



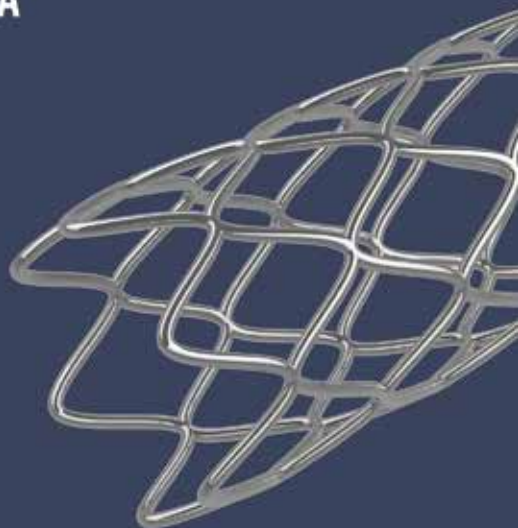
**ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**12-14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019
ELECTRA PALACE
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

**12th CONGRESS OF
INNOVATIONS
IN INTERVENTIONAL
CARDIOLOGY &
ELECTROPHYSIOLOGY
IICE**

**12ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ &
ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / PROGRAMME



SENTINEL™
Cerebral Protection System

Stroke Happens
**PROTECTION
Works**



Protected TAVI™

with SENTINEL™ Cerebral Protection System
Gives You the Power to Reduce Stroke

Illustrations for information purposes – not indicative of actual size or clinical outcome. All photographs taken by Boston Scientific.

All cited trademarks are the property of their respective owners. CAUTION: The SENTINEL Cerebral Protection System may only be used in countries where it is approved for use. The law restricts these devices to sale by or on the order of a physician. Indications, contraindications, warnings, and instructions for use can be found in the product labeling supplied with each device. Information for use only in countries with applicable health authority product registrations. Information not for use or distribution in France.

SH-567406-AC. © 2019 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.

www.bostonscientific.eu

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ / CONTENTS

04	ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ
05	WELCOMING ADDRESS
06	ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ
07	COMMITTEES
08	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
08	SCIENTIFIC PROGRAMME
26	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΑ / SATELLITES
28	ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ
28	FACULTY – SPEAKERS’ AND COMMENTATORS’ LIST
42	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ
42	ACKNOWLEDGEMENTS
43	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
46	GENERAL INFORMATION
49	ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
49	SUMMARIES OF ABSTRACTS - CONGRESS PROCEEDINGS
95	INDEX / ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
97	INDEX / ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ & ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητή/έ Συνάδελφε,

Βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να σας προσκαλέσουμε στο **12ο Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας** (12th Congress of Innovations in Interventional Cardiology and Electrophysiology) που διοργανώνει η Καρδιολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος και θα διεξαχθεί στις 12 - 14 Σεπτεμβρίου 2019 στο ξενοδοχείο Electra Palace στη Θεσσαλονίκη.

Η μεγάλη επιτυχία των έντεκα προηγούμενων Συνεδρίων εγγυάται ότι και το 12ο Συνέδριό μας θα έχει ακόμα μεγαλύτερη ανταπόκριση από όλους τους Έλληνες και ξένους Καρδιολόγους, και θα στεφθεί με ακόμα μεγαλύτερη επιτυχία.

Σκοπός του Συνεδρίου είναι να παρουσιαστούν οι πιο πρόσφατες εξελίξεις στην Επεμβατική Καρδιολογία και Ηλεκτροφυσιολογία από διακεκριμένους ομιλητές και η εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πράξη, ώστε να είναι ιδιαίτερα χρήσιμο επιστημονικό εργαλείο και στους μη επεμβατικούς καρδιολόγους. Τα θέματα που θα αναπτυχθούν θα αφορούν όλο το φάσμα της επεμβατικής καρδιολογίας και ηλεκτροφυσιολογίας.

Παράλληλα, στο πλαίσιο του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί για τρίτη χρονιά το 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών – Τεχνολόγων Ακτινολόγων Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας.

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλούμε να παρακολουθήσετε τις εργασίες του Συνεδρίου μας.

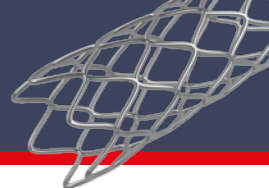
Με εκτίμηση,

Γεώργιος Μπομπότης

Επεμβατικός Καρδιολόγος

Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

Πρόεδρος Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος



WELCOMING ADDRESS

Dear Colleague,

It is with great pleasure that we invite you to the **12th Congress of Innovations in Interventional Cardiology and Electrophysiology**, with international participation, which is organized by the Cardiological Society of Northern Greece and will be held from 12th to 14th September 2019 at Electra Palace Hotel in Thessaloniki, Greece.

The great success of our eleven previous Congresses, guarantees that the 12th Congress will have an even greater response from all Greek and foreign Cardiologists and the success will be even greater.

The aim of the Congress is to present the most recent developments in Interventional Cardiology and Electrophysiology by distinguished speakers and their use in the everyday clinical practice, so that they can also be useful to the non-interventional cardiologists. Topics will include all issues of Interventional Cardiology and Electrophysiology.

Finally, the 3rd Panhellenic Congress of Nurses – Technologists Radiologists of Interventional Cardiology and Electrophysiology will be held alongside the Congress. We cordially invite you to participate and follow the various activities of our Congress.

Yours Sincerely,

Georgios Bompotis

Interventional Cardiologist

Director of Cardiology Department of General Hospital Papageorgiou

President of the Cardiological Society of Northern Greece

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γ. Μπομπότης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ι. Τσούνος

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Χ. Γραϊδης

ΕΙΔ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Α.-Δ. Μαυρογιάννη

ΤΑΜΙΑΣ

Σ. Παπαζαχαρίου

ΜΕΛΗ

Ε. Ιωαννίδης, Ι. Κανονίδης

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γ. Μπομπότης, Ι. Τσούνος, Ι. Κανονίδης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γ. Μπομπότης

ΜΕΛΗ

Β. Βασιλικός

Ι. Βογιατζής

Γ. Γιαννακούλας

Π. Γκελερής

Ε. Γκουτζίομήτρου

Χ. Γραϊδης

Τ. Δαδούς

Γ. Ευθυμιάδης

Η. Ζάρβαλης

Ι. Ζαρίφης

Β. Θανόπουλος

Ε. Ιωαννίδης

Ν. Καμπουρίδης

Ι. Κανονίδης

Γ. Κατσιμαγκλής

Δ. Κουλαξής

Γ. Λάτσιος

Α. Μαστροκωστόπουλος

Α.-Δ. Μαυρογιάννη

Θ. Μπελεβεσλής

Σ. Παπαζαχαρίου

Σ. Παπαϊωάννου

Α. Παπανικολάου

Σ. Παπαστεφάνου

Σ. Παρασκευαΐδης

Γ. Παρχαρίδης

Β. Πυργάκης

Β. Σαχπεκίδης

Γ. Σιάνος

Β. Σκέμπερης

Κ. Σπανόπουλος

Γ. Σπυρομήτρος

Ι. Γ. Στυλιάδης

Α. Συνετός

Δ. Τζιακάς

Β. Τζίφος

Η. Τιτόπουλος

Κ. Τούτουζας

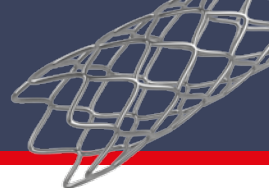
Γ. Τρανταλής

Μ. Τσελεντάκης

Ι. Τσούνος

Ν. Φραγκάκης

Χ. Χατζηγελευθερίου



COMMITTEES

BOARD OF CARDIOLOGICAL SOCIETY OF NORTHERN GREECE

PRESIDENT

G. Bompotis

VICE PRESIDENT

I. Tsounos

GEN. SECRETARY

C. Graidis

SPEC. SECRETARY

A.-D. Mavrogianni

TREASURER

S. Papazachariou

MEMBERS

E. Ioannidis, I. Kanonidis

ORGANIZING COMMITTEE

G. Bompotis, I. Tsounos, I. Kanonidis

SCIENTIFIC COMMITTEE

PRESIDENT

G. Bompotis

MEMBERS

T. Belevelis

C. Chatzieleftheriou

G. Dadoush

N. Fragakis

P. Geleris

G. Giannakoulas

E. Gkoutziomitrou

C. Graidis

G. Efthimiadis

E. Ioannidis

N. Kampouridis

I. Kanonidis

G. Katsimagklis

D. Koulaxis

G. Latsios

A. Mastrokostopoulos

A.-D. Mavrogianni

S. Papaioannou

A. Papanikolaou

S. Papastefanou

S. Papazachariou

S. Paraskevaidis

G. Parcharidis

V. Pyrgakis

V. Sachpekidis

G. Sianos

V. Skeberis

K. Spanopoulos

G. Spyromitros

I. G. Styliadis

A. Synetos

V. Thanopoulos

I. Titopoulos

K. Toutouzas

G. Trantalis

M. Tselentakis

I. Tsounos

D. Tziakas

V. Tzifos

V. Vassilikos

I. Vogiatzis

I. Zarifis

E. Zarvalis

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / THURSDAY 12 SEPTEMBER 2019

08:00 - 09:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ - ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

CASES - PAPERS PRESENTATION OF ELECTROPHYSIOLOGY

Πρόεδροι: Χ. Χατζηγελευθερίου, Τ. Δαδούς, Η. Ζάρβαλης

Chairpersons: **Ch. Chatzileftheriou, G. Dadoush, E. Zarvalis**

09:30 - 11:30 ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥΣ

**SEMINARS ON CARDIAC CATHETERIZATION AND INTERVENTIONAL
CARDIOLOGY FROM CARDIOLOGISTS IN TRAINING**

Πρόεδροι: Ι. Ζαρίφης, Ι. Κανονίδης, Γ. Σιάνος

Chairpersons: **I. Zarifis, I. Kanonidis, G. Sianos**

09:30 - 09:50 Μετρήσεις πιέσεων, καρδιακής παροχής και αγγειακών αντιστάσεων
στον καρδιακό καθετηριασμό

Measurement of pressures, cardiac output and vascular resistance
during cardiac catheterization

M. Μελετιδίου / M. Meletidou

Σχολιαστής / Commentator: **Χ. Γραϊδής / C. Graidis**

09:50 - 10:00 Ερωτήσεις-Σχόλια / Questions-Comments

10:00 - 10:20 Ακτινοπροστασία κατά τη διάρκεια των καρδιαγγειακών παρεμβάσεων

Radiation safety during Cardiovascular Procedures

A. Καρακάνας / A. Karakanas

Σχολιαστής / Commentator: **Σ. Παπαστεφάνου / S. Papastefanou**

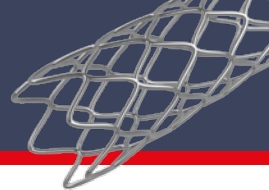
10:20 - 10:30 Ερωτήσεις-Σχόλια / Questions-Comments

10:30 - 10:50 Καρδιακός Καθετηριασμός και Παρεμβάσεις στα Νοσήματα του
Περικαρδίου

Cardiac Catheterization and Interventions in Pericardial Diseases

A. Σίσκος / A. Siskos

Σχολιαστής / Commentator: **Ι. Κανονίδης / I. Kanonidis**



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / THURSDAY 12 SEPTEMBER 2019

- 10:50 - 11:00 Ερωτήσεις-Σχόλια / Questions-Comments
- 11:00 - 11:20 Επιπλοκές των Διαδερμικών Στεφανιαίων Παρεμβάσεων
Complications during Percutaneous Coronary Interventions
Π. Φαλιάγκας / P. Faliagkas
- Σχολιαστής / Commentator: Ι. Μποστανίτης / I. Bostanitis
- 11:20 - 11:30 Ερωτήσεις-Σχόλια / Questions-Comments
- 11:30 - 11:45 Διάλειμμα / Break
- 11:45 - 13:45 ΧΡΟΝΙΕΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΠΟΦΡΑΞΕΙΣ / CHRONIC TOTAL OCCLUSIONS
Πρόεδροι: Γ. Σιάνος, Α.-Δ. Μαυρογιάννη, Α. Συνετός
Chairpersons: G. Sianos, A-D Mavrogianni, A. Synetos
- 11:45 - 12:00 Λογική της διάνοιξης των Χρονίων Ολικών Αποφράξεων
The rationale behind the CTO PCIs
Γ. Σιάνος / G. Sianos
- 12:00 - 12:15 Υλικά Διαδερμικής Στεφανιαίας Παρέμβασης σε Χρόνιες
Ολικές Αποφράξεις / Materials for PCIs in Chronic Total Occlusions
Α.-Δ. Μαυρογιάννη / A.-D. Mavrogianni
- 12:15 - 12:30 Ορθόδρομη προσπέλαση / Antegrade approach
Α. Μπάρμπας / A. Barmbas
- 12:30 - 12:45 Αντιδρομη προσπέλαση / Retrograde approach
Α. Συνετός / A. Synetos
- 12:45 - 13:45 Παρουσιάσεις εκπαιδευτικών περιστατικών Διαδερμικής Στεφανιαίας
Παρέμβασης σε Χρόνιες Ολικές Αποφράξεις από την Ομάδα του
Προέδρου του EURO CTO club Καθηγητού Γ. Σιάνου
Educational Case presentation of PCIs in CTOs from the Team of the
President of EURO CTO club Professor G. Sianos

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / THURSDAY 12 SEPTEMBER 2019

Σχολιαστές: Γ. Μπομπότης, Θ. Μπελεβελής, Σ. Δελιογλάνης,
Γ. Κασίμης

Commentators: **G. Bompotis, Th. Belevesslis, S. Delioglanis,
G. Kassimis**

**13:45 - 15:00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ - ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
CASES - PAPERS PRESENTATION OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY**

Πρόεδροι: Δ. Κουλαξής, Χ. Παπαδόπουλος

Chairpersons: **D. Koulaxis, Ch. Papadopoulos**

15:00 - 17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

Ερμηνεία του Ηλεκτροκαρδιογραφήματος στην κλινική πράξη

Interpretation of Electrocardiogram in clinical practice

Πρόεδροι: Ε. Κοτσάκου-Χατζηνικολάου, Β. Σκέμπερης

Chairpersons: **E. Kotsakou-Chatzinikolaou, V. Skemperis**

15:00 - 15:15 Το φυσιολογικό ΗΚΓ / **The normal ECG**

Ε. Καραπατσούδη / E. Karapatsoudi

15:15 - 15:30 Το κύμα Ρ και διαταραχές του φλεβοκόμβου

P wave analysis and sinus node dysfunction

Α. Βοσνακίδης / A. Vosnakidis

15:30 - 15:45 Το ΗΚΓ σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές

The ECG in electrolyte disorders

Ε. Κοτσάκου-Χατζηνικολάου / E. Kotsakou -Chatzinikolaou

15:45 - 16:00 ΗΚΓ στην κοιλική ταχυκαρδία / **ECG in atrial tachycardias**

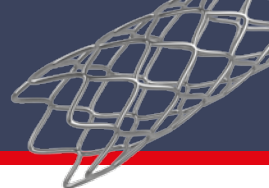
Δ. Ιατρόπουλος / D. Iatropoulos

16:00 - 16:15 ΗΚΓ στις κοιλιακές αρρυθμίες / **The ECG in ventricular arrhythmias**

Β. Σκέμπερης / V. Skemperis

16:15 - 16:30 ΗΚΓ σε παραπληρωματικό δεμάτιο / **ECG in accessories pathways**

Δ. Ιατρόπουλος / D. Iatropoulos



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / THURSDAY 12 SEPTEMBER 2019

16:30 - 17:00 Σχολιαστές: Γ. Γκόγκας, Δ. Ιατρόπουλος, Μ. Κωνσταντινίδου,
Σ. Παπαστεφάνου, Χ. Χατζηγελευθερίου, Ν. Καμπουρίδης
Commentators: **G. Gogkas, D. Iatropoulos, M. Konstantinidou,**
S. Papastefanou, Ch. Chatzieleftheriou, N. Kampouridis

17:00 - 17:30 Διάλειμμα / **Break**

17:30 - 18:00 ΔΙΑΛΕΞΗ / **LECTURE**
Πρόεδρος / **Chairperson: N. Φραγκάκης / N. Fragakis**

Η κοιλιακή μαρμαρυγή μετά από θεραπεία με ablation
Atrial fibrillation after treatment with ablation
Δ. Λυσίτσας / D. Lysitsas

18:00 - 18:30 ΔΙΑΛΕΞΗ / **LECTURE**
Πρόεδρος / **Chairperson: E. Γκουτζιομήτρου / E. Goutziomitrou**

Ομάδα Καρδιάς. Η άποψη του αναισθησιολόγου στη διακαθετηριακή
θεραπεία των δομικών καρδιοπαθειών / **Heart Team. Anesthesiologist's**
view in therapy of structural heart diseases
Κ. Σπανόπουλος / K. Spanopoulos

18:30 - 20:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**
Προκλήσεις στις Διαδερμικές Στεφανιαίες Παρεμβάσεις
Challenges in Percutaneous Coronary Interventions
Πρόεδροι: **E. Ιωαννίδης, Σ. Παπαζαχαρίου, Δ. Στάκος**
Chairpersons: E. Ioannidis, S. Papazachariou, D. Stakos

18:30 - 18:45 Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση στο στέλεχος
Percutaneous Coronary Intervention in left main stem
Σ. Δελιογλάνης / S. Delioglianis

* Η συνέχεια του τραπέζιού στην επόμενη σελίδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / THURSDAY 12 SEPTEMBER 2019

Σχολιαστής / Commentator: Σ. Παπαζαχαρίου / S. Papazachariou

18:45 - 19:00 Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση σε διχασμούς
Percutaneous Coronary Intervention in bifurcations
Δ. Δημητριάδης / D. Dimitriadis

Σχολιαστής / Commentator: Δ. Στάκος / D. Stakos

19:00 - 19:15 Διαδερμική παρέμβαση σε φλεβικά μοσχεύματα
Percutaneous intervention in venous grafts
Γ. Μόσχος / G. Moschos
Σχολιαστής / Commentator: Α. Μπάρμπας / A. Barmpas

19:15 - 19:30 Επαναστένωση ενδοστεφανιαίων προθέσεων / In-stent restenosis
Μ. Διδάγγελος / M. Didagelos
Σχολιαστής / Commentator: Θ. Γκούτζιος / Th. Goutzios

19:30 - 19:45 Αθηρεκτομή / Atherectomy
Α. Κολυβήρας / A. Kolyviras
Σχολιαστής / Commentator: Θ. Μπελεβεσλής / Th. Belevesslis

19:45 - 20:00 Ερωτήσεις - Σχόλια / Questions - Comments

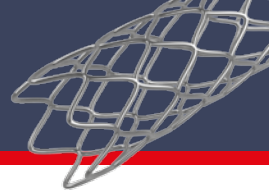
20:00 - 20:45 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ / OPENING CEREMONY

20:00 - 20:10 Προσφωνήσεις / Greetings

20:10 - 20:40 Εναρκτήρια ομιλία / Opening speech
Πρόεδρος / Chairperson: Γ. Μπομπότης / G. Bompotis

Επεμβατική θεραπεία συγγενών καρδιοπαθειών. Σημερινά δεδομένα
Interventional therapy in congenital heart diseases. Current status
Β. Θανόπουλος / V. Thanopoulos

20:40 - 20:45 Κήρυξη των εργασιών του Συνεδρίου / Inauguration of the Congress
Καθηγητής Ι. Κανονίδης / Professor I. Kanonidis



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

08:00 - 09:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**

Αντιθρομβωτική Αγωγή στις Διαδερμικές Στεφανιαίες Παρεμβάσεις
Antithrombotic Therapy in Percutaneous Coronary Interventions

Πρόεδροι: Π. Γκελερής, Χ. Γραϊδής, Δ. Κετίκογλου /
Chairpersons: **P. Geleris, Ch. Graidis, D. Ketikoglou**

08:00 - 08:15 Αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή

Antiplatelet and anticoagulation therapy

Ι. Μποστανίτης / **I. Bostanitis**

Σχολιαστής / **Commentator: Γ. Ανδονίδης / G. Aidonidis**

08:15 - 08:30 Εξωκαρδιακό χειρουργείο μετά από Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση

Extracardiac Surgery after Percutaneous Coronary Intervention

Φ. Οικονόμου / **F. Ekonomou**

Σχολιαστής / **Commentator: Γ. Κοντόπουλος / G. Kontopoulos**

08:30 - 08:45 Αντιθρομβωτική αγωγή σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και

Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση

**Antithrombotic Therapy in patient with atrial fibrillation and
Percutaneous Coronary Intervention**

Ε. Ρέππας / **E. Reppas**

Σχολιαστής / **Commentator: Γ. Μαμαδάς / G. Mamadas**

08:45 - 09:00 Πολυμορφισμοί, γενετικός έλεγχος και εργαστηριακή παρακολούθηση
στις Διαδερμικές Στεφανιαίες Παρεμβάσεις

**Polymorphisms, genetic control and laboratory monitoring in
Percutaneous Coronary Interventions**

Δ. Κουλαξής / **D. Koulaxis**

Σχολιαστής / **Commentator: Β. Καρασαββίδης / V. Karasavidis**

* Η συνέχεια του τραπεζιού στην επόμενη σελίδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

09:00 - 09:15 Αντιθρομβωτική αγωγή στις Διακαθετηριακές Εμφυτεύσεις Αορτικών Βαλβίδων. Νεότερα δεδομένα / **Antithrombotic Therapy in Transcatheter Aortic Valve Implantation. Current status**
Μ. Διδάγγελος / M. Didangelos

Σχολιαστής / **Commentator: Γ. Μπομπότης / G. Bompotis**

09:15 - 09:30 Ερωτήσεις-Σχόλια / **Questions-Comments**

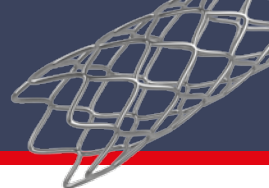
09:30 - 10:45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE**
Ειδικές ομάδες ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή. Πρέπει, πώς και πότε να χορηγηθεί αντιπηκτική αγωγή;
Specific groups of patients with atrial fibrillation. To anticoagulate or not to anticoagulate? How and when?
Πρόεδροι: **Ι. Βογιατζής, Τζ. Δαδούς, Ι. Τσούνος**
Chairpersons: I. Vogiatzis, G. Dadoush, I. Tsounos

09:30 - 09:45 Χρόνια νεφρική νόσος / Αιμοδιύλιση
Chronic kidney disease / Hemodialysis
Ν. Νικολούλης / N. Nikoloulis

09:45 - 10:00 Μετά από επεισόδιο αιμορραγικού εγκεφαλικού Επεισοδίου / **After Intracerebral hemorrhage**
Π. Κυριάκου / P. Kyriakou

10:00 - 10:15 Μετά από επιτυχή κατάλυση κοιλιακής μαρμαρυγής
After successful AF ablation
Δ. Λυσίτσας / D. Lysitsas

10:15 - 10:30 Μετά από καταγραφή επεισοδίων κοιλιακής μαρμαρυγής στην εμφυτευμένη συσκευή / **In device detected AF**
Δ. Κωνσταντίνου / D. Konstantinou



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

Σχολιαστές / Commentators: **Ι. Αλευρούδης / I. Alevroudis,**
Μ. Παπαδημητρίου / M. Papadimitriou,
Χ. Χατζηελευθερίου / Ch. Chatzieleftheriou,
Δ. Ταχματζίδης / D. Tachmatzidis

10:30 - 10:45 Ερωτήσεις-Σχόλια / Questions-Comments

10:45 - 11:00 Διάλειμμα / Break

11:00 - 11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE**
Πνευμονική υπέρταση / Pulmonary hypertension
Πρόεδροι / Chairpersons: **Γ. Μπομπότης, Η. Τιτόπουλος**
G. Bompotis, H. Titopoulos

11:00 - 11:15 Χρόνια θρομβοεμβολική νόσος / Chronic thromboembolic disease
Ε. Σέραςλη / E. Serasli

11:15 - 11:30 Διαστρωμάτωση κινδύνου και θεραπεία της πνευμονικής αρτηριακής
υπέρτασης / Risk stratification and therapy of pulmonary arterial
hypertension
Γ. Γιαννακούλας / G. Giannakoulas

11:30 - 12:45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE**
Διαδερμικές Στεφανιαίες Παρεμβάσεις σε ειδικές υπο-ομάδες
ασθενών / Percutaneous Coronary Interventions in specific
patient subgroups
Πρόεδροι: **Θ. Παπαδόπουλος, Ν. Καμπουρίδης**
Chairpersons: **Th. Papadopoulos, N. Kampouridis**

11:30 - 11:45 Στους Διαβητικούς / In Diabetics
Α. Νικιτόπουλος / A. Nikitopoulos

Σχολιαστής / Commentator: **Κ. Γιαννακάκης / K. Giannakakis**

* Η συνέχεια του τραπεζιού στην επόμενη σελίδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

11:45 - 12:00 Στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια / In chronic Kidney Disease
Γ. Ανδονίδης / **G. Aidonidis**

Σχολιαστής / Commentator: Α. Μπάρμπας / **A. Barmpas**

12:00 - 12:15 Στις γυναίκες / In women
Δ. Παπακωνσταντίνου / **D. Papakonstantinou**

Σχολιαστής / Commentator: Μ. Διδάγγελος / **M. Didangelos**

12:15 - 12:30 Στους υπερήλικες / In elderly
Δ. Πέτρογλου / **D. Petroglou**

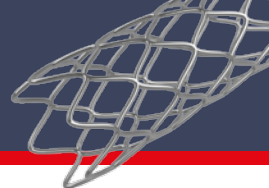
Σχολιαστής / Commentator: Γ. Κοντόπουλος / **G. Kontopoulos**

12:30 - 12:45 Ερωτήσεις - Σχόλια / Questions - Comments

12:45 - 14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**
Ενδοστεφανιαίες απεικονιστικές τεχνικές και αξιολόγηση
της μυοκαρδιακής και στεφανιαίας αιματικής ροής
Intracoronary imaging techniques and assessment of
myocardial and coronary blood flow
Πρόεδροι: Ι. Ζαρίφης, Γ. Κασίμης
Chairpersons: **I. Zarifis, G. Kassimis**

12:45 - 13:05 Οπτική Συνεκτική Τομογραφία και Ενδοστεφανιαίο
Υπερηχογράφημα / Optical Coherence Tomography and
Intracoronary Echocardiography
Χ. Γηράσης / **C. Gerasis**
Σχολιαστής / Commentator: Δ. Κετίκογλου / **D. Ketikoglou**

13:05 - 13:25 Χαρακτηριστικά των πλακών στη Στεφανιαία Νόσο
Characteristics of plaques in Coronary Artery Disease
Χ. Αραμπατζής / **Ch. Arampatzis**
Σχολιαστής / Commentator: Γ. Κασίμης / **G. Kassimis**



