ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ / ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Πανελλήνιο Συνέδριο

Καρδιακής Ανεπάρκειας

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ
Ακαδημία Καρδιαγγειακών & Μεταβολικών Νοσημάτων



16-18 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ **2026**

Makedonia Palace
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

AFEA
CONGRESS



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ** OP01 – OP21

OP_01

ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ HFrEF ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΠΟΣΟ ΚΑΛΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ; ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ EVOLUTION-HF

Βικτωρία Ποτούπνη, Σπυρίδων Μαραγκουδάκης, Αλέξανδρος Μπριασούλης, Εμμανουήλ Φουκαράκης, Αλεξία Σταυράτη, Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος, Κατερίνα Νάκα, Άννα Κότσια, Ιωάννης Παρίσσης, Αντώνιος Ζιάκας, Σταμάτης Αδαμόπουλος, Δημήτριος Τζιακάς, Σωτήριος Πατσιλινάκος, Μέλανη Κωνσταντινίδου, Περικλής Νταβλούρος, Ζαχαρίας Χριστογιάννης, Κωνσταντίνος Τσιτλακίδης, Ιωάννης Παντελάκης, Γεώργιος Στεφανάκης, Μάριος Κολιός, Ιωάννης Μπαλτογιάννης, Ευάγγελος Βολτυράκης, Χρήστος Βαρούνης, Ανδρέας Σαμοθρακίτης, Δημήτριος Κρικίδης, Παναγιώτης Τσιαλούκης, Ζωή Παπαρέπα, Δημήτριος Γουρλής, Νικόλαος Παπουτσιδάκης, Απόστολος Καραβίδας,. Χριστόδουλος Παπαδόπουλος

[1]Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» [2]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος», [3]Θεραπευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα» [4]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο» [5]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» [6]Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» [7]Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων [8]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστας» [9]Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» [10]Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ» [11]Μονάδες Καρδιακής Ανεπάρκειας, Μεταμοσχεύσεων και Μηχανικής Υποστήριξης της Κυκλοφορίας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο [12]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης [13]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Κωνσταντοπούλειο» [14]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» [15]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών [16]Ιδιώτης Καρδιολόγος [17]AstraZeneca Ελλάδα [18]Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Η EVOLUTION-HF ήταν μια πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια με ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF, EF ≤40%) που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη βάσει κλινικής πρακτικής.

ΣΚΟΠΟΣ : Πρωτεύοντες στόχοι της μελέτης ήταν η καταγραφή των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με HFrEF κατά την έναρξη θεραπείας με δαπαγλιφλοζίνη, η αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία και η καταγραφή των ανεπιθύμητων συμβαμάτων. Δευτερεύοντες στόχοι ήταν η παρακολούθηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω του ερωτηματολογίου KCCQ-23. Αξιολογήθηκε επίσης ο βαθμός εφαρμογής της βέλτιστης φαρμακευτικής θεραπείας για την καρδιακή ανεπάρκεια.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ : Συνολικά, 257 ασθενείς έλαβαν μέρος στη μελέτη. Η μελέτη διεξήχθη σε 16 δημόσια νοσοκομεία και 11 ιδιωτικά κέντρα, με περίοδο ένταξης από το Δεκέμβριο του 2022 έως το Νοέμβριο του 2023. Η διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών ήταν 12 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή για τη HFrEF που ελάμβαναν οι ασθενείς κατά την ένταξή τους στη μελέτη, το 59,5% των ασθενών λάμβανε και τις τέσσερις βασικές



κατηγορίες (β-αναστολέα, αναστολέα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, ανταγωνιστή της αλδοστερόνης και αναστολέα του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2), ενώ 28,0% λάμβανε τρεις και 11,7% δύο κατηγορίες. Μόλις το 0,8% των ασθενών λάμβανε μία μόνο κατηγορία φαρμάκου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν υψηλό βαθμό εφαρμογής της συνιστώμενης φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με HFrEF στην ελληνική κλινική πρακτική. Ωστόσο, σημαντικό περιορισμό της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι η πλειονότητα των ασθενών εντάχθηκε από εξειδικευμένα κέντρα καρδιακής ανεπάρκειας, γεγονός που ενδέχεται να έχει ευνοήσει την προσήλωση στα προβλεπόμενα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Εξακολουθούν να υφίστανται περιθώρια περαιτέρω βελτίωσης της θεραπευτικής προσέγγισης στην ελληνική πραγματικότητα, με στόχο την πληρέστερη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών και τη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών.



OP_02

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΠΛΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ορέστης Δημήτριος Παύλου[1], Δημήτριος Ταχματζίδης[1], Κωνσταντίνος Μπακογιάννης[1], Ηλίας Αλέξανδρος Παύλου[1], Μάγδα Πετρίδου[1], Βικτωρία Ποτούπνη[1], Αρίστη Μπούλμπου[1], Αλέξανδρος Ευαγγελίου[1], Σοφία Αναστασία Μουράτογλου[1], Χριστόδουλος Παπαδόπουλος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1]

[1]*ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Γ Καρδιολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εφαρμογή της θεμελιώδους τετραπλής φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη βελτίωση της έκβασης στην καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFrEF). Ωστόσο, η πλήρης εφαρμογή της παραμένει συχνά ανεπαρκής στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αποτυπωθεί η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με ΚΑ που παρακολουθούνται στο εξειδικευμένο Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας και να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη λήψη της τετραπλής θεραπείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα φαρμακευτικής αγωγής 303 ασθενών. Καταγράφηκε η χρήση αναστολέων του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης, β-αναστολέων, ανταγωνιστών των υποδοχέων των αλατοκορτικοειδών (MRA), αναστολέων SGLT2 και άλλων φαρμακευτικών κατηγοριών. Οι ασθενείς που λάμβαναν τετραπλή θεραπεία συγκρίθηκαν με όσους δεν λάμβαναν, με τις δοκιμασίες χ^2 και Mann-Whitney U.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: ARNI λάμβανε το 37% των ασθενών, αναστολέα ΜΕΑ ή ανταγωνιστή των υποδοχέων ΑΤ1 το 33%, ενώ το 30% δεν λάμβανε φάρμακο του άξονα. Β-αναστολέα λάμβανε το 82,5%, MRA το 65,3% και αναστολέα SGLT2 το 64,0%. Την πλήρη τετραπλή θεραπεία λάμβανε το 36,6% του συνόλου των ασθενών, το 68.5% των ασθενών με HFrEF και το 26.1% των ασθενών με HFmrEF. Διουρητικό αγκύλης λάμβανε το 59,4%, στατίνη το 63,0% και αντιπηκτική αγωγή (DOAC ή VKA) το 48,5%. Στη μη προσαρμοσμένη σύγκριση, οι ασθενείς υπό τετραπλή θεραπεία είχαν συχνότερα HFrEF (68,5% έναντι 42,7%, p<0,001), είχαν μεγαλύτερες διαστάσεις αριστερής κοιλίας (διάμεση τιμή: 5,70 έναντι 5,20 cm, p<0,001), χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης (διάμεση τιμή: 35% έναντι 45%, p<0,001) και μικρότερη ηλικία κατά τη διάγνωση και την ένταξη (p<0,01). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στις λοιπές εξεταζόμενες παραμέτρους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο της μελετώμενης κοόρτης, περίπου ένας στους τρεις ασθενείς λάμβανε τετραπλή θεραπεία. Η λήψη της ήταν συχνότερη σε ασθενείς με HFrEF, νεότερη ηλικία, μεγαλύτερο μέγεθος αριστερής κοιλίας και χαμηλότερο κλάσμα εξώθησης. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη συστηματικής αξιολόγησης και διαρκούς προσπάθειας βελτιστοποίησης της φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς με ΚΑ, ιδίως στους ηλικιωμένους.



OP_03

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Βικτωρία Ποτούπνη[1], Δημήτριος Ταχματζίδης[1], Αρίστη Μπούλμπου[1], Κωνσταντίνος Μπακογιάννης[1], Ηλίας Αλέξανδρος Παύλου[1], Σοφία-Αναστασία Μουράτογλου[1], Μαγδαληνή Πετρίδου[1], Ορέστης Δημήτριος Παύλου[1], Δανάη Οικονόμου[1], Βάιος Σχισμένος[1], Προκόπιος Μαμώλης[1], Ελένη Σαράφη[1], Αλέξανδρος Ευαγγελίου[1], Αναστάσιος Τσαρουχάς[1], Χριστόδουλος Παπαδόπουλος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1]

[1]Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) συνεχίζει να αποτελεί μία από τις βασικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών από τα εξειδικευμένα ιατρεία ΚΑ διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΚΑ που παρακολουθούνται στο ειδικό ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας της Γ' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, στο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο».

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν αναδρομικά δεδομένα 323 ασθενών. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, τα κλινικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά των ασθενών, καθώς και η φαρμακευτική τους αγωγή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες (76%), με διάμεση ηλικία τα 68 έτη, ενώ ο μέσος όρος των ετών από την διάγνωση έως την παραπομπή τους στο εξειδικευμένο κέντρο ήταν 6 έτη. Δεδομένα για το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας ήταν διαθέσιμα στο 84% των ασθενών (HFrEF 74%, HFpEF 18% σύμφωνα με την ισχύουσα ταξινόμηση), με την ισχαιμία να είναι η αιτία στο 50% των περιπτώσεων. Η πλειοψηφία των ασθενών ανήκε στη λειτουργική κατηγορία NYHA II (59%). Βασικές συννοσηρότητες ήταν η κολπική μαρμαρυγή (38%), ο σακχαρώδης διαβήτης (28%) και η αρτηριακή υπέρταση (35%). Εμφυτεύσιμη συσκευή έφερε το 31% των ασθενών. Ως προς τη φαρμακευτική αγωγή κατά την πρώτη επίσκεψη, β-αναστολείς ελάμβανε το 83%, SGLT2 αναστολείς ελάμβανε το 64% των ασθενών, περί τα 2/3 ελάμβανε ανταγωνιστές αλδοστερόνης, ενώ αναστολείς του RAAS χορηγούνταν στο 70% των ασθενών. Μόλις το 1/3 των ασθενών ελάμβανε και τις τέσσερις βασικές κατηγορίες φαρμάκων (Σχήμα 1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα μας καταδεικνύουν καθυστερημένη παραπομπή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια σε εξειδικευμένα κέντρα, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Κρίνεται, επομένως, απαραίτητη η ενίσχυση της οργανωμένης παρακολούθησης προκειμένου να αξιολογείται η καταλληλότητα των ασθενών για μηχανική κυκλοφορική υποστήριξη ή μεταμόσχευση, καθώς και η μεγαλύτερη μέριμνα για την βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες.



OP_04

PROGNOSTIC VALUE OF ESTIMATED IN-HOSPITAL PLASMA VOLUME STATUS CHANGES IN ACUTE HEART FAILURE: INSIGHTS FROM A PROSPECTIVE STUDY

Διαμαντής Κοσμίδης[1], Μαρία Σιτμαλίδου[1], Σπύρος Παπαμίχος[2], Δημήτριος Βατίτσης[1], Κωνσταντίνα Σολάκη[1], Αναστασία Μιχαηλίδου[1], Ευτυχία Μπελεβεσλή[1], Νικόλαος Γούλιαρος[1], Θεμιστοκλής Σέρτης[1], Χαράλαμπος Στεφανίδης[1], Χρήστος Χατζηελευθερίου[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Δράμας, Δράμα, Ελλάδα, [2]Εργαστήριο Μικροβιολογίας-Αιματολογίας Γ.Ν. Δράμας, Δράμα, Ελλάδα

INTRODUCTION: Residual congestion at discharge is a major determinant of rehospitalisation in patients with acute heart failure (AHF). Non-invasive estimation of plasma volume status (ePVS) as a surrogate of patients' congestion status has been studied in major HF clinical trials (EPHESUS, TOPCAT).

AIM: This study aimed to explore the role of relative ePVS change between admission and discharge in predicting HF rehospitalisation and investigate its potential incremental prognostic value in real-world patients with AHF.

MATERIAL AND METHODS: All consecutive adult patients, hospitalised for AHF, were prospectively included. Baseline clinical, laboratory and echocardiographic parameters were documented during the first 24 hours since admission. The relative change in ePVS was calculated using the Strauss formula. The primary outcome was HF rehospitalisation. Kaplan Meier curves, and multivariable Cox regression models with a time-to-first-event outcome analysis were produced, while the optimal cut-off value of ePVS change -10% was determined by the receiver operating characteristic curve. The incremental prognostic value of ePVS change was tested on top of a baseline clinical-echocardiographic model.

RESULTS: In total, 290 patients with AHF were included in the study (mean age 82 years, 58% female). Median NT-proBNP was 4000 pg/ml. ePVS change > -10% was detected in 182 patients (63%). During a median follow-up of 17 months, 122 patients (42%) reached the primary endpoint. Those with an ePVS change > -10% (residual congestion) showed higher cumulative event rates (Figure 1; p=0.013, log-rank test). In multivariable regression analysis, ePVS change > -10% was associated with an almost 2-fold risk of HF rehospitalisation (Figure 2A; adjusted hazard ratio, 1.7; 95% CI, 0.6-1.2; p=0.006) and provided incremental prognostic information over the baseline clinical-echocardiographic model (Figure 2B).

CONCLUSIONS: In real-world patients hospitalised for AHF, poor ePVS changes between admission and discharge strongly predicted HF rehospitalisation over baseline clinical and echocardiographic parameters.



