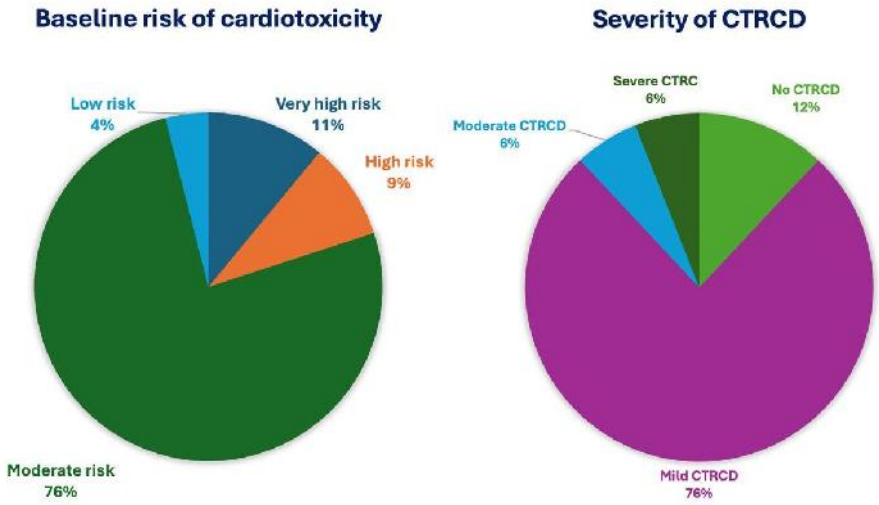
AA326|Baseline cardiovascular risk stratification and longitudinal changes in cardiac function and incidence of cardiotoxicity in patients with haematological malignancies: A single-centre prospective cohort study

A. Perpinia[1], Ch. Vlachou[3], A. Karavidas[1], E. Mpazani[4], K. Konstantopoulos[2], M. Mantzourani[5], D. Farmakis[6]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]Νοσοκομείο Μητέρα, [3]Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς Αιματολογικό τμήμα, [4]Γ. Ν. Α. Γ Γεννηματάς Αιματολογικό Τμήμα, [5]Γ.Ν.Α. Λαικό Α΄Παθολογική Κλινική, [6]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Antineoplastic agents used for the treatment of haematological malignancies are associated with cardiovascular toxicity. Detailed evidence on baseline cardiovascular risk, longitudinal changes in cardiac function and incidence of cancer therapy-related cardiac dysfunction (CTRCD) specifically for patients with haematological malignancies receiving anticancer therapy remains limited.Methods: We performed a single-centre, prospective cohort study of patients with hematologic malignancies scheduled for systemic anticancer therapy. Clinical, laboratory, and electrocardiographic data and echocardiographic measurements (with focus on sensitive strain markers), were collected at baseline and monitored longitudinally during treatment. Patients were followed for development of cancer therapy-related cardiac dysfunction (CTRCD), as defined by European Society of Cardiology (ESC) guidelines. Results: A total of 53 patients, 47% female, aged 64±11 years, were evaluated. The majority (74%) received anthracycline-based chemotherapy and 15% had previously received potential cardiotoxic therapies. Most patients (76%) had a moderate baseline risk for cardiotoxicity, based on ESC guidelines (Figure). During treatment, there was a progressive deterioration in cardiac function, as indicated by a decline in left ventricular ejection fraction, left ventricular global longitudinal strain, left atrial strain and right ventricular strain. During a median follow-up of 280 days (IQR, 55-403), 90% of patients developed CTRCD that was mild in severity (Figure). In multivariate analysis, history of diabetes and baseline left atrial volume index were independently associated with CTRCD, while in time-dependent analysis, higher troponin, white blood cell and triglyceride values and presence of premature ventricular contractions arose as independent predictors of CTRCD. During follow-up, 36% of patients died. Discussion: The majority of patients with haematological malignancies have at least a moderate baseline risk of cardiotoxicity and develop cardiotoxicity during anticancer therapy that is mild in most of the cases. Proper baseline risk stratification and cardiovascular monitoring during therapy are warranted.

Figure



AA327|Ο βαθμός παχυσαρκίας συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής με βάση τα ερωτηματολόγια Kansas και SF-36 ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας

Γ Βελισάρης[1], Μ. Παλιάκη[1], Δ. Χατζής[1], Σ. Τομαράς[1], Μ. Ζαγκλή[1], Κ. Δανιηλίδου[1], Κ. Μπράτης[1], Ν. Μπιάγκης[1], Ν. Σταματόπουλος[1], Ν. Πανουτσόπουλος[1], Β. Παναγιωτόπουλος[1], Σ. Παπαϊωάνου[1], Ν. Παπαϊωάννου[1], Α. Θεοφίλου[1], Σ. Χατζίδου[1], Α. Νταλιάνης[1]

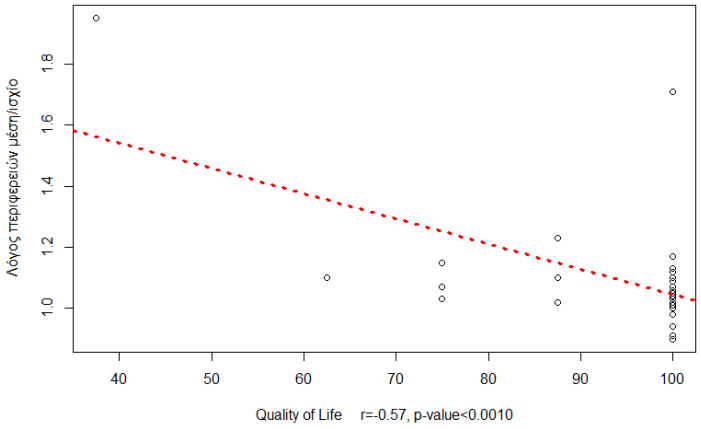
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία είναι μια καρδιομεταβολική νόσος, η οποία επηρεάζει σημαντικά το προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής (ΠΖ). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τόσο η πρόγνωση όσο και η ΠΖ εξαρτώνται κυρίως από την καρδιακή λειτουργία. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του βαθμού της παχυσαρκίας και της ΠΖ, σε ασθενείς με ή χωρίς διαγνωσμένη μυοκαρδιακή δυσλειτουργία. Μέθοδος: Διαδοχικοί ασθενείς με παχυσαρκία κατηγορίας 1-3 [δείκτης μάζας σώματος, (BMI) ≥30] κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα Ερωτηματολόγια Kansas και SF-36. Στους ασθενείς αυτούς εκτός του BMI προσδιορίστηκαν και οι εξής δείκτες παχυσαρκίας: η επιφάνεια σώματος (BSA), ο δείκτης περιφέρειας μέσης/ύψος (Μ/Υ) και ο δείκτης περιφέρειας μέσης/γοφών (Μ/Γ), ως επιπρόσθετοι δείκτες του βαθμού της παχυσαρκίας. Στους ίδιους ασθενείς έγινε υπερηχοκαρδιογράφημα και προσδιορισμός NtproBNP και διαλυτής ST2 προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας. Αναλύθηκαν όλα τα επιμέρους πεδία ΠΖ των δύο ερωτηματολογίων και έγινε στατιστική ανάλυση με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης προκειμένου να αναδειχθούν πιθανές συσχετίσεις με τους δείκτες παχυσαρκίας. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 51 ασθενείς, μέσης ηλικίας 51,2 ετών, 43% γυναίκες, με μέσο BMI 39.3±5.49, ενδιάμεση τιμή NtproBNP 35,7 (12-1070 pg/ml, ενδιάμεση τιμή διαλυτής ST2 10,9 (3,1-46,2) ng/ml, μέσο κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας 58,1±6%. Οι περισσότεροι δείκτες παχυσαρκίας παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με διάφορα πεδία ΠΖ και των 2 ερωτηματολογίων (Πίνακας) ανεξαρτήτως υπερηχοκαρδιογραφικών και βιοχημικών παραμέτρων. Επιπλέον, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του BMI και του Μ/Υ με τα πεδία περιορισμού σωματικών δραστηριοτήτων (Πίνακας) και του δείκτη Μ/Γ με το εξειδικευμένο πεδίο ΠΖ του ερωτηματολογίου Kansas (Εικόνα) όπως και με το πεδίο Ενέργειας/Κόπωσης του SF-36 (Πίνακας). Συμπεράσματα: Ο βαθμός παχυσαρκίας συσχετίζεται με δείκτες της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με παχυσαρκία ανεξαρτήτως της παρουσίας ή μη μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας.

Συσχετίσεις Δεικτών Παχυσαρκίας και Δεικτών Ποιότητας Ζωής

	ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	BMI	BSA	Μ/Υ	Μ/Γ
KANSAS	Summary score	r=-0.266, p=0.062	r=-0.346, p=0.014	r=-0.147, p=0.407	r=-0.361, p=0.036
	Physical Limitation score	r=-0.342, p=0.015	r=-0.263, p=0.065	r=-0.436, p=0.01	r=0.057, p=0.748
SF-36	Physical Functioning	r=-0.485, p<0.001	r=-0.322, p=0.022	r=-0.542, p=0.001	r=0.032, p=0.856
	Energy/ Fatigue	r=-0.327, p=0.021	r=-0.021, p=0.885	r=-0.217, p=0.217	r=-0.369, p=0.032

BMI: Δείκτης μάζας σώματος, Μ/Υ: Περιφέρεια μέσης/Υψος, Μ/Γ: Περιφέρεια μέσης/Περιφέρεια γοφών



AA328|Μελέτη της επίδρασης των sglt-2i σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης που λαμβάνουν ψηλές δόσεις των θεμελιωδών φαρμάκων

Κ. Αλεξοπούλου[1], Ι. Αλεξανιάν[1], Σ. Ξυδώνας[1], Ν. Μάγειρας[2], Α. Ξηνταράκου[1], Σ. Ζιώγου[1], Ε. Πράππα[1], Α.Τρίκας[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ ΕΥΒΟΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μεγάλες μελέτες έχουν αποδείξει τον ευεργετικό ρόλο των SGLT-2i στην πρόγνωση, στη λειτουργική ικανότητα και στην αντίστροφη αναδιαμόρφωση σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF). Στις μελέτες αυτές το ποσοστό των ασθενών που ελάμβαναν σακουμπιτρίλη-βαλσαρτάνη (ARNI) και μάλιστα τις βέλτιστες δόσεις (≥50%της μέγιστης) ARNI ή αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου (ACEI) ή ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης ΙΙ (ARB), β-αναστολέων και αναστολέων των υποδοχέων αλατοκορτικοειδών (MRA) ήταν χαμηλό και μη συμβατό με τη σύγχρονη θεραπευτική στους ασθενείς αυτούς. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των SGLT-2i στις ηχωκαρδιογραφικές παραμέτρους ασθενών με HFrEF που λαμβάνουν ήδη σε πολύ μεγάλο ποσοστό ARNI και δόσεις ≥50% της μέγιστης στα θεμελιακά φάρμακα της HFrEF. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ: Κάθε ασθενής πριν την έναρξη των SGLT-2i και ένα έτος μετά υποβλήθηκε σε πλήρη κλινική εξέταση, ΗΚΓ, εργαστηριακό έλεγχο που συμπεριλάμβανε cTn και NT-proBNP και πλήρη ηχωκαρδιογραφική μελέτη. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του SPSS. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη 66 ασθενείς με HFrEF με μέση ηλικία 66.45±12.44 (71% άνδρες) οι οποίοι ελάμβαναν ARNI [(78%), 75% σε δόσεις ≥50%], ACEI/ARB [(12%), 38% σε δόσεις≥50%], BB[(96%), 65% σε δόσεις ≥50%], MRA [(85%),91% σε δόσεις ≥50%]. Μετά ένα έτος βελτιώθηκε το LVEF (36.55±7.80 vs. 32.53±6.14, p: 0.001), μειώθηκαν οι διαστάσεις της αριστερής κοιλίας (LVEDD1) (54.72±7.35 vs. 57.49±6.90, p:0.001) και του αριστερού κόλπου (LAVi) (44.65±15.77 vs.

47.98±14.59, p: 0.035) καθώς και διαστολικοί δείκτες όπως το E/e' (10.78±4.11 vs. 12.67±5.32, p: 0.001). Επιπρόσθετα, μετά ένα έτος θεραπεία με SGLT-2i ελαττώθηκε η συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία (PASP) (29.53±7.40 vs. 32.11±9.65, p:0.031) και βελτιώθηκαν δείκτες λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας όπως το TAPSE (19.83+3.89 vs. 18.37±3.94, p:0.007) και ο λόγος TAPSE/PASP (0.72±0.24 vs. 0.61±0.22, p:0.001). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι SGLT-2i προάγουν την αντίστροφη αναδιαμόρφωση, με βελτίωση των διαστάσεων, και των δεικτών συστολικής και διαστολικής λειτουργίας σε ασθενείς με HFrEF, που λαμβάνουν τη βέλτιστη αγωγή με μεγάλο ποσοστό ARNI και δόσεις ≥50% της μέγιστης στα θεμελιακά φάρμακα.

AA329|Τα σημαντικώς αυξημένα επίπεδα NT- pro-BNP αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου που καθορίζει το βαθμό Νεφρικής Δυσλειτουργίας σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και συντηρημένο κλάσμα Εξωθήσεως ;

Σ.Παπάζογλου[1], M. Aslam[1], C. Bicknell[1], Π. Ματζουράτου[2], Κ. Πάντος[2]

[1]Department of Vascular Surgery, Hammersmith Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK[1], [2]Τμήμα Κλινικής Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ, Ελλάδα

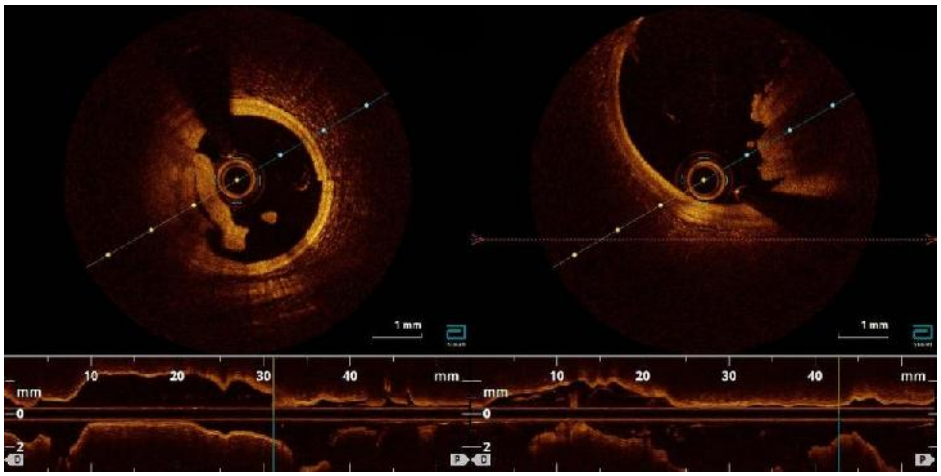
Εισαγωγή / Σκοπός: Η Καρδιακή Ανεπάρκεια αποτελεί κλινική πάθηση που καθορίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια εμφανίζουν σε κάποιο στάδιο της ζωής τους έκπτωση της νεφρικής τους λειτουργίας. Σύμφωνα με την κλινική ιατρική βασιζομένη σε δεδομένα η Καρδιακή Ανεπάρκεια με συντηρημένο κλάσμα Εξωθήσεως μπορεί να οδηγήσει σε Νεφρική Ανεπάρκεια. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσει αν τα σημαντικώς αυξημένα επίπεδα NTpro-BNP αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου που προσδιορίζει το βαθμό νεφρικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και συντηρημένο κλάσμα εξωθήσεως. Υλικό και Μέθοδος: 411 ασθενείς (223 άνδρες, 188 γυναίκες) 48 έως 79 έτη με ΚΑσΚΕ συμμετείχαν σ'αυτή τη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν για Αρτηριογραφίες, Υπερηχογραφήματα αιματολογικές και ουρολογικές εξετάσεις. Τα επίπεδα NT-pro-BNP εκτιμήθηκαν για την αξιολόγηση τηςΚΑσΚΕ και συνηγορούσαν με επιδείνωσή της όταν ≥ 725 pg/ml. Η έκπτωση της Νεφρικής Λειτουργίας στους ασθενείς με ΚΑσΚΕ αξιολογήθηκε όταν ο Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης ≤ 60ml/min/1.73m². Τα δεδομένα αναλύθηκαν με logistic regression analysis και MANOVA. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως μέσες τιμές ± SD και έγιναν αποδεκτά όταν p ≤ 0.05ΑποτελέσματαΌλα τα δεδομένα αναλύθηκαν από 411 ασθενείς (223 άνδρες, 188γυναίκες) 48 έως 79 έτη και έδειξαν 89 ασθενείς (21,6%) NT-pro-BNP778 pg/ml ± 63 pg/ml και ΡΣΔ 71± 14 ml/min/1.73m². 107 ασθενείς(26,1%) NT-pro-BNP 827 pg/ml ± 81 pg/ml και ΡΣΔ 62± 13ml/min/1.73m². 78 ασθενείς(19%) NT-pro-BNP 917 pg/ml ± 79 pg/ml καιΡΣΔ of 48 ± 12 ml/min/1.73m². 137 ασθενείς (33,3%) NT-pro-BNP 1097pg/ml ± 84 pg/ml και ΡΣΔ 32 ± 14 ml/min/1.73m². Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου το NT-pro-BNP(p<0.001) όταν μειώνεται ο ΡΣΔ (p<0.001).Συμπέρασμα: Τα σημαντκώς αυξημένα επίπεδα NT- pro-BNP αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου που καθορίζει το βαθμό Νεφρικής Δυσλειτουργίας σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια και συντηρημένο κλάσμα Εξωθήσεως.

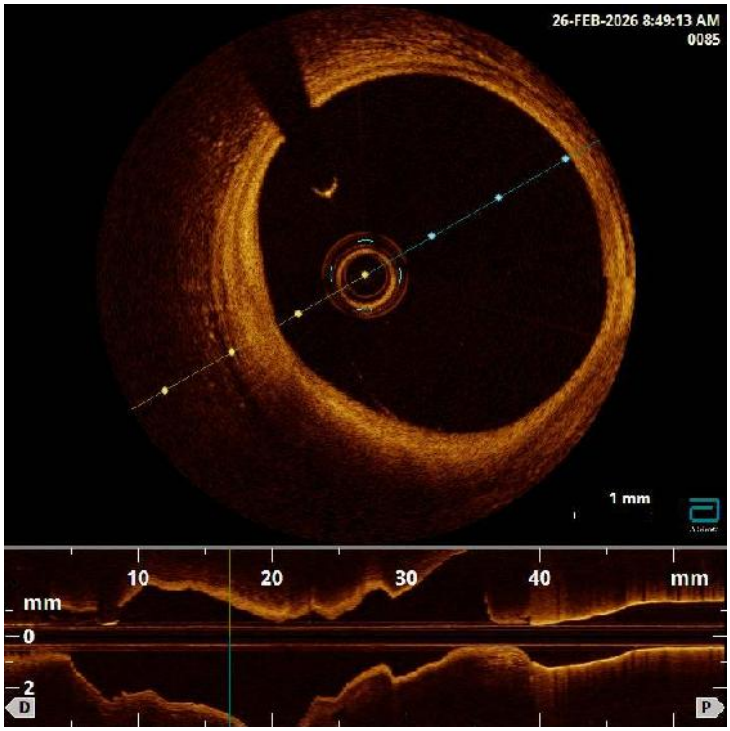
Πρόεδροι: **Κ. Κωστόπουλος** (Αθήνα), **Ι. Λακουμέντας** (Αθήνα)
Chairpersons: **K. Kostopoulos** (Athens), **I. Lakoumentas** (Athens)

ΑΑ330|Θρόμβωση Στεφανιαίας Αρτηρίας ως Αίτιο Οξέος Εμφράγματος του Μυοκαρδίου με Ανάσπαση ST σε Άνδρα 21 Ετών με Υπερβολική Κατανάλωση Ενεργειακών Ποτών

Ε. Δήμος[1], Ν. Μόφορη[1], Σ. Ψυχάρη[1], Κ. Μπούκη[1], Ε. Ναυπλιώτης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή : Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI) αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα σε νεαρούς ενήλικες χωρίς γνωστούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να διερευνώνται μη αθηροσκληρωτικοί μηχανισμοί, όπως η στεφανιαία θρόμβωση, ο σπασμός και οι προφλεγμονώδεις καταστάσεις. Περιγραφή Περιστατικού Άνδρας 21 ετών, με ελεύθερο ιστορικό και χωρίς οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου, προσήλθε λόγω παρατεταμένου στηθαγχικού άλγους . Ανέφερε ιογενή συνδρομή προ δύο εβδομάδων, περιστασιακό κάπνισμα και συστηματική κατανάλωση ενεργειακών ποτών. Δεν διαπιστώθηκε ήχος τριβής κατά την ακρόαση. Η τιμή της αρτηριακής πίεσης ήταν όμοια και στα δύο άνω άκρα.Το υπερηχογράφημα στα ΤΕΠ απέκλεισε εικόνα περικαρδίτιδας, ή διαχωρισμού αορτής ενώ το κλάσμα εξώθησης ήταν διατηρημένο χωρίς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας. Η αρχική τιμή της τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας ήταν φυσιολογική. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία και δυναμική ανάσπαση του ST>,5 mm στις απαγωγές V2–V6, I και aVL. Το κλινικό σύνδρομο και οι ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις οδήγησαν σε επείγουσα στεφανιογραφία. Διαπιστώθηκαν ευμεγέθεις μη αποφρακτικοί θρόμβοι στο εγγύς και μέσο τμήμα του προσθίου κατιόντα κλάδου (LAD), ενώ το περιφερικό τμήμα του αγγείου ήταν πλήρως αποφραγμένο από θρομβωτικό υλικό. Οι υπόλοιπες στεφανιαίες αρτηρίες ήταν φυσιολογικές. Η οπτική συνεκτική τομογραφία (OCT) επιβεβαίωσε την παρουσία ενδοστεφανιαίων θρόμβων χωρίς ενδείξεις αθηροσκλήρωσης, ή ρήξης πλάκας (εικόνα 1). Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια ηπαρίνη και τιροφιμπάνη, και από του στόματος διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, ασπιρίνη και τικαγκρελόρη, με υποχώρηση των συμπτωμάτων και των ανασπάσεων του ST. Επανέλεγχος με OCT μετά από 48 ώρες ανέδειξε σχεδόν φυσιολογική αρχιτεκτονική 3 στιβάδων σε όλο το μήκος του LAD (εικόνα 2). Απεικονίσθηκε μικρή ινώδης πλάκα σε τμήμα του αγγείου, η επιπολής διάβρωση της οποίας θεωρείται ότι συνέβαλλε στην θρόμβωση και το κλινικό σύνδρομο. Ο εργαστηριακός έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός. Συμπεράσματα: Η αυτόματη ενδοστεφανιαία θρόμβωση αποτελεί σπάνιο αίτιο STEMI σε νέους ασθενείς. Η πρόσφατη ιογενής λοίμωξη σε συνδυασμό με την κατανάλωση ενεργειακών ποτών που περιέχουν υψηλή συγκέντρωση καφείνης και ταυρίνης και έχουν ενοχοποιηθεί για διαταραχές της αιμοπεταλιακής λειτουργίας και σπασμό συνέβαλαν στη δημιουργία συνθηκών, που οδήγησαν στη στεφανιαία θρόμβωση. Η άμεση διενέργεια στεφανιογραφίας, η ενδοστεφανιαία απεικόνιση και η εντατική αντιθρομβωτική θεραπεία οδήγησαν σε πλήρη αποκατάσταση και ευνοϊκή έκβαση.





AA331|Διάχυτη καθυστέρηση της επικαρδιακής στεφανιαίας ροής σε ασθενείς με θετικό λειτουργικό έλεγχο ισχαιμίας, coronary tortuosity και απουσία αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου.

Σ. Λιναρδάκης[1], Ν. Κατσίλλης[1], Ν. Παπακωνσταντίνου[1], Έ. Μπούσουλα[1], Α. Δημόπουλος[1], Γ. Γαβριελάτος[1], Ν. Πατσουράκος[1], Δ. Κόκκινος[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αντικειμενική ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο εντάσσεται στο φάσμα του INOCA (Ischemia with Non-Obstructive Coronary Arteries – ισχαιμία χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο). Η ελικοειδής πορεία των στεφανιαίων αρτηριών (coronary tortuosity, c.tor) ενδέχεται να επηρεάζει τη στεφανιαία αιμοδυναμική και το wall shear stress, συμβάλλοντας σε διαταραχή της ροής. Σκοπός της μελέτης ήταν η ποσοτική εκτίμηση της επικαρδιακής στεφανιαίας πλήρωσης με TIMI frame count (TFC) σε ασθενείς με θετικό λειτουργικό έλεγχο ισχαιμίας, c.tor και απουσία αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου. Υλικό και μέθοδος. Από 1.061 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβατική στεφανιογραφία μετά από θετικό μη επεμβατικό έλεγχο, το 10% παρουσίαζε c.tor, χωρίς αποφρακτική νόσο ή ανατομική αντιστοίχιση των ευρημάτων. Παρουσιάζονται τα προκαταρκτικά αποτελέσματα των πρώτων 42 διαδοχικών ασθενών με πλήρη δεδομένα και θετικό SPECT ή stress echocardiography. Η c.tor ορίστηκε ως ≥3 διαδοχικές καμπές ≥45° σε μείζονα επικαρδιακή αρτηρία. Ο tortuosity index (TI) μετρήθηκε στον LAD ως ο λόγος του πραγματικού μήκους του αγγείου προς την ευθεία απόσταση μεταξύ των άκρων της μέτρησης, με TI>1,30 να θεωρείται αυξημένος. Το TFC αναγάχθηκε σε 30 frames/s και το LAD TFC διορθώθηκε με διαίρεση διά 1,7. Τιμές> frames θεωρήθηκαν συμβατές με βραδεία στεφανιαία ροή. Αποτελέσματα: Στους πρώτους 42 ασθενείς, η μέση ηλικία ήταν 68,4±9,1 έτη, 29 ήταν γυναίκες (69,0%), το μέσο κλάσμα εξώθησης 59,3±3,5% και ο μέσος LAD TI 1,478±0,178. Οι μέσες τιμές TFC ήταν 55,24±11,42 στη RCA, 54,29±15,58 στην LCX και 35,85±8,20 στον corrected LAD, ενώ το μέσο TFC των τριών αγγείων ήταν 48,46±8,79 frames. TFC>27 καταγράφηκε σε όλους τους ασθενείς στη RCA και την LCX και σε 37/42 (88,1%) στον corrected LAD, υποδηλώνοντας διάχυτη καθυστέρηση της επικαρδιακής στεφανιαίας πλήρωσης. Συμπεράσματα: Στην προκαταρκτική ανάλυση των πρώτων 42 ασθενών, η παρουσία θετικού λειτουργικού ελέγχου, c.tor και απουσίας αποφρακτικής νόσου συνδυάστηκε με αυξημένο TFC και στα τρία κύρια στεφανιαία αγγεία. Το εύρημα υποδηλώνει μη αποφρακτικό αιμοδυναμικό φαινότυπο που ενδέχεται να συμβάλλει στη λειτουργική–αγγειογραφική ασυμφωνία, χωρίς να τεκμηριώνει αυτοτελώς μικροαγγειακή δυσλειτουργία ή αιτιώδη σχέση με την ισχαιμία.

Πίνακας 1. Κλινικά χαρακτηριστικά, coronary tortuosity και TIMI frame count

Ενότητα	Παράμετρος	Αποτέλεσμα / όριο
Πληθυσμός	Συνολικό αρχικό cohort	1.061 ασθενείς
Πληθυσμός	Εκτιμώμενοι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια	περίπου 110
Πληθυσμός	Παρούσα προκαταρκτική ανάλυση	42 ασθενείς
Χαρακτηριστικά	Ηλικία	68,4 ± 9,1 έτη
Χαρακτηριστικά	Γυναίκες	29/42 (69,0%)
Χαρακτηριστικά	Κλάσμα εξώθησης	59,3 ± 3,5%
Λειτουργικός έλεγχος	SPECT	21/42 (50,0%)
Λειτουργικός έλεγχος	Stress echocardiography	14/42 (33,3%)
Λειτουργικός έλεγχος	Δοκιμασία κόπωσης	7/42 (16,7%)
Coronary tortuosity	LAD tortuosity index	1,478 ± 0,178
TIMI frame count	RCA TFC	55,24 ± 11,42
TIMI frame count	LCX TFC	54,29 ± 15,58
TIMI frame count	Corrected LAD TFC	35,85 ± 8,20
TIMI frame count	Μέσο TFC τριών αγγείων	48,46 ± 8,79
Αυξημένο TFC	RCA TFC >27	42/42 (100%)
Αυξημένο TFC	LCX TFC >27	42/42 (100%)
Αυξημένο TFC	Corrected LAD TFC >27	37/42 (88,1%)
Βιβλιογραφικά όρια	RCA φυσιολογική τιμή	20,4 ± 3,0 frames

AA332|Τα αυξημένα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα Οξείας Ισχαιμίας Κάτω Άκρων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 που έχουν Διαγνωστεί με Στεφανιαία Νόσο;

Σ. Παπάζογλου[1], M. Aslam[2], C. Bicknell[1], Π. Ματζουράτου[3], Κ. Πάντος[3]

[1]Department of Vascular Surgery, Hammersmith Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK[1], [2]Department of Vascular Surgery, Hammersmith Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK[1]., [3]Τμήμα Κλινικής Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ, Ελλάδα

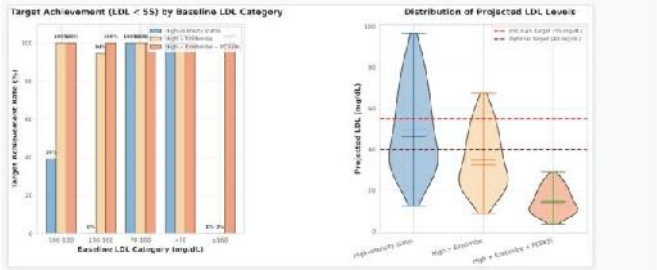
Εισαγωγή / Σκοπός: Η Περιφερική Αγγειακή Νόσος είναι κατ'εξοχήν από τις σημαντικότερες κλινικές επιπλοκές του ΣΔΤ2. Παράλληλα, η Στεφανιαία Νόσος παραμένει η μείζων αιτία θανάτου στο Δυτικό Κόσμο. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει τα αυξημένα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c ώς ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου Οξείας Ισχαιμίας Κάτω Άκρων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 που έχουν Διαγνωστεί με Στεφανιαία Νόσο. Υλικό και Μέθοδος: 413 (239 άνδρες,174 γυναίκες) ηλικίας 38 έως 61 έτη με Οξεία Ισχαιμία Κάτω Άκρων, Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 και Στεφανιαία Νόσο συμμετείχαν στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν για Αγγειογραφίες, Υπερχογραφήματα και αιματολογικές εξετάσεις. Ο Σφυροβραχιόνιος Δείκτης Πιέσεως αποτιμήθηκε ως συμβατός με Οξεία Ισχαιμία Κάτω Άκρων όταν ≤ 0.6. Η γενική πορεία του ΣΔΤ2 αξιολογήθηκε βάσει των μετρήσεων HbA1c σε μονάδες SI. Η βαρύτητα της Στεφανιαίας Νόσου αξιολογήθηκε βάσει στεφανιογραφίας όταν υπήρχε στένωση ≥ 50 % στο αριστερό στέλεχος και ≥75 % στα υπόλοιπα στεφανιαία. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με logistic regression analysis και MANOVA. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως μέσες τιμές ± SD και έγιναν αποδεκτά όταν p ≤ 0.05.ΑποτελέσματαΌλα τα δεδομένα αναλύθηκαν από 413 (239 άνδρες,174 γυναίκες)ηλικίας 38 έως 61 έτη με Οξεία Ισχαιμία Κάτω Άκρων, Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 και Στεφανιαία Νόσο και έδειξαν 63 ασθενείς (15.2%)χωρίς στένωση στα στεφανιαία με HbA1c 48.1 ± 13.9 mmol/mol καιΣΒΔΠ 0.67 ± 0.09. 116 ασθενείς (28.1%) με στένωση σε 1 στεφανιαίο αγγείο, HbA1c 51.9 ± 8,7 mmol/mol και ΣΒΔΠ 0.61 ± 0.06 . 142ασθενείς (34.3%) με στένωση σε 2 στεφανιαία αγγεία και HbA1c 56.3 ±11,8 mmol/mol με ΣΒΔΠ 0.58 ± 0.07, και 92 ασθενείς (22.4%) με στένωση σε 3 στεφανιαία αγγεία και HbA1c 62.7± 16.1 mmol/mol μεΣΒΔΠ 0.54 ± 0.08. Η ανάλυση των δεδομένων διαπίστωσε αξιόλογη μείωση στο ΣΒΔΠ (p <0.0001) όταν υπάρχουν αυξητικές τάσεις στηνHbA1c (p <0.0001) καθώς αυξάνεται η βαρύτητα της στεφανιαίας αρτηριοπάθειας (p <0.0001).Συμπέρασμα Τα αυξημένα επίπεδα HbA1c αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου Οξείας Ισχαιμίας Κάτω Άκρων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 που έχουν Διαγνωστεί με Στεφανιαία Νόσο.

ΑΑ333|Η Αναγκαιότητα Εντατικοποίησης της Υπολιπιδαιμικής Αγωγής σε Ασθενείς Υψηλού Κινδύνου με ΟΣΣ

Α. Ρωμηού[1], Ν. Τσιάμης[1], Δ. Ζαχαράκης[1], Χ. Κολέ[1], Ε. Μιχαηλίδου[1], Θ. Τσαλταμπάσης[1], Χ. Τούντας[1], Α. Κακκάβας[1], Α. Κίτσιου[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες ESC/EAS συστήνουν επιθετικούς στόχους LDL-C (<5 mg/dL, <0 mg/dL για υποτροπή) σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ). Ωστόσο, τα ποσοστά επίτευξης των στόχων αυτών στην κλινική πράξη ανά θεραπευτικό σχήμα παραμένουν ανεπαρκώς τεκμηριωμένα. Μέθοδοι: Αναλύθηκαν 298 ασθενείς με ΟΣΣ από τριτοβάθμιο κέντρο, με μέση τιμή βασικής LDL-C 99,7 ± 40,8 mg/dL. Προσομοιώθηκε η μείωση της LDL-C με επτά θεραπευτικά σχήματα: στατίνη χαμηλής έντασης (μείωση 25%), μέτριας έντασης (35%), υψηλής έντασης (50%), στατίνη χαμηλής + εζετιμίμπη (40%), μέτριας + εζετιμίμπη (48%), υψηλής + εζετιμίμπη (65%) και τριπλή θεραπεία με στατίνη υψηλής έντασης, εζετιμίμπη και αναστολέα PCSK9 (85%). Τα ποσοστά επίτευξης αξιολογήθηκαν για τα όρια <5 και <0 mg/dL, με στατιστική σύγκριση μέσω chi-squared και McNemar tests. Αποτελέσματα: Το 27,2% των ασθενών εμφάνιζε βασική LDL-C <0 mg/dL, το 25,5% 70–100 mg/dL, το 21,1% 100–130 mg/dL, το 14,4% 130–160 mg/dL και το 11,7% ≥160 mg/dL. Η στατίνη υψηλής έντασης ως μονοθεραπεία επέτυχε τον στόχο <5 mg/dL στο 61,9% των ασθενών. Η προσθήκη εζετιμίμπης αύξησε το ποσοστό στο 88,1% (χ^2=29,03, p<0,0001), ενώ η τριπλή θεραπεία επέτυχε 100% επίτευξη (χ^2=12,07, p=0,0005). Για τον στόχο <0 mg/dL, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 38,1%, 65,3% και 100%. Ασθενείς με βασική LDL-C ≥160 mg/dL χρειάζονταν τριπλή θεραπεία για την επίτευξη των στόχων, ενώ όσοι είχαν LDL-C <0 mg/dL την επιτύγχαναν με στατίνη υψηλής έντασης μόνο. Συμπεράσματα: Η μονοθεραπεία με στατίνη υψηλής έντασης είναι ανεπαρκής για την πλειονότητα των ασθενών με ΟΣΣ ως προς την επίτευξη των στόχων ESC/EAS. Η έγκαιρη έναρξη συνδυαστικής υπολιπιδαιμικής θεραπείας είναι απαραίτητη, ιδίως σε ασθενείς με βασική LDL-C ≥160 mg/dL, οι οποίοι χρήζουν εξαρχής «τριπλής θεραπείας».



Files 1: Figure 1: Target achievement

Parameter	Value
Total patients with LDL data	298
Baseline LDL, mg/dL (mean ± SD)	99.7 ± 40.8
Baseline LDL, mg/dL (median [IQR])	93.0 [66.0-133.2]
Baseline LDL range, mg/dL	25 - 193
LDL <70 mg/dL, n (%)	81 (27.2%)
LDL 70-100 mg/dL, n (%)	76 (25.5%)
LDL 100-130 mg/dL, n (%)	63 (21.1%)
LDL 130-160 mg/dL, n (%)	43 (14.4%)
LDL ≥160 mg/dL, n (%)	35 (11.7%)

Files 2: Table : Baseline LDL levels

AA334|ANOCA and INOCA: Evolution of Diagnostic and Therapeutic Strategies Based on Latest Clinical Evidence

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων

Introduction/Purpose: Angina or Ischemia with Non-Obstructive Coronary Arteries (ANOCA/INOCA) represents a significant clinical challenge, affecting a large proportion of patients undergoing diagnostic coronary angiography. Historically underdiagnosed and undertreated, these conditions are now recognized as manifestations of coronary microvascular dysfunction (CMD) and/or epicardial coronary artery spasm. The purpose of this abstract is to review the latest clinical trial data regarding invasive and non-invasive diagnostic protocols and to evaluate the efficacy of stratified medical therapy in improving patient quality of life and clinical outcomes. Material and Methods: An analysis was conducted on recent landmark trials and consensus statements, with a focus on the CorMicA (Coronary Microvascular Angina) trial and the ongoing WARRIOR trial. We examined the utility of invasive functional assessments, including Coronary Flow Reserve (CFR) and Index of Microcirculatory Resistance (IMR), as well as provocative testing with acetylcholine for vasospastic responses. Furthermore, the role of non-invasive modalities, such as Positron Emission Tomography (PET) and Stress Perfusion Cardiac Magnetic Resonance (CMR), in detecting microvascular ischemia was evaluated. Results: Data from the CorMicA trial demonstrated that a stratified medical transition—where therapy is tailored to the specific endotype (microvascular angina, vasospastic angina, or both)—leads to a significant and sustained improvement in angina severity and quality of life compared to standard care. Clinical registries from the COVADIS group highlight that patients with INOCA have an increased risk of Major Adverse Cardiovascular Events (MACE), including heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) and myocardial infarction. Latest findings suggest that ACE inhibitors, Statins, and tailored anti-anginal medications (such as Beta-blockers or Calcium Channel

Blockers, depending on the endotype) are effective in symptom management. Furthermore, the importance of intensive risk factor modification is emphasized, as CMD often shares common pathways with traditional metabolic risk factors.Conclusions: The management of ANOCA/INOCA has evolved from a diagnosis of exclusion to a proactive, endotype-driven approach. Comprehensive functional assessment, whether invasive or non-invasive, is essential for accurate diagnosis. Current clinical evidence strongly supports stratified pharmacological therapy, which not only alleviates symptoms but also addresses the long-term cardiovascular risks associated with coronary microvascular and vasomotor dysfunction.

AA335|Coronary tortuosity και θετικό SPECT χωρίς νόσο-στόχο: ένας φαινότυπος λειτουργικής–αγγειογραφικής ασυμφωνίας

Σ. Λιναρδάκης[1], Ν. Κατσίλλης[1], Σ. Παντζαρτζή[1], Α. Γιαννακόδημος[1], Ν. Αρνάς[1], Α. Πλαΐτης[2], Ν. Παπακωνσταντίνου[1], Έ. Μπούσουλα[1], Α. Δημόπουλος[1], Γ. Γαβριελάτος[1], Ν. Πατσουράκος[1]

[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*,

Εισαγωγή/Σκοπός: Το σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (SPECT) αποτελεί ευρέως χρησιμοποιούμενη λειτουργική εξέταση για την ανίχνευση ισχαιμίας. Ωστόσο, ένα θετικό SPECT δεν συνοδεύεται πάντοτε από αντίστοιχη αποφρακτική νόσο-στόχο στη στεφανιογραφία. Η ελικοειδής πορεία των στεφανιαίων αγγείων (coronary tortuosity) έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με διαταραχή της στεφανιαίας αιμοδυναμικής, μεταβολές του wall shear stress και πιθανή λειτουργική/μικροαγγειακή συνιστώσα ισχαιμίας. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση της coronary tortuosity με θετικό SPECT χωρίς ανατομική αντιστοίχιση στη στεφανιογραφία. Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 406 ασθενείς με θετικό SPECT, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επεμβατική στεφανιογραφία. Καταγράφηκαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, παράγοντες κινδύνου, ισχαιμική περιοχή στο SPECT, ανατομική αντιστοίχιση με τα στεφανιογραφικά ευρήματα και παρουσία coronary tortuosity. Ως ανατομική αντιστοίχιση ορίστηκε η παρουσία σημαντικής αποφρακτικής βλάβης στο αγγείο που αιματώνει την ισχαιμική περιοχή του SPECT. Ως coronary tortuosity ορίστηκε ο συνδυασμός ≥3 διαδοχικών καμπών ≥45° σε μείζονα επικαρδιακή στεφανιαία αρτηρία και αυξημένου tortuosity index (TI). Ο TI υπολογίστηκε στον LAD ως λόγος πραγματικού μήκους προς ευθύγραμμη απόσταση, με τιμές TI>1,3 να θεωρούνται παθολογικές. Αποτελέσματα: Ανατομική αντιστοίχιση θετικού SPECT–στεφανιογραφίας παρατηρήθηκε σε 171/406 ασθενείς (42,1%), ενώ 235/406 (57,9%) δεν εμφάνισαν αντίστοιχη νόσο-στόχο. Coronary tortuosity καταγράφηκε σε 71/235 ασθενείς χωρίς ανατομική αντιστοίχιση (30,2%) έναντι 2/171 με ανατομική αντιστοίχιση (1,2%), p<0,001. Στους ασθενείς χωρίς ανατομική αντιστοίχιση, η παρουσία coronary tortuosity συνδυάστηκε με μεγαλύτερη ηλικία (71,0±7,4 έναντι 65,9±9,5 έτη, p<0,001), συχνότερο γυναικείο φύλο [43/71 (60,6%) έναντι 37/164 (22,6%), p<0,001] και σπανιότερο ιστορικό στεφανιαίας νόσου [1/71 (1,4%) έναντι 30/164 (18,3%), p=0,001]. Τα μη επαληθευμένα ισχαιμικά τοιχώματα αφορούσαν κυρίως την πρόσθια/προσθιοδιαφραγματική/κορυφαία περιοχή (63,4%) και το κατώτερο/οπίσθιο τοίχωμα (62,0%) (Πίνακας 1).Συμπεράσματα Σε ασθενείς με θετικό SPECT, η απουσία ανατομικής αντιστοίχισης στη στεφανιογραφία ήταν συχνή. Η coronary tortuosity συσχετίστηκε έντονα με αυτή τη λειτουργική–αγγειογραφική ασυμφωνία και χαρακτήριζε κυρίως μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, συχνότερα γυναίκες, με χαμηλή συχνότητα γνωστής στεφανιαίας νόσου. Το εύρημα υποστηρίζει έναν πιθανό ANOCA/INOCA-like φαινότυπο, χωρίς όμως να τεκμηριώνει από μόνο του μικροαγγειακή δυσλειτουργία.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών με θετικό SPECT χωρίς ανατομική αντιστοίχιση, ανάλογα με την παρουσία coronary tortuosity

Υποομάδα ασθενών χωρίς αντίστοιχη αποφρακτική νόσο-στόχο στη στεφανιογραφία

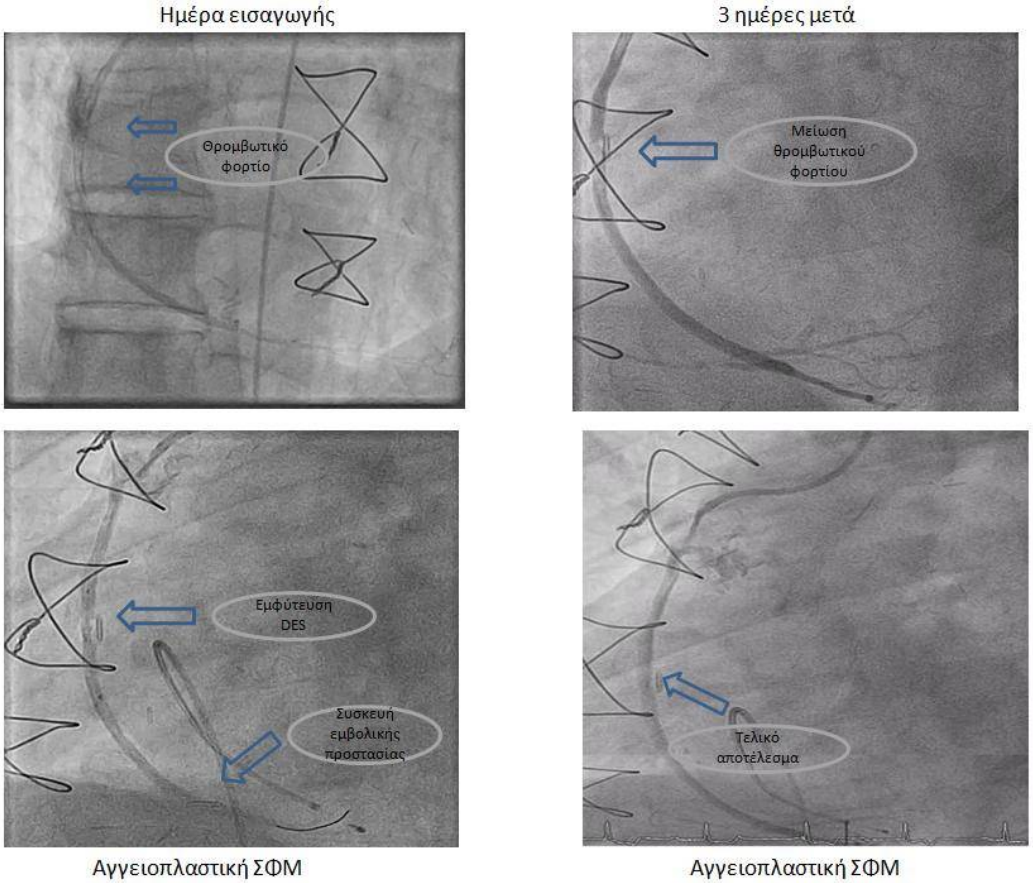
Μεταβλητή	Coronary tortuosity (n=71)	Χωρίς coronary tortuosity (n=164)	p value
Ηλικία, έτη	71,0 ± 7,4	65,9 ± 9,5	**<0,001**
Γυναίκες	43 (60,6%)	37 (22,6%)	**<0,001**
Υπέρταση	52 (73,2%)	105 (64,0%)	0,220
Αυξημένη ΣΜΙ	38 (53,5%)	69 (42,1%)	0,140
Δυσλιπιδαιμία	51 (71,8%)	125 (76,2%)	0,583
Σακχαρώδης διαβήτης	22 (31,0%)	44 (26,8%)	0,622
Ιστορικό στεφανιαίας νόσου	1 (1,4%)	30 (18,3%)	**0,001**
Σηθάγχη	21 (29,6%)	35 (21,3%)	0,232
LVEF ≥50%*	58/60 (96,7%)	116/125 (92,0%)	0,343
Πρόσθια/προσθιοδιαφραγματική/κορυφαία τοίχωμα	45 (63,4%)	98 (59,8%)	0,706
Κατώτερο/οπίσθιο τοίχωμα	44 (62,0%)	119 (72,6%)	0,144
Πλάγια/οπισθοπλάγια τοίχωμα	25 (35,2%)	57 (34,8%)	1,000

* Σε ασθενείς με διαθέσιμα δεδομένα LVEF.
Τα ισχαιμικά τοιχώματα αφορούν μη επαληθευμένες περιοχές στο SPECT. Τα ποσοστά δεν είναι αθροιστικά, λόγω πολυπαγούς συμμετοχής.
Coronary tortuosity: συνδυασμός ≥3 διαδοχικών καμπών >45° σε μείζονα επικαρδιακή στεφανιαία αρτηρία και αυξημένου tortuosity index (TI). Ο TI υπολογίστηκε στον LAD ως λόγος πραγματικού μήκους προς ευθύγραμμη απόσταση· τιμές TI>1,3 θεωρήθηκαν παθολογικές.
Ως ανατομική αντιστοίχιση ορίστηκε η παρουσία σημαντικής αποφρακτικής βλάβης στο αγγείο που αιματώνει τη ισχαιμική περιοχή του SPECT.