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

13:25 - 13:45 Κλάσμα στεφανιαίας Εφεδρείας Ροής και στιγμιαίο ελεύθερο κύματος πηλίκo / Fractional Flow Reserve and instantaneous wave Free Ratio
Λ. Μόσιαλος / L. Mosialos

Σχολιαστής / Commentator: **Ι. Ζαρίφης / I. Zarifis**

13:45 - 14:00 Ερωτήσεις - Σχόλια / Questions – Comments

14:00 - 14:30 ΔΙΑΛΕΞΗ / LECTURE

Πρόεδρος: **Ι. Γ. Στυλιάδης / Chairperson: I. G. Styliadis**

Ο ρόλος της 3D υπερηχογραφίας στην μελέτη των μεσοκολπικών επικοινωνιών -ανοικτού ωοειδούς τρήματος / The role of 3D echocardiography in the study of atrial septal defects and patent foramen ovale
Β. Σαχπεκίδης / V. Sachpekidis

14:30 - 15:00 ΔΙΑΛΕΞΗ / LECTURE

Πρόεδρος: **Γ. Μπομπότης / Chairperson: G. Bompotis**

Επιπλοκές των συσκευών σύγκλεισης μεσοκολπικής επικοινωνίας
Complications of ASD closure devices
Β. Θανόπουλος / V. Thanopoulos

15:00 - 17:00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
PAPERS PRESENTATION OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

Πρόεδροι: **Μ. Τσελεντάκης, Β. Τζίφος**
Chairpersons: **M. Tselentakis, V. Tzifos**

17:00 - 18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE

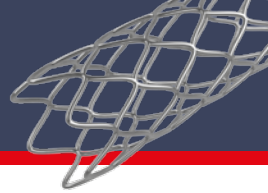
Κολπική Μαρμαρυγή - Συχνά κλινικά ερωτήματα
Atrial Fibrillation - Common clinical questions
Πρόεδροι: **Τζ. Δαδούς, Ι. Τσούνος**
Chairpersons: **G. Dadoush, I. Tsounos**

* Η συνέχεια του τραπεζιού στην επόμενη σελίδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

- 17:00 - 17:20 Ο ασθενής με κολπική μαρμαρυγή στα επείγοντα. Πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί;
The patient with atrial fibrillation in Emergency Room
A. Μαχτοπούλου / A. Machtoglou
- 17:20 - 17:40 Ποιος ασθενής με κολπική μαρμαρυγή πρέπει να κάνει κατάλυση και ποιος όχι;
Who to ablate for AF and who better not?
K. Τριανταφύλλου / K. Triantafyllou
- 17:40 - 18:00 Κολπική μαρμαρυγή σε ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο-διατηρημένο κλάσμα εξώθησης. Φαρμακευτική αντιμετώπιση ή κατάλυση; / *Prognosis of AF in heart failure with reduced and preserved ejection fraction. Medical therapy or catheter ablation?*
Γ. Σταυρόπουλος / G. Stavropoulos
- 18:00 - 18:20 Τροποποίηση τρόπου ζωής ως μέσο θεραπείας της κολπικής μαρμαρυγής. Είναι αποτελεσματική μέθοδος; / *Life style modification as treatment for atrial fibrillation. Is it effective?*
E. Δαλαμάγκα / E. Dalamaga
- Σχολιαστές / *Commentators:* **Δ. Κρικήδης / D. Krikidis,**
Λ. Μάντζιαρη / L. Mantziari, Δ. Λυσίτσας / D. Lysitsas,
Μ. Κωνσταντινίδου / M. Konstantinidou
- 18:20 - 18:30 Ερωτήσεις-Σχόλια / *Questions-Comments*
- 18:30 - 20:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / ROUND TABLE**
Εξελίξεις στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας
New developments in heart failure therapy
Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Ι. Τσουνός**
Chairpersons: V. Vassilikos, I. Tsounos
- 18:30 - 18:50 Ενδείξεις θεραπείας με απινιδωτή
Indications for defibrillator therapy
Σ. Παρασκευαΐδης / S. Paraskevaïdis



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

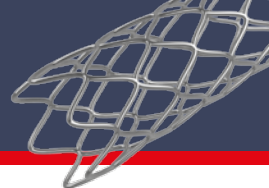
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

- 18:50 - 19:10 Ενδείξεις θεραπείας επανασυγχρονισμού
Indications for cardiac resynchronization therapy
Δ. Κωνσταντίνου / D. Konstantinou
- 19:10 - 19:30 Φάρμακα καρδιακής ανεπάρκειας με αντιαρρυθμική δράση
Drugs with antiarrhythmic action in Heart failure Therapy
Σ. Παπαστεφάνου / S. Papastefanou
- 19:30 - 20:00 Ερωτήσεις-Σχόλια / Questions-Comments
- 20:00 - 20:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ / SATELLITE LECTURE
Με την ευγενική χορηγία της εταιρίας **Abbott** (σελ. 26)
Sponsored by **Abbott** (page 26)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

- 08:15 - 09:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**
Πρόσφατες εξελίξεις στην τεχνολογία των συσκευών στην
Ηλεκτροφυσιολογία
The most recent device technology in Electrophysiology
Πρόεδροι: Σ. Παρασκευαΐδης, Η. Ζάρβαλης
Chairpersons: **S. Paraskevaïdis, E. Zarvalis**
- 08:15 - 08:30 Εμφυτεύσιμοι καταγραφείς αγκύλης / **Loop Recorders**
A. Αντωνιάδης / A. Antoniadis
- 08:30 - 08:45 Βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια / **Leadless pacemakers**
Σ. Παρασκευαΐδης / S. Paraskevaïdis
- 08:45 - 09:00 Αυτόματοι φορητοί απινιδωτές / **Wearable cardioverter defibrillators**
Λ. Μάντζιαρη / L. Mantziari
- 09:00 - 09:15 Υποδόριοι απινιδωτές / **Subcutaneous defibrillators**
M. Κωνσταντινίδου / M. Konstantinidou
- 09:15 - 09:30 Σχολιαστές: **Ι. Βογιατζής, Δ. Λυσίσας, Κ. Πολυμερόπουλος, Ι. Τσουνός**
Commentators: **I. Vogiatzis, D. Lysitsas, K. Polymeropoulos, I. Tsounos**
- 09:30 - 11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**
Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικών Βαλβίδων (ΔΕΑΒ)
Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)
Πρόεδροι: Γ. Μπομπότης, Κ. Τούτουζας, Β. Πυργάκης
Chairpersons: **G. Bompotis, K. Toutouzas, V. Pyrgakis**
- 09:30 - 09:45 Ενδείξεις Διακαθετηριακής Εμφύτευσης Αορτικών Βαλβίδων
Indications for Transcatheter Aortic Valve Implantation
Γ. Τρανταλής / G. Trantalis
- Σχολιαστής: **Α. Μαστροκωστόπουλος**
Commentator: **A. Mastrokostopoulos**



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

09:45 - 10:00 Αγγειακές επιπλοκές στη Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικών Βαλβίδων
Vascular complications in Transcatheter Aortic Valve Implantation
Γ. Κατσιμαγκλής / G. Katsimaglis

Σχολιαστής: **Δ. Παπακωνσταντίνου**
Commentator: D. Papakonstantinou

10:00 - 10:15 Αγγειακό εγκεφαλικό στις Διακαθετηριακές Εμφυτεύσεις Αορτικών Βαλβίδων
Stroke in Transcatheter Aortic Valve Implantation
Α. Μαστροκωστόπουλος / A. Mastrokostopoulos

Σχολιαστής: **Γ. Μπομπότης**
Commentator: G. Bompotis

10:15 - 10:30 Παραβαλβιδική Διαφυγή στις Διακαθετηριακές Εμφυτεύσεις Αορτικών Βαλβίδων
Paravalvular leak in Transcatheter Aortic Valve Implantation
Α. Παπανικολάου / A. Papanikolaou

Σχολιαστής: **Β. Τζίφος** / *Commentator: V. Tzifos*

10:30 - 10:45 Ανθεκτικότητα Διακαθετηριακά Εμφυτευόμενων Βιολογικών Αορτικών Βαλβίδων
Durability of Transcatheter Aortic Valve Bioprotheses Implantation
Β. Τζίφος / V. Tzifos

Σχολιαστής: **Κ. Τούτουζας** / *Commentator: K. Toutouzas*

10:45 - 11:00 Διαταραχές Ρυθμού και Αγωγής στις Διακαθετηριακές Εμφυτεύσεις Αορτικών Βαλβίδων
Rhythm and conduction disturbances in Transcatheter Aortic Valve Implantation
Μ. Κωνσταντινίδου / M. Konstantinidou

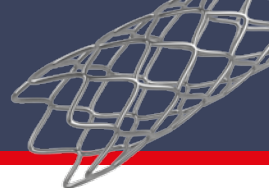
Σχολιαστής: **Κ. Πολυμερόπουλος** / *Commentator: K. Polymeropoulos*

* Η συνέχεια του τραπέζιού στην επόμενη σελίδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

- 11:00 - 11:20 Παρόν και μέλλον των Διακαθετηριακών Εμφυτεύσεων Αορτικών Βαλβίδων / **Present and future of Transcatheter Aortic Valve Implantation**
Κ. Τούτουζας / K. Toutouzas
- 11:20 - 11:30 Ερωτήσεις-Σχόλια / **Questions-Comments**
- 11:30 - 12:00 Διάλειμμα / **Break**
- 12:00 - 13:00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ / **LECTURES**
Πρόεδροι: **Σ. Παπαϊωάννου, Κ. Τούτουζας, Γ. Λάτσιος**
Chairpersons: S. Papaioannou, K. Toutouzas, G. Latsios
- 12:00 - 12:20 Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικής Βαλβίδας σε Βαλβίδα (Β σε Β)
Transcatheter Aortic Valve in Valve Implantation (ViV)
Π. Δάρδας / P. Dardas
- 12:20 - 12:40 Διακαθετηριακή Εμφύτευση Αορτικής Βαλβίδας σε δίπτυχη αορτική βαλβίδα / **Transcatheter Aortic Valve Implantation in bicuspid aortic valve**
Γ. Λάτσιος / G. Latsios
- 12:40 - 13:00 Παρόν και μέλλον των διακαθετηριακών θεραπειών της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας / **Present and future of mitral valve regurgitation**
Κ. Τούτουζας / K. Toutouzas
- 13:00 - 13:45 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ / **SATELLITE LECTURE**
Με την ευγενική χορηγία της εταιρίας **AstraZeneca** (σελ. 26)
Sponsored by AstraZeneca (page 26)
- 13:45 - 14:00 Διάλειμμα / **Break**
- 14:00 - 14:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**
Απεικόνιση στις Διακαθετηριακές Θεραπείες Δομικών Καρδιοπαθειών
Imaging in Transcatheter Therapies of Structural Heart Disease
Πρόεδρος: **Ι. Κανονίδης**
Chairperson: I. Kanonidis



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

14:00 - 14:15 Ο ρόλος της ηχωκαρδιογραφίας στις Διακαθετηριακές Θεραπείες των Δομικών Καρδιοπαθειών / **The role of echocardiography in Transcatheter Therapies of Structural Heart Disease**
M. Δρακοπούλου / M. Drakopoulou

Σχολιαστής: **E. Παγκουρέλιας / Commentator: E. Pagourelas**

14:15 - 14:30 Ο ρόλος της Αξονικής Τομογραφίας στις Διακαθετηριακές Θεραπείες των Δομικών Καρδιοπαθειών / **The role of CT in Transcatheter Therapies of Structural Heart Disease**
T. Χριστοφορίδου / T. Hristoforidou

Σχολιαστής: **X. Γραϊδής / Commentator: Ch. Graidis**

14:30 - 14:45 Ερωτήσεις-Σχόλια / **Questions-Comments**

14:45 - 15:00 Διάλειμμα / **Break**

15:00 - 17:00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΩΝ, ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ / **CASE PRESENTATION OF CORONARY ANGIOGRAPHIES, CARDIAC CATHETERIZATION AND INTERVENTION**

Πρόεδροι: **Γ. Κασίμης, X. Γραϊδής / Chairpersons: G. Kassimis, Ch. Graidis**

17:00 - 18:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ / **ROUND TABLE**

Η σημασία του ΗΚΓ ηρεμίας στη διαστρωμάτωση κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο σε διάφορες κλινικές καταστάσεις

Value of standard ECG in stratifying the risk of sudden death in different clinical settings

Πρόεδροι: **B. Βασιλικός, Σ. Παρασκευαΐδης**

Chairpersons: V. Vassilikos, S. Paraskevaidis

17:00 - 17:15 Καναλλοπάθειες / **Channelopathies**

A. Κοντογεώργης / A. Kontogeorgis

* Η συνέχεια του τραπεζιού στην επόμενη σελίδα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

17:15 - 17:30 Νέοι αθλητές / **Young athletes**
Ε. Παγκουρέλιας / **E. Pagourelas**

17:30 - 17:45 Αρρυθμιογόνος δεξιά κοιλία / **ARVC**
Κ. Πολυμερόπουλος / **K. Polymeropoulos**

17:45 - 18:00 Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια / **Hypertrophic CM**
Γ. Ευθυμιάδης / **G. Efthimiadis**

Σχολιαστές / **Commentators:** Π. Κυριάκου / **P. Kyriakou**,
Π. Σωτηρίου / **P. Sotiriou**, Μ. Σωτηριάδου / **M. Sotiriadou**,
Δ. Γιαννόγλου / **D. Giannoglou**

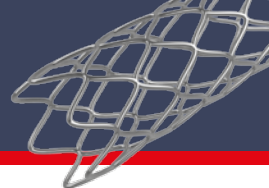
18:00 - 18:15 Ερωτήσεις-Σχόλια / **Questions-Comments**

18:15 - 18:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ / LECTURE**
Πρόεδρος / **Chairperson:** Ι. Κανονίδης / **I. Kanonidis**

Επασβεστωμένες στενωτικές βλάβες και στρατηγικές αντιμετώπισης.
Πρόσφατα δεδομένα / **Calcified stenotic lesions and therapeutic**
strategies. Current status
Δ. Τζιακάς / **D. Tziakas**

18:45 - 19:00 **Διάλειμμα / Break**

19:00 - 20:00 Μηνύματα από τις σπουδαιότερες μελέτες στην Επεμβατική
Καρδιολογία και την Ηλεκτροφυσιολογία το τελευταίο έτος
Messages from the most important studies on Interventional
Cardiology and Electrophysiology the last year
Πρόεδροι: Ι. Κανονίδης, Ι. Τσουνός
Chairpersons: I. Kanonidis, I. Tsounos



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ / SCIENTIFIC PROGRAMME

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

- 19:00 - 19:30 Μηνύματα από τις σπουδαιότερες μελέτες στην Επεμβατική Καρδιολογία το τελευταίο έτος
Messages from the most important studies on Interventional Cardiology the last year
Φ. Οικονόμου / F. Economou
- 19:30 - 20:00 Μηνύματα από τις σπουδαιότερες μελέτες στην Ηλεκτροφυσιολογία το τελευταίο έτος / Messages from the most important studies on Electrophysiology the last year
N. Φραγκάκης / N. Fragkakis
- 20:00 - 20:15 Κλείσιμο του Συνεδρίου-Συμπεράσματα
Closure of the Congress-Concluding Remarks
Ο Πρόεδρος της Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος και Πρόεδρος του Συνεδρίου **Γ. Μπομπότης**
The President of the Cardiological Society of Northern Greece and President of the Congress **G. Bompotis**

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ / SATELLITES

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / FRIDAY 13 SEPTEMBER 2019

20:00 - 20:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ / SATELLITE LECTURE

Με την ευγενική χορηγία της εταιρίας **Abbott**

Sponsored by **Abbott**

Πρόεδρος / Chairperson: **Ε. Κοτσάκου-Χατζηνικολάου /**

E. Kotsakou-Chatzinikolaou

Νεότερες εξελίξεις στα συστήματα τρισδιάστατης χαρτογράφησης
καρδιάς / New developments in 3D cardiac mapping systems

Δ. Ιατρόπουλος / D. Iatropoulos

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 / SATURDAY 14 SEPTEMBER 2019

13:00 - 13:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ / SATELLITE LECTURE

Με την ευγενική χορηγία της εταιρίας **AstraZeneca**

Sponsored by **AstraZeneca**

Διαχείριση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής στα Οξέα Στεφανιαία Σύνδρο-
μα. Παράγοντες και καταστάσεις που επηρεάζουν τη λήψη της απόφασης
για την κατάλληλη επιλογή και διάρκεια της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής

The management of antiplatelet treatment in Acute Coronary
Syndrome: Factors & situations that influence the decision on the
proper choice & duration of antiplatelet therapy

Πρόεδρος / Chairperson: **Ε. Παννά / E. Pappa**

Ασθενής με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο με ανάσπαση του διαστήματος ST:
ποια είναι η βέλτιστη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή;

Patient with Acute Coronary Syndrome with ST-segment elevation:
Which is the optimal antiplatelet treatment?

Σ. Τζήκας / S. Tzikas

Ασθενής με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο χωρίς ανάσπαση του διαστήματος
ST: η διαχείρισή τους ΣΗΜΕΡΑ και τι θα μπορούσε να αλλάξει

Patient with Acute Coronary Syndrome without ST-segment elevation:
their management TODAY and who it could be improved

Β. Σαχπεκίδης / V. Sachpekidis

Radiology is



Your ability, your expertise, your **Ultravist®**
Iopromide



Bayer

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την
Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

Κάτοχος άδειας Κυκλοφορίας στην Ελλάδα:
Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Σωρού 18-20, Μαρούσι 151 25. Τηλ.: + 30 210 6187500
Κύπρος: ULTRAVIST 300 Κάτοχος Ειδικής Άδειας Κυκλοφορίας:
Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ/Τοπικός αντιπρόσωπος: Novagem Ltd, Τηλ. + 35722483858
Κύπρος: ULTRAVIST 370 Κάτοχος άδειας Κυκλοφορίας:
Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ/Τοπικός αντιπρόσωπος: Novagem Ltd, Τηλ. + 35722483858
Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ. +302106187742, Fax: +302106187522
Email: medinfo.grcy@bayer.com

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Γ. Ανδονίδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης
Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

G. Aidonidis / Interventional Cardiologist, PhD, Scientific Associate of 2nd Cardiology
Department Aristotle University Thessaloniki, Interbalkan Medical Center,
Thessaloniki

Ι. Αλευρούδης / MD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

I. Alevroudis / MD, Cardiologist, Consultant, 2nd Department of Cardiology,
Papageorgiou GH, Thessaloniki

Α. Αντωνιάδης / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος,
Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης. Αρρυθμολογικό
Ιατρείο, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

A. Antoniadis / Cardiologist - Electrophysiologist, Academic Scholar, 3rd Cardiology
Department A.U.Th., "Hippokration" General Hospital of Thessaloniki. Arrhythmia
Clinic, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

Χ. Αραμπατζής / MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Α' Καρδιολογί-
κής Κλινικής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

C. Arampatzis / MD, PhD, FESC, Interventional Cardiologist, Director, 1st Cardiology
Dept, Interbalkan Medical Centre, Thessaloniki

Β. Βασιλικός / MD, FACC, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής
Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

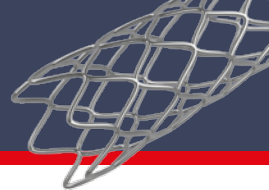
V. Vassilikos / MD, FACC, FESC, Professor of Cardiology, Aristotle University of
Thessaloniki, Director of 3rd Cardiology Department, Hippokration General Hospital,
Thessaloniki

Ι. Βογιατζής / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ν. Βέροιας

I. Vogiatzis / Cardiologist, Director of Cardiology Department, General Hospital
of Veria

Α. Βοσνακίδης / Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

A. Vosnakidis / Cardiologist, Thessaloniki



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Χ. Γηράσης / MD, PhD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Πρότυπο Κέντρο Καρδιάς, Euromedica, Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

C. Girasis / MD, PhD, Interventional Cardiologist, Heart Center, Euromedica, General Clinic of Thessaloniki

Κ. Γιαννακάκης / Καρδιολόγος, Euromedica, Γενική Κλινική Κυανούς Σταυρός, Ελληνικό Ινστιτούτο Καρδιαγγειακών Παθήσεων, Θεσσαλονίκη

K. Giannakakis / Cardiologist, Euromedica, General Clinic Blue Cross, Hellenic Institute of Cardiovascular Diseases, Thessaloniki

Γ. Γιαννακούλας / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

G. Giannakoulas / Assistant Professor in Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA General University Hospital, Thessaloniki

Δ. Γιαννόγλου / Επίαιτρος Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

D. Giannoglou / Consultant Cardiologist, Cardiology Department, 424 GMTH, Thessaloniki

Π. Γκελερής / Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

P. Geleris / Emeritus Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki

Γ. Γκόγκας / Καρδιολόγος, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

G. Gogas / Cardiologist, Saint Loukas Clinic, Thessaloniki

Ε. Γκουτζιομήτρου / Ανασθησιολόγος, Αναπλ. Συντονίστρια Διευθύντρια Ανασθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

E. Gkoutziomitrou / Anesthesiologist, Deputy Director of Anesthesiology Department, General Hospital "Papageorgiou", Thessaloniki

Θ. Γκούτζιος / Καρδιολόγος, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

T. Goutzios / Cardiologist, Euromedica General Clinic, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Χ. Γραϊδής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Euromedica Γενική Κλινική, Γενικός Γραμματέας ΚΕΒΕ, Θεσσαλονίκη

C. Graidis / Interventional Cardiologist, Euromedia General Clinic, General Secretary of Cardiological Society of Northern Greece, Thessaloniki

Τ. Δαδούς / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

G. Dadoush / Assistant Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, 2nd Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Ε. Δαλαμάγκα / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Υπεύθυνη Καρδιοχειρουργικού Τμήματος, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

E. Dalamagka / Cardiologist, PhD Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki

Π. Δάρδας / MD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

P. Dardas / MD, FESC, Interventional Cardiologist, Director, Cardiovascular Laboratory, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Σ. Δελιογλάνης / Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

S. Delioglanis / Cardiologist, Dept of Cardiology, 424 Army General Hospital, Thessaloniki

Δ. Δημητριάδης / MD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Θεσσαλονίκη

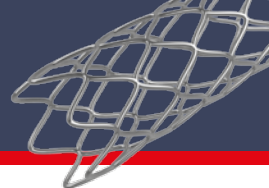
D. Dimitriadis / MD, Interventional Cardiologist, Thessaloniki

Μ. Διδάγγελος / Καρδιολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

M. Didagelos / Cardiologist, PhD Candidate, 1st University Cardiology Dept, AHEPA UGH, Thessaloniki

Μ. Δρακοπούλου / Καρδιολόγος, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

M. Drakopoulou / Cardiologist, 1st Cardiology University Department, Hippokration GH, Athens



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Γ. Ευθυμιάδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Α' Καρδιολογική Κλινική,
Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

G. Efthimiadis / Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki,
1st Cardiology Clinic, AHEPA UGH, Thessaloniki

Η. Ζάρβαλης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

E. Zarvalis / Cardiologist, NHS Director, Cardiology Department, "Papageorgiou" GH,
Thessaloniki

Ι. Ζαρίφης / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος,
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

I. Zarifis / Cardiologist, Coordinator Director of Cardiology Dept, "G. Papanikolaou"
GH, Thessaloniki

Β. Θανόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος Συγγενών Καρδιοπαθειών, Αναπληρωτής
Καθηγητής Παιδοκαρδιολογίας, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

V. Thanopoulos / Associate Professor of Pediatric Cardiology, Agios Loukas Clinic,
Thessaloniki

Δ. Ιατρόπουλος / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς»,
Θεσσαλονίκη

D. Iatropoulos / Cardiologist - Electrophysiologist, St Luke Clinic, Thessaloniki

Ε. Ιωαννίδης / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

E. Ioannidis / Interventional Cardiologist, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

Ν. Καμπουριδής / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. Καβάλας

N. Kampouridis / MD, MSc, PhD, Cardiologist, Consultant, Cardiology Department,
General Hospital of Kavala

Ι. Κανονίδης / Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής
Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

I. Kanonidis / Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Director
of 2nd Cardiology Dept, Hippokration GH, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

A. Καρακάνας / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

A. Karakanas / Cardiology Resident, 2nd Cardiology Clinic, "Papageorgiou" GH,
Thessaloniki

E. Καραπατσούδη / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Πέλλας – Νοσοκομείο Έδεσσας

E. Karapatsoudi / Cardiologist, Director, Pella G.H. - Hospital of Edessa

B. Καρασαββίδης / Καρδιολόγος, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Ιδιώτης, Κιλκίς

V. Karasavidis / Cardiologist, Euromedica General Clinic of Thessaloniki, Private
Cardiologist in Kilkis

Γ. Κασίμης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Επεμβατικός Καρδιολόγος,
Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

G. Kassimis / Assistant Professor of Cardiology Aristotle University of Thessaloniki,
Consultant Interventional Cardiologist, 2nd Cardiology Department, Hippokration GH,
Thessaloniki

Γ. Κατσιμαγκλής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής
& Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

G. Katsimagklis / Interventional Cardiologist, Director of 1st Cardiology Department &
Cardiovascular Laboratory, Naval Hospital of Athens

Δ. Κετίκογλου / MD, PhD, FESC, Καρδιολόγος, Διευθυντής Στεφανιαίας Μονάδας
& Ηχοκαρδιογραφίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

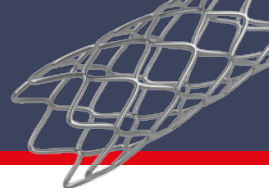
D. Ketikoglou / MD, PhD, FESC, Cardiologist, Director Coronary Care Unit
& Echocardiography, Interbalkan European Medical Center, Thessaloniki

A. Κολυβήρας / MD, PhD, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Γ' Τμήματος
Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

A. Kolyviras / MD, PhD, Interventional Cardiology, Consultant, Dept of Interventional
Cardiology, Henry Dunant Hospital Center, Athens

A. Κοντογεώργης / MBBCh, MRCPUK, PhD, Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος,
Παιδοαρρυθμιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Διδάκτωρ Imperial College London

A. Kontogeorgis / MBBCh, MRCPUK, PhD Imperial College London, Cardiologist,
Electrophysiologist, Interbalkan Medical Centre



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Γ. Κοντόπουλος / Καρδιολόγος, Κλινική Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη
G. Kontopoulos / Cardiologist, Euromedica Kyanous Stavros Clinic, Thessaloniki

Ε. Κοτσάκου-Χατζηνικολάου / Ηλεκτροφυσιολόγος - Επεμβατική Καρδιολόγος,
Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
E. Kotsakou-Chatzinikolaou / Electrophysiologist - Interventional Cardiologist,
St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Δ. Κουλαξής / Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γ.Σ.Ν.,
Θεσσαλονίκη
D. Koulaxis / Cardiologist, Director of Cardiovascular Laboratory 424 General Military
Hospital, Thessaloniki