OP_05

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Βασίλειος Κουτρουλός[1],. Γεώργιος Χαλικιάς[1], Μπελκίς Μαλκότς[1],Κωνσταντίνος Λαμπρόπουλος[1], Δημήτριος Στάκος[1], Δημήτριος Τζιακάς[1]

[1]ΠΓΝ Αλεξανδρουπολης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες νοσηλείας σε καρδιολογικές κλινικές και σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Η αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με παρατεταμένη νοσηλεία μπορεί να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση κλινικών, εργαστηριακών και θεραπευτικών παραμέτρων που σχετίζονται με παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν λόγω οξείας καρδιακής ανεπάρκειας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε 95 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν το τελευταίο έτος με κύρια διάγνωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Συλλέχθηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, κλινικά ευρήματα κατά την εισαγωγή, εργαστηριακές εξετάσεις, υπερηχοκαρδιογραφικά δεδομένα, θεραπευτικές παρεμβάσεις και ενδονοσοκομειακά συμβάματα. Ως παρατεταμένη νοσηλεία ορίστηκε διάρκεια νοσηλείας μεγαλύτερη των 5 ημερών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,17 ημέρες και 22 ασθενείς (23,2%) παρουσίασαν παρατεταμένη νοσηλεία. Οι ασθενείς αυτοί εμφάνιζαν συχνότερα περιφερικά οιδήματα (63,6% έναντι 24,7%, p=0,001), τρίζοντες (68,2% έναντι 35,6%, p=0,006) και ασκίτη (18,2% έναντι 1,4%, p=0,009), καθώς και υψηλότερη λειτουργική κλάση NYHA κατά την εισαγωγή. Εργαστηριακά, παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές ουρίας κατά την εισαγωγή [73 (57,3–85,5) έναντι 53 (39–74) mg/dL, p=0,012], αυξημένους δείκτες φλεγμονής με υψηλότερη CRP (1,45 έναντι 1,03 mg/dL, p=0,022) και χαμηλότερα επίπεδα ολικών λευκωμάτων (6,4 έναντι 6,8 g/dL, p=0,026). Τα επίπεδα NT-proBNP ήταν υψηλότερα στους ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία (7232 έναντι 5603 pg/mL), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,251). Κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκε συχνότερη ανάγκη χορήγησης ινότροπης υποστήριξης (27,3% έναντι 6,8%, p=0,015) και μετάγγισης αίματος (18,2% έναντι 1,4%, p=0,009). Επιπλέον, οι ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής (63,6% έναντι 37,0%, p=0,025) και σύνθετου καταληκτικού σημείου (77,3% έναντι 49,3%, p=0,013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρατεταμένη νοσηλεία σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζεται με βαρύτερη κλινική εικόνα συμφόρησης, αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα, νεφρική δυσλειτουργία και ανάγκη εντατικότερης θεραπευτικής υποστήριξης. Η έγκαιρη αναγνώριση των χαρακτηριστικών αυτών μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαστρωμάτωση κινδύνου και στη βελτιστοποίηση της φροντίδας των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.



OP_06

Η ΠΡΩΙΜΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ NT-PROBNP ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΣΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Βασίλειος Κουτρουλός[1], Γεώργιος Χαλικιάς[1], Μπελκίς Μαλκότς[1], Κωνσταντίνος Λαμπρόπουλος[1], Δημήτριος Στάκος[1],. Δημήτριος Τζιακάς[1]

[1]ΠΓΝ Αλεξανδρουπολης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αποσυμφόρηση αποτελεί βασικό θεραπευτικό στόχο σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. Το NT-proBNP αποτελεί ευρέως χρησιμοποιούμενο βιοδείκτη αιμοδυναμικής επιβάρυνσης, ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δυναμική μεταβολή του κατά τις πρώτες ημέρες θεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της κινητικής του NT-proBNP κατά την ενδονοσοκομειακή αποσυμφόρηση και της σχέσης της πρώιμης μεταβολής του με αντικειμενικούς δείκτες αποσυμφόρησης και την εξάμηνη κλινική έκβαση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε μονοκεντρική αναδρομική μελέτη 95 διαδοχικών ασθενών που νοσηλεύθηκαν λόγω οξείας απορρύθμισης καρδιακής ανεπάρκειας. Καταγράφηκαν τιμές NT-proBNP κατά την εισαγωγή, στις 24, 48 και 72 ώρες και κατά το εξιτήριο. Παράλληλα αξιολογήθηκαν το σωματικό βάρος, η διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας, η νεφρική λειτουργία και κλινικοί δείκτες συμφόρησης. Ως σημαντική πρώιμη ανταπόκριση ορίστηκε μείωση NT-proBNP ≥25% στις 48 ώρες. Καταγράφηκαν επανεισαγωγές και σύνθετα κλινικά συμβάματα στους 6 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η διάμεση τιμή NT-proBNP μειώθηκε προοδευτικά από 6.704 pg/mL κατά την εισαγωγή σε 5.809 στις 24 ώρες, 5.101 στις 48 ώρες, 4.207 στις 72 ώρες και 3.993 pg/mL κατά το εξιτήριο, με συνολική διάμεση μείωση 27%. Παράλληλα παρατηρήθηκαν απώλεια σωματικού βάρους, μείωση της διαμέτρου της κάτω κοίλης φλέβας και βελτίωση της δύσπνοιας. Οι ασθενείς με πτώση NT-proBNP ≥25% στις 48 ώρες παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής στους 6 μήνες (21,2% έναντι 57,1%) και λιγότερα σύνθετα κλινικά συμβάματα (36,4% έναντι 67,9%). Η πρώιμη μείωση του NT-proBNP συνόδευε επίσης μεγαλύτερη αντικειμενική αποσυμφόρηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αποσυμφόρηση στην οξεία καρδιακή ανεπάρκεια συνοδεύεται από πρώιμη και προοδευτική ελάττωση του NT-proBNP. Η σημαντική πτώση του εντός 48 ωρών φαίνεται να χαρακτηρίζει ασθενείς με αποτελεσματικότερη αποσυμφόρηση και ευνοϊκότερη εξάμηνη κλινική πορεία.



OP_07

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΤΑ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ MRA ΣΤΗΝ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ESC 2026

Ιωάννης Αλευρούδης[1], Ηλίας Αλέξανδρος Παύλου[1], Ορέστης Δημήτριος Παύλου[1], Δανάη Οικονόμου[1], Μάγδα Πετρίδου[1], Προκόπης Μαμώλης[1], Βάιος Σχισμένος[1], Σοφία Αναστασία Μουράτογλου[1], Χριστόδουλος Παπαδόπουλος[1], Στέργιος Τζήκας[1], Καθηγητής Γεώργιος Γιαννόπουλος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1]

[1]Γ' Καρδιολογική κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι οδηγίες ESC 2026 κατήργησαν τον φαινότυπο καρδιακής ανεπάρκειας(ΚΑ) με ήπια μειωμένο κλάσμα εξώθησης (HFmrEF), ορίζοντας δύο φαινοτύπους: HFrEF (LVEF<50%) και HFpEF (LVEF≥50%). Παράλληλα, αντικατέστησαν τον όρο «οξεία» με «απορρυθμισμένη» ΚΑ και σύστησαν χορήγηση ανταγωνιστών αλατοκορτικοειδών (MRA) στη χρόνια ΚΑ ανεξαρτήτως LVEF.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξέταση του εργαστηριακού προφίλ και της συχνότητας συνταγογράφησης MRA ανά φαινότυπο ΚΑ.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική ανάλυση 100 διαδοχικών ασθενών με απορρυθμισμένη ΚΑ (76 HFrEF, 24 HFpEF). Καταγράφηκαν τροπονίνη Ι, κρεατινίνη, TSH, CRP, αιματοκρίτης, κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσος και συνταγογράφηση MRA στο εξιτήριο. Χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Mann-Whitney U και Fisher's exact test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με HFpEF ήταν μεγαλύτεροι (διάμεση ηλικία 81 έναντι 75 έτη, p=0,021). Η HFrEF εμφάνισε υψηλότερη τροπονίνη (84 έναντι 44 pg/mL, p=0,045), CRP (25,9 έναντι 9,3 mg/L, p=0,017) και συχνότερη στεφανιαία νόσο (54% έναντι 17%, p=0,002). Η αυξημένη τροπονίνη δεν διέφερε σημαντικά (86% έναντι 71%, p=0,12). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε TSH (p=0,14), αιματοκρίτη (p=0,97) ή κολπική μαρμαρυγή (46% έναντι 62%, p=0,24). Στο εξιτήριο, MRA συνταγογραφήθηκαν λιγότερο στην HFpEF (33% έναντι 63%, p=0,018), κυρίως λόγω νεφρικής δυσλειτουργίας (n=34) και υπότασης (n=31).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι φαινότυποι διέφεραν σε ηλικία, ισχαιμική αιτιολογία, τροπονίνη και CRP, αλλά όχι σε θυρεοειδική λειτουργία, αιματοκρίτη ή κολπική μαρμαρυγή. Η χαμηλότερη συνταγογράφηση MRA στην HFpEF αναδεικνύει πιθανό πεδίο βελτίωσης της εφαρμογής των οδηγιών ESC 2026, αφού συνεκτιμηθούν οι αντενδείξεις.



OP_08

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αθανασία Δέτσικα[1], Ανδρέας Κυβετός[1], Παντελής Γουνόπουλος[1], Αθανάσιος Τρίκας[1]

[1]*Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ Ο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) χαρακτηρίζεται από σημαντική ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Η έγκαιρη αναγνώριση κλινικών χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου κατά την εισαγωγή μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαστρωμάτωση κινδύνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με την ενδονοσοκομειακή θνητότητα ασθενών που νοσηλεύονται με ΟΚΑ.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 204 διαδοχικοί ασθενείς με ΟΚΑ. Καταγράφηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, συννοσηρότητες, κλινική εικόνα κατά την εισαγωγή, αιμοδυναμικό προφίλ, λειτουργική κλάση κατά NYHA, παρουσία ευπάθειας και λοίμωξης. Ως καταληκτικό σημείο ορίστηκε ο ενδονοσοκομειακός θάνατος. Οι κατηγορικές μεταβλητές συγκρίθηκαν με δοκιμασία χ^2 ή Fisher's exact test, όπου ενδείκνυτο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν 26 ενδονοσοκομειακοί θάνατοι (12,7%). Θνητότητα παρατηρήθηκε στο 50,0% των ασθενών με SOFA≥2 έναντι 4,8% σε SOFA<2 (p<0,001), στο 43,9% των ασθενών με NYHA≥III έναντι 4,9% χωρίς NYHA≥III (p<0,001) και στο 52,9% των ασθενών με μέση αρτηριακή πίεση ≤60 mmHg έναντι 9,1% με υψηλότερη πίεση (p<0,001). Το ψυχρό αιμοδυναμικό προφίλ συσχετίστηκε επίσης ισχυρά με θνητότητα (57,9% έναντι 8,1%, p<0,001), όπως και η παρουσία λοίμωξης (28,6% έναντι 7,7%, p<0,001). Οι ευπαθείς ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερη θνητότητα σε σύγκριση με τους μη ευπαθείς (18,9% έναντι 3,7%, p=0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αιμοδυναμική αστάθεια, το ψυχρό προφίλ, η αυξημένη βαρύτητα νόσου, η προχωρημένη συμπτωματολογία, η λοίμωξη και η ευπάθεια χαρακτηρίζουν ασθενείς με ΟΚΑ και ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο ενδονοσοκομειακού θανάτου. Η συνδυασμένη αξιολόγησή τους κατά την εισαγωγή μπορεί να διευκολύνει την πρώιμη διαστρωμάτωση κινδύνου.



OP_09

ΠΙΘΑΝΑ ΚΑΡΔΙΟΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΣΕΜΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΘΡΑΚΥΚΛΙΝΕΣ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ ΣΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Ιωάννης Μπούτσικος[1], **Παναγιώτα Κωστάκου**[1], Χαράλαμπος Φιλιππάτος[1], Δέσποινα Φωτίου[2], Παναγιώτα Νικολάου[1,3], Νικόλαος-Ιάσων Τεπετές[1], Κωνσταντίνος Γκίκας[1], Βασίλειος Μικρός[1], Μαρία Γαβριατοπούλου[1],. Θεοδόσιος Φιλιππάτος[4],. Κίμωνας Σταματελόπουλος[1],. Ευάγγελος Τέρπος[1],. Αλέξανδρος Μπριασούλης[1]

[1]Θεραπευτική Κλινική, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, Ελλάδα, [2]Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Αθήνα, Ελλάδα, [3]Εργαστήριο Φαρμακολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα, [4]Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ανθρακυκλίνες αποτελούν ακρογωνιαίο λίθος στη θεραπεία για τα Μη-Hodgkin Λεμφώματα (NHL), ωστόσο η καρδιοτοξικότητα που επιφέρουν είναι σημαντική πρόκληση, χωρίς εγκεκριμένες καρδιοπροστατευτικές στρατηγικές για ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Η σεμαγλουτίδη έδειξε ενθαρρυντικά καρδιοπροστατευτικά σήματα σε προκλινικά μοντέλα στα πλαίσια της θεραπείας με ανθρακυκλίνες, η παρούσα μελέτη αξιολογεί τα πιθανά καρδιοπροστατευτικά οφέλη της σε ασθενείς με NHL.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης με χρήση της βάσης δεδομένων TriNetX, περιλαμβάνοντας ασθενείς με NHL, παχυσαρκία ή/και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2), που έλαβαν θεραπεία με ανθρακυκλίνες. Η ομάδα μελέτης έλαβε σεμαγλουτίδη για πρώτη φορά μετά την πρώτη δόση των ανθρακυκλινών, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν εκτέθηκε ποτέ σε GLP-1Ras. Οι δύο ομάδες αντιστοιχίστηκαν (1:1 propensity score matching) βάσει δημογραφικών στοιχείων, κλινικών παραμέτρων, εργαστηριακών τιμών και συγχορηγούμενων φαρμάκων. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν ένα προσαρμοσμένο σύνθετο MACE (καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικά επεισόδια, στεφανιαία επαναγγείωση).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την αντιστοίχιση, δημιουργήθηκαν δύο ομάδες 614 ασθενών η καθεμία. Οι ασθενείς που έλαβαν σεμαγλουτίδη παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μείωση του κινδύνου για το προσαρμοσμένο MACE κατά 40% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (HR=0.60, 95%CI: 0.36–0.99, p=0.043). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα επιμέρους καρδιαγγειακά συμβάντα όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η καρδιακή ανεπάρκεια, όμως τα ποσοστά οξείας νεφρικής βλάβης (AKI) ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην ομάδα της σεμαγλουτίδης (HR=0.43, 95%CI: 0.26–0.72, p=0.001). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε μειωμένη επίπτωση σήψης (6.8% έναντι 10.7%, RR=0.63, 95%CI: 0.41–0.97, p=0.036). Τέλος, οι ασθενείς υπό σεμαγλουτίδη εμφάνισαν 57% μειωμένο κίνδυνο ολικής θνησιμότητας (OS) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (HR=0.43, 95%CI: 0.27–0.68, p<0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση σεμαγλουτίδης συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο μειζόνων καρδιακών και νεφρικών επιπλοκών, καθώς και



με βελτιωμένη ολική επιβίωση σε ασθενείς με NHL υπό θεραπεία με ανθρακυκλίνες. Καθώς εκλέιπουν εγκεκριμένες καρδιοπροστατευτικές επιλογές για αυτόν τον πληθυσμό, φάνηκε μια πιθανή θεραπευτική προσέγγιση που χρήζει διερεύνησης μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών.



