



Πανελλήνια Ιατρική Εταιρεία
Διευθυντών Καρδιολογίας

11^ο

Συνέδριο
Κλινικών
Καρδιαγγειακών
Παθήσεων

11-14 Μαρτίου 2016

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Οι συμμετέχοντες πιστοποιούνται με 14 μόρια
συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME)

Τελικό Πρόγραμμα



 **BRILIQUE™**
ticagrelor

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 90 mg τικαγρελθρή.
Πριν από τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.

AstraZeneca 

Θεσοκοπούλου 4 & Αστροναυτών, 151 25 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ.: 210 6871500, Fax: 210 6859195 • Τηλ. παραγγελιών: 210 5596970-72, Fax: 210 5596973
www.astrazeneca.gr



Πανελλήνια Ιατρική Εταιρεία
Διευθυντών Καρδιολογίας

11^ο

Συνέδριο
Κλινικών
Καρδιαγγειακών
Παθήσεων

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Τελικό Πρόγραμμα

PCSK9: μια πρωτεΐνη- κλειδί στην κατανόηση του μεταβολισμού της LDL-C

Η ανακάλυψη της PCSK9, μιας πρωτεΐνης η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανότητα του οργανισμού να ρυθμίζει τα επίπεδα της LDL-C, ανοίγει το δρόμο για μια εντελώς καινούργια στρατηγική αντιμετώπισης της υψηλής χοληστερόλης.



GR.ALI.15.03.01

LDL-C

PCSK9

LDLR

Lagace TA et al. J Clin Invest. 2006;116:2995-3005.

Η Sanofi και η Regeneron συνεργάζονται με στόχο τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης της υπερχοληστερολαιμίας, διερευνώντας τις ανάγκες των ασθενών με μη ικανοποιητικά ρυθμισμένα LDL-C.

Sanofi-aventis A.E.B.E. Λεωφ. Συγγρού 348, Κτήριο Α'
17674 Καλλιθέα. Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 088
www.sanofi.gr

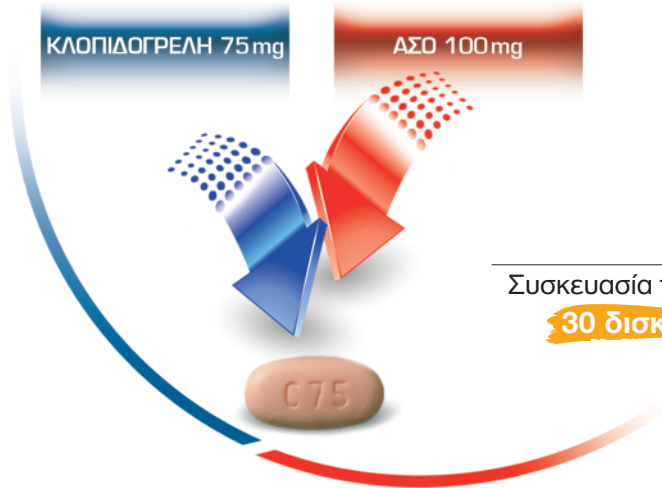
SANOFI 

DuoPlavin®

Clopidogrel 75mg/ASA 100mg

ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗ 75mg

ΑΣΟ 100mg



Συσκευασία των

30 δισκίων

Plavix®

(clopidogrel hydrogen sulphate)
75 mg and 300 mg film-coated tablets

75 mg tabs

Συσκευασίες των

28 δισκίων

Το μόνο
auto-generic

του Plavix®

Clopidogrel Zentiva®

(clopidogrel hydrogen sulphate)

75 mg film-coated tablets

Συσκευασίες των

28 δισκίων



Sanofi-aventis A.E.B.E. Λεωφ. Συγγρού 348, Κτίριο Α', 176 74 Καλλιθέα, Τηλ.: 210 90 01 600, Fax: 210 92 49 342, www.sanofi.gr

Πριν από τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε τις Π.Χ.Π. που βρίσκονται στον ιστότοπο της εταιρείας www.sanofi.gr.
Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο Τμήμα Ιατρικής Πληροφόρησης της Sanofi στο τηλέφωνο 210 9001600
ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση medicalinformation.greece@sanofi.com



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χαιρετισμός Προέδρου	9
Επιστημονικό Πρόγραμμα	11
Περιλήψεις Ενδιαφερόντων Περιστατικών	21
Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών - Σχολιαστών	57
Χορηγοί	65



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Σας καλωσορίζουμε στο **11ο Συνέδριο Κλινικών Καρδιαγγειακών Παθήσεων της Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.**, που διεξάγεται στην **Καλαμπάκα (Ξενοδοχείο Divani Meteora)** από **11 έως 14 Μαρτίου 2016**. Στο ποικίλο επιστημονικό του πρόγραμμα, όπως κάθε χρόνο, αναμένονται ομιλίες και σχολιασμοί υψηλού επιπέδου από έγκριτους Καρδιολόγους σε θέματα από όλο το φάσμα της σύγχρονης Καρδιολογίας. Παράλληλα δίνεται η ευκαιρία και σε νέους καρδιολόγους να προβάλλουν το έργο τους αποκομίζοντας σημαντική συνεδριακή εμπειρία.