ΑΑ336|Χορήγηση Εντατικής Αντιθρομβωτικής Αγωγής σε Ασθενή με Μεγάλο Θρομβωτικό Φορτίο σε Φλεβικό Μόσχευμα πριν τη Διενέργεια Αγγειοπλαστικής

Β.Μ. Δραγώνα[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Ε. Καραμανώλης[1], Φ. Κολοκάθης[1], Ι. Ξενογιάννης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (ΔΣΠ) σε σαφηνή φλεβικά μοσχεύματα (ΣΦΜ) αποτελεί τεχνικά απαιτητική επέμβαση, ιδίως παρουσία μεγάλου θρομβωτικού φορτίου, λόγω αυξημένου κινδύνου περιφερικής εμβολής και φαινομένου μη επαναρροής (noreflow). Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός ασθενούς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος (NSTEMI) λόγω θρομβωτικής απόφραξηςΣΦΜ, όπου η αναβολή της παρέμβασης και η χορήγηση στον ασθενή εντατικής αντιθρομβωτικής αγωγής διευκόλυνε την ασφαλή επαναγγείωση. Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 60 ετών με ιστορικό αορτοστεφανιαίας παράκαμψης προσήλθε μεNSTEMI. Η στεφανιογραφία ανέδειξε χρόνια ολική απόφραξη του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (ΠΚΚ) και της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, διάχυτη νόσο στην περισπώμενη αρτηρία, βατό μόσχευμα δεξιάς έσω μαστικής αρτηρίας προς τον ΠΚΚκαι βατό ΣΦΜ προς τον αμβλύ επιχείλιο κλάδο. Η ένοχη βλάβη εντοπίστηκε στο μέσο τμήμα της ΣΦΜ προς τον οπίσθιο κατιόντα κλάδο, με μεγάλο θρομβωτικό φορτίο και σχετικά επηρεασμένη περιφερική ροή (TIMI 2).Αποτελέσματα: Η ad-hoc αγγειοπλαστική κρίθηκε υψηλού κινδύνου για περιφερική εμβολή και no-reflow φαινόμενο. Καθώς ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και χωρίς κλινικές ενδείξεις συνεχιζόμενης ισχαιμίας, η παρέμβαση αναβλήθηκε και χορηγήθηκε για 72 ώρες εντατικό αντιθρομβωτικό σχήμα με ασπιρίνη, τικαγρελόρη, ενοξαπαρίνη και τιροφιμπάνη. Η επαναληπτική στεφανιογραφία μετά από τρεις ημέρες, ανέδειξε σημαντική μείωση του θρομβωτικού φορτίου. Ακολούθησε αγγειοπλαστική με χρήση συσκευής εμβολικής προστασίας (FilterWireEZ; Boston Scientific), έγιναν προδιαστολές με μη ευένδοτους αεροθαλάμους, εμφύτευση στεφανιαίας ενδοπρόθεσης (Xience Sierra, everolimus-elutingstent 3,0×28 mm;Abbott) και μεταδιαστολές επίσης με μη ευένδοτους αεροθαλάμους. Η τελική αγγειογραφική εικόνα κατέδειξε αποκατάσταση της περιφερικής ροής, χωρίς υπολειπόμενη στένωση.ΣυμπεράσματαΣε επιλεγμένους, αιμοδυναμικά σταθερούς, ασθενείς με NSTEMI λόγω θρομβωτικής απόφραξης ΣΦΜ, η βραχεία αναβολή της ΔΣΠ ώστε να χορηγηθεί εντατική αντιθρομβωτική αγωγή για 2-4 ημέρες μπορεί να μειώσει δραστικά το θρομβωτικό φορτίο και να καταστήσει την παρέμβαση ασφαλέστερη. Η χρήση συσκευής περιφερικής εμβολικής προστασίας θα πρέπει να εξετάζεται κατά την ΔΣΠ σε ΣΦΜ, όταν είναι τεχνικά εφικτή.



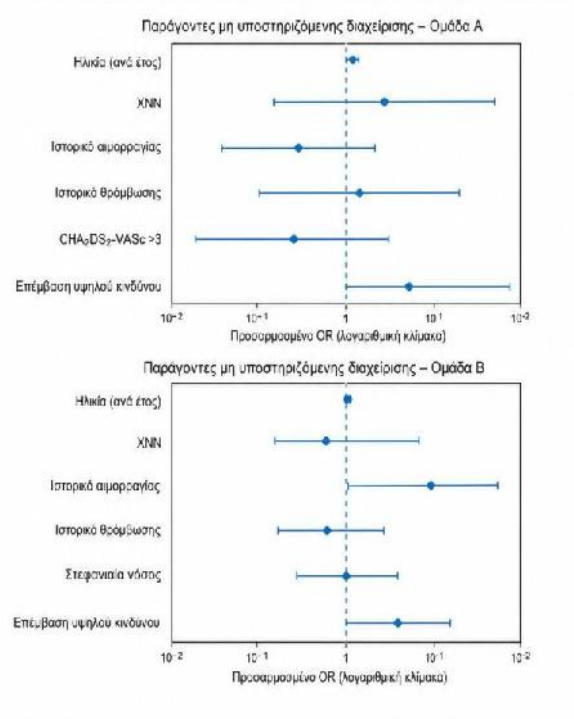
ΑΑ337|Περιεπεμβατική διαχείριση αντιθρομβωτικής αγωγής: Αποκλίσεις κλινικής πρακτικής και συστάσεων

Ι. Κουτάγιαρ[1], Μ. Ματιάκης[1],Σ. Μακρυγιάννης[1], Γ. Αναγνώστου[1]Σ. Καλιαμπάκος[1], Γ. Τσάκωνας[1] ,Α. Λουκίνα[1],Μ. Σαραντάκου[1], Α. Πιπιλής[1]

[1]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής (ΑΑ) προ μη-καρδιακής επεμβατικής πράξης καθορίζεται από τις κατευθυντήριες συστάσεις. Ο στόχος της μελέτης ήταν να καταγραφούν οι πρακτικές διαχείρισης της ΑΑ, να συγκριθούν με τις προτεινόμενες στις συστάσεις, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της περιεπεμβατικής διαχείρισης ΑΑ στο νοσοκομείο μας. Υλικό και Μέθοδοι: Σε μια μη επιλεγμένη σειρά διαδοχικών ασθενών που ελάμβαναν per os ΑΑ και επρόκειτο να υποβληθούν σε επεμβατική πράξη καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά, η ένδειξη για ΑΑ, το είδος της προγραμματισμένης επέμβασης και οι οδηγίες διαχείρισης της ΑΑ από τον θεράποντα ιατρό. Την ημέρα της επέμβασης μετρήθηκαν κατά περίπτωση είτε η συγκόλληση αιμοπεταλίων (LTA aggregometry) είτε η αντιθρομβινική δράση. Οι οδηγίες τις οποίες κλήθηκε να ακολουθήσει ο ασθενής χαρακτηρίσθηκαν μετά από ανασκόπηση και συναίνεση των ερευνητών ως σύμφωνη με τις συστάσεις (Σ) ή ως μη υποστηριζόμενη από αυτές (ΜΥ). Αποτελέσματα: Από τους 100 διαδοχικούς ασθενείς (ηλικία 72±11, eGFR 73±21ml/min/1.73m2, ιστορικό αιμορραγίας 24%) οι 37 ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή (ομάδα Α) με κύρια ένδειξη κολπική μαρμαρυγή, ενώ 63 ελάμβαναν αντιαιμοπεταλιακά (ομάδα Β) με κύρια ένδειξη στεφανιαία ή άλλη αγγειακή νόσο. Στην ομάδα Α οι οδηγίες ήταν ΜΥ στο 78% κυρίως λόγω πρώιμης διακοπής των DOAC, ενώ στην ομάδα Β στο 49% κυρίως λόγω μη αναγκαίας διακοπής ασπιρίνης ή πρώιμης διακοπής P2Y12.Στην ομάδα Α, η υπολειπόμενη δράση DOAC μεταξύ Σ και ΜΥ ασθενών ήταν 15±19 έναντι 10±9 ng/ml (p=0.688) ενώ η υπολειπόμενη συγκόλληση αιμοπεταλίων ήταν μεταξύ Σ και ΜΥ ασθενών για ασπιρίνη και P2Y12 αντίστοιχα 63±25 έναντι 53% (p=0.191) και 56 έναντι 48% (p=0.133).Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι ανεξάρτητοι παράγοντες σχετιζόμενοι με ΜΥ οδηγίες ήταν στην ομάδα Α η ηλικία με OR [95% CI] 1.18 [1.004-1.394] p=0.044 ενώ στην ομάδα Β ο χαρακτηρισμός της επέμβασης ως υψηλού κινδύνου με OR [95% CI] 3.63 [1.01-13] p=0.047. Συμπεράσματα Στην καθημερινή κλινική πράξη υπάρχει σαφής τάση για διακοπή της ΑΑ πριν μια επεμβατική πράξη που υπερβαίνει τις συστάσεις. Επιβεβαιώνεται ότι η υπολειπόμενη αντιθρομβωτική δράση με πρωιμότερη διακοπή δεν διαφέρει εκείνης που καταγράφεται με την συμμόρφωση στις συστάσεις με αποτέλεσμα να εκτίθενται ασθενείς σε θρομβωτικό κίνδυνο χωρίς ουσιαστική μείωση του περιεπεμβατικού αιμορραγικού κινδύνου.





ΑΑ338|Επικρατούσα κυκλοφορία και καθυστέρηση της ροής στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία σε ασθενείς με ελικοειδή αγγεία.

Γ. Γαβριελάτος[1], **Σ. Λιναρδάκης**[1], Ν. Κατσίλλης[1], Ν. Παπακωνσταντίνου[1], Έ. Μπούσουλα[1], Α. Δημόπουλος[1], Ν. Πατσουράκος[1], Δ. Κόκκινος[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΙΔΡΥΜΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

Εισαγωγή/Σκοπός: Σε ασθενείς με θετικό μη επεμβατικό έλεγχο ισχαιμίας, ελικοειδή στεφανιαία αγγεία (coronary tortuosity, c.tor) και απουσία αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου, η εντόπιση της ισχαιμίας δεν αντιστοιχεί πάντοτε σε ανατομική νόσο-στόχο. Η επικρατούσα στεφανιαία κυκλοφορία ενδέχεται να επηρεάζει τη σχέση μεταξύ ισχαιμικού τοιχώματος και επικαρδιακής ροής, ιδιαίτερα στην κατώτερη/οπίσθια περιοχή. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν η κατώτερη/οπίσθια ισχαιμική εντόπιση, σε συνδυασμό με δεξιά ή συνεπικρατούσα κυκλοφορία, σχετίζεται με καθυστερημένη πλήρωση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA) σε ασθενείς με c.tor. Υλικό και μέθοδος: Από 1.061 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβατική στεφανιογραφία μετά από θετικό μη επεμβατικό έλεγχο, 110 (10%) παρουσίαζαν c.tor, χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο ή ανατομική αντιστοίχιση των ευρημάτων. Παρουσιάζονται τα προκαταρκτικά αποτελέσματα των πρώτων 35 ασθενών με θετικό σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (SPECT) ή δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία φόρτισης, αναλύσιμη εντόπιση ισχαιμίας και πλήρεις μετρήσεις TIMI frame count (TFC). Η c.tor ορίστηκε ως ≥3 διαδοχικές καμπές ≥45° σε τουλάχιστον μία μείζονα επικαρδιακή στεφανιαία αρτηρία, αξιολογούμενες στην τελοδιαστολή και στην προβολή με τη μικρότερη βράχυνση και επικάλυψη. Ο tortuosity index (TI) μετρήθηκε στην πρόσθια κατιούσα αρτηρία (LAD) ως ο λόγος του πραγματικού μήκους της κεντρικής γραμμής προς την ευθεία απόσταση μεταξύ των άκρων του εξεταζόμενου τμήματος, με TI>1,30 να θεωρείται αυξημένος. Το TFC αναγάχθηκε σε 30 frames/s. Το RCA TFC συγκρίθηκε μεταξύ ασθενών με κατώτερη/οπίσθια ισχαιμία και δεξιά/συνεπικρατούσα κυκλοφορία και των υπολοίπων. Αποτελέσματα: Μεταξύ των 35 ασθενών με ελικοειδή πορεία των στεφανιαίων αρτηριών, κατώτερη/οπίσθια ισχαιμική εντόπιση σε συνδυασμό με δεξιά ή συνεπικρατούσα στεφανιαία κυκλοφορία καταγράφηκε σε 19 ασθενείς (54,3%). Στην ομάδα αυτή, το TIMI frame count της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA TFC) ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους 16 ασθενείς (58,32±10,69 έναντι 47,00±8,58 frames). Η μέση διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ήταν 11,32 frames (95% διάστημα εμπιστοσύνης: 4,56–18,07, p=0,002). Το εύρημα παρέμεινε στατιστικά σημαντικό και κατά τη μη παραμετρική ανάλυση (p=0,002) (Πίνακας 1)Συμπεράσματα: Στην προκαταρκτική ανάλυση, η κατώτερη/οπίσθια ισχαιμική εντόπιση σε ασθενείς με c.tor και δεξιά ή συνεπικρατούσα κυκλοφορία συσχετίστηκε με σημαντικά καθυστερημένη πλήρωση της RCA. Η επικρατούσα κυκλοφορία ενδέχεται να αποτελεί παράγοντα για την ερμηνεία της λειτουργικής–αγγειογραφικής ασυμφωνίας, χωρίς να τεκμηριώνεται αιτιώδης σχέση.

Πίνακας 1. Κατώτερη/οπίσθια ισχαιμία, επικρατούσα κυκλοφορία και TIMI frame count της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας

Προκαταρκτική ανάλυση ασθενών με coronary tortuosity, χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο και χωρίς ανατομική αντιστοίχιση του θετικού αναίμακτου ελέγχου

Ενότητα	Παράμετρος / σύγκριση	Αποτέλεσμα	Στατιστική
Πηγή πληθυσμού	Συνολικό αρχικό cohort	1.061 ασθενείς	
Πηγή πληθυσμού	Ασθενείς με coronary tortuosity, χωρίς αποφρακτική νόσο και χωρίς ανατομική αντιστοίχιση	περίπου 110	
Παρούσα ανάλυση	Ασθενείς με SPECT ή stress echocardiography, αναλύσιμη τοπική ισχαιμία και πλήρες TFC	35	
Ορισμός	Coronary tortuosity	≥3 διαδοχικές καμπές ≥45° σε μείζονα επικαρδιακή αρτηρία	
Κύρια υποομάδα	Κατώτερο/οπίσθιο territory με δεξιά ή συνεπικρατούσα κυκλοφορία	19/35 (54,3%)	
RCA TFC	Κατώτερο/οπίσθιο territory με δεξιά ή συνεπικρατούσα κυκλοφορία	58,32 ± 10,69 frames	
RCA TFC	Υπόλοιπες αναλύσιμες περιπτώσεις	47,00 ± 8,58 frames	
Σύγκριση	Μέση διαφορά RCA TFC	+11,32 frames	95% CI 4,56–18,07
Στατιστική	Ανεξάρτητο t-test		p=0,002
Στατιστική	Μη παραμετρική επιβεβαίωση		p=0,002

Σημείωση: Το TIMI frame count αναχθηκε στα 30 frames/s. Ως αποφρακτική στεφανιαία νόσος θεωρήθηκε στένωση ≥50%. Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± SD ή n (%).

Συντομογραφίες: RCA, δεξιά στεφανιαία αρτηρία· TFC, TIMI frame count· SPECT, σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου· CI, διάστημα εμπιστοσύνης

AA339|Συσχέτιση της βραχυπρόθεσμης πτώσης της θερμοκρασίας με την προσέλευση λόγω οξέων στεφανιαίων συνδρόμων στη Βόρεια Ελλάδα: ανάλυση 884 περιστατικών, 2023–2025

Χ. Τσιανάκα[1], Κ. Στάμος[1], Ε. Γιακουμόγλου[1], Ι. Στυλιάδης[1], Δ. Μ. Φαρμάκης[1]

[1]*ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας ενδέχεται να λειτουργούν ωςβραχυπρόθεσμοι εκλυτικοί παράγοντες οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (ΟΣΣ), όμως τα δεδομένα απόμεσογειακούς πληθυσμούς παραμένουν περιορισμένα. Σκοπός ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύβραχυπρόθεσμων μετεωρολογικών μεταβολών και προσέλευσης λόγω ΟΣΣ.Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη όλων των διαδοχικών ασθενών πουεισήχθησαν με ΟΣΣ στο Νοσοκομείο μας κατά την περίοδο 2023–2025. Τα ημερήσια μετεωρολογικάδεδομένα — μέση θερμοκρασία, ατμοσφαιρική πίεση, υγρασία, ταχύτητα ανέμου, ύψος υετού καιχιονόπτωση— προήλθαν από τον μετεωρολογικό σταθμό LGTS και αντιστοιχίστηκαν με τηνημερομηνία εισαγωγής κάθε ασθενούς. Αξιολογήθηκαν οι συνθήκες της ημέρας εισαγωγής και οιμεταβολές τους σε σχέση με τις προηγούμενες 1–7 ημέρες. Η συσχέτιση με την προσέλευση λόγω ΟΣΣεξετάστηκε με σχεδιασμό time-stratified case-crossover, προσαρμοσμένο για την εποχικότητα και τηνημέρα της εβδομάδας. Για τις πολλαπλές συγκρίσεις εφαρμόστηκε διόρθωση Benjamini–Hochberg.Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 884 διαδοχικοί ασθενείς με ΟΣΣ (435 STEMI, 411 NSTEMI και 38με ασταθή στηθάγχη· μέση ηλικία 65,4±13,5 έτη) και τα μετεωρολογικά δεδομένα της περιόδου πριναπό την εισαγωγή τους. Διαπιστώθηκε ότι πτώση της μέσης θερμοκρασίας κατά 4,5°C κατά τοπροηγούμενο επταήμερο συσχετίστηκε με 14,9% υψηλότερες πιθανότητες προσέλευσης λόγω ΟΣΣ(αντίστροφο του OR 0,870 για αύξηση κατά 4,5°C, 95% CI 0,791–0,958, p=0,0047). Το εύρημαυποδηλώνει ότι σημασία μπορεί να έχει όχι μόνο η χαμηλή θερμοκρασία καθαυτή, αλλά και η σχετικά απότομη ψύξη έναντι των προηγούμενων ημερών. Ωστόσο, η συσχέτιση δεν παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά τη διόρθωση για τις πολλαπλές μετεωρολογικές συγκρίσεις και πρέπει να θεωρηθείδιερευνητική. Συμπεράσματα: Η πτώση της μέσης θερμοκρασίας κατά το προηγούμενο επταήμερο συσχετίστηκε σταθερά με αυξημένη προσέλευση λόγω ΟΣΣ σε δύο αναλυτικές προσεγγίσεις. Η συσχέτιση αφορούσε σχετικά συνήθη βραχυπρόθεσμη ψύξη και όχι ακραία μεταβολή της θερμοκρασίας ή καύσωνα,υποδηλώνοντας ότι ακόμη και μέτριες καιρικές μεταβολές ενδέχεται να λειτουργούν ως εκλυτικόςπαράγοντας σε ασθενείς με ευάλωτο καρδιαγγειακό υπόστρωμα. Δεν αναδείχθηκε εξίσου συνεπής σχέση για τις υπόλοιπες μετεωρολογικές παραμέτρους. Τα ευρήματα θέτουν τη βάση για μελλοντικές πολυκεντρικές μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας, οι οποίες θα ενσωματώνουν τον ακριβή χρόνο έναρξης των συμπτωμάτων και το επίπεδο της ατμοσφαιρικής ρύπανσης.

ΑΑ340|Αντιμετώπιση Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου σε Ασθενείς άνω των 80 ετών: Χαρακτηριστικά, Αιμορραγικός Κίνδυνος και Κλινικά Αποτελέσματα

Ν. Τσιάμης[1], Ι. Μαυρογένης[1], Χ. Κολέ[1], Θ. Τσαλταμπάσης[1], Α.Α. Συρένγκελα[1], Α. Ρωμηού[1], Δ. Ζαχαράκης[1], Δ. Καλαϊτζίδης[1], Γ. Τσιτσινάκης[1], Χ. Τούντας[1], Α. Κακκάβας[1], Δ. Μυτάς[1], Α. Κίτσιου[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βέλτιστη αντιμετώπιση του Οξέος Στεφανιαίου Συνδρόμου (ΟΣΣ) σε ασθενείς ηλικίας> ετών παραμένει κλινική πρόκληση, λόγω της προχωρημένης ηλικίας, της ευθραυστότητας και των σημαντικών συννοσηροτήτων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών, του προφίλ κινδύνου και των κλινικών αποτελεσμάτων υπέργηρων ασθενών με υψηλό αιμορραγικό κίνδυνο, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. ΜΕΘΟΔΟΙ: Διενεργήθηκε αναδρομική ανάλυση 63 διαδοχικών ασθενών (μέση ηλικία 88,5±3,2 έτη) νοσηλευθέντων με ΟΣΣ. Καταγράφηκαν κλινικά χαρακτηριστικά, ταξινόμηση κατά Killip, κατά GRACE και ο αιμορραγικός κίνδυνος σύμφωνα με το CRUSADE SCORE. Η φαρμακευτική αγωγή βασίστηκε σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ΔΑΑΤ) με ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη. Ως συντηρητική θεραπεία ορίστηκε η φαρμακευτική αντιμετώπιση . Τα αποτελέσματα κατηγοριοποιήθηκαν σε: έξοδο, μεταφορά σε ΜΕΘ ή ενδονοσοκομειακό θάνατο. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 63 ασθενείς (64,7% άνδρες), το NSTEMI αποτέλεσε την συχνότερη διάγνωση (78,8%). Το 86,2% του συνολικού δείγματος παρουσίασε υπολευκωματιναιμία, έμμεσος δείκτης ευθραυστότητας. Συντηρητική αντιμετώπιση εφαρμόστηκε στο 52,38 % (n=33) λόγω τουλάχιστον μετρίου αιμορραγικού κινδύνου και αποκλειστικά με διάγνωση NSTEMI. Κατά την εισαγωγή, το 57,6% εμφάνισε καρδιακή ανεπάρκεια (τάξη Killip ≥2), εκ των οποίων το 15,2% καρδιογενή καταπληξία. Συννοσηρότητες: υπέρταση (75,8%), κολπική μαρμαρυγή (42,4%), δυσλιπιδαιμία (42,4%), σακχαρώδης διαβήτης (27,3%) και χρόνια νεφρική νόσος (27,3%). Η μέση τιμή hsTnI ανήλθε σε 4.564 ng/L. Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε ΔΑΑΤ με ασπιρίνη/κλοπιδογρέλη (90,9%) και αντιπηκτική αγωγή σε 36,4% (κυρίως για κολπική μαρμαρυγή). Η μέση βαθμολογία CRUSADE ήταν 38 («μέτριος» κίνδυνος)· και το 25,39% (n=16) παρουσίασε αιμορραγικό σύμβαμα εντός νοσηλείας. Συγκεκριμένα, 6 ασθενείς (18,2% της ομάδας συντηρητικής αντιμετώπισης,· 9,5% του συνολικού δείγματος) υπέστησαν μείζονα αιμορραγία, εκ των οποίων 3 χρειάστηκαν μετάγγιση αίματος. Στο σύνολο της κοόρτης (n=63), 59 ασθενείς (93,6%) εξήλθαν επιτυχώς, 2 (4,7%) μεταφέρθηκαν σε ΜΕΘ και 2 (3,1%) απεβίωσαν ενδονοσοκομειακά. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυξημένη επίπτωση αιμορραγίας σε ασθενείς με μετρίου βαθμού αιμορραγικό κίνδυνο σύμφωνα με το CRUSADE Score, αναδεικνύει την ευθραυστότητα αυτής της πληθυσμιακής ομάδας. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην διαστρωμάτωση του ισχαιμικού και του αιμορραγικού κινδύνου αυτής της ομάδας. Η ανριμετώπιση πρέπει να γίνεται πάντα σύμφωνα με τις κατυθυντήριες οδηγίες και συνεκτιμώντας τις συννοσηρότητες.

ΑΑ341|Επιτυχής επαναχορήγηση καπεσιταμπίνης μετά από στηθάγχη σε ασθενή με τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού

Ε. Παπουτσάκη[1], Κ. Κεραμιδά[2], Μ.Στρατινάκη[3], Σ. Μανωλάκου[4], Θ. Σινάνης[5], Μ.Μαμαλουκάκη[5]
[1]ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ , [2]ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]IASIS GENERAL CLINIC CHANIA , [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΑΝΙΩΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός Η καρδιοτοξικότητα από φθοριοπυριμιδίνες αποτελεί γνωστή αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή της ογκολογικής θεραπείας. Η εμφάνιση στηθάγχης ή οξέος στεφανιαίου συνδρόμου κατά τη χορήγηση καπεσιταμπίνης συχνά οδηγεί σε διακοπή της θεραπείας. Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς με τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού, στην οποία εφαρμόστηκε στρατηγική επαναχορήγησης καπεσιταμπίνης με στενή καρδιολογική παρακολούθηση. Υλικα και Μέθοδος Γυναίκα 54 ετών, καπνίστρια με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος και τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού εμφάνισε την τρίτη ημέρα θεραπείας με καπεσιταμπίνη επεισόδιο στηθάγχης με παροδική ανάσπαση του ST στο κατώτερο τοίχωμα και μικρή αύξηση τροπονίνης. Η αξονική στεφανιογραφία δεν ανέδειξε σημαντική στεφανιαία νόσο. Λόγω της σημαντικής ογκολογικής ένδειξης για συνέχιση της θεραπείας πραγματοποιήθηκε καρδιολογική εκτίμηση με βιοδείκτες, ηλεκτροκαρδιογράφημα και διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ξεκίνησε προφυλακτική αγωγή με διλτιαζέμη βραδείας αποδέσμευσης σε εξατομικευμένο δοσολογικό σχήμα, με σταδιακή τιτλοποίηση της δόσης και παράλληλη μείωση της δόσης της καπεσιταμπίνης από την ογκολογική ομάδα. Αποτελέσματα Κατά την επανέναρξη της καπεσιταμπίνης η ασθενής εμφάνισε υποτροπή θωρακικού άλγους μικρότερης έντασης και διάρκειας, χωρίς συνοδές ηλεκτροκαρδιογραφικές, υπερηχοκαρδιογραφικές ή βιοχημικές ενδείξεις μυοκαρδιακής βλάβης. Με περαιτέρω αύξηση και ανακατανομή της δόσης της διλτιαζέμης (180 mg πρωί, 60 mg μεσημέρι και 180 mg βράδυ), καθώς και με αύξηση πρόσληψης υγρών και άλατος λόγω συμπτωματικής υπότασης, επιτεύχθηκε πλήρης ύφεση των στηθαγχικών ενοχλημάτων. Η ασθενής συνέχισε επιτυχώς τη θεραπεία με καπεσιταμπίνη και κατά τον χρόνο συγγραφής βρίσκεται στο μέσο του προγραμματισμένου θεραπευτικού σχήματος. Συμπεράσματα Η καρδιοτοξικότητα από καπεσιταμπίνη δεν συνεπάγεται πάντοτε οριστική διακοπή της θεραπείας. Σε επιλεγμένους ασθενείς με ισχυρή ογκολογική ένδειξη, η εξατομικευμένη προφυλακτική αγωγή με ανταγωνιστές

ασβεστίου, η στενή παρακολούθηση και η διεπιστημονική συνεργασία καρδιολόγου-ογκολόγου μπορούν να επιτρέψουν την ασφαλή επαναχορήγηση του φαρμάκου και την ολοκλήρωση μιας δυνητικά σωτήριας αντικαρκινικής θεραπείας

AA342|Real-world secondary cardiovascular prevention in Greece: sub-analysis of the HERMES registry

Ι. Κοπιδάκης[1], Β. Βασιλικός[2], Π. Νταβλούρος[3], Α. Καρτάλης[4], Χ. Βλαχόπουλος[5], Μ. Μαρκέτου[1], F. Pinto[6]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [3]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πατρών / Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο), [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [6]Hospital Universitario Santa Maria. CHLN Lisboa, Lisboa, Portugal

Background: Secondary cardiovascular prevention remains suboptimal in real-world practice despite guideline recommendations for antiplatelets, statins, and RAAS blockers. The HERMES registry evaluated implementation of secondary prevention strategies after a cardiovascular event, and this report presents the Greek cohort sub-analysis. Methods: HERMES was a multinational, prospective, non-interventional registry with 1-year follow-up in post-cardiovascular event patients. The Greek arm of the cohort included 170 patients enrolled across 5 centers, of whom 164 completed follow-up and formed the full analysis set. Data were collected at baseline, defined as the first visit after discharge and at final visit after 1 year ± 3 months. Results: The cohort had a mean age of 62 years, 82% were men, and common comorbidities included hypercholesterolemia (63%) and hypertension (53%). The index event was acute myocardial infarction in 48.8%, urgent revascularization in 29.4%, and angina in 21.2%. At 1 year, 66% of patients received guideline-concordant triple therapy with antiplatelets, statins, and RAAS blockers, while high medication adherence was 49.4% and low adherence was 15.2%. Fixed-dose combination/polypill use increased from 46% at baseline to 58% at follow-up, and monotherapy remained common. Median LDL cholesterol decreased from 76 to 64 mg/dL, total cholesterol from 151 to 126 mg/dL, triglycerides from 109 to 99 mg/dL, and systolic blood pressure from 129.5 to 120 mmHg, while diastolic blood pressure remained largely unchanged. Nevertheless, target attainment remained limited, with LDL <0 mg/dL achieved by 35.4% and LDL <5 mg/dL by 23.2% at follow-up. Safety was favorable, with 7 adverse drug reactions in 5 patients, 3 serious adverse reactions in 2 patients, recurrent MACE in 5 patients (2.9%), and 1-year survival of 97.58%Post-hoc analysis: Exploratory subgroup analyses in the Greek cohort suggested that women had higher LDL cholesterol and a higher incidence of MACE than men at the final visit. Patients older than 75 years had significantly better LDL and blood pressure control than younger patients. Better lifestyle adherence was associated with significant improvement in LDL cholesterol only, while no significant differences were found according to statin dose or treatment presentation (monotherapy versus FDC/polypill Conclusions: In the Greek HERMES cohort, secondary prevention after cardiovascular

ΑΑ343|Επίδραση του θετικού οικογενειακού ιστορικού στεφανιαίας νόσου στα κλινικοεργαστηριακά και υπερηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Ε. Ελευθεριάδου[1], Γ. Αλετράς[1], Α. Νεραντζούλης[1], Γ. Απιδιανάκης[1], Σ. Φιφλής[1], Μ. Στρατινάκη[1], Κ. Παππάς[2], Γ. Γιαμούζης[3], Β. Βασιλικός[4], Ι. Σκουλαρίγκης[3], Ε. Φουκαράκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΝΑΝΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου αποτελεί καθιερωμένο μη τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των κλινικοεργαστηριακών, υπερηχοκαρδιογραφικών και αγγειογραφικών χαρακτηριστικών ασθενών με και χωρίς θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική, μονοκεντρική μελέτη 190 ασθενών που νοσηλεύτηκαν με διάγνωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου στην Καρδιολογική Κλινική του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Οκτώβριος 2023–Ιανουάριος 2025). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση την παρουσία (n=48, 25,3%) ή την απουσία (n=142, 74,7%) θετικού οικογενειακού ιστορικού και συγκρίθηκαν ως προς δημογραφικά, εργαστηριακά, υπερηχοκαρδιογραφικά και αγγειογραφικά ευρήματα, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την ενδονοσοκομειακή έκβαση.Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό ήταν σημαντικά νεότεροι σε σύγκριση με εκείνους χωρίς θετικό οικογενειακό ιστορικό (διάμεση ηλικία 55 έναντι 65 ετών). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την κατανομή του φύλου, τον τύπο οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (STEMI, NSTEMI, MINOCA) ή τις κύριες συννοσηρότητες. Οι ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό παρουσίασαν ευνοϊκότερο νεφρικό προφίλ κατά την εισαγωγή, με υψηλότερο εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (101 έναντι 91 ml/min/1,73m², p=0,02) και χαμηλότερα επίπεδα ουρίας (p=0,003). Ωστόσο, ο λόγος LDL/HDL ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό (3,09 έναντι 2,60, p=0,015). Οι ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό εμφάνιζαν συχνότερα υπερτροφία αριστερής κοιλίας (34,1% έναντι 17,0%, p=0,027), ενώ οι δείκτες διαστολικής λειτουργίας υποδήλωναν ευνοϊκότερο προφίλ στους ασθενείς με θετικό ιστορικό, όπως αντικατοπτρίζεται από χαμηλότερες τιμές E/e' (9 έναντι 9,5, p=0,015). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου, στη θεραπευτική στρατηγική επαναιμάτωσης ούτε στα ποσοστά ενδονοσοκομειακών επιπλοκών ή θνητότητας. Η χρήση β-αποκλειστών ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό (93,8% έναντι 80,3%, p=0,029). Συμπεράσματα: Το θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου συνδέεται με πρωιμότερη εμφάνιση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και ευνοϊκότερο διαστολικό και νεφρικό προφίλ, χωρίς όμως να επηρεάζει τη βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου, τη θεραπευτική στρατηγική ή την ενδονοσοκομειακή έκβαση, υποδηλώνοντας ότι η γενετική προδιάθεση σχετίζεται περισσότερο με τον χρόνο εκδήλωσης παρά με τη βαρύτητα της νόσου.

Πίνακας 1 — Δημογραφικά, νεφρική λειτουργία και λιπιδαιμικό προφίλ

Θετικό ιστορικό (+) (n=48) έναντι (-) (n=142)

Παράμετρος	Ιστορικό (+)	Ιστορικό (-)	p-value
Διάμεση ηλικία (έτη)	55	65	—
eGFR εισαγωγής (ml/min/1,73m²)*	101	91	0,02
Ουρία (mg/dl)*	32,5	38	0,003
Λόγος LDL/HDL*	3,09	2,60	0,015

*Διάμεση τιμή (IQR)

Πίνακας 2 — Υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα και αγωγή εξόδου
Οικογενειακό ιστορικό (+) (n=48) έναντι (-) (n=142)

Παράμετρος	Ιστορικό (+)	Ιστορικό (-)	p-value
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	17,0%	34,1%	0,027
Λόγος E/e'*	9	9,5	0,015
β-αναστολείς (αγωγή εξόδου)	93,8%	80,3%	0,029

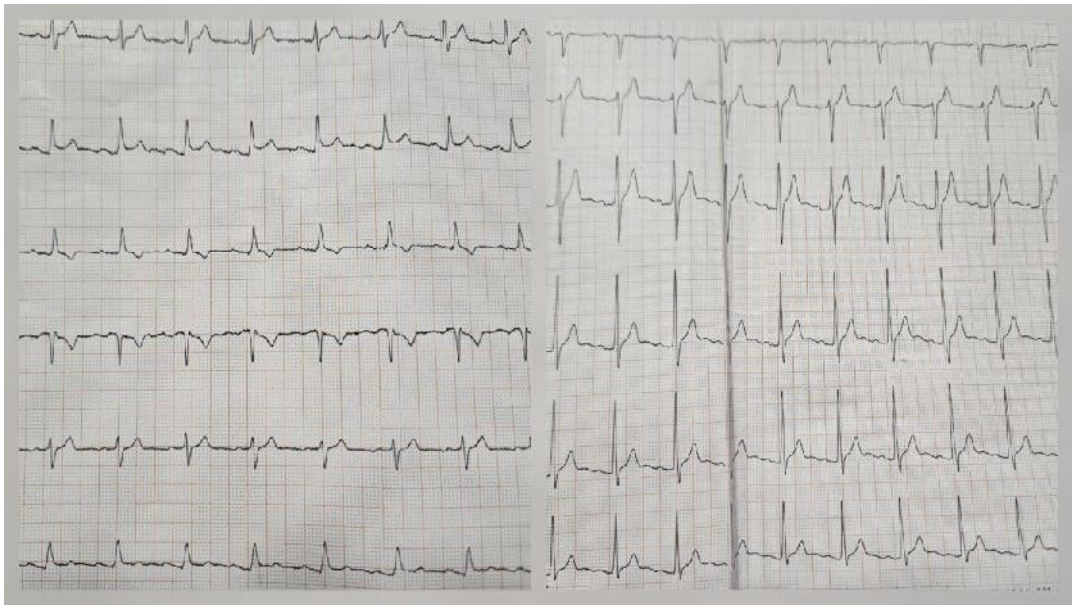
*Διάμεση τιμή (IQR)

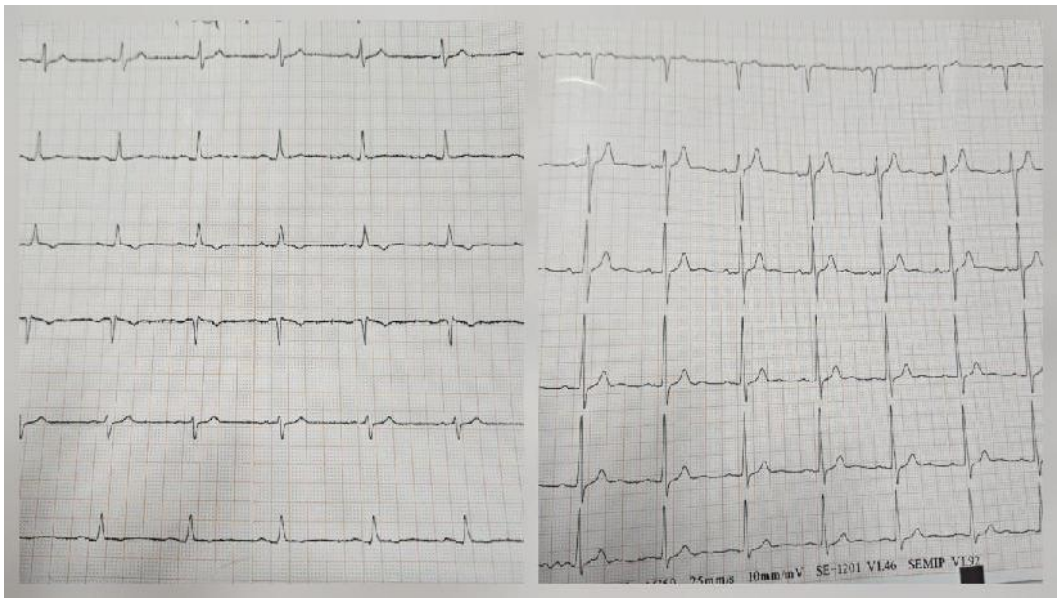
ΑΑ344|Διαγνωστικά διλήμματα στη διαφορική διάγνωση ύποπτου οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε επαρχιακό νοσοκομείο

Η. Καπιτσίνης[1], Α. Καρακάνας[2],**Γ.Παπανικολάου**[1],Ι.Στυλιάδης[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που προσέρχονται με οξέα στεφανιαία σύνδρομα στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας δεν εμφανίζουν πάντα τυπική κλινική, ηλεκτροκαρδιογραφική ή και εργαστηριακή – παρακλινική εικόνα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού οξέος στεφανιαίου συνδρόμου που λόγω των κλινικών και παρακλινικών ευρημάτων δημιούργησε διαφοροδιαγνωστικά διλήμματα αναφορικά με τη διαχείριση και τη λήψη αποφάσεων. Υλικά και μέθοδοι: Ασθενής ετών 59 με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας υπό αγωγή, καπνιστής πρόσερχεται στο ΤΕΠ με αναφερόμενο οπισθοστερνικό άλγος πρωτοεμφανιζόμενο σε προσπάθεια με διαλείποντες χαρακτήρες από ωρών χωρίς εφίδρωση, αντανακλάσεις ή λοιπή συμπτωματολογία. Κατά τη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος καταγράφεται ήπια ανάσπαση του ST στις απαγωγές ΙΙ, aVF με μικρό κύμα q και αρνητικοποίηση των Τ στην απαγωγή ΙΙΙ. Αποτελέσματα: Ο ασθενής εισάγεται στη στεφανιαία μονάδα. Διενεργείται υπερηχοκαρδιογράφημα με καλό κλάσμαεξώθησης, χωρίς σαφείς υποκινησίες. Ο ασθενής καθίσταται εντός ολίγων λεπτών της ώρας ασυμπτωματικός, είναι αιμοδυναμικά και αερομετρικά σταθερός και σε επανειλημμένα ηλεκτροκαρδιογραφήματα καταγράφεται υποχώρηση των αρχικών ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων χωρίς πλήρη ύφεσή τους. Ο ασθενής τέθηκε σε πλήρη αντιθρομβωτική καιαντιισχαιμική αγωγή. Από τους δείκτες κινητοποίησης μυοκαρδιακών ενζύμων καταγράφηκε οριακή κινητοποίηση hstροπονίνης (15 – 17 – 15ng/ml με όριο το 14ng/ml). Επίσης παρατηρήθηκε με τον ασθενή ασυμπτωματικό ήπια αύξηση των ανασπάσεων επί ταχυκαρδίας και υποχώρηση επί πτώσης της καρδιακής συχνότητας. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκαν διαφοροδιαγνωστικά οι διαγνώσεις του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, της οξείας περικαρδίτιδας (λόγω αναφερόμενης πρόσφατης λοίμωξης αναπνευστικού και υπολειμματικής πτωτικής CRP) και του συνδρόμου πρώιμης αναπόλωσης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφία και εν συνεχεία σε αγγειοπλαστική στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία θέτοντας ουσιαστικά τη διάγνωση. Συμπεράσματα: Η εξέλιξη του περιστατικού καταδεικνύει ότι η διαφορική διάγνωση ασθενών με υποψία οξέωνστεφανιαίων συνδρόμων δεν είναι πάντα απλή υπόθεση ιδίως χωρίς τυπική κλινική ή εργαστηριακή εικόνα. Ομοίως εκτου αποτελέσματος τα επίπεδα της τροπονίνης του ορού δεν είναι αντιπροσωπευτικά πάντα του βαθμού μιας στένωσης. Η ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι συμβατή με περισσότερες της μιας νοσολογικές οντότητες. Τέλος ελλείψει αντενδείξεων η διαχείριση του περιστατικού προς αποκλεισμό οξέος στεφαναίου επεισοδίου πρέπει να προτεραιοποιείται για ευνόητους λόγους αναφορικά με την πρόγνωση του περιστατικού και η αίθουσα του αιμοδυναμικού εργαστηρίου θα θέσει εν τέλει τη σφραγίδα της διάγνωσης σε τέτοιες περιπτώσεις.





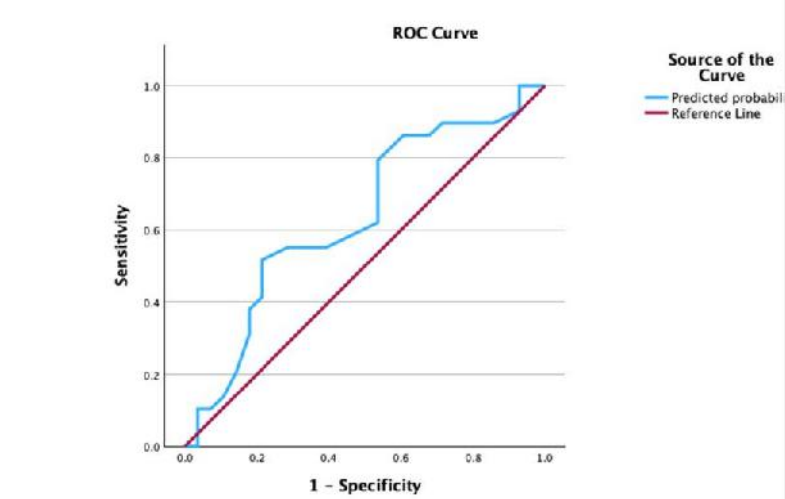
AA345|Integrated Risk Stratification in Coronary Artery Disease: The Synergistic Value of Serum Tryptase and Immunological Markers.