OP_10

ΠΩΣ ΕΚΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΩΣ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ Ή ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ.

Ευάγγελος Σδόγκος[1], Θρασύβουλος Κωνσταντίνου[1], Αικατερίνα Κουμπατή[1], Πηνελόπη Ντινοπούλου[1], Μάρκος Γουμενάκης[1], Άγγελος Γεωργακόπουλος[1], Παναγιώτα Θεοδοσίου[1], Ειρήνη Λαφαζανίδου[1], Στυλιανός Λαμπρόπουλος[2], Ιωάννης Βογιατζής[1]

[1]Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας , [2]Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης "Μαμάτσειο", ,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η άσκηση αποτελεί μέρος της θεραπείας σε ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) ή Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ). Παρά την αποδεδειγμένη σημασία της, οι οδηγίες δεν εφαρμόζονται οργανωμένα και με επιτήρηση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή του τρόπου εφαρμογής των συστάσεων για άσκηση, καθώς και της αντίληψης γύρω από αυτήν, σε διαδοχικούς νοσηλευθέντες ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν δεδομένα από 220 ασθενείς εντός διμήνου από την νοσηλεία. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 151 άνδρες-69 γυναίκες, μέσης ηλικίας 71 ετών. Οι 131 (59,5%) διέμεναν σε αστικό περιβάλλον και οι 72 (32,7%) ασχολούνταν με χειρωνακτική εργασία. Οι 122 (55,5%) είχαν ελεύθερο προηγούμενο καρδιολογικό ιστορικό. Αιτία νοσηλείας ήταν στους 45,5% το ΟΣΣ, στους 15,4% η ΚΑ, στους υπόλοιπους 39,1% άλλη. Αν και σε όλους συστήθηκε άσκηση, μόνο το 52,7% ανέφεραν ότι ασκούνται. Στο εάν ωφελεί η άσκηση, οι μισοί απάντησαν θετικά, ενώ 37,3% δήλωσε άγνοια. Φάνηκε να ασκούνται περισσότερο οι κάτοικοι αστικού περιβάλλοντος και οι άνευ προηγηθέντος ιστορικού. Ως προς την αιτία νοσηλείας, το ποσοστό των ασκούμενων στεφανιαίων ασθενών υπερτερούσε αυτών με ΚΑ (61% vs. 29,4%). Η συντριπτική πλειοψηφία (94%) ανέφερε ως τρόπο άσκησης το περπάτημα ή τρέξιμο. Η αναφερόμενη μέση διάρκεια άσκησης για όλους ήταν 30,35 λεπτά, ενώ ήταν μικρότερη στους ασθενείς με ΚΑ. Επί του συνόλου, 52,6% ασκούνταν καθημερινά, ενώ 37,1% εβδομαδιαίως. Το 87,1% αυτών που ασκούνταν δήλωσαν ότι ωφελήθηκαν, και ειδικότερα 60% αυτών με ΚΑ και 91,8% με ΟΣΣ. Αξιοσημείωτα, μόλις το 31,8% δήλωσαν ότι κάποιο ειδικό κέντρο για την άσκηση θα τους βοηθούσε, με το ποσοστό των θετικών απαντήσεων να υπερτερεί στους ασθενείς με ΚΑ σε σχέση αυτών με ΟΣΣ (61,8% vs. 24%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μολονότι η άσκηση συστήθηκε σε όλους τους ασθενείς, ένα μέρος μόνο αυτών ακολούθησε τις οδηγίες, χωρίς ωστόσο και σε αυτούς να μπορεί να αξιολογηθεί αντικειμενικά. Διαπιστώθηκαν διαφορές στους ασθενείς με ΚΑ σε σχέση με αυτούς με ΟΣΣ.



OP_11

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ SGLT2 ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΜΠΛΟΚΗ PCI

Ευαγγελία Καλαμπόκη[1], **Σπυριδούλα Καρατασίτσα**[1], Βασιλική Μπελή[1], Αποστόλης Κρόκος[1], Ευγενία Παππά[1], Άννα Κότσια[1]

[1]Γ.Ν.Ι.Χατζηκωστα, Ιωάννινα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η οξεία νεφρική βλάβη από σκιαγραφικό (contrast-induced acute kidney injury, CI-AKI) παραμένει συχνή και κλινικά σημαντική επιπλοκή της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI), ιδιαίτερα σε σύμπλοκες επεμβάσεις που απαιτούν υψηλές ποσότητες σκιαγραφικού. Σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, παρατεταμένη νοσηλεία και δυσμενέστερη πρόγνωση. Οι αναστολείς SGLT2 αποτελούν θεμελιώδη θεραπεία στην καρδιακή ανεπάρκεια και τη χρόνια νεφρική νόσο, ασκώντας πολλαπλές καρδιονεφρικές προστατευτικές δράσεις. Ωστόσο, ο πιθανός ρόλος τους στην πρόληψη της CI-AKI δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση 285 ασθενών με σοβαρά ασβεστωμένες στεφανιαίες βλάβες, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε σύμπλοκη PCI μεταξύ Ιανουαρίου 2018 και Μαρτίου 2025. Από αυτούς, 32 λάμβαναν SGLT2i για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καρδιακή ανεπάρκεια και/ή χρόνια νεφρική νόσο. CI-AKI ορίστηκε ως αύξηση της κρεατινίνης ορού κατά ≥0,5 mg/dL ή ≥25% από την αρχική τιμή εντός 48 ωρών από τη χορήγηση σκιαγραφικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία ήταν 70,8 ± 9,5 έτη και η πλειονότητα των ασθενών ήταν άνδρες. Ο επιπολασμός καρδιακής ανεπάρκειας, σακχαρώδους διαβήτη και χρόνιας νεφρικής νόσου ήταν 83%, 39,6% και 12,6%, αντίστοιχα. Η μέση ποσότητα σκιαγραφικού ήταν 300,3 ± 168 mL. Η αρχική κρεατινίνη ήταν 1,5 ± 0,5 mg/dL και ο eGFR 58 ± 23 mL/min/1,73 m^2. Στις 48 ώρες, οι αντίστοιχες τιμές ήταν 1,6 ± 0,5 mg/dL και 54 ± 21 mL/min/1,73 m^2. CI-AKI εμφάνισαν 2/32 ασθενείς (6,25%), χωρίς στατιστικά σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα μελέτη πραγματικών δεδομένων ασθενών που υποβλήθηκαν σε σύμπλοκη PCI, η θεραπεία με αναστολείς SGLT2 συσχετίστηκε με χαμηλή επίπτωση CI-AKI, παρά τη χορήγηση υψηλών ποσοτήτων σκιαγραφικού. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν πιθανή νεφροπροστατευτική δράση των SGLT2i στο πλαίσιο καρδιαγγειακών επεμβάσεων με χρήση σκιαγραφικού. Πέραν των τεκμηριωμένων οφελών τους στην καρδιακή ανεπάρκεια και τη χρόνια νεφρική νόσο, οι αναστολείς SGLT2 ενδέχεται να συμβάλλουν στη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς υψηλού κινδύνου που υποβάλλονται σε επεμβατικές καρδιολογικές πράξεις.



OP_12

Η ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΣΗ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΟ ΚΛΑΣΜΑ ΠΑΧΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΑ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΑΓΚΥΛΗΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΠΙΛΟΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ιωάννης Αλευρούδης[1], Αλέξανδρος Ευαγγελίου[1], Μάγδα Πετρίδου[1], Βάιος Σχισμένος[1], Προκόπης Μαμώλης[1], Δανάη Οικονόμου[1], Ηλίας Αλέξανδρος Παύλου[1], Ορέστης Δημήτρης Παύλου[1], Χριστόδουλος Παπαδόπουλος[1], Σοφία Αναστασία Μουράτογλου[1], Γιώργος Γιαννόπουλος[1], Στέργιος Τζήκας[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1]

[1] *΄Γ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαφραγματική δυσλειτουργία συμβάλλει στη δυσανεξία στην άσκηση και σε δυσμενείς εκβάσεις στην καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Στην οξεία απορρυθμισμένη ΚΑ (ADHF), η υπερφόρτωση με υγρά αυξάνει την αναπνευστική προσπάθεια και μπορεί να προκαλέσει διαφραγματική βλάβη. Παρότι η υπερδιήθηση (UF) επιτυγχάνει αποτελεσματικότερη αποσυμφόρηση από τα διουρητικά αγκύλης (LD), η επίδρασή της στη διαφραγματική λειτουργία δεν έχει ερευνηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση της επίδρασης της UF έναντι των LD στη διαφραγματική λειτουργία, όπως αξιολογείται υπερηχογραφικά σε ασθενείς με ADHF.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Προοπτική, μονοκεντρική, τυχαιοποιημένη μελέτη επιβεβαίωσης της αρχής (proof-of-concept). Ενήλικες με ADHF και κλινική συμφόρηση τυχαιοποιήθηκαν 1:1 σε UF ή ενδοφλέβια LD, με δυνατότητα διασταύρωσης (crossover) σε περίπτωση αντοχής στα διουρητικά. Η διαφραγματική λειτουργία αξιολογήθηκε υπερηχογραφικά (bedside) κατά την εισαγωγή και το εξιτήριο. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν το κλάσμα πάχυνσης του διαφράγματος (DTF, %) και δευτερεύον η διαφραγματική έκταση/μετατόπιση (DE, cm) μέσω M-mode. Η ανάλυση χρησιμοποίησε ANCOVA προσαρμοσμένη για τις τιμές αναφοράς (per-protocol).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 14 τυχαιοποιημένους ασθενείς, 13 είχαν πλήρη δεδομένα (LD n=5, UF n=8· 4 μετακινήθηκαν από LD σε UF λόγω αντοχής). Η ομάδα UF έδειξε βελτίωση του DTF (+11,5±27,6%), ενώ η ομάδα LD επιδεινώθηκε (−20,1±26,9%). Μετά από προσαρμογή ANCOVA, η επίδραση της θεραπείας ήταν +21,3 εκατοστιαίες μονάδες υπέρ της UF (SE 12,3, p=0,13, Cohen's d=1,06). Για το DE, η UF βελτιώθηκε κατά +0,35±0,54 cm έναντι −0,01±0,31 cm για τα LD (d=0,75, p=0,26). Δεν εμφανίστηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η UF συσχετίστηκε με βελτιωμένο κλάσμα πάχυνσης του διαφράγματος σε σύγκριση με τα LD, εμφανίζοντας μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ένα νέο μηχανιστικό όφελος της UF και αναδεικνύουν το DTF ως ευαίσθητο φυσιολογικό καταληκτικό σημείο. Η πλήρους κλίμακας δοκιμή βρίσκεται σε εξέλιξη.



OP_13

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ- ΑΝΑΛΥΣΗ

Βασίλειος Κεραμιδάς[1], Γεώργιος Παπαδόπουλος[1], Νικόλαος Κατσικάς[1], Ελένη Παστιρματζή[1], Δημήτριος Γιαγκούλης[1], Κυριάκος Χριστοφορίδης[1], Διονύσιος Αμοιρίδης[1], Σωτήριος Ακρίτας[1], Φωτεινή Λαζαρίδου[1], Γεώργιος Γιαννακούλας[2]

[1]Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος , Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [2]Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ενδονεφρική φλεβική ροή (intrarenal venous flow, IRVF) αποτελεί μη επεμβατικό Doppler δείκτη νεφρικής φλεβικής συμφόρησης στην καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) και ενδέχεται να παρέχει προγνωστικές πληροφορίες πέραν της συμβατικής εκτίμησης της συμφόρησης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αξιολόγηση της συσχέτισης της ασυνεχούς έναντι της συνεχούς IRVF με τη θνητότητα, την επιδείνωση της ΚΑ και την επανεισαγωγή.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν μελέτες ενηλίκων με ΚΑ και διαθέσιμα προγνωστικά δεδομένα για Doppler-εκτιμώμενη IRVF. Οι λόγοι κινδύνου (HRs) και οι λόγοι πιθανοτήτων (ORs) αναλύθηκαν χωριστά. Για σύνθετα ή ευρύτερα δυσμενή καταληκτικά σημεία χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα τυχαίων επιδράσεων με REML και τροποποιημένη μέθοδο Hartung-Knapp. Η θνητότητα αναλύθηκε με Mantel-Haenszel. Διόρθωση συνέχειας 0,5 εφαρμόστηκε μόνο στη μελέτη με μηδενικό κελί στην ευρεία ανάλυση. Πιθανώς αλληλεπικαλυπτόμενες κοόρτες δεν συμπεριλήφθηκαν ταυτόχρονα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντοπίστηκαν 17 αναφορές με συνολικά 2.824 ασθενείς και πιθανή αλληλεπικάλυψη μεταξύ ορισμένων κοορτών. Σε τρεις μελέτες, η ασυνεχής IRVF, κατά την έξοδο ή την παρακολούθηση, συσχετίστηκε με θάνατο ή επιδείνωση της ΚΑ (HR 3,93, 95% CI 1,15–13,37· I^2=24,4%). Τέσσερις μελέτες (501 ασθενείς) έδωσαν OR 7,55 (95% CI 1,09–52,40· I^2=62,9%) για σύνθετα συμβάματα. Σε τρεις μελέτες θνητότητας καταγράφηκαν 43/148 έναντι 2/87 θάνατοι (OR 20,52, 95% CI 4,40–95,63). Η ευρεία διερευνητική ανάλυση επτά αναφορών (736 ασθενείς) έδειξε OR 10,05 (95% CI 4,03–25,07· I^2=27,1%). Η διφασική και μονοφασική ροή συσχετίστηκαν επίσης με δυσμενή συμβάματα, ενώ μελέτες με σειριακές μετρήσεις της IRVF υπέδειξαν ότι η βελτίωση του προτύπου φλεβικής ροής κατά τη νοσηλεία συσχετίζεται με ευνοϊκότερη πρόγνωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ασυνεχής IRVF συσχετίζεται με αυξημένη θνητότητα και δυσμενή συμβάματα στην ΚΑ. Ωστόσο, ο μικρός αριθμός μελετών, τα ευρέα διαστήματα εμπιστοσύνης, η ετερογένεια και ο κίνδυνος μεροληψίας περιορίζουν τη βεβαιότητα των ευρημάτων. Χρειάζονται περισσότερες προοπτικές μελέτες με τυποποιημένη μεθοδολογία και κοινά καταληκτικά σημεία, ώστε να ενισχυθούν τα παραπάνω ευρήματα.



