



Πανελλήνια Ιατρική Εταιρεία
Διευθυντών Καρδιολογίας



14^ο

ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ

14-17 Ιουνίου 2019

AKS Hotels Porto Heli
Πόρτο Χέλι

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ



Κλεισθένους 15, 105 52 Αθήνα
Τηλ: 210 33.16.900 e-mail: info@airvissatravel.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.

Αποτελεί ιδιαίτερη χαρά για εμένα - εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής - να σας καλωσορίσω στο 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικών Καρδιαγγειακών Παθήσεων της Πανελληνίας Ιατρικής Εταιρείας Διευθυντών Καρδιολογίας, που διεξάγεται στο Πόρτο Χέλι από 14 Ιουνίου έως 17 Ιουνίου 2019. Κάθε χρόνο η συγκεκριμένη Επιστημονική Συνάντηση αποτελεί έναν καταξιωμένο θεσμό για την Καρδιολογική Κοινότητα με θεματολογία, που άπτεται του όλου φάσματος της σύγχρονης Καρδιολογίας. Η θεματολογία αφορά παρουσιάσεις κυρίως ενδιαφερόντων περιστατικών και στοχευόμενων ομιλιών. Η ευρύτητα του Επιστημονικού Προγράμματος και η συμμετοχή καταξιωμένων ιατρών και ερευνητών, σε συνδυασμό με την ευκαιρία που δίνεται σε νέους καρδιολόγους να συμμετάσχουν σε ένα Συνέδριο υψηλού επιπέδου, συμβάλλει αναμφισβήτητα στην απόκτηση νέας και επίκαιρης γνώσης. Τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό οι εξελίξεις στην Καρδιολογία είναι ραγδαίες και εμείς ως Επιστημονική Εταιρεία έμπρακτα συμβάλλουμε και βοηθούμε τον Έλληνα Ιατρό και ιδιαίτερα το Καρδιολόγο στην απόκτηση νέων προσωπικών και οργανωτικών δεξιοτήτων για να εξελιχτεί σε κάθε επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό θα δοθούν και φέτος επιπλέον κίνητρα με χρηματικό έπαθλο στην καλύτερη παρουσίαση για το πιο ενδιαφέρον περιστατικό, από κάθε θεματική ενότητα. Με αυτές τις σκέψεις αναμένουμε και προσδοκούμε τη μαζική παρουσία και την ενεργό συμμετοχή σας ευελπιστώντας ότι και αυτή τη φορά η Επιστημονική μας Συνάντηση θα στεφθεί με επιτυχία και θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες όλων μας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις Εταιρείες που συνέβαλαν στη διεξαγωγή του Συνεδρίου μας, που τόσο συμβάλλει στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.



Αθ. Ι. Κρανίδης

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.

Πρόεδρος: Κρανίδης Αθανάσιος

Αντιπρόεδρος: Τρίκας Αθανάσιος

Γραμματέας: Παπανάγνου Γεώργιος

Ταμίας: Γράσσος Χαράλαμπος

Μέλη:

Χαντανής Στυλιανός

Μακρής Θωμάς

Μπαρμπετσέας Ιωάννης

Πατσιλινάκος Σωτήριος

Χασικίδης Χρήστος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Κρανίδης Αθανάσιος

Μέλη

Γράσσος Χαράλαμπος

Μακρής Θωμάς

Μπαρμπετσέας Ιωάννης

Παπανάγνου Γεώργιος

Πατσιλινάκος Σωτήρης

Τρίκας Αθανάσιος

Χαντανής Στυλιανός

Χασικίδης Χρήστος

Παρασκευή **14** Ιουνίου



16.30 - 17.00

Εγγραφές

17.00 - 18.00

A. Στρογγυλό Τραπέζι. Βήμα ελευθεροεπαγγελματιών καρδιολόγων

Πρόεδροι: Φ. Πατσουράκος, Γ. Κορονιώτης

Οικογενειακός γιατρός και σύστημα παραπομπών.

Ποιός ο ρόλος του ειδικού;

B. Δημόπουλος

Heartteam. Ο νέος δρόμος της καρδιολογίας.

Γ. Μαμπλέκος

Κλειστοί προϋπολογισμοί στην υγεία.

N. Βαρβαρίγος

Σχόλια: Α. Παππά

18.00 - 19.15

B. Στρογγυλό Τραπέζι. Πρόληψη

Πρόεδροι: Ι. Γουδέβενος, Δ. Αλεξόπουλος, Ι. Καλλικάζαρος

Αρτηριακή υπέρταση 2018.Θεραπευτικοί προβληματισμοί.

H. Σανιδάς

Προδιαβήτης και καρδιαγγειακά νοσήματα.

X. Γράσος

Πρόληψη της καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

N. Γράσας

Η λήψη ασπιρίνης και στατίνης στη προστασία
για έμφραγμα του μυοκαρδίου.

B. Γιαννακοπούλου

Η σημασία της ατμοσφαιρικής ρύπανσης

X. Γράσος

19.15 – 19.45

Δορυφορικό Συμπόσιο WINMEDICA

Πρόεδρος: Α. Κρανίδης

Παρακολούθηση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή.

Α. Κρανίδης

Νεότερα δεδομένα στην ανάταξη της κολπικής μαρμαρυγής.

Σ. Παστρωμάς

19.45 – 20.25

Πρόεδροι: Δ. Τούσουλης, Α. Τρίκας

Τιμητικές διαλέξεις

Θρόμβωση τεχνητών βαλβίδων.

Β. Πυργάκης

Η τεχνητή νοημοσύνη στην ιατρική.

Δ. Χρυσός

20.25 – 21.15

Τελετή έναρξης – Χαιρετισμοί

Ο Αντιπρύτανης ΕΚΠΑ Δ. Τούσουλης.

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας Ι. Γουδέβενος.

Ο Πρόεδρος της ΠΙΕΔΚΑΡ Α. Κρανίδης.

Ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδος Κ. Κατσαρός.

Εκπρόσωπος από τη περιφέρεια.

Αντιπεριφερειάρχης Τ. Χειβιδόπουλος.

Δήμαρχος Ερμιονίδας Δ. Σφυρής.

Βράβευση του αποχωρήσαντος από το Ε.Σ.Υ.

Διευθυντή Καρδιολόγου Ι. Καλλικάζαρου.

Βράβευση των αποχωρησάντων Διευθυντών Καρδιολόγων

Δ. Χρυσού και Γ. Βλασερού για τη συμβολή τους στην ηχώ-καρδιολογία.

Σάββατο 15 Ιουνίου



09.00 – 10.00

**Κλινική Καρδιολογία η/και Πρόληψη(Ι).
Παρουσιάσεις Ενδιαφερόντων Περιστατικών**

Πρόεδροι: Α. Δούρας, Γ. Παπανάγνου, Γ. Σούφρας

Α. Αγγέλη Γ.Ν. Αργινίου
Ε. Παπούλια, Ε. Σκουμπουρδής Γ.Ν. Θήβας
Α. Κατράνης Γ.Ν. Τρίπολης
Π. Κωστάκου Γ.Ν. «Ευρωκλινική» - Αθήνα

Σχολιαστές: Δ. Ρουτσάκος, Κ. Τόλη

10.00 – 10.50

Γ. Στρογγυλό τραπέζι. Κλινικοί προβληματισμοί.

Πρόεδροι: Σ. Λυμπέρη, Π. Κουνατιάδης, Γ. Μερτζάνος

Δυσλιπιδαιμία. Πόσο πρέπει να είναι τα χαμηλότερα όρια και που τελικά θα χορηγούμε αναστολείς της PCSK9 ?

Α. Κακκάβας

Πρόληψη των επιπτώσεων της υπνικής άπνοιας στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Γ. Νικήτας

Αναίμακτη εκτίμηση των ασθενών που είναι υποψήφιοι για TAVI.

Β. Κουτρολού

10.50 – 11.10

Διάλειμμα - Καφές

11.10 - 12.10

Κλινική Καρδιολογία η/και Πρόληψη(II).

Παρουσιάσεις Ενδιαφερόντων Περιστατικών

Πρόεδροι: Στ. Χαντανής, Ε. Σκουμπουρδής, Ν. Μόσχος

Β. Ζαγκλαβήρα Γ.Ν. Σωτηρία

Δ. Φαρμάκης Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Β. Βαρτελά Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο.

Α. Δαμέλου Γ.Ν. Κορίνθου

Σχολιαστές: Α. Γαρδικιώτης, Γ. Μπιμπής, Ν. Οικονομίδης

12.10 - 13.10

Δορυφορικές διαλέξεις ΒΙΑΝΕΞ

Αναγνωρίζοντας το κίνδυνο που ελλοχεύει σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.
Ο ρόλος της δυσλιπιδαιμίας.

Πρόεδρος: Α. Τρίκας

Ομιλητές: Π. Κωστάκου, Η. Καραμπίνος

Εισαγωγή. Η συσχέτιση της μείωσης της LDL – C
με τη μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Α. Τρίκας

Συζήτηση κλινικών περιπτώσεων

Ασθενής άνω των 75 χρόνων και δυσλιπιδαιμία.

Π. Κωστάκου

Ασθενής με πολλαπλούς παράγοντες καρδιαγγειακού.

Η. Καραμπίνος

Συζήτηση – συμπεράσματα

Σάββατο **15** Ιουνίου

13.10 - 14.00

Δ. Στρογγυλό τραπέζι. Επίκαιρα κλινικά θέματα.

Πρόεδροι: Χρ. Χασικίδης, Στ. Λαμπρόπουλος, Η. Ρεντούκας

Η σημασία της αύξησης της υψηλής ευαισθησίας τροπονίνης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με αυξημένο και χαμηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Γ. Τριάντης

Διαχείριση του ασθενούς με χρόνια περικαρδιακή συλλογή.

Γ. Λάζαρος

Καρδιακή ανεπάρκεια με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης.
Νεότερα δεδομένα.

Κ. Παπαδόπουλος

14.00 - 15.15

Μεσημεριανή διακοπή

15.15 - 16.15

Απεικονιστική Καρδιολογία.

Παρουσίαση περιστατικών (I)

Πρόεδροι: Ι. Μπαρμπετσέας, Κ. Παπαδόπουλος, Ι. Βλασερός

Ν. Κάσινος Γ.Ν. Τζάνειο

Κ. Μασούρα Γ.Ν. Λαϊκό

Ν. Βλαντ Β΄ Καρδιολογική, Γ.Π.Ν. Νίκαιας «Ο Άγιος Παντελεήμων»

Ηλ. Παπαδοπούλου Α΄ Καρδιολογική, Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»

Γ. Μακαβός Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Αθήνα

Εξειδικευμένος σχολιαστής: Α. Τσούκας

16.15 – 17.20

Γ. Στρογγυλό Τραπέζι.

Προβλήματα στη ποσοτικοποίηση της βαρύτητας των βαλβιδοπαθειών.

Πρόεδροι: Ι. Παρασκευαΐδης, Ι. Μαντάς, Ε. Μάτσakas

Ανεπάρκεια αορτής.

Ι. Οικονομίδης

Στένωση αορτής.

Η.Καραμπίνος

Ανεπάρκεια μιτροειδούς.

Μ. Μπόνου

Ανεπάρκεια τριγλώχινας.

Ε. Χαμόδρακα

Στένωση μιτροειδούς.

Β. Κουτρουλού

17.20 – 17.50

Δορυφορική διάλεξη ASTRA ZENECA

Πρόεδρος: Α. Κρανίδης

Θέμα: Διαχείριση οξέων ισχαιμικών συνδρόμων. Βέλτιστη διάρκεια διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής.

Α. Μίλκας

17.50 – 18.10

Βραχεία διάλεξη

Πρόεδρος: Γ. Μάκος

Ομιλητής: Κ. Περρέας

Θωρακοσκοπική επέμβαση στη μιτροειδή βαλβίδα.

Σχολιαστής: Μ. Παναγιώτου

18.10 – 18.25

Διάλειμμα - καφές



Σάββατο **15** Ιουνίου

18.25 - 19.25

Απεικονιστική Καρδιολογία.

Παρουσίαση περιστατικών (II)

Πρόεδροι: Κων/να Αγγέλη, Κ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Φλώρος

Β. Ματζαράκη Γ.Π.Ν. «Γεννηματάς»

Κ. Παπαδόπουλος Γ.Ν. Υγεία

Αικ. Σιαμά Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

Δ. Κετίκογλου Γ.Ν. Διαβαλκανικό, Θεσσαλονίκη

Μ. Δρακοπούλου Γ.Ν. Ιπποκράτειο

Εξειδικευμένη σχολιάστρια: Γ. Γορανίτου

19.25 - 20.25

Δορυφορικό συμπόσιο BAYER/ELPEN

Πρόεδρος: Α. Κρανίδης

Ομιλητές: Χ. Γράσσος, Ι. Κανακάκης

Νεότερα δεδομένα για την αντιμετώπιση της Πνευμονικής Εμβολής.

Χ. Γράσσος

Τι μάθαμε και τι μένει να μάθουμε ακόμη για τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά.

Ι. Κανακάκης

20.25 - 21.00

Διαχείριση κλινικών καταστάσεων.

Πρόεδροι: Ν. Κουρής, Δ. Ηλιόπουλος

Διαχείριση του ογκολογικού ασθενή έναντι της καρδιοτοξικότητας.

Π. Κωστάκου

Διαχείριση ασθενούς με χρόνια αορτικό διαχωρισμό.

Ι. Κοκοτσάκης

Κυριακή 16 Ιουνίου



9.00 - 10.10

Αρρυθμιολογία (I)

παραυσιάσεις ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Ε. Λιβάνης, Α. Μανώλης, Δ. Καλπάκος

Μ. Αγγελάκη Γ.Ν.Α. ΕΕΣ, ΑΘΗΝΑ

Δ.Μανωλάτος Β΄ Καρδιολογική Κλινική ΓΠΝ «Ο Ευαγγελισμός»

Στ. Χαρίτος Γ.Ν. Άγιος Παύλος - Θεσσαλονίκη

Γ. Σταυρόπουλος Γ.Ν. Ιπποκράτειο - Θεσσαλονίκη

Β. Κουτρουλού Γ.Ν. Μητέρα - Αθήνα

Εξειδικευμένος σχολιαστής: Ν. Νικολόπουλος

10.10 - 11.00

Ε. Στρογγυλό Τραπέζι. Επίκαιρα αρρυθμιολογικά θέματα.

Πρόεδροι: Α. Κωτσάκης, Ι. Βογιατζής

Η συμβολή του εμφυτεύσιμου Holter στη διάγνωση και θεραπευτική προσπάθεια αρρυθμιών.