Δ. Κρικήδης / MD, M.Sc, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής
Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
D. Krikidis / MD, M.Sc, Cardiologist, Research Fellow, 2nd Cardiological Clinic of
A.U.Th., Hippokration GH, Thessaloniki

Π. Κυριάκου / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστημιακή
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
P. Kyriakou / PhD, Cardiologist, Consultant, 3rd Cardiology Department, Hippokration
General Hospital, Thessaloniki

Μ. Κωνσταντινίδου / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελήτρια Β',
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
M. Konstantinidou / Cardiologist - Electrophysiologist, Consultant Cardiologist,
Papageorgiou GH, Thessaloniki

Δ. Κωνσταντίνου / MD, MSc, PhD, CCDS, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος
Τμήματος Απινιδωτών - Αμφικολιακών Βηματοδοτών, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο,
Θεσσαλονίκη
D. Konstantinou / MD, MSc, PhD, CCDS, Cardiologist, Clinical lead for Implantable
Cardioverter Defibrillator-Cardiac Resynchronization Therapy service, European
Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Γ. Λάτσιος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

G. Latsios / MD, PhD, FESC, MEAPCI, Consultant Interventional Cardiologist, 1st University Cardiology Department, Hippokration GH, Athens

Δ. Λυσίτσας / MD, PhD, MRCP, Επεμβατικός Ηλεκτροφυσιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

D. Lysitsas / MD, PhD, MRCP, Interventional Electrophysiologist, St Lukes Hospital, Thessaloniki

Γ. Μαμαδάς / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γενική Κλινική Euromedica, Θεσσαλονίκη

G. Mamadas / Interventional Cardiologist, Euromedica General Clinic, Thessaloniki

Λ. Μάντζιαρη / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογίας, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

L. Mantziari / MD, MSc, PhD, Cardiologist and Electrophysiologist, Head of Electrophysiology, Interbalkan Medical Centre, Thessaloniki

Α. Μαστροκωστόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

A. Mastrokostopoulos / Interventional Cardiologist, Consultant of Cardiology Dept, Athens Naval Hospital

Α.-Δ. Μαυρογιάννη / Επεμβατική Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

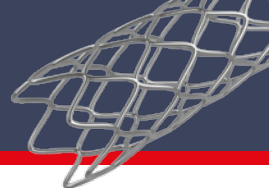
A.-D. Mavrogianni / Interventional Cardiologist, Cardiology Dept, "G. Papanikolaou" GH, Thessaloniki

Α. Μαχτοπούλου / MD, MESC, Καρδιολόγος, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

A. Machtopoulou / MD, MESC, Cardiologist, Electrophysiology Laboratory, Euromedica General Clinic, Thessaloniki

Μ. Μελετίδου / Ειδικεύομενη Καρδιολογίας, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

M. Meletidou / Resident of Cardiology, 3rd Dept of Cardiology, Hippokration GH, Thessaloniki



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Λ. Μόσιαλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

L. Mosialos / Interventional Cardiologist, Director of 2nd Cardiology Dept,
Parageorgiou GH, Thessaloniki

Γ. Μόσχος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

G. Moschos / Interventional Cardiologist, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Α. Μπάρμπας / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

A. Barmpas / Interventional Cardiologist, St. Luke's Hospital, Thessaloniki

Θ. Μπελεβεσλής / Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, 424 Γ.Σ.Ν.,
Θεσσαλονίκη

T. Belevelis / Cardiologist, Director of Cardiovascular Laboratory, 424 Army
General Hospital, Thessaloniki

Γ. Μπομποτής / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Καρδιολογικής Εταιρείας Βορείου
Ελλάδος

G. Bompotis / Interventional Cardiologist, Director, Cardiology Department,
Parageorgiou GH, Thessaloniki, President of the Cardiological Society of Northern
Greece

Ι. Μποστανίτης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Κατερίνης

I. Bostanitis / Cardiologist, Consultant A, Katerini GH

Α. Νικητόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

A. Nikitopoulos / Interventional Cardiologist, Scientific Associate, 2nd Cardiology
Department, Aristotle University of Thessaloniki, Interbalkan Medical Center,
Thessaloniki

Ν. Νικολούλης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης

N. Nikoloulis / Cardiologist, Scientific Associate, Cardiological Dept, Katerini GH

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Φ. Οικονόμου / MD, PhD, FEAPCI, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

F. Economidou / MD, PhD, FEAPCI, Interventional Cardiologist, Consultant of Cardiology Dept, 424 Army General Hospital of Thessaloniki

Ε. Παγκουρέλιας / MD, MSc, PhD, Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

E. Pagourelis / MD, MSc, PhD, Consultant Cardiologist, Academic Scholar, Third Cardiology Department, Hippokrateion General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki

Μ. Παπαδημητρίου / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κιλκίς

M. Papadimitriou / Cardiologist, Consultant, Cardiology Clinic, General Hospital of Kilkis

Θ. Παπαδόπουλος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Th. Papadopoulos / Interventional Cardiologist, Interbalkan Medical Center, Thessaloniki

Χ. Παπαδόπουλος / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος

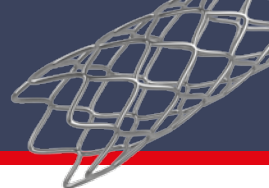
C. Papadopoulos / Assistant Professor in Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, 3rd Cardiology University Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki, President of the Society of Atherosclerosis of Northern Greece

Σ. Παπαζαχαρίου / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

S. Papazachariou / PhD, MD, Aristotle University of Thessaloniki, Interventional Cardiologist, Director of Cardiological Clinic, "Agios Pavlos" General Hospital, Thessaloniki

Σ. Παπαϊωάννου / MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

S. Papaioannou / MD, PhD, FESC, Interventional Cardiologist, PhD Aristotle University of Thessaloniki, Director of Cardiology Department, Navy Hospital of Athens



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Δ. Παπακωνσταντίνου / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

D. Papakonstantinou / Cardiologist, Director of the Cardiology Department,
“Agios Pavlos” General Hospital, Thessaloniki

Α. Παπανικολάου / Καρδιολόγος, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

A. Papanikolaou / Cardiologist, 1st Cardiology University Dept, Hippokration GH,
Athens

Σ. Παπαστεφάνου / Καρδιολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

S. Papastefanou / Cardiologist, PhD Aristotle University of Thessaloniki, Director,
Cardiology Department, “Agios Pavlos” General Hospital, Thessaloniki

Σ. Παρασκευαΐδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική,
Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

S. Paraskevaïdis / Cardiologist, NHS Director, 1st Cardiology Dept, AHEPA UGH,
Thessaloniki

Δ. Πέτρογλου / MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, 424
Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

D. Petroglou / MD, PhD, Cardiologist, Consultant of Cardiology Dept, 424 General
Military Hospital, Thessaloniki

Κ. Πολυμερόπουλος / MD, PhD, FACC, FESC, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

K. Polymeropoulos / MD, PhD, FACC, FESC, Cardiologist, Consultant of Cardiology
Dept, “G. Papanikolaou” GH, Thessaloniki

Β. Πυργάκης / MD, FESC, FACC, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικού Τμήματος,
Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

V. Pyrgakis / MD, FESC, FACC, Coordinator Director, Cardiology Dept,
“G. Gennimatas” State GH, Athens

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Ε. Ρέππας / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο,
Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

E. Reppas / Interventional Cardiologist, Cardiovascular Laboratory, St. Luke's
Hospital, Thessaloniki

Β. Σαχπεκίδης / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

V. Sachpekidis / Consultant Cardiologist, "Papageorgiou" General Hospital,
Thessaloniki

Ε. Σέρασλι / Πνευμονολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πνευμονολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

E. Serasli / Pulmonologist, Director, Pulmonary Clinic, GH "G. Papanikolaou",
Thessaloniki

Γ. Σιάνος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ,
Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

G. Sianos / Associate Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki,
1st Cardiology Department, AHEPA University General Hospital, Thessaloniki

Α. Σίσκος / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

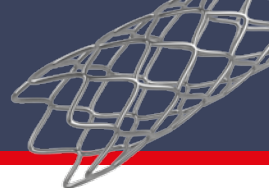
A. Siskos / Resident of Cardiology, Cardiological Dept, "G. Papanikolaou" GH,
Thessaloniki

Β. Σκέμπερης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

V. Skeberis / Assistant Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki,
3rd Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Thessaloniki

Κ. Σπανόπουλος / MD, PhD, Ανασθησιολόγος, Διευθυντής, Ανασθησιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

K. Spanopoulos / MD, PhD, Anesthesiologist, Director, Anesthesiology Dept,
Papageorgiou GH, Thessaloniki



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Δ. Στάκος / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης, Αλεξανδρούπολη

D. Stakos / Cardiologist, Associate Professor of Cardiology, Democritus University
of Thrace, Alexandroupolis

Γ. Σταυρόπουλος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

G. Stavropoulos / Cardiologist, Consultant of Cardiology Department, Hippokration
GH, Thessaloniki

Ι. Γ. Στυλιάδης / Καρδιολόγος, αν. Συντονιστής Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

I. G. Styliadis / Cardiologist, Deputy Coordinator Director, 2nd Cardiology Clinic,
"Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki

Α. Συνετός / MD, PhD, FESC, FACC Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α' Καρδιολογική
Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

A. Synetos / MD, PhD, FESC, FACC Interventional Cardiologist, 1st Cardiology Dept,
Hippokration GH, Athens

Μ. Σωτηριάδου / Καρδιολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Εξειδικευόμενη Εντατικολογίας ΜΕΘ Ενηλίκων,
Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

M. Sotiriadou / Cardiologist, ICU, 3rd Cardiology Dept A.U.Th., «Hippokration» GH,
Thessaloniki

Π. Σωτηρίου / MSc, PhD, Καρδιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτιδα Εργαστηρίου
Αθλητιατρικής, ΤΕΦΑΑ, ΑΠΘ

P. Sotiriou / MSc, PhD, Cardiologist, Research Fellow of Laboratory of Sports
Medicine, Dept of Physical Education and Sport Science, A.U.Th.

Δ. Ταχματζίδης / Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης 3ης Καρδιολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

D. Tachmatzidis / Cardiologist, Research Assistant, 3rd Cardiology Department -
A.U.Th, Thessaloniki

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Σ. Τζήκας / MD, PhD, FESC Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

S. Tzikas / MD, PhD, FESC, Interventional Cardiologist, 3rd Department of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokration General Hospital of Thessaloniki

Δ. Τζιακάς / FESC, FACC, FSCAI, Καθηγητής Καρδιολογίας ΔΠΘ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής & της Αιμοδυναμικής Μονάδας, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

D. Tziakas / FESC, FACC, FSCAI, Professor in Cardiology Democritus University of Thrace, Head of Cardiology Dept. & Cardiac Catheterization Lab, UGH of Alexandroupolis

Β. Τζίφος / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν ΗC, Αθήνα

V. Tzifos / Interventional Cardiologist, Director, Interventional Cardiology Department, Henry Dunant Hospital Center, Athens

Η. Τιτόπουλος / MD, PhD, Επεμβατικός Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Εταιρείας Νοσημάτων Θώρακος Ελλάδος

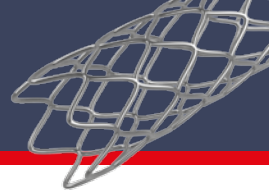
I. Titopoulos / MD, PhD, Interventional Pulmonologist, Head of Pulmonology Clinic, European Interbalkan Medical Center, Thessaloniki, President of the Hellenic Thoracic Disease Society

Κ. Τούτουζας / Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

K. Toutouzas / Professor of Cardiology, Athens University, 1st University Cardiology Department, Hippokration General Hospital, Athens

Γ. Τρανταλής / Επιμελητής Καρδιολογίας, Κ.Υ. Καπανδριτίου, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών

G. Trantalís / Consultant Cardiologist, Health Center of Kapandriti, 1st Cardiology Dept, University of Athens



ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ / ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΣΧΟΛΙΑΣΤΕΣ FACULTY, SPEAKERS' AND COMMENTATORS' LIST

Κ. Τριανταφύλλου / Καρδιολόγος, Επιμελήτης Β' ΕΣΥ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
K. Triantafyllou / Cardiologist, "Hippokration" GH, Thessaloniki

Μ. Τσελεντάκης / Καρδιολόγος, Αντιστράτηγος ε.α., Επίτιμος Διευθυντής 424 Γενικό
Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
M. Tselentakis / Cardiologist, Lt General rt, Honorary Director 424 Army General
Hospital, Thessaloniki

Ι. Τσούνος / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα,
Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη, Αντιπρόεδρος ΚΕΒΕ
I. Tsounos / Cardiologist, Coordinator Director, Cardiology Department, "Agios
Pavlos" General Hospital, Thessaloniki, Vice President of the Cardiological Society
of Northern Greece

Π. Φαλιάγκας / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
P. Faliagkas / Resident of Cardiology, 2nd Cardiology Dept, Hippokration GH,
Thessaloniki

Ν. Φραγκάκης / Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Γ' Πανεπιστημιακή
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη
N. Fragakis / Associate Professor of Cardiology, Aristotle University of Thessaloniki,
3rd Cardiology University Department, Hippokration GH, Thessaloniki

Χ. Χατζηελευθερίου / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική,
Γ.Ν. Δράμας
C. Chatzieleftheriou / NHS Director, Cardiology Department, General Hospital
of Drama

Τ. Χριστοφορίδου / Ακτινοδιαγνώστης, Κλινική Euromedica - Κυανούς Σταυρός,
Θεσσαλονίκη
T. Christoforidou / Radiologist, Euromedica, General Clinic Blue Cross, Hellenic
Institute of Cardiovascular Diseases, Thessaloniki

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ / ACKNOWLEDGEMENTS

Η Οργανωτική Επιτροπή του 12ου Συνεδρίου Επεμβατικής Καρδιολογίας & Ηλεκτροφυσιολογίας ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρίες για την ευγενική υποστήριξη και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου.

The Organizing Committee wishes to thank all the following pharmaceutical companies for their support and contribution to the 12th Congress of Interventional Cardiology and Electrophysiology.

ABBOTT

AstraZeneca

BAYER

BOSTON SCIENTIFIC ΕΛΛΑΣ Α.Ε.

ELPEN Α.Ε.

LERIVA PHARMA

MEDTRONIC

NOVARTIS

PHARMAZAC Α.Ε.

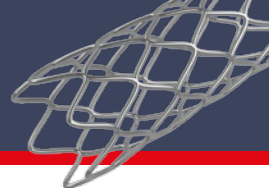
T-Vascular Ι.Κ.Ε., Ιατρικά Είδη

UNI - PHARMA

ZERONO S.A.

ΥΓΕΙΑΣΗ Α.Ε.

ΨΗΜΙΤΗ Α.Ε.



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι περιλήψεις των εργασιών δημοσιεύονται στο πρόγραμμα – πρακτικά του συνεδρίου.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

INVENTICS AE - Medevents.gr

Αρ. Ειδ. Σημ. Λειτ. ΕΟΤ: ΜΗΤΕ 0933Ε60000074600

Τεχνόπολη, Κτίριο THERMI II, 9ο χλμ. Θεσσαλονίκης – Θέρμης

Τ.Θ. 60714, 57001, Θέρμη

T: 2310 474400, E: info@medevents.gr

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Οι επίσημες γλώσσες του συνεδρίου είναι η ελληνική και η αγγλική.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Ειδικοί ιατροί: 100 €

Ειδικευόμενοι ιατροί: δωρεάν

Νοσηλεύτές/τριες, Φοιτητές/τριες: δωρεάν

Όσοι επιθυμούν προεγγραφή για τη συμμετοχή τους στο συνέδριο, μπορούν να επισκέπτονται το site www.medevents.gr, όπου υπάρχει η Φόρμα Εγγραφής και όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την ολοκλήρωσή της.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η εξόφληση της εγγραφής γίνεται με κατάθεση στον παρακάτω λογαριασμό της INVENTIKS-ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ. Στην αιτιολογία θα πρέπει να φαίνεται το όνομα του καταθέτη και ο τίτλος του συνεδρίου.

Τράπεζα Eurobank: 0026.0014.25.0200522996 /

IBAN: GR48 0260 0140 0002 5020 0522 996

Τράπεζα Πειραιώς: 5216-033427-965 /

IBAN: GR04 0172 2160 0052 1603 3427 965

Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται ηλεκτρονικά μετά τη λήξη του Συνεδρίου αλλά και σε έντυπη μορφή. Το δίπλωμα μοριοδοτείται με **24 μόρια** συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Τα μόρια δίνονται αναλογικά με τη συμπλήρωση των ωρών παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος (εξαιρούνται τα Δορυφορικά Συμπόσια & οι Δορυφορικές Διαλέξεις). Ο χρόνος παρακολούθησης θα προσμετράται με τη χρήση συστήματος barcode κατά την είσοδο και έξοδο των συμμετεχόντων στην αίθουσα του Συνεδρίου. Οι συμμετέχοντες θα μπορούν να ελέγχουν το χρόνο παρακολούθησης αυτόματα σε κάθε είσοδο και έξοδο τους.

ΖΩΝΤΑΝΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΜΕΣΩ INTERNET

Το συνέδριο θα μεταδίδεται ζωντανά στο διαδικτυακό κανάλι της ΚΕΒΕ webtv.kebe.gr, το www.iice.gr, το www.medevents.gr και το www.livemedia.gr

ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών μηχανημάτων, για την ενημέρωση των συνέδρων.

ΔΙΑΜΟΝΗ – ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΑ ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ

Για τη διαμονή και την έγκαιρη κράτηση αεροπορικών εισιτηρίων, μπορείτε να επικοινωνείτε με e-mail στο reservations@medevents.gr.

ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Η αίθουσα του συνεδρίου είναι εξοπλισμένη με data video projector και ηλεκτρονικό υπολογιστή με powerpoint. Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία, τουλάχιστον δύο ώρες πριν από την ενότητα της προγραμματισμένης ομιλίας τους.



Pharmazac A.E.

Αθήνα: Νεοϋσης 31, 104 47 Βοτανικός
Τηλ: +30 210 34 188 89 - 97 - Fax: +30 210 34 188 87
Θεσσαλονίκη: Κ. Καραμανλή 81 - 546 42
Τηλ: +30 2310 933 534 - Fax: +30 2310 933 524
e-mail: pharmazac@pharmazac.com

www.pharmazac.com

GENERAL INFORMATION

Abstracts are published both in the program and Congress proceedings.

SECRETARIAT OF THE CONFERENCE

INVENTICS SA – Medevents.gr

GNT0 License: 0933E60000074600

Technopolis, THERMI II Building, 9th km. Thessaloniki-Thermi

P.O. BOX 60714, 57001, Thermi, Thessaloniki, Greece

P: 2310 474400, E: info@medevents.gr

OFFICIAL LANGUAGES

The official languages of the Congress are Greek and English.

REGISTRATION FEES

Physicians: 100 €

Residents: no registration, free of charge

Nurses, Students: no registration, free of charge

WAY OF PAYMENT

Registration payment is made with deposit on the following bank account of INVENTICS S.A.

Eurobank Account Number: 0026.0014.25.0200522996 /

IBAN: GR48 0260 0140 0002 5020 0522 996

Piraeus Bank Account Number: 5216-033427-965 /

IBAN: GR04 0172 2160 0052 1603 3427 965

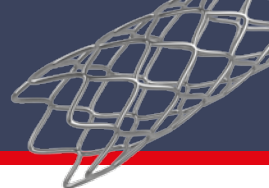
Participation expenses are not refunded.

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Certificates of attendance will be provided in printed format and via email after the end of the Congress. They will be granted with **24 CME/CPD credits** from UEMS.

LIVE INTERNET STREAMING

The congress will be broadcasted through internet and will be available on demand at the formal webTV of the Cardiological Society of Northern Greece webtv.kebe.gr, www.iice.gr, www.medevents.gr, www.livemedia.com.



GENERAL INFORMATION

EXHIBITION

During the conference, sponsor companies will have the opportunity to exhibit their pharmaceutical and medical products.

ACCOMMODATION

For room reservations, you can contact at the following number: (+30) 2310 474.400 and by e-mail: reservations@medevents.gr

AUDIOVISUAL EQUIPMENT

The congress hall will be equipped with data video projector and PC for the speakers' needs. Speakers are kindly requested to deliver their presentation to the AV desk at least two hours before the session of their scheduled presentation.

Αλλάζουμε συνήθειες στη διαχείριση της Καρδιαγγειακής Νόσου

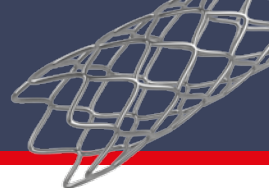


Τετρατομούμενο δισκίο



Pharmaceutical Laboratories S.A.

Το THERACOR® χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της χρόνιας σταθερής καρδιακής ανεπάρκειας. Αντενδείκνυται σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Παρακαλείστε να αναφέρετε κάθε πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 | 08:00 – 09:30

Πρόεδροι: **Χ. Χατζηγελευθερίου, Τ. Δαδούς, Η. Ζάρβαλης**

01. ΑΕΝΑΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΩΤΙΟ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Δ. ΙΑΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, ΑΙΚ. ΠΟΛΥΖΩΗ, Α. ΧΑΝΤΑΣ

Τμήμα Καρδιακής Ηλεκτροφυσιολογίας, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Οι εστιακές κολπικές ταχυκαρδίες συνήθως προέρχονται από συγκεκριμένες ανατομικές περιοχές των κόλπων, ανάμεσα στις οποίες είναι και τα κολπικά ωτία. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση κατάλυσης με καθετήρες, μιας ακατάπαυστης κολπικής ταχυκαρδίας, με προέλευση από το ωτίο του αριστερού κόλπου. Ο συγκεκριμένος ασθενής είχε αναπτύξει έντονα συμπτωματική ταχυμυοκαρδιοπάθεια λίγες εβδομάδες πριν να οδηγηθεί στο εργαστήριο, παρά τον άριστο έλεγχο της αρρυθμίας με φάρμακα σχεδόν επί μια δεκαετία. Η προέλευσης της αρρυθμίας καταδεικνύονταν από το χαρακτηριστικό μοτίβο της κολπικής εκπόλωσης στο ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών, γεγονός που βοήθησε σημαντικά στον σωστό προεπεμβατικό σχεδιασμό και την χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας. Η κατάλυση ολοκληρώθηκε γρήγορα και με ασφάλεια και ο ασθενής παρουσίασε ταχύτατη βελτίωση και λύση της συμπτωματολογίας του. Τρεις μήνες αργότερα η καρδιακή του λειτουργία επανήλθε στο φυσιολογικό και παραμένει ελεύθερος συμπτωμάτων και αρρυθμίας.

Οι ταχυκαρδίες που προέρχονται από το ωτία των κόλπων παρουσιάζουν ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά και η θεραπεία τους είτε με αντιαρρυθμικά φάρμακα είτε επεμβατικά μπορεί να είναι δυσχερής. Ειδικότερα για το ωτίο του αριστερού κόλπου, η κατάλυση αυτών των αρρυθμιών μπορεί να είναι απαιτητική τεχνικά, λόγω της ιδιαίτερης ανατομίας της περιοχής και της πιθανότητας επιπλοκών. Όταν υπάρχει υποψία προέλευσης της αρρυθμίας από τον συγκεκριμένο σχηματισμό θα πρέπει να γίνεται σωστός σχεδιασμός της επέμβασης και επιλογή χρήσης του κατάλληλου εξοπλισμού ώστε η κατάλυση να είναι επιτυχής και ανεπίπλεκτη.

02. ΤΑΧΥΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΣΥΣΤΟΛΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΟΡΤΟΜΙΤΡΟΕΙΔΙΚΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ

Δ. ΙΑΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ, Α. ΧΑΝΤΑΣ, ΑΙΚ. ΠΟΛΥΖΩΗ

Τμήμα Καρδιακής Ηλεκτροφυσιολογίας, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

Οι ιδιοπαθείς έκτακτες κοιλιακές συστολές που προέρχονται από την βάση της αριστερής

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

κοιλίας παρουσιάζουν συγκεκριμένη κατανομή προέλευσης, από τον χώρο εξόδου, τις αορτικές πτυχές, το ανώτερο βασικό μεσοκοιλιακό διάφραγμα, τον ανώτερο μιτροειδικό δακτύλιο, την αορτομιτροειδική συνέχεια και το επικάρδιο. Παρουσιάζουμε μια ενδιαφέρουσα περίπτωση κατάλυσης με καθετήρες, μιας εκτακτοσυστολικής κοιλιακής αρρυθμίας με προέλευση από την περιοχή της αορτομιτροειδικής συνέχειας. Ο συγκεκριμένος ασθενής είχε αναπτύξει έντονα συμπτωματική ταχυμυοκαρδιοπάθεια από τις συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές. Στο ιστορικό του υπήρχε προ ετών κατάλυση της βραδείας οδού του κολποκοιλιακού κόμβου για κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου.

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών οι έκτακτες κοιλιακές συστολές δημιουργούσαν μια πολύ ιδιαίτερη μορφή κοιλιακής εκπόλωσης, που θεωρείται χαρακτηριστική της προέλευσης από την συγκεκριμένη περιοχή, γεγονός που βοήθησε σημαντικά στον σωστό προεπεμβατικό σχεδιασμό και την χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας. Η κατάλυση ολοκληρώθηκε γρήγορα και με ασφάλεια και ο ασθενής παρουσίασε γρήγορα βελτίωση της κλινικής του συμπτωματολογίας. Έξι μήνες αργότερα παραμένει ελεύθερος συμπτωμάτων και αρρυθμίας ενώ η καρδιακή του λειτουργία έχει επανέλθει στο φυσιολογικό.

Το αριστερό ινώδες τρίγωνο μεταξύ του αορτικού και μιτροειδικού δακτυλίου έχει αναγνωριστεί ως αρρυθμογόνος εστία. Φαίνεται ότι ανάλογα με την ακριβή προέλευση της αρρυθμίας από αυτή την περιοχή παράγονται χαρακτηριστικά ηλεκτροκαρδιογραφικά μοτίβα. Επίσης όπως και στην περίπτωση του ασθενούς μας φαίνεται να υπάρχει μια πιθανή συσχέτιση της συγκεκριμένης αρρυθμίας με την κολποκοιλιακή κομβική ταχυκαρδία επανεισόδου. Η κατάλυση αυτών των αρρυθμιών μπορεί να είναι ιδιαίτερα προκλητική τεχνικά, για αυτό και έχει μεγάλη σημασία ο σωστός σχεδιασμός και η χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας, όταν υπάρχει υποψία προέλευσης της αρρυθμίας από τους συγκεκριμένους καρδιακούς σχηματισμούς.