OP_14

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΕΙΨΟΕΙΔΟΥΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΠΑΡΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΟΓΚΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗΣ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ

Μαγδαληνή Πετρίδου[1], Αικατερίνη Βασιλικού[1], Δημήτριος Ντέλιος[1], Αλεξάνδρα Κωνσταντίνα Σαχάουι[1], Χρυσάνθη Σινιόσογλου[1], Αθανασία Συμεωνίδη[1], Βασιλική Τσιόπτσια[1], Μαρία Παρασκευή Ρόιδου[1], Αναστασία Χαριτάκη[1], Βάιος Σχισμένος[1], Προκόπιος Μαμώλης[1], Χιώτης Σωτήριος[1], Δημήτριος Ορέστης Παύλου[1], Δανάη Οικονόμου[1], Ηλίας Αλέξανδρος Παύλου[1], Ελένη Σαράφη[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1], Ευστάθιος Παγκουρέλιας[1]

[1]*Γ΄ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Η αναδιαμόρφωση του αριστερού κόλπου (ΑΚ) αξιολογείται παραδοσιακά με παραμέτρους μεγέθους, ενώ η σφαιρικότητα έχει αναδειχθεί ως δυνητικός δείκτης δυσμενούς αναδιαμόρφωσης και αρρυθμιογόνου κινδύνου. Παραμένει ασαφές εάν η προοδευτική διάταση του ΑΚ οδηγεί εγγενώς σε σφαιρική γεωμετρική μεταβολή.

ΣΚΟΠΟΣ : Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν η αύξηση του δείκτη όγκου του ΑΚ (LAVI) συνοδεύεται από αυξημένη σφαιρικότητα και να προσδιοριστούν οι σχετιζόμενοι δημογραφικοί, κλινικοί και υπερηχοκαρδιογραφικοί παράγοντες.

ΜΕΘΟΔΟΙ : Αναλύθηκαν αναδρομικά 1000 υπερηχοκαρδιογραφικές εξετάσεις. Μετρήθηκαν η προσθιοπίσθια (LAAPd), εγκάρσια (LAT) και επιμήκης (LAL) διάμετρος, οι μέγιστοι και ελάχιστοι όγκοι του ΑΚ και ο LAVI. Υπολογίστηκαν τρεις δείκτες σφαιρικότητας: LAT/LAL, LAAPd/LAL και ο λόγος όγκου προς τον όγκο σφαίρας με διάμετρο τη μέγιστη διάμετρο του ΑΚ. Οι συσχετίσεις των κατηγοριών LAVI με τους δείκτες σφαιρικότητας αξιολογήθηκαν με αναλύσεις συσχέτισης και πολλαπλής παλινδρόμησης, προσαρμοσμένες για ηλικία, φύλο, υποκείμενη διάγνωση, μέγεθος και συστολική/διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Η προοδευτική διάταση του ΑΚ συνοδευόταν από αναλογική αύξηση όλων των κύριων διαμέτρων ($p<0,0005$), υποδηλώνοντας ομοιόμορφη διάταση. Οι δείκτες σφαιρικότητας δεν αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ των κατηγοριών LAVI και οι συσχετίσεις LAVI-σφαιρικότητας ήταν ασθενείς(Πίνακας). Ακόμη και σε σοβαρή διάταση, η ελλειψοειδής γεωμετρία διατηρούνταν σε μεγάλο βαθμό, με σφαιρική αναδιαμόρφωση 3,0%-6,8%, αναλόγως δείκτη. Η σφαιρική αναδιαμόρφωση δεν συσχετίσθηκε ανεξάρτητα με την υποκείμενη διάγνωση ή ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής. Το μέγεθος της αριστερής κοιλίας ήταν ο μόνος ανεξάρτητος παράγοντας αυξημένης σφαιρικότητας ($R^2=0,19$, $p=0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Η προοδευτική διάταση του ΑΚ δεν οδηγεί σε σφαιρική αναδιαμόρφωση, αλλά σε ισόρροπη αύξηση των διαστάσεών του με διατήρηση της ελλειψοειδούς γεωμετρίας. Η σφαιρική αναδιαμόρφωση φαίνεται να αποτελεί διακριτό μορφολογικό φαινότυπο, πιθανώς σχετιζόμενο με την κοιλιοκολπική σύζευξη και διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, παρά με την αύξηση του όγκου αυτή καθαυτή.



OP_15

ΔΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ: ΔΙΑΚΡΙΤΕΣ ΑΛΛΑ ΑΛΛΗΛΕΝΔΕΤΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑΣ

Μαγδαληνή Πετρίδου[1], Αικατερίνη Βασιλικού[1], Δημήτριος Ντέλιος[1], Βασιλική Τσιόπτσια[1], Αναστασία Χαριτάκη[1], Μαρία Παρασκευή Ρόιδου[1], Αλεξάνδρα Κωνσταντίνα Σαχάουι[1], Χρυσάνθη Σινιόσογλου[1], Αθανασία Συμεωνίδη[1], Βάιος Σχισμένος[1], Προκόπιος Μαμώλης[1], Σωτήριος Χιώτης[1], Δημήτριος Ορέστης Παύλου[1], Δανάη Οικονόμου[1], Ηλίας Αλέξανδρος Παύλου[1], Ελένη Σαράφη[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1], Καρδιολογίας Ευστάθιος Παγκουρέλιας[1]

[1]Γ΄ Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Η διάταση του αριστερού κόλπου (ΑΚ) και η διαταραχή της παραμόρφωσής του αποτελούν δείκτες κολπικής αναδιαμόρφωσης και σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ενώ ο δείκτης όγκου αριστερού κόλπου (LAVI) αντανακλά χρόνια αιμοδυναμική επιβάρυνση, οι παράμετροι παραμόρφωσης μέσω speckle-tracking ενδέχεται να αναδεικνύουν πρωιμότερη λειτουργική δυσλειτουργία.

ΣΚΟΠΟΣ : Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ όγκου και λειτουργικών δεικτών του ΑΚ και κατά πόσον οι δομικές και λειτουργικές παράμετροι αποτελούν ισοδύναμες ή διακριτές εκφάνσεις της κολπικής μυοπάθειας.

ΜΕΘΟΔΟΙ : Σε 1000 ασθενείς με ετερογενές φάσμα καρδιαγγειακών παθήσεων μετρήθηκαν οι διάμετροι του ΑΚ, ο LAVI, το κλάσμα εξώθησης (LAEF) και οι παράμετροι παραμόρφωσης PALS (peak atrial longitudinal strain), LACDS (left atrial conduit strain) και PACS (peak atrial contraction strain). Οι σχέσεις μεταξύ δομικών και λειτουργικών δεικτών διερευνήθηκαν με αναλύσεις συσχέτισης και πολυπαραγοντική γραμμική και λογιστική παλινδρόμηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Ο LAVI παρουσίασε ασθενείς αντίστροφες συσχετίσεις με LAEF και PALS, υποδηλώνοντας περιορισμένη συσχέτιση δομικής και λειτουργικής αναδιαμόρφωσης. Τα πολυπαραγοντικά μοντέλα εξηγούσαν έως 32,7% της διακύμανσης του LAEF και περίπου 25% του PALS. Οι δομικοί δείκτες εμφάνισαν μέτρια διαγνωστική ικανότητα για επηρεασμένη συσταλτικότητα του ΑΚ, υποδηλώνοντας περιορισμένη δυνατότητα υποκατάστασης των λειτουργικών παραμέτρων(ΣΧΗΜΑ). Μετά από προσαρμογή για τον LAVI, κάθε μείωση του PALS κατά 1% συσχετίστηκε ανεξάρτητα με αύξηση κατά 11% της πιθανότητας ύπαρξης κολπικής μαρμαρυγής. Σημαντικό ποσοστό ασθενών παρουσίασε ασυμφωνία μεταξύ διαταραχών όγκου και παραμόρφωσης, συμβατή με ετερογενείς φαινοτύπους κολπικής αναδιαμόρφωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Ο όγκος και η παραμόρφωση του ΑΚ αποτυπώνουν διακριτές αλλά αλληλένδετες πτυχές της κολπικής μυοπάθειας. Η αύξηση του όγκου αντανακλά αθροιστική δομική αναδια-μόρφωση, ενώ η διαταραχή της παρα-μόρφωσης ενδέχεται να εκφράζει πρωιμότερη ή παθοφυσιολογικά διαφορετική λειτουργική δυσλειτουργία. Συνεπώς, οι δύο προσεγγίσεις είναι συμπληρωματικές και όχι ισοδύναμες στην εκτίμηση της κολπικής αναδιαμόρφωσης και του κινδύνου κολπικής μαρμαρυγής.



OP_16

Η ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ.

Αθανασία Πρόγιου[1], Κωνσταντίνος Φραγκιαδάκης[1], Ιωάννης Κοπιδάκης[1], Σοφία Αχλαδιανάκη[1], Εμμανουήλ Σιδεράς[1], Ειρήνη Σάββα[1], Σπυρίδων Κασσωτάκης[1], Γεώργιος Κοχιαδάκης[1], Εμμανουήλ Σημαντηράκης[1], Μαρία Μαρκέτου[1]

[1]*Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αναδιαμόρφωση του αριστερού κόλπου (LA) είναι συχνή στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ) και προδιαθέτει στην εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, καρδιακής ανεπάρκειας και θανάτου. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν προδιαθέτει στην εμφάνιση τελικού σταδίου ΥΜΚ με την παρουσία συστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας (κλάσμα εξώθησης <50%) γνωστή ως burn-out ΥΜΚ.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήσαμε αν η παραμόρφωση του LA , κατά την φάση πλήρωσης (reservoir) ή LAr strain συνδέεται με την εμφάνιση burn-out ΥΜΚ.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήσαμε προοπτική μελέτη σε ασθενείς με τεκμηριωμένη ΥΜΚ από το υπερηχοκαρδιογράφημα και χρησιμοποιήθηκε η τεχνική δισδιάστατης παρακολούθησης κηλίδων για τον υπολογισμό της απόλυτης τιμής (%) του LAr strain.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Μελετήθηκαν συνολικά 46 ασθενείς με ΥΜΚ, με μέση ηλικία τα 50 έτη, εκ των οποίων το 78% (36/46) ήταν άνδρες. Κατά την διάρκεια της μελέτης το 20% (9/46) παρουσίασε burn-out φάση. Το LAr strain ήταν σημαντικά μειωμένο σε ασθενείς με υψηλό 5ετή κίνδυνο αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ), συγκριτικά με αυτούς με χαμηλό κίνδυνο (LAr: 16±5 vs 22±8, p=0.032). Επιπλέον, οι ασθενείς που ανέπτυξαν burn-out ΥΜΚ είχαν σημαντικά μικρότερη τιμή LAr strain, συγκριτικά με εκείνους που η νόσος τους δεν εξελίχθηκε (LAr: 14±7 vs 21±7, p=0.028). Τέλος, το LAr strain παρουσίαζε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την εξέλιξη στην φάση burnout (r = -0.325, p=0.028).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το Lar strain είναι σημαντικά μειωμένο σε ασθενείς με ΥΜΚ που παρουσιάζουν υψηλό 5ετή κίνδυνο ΑΚΘ, και συνδέεται σημαντικά με την ανάπτυξη burn out φάσης στην ΥΜΚ. Επομένως, το LAr strain φαίνεται πως είναι ένας πολλά υποσχόμενος υπερηχογραφικός δείκτης πρόγνωσης στην ΥΜΚ.



OP_17

Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (GFI) ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ[1], Εμμανουήλ Καμπανιέρης[1], Ιωάννης Κοπιδάκης[1], Ονούφριος Μαληκίδης[1], Θεμιστοκλής Πατερομιχελάκης[1], Κωνσταντίνος Χατζηνικολάου[1], Ιωάννης Φραγκιαδουλάκης[1],. Μαίρη Μαρκέτου[1], Εμμανουήλ Σημαντηράκης[1]

[1]*Πανεπιστημιακο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Ο συνολικός δείκτης λειτουργικότητας (GFI) είναι ένας υπερηχογραφικός δείκτης που εκφράζει τη συστολική και διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας (ΑΚ), ταυτόχρονα. Υπολογίζεται με το λόγο του E/ε' προς το S' (E/e'/S'), όπου E η πρώιμη διαμιτροειδική ροή, ε΄ η πρώιμη διαστολική ιστική ταχύτητα και S' η μέγιστη συστολική ιστική ταχύτητα. Αν και το υπερηχογράφημα καρδιάς στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ) έχει σπουδαίο ρόλο στη διάγνωση, η θέση του στην πρόγνωση της ΥΜΚ είναι υπό μελέτη.

ΣΚΟΠΟΣ : Να μελετήσουμε αν ο GFI προβλέπει την ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας με χαμηλό κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) <50% (burnout ΥΜΚ) στην ΥΜΚ, τη νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) ή κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ).