Στ. Αρχοντάκης

Πρωτογενής πρόληψη αιφνιδίου θανάτου ασθενών με μη ισχαιμική καρδιομυοπάθεια.

Κ. Παραβολιδάκης

Πρόληψη αιφνιδίου θανάτου σε ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες.

Α. Τζίφα

11.00 - 11.15

Διάλειμμα - Καφές

Κυριακή **16** Ιουνίου

11.15 – 12.25

Αρρυθμιολογία (II)

παρουσιάσεις ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Α. Μανώλης, Στ. Παρασκευαΐδης, Ι. Τσούνος

Σ. Δήμου 424 Γ.Σ.Ν.Ε - ΑΧΕΠΑ

Σ. Παστρωμάς Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο - Γ.Ν. Ερρίκος Ντυνάν

Α. Κωστοπούλου Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Ι. Χαβελές Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός» Α΄ Καρδιολογική Κλινική

Χ. Καλλιάνος Α΄ Καρδιολογική Κλινική Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»

Εξειδικευμένος σχολιαστής: Ν. Νικολόπουλος

12.25 – 12.55

Δορυφορική ομιλία MEDTRONIC

Πρόεδρος: Α. Κρανίδης

Θέμα: CryoBallon ablation, βελτιώνοντας τη ποιότητα ζωής.

Α. Κωστοπούλου

12.55 – 13.50

Ζ. Στρογγυλό Τραπέζι

Θεραπευτικοί προβληματισμοί στη κολπική μαρμαρυγή.

Πρόεδροι: Ι. Στυλιάδης, Γ. Μάκος

Σιωπηρή κολπική μαρμαρυγή. Επιδημιολογία, διάγνωση και επίπτωση.

Γ. Κουργιαννίδης

Ποια η σημασία των κολπικών ταχυκαρδιών μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής.

Γ. Σταυρόπουλος

Ποια η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης της κολπικής μαρμαρυγής.

Χ. Κωτούλας

13.50 – 15.30

Μεσημεριανή διακοπή

15.30 - 16.45

Επεμβατική καρδιολογία (I).

παρουσιάσεις ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Ε. Πισιμίσσης, Σ. Παπαιωάννου, Γ. Κατσιμαγκλής

N. Καυκάς Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. ΚΑΤ

Σ. Πατσιλινάκος Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. «Η Αγία Όλγα»

I. Τσιαφούτης Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γ.Ν. ΕΕΣ - Αθήνα

Κ. Σάσσαλος Γ.Ν. Σισμανόγλειο

Π. Στουγιάννος, Π. Τόλιος, Θ. Τρίκας Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Ελπίς

Σχολιαστές Επεμβατικοί Καρδιολόγοι: Δ. Δαμάσκος, Θ. Ρούτουλας

Σχολιαστές Καρδιοχειρουργοί: Β. Ανδρουτσοπούλου,

Δ. Ηλιόπουλος, Χ. Κωτούλας, Γ. Μάκος, Δ. Νίκας,

I. Παναγιωτόπουλος, Μ. Παναγιώτου, Κ. Περρέας, I. Χλωρογιάννης

16.45 -17.00

Διάλειμμα - καφες

17.00 - 18.00

Ε. Στρογγυλό Τραπέζι. Επεμβατική Καρδιολογία

Πρόεδροι: Σ. Πατσιλινάκος, Α. Τρίκας, Σ. Αδαμόπουλος

Νεότερες εξελίξεις στη διάνοιξη χρόνιων ολικών αποφράξεων.

Μ. Κουτούζης

Κρυπτογενή ΑΕΕ και PFO.

N. Καυκάς

Λειτουργική εκτίμηση των στενώσεων στο αιμοδυναμικό εργαστήριο.

Γ. Πετούσης

Διάρκεια διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Νεότερα δεδομένα.

Π. Στουγιάννος

Κυριακή **16** Ιουνίου

18.00 – 19.20

Επεμβατική καρδιολογία (II).

παραυσιάσεις ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Ι. Κανακάκης, Ε. Λάζαρης, Α. Σπανός.

N. Παπακωσταντίνου Γ.Ν. Τζάνειο

K. Τούτουζας Α΄ Παν. Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο - Αθήνα

Φ. Κατσαρός, Ι. Κανακάκης Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα

Γρ.Τσίγκας Παν. Καρδιολογική Κλινική, Ρίο - Πάτρα

Γ. Καράμπελα Metropolitan - Πειραιάς

N. Πλατογιάννης, Δ. Πλατογιάννης Γ.Ν. Τρικόλων

Σχολιαστές Επεμβατικοί Καρδιολόγοι: Σ. Τσιάμης, Ε. Χρονάκης

Σχολιαστές Καρδιοχειρουργοί: Β. Ανδρουτσοπούλου, Δ. Ηλιόπουλος,

Χ. Κωτούλας, Γ. Μάκος, Μ. Παναγιώτου, Δ. Νίκας, Ι. Παναγιωτόπουλος,

Κ. Περρέας, Ι. Χλωρογιάννης

19.20 – 20.00

Αντιπαράθεση (DEBATE)

Οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν συμβολή στην αντιμετώπιση της στένωσης της αορτής.

Πρόεδρος: Γ. Χάχαλης, Ι. Χλωρογιάννης

Υπέρ της TAV: Β. Βούδρης

Υπέρ της χειρουργικής αντικατάστασης: Σ. Πράππας

20.00

Συμπεράσματα



Δευτέρα
17
Ιουνίου



9.00 – 11.00

Αξιολόγηση θεματολογίας συνεδρίου

Πρόεδρος: Δ. Μαντζουράτος

Συμμετέχοντες σύνεδροι:

11.00 – 13.00

ΚΑΡΠΑ

Πρόεδρος: Δ. Μαντζουράτος

Ομιλητές: Χρ. Χασικίδης, Στ. Χαντανής

ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Eliquis[®] apixaban

PP-ELI-GRC-0169-MAR18



PFIZER HELLAS A.E. Λεωφ. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό,
Τηλ.: Επιστημονικής Ενημέρωσης: 210 67 85 800, Παραγγελιών: 210 81 99 060

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κλινικής
Καρδιολογίας

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

Περιστατικό Νο1

Τίτλος περιστατικού

ΑΓΓΕΛΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

Επιμελήτρια Καρδιολογίας Γ.Ν. Αγρινίου

Ασθενής 39 ετών με ελεύθερο καρδιολογικό και εν γένει ιατρικό ιστορικό, προσήλθε με τυπικό στήθαγχικό προκάρδιο άλγος χωρίς ΗΚ Γραφικές διαταραχές και χωρίς αύξηση τροπονίνης. Η ασθενής κατά την νοσηλεία της εμφάνισε υποτροπή του άλγους με συνοδό εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία. Διενεργήθηκε επείγουσα στεφανιογραφία όπου διαπιστώθηκε αυτόματος διαχωρισμός του προσθίου κατιόντα κλάδου.

Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αγγείων ορίζεται ως διαχωρισμός που δεν οφείλεται σε τραύμα, ιατρικούς χειρισμούς ή αθηρωματική νόσο. Ο αυτόματος διαχωρισμός στεφανιαίας αρτηρίας ευθύνεται για το 15-35% των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων σε γυναίκες κάτω των 50 ετών και αποτελεί την κυριότερη αιτία οξέων στεφανιαίων συνδρόμων κατά και περί του τοκετού. Η ινομυώδης δυσπλασία, νόσοι του συνδετικού ιστού, αυτοάνοσα νοσήματα, το έντονο συναισθηματικό stress, ορμονικοί παράγοντες και η έντονη σωματική ισοτονική άσκηση έχουν ενοχοποιηθεί ως προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης του αυτόματου διαχωρισμού των στεφανιαίων αρτηριών. Η θεραπεία εκλογής του αυτόματου διαχωρισμού στεφανιαίας αρτηρίας είναι η συντηρητική αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή με την οποία επιτυγχάνεται πλήρης αποκατάσταση της στεφανιαίας ανατομίας και ροής σε ένα μήνα στο 90-100% των περιπτώσεων όπως συνέβη και με την δική μας ασθενή.

Είναι σημαντικό να έχουμε υπόψη μας την νοσολογική αυτή οντότητα ως συχνή αιτία οξέων στεφανιαίων συνδρόμων σε κατά τα λοιπά υγιείς νέες ή μέσης ηλικίας γυναίκες λόγω των ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων και διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, σε σχέση με την αθηρωματική νόσο, που απαιτούνται.

Περιστατικό Νο2

Ασθενής με ανοικτό ωοειδές τρήμα και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΔΑΜΕΛΟΥ, ΕΥΘΥΜΙΑ ΣΤΟΦΑ, ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗΣ ΜΕΛΛΟΣ, ΧΡΗΣΤΟΣ ΧΑΣΙΚΙΔΗΣ

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

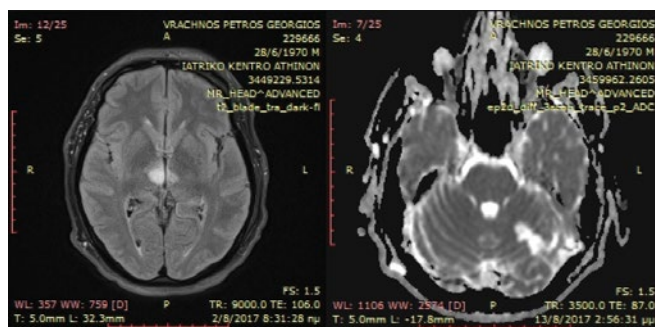
Ανδρας 46 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσέρχεται στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου Κορίνθου λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης κώματος - συγκεκριμένα, αδυναμίας αφύπνισης. Κατά την αδρή νευρολογική εξέταση, ο ασθενής

Περιλήψεις Κλινικής Καρδιολογίας

εμφανίζει συγχυτική αντίδραση μόνο στα επώδυνα ερεθίσματα, ήπια έκπτωση της κινητικότητας του αριστερού άνω και κάτω άκρου, ενώ η υπολογιζόμενη κλίμακα Γλασκώβης είναι 07/15. Στο Νοσοκομείο Κορίνθου αποκλείονται άλλες βασικές αιτίες κώματος, ο ασθενής διασωληνώνεται και, λόγω αδυναμίας διενέργειας CT εγκεφάλου, διακομίζεται σε Νοσοκομείο της Αθήνας.

Στο Νοσοκομείο υποδοχής, ο ασθενής υποβάλλεται άμεσα σε CT εγκεφάλου, η οποία αναδεικνύει (Εικ. 1):

- μικρής έκτασης αλλοιώσεις στο έσω-κάτω τμήμα των οπτικών θαλάμων άμφω, που συνηγούνται υπέρ ισχαιμικού τύπου αλλοίωσης σε οξεία –υπεροξεία φάση και κατανομής της αρτηρίας του Percheron
- αλλοίωση με πορεγκεφαλικούς χαρακτήρες στο αριστερό παρεγκεφαλικό ημισφαίριο, που πιθανώς παριστά μικρή, παλαιά, ισχαιμικού τύπου αλλοίωση



Εικόνα 1

Η διάγνωση του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) επιβεβαιώνεται περαιτέρω απεικονιστικά με τη διενέργεια MRI εγκεφάλου.

Ο ασθενής μεταφέρεται στη Μ.Ε.Θ., ενώ ταυτόχρονα με την υποστήριξη των βασικών λειτουργιών, υποβάλλεται σε εργαστηριακή διερεύνηση των πιθανών αιτίων ισχαιμικού ΑΕΕ. Πιο συγκεκριμένα:

- Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος – γενική αίματος, γενικός βιοχημικός έλεγχος, έλεγχος πηκτικής λειτουργίας – είναι φυσιολογικός.
- Χωρίς παθολογία αναδεικνύεται ο ειδικός έλεγχος θρομβοφιλίας.
- Διενεργείται triplex καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών, στο οποίο δεν αναδεικνύεται ιδιαίτερη αθηρωμάτωση ή παθολογικές ροές.

Καρδιολογικά ο ασθενής ελέγχεται με:

- ΗΚΓ, το οποίο δεν εμφανίζει παθολογία.
- Holter ρυθμού 24ώρου – χωρίς ιδιαίτερα αρρυθμιολογικά συμβάματα.
- Διαθωρακικό ΕCHO, στο οποίο αναδεικνύεται ανεύρυσμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Περιλήψεις Κλινικής Καρδιολογίας

- Διοισοφάγιο ECHO, στο οποίο επιβεβαιώνεται η παρουσία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, αποκαλύπτεται δε και η παρουσία ανοικτού ωοειδούς τρήματος (PFO), μετά από έγχυση φυσαλίδων (Εικ. 2).



Εικόνα 2

Κατόπιν αυτής της διάγνωσης, ο ασθενής υποβάλλεται σε triplex φλεβών κάτω άκρων, χωρίς την ανάδειξη στοιχείων φλεβικής θρόμβωσης. Το 2ο 24ωρο, ο ασθενής αποσωληνώνεται επιτυχώς. Η νευρολογική βελτίωσης είναι εντυπωσιακή, με παραμονή ήπιας μόνο δυσαρθρίας. Την 3η ημέρα, ο ασθενής εμφανίζει εμπύρετο, που αποδίδεται σε αμφοτερόπλευρη λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού στα πλαίσια πιθανά εισρόφησης και αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών. Η ενδοноσοκομειακή του πορεία είναι έκτοτε ομαλή και δίνεται εξιτήριο την 8η ημέρα, με αγωγή εξόδου χαμηλή δόση ασπιρίνης και στατίνη. 5 ημέρες μετά, ο ασθενής εμφανίζει νέο νευρολογικό επεισόδιο με επιδείνωση δυσαρθρίας, υπνηλία και ελαφρά σύγχυση και επιστρέφει επείγοντως στο Νοσοκομείο.

Κατά τη νευρολογική εξέταση, η επικοινωνία περιγράφεται μέτρια επηρεασμένη, λόγω σημαντικής δυσαρθρίας και ήπιας σύγχυσης, ενώ διαταραγμένη καταγράφεται και η λειτουργία των κρανιακών νεύρων, κυρίως λόγω παθολογικής κάθετης κίνησης του βλέμματος.

Διενεργείται άμεσα MRI εγκεφάλου, η οποία αναδεικνύει νέα μικρή, ισχαιμικής φύσεως εστία στο αριστερό εγκεφαλικό στέλεχος.

Ο ασθενής εισάγεται στη Νευρολογική Κλινική, εντός 24ώρου εμφανίζει σημαντική νευρολογική βελτίωση, ενώ μετά 4 ημέρες λαμβάνει εξιτήριο και οδηγίες για αντικατάσταση της αντιαιμοπεταλιακής με αντιπηκτική αγωγή.