Φ. Σκουφής[1], Γ. Μπούρας[1], Ε. Κουτουλάκης[1], Δ. Τσούνης[1], Δ. Μπόγδανος[2], Α. Ξανθόπουλος[3], Ι. Σκουλαρίγκης[3], Γ. Γιαμούζης[3], Θ.Κοτρώτσου[4], Ε. Μπάλιου[5]

[1]ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΛΑΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [5]ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΜΤΣ ΑΤΤΙΚΗΣ - ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Mast cell activation is a critical component of the inflammatory process in atherosclerosis. This study evaluates the diagnostic utility of serum tryptase, alone and in combination with IgE and clinical risk factors, as screening tool for Coronary Artery Disease (CAD). Methods: A total of 57 patients were analyzed and categorized into two groups: CAD negative and CAD positive based on coronary angiography after positive stress study. A multivariate logistic regression model was developed using serum Tryptase, IgE, CRP, Age, and Smoking status. Model fit was assessed using the Hosmer-Lemeshow test, and predictive power was evaluated via ROC curve analysis. Results: Serum tryptase levels were numerically higher in CAD positive patients compared to CAD negative (2.28 vs 1.76 ng/dL). While

tryptase alone exhibited moderate diagnostic power (AUC 0.635), the integrated multivariate model significantly improved predictive accuracy, achieving a good diagnostic performance with an AUC of 0.765 ($p<0.05$). The model demonstrated an excellent fit to the data (Hosmer-Lemeshow $X2=3.298$, $p=0.856$) and explained a substantial portion of the disease variance (Nagelkerke $R2=0.273$). Among the predictors, Age ($B=0.065$, $p=0.066$) and IgE ($B=0.005$, $p=0.081$) showed the strongest trends toward significance. Notably, the model achieved high clinical utility, as 75% of patients predicted as "High Risk" were correctly identified as CAD positive. Conclusion: Serum tryptase serves as a valuable component of a multi-marker clinical score. By transitioning from a single-marker approach to an integrated predictive model, we provide a non-invasive method for patient stratification. This approach can potentially optimize clinical decision-making and reduce the need for expensive diagnostic imaging in low-risk individuals.

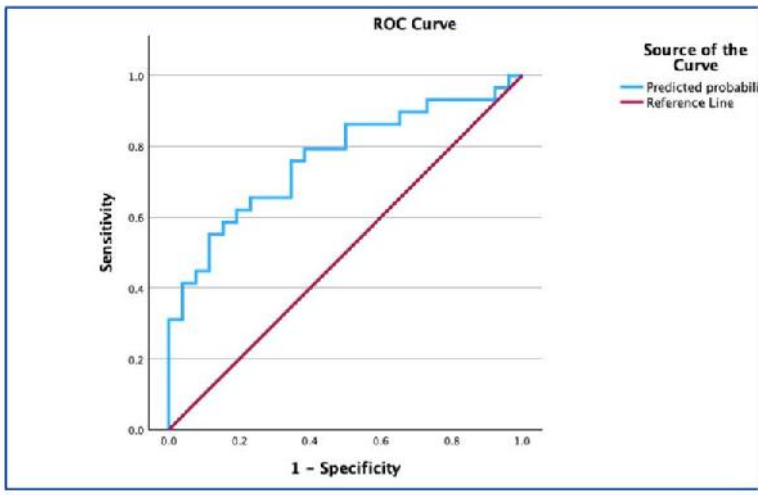


Area Under the ROC Curve

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area
.635

The test result variable (s): Predicted



Area Under the ROC Curve

Test Result Variable(s): Predicted probability

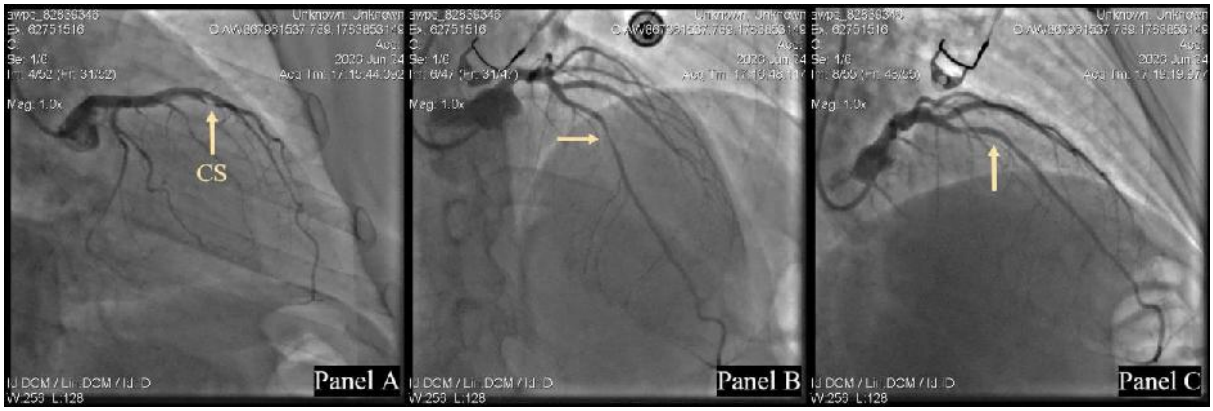
Area
.765

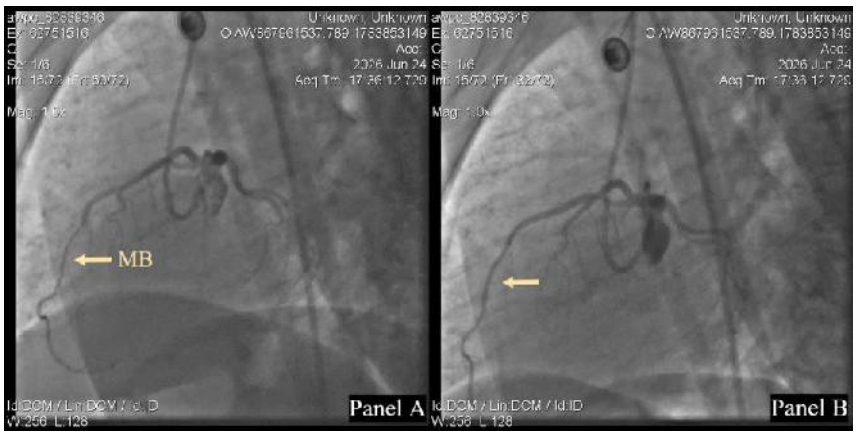
AA346|Interplay between coronary spasm and myocardial bridge.

Ι. Σταυρινούδης[1], Α. Παρασκευά[1], Φ. Ψύλλου[1], Σ. Μπουλούκου[1], Γ. Περρή[1], Μ. Φαούτη[2], Μ. Αμπελιώτης[3], Δ. Αφενδούλης[3], Σ. Βουγαζιανός[1], Π. Βούτας[1], Μ. Βορριά[1], Ν. Σμυρνιούδης[1], Α. Καρτάλης[1], Ν. Παπαγιάννης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ "ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ" ΧΙΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Aim. We present a patient suffering from Ischemia with Non-Obstructed Coronary Arteries (INOCA)Case study. A 67-year-old woman presented to the emergency department (ED) of our hospital complaining of short duration episodes of recurrent chest pain at rest the last two days. Her medical history was unremarkable, and she was an active smoker. During the initial work up in the (ED) the chest pain presented again, and an electrocardiogram was immediately performed showing transient nonspecific T wave alterations in leads V2-V6 that reverted to normal after spontaneous pain cessation. A bedside echocardiogram displayed hypokinesia on the anterior wall of the left ventricle and patient was transferred to the Cath lab free of pain. The RAO caudal view (figure 1 -panel A) revealed a 99% focal stenosis of the mid LAD whereas in the distal LAD a typical relatively long myocardial bridge (MB) was present (figure 2 panel A and B). Surprisingly in the next RAO cranial view (figure 1 – panel B) there was an improvement in the mid LAD lesion and stable presence of the MB.200 mcg nitroglycerin was given intra coronary through a microcatheter which resulted in total resolution of the mid LAD stenosis (RAO cranial view figure 1 panel B).Results: Coronary spasm CS is the predominant mechanism in this INOCA case although presence of MB cannot be ignored. In the literature has been described that MB can provoke coronary spasm because of the endothelial alterations that may cause. Presence of CS and MB simultaneously in different segments of the same coronary artery as in our patient is rare. Up titration of the long-acting nitrates and diltiazem resulted in total resolution of patient's symptoms. Conclusion: Patients suffering from INOCA have better prognosis than those with obstructive coronary artery disease. Nevertheless, myocardial infarction and sudden cardiac death cases have been reported. Since INOCA is a common clinical picture, extensive diagnostic and treatment management is crucial to avoid leaving these patients with an impaired quality of life.





Παρουσίαση περιστατικού ΙΙΙ / Case Presentation III

Πρόεδροι: **Δ. Παναούσης** (Λάρισα), **Δ. Παπουτσής** (Αθήνα)
Chairpersons: **D. Panaousis** (Larisa), **D. Papoutsis** (Athens)

ΑΑ347|Όταν το σημείο της σημαίας της Νοτίου Αφρικής αποκαλύπτει το ένοχο αγγείο

Ν. Καραμπέτσου[1], Β.Μ. Δραγώνα[1], Ε. Καραμανώλης[1], Λ. Ραλλίδης[1], Γ. Καραμάσης[1], Ι. Ξενογιάννης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση αλλοιώσεων ενδεικτικών οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάσπαση ST διαστήματος (ST- elevation Myocardial Infraction, STEMI) καταδεικνύοντας το πιθανολογούμενο υπεύθυνο αγγείο. Πολλά ηλεκτροκαρδιογραφικά πρότυπα ισοδύναμα του STEMI χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια της ανάσπασης του ST διαστήματος σε δύο γειτονικές απαγωγές έχουν αναγνωριστεί. Το σημείο της σημαίας της Νοτίου Αφρικής (South Africa flag sign) καταδεικνύει την οξεία απόφραξη συνήθως, του πρώτου διαγωνίου κλάδου του προσθίου κατιόντα και χαρακτηρίζεται από ανάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές I, avL, V2 και κατοπτρική κατάσπαση στην απαγωγή III. Το παρακάτω περιστατικό αφορά σε ασθενή με υψηλό πλάγιο STEMI και χαρακτηριστικό ηλεκτροκαρδιογραφικό πρότυπο. Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 76 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης προσήλθε λόγω οπισθοστερνικού άλγους από ώρας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής παρουσίαζε φλεβοκομβικό ρυθμό, ατελή αποκλεισμό δεξιού σκέλους, ανάσπαση του ST διαστήματος στις απαγωγές I,avL, V2 και κατάσπαση του ST διαστήματος στην απαγωγή III. Η τροπονίνη υψηλής ευαισθησίας Τ ήταν αυξημένη (123pg/ml). Η υπερηχογραφική μελέτη ανέδειξε υποκινησία του κορυφαίου και μέσου πλαγίου τοιχώματος και μέτρια επηρεασμένη συστολική λειτουργία με Κλάσμα Εξώθησης 45%. Η ασθενής αντιμετώπιστηκε ως οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και υπεβλήθη σε επείγουσα στεφανιογραφία. Αποτελέσματα: Ο στεφανιογραφικός έλεγχος κατέδειξε υφολική απόφραξη στην έκφυση του δευτέρου διαγωνίου κλάδου. Ακολούθησε επιτυχής αγγειοπλαστική με αεροθάλαμο που εκλύει φάρμακο (drug-eluting balloon), η οποία συνοδεύτηκε από εξάλειψη της συμπτωματολογίας της ασθενούς, υποχώρηση των ηλεκτροκαρδιαγραφικών ανασπάσεων του ST διαστήματος και επίτευξη TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infraction) III ροής. Η μετεπεμβατική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Συμπέρασματα:Το παραπάνω περιστατικό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα έγκαιρης αναγνώρισης λιγότερο συνηθισμένων ηλεκτροκαρδιογραφικών προτύπων ισοδύναμων STEMI για την έγκαιρη επαναιμάτωση των ασθενών. Το σημείο της σημαίας της Νοτίου Αφρικής συνιστά ένα πολύτιμο μνημονικό εργαλείο το οποίο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο όταν απουσιάζει ή είναι αμβληχρή η ανάσπαση του διαστήματος ST σε μία εκ των απαγωγών V2, I , aVL, που συνήθως είναι η I. Το περιστατικό συσχετίζει το σημείο της σημαίας της Νοτίου Αφρικής με σπανιότερη εντόπιση της ένοχης βλάβης στον δεύτερο διαγώνιο κλάδο, διευρύνοντας το φάσμα της κλινικής του εφαρμογής και υπογραμμίζοντας τη σημασία της άμεσης επαναιμάτωσης.

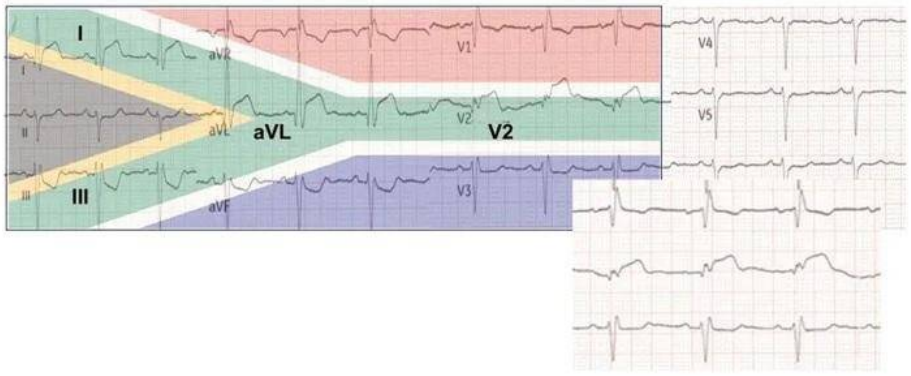


Figure 1. South Africa flag sign in patient's electrocardiogram



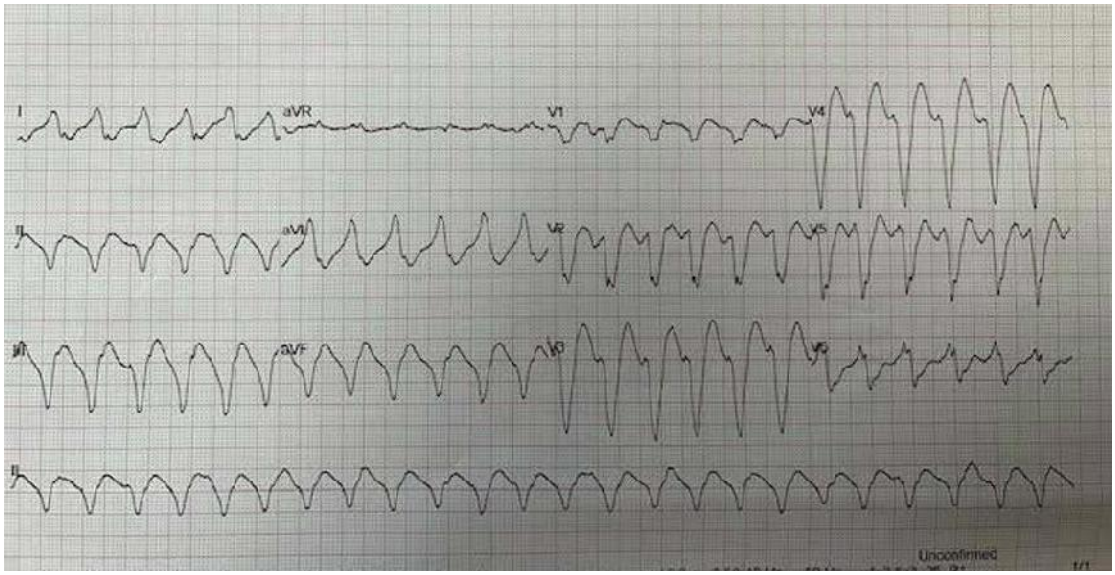
Figure 2. 2A Coronary angiogram before primary coronary intervention (PCI)
2B Coronary angiogram after PCI

ΑΑ348|Υποτροπιάζουσα κοιλιακή ταχυκαρδία ως πρώτη εκδήλωση καρδιακής επιπλοκής σε ασθενή προχωρημένης ηλικίας με α-θαλασσαιμία (αιμοσφαιρινοπάθεια h)

Κ. Ραντουλέσκου[1], Δ. Κοντογιάννη[1], Ε. Αϊβαλιώτη[2], Ν. Μόφορη[1], Ε. Ναυπλιώτης[1], Σ. Χαραλάμπους[1], I. Delia Vlad[1], Ε. Διαμαντάκης[1], Ν. Μακριδάκης[1], Α. Μακριδάκης[1], Π. Κωτούλας[1], Ε. Δήμος[1], Σ. Ψυχάρη[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η αιμοσφαιρινοπάθεια Η αποτελεί μορφή α-θαλασσαιμίας, προκαλώντας χρόνια αιμολυτική αναιμία που σπάνια απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις, αλλά επιβάλλει παρακολούθηση για καθυστέρηση ανάπτυξης, υπερφόρτιση σιδήρου, σπληνομεγαλία και πνευμονική υπέρταση. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς και ήπατος, εκτιμώντας το φορτίο σιδήρου, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την καθοδήγηση της θεραπείας. Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 74 ετών, με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, θηλωμάτων ουροδόχου κύστης με δευτεροπαθείς πνευμονικές εντοπίσεις υπό ογκολογική διερεύνηση και αιμοσφαιρινοπάθειας Η διαγνωσθείσας στην εφηβεία, με μόνιμη υπερχολερυθριναιμία και αναιμία χωρίς μεταγγίσεις, διεκομίσθη από κέντρο υγείας λόγω μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας αναταχθείσας ηλεκτρικώς. Από ετών ανέφερε κοιλιακή εκτακτοσυστολική αρρυθμία, χωρίς οργανική καρδιοπάθεια βάσει φυσιολογικού υπερηχοκαρδιογραφήματος και αξονικής στεφανιογραφίας. Κατά την προσέλευση: αιμοδυναμικά σταθερός, με ικτερική χροιά δέρματος και φλεβοκομβική βραδυκαρδία (45/min) με 1ου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό στο ΗΚΓ. Η επείγουσα στεφανιογραφία ήταν φυσιολογική και ο ασθενής μεταφέρθηκε στην καρδιολογική μονάδα. Αποτελέσματα: Εργαστηριακός έλεγχος: ουρία 85 mg/dl, κρεατινίνη 1,1 mg/dl , κάλιο 4,7 mmol/l, μαγνήσιο 1,9 mg/dl, AST 176 U/L, ALT 217 U/L, Tn I 1304 ng/L, Brb 11,1 mg/dl (έμμεση 9,3), γ-GT 131 U/L, Hb 9,2 gr/dl (ΔΕΚ 4%), WBC 2.830 K/μL, PLT 113.000 K/μL, φερριτίνη 249 ng/ml, INR 1,25, ινωδογόνο 209 mg/dl. Triplex καρδιάς: σοβαρή διάταση αριστερού κόλπου (volume 140 mL), οριακά διατεταμένη αριστερή κοιλία (56 mm ΤΔΔ) , με επηρεασμένη συνολική συσπαστικότητα (ΚΕ 45-50%, GLS -16,7%), δεξιά κοιλία διατεταμένη (47 mm) με καλή συσπαστικότητα, απουσία πνευμονικής υπέρτασης. Έλαβε ενδοφλέβια αμιωδαρόνη επί 48ωρο και μεταγγίστηκε με 1 μονάδα συμπυκνωμένα ερυθρά λόγω πτώσης της Hb (7,8 gr/dl). Την τέταρτη ημέρα (υπό αμιωδαρόνη και μπισοπρολόλη ρο), παρουσίασε νέο επεισόδιο κοιλιακής ταχυκαρδίας (LBBB-like, εικόνα 1), ανατάχθηκε με προκαϊναμίδη και μετά 5 ημέρες τοποθετήθηκε ICD. Εξήλθε βελτιωμένος και προγραμματίστηκε για μαγνητική τομογραφία ήπατος και καρδιάς για έλεγχο ίνωσης και φορτίου σιδήρου, λόγω ευρημάτων ανομοιογένειας-εστιακής λιπώδους διήθησης του ηπατικού παρεγχύματος, σπληνομεγαλίας και πυλαίας υπέρτασης από την αξονική κοιλίας. Συμπεράσματα: Η χρόνια αιμόλυση στις θαλασσαιμίες ενδέχεται να προκαλέσει και επιπλοκές από τα συμπαγή όργανα της κοιλιάς και το μυοκάρδιο, ακόμα και χωρίς επαναλαμβανόμενες μεταγγίσεις. Οι κοιλιακές αρρυθμίες πιθανόν να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση καρδιακών επιπλοκών ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία, επιβάλλοντας τη δια βίου καρδιολογική και όχι μόνο αιματολογική παρακολούθηση.

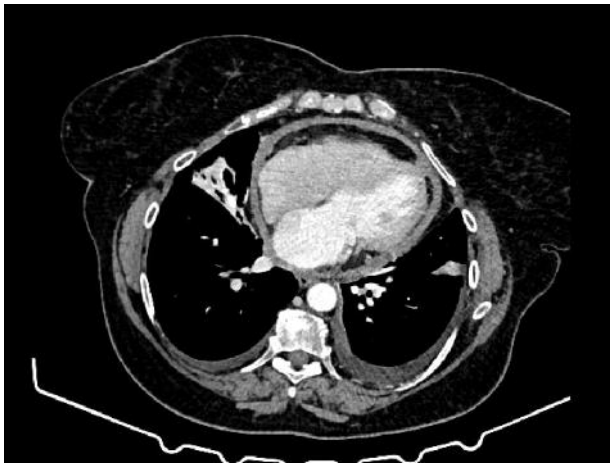


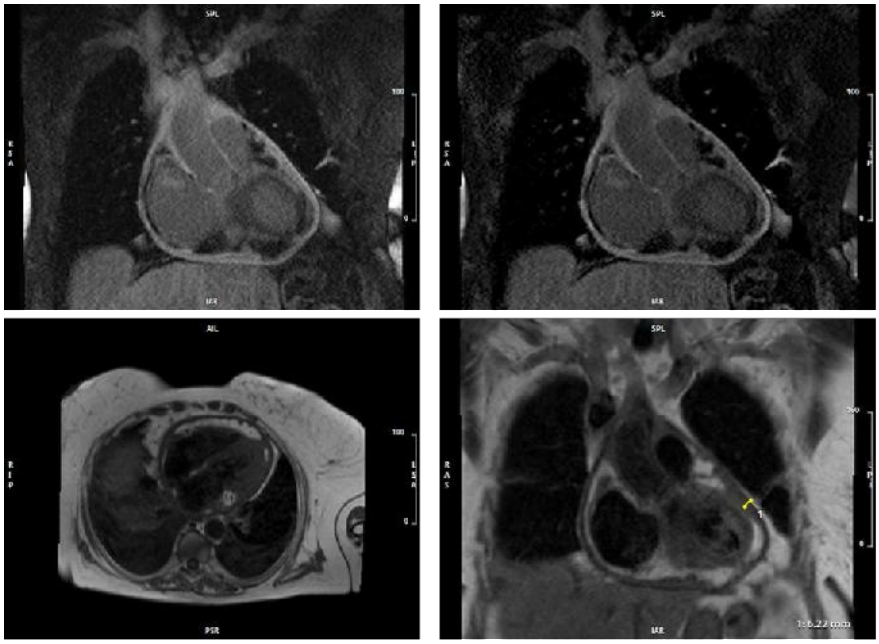
ΑΑ349|Φλεγμονώδης συμπιεστική περικαρδίτιδα: από τη φαρμακευτική αγωγή στην περικαρδιεκτομή

Σ.Ηλιοπούλου[1], Γ. Σπάγος[1], Ά.Δουλγερίδου[1], Ε. Δαμβοπούλου[1], Γ. Μαλίγκος[1], Π. Γιαννακοπούλου[1], Γ. Κουλαουζίδης[2], Ι. Ζαρίφης[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", [2]Τμήμα Βιοχημικών Επιστημών, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Εισαγωγή: Η συμπιεστική περικαρδίτιδα αποτελεί διαγνωστική πρόκληση, ιδιαίτερα όταν η αρχική εικόνα μιμείται απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης ή καρδιονεφρικό σύνδρομο. Η πολυτροπική απεικόνιση είναι καθοριστική για τη διάγνωση, την ανάδειξη ενεργού περικαρδιακής φλεγμονής και τη θεραπευτική καθοδήγηση. Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 65 ετών προσήλθε με προοδευτική αδυναμία, υπόταση, υποξαιμία, έντονα οιδήματα κάτω άκρων και αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε οξεία νεφρική βλάβη, υπερκαλιαιμία και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Από το ιστορικό αναφέρονταν αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, πρόσφατη οξεία περικαρδίτιδα υπό κολχικίνη, λοίμωξη από γρίπη Α με πλευριτική συλλογή και νοσηλεία για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Η ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική κλινική και αρχικά αντιμετωπίστηκε ως απορρύθμιση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας με καρδιονεφρικό σύνδρομο. Η διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία ανέδειξε διατηρημένο κλάσμα εξώθησης περίπου 50%, septal bounce, διατεταμένη κάτω κοίλη φλέβα με μειωμένη αναπνευστική διακύμανση, ήπια περικαρδιακή πάχυνση και ελάχιστη περικαρδιακή συλλογή. Η μελέτη Doppler ανέδειξε ευρήματα συμβατά με συμπιεστική φυσιολογία, συμπεριλαμβανομένων annulus paradoxus και annulus reversus. Ακολούθως διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, η οποία ανέδειξε περιμετρική περικαρδιακή πάχυνση έως 6–8 mm, εισπνευστική μετατόπιση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με διαμόρφωση δίκην D, περικαρδιακό οίδημα και διάχυτο όψιμο περικαρδιακό εμπλουτισμό, χωρίς μυοκαρδιακή ίνωση ή διηθητική νόσο, ευρήματα συμβατά με ενεργό φλεγμονώδη συμπιεστική περικαρδίτιδα. Η περαιτέρω διερεύνηση με ανοσολογικό, ιολογικό και φυματιολογικό έλεγχο, ανάλυση πλευριτικού υγρού και αξονικής τομογραφίας θώρακος-κοιλίας, δεν ανέδειξε υποκείμενη κακοήθεια ή άλλη σαφή αιτιολογία. Αποτελέσματα: Μετά από συζήτηση της Ομάδας Καρδιάς, αποφασίστηκε αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση με μεθυλπρεδνιζολόνη και κολχικίνη προσαρμοσμένη στη νεφρικήλειτουργία και εντατική διουρητική αγωγή. Η ασθενής αρχικά βελτιώθηκε σημαντικά κλινικά και εργαστηριακά. Ωστόσο, κατά τη σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών εμφάνισε υποτροπή της συμφόρησης. Η επαναληπτική μαγνητική τομογραφία καρδιάς ανέδειξε επιδείνωση της περικαρδιακής πάχυνσης έως 6–9 mm, εμμένουσα συμπιεστική φυσιολογία και έντονο περιμετρικό όψιμο εμπλουτισμό. Μετά από νέα συζήτηση της Ομάδας Καρδιάς, συστήθηκε χειρουργική περικαρδιεκτομή. Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της συμπιεστικής φυσιολογίας σε ασθενείς με εικόνα καρδιακής ανεπάρκειας ή καρδιονεφρικού συνδρόμου. Η υπερηχοκαρδιογραφία θέτει την αρχική υποψία, ενώ η μαγνητική τομογραφία καρδιάς τεκμηριώνει την ενεργό φλεγμονή, παρακολουθεί την ανταπόκριση και συμβάλλει στον καθορισμό του χρόνου περικαρδιεκτομής.



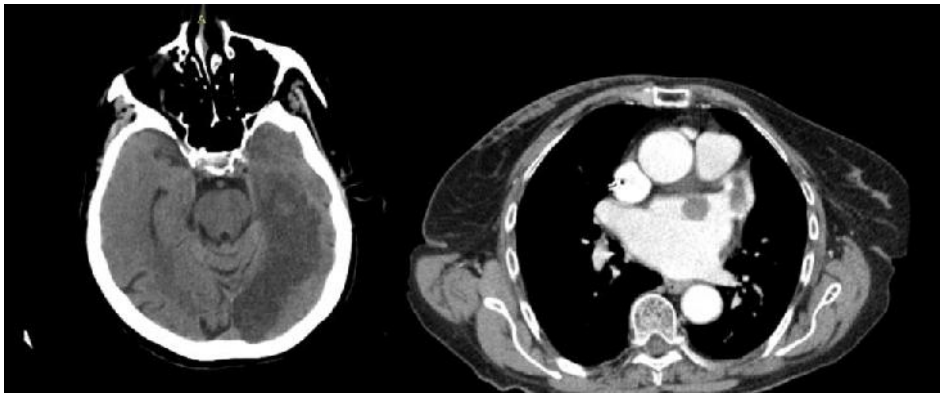


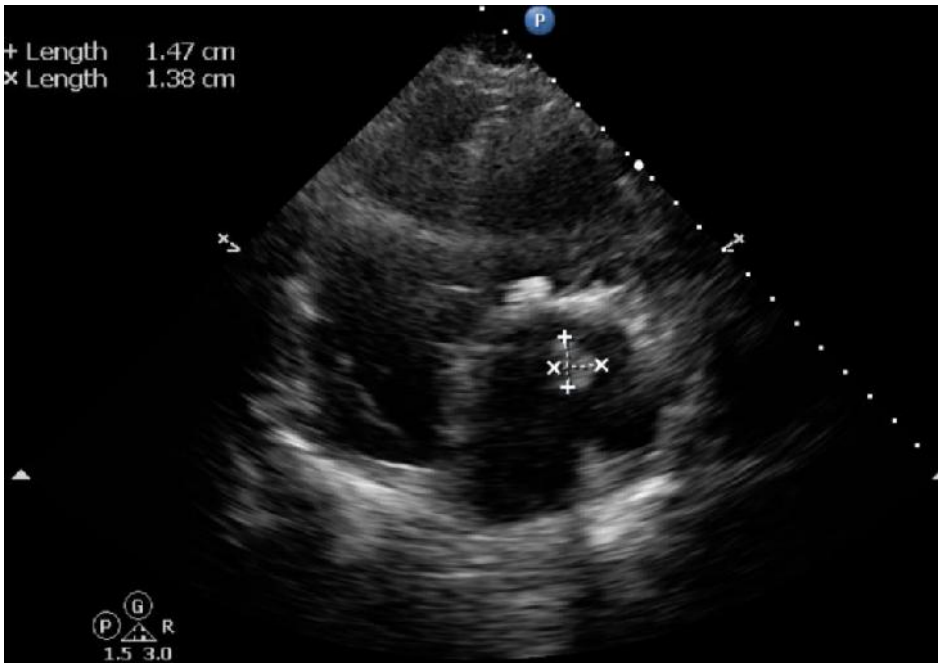
ΑΑ350|Διαχείριση περιστατικού με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό και θρόμβο αριστερού κόλπου στα πλαίσια μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής

K. Diamantopoulos[1], P. Ntalafouras[1], V. Tsiami[1], K. Katsanou[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή, λόγω απουσίας οργανωμένης και ομαλής συστολικής λειτουργίας των κόλπων, μπορεί να οδηγήσει σε στάση αίματος και σχηματισμό θρόμβων εντός αυτών, με συχνότερη εντόπιση αυτή του ωτίου του αριστερού κόλπου. Οι θρόμβοι αυτοί μπορεί να προκαλέσουν εμβολικά φαινόμενα με καταστροφικές συνέπειες όπως εκτεταμένα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Υλικό και μέθοδος: Ασθενής θήλυ, 79 ετών, με ατομικό αναμνηστικό εμφύτευσης διπλοεστιακού βηματοδότη προ 15ετίας και κολπικής μαρμαρυγής και με πλημμελή συμμόρφωση στη συστηματική φαρμακευτική αγωγή, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων του νοσοκομείου λόγω σοβαρής έκπτωσης του επιπέδου επικοινωνίας από 8ώρου. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής υπήρχε βασικός ρυθμός κολπική μαρμαρυγή με ικανοποιητική κοιλιακή ανταπόκριση. Έγινε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και θώρακος (λόγω παρουσίας εκτεταμένης εκχύμωσης στη θωρακική χώρα). Από την αξονική τομογραφία απεικονίστηκε εκτεταμένο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό αριστερά κροταφικά, καθώς και παρουσία μορφώματος εντός του αριστερού κόλπου, με χαρακτήρες θρόμβου (εικόνα 1). Έγινε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα όπου απεικονίστηκε η παρουσία ευκίνητου μορφώματος, διαστάσεων 1.5cmX1.4cm, εντός του αριστερού κόλπου (εικόνα 2). Έπειτα από συνεννόηση με τους θεράποντες νευρολόγους, αποφασίστηκε η έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους αρχικά και στη συνέχεια με από του στόματος αντιπηκτική αγωγή (απιξαμπάνη 5mg 1x2), καθώς και αντιαρρυθμικής αγωγής για έλεγχο της συχνότητας. Αποτελέσματα: Έγιναν επαναληπτικές

αξονικές εγκεφάλου, χωρίς εικόνα αιμορραγικής μετατροπής. Σε επαναληπτικό διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, στις 15 ημέρες, καταδεικνύεται η πλήρης υποχώρηση του θρόμβου. Η ασθενής κλινικά βελτιούμενη έλαβε εξιτήριο με οδηγίες. Συμπέρασμα: Η κολπική μαρμαρυγή απαιτεί έγκαιρη αναγνώριση, χορήγηση της βέλτιστης φαρμακοθεραπείας και αυστηρή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή για να αποφευχθούν οι σοβαρές της επιπλοκές.





ΑΑ351|Μικραγγειακή Νόσος που οδήγησε σε αιφνίδιο καρδιακό θάνατο

V. Tsiami[1], **P. Ntalafouras[1]**, K. Diamantopoulos[1], K. Katsanou[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής 60 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προσέρχεται στα επείγοντα με συσφικτικού τύπου θωρακικό άλγος διάρκειας 40 min. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα SR 1:1, STd II,aVF, V5,V6. Από την υπερηχογραφική μελέτη, καλή συσταλτικότητα αριστεράς κοιλίας LVEF>55%, χωρίς παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε θετική τιμή τροπονίνης ενδεικτική οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, οπότε και ο ασθενής εισάγεται στη μονάδα εμφραγμάτων και τίθεται σε πλήρη αγωγή. Ο ασθενής υποβάλλεται σε στεφανιογραφικό έλεγχο που προκύπτουν αγγεία χωρίς κριτικές στενώσεις και low flow σε LAD. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο 3ο 24ωρο ο ασθενής παρουσιάζει εκ νέου συσφικτικό άλγος με δυναμικές αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα STd V4-V6 και εκ νέου αύξηση τροπονίνης. Υποβάλλεται εκ νέου σε στεφανιογραφικό έλεγχο με την υποψία για μικραγγειακή νόσο. Διενεργείται στεφανιογραφία με μετρήσεις CFR=4 και IMR=25 υπό αγωγή ωστόσο, που επιβεβαιώνει την ύπαρξη μικραγγειακής νόσου. Ο ασθενής τίθεται σε πλήρη αγωγή κι εξέρχεται του νοσοκομείου με σύσταση για τροποποίηση

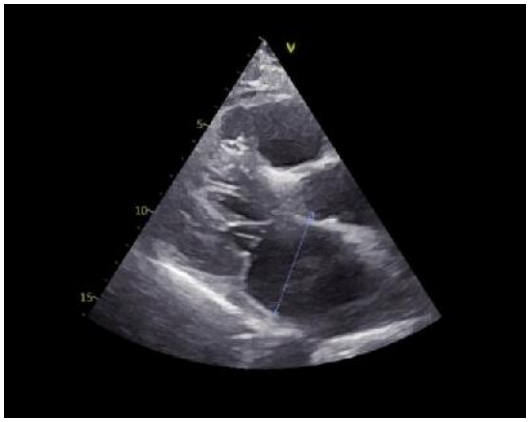
των παραγόντων κινδύνου. Επανέλεγχος του ασθενούς σε 1 μήνα και τιτλοποίηση της αγωγής που ελάμβανε σε μέγιστες δόσεις. Μετά από 2 μήνες ο ασθενής υπέστη αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

AA352|Ασθενής με Κολπική μαρμαρυγή αγνώστου ενάρξεως που αποκάλυψε την ύπαρξη συνδρόμου Rendu-Osler-Weber

P. Ntalafouras[1], **V. Tsiami**[1], K. Diamantopoulos[1], K. Katsanou[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής 70 ετών προσήλθε στα επείγοντα λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας με χαρακτήρες ορθόπνοιας από ημερών. Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε υποτροπιάζοντα επεισόδια ρινορραγίας από ετών, αρτηριακή υπέρταση και χρόνια αναιμία. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση αγνώστου ενάρξεως, ενώ το υπερηχογράφημα καρδιάς κατέδειξε αυξημένες πιέσεις πλήρωσης της αριστερής κοιλίας χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική για ενδοφλέβια διουρητική αγωγή, έλεγχο της κοιλιακής συχνότητας και έναρξη αντιπηκτικής αγωγής. Κατά το τρίτο εικοσιτετράωρο της νοσηλείας εμφάνισε μέλαινες κενώσεις, γεγονός που οδήγησε σε άμεση διακοπή της αντιπηκτικής αγωγής. Η γαστροσκόπηση ανέδειξε πολλαπλές γαστρικές τηλεαγγειεκτασίες, ενώ η κολονοσκόπηση αποκάλυψε αντίστοιχες τηλεαγγειεκτασίες στο παχύ έντερο.Λόγω του ιστορικού υποτροπιαζουσών ρινορραγιών και των ενδοσκοπικών ευρημάτων τέθηκε η υποψία κληρονομικής αιμορραγικής τηλαγγειεκτασίας (σύνδρομο Rendu-Osler-Weber). Ακολούθησε πλήρης δερματολογική εξέταση, η οποία ανέδειξε χαρακτηριστικές τηλεαγγειεκτασίες του στοματικού βλεννογόνου. Η ασθενής πληρούσε τρία από τα τέσσερα κριτήρια Curaçao, γεγονός συμβατό με κλινική διάγνωση κληρονομικής αιμορραγικής τηλαγγειεκτασίας, η οποία επιβεβαιώθηκε με γονιδιακό έλεγχο. Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο προγραμματίστηκε διαδερμική σύγκλειση του αριστερού ωτίου, με στόχο την αποδέσμευση της από τη μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή. Παράλληλα, συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος για πνευμονικές, εγκεφαλικές και ηπατικές αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες σε εξωτερική βάση, καθώς και γονιδιακός έλεγχος των συγγενών πρώτου βαθμού.





AA353|Acute Myocarditis: A Case of Disguised Churg-Strauss Syndrome

A. Drakou[1], P. Serafeim[2], E. Sefndouraki[2], K. Karavolias[2], E. Stefanidis[2], C. Serafeim[2], K. Koutsiouri[2], A. Antonakopoulos[2], V. Drakou[1], N. Mamalis[2]

[1]University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest, Romania, *[2]METROPOLITAN HOSPITAL ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction: Churg-Strauss syndrome (CSS) is a multiorgan necrotizing vasculitis, which is related with asthma and eosinophilia, and affects the pulmonary, vascular, and cardiac systems, among others1,2. In 27-47% of cases, CSS manifests as cardiovascular symptoms, such as pericarditis, myocarditis, and cardiomyopathy, constituting significant factors that might lead to death2.Case Presentation: A 32-year-old female visited the ER with angina and dyspnea. She had a history of inhaler-resistant asthma and evident eosinophilia in repetitive blood testing during the last months. The patient had been checked for possible allergies and parasitosis, excluding them as possibilities. In the ER, she developed low-grade fever and presented sinus tachycardia on the ECG. Blood analysis showed increased inflammation markers (CRP, ESR), eosinophils, D-dimers, and troponin. Hence, she was admitted to the cardiology department. CTPA revealed bilateral ground glass opacities, bronchiectasis, enlarged mediastinal lymph nodes, and no signs of pulmonary embolism. The upper abdominal ultrasound was normal. Echocardiography showed a possible presence of left ventricular (LV) myocardial edema with diffuse hypokinesia, which reduced its ejection fraction (EF). Decreased LV global longitudinal strain and borderline right ventricular systolic function were noted, too. Cardiac MRI supported the LV myocardial edema and hypokinesia with EF=45%, while demonstrating extensive myocardial fibrosis (LGE mass=24%). These findings suggested acute myocarditis with myocardial circulation disruption, due to inflammation or vasculitis. Severe vascular stenosis was excluded upon coronary angiography. The patient was diagnosed with CSS, which presented as acute myocarditis co-existing with pulmonary infection. The treatment plan included budesonide, methylprednisolone, bisoprolol, ramipril, and spironolactone. The patient effectively responded to the medication, presenting sinus rhythm on ECG and improved EF=55% on the echo, while having no signs of pulmonary embolism on the CTPA. After 2 weeks, she was discharged with specific instructions. Conclusion: This is an interesting case of disguised CSS in a woman with eosinophilic myocarditis and pulmonary infection. It suggests that severe asthma and high eosinophil number should ring a bell to medical professionals to check for possible CSS. Lastly, a significant step towards the myocarditis diagnosis was the cardiac MRI, while the administration of immunosuppressive and heart failure therapy effectively improved both the eosinophilia and patient's condition.

AA354|Όψιμη υποτροπή θρόμβου αριστερής κοιλίας σε νέο ασθενή με παλαιό πρόσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου

Δ. Τασούλας[1]

[1]Κέντρο Υγείας Μυκόνου

Εισαγωγή: Ο θρόμβος της αριστερής κοιλίας αποτελεί γνωστή επιπλοκή του εκτεταμένου πρόσθιου εμφράγματος του μυοκαρδίου, κυρίως σε ασθενείς με σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και εκτεταμένες διαταραχές κινητικότητας. Παρότι η αντιπηκτική αγωγή οδηγεί συνήθως σε πλήρη λύση του θρόμβου, η όψιμη υποτροπή μετά από πολυετή απουσία αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο εύρημα. Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται άνδρας 38 ετών με ιστορικό εκτεταμένου πρόσθιου εμφράγματος πριν από έξι έτη, επιπλεγμένου τότε με θρόμβο κορυφής αριστερής κοιλίας. Μετά από αντιπηκτική αγωγή επιτεύχθηκε πλήρης απεικονιστική υποχώρηση του θρόμβου, ενώ ο ασθενής παρέμεινε σε αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και χωρίς ενδείξεις υποτροπής κατά την πολυετή παρακολούθηση. Κατά την επανεκτίμηση έξι χρόνια αργότερα, το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε προσκολλημένο θρόμβο διαστάσεων 3,3 × 3,5 cm στην κορυφή της αριστερής κοιλίας (Εικόνα 1), επί εδάφους σοβαρής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης 25–30%) και εμμένουσας εκτεταμένης προσθιοκορυφαίας ακινησίας. Χορηγήθηκε ριβαροξαμπάνη 20 mg άπαξ ημερησίως. Έπειτα από έναν μήνα θεραπείας, ο επανέλεγχος δεν ανέδειξε ουσιαστική μεταβολή του μεγέθους ή των μορφολογικών χαρακτηριστικών του θρόμβου (Εικόνα 2).Συζήτηση: Η συγκεκριμένη περίπτωση αναδεικνύει ότι η πλήρης υποχώρηση ενός θρόμβου αριστερής κοιλίας δεν αποκλείει την όψιμη υποτροπή σε ασθενείς με μόνιμη σοβαρή δυσλειτουργία και αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας μετά από πρόσθιο έμφραγμα. Παράλληλα, εγείρει προβληματισμό σχετικά με τη βέλτιστη διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής, την επιλογή του αντιπηκτικού και την ανάγκη μακροχρόνιας απεικονιστικής παρακολούθησης σε ασθενείς υψηλού θρομβωτικού κινδύνου. Συμπεράσματα: Η όψιμη υποτροπή θρόμβου αριστερής κοιλίας, αν και σπάνια, ενδέχεται να συμβεί ακόμη και πολλά χρόνια μετά την πλήρη λύση του αρχικού θρόμβου. Η επίμονη σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας φαίνεται να αποτελεί σημαντικό υπόστρωμα για επαναθρόμβωση, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη εξατομικευμένης αντιπηκτικής στρατηγικής και τακτικής υπερηχογραφικής παρακολούθησης.