03. PERMANENT PACEMAKER IMPLANTATION IN PEDIATRIC HEART TRANSPLANT RECIPIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND EVIDENCE QUALITY ASSESSMENT

Κ. ΜΥΛΩΝΑΣ¹, Θ. ΡΕΠΑΝΑΣ², Δ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ³, Κ. ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΟΥ⁴, Π. ΣΦΥΡΙΔΗΣ¹, Δ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ⁵, Α. ΚΑΛΑΓΚΟΣ¹, Α. ΤΖΙΦΑ¹

¹Νοσ. ΜΗΤΕΡΑ, Όμιλος ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

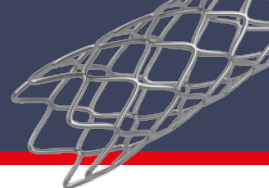
²UGH of Dusseldorf

³Indiana University

⁴General Hospital of Kavala

⁵New York Presbyterian Hospital

Background: Bradyarrhythmias after pediatric heart transplant (HTx) are a common



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

complication in the post-transplant period and have been reported to require permanent pacemaker implantation (PPM) in as many as 7% of the patients. The purpose of this study was to investigate the incidence, predictors, and outcomes of children undergoing PPM implantation following HTx.

Methods: A PRISMA-compliant systematic literature review was performed using the PubMed database and the Cochrane Library (up to January 27th, 2019). The Newcastle-Ottawa scale and the Joanna Briggs Institute tool were used to assess the quality of cohort studies and case reports, respectively.

Results: We analyzed data from a total of 11 studies recruiting 7,198 pediatric patients who underwent heart transplant. PPM implantation was performed in 0.02% (n=137/7,198) of the patients. Male to female ratio was 1.3:1. Mean patient age at the time of HTx was 10.1±6.3. Overall, biatrial anastomosis was used in 62.2% [95% CI: 52.8-70.6] of the patients. The bicaval technique was performed in the remaining 37.8% [95% CI: 29.4-47.1] of the cases. Sinus node dysfunction was the most frequent indication for PPM implantation [54.4%; 95% CI: 42.6-65.7] followed by complete atrioventricular block [45.6%; 95% CI: 34.3-57.3]. The median time interval between HTx and PPM implantation ranged from 17 days to 12.5 years. All-cause mortality was 27.9% [95% CI: 18.6-39.6].

Conclusions: Permanent pacemaker implantation after pediatric HTx is even less common than previously reported. The most common indication for pacing is sinus node dysfunction and patients undergoing biatrial anastomosis may be more likely to require PPM.

04. ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ (RADIOFREQUENCY ABLATION) ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟ - ΠΛΑΓΙΟΥ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΜΑΤΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΗ ΠΡΟΔΙΕΓΕΡΣΗ ΑΠΟ ΕΤΩΝ

ΣΜ. ΔΗΜΟΥ, ΣΤ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΗΣ, Δ. ΣΟΦΙΑΝΟΣ, Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΖΕΓΚΟΣ, Μ. ΒΛΑΧΟΥ, Ι. ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ

Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Παρουσίαση περίπτωσης κατάλυσης με υψίσυχνο ρεύμα αριστερού οπισθοπλάγιου παραπληρωματικού δεματίου σε θήλυ ασθενή.

Παρουσίαση περίπτωσης: Γυναίκα 48 ετών, με ιστορικό αισθήματος παλμών, καταγεγραμμένα επεισόδια PSVT μέχρι 180 bpm και γνωστή εικόνας minimal προδιέγερσης στο ΗΚΓ ηρεμίας από ετών εισήχθη προγραμματισμένα για διενέργεια ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης και κατάλυσης δεματίου. Η ορθόδρομη ανερέθιστη περίοδος του παρα-

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

πληρωματικού δεματίου ήταν 280 msec ενώ με κολπικό πρωτόκολλο αλλά και αυτόματα προκλήθηκε ορθόδρομη κολποκοιλιακή ταχυκαρδία εξ επανεισόδου 145 bpm με στενά QRS. Το βραχύτερο VA διάστημα επί ταχυκαρδίας καταγράφηκε στον καθετήρα MCS. Για την εφαρμογή της κατάλυσης, αρχικά έγινε προσπάθεια προσπέλασης του μιτροειδικού δακτύλιου από την αριστερή κοιλία διαορτικά. 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 20 msec και καταγράφηκε σε θέση οπισθοπλάγια στον μιτροειδικό δακτύλιο. Η κατάλυση πραγματοποιήθηκε κατά την διάρκεια κοιλιακής βηματοδότησης με εφαρμογή ενέργειας 35 W και εξάλειψη της ανάδρομης αγωγής από το παραπληρωματικό δεμάτιο στην πρώτη εφαρμογή. Στην συνέχεια παρατηρήθηκε ανάδρομη αγωγή από τον κολποκοιλιακό κόμβο και η προδιέγερση εξαφανίστηκε. Καμία ταχυκαρδία δεν ήταν στην συνέχεια προκλητή και η επέμβαση ολοκληρώθηκε χωρίς επιπλοκές. Η ασθενής εξήλθε την επόμενη ημέρα ασυμπτωματική και δεν έχει υποτροπιάσει η προδιέγερση ούτε εμφάνισε ταχυκαρδία σε διάστημα παρακολούθησης 7 μηνών.

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

05. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΑ REVEAL LINQ. ΠΡΩΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, Ε. ΣΔΟΓΚΟΣ, Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

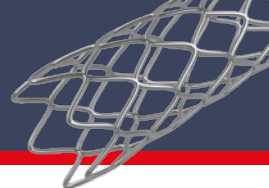
Καρδιολογική Κλινική, Νοσ. Βέροιας

Εισαγωγή: Οι εμφυτεύσιμοι καταγραφείς προσφέρουν σημαντική βοήθεια στη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με συγκοπικά επεισόδια ή αίσθημα παλμών.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των πρώτων δεδομένων σχετικά με την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και τη διαγνωστική ικανότητα του νέου εμφυτεύσιμου καταγραφέα Reveal LINQ (Εικόνα 1) που προσφέρει εύκολη εμφύτευση και παρακολούθηση των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα 7 ασθενών (5 Άνδρες - 2 Γυναίκες, μέσης ηλικίας 68,4±7,8 χρόνων). Για κάθε ασθενή εκτιμήθηκαν η μέθοδος εμφύτευσης (Εικόνες 2, 3), τα κλινικά χαρακτηριστικά, οι επιπλοκές και η αποτελεσματικότητα.

Αποτελέσματα: Οι ενδείξεις εμφύτευσης ήταν συγκοπικά επεισόδια σε 5 ασθενείς και αίσθημα παλμών ή/και ισχαμικό ΑΕΕ σε 2 ασθενείς. Πριν την εμφύτευση σε όλους τους ασθενείς είχε τεθεί Holter, οι 3 υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανάκλισης και οι 4 σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, χωρίς αποτέλεσμα. Ο χρόνος παρακολούθησης είναι 19,5±17,8



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

μήνες. Η διάγνωση τέθηκε σε 5 ασθενείς, 2 με νόσο φλεβοκόμβου (Εικόνα 4) και 1 με νόσο κολποκοιλιακού κόμβου, οπότε εμφυτεύθηκε μόνιμος βηματοδότης και 2 με κολπική μαρμαρυγή, οπότε δόθηκαν οι ανάλογες οδηγίες. Στους υπόλοιπους ασθενείς η παρακολούθηση συνεχίζεται. Δεν αναφέρθηκε, ούτε καταγράφηκε σοβαρή επιπλοκή.

Συμπέρασμα: Ο εμφυτεύσιμος καταγραφέας Reveal LINQ φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικός και ασφαλής επιτρέποντας τη διάγνωση ή/και τον αποκλεισμό σοβαρών και απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων που δεν υπήρχε άλλος τρόπος για τον εντοπισμό ή τον αποκλεισμό τους.

Εικ. 1



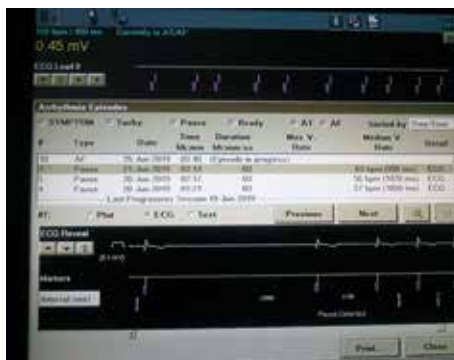
Εικ. 2



Εικ. 3



Εικ. 4



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

06. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ BRASH SYNDROME – ΕΝΑ ΝΕΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

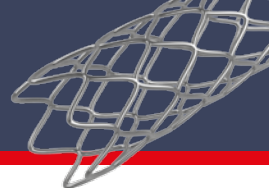
**Θ. ΜΠΟΥΓΑΣ, Κ. ΖΑΓΓΑΣ, Θ. ΤΣΕΛΕΜΠΗΣ, Θ. ΣΕΡΤΗΣ, Χ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ,
Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ**

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Εισαγωγή: Το σύνδρομο BRASH (B – bradycardia, R – renal failure, A – AV nodal blockade, S – shock, H – Hyperkalemia) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Josh Farkas. Παρατηρείται όταν ασθενής, ο οποίος λαμβάνει αποκλειστές του κολποκοιλιακού κόμβου (π.χ. Β αποκλειστές, διλτιαζέμη, βεραπαμίλη διγοξίνη) παρουσιάσει επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, με επακόλουθη μείωση της νεφρικής κάθαρσης των κομβότροπων φαρμάκων και της αποβολής καλίου. Ως αποτέλεσμα της υπερκαλιαιμίας και της αυξημένης συγκέντρωσης των φαρμάκων εμφανίζεται βραδυκαρδία και υπόταση. Η χαμηλή καρδιακή παροχή και η χαμηλή αρτηριακή πίεση συντελούν στην περαιτέρω επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Κλινική περίπτωση: Ασθενής, 80 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτώμενη αίσθημα ζάλης, αδυναμίας και εύκολης κόπωσης από 24ωρου. Αναφέρει διαρροϊκά επεισόδια από διημέρου. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα προσέλευσης καταγράφεται πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός και ρυθμός διαφυγής με ευρέα QRS και συχνότητα περίπου 30 σφίξεις το λεπτό. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και ήπια υπερκαλιαιμία. Η υποογκαιμία ως εκλυτικός παράγοντας της νεφρικής βλάβης και της υπερκαλιαιμίας σε συνδυασμό με την υπόταση και τη βραδυκαρδία, λαμβάνοντας χαμηλή δόση Β αποκλειστή, οδήγησαν στη διάγνωση του συνδρόμου BRASH.

Συμπέρασμα: Το σύνδρομο BRASH συχνά υποδιαγιγώσκεται. Αντιπροσωπεύει την αλληλεπικάλυψη της υπερκαλιαιμίας και της τοξικής δράσης αποκλειστών του κολποκοιλιακού κόμβου. Η υπερκαλιαιμία, προκαλούμενη από την νεφρική ανεπάρκεια, συνεργεί με τους αποκλειστές του κολποκοιλιακού κόμβου οδηγώντας έτσι σε βραδυκαρδία και υπόταση. Στο σύνδρομο αυτό ούτε η ήπια έως μέτρια υπερκαλιαιμία από μόνη της αλλά ούτε και η συνήθης δόση των κομβότροπων φαρμάκων που λαμβάνουν αυτοί οι ασθενείς μπορούν να εξηγήσουν τον βαθμό της βραδυκαρδίας, η οποία συχνά είναι ανθεκτική παρά την αρχική θεραπεία της υπερκαλιαιμίας.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

07. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

**Μ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Α. ΠΑΓΙΑΝΤΖΑ, Α. ΚΟΥΠΑΡΑΝΗΣ, Ε. ΠΕΤΕΙΝΙΔΟΥ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ,
Α. ΖΙΑΚΑΣ**

Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Περίπου 5-10% των ασθενών που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική έχουν κολπική μαρμαρυγή. Αυτό δημιουργεί διλήμματα όσον αφορά την αντιθρομβωτική αγωγή (αντιπηκτικό για την κολπική μαρμαρυγή/ αντιαιμοπεταλιακά για την αγγειοπλαστική) που θα ακολουθηθεί στη συνέχεια. Τρεις πρόσφατες μεγάλες μελέτες (RE-DUAL PCI, PIONEER AF-PCI, AUGUSTUS) υποστήριξαν τη χορήγηση διπλής έναντι τριπλής αντιθρομβωτικής αγωγής σ' αυτούς τους ασθενείς. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η καταγραφή και παρακολούθηση των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική στο Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

Υλικό και Μέθοδοι: Καταγράφηκαν συνολικά 23 ασθενείς (19 άνδρες, 4 γυναίκες) με παροξυσμική ή χρόνια κολπική μαρμαρυγή που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο ή σταθερή στηθάγχη. Η επιλογή της αντιθρομβωτικής αγωγής γινόταν κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού.

Αποτελέσματα: Πίνακας 1.

Συμπεράσματα: Παρατηρείται μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την αντιθρομβωτική αγωγή μετά από αγγειοπλαστική σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, φαίνεται όμως ότι η διπλή αγωγή κερδίζει συνεχώς έδαφος.

* Ακολουθεί πίνακας στην επόμενη σελίδα

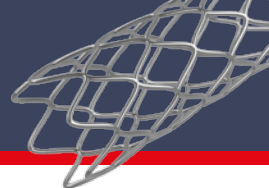
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική	
Φύλο	19 άνδρες, 4 γυναίκες
Ηλικία (Μ.Ο., έτη)	73,7
Follow-up (Μ.Ο., μήνες)	8,2
Κλινική εικόνα	Ασταθής στηθάγχη: 30,4%, NSTEMI: 30,4%, STEMI: 13,1%, Σταθερή ΣΝ: 26,1%
Ατιθρομβωτική αγωγή πριν PCI	Τύποτα: 13,1%, Acenocoumarol: 13,1%, Apixaban: 21,7%, Dabigatran: 8,7%, Rivaroxaban: 39,1%, Aspirin+Clopidogrel: 4,3%
Ατιθρομβωτική αγωγή μετά PCI	Acenoc+Aspirin+Clopidogrel: 8,7%, Apixaban+Aspirin+Clopidogrel: 8,7%, Apixaban+Clopidogrel: 4,3%, Dabigatran+Clopidogrel: 8,7%, Rivaroxaban+Aspirin+Clopidogrel: 34,8%, Rivaroxaban+Clopidogrel: 34,8%
Διπλή αγωγή μετά PCI	47,8%
Θρομβωτικές επιπλοκές	0%
Αιμορραγικές επιπλοκές	0%

08. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΡΓΟΤΕΡΑ ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ, ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΜΕ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ

Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΜΑΤΑ, Μ. ΚΑΡΑΛΙΟΛΙΟΥ, Μ. ΚΑΪΜΑΚΑΜΗ, Τ. ΔΑΔΟΥΣ, Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ

Β' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

Σκοπός: Η θεραπεία εμμένουσας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια, και ιστορικό αιφνιδίου θανάτου με κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα, και τη χρήση τρισδιάστατης ηλεκτροανατομικής απεικόνισης.

Υλικό και Μέθοδος: 68χρονος άνδρας με ιστορικό ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας (παλιό έμφραγμα μυοκαρδίου, και αγγειοπλαστική στην περισπωμένη αρτηρία, υπέστη καρδιακή ανακοπή τον Μάρτιο του 2017 κατά τη διάρκεια νοσηλείας λόγω προσυγκοπτικού επεισοδίου και αισθήματος παλμών. Το επεισόδιο προκλήθηκε από ταχεία κοιλιακή ταχυκαρδία (μορφολογία LBBB κατώτερο άξονα) που ανατάχθηκε ηλεκτρικά. Ακολούθως ο ασθενής υπεβλήθη σε στεφανιογραφία που έδειξε βατό το stent στην περισπωμένη, σπινθηρογράφημα καρδίας που έδειξε μικρή ουλή στο κορυφαίο κατώτερο-κατώτερο διαφραγματικό τοίχωμα χωρίς υπολειπόμενη ισχαιμία και μαγνητική τομογραφία μυοκαρδίου με μικρή περιοχή ίνωσης στο κορυφαίο πλάγιο τοίχωμα και κλάσμα εξώθησης 55%. Έκτοτε ετέθη σε φαρμακευτική αγωγή με Αμιωδαρόνη. Τον Μάρτιο του 2019 όμως, παρουσίασε υποτροπή του αισθήματος παλμών και νέο προσυγκοπτικό επεισόδιο. Παραπέμφθηκε από τους θεράποντες ιατρούς για ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Αρχικά διενέργεια Ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης με προγραμματισμένη βηματοδότηση από την κορυφή της δεξιάς κοιλίας, υπό Αμιωδαρόνη. Πρόκληση της κλινικής ταχυκαρδίας με βηματοδότηση με μήκος κύκλου 600 ms και τρία έκτακτα: 600/390/260/240ms. Η ταχυκαρδία είχε συχνότητα $\approx 200\text{b/min}$, συνοδεύτηκε από ιδιαίτερη αιμοδυναμική αστάθεια (ΣΑΠίση=45mmHg) και ήταν αδύνατη η ανάταξη της με αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση για αυτό και ανατάχθηκε με χορήγηση 200J σύγχρονου ρεύματος. Λόγω των παραπάνω χαρακτηριστικών της ταχυκαρδίας ήταν αδύνατη η χαρτογράφηση «on tachycardia» και επελέγη η χαρτογράφηση υποστρώματος σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα NAVX velocity Abbot, τετραπολικός καθετήρας στην κορυφή της δεξιάς κοιλίας, εξαπολικός στον στεφανιαίο κόλπο, δεκαπολικός για χαρτογράφηση και ο εύκαμπτος, ψυχόμενου άκρου, 3,5mm, καμπύλης 75 mm, TactiCath Abbot με δυνατότητα μέτρησης δύναμης επαφής, ως καθετήρας κατάλυσης, στην αριστερά κοιλία. Έγινε διπολικός ενδοκαρδιακός χάρτης υψηλής πυκνότητας της αριστεράς κοιλίας με τη χρήση αρχικά του δεκαπολικού καθετήρα Dynamics BS, και έπειτα του καθετήρα TactiCath Abbot, με λήψη 3700 περίπου σημείων. Το ενδοκάρδιο της αριστεράς κοιλίας ήταν στο μεγαλύτερο μέρος του ήταν υγιές και μόνο στην περιοχή του βασικού-κατωτέρου διαφραγματικού τοιχώματος παρουσίασε περιοχή χαμηλού voltage. Εντός της περιοχής αυτής καταγράφηκε περιοχή με αλληλουχία όψιμων δυναμικών με το πρωιμότερο στην βασική πλευρά και το οψιμότερο στην κορυφαία αντιστοιχώντας πιθανώς στην έξοδο και είσοδο ενός ισθμού βραδείας αγωγής. Κοντά και γύρω στην περιοχή αυτή υπήρχαν κτακερματισμένα χαμηλά δυναμικά. Παράλληλα έγινε χαρτογράφηση και επισήμανση στο χάρτη του αριστερού σκέλους. Χορηγήθηκαν βλάβες 35W με θερμοκρασία 43°C στην εν

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

λόγω περιοχή και μετά από αυτό καμία ταχυκαρδία δεν ήταν προκλητή με προγραμματισμένη βηματοδότηση και τρία έκτακτα.

Στον ασθενή διενεργήθηκε σε δεύτερο χρόνο εμφύτευση μόνιμου απινιδωτή για δευτερογενή πρόληψη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. 40 ημέρες μετά την επέμβαση ο ασθενής υπέστη επεισόδιο εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας με συχνότητα 180b/min την οποία η συσκευή αντιμετώπισε επιτυχώς με αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση χωρίς ο ασθενής να παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα.

Συζήτηση/συμπεράσματα: Η εμφάνιση 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 εμφύτευση απινιδωτή ελαττώνει την ολική θνητότητα αλλά οι πολλαπλές εκφορτίσεις συνδέονται με χαμηλή ποιότητα ζωής και αυξημένη θνητότητα. Η κατάλυση και ιδιαίτερα η μέθοδος της εξάλειψης του αρρυθμικού υποστρώματος είναι πολύ αποτελεσματική στην αποτροπή των υποτροπών κοιλιακής ταχυκαρδίας και ηλεκτρικής θύελλας και των απότοκων εκφορτίσεων του απινιδωτή. Στην περίπτωση που παρουσιάζουμε ακολουθήθηκε ολιστική θεραπεία με κατάλυση του υποστρώματος και εμφύτευση απινιδωτή καθώς δεν έχει αποδειχθεί ότι ακόμη και η επιτυχής κατάλυση όπως αυτή ορίζεται από τη μη προκλησιμότητα στο τέλος της επέμβασης και την κατάλυση του υποστρώματος (όψιμα δυναμικά, ισθμοί βραδείας αγωγής), εξασφαλίζει 100% μη υποτροπή. Αυτό συνέβη και στην περίπτωση μας όπου η υποτροπή της ταχυκαρδίας αντιμετωπίστηκε εύκολα από τη συσκευή, με αντιταχυκαρδιακή βηματοδότηση, πιθανόν λόγω τροποποίησης του υποστρώματος από την κατάλυση, ενώ πριν δεν ήταν δυνατή η υπερκέρωση της ταχυκαρδίας.

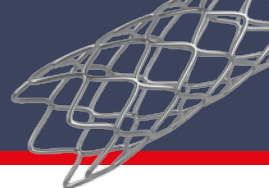
09. ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΘΙΟΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ-ΠΑΡΑ ΗΙΣΙΑΝ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΜΑΤΙΟΥ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ, ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΑΝΟΤΟΜΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΚΑΡΑΛΙΟΛΙΟΥ, Α. ΜΑΤΑ, Π. ΦΑΛΙΑΓΚΑΣ, Τ. ΔΑΔΟΥΣ, Μ. Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ

Β' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η Κατάλυση προσθιοδιαφραγματικού δεματίου σε ασθενή με ιστορικό ταχυκαρδιών με στενά QRS και εμφανή προδιέγερση.

Υλικό και Μέθοδος: 54χρονος άνδρας με ιστορικό έντονα συμπτωματικής ταχυκαρδίας με στενά QRS και εμφανή προδιέγερση στο ΗΚΓ, κατάλυση στο εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη:

Βασικός ρυθμός: Φλεβοκομβικός, κύμα Δ μικρό θετικό στις V1-V2, θετικό στις II-avF, +/- στην III, θετικό στην I, μικρό θετικό στην avL. Εικόνα συμβατή με προσθιοδιαφραγματικό παραπληρωματικό δεμάτιο.

Βασικά διαστήματα: A-H=56, H-V=-8ms P-R=80ms, QRS=138ms (λοιπά εντός φυσιολογικών ορίων). Wenckebach Cycle Length: δεν επετεύχθη-εισαγωγή AVRT με επιταχυνόμενη κολπική βηματοδότηση σε μήκος κύκλου 480ms και μήκος κύκλου ταχυκαρδίας 360ms και VA time 96ms. A. Pathway ERP=600ms. APW Ret.ERP 300ms. Ανάδρομη αγωγή: Concentric, nondecremental. Και από τα παραπάνω ευρήματα ήταν σαφής η ύπαρξη προσθιοδιαφραγματικού παραπληρωματικού δεματίου. Αποφασίστηκε η κατάλυση του δεματίου λόγω των συμπτωματικών επεισοδίων ταχυκαρδίας με στενά QRS. Λόγω της πιθανής εγγύτητας με το δεμάτιο του His, χρησιμοποιήθηκε το σύστημα ηλεκτροανατομικής απεικόνισης NAVX, ούτως ώστε να είναι δυνατή η λεπτομερής απεικόνιση της προσθιοδιαφραγματικής περιοχής του δεξιού κόλπου, των καθετήρων, η επισήμανση του δεματίου του His και των βλαβών κατάλυσης. Αρχικά εισαγωγή του καθετήρα κατάλυσης και χαρτογράφηση με το σύστημα NAV X στο επίπεδο των αορτικών πτυχών ανάδρομα δια της αορτής με δημιουργία τρισδιάστατου μοντέλου της ανιούσας αορτής, των πτυχών και των στομιών των στεφανιαίων αρτηριών. Στην δεξιά αορτική πτυχή καταγραφή σήματος προδιέγερσης με πολύ μικρό A-V διάστημα και υψίσυχνο σήμα ενδιάμεσα καταγραφόμενα ταυτόχρονα με την αρχή του κύματος Δ. Στο σημείο αυτό που ήταν σε ασφαλή απόσταση περίπου 1 cm από τη δεξιά στεφανιαία, χορηγήθηκαν βλάβες από 20 έως 30 W με μέγιστη θερμοκρασία 50°C χωρίς αποτέλεσμα. Ακολούθως έγινε χαρτογράφηση του δεξιού τριγωνικού δακτυλίου. Σε προσθιοδιαφραγματική θέση στην 12η ώρα σε LAO προβολή κατεγράφη σήμα με βραχύτατο A-V, δυναμικό παραπληρωματικού δεματίου (κατακερματισμένη ενδιάμεση υψίσυχη συνιστώσα) 40ms πριν την έναρξη του κύματος Δ. Χορηγήθηκε βλάβη 15 W 60°C με προσωρινή εξάλειψη της προδιέγερσης. Ακολούθησαν βλάβες σταδιακά αυξανόμενες έως τα 30W με εξάλειψη της προδιέγερσης. Στο σημείο αυτό ο καθετήρας κατάλυσης κατέγραψε, μετά την εξάλειψη της προδιέγερσης, ηλεκτρόγραμμα His. Μετά την κατάλυση τα βασικά διαστήματα ήταν:

A-H=74ms, H-V=62ms, AERP:500/260ms, WCL:300ms, RWCL=340ms, VERP=500/300, ανάδρομη αγωγή: concentric-decremental.

Καμία ταχυκαρδία δεν ήταν προκλητή κατά την ΗΦΜ και καμία διαταραχή της κολποκοιλιακής αγωγής δεν σημειώθηκε.

Συζήτηση/συμπεράσματα: Η παρουσία παραπληρωματικών δεματίων και εμφανούς προδιέγερσης σχετίζεται με εμφάνιση αιφνιδίου θανάτου λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής που προκαλείται από ταχεία κοιλιακή απόκριση στην περίπτωση που οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν κολπική μαρμαρυγή, της οποίας η επίπτωση είναι σχετικά αυξημένη σε ασθενείς

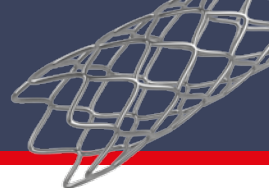
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

με παραπληρωματικά δευμάτια. Κίνδυνο διατρέχουν οι ασθενείς με δευμάτια που παρουσιάζουν βραχεία (<270ms), ανερέθιστη περίοδο. Νέα δεδομένα όμως παρουσιάζουν τις ηλεκτρικές ιδιότητες πολλών δευματιών ως κυμαινόμενες με διακύμανση πάνω και κάτω από το προαναφερθέν όριο, σε διαφορετικές περιπτώσεις στον ίδιο ασθενή. Εκτός από αυτό το στοιχείο, στη δική μας περίπτωση η κατάλυση αποφασίστηκε λόγω των επεισοδίων συμπτωματικής ορθόδρομης κολποκοιλιακής ταχυκαρδίας επανεισόδου. Η κατάλυση αυτών των δευματιών σχετίζεται με εμφάνιση κολποκοιλιακού αποκλεισμού λόγω εγγύτητας με το δευμάτιο του His. Γι' αυτό επελέγη κατ' αρχήν η προσπάθεια προσπέλασης του δευματίου μέσω της αορτής καθώς έχει περιγραφεί η ασφαλής κατάλυση προσθιοδιαφραγματικών δευματιών μέσω της αορτής. Όταν αυτό δεν έγινε δυνατό η ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση της προσθιοδιαφραγματικής περιοχής και εφαρμογή με ακρίβεια, βλαβών στην περιοχή, (χαμηλής ισχύος αρχικά καθώς βιβλιογραφικές αναφορές δείχνουν επιτυχή κατάλυση με χαμηλό voltage, γεγονός πιθανώς οφειλόμενο σε υπενδοκάρδια εντόπιση αυτών των δευματιών), που οδήγησαν, στην ασφαλή και πλήρη κατάλυση του δευματίου.