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ : Μελετήσαμε προοπτικά, 46 ασθενείς με ΥΜΚ στο νοσοκομείο μας. Υπολογίσαμε τον GFI χρησιμοποιώντας pulse-wave Doppler και ιστικό Doppler. Καταγράψαμε τις νοσηλείες στο νοσοκομείο για καρδιακή ανεπάρκεια ή κολπική μαρμαρυγή καθώς και την εμφάνιση NSVT σε χόλτερ ρυθμού 48ώρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Το 20% (9/46) των ασθενών με ΥΜΚ εμφάνισε burnout. Ο GFI ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερος στην ομάδα που παρουσίασε συστολική δυσλειτουργία της ΑΚ και ΚΕ<50% συγκριτικά με την ομάδα που δεν παρουσίασε burnout (3,3±2.5 έναντι 1,9±1,2, p=0.029). Επιπλέον, ο GFI είχε σημαντική θετική συσχέτιση με την εμφάνιση burnout ΥΜΚ (r=0.323, p=0.029). Τέλος, αν και ο GFI ήταν μεγαλύτερος στην ομάδα που νοσηλεύτηκε με ΚΑ (2,9±2,6 έναντι 2,1±1,4, p=0.279), ΚΜ (2,5±2,3 έναντι 2,1±2,1, p=0.611), ή που εμφάνισε επεισόδια NSVT (2,7±1,9 έναντι 1,7±1,2, p=0.05), το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Ο GFI προβλέπει την εμφάνιση τελικού σταδίου ΥΜΚ και είναι ένας νέος, πολλά υποσχόμενος, προγνωστικός δείκτης στην ΥΜΚ. Η έγκαιρη αναγνώριση θα μπορούσε να επιτρέψει εξατομικευμένη παρακολούθηση, γρήγορη ανίχνευση και έγκαιρη έναρξη θεραπείας για καρδιακή ανεπάρκεια, επανεκτίμηση του αρρυθμιολογικού κινδύνου και παραπομπή σε εξειδικευμένες μονάδες προχωρημένης καρδιακής ανεπάρκειας και μεταμόσχευσης.



OP_18

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΓΙΑ ΔΥΣΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟ STEMI

Στυλιανός Δάιος[1], Βασίλειος Αναστασίου[1], Δημήτριος Μωυσίδης[2], Ματθαίος Διδάγγελος[1], Χαράλαμπος Κακδέρης[1], Χρήστος Μάντζιος[1], Κυριακή Λέκκα[1], Αχιλλέας Μπέτσικος[1], Κωνσταντίνος Θεοδωρόπουλος[1], Γεώργιος Γιαννακούλας[1], Χρήστος Σαββόπουλος[3], Αντώνιος Ζιάκας[1], Βασίλειος Καμπερίδης[1]

1. Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
3. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

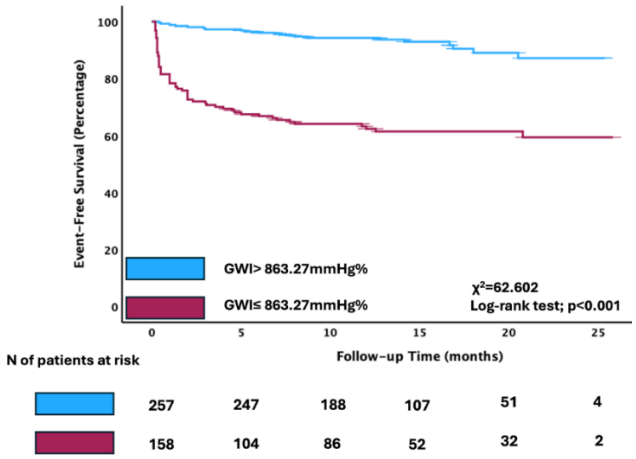
Εισαγωγή/Σκοπός: Το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF) και η ολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας (LV GLS) αποτελούν καθιερωμένους υπερηχο-καρδιογραφικούς δείκτες διαστρωμάτωσης κινδύνου μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI). Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε εάν το συνολικό μυοκαρδιακό έργο της LV (LV GWI) αποτελεί προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με πρώτο STEMI και εάν προσφέρει επιπρόσθετη αξία έναντι των καθιερωμένων κλινικών, βιοχημικών και υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών.

Υλικό και Μέθοδος: Εντάχθηκαν προοπτικά όλοι οι διαδοχικοί ασθενείς που εισήχθησαν με πρώτο STEMI οι οποίοι υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφικό έλεγχο και σε πλήρες διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Ένα cutoff για το LV GWI καθορίστηκε με ανάλυση καμπύλης spline. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν ως προς το πρωτεύον σύνθετο καταληκτικό σημείο του καρδιαγγειακού θανάτου, του μη θανατηφόρου εμφράγματος μυοκαρδίου και της νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια. Αξιολογήθηκε επίσης η επιπρόσθετη προγνωστική αξία του LV GWI.

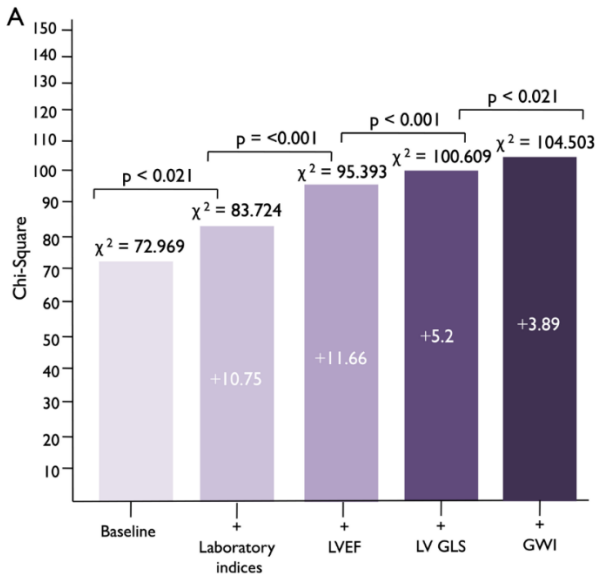
Αποτελέσματα: 415 ασθενείς (μέση ηλικία 62,0±11,9 έτη, 77,6% άνδρες) διχοτομήθηκαν σε LV GWI ≤863,27 mmHg% (n=158, 38,1%) και >863,27 mmHg% (n=257,61,9%). Οι ασθενείς με χαμηλό LV GWI ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, είχαν υψηλότερο GRACE risk score, χαμηλότερο LVEF, επηρεασμένο LV GLS, υψηλότερο E/e', χαμηλότερο TAPSE, καθώς και υψηλότερες τιμές NT-proBNP, hs-cTnT, CRP και NLR. Κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 13,8(8,4–18,7) μηνών, 80 ασθενείς(19,3%) εμφάνισαν το πρωτεύον σύνθετο καταληκτικό σημείο. Οι ασθενείς με LV GWI ≤863,27 mmHg% εμφάνισαν χειρότερη επιβίωση (log-rank p<0,001) (Εικόνα 1). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης κατά Cox, το LV GWI (aHR 0,998,95% CI 0,997–0,999,p=0,013) και το GRACE risk score (aHR 1,017,95% CI 1,008–1,026,p<0,001) διατήρησαν ανεξάρτητη προγνωστική αξία, ενώ το LVEF, το GLS, η hs-cTnT, η CRP και ο NLR έχασαν τη στατιστική σημαντικότητά τους μετά την προσαρμογή. Η προσθήκη του LV GWI σε ένα βασικό μοντέλο που περιλάμβανε το GRACE risk score, τον σακχαρώδη διαβήτη, την hs-cTnT, την CRP, τον NLR, το LVEF και το LV GLS βελτίωσε σημαντικά το προγνωστικό μοντέλο (χ^2=104,503,p=0,021) (Εικόνα 2).

Συμπεράσματα: Το LV GWI αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη συμβάντων σε ασθενείς με πρώτο STEMI και προσφέρει

επιπρόσθετη προγνωστική αξία πέραν των καθιερωμένων κλινικών, βιοχημικών και συμβατικών υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών. Η ενσωμάτωσή του στη συνήθη υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση των ασθενών μετά από STEMI μπορεί να βελτιώσει τις τρέχουσες στρατηγικές διαστρωμάτωσης κινδύνου.



Εικόνα 1. Πρωτεύον σύνθετο καταληκτικό σημείο του καρδιαγγειακού θανάτου, του μη θανατηφόρου εμφράγματος μυοκαρδίου και της νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια σύμφωνα με το cut-off του GWI



Εικόνα 2. Η επιπρόσθετη προγνωστική αξία του LV GWI για την πρόβλεψη του πρωτεύοντος σύνθετου καταληκτικού σημείου του καρδιαγγειακού θανάτου, του μη θανατηφόρου εμφράγματος μυοκαρδίου και της νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια, μέσω σύγκρισης μοντέλων που περιλαμβάνουν κλινικές, υπερηχοκαρδιογραφικές και εργαστηριακές παραμέτρους που επηρεάζουν την έκβαση



PP_19

ΕΠΑΝΑΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΛΑΣΜΑΤΟΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ 2026: Ο ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΟΣ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ HFimpEF

Ηλιας-Αλεξανδρος Παυλου[1], Δημήτριος Ταχματζίδης[1], Κωνσταντίνος Μπακογιάννης[1], Ορέστης-Δημήτριος Παύλου[1], Μαγδαληνή Πετρίδου[1], Βικτωρία Ποτούπνη[1], Αρίστη Μπούλμπου[1], Σοφία-Αναστασία Μουράτογλου[1], Αλέξανδρος Ευαγγελίου[1], Προκόπης Μαμώλης[1], Δανάη Οικονόμου[1], Βαιος Σχισμένος[1], Ελένη Σαράφη[1], Χριστόδουλος Παπαδόπουλος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1]

[1]ΓΝΘ Ιπποκράτειο - Γ καρδιολογική κλινική ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) του 2026 αναθεώρησαν την ταξινόμηση της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ) βάσει του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF), καταργώντας τον φαινότυπο HFmrEF και διακρίνοντας δύο βασικούς φαινοτύπους: HFrEF (LVEF<50%) και HFpEF (LVEF≥50%). Παράλληλα, ο φαινότυπος της ΚΑ με βελτιωμένο κλάσμα εξώθησης (HFimpEF) αφορά ασθενείς με προηγούμενο LVEF≤40% που παρουσιάζουν αύξηση τουλάχιστον κατά ≥10 ποσοστιαίες μονάδες και τρέχον LVEF>40%.

ΣΚΟΠΟΣ: Η επανακατηγοριοποίηση των ασθενών του ιατρείου ΚΑ βάση της ταξινόμησης του 2026 και η περιγραφή της χρονικής εξέλιξης του LVEF, με έμφαση στον φαινότυπο HFimpEF.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν 452 μετρήσεις LVEF (από 276 ασθενείς, οι οποίες αντιστοιχούσαν στο 90,9% των επισκέψεων). Από αυτους, 107 είχαν τουλάχιστον δύο μετρήσεις. Η χρονική τάση εκτιμήθηκε με γραμμικό μοντέλο μεικτών επιδράσεων. Ως κλινικά σημαντική ορίστηκε η απόλυτη μεταβολή του LVEF κατά ≥10 ποσοστιαίες μονάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Με βάση τα όρια του 2026, το 73,7% των ασθενών ταξινομήθηκε ως HFrEF (LVEF<50%) και το 18,0% ως HFpEF (LVEF≥50%), ενώ 8% των ασθενών που εκτιμήθηκαν στο ιατρείο δεν είχαν επιβεβαιωμένη διάγνωση ΚΑ. Το LVEF παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση κατά 1,23 ποσοστιαίες μονάδες ανά έτος. Στους ασθενείς με ≥δύο μετρήσεις, το μέσο LVEF αυξήθηκε από 40,4% σε 42,8%. Βελτίωση κατά ≥10 ποσοστιαίες μονάδες παρουσίασε το 27,1%, σταθερό LVEF είχε το 60,7%, ενώ επιδείνωση ≥10 ποσοστιαίες μονάδες παρουσίασε το 12,1%. Το χαμηλότερο αρχικό LVEF συσχετίστηκε με μεγαλύτερη μετέπειτα αύξηση, εύρημα που ενδέχεται να αντανακλά τόσο παλινδρόμηση προς τη μέση τιμή όσο και αντίστροφη αναδιαμόρφωση. Με βάση την προηγούμενη ταξινόμηση, ο ετήσιος ρυθμός βελτίωσης ήταν 2,3 φορές ταχύτερος στην ομάδα HFrEF σε σύγκριση με την ομάδα HFmrEF.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νέα ταξινόμηση απλοποιεί τη φαινοτυπική κατάταξη και αναδεικνύει σημαντικό υποσύνολο (περίπου 1 στους 4 ασθενείς) σε τροχιά συμβατή με HFimpEF, εύρημα που υπογραμμίζει την ανάγκη συστηματικής επανεκτίμησης του LVEF και εξατομικευμένης διαχείρισης της αγωγής.



OP_20

Ο ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΠΟΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΛΙΩΝ ΩΣ ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ BURNED-OUT (ΕΞΑΝΤΛΗΜΕΝΗΣ) ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ.