ΑΑ355|Καθυστερημένη ολοκλήρωση της κυκλοφορίας Fontan σε ηλικία 10 ετών :Πρώιμη και μεσοπρόθεσμη έκβαση

Ε. Καρανάσιος[1], **Α. Γιαννακοπούλου**[1], Α. Μπελεγρίνος[2], Α. Καλλικούρδης[1], Γ. Καλαβρουζιώτης[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΕΚΠΑ, [3]Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία Καρδιοχειρουργική Κλινική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Η επέμβαση Fontan αποτελεί το τελικό στάδιο της παρηγορικής χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με λειτουργικά μονήρη κοιλία. Κατά την επέμβαση αυτή, το φλεβικό αίμα της συστηματικής κυκλοφορίας κατευθύνεται απευθείας προς την πνευμονική, παρακάμπτοντας την καρδιά. Η ολοκλήρωσή της συνιστάται συνήθως μεταξύ 2 και 4 ετών, ενώ η πραγματοποίησή της σε μεγαλύτερη ηλικία είναι ασυνήθιστη και συνοδεύεται από προβληματισμό σχετικά με την έκβαση. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση κοριτσιού με ατρησία πνευμονικής βαλβίδας(atrPV), ακέραιο μεσοκοιλιακό διάφραγμα (IVS), σοβαρή υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και σχεδόν άτρητη τριγλώχινα βαλβίδα(atrTV), που υποβλήθηκε επιτυχώς σε επέμβαση Fontan στην ηλικία των 10 ετών, μετά από επταετή διακοπή της καρδιολογικής παρακολούθησης. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αρχικά σε ηλικία δύο μηνών υποβλήθηκε σε δεξιά τροποποιημένη αναστόμωση Blalock–Taussig. Σε ηλικία τριών ετών υποβλήθηκε σε αμφίπλευρη αναστόμωση Glenn. Μετεγχειρητικά το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε φυσιολογική συστολική λειτουργία αριστερής κοιλίας και ανεμπόδιστη ροή από την άνω κοίλη φλέβα προς τη δεξιά πνευμονική αρτηρία. Η ασθενής έλαβε αγωγή με ασπιρίνη και διουρητικά, ωστόσο απώλεσε έκτοτε την τακτική καρδιολογική παρακολούθηση. Επτά έτη αργότερα προσήλθε στα επείγοντα με σοβαρή κυάνωση(SpO_2 75%) και αποφασίστηκε η ολοκλήρωση της μονοκοιλιακής κυκλοφορίας με επέμβαση Fontan και δημιουργία παραθύρου (fenestration) στον δεξιό κόλπο. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή, με βελτίωση του κορεσμού οξυγόνου στο 91%και σημαντική μείωση του NT-proBNP από 2190 pg/mL προεγχειρητικά σε 548 pg/mL. Ο τελευταίος υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικές διαστάσεις και διατηρημένη συστολική και διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, ήπια ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας, βατή αναστόμωση Glenn χωρίς στένωση και ανεμπόδιστη ροή στον εξωκαρδιακό αγωγό της Fontan. Η θυρίδα Fontan παρέμενε βατή. Δεκαοκτώ μήνες μετά την επέμβαση, η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, με SpO_2 92%, χωρίς ενδείξεις δυσλειτουργίας της κυκλοφορίας Fontan και συνεχίζει αγωγή με φουροσεμίδη, σπιρονολακτόνη, καπτοπρίλη και βαρφαρίνη. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το περιστατικό αυτό υποδηλώνει ότι σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς, η καθυστερημένη ολοκλήρωση της κυκλοφορίας Fontan μπορεί να αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή, με ευνοϊκή πρώιμη και μεσοπρόθεσμη κλινική και αιμοδυναμική έκβαση.

ΑΑ356|Paradoxical Low flow Low gradient Aortic Stenosis unmasking ATTRwt Amyloidosis

Ε. Ζιάκα[1], Σ. Μαδυτίνου[1], Ι. Κατραντζής[1], Ε. Ακήφογλου[1], Ι. Μηττάς[1], Λ. Μυλωναδάκη[1], Δ. Μακρυγιάννης[1], Ι. Στρατάκης[1], Ν. Καμπουρίδης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η συνύπαρξη καρδιακής αμυλοείδωσης από τρανστυρετίνη (ATTR) και στένωσης της αορτικής βαλβίδας (AS) αποτελεί μια αναδυόμενη κλινική πρόκληση. Η αναγνώριση της ATTR είναι καθοριστική, καθώς η μυοκαρδιακή διήθηση επιβάλλει μια ολιστική διαχείριση που υπερβαίνει την απλή μηχανική αποκατάσταση της βαλβίδας. Υλικό και μέθοδος: Γυναίκα, 80 ετών, εισήχθη στην καρδιολογική κλινική λόγω προοδευτικά επιδεινούμενης δύσπνοιας προσπαθείας (New York Heart Association – NYHA III) και ορθόπνοιας, επί εδάφους καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (Heart Failure with preserved Ejection Fraction – HFpEF). Από το ιστορικό αναφέρει εκφυλιστική στένωση του οσφυϊκού σπονδυλικού σωλήνα και σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με χαμηλά δυναμικά, δυσανάλογα προς το αυξημένο πάχος των τοιχωμάτων, όπως φάνηκε στο υπερηχοκαρδιογράφημα (συγκεντρική υπερτροφία αριστερής κοιλίας με αυξημένη ηχογένεια («sparkling»). Η βαλβιδική ανάλυση τεκμηρίωσε Paradoxical Low-Flow Low-Gradient στένωση αορτής (AVA < 1.0cm2 , mean gradient<0 mmHg ,SVi <5 ml/m2) με διατηρημένο LVEF. Παράλληλα, το πρότυπο Apical Sparing στη μελέτη παραμόρφωσης (GLS) λειτούργησε ως καθοριστικό απεικονιστικό εύρημα (red flag), στρέφοντας τον διαγνωστικό έλεγχο προς διερεύνηση διηθητικής νόσου. Ο έλεγχος μονοκλωνικής πρωτεΐνης (ανοσοκαθήλωση ορού και ούρων και free light chains ratio) ήταν αρνητικός, αποκλείοντας AL αμυλοείδωση. Το σπινθηρογράφημα με 99mTc-DPD ανέδειξε έντονη μυοκαρδιακή πρόσληψη (Perugini Grade 3), ενώ ο γενετικός έλεγχος για μεταλλάξεις TTR ήταν αρνητικός, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση ATTRwt καρδιακής αμυλοείδωσης βάσει μη επεμβατικού διαγνωστικού αλγορίθμου. Αποτελέσματα: Λόγω του υψηλού χειρουργικού κινδύνου και της περιοριστικής φυσιολογίας, αποφασίστηκε συνδυαστική στρατηγική αιμοδυναμικής αποφόρτισης και μυοκαρδιακής προστασίας. Η ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (TAVI), ενώ παράλληλα ξεκίνησε ειδική φαρμακευτική αγωγή με Tafamidis. Κατά την επανεκτίμηση (follow-up), καταγράφηκε σημαντική βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας (NYHA II) και σταθεροποίηση της καρδιακής λειτουργίας, επιβεβαιώνοντας τη συνεργική δράση της άρσης του μεταφορτίου και της αναστολής της αμυλοειδούς εναπόθεσης. Συμπεράσματα: Η συνύπαρξη ATTRwt και Paradoxical LF-LG στένωσης αορτής συνιστά μια σύνθετη κλινική οντότητα, όπου η απομονωμένη TAVI

παρουσιάζει περιορισμένη αποτελεσματικότητα λόγω της μειωμένης ενδοτικότητας της διηθημένης αριστερής κοιλίας. Η υβριδική προσέγγιση, μέσω ταυτόχρονης επεμβατικής άρσης του μεταφορτίου (TAVI) και πρώιμης έναρξης ειδικής φαρμακευτικής τροποποίησης της νόσου (Tafamidis), αποτελεί τη βέλτιστη θεραπευτική στρατηγική για τη διασφάλιση μυοκαρδιακής προστασίας και τη βελτίωση της μακροπρόθεσμης επιβίωσης.

ΑΑ357|Όψιμη μετακίνηση γεννήτριας συσκευής επανασυγχρονισμού με επικείμενη διάβρωση δέρματος λόγω παρατεταμένης έκθεσης σε μηχανικούς κραδασμούς

Ι. Μαυρογένης[1], **Ν. Τσιάμης**[1], Δ. Καλαϊτζίδης[1], Χ. Κολέ[1], Χ. Θεοχάρη[1], Α. Κίτσιου[1], Γ. Τσιτσινάκης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η όψιμη μετακίνηση της γεννήτριας εμφυτεύσιμης καρδιακής συσκευής αποτελεί σπάνια επιπλοκή και συνήθως σχετίζεται με ανεπαρκή καθήλωση της συσκευής ή με το σύνδρομο Twiddler. Η προοδευτική μετατόπιση της γεννήτριας μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια πίεση και επακόλουθη νέκρωση των ιστών, προκαλώντας διάβρωση του δέρματος, η οποία αποτελεί πρόδρομο στάδιο εξωτερίκευσης της συσκευής και αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο λοίμωξης. Παρουσιάζουμε περιστατικό όψιμης μετακίνησης της γεννήτριας συσκευής καρδιακού επανασυγχρονισμού με δυνατότητα απινίδωσης (cardiac resynchronization therapy defibrillator, CRT-D), με επικείμενη διάβρωση του δέρματος, πιθανώς επαγόμενη από χρόνια έκθεση σε έντονους μηχανικούς κραδασμούς. Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 65 ετών με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης ισχαιμικής αιτιολογίας, είχε υποβληθεί σε εμφύτευση συσκευής CRT-D για πρωτογενή πρόληψη αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Δεκαοκτώ μήνες μετά την εμφύτευση προσήλθε στο βηματοδοτικό ιατρείο λόγω άλγους και ερυθρότητας στην περιοχή της γεννήτριας. Η κλινική εξέταση ανέδειξε σημαντική πλάγια μετατόπιση της γεννήτριας, έντονη εισολκή, ιώδη δυσχρωμία και λέπτυνση του υπερκείμενου δέρματος, ευρήματα συμβατά με επικείμενη διάβρωση. Από το ιστορικό προέκυψε καθημερινή χρήση πνευματικών εργαλείων στο πλαίσιο της επαγγελματικής του δραστηριότητας, με παρατεταμένη έκθεση σε έντονους μηχανικούς κραδασμούς. Αποτελέσματα: Έγινε έλεγχος της συσκευής, χωρίς να διαπιστωθούν ενδείξεις δυσλειτουργίας, ενώ ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες, οι οποίες ήταν αρνητικές. Κατόπιν, ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αναθεώρηση της εμφυτευμένης συσκευής. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε σημαντική διεύρυνση της θήκης με ελεύθερη κινητικότητα της γεννήτριας, χωρίς μακροσκοπικά ευρήματα λοίμωξης. Η γεννήτρια επανατοποθετήθηκε σε νέα θήκη υπό τον μείζονα θωρακικό μυ και καθηλώθηκε στην υποκείμενη περιτονία με μη απορροφήσιμο ράμμα, προς αποφυγή νέας μετακίνησής της. Πραγματοποιήθηκε εκτομή των αλλοιωμένων ιστών και του υπερκείμενου δέρματος, ενώ έγινε συρραφή του τραύματος κατά ανατομικά στρώματα. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη. Συμπεράσματα: Η παρατεταμένη έκθεση σε έντονους μηχανικούς κραδασμούς ενδέχεται να συμβάλει στην όψιμη μετακίνηση της γεννήτριας εμφυτευμένων καρδιακών συσκευών και στην ανάπτυξη διάβρωσης του δέρματος, η οποία μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε εξωτερίκευση της συσκευής, ακόμη και επί απουσίας συνδρόμου Twiddler. Η ασφαλής καθήλωση της γεννήτριας κατά την εμφύτευση και η ενδελεχής ενημέρωση μετεγχειρητικά, σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους της παρατεταμένης χρήσης πνευματικών εργαλείων και άλλων μηχανημάτων που παράγουν έντονους κραδασμούς αποτελούν βασικά μέτρα πρόληψης.





AA358|Παρατεταμένη κολπική ηλεκτρική αστάθεια μετά από τοξικότητα διγοξίνης σε ανουρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια: φαρμακοκινητική και ηλεκτροφυσιολογική αλληλεπίδραση

Π. Σιλιόγκας[1], Δ. Σταματοπούλου[1],Α. Τασούλης[1], Ε.Σιλιόγκα[1], Ι. Τσιαφούτης[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η τοξικότητα διγοξίνης επηρεάζεται σημαντικά από τη νεφρική λειτουργία, καθώς το φάρμακο αποβάλλεται κυρίως νεφρικά και διαθέτει μεγάλο όγκο κατανομής. Σε ανουρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ), ο χρόνος ημίσειας ζωής παρατείνεται σημαντικά, ενώ η αιμοκάθαρση είναι αναποτελεσματική. Η χορήγηση ειδικών αντισωμάτων (digoxin-specific Fab) αποτελεί θεραπεία εκλογής, ωστόσο η πορεία της τοξικότητας σε συνθήκες ανουρίας ενδέχεται να μην είναι γραμμική. Παρουσίαση Περιστατικού: Αναφέρεται περίπτωση ηλικιωμένης γυναίκας με ανουρική ΟΝΑ (κρεατινίνη 12 mg/dL), η οποία προσήλθε με συμπτωματική βραδυκαρδία και αυξημένα επίπεδα διγοξίνης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε χαρακτηριστικά ευρήματα digitalis effect και υψηλού βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Χορηγήθηκαν άμεσα digoxin-specific Fab με ταχεία αιμοδυναμική βελτίωση, ενώ τοποθετήθηκε προσωρινός διαφλέβιος βηματοδότης και ξεκίνησαν συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Παρά την αρχική σταθεροποίηση, κατά τις επόμενες 12–14 ημέρες η ασθενής εμφάνισε επαναλαμβανόμενα επεισόδια κολπικής ταχυκαρδίας με 3:1 αποκλεισμό, εναλλασσόμενα με κολπική μαρμαρυγή, χωρίς νέα έκθεση σε διγοξίνη και με φυσιολογικούς ηλεκτρολύτες. Τελικώς, επανήλθε σε σταθερό φλεβοκομβικό ρυθμό. Συζήτηση: Σε συνθήκες ανουρίας, ο χρόνος ημίσειας ζωής της διγοξίνης μπορεί να φθάσει τις 4–6 ημέρες, ενώ η εκτεταμένη ιστική της δέσμευση περιορίζει την απομάκρυνσή της με αιμοκάθαρση. Μετά τη χορήγηση Fab, η αποβολή των συμπλόκων διγοξίνης–αντισώματος εξαρτάται επίσης από τη νεφρική λειτουργία, με αποτέλεσμα πιθανή καθυστερημένη κάθαρση και παρατεταμένη δράση στο μυοκάρδιο. Η εμφάνιση καθυστερημένων κολπικών ταχυαρρυθμιών πιθανόν σχετίζεται με εμμένουσα αυξημένη κολπική αυτοματία και μηχανισμούς triggered activity. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ανουρική ΟΝΑ, η τοξικότητα διγοξίνης μπορεί να εμφανίζει παρατεταμένη, αλλά αναστρέψιμη ηλεκτρική αστάθεια. Απαιτείται παρατεταμένη ρυθμολογική παρακολούθηση ακόμη και μετά την αρχική κλινική βελτίωση.

AA359|Valve-in-valve TAVI in a patient with severe degeneration of the bioprosthetic aortic valve

G. Paraschou[1]
[1]Apollonion Private Hospital

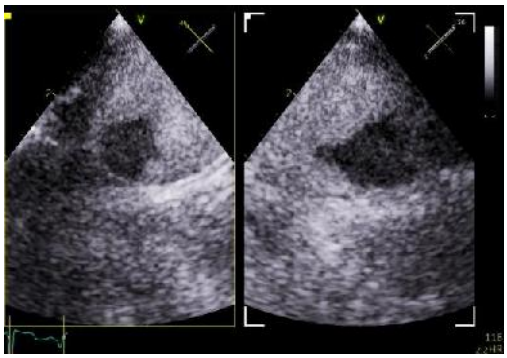
Εισαγωγή / Σκοπός: Η δυσλειτουργία βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας αποτελεί σημαντική κλινική οντότητα, η οποία σχετίζεται με προοδευτική εκφύλιση της βαλβιδικής δομής και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ανεπάρκεια, αιμοδυναμική απορρύθμιση και επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας. Η valve-in-valve διακαθετηριακή αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας (ViV-TAVI) αποτελεί σύγχρονη θεραπευτική επιλογή για ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με σοβαρή εκφύλιση βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας, ο οποίος υποβλήθηκε επειγόντως σε valve-in-valve TAVI, καθώς και η ανάδειξη του καθοριστικού ρόλου του νοσηλευτή της καρδιολογικής μονάδας στη συνολική διαχείριση του ασθενούς. Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς που διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας με σοβαρή αορτική ανεπάρκεια λόγω εκφύλισης βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας και εικόνα αιμοδυναμικής απορρύθμισης. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη διαγνωστικό και απεικονιστικό έλεγχο με υπερηχογράφημα καρδιάς, αξονική τομογραφία και στεφανιογραφία. Μετά από αξιολόγηση από την Ομάδα Καρδιάς αποφασίστηκε η επείγουσα διενέργεια valve-in-valve TAVI. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλάμβανε συνεχή αιμοδυναμική και ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση, προετοιμασία για την επέμβαση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, πρόληψη επιπλοκών και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε ταχεία επιδείνωση της κλινικής του εικόνας και εισήχθη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για στενή παρακολούθηση και υποστηρικτική αγωγή. Η διενέργεια valve-in-valve TAVI πραγματοποιήθηκε επιτυχώς, οδηγώντας σε σημαντική αιμοδυναμική και κλινική βελτίωση. Η μετεπεμβατική πορεία ήταν ομαλή, χωρίς σοβαρές επιπλοκές, ενώ η συνεχής νοσηλευτική παρακολούθηση συνέβαλε στην έγκαιρη αναγνώριση πιθανών διαταραχών και στην ασφαλή αποκατάσταση του ασθενούς. Συμπεράσματα: Η valve-in-valve TAVI αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με σοβαρή δυσλειτουργία βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας και αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο. Ο ρόλος του νοσηλευτή της καρδιολογικής μονάδας είναι πολυδιάστατος και ουσιώδης, περιλαμβάνοντας την αναγνώριση της κλινικής επιδείνωσης, τη στενή παρακολούθηση, την πρόληψη επιπλοκών, την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, συμβάλλοντας καθοριστικά στη βελτίωση της κλινικής έκβασης.

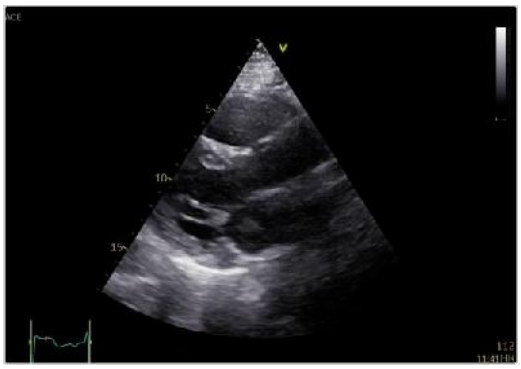
ΑΑ360|Ταυτόχρονη διάγνωση πνευμονικής εμβολής και θρόμβου σε σύστοιχη πνευμονική φλέβα σε εμπύρετο ασθενή με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό

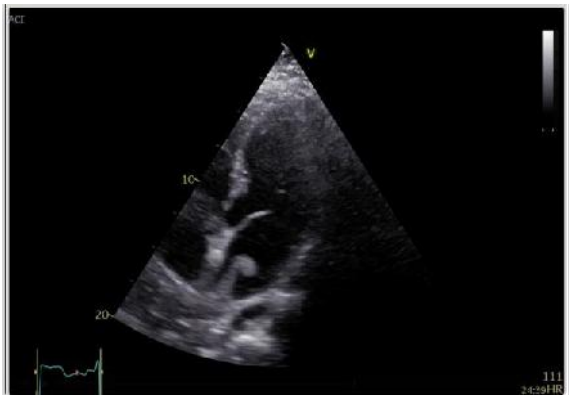
Π. Χρονόπουλος[1], Ν. Κουτσογιάννης[1], Φ. Ελευθεριάδης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ασθενής 26 ετών ,Άρρεν, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε λόγω δεκτικής πυρετικής κίνησης με συμπτώματα λοίμωξης αναπνευστικού και συνοδό πλευριτικού τύπου άλγος σε ΔΕ Ημιθωράκιο. Στο ΤΕΠ διαπιστώθηκε πνευμονική εμβολή σε τμηματικό κλάδο για το οπίσθιο βασικό τμήμα του ΔΕ κάτω λοβού . Σε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη για ανάδειξη πιθανής δυσλειτουργίας της RV αναδείχθηκε κινητό μόρφωμα σε αριστερό κόλπο στην ανατομική θέση των δεξιών πνευμονικών φλεβών. Ακολούθησε μελέτη που ανέδειξε ευμέγεθες κινητό μόρφωμα 15*36 mm με χαρακτήρες θρόμβου κατόπιν χορήγησης σκιαγραφικού. Σε συμπληρωματικό έλεγχο με αξονική τομογραφία κοιλίας αναδείχθηκαν πολλαπλά νεφρικά έμφρακτα και στοιχεία πάχυνσης τελικού ειλεού. Ο ασθενής ετέθη σε παρεντερική αγωγή με κλασσική ηπαρίνη και ασενοκουμαρόλη με σταδιακή μείωση και εξάλειψη του θρόμβου ενώ διερευνήθηκε διεξοδικά με ανοσολογικό ,αιματολογικό έλεγχο και βιοψίες πεπτικού . Σε βιοψία εντέρου υπάρχουν ευρήματα συμβατά με νόσο Crohn . Έλεγχος με PET/CT δεν ανέδειξε εστιακή υπερμεταβολική βλάβη συμβατή με νεοπλασία και βιοψία μυελού των οστών και ανοσοφαινότυπος δεν ανέδειξε αιματολογική κακοήθεια. Ο ασθενής παραμένει ανεπίπλεκτος σε αγωγή με ασενοκουμαρόλη και παρακολουθείται στο Γαστρεντερολογικό Ιατρείο για ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.









AA361|Οξεία ανεπάρκεια μιτροειδούς που αντιμετωπίζεται με διακαθετηριακή επιδιόρθωση μιτροειδούς βαλβίδας : Μια αναφορά περιστατικού που υπογραμμίζει τον ρόλο της ομάδας δομικής καρδίας και της προηγούμενης νοσηλευτικής πρακτικής

G. Paraschou[1]
[1]Apollonion Private Hospital

Εισαγωγή / Σκοπός: Η οξεία σοβαρή ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας (Acute Mitral Regurgitation, AMR) αποτελεί μία από τις πλέον απειλητικές για τη ζωή δομική καρδιοπάθεια, συνοδευόμενη από αιφνίδια αιμοδυναμική απορρύθμιση, οξύ πνευμονικό οίδημα και υψηλή ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Η επείγουσα χειρουργική αποκατάσταση ή αντικατάσταση της μιτροειδούς παραμένει η θεραπεία εκλογής. Ωστόσο, σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, η διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς με τεχνική Transcatheter Edge-to-Edge Repair (TEER) αποτελεί μία ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με υψηλό ή απαγορευτικό χειρουργικό κίνδυνο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού οξείας σοβαρής ανεπάρκειας της μιτροειδούς που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με επείγουσα TEER, καθώς και η ανάδειξη του καθοριστικού ρόλου του εξειδικευμένου νοσηλευτή στη διαχείριση ασθενών με σύνθετες δομικές καρδιοπάθειες. Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα ηλικίας 82 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και πρόσφατου εμφράγματος μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (NSTEMI), ο οποίος είχε υποβληθεί επιτυχώς σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) της πρόσθιας κατιούσας αρτηρίας (LAD). Πέντε ημέρες μετά την επαναιμάτωση εμφάνισε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια με αιφνίδια αναπνευστική επιδείνωση. Η διαθωρακική και ακολούθως η διοισοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία ανέδειξε σοβαρή πρωτοπαθή ανεπάρκεια της μιτροειδούς λόγω ρήξης τενόντιων χορδών και πρόπτωσης της οπίσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας. Μετά από αξιολόγηση από τη διεπιστημονική ομάδα (Heart Team), ο ασθενής κρίθηκε απαγορευτικά υψηλού χειρουργικού κινδύνου και αποφασίστηκε επείγουσα διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς με TEER, μετά από προσωρινή αιμοδυναμική υποστήριξη με ενδοαορτική αντλία (Intra-Aortic Balloon Pump, IABP). Η νοσηλευτική διαχείριση περιλάμβανε συνεχή αιμοδυναμική και ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση, διαχείριση της μηχανικής κυκλοφορικής υποστήριξης, συντονισμό της Heart Team, προετοιμασία για την επέμβαση, περιεπεμβατική υποστήριξη και ολοκληρωμένη μετεπεμβατική φροντίδα. Αποτελέσματα: Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε επιτυχώς με εμφύτευση δύο συσκευών MitraClip (XTW και XT) υπό καθοδήγηση δισδιάστατης και τρισδιάστατης διοισοφάγειας υπερηχοκαρδιογραφίας. Επιτεύχθηκε σημαντική μείωση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς από σοβαρή σε ήπια, με τελική μέση διαμιτροειδική κλίση 3 mmHg και άμεση αιμοδυναμική σταθεροποίηση. Ο ασθενής αποδεσμεύθηκε επιτυχώς από την IABP, παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και έλαβε εξιτήριο χωρίς μείζονες περιεπεμβατικές επιπλοκές. Συμπεράσματα: Η διαδερμική επιδιόρθωση της μιτροειδούς με τεχνική TEER αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή διάσωσης σε επιλεγμένους ασθενείς με οξεία σοβαρή ανεπάρκεια της μιτροειδούς και πολύ αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο.

AA362|Σοβαρή καρδιακή εκδήλωση επινεφριδιακού φαιοχρωμοκυττώματος με αιμορραγική περικαρδιακή συλλογή

Ν. Λαζίλι[1], Κ. Βασιλειάδης[1], Μ. Γεωργοπούλου[1], Ν. Καυκάς[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή :Το φαιοχρωμοκύττωμα αποτελεί σπάνιο νευροενδοκρινές νεόπλασμα και ασυνήθη αιτία δευτεροπαθούς υπέρτασης. Οι καρδιαγγειακές του εκδηλώσεις περιλαμβάνουν μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμίες και εικόνα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο. Η συνύπαρξη σοβαρής μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας με αιμορραγική περικαρδιακή συλλογή αποτελεί ιδιαίτερα σπάνια και δυνητικά καταστροφική εκδήλωση. Σκοπός Η ανάδειξη περίπτωσης σοβαρής κατεχολαμινικής καρδιακής εκδήλωσης φαιοχρωμοκυττώματος με αιμορραγική περικαρδιακή συλλογή, επιπωματισμό και θανατηφόρο έκβαση. Παρουσίαση περιστατικού Γυναίκα 63 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και υποθυρεοειδισμού, προσήλθε λόγω προκάρδιου άλγους, έντονης εφίδρωσης και κεφαλαλγίας. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με αρνητικά κύματα Τ στις προκάρδιες απαγωγές, ενώ εργαστηριακά διαπιστώθηκε ήπια αύξηση δεικτών μυοκαρδιακής βλάβης και αυξημένα D-dimers. Το υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας με κλάσμα εξώθησης 25% και διάχυτη υποκινησία, χωρίς αρχικά παρουσία περικαρδιακής συλλογής. Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις. Κατά τη νοσηλεία, η ασθενής παρουσίασε υποτροπιάζον προκάρδιο άλγος και υπερτασικές κρίσεις παρά τη χορήγηση ενδοφλέβιων νιτρωδών και διουρητικών. Η αξονική τομογραφία κοιλίας ανέδειξε μάζα στην ανατομική θέση του αριστερού επινεφριδίου, διαστάσεων 4,7 x 5,7 cm, εύρημα που, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, έθεσε ισχυρή υποψία φαιοχρωμοκυττώματος. Ακολούθησε καρδιοαναπνευστική ανακοπή, οπότε διαπιστώθηκε μεγάλη περικαρδιακή συλλογή με επιπωματισμό. Διενεργήθηκε επείγουσα περικαρδιοκέντηση με παροχέτευση περίπου 1000 mL αιμορραγικού υγρού. Παρά τις προσπάθειες ανάνηψης, η ασθενής κατέληξε. Η νεκροψία ανέδειξε επινεφριδιακό φαιοχρωμοκύττωμα και αιμορραγική περικαρδιακή συλλογή. Συζήτηση: Το φαιοχρωμοκύττωμα μπορεί να προκαλέσει βαριά κατεχολαμινική καρδιοτοξικότητα με σοβαρή μυοκαρδιακή δυσλειτουργία, αγγειόσπασμο και αρρυθμιογένεση.

Η απουσία σημαντικής στεφανιαίας νόσου, σε συνδυασμό με το σοβαρά μειωμένο κλάσμα εξώθησης και τις παροξυσμικές υπερτασικές κρίσεις, θα πρέπει να εγείρει υποψία υποκείμενου ενδοκρινικού αιτίου. Η παρουσία αιμορραγικής περικαρδιακής συλλογής με επιπωματισμό αποτελεί εξαιρετικά σπάνια αλλά δραματική επιπλοκή. Συμπεράσματα Το φαιοχρωμοκύττωμα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με εικόνα οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ή σοβαρής μη ισχαιμικής μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν παροξυσμική υπέρταση, κεφαλαλγία και εφίδρωση. Η έγκαιρη αναγνώριση της υποκείμενης αιτίας είναι κρίσιμη, καθώς η καρδιακή εκδήλωση μπορεί να είναι κεραυνοβόλος και θανατηφόρος.



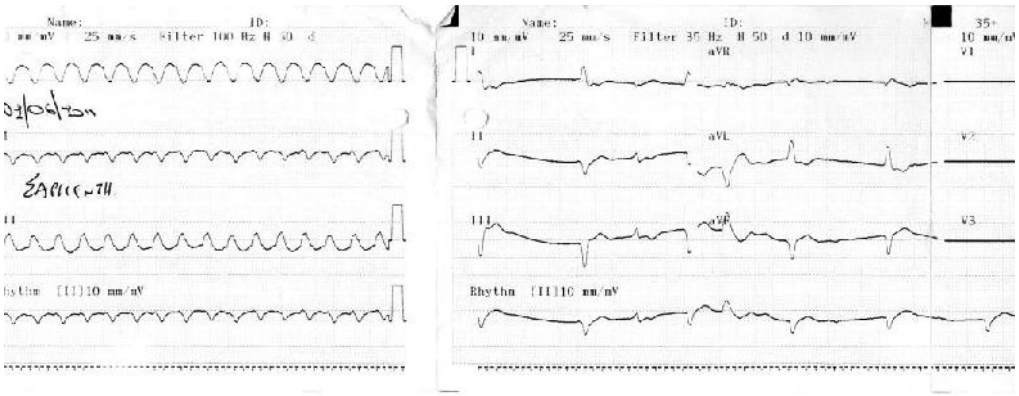
AA363|Ασθενής με Συστηματικό Σκληρόδερμα και Καρδιαγγειακές επιπλοκές

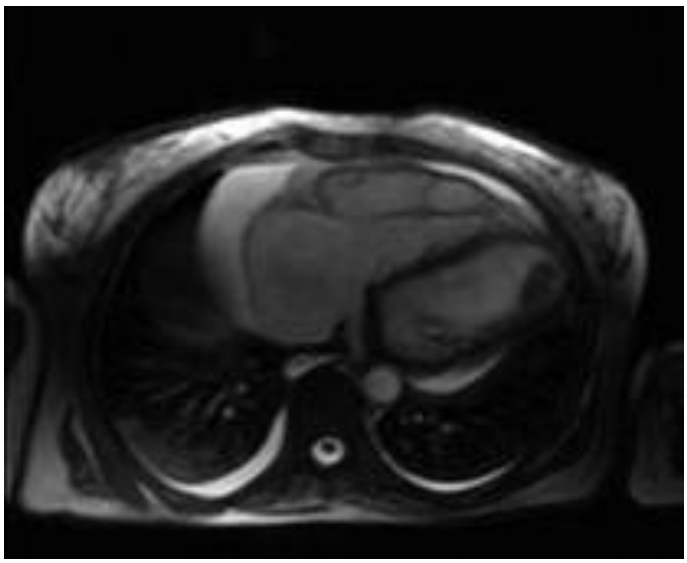
Μ.Κ. Δέδε[1], Α. Δαμέλου[1], Ρ. Κώρος[2], Τ. Τσακαλίδη-Βενετσάνου[1], Α. Γκολφινοπούλου[1], Χ. Χασικίδης[1], Π. Νταβλούρος[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Ποσοστό έως και 70% των ασθενών με Συστηματικό Σκληρόδερμα (ΣΣ) εμφανίζουν καρδιακή παθολογία, με την προσβολή να αφορά σε όλες τις καρδιακές δομές (ενδοκάρδιο, μυοκάρδιο, περικάρδιο).Σημαντική είναι η προγνωστική επιβάρυνση της εμφάνισης καρδιακής παθολογίας στους ασθενείς με ΣΣ, αφού αυτή οδηγεί σε υπολογιζόμενη 5ετή θνητότητα πάνω από 50%.Σκοπός της συγκεκριμένης παρουσίασης περιστατικού είναι η ανάδειξη του εύρους των καρδιαγγειακών επιπλοκών που δυνητικά συνοδεύουν το ΣΣ καθώς και οι ενδεικνυόμενες επιλογές αντιμετώπισής τους. Παρουσίαση: Περιστατικού: Γυναίκα 50 ετών, με ιστορικό Αρτηριακής Υπέρτασης και διάγνωση ΣΣ από 10μήνου, εισάγεται στη Ρευματολογική Κλινική του κέντρου μας λόγω ταχείας επιδείνωσης της κλινικής της εικόνας, προκειμένου να λάβει Bosentan για την αντιμετώπιση σοβαρών ελκών άνω και κάτω άκρων. Ενώ νοσηλεύεται, παρουσιάζει οξεία δύσπνοια με κλινικοεργαστηριακούς χαρακτήρες Οξέος Πνευμονικού Οιδήματος. Κατά την υπερηχοκαρδιογραφική απεικόνιση, αναδεικνύεται σοβαρή συστολική δυσλειτουργία της Αριστερής Κοιλίας (ΑΚ) – εκτιμώμενο Κλάσμα Εξώθησης 25%, με διάχυτη υποκινησία και συνοδό μέτρια Πνευμονική Υπέρταση: Στην ασθενή χορηγείται θεραπεία ΚΑ, σημειώνεται βελτίωση, αλλά 2 ημέρες μετά η ασθενής εμφανίζει επεισόδιο αιφνίδιας απώλειας συνείδησης λόγω άσφυγμης εμμένουσας Κοιλιακής Ταχυκαρδίας. Πραγματοποιείται άμεσα καρδιομετατροπή επιτυχώς και η ασθενής μεταφέρεται στην Καρδιολογική Μονάδα, όπου τίθεται σε ενδοφλέβια χορήγηση Αμιοδαρόνης.Την επόμενη μέρα, υποβάλλεται σε στεφανιογραφία με ανάδειξη φυσιολογικών στεφανιαίων αγγείων. Ενώ η ασθενής είναι βελτιωμένη κλινικά, υποβάλλεται σε νέα απεικόνιση με MRI καρδιάς, στην οποία, εκτός από τη σοβαρή συστολική δυσλειτουργία, αναδεικνύεται εκτεταμένη περιοχή ίνωσης και παρουσία ευμεγέθους θρόμβου στην κορυφή του πλαγίου τοιχώματος της ΑΚ.Η ασθενής τίθεται σε αντιπηκτική αγωγή, αλλά 5 μέρες μετά εμφανίζει αριστερή πυραμιδική συνδρομή σε έδαφος καρδιοεμβολικού Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου στην περιοχή αιμάτωσης της δεξιάς πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας. Μετά σταδιακή νευρολογική βελτίωση, και

αντιμετώπιση επεισοδίων συμπτωματικής φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας λόγω υποθυρεοειδισμού στα πλαίσια λήψης αμιοδαρόνης, στην ασθενή τοποθετείται εμφυτεύσιμος διπλοεστιακός απινιδωτής ανεπίπλεκτα. Τρεις μήνες μετά το εξιτήριο και ενώ η ασθενής είναι σταθερή κλινικά, εμφανίζει καρδιογενές σοκ, διασωληνώνεται και καταλήγει στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου Κορίνθου λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας. Συμπεράσματα: Η διαχείριση ασθενών με ΣΣ και καρδιαγγειακές επιπλοκές εμφανίζει ιδιαιτερότητες, ενώ απαιτεί συνεργασία ειδικοτήτων και συχνά εξατομίκευση.





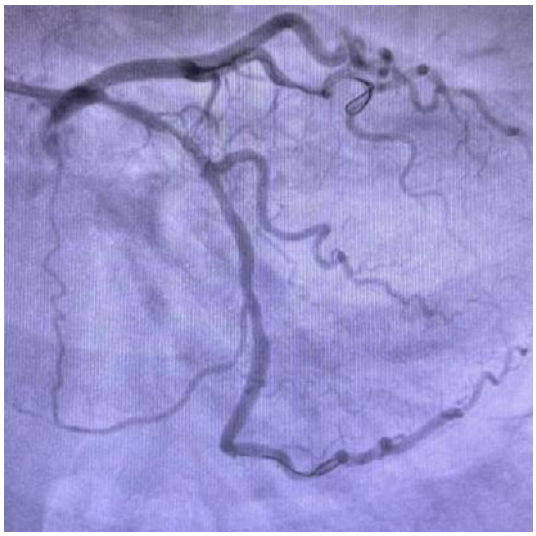
AA364|Beyond the Dissection: Unraveling Recurrent Angina

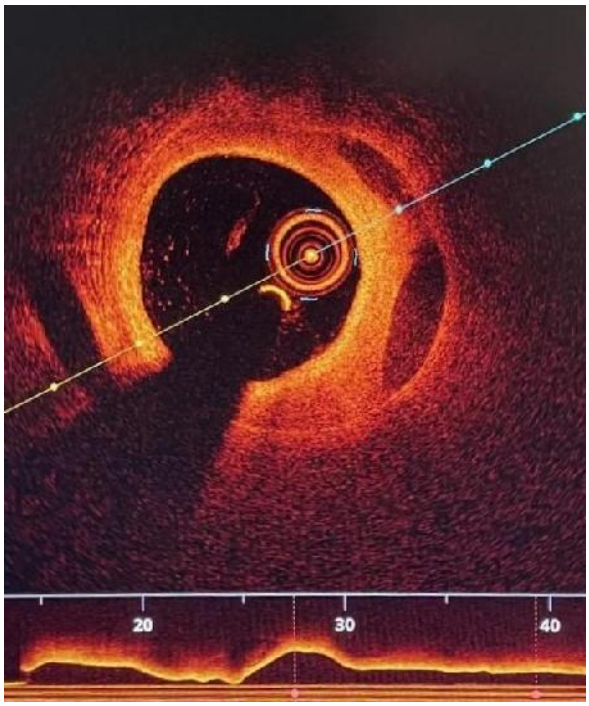
S. Nikopoulos[1], D. Nikas[1], K. Naka[2], L. Michalis[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Β΄ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is an increasingly recognized cause of acute coronary syndrome, particularly in women without significant atherosclerotic disease. Conservative management is recommended in hemodynamically stable patients; however, recurrent chest pain during hospitalization remains a common and challenging clinical scenario. Coronary vasospasm has been proposed as a potential contributor, although its clinical significance remains incompletely understood. Case Study A 50-year-old woman with hypothyroidism and a history of smoking presented with non-ST-segment elevation myocardial infarction. Coronary angiography demonstrated a type 2 spontaneous coronary artery dissection involving the proximal left circumflex artery, with increased coronary tortuosity and no evidence of obstructive atherosclerotic disease. Intracoronary imaging confirmed the presence of an intramural hematoma. Given the absence of high-risk clinical or angiographic features, conservative management was selected. Forty-eight hours later, the patient developed recurrent chest pain accompanied by transient anterior ST-segment elevation, which resolved rapidly following sublingual nitroglycerin administration. Repeat coronary angiography showed no progression of the dissection or new coronary lesions. In view of the prompt nitrate response and unchanged angiographic findings, coronary vasospasm was considered the most likely mechanism

of recurrent ischemia. Provocative testing was deferred because of the recent myocardial infarction. Results The patient remained hemodynamically stable without further ischemic events after optimization of anti-ischemic therapy, including vasodilator treatment. The absence of angiographic progression together with the rapid electrocardiographic and symptomatic response to nitrates supported coronary vasospasm as the cause of recurrent angina rather than recurrent SCAD. Conclusion Recurrent chest pain after SCAD should prompt consideration of mechanisms beyond progression of the dissection. Coronary vasospasm may represent an important and underrecognized cause of recurrent ischemia in these patients. Careful clinical assessment and appropriate use of vasodilator therapy may improve symptom control while avoiding unnecessary repeat interventions. Further studies are needed to clarify the relationship between SCAD, endothelial dysfunction, and coronary vasomotor abnormalities.





ΑΑ365|Καρδιογενής καταπληξία ακολουθούμενη από πολλαπλά επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής σε ασθενή με μυοκαρδιοπάθεια μετά θεραπεία για Ca μαστού

Ν. Μακριδάκης[1], Δ. Κοντογιάννη[1], Ε. Διαμαντάκης[1], Κ.Ραντουλέσκου[1], Ν. Μόφορη[1], Ε. Αϊβαλιώτη[1], Ε. Ναυπλιώτης[1], I. Delia Vlad[1], Σ. Χαραλάμπους[1], Α. Μακριδάκης[1], Ε. Δήμος[1], Π. Κωτούλας[1], Σ. Ψυχάρη[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ" ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Εισαγωγή/Σκοπός: Οι αντικαρκινικές θεραπείες, ιδιαίτερα ανθρακυκλίνες και ακτινοθεραπεία στο θώρακα, αυξάνουν 2 έως 5 φορές τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου. Επιπλέον, οι ανοσοθεραπείες πιθανόν να προκαλέσουν μυοκαρδίτιδα και ενδοκρινικές θεραπείες όπως αναστολείς αρωματάσης που χορηγούνται στα ορμονοευαίσθητα Ca μαστού, προάγουν την αθηροσκλήρωση. Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 44 ετών, με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, χωρίς παράγοντες στεφανιαίας νόσου πλην παχυσαρκίας (BMI 38), προσήλθε λόγω περιφερικών οιδημάτων και δύσπνοιας επιδεινούμενης από μηνός. Προ 8μήνου διαγνώσθηκε Ca αριστερού μαστού και υποβλήθηκε σε μαστεκτομή, λεμφαδενικό καθαρισμό, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία (συμπεριλαμβανομένης ανθρακυκλίνης), ανοσοθεραπεία και ορμονοθεραπεία με αναστολείς αρωματάσης. Το υπερηχοκαρδιογράφημα προ θεραπειών ήταν φυσιολογικό (ΚΕΑΚ 60%), ενώ έκτοτε δεν επανεξετάστηκε και τα συμπτώματά της αποδόθηκαν σε λοιμώξεις αναπνευστικού και ιατρογενή εμμηνόπαυση. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ταχύπνοια, οίδημα ανά σάρκα, ΑΠ 100/65 mmHg, HR 117/min, SpO2 91% και ακροαστικά ευρήματα καρδιακής κάμψης. Στο ΗΚΓ παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ενώ στο u/s καρδιάς αμφικοιλιακή διάταση, γενικευμένη υποκινησία τοιχωμάτων, ΚΕΑΚ 15%, TAPSE 9 mm, ΚΚΦ 29 mm χωρίς αναπνευστική διακύμανση. Αποτελέσματα: Στην καρδιολογική μονάδα ετέθη σε διουρητικά και χαμηλές δόσεις ραμιπρίλης-επλερενόνης. Τις πρώτες ώρες νοσηλείας παρουσίασε εικόνα καρδιογενούς καταπληξίας με ΣΑΠ 80 mmHg, ψυχρό δέρμα, εφίδρωση και μείωση της διούρησης. Έγινε έναρξη δοβουταμίνης και νοραδρεναλίνης. Η τροπονίνη και οι δείκτες νεφρικής λειτουργίας παρέμειναν φυσιολογικοί, ενώ παρατηρήθηκε άνοδος τρανσαμινασών (AST 1699U/L, ALT 2505 U/L) στα πλαίσια ισχαιμικής ηπατικής βλάβης. Την 4η ημέρα νοσηλείας, υπό συνεχή βελτίωση και μείωση των αγγειοσυσπαστικών, έλαβε λεβοσιμεντάνη για ένα 24ωρο. Την 8η ημέρα παρουσίασε εμπύρετο οφειλόμενο σε μυκηταιμία από Candida parapsilosis κι ετέθη σε θεραπεία με caspofungin βάσει μυκητογράμματος. Μετά τη διακοπή ινοτρόπων και προ αποτελεσμάτων αιμοκαλλιεργειών, παρουσίασε εντός 4μέρου 3 επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής. Ετέθη αμιοδαρόνη και τιτλοποιήθηκε η μπισοπρολόλη, αναμένοντας παρέλευση 12μέρου από αρνητικοποίηση αιμοκαλλιεργειών, οπότε και τοποθετήθηκε ICD. Η ασθενής εξήλθε βελτιωμένη μετά 1 μήνα, με φυσιολογική λειτουργικότητα δεξιάς κοιλίας, ΚΕΑΚ 25% και σύσταση για αξονική στεφανιογραφία λόγω χαμηλής πιθανότητας ΣΝ και άρνησής της για κλασική στεφανιογραφία. Συμπεράσματα: Απαιτείται ευαισθητοποίηση ασθενών και ογκολόγων για την καρδιοτοξικότητα αντικαρκινικών θεραπειών και επαγρύπνηση για παρουσία καρδιαγγειακών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα τον πρώτο χρόνο θεραπείας, ώστε να τροποποιούνται τα θεραπευτικά σχήματα και να χορηγείται καρδιοπροστατευτική αγωγή πριν την εγκατάσταση σοβαρών μη αναστρέψιμων επιπλοκών.