10. ΠΑΡΟΥΣΥΝΤΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ STRESS ΩΣ ΜΙΑ ΑΙΤΙΑ ΕΥΚΟΛΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

ΣΤ. ΧΑΡΙΤΟΣ, Χ. ΚΑΡΑΝΤΩΝΑ, Φ. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ, Ι. ΣΙΔΕΡΗ, Σ. ΜΠΑΚΑΛΙΟΣ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Η κολπική ταχυκαρδία, σύμφωνα με παλαιότερες ταξινομήσεις που βασιζόταν αποκλειστικά στο ΗΚΓ εμφανίζεται, ορίζεται ως ένας κανονικός κολπικός ρυθμός με σταθερή συχνότητα μεγαλύτερη από 100 παλμούς/λεπτό, ο οποίος ξεκινά έξω από την περιοχή του φλεβοκόμβου. Ο μηχανισμός της μπορεί να είναι τοπική δραστηριότητα βηματοδότη (focal pacemaker activity), δηλ. αυτοματισμός (automaticity) ή ενεργοποίηση (triggered activity) ή επανεισόδος (micro- or macroreentry). Ο κολπικός πτερυγισμός από την άλλη πλευρά αναφέρεται σε ένα τύπο κανονικής ταχυκαρδίας με συχνότητα μεγαλύτερη από 240 παλμούς/λεπτό (μήκος κύκλου ταχυκαρδίας 250 milliseconds ή λιγότερο) στην οποία δεν υπάρχει ισοηλεκτρική γραμμή μεταξύ των κολπικών επαγμάτων. Ο κολπικός πτερυγισμός με τη σειρά του διακρίνεται στον τυπικό πτερυγισμό που εξαρτάται από το δακτύλιο της τριγλώχινας (isthmus-dependent) και τον άτυπο πτερυγισμό που δεν εξαρτάται από το δακτύλιο της τριγλώχινας. Αυτή η ταξινόμηση όμως που βασιζόταν στο ΗΚΓ εμφανίζεται έχει πολλούς περιορισμούς. Ούτε η κολπική συχνότητα ούτε η έλλειψη ισοηλεκτρικής γραμμής είναι ειδική για τον μηχανισμό της ταχυκαρδίας. Η γρήγορη κολπική ταχυκαρδία σε ένα κόλπο που νοσεί μπορεί να μιμηθεί στο ΗΚΓ κολπικό πτερυγισμό και από την άλλη μεριά ένας κολπικός πτερυγισμός μπορεί να έχει ισοηλεκτρικά διαστήματα μεταξύ των πτερυγι-



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

κών κυμάτων. Επιπλέον οι μηχανισμοί της κοιλιακής ταχυκαρδίας, όπως αυτοί καθορίζονται από τις ΗΦΜ και το ablation, δεν σχετίζονται πάντοτε με τα ΗΚΓ κριτήρια. Γι' αυτό τον λόγο έχει επικρατήσει η ταξινόμηση με βάση τον μηχανισμό της κοιλιακής ταχυκαρδίας.

Focal Atrial Tachycardia	• Automatic atrial tachycardia • Triggered-activity atrial tachycardia • Microreentrant atrial tachycardia
Macroreentrant Atrial Tachycardia or Atrial Flutter	Cavotricuspid isthmus-dependent atrial flutters • Clockwise and counterclockwise typical atrial flutter • Double-loop reentry • Lower-loop reentry • Intra-isthmus reentry Noncavotricuspid isthmus-dependent right atrial flutters • Upper-loop reentry • Lesional or scar-related right atrial macroreentry Left atrial flutters • Perimitral macroreentry • Pulmonary vein/scar macroreentry • Left septal macroreentry • Postsurgical/ablation macroreentry

Ενώ η μη συνεχής κοιλιακή ταχυκαρδία (nonsustained AT) ανευρίσκεται συχνά σε καταγραφές Holter ρυθμού και σπάνια συσχετίζεται με συμπτώματα η συνεχής κοιλιακή ταχυκαρδία (sustained ATs) είναι σχετικά σπάνια και διαγιγνώσκεται σε 5% με 15% των ασθενών με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία που αποστέλλονται για ablation. Εντούτοις η συχνότητά της σαν ποσοστό των υπερκοιλιακών ταχυκαρδιών αυξάνεται με την ηλικία και μπορεί να φτάσει το 23% σε ασθενείς μεγαλύτερους των 70 ετών. Η κοιλιακή ταχυκαρδία μπορεί να εμφανιστεί σαν παροξυσμική ή σαν ακατάπαυστη ταχυκαρδία. Όταν είναι παροξυσμική, οι ασθενείς παρουσιάζονται με το τυπικό αίσθημα παλμών που παρουσιάζουν και στις άλλες μορφές υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας. Παρόλα αυτά μπορεί να εμφανίζουν σοβαρότερα συμπτώματα και αιμοδυναμική κατάρριψη σε περίπτωση δομικής καρδιακής νόσου. Στην περίπτωση ακατάπαυστης κοιλιακής ταχυκαρδίας οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν μυοκαρδιοπάθεια οφειλόμενη σε ταχυκαρδία και να εμφανιστούν με συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η κοιλιακή ταχυκαρδία μπορεί επίσης να εμφανιστεί σαν συχνά επαναλαμβανόμενη ταχυκαρδία με συχνά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας που διακόπτονται από σύντομες περιόδους φλεβοκομβικού ρυθμού. Αυτή η επαναλαμβανόμενη μορφή κοιλιακής ταχυκαρδίας μπορεί να γίνει ανεκτή για χρόνια προκαλώντας συμπτώματα μόνο στις γρήγορες καρδιακές συχνότητες κατά τη διάρκεια της ταχυκαρδίας

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

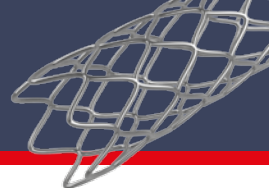
και οδηγώντας λιγότερο συχνά σε διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Η ασθενής της περίπτωσης μας είναι 69 ετών και η διευρένησή της ξεκίνησε με Holter ρυθμού 24ώρου για επεισόδια αισθήματος παλμών μικρής σχετικά διάρκειας τα οποία δεν ήταν συχνά. Το λοιπό ατομικό ιστορικό της ήταν ελεύθερο. Το Holter ρυθμού 24ώρου έδειξε 1 επεισόδιο υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας, μικρής διάρκειας, με συχνότητα 140-150 παλμούς/λεπτό χωρίς εμφανή Ρ κύματα καθώς και σημαντικές διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής με επεισόδια κολποκοιλιακού αποκλεισμού 2:1 και πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού κατά τις πρωινές και βραδινές ώρες. Η ασθενής αρνήθηκε οποιοδήποτε συγχοπικό επεισόδιο ή επεισόδιο ζάλης κατά το παρελθόν. Αφού εξηγήθηκαν στην ασθενή τα ευρήματα του Holter ρυθμού και της πιθανής ανάγκης τοποθέτησης μόνιμου καρδιακού βηματοδότη στο μέλλον, τέθηκε σε παρακολούθηση δεδομένων των ήπιων συμπτωμάτων της υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας. Επανάληψη του Holter ρυθμού 24ώρου έδειξε τα ίδια ευρήματα χωρίς καμία μεταβολή των συμπτωμάτων της ασθενούς. Σε επανέλεγχο ρουτίνας στα τακτικά Ε.Ι. το ΗΚΓ έδειξε Wenckebach με καρδιακή συχνότητα περίπου 50 παλμούς/λεπτό. Η ασθενής ερωτώμενη ανέφερε εύκολη κόπωση και προγραμματίστηκε δοκιμασία κόπωσης για να ελεγχθεί ο καρδιακός ρυθμός κατά τη διάρκεια της κόπωσης και να αποκλειστούν σημαντικότερες διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγής. Στη διάρκεια της δοκιμασίας κόπωσης η ασθενής εμφάνισε εύκολη κόπωση από το 2ο λεπτό της δοκιμασίας με την εμφάνιση κολπικής ταχυκαρδίας, παρόλο που η συχνότητα των κοιλιών αυξήθηκε στους 120-130 παλμούς ανά λεπτό και η δοκιμασία διακόπηκε στα μέσα του 3ου λεπτού. Η κολπική ταχυκαρδία ανατάχθηκε κατά τη διάρκεια της ανάνηψης. Επανάληψη της δοκιμασίας μετά από λίγη ώρα αναπαρήγαγε τα συμπτώματα της ασθενούς και πάλι με την εμφάνιση κολπικής ταχυκαρδίας που οδήγησε σε πρόωπη διακοπή της δοκιμασίας. Η κολπική ταχυκαρδία ανατάχθηκε ξανά κατά τη διάρκεια της ανάνηψης. Τελικά αποφασίστηκε η τοποθέτηση μόνιμου καρδιακού βηματοδότη τύπου DDD για τη θεραπεία των διαταραχών της κολποκοιλιακής αγωγής και έναρξη της αγωγής με b-bocker για τη θεραπεία των επεισοδίων κολπικής ταχυκαρδίας κυρίως κατά τη διάρκεια της κόπωσης.

11. ΜΟΝΙΜΗ ΔΙΑΦΛΕΒΙΑ ΔΙΠΛΟΕΣΤΙΑΚΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΕ ΜΙΚΡΑ ΒΡΕΦΗ ΜΕ ΣΥΜΠΛΟΚΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΠΛΗΡΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ

Ν. ΕΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΛΑΔΗΜΑ, Ε. ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Η βηματοδότηση σε νεογνά και μικρά βρέφη με σωματικό βάρος μικρότερο των οκτώ χιλιογράμμων με συγγενή καρδιοπάθεια και μετεγχειρητικό πλήρη κολποκοιλια-



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

ακό αποκλεισμό είναι κατά κανόνα μονοεστιακή και επικαρδιακή. Σε βρέφη με σωματικό βάρος μικρότερο των είκοσι χιλιογράμμων μπορεί να είναι διαφλέβια αλλά μονοεστιακή, ενώ η διαφλέβια διπλοεστιακή βηματοδότηση επιχειρείται συνήθως όταν το βάρος είναι άνω των είκοσι χιλιογράμμων.

Σκοπός. Σκοπός της μελέτης είναι να επισημάνει ότι η διαφλέβια διπλοεστιακή βηματοδότηση είναι εφικτή και σε μικρά βρέφη όταν αυτή είναι αναγκαία για την ευνοϊκή μετεγχειρητική εξέλιξή τους.

Υλικό - Μέθοδος - Αποτελέσματα: Η μελέτη αναφέρεται σε δύο θήλαα βρέφη – προνήπια ηλικίας 2,5 και 3 ετών με σύμπλοκη κυανωτική καρδιοπάθεια του τύπου της Διπλοεξόδου Δεξιάς Κοιλίας με Ατρησία Πνευμονικής, Ευρεία Μεσοκοιλιακή Επικοινωνία και τα Μεγάλα Αγγεία σε Θέση Μετάθεσης. Το σωματικό τους βάρος ήταν 8,5 και 9 χιλιόγραμμα αντίστοιχα. Υποβλήθηκαν σε ολική χειρουργική διόρθωση τύπου Rastelli με τοποθέτηση μοσχεύματος στην Πνευμονική Αρτηρία. Ένα μήνα μετά την επέμβαση σταθεροποιήθηκε ο πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός που εκδήλωσαν μετεγχειρητικά και τοποθετήθηκε μόνιμος MRI συμβατός DDD – R Βηματοδότης. Προηγήθηκε αγγειογραφική απεικόνιση των τραχηλικών φλεβών για να ελεγχθεί η βατότητά τους και των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων για να προσδιορισθεί με ακρίβεια η θέση του Δεξιού Ωτίου και της Κορυφής της Δεξιάς Κοιλίας. Δημιουργήθηκε επαρκής αγκύλη των ηλεκτροδίων εντός των καρδιακών κοιλοτήτων ώστε τα ηλεκτρόδια να μην προκαλέσουν προβλήματα κατά την ανάπτυξη των παιδιών. Έξι μήνες μετά την εμφύτευση, είναι σε καλή κατάσταση με καλές παραμέτρους λειτουργίας των βηματοδοτών.

Συμπεράσματα: Η Διαφλέβια Διπλοεστιακή Μόνιμη Βηματοδότηση είναι δυνατόν και θα πρέπει να επιχειρείται σε μικρά βρέφη με Συγγενή Καρδιοπάθεια και Μετεγχειρητικό Πλήρη Κολποκοιλιακό Αποκλεισμό επειδή στα παιδιά αυτά η καρδιακή παροχή με την συμμετοχή της κολπικής εκπόλωσης έχει σημασία για την ομαλή μετεγχειρητική εξέλιξή τους. Η Επικαρδιακή Βηματοδότηση με Θωρακοτομή στα παιδιά αυτά δεν είναι πάντα δυνατή.



Εικ. 1. Φλεβογραφία της Αριστερής Ανώνυμης και Αριστερής Υποκλείδιας Φλέβας για να

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ελεγχθεί η βατότητα τους (α), αγγειογραφία του Ωτίου Δεξιού Κόλπου (βέλος) (β), κοιλιογραφία της Δεξιάς Κοιλίας προς απεικόνιση της κορυφής της (βέλος) (γ) και απεικόνιση ηλεκτροδίων μετά την εμφύτευσή τους (δ).

12. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΗ ΣΥΓΚΟΠΗ

Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ, Π. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ, Χ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Μ. ΜΕΛΕΤΙΔΟΥ, Π. ΚΥΡΙΑΚΟΥ, ΧΡ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ

Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η συμμετοχή της λειτουργικότητας του αριστερού κόλπου (ΑΚ) και της αριστερής κοιλίας (ΑΚΛ) στο μηχανισμό της συγκοπής δεν έχει διευκρινιστεί. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε εάν ανατομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των αριστερών κοιλοτήτων σε ηρεμία συσχετίζονται με την κλινική εκδήλωση της συγκοπής και το αποτέλεσμα της δοκιμασίας ανάκλισης (ΔΑΝ).

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 90 ασθενείς με απώλεια συνείδηση και πιθανώς νευροκαρδιογενούς αιτιολογίας που υποβλήθηκαν σε ΔΑΝ. Όσοι εμφάνισαν συγκοπικά επεισόδια σε ηλικία.

Αποτελέσματα: Η ομάδα Α (n=38, 42.2%) εμφάνιζε περισσότερα συγκοπικά επεισόδια σε σχέση με τη Β [odds ratio(OR) για >3 επεισόδια: 3.29, 95% confidence intervals (CI) 1.22-8.85, p<0.001].

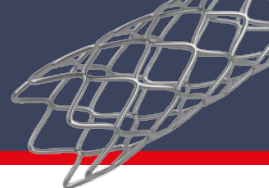
Συμπεράσματα: Ασθενείς με συγκοπικά επεισόδια σε μικρότερη ηλικία, εμφανίζουν μικρότερες διαστάσεις ΑΚ με καλύτερη λειτουργία reservoir. Αυτό πιθανώς υποδηλώνει μια μεγαλύτερη ευαισθησία στην ελάττωση του προφορτίου, με εντονότερη πυροδότηση του μηχανισμού της αντανάκλαστικής συγκοπής.

13. ΤΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΟΥ ΕΠΑΡΜΑΤΟΣ QRS ΣΤΙΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΑΝΑΚΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΓΚΟΠΗ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μ. ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ¹, ΣΤ. ΒΕΡΓΟΠΟΥΛΟΣ², Α. ΦΩΤΟΓΛΙΔΗΣ¹, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ¹, Π. ΡΟΥΜΕΛΗΣ¹, Π. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ¹, Κ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ¹, Ε. ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ¹, ΧΡ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ¹, Ν. ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ¹, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ¹

¹Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

²Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Χαλκιδικής



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

Σκοπός: Το χαμηλό δυναμικό του QRS έχει αναφερθεί ότι συμμετέχει στην παθογένεια της νευροκαρδιογενούς συγκοπής. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε εάν το δυναμικό του QRS σχετίζεται με την έκβαση της δοκιμασίας ανάκλισης (ΔΑΝ) και Αδενοσίνης (ΔΑΔ) σε συγκοπή αγνώστου αιτιολογίας (ΣΑΑ).

Υλικό και Μέθοδος: Σε 90 ασθενείς με ΣΑΑ που μελετήθηκαν με ΔΑΝ/ΔΑΔ, προσδιορίστηκε το δυναμικό του QRS σε 12 απαγωγές. Η ΔΑΔ θεωρήθηκε θετική εφόσον καταγράφηκε κολποκοιλιακός αποκλεισμός >10 sec ή ασυστολία >6 sec.

Αποτελέσματα: Το δυναμικό του επάρματος R στην απαγωγή III ήταν μικρότερο σε θετική ΔΑΝ (4.51 ± 3.69 vs. 7.36 ± 5.61 mV, $p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Χαμηλά δυναμικά του R στις απαγωγές III και aVF συσχετίζονται με θετική ΔΑΝ ή ΔΑΔ σε ασθενείς με ΣΑΑ, πιθανώς υποδηλώνοντας χαρακτηριστική γεωμετρική καρδιακή διαμόρφωση και κοιλιακή εκπόλωση η οποία μπορεί να διαγνωσθεί ηλεκτροκαρδιογραφικώς και να συμβάλλει στη διαγνωστική διερεύνηση ασθενών με συγκοπή.

ΠΕΜΠΤΗ 12 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 | 13:45 - 15:00

Πρόεδροι: **Δ. Κουλαξής, Χ. Παπαδόπουλος**

14. SIMULTANEOUS TRANSRADIAL AND TRASFEMORAL APPROACH TO FACILITATE DUAL CATHETER TECHNIQUE FOR CORONARY PERFORATION

Μ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Θ. ΚΟΥΤΣΟΚΩΣΤΑΣ, Α. ΚΟΥΠΑΡΑΝΗΣ, Ε. ΠΕΤΕΙΝΙΔΟΥ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Α. ΖΙΑΚΑΣ

Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Introduction: Dual catheter technique utilizes a second guiding catheter in the same coronary ostium for graft stent deployment while a balloon is kept inflated at the site of perforation through the first guiding catheter, in order to gain time and reduce uncontrolled hemorrhage.

Case presentation: A 76-year-old male with stable angina symptoms underwent a programmed coronary angiography through transradial access that revealed a severe stenosis at the mid-left anterior descending artery. After lesion pre-dilatation with 2.5x20 mm semi-compliant balloon, an everolimus drug-eluting 3.0x28 mm stent was implanted. During post-dilatation with a 4.0x10 mm non-compliant balloon an Ellis type III perforation was created. The non-compliant balloon was immediately inflated at the site of perforation and a second guiding catheter cannulated the left main through femoral access. A 4.0x22 mm PTFE-covered graft stent was deployed, but while assessing the final result a dissection was noted at the proximal end of the

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

stent and a new everolimus drug-eluting 4.0x20 mm stent was implanted (Fig.1E). The final result was very good with no contrast extravasation. The patient remained hemodynamically stable throughout his hospitalization.

Conclusions: The dual catheter technique is a safe and fast approach to treat a PCI induced severe coronary artery perforation. Femoral approach is not to be abandoned and young interventionalists should still be trained to it despite transradial access dominance in everyday practice.

15. PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION FACILITATED BY IN-STENT SHOCKWAVE LITHOTRIPSY

Μ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ¹, Γ. ΚΑΣΙΜΗΣ², Α. ΚΟΥΠΑΡΑΝΗΣ¹, Ε. ΠΕΤΕΙΝΙΔΟΥ¹,
Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ¹, Α. ΖΙΑΚΑΣ¹

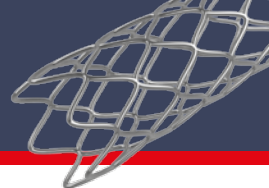
¹Α' Καρδιολογική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Β' Καρδιολογική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Introduction: Shockwave intravascular lithotripsy (S-IVL) is a novel technique for the treatment of severely calcified coronary lesions, by delivering high-pressure soni-cwaves at the arterial wall through a special balloon catheter.

Case presentation: A 53-year-old male underwent a dominant right coronary artery (RCA) primary (RCA) percutaneous coronary intervention (PCI) because of an inferior ST-elevation myocardial infarction (STEMI). Despite post-dilatations at high atmos-pheres, full expansion of the distal stent could not be achieved. One month later the pa-tient was programmed for intravascular ultrasound (IVUS) at the site of the previously underexpanded stent. Through transradial access and a 6 Fr guiding catheter, the RCA IVUS confirmed an underexpanded stent with heavy circumferential calcification and S-IVL treatment was decided. A total of eight 10 sec-cycles were applied, repeated IVUS showed calcium disruption and a non-compliant balloon at 20 atm sufficiently expanded the stent. The patient was discharged the next day after an uneventful hos-pitalization.

Conclusions: S-IVL has appeared as a promising and effective technique for modifying heavily calcified lesions without serious complications. Only scarce reports exist about its use in previously implanted stents. Should stent integrity be assessed by intravas-cular imaging in these situations? Should a new stent-in-stent be implanted?



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

16. ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΕΞΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ

Π. ΡΟΔΙΤΗΣ¹, Α. ΣΑΜΑΡΑΣ¹, Ι. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ¹, Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ¹, Μ. ΤΑΧΤΣΗ²,
Ι. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Νοσ. Βέροιας

²Αγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσ. Βέροιας

Ασθενής 72 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενος ζάλη και αδυναμία αρχόμενα προ ωρών. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών παρουσίαζε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με συχνότητα 35 b/min, QRS με εύρος <120ms, χωρίς διαταραχές τους διαστήματος ST. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με αρτηριακή πίεση 140/90 mmHg και δεν λάμβανε βραδυκαρδιακή αγωγή. Ανέφερε ατομικό ιστορικό παλαιάς αγγειοπλαστικής της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας με τοποθέτηση 2 ενδοστεφανιαίων προθέσεων. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο ο οποίος ανέδειξε πλήρη απόφραξη εγγύς δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας που περιελάμβανε τις δυο ενδοστεφανιαίες προθέσεις που παρουσίαζαν κενό λίγων χιλιοστών στην τοποθέτησή τους. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε η δεξιά κερκιδική προσπέλαση και λόγω τοποθέτησης προσωρινού διαφλέβιου βηματοδότη μέσω της δεξιάς μηριαίας φλέβας. Λόγω εκσεσημασμένης ελίκωσης της δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας, κατά την προσπάθεια των χειρισμών ο καθετήρας αγγειοπλαστικής τύπου AL1 παρουσίασε συστροφή (Εικόνα 1) η οποία δεν λύθηκε με διάφορους χειρισμούς και απαιτήθηκε χειρουργική αφαίρεση με αρτηριοτομή στο ύψος της μεσότητας της δεξιάς κερκιδικής αρτηρίας (Εικόνα 2). Παρουσιάζουμε το περιστατικό καθώς και τους χειρισμούς που ακολούθησαν για την επιτυχή αντιμετώπιση της επιπλοκής.



Εικ. 1



Εικ. 2

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

17. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΣΩ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΕΞΙΟΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Κ. ΚΙΝΤΗΣ, Χ. ΜΑΝΤΗΣ, Ε. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Δ. ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ, Α. ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΟΥ, Χ. ΑΡΜΟΝΗΣ, Χ. ΤΟΥΝΤΑΣ, Ε. ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Τ. ΓΚΙΚΑ, Σ. ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Αθηνών

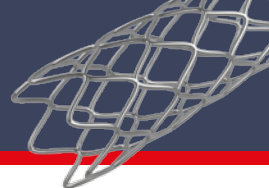
Η αναστροφή των σπλάχνων με δεξιοκαρδία είναι μια σπάνια συγγενής ανωμαλία η οποία μπορεί να συνδεθεί με άλλες καρδιακές παθήσεις που είναι κοινές στους ηλικιωμένους όπως η εκφυλιστική στένωση της αορτικής βαλβίδας. Η ιδιαίτερη αυτή ανατομία, ο διαφορετικός προσανατολισμός της στεφανιαίας γεωμετρίας και οι κατάλληλες ακτινολογικές προβολές αποτελούν πρόκληση για τον επεμβατικό καρδιολόγο. Στην παρούσα εργασία, παρουσιάζουμε έναν 78-ετών άνδρα με δεξιοκαρδία ο οποίος ανέπτυξε σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας και υποβλήθηκε σε διαγνωστική στεφανιογραφία χρησιμοποιώντας την κερκιδική προσπέλαση. Αναφέρονται οι τεχνικές λεπτομέρειες για την επιτυχή έκβαση του καρδιακού καθετηριασμού μέσω κερκιδικής προσπέλασης στα άτομα αυτά με αναστροφή των σπλάχνων.

18. STENT DISLODGEEMENT: A DIFFERENT APPROACH ON THIS RARE BUT IMPORTANT COMPLICATION

F. ECONOMOU, T. BELEVESLIS, D. KOULAXIS, ST. DELIOGLANIS, P. KYRIAKIDIS

424 Military Hospital of Thessaloniki

Stent dislodgement is a rare but important complication in Interventional Cardiology. All Interventionalists should be familiar with this type of complication, and how to manage it. We present a case report of a 58-year-old male that was admitted to our hospital with a mid-LAD severe lesion. After multiple predilatations, stent delivery was not possible and, due to intense force of stent delivery system, a stent dislodgement in a proximal lesion segment occurred. Then we managed to deliver the dislodged stent in place with a novel technique.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

19. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ¹, Α. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ¹, Β. ΡΑΠΤΗΣ²

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κατερίνης

²Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Διάγνωση και αντιμετώπιση θρόμβωσης δεξιού κόλπου σε ασθενή με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής 45 ετών, διαγνώστηκε με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, πιθανότατα στα πλαίσια παραμελημένης χρόνιας σπειραματονεφρίτιδας, και τέθηκε σε συνεδρίες εξωνεφρικής κάθαρσης με τοποθέτηση προσωρινού κεντρικού φλεβικού καθετήρα στη δεξιά έσω σφαγίτιδα.

Τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη των συνεδριών παρουσίασε δεκατική πυρετική κίνηση χωρίς συνοδά συμπτώματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο που ακολούθησε προέκυψε ήπια αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και της CRP, οριακά μειωμένο κλάσμα C3 του συμπληρώματος και οριακή αύξηση των γ σφαιρινών.

Παραπέμφθηκε για διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα το οποίο ανέδειξε υπερηχογενές μόρφωμα στον δεξιό κόλπο. Κατά την περαιτέρω διερεύνηση με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα επιβεβαιώθηκε η παρουσία ακίνητου υπερηχογενούς μορφώματος σε επαφή με το ελεύθερο τοίχωμα του δεξιού κόλπου και με το άκρο του σφαγιτιδικού καθετήρα που βρισκόταν εντός του δεξιού κόλπου. Με διάγνωση εργασίας την θρόμβωση δεξιού κόλπου σχετιζόμενη με παρουσία κεντρικού φλεβικού καθετήρα (CRAT), έγινε έναρξη αντιπηκτικής αγωγής αρχικά με Η.Χ.Μ.Β και μία εβδομάδα αργότερα με από του στόματος ακενοκουμαρόλη. Έγινε επίσης έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής (βανκομυκίνη, αμικασίνη) δεδομένης της πιθανότητας επιμόλυνσης. Προς περαιτέρω υποστήριξη της διάγνωσης διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς η οποία ανέδειξε "παρουσία μορφώματος 24x19 mm στο οπίσθιο πλάγιο τοίχωμα του δεξιού κόλπου και σε άμεση σχέση με την τριγλώχινα βαλβίδα, χωρίς να παρατηρούνται στενωτικά φαινόμενα.

Αποτελέσματα: Η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής συνεχίστηκε για έξι μήνες με επανεκτίμηση με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση με σταδιακή μείωση του μεγέθους μέχρι την πλήρη εξαφάνιση του θρόμβου.

Συμπεράσματα: Η πιθανότητα θρόμβωσης εντός του δεξιού κόλπου απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση στις κατηγορίες ασθενών που φέρουν για μακρό χρονικό διάστημα κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες και τακτικό απεικονιστικό έλεγχο, δεδομένης της συχνά ασυμπτωματικής πορείας. Θεραπευτικώς, σημαντική είναι η αφαίρεση/αντικατάσταση του φλεβοκαθετήρα εφόσον είναι εφικτή, ενώ οι κύριες επιλογές είναι η αντιπηκτική αγωγή και η χειρουργική θρομβεκτομή.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

20. NO REFLOW PHENOMENON AS A RESULT OF BALLOON RAPTURE DURING CORONARY ANGIOPLASTY. A CASE REPORT AND REVIEW TO LITERATURE

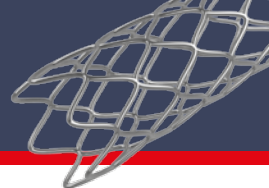
G. SOFIDIS, N. KONSTANDINIDIS, E. KARAGIANIDIS, P. DASKALAKI, I. KAGGELIDIS, G. DELIGIANNIS, I. KATSADOUROUROS, SP. ROUMELIOTIS, K. PAPADOPOULOS, G. SIANOS

1st Cardiology Dept, AHEPA UGH, Thessaloniki

Balloon rupture (BR) during coronary angioplasty is a rare complication leading to serious problems, such as thrombus formation, coronary perforation, dissection, air embolism and balloon entrapment. Broken catheter fragments can also cause no/slow flow phenomenon. Herewith, we present an unusual case of BR, where broken fragments of the device were entrapped in the Circumflex artery (LCx) during elective PCI.

A 64-year-old male with history of hypertension, dyslipidemia and obesity was scheduled for coronary angiography, due to stable angina on maximal tolerated antianginal treatment. Coronary angiography revealed three vessel disease. The patient was scheduled for coronary revascularization. A 6-Fr guiding catheter was used for the left coronary artery. A Cougar XT wire was advanced to distal LCX. An Artimes 2.5x20mm balloon was inflated progressively to predilate the lesion at mid LCx. The balloon ruptured at 16 Atm and the patient immediately developed severe hypotension with ECG changes (ST elevation in the precordial leads). Coronary angiography revealed TIMI-2 flow. Normal saline and nitroglycerin were immediately administered, resulting in stabilization of the patient.

Coronary dissection is the most common complication following balloon rupture during PCI. No reflow phenomenon due to balloon rupture is a rare and often catastrophic complication. In our case, broken balloon fragments propagated no reflow phenomenon, which was promptly recognized and successfully treated.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 | 15:00 - 17:00

Πρόεδροι: **Μ. Τσελεντάκης, Β. Τζίφος**

21. INITIAL EXPERIENCE AND LEARNING CURVE OF LEFT DISTAL RADIAL ARTERY (LdRA) ACCESS FOR CORONARY ANGIOGRAPHY AND/OR INTERVENTION IN ALL COMERS

GEORGIOS C. BOMPOTIS¹, IOANNIS P. LAZARIDIS², GEORGIOS SIANOS³, KOSTANTINOS P. TOUTOZAS⁴, ANDREANA G. BOMPOTI⁵, IOANNIS G. STYLIADIS¹

¹Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital Papageorgiou, Thessaloniki, Greece.

²Vascular Department of 1st Surgical Clinic of AUTH, General Hospital Papageorgiou, Thessaloniki, Greece.

³A Department of Cardiology, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece.

⁴A Department of Cardiology, National and Kapodistrian University of Athens, Hippokrateion Hospital, Athens, Greece.

⁵Department of Radiology, Conquest Hospital, East Sussex Healthcare NHS Trust, UK

Background: Distal radial artery is located in the anatomical “snuffbox”, a deepening of the dorsal surface of the hand at the anatomical area of the scaphoid-trapezium carpal bones, clearly visible when the thumb finger is extended. It was used in the past for placing finely pulverized tobacco that was inhaled. LdRA has been proposed very recently as an arterial access aiming in improving patient comfort and procedure efficiency and safety. The study focuses on safety, feasibility and the learning curve of usage of the LdRA approach as a routine access for coronary angiography and/or intervention in an all-comers population.

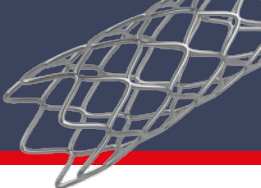
Methods: From 24/12/2018 to 24/04/2019 (4 months) 623 consecutive patients underwent coronary angiography at the Catheterization Laboratory of Papageorgiou General Hospital by a single operator (GCB). Twenty four (24) patients were excluded (8 left-handed patients; accessed via the RdRA, 6 patients with a left arm A-V fistula for renal dialysis, 3 patients with a harvested Left Radial Artery for CABG, 2 patients with a RIMA graft and 5 patients for other reasons). In total 599 consecutive patients were attempted from LdRA representing the study population, representing the largest dataset in the field to our knowledge. This is part of a currently ongoing study with the overall result to be announced soon.

Results: Patients were analyzed in groups of 25 patients in chronological order from the beginning of the study. Success/failure rates (representing the learning curve) are presented in table 1 and in Figure 1.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

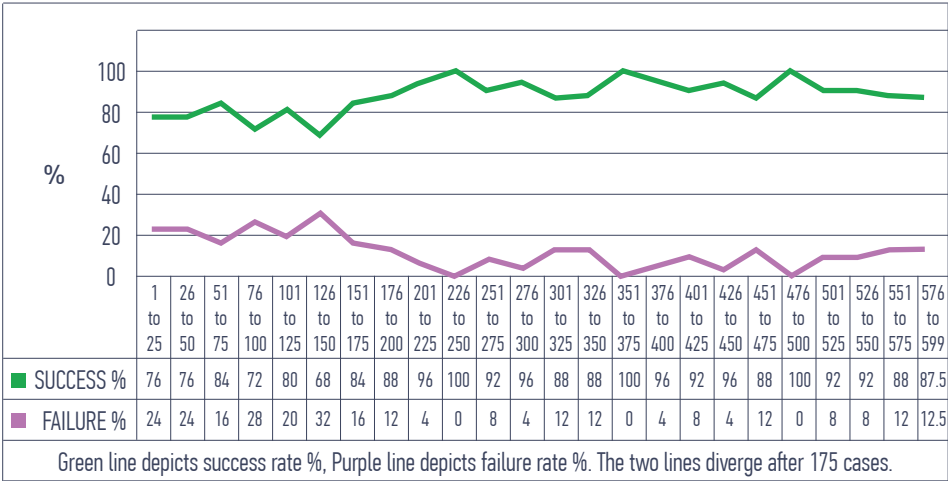
TABLE 1

	GROUP	SUCCESS	FAILURE	%
1	1-25	19	6	76
2	26-50	19	6	76
3	51-75	21	4	84
4	76-100	18	7	72
5	101-125	20	5	80
6	126-150	17	8	68
7	151-175	21	4	84
TOTAL	175pts	135	40	77.15
TRANSITION FROM LOW SUCCESS TO HIGH SUCCESS				
	GROUP	SUCCESS	FAILURE	%
8	176-200	22	3	88
9	201-225	24	1	96
10	226-250	25	0	100
11	251-275	23	2	92
12	276-300	24	1	96
13	301-325	22	3	88
14	326-350	22	3	88
15	351-375	25	0	100
16	376-400	24	1	96
17	401-425	23	2	92
18	426-450	24	1	96
19	451-475	22	3	88
20	476-500	25	0	100
21	501-525	23	2	92
22	526-550	23	2	92
23	551-575	22	3	88
24	576-599	21	3	87.5
TOTAL	424pts	394	30	92.91



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

FIGURE 1



Conclusion: The use of LdRA is feasible and safe in a routine/all comer setting for coronary angiography and intervention. For a very experienced radial operator 175 consecutive procedures in a short period of time where required to achieve very high success rates of LdRA access representing the learning curve for this procedure.

All authors declare no conflict of interest for this study.
Corresponding author: Georgios Bompotis, Interventional Cardiologist, Director
Email:gebomp@gmail.com, tel.:00306936815814

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

22. ΔΙΑΦΛΕΒΙΑ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΒΟΤΑΛΕΙΟΥ ΠΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΣΚΕΥΗ AMPLATZER DUCT OCCLUDER II ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΜΕ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ν. ΕΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΛΑΔΗΜΑ, ΑΙΚ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΣ

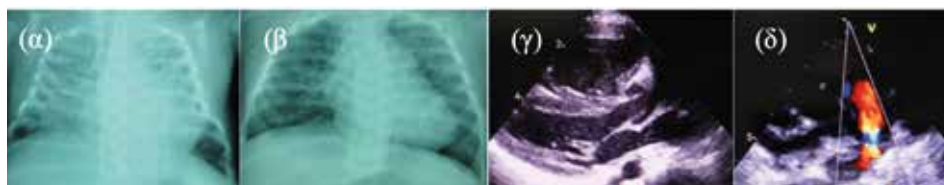
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Η πνευμονική υπέρταση σε βρέφη με βρογχοπνευμονική δυσπλασία είναι νόσος με μακροχρόνια πορεία και όχι πάντα ευμενή εξέλιξη. Η παρουσία βοταλείου δίδει την εντύπωση ότι επιβαρύνει την νόσο και αποτελεί σχετική αντένδειξη για χορήγηση αγγειοδιασταλτικών του πνευμονικού αγγειακού δικτύου.

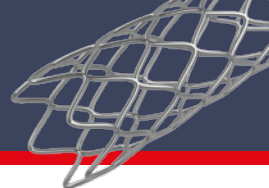
Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει αν η σύγκλειση του ανοικτού βοτάλειου πόρου στα βρέφη αυτά συμβάλλει στην βελτίωση της κλινικής και παρακλινικής εικόνας τους και αν βελτιώνει την πρόγνωσή τους.

Υλικό - Μέθοδος – Αποτελέσματα: Η μελέτη αναφέρεται σε τέσσερα βρέφη, δύο αρρενα και δύο θήλεα, ηλικίας 4 έως 18 μηνών, με σοβαρή πνευμονική υπέρταση (συστηματικές πνευμονικές πιέσεις) και μέτριο ανοικτό βοτάλειο πόρο. Υποβλήθηκαν σε καθετηριασμό καρδιάς προς επιβεβαίωση της νόσου τους. Η προσωρινή σύγκλειση του βοταλείου μείωσε ελαφρώς τις πνευμονικές πιέσεις και τελικά πραγματοποιήθηκε οριστική διαφλέβια σύγκλειση με την συσκευή Amplatzer Duct Occluder II. Το ένα βρέφος θήλυ, ηλικίας 4 μηνών εμφάνισε μετά τον καθετηριασμό εκσεσημασμένη υπερκαπνία και σοβαρή μεταβολική οξέωση. Χρειάστηκε να τοποθετηθεί σε αναπνευστήρα υψηλής ταλάντωσης με χορήγηση μονοξειδίου του αζώτου (NO) για ένα εικοσιτετράωρο.

Μετά την σύγκλειση χορηγήθηκε σιλντεναφίλη σε δύο βρέφη ενώ στα άλλα δύο συνδυασμός σιλντεναφίλης και μποζεντάνης. Παρακολουθούνται για διάστημα 2 – 15 μηνών και η πνευμονική τους υπέρταση είναι σταθερή υπερηχογραφικά αλλά και κλινικά. Η συστολική πίεση της πνευμονικής υπολογίζεται από την ανεπάρκεια τριγλώχινας και εμφανίζει αυξομειώσεις, χωρίς να διατηρείται σταθερά η αρχική μείωση αμέσως μετά την σύγκλειση του βοταλείου.



Εικ. 1. Ακτινογραφική εικόνα σε μικρό βρέφος με σοβαρή βρογχοπνευμονική δυσπλασία



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

(α) και σε βρέφος με ηπιότερη νόσο (β), της διατεταμένης δεξιάς κοιλίας λόγω της πνευμονικής υπέρτασης (γ) και ομαλή ροή μέσω του βοταλείου κατά την Doppler εξέταση πριν την σύγκλειση (δ).

Συμπεράσματα: Η διαφλέβια σύγκλειση του βοταλείου σε βρέφη με πνευμονική υπέρταση σε έδαφος βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας δεν φαίνεται να συμβάλλει στην συντόμευση της εξέλιξής της ή στην κλινική και παρακλινική βελτίωσή της. Ενδεχομένως να αποτελεί δικλείδα ασφαλείας για την χορήγηση σιλντεναφίλης ή/και μοδεκνάνης και υπάρχει η τάση από τους παιδοκαρδιολόγους να συγκλείεται στα βρέφη αυτά.

23. ΟΞΕΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ 7 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Α. ΜΠΟΥΛΜΠΟΥ², ΧΡ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ², Δ. ΖΙΟΥΤΑΣ⁴, Γ. ΚΑΣΙΜΗΣ³, ΣΤ. ΤΖΗΚΑΣ²,
Σ. ΠΑΠΑΖΑΧΑΡΙΟΥ¹, Δ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ¹, ΣΤ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ¹,
Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ³, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ², Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

²Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

³Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

⁴Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο αυτόματος διαχωρισμός των στεφανιαίων αρτηριών (SCAD) αναγνωρίζεται όλο και πιο συχνά ως αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Αγγειογραφικά διακρίνεται σε 3 τύπους με τον δεύτερο να είναι και ο πιο συχνά απαντούμενος. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να μελετηθούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, η αντιμετώπιση καθώς και η πορεία Ελλήνων ασθενών που παρουσίασαν SCAD τα τελευταία 2 έτη.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν επτά περιπτώσεις ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που εμφάνισαν αγγειογραφικά εικόνα SCAD στον έλεγχο που ακολούθησε, σε δύο Αιμοδυναμικά Εργαστήρια της πόλης, ένα Δημόσιο (Γ.Ν. Άγιος Παύλος) και ένα Ιδιωτικό (Γ. Κλινική Άγιος Λουκάς). Καταγράφηκαν τα επιδημιολογικά, δημογραφικά στοιχεία των ασθενών καθώς επίσης και ο τρόπος αντιμετώπισης και τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα στις 30 μέρες και 1 έτος.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των ασθενών ήταν γυναίκες (6/7 περιπτώσεις, 86%) με μέση ηλικία 53 έτη. Οι 4/7 είχαν δυσλιπιδαιμία ενώ 3/7 ήταν καπνιστές. Και οι 7 εμφανίστηκαν με εικόνα NSTEMI (άνοδος hs τροπονίνης, συμπτώματα και ΗΚΓφικές αλλοιώσεις) ενώ σε όλους προηγήθηκε στρεσογόνο ερέθισμα (6/7 συναισθηματική φόρτιση και 1/7 χειρουργείο). Τα στεφανιαία που προσβλήθηκαν ήταν χαρακτηριστικά 1 (6/7) ή 2 (1/7), με κυριαρχία του LAD (5/7). RCA (1/7) και D1 (2/7) ήταν τα άλλα προσβεβλημένα αγγεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η TIMI ροή σε όλες τις περιπτώσεις πλην μιας ήταν TIMI III. Αγγειογραφικά 5/7 περιπτώσεις ήταν τύπου 2A, 1 τύπου 2B και 1 τύπου 3. Σε καμιά από τις περιπτώσεις ωστόσο δεν έγινε ενδοαγγειακή απεικόνιση της παθολογίας. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν αρχικά συντηρητικά μετά την αναγνώριση του SCAD, με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Ένας ασθενής εντός μηνός παρουσίασε νέο επεισόδιο με STEMI και πλήρη απόφραξη του αυλού (LAD), που απαιτήσε αγγειοπλαστική με τοποθέτηση 3 stent έως το όριο του στελέχους. Στους περισσότερους ασθενείς πραγματοποιήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος προς επιβεβαίωση της υποχώρησης της παθολογίας εντός έτους από την αρχική εκτίμηση. Η επιβίωση στο έτος ήταν 100%.

Συμπεράσματα: Η κλινική οντότητα του SCAD είναι σχετικά συχνή και θα πρέπει να γίνει ευρέως γνωστή στην Καρδιολογική Κοινότητα, στοχεύοντας στην καλύτερη αντιμετώπιση και χειρισμό των ασθενών αυτών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της σειράς μας, καθώς και ο τρόπος εμφάνισης, η αγγειογραφική ταξινόμηση του SCAD, η ανατομική του κατανομή, η αντιμετώπισή του και η πρόγνωσή του προσομοιάζει με τις αντίστοιχες σειρές της Διεθνούς Βιβλιογραφίας.

24. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF CORONARY CHRONIC TOTAL OCCLUSION (CTO) INTERVENTIONS IN SYMPTOMATIC PATIENTS WITH STABLE ANGINA

E. KARAGIANNIDIS¹, N. KONSTANTINIDIS¹, K. KOUPIDIS², V. ALETRAS³,
G. SOFIDIS¹, I. KAGGELIDIS¹, A. KARTAS¹, G. DELIGIANNIS¹, G. WERNER⁴,
C. DI MARIO⁵, G. SIANOS¹

¹1st Dept of Cardiology, UGH AHEPA, Thessaloniki

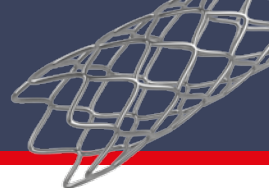
²Dept of Mathematics, A.U.Th

³Dept of Business Administration, University of Macedonia, Thessaloniki

⁴Medizinische Klinik I (Cardiology & Intensive Care), Klinikum Darmstadt GMBH, Darmstadt, Germany

⁵Careggi GH, Florence, Italy

Background-Objective: Percutaneous coronary intervention (PCI) of chronic total occlusions (CTO) has demonstrated a significant improvement at least in quality-of-life for patients with stable angina compared to optimal medical treatment (OMT), with certain studies providing also evidence for survival benefit. Nonetheless, in view of the significant cost of the CTO-PCI procedure, it is important to compare its cost to its relative outcomes in order to optimize clinical decision making. The objective of the present study is to determine the cost-effectiveness of CTO-PCI vs OMT in symptomatic chronic stable angina.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

Methods: A two-part cost-effectiveness model consisting of a short-term decision-tree and a long-term Markov model was utilized to calculate costs and health outcomes for CTO-PCI and for OMT from a UK NHS perspective, using a time-horizon of 10 years. Peri-procedural resource use and transition probabilities for the decision-tree were obtained from the European Registry of CTO (ERCTO), which incorporates data from more than 17,500 CTO PCI procedures. Long-term transition probabilities for the Markov model, utilities and costs were obtained from published literature. Deterministic and probabilistic sensitivity analysis were undertaken to explore the robustness of our findings. All analyses were performed using R programming language.

Results: For the base-case analysis CTO-PCI incurred more costs than optimal medical treatment, but it was associated with more QALYs, leading to an ICUR of £17082.7/QALY. Sensitivity analysis revealed that the model was most sensitive to changes in the transition probabilities regarding the effectiveness of CTO-PCI in reducing mortality and cardiovascular events.

Conclusion: Our analysis suggests that CTO-PCI is a cost-effective strategy, if it is associated with improved clinical outcomes for symptomatic patients with stable coronary artery disease. It is unlikely to represent a cost-effective strategy, if only a quality-of-life benefit is assumed. Further adequately powered clinical studies are required to explore the effect of CTO-PCI on long-term cardiovascular events.

25. CORRELATION OF THE SEVERITY OF PSORIASIS WITH THE COMPLEXITY OF CORONARY HEART DISEASE. OBSERVATION STUDY WITH RETROSPECTIVE DATA EVALUATION

G. SOFIDIS¹, AIK. PATSATSI², D. PAPATHEMELI¹, N. KONSTANDINIDIS¹,
E. KARAGIANNIDIS¹, P. DASKALAKI¹, K. PAPADOPOULOS¹, SP. ROUMELIOTIS¹,
I. KATSADOUROU¹, G. SIANOS¹

¹1st Cardiology Dept, AHEPA UGH, Thessaloniki

²2nd Dermatology Dept, AHEPA UGH, Thessaloniki

Major studies have shown that the risk of a cardiovascular event is increased in patients with psoriasis. However, most of these studies, often do not have a clearly documented history of cardiovascular disease in the populations studied. In addition, there are no systematic studies and reports correlating the severity of psoriasis with the complexity of CAD, as quantified by SYNTAX score. In 2005, a team of researchers proposed a system of coronary heart disease complexity in order to select optimal reperfusion technique in coronary patients. The purpose of this study is to demonstrate the correlation between

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

the severity of psoriasis and the complexity of CAD, as demonstrated angiographically and quantified by SYNTAX score. We retrospectively studied 47 patients with psoriasis who had a history of CAD. We compared the prevalence of psoriasis severity in a sample of CAD patients confirmed by coronary angiography and quantified by the SYNTAX score and in a non-CAD patient control sample. The correlation of the severity of psoriasis with the complexity of coronary artery disease was the main research question of the study, namely the correlation between the PASI and the SYNTAX score. Initially, correlations were made with the Pearson correlation coefficient and then with the Spearman correlation coefficient. Both coefficients demonstrated that there was a significant correlation between the two scores of 0.699 and 0.612 respectively with p value =, 000, $N=47$. Psoriasis is associated with a systemic inflammatory load and there is a trend, nowadays towards renaming the skin disorder as psoriatic disease, including the various comorbidities. Further studies are required to assess the underlying pathogenetic mechanisms that link psoriasis to CAD.

26. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TAKOTSUBO ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

A. ΜΙΛΚΑΣ¹, A. HEYSE², F. VAN DURME², T. COUCK², B. ALZAND²,
S. ΠΑΡΑΙΟΑΝΝΟΥ³, G. ΒΟΜΠΟΤΙΣ⁴, L. VANNESTE², B. DE BRUYNE²

¹Μονάδα Εμφραγμάτων, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

²Cardiology department, AALST Cardiovascular Centre

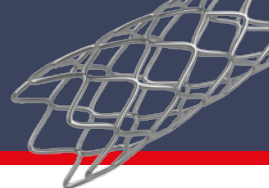
³Στεφανιαία Μονάδα, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

⁴Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Υπόστρωμα: Το σύνδρομο Takotsubo (TTS) χαρακτηρίζεται από παροδική δυσλειτουργία της συστολικής και διαστολικής πίεσης της αριστερής κοιλίας με μια ποικιλία διαταραχών της τμηματικής κινητικότητας των τοιχωμάτων με παράλληλη απουσία ύπαρξης στεφανιαίας νόσου. Η συνύπαρξη όμως στεφανιαίας νόσου δεν είναι σπάνια. Η θεραπεία των ασθενών με TTS και συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου δεν είναι πλήρως μελετημένη.

Στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τις τρέχουσες επεμβατικές και μη επεμβατικές παρεμβάσεις αυτής της ομάδας ασθενών στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Μέθοδοι: Καταγράψαμε τα δεδομένα της διετούς παρακολούθησης ασθενών με TTS σε δύο Νοσοκομεία της περιοχής Oost Vlanderen οι οποίοι και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο κατά της οξείας φάση. Η συνύπαρξη σοβαρού βαθμού στεφανιαίας νόσου ορίστηκε ως η ύπαρξη αγγειογραφικής στένωσης >70% ενώ η συνύπαρξη μετρίου βαθμού



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

στεφανιαίας νόσου ορίστηκε ως η ύπαρξη αγγειογραφικής στένωσης 40-70%.

Αποτελέσματα: 31 ασθενείς είχαν κλινικά, ηλεκτροκαδιογραφικά, βιοχημικά και απεικονιστικά ευρήματα TTS. Σε 12 ασθενείς παρατηρήθηκε η συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) (38,7%). 7 ασθενείς (22,5%) έπασχαν από σοβαρού βαθμού ΣΝ και 5 ασθενείς (16,1%) από μετρίου βαθμού. Καταγράφηκε ένα τυπικό pattern διαταραχής της κινητικότητας των τοιχωμάτων με ακινησία κορυφής και συνύπαρξη ή όχι διαταραχών στα ενδιάμεσα τμήματα σε 11 ασθενείς. Σε κανένα από τους ασθενείς δεν διαπιστώθηκε καρδιογενές σοκ. Η μέση τιμή του κλάσματος εξώθησης (ΚΕ) ήταν 41% (εύρος 29%-59%). 7 ασθενείς είχαν ΣΝ 1 αγγείου εκ των οποίων στους 4 το αγγείο αυτό ήταν ο πρόσθιος κατιών κλάδος και σε τρεις η δεξιά στεφανιαία αρτηρία. 6 ασθενείς υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική με εμφύτευση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης κατά την διάρκεια της οξείας φάσης του επεισοδίου. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές από τις παραπάνω επεμβάσεις. Παρά το γεγονός ότι η αξιοπιστία της μέτρησης της στεφανιαίας εφεδρείας (ΣΕΡ) ροής στο TTS είναι υπό αμφισβήτηση λόγω της δυσλειτουργίας στη στεφανιαία μικροκυκλοφορία ένας ασθενής με στένωση της τάξης του 70% στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία έλαβε τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή μετά από τη μέτρηση της ΣΕΡ στα επίπεδα του 0.94. Από τους 5 ασθενείς με μετρίου βαθμού έκταση της ΣΝ η ΣΕΡ μετρήθηκε σε 2 περιπτώσεις (0.84 και στις δύο περιπτώσεις). Στην πρώτη περίπτωση η ΣΕΡ επαναλήφθηκε ένα μήνα μετά από την αποκατάσταση του ΚΕ της αριστερής κοιλίας και μετρήθηκε στο 0.76 με αποτέλεσμα την επαναγγείωση του ασθενή με τη χρήση αγγειοπλαστικής. Καταγράφηκε ο θάνατος ενός ασθενούς 2 εβδομάδες αργότερα από την οξεία φάση λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου που ήταν και η αιτία της εμφάνισης του συνδρόμου. Στους υπόλοιπους 11 ασθενείς υπήρξε πλήρης αποκατάσταση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας.