Περιλήψεις Κλινικής Καρδιολογίας

Στη συγκεκριμένη παρουσίαση περιστατικού, αρχικά περιγράφεται η διαδικασία διαγνωστικής προσπάθειας των ισχαιμικών ΑΕΕ, με έμφαση στην κατηγορία των κρυπτογενών. Στη συνέχεια, προσεγγίζεται παθοφυσιολογικά η παρουσία του PFO, οι ενδείξεις σύγκλεισής του – στα πλαίσια των ισχυουσών κατευθυντήριων οδηγιών αλλά και των νεότερων μεγάλων πολυκεντρικών μελετών – ενώ ταυτόχρονα εξετάζεται η ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με PFO.

Βάσει των συγκεκριμένων στοιχείων, ο ασθενής αντιμετωπίζεται επεμβατικά με την τοποθέτηση συσκευής σύγκλεισης Amplatzer επιτυχώς και έκτοτε είναι ασυμπτωματικός.

Περιστατικό Νο3

Συνύπαρξη πνευμονικής εμβολής με σοβαρή στεφανιαία νόσο σε μεσήλικα γυναίκα με οικογενή θρομβοφιλία και αυξημένη ομοκυστεΐνη. προβληματισμοί σχετικά με την αντιπηκτική αγωγή στις περιπτώσεις αυτές.

ΖΑΓΚΛΑΒΗΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Καρδιολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία».

Ασθενής 59 ετών, γυναίκα, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας λόγω καυστικού- συσφιγκτικού αλγους επιτευνόμενου από εβδομάδος με λιποθυμική τάση. Κατά την προσέλευσή της παρουσίασε μικρή άνοδο της τροπονίνης. Είχε σακχαρώδη διαβήτη από ζετίας, ήταν πρώην καπνίστρια, είχε αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή και οικογενειακό ιστορικό σοβαρής στεφανιαίας νόσου στην μέση ηλικία.

Από τον έλεγχο με CTPA διαπιστώθηκε πνευμονική εμβολή. Ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή με ΗΧΜΒ με βελτίωση της κλινικής της κατάστασης, πτώση της τροπονίνης και σταθερή πορεία. Ο έλεγχος για κάποιο αίτιο που προκάλεσε την πνευμονική εμβολή (κακοήθεια, κολλαγονικό νόσημα, εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα) απέβη αρνητικός. Επίσης δεν είχε προηγηθεί κάταγμα οστού ή πρόσφατο χειρουργείο και δεν υπήρχε ιστορικό έλλειψης κινητικότητας ή παχυσαρκίας. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρθηκε ότι η κόρη της κατά την εγκυμοσύνη είχε διαγνωσθεί με θρομβοφιλία και ο γιος της επίσης ήταν ετεροζυγώτης για κάποιους παράγοντες θρομβοφιλίας και είχε αυξημένη ομοκυστεΐνη.

Από το u/s καρδιάς παρουσίαζε φυσιολογική συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας, χωρίς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας και φυσιολογικές διαστάσεις και συσταλτικότητα δεξιάς κοιλίας, χωρίς πνευμονική υπέρταση. Το ΗΚΓ επίσης δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα.

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

Εξήλθε με αντιπηκτική αγωγή με ριβαροξαμπάνη και καρβεδιλόλη (λόγω διαπιστούμενης ήπιας φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας) και με την σύσταση για πλήρη έλεγχο θρομβοφιλίας, έλεγχο για αντιφωσφολιπιδαιμικό σύνδρομο και σύσταση για δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα μετά πάροδο τριμήνου.

Μετά κάποια ύφεση του θωρακικού άλγους, επανήλθε θωρακικό άλγος στη-θαγχοειδούς χαρακτήρα που επιτείνονταν με την κόπωση, περίπου μετά την πάροδο τριμήνου από την νοσηλεία για την πνευμονική εμβολή. Επίσης η ασθενής παρουσίασε ένα λιποθυμικό επεισόδιο στον ίδιο χρόνο.

Στην φάση αυτή η ασθενής προσκόμισε τον έλεγχο της θρομβοφιλίας που ήταν θετικός (ήταν ετεροζυγώτης για 3 γονίδια θρομβοφιλίας και είχε αυξημένη ομοκυστεΐνη). Λόγω κλινικού συνδρόμου ύποπτου για ισχαιμία και πολλαπλών παραγόντων κινδύνου έγινε εκ νέου εισαγωγή στην καρδιολογική κλινική.

Το ΗΚΓ δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα στην ηρεμία, ακόμη και επί θωρακικού άλγους. Δεν υπήρξε άνοδος της τροπονίνης. Δεν υπήρχαν διαταραχές κινητικότητας από το u/s καρδιάς, αλλά υπήρχε μετρίου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς και ήπια διάταση του αριστερού κόλπου. Συνυπήρχε ήπια λοίμωξη αναπνευστικού χωρίς υποξυγοναιμία για την οποία η ασθενής ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή.

Λόγω αναφερόμενου εντόνου αισθήματος παλμών που γινόταν αντιληπτό κατά τον ύπνο και αφύπνιζε την ασθενή ετέθη Holter ΗΚΓ 24ώρου. Από αυτό διαπιστώθηκαν επεισόδια φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας επί των οποίων όμως παρουσιάζονταν ήπιες ανασπάσεις του ST στις απαγωγές II, III, aVF και ήπιες κατασπάσεις του ST στις I, aVL (στις απαγωγές που προκύπτουν κατά την ανάλυση του Holter). Τα ευρήματα αυτά θεωρήθηκαν μη ειδικά, αλλά αύξησαν τον βαθμό υποψίας για στεφανιαία νόσο και προχωρήσαμε γρήγορα σε δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα που διεκόπη στο 4ο min λόγω κόπωσης, θωρακικού άλγους και δύσπνοιας και παρουσίασε κατασπάσεις του ST στο κατώτερο και πλάγιο τοίχωμα στο στάδιο αυτό, που επιτάθηκαν στην αποκατάσταση. Η ασθενής ετέθη άμεσα σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και HXMB με σχετική ύφεση των συμπτωμάτων και έγινε το συντομότερο δυνατόν στεφανιογραφικός έλεγχος. Από την στεφανιογραφία βρέθηκε 90% στένωση στον διάμεσο κλάδο της περισπωμένης και δύο επιμήκεις σοβαρά ασβεστωμένες στενώσεις στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία, η πρώτη στην μεσότητα του αγγείου (της τάξης του 90%) και η δεύτερη στο 3ο τριτημόριο (της τάξης του 85%). Εγινε επιτυχής αγγειοπλαστική των δύο ασβεστωμένων βλαβών στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία με τοποθέτηση 2 stents DES.

Η ασθενής έλαβε για 3μηνο διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και Sintrom. Ταυτόχρονα λόγω αυξημένης ομοκυστεΐνης και διαπιστωμένων χαμηλών επιπέδων φυλλικού οξέος έλαβε αγωγή με filicine. Μετά την έναρξη της αγωγής με filicine διαπιστώθηκε μείωση του INR και δυσκολία επίτευξης θεραπευτικών χρόνων

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

παρά την σημαντική αύξηση της δόσης του Sintrom. Από την βιβλιογραφία βρήκαμε δημοσίευση που αφορά αλληλεπίδραση των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ με το filicine, με μείωση της δραστηριότητας των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ. Επειδή τα πρώτα δεδομένα από μελέτες για την χρήση των NOACS στις περισσότερες περιπτώσεις θρομβοφιλίας είναι ενθαρρυντικά, με την ύπαρξη βέβαια συγκεκριμένων εξαιρέσεων, σκεπτόμαστε επί επιμονής της μή ανταπόκρισης στο Sintrom να επανέλθουμε στην θεραπεία με ριβαροξαμπάνη. Η ασθενής θα εξακολουθήσει επίσης να λαμβάνει κλοπιδογρέλη. Το περιστατικό αυτό μας διδάσκει ότι παρ'ότι η συνύπαρξη δύο σαφώς διαχωριζόμενων οξέων σοβαρών καταστάσεων που επηρεάζουν το καρδιαγγειακό σύστημα δεν είναι πολύ συχνή αυτή μπορεί να υπάρξει και πρέπει να έχουμε αυξημένο βαθμό εγρήγορσης όταν υπάρχουν οι σχετικοί παράγοντες κινδύνου.

Περιστατικό Νο4

Τίτλος περιστατικού

ΚΑΤΡΑΝΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Τρίπολης

Το περιστατικό που θα σας παρουσιάσουμε αφορά σε περίπτωση νέας γυναίκας 40 ετών με ισχαιμικό ΑΕΕ και παρουσία ανοικτού ωοειδούς τρήματος ταυτόχρονα με μυζωματώδη εκφύλιση και πρόπτωση μιτροειδούς. Με αφορμή τη συγκεκριμένη περίπτωση θα παρουσιάσουμε τη συσχέτιση των δύο αυτών οντοτήτων με τα ΑΕΕ αλλά και τη διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση.

Περιστατικό Νο5

«Περίεργο» ηλεκτροκαρδιογράφημα με μεγάλη ανάσπαση του ST διαστήματος.

ΚΩΣΤΑΚΟΥ Π., ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ Η.

Γ' Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

Ανδρας 85 ετών, με ιστορικό υπερτασικής καρδιοπάθειας, και κακοήθη νεοπλασία προστάτη, προσήλθε με αποφρακτικό ειλέο για τον οποίο υποβλήθηκε σε κολοστομία. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου ανέδειξε χαώδη κολπικό ρυθμό και η διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη διατηρημένη συστολική απόδοση αριστερής κοιλίας, με συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων. Κατά τη νοσηλεία του ο ασθενής παρουσίασε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και διασωληνώθηκε. Του χορηγήθηκε προποφόλη για την επίτευξη καταστολής. Λίγες ημέρες μετά στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκαν οξείες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις προσομοιάζουσες με οξύ έμφραγμα μυ-

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

οκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος. Ακολούθησε νέος υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος που ανέδειξε επηρεασμένη συστολική απόδοση αριστερής κοιλίας, ενώ ο έλεγχος των μυοκαρδιακών ενζύμων ήταν αρνητικός για οξεία μυοκαρδιακή νέκρωση. Ακολουθεί συζήτηση για τη διαχείριση του ασθενούς.

Περιστατικό Νο6

Θρόμβος αριστερής κοιλίας και οξεία περικαρδίτιδα μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος

**ΠΑΠΟΥΛΙΑ ΕΥΤΥΧΙΑ, ΤΣΙΚΡΙΚΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ, ΠΙΤΣΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ,
ΑΠΑΝΑ ΠΙΕΡ, ΣΚΟΥΜΠΟΥΡΔΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

Γ.Ν. Θηβών, Καρδιολογική κλινική

Εισαγωγή: Οι επιπλοκές του OEM αφορούν την περικαρδιακή συλλογή-επιπωματισμό, την ανεπάρκεια της αντλίας με την εκδήλωση καρδιογενούς καταπληξίας, την οξεία ανεπάρκεια της μιτροειδούς, τη μεσοκοιλιακή επικοινωνία, τη ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος της κοιλίας και τη συστηματική εμβολή.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 47 ετών διεκομίσθη σε νοσοκομείο των Αθηνών ως επιτυχώς θρομβολυμένο STEMI προσθίου τοιχώματος. Κατά την υπερηχογραφική μελέτη διαπιστώθηκε ακινησία κορυφής, κορυφαίων τμημάτων, μέσου προσθίου-προσθίου διαφραγματικού τοιχώματος, θρόμβος στην κορυφή της αριστερής κοιλίας και ο ασθενής ετέθη σε αντιπηκτική αγωγή. Την 3η μέρα νοσηλείας υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο όπου πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική στο μέσο τμήμα του προσθίου κατιόντα. Ο ασθενής 3 μέρες αργότερα προσέρχεται στα ΤΕΠ του ΓΝ Θηβών λόγω οπισθοστερνικού αισθήματος καύσους με αντανάκλαση στην ωμοπλάτη, εμπύρετο και ήχο περικαρδιακής τριβής. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε εικόνα οξείας περικαρδίτιδας και εικόνα θρόμβου στην κορυφή της αριστερής κοιλίας. Ετέθη σε αγωγή με ασπιρίνη και κολχικίνη, ενώ συνεχίστηκε η χορήγηση των κουμαρινικών. Μετά από 5 ημέρες ο θρόμβος είχε διαλυθεί, ενώ στις 2 εβδομάδες απουσίαζε η εικόνα της περικαρδίτιδας.

Συμπέρασμα: Οι επιπλοκές του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, παρά τη μείωση της επίπτωσής τους που παρατηρείται στην εποχή της πρώιμης επαναμιάτωσης του εμφραγματικού μυοκαρδίου, δεν θα πρέπει να διαλάθουν της προσοχής του κλινικού καρδιολόγου.