ΑΑ366|Αποκλεισμός δεξιού σκέλους ως ηλεκτροκαρδιογραφικό καμπανάκι απόφραξης στελέχους

Β.Μ.Δραγώνα[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Χ. Βαρλάμος[1], Λ. Ραλλίδης[1], Ι. Ξενογιάννης[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Η οξεία απόφραξη στελέχους αποτελεί δυσμενή εκδήλωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, συνοδευόμενη από εκτεταμένη ισχαιμία και αυξημένη ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Η ηλεκτροκαρδιογραφική της έκφραση εμφανίζει σημαντική ετερογένεια και συχνά αποκλίνει από τα κλασικά διαγνωστικά κριτήρια εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος (ST elevation myocardial infraction, STEMI),γεγονός που δύναται να καθυστερήσει την αναγνώριση και έγκαιρη επεμβατική αντιμετώπιση. Παρουσιάζεται περιστατικό στο οποίο η παρουσία αποκλεισμού δεξιού σκέλους με αρκετά διευρυμένο QRS αποτέλεσε το κυρίαρχο ηλεκτροκαρδιογραφικό εύρημα οξείας απόφραξης στελέχους. Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 75 ετών με αναφερόμενο ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας λόγω αιφνίδιας έναρξης οπισθοστερνικού άλγους και δύσπνοιας. Κατά την προσέλευση παρουσίαζε σοβαρή υποξαιμία, γαλακτική οξέωση και αιμοδυναμική αστάθεια με την αρτηριακή πίεση (ΑΠ) να υπολογίζεται 85/64 mmHg. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό, αρκετά διευρυμένο δεξιό σκελικό αποκλεισμό (QRS≈200ms), πρόσθιο αριστερό ημισκελικό αποκλεισμό και ανάσπαση του ST διαστήματος στην απαγωγή aVR. Η υπερηχογραφική μελέτη κατέδειξε σοβαρή έκπτωση συστολικής λειτουργίας αριστερής κοιλίας με εκτεταμένες τμηματικές διαταραχές κινητικότητας και κλάσμα εξώθησης 25%. Άμεσα τέθηκε η υποψία καρδιογενούς καταπληξίας σε έδαφος οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και ο ασθενής οδηγήθηκε στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο. Αποτελέσματα: Η στεφανιογραφία ανέδειξε πλήρη απόφραξη του στελέχους με ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Διενεργήθηκε επιτυχής πρωτογενής αγγειοπλαστική με εμφύτευση δύο επικαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων και πλήρη αποκατάσταση της στεφανιαίας ροής TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infraction) III ροής. Μετά την επαναιμάτωση παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση του δεξιού σκελικού αποκλεισμού, τεκμηριώνοντας την ισχαιμική αιτιολογία της ηλεκτροκαρδιογραφικής διαταραχής. Παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή και μηχανική αιμοδυναμική υποστήριξη με τη χρήση ενδοαορτικής αντλίας, ο ασθενής κατέληξε λίγες ώρες αργότερα από ανθεκτική καρδιογενή καταπληξία. Συμπεράσματα: Η οξεία απόφραξη στελέχους δεν εκδηλώνεται πάντοτε με τυπική εικόνα STEMI. Η παρουσία αρκετά διευρυμένου δεξιού σκελικού αποκλεισμού, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με πρόσθιο αριστερό ημισκελικό αποκλεισμό και ανάσπαση του ST διαστήματος στην απαγωγή aVR, αποτελεί σημαντικό ηλεκτροκαρδιογραφικό δείκτη εκτεταμένης ισχαιμίας και θα πρέπει να εγείρει ισχυρή κλινική υποψία για οξεία νόσο στελέχους, επιταχύνοντας την άμεση επεμβατική αντιμετώπιση.

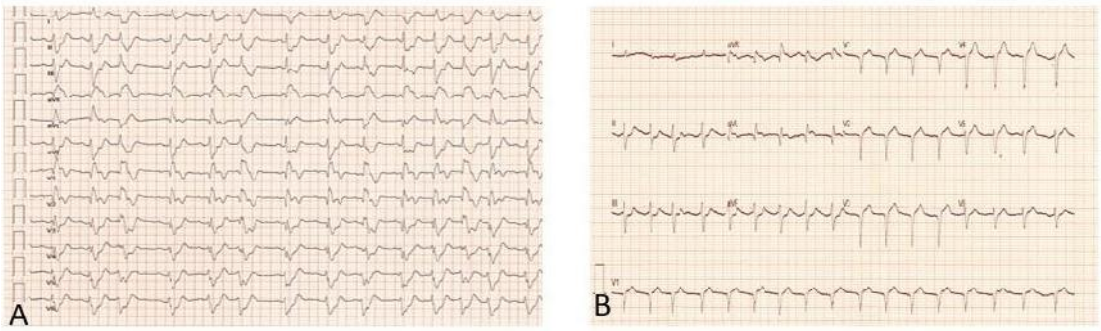


Figure1. A) Electrocardiogram before PCI
B) Electrocardiogram after PCI

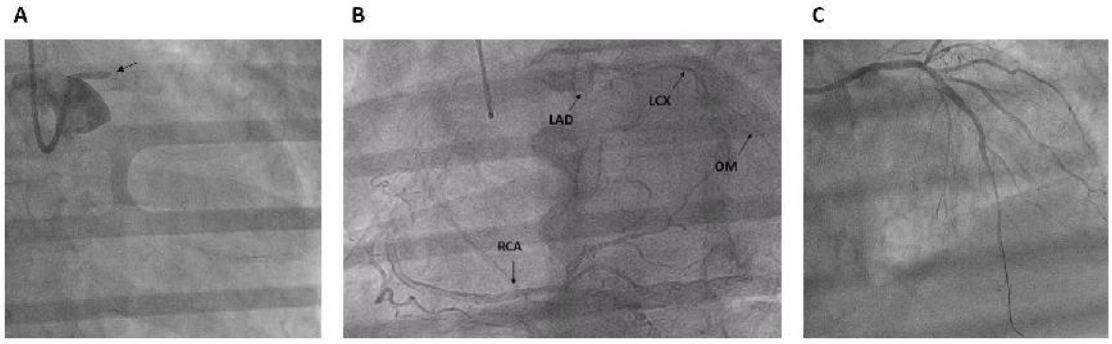
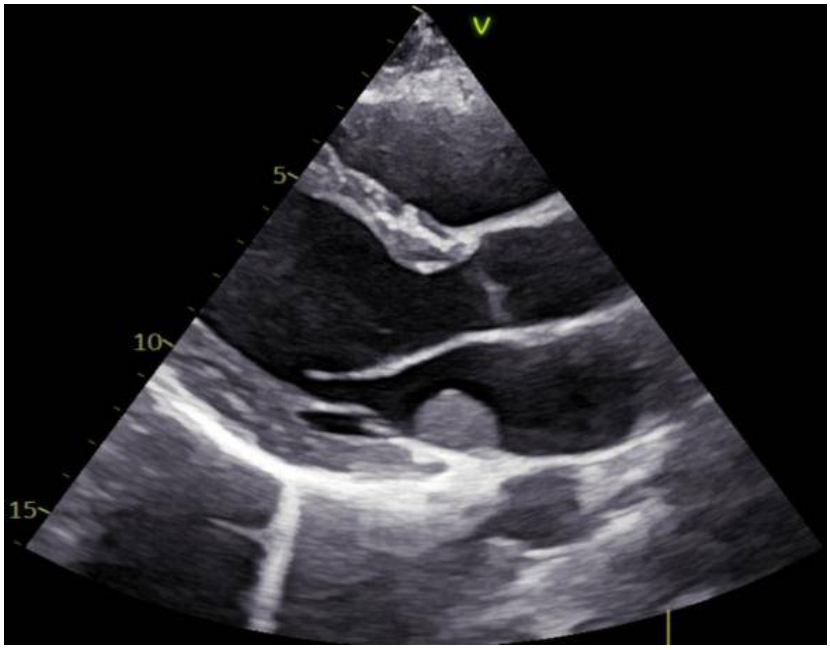


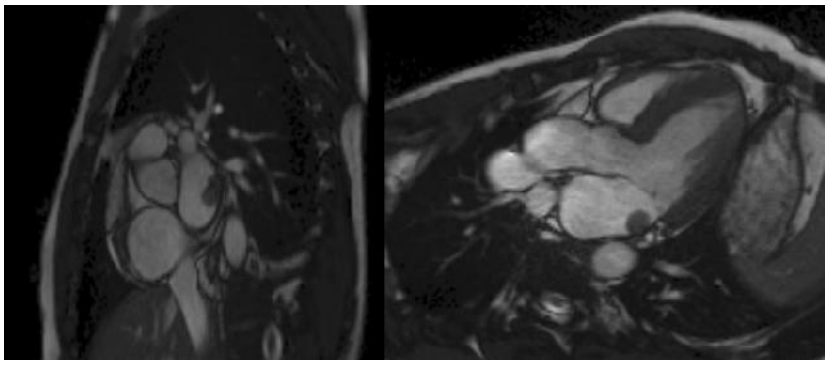
Figure 2. Α) Ολική αποφραξη στελέχους
Β) Παράπλευρη κυκλοφορία αριστεραίου στεφανιαίου δικτύου από δεξιά στεφανιαία αρτηρία
C) Αγγειογραφικό αποτέλεσμα μετά αγγειοπλαστικής

AA367|Τυχαία ανεύρεση μυξώματος

K. Diamantopoulos[1], P. Ntalafouras[1], V. Tsiami[1], K. Katsanou[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το μύξωμα είναι ο συχνότερος πρωτοπαθής όγκος της καρδιάς και εμφανίζεται σε ποσοστό 0.03% στο γενικό πληθυσμό. Περισσότερο από το 75% των μυξωμάτων προέρχονται από τον αριστερό κόλπο, το 20% προέρχεται από τον δεξιό κόλπο, ενώ το 5% προέρχεται και από τους δύο κόλπους. Υλικό και μέθοδος: Ασθενής 32 ετών προσήλθε στο τακτικό καρδιολογικό ιατρείο για συμπλήρωση κάρτας υγείας αθλητή . Ο ασθενής είχε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και δεν ελάμβανε κάποια συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό χωρίς ειδικού τύπου αλλοιώσεις. Από την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη απεικονίστηκε ευμεγέθες υπερηχογενές μόρφωμα που εξορμάται από το οπίσθιο τοίχωμα του αριστερού κόλπου (εικόνα 1).Αποτελέσματα: Προγραμματίστηκε μαγνητική καρδιάς (εικόνα 2), όπου απεικονίστηκε εντός του αριστερού κόλπου κινητό μόρφωμα διαστάσεων 12x15x19mm, με ομαλή παρυφή που φαίνεται να προσκολλάται με σχετικά ευρεία βάση στο οπίσθιο τοίχωμα. Εντοπίζεται πλησίον του επιπέδου του μιτροειδικού δακτυλίου (απόσταση~ 5mm στην διαστολή και ~7mm στη συστολή) χωρίς ωστόσο να παρεμποδίζει την λειτουργία της μιτροειδούς βαλβίδας, ενώ δεν φαίνεται να διηθεί το τοίχωμα του αριστερού κόλπου. Λαμβάνοντας υπόψιν τα μορφολογικά και ιστικά χαρακτηριστικά του μορφώματος, η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο το μύξωμα. Ο ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε ενδοσκοπική αφαίρεση του μορφώματος ενώ έγινε και ιστολογική ταυτοποίηση του ιστοτεμαχίου όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του μυξώματος. Έγινε μετεγχειρητικό υπερηχοκαρδιογράφημα με φυσιολογική καρδιακή λειτουργία και απουσία περικαρδιακού υγρού. Ο ασθενής ανεπίπλεκτος και αιμοδυναμικά σταθερός έλαβε εξιτήριο με οδηγίες. Συμπέρασμα: Τα κολπικά μυξώματα, αν και ιστολογικά καλοήθη πρέπει να αξιολογούνται με διάφορες απεικονιστικές μεθόδους και εφόσον είναι δυνατόν να αφαιρούνται χειρουργικά.





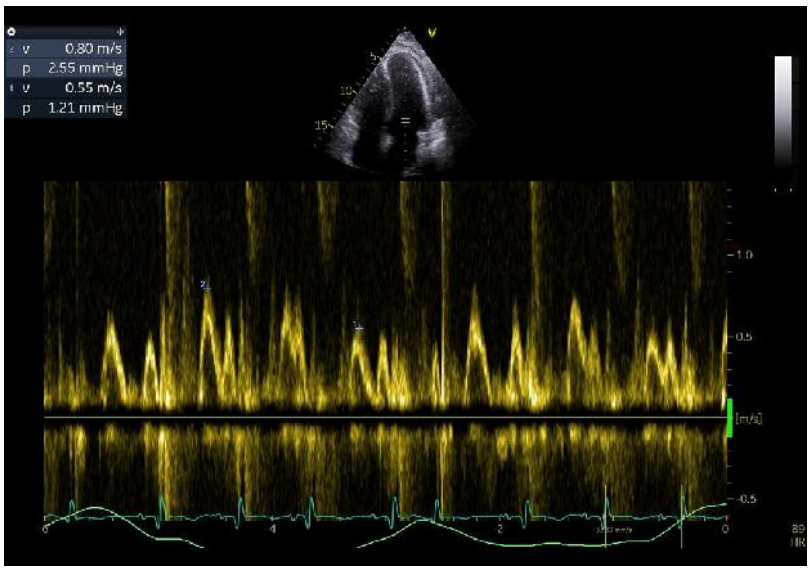
AA368|Fulminant Evolution from Acute Pericarditis to Constrictive Pericarditis Within Days in a High-Risk Oncologic Patient

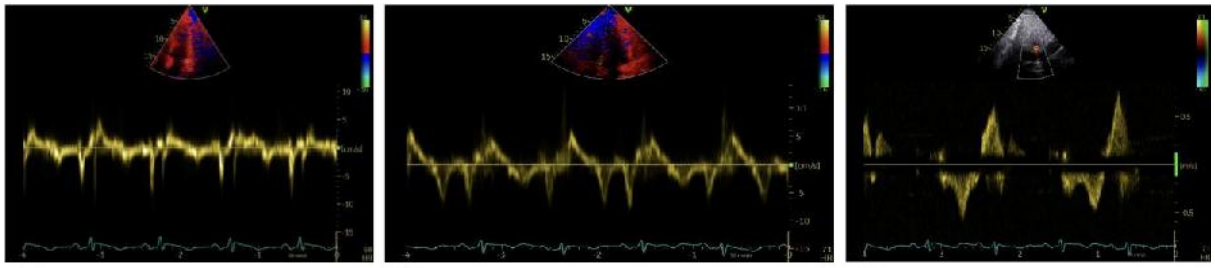
A. Drakou[1], N. Kasinos[2], D. Diloudi[2], A.E. Kalesi[2], N. Patsourakos[2]

[1]University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Bucharest, Romania, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Introduction: Acute pericarditis is usually a self-limited inflammatory syndrome with a favorable prognosis, whereas constrictive pericarditis is an uncommon complication that typically develops over weeks to months. The risk of progression to constriction is low in idiopathic disease, in contrast to patients with malignancy or treatment-related pericardial injury, in whom, progression may be more aggressive and clinically deceptive. We report a fatal case of acute pericarditis with large pericardial effusion that evolved into overt constrictive pericarditis within days. Case Presentation: A 52-year-old man with a history of penile cancer treated with surgery, radiotherapy, and recent chemotherapy presented with a 4-day history of fever, epigastric pain, and chest pain. Electrocardiography showed alternating sinus rhythm and rapid paroxysmal atrial fibrillation. Transthoracic echocardiography demonstrated a large circumferential pericardial effusion with a swinging heart appearance. Urgent pericardiocentesis drained 1L of serosanguineous fluid and resulted in immediate clinical improvement. Repeat echocardiography the next day showed a small residual effusion, increased pericardial echogenicity, and early signs of constrictive physiology, including a>% inspiratory decrease in transmitral E-wave velocity (figure 1). Prednisolone 35mg daily and colchicine 1mg daily were initiated, while bisoprolol and amiodarone were added because of frequent atrial fibrillation paroxysms. After apparent stabilization, the patient was discharged asymptomatic with plans for short-interval reassessment and cardiac magnetic resonance imaging. Seven days later, he returned with NYHA III-IV dyspnea and peripheral edema. Repeat echocardiography revealed overt constrictive pericarditis with pericardial thickening, septal bounce, annulus reversus (figure 2A, 2B), inferior vena cava dilation, and expiratory diastolic flow reversal in the hepatic veins (figure 2C). Despite

intensive supportive care, he rapidly developed severe lactic acidosis, multiorgan failure, and died. Conclusion: This case highlights a rare but catastrophic transition from acute pericardial inflammation to constrictive pericarditis within days. Malignancy, prior radiotherapy, recent chemotherapy, and the serosanguineous effusion suggested a high-risk substrate for severe pericardial injury. Persistent atrial fibrillation despite effective drainage, together with subtle early echocardiographic evidence of ventricular interdependence, may have represented early markers of evolving constriction. In high-risk pericardial disease, apparent stabilization after drainage may be misleading, and urgent reassessment is warranted because early constrictive physiology can progress with lethal speed.





2A 2B 2C

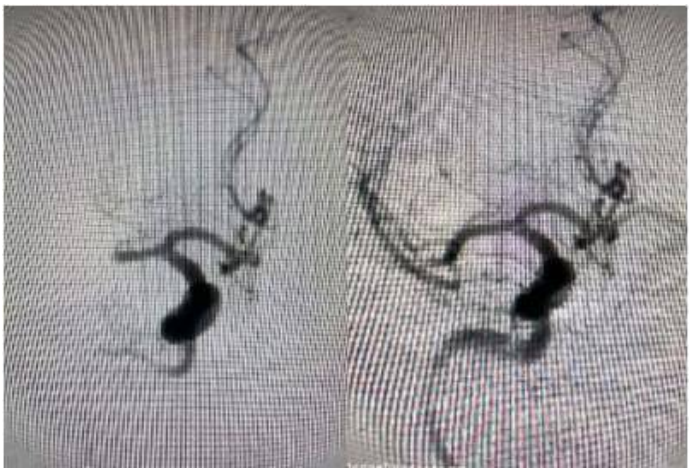
ΑΑ369|Όταν η εκφύτευση απινιδωτικού συστήματος συναντάει τον εγκέφαλο. Οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μετά από εκφύτευση απινιδωτικού συστήματος.

Δ. Κολιός [1], Μ. Αμπελιώτης[1], Χ. Νικόλαρος[1], Α. Μαρκάκος[1], Τ. Κλόγκερι[1], Δ. Καλανζτής[1], Π. Δούρβας[1], Δ. Συρσελούδης[1], Σ. Σιδερής[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το περιστατικό αφορά άρρεν ασθενή 67 ετών με ατομικό αναμνηστικό HFmrEF (45%), DR-ICD (δευτερογενής πρόληψη), δίπτυχη AV με mod AR (γνωστή), ΑΥ, ΔΛΠ, ΠΚΜ που προσήλθε προς προγραμματισμένη εκφύτευση απινιδωτικού συστήματος στα πλαίσια λοίμωξης θήκης απινιδωτή. Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής με αρνητικές αιμοκαλλιέργειες, χωρίς συστηματικά σημεία φλεγμονής ή υπερηχογραφικά σημεία λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας γηγενούς βαλβίδας ή ηλεκτροδίων. Μετά από λήψη αιμοκαλλιεργειών, διασταύρωση αίματος και συγκατάθεση του ασθενούς έγινε έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με κεφταρολίνη/δαπτομυκίνη έπειτα από Λοιμωξιολογική εκτίμηση και πραγματοποιήθηκε επιτυχώς εκφύτευση του απινιδωτικού συστήματος. Το άκρο των ηλεκτροδίων εστάλη για καλλιέργεια. Ο post-extraction διαθωρακικός υπέρηχος καρδιάς δεν ανέδειξε τραυματισμό της τριγλωχινικής συσκευής ή νέα συλλογή περικαρδιακού υγρού. Επίσης η επέμβαση δεν ενεπλάκη με τοπικά αιμορραγική συλλογή ή ανάγκη τοποθέτησης παροχέτευσης. Ακτινογραφικά χωρίς πνευμοθώρακα, υπεζωκοτική συλλογή ή νέο πνευμονικό διήθημα. Αποτελέσματα: Την 2η ημέρα μετεγχειρητικά ο ασθενής εμφάνισε αιφνιδίως έκπτωση επιπέδου συνείδησης και αριστερή ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου. Νευρολόγος έδωσε σύσταση για αξονική αγγειογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε θρόμβο δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (εικόνα 1). Διενεργήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση με τενεκτεπλάση στη 1 h από την έναρξη της συμπτωματολογίας και ο ασθενής μεταφέρθηκε

στο εφημερεύον νοσοκομείο για θρομβεκτομή, η οποία διενεργήθηκε επιτυχώς στις 2.5 h από την έναρξη των συμπτωμάτων με άμεση αγγειογραφική βελτίωση (εικόνα 2 πριν και 3 μετά την παρέμβαση) και αφαίρεση θρόμβου διαστάσεων 16 mm. Ο ασθενής παρουσίασε κλινική βελτίωση και συνέχισε με συνεδρίες φυσικοθεραπείας. Έγινε έναρξη ασπιρίνης και αντικατάσταση με DOAC επί απουσίας αιμορραγικής μετατροπής. Συμπεράσματα: Το extraction συνοδεύεται συχνά από ανεπιθύμητες επιπλοκές με εκτιμώμενο κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων στο 0.07% συμπεριλαμβανομένου του ΑΕΕ. Για το λόγο αυτό χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση των ασθενών μετεγχειρητικά για έγκαιρη αναγνώριση των συχνών αλλά και σπανιότερων επιπλοκών και τήρηση των θεραπευτικών χρονικών ορίων.





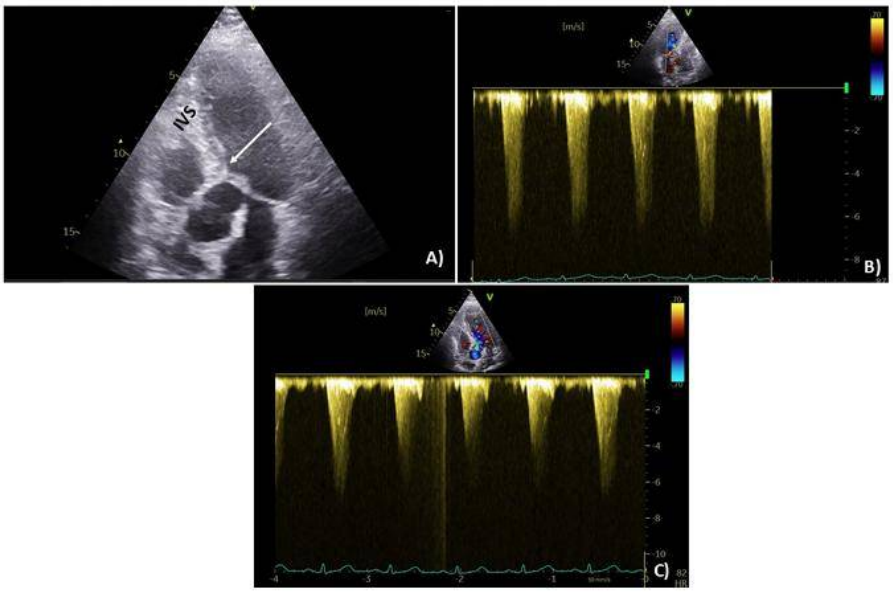
ΑΑ370|Μια σπάνια περίπτωση συγκοπής: σοβαρή δυναμική απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας προκαλούμενη από υποογκαιμία, σε ενήλικη γυναίκα με accessory mitral valve tissue

Μ. Κοιλιάρη[1], **Π. Σταχτέας**[1], Μ. Παπαδημητρίου[1], Δ. Εκκλησίαρχος[1], Α. Αρβανιτάκη[1], Α. Μπούλμπου[2], Θ. Καραμήτσος[2], Ε. Παγκουρέλιας[2], Ν. Φραγκάκης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή/Σκοπός: Ο επικουρικός ιστός μιτροειδούς βαλβίδας (Accessory Mitral Valve Tissue-AMVT) είναι σπάνια συγγενής ανωμαλία, ικανή να προκαλέσει δυναμική απόφραξη του χώρου εξόδου αριστερής κοιλίας (LVOT). Παρουσιάζεται περιστατικό ενήλικης γυναίκας, όπου η υπογκαιμία πυροδότησε σοβαρή, αλλά πλήρως αναστρέψιμη απόφραξη LVOT, οδηγώντας σε συγκοπή. Μεθοδολογία/Υλικά: Γυναίκα 55 ετών, με ιστορικό υπέρτασης υπό αγωγή και πρόσφατης κατάχρησης αλκοόλ σε φάση διακοπής, με πλημμελή σίτιση και ενυδάτωση, προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω

συγκοπικού επεισοδίου, σε καθιστή θέση οδηγώντας σε κατάγματα αριστερού βραχιονίου και κάκωση παρειάς. Κλινικά διαπιστώθηκε έντονο συστολικό φύσημα, στην εστία ακρόασης μιτροειδούς βαλβίδας, χωρίς επεκτάσεις . Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, χωρίς στοιχεία υπερτροφίας αριστερής κοιλίας. Εργαστηριακά, ανευρέθησαν αυξημένη τροπονίνη και σημαντική άνοδος CPK, εικόνα συμβατή με ραβδομυόλυση. Αποτελέσματα: Ο διαθωρακικός και διοισοφάγειος υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή δυναμική απόφραξη LVOT (μέγιστη κλίση πίεσης: 160mmHg, Vmax: 6.8m/s) οφειλόμενη σε παρουσία AMVT και συστολική πρόσθια κίνηση πρόσθιας γλωχίνας [Εικόνα 1]. Η ασθενής τέθηκε σε επιθετική ενυδάτωση και σε από του στόματος β-αναστολέα και εντός 72 ωρών εμφάνισε πλήρη υποχώρηση της απόφραξης LVOT τόσο στον κλινικό (υποχώρηση φυσήματος), όσο και υπερηχογραφικό επανέλεγχο. Για τον ανατομικό χαρακτηρισμό της παθολογίας LVOT διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς, που επιβεβαίωσε την παρουσία AMVT και την πλήρη ύφεση της απόφραξης 1 μήνα μετά το συγκοπικό επεισόδιο. Συμπεράσματα: Η μείωση προφορτίου και η επακόλουθη υπερδυναμική κυκλοφορία δύναται να προκαλέσουν λειτουργική αλλά αναστρέψιμη απόφραξη LVOT επί ανατομικών ανωμαλιών (AMVT). Η έγκαιρη διάγνωση με απεικονιστικές τεχνικές είναι κρίσιμη για την αποφυγή περιττών και επικίνδυνων επεμβατικών πράξεων.



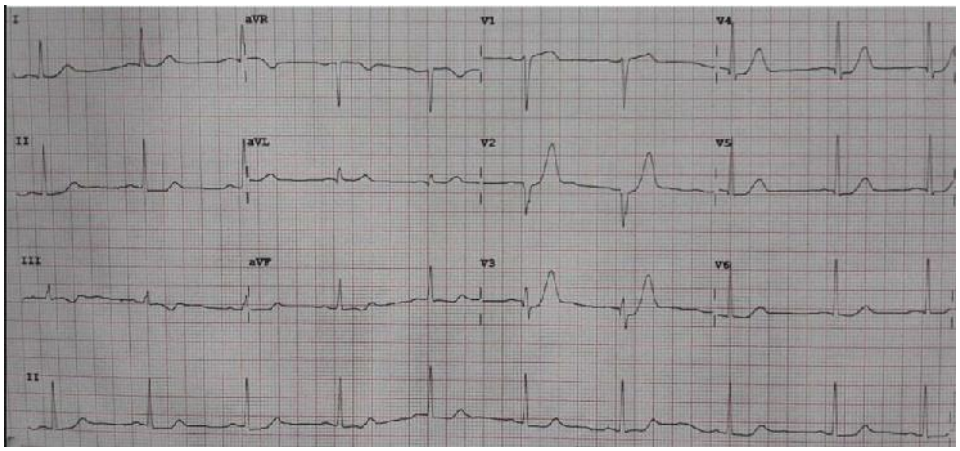
Εικόνα 1: Διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς (Α) δείχνει απόφραξη LVOT (άσπρο βέλος). Το Doppler (Β, Γ) αποκαλύπτει σοβαρή δυναμική απόφραξη LVOT (μέγιστη ταχύτητα 6.8m/s, κλίση πίεσης 160mmHg).

ΑΑ371|Ισοδύναμα STEMI: η συμβολή της νοσηλευτικής επαγρύπνησης στην έγκαιρη επαναιμάτωση

Ε. Κοϊμψίδου[1], Σ. Μηλιαρέση[1], Γ.Τυρίκος[1], Γ. Γκουντή[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction (Background & Aim):Το πρότυπο de Winter αποτελεί ηλεκτροκαρδιογραφική εκδήλωση οξείας στεφανιαίας απόφραξης, συνήθως του πρόσθιου κατιόντα, χωρίς την τυπική ανάσπαση του διαστήματος ST. Στο ίδιο διαγνωστικό φάσμα περιλαμβάνονται το οπίσθιο έμφραγμα και οι ισχαιμικές αλλοιώσεις επί αποκλεισμού αριστερού σκέλους που πληρούν τα κριτήρια Sgarbossa. Η καθυστερημένη αναγνώριση τους μπορεί να αναβάλλει την επείγουσα επεμβατική αντιμετώπιση. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού στην άμεση καταγραφή και αναγνώριση ηλεκτροκαρδιογραφικών προτύπων υψηλού κινδύνου σε ασθενείς με οξύ θωρακικό άλγος. Material & Methods (Case study): Άνδρας 66 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, δυσλιπιδαιμίας και καπνίσματος, νοσηλευόταν στην καρδιολογική κλινική λόγω παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής. Τη δεύτερη μέρα νοσηλείας, εμφάνισε αιφνίδιο συσφικτικό οπισθοστερνικό άλγος με αντανάκλαση στον αριστερό βραχίονα, εφίδρωση και ναυτία. Η νοσηλεύτρια βάρδιας αξιολόγησε άμεσα τα ζωτικά σημεία, πραγματοποίησε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) δώδεκα απαγωγών και ειδοποίησε χωρίς καθυστέρηση τον εφημερεύοντα καρδιολόγο, επισημαίνοντας την πιθανότητα προτύπου de Winter. Results: Το ΗΚΓ ανέδειξε ανιούσα κατάσπαση ST στο σημείο J των απαγωγών V2-V5 με υψηλά, συμμετρικά, θετικά κύματα Τ και ήπια ανάσπαση του ST στην aVR, χωρίς να πληρούνται τα κλασικά κριτήρια STEMI. Με βάση τα συμπτώματα και το ηλεκτροκαρδιογραφικό πρότυπο, ενεργοποιήθηκε άμεσα το πρωτόκολλο διακομιδής σε νοσοκομείο με αιμοδυναμικό εργαστήριο. Διαπιστώθηκε οξεία θρομβωτική απόφραξη του εγγύς πρόσθιου κατιόντα και πραγματοποιήθηκε επιτυχής

πρωτογενής αγγειοπλαστική με τοποθέτηση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης. Ακολούθησαν ύφεση του άλγους και αιμοδυναμική σταθεροποίηση. Conclusions: Η άμεση νοσηλευτική αξιολόγηση κάθε νέου επεισοδίου θωρακικού άλγους και η έγκαιρη καταγραφή ΗΚΓ μπορούν να περιορίσουν το χρόνο μέχρι τη διάγνωση και την επαναιμάτωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η συστηματική εκπαίδευση των νοσηλευτών στην αναγνώριση προτύπων οξείας στεφανιαίας απόφραξης, όπως το de Winter, το οπίσθιο έμφραγμα και τα κριτήρια Sgarbossa, ενισχύει την ασφάλεια των ασθενών και την αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας.



ΑΑ372|Μάζα του δεξιού κόλπου: μύξωμα ή θρόμβος; Μία σπάνια εκδήλωση αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου

Ι. Κυριακούλη[1], Ν. Βλαχόπουλος[1], Κ. Σωφρονίου[1], Γ. Κουργιαννίδης[1], Χ. Κωτάκος[1], Α. Κλάγκου[1]
[1]251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή / Σκοπός: Οι ενδοκαρδιακές μάζες του δεξιού κόλπου περιλαμβάνουν ένα ευρύ διαγνωστικό φάσμα, με συχνότερες οντότητες τα μυξώματα και τους θρόμβους. Η διαφορική τους διάγνωση αποκλειστικά με απεικονιστικές μεθόδους μπορεί να είναι δύσκολη, οδηγώντας σε διαγνωστική αβεβαιότητα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού μάζας δεξιού κόλπου, η οποία αρχικά θεωρήθηκε μύξωμα, αλλά τελικά αποδείχθηκε θρόμβος στο πλαίσιο αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου. Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζεται περιστατικό άρρενος ασθενούς ηλικίας 45 ετών με ήπια δύσπνοια προοδευτικής επιδείνωσης διάρκειας τριών μηνών, συνοδευόμενη από γενική κακουχία και εύκολη κόπωση. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ενώ το οικογενειακό ιστορικό ήταν θετικό για στεφανιαία νόσο. Κατά την προσέλευση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα τροπονίνης (~4.000 pg/mL) και ο ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική. Στο πλαίσιο διερεύνησης διενεργήθηκαν ακτινογραφία θώρακος, διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, μαγνητική τομογραφία καρδιάς και στεφανιογραφία. Αποτελέσματα: Η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε ήπια διάταση της δεξιάς καρδιακής σιλουέτας και αλλαγή της πυκνότητας στο κέντρο του μεσοθωρακίου. Η απεικονιστική διερεύνηση με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ανέδειξε ενδοκαρδιακή μάζα διαστάσεων περίπου 2,5 × 2,5 cm στον δεξιό κόλπο. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα περιέγραψε μισχωτό, βλεννώδους/μυξωματώδους υφής μόρφωμα, εκφυόμενο χωρίς επέκταση στον τριγλωχινικό δακτύλιο. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς επιβεβαίωσε συμπαγές, πολυλοβωτό, ογκόμορφο ιστό, διαστάσεων 2,57 × 2,66 × 2,64 cm, ο οποίος εκφυόταν από το οπίσθιο άνω τοίχωμα του δεξιού κόλπου. Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών. Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός με σταδιακή πτώση της τροπονίνης και εξήλθε με σύσταση για καρδιοχειρουργική εκτίμηση. Ένα μήνα αργότερα υποβλήθηκε σε χειρουργική εξαίρεση της μάζας, η οποία ιστολογικά επιβεβαιώθηκε ως θρόμβος και όχι μύξωμα. Ακολούθησε ρευματολογικός έλεγχος που κατέληξε στη διάγνωση αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ακενοκουμαρόλη. Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει τη σημαντική διαγνωστική πρόκληση στη διαφοροποίηση μαζών του δεξιού κόλπου, καθώς και τους περιορισμούς της απεικονιστικής αξιολόγησης χωρίς ιστολογική επιβεβαίωση. Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση ενδοκαρδιακών θρόμβων, ακόμη και όταν η αρχική κλινικοαπεικονιστική εικόνα προσομοιάζει νεόπλασμα. Η ιστολογική εξέταση παραμένει καθοριστική για την τελική διάγνωση και τη σωστή θεραπευτική στρατηγική.

Καρδιακή απεικόνιση ΙΙ / Imaging II

Πρόεδροι: **Ε. Βενιέρη** (Αθήνα), **Ι. Ντάλας** (Άρτα)
Chairpersons:**E. Venieri** (Athens), **I. Ntalas** (Arta)

ΑΑ373|Η παραμόρφωση της δεξαμενής του αριστερού κόλπου είναι ένας προγνωστικός υπερηχοκαρδιογραφικός δείκτης κοιλιακών αρρυθμιών και υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας τελικού σταδίου

Ε. Καμπανιέρης[1], **Κ. Φραγκιαδάκης[1]**, Ι. Κοπιδάκης[1], Ο. Μαληκίδης[1], Ν. Πρόγιου[1], Ε. Σημαντηράκης[1], Μ. Μαρκέτου[1]
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το υπερηχοκαρδιογράφημα βοηθά στη διάγνωση και πρόγνωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας (HCM). Η αναδιαμόρφωση του αριστερού κόλπου (LA) συνδέεται με δυσμενείς εκβάσεις. Παραμένει αβέβαιο αν σχετίζεται με σύνθετες κοιλιακές αρρυθμίες και εξέλιξη σε HCM τελικού σταδίου («burn-out» / ΒΟ). Σκοπός Αξιολογήθηκε η παραμόρφωση του LA (LA strain: δεξαμενής-LAr, αγωγού-LAcd, συσταλτικότητας-LAct) στην HCM και η σχέση της με κοιλιακές αρρυθμίες και τη φάση ΒΟ. Μέθοδοι Προοπτικά συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με HCM (2017–2025). Με δισδιάστατο speckle-tracking υπολογίστηκαν οι απόλυτες τιμές (%) των LAr, LAcd και LAct. Η μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία (NSVT) αξιολογήθηκε με 48ωρο Holter και ο 5ετής κίνδυνος αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (SCD) με τον υπολογιστή της ESC. Η ανάλυση έγινε με το SPSS. Αποτελέσματα Μελετήθηκαν 50 ασθενείς (μέση ηλικία 50 έτη, 78% άνδρες). Κατά την παρακολούθηση, 45% εμφάνισε NSVT, 45% υποβλήθηκε σε εμφύτευση ICD και 20% προχώρησε σε ΒΟ. Οι τιμές LAr και LAcd ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο SCD(LAr:16 ± 5 έναντι 22 ± 8, p=0.03; LAcd:8 ± 3 έναντι 12 ± 5, p=0.04) και με NSVT (LAr:17 ± 5 έναντι 22 ± 9, p=0.03; LAcd:8±4 έναντι 12±6, p=0.01). Όσοι εμφάνισαν ΒΟ είχαν χαμηλότερο LAr και LAct (LAr:14±7 έναντι 21±7, p=0.03; LAct: 6±5 έναντι 10±5, p=0.04). Το LAr σχετιζόταν αρνητικά με NSVT (r = −0.320, p=0.03), εμφύτευση ICD (r = −0.497, p<0.001) και ΒΟ (r = −0.325, p=0.03). Το LAcd συσχετίστηκε αρνητικά με NSVT και ICD, ενώ το LAct μόνο με τη φάση ΒΟ. Συμπεράσματα Η παραμόρφωση δεξαμενής του LA (LAr) είναι μειωμένη σε ασθενείς με HCM που παρουσιάζουν NSVT και αυξημένο κίνδυνο SCD, ενώ σχετίζεται με εμφύτευση ICD και μετάβαση σε τελικό στάδιο. Το LA strain αποτελεί υποσχόμενο προγνωστικό δείκτη στην HCM.

ΑΑ374|Διαγνωστική αξία του ΔWMSI στη δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία για την πρόβλεψη αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου στην καθημερινή κλινική πράξη

Σ. Ηλιοπούλου[1], Κ. Τσαντεκίδης[1], Δ. Χαρισοπούλου[2], Ν. Αντωνίου[1], Ο. Γραμμένος[1], Ε. Οφλίδης[1], Π. Θεοδωρίδου[1], Έ.Ε. Παπαδοπούλου[1], Ι. Ευθυμίου[1], Α. Δ. Μαυρογιάννη[3], Γ. Κουλαουζίδης[4], Ι. Ζαρίφης[3]
[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου",[2]2η Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα Βιοχημικών Επιστημών, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

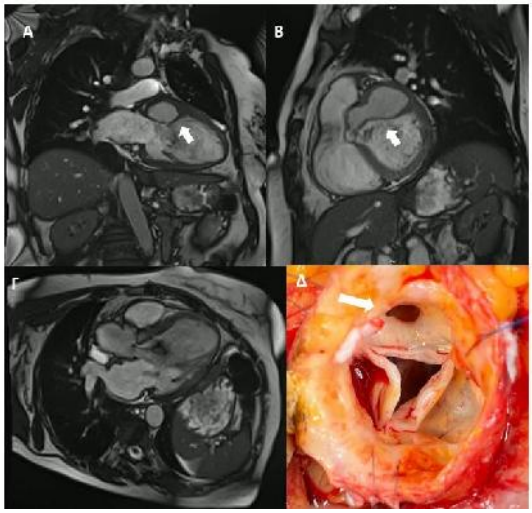
Εισαγωγή: Η δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της στεφανιαίας νόσου, ωστόσο η ερμηνεία της στην καθημερινή κλινική πράξη παραμένει κυρίως ποιοτική. Η μεταβολή του δείκτη κινητικότητας τοιχωμάτων (ΔWMSI) έχει προταθεί ως ποσοτικός δείκτης ισχαιμικού φορτίου. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της συσχέτισης του ΔWMSI με την παρουσία και τη βαρύτητα αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου, καθώς και η σύγκριση της διαγνωστικής του απόδοσης με τη συμβατική ερμηνεία της δυναμικής υπερηχοκαρδιογραφίας. Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 145 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία και στη συνέχεια σε στεφανιογραφία. Η μέση ηλικία ήταν 65,2 ± 11,4 έτη και το 71,7% ήταν άνδρες. Καταγράφηκαν οι τιμές WMSI σε ηρεμία και στο μέγιστο της δοκιμασίας, ενώ το ΔWMSI υπολογίστηκε ως η διαφορά μεταξύ WMSI κόπωσης και WMSI ηρεμίας. Ως αποφρακτική στεφανιαία νόσος ορίστηκε στένωση ≥70% σε τουλάχιστον μία κύρια επικαρδιακή στεφανιαία αρτηρία. Η διαγνωστική απόδοση αξιολογήθηκε με ROC analysis και multivariable logistic regression. Αποτελέσματα: Πλήρη δεδομένα ΔWMSI ήταν διαθέσιμα σε 121 ασθενείς. Αποφρακτική στεφανιαία νόσος διαπιστώθηκε στο 68,5% και διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στο 25,5%. Οι τιμές ΔWMSI ήταν συνολικά χαμηλές, με διάμεση τιμή 0.00 (IQR 0.00–0.06). Το ΔWMSI δεν συσχετίστηκε με την παρουσία αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου (0.037 έναντι 0.053, p=0.47), την αγγειογραφική έκταση της νόσου (p=0.59) ούτε με την ανάγκη επαναιμάτωσης (p=0.18). Η διακριτική του ικανότητα ήταν χαμηλή (AUC 0.47) και δεν υπερείχε της συμβατικής δυαδικής ερμηνείας (AUC 0.53) ούτε του WMSI ηρεμίας (AUC 0.58).Συμπεράσματα Σε αυτόν τον υψηλού κινδύνου πληθυσμό καθημερινής κλινικής πράξης, το ΔWMSI δεν παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με την αγγειογραφική βαρύτητα της στεφανιαίας νόσου ούτε με την ανάγκη επαναιμάτωσης, υποδηλώνοντας περιορισμένη πρόσθετη διαγνωστική αξία έναντι της καθιερωμένης ποιοτικής ερμηνείας.

ΑΑ376|Χρόνια ρήξη του κόλπου του Valsalva με ενδομυοκαρδιακό διαχωρισμό και ψευδοανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας: η καθοριστική συμβολή της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς στο χειρουργικό σχεδιασμό

Μ.Ά.Μπαζμπάνη[1], Γ. Σπάγος[1], Π. Τόσιος[2], Β. Κορδελίδης[1], Ι. Ορφανίδου[1], Β. Σαχπεκίδης[3], Θ. Καραμήτσος[4]

[1]Διαγνωστικό κέντρο ΠΛΑΤΩΝ Θεσσαλονίκης,[2]ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ

Εισαγωγή / Σκοπός: Η χρόνια ρήξη του κόλπου του Valsalva με ενδομυοκαρδιακή επέκταση αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας. Η ακριβής χαρτογράφηση της πολύπλοκης αρχιτεκτονικής της βλάβης προεγχειρητικά, αποτελεί σημαντική απεικονιστική και διαγνωστική πρόκληση. Παρουσιάζεται ένα ιδιαίτερα σπάνιο περιστατικό με πλήρη απεικονιστική και χειρουργική τεκμηρίωση.Υλικό / Μέθοδοι: Γυναίκα 58 ετών με σοβαρή ανεπάρκεια τρίπτυχης αορτικής βαλβίδας στο διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς (CMR) για διερεύνηση της υποκείμενης αιτίας και ακριβέστερη εκτίμηση της βαρύτητας της βαλβιδοπάθειας.Η CMR ανέδειξε διαχωρισμό του δεξιού κόλπου του Valsalva με ενδομυοκαρδιακή επέκταση στο βασικό πρόσθιο και προσθιοδιαφραγματικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας με εικόνα ενδομυοκαρδιακής διαχωριστικής ψευδοκοιλότητας (Εικόνα 1, πάνελ Α και Β). Διαπιστώθηκε σοβαρή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας (regurgitant fraction 35%) ως αποτέλεσμα της παραμόρφωσης της αορτικής ρίζας και της διαταραχής της σύγκλεισης των γλωχίνων (Εικόνα 1, πάνελ Γ). Η αριστερή κοιλία ήταν σημαντικά διατεταμένη (LVEDVi 140 ml/m², φυσιολογικές τιμές <0 ml/m²), με ήπια συστολική δυσλειτουργία και κλάσμα εξώθησης 49%.Αποτελέσματα: Διεγχειρητικά επιβεβαιώθηκε χρόνια ρήξη του δεξιού κόλπου του Valsalva με στόμιο περίπου 6×7 mm, ενδομυοκαρδιακό διαχωρισμό και σχηματισμό ψευδοανευρύσματος της αριστερής κοιλίας, σε πλήρη συμφωνία με τα ευρήματα της CMR (Εικόνα 1, πάνελ Δ). Επιπλέον, διαπιστώθηκαν εκφυλιστικές αλλοιώσεις του τοιχώματος της αορτής με πολλαπλές επασβεστώσεις και μικρορήξεις στο περιφερικό τμήμα της ανιούσας αορτής. Η ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε επέμβαση Bentall με αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, της αορτικής ρίζας και του κεντρικού τμήματος της ανιούσας αορτής με βαλβιδοφόρο μόσχευμα και επανεμφύτευση των στεφανιαίων αρτηριών, ενώ το περιφερικό τμήμα της ανιούσας αντικαταστάθηκε με ευθύ αγγειακό μόσχευμα Dacron. Συμπεράσματα: Η CMR επέτρεψε την ακριβή ανατομική και λειτουργική χαρτογράφηση μιας εξαιρετικά σπάνιας βλάβης και συνέβαλε καθοριστικά στο χειρουργικό σχεδιασμό, ο οποίος επιβεβαίωσε πλήρως τα απεικονιστικά ευρήματα. Το περιστατικό υπογραμμίζει την αξία της προηγμένης καρδιαγγειακής απεικόνισης στη διάγνωση σύνθετων παθήσεων της αορτικής ρίζας και στον ακριβή προεγχειρητικό σχεδιασμό.