Συμπέρασμα: Η συνύπαρξη μετρίου ή σοβαρού βαθμού έκτασης ΣΝ σε ασθενείς με TTS δεν αποτελεί μια συχνή κλινική οντότητα. Η επαναγγείωση της συνυπάρχουσας ΣΝ αποτελεί μια τακτική που υιοθετείται από τους επεμβατικούς καρδιολόγους ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου το αγγείο που πάσχει είναι πρόσθιος κατιόντας κλάδος. Η χρήση της ΣΕΡ προτείνεται να χρησιμοποιείται προσεκτικά και στη μετάφραση των αποτελεσμάτων να λαμβάνεται πάντα υπ' όψιν η διαταραχή στη λειτουργικότητα της μικροκυκλοφορίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

27. Η ΧΡΗΣΗ ΕΠΙΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΩΝ ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

Α. ΦΩΤΟΓΛΙΔΗΣ, Λ. ΜΟΣΙΑΛΟΣ, Σ. ΣΩΤΗΡΙΟΥ, Β. ΚΑΤΑΡΤΖΗ, ΣΤ. ΚΑΡΑΚΑΝΑΣ,
Ν. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Α. ΝΤΑΤΣΙΟΣ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

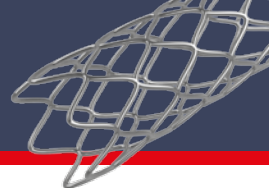
Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η καταγραφή της εμπειρίας από την τοποθέτηση επικεκαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων (covered stents) σε ασθενείς με στεφανιαία ανευρύσματα.

Υλικό και Μέθοδος: Κατά την διάρκεια 3 ετών μελετήθηκε αναδρομικά η τοποθέτηση ενδοστεφανιαίων προθέσεων τύπου PK-Parygus (Biotronik) σε ασθενείς με στεφανιαία ανευρύσματα. Καταγράφηκε το ιστορικό των ασθενών, η αιτιολογία τοποθέτησης, τα τεχνικά χαρακτηριστικά της αγγειοπλαστικής, οι τυχόν επιπλοκές κατά την τοποθέτηση και η μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη βατότητα των προθέσεων.

Αποτελέσματα: Τοποθετήθηκαν 5 επικεκαλυμμένα stent σε 5 άρρενες ασθενείς μέσης ηλικίας 62,6 έτη. Από το σύνολο των ασθενών, η τοποθέτηση των προθέσεων πραγματοποιήθηκε σε 2 ασθενείς με πρόσφατο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, ενώ στους υπόλοιπους 3 ασθενείς η τοποθέτηση των προθέσεων πραγματοποιήθηκε κατά την διερεύνηση πιθανής ή γνωστής στεφανιαίας νόσου. Χρησιμοποιήθηκαν μεγέθη covered stents από 3.0x20mm έως 4x20mm. Ανατομικώς, τοποθετήθηκε ένα stent στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία, ένα stent στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και τρία stent στην περισπώμενη αρτηρία, εκ των οποίων ένα στον πρώτο αμβλύ επιχειλίο. Σε έναν ασθενή το επικεκαλυμμένο stent τοποθετήθηκε μεταξύ δυο ενδοστεφανιαίων προθέσεων τύπου DES (drug eluting stent) με καλό απεικονιστικό αποτέλεσμα. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές ούτε κατά την διάρκεια τοποθέτησης των προθέσεων ούτε κατά την άμεση περίοδο μετά την τοποθέτηση. 6 μήνες μετά την τοποθέτηση η βατότητα των ενδοστεφανιαίων προθέσεων ήταν επαρκής σε όλους τους ασθενείς, όμως 1,5 έτος μετά την τοποθέτηση διαπιστώθηκε απόφραξη ενός stent το οποίο αντιμετωπίστηκε εκ νέου με αγγειοπλαστική (balloon only).

Συμπεράσματα: Η χρήση επικεκαλυμμένων ενδοστεφανιαίων προθέσεων σε ασθενείς με στεφανιαία ανευρύσματα είναι μια ασφαλής κλινική πρακτική εφόσον το μέγεθος και η θέση του ανευρύσματος είναι συμβατό. Επιπλέον διαπιστώθηκε η επαρκής συμβατότητα της όμορης τοποθέτησης DES και covered stents. Τέλος, καταγράφηκε η επαρκής βατότητα των επικεκαλυμμένων προθέσεων μεσοπρόθεσμα, ενώ η μακροπρόθεσμη βατότητα χρήζει περαιτέρω διερεύνηση σε μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

28. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΣΩ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ: ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΕΝΑΝΤΙ ΔΕΞΙΑΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΚΑΙ 5 FR ΕΝΑΝΤΙ 6 FR ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ

Κ. ΚΙΝΤΗΣ, Χ. ΜΑΝΤΗΣ, Ε. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Δ. ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ, Α. ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΟΥ, Χ. ΑΡΜΟΝΗΣ, Χ. ΤΟΥΝΤΑΣ, Ε. ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Τ. ΓΚΙΚΑ, Σ. ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ

Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Αθηνών

Σκοπός: Η διαγνωστική στεφανιογραφία στα άτομα με σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας προηγείται πριν την αντικατάσταση αυτής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της κερκιδικής προσπέλασης και τη χρήση των 5 French (Fr) σε σύγκριση με των 6 Fr διαγνωστικών καθετήρων.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε 200 διαδοχικούς ασθενείς με σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας (112 άνδρες, μέση ηλικία 73 έτη) που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική στεφανιογραφία. Ο καθετηριασμός πραγματοποιήθηκε μέσω δεξιάς ή αριστερής κερκιδικής αρτηρίας χρησιμοποιώντας 5 ή 6 Fr καθετήρες. Έτσι, σχηματίστηκαν τέσσερις ομάδες ασθενών (R5, R6, L5 και L6). Τα τελικά σημεία ήταν η επιτυχία της διαδικασίας, ο χρόνος ακτινοσκόπησης (FT), η δόση ακτινοβολίας [DAP και Air kerma (AK)], ο αριθμός καθετήρων και η ποσότητα σκιαγραφικού.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση One-way έδειξε ότι η ομάδα των R5, συγκριτικά με τις άλλες 3 ομάδες, συνοδευόταν από αυξημένο FT (6.67 ± 3.10 vs 3.06 ± 1.89 λεπτά, $p < 0.001$), DAP (38627 ± 16423 vs 29437 ± 15761 mGycm², $p < 0.001$), AK (443 ± 63 vs 329 ± 51 mGy, $p < 0.001$) και ποσότητα σκιαγραφικού (25 ± 3 vs 20 ± 2 ml, $p < 0.05$). Μεταξύ των άλλων 3 ομάδων, οι παραπάνω παράμετροι δεν διέφεραν σημαντικά. Η πολλαπλή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι το μέγεθος του καθετήρα, η πλευρά κερκιδικής προσπέλασης και το BMI του ασθενή ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες της DAP ($R^2 = 0.44$, $p < 0.001$) και FT ($R^2 = 0.378$, $p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Το μέγεθος του καθετήρα, η πλευρά προσπέλασης και τα κλινικά χαρακτηριστικά αποτελούν παράγοντες έκθεσης στην ακτινοβολία και στο χρόνο ακτινοσκόπησης στους ασθενείς με σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας που υποβάλλονται σε στεφανιογραφία μέσω της κερκιδικής προσπέλασης.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

29. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ STEMI ΚΑΙ ΥΨΗΛΟ ΦΟΡΤΙΟ ΘΡΟΜΒΟΥ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΓΛΥΚΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ IIb/IIIa ΧΩΡΙΣ ΑΜΕΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ STENT

Κ. ΚΙΝΤΗΣ, Χ. ΜΑΝΤΗΣ, Ε. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Δ. ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ, Α. ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΟΥ, Χ. ΑΡΜΟΝΗΣ, Χ. ΤΟΥΝΤΑΣ, Ε. ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Τ. ΓΚΙΚΑ, Σ. ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ

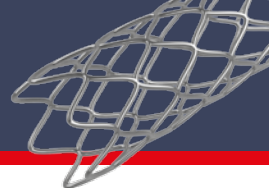
Καρδιολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Αθηνών

Σκοπός: Το υψηλό φορτίο θρόμβου αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής σε ασθενείς με STEMI. Να διερευνηθεί κατά πόσον μια στρατηγική μηχανικής θρομβεκτομής σε συνδυασμό με αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa χωρίς την εμφύτευση stent σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης no-reflow φαινόμενο σε σύγκριση με την εμφύτευση stent σε ασθενείς με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε 206 διαδοχικούς ασθενείς με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου (171 άνδρες, μέση ηλικία 53 έτη) που αντιμετωπίστηκαν με μηχανική θρομβεκτομή σε συνδυασμό με αναστολέα γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa με ή χωρίς εμφύτευση stent. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: ομάδα non-stent PCI (n = 101) και ομάδα stent PCI (n = 105). Αξιολογήσαμε αγγειογραφικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά σημεία επαναϊμάτωσης μυοκαρδίου, καθώς επίσης και κλινικά συμβάματα. Τα τελικά σημεία ήταν η εμφάνιση no-reflow φαινομένου στο τέλος της επέμβασης, η εμφάνιση TIMI ροής 0 μετά την πρωτογενή PCI, η πλήρης αποκατάσταση της ανάσπασης ST αμέσως μετά την πρωτογενή PCI, η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη νοσηλεία (αρρυθμίες, νέο έμφραγμα, δυσλειτουργία LV, θρόμβωση stent) και τέλος ο θάνατος.

Αποτελέσματα: No-reflow φαινόμενο εμφανίστηκε στο 16% της ομάδας stent PCI και στο 7% της ομάδας non-stent PCI ($p < 0.01$). Παραμονή της ανάσπασης ST αμέσως μετά την πρωτογενή PCI παρατηρήθηκε στο 18% και 22% των ασθενών, αντίστοιχα ($p=0.35$). Κατά την έξοδο, το κλάσμα εξώθησης της LV στην ομάδα stent PCI και στην ομάδα non-stent PCI ήταν 50% και 55%, αντίστοιχα ($p < 0.01$).

Συμπεράσματα: Η μηχανική θρομβεκτομή σε συνδυασμό με τους αναστολείς γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa χωρίς εμφύτευση stent είναι εφαρμόσιμη και αποτελεσματική μέθοδος σε μεγάλο αριθμό ασθενών με STEMI και υψηλό φορτίο θρόμβου. Φαίνεται ότι η μέθοδος αυτή οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα επαναϊμάτωσης και λιγότερες επιπλοκές απ' ό,τι η συμβατική πρωτογενής αγγειοπλαστική με εμφύτευση stent. Μελλοντικές μελέτες θα αξιολογήσουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

30. ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΡΙ ΠΕΡΑΝ ΤΗΣ ΚΕΡΚΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΟΙ

Μ. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ, Α. ΠΑΓΙΑΝΤΖΑ, Α. ΚΟΥΠΑΡΑΝΗΣ, Ε. ΠΕΤΕΙΝΙΔΟΥ,
Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Α. ΖΙΑΚΑΣ

Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Ο καρδιακός καθετηριασμός μέσω της κερκιδικής αρτηρίας αποτελεί την πρώτη επιλογή ως οδός προσπέλασης σήμερα. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που η κερκιδική αρτηρία δεν είναι «διαθέσιμη», λόγω αδυναμίας παρακέντησης, σπασμού ή άλλων τεχνικών δυσκολιών. Στις περιπτώσεις αυτές, όταν ο καθετηριαστής επιμείνει να παραμείνει σε προσπέλαση από το χέρι, εναλλακτικές οδοί αποτελούν η ωλένια και η βραχιόνια αρτηρία. Σκοπός της μελέτης μας είναι η καταγραφή των περιπτώσεων χρήσης των εναλλακτικών οδών προσπέλασης από το χέρι σε σειρά ασθενών του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 407 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό με πρώτη επιλογή την κερκιδική αρτηρία και καταγράφηκαν οι περιπτώσεις χρήσης έστω και μίας εναλλακτικής οδού.

Αποτελέσματα: Σε 7 ασθενείς (1,7%) χρησιμοποιήθηκε ως εναλλακτική οδός η ωλένια (n=5) ή η βραχιόνια (n=2) αρτηρία. Δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, ενώ σε έναν δεν κατέστη δυνατή η ολοκλήρωση του καθετηριασμού μέσω της ωλένιας και χρησιμοποιήθηκε τελικά η μηριαία αρτηρία. Παρατηρήθηκαν συνολικά δύο αιματώματα EASY I, μία αιμορραγία BARC II, ενώ όλες οι αρτηρίες ήταν βατές όπως επιβεβαιώθηκε με triplex.

Συμπεράσματα: Οι εναλλακτικές οδοί προσπέλασης από το χέρι μπορούν να χρησιμοποιηθούν με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια στις σπάνιες περιπτώσεις που ο καθετηριασμός μέσω της κερκιδικής αρτηρίας δεν είναι εφικτός.

31. RAPID PACING FOR BALLOON AORTIC VALVULOPLASTY HELPS PREVENT HIGH-RISK SURGICAL BAILOUT PROCEDURES DURING THE FIRST YEAR OF LIFE

Κ. MYLONAS, CH. KANVOURAS, P. KAROULI, D. AVRAMIDIS, A. KALANGOS,
D. ANDERSON, A. TZIFA

MITERA HOSPITAL

Objective: Balloon aortic valvuloplasty (BAV) for congenital aortic valve stenosis is well established. Rapid right ventricular pacing (RRVP) is commonly used to achieve balloon stability in children aged over 12 months. We sought to review our institutional experience with RRVP-assisted BAV and evaluate the safety and effectiveness of the technique in neonates and infants.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Methods: Retrospective study between February 2011-February 2019.

Results: A total of 31 patients (15 neonates/infants and 16 children) were analyzed. Ventricular fibrillation occurred in 3 neonates with evidence of myocardial ischemia. All were successfully cardioverted. Aortic gradient was significantly reduced (max 72 to 39 mmHg, $p=2.54$ years). Reinterventions were performed for predominantly aortic stenosis. History of prior aortic valve procedures ($p=0.04$), presence of moderate AR prior to ($p=0.04$), or immediately after catheterization ($p=0.02$) were risk factors for re-interventions.

Conclusions: RRVP can be used in all pediatric age groups to decrease the incidence of AR and reintervention rates, thus avoiding high-risk surgical bailout procedures in neonates and infants in the first year of life. Myocardial ischemia may predispose for ventricular dysrhythmias during RRVP.

32. REGIONAL CEREBRAL OXYMETRY SATURATION (rScO2) VALUES ARE CORRELATED WITH THE PATIENT'S HEMODYNAMIC PARAMETERS AND CARDIOVASCULAR STABILITY DURING A TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION (TAVI)

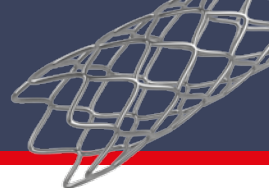
K. SPANOPOULOS, J. RUD, G. BOMPOTIS, I. STYLIADIS, E. GOUTZIOMITROU

Department of Cardiology, Papageorgiou GH, Thessaloniki

In patients sedated for TAVI, cerebral oxymetry saturation (rScO2) is a way of monitoring not only patient's cerebral oxygenation but also cardiovascular stability, perfusion and tissue oxygenation. In this study we recorded and correlated rScO2 values with patient's haemodynamic parameters during the TAVI procedure.

Twenty patients ($n=20$), received opioids (fentanyl 100 μ g) just before the onset of the TAVI procedure followed by the sedative agent dexmedetomidine administered intravenously as a continuous infusion. Anesthetic monitoring consisted of ECG, SpO2, rScO2 and capnography. Patient's blood pressure (BP) and heart rate (HR) decreased gradually for the first 60min (by 18% for BP and by 16% for HR). RScO2 values decreased gradually only by 8% (mean value) at the same time, however a further 23% (mean value) decrease was recorded during the aortic valve prosthesis deployment. In some patients a rapid ventricular pacing (RVP) was applied followed by a balloon predilation. Systolic BP in these patients dropped below 60-45 mmHg and rScO2 values decreased from baseline by 50% respectively. BP, HR and rScO2 restored to the previous levels after termination of pacing and the duration of RVP was less than 15 seconds.

RScO2 has a clear positive correlation to the patient's BP during TAVI procedure



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

and reflects not only cerebral but also tissue perfusion and oxygenation in general. Accordingly, intraoperative rScO₂ desaturation has not only been linked to postoperative cerebral complications but also to worse general clinical outcome.

33. CEREBRAL OXYGENATION BALANCE AND HEMODYNAMIC CHANGES IN PATIENTS SEDATED WITH A PROPOFOL INTRAVENOUS INFUSION COMPARED TO THE PATIENTS THAT HAVE NOT BEEN SEDATED FOR TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION (TAVI)

K. SPANOPOULOS, G. BOMPOTIS, A. MITSOKAPAS, J. RUD, I. STYLIADIS, E. GOUTZIOMITROU

Dept of Cardiology, Papageorgiou GH, Thessaloniki

Patients undergoing TAVI in our hospital are mainly treated using local anesthesia, however an additional sedation technique is frequently needed. In this study we recorded hemodynamic parameters and cerebral oxygen saturation (rScO₂) values and compared these parameters between patients sedated with propofol and patients who did not receive any sedation.

Twenty-four patients (n=24), were enrolled in this study. Anesthetic monitoring consisted of ECG, pulse oximetry (SpO₂), rScO₂, and capnography. Patients in group A (n=12) received opioids (fentanyl 100 µg) followed by the sedative agent propofol administered as a continuous intravenous infusion of 0,5 - 1,5mg/kg/h. Patients in group B received only opioids iv (fentanyl 100µg) for analgesia and local anesthesia at the site of the sheath placement. Sedated patient's blood pressure (BP) and heart rate (HR) decreased gradually during the procedure (by 14% for BP, p=0,03 and by 10% for HR) whereas rScO₂ values did not significantly decrease. Hemodynamic parameters as well as rScO₂ did not significantly change in group B. During the aortic valve prosthesis deployment, a rapid decrease in blood pressure and rScO₂ values has been recorder in both two groups, lasting for only a few seconds, with no significant differences between the two groups.

Sedation, with a propofol iv infusion induced only a minimal decrease in BP but offered us some clear advantages such as patient's immobility and avoidance of patient's discomfort during the procedure.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

34. CEREBRAL OXYMETRY SATURATION (RSC02) VALUES BEFORE AND AFTER AORTIC PROSTHESIS DEPLOYMENT IN PATIENTS UNDERGOING TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION (TAVI)

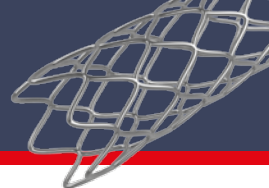
K. SPANOPOULOS, G. BOMPOTIS, A. MITSOKAPAS, J. RUD, I. STYLIADIS, E. GOUTZIOMITROU

Dept of Cardiology, Papageorgiou GH, Thessaloniki

The present study was designed to explore the relationship between rScO2 values before and after aortic valve deployment in patients undergoing TAVI.

Twenty patients (n=20), were enrolled in this study. Anesthetic monitoring consisted of ECG, SpO2, rScO2, and capnography. All patients received opioids (fentanyl 100 µg) followed by the sedative agent propofol given as a continuous intravenous infusion. Blood pressure (BP) and heart rate (HR) decreased gradually during the procedure (by 14% for BP, and 10% for HR) but rScO2 values did not significantly decrease. A further 27% (mean value) reduction in rScO2 was recorded during the aortic valve prosthesis deployment, concomitantly with a 39% blood pressure reduction. In some patients a rapid ventricular pacing (RVP) was applied followed by a balloon predilation. In these cases systolic BP dropped below 60-40 mmHg and rScO2, values decreased from baseline by 50% or even more. After a successful aortic prosthesis implementation and termination of RVP, BP, HR and rScO2 restored to the previous levels. Systolic arterial blood pressure increased immediately after aortic prosthesis deployment by 11mmHg (mean value) whereas diastolic pressure decreased by 24mmHg (mean value) compared to the values before.

In our study rScO2 decreased by 27% during conventional aortic valve prosthesis deployment, whereas rScO2 decreased below 50% compared to baseline values when an RVP was applied. At the end of TAVI intervention rScO2 value were reduced by 5% (mean value) compared to the baseline values recorded at the beginning of the procedure.



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2019 | 15:00 – 17:00

Πρόεδροι: Γ. Κασίμης, Χ. Γραϊδής

35. MODIFIED SEPTOSTOMY IN TRANSPOSITION OF GREAT ARTERIES WITH ANEURYSMAL AND INTACT ATRIAL SEPTUM

K. MYLONAS, A. TZIFA

¹MITERA Hospital

A male term patient was delivered electively due to prenatal diagnosis of d-transposition of great arteries. Postpartum arterial saturation measured 65%. Transthoracic echo revealed an extremely aneurysmal atrial septum with no septal defect. Emergent Rashkind procedure was deemed necessary. Multiple attempts to advance the septostomy catheter from the right to the left atrium resulted in tenting of the septum with no obvious interatrial flow. The aneurysmal septum was therefore advanced with caution and perforated within the left lower pulmonary vein under echocardiographic guidance. The patient tolerated the procedure well and a successful arterial switch operation was performed eight days later. Stabilization and perforation of an aneurysmal, intact atrial septum within the pulmonary vein may be a helpful maneuver to complete the Rashkind procedure.

36. ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ (SHOCKWAVE) ΣΕ ΕΝΤΟΝΑ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΜΕΝΗ ΒΛΑΒΗ. ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΙΣ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ...

Σ. ΔΕΛΗΟΓΛΑΝΗΣ, Θ. ΜΠΕΛΕΒΕΣΛΗΣ, Δ. ΚΟΥΛΑΞΗΣ, Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Π. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ

424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Η αγγειοπλαστική σε στενώσεις με υψηλό φορτίο ασβεστίου συσχετίζεται με σημαντικό ποσοστό αποτυχίας, λόγω της μη καλής έκπτυξης και εναπόθεσης των ενδοπροθέσεων. Η αντιμετώπιση τέτοιων επασβεστωμένων αγγείων διευκολύνεται τώρα με την εφαρμογή μιας συσκευής-καθετήρα (Shockwave Intravascular lithotripsy), που επιτρέπει τη διάνοιξη της στένωσης μέσω εκπομπής υπερηχητικών ωστικών κυμάτων. Το περιστατικό αφορά άνδρα 72 ετών στον οποίο διενεργήθη στεφανιογραφία, λόγω σπληθάγχης, που ανέδειξε έντονα επασβεστωμένα αγγεία με σημαντική βλάβη στη μεσότητα του προσθίου κατιόντα κλάδου. Προγραμματίστηκε για διενέργεια αγγειοπλαστικής με καθετήρα λιθοτριψίας. Για την επιτυχή διάνοιξη της βλάβης χρειάστηκε να χρησιμοποιηθούν ειδικά υλικά. Οι επιπλοκές όμως κρύβονται πάντα στις λεπτομέρειες...

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

37. ΔΙΑΦΛΕΒΙΑ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ STENT ΣΤΟΝ ΑΝΟΙΚΤΟ ΒΟΤΑΛΕΙΟ ΠΟΡΟ ΠΟΛΥ ΠΡΟ- ΩΡΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΒΟΤΑΛΕΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ

**Ν. ΕΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΛΑΔΗΜΑ, Ν. ΑΝΔΡΕΟΥ, Α. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ,
Ε. ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΣ, Ε. ΜΠΟΥΖΑ**

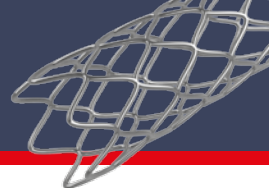
Καρδιολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία», Β – Μονάδα Εντατικής
Νεογνών Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Η τοποθέτηση stent στον ανοικτό βοτάλειο πόρο νεογνών ή μικρών βρεφών με βοταλαιοεξαρτώμενη συστηματική ροή αίματος είναι μία εναλλακτική λιγότερο επεμβατική σε σχέση με την χειρουργική τεχνική για την ανακουφιστική ή υβριδική (σε συνδυασμό με χειρουργική) αρχική αντιμετώπισή τους μέχρι την οριστική χειρουργική διόρθωση σε μεγαλύτερη ηλικία.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να περιγράψει την σπάνια περίπτωση συγγενούς καρδιοπάθειας σε ένα πολύ πρόωρο νεογνό με πολύ μικρό σωματικό βάρος και την αρχική διακαθετήρια διαδερμική ανακουφιστική αντιμετώπισή του στην νεογνική ή πρώιμη βρεφική ηλικία.

Υλικό - Μέθοδος – Αποτελέσματα: Η μελέτη αναφέρεται σε άρρεν νεογνό με σωματικό βάρος 1200 gr. Εισήχθη στην Μονάδα Νεογνών αμέσως μετά την γέννησή του λόγω καρδιακής ανεπάρκειας. Το ηχωκαρδιογράφημα έδειξε Διακοπή Αορτικού Τόξου τύπου Β. Η ροή στην κατιούσα αορτή και την δεξιά υποκλείδια ήταν βοταλαιοεξαρτώμενη. Ο ανοικτός βοτάλειος διατηρήθηκε αρχικά με χορήγηση ενδοφλέβιας προσταγλανδίνης. Το νεογνό ωστόσο εμφάνισε Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα απειλητική για την ζωή του και η προσταγλανδίνη διακόπηκε. Εμφυτεύθηκε αυτοδιατεινόμενο Stent Sinus Superflex DS της Optimed διαμέτρου 8 mm και μήκους 12 mm στον Βοτάλειο από την φλεβική οδό. Η ροή προς την κατιούσα αορτή διατηρήθηκε με αποτέλεσμα την σταδιακή βελτίωσή του. Η Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα με την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή σταδιακά υποχώρησε και άρχισε η σταδιακή αύξηση βάρους του Νεογνού. Χορήγηση ασπιρίνης ως αντιαιμοπεταλιακού δεν κρίθηκε αναγκαία. Το νεογνό προγραμματίζεται για ολική χειρουργική διόρθωση της καρδιοπάθειας σε μεγαλύτερη ηλικία με μεγαλύτερο σωματικό βάρος και με μικρότερο διεγχειρητικό κίνδυνο.