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

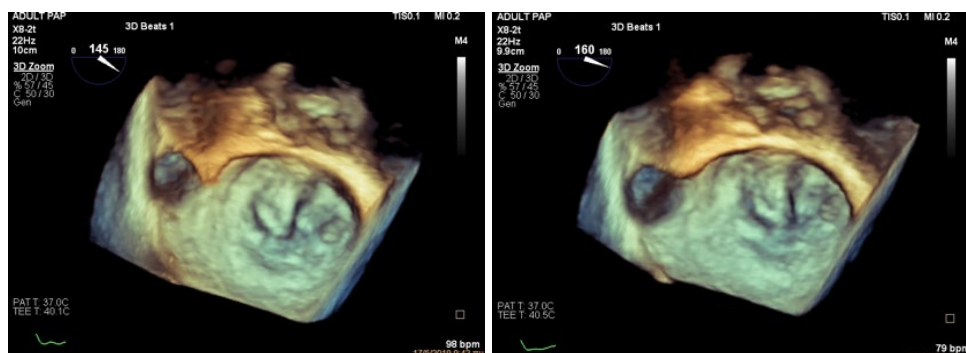
Περιστατικό Νο7

Παρουσίαση περιστατικού με μορφώματα της αορτικής βαλβίδας και ανεπάρκεια μιτροειδούς

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Μ. ΦΑΡΜΑΚΗΣ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΒΡΑΝΗΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΡΙΚΙΔΗΣ, ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΣΩΤΗΡΙΟΥ, ANNA ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ, ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ, ΖΑΧΑΡΟΥΛΑ ΚΑΤΣΑΡΕ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Ασθενής, 78 ετών, παχύσαρκη, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής με καλή κοιλιακή ανταπόκριση προσήλθε προ διέτιας με δύσπνοια προσπαθείας στην έντονη κόπωση. Διενεργήθηκε διαθωρακικό και ακολούθως διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα κατά το οποίο διαπιστώθηκαν τρία κινητά, ηχογενή μορφώματα με ανεξάρτητη κίνηση στην αορτική επιφάνεια και των τριών πτυχών, το μεγαλύτερο εκ των οποίων εξορμάται από την δεξιά στεφανιαία πτυχή και έχει μέγιστη διάμετρο 0,9-1 cm χωρίς αξιόλογη μεταβολή κατά τη διάρκεια των επομένων δύο ετών με διαδοχικά διοισοφάγια υπερηχοκαρδιογραφήματα. Δεν υπήρχε ανεπάρκεια αορτής. Η αρχική διαφορική διάγνωση περιλάμβανε εκφυλιστικές αλ-



λοιώσεις της αορτικής βαλβίδας (Lambli's excrescences), ινοελαστώματα, μη ενδοκαρδιακή ενδοκαρδίτιδα. Στο αρχικό υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε επίσης επασβέστωση του οπίσθιου μιτροειδικού δακτυλίου και partial flail τμήματος του P3 scallop που οδηγούσε σε μετρίου βαθμού έκκεντρη ανεπάρκεια μιτροειδούς. Η αριστερά κοιλία ήταν φυσιολογικών διαστάσεων με συγκεντρική υπερτροφία του τοιχώματός της και καλή συσταλτικότητα και ο αριστερός κόλπος ήταν διατεταμένος. Η δεξιά κοιλία ήταν φυσιολογικών διαστάσεων και ο δεξιός κόλπος διατεταμένος. Υπήρχε ήπια ανεπάρκεια τριγλώχινος και η εκτιμώμενη PASP ήταν 40-45 mmHg.

Η ασθενής ήταν απύρετη και οι δείκτες φλεγμονής ήταν εντός φυσιολογικών

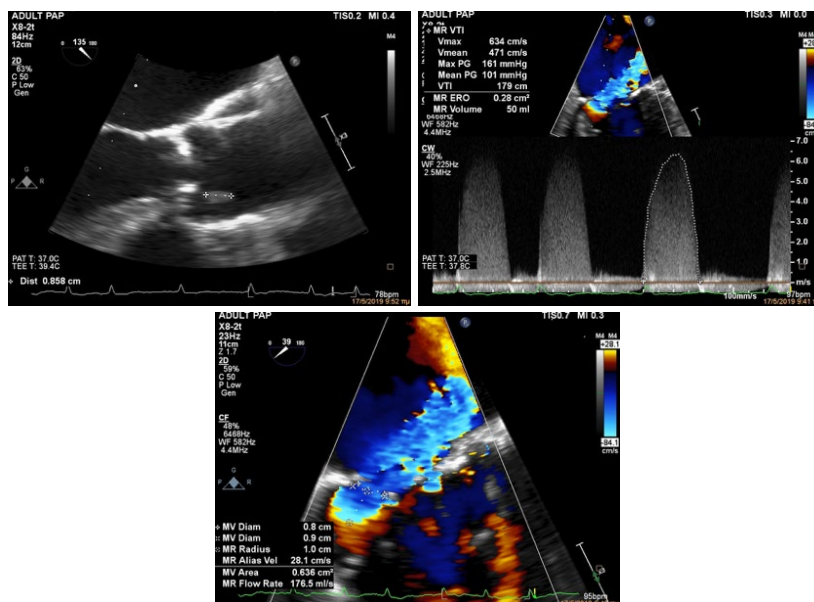
Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας



ορίων. Προ τετραμήνου η ασθενής παρουσίασε επιδείνωση των συμπτωμάτων της παρουσιάζοντας δύσπνοια στην μικρή προσπάθεια. Διενεργήθηκε στεφανιογραφία κατά την οποία διαπιστώθηκαν μη κριτικές στενώσεις στον πρόσθιο κατιόντα και στην περισπωμένη αρτηρία.

Διενεργήθηκε επίσης νέο 3D διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα κατά το οποίο διαπιστώθηκε επιδείνωση της έκκεντρης ανεπάρκειας μιτροειδούς. Επειδή κατά την απεικόνιση ετέθη η υποψία cleft μιτροειδούς στην πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς έγινε ανάλυση με 3D έγχρωμο Doppler κατά το οποίο επιβεβαιώθηκε ότι η αιτία της ανεπάρκειας ήταν το flail του P3 scallop.

Η αξία της υπερηχοκαρδιογραφίας τριών διαστάσεων και ιδιαίτερα της υπερηχοκαρδιογραφίας με 3D έγχρωμο Doppler είναι ιδιαίτερη χρήσιμη στη διερεύνηση των αιτιών της ανεπάρκειας μιτροειδούς.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Αρρυθμιολογίας

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

Περιστατικό Νο1

Κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα (radiofrequency ablation) αριστερού προσθιοπλάγιου παραπληρωματικού δεματίου σε ασθενή με αίσθημα παλμών και γνωστή προδιέγερση από 6μήνου.

ΣΜΑΡΩ ΔΗΜΟΥ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ

Επιστημονικός Συνεργάτης Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης κατάλυσης με υψίσυχνο ρεύμα αριστερού προσθιοπλάγιου παραπληρωματικού δεματίου σε νεαρό ασθενή.

Παρουσίαση περίπτωσης: Άνδρας 24 ετών, με ιστορικό αισθήματος παλμών και γνωστής εικόνας προδιέγερσης στο ΗΚΓ ηρεμίας από 6μήνου με θετικό κύμα δ στις απαγωγές II, III, aVF και VI εισήχθη για διενέργεια ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης και κατάλυσης δεματίου. Το υπερηχοκαρδιογράφημα του ασθενούς ήταν φυσιολογικό όπως και ο θυρεοειδικός έλεγχος. Η ορθόδρομη ανερέθιστη περίοδος ήταν 320 msec ενώ με κολπικό πρωτόκολλο προκλήθηκε ορθόδρομη κολποκοιλιακή ταχυκαρδία εξ επανεισόδου 180-220 bpm με στενά QRS αλλά και με RBBB και LBBB aberration. Το βραχύτερο VA διάστημα επί ταχυκαρδίας καταγράφηκε στον καθετήρα DCS. Η ταχυκαρδία εκφυλιζόταν σε κολπική μαρμαρυγή που αυτοανатаσσόταν ή ανατασσόταν ηλεκτρικά. Για την εφαρμογή της κατάλυσης, αρχικά έγινε προσπάθεια προσπέλασης του μιτροειδικού δακτυλίου από την αριστερή κοιλία διαορθικά. Λόγω δυσχέρειας επαρκούς στήριξης του καθετήρα στον μιτροειδικό δακτύλιο, έγινε τελικά προσπέλαση από τον αριστερό κόλπο μέσω της transseptal τεχνικής. Στον καθετήρα κατάλυσης το βραχύτερο VA διάστημα ήταν 40 msec και καταγράφηκε σε θέση προσθιοπλάγια στον μιτροειδικό δακτύλιο. Η κατάλυση έγινε επί φλεβοκομβικού ρυθμού με προδιέγερση με εφαρμογή ενέργειας 40 W και εξάλειψη της προδιέγερσης στην δεύτερη εφαρμογή. Καμία ταχυκαρδία δεν ήταν στην συνέχεια προκλητή και η επέμβαση ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές. Ο ασθενής εξήλθε την επόμενη ημέρα ασυμπτωματικός και δεν έχει υποτροπιάσει η προδιέγερση ούτε εμφανίσε ταχυκαρδία σε διάστημα παρακολούθησης 6 μηνών.

Συμπέρασμα: Η κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα σε συμπτωματικό ασθενή με αριστερό προσθιοπλάγιο παραπληρωματικό δεμάτιο αποτελεί θεραπεία εκλογής.

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

Περιστατικό Νο2

Κατάλυση συνδρόμου προδιέγερσης με συχνά επεισόδια υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας

Χ. ΚΑΛΛΙΑΝΟΣ, Π. ΣΤΑΜΑΤΑΚΟΣ, Ι. ΜΑΝΟΥ, Ι. ΧΑΒΕΛΕΣ, Κ. ΚΑΠΠΟΣ

ΓΝΑ Ευαγγελισμός Α' Καρδιολογικό τμήμα - ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο

Πρόκειται για ασθενή 42 ετών με γνωστό σύνδρομο προδιέγερσης (WPW) και επεισόδια αισθήματος παλμών από ετών όπου του έχουν επηρεάσει τη ποιότητα της ζωής του. Στο ΗΚΓφημα επιφανείας είναι εμφανές το κύμα δ και μάλιστα είναι αρνητικό στην απαγωγή II ενδεικτικό εντοπίσεως του παραπληρωματικού δεματίου εντός του στεφανιαίου κόλπου. Κατά την ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και στη συνέχεια τη χαρτογράφηση με το σύστημα NAVEX/ST.JUDE MEDICAL, διαπιστώθηκε μεγάλο εκκόλπωμα 2 cm άπω του στομίου του στεφανιαίου κόλπου, όπου παρουσίαζε όλα τα ηλεκτροφυσιολογικά κριτήρια για την κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα.(fusion AV, πρωιμότητα του καθετήρα ablation σε σχέση με την έναρξη του κύματος δ, accessory pathway potential). Πράγματι 1.8 sec μετά την πρώτη εφαρμογή RF, εξαφανίστηκε η προδιέγερση και επιτεύχθηκε διατηρήσιμη κατάλυση του παραπληρωματικού δεματίου.

Περιστατικό Νο3

Κατάλυση συνδρόμου προδιέγερσης με συχνά επεισόδια υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας

ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΝΑ

Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός Α' Καρδιολογικό Τμήμα - Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο

Θα παρουσιαστεί περιστατικό 28χρονης γυναίκας με πολλαπλά συγκοπτικά επεισόδια από 4 ετίας σε συνθήκες συναισθηματικού stress και πολλαπλές νοσηλείες. Είχε διαγνωστεί με αγχώδη συνδρομή και ελάμβανε από 4ετίας αντικαταθλιπτική αγωγή και β αναστολέα χωρίς όμως βελτίωση. Προσήλθε στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω έλεγχο.

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

Περιστατικό Νο4

Ασθενής νεαρής ηλικίας με μεγάλο φορτίο κοιλιακών εκτάκτων συστολών και καρδιακή ανεπάρκεια με σοβαρά ελαττωμένη λειτουργικότητα αριστερής κοιλίας

ΣΩΚΡΑΤΗΣ ΠΑΣΤΡΩΜΑΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΣΥΚΙΩΤΗΣ, ΓΙΩΡΓΟΣ ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ

*Α΄ Καρδιολογική Κλινική / Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης,
Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα*

Παρουσιάζουμε την περίπτωση νεαρής ασθενούς η οποία προσήλθε αιτιώμενη εύκολη κόπωση. Διαπιστώθηκε σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας με EF: 35% και αυξημένη τελοδιαστολική διάμετρο της αριστερής κοιλίας. Από το ΗΚΓ 12 απαγωγών διαπιστώθηκε η παρουσία πολλών εκτάκτων κοιλιακών συστολών με χαρακτηριστικά ιδιοπαθούς προέλευσης από το χώρο εξόδου ενώ στο Holter 24h καταγράφηκε πολύ αυξημένο φορτίο μονόμορφων εκτάκτων κοιλιακών συστολών (>40000/24h).

Θα παρουσιαστεί και θα συζητηθεί η αντιμετώπιση της ασθενούς και η μετέπειτα κλινική πορεία της.

Περιστατικό Νο5

Επείγουσα θεραπεία ηλεκτρικής θύελλας λόγω εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και καρδιογενή καταπληξία, στο εργαστήριο ηλεκτροφυσιολογίας, με κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα

Γ.ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Σ.ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΙΔΗΣ, Σ.ΔΗΜΟΥ, Δ.ΣΟΦΙΑΝΟΣ, Χ.ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ

Α Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ: Η επείγουσα θεραπεία ηλεκτρικής θύελλας λόγω εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, σε κατάσταση καρδιογενούς καταπληξίας με κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα, και τη χρήση τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής απεικόνισης και πραγματοποίηση χάρτη χρονικής ενεργοποίησης της ταχυκαρδίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: 73χρονος άνδρας ασθενής με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας (παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου, αορτοστεφανιαία παράκαμψη το 1994 και αγγειοπλαστική-stents στην LCX το 2012, EF=20%), νοσηλεύόμενος σε νοσοκομείο της περιφέρειας με ηλεκτρική θύελλα λόγω κοιλιακής ταχυκαρ-

Περίληψεις Αρρυθμιολογίας

δίας από 24ώρου με αιμοδυναμική αστάθεια παρά τις ηλεκτρικές ανατάξεις και τη χορήγηση αμιωδαρόνης, εσμολόλης, λιδοκαΐνης ή προκαϊναμίδης. Από 12ώρου διασωλήνωση και εμμένουσα, συνεχής κοιλιακή ταχυκαρδία με συχνότητα 130 σφ/min. Ο ασθενής διακομίσθηκε σε μη εργάσιμες ώρες στο εργαστήριο ηλεκτροφυσιολογίας του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ για διενέργεια επέμβασης διάσωσης-κατάλυσης της κοιλιακής αρρυθμίας. Ο ασθενής δεν είχε προηγούμενο ιστορικό αρρυθμιών και δεν έφερε απινιδωτή.

Ο ασθενής εισήχθη στο εργαστήριο.

ΗΚΓ: Κοιλιακή ταχυκαρδία με μορφολογία LBBB, ανώτερο άξονα, μετάπτωση στη V6 και συχνότητα 130 σφ/min.

Συστολική Αρτηριακή πίεση ≈ 85 mmHg, υπό ινότροπα.

Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα NAVX velocity Saint Jude Medical, τετραπολικός καθετήρας στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας, εξαπολικός στον στεφανιαίο κόλπο, εξαπολικός για χαρτογράφηση και ο ψυχόμενου άκρου καθετήρας κατάλυσης Therapy Cool Flex Saint Jude Medical. Διενέργεια χάρτη ενεργοποίησης (activation mapping), λόγω ακατάπαυστης κοιλιακής ταχυκαρδίας. Έγινε χάρτης υπερυψηλής πυκνότητας με λήψη πάνω από 3000 σημείων με εξαπολικό καθετήρα Dynamic XT, και τον αλγόριθμο Automap του συστήματος NAVX-precision ABBOTT. Πρωιμότητα βρέθηκε στο κορυφαίο-διαφραγματικό τοίχωμα. Στην περιοχή αυτή και σε σημείο με καταγραφή τελοδιαστολικού σήματος έγινε βηματοδότηση entrainment με PPI-TCL ≈ 40 ms και stim-QRS διάστημα περίπου ίσο με το 40% του μήκους κύκλου της ταχυκαρδίας. Χορηγήθηκε εκεί ενέργεια 35W- 43 °C με τον καθετήρα Therapy Cool Flex, με αποτέλεσμα διακοπή της ταχυκαρδίας που είχε σαν αποτέλεσμα αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς.