Α και Β. Still frames στις δύο κοιλότητες και το βραχύ άξονα (SSFP κινηματικές ακολουθίες) όπου απεικονίζεται ευκρινώς το ψευδοανεύρυσμα στο πρόσθιο & πρόσθιο διαφραγματικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας (λευκά βέλη)

Γ. Still frame στην τομή τριών κοιλοτήτων όπου απεικονίζεται η διατεταμένη αριστερή κοιλία και το jet ανεπάρκειας στην τρίπτυχη αορτική βαλβίδα

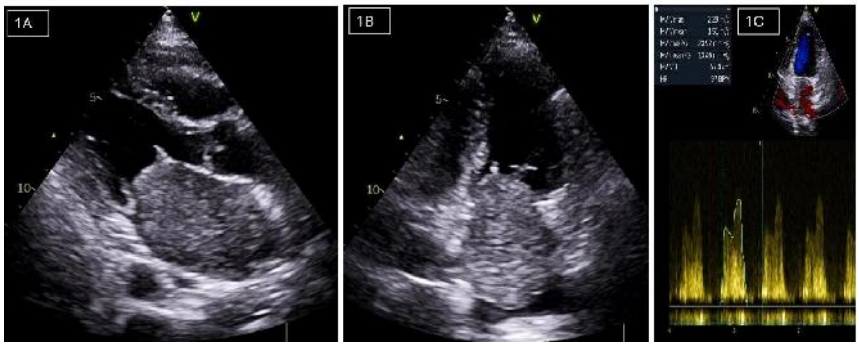
Δ. Ενδοεγχειρητική εικόνα της αορτικής ρίζας μετά από εγκάρσια αορτοτομή. Διακρίνεται η τρίπτυχη αορτική βαλβίδα το στόμιο της χρόνιας ρήξης του δεξιού κόλπου του Valsalva (βέλος)

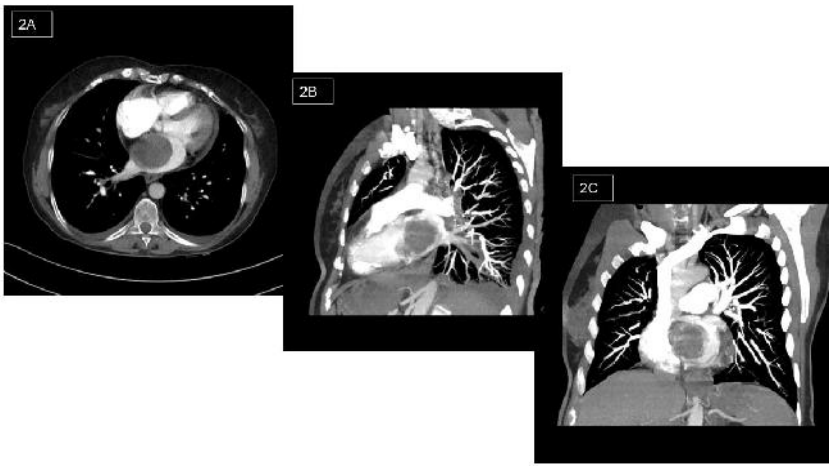
ΑΑ377|Γιγαντιαίο μύξωμα αριστερού κόλπου με οξεία εκδήλωση πνευμονικού οιδήματος λόγω λειτουργικής στένωσης μιτροειδούς βαλβίδας

Α. Ζυγούρη[1], Α. Πλευριτάκη[1], Α. Πατριανάκος[1], Ο. Μαληκίδης[1], Κ. Χατζηνικολάου[1], Ε. Κουταλάς[1], Ε. Ζάχαρης[1], Σ. Πετούσης[1], Ε. Σημαντηράκης[1]

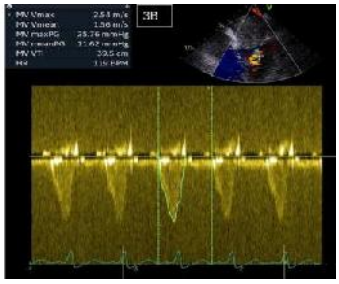
[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Τα μυξώματα αποτελούν τους συχνότερους πρωτοπαθείς καρδιακούς όγκους, αντιπροσωπεύοντας το 50–85% των περιπτώσεων, με περίπου 75% να εντοπίζονται στον αριστερό κόλπο, συνήθως στο μεσοκολπικό διάφραγμα (fossa ovalis). Εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ 30 και 60 ετών, με ελαφρά υπεροχή των γυναικών (περίπου 2:1). Αν και καλοήθη και βραδέως εξελισσόμενα, μπορούν να εκδηλωθούν αιφνίδια με σοβαρή αποφρακτική συμπτωματολογία, ιδιαίτερα όταν προκαλούν δυναμική απόφραξη της μιτροειδούς βαλβίδας. Παρουσιάζεται περιστατικό γιγαντιαίου μυξώματος αριστερού κόλπου και πρώτη εκδήλωση οξέος πνευμονικού οιδήματος λόγω λειτουργικής στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας. Υλικό και Μέθοδος (Παρουσίαση Περιστατικού): Γυναίκα 68 ετών, χωρίς γνωστό καρδιολογικό περιστατικό, προσήλθε με οξείας έναρξης δύσπνοια σε ηρεμία και ορθόπνοια από ωρών. Κατά την άφιξη, εμφάνιζε ταχύπνοια (24 αναπνοές/λεπτό), ταχυκαρδία (118 σφύξεις/λεπτό), αρτηριακή πίεση 180/100 mmHg και κορεσμό οξυγόνου SpO2 90% στον αέρα, με άμεση βελτίωση μετά από ήπια διουρητική αγωγή και οξυγόνο. Κατά την ακρόαση, ανευρέθη ήπιο μεσοδιαστολικό φύσημα στην κορυφή και διάχυτοι τρίζοντες αμφοτερόπλευρα. Το ΗΚΓ ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό και αριστερό σκελικό αποκλεισμό. Αποτελέσματα: Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ανέδειξε μεγάλη, κινητή μάζα στον αριστερό κόλπο, προσκολλημένη στο μεσοκολπικό διάφραγμα, προκαλώντας δυναμική απόφραξη της μιτροειδούς βαλβίδας κατά τη διαστολή (μέση κλίση πίεσης 11mmHg) (Εικ. 1A-C). Λόγω αυξημένων D-dimers διενεργήθη CTPA, αρνητική για πνευμονική εμβολή, η οποία ανέδειξε υπόπυκνη μάζα εντός του αριστερού κόλπου διαστάσεων 4.3 × 5.4 × 4.8 cm, με ήπια πρόσληψη σκιαγραφικού και πιθανή επέκταση μέσω της μιτροειδούς προς την αριστερή κοιλία (Εικ.2 A-C). Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα επιβεβαίωσε ευμεγέθη μάζα με μικρές περιφερικές προσεκβολές, εξορμώμενη από τη fossa ovalis, προκαλώντας σημαντική λειτουργική στένωση μιτροειδούς (Εικ.3 A-D). Η ασθενής διακομίστηκε άμεσα σε καρδιοχειρουργική κλινική, όπου πραγματοποιήθηκε χειρουργική εξαίρεση της μάζας. Συμπεράσματα: Το περιστατικό αναδεικνύει ότι τα καρδιακά μυξώματα, παρά τον καλοήθη χαρακτήρα τους, μπορεί να εκδηλωθούν αιφνίδια με σοβαρή αποφρακτική συμπτωματολογία. Αν και συχνότερα προκαλούν εμβολικά ή συστηματικά συμπτώματα, η αποφρακτική τους εκδήλωση είναι σπάνια και μπορεί να οδηγήσει σε οξύ πνευμονικό οίδημα ή συγκοπή όταν η μάζα αποφράσσει διαλειπόντως τη μιτροειδή βαλβίδα. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα είναι καθοριστικό για την άμεση αναγνώριση της μηχανικής απόφραξης και την έγκαιρη χειρουργική παραπομπή, καθώς η καθυστέρηση στην αντιμετώπιση αυξάνει τον κίνδυνο εμβολικών επεισοδίων και αιμοδυναμικής κατάρρευσης.

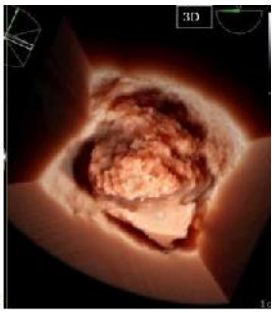





3A


3B


3C


3D

AA378|The zero calcium score paradox

Σ. Ευαγγέλου[1], Π. Σδρεβάνος[2], Σ. Μαδυτίνου[3], Ι. Μηττάς[3], Ε. Ακήφογλου[3], Ε. Ζιάκα[3], Ι. Κατραντζής[3], Α. Αρλακίδης[2], Π. Χασάν Ογλου[2], Ι. Στρατάκης[3], Ν. Καμπουρίδης[3]

[1]ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ , [2]ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ CARDIOIASIS ΞΑΝΘΗ, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με στηθάγχη με μηδενικό score ασβεστίου αλλά με σοβαρή στένωση των στεφανιαίων αγγείων από μη ασβεστοποιημένη πλάκα. Τονίζεται ο περιορισμός του ισχυρού ως προγνωστικό εργαλείο score ασβεστίου, ειδικά όταν χρησιμοποιείται σε συμπτωματικούς ασθενείς. Υλικό και μέθοδος: Άντρας 61χρ, καπνιστής με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, προσήλθε λόγω αναφερόμενης συμπτωματολογίας υπέρ στηθάγχης. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα του ασθενούς ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με μη ειδικές διαταραχές ST-T, ενώ στο υπερηχογράφημα φυσιολογικές διαστάσεις αριστερής κοιλίας με φυσιολογική συστολική λειτουργία αυτής με EF 60%. Ακολούθησε αξονική στεφανιογραφία (CTCA), όπου το score ασβεστίου (CAC score) ήταν 0, αλλά διαπιστώθηκε μία σημαντική μη επασβεστωμένη πλάκα στο distal τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (RCA), που προκαλούσε σημαντική στένωση 70-99%. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επεμβατική στεφανιογραφία, η οποία επιβεβαίωσε το αποτέλεσμα της CTCA, και ακολούθησε αγγειοπλαστική, με αποκατάσταση βατότητας του αγγείου χωρίς επιπλοκές και ύφεση συμπτωμάτων. Αποτελέσματα: Η παρουσίαση του περιστατικού τονίζει τους περιορισμούς της χρήσης του CAC score μόνο του, στην ανίχνευση στεφανιαίας νόσου σε συμπτωματικούς ασθενείς. Το ‘‘zero calcium score paradox’’ δημιουργεί ερωτήματα για την αληθινή προγνωστική αξία του μηδενικού CAC score, και επομένως, δεν θα πρέπει να αποτελεί το μοναδικό κριτήριο για τον αποκλεισμό σημαντικής στεφανιαίας νόσου. Απουσία στεφανιαίας επασβέστωσης δεν σημαίνει υποχρεωτικά απουσία αθηροσκληρωτικής πλάκας. Παρόλο που το CAC score χρησιμοποιείται παραδοσιακά σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, η χρήση του επεκτείνεται ολοένα και περισσότερο σε συμπτωματικούς πληθυσμούς, δίνοντας μεγάλη σημασία στην ερμηνεία. Συμπεράσματα: Ενώ το CAC score ανιχνεύει αποτελεσματικά τη στεφανιαία νόσο σε ασυμπτωματικούς ασθενείς λόγω της υψηλής ευαισθησίας και της ισχυρής αρνητικής προγνωστικής αξίας, η ειδικότητα και η θετική προγνωστική αξία του score είναι συγκριτικά περιορισμένες σε συμπτωματικούς. Για αυτό, η απουσία στεφανιαίας επασβέστωσης δεν αποκλείει την παρουσία αθηρωμάτωσης, γιατί οι μη ασβεστοποιημένες πλάκες δεν λογαριάζονται στον υπολογισμό του score.

AA379|Η εφαρμογή των νεότερων ηχωκαρδιογραφικών δεικτών στην αναγνώριση ασθενών με αγγειογραφικά σημαντική στεφανιαία νόσο μεταξύ των ασθενών με αρχική διάγνωση NSTEMI

Μ. Καρακώστα[1], Ά. Ελένη Καλέση[1], Ά. Καλύβη[1], Α. Βασιλειάδου[1], Δ. Ντιλούδη[1], Μ. Σαγρής[1], Α. Πλαΐτης[1], Έ. Μπούσουλα[1], Μ. Βασσάκη[2], Α. Κωνσταντάρα[1], Α. Δεστούνης[1], Ε. Γρηγοράκη[1], Ν. Κάσινος[1], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[1], Ν. Πατσουράκος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» - Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ / ΣΚΟΠΟΣ: Οι ασθενείς που παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (NSTEMI) αποτελούν ετερογενή πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο νεότεροι ηχωκαρδιογραφικοί δείκτες μπορούν να διακρίνουν τους ασθενείς με αγγειογραφικά σημαντική στεφανιαία νόσο μεταξύ εκείνων με αρχική διάγνωση NSTEMI και φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF).ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας>ετών με αρχική διάγνωση NSTEMI, οι οποίοι εξετάστηκαν στο εργαστήριο ηχωκαρδιογραφίας του νοσοκομείου μας από τον Απρίλιο του 2022 έως τον Απρίλιο του 2026. Κανένας δεν ανέφερε προηγούμενο ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου ή άλλες συννοσηρότητες, ενώ παρουσίαζαν LVEF ≥55% χωρίς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας. Μετά τη διενέργεια στεφανιογραφίας διακρίθηκαν σε εκείνους με αγγειογραφικά σημαντική (SCAD) και σε εκείνους χωρίς αγγειογραφικά σημαντική στεφανιαία νόσο (NSCAD). Οι δείκτες συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας που μελετήθηκαν ήταν η συνολική επιμήκης παραμόρφωση (GLS) και οι δείκτες του μυοκαρδιακού έργου Global Work Index (GWI), Global Constructive Work (GCW), Global Wasted Work (GWW) και Global Work Efficiency (GWE). Ακολούθησε συγκριτικός έλεγχος των τιμών των 2 ομάδων με T-test, αφού οι μεταβλητές είχαν κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως p<0,05.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑΣτη μελέτη συμμετείχαν 50 ασθενείς με αρχική διάγνωση NSTEMI (26 άνδρες) μέσης ηλικίας 62,6 ετών [τυπική απόκλιση (SD) 10,8 έτη]. Στους 23 διαπιστώθηκε SCAD και στους 27 NSCAD. Οι ασθενείς με SCAD είχαν μέση τιμή |GLS|: 17,8% (SD 2,3), GWI: 1978,7 mmHg% (SD 472,6), GCW: 2303,8 mmHg% (SD 488,9), GWW: 171,4 mmHg% (SD 85,4) και GWE: 92,1% (SD 3,9). Αντίστοιχα, οι ασθενείς με NSCAD είχαν μέση τιμή |GLS|: 19,6% (SD 2,8), GWI: 2121,7 mmHg% (SD 490,2), GCW: 2291,3 mmHg% (SD 653,7), GWW: 116,9 mmHg% (SD 78,6) και GWE: 94,5% (SD 3,1). Οι ασθενείς με SCAD εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές |GLS| (p=0,021) και GWE (p=0,020) συγκριτικά με εκείνους με NSCAD. Επιπλέον, οι τιμές GWW ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με SCAD (p=0,023). Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις τιμές των δεικτών GWI και GCW

στις δύο ομάδες. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :Οι νεότεροι ηχωκαρδιογραφικοί δείκτες ήταν σε θέση να διακρίνουν τους ασθενείς με SCAD μεταξύ εκείνων με αρχική διάγνωση NSTEMI και φυσιολογικό LVEF.

Πίνακας 1: Μέσες τιμές και τυπική απόκλιση των νεότερων ηχωκαρδιογραφικών δεικτών στις δύο ομάδες ασθενών.

	Ασθενείς με SCAD (N=23)		Ασθενείς με NSCAD (N=27)		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	p
|GLS| (%)	17.8	2.3	19.6	2.8	0.021
GWI (mmHg%)	1978.7	472.6	2121.7	490.2	0.301
GCW (mmHg%)	2303.8	488.9	2291.3	653.7	0.940
GWW (mmHg%)	171.4	85.4	116.9	78.6	0.023
GWE (%)	92.1	3.9	94.5	3.1	0.02

AA380|Μυοκαρδιακή αιμάτωση και λειτουργικότητα σε Ιδιοπαθή Πνευμονική Ίνωση – Προοπτική Μελέτη Παρατήρησης με stress Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς

Β. Σταυροπούλου[1], Κ. Μπράτης[2], Ι.Τσάλος[1], Ι. Τόμος[3], Χ. Ντινίδη[3], Γ. Βελιςάρης[1], Κ. Δανιηλίδου[1], Ν. Παπαιωάννου[1], Δ. Χατζής[1], Β. Παναγιωτόπουλος[1], Μ. Ζαγκλή[1], Σ. Παπαϊωάννου[4], Α.Λιαπίκου[1], Ν. Μπιάγκης[1], Α. Νταλιάνης[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]5η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΑ ΣΩΤΗΡΙΑ, [4]Γ.Ν.Θ. ΄΄ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ΄ ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η Ιδιοπαθής Πνευμονική Ίνωση (ΙΠΙ) αποτελεί μια σπάνια χρόνια διάμεση πνευμονοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας, η οποία επιδρά στο κυψελιδικό επιθήλιο, αντικαθιστώντας το με ινώδη ιστό. Έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση μυοκαρδιοπάθειας αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της και τους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Στην παρούσα προοπτική μελέτη παρατήρησης ελέγχθηκε η λειτουργικότητα του μυοκαρδίου και η μυοκαρδιακή αιμάτωση με stress Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς (CMR) ασθενών με ΙΠΙ. Μέθοδος: Διαδοχικοί σθενείς με διάγνωση ΙΠΙ που παραπέμφθηκαν στο εξωτερικό ιατρείο Μυοκαρδιοπαθειών του Νοσοκομείου μας από το ειδικό ιατρείο Διάμεσων Πνευμονοπαθειών της 5ης Πνευμονολογικής Κλινικής του ΓΝΑ Σωτηρία συμπεριελήφθησαν στη μελέτη και υποβλήθηκαν σε stress CMR. Καταγράφηκαν δείκτες λειτουργικότητας της δεξιάς και αριστερής κοιλίας, ο βαθμός μυοκαρδιακού οιδήματος και ίνωσης, η μάζα της αριστερής κοιλίας, δείκτες αναδιαμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και η μυοκαρδιακή αιμάτωση μετά τη χορήγηση ρεγαδενοσόνης. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τους ανάλογους δείκτες υγιών μαρτύρων. Αποτελέσματα: 15 ασθενείς (μέσης ηλικίας 72 ετών, 20% γυναίκες) συμπεριελήφθησαν στην προοπτική αυτή μελέτη. Διαπιστώθηκαν φυσιολογικοί όγκοι και κλάσμα εξωθήσεως αμφοτέρων των κοιλιών, οριακά χαμηλότερη επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (GLS: -17,6±2%) και αυξημένος ο δείκτης σφαιρικότητας (Shericity index: 0,59±0,06) στους ασθενείς με ΙΠΙ συγκριτικά με τους υγιείς μάρτυρες. Στους μισούς ασθενείς διαπιστώθηκε καθυστερημένη πρόσληψη γαδολινίου στην πλειονότητα των οποίων (75%) ήταν ισχαιμικής αιτιολογίας ενώ στους υπόλοιπους μη ισχαιμικής. Σε όλους τους ασθενείς διαπιστώθηκε σημαντική διαταραχή μυοκαρδιακής αιμάτωσης κατά τη χορήγηση ρεγαδενοσόνης (Myocardial perfusion reserve index: 1,2±0,2) (Πίνακας). Στο έτος, 1 ασθενής απεβίωσε από επιπλοκές της νόσου. Συμπεράσματα: Στην παρούσα προοπτική μελέτη παρατήρησης με stress CMR διαπιστώθηκε παθολογική μυοκαρδιακή αιμάτωση και αρχόμενη σφαιρική αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με ΙΠΙ.

Πίνακας

Παράμετροι stress CMR	Ασθενείς με ΙΠΙ (Μέση τιμή)	SD (Σταθερά Απόκλισης)	Υγιείς Μάρτυρες (Εύρος Τιμών)
LVEDV	147	41	105-187 ml
LVESV	60	28	25-70 ml
LVSV	90	22	71-127 ml
LVEF	63	6	59-77%
LV mass	103	31	106-183 g
RVEDV	150	40	100-200 ml
RVESV	65	23	16-76 ml
RVSV	85	23	70-138 ml
RVEF	58	6	57-83%
RWT	0,35	0,05	0,32-0,42
GLS	-17,5	2	-18 to -22
MAPSE	15,5	2	11-18
Sherlock index	0,69	0,06	0,35-0,5
Global Function Index	51	11	41-51%
T1 native	957	35	950-1050 msec
ECV	28	3	25,3±3,5%
T2 mapping global	48	3	<59
Myocardial Perfusion Reserve Index	1,2	0,2	>2

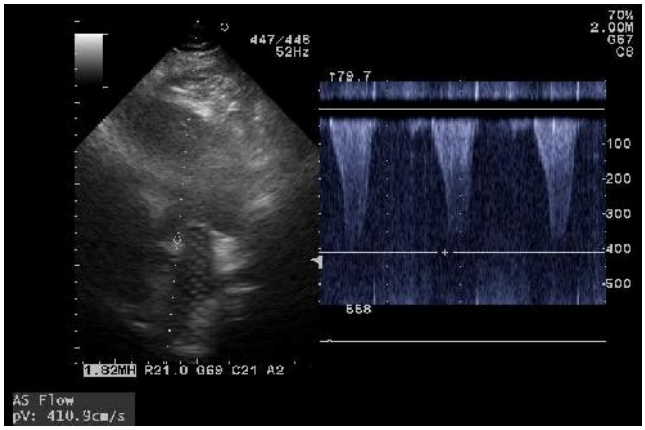
LV EDV: Τελοδιαστολικός Όγκος Αριστερής Κοιλίας. LV ESV: Τελοσυστολικός Όγκος Αριστερής Κοιλίας. LV SV: Όγκος Παλμού Αριστερής Κοιλίας. LV EF: Κλάσμα εξωθήσεως Αριστερής Κοιλίας. LV mass: Μάζα Αριστερής Κοιλίας. RV EDV: Τελοδιαστολικός Όγκος Δεξιάς Κοιλίας. RV ESV: Τελοσυστολικός Όγκος Δεξιάς Κοιλίας. RV SV: Όγκος Παλμού Δεξιάς Κοιλίας. RV EF: Κλάσμα Εξωθήσεως Δεξιάς Κοιλίας. RWT: Σχετικό Πάχος Τοιχώματος. GLS: Επιμήκης Παραμόρφωση. MAPSE: Μετατόπιση Μιτροειδικού Δακτυλίου κατά τη συστολή.

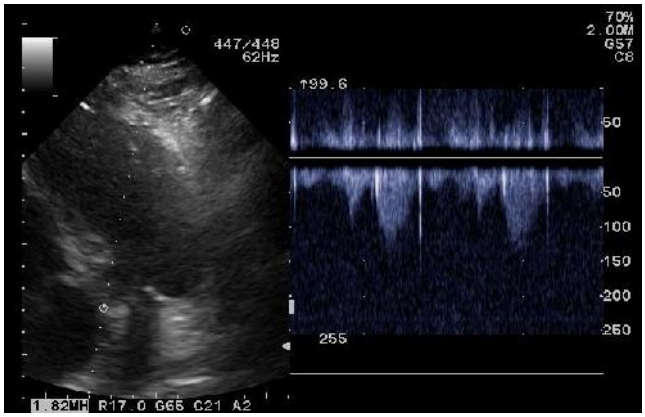
AA381|Παροδική δυναμική απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας σε σύνδρομο Takotsubo: η αξία της σειριακής υπερηχοκαρδιογραφικής παρακολούθησης

Γ. Τυρίκος[1], Χ. Γραμματικός[1], Χ. Κατσιούλης[1], Ν. Ζαβιτσάνου[2], Α. Πορφυρίδου[3], Γ. Γκουντή[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*, *[3]ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ*

Introduction (Background & Aim): Το σύνδρομο Takotsubo αποτελεί αναστρέψιμη μορφή οξείας δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας, η οποία συχνά μιμείται οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η δυναμική απόφραξη του χώρου εξόδου της αριστερής κοιλίας (LVOTO) αποτελεί σημαντική επιπλοκή, καθώς μπορεί να επηρεάσει την αιμοδυναμική κατάσταση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρουσιάζεται περιστατικό συνδρόμου Takotsubo με παροδική LVOTO και πλήρη υποχώρηση των υπερηχοκαρδιογραφικών ευρημάτων κατά τη νοσηλεία. Material & Methods (Case study): Γυναίκα 74 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και κατάθλιψης, προσκομίστηκε λόγω οπισθοστερνικού άλγους από ωρών, μετά από έντονο συναισθηματικό στρες εξαιτίας της απώλειας στενού συγγενικού προσώπου. Πρόσφατος προληπτικός καρδιολογικός έλεγχος είχε αναδείξει φλεβοκομβικό ρυθμό με προϋπάρχοντα αποκλεισμό αριστερού σκέλους και φυσιολογική λειτουργικότητα των δύο κοιλιών, χωρίς βαλβιδοπάθεια ή απόφραξη του LVOT. Results: Το αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε αποκλεισμό αριστερού σκέλους με νέα βαθιά διφασικά κύματα Τ στις πλάγιες απαγωγές. Παρατηρήθηκε μικρή αύξηση της τροπονίνης στον εργαστηριακό έλεγχο. Στο διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα καταγράφηκε επηρεασμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, με κλάσμα εξώθησης 35-40%, υποκινησία της κορυφής και των κορυφαίων τμημάτων και διατηρημένη λειτουργικότητα των βασικών και μέσων τμημάτων. Στην κορυφαία λήψη πέντε κοιλοτήτων καταγράφηκε αυξημένη ταχύτητα ροής στο LVOT, Vmax: 4,1 m/sec, με όψιμη κορύφωση και χαρακτηριστική μορφολογία "dagger-shaped", συμβατή με δυναμική απόφραξη. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια εσμολόλη υπό αιμοδυναμική παρακολούθηση, καθώς και διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και υπολιπιδαιμική αγωγή έως τον αποκλεισμό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Η στεφανιογραφία ανέδειξε μόνο ήπιες τοιχωματικές αλλοιώσεις, χωρίς σημαντική στεφανιαία στένωση. Κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκαν υποχώρηση των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, βελτίωση της κινητικότητας και πλήρη εξαφάνιση της LVOTO. Conclusions: Το σύνδρομο Takotsubo μπορεί να συνοδεύεται από σημαντική αλλά αναστρέψιμη δυναμική LVOTO. Η αρχική και σειριακή υπερηχοκαρδιογραφική αξιολόγηση είναι καθοριστική για τη διάγνωση, την προσαρμογή της θεραπείας και την τεκμηρίωση της αποκατάστασης.

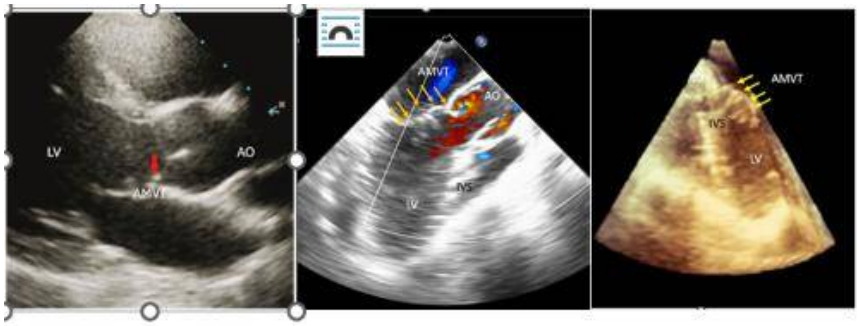




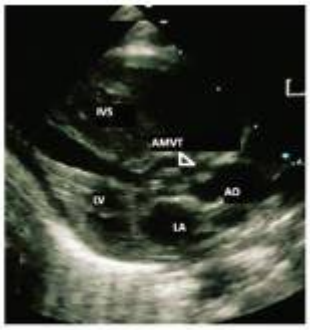
AA382|Επικουρικός ιστός μιτροειδούς βαλβίδας (EIMB) με ή χωρίς απόφραξη του χώρου εξόδου αριστερής κοιλίας (ΧΕΑΚ) σε παιδιά. Περιγραφή 4 περιπτώσεων.

Α.Κομνού[1], Ι. Πολυμέρου[1], Χ. Μαλασπίνα[1], Σ.Μαυρομμάτη[1],Α.Τζίφα[1]
[1]ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

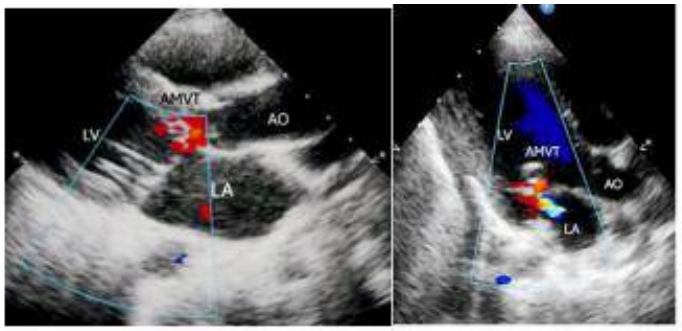
Εισαγωγή και σκοπός: Ο EIMB είναι σπάνια συγγενής ανωμαλία που διαγιγνώσκεται συνήθως στη παιδική ηλικία και σπανιότερα στην ενήλικο ζωή. Η επίπτωση στους ενήλικες είναι περίπου 1:26.0000. Συνήθως είναι τυχαίο εύρημα και δεν δημιουργεί συμπτώματα εκτός αν προκαλεί σημαντική απόφραξη του ΧΕΑΚ ή ανεπάρκεια μιτροειδούς. Συχνά σχετίζεται με άλλες συγγενείς ανωμαλίες, όπως κολποκοιλιακή επικοινωνία, μετάθεση μεγάλων αγγείων, κ.λ.π . Στόχος της εργασίας είναι να περιγράψει τα ηχοκαρδιογραφικά χαρακτηριστικά του EIMB σε 4 περιπτώσεις που τον διαφοροποιούν από άλλες οντότητες, όπως μάζες ή θρόμβους. Μέθοδοι και αποτελέσματα: Περιγράφονται 4 περιπτώσεις EIMB σε παιδιά. Ο ασθενής 1, αγόρι 13 ετών παραπέμφθηκε λόγω κινητού μορφώματος στην αορτική βαλβίδα που βρέθηκε τυχαία σε προαθλητικό έλεγχο ρουτίνας. Το ΗΚΓ ήταν φυσιολογικό και δεν αναφέρονταν συμπτώματα. Το υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε πολλαπλές επικουρικές χορδές από την κοιλιακή επιφάνεια της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς προς το μεσοκοιλιακό διάφραγμα του ΧΕΑΚ και τον δακτύλιο της αορτής, χωρίς να επηρεάζουν τη ροή ή τη λειτουργία της αορτικής βαλβίδας. Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν από το 2D και 3D διοισοφάγειο υπερηχογράφημα (Εικ. 1). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε μέγιστη δοκιμασία κόπωσης, που ήταν αρνητική και συνέχισε την άθληση με σύσταση για επανεξέταση σε 1 έτος. Ο ασθενής 2,, ασυμπτωματικό νεογνό, παραπέμφθηκε για εξέταση λόγω έντονου συστολικού φυσήματος. Το υπερηχογράφημα αποκάλυψε μια ευκίνητη κυκλική δομή σε συνέχεια με τη μιτροειδή βαλβίδα, που πρόβαλε στο ΧΕΑΚ προκαλώντας σοβαρή απόφραξη και ως εκ τούτου υποβλήθηκε σε καρδιοχειρουργική διόρθωση. (Εικ. 2) .Ο ασθενής 3, αγόρι 8 ετών εξετάσθηκε λόγω άτυπου θωρακικού άλγους και ο ασθενής 4, αγόρι 3 ετών παραπέμφθηκε για μάζα της πρόσθιας γλωχίνας της μιτροειδούς βαλβίδας με συνοδό ήπια ανεπάρκεια μιτροειδούς.(Εικ. 3 Α και Β αντίστοιχα) .Το υπερηχοκαρδιογράφημα στους ασθενείς 3 και 4 αποκάλυψε ευκίνητη κυκλική μάζα από την πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς που προέβαλε στο ΧΕΑΚ , χωρίς διαταραχή ροής. Τα ευρήματα του υπερηχογραφήματος στους δύο αυτούς ασθενείς δεν άλλαξαν στη διάρκεια δεκαετούς παρακολούθησης. Συμπέρασμα: Ο EIMB είναι σπάνια οντότητα στα παιδιά, που μπορεί να μιμηθεί άλλες ανωμαλίες και μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του ΧΕΑΚ ή ανεπάρκεια μιτροειδούς. Λεπτομερής ηχοκαρδιογραφική μελέτη μπορεί να αποκαλύψει τα χαρακτηριστικά της πάθησης και να καθορίσει τον κίνδυνο επιπλοκών.



Εικ.1



Εικ.2



Εικ.3 (A-B)

ΑΑ383|Υποκλινική μυοκαρδιακή δυσλειτουργία μετά από νόσο Kawasaki: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Σ. Ηλιοπούλου[1], Σ. Αλ Καγιέτ[1], Ν. Αντωνίου[1], Κ. Τσαντεκίδης[1], Ε. Οφλίδης[1], Π. Θεοδωρίδου[1], Γ. Κουλαουζίδης[2], Ι. Ζαρίφης[3], Δ. Χαρισοπούλου[4]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη, [2]Τμήμα Βιοχημικών Επιστημών, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]2η Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη

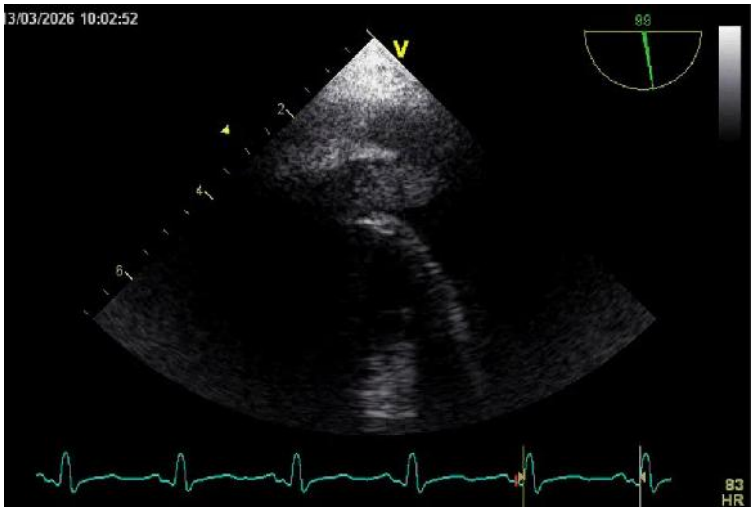
Εισαγωγή: Η νόσος Kawasaki (KD) αποτελεί οξεία συστηματική αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας με τεκμηριωμένη προσβολή των στεφανιαίων αγγείων. Παρά τη διατήρηση φυσιολογικού κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας, ενδέχεται να υφίσταται εμμένουσα και υποκλινική μυοκαρδιακή δυσλειτουργία. Η δισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία speckle-tracking και ειδικότερα η εκτίμηση της ολικής επιμήκους παραμόρφωσης (global longitudinal strain, GLS) της αριστερής κοιλίας επιτρέπουν την ανίχνευση πρώιμων διαταραχών της μυοκαρδιακής λειτουργίας.Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του κατά πόσο παραμένει η υποκλινική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου σε παιδιά/εφήβους με ιστορικό νόσου Kawasaki, μέσω της μέτρησης του GLS με δισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία speckle-tracking. Υλικό και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA 2020. Διενεργήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Web of Science και Google Scholar για μελέτες που αξιολόγησαν το GLS, μετά την οξεία φάση, σε παιδιά ή εφήβους με ιστορικό KD σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Κύριος δείκτης αξιολόγησης αποτέλεσε η μέση διαφορά (MD) του GLS (KD μείον ομάδα ελέγχου). Αποτελέσματα: Οι τέσσερις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2017 και 2024 και πραγματοποιήθηκαν στην Τουρκία (n = 2), στην Κίνα (n = 1) και στο Ιράν (n = 1). Όλες οι μελέτες είχαν σχεδιασμό ασθενών-υγιών ατόμων και περιλάμβαναν συνολικά 192 ασθενείς με προηγούμενη νόσο Kawasaki και 138 υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 3,6 έως 12,0 έτη. Η διάρκεια παρακολούθησης κυμαινόταν από 6 μήνες έως και πάνω από 7 έτη μετά την οξεία φάση της νόσου. Σε σύγκριση με τους μάρτυρες, οι ασθενείς με ιστορικό KD παρουσίασαν σημαντικά λιγότερο αρνητικές τιμές GLS, εύρημα που υποδηλώνει επιδεινωμένη επιμήκη μυοκαρδιακή παραμόρφωση (συνολική MD 0,77%, 95% CI 0,13 έως 1,42, Z = 2,34, p = 0,019). Η ετερογένεια μεταξύ των μελετών ήταν χαμηλή (Q = 3,17, I^2 = 5,3%, tau^2 = 0,030). Συμπεράσματα: Παιδιά και έφηβοι με ιστορικό νόσου Kawasaki εμφανίζουν μέτρια αλλά σημαντική μείωση του GLS της αριστερής κοιλίας

κατά τη διάρκεια παρακολούθησης, εύρημα συμβατό με εμμένουσα υποκλινική μυοκαρδιακή δυσλειτουργία. Η δισδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία speckle-tracking ενδέχεται να προσφέρει πρόσθετη κλινική αξία στη μακροχρόνια καρδιολογική παρακολούθηση ασθενών με προηγούμενη KD.

AA384|Persistent MRSA Bacteriaemia in a patient with Septic Thrombophlevitis - The contribution of Transesophageal Ultrasound in Diagnosis and Treatment

S. Karpathiotakis[1], A.M. Xirikou[1], E. Papaioannou[1], M. K. Brinkmeier Theofanopoulou[1], L. Papakostas[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Introduction: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) bacteremia constitutes a severe and potentially fatal infection that demands immediate intervention and identification of the infectious source. The objective of this study is to present a complex case of multifocal septic thrombophlebitis involving the portal, hepatic, and inferior vena cava (IVC), while highlighting the clinical significance of transesophageal echocardiography (TEE) in the diagnostic approach and appropriate therapeutic management of the patient. Material and Method: A 71-year-old male with a medical history of type 2 Diabetes Mellitus complicated by peripheral neuropathy, and psoriasis treated with bimekizumab, presented to the emergency department with a three-day history of fever up to 38°C, confusion, and agitation. Physical examination revealed extensive cutaneous lesions of the inner thighs. A brain computed tomography (CT) scan and a lumbar puncture were performed, both of which were negative for central nervous system infection. Blood cultures isolated methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Contrast-enhanced abdominal CT demonstrated portal and hepatic vein thrombosis. Transesophageal echocardiography, performed to rule out infective endocarditis, revealed a hepatic vein thrombus extending into the inferior vena cava, with no evidence of valvular vegetations. Despite the administration of targeted antibiotic therapy, discontinuation of the biologic agent, and initiation of therapeutic-dose anticoagulation, persistent positive blood cultures (a total of 8) were recorded. Follow-up TEE demonstrated further extension of the thrombus within the inferior vena cava and the right atrium. Results: Due to persistent bacteremia and echocardiographic evidence of thrombus propagation, the patient underwent endovascular thrombectomy of the inferior vena cava thrombus, alongside the continuation of anticoagulant therapy. This intervention resulted in the clearance of bacteremia, followed by subsequent clinical and laboratory improvement. Conclusions: This clinical case highlights the rarity of multifocal septic thrombophlebitis simultaneously involving the portal, hepatic, and inferior vena cava secondary to bacteremia. Despite the high mortality rate associated with this condition, timely diagnosis and comprehensive imaging evaluation utilizing transesophageal echocardiography guided the appropriate invasive intervention in combination with pharmacotherapy, proving to be the decisive factor in the patient's successful treatment.



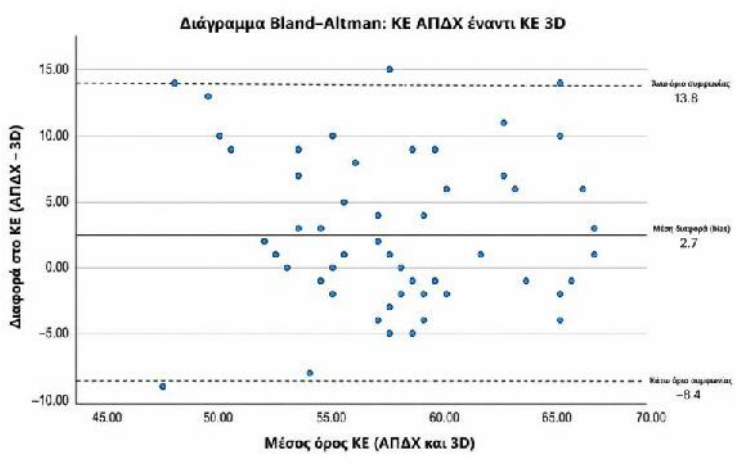


ΑΑ385|Σύγκριση της εκτίμησης των όγκων και της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας με τριδιάστατη ηχωκαρδιογραφία, ανάλυση υποβοηθούμενη από τεχνητή νοημοσύνη με διόρθωση από τον χρήστη και συμβατική μέθοδο Simpson

Ά.Ε. Καλέση[1], Μ.Καρακώστα[2], Α. Θεοδόσης-Γεωργιλάς[2], Δ. Ντιλούδη[3], Α. Πλαΐτης[3], Τ. Τζινιέρης[3], Θ. Πάλλας[3], Α. Γιαννακόδημος[3], Α. Βασιλειάδου[3], Ά. Καλύβη[3], Ν. Μίαρης[4], Μ. Βασσάκη[2], Χ. Καψοκόλη[3], Α. Δεστούνης[2], Π. Ζάχος[5], Ε. Γρηγοράκη[3], Ν. Κάσινος[6], Ν. Πατσουράκος[6]

[1] Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» - Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [2]Κέντρο Εκπαίδευσης Ηχωκαρδιολογίας Τζανείου (Κ.Ε.Η.Τ.) «Δ. Μπελντέκος» - Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [3]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», [4]Harefield Hospital, Royal Brompton and Harefield Hospitals, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Harefield, UK., [5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [6]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η τριδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία (3D) επιτρέπει την ακριβή ογκομετρική εκτίμηση του μεγέθους και της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) και ενδέχεται να υπερέχει των συμβατικών διδιάστατων μεθόδων. Ωστόσο, η συμφωνία της με την αυτοματοποιημένη, υποβοηθούμενη από τεχνητή νοημοσύνη ποσοτικοποίηση μετά από διόρθωση από έμπειρο χρήστη (ΑΠΔΧ) καθώς και με τη συμβατική μέθοδο πολλαπλών δίσκων κατά Simpson (ΣΜΔ) δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Σκοπός: Η σύγκριση του κλάσματος εξώθησης (ΚΕ), του τελοδιαστολικού (ΤΔΟ) και του τελοσυστολικού όγκου (ΤΣΟ) της ΑΚ με ΑΠΔΧ, συμβατική μέθοδο Simpson (ΣΜΔ) και 3D. Μέθοδοι: Στην αναδρομική μελέτη παρατήρησης συμπεριλήφθηκαν 58 διαδοχικοί εξεταζόμενοι που παραπέμφθηκαν για διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία σε τριτοβάθμιο εργαστήριο. Οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν με Vivid E95 (GE HealthCare, Horten, Νορβηγία) και αναλύθηκαν σε δεύτερο χρόνο με EchoPAC 206. Οι μετρήσεις διενεργήθηκαν με ΑΠΔΧ, ΣΜΔ και 3D από δύο έμπειρους απεικονιστές, πιστοποιημένους στη διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία από την ευρωπαϊκή εταιρεία απεικόνισης. Η ανάλυση έγινες με t-test εξαρτημένων δειγμάτων, μετά από επιβεβαίωση της κανονικότητας, ανάλυση Bland–Altman και υπολογισμό του ενδοταξικού συντελεστή συσχέτισης (ICC). Αποτελέσματα: Το ΚΕ με 3D ήταν χαμηλότερο έναντι της ΣΜΔ και της ΑΠΔΧ (56,6±5,7% έναντι 60,5±6,8% και 59,9±6,0%, αντίστοιχα· p<0,001). Η 3D κατέγραψε μεγαλύτερο ΤΣΟ έναντι της ΣΜΔ και της ΑΠΔΧ (42,7±13,6 έναντι 38,2±13,7 και 37,1±11,8 mL). Ο ΤΔΟ ήταν 98,3±24,3 mL με 3D, 94,4±24,6 mL με ΣΜΔ και 91,6±22,1 mL με ΑΠΔΧ, με συνολικά καλή συμφωνία. Η ισχυρότερη συμφωνία της 3D παρατηρήθηκε για τον ΤΔΟ με τη ΣΜΔ (ICC 0,805), ενώ η ΑΠΔΧ εμφάνισε ελαφρώς καλύτερη συμφωνία ως προς το ΚΕ και τον ΤΣΟ. Η ανάλυση Bland–Altman έδειξε μικρότερη συστηματική απόκλιση και στενότερα όρια συμφωνίας για το ΚΕ μεταξύ ΑΠΔΧ και 3D, έναντι της ΣΜΔ (Εικόνα). Συμπεράσματα: Η ΑΠΔΧ και η ΣΜΔ παρουσίασαν αποδεκτή συμφωνία με την 3D παρά τις στατιστικά σημαντικές διαφορές στο ΚΕ και στους όγκους ανάμεσα στις διδιάστατες και στις τριδιάστατες μεθόδους. Η ΑΠΔΧ παρουσίασε ελαφρώς καλύτερη συμφωνία με τη 3D για το ΚΕ και τον ΤΣΟ, ενώ η ΣΜΔ για τον ΤΔΟ. Απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες για τον καθορισμό φυσιολογικών τιμών αναφοράς και την κλινική ερμηνεία των μετρήσεων της 3D.