Αθανασία Πρόγιου[1], Κωνσταντίνος Φραγκιαδάκης[1], Ιωάννης Κοπιδάκης[1], Εμμανουήλ Καμπανιέρης[1], Ιωάννης Αναστασίου[1], Ονούφριος Μαλικίδης[1], Κωνσταντίνος Χατζηνικολάου[1], Φραγκίσκος Παρθενάκης[1], Εμμανουήλ Σημαντηράκης[1], Μαρία Μαρκέτου[1]

[1]Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) παρουσιάζουν συνήθως διατηρημένη συστολική λειτουργικότητα και μειωμένο τελοδιαστολικό όγκο της αριστερής κοιλίας(ΑΚ). Ωστόσο, σε μια μικρή υποομάδα, οι ασθενείς αναπτύσσουν συστολική δυσλειτουργία, διάταση της ΑΚ και λέπτυνση του κοιλιακού τοιχώματος, κατάσταση η οποία είναι γνωστή ως τελικού σταδίου ή <<εξαντλημένη>> (burned-out) HCM. Αν και το ηλεκτροκαρδιογράφημα(ΗΚΓ) αποτελεί βασικό εργαλείο στην HCM, ο ρόλος του στην ανίχνευση της burned-out φάσης δεν έχει διερευνυθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολογήσαμε τον χρόνο εκπόλωσης των κοιλιών (Ventricular Activation Time-VAT), έναν ΗΚΓ δείκτη της διάρκειας της εκπόλωσης των κοιλιών, ως προγνωστικό εργαλείο για την ανίχνευση της burned-out φάσης της HCM.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε ασθενείς με HCM στο νοσοκομείο μας μεταξύ 2017 και 2025. Το ΗΚΓ και το υπερηχογράφημα καρδιάς πραγματοποιήθηκαν την ίδια ημέρα με τη διάγνωση. Μετρήσαμε τον VAT σε χιλιοστά του δευτερολέπτου (milliseconds) απο την έναρξη του συμπλέγματος QRS έως την κορυφή του κύματος R στις προκάρδιες απαγωγές V5 και V6. Η burned-out φάση της HCM διαπιστώθηκε όταν το κλάσμα εξώθησης της ΑΚ ήταν κάτω απο 50%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 45 ασθενείς με HCM, η μέση ηλικία ήταν τα 51 έτη και το 78% (35/45) ήταν άνδρες. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, το 24% (11/45) παρουσίασε κολπική μαρμαρυγή και το 22% (10/45) μετέπεσε στην burned-out φάση της HCM. Οι ασθενείς που εμφάνισαν κολπικη μαρμαρυγή (63±31 έναντι 46±14msec, p=0.018) ή burn-out φάση (65±32 έναντι 46±13 p=0.009) είχαν σημαντικά υψηλότερο VAT σε σχέση με εκείνους χωρίς. Αξιοσημείωτα, ο VAT συσχετίστηκε σημαντικά και θετικά με το φαινότυπο burn-out(r=0,385, p=0.009) και με την επίπτωση κολπικής μαρμαρυγής (r=0,352, p=0.018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παράταση του VAT προβλέπει την εμφάνιση burn-out φάσης και κολπικής μαρμαρυγής στην HCM. Επομένως, φαίνεται να αποτελεί έναν υποσχόμενο ηλεκτροκαρδιογραφικό δείκτη για την εξέλιξη και τη σοβαρότητα της HCM.



OP_21

Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ QRS ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΥΨΗΛΟΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ.

Αθανασία Πρόγιου[1], Κωνσταντίνος Φραγκιαδάκης[1], Βασιλική Παπακώστα[1], Σολομώντας Σωκράτους[1], Τσαμπίκα Γαιτανάκη[1], Ονούφριος Μαλικίδης[1], Ιωάννης Φραγκιαδουλάκης[1], Κωνσταντίνος Χατζηνικολάου[1], Εμμανουήλ Σημαντηράκης[1], Μαρία Μαρκέτου[1]

[1]*Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Η θέση του ηλεκτρο-καρδιογραφήματος (ΗΚΓ) στην πρόγνωση ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ) δεν είναι τόσο καλά τεκμηριωμένη. Αν και η πρόγνωση στην ΥΜΚ είναι ετερογενής, μία μειοψηφία διατρέχει κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας (HF) και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (ΑΚΘ).

ΣΚΟΠΟΣ : Μελετήσαμε τη σχέση του συμπλέγματος QRS, με τον πενταετή κίνδυνο για ΑΚΘ, τη νοσηλεία για κολπικής μαρμαρυγή (AF) ή HF ή με την εμφάνιση τελικού σταδίου ΥΜΚ (με κλάσμα εξώθησης <50%).

ΜΕΘΟΔΟΙ : Μελετήθηκαν 46 ασθενείς με τεκμηριωμένη ΥΜΚ από το υπερηχοκαρδιογράφημα. Στο ΗΚΓ, υπολογίσαμε τη διάρκεια του QRS σε msec. Ο πενταετής κίνδυνος ΑΚΘ υπολογίστηκε μέσω του αντίστοιχου διαδικτυακού υπολογιστή της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Κατά τη διάρκεια της μελέτης, το 46% (21/46) παρουσίασε επεισόδια NSVT και έλαβε ICD, το 25% (6/46) νοσηλεύτηκε λόγω HF, το 17% (8/46) λόγω AF και το 18% (9/46) τελικού σταδίου ΥΜΚ. Η διάρκεια του QRS ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα υψηλού 5ετούς κινδύνου (>6%) για ΑΚΘ (122±30 ms έναντι 101±21 ms, p=0.013), στην ομάδα που νοσηλεύτηκε για HF (136±29msec έναντι 101±20msec, p=0.001) ή για AF (122±34msec έναντι 102±21msec, p=0.043). Στην τελικού σταδίου ΥΜΚ, η διάρκεια του QRS ήταν υψηλότερη αλλά μόλις μη στατιστικώς σημαντική (120±31msec έναντι 102±22msec, p=0.052). Τέλος, παρατηρήθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας QRS και του 5ετούς κινδύνου για ΑΚΘ (r=0.316, p=0.032) ,της νοσηλείας λόγω AF (r=0.300, p=0.043) και της νοσηλείας λόγω HF (r=0.477, p=0.001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Στην ΥΜΚ, η αυξημένη διάρκεια του QRS σχετίζεται με αυξημένο πενταετή κίνδυνο για ΑΚΘ, καθώς και με υψηλότερο κίνδυνο για νοσηλεία λόγω AF ή HF. Ως εκ τούτου, φαίνεται να αποτελεί έναν πολλά υποσχόμενο ΗΚΓ δείκτη για την εκτίμηση του κινδύνου στην ΥΜΚ.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ *** PP01 - PP11 ***

PP_01

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΦΟΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑ: ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΕΝΟΧΟ ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ

Βασιλική Παπακώστα[1], Ονούφριος Μαληκίδης[1], Ιωάννης Φραγκιαδουλάκης[1], Αθανασία Πρόγιου[1], Εμμανουήλ Κουταλάς[1], Εμμανουήλ Κανουπάκης[1], Εμμανουήλ Σημαντηράκης[1]
[1]*Καρδιολογική Κλινική Παγνη, Ηράκλειο , Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην αυτορύθμιση του οργανισμού, τη νευρο-διαβίβαση, την ανοσολογική απάντηση και την καρδιαγγειακή ομοιόσταση. Οι υποδοχείς κανναβινοειδών εκφράζονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο ανοσοποιητικό σύστημα και στο μυοκάρδιο. Η αυξανόμενη χρήση κάνναβης έχει συσχετισθεί με σπάνιες αλλά σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές.

ΣΚΟΠΟΣ : Παρουσιάζεται περιστατικό οξείας μυοκαρδιακής βλάβης σχετιζόμενης με χρήση κάνναβης σε νεαρή ασθενή, αναδεικνύοντας τις διαγνωστικές προκλήσεις και τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ : Ασθενής 19 ετών προσήλθε στα επείγοντα λόγω ναυτίας και εμέτων με πρόσμιξη αίματος από 24ώρου. Κατά την κλινική εξέταση ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Λόγω υποψίας ρήξης οισοφάγου διενεργήθηκε αξονική θώρακος, η οποία ανέδειξε εκτεταμένο πνευμομεσοθωράκιο και υποδό-ριο εμφύσημα χωρίς ενδείξεις διάτρησης οισοφάγου. Ακολούθησε αναλυτικός εργαστηριακός, ανοσολογικός, ιολογικός και τοξικολογικός έλεγχος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε αύξηση τροπονίνης (ως 1.500 ng/L). Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε σοβαρή δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας με ακινησία των βασικών και μέσων τμημάτων αυτής. Ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί, ενώ ο τοξικολογικός έλεγχος κατέδειξε αυξημένα επίπεδα κανναβινοειδών στο αίμα και τα ούρα. Η μαγνητική τομογραφία ανέδειξε μυοκαρδιακό οίδημα στα βασικά και μέσα τμήματα της αριστερής κοιλίας. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά και ηλεκτρικά σταθερή, έλαβε β-αναστολέα σε χαμηλή δόση και παρουσίασε ταχεία κλινικοεργαστηριακή βελτίωση, με πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας (ΚΕ 60%) την 8η ημέρα νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Η χρήση κάνναβης έχει συσχετισθεί με σπάνιες αλλά σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σε νεαρούς ασθενείς με αυξημένους δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης και απουσία άλλης αιτίας, η λήψη ιστορικού κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και ο τοξικολογικός έλεγχος είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Η οξεία μυοκαρδιακή βλάβη που σχετίζεται με χρήση κάνναβης μπορεί να εκδηλωθεί με παροδική δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας και να προσομοιάζει άλλες μορφές μη ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας. Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς συμβάλλει καθοριστικά στη διάγνωση, ενώ η έγκαιρη αναγνώριση και παρακολούθηση των ασθενών συνδέεται με ευνοϊκότερη έκβαση.



PP_02

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΚΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Διαμαντής Κοσμίδης[1], Ουρανία Ζαζοπούλου[2], Δημήτριος Βατίτσης[1], Κωνσταντίνα Σολάκη[1], Αναστασία Μιχαηλίδου[1], Μαρία Σιτμαλίδου[1], Ευτυχία Μπελεβεσλή[1], Νικόλαος Γούλιαρος[1], Θεμιστοκλής Σέρτης[1], Χαράλαμπος Στεφανίδης[1], Χρήστος Χατζηελευθερίου[1]

[1]Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας, Δράμα, Ελλάδα, [2]Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας, Δράμα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εκδήλωση σκληροδερμικής νεφρικής κρίσης (ΣΝΚ) αποτελεί μία σπάνια και απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Παρατηρείται στο 5-15% ασθενών με διάχυτο σκληρόδερμα, αλλά μόνο στο 1-2% όσων παρουσιάζουν τη δερματική μορφή της νόσου. Η αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με συνοδό ταχέως εξελισσόμενη οξεία νεφρική βλάβη (ΟΝΒ) θα πρέπει να θέτει την κλινική υπόνοια ΣΝΚ σε αυτούς τους ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με σκληρόδερμα που παρουσίασε οξύ πνευμονικό οίδημα (ΟΠΟ) και ταχέως εξελισσόμενη ΟΝΒ στα πλαίσια ΣΝΚ.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 67 ετών, με ιστορικό σκληροδέρματος και συνοδό προτριχοειδική πνευμονική υπέρταση υπό αγωγή με per os πρεδνιζολόνη και τανταλαφίλη από περίπου 6 μήνες, προσκομίσθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αιφνίδιας δύσπνοιας. Ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε σοβαρή υπερτασική κρίση (250/160 mmHg), σημεία ΟΠΟ (κάθιδρος, σε ορθόπνοια και με σοβαρή υποξυγοναιμία [SpO2=67%]) (Εικόνα 1), μεταβολική οξέωση (pH=7.2, HCO3- =15, Lac=6.7) και ΟΝΒ. Στο διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε διάταση του δεξιού κόλπου, σημεία υπερφόρτισης πίεσης της δεξιάς κοιλίας (συστολική πίεση ~ 70 mmHg, συστολική επιπέδωση μεσοκοιλιακού διαφράγματος) και περικαρδιακή συλλογή (Εικόνα 2). Ο ασθενής εισήχθη στη Στεφανιαία Μονάδα, τέθηκε σε μάσκα μη επεμβατικού αερισμού με συνεχείς θετικές πιέσεις και έλαβε διάλυμα νιτρογλυκερίνης στάγδην μαζί με ενδοφλέβιες ώσεις φουροσεμίδης. Βελτιώθηκε σταδιακά με υποχώρηση της υπερτασικής κρίσης, ρύθμιση της ΑΠ και απάντηση στην οξυγονοθεραπεία. Ωστόσο, ο ασθενής παρέμεινε ολιγουρικός με περαιτέρω επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας κατά τη νοσηλεία του. Έτσι, πραγματοποιήθηκε νεφρολογική εκτίμηση και κρίθηκε αναγκαία η έναρξη τακτικών συνεδριών τεχνητού νεφρού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λόγω μη βελτίωσης της νεφρικής λειτουργίας στο εξιτήριο (κρεατινίνη ορού εισόδου=2.8 -> εξόδου=5.5 mg/dl), ο ασθενής επανεκτιμήθηκε σύντομα και εντάχθηκε σε μόνιμο εβδομαδιαίο πρόγραμμα τεχνητού νεφρού. Περίπου 1 χρόνο μετά την ΣΝΚ ο ασθενής παραμένει σε μόνιμη αιμοκάθαρση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ΣΝΚ αποτελεί επείγουσα νεφρολογική επιπλοκή. Ο συγκεκριμένος ασθενής παραμένει σε μόνιμη αιμοκάθαρση παρά την επιτυχή αντιμετώπιση στην οξεία φάση.



PP03

ΑΠΟ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (LVAD): Η ΚΡΙΣΙΜΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ

Προκόπιος Μαμώλης[1], Βάιος Σχισμένος[1], Δανάη Οικονόμου[1], Δημήτριος - Ορέστης Παύλου[1], Ηλίας-Αλέξανδρος Παύλου[1], Μαγδαληνή Πετρίδου[1], Σοφία- Αναστασία Μουράτογλου[1], Ιωάννης Αλευρούδης[1], Χριστόδουλος Παπαδόπουλος[1], Στέργιος Τζήκας[1], Θεόδωρος Καραμήτσος[1], Βασίλειος Βασιλικός[1]

[1]3η Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η απορρυθμισμένη καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και, σε ορισμένους ασθενείς, μπορεί να εξελιχθεί σε προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια με σοβαρή συστολική δυσλειτουργία, παρά την επιτυχή επαναιμάτωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας της έγκαιρης αιμοδυναμικής αξιολόγησης και της άμεσης διακομιδής της ασθενούς σε εξειδικευμένο κέντρο, όταν η πορεία μετά από ΟΕΜ είναι επιπλεγμένη.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 50 ετών νοσηλεύτηκε με κατώτερο ΟΕΜ και υποβλήθηκε σε πρωτογενή αγγειοπλαστική στην περισπώμενη αρτηρία (LCx). Λίγες ώρες αργότερα παρουσίασε εκ νέου θωρακικό άλγος με εικόνα πρόσθιου ΟΕΜ. Η επαναληπτική στεφανιογραφία ανέδειξε ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα και διαχωρισμό του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και του πρόσθιου κατιόντα κλάδου (LM/LAD), που αντιμετωπίστηκαν με νέα αγγειοπλαστική. Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο με ΚΑ και ελαττωμένο κλάσμα εξώθησης. Λίγες ημέρες αργότερα, προσήλθε σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο λόγω απορρύθμισης της ΚΑ και, στη συνέχεια, διακομίστηκε στην κλινική μας για περαιτέρω αντιμετώπιση

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια διουρητική αγωγή, καθώς και σε συνεχή αγγειοσυσπαστική και ινότροπη υποστήριξη. Ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός κατέδειξε σοβαρή αιμοδυναμική επιβάρυνση: καρδιακή παροχή (CO) 1,97 L/min, καρδιακός δείκτης (CI) 1,13 L/min/m^2, αυξημένες πιέσεις πλήρωσης και μετρίως αυξημένες πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις. Λόγω της εμμένουσας αιμοδυναμικής αστάθειας και της αδυναμίας αποδέσμευσης από την αγγειοσυσπαστική και ινότροπη υποστήριξη, η ασθενής διακομίστηκε σε κέντρο προηγμένης καρδιακής ανεπάρκειας, όπου υποβλήθηκε σε εμφύτευση LVAD και εντάχθηκε σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση καρδιάς. Παράλληλα, λόγω του υψηλού κινδύνου κακοήθων κοιλιακών αρρυθμιών, πραγματοποιήθηκε εμφύτευση καρδιομετατροπέα- απινιδωτή (ICD) για πρωτογενή πρόληψη

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αποκατάσταση της στεφανιαίας βατότητας μετά από ΟΕΜ δεν αποκλείει την εξέλιξη σε προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια με σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής. Η έγκαιρη αιμοδυναμική αξιολόγηση και η άμεση διασύνδεση με κέντρο προχωρημένης καρδιακής ανεπάρκειας μπορούν να επιταχύνουν την επιλογή και εφαρμογή προηγμένων θεραπειών, όπως η μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας και η μεταμόσχευση καρδιάς.