Περαιτέρω έγινε χάρτης υποστρώματος (voltage map) που αποκάλυψε εκτεταμένη συμπαγή βαθιά ουλή (dense scar), στο πρόσθιο τοίχωμα, ενώ στο κορυφαίο κατώτερο τοίχωμα (στην περιοχή της πρωιμότητας), υπήρχε διάστικτη βλάβη ενδιάμεσου voltage. Δεν βρέθηκαν όψιμα δυναμικά ή περιοχές ηλεκτρικών ή ανατομικών ισθμών με την τεχνική του dechanneling. Βρέθηκαν μόνο, στα όρια της ουλής περιοχές με κατακερματισμένα δυναμικά εντός του QRS, στις οποίες χορηγήθηκαν περαιτέρω βλάβες.

Σε προγραμματισμένη βηματοδότηση στο τέλος της επέμβασης με δύο έκτακτα κοιλιακά ερεθίσματα ήταν προκλητή μόνο ταχεία (320ms μήκος κύκλου) μη κλινική κοιλιακή ταχυκαρδία που ανατάχθηκε με κοιλιακή υπερκέρωση

Συζήτηση: Η παρουσία ηλεκτρικής θύελλας λόγω εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, όψιμα μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου συσχετίζεται με πολύ αυξημένη θνητότητα. Η επέμβαση κατάλυσης σε εξειδικευμένα κέντρα αποτελεί την μόνη θεραπεία με υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Η παρουσία απινιδωτή ελαττώνει την ολική θνητότητα αλλά οι πολλαπλές εκφορτίσεις συν-

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

δέονται με χαμηλή ποιότητα ζωής και αυξημένη θνητότητα. Η κατάλυση και ιδιαίτερα η μέθοδος της εξάλειψης του αρρυθμικού υποστρώματος είναι πολύ αποτελεσματική στην αποτροπή των εκφορτίσεων και μελλοντικών επεισοδίων ηλεκτρικής θύελλας. σημαντική ελάττωση των υποτροπών κοιλιακής ταχυκαρδίας και ηλεκτρικής θύελλας και των απότοκων εκφορτίσεων του απινιδώση. Η διενέργεια επειγουσών επεμβάσεων αυτού του είδους είναι εφικτή και πρέπει να εφαρμόζεται με άμεση διακομιδή του ασθενούς σε εξειδικευμένα κέντρα. Προς αυτή την κατεύθυνση είναι απαραίτητη η δημιουργία δικτύου διαχείρισης, συντονισμού και μεταφοράς τέτοιων ασθενών μεταξύ δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων κέντρων.

Περιστατικό Νο6

Ενδιαφέρον περιστατικό από το ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο

ΙΩΑΝΝΗΣ ΧΑΒΕΛΕΣ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΤΑΜΑΤΑΚΟΣ, ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΚΥΠΑΡΙΣΣΗ, ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΑΛΛΙΑΝΟΣ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΠΠΟΣ

Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ασθενής γυναίκα 64 ετών, με ιστορικό ψυχωσικής συνδρομής υπό χρόνια αγωγή με αλαπαζίνη και βενλοφοζίνη, προσεκομίσθη στο Νοσοκομείο μας με αναφερόμενα πολλαπλά συγκοπτικά επεισόδια από 6 μήνου, εκ των οποίων τα 3 ήταν τραυματικά. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο στον οποίο υπεβλήθη, το μοναδικό αξιόλογο εύρημα ήταν η παράταση του QT στο ΗΚΓ ηρεμίας (QTc 480 msec), ενώ το υπερηχογράφημα καρδιάς δεν εμφάνιζε παθολογικά ευρήματα.

Έγινε διακοπή της αντιψυχωσικής αγωγής επί 4ήμερο

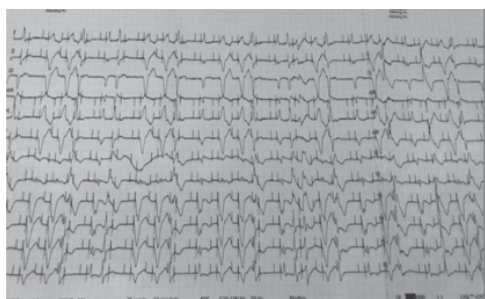
Εκ του 24ωρου Holter ρυθμού ανευρέθησαν επεισόδια μη εμμένουσας πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας ως 10 QRS ενώ η παράταση του QTc παρέμεινε (470 msec).

Κατόπιν των ανωτέρω απεστάλη αίτημα στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) για εμφύτευση DR απινιδωτή, στα πλαίσια δευτερογενούς πρόληψης επί συνδρόμου μακρού QT, με θετική απάντηση. Στην ασθενή πραγματοποιήθηκε εμφύτευση DR απινιδωτή Boston Scientific Inogen Mini με 2 ηλεκτρόδια ενεργητικής πρόσφυσης και ρύθμιση για DR βηματοδότηση 80/min και 1 απινιδωτική ζώνη VF 210 msec. Οι διεγχειρητικές μετρήσεις ήταν ικανοποιητικές (PWA 2.8 mV- RWA 16 mV, Thr A+V < 0.5 V). Η ασθενής εξήλθε 2 ημέρες μετά με οδηγίες για λήψη μετοπρολόλης 50 mg 2 φορές ημερησίως ενώ έγινε έναρξη ηπιότερης αντιψυχωσικής αγωγής.

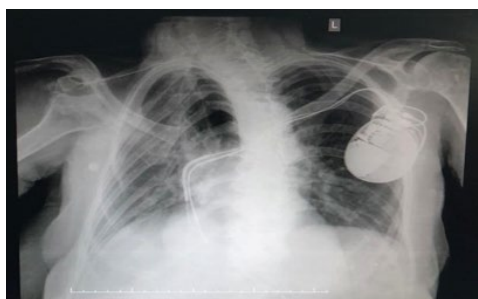
Επτά ημέρες μετά προσήλθε λόγω πολλαπλών εκφορτίσεων των απινιδωτή που θεωρηθήκαν δόκιμες, ενώ ο έλεγχος της λειτουργίας συσκευής ήταν

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

ικανοποιητικός και δεν ανέδειξε αλλαγές σε σχέση με τον μετεπεμβατικό. Στην ασθενή διεκόπη η μετοπρολόλη και έγινε έναρξη φλεκαϊνίδης 100 mg 1*2 ημερησίως και προπρανολόλης 40 mg 1*3 ημερησίως. Η ασθενής δεν ξαναεμφάνισε σύμπτωμα για 1 μήνα μετά την τελευταία νοσηλεία. Στη συνέχεια 2 ημέρες μετά ατυχηματική πτώση με θλαστικό τραύμα κεφαλής εμφάνισε πολλαπλά επεισόδια εκφόρτισης του απινιδωτή. Στις εικόνες που ακολουθούν παρουσιάζονται το ηλεκτροκαρδιογράφημα (εικόνα 1) και η ακτινογραφία θώρακα (εικόνα 2) κατά την προσέλευση σε αυτή τη νοσηλεία: Ο έλεγχος της λειτουργίας της συσκευής ανέδειξε την αιτία των εκφορτίσεων μετά την πτώση της ασθενούς.



Εικόνα 1: Ηλεκτροκαρδιογράφημα ασθενούς



Εικόνα 2: Ακτινογραφία θώρακος ασθενούς

Περιστατικό Νο7

Κατευθυντήριες οδηγίες στη νευροκαρδιογενή συγκοπή: από τη θεωρία στην πράξη

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΧΑΡΙΤΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ

Γ.Ν.Θ. «Αγ. Παύλος»

Ανδρας, 50 ετών, ιατρός ελεύθερος επαγγελματίας καρδιολόγος, προσήλθε στο Γ.Ν.Θ. “Άγιος Παύλος” για διενέργεια δοκιμασίας ανάκλισης μετά από συγκοπικό επεισόδιο.

Φυσιολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση

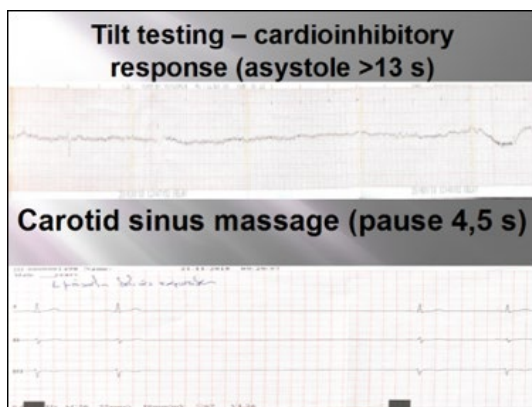
Φυσιολογικό ΗΚΓ, Φυσιολογικό ECHO καρδιάς

Ατομικό ιστορικό:

1 συγκοπικό επεισόδιο σε καθιστή θέση κατά τη διάρκεια γεύματος – πρόσφατη έναρξη α-αναστολέα για ΚΥΠ ο οποίος διεκόπηκε αμέσως μετά το συγκοπικό επεισόδιο

Χολοκυστεκτομή 1 μήνα αργότερα – σημαντική βραδυκαρδία με καρδιακές παύσεις κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή με περινδοπρίλη και αμλοδιπίνη Δολιχόκολο.

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας



Ποια πρέπει να είναι η διερεύνηση και η αντιμετώπιση ενός πιθανολογούμενου επεισοδίου νευροκαρδιογενούς συγκοπής σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες; Ο συγκεκριμένος ασθενής έχει ένδειξη για εμφύτευση μόνιμου καρδιακού βηματοδότη ;

Definition of syncope

ACC/AHA/HRS 2017

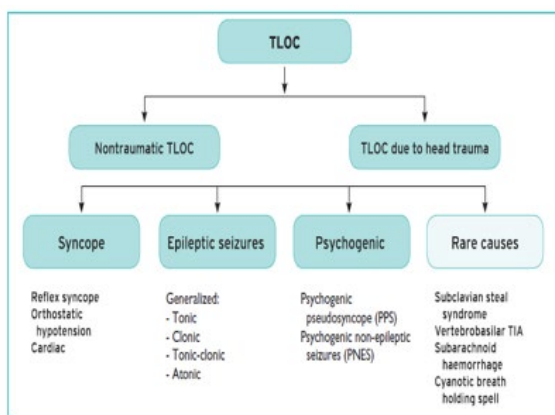
A symptom that presents with an abrupt, transient, complete loss of consciousness, associated with inability to maintain postural tone, with rapid and spontaneous recovery.

The presumed mechanism is cerebral hypoperfusion. There should not be clinical features of other nonsyncope causes of loss of consciousness, such as seizure, antecedent head trauma, or apparent loss of consciousness (i.e., pseudosyncope)

ESC 2018

Syncope is defined as TLOC due to cerebral hypoperfusion, characterized by a rapid onset, short duration, and spontaneous complete recovery

Syncope in the context of transient loss of consciousness



Περίληψεις Αρρυθμιολογίας

Reflex (neurally mediated) syncope is due to a reflex that causes vasodilation, bradycardia, or both

Reflex (neurally mediated) syncope

Vasovagal:

- orthostatic VVS: standing, less common sitting
- emotional fear, pain (somatic or visceral), instrumentation, blood phobia

Situational:

- micturition
- gastrointestinal stimulation (swallow, defaecation)
- cough, sneeze
- post-exercise
- others (e.g laughing, brass instrument playing)

Carotid sinus syndrome

Non-classical forms (without prodromes and/or without apparent triggers and/or atypical presentation)

1) Vasovagal syncope (VVS)

The most common form of reflex syncope mediated by the vasovagal reflex.

1. may occur with upright posture (standing or seated or with exposure to emotional stress, pain, or medical settings)
2. typically is characterized by diaphoresis, warmth, nausea, and pallor
3. is associated with vasodepressor hypotension and/or inappropriate bradycardia
4. is often followed by fatigue

Typical features may be absent in older patients VVS is often preceded by identifiable triggers and/or by a characteristic prodrome. The diagnosis is made primarily on the basis of a thorough history, physical examination, and eyewitness observation, if available

2) Carotid sinus syndrome

Reflex syncope associated with carotid sinus hypersensitivity.

Carotid sinus hypersensitivity is present when a pause ≥ 3 s and/or a decrease of systolic pressure ≥ 50 mm Hg occurs upon stimulation of the carotid sinus.

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

It occurs more frequently in older patients.

Carotid sinus hypersensitivity can be associated with varying degrees of symptoms.

Carotid sinus syndrome is defined when syncope occurs in the presence of carotid sinus hypersensitivity.

3) Situational syncope

Reflex syncope associated with a specific action, such as coughing, laughing, swallowing, micturition, or defecation. These syncope events are closely associated with specific physical functions

4) Postural (orthostatic) tachycardiasyndrome (POTS)

A clinical syndrome usually characterized by all of the following: frequent symptoms that occur with standing (eg, lightheadedness, palpitations, tremulousness, generalized weakness, blurred vision, exercise intolerance, and fatigue)

2) an increase in heart rate of ≥ 30 bpm during a positional change from supine to standing (or ≥ 40 bpm in those 12–19 y of age)

3) the absence of OH (>20 mm Hg reduction in systolic BP)

Symptoms associated with POTS include those that occur with standing (eg, lightheadedness, palpitations); those not associated with particular postures (eg, bloating, nausea, diarrhea, abdominal pain); and those that are systemic (eg, fatigue, sleep disturbance, migraine headaches). The standing heart rate is often >120 bpm

5) Psychogenic pseudosyncope

A syndrome of apparent but not true loss of consciousness that may occur in the absence of identifiable cardiac, reflex, neurological, or metabolic causes

Clinical Features that can suggest a diagnosis on initial evaluation

Reflex syncope

- Long history of recurrent syncope in particular occurring before the age of 40 years
- After unpleasant sight, sound, smell or pain
- Prolonged standing
- During meal
- Being in crowded and/or hot places
- Autonomic activation before syncope: pallor, sweating and/or nausea/vomiting
- With head rotation or pressure on carotid sinus (as in tumours, shavings, tight collars?)
- Absence of heart disease

Τελική σύσταση στον ασθενή

Παρακολούθηση μόνο λόγω της ηλικίας του και του ιστορικού ενός μόνο συγκοπικού επεισοδίου. Εμφύτευση καρδιακού βηματοδότη σε περίπτωση πολλαπλών υποτροπών. Ο ασθενής μέχρι σήμερα, 7 μήνες μετά το μοναδικό συγκοπικό επεισόδιο του, δεν είχε άλλο παρόμοιο επεισόδιο

Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

Περιστατικό Νο8

**ΜΑΡΙΑ ΑΓΓΕΛΑΚΗ, ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΥ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ,
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΤΣΙΒΑΣ**

Γ.Ν. Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

Ανδρας 68 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο μας με ιστορικό πρόσφατης ενάρξεως δύσπνοια και εύκολη κόπωση. Προ τριών εβδομάδων, είχε υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη λόγω στεφανιαίας νόσου τριών αγγείων επιπλεγμένης από οξύ πνευμονικό οίδημα. Η επαναιμάτωση ήταν πλήρης και ο ασθενής εξήλθε του χειρουργείου με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (30%) και ακινησία βασικού- μέσου κατώτερου- πλάγιου τοιχώματος.

Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο μας, το ηλεκτροκαρδιογράφημα έδειξε ταχυκαρδία με ευρέα συμπλέγματα, μορφολογία δεξιού σκελικού αποκλεισμού, θετική φορά επαγμάτων σε όλες τις προκάρδιες απαγωγές και αριστερό άξονα. Οι προσπάθειες για φαρμακευτική ή ηλεκτρική ανάταξη της κοιλιακής ταχυκαρδίας αποδείχθηκαν μάταιες και ο ασθενής οδηγήθηκε σε θεραπεία με κατάλυση.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Επεμβατικής
Καρδιολογίας

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

Περιστατικό Νο1

Ταυτόχρονη TAVR με PCI απροστάτευτου στελέχους λόγω κινδύνου απόφραξης εξαιτίας χαμηλής έκφυσης

Γ. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ, Ν. ΜΑΜΑΛΗΣ, Ν. ΚΑΔΟΓΛΟΥ, Ε. ΚΟΥΤΡΟΥΛΗ, Α. ΚΟΤΤΙΔΗΣ, Γ. ΚΑΡΑΒΟΛΙΑΣ

*Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας
Metropolitan Hospital*

Πρόκειται για γυναίκα 83 ετών, η οποία προσέρχεται με συμπτωματική (δύσπνοια III κατά NYHA, συγκοπτικό επεισόδιο), σοβαρού βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδας (AVA: 0.7cm², AVA indexed: 0.4cm²/m²). Λόγω υψηλού περιεγχειρητικού κινδύνου (Logistic Euroscore I: 39.93%) επιλέγεται η διαδερμική αντικατάσταση αυτής (TAVR). Συνοδά: Επηρασμένη η λειτουργικότητα της αρ. Κοιλίας, EF:35%, (low flow, low gradient), σοβαρού βαθμού πνευμονική υπέρταση RVSP: 70 mmHg, περιοριστικό αναπνευστικό σύνδρομο, στεφανιαία αγγεία: χωρίς σημαντικές βλάβες.

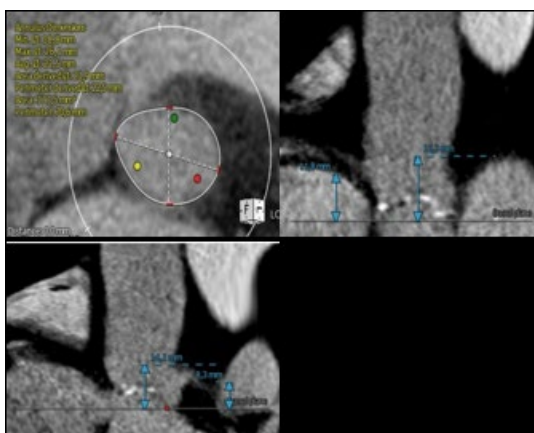
Ακολουθεί επιτυχής εμφύτευση βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας, Evolut Pro, 26mm, Medtronic από δεξιά μηριαία αρτηρία.

Λόγω χαμηλής έκφυσης του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και κινδύνου απόφραξης του αριστερού αρτηριακού συστήματος, μετά την εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας, απαιτήθηκε αγγειοπλαστική σε LM/LAD/LCX. Διενεργήθηκε η τεχνική Double Barrel (with chimney technique) με εμφύτευση 2 stents και άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα.

Τα αντικείμενα προς συζήτηση περιλαμβάνουν:

- Ταυτόχρονη εμφύτευση διαδερμικής αορτικής βαλβίδας με αγγειοπλαστική απροστάτευτου στελέχους και των μεγάλων αγγείων, λόγω κινδύνου απόφραξης εξαιτίας χαμηλής έκφυσης.
- Τεχνική Double Barrel (with chimney technique).

*Συννειμμένα υποβάλλονται frames της αξονικής αγγειογραφίας και της επέμβασης.



1. Εικόνα Α (Διαστάσεις στομίου)
Εικόνα Β, C (Coronary Ostia & Sinus of Valsalva Height (mm) right and left)

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας



Εικόνα 1. Contrast aortography during BAV

Εικόνα 2. Τοποθέτηση stent στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας

Εικόνα 3. Απελευθέρωση- έκπτυξη της βαλβίδας και stent στην περισπωμένη αρτηρία

Εικόνα 4. Double Chimney Stent Technique

Εικόνα 5. Kissing stents

Εικόνα 6. Flaring the proximal stent segments

Εικόνα 7. Αγγειογραφία

Περίστατικό Νο2

Επιτυχής αντιμετώπιση καρδιακού επιπωματισμού από διάτρηση στεφανιαίου αγγείου μετά από αγγειοπλαστική με εμβολισμό κλάδου με τη χρήση microcoils.

Φ. ΚΑΤΣΑΡΟΣ, Σ. ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ

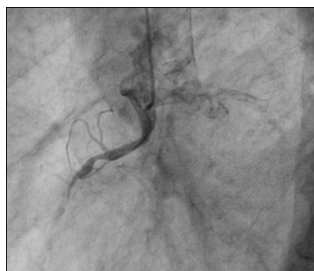
Γ.Ν. Ν. Ιωνίας «Αγία Ολγα»

Ασθενής 70 ετών, προσήλθε προγραμματισμένα για στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω θετικού σπινθηρογράφηματος μυοκαρδίου. Διαπιστώθηκε ολική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας (Εικόνα 1 και 2) και ακολούθησε επιτυχής διάνοιξη με τοποθέτηση τεσσάρων drug-eluting stents (Εικόνα 3).

Η ασθενής λίγες ώρες με το πέρας της επέμβασης, εμφάνισε σημεία επιπωματισμού. Επιβεβαιώθηκε, από το υπερηχογράφημα καρδιάς, και παρακεντήθηκε άμεσα. Στη συνέχεια, εμφάνισε εκ νέου περικαρδιακή συλλογή και επέστρεψε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Ο νέος στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε διαρροή από επιχείλιο κλάδο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, ο οποίος λάμβανε ροή από γεφυρικά παράπλευρα μέσω του δεύτερου διαφραγματικού κλάδου, του προσθίου κατιόντα κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας (Εικόνα 4 και 5). Ακολούθησε, επιτυχής, εμβολισμός με τη χρήση microcoils (Εικόνα 6). Η ασθενής επέστρεψε στη μονάδα εμφραγμάτων αιμοδυναμικά σταθερή και έλαβε εξιτήριο τέσσερις ημέρες αργότερα. Η διάτρηση στεφανιαίας αρτηρίας και ο καρδιακός επιπωματισμός, είναι μια δυνητική επιπλοκή της αγγειοπλαστικής παρέμβασης, ιδιαίτερα κατά την διάνοιξη χρόνιων ολικών αποφράξεων. Η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση είναι ιδιαίτερα κριτικής σημασίας.

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

Στη δική μας περίπτωση, υπήρχαν δύο σημαντικές δυσκολίες. Πρώτα, η διάγνωση ήταν ιδιαίτερα δύσκολη, καθότι η διαρροή προερχόταν από αγγείο που παρείχε πριν την παρέμβαση γεφυρικά παράπλευρα. Δεύτερον, η αντιμετώπιση είχε ιδιαίτερη δυσκολία, καθώς ο ένοχος κλάδος δεν μπορούσε να καθετηριαστεί και να απομονωθεί με covered stent.



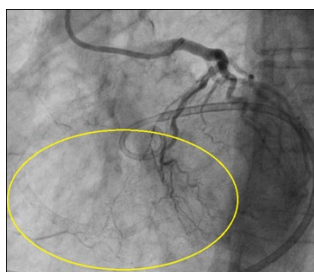
Εικόνα 1



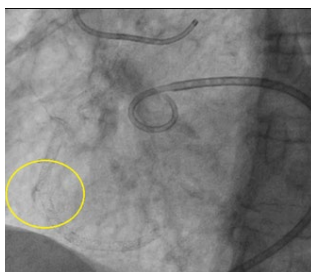
Εικόνα 2



Εικόνα 3



Εικόνα 4



Εικόνα 5



Εικόνα 6

Περίστατικό Νο3

Ν. ΚΑΥΚΑΣ, Γ. ΠΑΥΛΑΚΗΣ, Ο. ΑΓΟΡΑ, S. GODWIN, Γ. ΦΛΩΡΟΣ, Γ. ΜΕΡΤΖΑΝΟΣ

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

Ανδρας 53 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω προκάρδιου άλγους συσφιγκτικού τύπου από δύο ωρών. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής έχει στίγμα μεσογειακής αναιμίας. Αναφέρει εμπύρετο διάρκειας μερικών ημερών με τελευταίο πυρετικό κύμα προ εβδομάδας. Το ΗΚΓ δείχνει φλεβοκομβικό ρυθμό και ανασπάσεις του διαστήματος ST στις απαγωγές II, III, aVF και V4, V5, V6. Ο ασθενής οδηγήθηκε άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής.

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

Περιστατικό Νο 4

Σταδιοποιημένη αγγειοπλαστική σε ασθενή με οξύ πρόσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου και στεφανιαία νόσο στελέχους και τριών αγγείων

ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ν., ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν., ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΓΑΒΡΙΕΛΑΤΟΣ Γ., ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ Ε.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο Γ. Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Γυναίκα 75 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας υπό αγωγή και άλλων σημαντικών συνοσηροτήτων (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, νόσος καρωτίδων, περιφερική αρτηριακή νόσος κάτω άκρων), διακομίζεται από το Γ.Ν. Άργους λόγω προσθίου STEMI από εξώρου για διενέργεια πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε ολική απόφραξη στη μεσότητα του προσθίου κατιόντος κλάδου αλλά και σημαντική στένωση στο άπω τμήμα του στελέχους καθώς και στις εκφύσεις του προσθίου κατιόντα κλάδου και της περισπωμένης αρτηρίας και σημαντική στένωση στο εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Διενεργήθηκε πρωτογενής αγγειοπλαστική με εμφύτευση stents στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα κλάδου και επίτευξη ροής TIMI 3 στην περιφέρεια του αγγείου. Λόγω της ύφεσης των συμπτωμάτων, της υποχώρησης των ανασπάσεων ST στο ΗΚΓ και της αιμοδυναμικής σταθερότητας της ασθενούς, δεν πραγματοποιήθηκε άλλη παρέμβαση κατά την πρωτογενή αγγειοπλαστική. Λόγω του υψηλού χειρουργικού κινδύνου (EUROSCORE II:10%) αποφασίστηκε μετά απο καρδιοχειρουργική εκτίμηση και κατόπιν επιθυμίας της ίδιας της ασθενούς η σταδιοποιημένη επαναγγείωση με αγγειοπλαστική. Αρχικά διενεργήθηκε αγγειοπλαστική με εμφύτευση DES της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Στη συνέχεια διενεργήθηκε κατευθυνόμενη με IVUS αγγειοπλαστική με εμφύτευση DES στελέχους καθώς και των εγγύς τμημάτων προσθίου κατιόντα κλάδου και περισπωμένης αρτηρίας (T-stent technique). Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της ESC για την μυοκαρδιακή επαναγγείωση, οι οποίες βασίστηκαν και στις μελέτες EXCEL και NOBLE με τα αντικρουόμενα αποτελέσματα, η αγγειοπλαστική στελέχους είναι μια αποδεκτή επιλογή επαναγγείωσης εφόσον υπάρχουν σημαντικές συνοσηρότητες και διενεργείται σε εξειδικευμένα κέντρα με αρκετή εμπειρία.

Περιλήψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

Περιστατικό Νο5

Αγγειοπλαστική συμπλοκής βλάβης δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας

Δρ. ΣΑΣΣΑΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ, ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - Α. ΦΛΕΜΙΓΚ

Ασθενής, άνδρας ,70 ετών, προσήλθε στο νοσοκομείο μας για στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω στηθάγχης προσπάθειας, προοδευτικά επιδεινούμενης. Ιστορικό αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας με μεταλλική προδιαθεσικοί παράγοντες: υπερλιπιδαιμία υπο αγωγή. Έγινε καθετηριασμός στεφανιαίων αρτηριών με κερκιδική προσπέλαση που κατέδειξε σημαντική ασβεστωμένη στένωση στο εγγύς τμήμα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, με μεγάλη ελικωση του αγγείου στο αρχικό τμήμα του. Προγραμματίστηκε αγγειοπλαστική του πάσχοντος αγγείου σε δεύτερο χρόνο.

Στην παρουσίαση περιγράφεται αναλυτικά η τεχνική της εργώδους αγγειοπλαστικής. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα οδηγά σύρματα για προσπέλαση της βλάβης με την βοήθεια μικροκαθετήρα. Λόγω αδυναμίας προώθησης και έκπτυξης μπαλονιών (σοβαρή ασβέστωση και ελικωση του αγγείου) αποφασίσθηκε η χρήση περιστροφικής αθηρεκτομής (rotablator). Έγινε αθηρεκτομή με burr διαμέτρου 1,25mm και λόγω μη ικανοποιητικού αποτελέσματος χρησιμοποιήθηκε και burr διαμέτρου 1,75 mm. Έγιναν διαστολές με μπαλόνια και στην συνέχεια εκπτυχθηκε επιτυχώς στην περιοχή της βλάβης stent (des με άριστο τελικό αποτέλεσμα.

Ακολουθως δίνονται πληροφορίες για την τεχνική της περιστροφικής αθηρεκτομής (rotablator) και την χρησιμότητα της στην αγγειοπλαστική σοβαρά ασβεστωμένων βλαβών.