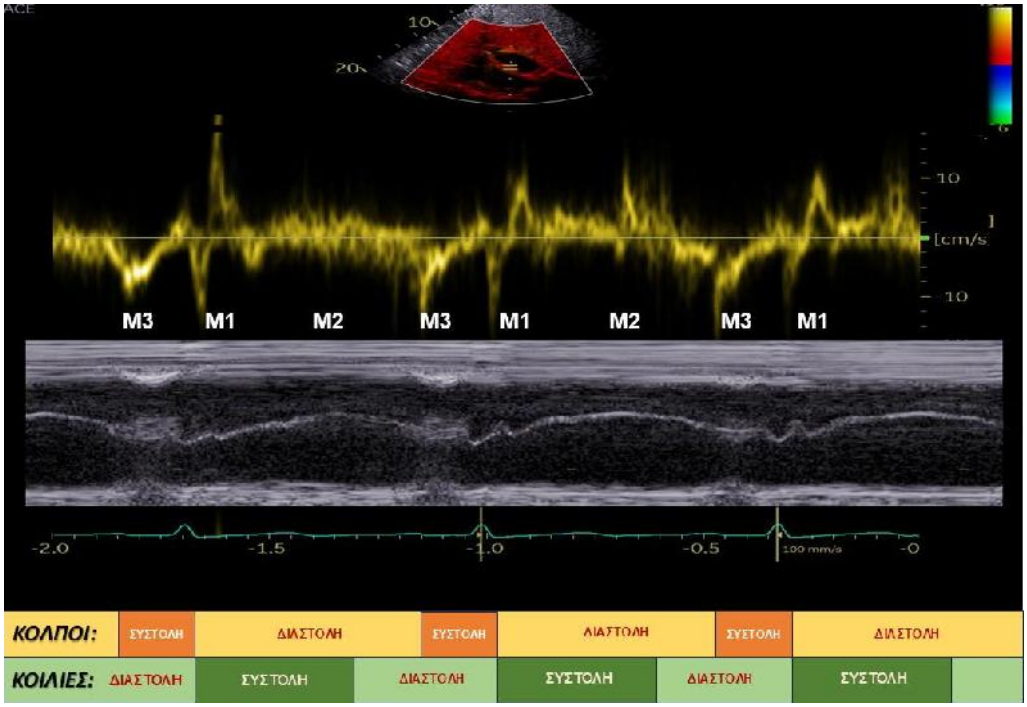


AA386|Η μελέτη της κίνησης του μεσοκολπικού διαφράγματος με την χρήση ιστικού doppler και m-mode ηχοκαρδιογραφίας. Εν τέλει ό,τι κινείται στην καρδιά, όσο μικρό κι αν φαίνεται, κρύβει πολύτιμες πληροφορίες.

Γ. Ελευθεριάδης[1], Τ. Απτή[1], Δ. Διαμαντόπουλος[1], Σ. Ντούρτσιου[1], Ρ. Χασάν[1], Ρ. Ιακουμπίδου[1], Λ. Διαμαντόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΡΟΔΟΠΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή-σκοπός: Το μεσοκολπικό διάφραγμα (IAS) είναι σχετικά «υποτιμημένο» στις υπερηχογραφικές μελέτες ρουτίνας και η ενασχόληση μαζί του συνήθως αφορά την παρουσία ή όχι ελλείμματος και διακολπικής επικοινωνίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των φυσικών παραμέτρων κίνησης του IAS, με χρήση του ιστικού doppler και της m-mode ηχοκαρδιογραφίας. Μέθοδος-αποτελέσματα: Για να έχουμε ακριβή απεικόνιση και μετρήσεις με το doppler, καθώς και την m-mode απεικόνιση, βασική προϋπόθεση είναι η δέσμη μας να βρίσκεται κατά μήκος του άξονα της φοράς κίνησης των ιστών. Στην περίπτωση του IAS, η μοναδική διαθωρακική προβολή που μας παραλληλίζει με τον άξονα κίνησης είναι η υποξιφοειδική. Επιπλέον, στην προβολή αυτή, η δέσμη βρίσκεται εκτός του θωρακικού κλωβού και συνήθως προσφέρει τεχνικά άριστη απεικόνιση. Διαλέξαμε λοιπόν 10 υγιείς εθελοντές, 22-35 ετών, τους οποίους υποβάλλαμε σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα στην υποξιφοειδική προβολή. Σε κάθε εθελοντή καταγράψαμε τις ταχύτητες κίνησης του IAS με εστιασμένο ιστικό doppler, καθώς και το εύρος κίνησής του με την χρήση τεχνικής m-mode. Από την μελέτη φάνηκε ότι στους περισσότερους εξεταζόμενους το IAS ακολουθεί ένα προβλέψιμο μοτίβο κίνησης, ανάλογα με τις φάσεις του καρδιακού κύκλου: Στην απόλυτη αρχή της κοιλιακής συστολής παρατηρείται μια στιγμιαία διφασική διακύμανση υψηλής ταχύτητας Μ1≈±10cm/sec, που στην συνέχεια αντικαθίσταται από μια ομαλή πρόσθια κίνηση Μ2 προς τον δεξιό κόλπο η οποία κορυφώνεται περίπου στο τέλος της συστολής. Στην συνέχεια, υποχωρεί ομαλά μέχρι το τέλος του χρόνου παθητικής πλήρωσης και το IAS παραμένει σχετικά ακίνητο μέχρι την έναρξη της κολπικής συστολής οπότε κινείται οπίσθια με υψηλή ταχύτητα Μ3 και επανέρχεται για να ξεκινήσει ένας καινούργιος κύκλος (σχήμα). Πρέπει να αναφέρουμε ότι σε δύο ασθενείς με λεπτό, ανευρυσματικό IAS καταγράφηκαν και επιμέρους κινήσεις χωρίς εμφανή χρονική σύνδεση με τον καρδιακό κύκλο, ενώ κάποιες από αυτές φάνηκε να σχετίζονται με τις αναπνευστικές κινήσεις. Συμπέρασμα: Από την μελέτη προέκυψε ότι η ανάλυση των παραμέτρων κίνησης του IAS με συνδυασμό ιστικού doppler και m-mode ηχοκαρδιογραφίας είναι μια εύκολη και γρήγορη μέθοδος, που ενδεχομένως θα ρίξει επιπλέον φως τόσο στην φυσιολογία της κολπικής λειτουργίας όσο και στην διερεύνηση της παθολογίας της καρδιάς και των πνευμονικών αγγείων.



ΚΟΛΠΟΙ:	ΣΥΣΤΟΛΗ	ΔΙΑΣΤΟΛΗ	ΣΥΣΤΟΛΗ	ΔΙΑΣΤΟΛΗ	ΣΥΣΤΟΛΗ	ΔΙΑΣΤΟΛΗ	
ΚΟΙΛΙΕΣ:	ΔΙΑΣΤΟΛΗ	ΣΥΣΤΟΛΗ	ΔΙΑΣΤΟΛΗ	ΣΥΣΤΟΛΗ	ΔΙΑΣΤΟΛΗ	ΣΥΣΤΟΛΗ	

Προληπτική καρδιολογία / Prevention

Πρόεδροι: **Ν. Σμυρνιούδης** (Χίος), **Κ. Τόλη** (Χαλκίδα)
Chairpersons: **N. Smyrnioudis** (Chios), **K. Toli** (Chalkida)

ΑΑ387|Συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα: ο ρόλος των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων

Χ. Μπάλλας[1], Χ. Διαμαντής[2], Χ. Παπαθανασίου[3]

[1]Χειρουργική κλινική Καρδιάς και Θώρακα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, [2]Τμήμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, Λιβαδειά, Ελλάδα, [3]School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece

Εισαγωγή/Σκοπός: Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την πρόληψη υποτροπών και τη μείωση της θνητότητας σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τη συμμόρφωση των ασθενών αυτών με τη φαρμακευτική αγωγή. Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο του 2022, στα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Καρδιολογίας των Γενικών Νοσοκομείων Λιβαδειάς και Θήβας. Συμμετείχαν ενήλικες ασθενείς με τεκμηριωμένη καρδιαγγειακή νόσο. Καταγράφηκαν δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά και η κλίμακα συμμόρφωσης Morisky-8. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 120 (58 άνδρες) ασθενείς. Η μέση τιμή της κλίμακας Morisky-8 ήταν 4,1 (1,5) μονάδες. Εκατό ασθενείς είχαν χαμηλή, 19 μέτρια και ένας υψηλή συμμόρφωση. Σημαντικά υψηλότερα ήταν τα ποσοστά μέτριας/υψηλής συμμόρφωσης στους ασθενείς με έναρξη συμπτωμάτων εντός του προηγούμενου έτους (Α ομάδα, 36,8%) σε σχέση εκείνους οι οποίοι προσδιόρισαν την έναρξη μεταξύ του ενός έτους και πέντε ετών (Β ομάδα, 12,5%) και εκείνους με χρόνο έναρξης συμπτωμάτων ο οποίος υπερβαίνει τα 5 έτη (Γ ομάδα, 13,2%). Η Β ομάδα είχε 81% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίζει μέτρια/υψηλή συμμόρφωση, σε σχέση με τους ασθενείς της Α ομάδας [OR 0,19 (0,05-0,74), p=0,017]. Η Γ ομάδα είχε 77% χαμηλότερη πιθανότητα μέτριας/υψηλής συμμόρφωσης σε σχέση με την Α ομάδα [OR 0,23 (0,06-0,85), p=0,027]. Τα ποσοστά των ασθενών με μέτρια/υψηλή συμμόρφωση ήταν υψηλότερα σε εκείνους με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα >16.000 ευρώ (p=0,018). Οι ασθενείς αυτοί είχαν τετραπλάσια πιθανότητα να παρουσιάζουν μέτρια/υψηλή συμμόρφωση με την αγωγή σε σχέση με εκείνους με εισόδημα <=16.000 ευρώ [OR 4,08 (1,31-12,77), p=0,016]. Η συμμόρφωση δεν συσχετίστηκε με την εργασιακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το φύλο, την εθνικότητα ή την οικογενειακή κατάσταση**.** Συμπεράσματα: Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν ανεπαρκής. Η μεγαλύτερη χρονική απόσταση από την έναρξη των συμπτωμάτων και το χαμηλότερο εισόδημα αναδείχθηκαν ως οι βασικότεροι παράγοντες μειωμένης συμμόρφωσης.

ΑΑ388|Η χαμηλή προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με υποκλινική καρδιαγγειακή και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία σε καλά ρυθμιζόμενους με διαβήτη τύπου 1 ασθενείς που χρησιμοποιούν υβριδικό σύστημα κλειστού βρόχου.

Δ. Βλαχομήτρος[1], Ι. Θυμής[1], Α. Κουντούρη[2], Ι. Θεοδοσόπουλος[2], Γ. Παυλίδης[2], Γ. Γεωργιόπουλος[1], Ε. Κόρακας[2], Λ. Πλιούτα[2], Β. Λαμπαδιάρη[2], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Κέντρο Διαβήτη, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν

Υπόβαθρο: Η Μεσογειακή δίαιτα (MD) βελτιώνει τον καρδιομεταβολικό κίνδυνο. Ωστόσο, η επίδρασή της στη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (T1D) παραμένει ανεπαρκώς διερευνημένη. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης της προσκόλλησης στη Μεσογειακή δίαιτα σε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 που χρησιμοποιούν υβριδικό σύστημα κλειστού βρόχου χορήγησης ινσουλίνης (HCLS), με δείκτες γλυκαιμικού ελέγχου και χορήγησης ινσουλίνης, καθώς και με υποκλινικούς δείκτες ενδοθηλιακής, μυοκαρδιακής και αγγειακής λειτουργίας.Μέθοδοι: Μελετήσαμε 90 ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 που χρησιμοποιούσαν το σύστημα MiniMed™ 780G και αξιολογήσαμε: (α) την προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα με τη χρήση του Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), (β) την τιμή γλυκόζης και ινσουλίνης μέσω του λογισμικού CareLink™ Clinic και τον χρόνο εντός στόχου γλυκόζης (TIR) ΄ η αγγειακή λειτουργία εκτιμήθηκε μέσω της ταχύτητας σφυγμικού κύματος (PWV), (δ) η perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων αρτηριακών μικροαγγείων ως δείκτης ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και (ε) η μυοκαρδιακή λειτουργία μέσω της ολικής επιμήκους παραμόρφωσης της αριστερής κοιλίας (LV GLS).Αποτελέσματα: Η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και του δείκτη μάζας σώματος (BMI) ήταν 6.98±0.63% και 26.7 ± 5.0 kg/m² αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες προσκόλλησης στη Μεσογειακή δίαιτα: 21 (23.33%) ασθενείς με χαμηλή προσκόλληση (LA), 55 (61.11%) με μέτρια προσκόλληση (MA) και 14 (15.55%) με υψηλή προσκόλληση (HA). Ο χρόνος εντός στόχου γλυκόζης (TIR) δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων (p>0.05). Σε σύγκριση με τις ομάδες MA και HA, η ομάδα LA εμφάνισε υψηλότερο αριθμό αυτόματων διορθώσεων {auto-correction boluses (9.87±5.64 IU έναντι 7.05±4.77 IU έναντι 14.34±12.07 IU αντίστοιχα, p=0.015)}, αυξημένη PWV (9.08±3.39 έναντι 8.75±2.51 έναντι

11.57±4.36 m/s αντίστοιχα, p=0.017), αυξημένη PBR4-25 (2.17±0.20 έναντι 2.08±0.13 έναντι 2.26±0.15 μm αντίστοιχα, p=0.022) και διαφοροποίηση στο LV GLS (-18.74±2.34 έναντι -20.82±2.11 έναντι -18.95±2.38% αντίστοιχα, p=0.017). Συμπεράσματα: Η χαμηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα σχετίζεται με αυξημένη αρτηριακή σκληρία και δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και του μυοκαρδίου, ανεξάρτητα από τον αποτελεσματικό γλυκαιμικό έλεγχο που επιτυγχάνεται με τη χρήση υβριδικού συστήματος κλειστού βρόχου χορήγησης ινσουλίνης.

AA389|Η επίδραση της ταχύτητας σίτισης στην υποκλινική αθηρωμάτωση, την αρτηριακή σκληριά και τα ηπατικά ένζυμα σε άτομα με παχυσαρκία

A. Pateli[1], C. Konstantaki[1], P. Batziou[1], C. Moustou[1], A. Zampelas[2], K. Karatzi[3], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Λοιπά, [3]Department of Food Science and Human Nutrition, Agricultural University of Athens, Athens, Greece

Σκοπός: Νεότερα δεδομένα αναδεικνύουν την αυξημένη ταχύτητα σίτισης ως παράγοντα που σχετίζεται με την παχυσαρκία, ωστόσο η σχέση της με αγγειομεταβολικές επιπλοκές δεν έχει αποσαφηνιστεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης της ταχύτητας σίτισης με πρώιμους δείκτες μεταβολικής υγείας και αγγειακής βλάβης σε διαφορετικές κατηγορίες με βάση το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ).Υλικά- Μέθοδοι : Εντάχθηκαν 304 διαδοχικοί ενήλικες (57.2% άνδρες, 57.2±11.7 έτη), με το 33.2% να παρουσιάζει παχυσαρκία. Το δείγμα αποτελούνταν από άτομα με παρουσία παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, εκ των οποίων το 34,2% εμφάνιζε Αθηροσκληρωτική Καρδιαγγειακή Νόσο (ASCVD). Πραγματοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές και αιματολογικές μετρήσεις, ενώ η αγγειακή υγεία αξιολογήθηκε μέσω υπερηχογραφικού ελέγχου (IMT, αθηρωματικές πλάκες) και μέτρησης της αρτηριακής σκληρίας (PWV). Η διατροφική συμπεριφορά αξιολογήθηκε με ειδικό ερωτηματολόγιο, ενώ η ποιότητα της διατροφής προσδιορίστηκε με το ερωτηματολόγιο aMED (Alternate Mediterranean Diet Score).Η ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη υπολογίστηκε με το λογισμικό Nutritionist Pro, βάσει δύο ανακλήσεων 24ώρου (μία καθημερινή και ένα Σαββατοκύριακο). Αποτελέσματα: Στο σύνολο του δείγματος, τα άτομα με αργή σίτιση ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας συγκριτικά με την ομάδα γρήγορης σίτισης (60,70±11,46 vs 55,34±11,52 έτη, p=0.015). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της ταχύτητας σίτισης ούτε με την ποιότητα, ούτε με την ποσότητα της διατροφής. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, προσαρμοσμένη για ηλικία, φύλο, δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), κάπνισμα, υπέρταση, ΣΔ2 και LDL, η γρήγορη σίτιση συνδέθηκε με υψηλότερες τιμές AST (p=0.008) και ALT (p=0.005). Έπειτα από διαστρωμάτωση με βάση το ΔΜΣ, στα άτομα με παχυσαρκία (N=98) η γρήγορη σίτιση διατήρησε στατιστικά σημαντική, ανεξάρτητη επίδραση στην αύξηση της γGT (p=0.006), AST (p=0.020) και ALT (p=0.002). Παράλληλα, τα άτομα αυτά παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερο μέγιστο (p=0.010) και μέσο (p=0.006) πάχος έσω-μέσου χιτώνα (IMT), αυξημένο αριθμό πλακών στις μηριαίες αρτηρίες (p=0.005), καθώς και υψηλότερο συνολικό αθηρωματικό φορτίο (p=0.012), ανεξάρτητα από τους προαναφερθέντες συγχυτικούς παράγοντες. Τέλος, τα άτομα με παχυσαρκία και γρήγορη σίτιση είχαν σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης αυξημένου PWV (p=0.017) συγκριτικά με την ομάδα αργής σίτισης. Συμπέρασμα: Η γρήγορη ταχύτητα σίτισης αποτελεί μια διατροφική συμπεριφορά που συνδέεται με δείκτες υποκλινικής αθηρωμάτωσης, αρτηριακής σκληρίας και ηπατικής λειτουργίας. Η σχέση αυτή υφίσταται ανεξάρτητα από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου ιδίως στα άτομα με παχυσαρκία.

AA390|Unmasking Obesity in Greece: Data from a Real-World Cardiovascular Prevention Outpatient Cohort

X. Konstantaki[1], St. Athanasopoulos[1], P. Batziou[1], C. Moustou[1], V. Evaggelou[1], A. Pateli[1], D. Delialis[2], E. Aivalioti[1], R. Patras[1], M.A. Dimopoulou[2], M. Papaioannou[1], D. Papoutsis[1], E. Tsagalou[2], K. Stellos[3], G. Georgiopoulos[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [3]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany

Background: Emerging novel therapeutic options for obesity, have created the clinical need for national epidemiologic data informing about the prevalence of obesity in clinically relevant populations. Although it has substantially increased over recent decades, leading to increases in morbidity and mortality, obesity prevalence in referral centers remains underreported. We aimed to assess obesity prevalence using multiple anthropometric markers in primary and secondary prevention settings. Methods : Athens Cardiometabolic Cohort (ACC) recruits individuals undergoing assessment for ASCVD. A detailed medical history was obtained, and all participants underwent standardized anthropometric assessment. Excess adiposity was defined as waist circumference (WC) ≥ 102 / 88 cm, waist-to-hip ratio (WHR)>0.90/0.85, or waist-to-height ratio (WHtR)>0.50/0.50 for men/women respectively. Obesity was defined as

BMI>40 kg/m², or BMI>30 kg/m² with at least one abnormal anthropometric measure, or at least two abnormal anthropometric measures irrespective of BMI. Results: We analyzed 2,336 consecutively recruited outpatients visiting a cardiovascular prevention clinic between November 2013 and July 2025. Overall, 1,579/2,336 participants (67.6%) fulfilled adiposity-based obesity criteria. WC, WHR and WHtR were abnormal in 1,131 (48.4%), 1,551 (66.4%) and 1,647 (70.5%) participants, respectively; 1,049 (44.9%) had all three markers of adverse adiposity. By BMI alone, 937/2,307 (40.1%) were overweight, 650 (27.8%) had BMI 30–40 kg/m² and 66 (2.8%) had BMI>40 kg/m². Prevalence of clinical obesity was similarly high in primary prevention (1,030/1,541; 66.8%), secondary prevention (549/795; 69.1%) and heart failure (95/132; 72.0%). (Table) Notably, using BMI and established ASCVD criteria, 899 participants (38.5%) met marketed indication criteria for GLP-1 receptor agonist therapy with cardiovascular benefit, of whom 48 (5.3%) were taking GLP-1, mostly for diabetes indication. Among 703 participants with a median follow-up of 15 months, obesity prevalence increased from 554 (78.8%) to 581 (82.6%). At follow-up, 80 previously non-obese newly met criteria, and 53 previously obese no longer did so (McNemar p=0.024). Conclusions: Adiposity-based criteria identified more than twice as many individuals with obesity than BMI alone in this real-world primary and secondary prevention outpatient cohort. Together with the low use of GLP-1 among eligible individuals, these findings highlight a substantial and actionable clinical burden.

Characteristic	Whole population	Primary prevention	Secondary prevention	Heart failure present
Measurements of body size, N	2336	1541	795	132
Waist circumference — No	1205 (51.6)	769 (49.9)	436 (54.8)	65 (49.2)
Waist circumference — Yes	1131 (48.4)	772 (50.1)	359 (45.2)	67 (50.8)
Waist-to-hip ratio — No	785 (33.6)	540 (35.0)	245 (30.8)	37 (28.0)
Waist-to-hip ratio — Yes	1551 (66.4)	1001 (65.0)	550 (69.2)	95 (72.0)
Waist-to-height ratio — No	689 (29.5)	450 (29.2)	239 (30.1)	36 (27.3)
Waist-to-height ratio — Yes	1647 (70.5)	1091 (70.8)	556 (69.9)	96 (72.7)
Number of measurements indicative of excess body fat, N	2336	1541	795	132
0	623 (26.7)	400 (26.0)	223 (28.1)	33 (25.0)
1	146 (6.2)	119 (7.7)	27 (3.4)	6 (4.5)
2	518 (22.2)	321 (20.8)	197 (24.8)	27 (20.5)
3	1049 (44.9)	701 (45.5)	348 (43.8)	66 (50.0)
Body mass index, N	2336	1541	795	132
<18.5	17 (0.7)	16 (1.0)	1 (0.1)	0 (0.0)
18.5–24.9	660 (28.3)	457 (29.7)	203 (25.5)	30 (22.7)
25–29.9	942 (40.3)	611 (39.6)	331 (41.6)	46 (34.8)
30–40	654 (28.0)	409 (26.5)	245 (30.8)	51 (38.6)
>40	63 (2.7)	48 (3.1)	15 (1.9)	5 (3.8)
Obesity, N	2336	1541	795	132
No	757 (32.4)	511 (33.2)	246 (30.9)	37 (28.0)
Yes	1579 (67.6)	1030 (66.8)	549 (69.1)	95 (72.0)

AA391|CRP-to-albumin ratio associates with arterial stiffness and markers of subclinical atherosclerosis

I. Papasotiriou[1], C. Konstantaki[1], S. Athanasopoulos[1], P. Batziou[1], C. Moustou[1], V. Evaggelou[1], A. Pateli[1], D. Delialis[2], E. Aivalioti[1], R. Patras[1], M.A. Dimopoulou[2], M. Papaioannou[1], K. Stellos[3], G. Georgiopoulos[1], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Αιμοδυναμικό Εργαστήριο ,Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, [3]Department of Cardiovascular Research, European Center for Angioscience, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Germany

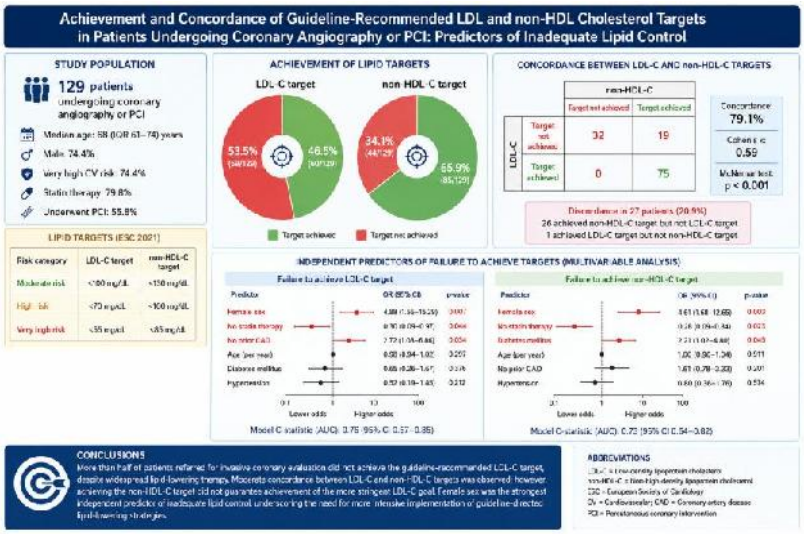
Introduction: Although frailty is an independent risk factor for morbidity and mortality, particularly among older adults, evidence regarding its association with subclinical cardiovascular disease remains limited. The C-reactive protein-to-albumin ratio (CAR) has emerged as a novel biomarker of frailty. This study aimed to investigate the association of CAR with arterial stiffness and markers of subclinical atherosclerosis. Methods: This cross-sectional study included 1,327 consecutively recruited adults from the Athens Angiometabolic cohort. CAR was evaluated for associations with arterial stiffness, assessed by carotid-femoral pulse wave velocity (cfPWV), and indices of subclinical atherosclerosis, including the presence of carotid or femoral plaques and sum of maximal wall thickness in all carotid sites (sumWT). Univariable and multivariable linear or logistic regression models were applied to examine the association between CAR and markers of subclinical cardiovascular disease. Results: In univariable linear regression, CAR was significantly associated with cfPWV (β=0.36, 95%CI: 0.22-0.50). After adjusting for age, sex, body mass index, smoking status, diabetes, hypertension and dyslipidemia (core model), this association remained statistically significant (β=0.20, 95%CI: 0.10–0.31). CAR was also significantly associated with the presence of femoral (OR=1.18, 95%CI: 1.03-1.36) and carotid plaques (OR=1.18, 95%CI: 1.01-1.38), as well as sumWT (β=0.10, 95%CI: 0.01-0.19), after adjustment for the core model. Furthermore, CAR was associated with increased prevalence of coronary artery disease (OR=1.21, 95%CI: 1.04-1.41) in

the same population. Conclusions: In this cross-sectional study, CAR as a marker of frailty, independently associated with arterial stiffness and markers of subclinical atherosclerosis. Further prospective studies are warranted to evaluate its potential clinical utility as a cardiovascular risk-enhancing biomarker.

AA392|Achievement and concordance of guideline-recommended LDL and non-HDL cholesterol targets in patients undergoing coronary angiography or percutaneous coronary intervention: predictors of inadequate lipid control

P. Varelas[1], K. Manousopoulos[1], D. Karelas[1], K. Filippou[1], D. Pitsiori[1], I. Papadopoulos[1], I. Tsiafoutis[1]
[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Background: Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) is the primary therapeutic target for cardiovascular risk reduction, while non-high-density lipoprotein cholesterol (non-HDL-C) has emerged as an additional marker of residual atherogenic risk. Despite contemporary lipid-lowering therapies, real-world data regarding achievement of guideline-recommended lipid targets in patients undergoing invasive coronary evaluation remain scarce. Purpose: To evaluate the achievement of guideline-recommended LDL-C and non-HDL-C targets, assess the concordance between the two lipid parameters, and identify independent predictors of inadequate lipid control in patients undergoing coronary angiography or percutaneous coronary intervention (PCI).Methods: Consecutive patients referred for diagnostic coronary angiography or PCI underwent comprehensive lipid profile assessment. LDL-C and non-HDL-C targets were defined according to the 2021 ESC cardiovascular prevention guidelines based on individual cardiovascular risk category. Concordance between LDL-C and non-HDL-C target achievement was evaluated using Cohen's kappa coefficient and McNemar's test. Independent predictors of failure to achieve lipid targets were identified using multivariable logistic regression analysis. Results: A total of 129 patients with complete lipid and cardiovascular risk data were included. Median age was 68 years (IQR 61–74), 74.4% were classified as very high cardiovascular risk, and 79.8% were receiving statin therapy. LDL-C targets were achieved in 60 patients (46.5%), whereas non-HDL-C targets were achieved in 85 patients (65.9%). Overall concordance between LDL-C and non-HDL-C target achievement was 79.1%, demonstrating moderate agreement (Cohen's κ=0.59). Discordance was identified in 27 patients (20.9%), with 26 patients achieving the non-HDL-C target but not the LDL-C target, while only one patient demonstrated the opposite pattern (McNemar p<0.001). On multivariable analysis, female sex independently predicted failure to achieve LDL-C (OR 4.88, 95% CI 1.56–15.29; p=0.007) and non-HDL-C targets (OR 4.61, 95% CI 1.68–12.65; p=0.003). Statin therapy was independently associated with successful achievement of both LDL-C (OR 0.30, 95% CI 0.09–0.97; p=0.044) and non-HDL-C targets (OR 0.28, 95% CI 0.09–0.84; p=0.023), while previous coronary artery disease independently predicted successful LDL-C target attainment (OR 0.37, 95% CI 0.16–0.89; p=0.026).Conclusions: More than half of patients referred for invasive coronary evaluation failed to achieve guideline-recommended LDL-C targets despite widespread lipid-lowering therapy.



AA393|Simple Anthropometric Equations for Faster Sarcopenia Screening of Older Adults

D. Anagnostou[1], C. Chitas[1], I. Pantos[1], S. Kalantzi[1], K. Spyridaki[1], V. Milionis[1], Z. Kollia[1], I. Nella[1], N. Theodorakis[1], A. Papaevaggelopoulou[2], S. Grammatikopoulou[1], S. Athinaiou[1], A. Myriantheos[1], A. Philippou[2], M. Nikolaou[1]

[1]ΓΝΑ Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ, ΝΜ Αμαλία-Φλέμιγκ , [2]National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine,

Introduction: Low muscle mass is associated with cardiovascular disease and is traditionally confirmed using dual-energy X-ray absorptiometry (DXA), as required by the European Working Group on Sarcopenia in Older People criteria. Recently, anthropometric equations derived from large population-based surveys have been proposed for estimating appendicular lean mass (ALM) [1]. Materials and Methods: In this study, we evaluated the performance of equation 4 proposed by Shi et al. against DXA-measured ALM in 40 older adults (26 females and 14 males aged ≥ 65 years). Results: Predicted ALM demonstrated excellent overall agreement with DXA-measured ALM, with a concordance correlation coefficient (CCC) of 0.92 (95% CI: 0.85–0.95) (Figure 1). Bland–Altman analysis demonstrated a mean bias of −0.65 kg, with 95% limits of agreement ranging from −3.54 to 2.25 kg, without evidence of proportional bias (p = 0.12). Sex-stratified analyses demonstrated excellent agreement among males (CCC = 0.96, 95% CI: 0.88–0.99), with a mean bias of −0.19 kg and 95% limits of agreement from −2.42 to 2.05 kg. Among females, agreement was moderate (CCC = 0.61, 95% CI: 0.34–0.79), with greater uncertainty in the estimates. The mean bias was −0.89 kg, with 95% limits of agreement ranging from −4.02 to 2.24 kg. No evidence of proportional bias was observed in either subgroup (males: p = 0.98; females: p = 0.18). Conclusions: Anthropometric equations may represent a practical and accessible alternative for estimating ALM, especially among older males. This can potentially facilitate faster sarcopenia diangosis in routine clinical practice.1. Shi, S. et al. A more accurate method to estimate muscle mass: A new estimation equation. J Cachexia Sarcopenia Muscle 14, 1753–1761 (2023).

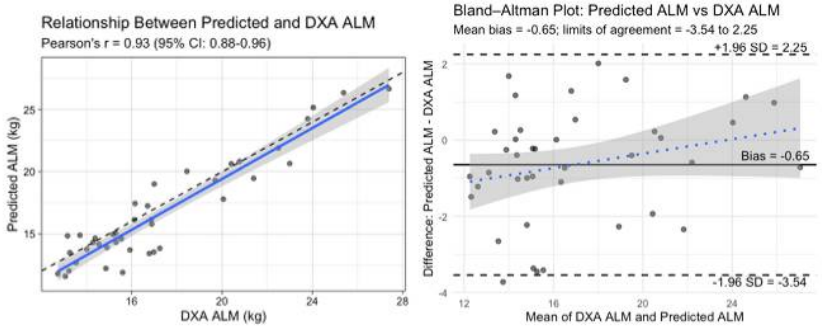


Figure 1. Left: Correlation between predicted and DXA-measured appendicular lean mass (ALM). The dashed line indicates the identity line (y=x); gray shaded areas represent 95% confidence intervals. Right: Bland–Altman plot of agreement between predicted and DXA-measured ALM. The solid line indicates mean bias, dashed lines the 95% limits of agreement, and the gray shaded area the 95% confidence interval of the fitted trend.

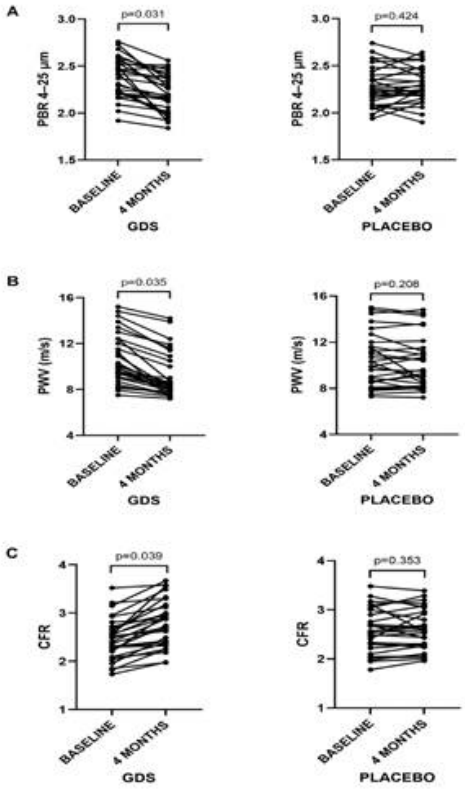
AA394|Επίδραση τετράμηνης χορήγησης συμπληρώματος διατροφής γλυκοκάλυκα στον ενδοθηλιακό γλυκοκάλυκα και στην αγγειακή λειτουργία μετά από λοίμωξη COVID-19.

Ε. Κατσανάκη[1], Ι. Οικονομίδης[2], Ι. Θυμής[2], Γ. Παυλίδης[2], Ι. Θεοδοσόπουλος[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από τον Sars-CoV-2 (Covid 19) έχει συσχετισθεί με διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας, βλάβη του ενδοθηλικού γλυκοκάλυκα και αυξημένη αρτηριακή σκληρία.Η αποκατάσταση του γλυκοκάλυκα ενδέχεται να συμβάλει στη βελτίωση της αγγειακής λειτουργίας κατά την οξεία φάση της νόσου.Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης ενός συμπληρώματος διατροφής γλυκοκάλυκα (Glycocalyx Dietary Supplement, GDS) που περιέχει θεϊκή γλυκοζαμίνη και φουκοινίδη (fucoidan), στην ακεραιότητα του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και στην αγειακή λειττουργία ασθενών κατά τη περίοδο ανάρρωσης μετά από λοίμωξη COVID-19.Υλικά και μέθοδοι: Πενήντα επτά ασθενείς σε φάση ανάρρωσης, 14 μέρες μετά από ήπια εώς μέτρια λοίμωξη COVID-19 που αντιμετωπίσθηκε σε εξωτερική βάση, τυχαιοποιήθηκαν σε χορήγηση GDS (n=29) ή εικονικού φαρμάκου (placebo, n=28) για χρονικό διάστημα τεσσάρων μηνών. Κατά την έναρξη της μελέτης και μετά το πέρας της παρέμβασης αξιολογήθηκαν οι ακόλουθοι δείκτες αγγειακής λειτουργίας: α) perfused boundary region (PBR) των υπογλώσσιων μικροαγγείων

διαμέτρου 4-25 μm ως δείκτης ακεραιότητας του γλυκοκάλυκα του ενδοθηλίου, β) η καρωτιδομηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) και ο δείκτης ενίσχυσης (Aix), γ) η στεφανιαια εφεδρεία ροής (CFR) με διαθωρακικό Doppler υπερηχοκαρδιογράφημα κα δ) τα επίπεδα μαλονδιαλδευδης και πρωτεινικών καρβονυλίων ως δείκτες οξειδωτικού στρες. Αποτελέσματα: Μετά από τέσσερις μήνες θεραπείας, οι ασθενείς που έλαβαν GDS παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση PBR 4-25 μm (-6,8% έναντι -1,3%), της PWV (-13,2% έναντι -3%), του Aix (-28,5% έναντι -2,5%), της μαλονδιαλδευδης (-26% έναντι -2,9%) και των πρωτεϊνικών καρβονυλίων (-31,3% έναντι -1%), καθώς και μεγαλύτερη αύξηση της CFR (12,9% έναντι 1,6%) συγκριτικά με την ομάδα plavcebo (p<0,05 για όλες τις συγκρίσεις). Στην ομάδα GDS, η μείωση της PBR συσχετίσθηκε με τη μείωση της PWV (r=0,31, p=0,047), τη μείωση των δεικτών οξειδωτικού στρες και την αύξηση της CFR κατα την επανεκτίμηση (r=0,59, p=0.008). Επιπλέον, μετά το πέρας της θεραπείας, κανένας ασθενής της ομάδας GDS δεν ανέφερε εμμένουσα συμπτώματα μετά από COVID-19, έναντι 21,4% των ασθενών της ομάδας placebo.Συμπεράσματα: Η τετράμηνη χορήγηση συμπληρώματος διατροφής γλυκοκάλυκα συσχετίζεται με τη βελτίωση της ακεραιότητας του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα, μειώνει την αρτηριακή σκληρία και το οξειδωτικό στρες και ενισχύει τη στεφανιαία μικροαγγειακή λειτουργία σε ασθενείς μετά από λοίμωξη COVID-19.



ΑΑ395|Κατανάλωση Προϊόντων Ιχθυοκαλλιεργειών και Καρδιαγγειακός Κίνδυνος: Συστηματική Ανασκόπηση

Ε. Δαμίγου[1], Κ. Τούτουζας[2], Δ. Παναγιωτάκος[1]

[1]Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, *[2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση ψαριών, λόγω των ω-3 λιπαρών οξέων που περιέχουν, συσχετίζεται αντίστροφα με τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Στην Ευρώπη, το 1/3 της κατανάλωσης ψαριών και θαλασσινών προέρχεται πλέον από ιχθυοκαλλιέργειες. Όμως, ακόμα και ψάρια του ίδιου γένους έχουν διαφορετική διατροφική σύσταση όταν αναπτύσσονται σε ελεύθερα ή σε ελεγχόμενα περιβάλλοντα. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην κατανάλωση προϊόντων ιχθυοκαλλιέργειας και τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις PubMed και Scopus μέχρι 25 Ιουνίου 2026 με τις λέξεις-κλειδιά: “farmed fish/seafood”, “aquaculture”, “cardiovascular disease”, “cardiovascular disease risk”, “surrogate marker”, “lipids”, “triglycerides”, “glucose”, “blood pressure”, “HDL”, “LDL”. Για την επιλογή των μελετών τέθηκαν αυστηρά κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού με βάση σαφή προσδιορισμό της ερευνητικής υπόθεσης κατά το πρότυπο PECOS (βλ. Πίνακα).Αποτελέσματα: Συνολικά, βρέθηκαν 1.837 άρθρα. Μετά

από έλεγχο με βάση τον τίτλο και την περίληψη, βρέθηκαν 7 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια. Τα άρθρα αυτά προέρχονταν από 5 μελέτες: στην Ελλάδα (ν=3 άρθρα από την ίδια μελέτη), στην Ιταλία (ν=1), στην Τσεχία (ν=1), στην Αγγλία (ν=1) και τη Δανία (ν=1). Όλες οι μελέτες ήταν κλινικές δοκιμές (ν=3 τυχαιοποιημένες), που μελέτησαν την κατανάλωση ψαριών ιχθυοτροφείου (λαβράκι, πέστροφα, κοινός κυπρίνος, σολομός, τσιπούρα) με κοινές ή καινοτόμες μεθόδους σίτισης των ψαριών. Στην πλειονότητα τους, οι μελέτες περιλάμβαναν άτομα που ήταν φαινομενικά υγιή, με εξαίρεση μία μελέτη σε άτομα με δυσλιπιδαιμία και 1 σε άτομα με αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ενώ τα δείγματα τους κυμαίνονταν από 9 έως 108 άτομα. Σε 5 από τα 7 άρθρα, παρατηρήθηκαν προστατευτικές επιδράσεις της κατανάλωσης ψαριών ιχθυοκαλλιέργειας σε δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου (ενδεικτικά: λιπίδια αίματος, δείκτες φλεγμονής, όπως η υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη-hsCRP, και δείκτες θρόμβωσης όπως ο παράγοντας ενεργοποίησης αιμοπεταλίων-PAF). Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης αναδεικνύουν ένα τεράστιο ερευνητικό κενό στη βιβλιογραφία, αλλά ταυτόχρονα υποστηρίζουν την πιθανή προστατευτική δράση των ψαριών ιχθυοτροφείου για την υγεία της καρδιάς, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ενσωμάτωσή τους σε τεκμηριωμένες διατροφικές οδηγίες

Πίνακας: Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση με βάση το πρότυπο PECOS.

	Κριτήρια Εισαγωγής	**Κριτήρια αποκλεισμού**
Πληθυσμός (Population)	(Γενικός πληθυσμός)	-
Έκθεση/Παρέμβαση (Exposure/Intervention)	Κατανάλωση προϊόντων ιχθυοκαλλιεργειών (ψαριών και θαλασσινών)	-Συνολική κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών (χωρίς διαχωρισμό σε προϊόντα ιχθυοκαλλιέργειας και προϊόντα ελεύθερης αλιείας) -Αξιολόγηση αποκλειστικά της πρόσληψης ω-3 λιπαρών οξέων (μέσω της συνολικής διατροφής ή συμπληρωμάτων), χωρίς ρητή καταγραφή και ποσοτικοποίηση της κατανάλωσης των ίδιων των ψαριών.
Σύγκριση (Comparison)	-Κατανάλωση ψαριών ελεύθερης αλιείας -Μη κατανάλωση ψαριών -Άλλες ομάδες τροφίμων	-
Έκβαση (Outcome)	-Επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου -Καρδιαγγειακός κίνδυνος -Καρδιομεταβολικοί δείκτες (HDL, LDL, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, γλυκόζη αίματος, αρτηριακή πίεση)	-Περιβαλλοντικούς δείκτες -Τοξικότητα -Διατροφική χημική σύσταση των ίδιων των ψαριών
Είδος μελέτης	Μελέτες σε ανθρώπους (Επιδημιολογικές μελέτες παρατήρησης και κλινικές δοκιμές)	Μελέτες σε ζώα, κύτταρα ή δοκιμαστικούς σωλήνες (in vivo, in vitro)

AA396|Misperception of body weight status is associated with subclinical carotid atherosclerosis in men with at least one cardiovascular risk factor

A. Pateli[1], A.A. Kyriazopoulou-Korovesi[1], C. Konstantaki[1], L. Kokkinidou[1], P. Batziou[1], G. Zervas[1], C. Zotika[1], L. Angelidakis[1], A. Zampelas[2], K. Karatzi[3], K. Stamatelopoulos[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Λοιπά, [3]Department of Food Science and Human Nutrition, Agricultural University of Athens, Athens, Greece

Introduction: Misperception of body weight status has been associated with obesity and cardiovascular disease. However, a potential relationship with markers of early vascular injury remains unknown. The purpose of this study was to investigate the association between body weight status underestimation and early markers of arterial injury in adults with at least one cardiovascular risk factor. Materials and Methods: This observational study enrolled 162 consecutive adults (59.26% male) with an average age of 58.15±10.99 years, with at least one (≥1) cardiovascular risk factor. Blood tests and anthropometric measurements (BMI, waist circumference, Waist to hip ratio) were performed on all participants. Diet quality was assessed through adherence to the Mediterranean Diet using the Mediterranean Diet Adherence Score (MEDAS). Weight status underestimation was assessed by evaluating the discrepancy between self-perceived weight status and objective anthropometric measurements (BMI). Subclinical arterial damage was assessed via ultrasound for the presence of atherosclerotic plaque in the femoral or carotid arteries, as well as by measuring the carotid intima-media thickness (IMT). Results: Overall, 48.1% of the participants underestimated their body weight, with men exhibiting higher rates compared to women (54.2% vs. 39.4%). In the total sample, individuals who underestimated their body weight status had a higher BMI (p<0.001) and a higher prevalence of diabetes mellitus (p=0.002), which remained significant when analyzed by sex. Furthermore, among those who underestimated their body weight status, men were significantly older (p=0.046), while women had a lower education level (p=0.016).

Finally, in multivariate analysis, body weight status underestimation in men was associated with increased carotid intima-media thickness (B=0.109, 95% CI: 0.020–0.199), independent of age, waist circumference, physical activity, smoking, hypertension, dyslipidemia, and diet quality. Conclusions: In a cohort of outpatients visiting a cardiovascular prevention clinic, underestimation of body weight status is highly prevalent, especially in men, and associated with diabetes mellitus. In men it alsoassociated with subclinical carotid atherosclerosis. These findings suggest that a simple approach to inform patients on their actual adiposity status may improve cardiovascular prevention strategies.

ΑΑ397|Βιολογική ωρίμανση και ηλεκτροκαρδιογραφικές προσαρμογές σε νεαρές αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής: η σημασία της εμμηνορρυσιακής κατάστασης στον προ-αγωνιστικό έλεγχο

Γ. Πέπερα[1], Ε. Καραγιάννη[2], Γ. Πέπερας[3], Ζ. Δημητριάδης[4], Δ. Παναγιωτάκος[5]
[1]Εργαστήριο Κλινικής Φυσιολογίας της Άσκησης και Αποκατάστασης, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Ερευνητικό Εργαστήριο Κλινικής Φυσιολογίας της Άσκησης και Αποκατάστασης, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [3]Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Φθιώτιδα, [4]Ερευνητικό Εργαστήριο Αξιολόγησης της Υγείας και της Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [5]Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Εισαγωγή Η ερμηνεία του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ) σε παιδιά και εφήβους αθλητές αποτελεί πρόκληση.1 Παρά τον συστηματικό προ-αγωνιστικό καρδιολογικό έλεγχο και τη συνεχή βελτίωση των κριτηρίων ερμηνείας του ΗΚΓ στους αθλητές,2 η επίδραση της βιολογικής ωρίμανσης στις ηλεκτροκαρδιογραφικές παραμέτρους παραμένει ανεπαρκώς διερευνημένη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ΗΚΓ προσαρμογών σε νεαρές αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής σε σχέση με τη βιολογική ωρίμανση, μέσω της εμμηνορρυσιακής κατάστασης, καθώς και η διαχρονική αξιολόγηση των μεταβολών τους σε διάστημα ενός έτους. Μέθοδος Στη μελέτη συμμετείχαν 28 αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής ηλικίας 6–14 ετών (9,11 ± 2,38 έτη). Καταγράφηκαν οι παράμετροι ΗΚΓ ηρεμίας, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά (ύψος και βάρος), η εμμηνορρυσιακή κατάσταση, η καρδιακή συχνότητα, το διάστημα PR, καθώς και η διάρκεια των κυμάτων P, QRS και T. Σε υποομάδα 11 αθλητριών πραγματοποιήθηκε επαναληπτική αξιολόγηση μετά από ένα έτος. Αποτελέσματα Οι μετεμμηναρχικές αθλήτριες παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ύψος και βάρος ($p < 0,001$), καθώς και μεγαλύτερο διάστημα PR ($p = 0,005$), σε σύγκριση με τις προεμμηναρχικές αθλήτριες. Οι παράμετροι καρδιακής αγωγής εμφάνισαν υψηλή διαχρονική σταθερότητα κατά την ετήσια παρακολούθηση (PR: $r = 0,795$, κύμα P: $r = 0,940$, QRS: $r = 0,843$, $p < 0,001$), ενώ οι παράμετροι επαναπόλωσης παρουσίασαν μεγαλύτερη μεταβλητότητα. Συμπεράσματα Τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύουν, για πρώτη φορά, ότι η βιολογική ωρίμανση, όπως εκφράζεται μέσω της εμμηνορρυσιακής κατάστασης, επηρεάζει την κολποκοιλιακή αγωγή σε νεαρές αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής. Οι παράμετροι καρδιακής αγωγής παρουσίασαν υψηλή διαχρονική σταθερότητα κατά την ετήσια παρακολούθηση, υπογραμμίζοντας τη σημασία της συνεκτίμησης της βιολογικής ωρίμανσης κατά τον προ-αγωνιστικό καρδιολογικό έλεγχο νεαρών αθλητών.