Εικ. 1. Διακεκομμένο Αορτικό Τοξο (α) και συνέχιση της Κατιούσας Αορτής με τον Βοτάλειο (β) υπερηχογραφική απεικόνιση του stent στον Βοτάλειο (γ) και ομαλή ροή μέσω αυτού κατά την Doppler εξέταση (δ).



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS



Συμπεράσματα: Η Διακοπή Αορτικού Τόξου είναι μια σχετικά σπάνια συγγενής καρδιοπάθεια και η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η μόνη δυνατή θεραπεία, όταν το σωματικό βάρος του νεογνού είναι κατάλληλο. Η διαδερμική εμφύτευση stent στον βοτάλειο σε πρόωρα νεογνά είναι μια καλή εναλλακτική ανακουφιστική προσέγγιση μέχρι την οριστική θεραπεία.

38. SINGLE CORONARY ARTERY

G. DELIGIANNIS, E. KARAGIANNIDIS, G. SOFIDIS, I. KAGELIDIS, G. SIANOS

Dept of Cardiology, AHEPA UGH, Thessaloniki

In otherwise normal patients, there may be variations in the number, shape, and location of the ostia or origins of the coronary arteries. Most of these variations appear to be of no clinical significance [1].

Normally, there are three main coronary arteries, the right coronary artery (RCA), left circumflex artery (LCX) and left anterior descending (LAD), with the LCX and LAD arteries arising from a common stem, the left main coronary artery (LMCA).

The RCA typically arises from the right sinus of Valsalva (RSV) of the ascending aorta, passes anteriorly and to the right between the right auricle and the pulmonary artery and then descends vertically in the right atrioventricular sulcus.

The LMCA typically originates from the LSV, passes between the main pulmonary artery and the left auricle before entering the coronary sulcus and typically does not have significant branches of its own, but quickly bifurcates into the LAD and the LCX arteries. The incidence of abnormal aortic origin of the coronary arteries is low with reported values of approximately 0.64 percent of births [2].

We report a case of single coronary artery arising from RSV. A 82-year-old female with recent onset of angina and positive myocardial SPECT (ischemia at lateral wall). She had a history of arterial hypertension and dyslipidaemia. She underwent diagnostic coronary angiography which revealed a single coronary artery.

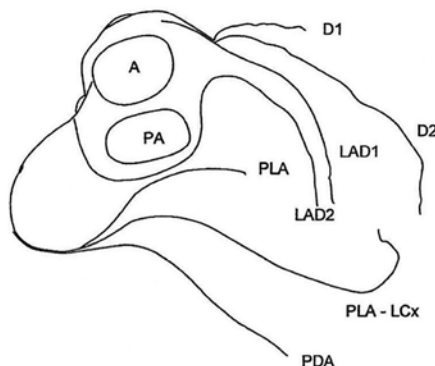
It is illustrated a single coronary artery which originates from RSV. There are no branch-

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

es originating from LSV. The LCx originates from the distal RCA as an extension of two large posterolateral branches. The LAD artery exists as a double structure. It consists of two branches which originate from the proximal RCA. The first one goes posterior of the aorta and the second passes anterior of the pulmonary artery. They continue as two parallel LADs along the anterior intraventricular sulcus. The branch that initially goes posterior of the aorta is the larger one, it was totally occluded and treated with percutaneous coronary intervention using antegrade techniques.



Εικ. 1



Εικ. 2

39. ΑΟΡΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΟΠΛΑΣΤΙΚΗ, ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ, ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΟΥ ΣΤΕΡΕΙΤΑΙ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

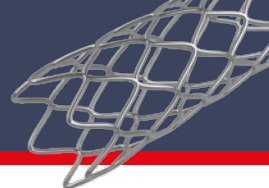
Α. ΜΟΣΧΟΒΙΤΗΣ¹, Χ. ΠΑΠΑΔΗΜΟΣ¹, Δ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ¹, Φ. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ¹,
Α. ΡΙΖΟΣ¹, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ², Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ¹

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

²Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Να καταδειχθεί η δυνατότητα της βαλβιδοπλαστικής της αορτικής βαλβίδας, σαν μέθοδος διάσωσης, σε κέντρα στερούμενα καρδιοχειρουργών.

Υλικό και Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς, 95 ετών, με γνωστή κριτική στένωση αορτικής βαλβίδας, και πολλαπλές νοσηλείες λόγω πνευμονικού οιδήματος, για την οποία είχε επιλεγεί η συντηρητική αντιμετώπιση (το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης της υπερηλίκου ασθενούς καθιστούσε την διενέργεια TAVI απαγορευτική). Η ασθενής νο-



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

σπληεύταν από 7 ημέρου στο νοσοκομείο μας ως πάσχουσα από πνευμονικό οίδημα, μη δυνάμενο να υποστραφεί παρόλη την σύγχρονη φαρμακευτική αγωγή. Η ασθενής επιβίωνε μόνο χάριν στη συνεχή χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού. Η μεταφορά της ασθενούς σε άλλο κέντρο, υποστηριζόμενο από καρδιοχειρουργούς, κρίθηκε αδύνατη.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκε σε ένα χρόνο, στεφανιογραφία και ακολούθως επιτυχής βαλβιδοπλαστική της αορτικής βαλβίδας με χρήση 3 μπαλονιών διαστολής διαμέτρου 2.0, 2.2, και 2.5 cm. Επιτεύχθηκε δραστική αύξηση του αορτικού στομίου, η οποία επέτρεψε την λύση του πνευμονικού οιδήματος και τον απογαλακτισμό της αρρώστου από τον μηχανικό αερισμό και τα ινότροπα.

Συμπεράσματα: Η χρήση της αορτικής βαλβιδοπλαστικής, σε επιλεγμένους ασθενείς νοσηλευόμενους σε ιδρύματα χωρίς καρδιοχειρουργική κλινική ίσως αποτελεί χρήσιμη θεραπευτική επιλογή.

40. ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΣΕ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ

Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ¹, Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ¹, Κ. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ¹

Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

Η ασθενής, ηλικίας 38 ετών, διακομίστηκε από περιφερειακό νοσοκομείο στα πλαίσια αντιμετώπισης οξέως στεφανιαίου συνδρόμου. Από τον στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε διαχωρισμός του στελέχους με επέκταση του διαχωρισμού στη μεσότητα του πρόσθιου κατιόντα και στην περισπώμενη. Ως βέλτιστη αντιμετώπιση αποφασίστηκε ο συνδυασμός της καρδιοχειρουργικής, με εμφύτευση της LIMA στον πρόσθιο κατιόντα, και της επεμβατικής καρδιολογίας με την εμφύτευση ενδοστεφανιαίας πρόθεσης στο στέλεχος προς την περισπώμενη αρτηρία.

41. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΑΤΡΟΓΕΝΟΥΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΣΤΟ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Χ. ΓΡΑΪΔΗΣ, Κ. ΓΙΑΝΝΑΚΑΚΗΣ

Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

Ο ασθενής, ηλικίας 65 ετών, διακομίστηκε στα πλαίσια αντιμετώπισης οξέως στεφανιαίου συνδρόμου. Από τον στεφανιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκαν κριτικές βλάβες στη δεξιά στεφανιαία και σε αμβλύ επιχείλιο κλάδο. Μετά την επιτυχή διάνοιξη της δεξιάς επιχειρήθηκε δυσχερώς, λόγω έντονης ελίκωσης, η προώθηση των υλικών στον αμβλύ επιχείλιο με

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

τη χρήση καθετήρα EBU. Κατά τον εκλεκτικό καθετηριασμό διαπιστώθηκε διαχωρισμός του στελέχους. Η αντιμετώπιση του διαχωρισμού έγινε εντός του αιμοδυναμικού εργαστηρίου, χωρίς την ανάγκη παρέμβασης της καρδιοχειρουργικής ομάδας.

42. BALLOON PULMONARY VALVULOPLASTY FOLLOWING URGENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION FOR CARDIOGENIC SHOCK

**G. C. BOMPOTIS¹, V. M. SACHPEKIDIS¹, V. I. MOSCHOVIDIS¹, A. A. PILALIDOU¹,
N. A. KOUTAVAS¹, I. P. LAZARIDIS², I. G. STYLIADIS¹**

¹Cardiac Catheterisation Laboratory of Papageorgiou GH, Thessaloniki

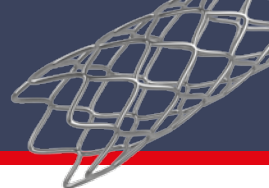
²Vascular Department of 1st Surgical Clinic of A.U.Th

A 68-year-old female patient with a history of hypertension and smoking visited our out-patient clinic complaining of fatigue and exertional dyspnoea (NYHA class III to IV). Physical examination revealed a prominent mid-systolic precordial murmur, dilated jugular veins and prominent leg oedema. Severe calcific pulmonary valve stenosis (peak velocity 4.7 m/s, peak systolic gradient 90 mmHg) accompanied by right ventricular hypertrophy was diagnosed with echocardiography. The patient was scheduled for right heart catheterization that confirmed the diagnosis of severe pulmonary valve stenosis, while coronary angiogram revealed severe three vessel disease. Based on these findings surgical intervention was favoured as the preferred treatment option. However, during recovery from the catheterization procedure the patient suddenly developed cardiac arrest due to ventricular fibrillation. The patient was successfully resuscitated; due to cardiogenic shock requiring intubation, mechanical ventilation and inotropic support and the occurrence of new wall motion abnormalities on the echocardiogram, a decision was made to proceed to urgent percutaneous coronary intervention (PCI). The patient underwent successful triple-vessel PCI leading to rapid clinical improvement. She was discharged a few days later and planned for balloon pulmonary valvuloplasty (BPV) that was performed successfully two weeks later. Following BPV significant improvement of the gradient through the pulmonary valve was achieved with mild valvular regurgitation. The patient was discharged from the hospital two days later. At 3-month follow up she was in functional class NYHA I to II, with no fluid retention.

All authors declare no conflict of interest for this study.

Corresponding author: Georgios Bompotis, Interventional Cardiologist, Director

Email: gebomp@gmail.com, tel.:00306936815814



SUMMARIES OF ABSTRACTS / CONGRESS PROCEEDINGS

43. BALLOON AORTIC VALVULOPLASTY WITH SIMULTANEOUS AORTOGRAPHY, FOR FURTHER RISK STRATIFICATION, IN A PATIENT AT VERY HIGH RISK FOR CORONARY OCCLUSION DURING A TAVI PROCEDURE

G. C. BOMPOTIS¹, A. I. KARAKANAS¹, V. M. SACHPEKIDIS¹, I. P. LAZARIDIS²,
L. T. ZITIRIDOU¹, D. K. CHARISOPOULOS¹, E. V. SPIRIDOU¹, G. SIANOS³,
I. G. STYLIADIS¹

¹Cardiac Catheterization Laboratory, Papageorgiou GH, Thessaloniki

²Vascular Department of 1st Surgical Clinic of AUTH, Papageorgiou GH, Thessaloniki

³Dept of Cardiology, AHEPA UGH, Thessaloniki

Background: Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is a highly effective procedure in selected patients with severe degenerative aortic valve stenosis at high risk for surgery. Coronary occlusion is a rare (<1%), but life-threatening complication, requiring immediate diagnosis and treatment.

Case: An 88 years old female with severe aortic stenosis was referred for TAVI screening. Findings from MDCT (CTCA and CTA) revealed: 1) narrow aortic sinuses of Valsalva (Left 27.1 mm, Right 26.5 mm, Non-Coronary 28.0 mm, threshold <30mm), 2) reduced distance of the coronary cusps from the aortic annulus (LCC 11 mm-threshold 12mm, RCC 13.9 mm-threshold 12mm, NCC 11.7 mm), 3) length of the LCC 14.1 mm, 4) aortic cusps thickness >5 mm, 5) heavy calcification of all three aortic cusps: Aortic Valve Calcium (AVC) 4008 AU (best threshold 1274 AU), with AVC index (AVCi) 2357 AU/m² (best threshold 637 AU/m²) and with AVC density (AVCd) 1092 AU/cm² (best threshold 292 AU/cm²). Based on these measurements the patient was considered as very high risk for Left Coronary Artery occlusion with the screening report noting: "Patient does NOT appear to meet the minimum recommended anatomical requirements and final decision to be made by implanting proctor/physician". In the absence of other therapeutic options (patient at very high risk for SAVR, EuroScore II 25.39%, Logistic EuroSCORE 49.78), Balloon Aortic Valvuloplasty (BAV) was decided as interim therapeutic solution and as a tool to further assess the real risk of LCA occlusion with simultaneous contrast injection at the ascending aorta during appropriate sized balloon inflation. The BAV with 22X44 mm (estimated mean annular diameter 21,61 mm) was successful, significantly reducing the mean gradient, but most importantly no LCA or RCA obstruction was observed during the balloon inflation. Based on this a 26mm Evolute R self expandable valve was implanted a week later. The procedure was successful and uncomplicated. The patient was released from the hospital 2 days post-procedure and remains well at 4 months follow up.

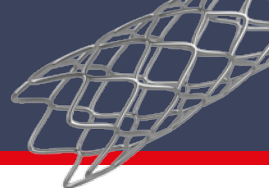
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ – ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Conclusion: Optimal pre-procedural screening for TAVI is of paramount importance for appropriate valve selection and recognition of high risk anatomical characteristics. In borderline cases additional screening procedures, such as the one described in this case, can be performed to further elucidate the risk of complications with the experience of the operator being always of paramount importance. Further developments in screening such as the 3D printing might help in the future to improve the efficacy and safety of TAVI procedures.

All authors declare no conflict of interest for this study.

Corresponding author: Georgios Bompotis, Interventional Cardiologist, Director

Email: gebomp@gmail.com, tel.:00306936815814



INDEX / ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

A

Αηδονίδης Γ. 13, 16
Αλευρούδης Ι. 15
Αντωνιάδης Α. 20
Αραμπατζής Χ. 16

B

Βασιλικός Β. 18, 23
Βογιατζής Ι. 14, 20
Βοσνακίδης Α. 10

Γ

Γηράσης Χ. 16
Γιαννακάκης Κ. 15
Γιαννακούλας Γ. 15
Γιαννόγλου Δ. 24
Γκελερής Π. 13
Γκόγκας Γ. 11
Γκουτζιομήτρου Ε. 11
Γκούτζιος Θ. 12
Γραϊδής Χ. 8, 13, 23

Δ

Δαδούς Τ. 8
Δαλαμάγκα Ε. 18
Δάρδας Π. 22
Δελιογλάνης Σ. 10, 11
Δημητριάδης Δ. 12
Διδάγγελος Μ. 12, 16
Δρακοπούλου Μ. 23

E

Ευθυμιάδης Γ. 24

Z

Ζάρβαλης Η. 8, 20
Ζαρίφης Ι. 8, 16, 17

Θ

Θανόπουλος Β. 12, 17

I

Ιατρόπουλος Δ. 10, 11, 26
Ιωαννίδης Ε. 11

K

Καμπουρίδης Ν. 11, 15
Κανονίδης Ι. 8, 12, 22, 24
Καρακάνας Α. 8
Καραπατσούδη Ε. 10
Καρασαββίδης Β. 13
Κασίμης Γ. 10, 16, 23
Κατσιμαγκλής Γ. 21
Κετίκογλου Δ. 13, 16
Κολυβήρας Α. 12
Κοντογεώργης Α. 23
Κοντόπουλος Γ. 13, 16
Κοτσάκου-Χατζηνικολάου Ε. 10, 26
Κουλαξής Δ. 10, 13
Κρικήδης Δ. 18
Κυριάκου Π. 14, 24
Κωνσταντινίδου Μ. 11, 18, 20, 21
Κωνσταντίνου Δ. 14, 19

Λ

Λάτσιος Γ. 22
Λυσίτσας Δ. 11, 14, 18, 20

M

Μαμαδός Γ. 13
Μάντζιαρη Λ. 18, 20
Μαστροκωστόπουλος Α. 20, 21
Μαυρογιάννη Α.-Δ. 9
Μαχτοπούλου Α. 18
Μελετίδου Μ. 8

INDEX / ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Μόσιαλος Λ. 17
Μόσχος Γ. 12
Μπάρμπας Α. 9, 12, 16
Μπελεβεσλής Θ. 10, 12
Μπομπούτης Γ. 10, 12, 14, 15, 17, 20, 21, 25
Μποστανίτης Ι. 9, 13

N

Νικητόπουλος Α. 15
Νικολούλης Ν. 14

O

Οικονόμου Φ. 13, 25

Π

Παγκουρέλιας Ε. 23, 24
Παπαδημητρίου Μ. 15
Παπαδόπουλος Θ. 15
Παπαδόπουλος Χ. 10
Παπαζαχαρίου Σ. 11, 12
Παπαϊωάννου Σ. 22
Παπακωνσταντίνου Δ. 16, 21
Παπανικολάου Α. 21
Παπαστεφάνου Σ. 8, 11, 19
Παρασκευαΐδης Σ. 18, 20, 23
Πέτρογλου Δ. 16
Πολυμερόπουλος Κ. 20, 21, 24
Πυργάκης Β. 20

P

Ρέππας Ε. 13

Σ

Σαχπεκίδης Β. 17, 26
Σέραση Ε. 15
Σιάνος Γ. 8, 9

Σίσκος Α. 8
Σκέμπερης Β. 10
Σπανόπουλος Κ. 11
Στάκος Δ. 11, 12
Σταυρόπουλος Γ. 18
Στυλιάδης Ι. 17
Συνετός Α. 9
Σωτηριάδου Μ. 24
Σωτηρίου Π. 24

T

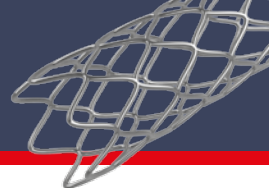
Ταχματζίδης Δ. 15
Τζήκας Σ. 26
Τζιακάς Δ. 24
Τζίφος Β. 21
Τιτόπουλος Η. 15
Τούτουζας Κ. 20, 21, 22
Τρανταλής Γ. 20
Τριανταφύλλου Κ. 18
Τσελεντάκης Μ. 17
Τσούνος Ι. 14, 17, 18, 20, 24

Φ

Φαλιάγκας Π. 9
Φραγκάκης Ν. 11, 25

X

Χατζηελευθερίου Χ. 8, 11, 15
Χριστοφορίδου Τ. 23



INDEX / ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ & ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

A

ALETRAS V. 76
ALZAND B. 78
ANDERSON D. 83
AVRAMIDIS D. 83

B

BELEVESLIS T. 68
BOMPOTIS GEORGIOS C. 71, 73,
78, 84, 85, 86, 92, 93, 94
BOMPOTI ANDREANA G. 71
BRUYNE B. DE 78

C

COUCK T. 78

D

DASKALAKI P. 70, 77
DELIGIANNIS G. 70, 76, 89
DELIOGLANIS ST. 68
DURME F. VAN 78

E

ECONOMOU F. 68

G

GOUTZIOMITROU E. 84, 85, 86

H

HEYSE A. 78

K

KAGGELIDIS I. 70, 76
KALANGOS A. 83
KARAGIANIDIS E. 70, 76, 77

KAROULI P. 83
KARTAS A. 76
KATSADOUROU I. 70, 77
KAVOURAS CH. 83
KONSTANDINIDIS N. 70, 76, 77
KOULAXIS D. 68
KOUPIDIS K. 76
KYRIAKIDIS P. 68
KAÏMAKAMH M. 56

L

LAZARIDIS IOANNIS P. 71, 92, 93

M

MARIO C. DI 76
MITSOKAPAS A. 85, 86
MYLONAS K. 83, 87

P

PAPADOPOULOS K. 70, 77
PAPAIOANNOU S. 78
PAPATHEMELI D. 77
PATSAISI AIK. 77

R

ROUMELIOTIS SP. 70, 77
RUD J. 84, 85, 86

S

SIANOS GEORGIOS 70, 71, 76, 77, 89, 93
SOFIDIS G. 70, 76, 77, 89
SPANOPOULOS K. 84, 85, 86
STYLIADIS IOANNIS G. 71, 84, 85, 86, 92, 93

INDEX / ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ & ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

T

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ρ. 71
ΤΖΙΦΑ Α. 83, 87

V

VANNESTE L. 78

W

WERNER G. 76

A

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Δ. 50
ΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Δ. 68, 81, 82
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α. 64
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 68, 81, 82
ΑΡΜΟΝΗΣ Χ. 68, 81, 82
ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ Δ. 50

B

ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ Β. 64, 75
ΒΕΡΓΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤ. 64
ΒΛΑΧΟΥ Μ. 51
ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ Ι. 52, 67
ΒΟΥΛΓΑΡΙΔΟΥ Κ. 50

Γ

ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Ι. 51
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Α. 69
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚ. 74
ΓΚΙΚΑ Τ. 68, 81, 82

Δ

ΔΑΔΟΥΣ Τ. 56, 58
ΔΕΛΗΟΓΛΑΝΗΣ Σ. 87
ΔΗΜΟΥ ΣΜ. 51
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Μ. 55, 65, 66, 83

Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ Ν. 62, 74, 88

Z

ΖΑΓΓΑΣ Κ. 54
ΖΕΓΚΟΣ Θ. 51
ΖΙΑΚΑΣ Α. 55, 65, 66, 83
ΖΙΟΥΤΑΣ Δ. 75

I

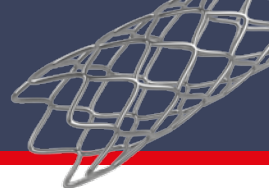
ΙΑΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Δ. 49

K

ΚΑΛΑΓΚΟΣ Α. 50
ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ Ι. 56, 58, 75
ΚΑΡΑΚΑΝΑΣ ΣΤ. 80
ΚΑΡΑΛΙΟΛΙΟΥ Μ. 56, 58
ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΣ Ε. 62, 74, 88
ΚΑΡΑΝΤΩΝΑ Χ. 60
ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ Χ. 51, 55, 65, 66, 83
ΚΑΣΙΜΗΣ Γ. 66, 75
ΚΑΤΑΡΤΖΗ Β. 80
ΚΙΝΤΗΣ Κ. 68, 81, 82
ΚΟΥΠΑΡΑΝΗΣ Α. 55, 65, 66, 83
ΚΟΥΤΣΑΜΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Κ. 52
ΚΟΥΤΣΟΚΩΣΤΑΣ Θ. 65
ΚΥΡΙΑΚΟΥ Π. 64
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Π. 64

Λ

ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Χ. 64
ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Φ. 60
ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ Σ. 74



INDEX / ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ & ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩ

Μ

ΜΑΝΤΗΣ Χ. 68, 81, 82
ΜΑΤΑ Α. 56, 58
ΜΕΛΕΤΙΔΟΥ Μ. 64
ΜΙΛΚΑΣ Α. 78
ΜΟΣΙΑΛΟΣ Λ. 80
ΜΠΑΚΑΛΙΟΣ Σ. 60
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Κ. 64
ΜΠΑΛΑΔΗΜΑ Α. 62, 74, 88
ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι. 67
ΜΠΟΥΓΑΣ Θ. 54
ΜΠΟΥΛΜΠΟΥ Α. 75
ΜΥΛΩΝΑΣ Κ. 50

Ν

ΝΤΑΤΣΙΟΣ Α. 80

Π

ΠΑΓΙΑΝΤΖΑ Α. 55, 83
ΠΑΓΚΟΥΡΕΛΙΑΣ Ε. 64
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Ε. 68, 81, 82
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. 52, 64, 67
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡ. 52, 64, 67, 75
ΠΑΠΑΖΑΧΑΡΙΟΥ Σ. 75
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Δ. 75, 90
ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ ΣΤ. 75
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΪΔΗΣ ΣΤ. 51
ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ Σ. 68, 81, 82
ΠΕΤΕΙΝΙΔΟΥ Ε. 55, 65, 66, 83
ΠΟΥΛΥΖΩΗ ΑΙΚ. 49
ΠΟΥΛΙΑΝΙΤΟΥ Α. 68, 81, 82

Ρ

ΡΑΠΤΗΣ Β. 69
ΡΕΠΑΝΑΣ Θ. 50
ΡΟΔΙΤΗΣ Π. 67
ΡΟΥΜΕΛΗΣ Π. 64

Σ

ΣΑΜΑΡΑΣ Α. 67
ΣΔΟΓΚΟΣ Ε. 52
ΣΕΡΤΗΣ Θ. 54
ΣΙΔΕΡΗ Ι. 60
ΣΟΦΙΑΝΟΣ Δ. 51
ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ Γ. 69
ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ Ν. 80
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. 51, 56, 58
ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ Χ. 54
ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ Ι. 80
ΣΦΥΡΙΔΗΣ Π. 50
ΣΩΤΗΡΙΑΔΟΥ Μ. 64
ΣΩΤΗΡΙΟΥ Σ. 80

Τ

ΤΑΧΤΣΗ Μ. 67
ΤΖΗΚΑΣ ΣΤ. 75
ΤΖΙΦΑ Α. 50
ΤΟΥΝΤΑΣ Χ. 68, 81, 82
ΤΣΕΛΕΜΠΗΣ Θ. 54
ΤΣΟΥΝΟΣ Ι. 60, 75, 90

Φ

ΦΑΛΙΑΓΚΑΣ Π. 58
ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ Ν. 64
ΦΩΤΟΓΛΙΔΗΣ Α. 64, 80

Χ

ΧΑΝΤΑΣ Α. 49
ΧΑΡΙΤΟΣ ΣΤ. 60
ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ Χ. 54
ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ-ΚΟΤΣΑΚΟΥ Ε. 49



Xarelto®

rivaroxaban

L. GRAMET 10/2018/1007



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 50926 Leverkusen, Γερμανία
Τοπικός αντιπρόσωπος της κυκλοφορίας άδειας:
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Σταυρού 18-20, 115 26 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κοινού άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπλο: Novartis Ltd,
TFL000097 22460006

Εγγραφή Επικοινωνίας: Εμπειρογνώστης
Τηλ: +30 210 6167742, Fax: +30 210 4107220
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

Εταιρεία διανομής/εξιστοποίησης



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΦΑΡΜΑΚΑ
Λεωφ. Μαρκεσσίνης 83, 150 09 Σύνταγμα Αθήνα,
Τηλ: 210 6036029 - 9, Fax: 210 6036300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Τελεφωνικό 01 - 115 26 Αθήνα,
Τηλ: 210 2466711, Fax: 210 2466721
Εντ. Αποστολής 214, 151 34 Σύνταγμα Αθήνα,
Τηλ: 210 606021 - 1, Fax: 210 456269

Βεβαιώστε να είναι το φάρμακο πιο ασφαλή και
Αποφύγετε
ΟΛΕΣ τις συσκευασίες εκδόσεις για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».

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