Περιστατικό Νο6

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΟΛΙΟΣ, ΠΑΥΛΟΣ ΣΤΟΥΓΙΑΝΝΟΣ, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΤΡΙΚΑΣ

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»

Γυναίκα 50 ετών καπνίστρια, με δυσλιπιδαιμία προσήλθε στο ΤΕΠ τριτοβάθμιου νοσοκομείου με εικόνα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου πλαγίου τοιχώματος με ανάσπαση του ST διαστήματος, ως πρώτη εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Υποβλήθηκε άμεσα σε αγγειοπλαστική του ένοχου αγγείου με τοποθέτηση ενός στεντ. Παράλληλα διαπιστώθηκαν οριακές βλάβες και στα υπόλοιπα αγγεία.

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

Μετά από 6 μήνες χωρίς συμπτώματα, επανήλθε με εικόνα στηθάγχης προσπαθείας. Υποβλήθηκε σε νέα στεφανιογραφία η οποία ανέδειξε επαναστένωση στα άκρα του στεντ και επιδείνωση της νόσου στα υπόλοιπα αγγεία. Περιγράφεται εκτίμηση της λειτουργικής σημαντικότητας των στενώσεων στο αιμοδυναμικό εργαστήριο καθώς και οι θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση της πολυαγγειακής στεφανιαίας νόσου μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και πρωτογενή αγγειοπλαστική.

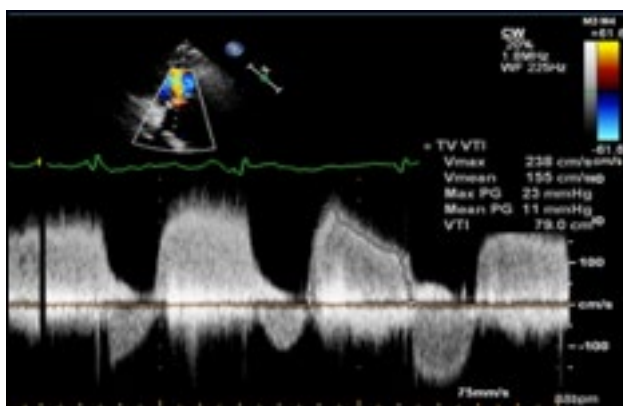
Περιστατικό Νο7

Διαδερμική εμφύτευση βαλβίδας στη θέση της τριγλώχινας

ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γυναίκα ασθενής, 71 ετών, εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική λόγω έκπτωσης λειτουργικού σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας (NYHA IV) με σημαντική επιδείνωση των περιφερικών οιδημάτων και εικόνα χαμηλής καρδιακής παροχής με υπόταση και επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Από το ατομικό της αναμνηστικό σημειώνεται η χειρουργική αντικατάσταση της μιτροειδούς με μηχανική βαλβίδα (05/2012) και η χειρουργική αντικατάσταση της τριγλώχινας με βιοπροσθετική βαλβίδα - 27-mm Epic, St Jude Medical, Inc, St Paul, Minnesota (06/2016). Επιπλέον, κολπική μαρμαρυγή, σακχαρώδης διαβήτης και επέμβαση πλευροδεσίας λόγω υποτροπιάζουσας πλευριτικής συλλογής, ενώ ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή με ασενοκουμαρόλη και υψηλές δόσεις διουρητικών. Στο ΗΚΓ διαπιστώθηκε κολπική μαρμαρυγή και ατελής δεξιός σκελικός αποκλεισμός. Υπερηχοκαρδιογραφικώς αναδείχθηκε φυσιολογικών διαστάσεων



Εικόνα 1
Συνεχές Doppler στην τριγλώχινα βαλβίδα – τροποποιημένη τομή – παραστερνική τομή στον επιμήκη άξονα

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας



Εικόνα 2
Διάταση της βιοπροσθετικής
βαλβίδας με αεροθάλαμο και
τελικό αποτέλεσμα

αριστερή κοιλία με ικανοποιητική συσπαστικότητα και καλώς λειτουργούσα μεταλλική βαλβίδα στη θέση της μιτροειδούς. Διαπιστώθηκε, ακόμα, δυσλειτουργία της βιοπροσθετικής βαλβίδας στη θέση της τριγλώχινας με εικόνα σοβαρού βαθμού στένωσης και μέση κλίση πίεσης 11mmHg (Εικόνα 1). Επί παρουσίας υψηλού χειρουργικού κινδύνου, αποφασίστηκε επεμβατική αντιμετώπιση. Η ασθενής οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου υπεβλήθη σε ανεπίπλεκτη, διαδερμική εμφύτευση εκπτυσσόμενης με αεροθάλαμο βιοπροσθετικής βαλβίδας (Edwards Sapien 3) εντός της υπάρχουσας, δυσλειτουργούσας βιοπροσθετικής βαλβίδας στη θέση της τριγλώχινας (Valve-in-valve procedure)(Εικόνα 2). Η επιλογή του μεγέθους της βιοπροσθετικής βαλβίδας έγινε με βάση το μέγεθος της προϋπάρχουσας βαλβίδας στη θέση της τριγλώχινας. Αμεσα μετά από την επέμβαση παρατηρήθηκε σημαντική αιμοδυναμική βελτίωση της ασθενούς με αύξηση της συστηματικής αρτηριακής πίεσης. Ακολούθησε υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση που ανέδειξε καλή λειτουργία της εμφυτευθείσας βαλβίδας και μείωση της κλίσης πίεσης στα 4mmHg (Εικόνα 3).



Εικόνα 3
Υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση τελικού αποτελέσματος

Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

Περιστατικό Νο8

Defer stenting: Not an easy choice Spare the radial artery, spare the stents

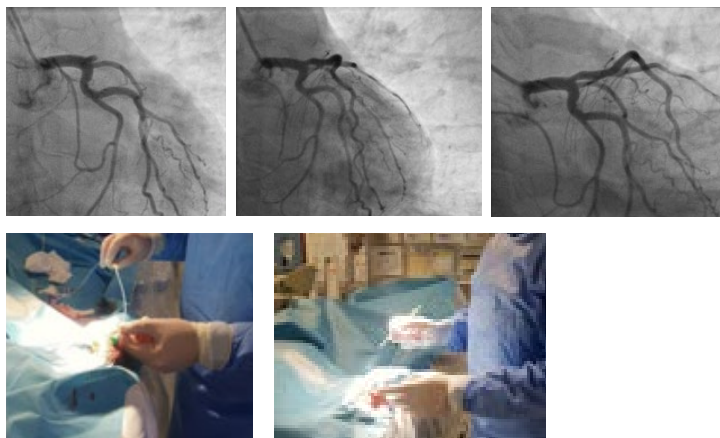
Γ. ΤΣΙΓΚΑΣ

Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

A 52y.o. female patient, heavy smoker, ex athlete (javelin champion) with no known medical history presented with acute chest pain and extensive anterior STEMI. A primary PCI was Performed through distal radial (snuffbox) access using a 6Fr sheath. In the Cath LAB the coronary angiography (CA) showed LAD 100% proximal occlusion where a 3/24 synergy stent was apposed and a 40% angiographic residual stenosis of the ostial LAD. In the context of the ACS, there was doubt about the best management of that lesion. The question that arises about the best management is among Stenting the ostium, (Bifurcation (LM-LAD-LCX) stenting in a primary PCI setting), conservative treatment, perform FFR or using imaging technics for example IVUS or OCT.

It is well known that CA may overestimate lesion severity in ACS, while FFR is not reliable in STEMI. Thus an imaging may be preferable. OCT needs more contrast (≈ 15 ml per injection), but is better for thrombus “depiction”. On the other hand, IVUS needs no contrast loading, but may result in complex PCI of LM bifurcation in a stable pPCI patient.

Finally, it was decided a conservative management and repeat of the CA after 3 days. The second CA, 3days post Primary PCI, showed no need for intervention. That decision was also confirmed by IVUS which was performed and showed Surface area of the proximal LAD $\approx 10\text{mm}^2$ and a well expanded



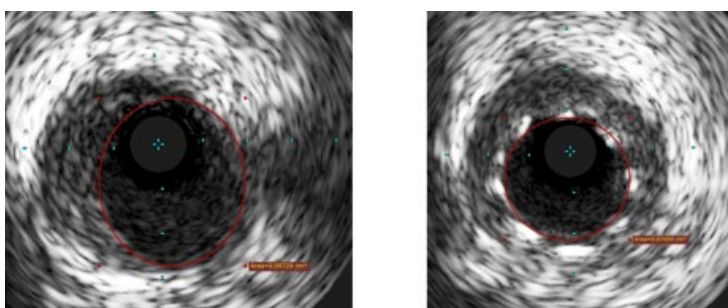
Περίληψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

STENT (area 7mm²)

It's worth mentioning that the 2nd procedure was also performed through snuffbox access without any complication.

In conclusion:

- primary PCI (PPCI) is always a challenging situation especially when complex anatomy interferes with the decision making.
- Trials regarding the scenario of deferring stent in ACS PPCI setting have shown ambiguous results (Spare stents)
- Imaging techniques are very important for PCI optimization technique and essential tools for really very demanding cases (complex PPCI)
- Radial artery is an established access site and distal Radial (snuffbox) could be an alternative place leaving enough space for future procedures (Spare the radial artery).
- Second time paracentesis at the same position is feasible.



Surface area of the proximal LAD $\approx 10\text{mm}^2$
STENT : well expanded- area 7mm²



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Απεικονιστικής
Καρδιολογίας

Περιλήψεις Απεικονιστικής Καρδιολογίας

Περιστατικό Νο1

Ανεύρυσμα του μεμβρανώδους μεσοκοιλιακού διαφράγματος με αυτόματο σύγκλειση του ελλείμματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος σε συνδυασμό με δίπτυχη αορτική βαλβίδα

MARIA ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Ένας 18χρονος ασυμπτωματικός ασθενής με καρδιαγγειακό ιστορικό ελλείμματος μεσοκοιλιακού διαφράγματος (VSD) και δίπτυχης αορτικής βαλβίδας που διεγνώσθησαν σε πρώιμη παιδική ηλικία παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία ασθενών ενηλίκων με συγγενή καρδιοπάθεια (ACHD) για αξιολόγηση σε τακτική βάση.

Η απεικόνιση με διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφία και καρδιακό μαγνητικό συντονισμό (CMR) έδειξε έναν καλά ανεπτυγμένο πολυλοβώδη σακκοειδή σχηματισμό (34x20mm), που προκύπτει από τη δεξιά κοιλιακή πλευρά του μεμβρανώδους μεσοκοιλιακού διαφράγματος κάτω από την πρόσθια αορτική πτυχή και ακριβώς κάτω από τη διαφραγματική γλωχίνα της τριγλώχινας βαλβίδας, που προεξέχει στο χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας και στο σώμα της δεξιάς κοιλίας (Βίντεο 1-6). Ο ινώδης χαρακτήρας και η απουσία μυοκαρδίου σε αυτή τη δομή οδήγησε στο σχηματισμό ενός ανευρύσματος του μεμβρανώδους διαφράγματος (AMS) με τη χαρακτηριστική εμφάνιση «windsock» από τη διάτασή του κατά τη διάρκεια της συστολής. Παρόλο που υπήρχαν ενδείξεις ροής από το χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας σε αυτό το σάκο μέσω του μεμβρανώδους τμήματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, δεν υπήρχε επικοινωνία μεταξύ των δύο κοιλιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι το VSD είχε σφραγιστεί από αυτό το ανεύρυσμα του μεμβρανώδους διαφράγματος (AMS), τη διαφραγματική γλωχίνα της τριγλώχινας βαλβίδας και την παρακείμενη προπίπτουσα πρόσθια πτυχή της αορτικής βαλβίδας. Η αορτική βαλβίδα ήταν αληθώς δίπτυχη με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια και ένα έκκεντρο jet προς την πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας. Η αριστερή κοιλία ήταν διατεταμένη με διατηρημένη συστολική λειτουργία. Με βάση τις παραπάνω πληροφορίες, η ομάδα καρδιάς αποφάσισε τη χειρουργική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Το ανεύρυσμα του μεμβρανώδους διαφράγματος (AMS) είναι μια σπάνια καρδιακή νόσος, που μπορεί να αναπτύσσεται ιδιοπαθώς ή σε συνδυασμό με αυτόματα μερική ή πλήρη σύγκλειση του ελλείμματος του μεμβρανώδους μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Στις τελευταίες περιπτώσεις ο σχηματισμός του ανευρύσματος μπορεί να μειώσει λειτουργικά το μέγεθος του VSD, μειώνοντας έτσι την αριστερά προς τα δεξιά επικοινωνία, με τις πιθανές όμως επιπλο-

Περιλήψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

κές της ανεπάρκειας της τριγλώχινας, της πρόπτωσης της αορτικής βαλβίδας, της απόφραξης του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας, της ρήξης του ανευρύσματος και της βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας. Η ηχοκαρδιογραφία είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο διάγνωσης του AMS, κυρίως ως τυχαίο εύρημα σε ασυμπτωματικά άτομα, αλλά η λεπτομερής μορφολογική αξιολόγηση του ανευρύσματος είναι ενίοτε μη δυνατή. Η απεικόνιση μέσω καρδιακού μαγνητικού συντονισμού αντιθέτως είναι ικανή για τρισδιάστατη ανατομική αξιολόγηση και παρέχει λειτουργικά δεδομένα σχετικά με τη ροή μέσα στο ανεύρυσμα και την ακεραιότητα του μεμβρανώδους μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Περιστατικό Νο2

Παρατεταμένο εμπύρετο σε νέο άτομο με συγγενή καρδιοπάθεια

ΚΕΤΙΚΟΓΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ MD, PhD, FESC
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ MD, PhD, FESC.

Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Γυναίκα 33 ετών με ήπια πυρετική κίνηση από εξαμήνου (έως 38,1οC), μετά από οδοντιατρική επέμβαση χωρίς λήψη αντιβίωσης με ιστορικό μεμβρανώδους μεσοκοιλιακής επικοινωνίας ήπιου βαθμού. Η ασθενής νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική για πνευμονία αριστερού κάτω λοβού χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση των συμπτωμάτων της. Η ηχοκαρδιογραφική εκτίμηση διαπίστωσε εικόνα ενδοκαρδίτιδας της τριγλώχινας βαλβίδας καθώς και της αορτικής βαλβίδας με θετικές αιμοκαλλιέργειες. Τέθηκε σε διπλή αντιβιοτική αγωγή για 4 εβδομάδες, αλλά ...