PP_04

ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ TAKOTSUBO ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΝΩΣΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑΣ

Αναστασία Μιχαηλίδου[1], Διαμαντής Κοσμίδης[1], Δημήτριος Βατίτσης[1], Κωνσταντίνα Σολάκη[1], Μαρία Σιτμαλίδου[1], Ευτυχία Μπελεβεσλή[1], Χαράλαμπος Στεφανίδης[1], Νικόλαος Γούλιαρος[1], Θεμιστοκλής Σέρτης[1], Χρήστος Χατζηελευθερίου[1]

[1]*Καρδιολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο Δράμας*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η μυοκαρδιοπάθεια Takotsubo (TCM) είναι μια οξεία παροδική και αναστρέψιμη μορφή καρδιακής ανεπάρκειας με σοβαρές επιπλοκές όπως η απόφραξη στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας LVOT(10-25%), η ανεπάρκεια μιτροειδούς και το καρδιογενές shock. Η εμφάνιση TCM σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM) είναι σπάνια.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Γυναίκα 66 ετών με γνωστό ιστορικό HCM, υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω προκάρδιου άλγους αιφνίδιας έναρξης. Η ασθενής είχε νοσηλευτεί προ έτους λόγω παρόμοιων συμπτωμάτων με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις (βαθειά αρνητικά Τ), υπερτροφία αριστερής κοιλίας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, αρνητικό έλεγχο τροπονίνης και στεφανιογραφικό έλεγχο χωρίς κριτικές στενώσεις. Είχε παραπεμφθεί για μαγνητική τομογραφία καρδιάς με ευρήματα συμβατά με HCM, χωρίς SAM ή απόφραξη στο LVOT. Κατά την παρούσα προσέλευση στο ΤΕΠ διαπιστώνονται: ΗΚΓ αλλοιώσεις-βαθειά αρνητικά T I,II,aVL,aVF,V2-V6, κατασπάσεις ST V4-V6, τροπονίνη=1450ng/ml και NT-proBNP=8100ng/ml. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώνεται υπερτροφία της αριστερής κοιλίας με υποκινησία όλων των κορυφαίων τμημάτων, EF:35%, apical ballooning, ατελές SAM, υψηλή κλίση πίεσης στο LVOT (maxPG=158mmHg) καθώς και σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως TCM και παρουσίασε ταχεία κλινική και υπερηχογραφική βελτίωση (απουσία διαταραχών κινητικότητας, διατηρημένο κλάσμα εξώθησης, σαφής βελτίωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς).Δεν παραπέμφθηκε για στεφανιογραφικό έλεγχο λόγω του πρόσφατου αρνητικού ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την επανεξέταση ένα μήνα μετά το εξιτήριο η ασθενής ήταν ασυμπτωματική και καταγράφηκε ατελές SAM με αποκάλυψη απόφραξης στο LVOT μόνο με χειρισμό Valsalva σε καθιστή θέση (maxPG=60mmHg), ενώ σε επόμενο υπερηχογραφικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε κλίση πίεσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην ασθενή διαπιστώθηκε apical ballooning της αριστερής κοιλίας-τυπικό απεικονιστικό εύρημα στην TCM. Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικά με την παθοφυσιολογία εμφάνισης apical ballooning: η άμεση καρδιοτοξική δράση των κατεχολαμινών και η αιφνίδια εμφάνιση απόφραξης στο LVOT. Η απόφραξη στο LVOT σε ασθενείς με HCM και συνυπάρχουσα TCM εμφανίζεται σε υψηλότερα ποσοστά (έως 78%) σε σχέση με κάθε μυοκαρδιοπάθεια ξεχωριστά.



PP_05

Η ΚΑΡΔΙΑ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΛΟΣΤΑΣΗ: ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Παναγιωτης Κοσμας[1], Εβιτα Λαμπρου[1], Ελενη Ευαγγελια Κουφου[1], Μιχαηλ Κυριαζης[1], Νικολαος Κουρης[1], Αννα Δαγρε[1]

[1]*Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας Θριάσιο, Ελευσίνα, Ελλάδα*

Withdrawn by the author



PP_06

ΑΠΛΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΗ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: ΠΩΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΣΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ;

Σταυρούλα Σιώπη[1], Πολυχρόνης Αντωνίτσης[1], Δέσποινα Σαρρίδου[2], Θωμάς Γκόσιος[3], Γεώργιος Τ Καραπαναγιωτίδης[1], Γεώργιος Ταγαράκης[1], Χρήστος Βουχάρας[1], Κυριάκος Αναστασιάδης[1]

[1]Καρδιοθωρακοχειρουγική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ , Θεσσαλονίκη, , [2]Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, , [3]Α' Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ : Οι κυριότερες συσκευές προσωρινής μηχανικής κυκλοφορικής υποστήριξης (t-MCS) έναντι της καρδιογενούς καταπληξίας είναι ο ενδο-αορτικός ασκός, οι συσκευές Impella και η εξωσωματική οξυγόνωση μεμβράνης (VA-ECLS). Εμφυτεύονται διαδερμικά ή χειρουργικά και υποβοηθούν την καρδιακή λειτουργία μέχρι και 30 ημέρες, εξασφαλίζοντας χρόνο για ανάρρωση ή κλιμάκωση σε μόνιμη θεραπεία.

ΣΚΟΠΟΣ : Η παρούσα εργασία παρουσιάζει ένα σύγχρονο αλγόριθμο εφαρμογής t-MCS σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία μέσα από μία κριτική ανάλυση των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ : Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με την t-MCS κατά τα έτη 2000-2026.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Η παθοφυσιολογία και οι αιμοδυναμικές μεταβολές καθορίζουν την αρχική μέθοδο υποστήριξης. Επί οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου προτιμάται η συσκευή Impella, ενώ σε οξεία απορρύθμιση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας ή μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση επιλέγεται ο ενδοαορτικός ασκός ή η VA-ECLS. Σε μεμονωμένη αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια σταδίου C κατά SCAI, η πρώτη επιλογή είναι η Impella 2.5/CP ή ο ενδοαορτικός ασκός. Σε προχωρημένα στάδια SCAI D-E προτιμάται η VA-ECLS. Επί υψηλών πιέσεων πλήρωσης ή πνευμονικής συμφόρησης, η θεραπεία κλιμακώνεται με Impella 5.0/5.5/LP, με VA-ECLS ή συνδυασμό τους. Σε πρωτογενή δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια με φυσιολογικές πιέσεις αριστερών κοιλοτήτων αξιοποιείται η Impella RP ή η VA-ECLS, για αμφικοιλιακή υποστήριξη. Η αποκλιμάκωση πραγματοποιείται σταδιακά, με ταυτόχρονη βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Σε συνδυασμό VA-ECLS με Impella ή ασκό, η VA-ECLS διακόπτεται πρώτη. Ο έλεγχος της πηκτικότητας πραγματοποιείται με τον δείκτη anti-Xa, τον χρόνο ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης και τον ενεργοποιημένο χρόνο πήξης (ACT), με στόχο 160s-220s. Η αντιθρομβωτική αγωγή περιλαμβάνει κλασική ηπαρίνη, μπιβαλιρουδίνη ή αργατρομπάνη ενδοφλεβίως. Μετά από αγγειοπλαστική χορηγείται κλασική ηπαρίνη και κλοπιδογρέλη, καθώς και ασπιρίνη επί χαμηλού αιμορραγικού κινδύνου. Η αιμορραγία, η λοίμωξη και η οξεία νεφρική βλάβη συγκροτούν τις συνηθέστερες επιπλοκές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Η ορθή, εξατομικευμένη t-MCS βελτιώνει την επιβίωση και ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρδιογενή καταπληξία.



PP_07

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΕΝΑ ΤΑΞΙΔΙ ΜΕ ΠΟΛΛΑ ΑΝΑΠΑΝΤΕΧΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ....

ΑΝΝΑ ΚΟΤΣΙΑ[1], Ζώης Πάνος [1], Ευγενία Παππά[1]

[1]*ΓΝΙ "Γ.Χατζηκώστα", Ιωάννινα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπαρκεια (ΚΑ) έχουν μακροπρόθεσμη και ιδιαίτερα απαιτητική αντιμετώπιση.

ΣΚΟΠΟΣ: Ασθενής με ισχαιμική μυοκαρδιοπαθεια και ΚΑ με χαμηλό κλάσμα εξωθήσεως παρακολουθειται στην κλινική μας απο το 2016 οπου και πρωτοδιαγνωσθηκε.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Η πορεία της παρακολουθησης του όλο αυτό το διάστημα εμπεριέχει την αντιμετώπιση της στεφανιαιάς νόσου, την εμφυτευση απινιδιστή αλλα και τη διαδερμική και χειρουργική επιδιόρθωση της μιτροειδους βαλβίδας. Τα τελευταία χρόνια φυσικά θα πρέπει να αντιμετωπισθουν και οι συνοσηρότητες του.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιαζεται ένα περιστατικό χρόνιας προχωρημένης ΚΑ με ικανοποιητικη αντιμετωπιση σε βάθος 10ετίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαχείριση ασθενών με χρόνια προχωρημενη ΚΑ θα πρέπει να γίνεται απο εξειδικευμένα ιατρεια ΚΑ και ομάδα εξειδικευμένων ιατρων, ενώ πολυ συχνά θα πρέπει να γινεται η παραπομπη τους σε τεταρτοβάθμια εξειδικευμενα κεντρα.



PP_08

ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ ΓΙΑ ΑΝΑΚΑΜΨΗ: ΘΕΑΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΛΑΣΜΑΤΟΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Χρήστος Λευκός[1], Ευαγγελία Σωτήρογλου[1], Κωνσταντίνα Σαμαρά[1], Παναγιώτης Σταχτέας[1], Δήμητρα-Χρυσαυγή Τσέργα[1], Μαρία Παπαδημητρίου[1], Ξανθούλα Αποστολίδου[1], Αντώνιος Αντωνιάδης[1], Νικόλαος Φραγκάκης[1]

[1]Β' Καρδιολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παροδική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση στη διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ), ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν σημαντικές στεφανιαίες στενώσεις. Ο σπασμός των στεφανιαίων αγγείων αποτελεί συχνή αιτία ΟΣΣ και θα πρέπει να λογίζεται ως εναλλακτική διάγνωση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με ΟΣΣ σχετιζόμενο με στεφανιαίο αγγειόσπασμο και η εντυπωσιακά ταχεία αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα 59 ετών, με ατομικό αναμνηστικό τμηματικής νεφρεκτομής αριστερά λόγω κακοήθειας, διακομίζεται από περιφερικό νοσοκομείο – όπου είχε μεταβεί λόγω θωρακικού άλγους με συνοδό λιποθυμικό επεισόδιο- λόγω NSTEMI. Το αρχικό διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς ανέδειξε σημαντικά επηρεασμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (ΚΕ 30%, GLS -13%), με υποκινησία του πλάγιου τοιχώματος. Ο στεφανιογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις ενώ κατά τη δοκιμασία πρόκλησης σπασμού παρατηρήθηκε παροδική σημαντική στένωση της περισπώμενης στεφανιαίας αρτηρίας (LCx), συνοδευόμενη από αναπαραγωγή του αρχικού συμπτώματος. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως ΟΣΣ και πρωτοδιαγνωσθείσα καρδιακή ανεπάρκεια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την 7η ημέρα νοσηλείας, και λόγω της σημαντικής πτώσης του ΚΕ, διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς με ανάδειξη πλήρως φυσιολογικών ευρημάτων. Το επαναληπτικό διαθωρακικό υπερηχογράφημα ανέδειξε εντυπωσιακή αποκατάσταση της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας, με ΚΕ 54% και GLS -16%, χωρίς υπολειπόμενες τμηματικές διαταραχές κινητικότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μείωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας αποτελεί πιθανό συμβάν σε ΟΣΣ λόγω σπασμού. Στη μελέτη CASPAR, αναφέρεται ότι το 30% των ασθενών με ΟΣΣ χωρίς ευρισκόμενη υπαίτια βλάβη, εμφάνιζαν θετική δοκιμασία μετά την χορήγηση ακετυλοχολίνης. Σε άλλες μελέτες, αναφέρεται σημαντική πτώση του ΚΕ κατόπιν διάχυτου πολυαγγειακού σπασμού και ανάνηψη αυτού σε διάστημα 1 έτους. Συνεπώς, το συγκεκριμένο περιστατικό αναδεικνύει την εξαιρετικά σπάνια περίπτωση ταχείας ανάκαμψης της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας και την σπουδαιότητα της διενέργειας μαγνητικής καρδιάς το συντομότερο δυνατόν για την εξακρίβωση του αιτιολογικού παράγοντα.