ΑΑ398|Συγκριτική αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας και της καρδιοαναπνευστικής απόκρισης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα

Γ. Πέπερα[1], Δ. Μπαλαμώτης[1], Γ. Πέπερας[2], Κ. Καλατζής[3], Γ. Δήμου[1], Α. Βασιλόπουλος[4]
[1]Εργαστήριο Κλινικής Φυσιολογίας της Άσκησης και Αποκατάστασης, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Φθιώτιδα, [3]Ιδιωτικό Παθολογικό Ιατρείο Λαμία, [4]Ερευνητικό Εργαστήριο Αξιολόγησης της Υγείας και της Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή Η αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας αποτελεί βασικό στοιχείο στην καρδιακή αποκατάσταση. Η παλίνδρομη δοκιμασία βάδισης (Incremental Shuttle Walking Test – ISWT) και η εξάλεπτη δοκιμασία βάδισης (Six-Minute Walking Test – 6MWT) χρησιμοποιούνται ευρέως για την εκτίμηση της άσκησης και των καρδιοαναπνευστικών αποκρίσεων σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΝ). Η ISWT θεωρείται πιο απαιτητική δοκιμασία, με υψηλή αξιοπιστία σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, ενώ η σχέση μεταξύ των δύο δοκιμασιών και των φυσιολογικών αποκρίσεων που προκαλούν χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Σκοπός Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των φυσιολογικών αποκρίσεων μεταξύ της ISWT και της 6MWT σε ασθενείς με ΚΑΝ. Μέθοδος Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε 23 ασθενείς (74 ± 8,8 έτη) με διάγνωση αρτηριακής υπέρτασης ή στεφανιαίας νόσου. Όλοι οι συμμετέχοντες εκτέλεσαν και τις δύο δοκιμασίες βάδισης την ίδια ημέρα, με τυχαία σειρά εκτέλεσης. Καταγράφηκαν η καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή πίεση, η αντιλαμβανόμενη δύσπνοια, η διανυθείσα απόσταση και ο χρόνος αποκατάστασης μετά την άσκηση. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν paired t-test ή Wilcoxon test, καθώς και συντελεστές συσχέτισης Pearson/Spearman ($p<0,05$). Αποτελέσματα Η ISWT προκάλεσε σημαντικά υψηλότερες τιμές στις περισσότερες εξεταζόμενες μεταβλητές σε σύγκριση με την 6MWT ($p<0,05$). Τα μεγέθη επίδρασης κυμάνθηκαν από Cohen's d=0,4 έως 0,9, υποδεικνύοντας μέτρια έως μεγάλη διαφορά μεταξύ των δοκιμασιών. Παράλληλα, παρατηρήθηκαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των φυσιολογικών αποκρίσεων των δύο δοκιμασιών ($r=0,7–0,8$), γεγονός

που υποδηλώνει παρόμοια πρότυπα καρδιοαναπνευστικής απόκρισης. Συμπεράσματα Η ISWT φαίνεται να προκαλεί μεγαλύτερη φυσιολογική επιβάρυνση και να είναι πιο ευαίσθητη στην ανίχνευση διαφορών στη λειτουργική ικανότητα ασθενών με ΚΑΝ, σε σύγκριση με την 6MWT. Ωστόσο, οι δύο δοκιμασίες παρουσιάζουν παρόμοια πρότυπα απόκρισης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ικανότητας άσκησης και για την εξατομίκευση της συνταγογράφησης άσκησης στο πλαίσιο της καρδιακής αποκατάστασης.

AA399|Cascade Testing for Familial Hypercholesterolemia: A Systematic Review of Common Practices

K. Kalantzi[1], E. Giouvri[1], E. Oikonomou[2], E. Siachouli[1], M. Kourakos[1], F. Barkas[3], H. Milionis[3]

[1]Department of Nursing, School of Health Sciences, University of Ioannina, Greece, *[2]Human Computer Interaction Laboratory, Department of Informatics and Telecommunications, University of Ioannina*, *[3]Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, Greece.*

Introduction: Familial hypercholesterolemia (FH) is a common autosomal dominant inherited disorder that substantially increases the risk of premature cardiovascular disease. Cascade testing is recommended by international guidelines as an efficient and cost-effective approach for detecting affected relatives; however, its implementation differs considerably between healthcare settings. This systematic review examined current approaches to cascade testing for FH, with a particular focus on implementation strategies, established practices, and reported outcomes. Material and Methods: A systematic search of PubMed, Scopus, Web of Science, and the Cochrane Library was performed from database inception through October 31, 2025. Eligible studies evaluated cascade screening or testing for FH and reported original quantitative or qualitative findings. Study selection was conducted using Rayyan in accordance with the PRISMA 2020 guidelines. Data were extracted using a predefined form and synthesized narratively owing to variation in study methodology, interventions, and reported outcomes. Results: Thirty-one studies fulfilled the inclusion criteria, including 18 quantitative and 13 qualitative investigations. Across quantitative studies, cascade testing consistently identified a high proportion of previously unrecognized FH cases, particularly among first-degree relatives. Participation rates differed markedly between studies, with the greatest uptake reported in organized, centrally coordinated programs. Factors associated with improved participation included access to genetic counseling, active involvement of healthcare professionals, and structured follow-up procedures. Qualitative studies underscored the influence of communication practices, ethical issues related to informing family members, and psychosocial factors on engagement with cascade testing. Conclusions: Cascade testing represents an effective strategy for detecting undiagnosed familial hypercholesterolemia among at-risk relatives. Its effectiveness, however, is influenced by healthcare system infrastructure, methods of family communication, and implementation models. Coordinated service delivery, incorporation of genetic counseling, and ethically appropriate approaches to family notification may improve participation and maximize program effectiveness. Further research should aim to refine implementation strategies and assess their long-term impact on cardiovascular outcomes and healthcare delivery.

AA400|Lipoprotein (a) and its Correlation with Premature Coronary Artery Disease: Latest Evidence from Global Registries and Databases

P. Angelopoulos[1], K. Ntalapa[2]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, *[2]Κέντρο Υγείας Πραμάντων*

Introduction/Purpose: Lipoprotein (a) [Lp(a)] has emerged as a potent, genetically determined, and independent risk factor for cardiovascular disease. Its pro-atherogenic, pro-thrombotic, and pro-inflammatory properties make it a key driver in the development of premature Coronary Artery Disease (pCAD), often occurring in individuals without traditional metabolic risk factors. The purpose of this abstract is to synthesize recent data from global databases and clinical literature regarding the epidemiological correlation between elevated Lp(a) levels and pCAD, and to review the evolving landscape of targeted therapeutic interventions. Material and Methods: A comprehensive systematic review was conducted across major databases, including PubMed, EMBASE, and the Cochrane Library, covering clinical trials and large-scale observational studies published up to 2026. Data from the Copenhagen General Population Study, the UK Biobank, and recent meta-analyses were analyzed to quantify the risk of myocardial infarction in patients with Lp(a) levels exceeding the 75th and 95th percentiles. The study also examined the impact of genetic risk scores and the inclusion of Lp(a) measurement in contemporary cardiovascular risk calculators.Results: Analysis of clinical data consistently demonstrates a linear, dose-dependent relationship between Lp(a) concentration and the risk of pCAD. Individuals with Lp(a) levels> mg/dL (or> nmol/L) exhibit a significantly higher hazard ratio for early-onset myocardial infarction, regardless of their LDL-cholesterol levels. Specifically, extreme elevations (>180 mg/dL) confer a lifetime cardiovascular risk equivalent to that of heterozygous familial hypercholesterolemia. Recent genomic studies have identified specific LPA gene variants that predispose patients to accelerated plaque progression and calcification. Regarding therapy, while traditional statins do not lower Lp(a), latest phase 2 and 3 trials with antisense

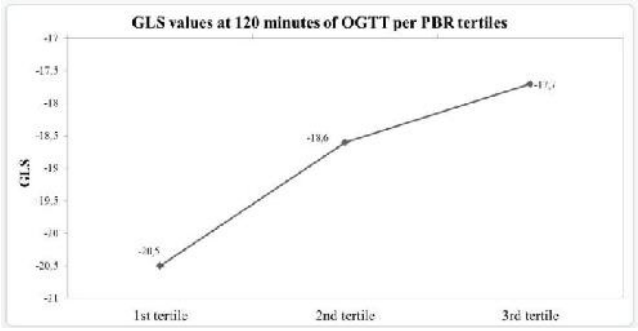
oligonucleotides (pelacarsen) and small interfering RNA (olpasiran, lepodisiran) show promising results, with Lp(a) reductions of up to 80-95%.Conclusions: Lp(a) is a critical determinant of premature coronary artery disease. Current evidence strongly supports a "once-in-a-lifetime" screening for all adults to identify high-risk individuals. As targeted RNA-based therapies move toward clinical integration, Lp(a) assessment is becoming essential for personalized preventive cardiology. Addressing this residual risk is paramount for reducing the global burden of early-onset atherosclerotic cardiovascular disease.

ΑΑ401|Η επίδραση της θεραπευτικής παρέμβασης στα επίπεδα των μεταλλοπρωτεϊνασών και στην ενδοθηλιακή λειτουργία σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Κ. Κατωγιάννης[1], Ι. Θυμής[1], Σ. Πιλίλης[1], Γ. Γεωργιόπουλος[1], Ν. Καραμπέτσου[1], Λ.Πλιούτα[1], Α. Κουντούρη[1], Γ. Κωστέλλη[1], Σ. Λάμψας[1], Β.Λαμπαδιάρη[2], Ι. Οικονομίδης[1]

[1]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Π.Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΟΝ Β΄ΠΠΠΚ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ) αποτελεί μία από τις συχνότερες ενδοκρινικές διαταραχές στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και χαρακτηρίζεται από αυξημένη συχνότητα αντίστασης στην ινσουλίνη και καρδιομεταβολικών διαταραχών. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με την παρουσία υποκλινικής καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας στις γυναίκες με ΣΠΩ παραμένουν αμφιλεγόμενα, ενώ η επίδραση θεραπευτικών παρεμβάσεων στους δείκτες αγγειακής και καρδιακής λειτουργίας δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ δεικτών ενδοθηλιακής και καρδιαγγειακής λειτουργίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη σε γυναίκες με ΣΠΩ, καθώς και η αξιολόγηση της επίδρασης διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων στους δείκτες αυτούς. Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 40 γυναίκες με ΣΠΩ οι οποίες έλαβαν μετφορμίνη (n=20), αγωνιστές GLP-1 (n=10) ή από του στόματος αντισυλληπτικά (n=10). Σε όλες πραγματοποιήθηκε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από του στόματος με 75 g γλυκόζης κατά την έναρξη και μετά από έξι μήνες θεραπείας. Μετρήθηκαν η περιοχή ορίου διάχυσης (PBR) των υπογλώσσιων μικροαγγείων διαμέτρου 5–9 μm στις χρονικές στιγμές 0, 60 και 120 λεπτών της OGTT, η ολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (LVGLS), οι δείκτες αντίστασης στην ινσουλίνη Matsuda και HOMA, καθώς και τα επίπεδα της μεταλλοπρωτεϊνάσης-9 (MMP-9). Επιπλέον, εξετάστηκαν 40 υγιείς γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας ως ομάδα ελέγχου. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ήταν 30±3 έτη. Οι γυναίκες με ΣΠΩ εμφάνισαν δυσμενέστερες τιμές PBR και LVGLS συγκριτικά με τις υγιείς μάρτυρες (1,02±0,1 έναντι 1,11±0,1 και -21,20±2,10 έναντι -19,50±2,20 αντίστοιχα, p<0,05). Κατά την OGTT, το PBR αυξήθηκε σημαντικά, ενώ η ποσοστιαία μεταβολή του συσχετίστηκε με τη μεταβολή της γλυκόζης στα 120 λεπτά (r=0,42, p<0,05). Επιπλέον, το PBR συσχετίστηκε με τους δείκτες Matsuda και HOMA καθώς και με το LVGLS, ενώ τα επίπεδα της MMP-9 συσχετίστηκαν επίσης με τους δείκτες αντίστασης στην ινσουλίνη. Μετά από έξι μήνες θεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των δεικτών Matsuda και HOMA καθώς και μείωση των επιπέδων της MMP-9 (p<0,05 για όλες τις συγκρίσεις). Συμπεράσματα: Η μεταγευματική υπεργλυκαιμία και η αντίσταση στην ινσουλίνη σχετίζονται με διαταραχή του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και υποκλινική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου σε γυναίκες με ΣΠΩ. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων των αγωνιστών GLP-1, βελτιώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη και μειώνουν τα επίπεδα της MMP-9, υποδηλώνοντας ευνοϊκή επίδραση στην καρδιαγγειακή λειτουργία.



ΑΑ402|Κλινικό προφίλ και φορτίο υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: Δεδομένα από την μελέτη FLARE-ACS

Γ. Ζορμπάς[1], Α. Μπούλμπου[1], Α. Σαμαράς[2], Β. Ποτούπνη[1], Ν. Χατζηπαπά[3], Κ. Τσιώνη[4], Ν. Φραγκάκης[5], Μ. Δουμάς[3], Γ. Κασίμης[5], Β. Βασιλικός[1], Χ. Παπαδόπουλος[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΘ, [2]ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Χ.Ε.Π.Α. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, [4]ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΓΕΝΙΚΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, *[5]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ*

Εισαγωγή: Η πρόληψη του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) απαιτεί τη διαχείριση μεταβολικών και φλεγμονωδών παραγόντων, καθώς και του τρόπου ζωής. Παρά τις θεραπείες, ασθενείς με μέσης κλίμακας λιπιδαιμικό προφίλ υφίστανται στεφανιαία συμβάματα. Αυτό αναδεικνύει τον ρόλο υπολειπόμενων παραγόντων κινδύνου, όπως η λιποπρωτεΐνη(a) [Lp(a)], η καθιστική ζωή και η φλεγμονή, ο χαρακτηρισμός των οποίων είναι κρίσιμος για μια εξατομικευμένη προσέγγιση. Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στον ολοκληρωμένο χαρακτηρισμό του κλινικού, ανατομικού και βιοχημικού προφίλ κινδύνου ασθενών με ΟΕΜ, εστιάζοντας στον επιπολασμό των τροποποιήσιμων και υπολειπόμενων παραγόντων, καθώς και στην έκταση της εγκατεστημένης στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Μέθοδοι: Σε αυτήν την υπό-ανάλυση της προοπτικής, μονοκεντρικής μελέτης FLARE-ACS (NCT06890013), αξιολογήθηκαν 98 ασθενείς με ΟΕΜ. Καταγράφηκε το κλινικό ιστορικό, ενώ η στεφανιαία ανατομία αξιολογήθηκε μέσω του SYNTAX score και του αριθμού πασχόντων αγγείων. Ο εργαστηριακός έλεγχος (εντός 4 ημερών από το σύμβαμα) περιελάμβανε πλήρες λιπιδαιμικό προφίλ, Lp(a) και C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Ως καθιστική ζωή ορίστηκε η απουσία τακτικής άσκησης. Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν 60,1±11,2 έτη, (78,6% άνδρες). Διαπιστώθηκε υψηλή επίπτωση των κλασικών παραγόντων κινδύνου: κάπνισμα (77,5%), καθιστική ζωή (60,2%), αρτηριακή υπέρταση (44,9%) και σακχαρώδης διαβήτης (17,3%), με μέσο ΔΜΣ 29,1 kg/m2. Το 65,3% παρουσίασε STEMI. Ανατομικά, πολυαγγειακή νόσος καταγράφηκε στο 33,7% (νόσος 2 αγγείων: 27,6%, 3 αγγείων: 6,1%) με μέσο SYNTAX score 10±5. Βιοχημικά, η μέση LDL-C ήταν 114,4±41,8 mg/dlκαι η HDL-C αξιοσημείωτα χαμηλή (37,5±7,7 mg/dl). Καταγράφηκε σημαντική συστηματική φλεγμονή (μέση CRP:11,7 mg/dl) και ευρεία κατανομή τηςLp(a) (μέση τιμή 43,9 mg/dl, μέγιστο 209 mg/dl), η οποία αποτελεί κύριο συντελεστή του υπολειπόμενου κινδύνου. (Πίνακας). Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με ΟΕΜ της FLARE-ACS εμφανίζουν υψηλό φορτίο τροποποιήσιμων παραγόντων (κάπνισμα, καθιστική ζωή, φλεγμονή) και σημαντική επίπτωση εγκατεστημένης ΣΝ. Η αυξημένη Lp(a) και η χαμηλή HDL-C, παρά τη μέτρια τιμή LDL-C, τονίζουν την ανάγκη για ολιστική καρδιαγγειακή πρόληψη, εστιάζοντας πέρα από τους παραδοσιακούς στόχους της χοληστερόλης, στον υπολειπόμενο κίνδυνο και στον τρόπο ζωής.

Κατηγορία	Παράμετρος	Τιμή
Δημογραφικά στοιχεία	Ηλικία (έτη)	60,1±11,2
	Άρρεν φύλο, n (%)	77 (78.6%)
	ΔΜΣ (kg/m²)	29,1±5,3
Συννοσηρότητες	Αρτηριακή υπέρταση, n (%)	44 (44.9%)
	Σακχαρώδης διαβήτης, n (%)	17 (17.3%)
	Ιστορικό ΣΝ, n (%)	12 (12.2%)
Κλινική εικόνα	STEMI, n (%)	64 (65.3%)
	NSTEMI, n (%)	34 (34.7%)
	Νόσος 1 αγγείου, n (%)	55 (56.1%)
	Νόσος 2 αγγείων, n (%)	27 (27.6%)
	Νόσος 3 αγγείων, n (%)	6 (6,1%)
	Νόσος στελέχους, n (%)	3 (3,1%)
	SYNTAX score	10±5
Λιπιδαιμικό προφίλ	LDL-C (mg/dL)	114,4±41,8
	HDL-C (mg/dL)	37,5±7,7
	Λιποπρωτεΐνη (a) (mg/dl)	43,9140,8
Τρόπος ζωής	Ιστορικό καπνίσματος (νυν/πρώην), n (%)	76 (77,5%)
	Καθιστικός τρόπος ζωής (απουσία άσκησης), n (%)	59 (60.2%)
Φλεγμονή	C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (mg/L)	11,7±6,2

Πίνακας 1. Αρχικό προφίλ κινδύνου και δείκτες πρόληψης (n=98). Οι τιμές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση, είτε ως απόλυτος αριθμός και ποσοστό. **Συντομογραφίες:** ΔΜΣ, δείκτης μάζας σώματος; ΣΝ, στεφανιαία νόσος; HDL-C, λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας; LDL-C, λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας; Lp(a), λιποπρωτεΐνη(a); NSTEMI, έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST; STEMI, έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST.

ΑΑ403|Το Καρδιονεφρικό και Αγγειακό Πλέγμα στην Κολπική Μαρμαρυγή: Ο Θρομβοεμβολικός Κίνδυνος Καθοδηγείται από τη Συσσώρευση Συννοσηροτήτων και όχι από τον Φαινότυπο του Κλάσματος Εξώθησης της Αριστερής Κοιλίας

Ι. Αλευρούδης[1], Β. Σχισμένος[1], Δ. Οικονόμου[1], Μ.Πετρίδου[1], Π. Μαμώλης[1], Η.Α. Παύλου[1], Δ.Ο. Παύλου[1], Α. Ευαγγελίου[1], Σ.Α. Μουράτογλου[1], Σ. Μητσιάδης[1], Χ. Παπαδόπουλος[1], Σ. Τζήκας[1], Γ. Γιαννόπουλος[1], Θ. Καραμήτσος[1], Β. Βασιλικός[1]

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

Εισαγωγή & Σκοπός: Η βαθμολογία CHA_2DS_2-VASc αποτελεί το κλινικό πρότυπο για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου στην κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Αν και η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) περιλαμβάνεται στο σκορ, η επίδραση του φαινοτύπου του κλάσματος εξώθησης (LVEF) στον θρομβοεμβολικό κίνδυνο παραμένει υπό συζήτηση. Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί αν η διαστρωμάτωση βάσει LVEF σχετίζεται με διαφορές στο CHA_2DS_2-VASc και να αναγνωριστούν τα πρότυπα αγγειακών και νεφρικών συννοσηροτήτων μεταξύ των διαφορετικών φαινοτύπων ΚΑ. Μέθοδοι: Αξιολογήθηκαν δεδομένα από 431 διαδοχικούς ασθενείς με μη βαλβιδική ΚΜ. Οι ασθενείς σταδιαποιήθηκαν βάσει του LVEF σε τρεις ομάδες: ΚΑ με μειωμένο (HFrEF, ≤40%), ήπια μειωμένο (HFmrEF, 41%−49%), και διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF, ≥50%). Αναλύθηκαν συγκριτικά οι αρχικές βαθμολογίες CHA_2DS_2-VASc, HAS-BLED, καθώς και τα ποσοστά περιφερικής αγγειοπάθειας και χρόνιας νεφρικής δυσλειτουργίας. Αποτελέσματα: Από 383 τελικούς ασθενείς, 334 παρουσίασαν HFpEF, 17 HFmrEF και 32 HFrEF. Οι μέσες βαθμολογίες CHA_2DS_2-VASc ήταν υψηλότερες στην ομάδα HFmrEF (5.12±1.7), ακολουθούμενη από τις HFrEF (3.97±1.9) και HFpEF (3.79±1.6; p<0.05).Οι αυξημένες τιμές θρομβοεμβολικού κινδύνου στις ομάδες με μειωμένο και ήπια μειωμένο LVEF καθοδηγούνταν έντονα από μη καρδιακές αγγειακές παθήσεις και καρδιονεφρικές αλληλεπιδράσεις. Τα ποσοστά αγγειακής νόσου κορυφώθηκαν στις ομάδες HFmrEF (52.9%) και HFrEF (34.4%) έναντι της HFpEF (23.7%). Η νεφρική δυσλειτουργία ήταν δυσανάλογα συγκεντρωμένη στην ομάδα HFrEF (32.3%), εμφανίζοντας υπερδιπλάσιο ποσοστό σε σχέση με την ομάδα HFpEF (14.9%, p<0.01). Ο κίνδυνος αιμορραγίας (HAS-BLED) παρέμεινε παρόμοιος μεταξύ των τριών ομάδων (2.22 έως 2.59, p=NS).Συμπεράσματα: Οι διακυμάνσεις του θρομβοεμβολικού κινδύνου σε ασθενείς με ΚΜ δεν αποτελούν άμεση συνέπεια της συστολικής δυσλειτουργίας (LVEF). Αντίθετα, ο αυξημένος θρομβωτικός κίνδυνος στις ομάδες HFrEF και HFmrEF αντανακλά μια διακριτή συσσώρευση προχωρημένης αγγειακής βλάβης και καρδιονεφρικής δυσλειτουργίας. Οι στρατηγικές πρόληψης εγκεφαλικού πρέπει να εστιάζουν επιθετικά και ολοκληρωμένα στην αγγειακή και νεφρική υγεία, παράλληλα με την καθιερωμένη φαρμακευτική αγωγή για την καρδιακή ανεπάρκεια.

Πίνακας 1. Προφίλ Κινδύνου και Συστάδα Συννοσηροτήτων στους Φαινοτύπους Καρδιακής Ανεπάρκειας στην Κολπική Μαρμαρυγή (n=363)

	HFrEF (n=37)	HFmrEF (n=17)	HFpEF (n=309)	τιμή p
Ομάδα Α: Δημογραφικά Στοιχεία και Βαθμολογίες Κινδύνου				
Ηλικία (έτη)	75,5 ± 10,6	75,8 ± 8,5	73,8 ± 9,7	ΜΣ
Άρρενα φύλο, %	70,3	52,9	49,2	**0,044**
Βαθμολογία CHA_2DS_2-VASc	4,2 ± 2,0	4,9 ± 1,7	3,8 ± 1,6	**0,007**
Βαθμολογία $CHADS_2$	2,6 ± 1,4	2,9 ± 1,3	2,0 ± 1,3	**0,002**
Βαθμολογία HAS-BLED	2,5 ± 1,0	2,5 ± 1,0	2,2 ± 1,0	0,209
Αιμορραγικό συμβάντα, %	2,7	5,9	7,4	ΜΣ
Ομάδα Β: Συστάδα Συννοσηροτήτων (συνιστώσες CHA_2DS_2-VASc + νεφρική)				
Αρτηριακή πίεση, %	76,7	88,2	76,3	ΜΣ
Σακχαρώδης διαβήτης, %	40,0	41,2	30,1	ΜΣ
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/εμβολή, %	16,7	23,5	18,5	ΜΣ
Αγγειακή νόσος, %	26,7	25,0	8,5	**0,003**
Νεφρική δυσλειτουργία, %	33,3	11,8	7,2	**<0,001**

Υψηλότερος θρομβωτικός κίνδυνος (CHA₂DS₂-VASc) · Βασικές διαμεσολαβούσες συννοσηρότητες · Καμία διαφορά (αιμορραγία/HAS-BLED) · Στατιστικά σημαντικό

Οι τιμές είναι μέση τιμή ± τ.α. ή %. NS = μη σημαντικό. HFrEF: LVEF ≤40%, HFmrEF: LVEF 41–49%, HFpEF ≥50%. Κατάλληλα για συγκρίσεις μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν κατηγορικές μεταβλητές.

Πίνακας 2. Ανάλυση Διαμεσολάβησης και Πολυπαραγοντικοί Προγνωστικοί Δείκτες της Βαθμολογίας CHA_2DS_2-VASc στην Κολπική Μαρμαρυγή

Ομάδα Α: Διαδοχική Λογιστική Παλινδρόμηση — Έκβαση: Υψηλό CHA_2DS_2-VASc (≥4)

Μοντέλο	HFrEF OR (95% ΔΕ)	OR βασικής συμμεταβλητής	p (HFrEF)
1 Μη προσαρμοσμένο (μόνο HFrEF)	1,05 (0,51 2,19)	—	0,91 (ΜΣ)
2 Προσαρμοσμένο: + Αγγειακή νόσος + Νεφρική δυσλειτουργία	0,74 (0,33-1,69)	Αγγ: 3,70 (1,57-8,71)	0,48 (ΜΣ)
3 Πλήρως προσαρμοσμένο (όλες οι συμμεταβλητές)	483,8	—	0,001

→ Μετά την προσαρμογή για την αγγειακή νόσο και τη νεφρική δυσλειτουργία (Μοντέλο 2), η επίδραση του HFrEF εξασθενεί πλήρως (OR 1,05 → 0,74, ΜΣ), αναδεικνύοντάς τες ως τους κύριους παράγοντες

Ομάδα Β: Πολυπαραγοντική Γραμμική Παλινδρόμηση — CHA_2DS_2-VASc ως Συνεχής Βαθμολογία (R^2 = 0,92)

Μεταβλητή	συντελεστής β	95% ΔΕ	τιμή p
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/εμβολή	+1,845	1,72 έως 1,97	<0,001
Ηλικία ≥75 έτη	+1,280	1,17 έως 1,39	<0,001
Αγγειακή νόσος	+1,168	1,04 έως 1,30	<0,001
Αρτηριακή υπέρταση	+1,161	1,05 έως 1,27	<0,001
Γυναικείο φύλο	+1,036	0,95 έως 1,12	<0,001
Σακχαρώδης διαβήτης	+0,917	0,83 έως 1,01	<0,001
HFrEF (έναντι HFpEF)	+0,556	0,40 έως 0,71	<0,001
HFmrEF (έναντι HFpEF)	+0,416	0,14 έως 0,69	0,003
Νεφρική δυσλειτουργία	+0,106	-0,08 έως 0,29	0,253 (ΜΣ)

HFrEF / επίδραση διαμεσολάβησης · Μη σημαντικό (νεφρική στο γραμμικό μοντέλο) · Στατιστικά σημαντικό

OR = λόγος πιθανοτήτων (odds ratio)· β = μη τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης· ΔΕ = διάστημα εμπιστοσύνης· ΜΣ = μη σημαντικό. Πλήρεις περιπτώσεις n=288.

ΑΑ404|Διερεύνηση στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές

Μ. Μπότης[1], Δ. Τσιαχρής[1], Χ. Βόσικας[1], Ι. Δουνδουλάκης[1], Α. Κορδαλής[1], Χ.Κ. Αντωνίου[1], Λ.Η. Μπαρτσιώκα[1], Γ. Μπότης[2], Α.Ε. Καρανικόλα[1], Σ. Κωτούλας[3], Π. Ξύδης[1], Κ .Τσιούφης[4]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβειο Πολυτεχνείο, Αθήνα, Ελλάδα, [3]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [4]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή: Η διαγνωστική προσέγγιση ασθενούς με συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές (premature ventricular contractions- PVCs) περιλαμβάνει συχνά διερεύνηση για στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, η συσχέτιση ανάμεσα στις δύο οντότητες παραμένει αντικείμενο έρευνας. Σκοπός της μελέτης ήταν η συσχέτιση της ύπαρξης συχνών PVCs (οριζόμενες ως φορτίο άνω του 10% σε 24ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού), μίας ή δύο μορφολογιών, και στεφανιαίας νόσου, σε ασθενείς χωρίς γνωστή δομική καρδιακή νόσο. Υλικά και μέθοδοι: Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 252 ασθενείς, με συχνές PVCs. Καταγράφηκε το ποσοστό ασθενών που υποβλήθηκε σε αναίμακτη δοκιμασία ισχαιμίας (δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία, σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου, αξονική στεφανιογραφία), αλλά και σε κλασσική στεφανιογραφία. Επίσης καταγράφηκε το ποσοστό ασθενών όπου σημειώθηκε ύφεση των εκτάκτων, κατόπιν της διενέργειας αγγειοπλαστικής. Αποτελέσματα: Εκ των 252 ασθενών, 22 (8.7%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε σπινθηρογράφημα αιμάτωσης, το οποίο απέβη θετικό για ισχαιμία σε 3 (13.6%). Δυναμική υπερηχοκαρδιογαρφία διενεργήθηκε σε 28 (11.1%) ασθενείς, θετική για ισχαιμία σε 2 (7.1%). Αξονική στεφανιογραφία διενεργήθηκε σε 19 ασθενείς (7.5%) και σε κανέναν ασθενή δεν απεικονίστηκε απεικονίστηκε σημαντική επικαρδιακή νόσος. Επίσης, 83 (32.9%) ασθενείς υποβλήθηκαν σε ηλεκτροκαρδιογραφική δοκιμασία κόπωσης. Σε κλασσική στεφανιογραφία υποβλήθηκαν 49 (19.4%) ασθενείς. Αγγειοπλαστική διενεργήθηκε σε 9 (18.4%) εξ' αυτών. Σε κανέναν ασθενή δεν σημειώθηκε ύφεση των εκτάκτων, κατόπιν της διενέργειας αγγειοπλαστικής. Συμπεράσματα: Ενώ κατά την διερεύνηση συχνών PVCs μίας ή δύο μορφολογιών χρησιμοποιούνται σχετικά συχνά εξετάσεις ανίχνευσης μυοκαρδιακής ισχαιμίας, σπάνια διαγιγνώσκεται στεφανιαία νόσος. Η διενέργεια αγγειοπλαστικής δεν οδηγεί σε ύφεση των PVCs. Τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευθούν σε ασθενείς με χαμηλότερα φορτία 24ώρου και PVCs περισσότερων μορφολογιών.

AA405|Η προγνωστική απόδωση του SCORE2/SCORE2-OP πριν από ισχαιμικό συμβάν: αναδρομική μονοκεντρική μελέτη.

K. Stamos[1], P. Savvoulidis[1], E. Louizaki[1], G. Styliadis[1], S.L. Papadopoulou[1], A. Karakanas[1], V. Sachpekidis[1], I. Styliadis[1]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή/Σκοπός: Τα SCORE2 και SCORE2-OP αποτελούν εργαλεία εκτίμησης 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου στην πρωτογενή πρόληψη. Ωστόσο, δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό θα αναγνώριζαν ως υψηλού κινδύνου ασθενείς που τελικά νοσηλεύονται με ισχαιμικό συμβάν. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί, σε υποθετικό σενάριο προ-νοσηλευτικού καρδιολογικού ελέγχου, η κατανομή κινδύνου με SCORE2/SCORE2-OP σε ασθενείς που εισήχθησαν με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μονοκεντρική καταγραφή 533 διαδοχικών νοσηλειών με κωδικούς ICD-10 I20 ή I21. Καταγράφηκαν ηλικία, φύλο, κάπνισμα, συστολική αρτηριακή πίεση, ολική χοληστερόλη και HDL χοληστερόλη. Ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη δεν συμπεριλήφθηκαν στην κύρια ανάλυση SCORE2/SCORE2-OP. Το SCORE2 εφαρμόστηκε σε άτομα 40–69 ετών και το SCORE2-OP σε άτομα ≥70 ετών. Αποτελέσματα: Υπολογισμός SCORE2/SCORE2-OP ήταν εφικτός σε 436 ασθενείς. Το SCORE2 υπολογίστηκε σε 270 και το SCORE2-OP σε 166 ασθενείς. Η διάμεση τιμή SCORE2 ήταν 7,3%, ενώ η διάμεση τιμή SCORE2-OP ήταν 20,85%. Συνολικά, 196 ασθενείς ταξινομήθηκαν ως υψηλού, 195 ως μέτριου και 45 ως χαμηλού κινδύνου. Επομένως, 240/436 ασθενείς (55,0%) που τελικά νοσηλεύθηκαν με ισχαιμική καρδιακή νόσο θα είχαν ταξινομηθεί ως χαμηλού ή μέτριου 10ετούς κινδύνου. Από αυτούς, 149 είχαν κωδικό οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Συμπεράσματα: Σε ασθενείς που τελικά νοσηλεύθηκαν με ισχαιμική καρδιακή νόσο, τα SCORE2/SCORE2-OP θα αναγνώριζαν σημαντικό ποσοστό ως υψηλού κινδύνου, αλλά περισσότεροι από τους μισούς θα ταξινομούνταν ως χαμηλού ή μέτριου κινδύνου. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι τα εργαλεία 10ετούς κινδύνου είναι χρήσιμα για μακροπρόθεσμη πρόληψη, αλλά δεν πρέπει να υποκαθιστούν την κλινική κρίση, ιδιαίτερα σε συμπτωματικούς ασθενείς ή σε άτομα με πιθανούς τροποποιητές κινδύνου.

AA406|Vitamin D is Associated with Higher HDL-C Levels Only in Elderly Females, with No Evidence of Associations with LDL-C or Triglycerides

D. Anagnostou[1], Z. Kollia[1], S. Kalantzi[1], K. Spyridaki[1], N. Theodorakis[1], G. Vamvakou[1], C. Chitas[1], V. Milionis[1], I. Nella[1], A. Spathara[1], M. Christodoulou[1], S. Athinaiou[1], E. Bakiris[1], M. Nikolaou[1]

[1]ΓΝΑ Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ, ΝΜ Αμαλία-Φλέμιγκ

Background: Vitamin D (VitD) deficiency has been linked to adverse lipid profiles, yet evidence focusing specifically on older adults and accounting for metabolic and frailty-related factors remains limited. Materials & Methods: In this cross-sectional study of outpatients aged ≥65 years, linear regression models were used to examine the association between serum 25-hydroxy-vitamin D (continuous) and high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), and triglycerides (TG). Associations reaching statistical significance were further examined in multivariable models adjusting for demographics, glycemic status, insulin resistance, renal and inflammatory status, lifestyle factors, lipid-lowering therapy, and frailty. Complete-case analysis was performed. Results: A sample of 387 patients (167 male and 220 female) was examined. There was no evidence of an association betweem VitD levels and LDL-C ($p = 0.21$) or TG levels ($p = 0.11$) after adjustment for age and sex (nor in unadjusted analyses). A significant association was noted for HDL-C levels ($p < 0.001$), that persisted after comprehensive multivariable adjustment ($p=0.006$) (Table 1). A gender-specific effect modification was observed in the model adjusted for age and sex (p for interaction = 0.03). Accordingly, only among females, each 10 ng/mL increase in vitamin D levels was associated with an average increase of 4.63 mg/dL (95% CI: 2.56–6.71) in HDL-C levels, independently of age. Conclusions: Higher vitamin D levels were associated with higher HDL-C concentrations among older females, but not males, while no associations were observed with LDL-C or triglycerides. These correlational findings may suggest a sex-specific relationship between vitamin D status and HDL-C in elderly females.

Table 1. Linear models for the effect of VitD on IIDL-C (mg/dL) concentration.

Covariates	VitD Effect (per 10 units)	95% CI Lower	95% CI Upper	P-value
VitD (ng/mL)	3.75	2.06	5.43	<0.001
VitD (ng/mL), age, gender	3.15	1.56	4.75	<0.001
Comprehensive model (no interaction)	2.29	0.65	3.93	0.006
VitD (ng/mL) X gender interaction, age	4.63 in **females**	2.55	6.72	0.03, for interaction

Covariates in comprehensive model: Age (years), Sex, Vitamin D (ng/mL), Body mass index (kg/m²), HbA1c (%), Triglyceride index (TyG), eGFR (mL/min/1.73 m²), Detectable C-reactive protein (>3.2 mg/L), Clinical Frailty Scale (CFS) [0-9], Social life score (3 levels), Statin use, Ezetimibe use

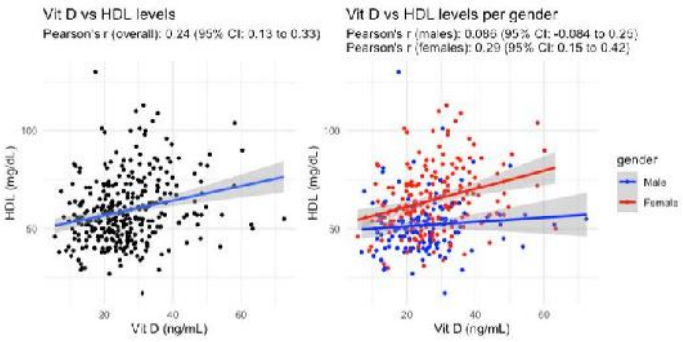


Figure 1. Unadjusted association between serum vitamin D and HDL cholesterol (left) and stratified by gender (right), with linear regression lines and 95% confidence intervals for the mean response. Pearson's correlation coefficients with 95% confidence intervals are shown

ΑΑ407|Εξατομίκευση της καρδιακής τηλεαποκατάστασης μέσω πολυπαραγοντικής αξιολόγησης ασθενών με στεφανιαία νόσο

Β. Αντωνίου[1], Γ. Πέπερα[1], Γ. Πέπερας[2]

[1]Εργαστήριο Κλινικής Φυσιολογίας της Άσκησης και Αποκατάστασης, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, [2]Ιδιωτικό Καρδιολογικό Ιατρείο, Φθιώτιδα

Εισαγωγή/Σκοπός :Η καρδιακή αποκατάσταση αποτελεί βασική παρέμβαση στη δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, ωστόσο η συμμετοχή των ασθενών παραμένει περιορισμένη. Η καρδιακή τηλεαποκατάσταση αναδεικνύεται ως αποτελεσματική και ασφαλής εναλλακτική προσέγγιση, με την επιτυχία της να εξαρτάται από την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των ασθενών πριν από την έναρξη του προγράμματος. Σκοπός της μελέτης ήταν η πολυπαραγοντική καταγραφή των κλινικών, λειτουργικών, ψυχολογικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών ασθενών με στεφανιαία νόσο πριν από την ένταξή τους σε πρόγραμμα καρδιακής τηλεαποκατάστασης. Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 14 ασθενείς με στεφανιαία νόσο (72,7% άνδρες), μέσης ηλικίας 65,09±10,89 έτη. Πριν από την έναρξη του προγράμματος αξιολογήθηκαν δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, σωματομετρικοί δείκτες [σωματικό βάρος (ΣΒ), ύψος, περίμετρος μέσης (ΠΜ), δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)], λειτουργική ικανότητα μέσω της εξάλεπτης δοκιμασίας βάδισης (6MWT), ψυχολογική κατάσταση με την κλίμακα HADS και τα εμπόδια συμμετοχής με το ερωτηματολόγιο CRBS-GR. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική (SPSS Statistics 22.0).Αποτελέσματα: Η μέση απόσταση στην 6MWT ήταν 469,8±155,9 m. Το μέσο σωματικό βάρος ήταν 82,65±10,28 kg στους άνδρες και 75,60±12,41 kg στις γυναίκες, ενώ η περίμετρος μέσης ήταν 101,89±4,26 cm και 97,33±13,42 cm, αντίστοιχα. Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ήταν το 87,5% των ανδρών και το 66,7% των γυναικών. Το 90,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ετήσιο εισόδημα μεταξύ 6.000–30.000€, ενώ το 54,5% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ως σημαντικότερα εμπόδια συμμετοχής καταγράφηκαν η ελλιπής ενημέρωση και για τα δύο φύλα, ενώ στις γυναίκες αναδείχθηκαν επιπλέον η κόπωση και οι καιρικές συνθήκες και στους άνδρες οι οικονομικοί, γεωγραφικοί και κλινικοί περιορισμοί. Αυξημένα επίπεδα άγχους καταγράφηκαν στο 12,5% των ανδρών και στο 33,3% των γυναικών, ενώ συμπτώματα κατάθλιψης εμφάνισαν το 25% των ανδρών και το σύνολο των γυναικών. Συμπεράσματα: Η πολυπαραγοντική προαξιολόγηση ανέδειξε σημαντική ετερογένεια στο κλινικό, λειτουργικό και ψυχοκοινωνικό προφίλ των ασθενών, καθώς και διαφοροποιήσεις στα εμπόδια συμμετοχής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης κατά τον σχεδιασμό προγραμμάτων καρδιακής τηλεαποκατάστασης, με στόχο τη βελτίωση της συμμετοχής και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Απαιτούνται μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.

ΑΑ408|Η απάθεια ως πιθανός παράγοντας που επηρεάζει την αποδοτικότητα της καρδιοπνευμονικής δοκιμασίας κόπωσης σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο

Α.Βάκκα[1], Α. Πρεντάκης[1], Φ. Τατάκης[1], Μ. Πηρουνάκη[1], Π.Α. Τσιούφης[1], Ε.Μαντά[1], Δ. Πολύζος[1], Γ. Κουτσόπουλος[1], Κ.Μαυρομούστακου [1], Γ.Μαυραγάνης [2], Χ.Φραγκούλης[1], Ν.Σμυρνής[1], Α. Πολίτης[1], Χ. Χρυσοχόου[1], Κ Τσιούφης[3]

[1]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ Α' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [2]ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, [3]Τμήμα βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπαθειών ,Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Εισαγωγή/Σκοπός:Η κατάθλιψη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών και συμπεριφορικών μηχανισμών, οι οποίοι συμβάλλουν στη συννοσηρότητα και στη δυσμενέστερη πρόγνωση. Η απάθεια, που παρατηρείται συχνά στην κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας, χαρακτηρίζεται από αδιαφορία ή μειωμένη συναισθηματική έκφραση, ελάττωση της στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς και έλλειψη πνευματικού ενδιαφέροντος.Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει την επίδραση της απάθειας στη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου (peak VO_2) κατά την Καρδιοπνευμονική Δοκιμασία Κόπωσης (CPET) σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. ΜέθοδοιΗ CPET πραγματοποιήθηκε σε εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών με διάγνωση καρδιαγγειακής νόσου. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης 15 ερωτήσεων (GDS-15), η οποία περιλαμβάνει τρεις ειδικές ερωτήσεις για την ανίχνευση της απάθειας. Οι στατιστικές αναλύσεις εξέτασαν τις συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών απάθειας και της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (peak VO_2), λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τον δείκτη μάζας σώματος (BMI), το κάπνισμα, το φύλο, τις συνήθειες άσκησης και τη συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης (Hb). Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 70 ασθενείς (μέση ηλικία 61,4 ± 6,9 έτη, 64,3% γυναίκες), με μέσο BMI 28,3 ± 4,5 kg/m² και μέση peak VO_2 24,0 ± 4,4 mL/kg/min. Συμπτώματα απάθειας παρουσίαζαν 14 ασθενείς (20%). Οι ασθενείς με απάθεια εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη peak VO_2 ($t(68)=2,16$, $p=0,034$, 95% ΔΕ [0,21–5,29]). Παρόμοια, χαμηλότερη peak VO_2 παρατηρήθηκε σε άτομα που ακολουθούσαν ανθυγιεινή διατροφή ($t(68)=-2,38$, $p=0,02$) και σε άτομα με καθιστικό τρόπο ζωής ($t(68)=-2,35$, $p=0,022$). Η peak VO_2 συσχετίστηκε αρνητικά με: α)υψηλότερες βαθμολογίες απάθειας ($\rho = -0,30$, $p = 0,011$), β)μεγαλύτερη ηλικία ($r = -0,33$, $p = 0,006$), γ)υψηλότερο BMI ($r = -0,37$, $p = 0,002$). Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με το φύλο, τη συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης ή το κάπνισμα. Συμπεράσματα Η απάθεια, ανεξάρτητα από τη διάγνωση της κατάθλιψης, φαίνεται να αποτελεί ένα διακριτό σύμπτωμα στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο και ενδέχεται να επηρεάζει σημαντικά αρνητικά τη σωματική ικανότητα και την ανοχή στην άσκηση.