Αναθεώρηση των οδηγιών ενδοκαρδίτιδας της ESC;;;

Περιστατικό Νο3

Σοβαρή στεφανιαία νόσος σε νεαρή γυναίκα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΜΑΣΟΥΡΑ, ΜΑΡΙΑ ΜΠΟΝΟΥ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΔΑΜΠΑΣΗΣ,
ΠΟΥΛΞΕΝΗ ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΤΟΥ, ΧΡΗΣΤΟΣ ΚΑΠΕΛΙΟΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΡΜΠΕΤΣΕΑΣ
Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Λαϊκό

Γυναίκα 38 ετών προσέρχεται για δοκιμασία φόρτισης με δοβουταμίνη στα πλαίσια προμεταμοσχευτικού έλεγχου. Από το ιστορικό της αναφέρεται αυτοάνοση νεφροπάθεια και ένταξη στο τεχνητό νεφρό από την ηλικία των 17 ετών. Σε ηλικία 21 ετών γίνεται μεταμόσχευση νεφρού. Η ασθενής σε ηλικία 34 ετών υποβάλλεται πολλαπλώς σε εξωσωματική γονιμοποίηση, χωρίς επιτυχία και αποκτά τελικώς παιδί με παρένθετη μητέρα.

Περίληψεις Απεικονιστικής Καρδιολογίας

Κατά τις προσπάθειες αυτές γίνεται απόρριψη του μοσχεύματος και εντάσσεται εκ νέου σε τεχνητό νεφρό τα δύο τελευταία έτη. Η ασθενής δεν αναφέρει συμπτώματα από τα καρδιαγγειακά της.

Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας με δοβουταμίνη παρατηρήθηκε εκτεταμένη ισχαιμία της αριστεράς κοιλίας με διάταση αυτής. Υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία η οποία έδειξε εκτεταμένη στεφανιαία νόσο, ακολούθησε αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

Αναλύονται τα απεικονιστικά ευρήματα και οι αιτίες που οδήγησαν στην πρόωρη εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.

Περιστατικό Νο4

ΒΑΣΙΛΙΚΗ MATZAPAKH

Καρδιολόγος επιμελήτρια Α'

Πρόκειται για άνδρα ασθενή 83 ετών, με ιστορικό χειρουργηθέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής και χειρουργηθείσας στεφανιαίας νόσου με αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας- λόγω σοβαρής στένωσης- με βιοπροσθετική 4 έτη προ της εισαγωγής του στο νοσοκομείο μας. Ο ασθενής προσέρχεται με δύσπνοια-ορθόπνοια-αρχόμενη καρδιακή κάμψη, ενώ αναφέρεται και πρόσφατη νοσηλεία σε επαρχιακό νοσοκομείο με παρόμοια συμπτώματα. Από τον υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο διαπιστώνεται μέτρια έκπτωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας με τμηματικές διαταραχές κινητικότητας καθώς και δυσλειτουργία της βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας με περιορισμό στη διάνοιξη αλλά και με σοβαρή ανεπάρκεια. Θα ακολουθήσει αναλυτικά η ηχωκαρδιογραφική εκτίμηση της λειτουργικότητας της βιοπροσθετικής βαλβίδας, ενώ επίσης θα αναφερθεί η χρησιμότητα και άλλων απεικονιστικών μεθόδων. Τέλος θα συζητηθούν οι θεραπευτικές επιλογές στον συγκεκριμένο ασθενή.

Περιστατικό Νο5

Συγγενής διορθωμένη μετάθεση μεγάλων αγγείων: Όταν δυο λάθη δεν κάνουν ένα σωστό

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΣΙΑΜΑ

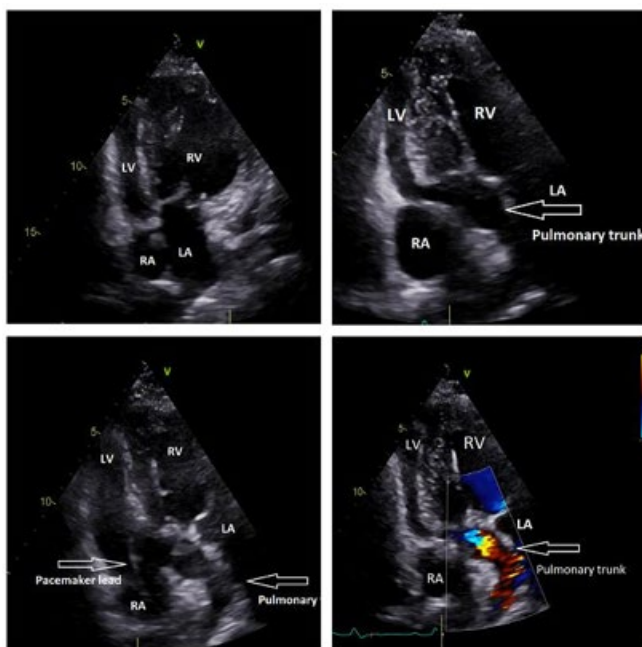
Εισαγωγή: Η συγγενής διορθωμένη μετάθεση των μεγάλων αγγείων (ccTGA), γνωστή και ως L-TGA είναι μια σπάνια συγγενής μη κυανωτική καρδιοπάθεια που αντιπροσωπεύει λιγότερο από 1% των συγγενών καρδιοπαθειών. Σε αντίθεση με τη μετάθεση όπου τα μεγάλα αγγεία αντιπαραβάλλονται και ξεκινούν

Περιλήψεις Επεμβατικής Καρδιολογίας

από τη λάθος κοιλία καταλήγοντας σε δύο ξεχωριστές κυκλοφορίες, κατάσταση που είναι ασύμβατη με τη ζωή αν δεν υπάρχει επικοινωνία, στη διορθωμένη μετάθεση και οι κοιλίες είναι αντίστροφα. Συνεπώς, αν και το κυκλοφορικό πρόβλημα διορθώνεται, δύο λάθη δεν κάνουν ένα σωστό. Ο αριστερός κόλπος συνδέεται με μια μορφολογικά δεξιά κοιλία που καταλήγει στην αορτή, έχοντας ως συνέπεια η δεξιά κοιλία να έχει το ρόλο της συστηματικής κοιλίας και η τριγλώχινα βαλβίδα το ρόλο της συστηματικής κολποκοιλιακής βαλβίδας. Η cc-TGA είναι μια κατάσταση που συχνά διαφεύγει και δεν διαγιγνώσκεται μέχρι την ενηλικίωση.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για έναν άνδρα ηλικίας 42 ετών με ιστορικό γνώστης cc-TGA, διαγνωσθείσας σε εφηβική ηλικία λόγω συνυπάρχοντος πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Ο ασθενής διατηρούσε μια ικανοποιητική κοιλιακή ανταπόκριση έως προ 5ετίας, οπότε καταγράφηκε εκσεσημασμένη βραδυκαρδία και εμφυτεύθηκε μόνιμος τεχνητός βηματοδότης. Ο ασθενής, ο οποίος λαμβάνει χαμηλή δόση ραμιπρίλης και είναι ασυμπτωματικός σε ηρεμία και άσκηση προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου μας για τακτικό έλεγχο.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός χωρίς κλινικά σημεία καρδιακής ανεπάρκειας. Η ακρόαση κατέδειξε ολοσυστολικό φύσημα 4/6 στην αριστερή κάτω στερνική θέση. Η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφία κατέδειξε έναν διατεταμένο αριστερό κόλπο καθώς και μια διατεταμένη μορ-



Εικόνα. cc-TGA.

Περίληψεις Απεικονιστικής Καρδιολογίας

φολογικά δεξιά κοιλία στη θέση της συστηματικής με υπερτροφία τοιχωμάτων και επηρεασμένη συστολική λειτουργία (ΚΕ ~40%). Μια μορφολογικά τριγλώχινα βαλβίδα ήταν στη θέση της μιτροειδούς με ολοσυστολική πρόπτωση και μέτρια-σοβαρή ανεπάρκεια. Οι πιέσεις στην πνευμονική αρτηρία ήταν φυσιολογικές. Είναι αξιοσημείωτο ότι σε διαδοχικές ηχωκαρδιογραφικές και MRI μελέτες καταγραφόταν μια προοδευτική διάταση της δεξιάς κοιλίας και μείωση της συσπαστικότητάς της, καθώς και επιδείνωση της τριγλωχινικής ανεπάρκειας.

Συζήτηση: Η χειρουργική αντιμετώπιση έχει ένδειξη σε ασθενείς με σοβαρή βαλβιδοπάθεια και μείωση του κλάσματος εξωθήσεως, ωστόσο δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν αυτή την πρακτική σε άτομα με μετάθεση. Η μειωμένη συστατικότητα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα τόσο της πρωτοπαθούς πάθησης (αφού η δεξιά κοιλία είναι κοιλότητα όγκων και όχι πιέσεων) καθώς και της επιδεινούμενης βαλβιδοπάθειας. Περαιτέρω δεδομένα χρειάζονται για την εκτίμηση και αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Περιστατικό Νο6

ΒΛΑΝΤ Ν., ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΚΩΤΣΑΚΗΣ Α.

Γ.Ν.Νίκαις, Πειραιάς, Β Καρδιολογική κλινική

Ασθενής 82 ετών με ιστορικό ΑΥ και θυρεοειδεκτομής λόγω Ca θυρεοειδούς, εισήχθη στην καρδιολογική κλινική με κολπική μαρμαρυγή. Στο υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο σημειώνεται εικόνα μορφώματος δεξιού κόλπου. Συνεστήθη έλεγχος με διοισοφάγειο υπέρηχο τον οποίο η ασθενής αρνήθηκε. Σαν εναλλακτικός έλεγχος στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης ζητήθηκε CT θώρακος και MRI καρδιάς.



ΠΡΟΕΔΡΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Αγγελάκη Μ.

Αγγέλη Α.

Αγγέλη Κ.

Αλεξόπουλος Δ.

Αναγνωστόπουλος Κ.

Ανδρουτσοπούλου Β.

Αρχοντάκης Σ.

Βαρβαρίγος Ν.

Βαρτελά Β.

Βλαντ Ν.

Βογιατζής Ι.

Βούδρης Β.

Γαρδικιώτης Α.

Γιαννακοπούλου Β.

Γορανίτου Γ.

Γουδέβενος Ι.

Γράσσης Χ.

Γράψας Ν.

Δαμάσκος Δ.

Δαμέλου Α.

Δημόπουλος Β.

Δήμου Σ.

Δούρας Α.

Δρακοπούλου Μ.

Ζαγκλαβήρα Π.

Ηλιοπούλος Δ.

Ηλιοπούλος Δ.

Κακκάβας Α.

Καλλιάνος Χ.

Καλλικάζαρος Ι.

Καλπάκος Δ.

Κανακάκης Ι.

Καράμπελα Γ.

Καραμπίνος Η.

Κάσινος Ν.

Κατράνης Α.

Κατσαρός Φ.

Κατσιμαγκλής Σ.

Καυκάς Ν.

Κετίκογλου Δ.

Κοκοτσάκης Ι.

Κορωνιώτης Γ.

Κουνατιάδης Π.

Κουργιαννίδης Γ.

Κουρής Ν.

Κουτούζης Μ.

Κουτρουλού Β.

Κρανίδης Α.

Κωστάκου Π.

Κωστοπούλου Α.



Κωτούλας Χ.
Κωτσάκης Α.
Λάζαρης Ε.
Λάζαρος Γ.
Λαμπρόπουλος Σ.
Λιβάνης Ε.
Λυμπέρη, Σ.
Μακαβός Γ.
Μάκος Γ.
Μακρής Θ.
Μαμπλέκος Γ.
Μαντάς Ι.
Μαντζουράτος Δ.
Μανωλάτος Δ.
Μανώλης Α.
Μασούρα Κ.
Ματζαράκη Β.
Μάτσakas Ε.
Μερτζάνος Γ.
Μίλκας Α.
Μόσχος Ν.
Μπαρμπετσέας Ι.
Μπιμπής, Γ.
Μπόνου Μ.

Νίκας Δ.
Νικήτας Γ.
Νικολόπουλος Ν.
Οικονομίδης Ι.
Οικονομίδης Ν.
Παναγιωτόπουλος Ι.
Παναγιώτου Μ.
Παπαδόπουλος Κ. (2)
Παπαδόπουλος Κ. (1)
Παπαδοπούλου Η.
Παπαιωάννου Σ.
Παπακωσταντίνου Ν.
Παπανάγνου Γ.
Παπούλια Ε.
Παραβολιδάκης Κ.
Παρασκευαΐδης Ι.
Παρασκευαΐδης Σ.
Παστρωμάς Σ.
Πατσιλινάκος Σ.
Πατσουράκος Φ.
Περρέας Κ.
Πετούσης Γ.
Πισιμίσης Ε.
Πλατογιάννης Δ.

ΠΡΟΕΔΡΟΙ
ΟΜΙΛΗΤΕΣ
ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ

Πλατογιάννης Ν.
Πράππας Σ.
Πυργάκης Β.
Ρεντούκας Η.
Ρούτουλας Θ.
Ρουτσάκος Δ.
Σανιδάς Η.
Σιαμά Α.
Σκουμπουρδής Ε.
Σούφρας Γ.
Σπανός Α.
Σταυρόπουλος Γ.
Στουγιάννος Π.
Τζίφα Α.
Τόλη Κ.
Τούσουλης Δ.
Τούτουζας Κ.

Τριάντης Γ.
Τρίκας Α.
Τσιάμης Σ.
Τσίγκας Γ.
Τσούκας Α.
Τσούνος Ι.
Φαρμάκης Δ.
Φλώρος Γ.
Χαβελές Ι.
Χαμόδρακα Ε.
Χαντανής Σ.
Χαρίτος Σ.
Χασικίδης Χ.
Χάχαλης Γ.
Χλωρογιάννης Ι.
Χρονάκης Ε.
Χρυσός Δ.

ΧΟΡΗΓΟΙ

Η Οργανωτική Επιτροπή του 14^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Κλινικών Καρδιαγγειακών Παθήσεων ευχαριστεί θερμά τις χορηγούς εταιρίες για την αρωγή τους στην επιτυχία αυτού του Συνεδρίου.

ASTRAZENECA

BAYER

BOEHRINGER INGELHEIM

ELPEN

GAP

MEDTRONIC

MENARINI

PFIZER

SANOFI

UNI-PHARMA

VIANEX

WINMEDICA

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ



Κλεισθένης 15, 105 52 Αθήνα
Τηλ: 210 33.16.900 e-mail: info@airvissatravel.gr



Xarelto®

rivaroxaban

L GR MKT 10.2018.1097



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leverkusen, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novartis Ltd,
Τηλ. 00357 22483858

Τμήμα Επιστημονικής Ενγύμνασης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία συμπτωμάτων



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 96, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Συρόπουλος 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459269

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ανοφύστε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.