PP_09

ΣΠΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΚΛΑΔΟΥ ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΡΡΕΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Χρήστος Μπάλλας[1], Ηλίας Ιακωβάκης[1], Χρήστος Αλεξίου[1]

[1]*Καρδιοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σπασμός των στεφανιαίων αγγείων (ΣΣΑ) αποτελεί σπάνια αλλά δυνητικά απειλητική επιπλοκή μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (ΑΣΠ), ικανή να προκαλέσει σοβαρή μυοκαρδιακή ισχαιμία και αιμοδυναμική αποσταθεροποίηση. Ο σπασμός των γηγενών στεφανιαίων αγγείων είναι ιδιαίτερα σπάνιος και μπορεί να μιμηθεί οξεία δυσλειτουργία των μοσχευμάτων.

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση περιστατικού οξέος σπασμού του γηγενούς πρόσθιου κατιόντα κλάδου (ΠΚΚ) με αιφνίδια αιμοδυναμική κατάρρευση μετά από ΑΣΠ σε ασθενή με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 69 ετών, μη καπνιστής, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σπονδυλαρθρίτιδας χωρίς ειδική θεραπεία και οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος προ 10 ημερών, υποβλήθηκε σε χειρουργική επαναγγείωση. Προεγχειρητικά παρουσίαζε LVEF 40-45%, με υποκινησία του μέσου και κορυφαίου προσθίου, προσθιοδιαφραγματικού τοιχώματος και κορυφής. Η C-αντιδρώσα πρωτείνη και η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Διενεργήθηκε πλήρης επαναγγείωση με αναστομώσεις της δεξιάς έσω μαστικής αρτηρίας προς τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και της αριστερής έσω μαστικής αρτηρίας προς τον ΠΚΚ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης και μετά τη μεταφορά στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης (ΜΕΠ) ο ασθενής παρουσίασε αιφνίδια σοβαρή αιμοδυναμική κατάρρευση. Η επείγουσα στεφανιογραφία επιβεβαίωσε πλήρη βατότητα των μοσχευμάτων, αποκλείοντας οξεία δυσλειτουργία αυτών και ανέδειξε σοβαρό σπασμό του γηγενούς ΠΚΚ. Η ενδοστεφανιαία χορήγηση νιτρογλυκερίνης οδήγησε σε άμεση λύση του σπασμού και πλήρη αιμοδυναμική αποκατάσταση. Ο ασθενής μεταφέρθηκε αιμοδυναμικά σταθερός στη ΜΕΠ και τελικά εξήλθε σε άριστη κλινική κατάσταση, μετά από συνολική νοσηλεία 11 ημερών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και επηρεασμένη συστολική λειτουργία, ο ΣΣΑ μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αιμοδυναμική αποσταθεροποίηση. Στην παρούσα περίπτωση, η αθηροσκλήρωση, το έντονο περιεγχειρητικό stress, το πρόσφατο ΟΕΜ και η σπονδυλαρθρίτιδα, ως πιθανά φλεγμονώδη υποστρώματα, ενδέχεται να συνέβαλαν συνδυαστικά στην εκδήλωση του σπασμού. Η άμεση στεφανιογραφία είναι καθοριστική για τη διάκριση από την οξεία δυσλειτουργία μοσχεύματος και την έγκαιρη αντιμετώπιση μιας δυνητικά πλήρως αναστρέψιμης αιτίας αιμοδυναμικής κατάρρευσης.



PP_10

ΑΠΟ ΤΟ NSTEMI ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ: Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ "CHERRY ON TOP"

Νικόλαος Σπ. Ιωακειμίδης[1], Βασιλίνα Γκαμπιτσάκη[2], Ελένη Παπχιάνου[3], Στέφανος Παπαστεφάνου[4], Δημήτριος Βαλασιάδης[1]

[1]Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου» - Καρδιολογική Κλινική, Φλώρινα, Ελλάδα, [2]Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Παθολογική Κλινική, Φλώρινα, Ελλάδα, [3]Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Αιματολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, [4]Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Καρδιολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καρδιακή αμυλοείδωση αποτελεί αιτία καρδιακής ανεπάρκειας που μπορεί να διαλάθει της διάγνωσης. Η συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου δύναται να επισκιάσει τη διερεύνηση υποκείμενης διηθητικής μυοκαρδιοπάθειας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ανάλυση περιστατικού ασθενούς με NSTEMI, στον οποίο η υπερηχοκαρδιογραφία οδήγησε στη διερεύνηση καρδιακής αμυλοείδωσης.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 75 ετών, έως τότε ασυμπτωματικός και με διατηρημένη λειτουργική ικανότητα σε βαριά χειρωνακτική εργασία, προσήλθε αιτιώμενος δύσπνοια από τριημέρου. Λόγω δυναμικών ΗΚΓ αλλοιώσεων και ήπιας παθολογικής κίνησης της τροπονίνης, εισήχθη ως NSTEMI. Πραγματοποιήθηκε υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη με strain imaging και ακολούθησαν στεφανιογραφία, αιματολογικός έλεγχος, εξωκαρδιακές βιοψίες και σπινθηρογράφημα με 99mTc-DPD.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο ΗΚΓ διαπιστώθηκαν χαμηλά δυναμικά στις απαγωγές των άκρων. Η υπερηχοκαρδιογραφία ανέδειξε μεσοκοιλιακό διάφραγμα 19mm, LVEF 40%, "σπινθηρίζον" μυοκάρδιο, ήπια πάχυνση βαλβιδικών γλωχίνων, διάταση κόλπων και περιοριστικού τύπου διαστολική δυσλειτουργία. Το GLS ήταν ≈−8%, με relative apical sparing ("cherry-on-top pattern"). Το NT-proBNP ήταν σημαντικά αυξημένο (6.400 pg/mL). Η στεφανιογραφία ανέδειξε επιμήκη, επασβεστωμένη στένωση της RCA, η οποία αντιμετωπίστηκε με περιστροφική αθηρεκτομή και αγγειοπλαστική. Ο αιματο-λογικός έλεγχος ανέδειξε ελεύθερες λ αλυσίδες 373 mg/L, λόγο κ/λ 0,051 και μονοκλωνικό κλάσμα λ στην ανοσοκαθήλωση ούρων με θετική Bence-Jones. Οι βιοψίες υποδόριου λίπους και ούλων ήταν Congo-red αρνητικές, ενώ το 99mTc-DPD δεν ανέδειξε μυοκαρδιακή καθήλωση (Perugini Grade 0). Ο κυτταρο-γενετικός έλεγχος με FISH δεν ανέδειξε παθολογικές αναδιατάξεις. Η διερεύνηση συνεχίζεται με οστεομυελική βιοψία προς ιστολογική τεκμηρίωση πιθανής AL αμυλοείδωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τεκμηρίωση στεφανιαίας νόσου δεν πρέπει να καθυστερεί τη διερεύνηση συνυπάρχουσας μυοκαρδιοπάθειας όταν ο καρδιακός φαινότυπος εγείρει ισχυρή υποψία. Τα ευρήματα στο ΗΚΓ, η συγκεντρική πάχυνση των τοιχωμάτων καθώς και το χαρακτηριστικό "cherry on top" strain pattern αποτέλεσαν πρώιμα ερεθίσματα για τη διερεύνηση υποκείμενης αμυλοείδωσης. Οι αρνητικές αρχικές εξωκαρδιακές βιοψίες και η απουσία μυοκαρδιακής πρόσληψης στο DPD Scan δεν αποκλείουν AL αμυλοείδωση όταν συνυπάρχει σημαντική μονοκλωνική διαταραχή ελεύθερων ελαφρών αλυσίδων, καθιστώντας αναγκαία τη συνέχιση της διερεύνησης προς ιστολογική τεκμηρίωση.



PP_11

LAD-TO-PULMONARY ARTERY CORONARY FISTULA DETECTED BY CCTA: MULTIMODALITY ASSESSMENT AND MANAGEMENT

***Christos Mantzios*[1]**, *Eleftheria Baltagianni[1], Sotiria Iliopoulou[1,2], Evdoxia Stavropoulou[1], Antonios Ziakas[1], Vasileios Kamperidis[1]*

[1] 1st Department of Cardiology, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece

[2] Cardiology Department, G. Papanikolaou General Hospital, Thessaloniki, Greece

Introduction : Coronary artery fistulas are rare anatomical abnormalities that are often incidentally detected during cardiovascular imaging. Their clinical significance varies from benign incidental findings to hemodynamically relevant shunts associated with myocardial ischemia, chamber enlargement, arrhythmias or pulmonary hypertension. Multimodality assessment is essential to determine functional significance and guide management.

Case Study : A 73-year-old woman with a history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia and hypothyroidism presented with persistent fatigue, exertional dyspnea and atypical chest discomfort over the preceding weeks. Clinical examination was unremarkable, without signs of heart failure, congestion, or hemodynamic instability. Given the persistence of symptoms and her cardiovascular risk profile, she was referred for scheduled coronary computed tomography angiography (CCTA). CCTA excluded significant obstructive coronary artery disease, demonstrating only moderate non-obstructive coronary stenoses. Incidentally, a coronary artery fistula arising from the left anterior descending artery and draining into the pulmonary artery was identified. Anatomically, the fistula was consistent with a medium-sized lesion, measuring approximately 1–2 times the diameter of the native coronary vessel, with associated focal aneurysmal dilatation of 8 mm, without evidence of dissection or rupture.

Results : Further multimodality evaluation was performed to assess the clinical and hemodynamic significance of the lesion. Transthoracic echocardiography demonstrated preserved biventricular systolic function, without pulmonary hypertension, right-sided chamber enlargement or significant volume overload. Myocardial perfusion SPECT showed no inducible ischemia or evidence of coronary steal syndrome. Twenty-four-hour ambulatory rhythm monitoring did not reveal clinically significant arrhythmias. Despite the presence of focal aneurysmal dilatation, no evidence of dissection, rupture, myocardial ischemia, arrhythmia, pulmonary hypertension, chamber enlargement or hemodynamic burden was identified. Accordingly, given that none of the proposed criteria for invasive closure were fulfilled, conservative management with periodic clinical and imaging follow-up was selected. The patient has remained clinically stable to date, without the need for invasive intervention.

Conclusions : This case highlights the incremental value of CCTA beyond the assessment of obstructive coronary artery disease, allowing identification of incidental coronary anomalies such as coronary artery fistulas. However, anatomical abnormalities alone should not determine management. Multimodality imaging integrating anatomical, hemodynamic and functional assessment is crucial to define clinical significance and guide appropriate conservative or invasive treatment decisions.



PP_12

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΟ ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ

Ευάγγελος Τάτσης[1], Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος[1], Δημήτριος Οικονομίδης[1], Περικλής Σιλιόγκας[1], Αθανάσιος Τασούλης[1], Ιωάννης Τσιαφούτης[1],. Λάμπρος Μιχάλης[2],. Κατερίνα Νάκα[2]
[1]Β΄ Καρδιολογική Κλινική - Γ.Ν.Α. Κοργιαλένειο Μπενάκειο - Ε.Ε.Σ, Αθήνα, Ελλάδα, [2]Β΄ Καρδιολογική Κλινική - Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διαταραχή της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας (CMD) αναγνωρίζεται ως βασικός παθοφυσιολογικός μηχανισμός της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης (HFpEF) και εκτιμάται μη επεμβατικά με τον υπολογισμό της στεφανιαίας εφεδρείας ροής (CFR) στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD) μέσω διαθωρακικής ηχωκαρδιογραφίας Doppler.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας και μυοκαρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς με HFpEF, καθώς και η εκτίμηση του επιπολασμού της CMD και των ανεξάρτητα συσχετιζόμενων παραμέτρων.

ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ: Συμπεριλήφθηκαν 60 ασθενείς με HFpEF (διάμεση ηλικία 73,5 έτη, 83,3% γυναίκες), χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Όλοι είχαν υποβληθεί σε δυναμική ηχωκαρδιογραφία με δοβουταμίνη, αρνητική για ισχαιμία. Ακολούθησε διαθωρακική ηχωκαρδιογραφική μελέτη με συμβατικές και εξειδικευμένες τεχνικές, με υπολογισμό του δείκτη ολικής επιμήκους παραμόρφωσης (GLS), των δεικτών μυοκαρδιακού έργου (GWI, GWE, GWW, GCW) και των LARS και LASI. Η CFR εκτιμήθηκε στον LAD μετά από χορήγηση αδενοσίνης· ως CMD ορίστηκε τιμή CFR <2,0. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε CFR <2,0 (n=23) και CFR ≥2,0 (n=37).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: CMD διαπιστώθηκε στο 38,3% των ασθενών. Οι ασθενείς με CMD ήταν μεγαλύτερης ηλικίας (76 vs 72 έτη· p=0,020) με πιο επηρεασμένους δείκτες μυοκαρδιακής λειτουργίας: GLS (−15,5% vs −18,1%· p=0,004), GWI (1491 vs 1839 mmHg%· p=0,022), LARS (20% vs 23%· p=0,014), LASI (0,48 vs 0,42· p=0,049), ενώ οι δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας E/e' και LAVi δεν διέφεραν. Σε πολυπαραγοντικό μοντέλο με ηλικία και LARS, ο δείκτης LARS συσχετίστηκε ανεξάρτητα με CMD (OR = 0.89; 95% CI 0.80–0.98; p = 0.024), ενώ μετά την προσθήκη GLS μόνο η GLS παρέμεινε σημαντική (OR = 1.33; 95% CI 1.02–1.78; p = 0.041).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η στεφανιαία μικροκυκλοφορία βρέθηκε επηρεασμένη (CFR <2,0) στο 38,3% των ασθενών με HFpEF, ενώ αναδείχθηκε η συσχέτιση του δείκτη CFR με τους δείκτες μυοκαρδιακής παραμόρφωσης. Στην καθημερινή κλινική πράξη, η χρήση του δείκτη GLS μπορεί να αναδείξει τους ασθενείς με HFpEF που χρήζουν στοχευμένης εκτίμησης της στεφανιαίας μικροκυκλοφορίας.