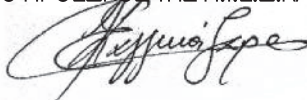
Στο 11ο Συνέδριό μας συνεχίζουμε την **καινοτομία που θεσπίσαμε πέρυσι** και η οποία δίνει κίνητρο και ενδιαφέρον στον επιστημονικό ανταγωνισμό. **Βραβεύουμε με χρηματικό έπαθλο** το καλύτερο (περίληψη + παρουσίαση) ενδιαφέρον περιστατικό από κάθε θεματική ενότητα, ήτοι κλινικής καρδιολογίας, απεικονιστικής, αρρυθμιών και επεμβατικής καρδιολογίας (σύνολο 4 βραβεία). Η αξιολόγηση θα ολοκληρωθεί κατά τη διάρκεια του συνεδρίου από τρεις ανεξάρτητους κριτές για κάθε θεματική ενότητα, οι οποίοι και θα προεδρεύσουν στην αντίστοιχη συνεδρίαση. Επίσης θα χορηγηθεί μια **υποτροφία εξωτερικού** σε νέο καρδιολόγο έως 40 ετών για ετήσια μετεκπαίδευση σε αναγνωρισμένου κύρους καρδιολογικό κέντρο της αλλοδαπής. Παράλληλα για πρώτη φορά φέτος θα δοθεί και **υποτροφία εσωτερικού** σε νέο καρδιολόγο. Η προθεσμία υποβολής των δικαιολογητικών είναι η 29/02/2016 μέσω e-mail στο info.piedkar@gmail.com.

Θεωρώ υποχρέωσή μας να εκφράσουμε τις θερμές ευχαριστίες μας προς όλους εσάς, που σε σταθερή βάση συμμετέχετε και με την ενεργή παρουσία σας συμβάλλετε στη διοργάνωση των τόσο επιτυχημένων συνεδρίων της Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.

Ευελπιστούμε ότι και αυτή τη φορά το 11ο Συνέδριο θα στεφθεί με επιτυχία και θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες όλων μας.

Με εγκάρδιους συναδελφικούς και φιλικούς χαιρετισμούς

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.



ΙΩΑΝΝΗΣ Ε. ΚΑΛΛΙΚΑΖΑΡΟΣ

Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος
Ιπποκράτειο ΓΝΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Π.Ι.Ε.Δ.ΚΑΡ.

Πρόεδρος: Καλλιικάζαρος Ιωάννης

Αντιπρόεδρος: Κρανίδης Αθανάσιος

Γραμματέας: Παπανάγνου Γεώργιος

Ταμίας: Γράσσος Χαράλαμπος

Μέλη:

Κάκουρος Σταύρος

Μακρής Θωμάς

Μπαρμπετσέας Ιωάννης

Τρίκας Αθανάσιος

Χαντανής Στυλιανός

Συντονιστής Προγράμματος: Μπάμπαλης Δημήτριος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Καλλιικάζαρος Ιωάννης

Μέλη

Γράσσος Χαράλαμπος

Εφραιμίδης Μιχαήλ

Κάκουρος Σταύρος

Κατσιβας Απόστολος

Κόγιας Ιωάννης

Κρανίδης Αθανάσιος

Μακρής Θωμάς

Μπάμπαλης Δημήτριος

Μπαρμπετσέας Ιωάννης

Παπανάγνου Γεώργιος

Πατσιλινάκος Σωτήριος

Πλατογιάννης Δημήτριος

Τρίκας Αθανάσιος

Χαντανής Στυλιανός

ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Εγγραφές συνεδρων θα γίνονται καθόλη τη διάρκεια του συνεδρίου

17.00 – 21.00

Σεμινάριο: Βασική καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδιστή

Κατευθυντήριες Οδηγίες Αναζωογόνησης 2015

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (ERC)

Συντονιστής σεμιναρίου: Γ. Λάτσιος, Επεμβατικός Καρδιολόγος Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Χώρος διεξαγωγής σεμιναρίου: Αίθουσα "Νίτσα Λιάπη"

Workshop

Σε συνεργασία με την Ομάδα Εργασίας ΚΑΡΠΑ & Εντατικής Θεραπείας της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Πρακτική επίδειξη και εξάσκηση συμμετεχόντων στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και τη χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδιστή.

Εκπαιδευτές

Διβάνη Μ., Κλινική Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

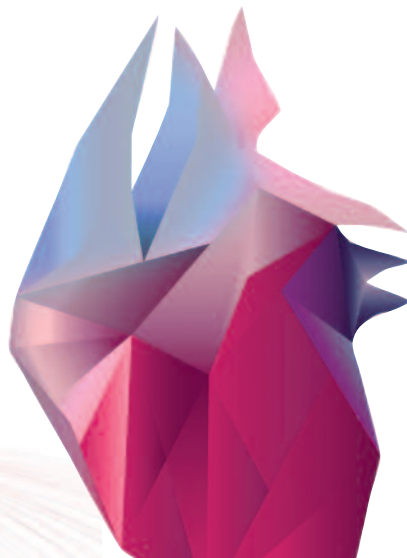
Καϊτόζης Ο., Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κωνσταντινίδης Δ., Κλινικός Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Μελίδη Ε., Αναισθησιολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Μπούνας Π., Κλινικός Καρδιολόγος, Γ.Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Τρανταλής Γ., Επεμβατικός Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»



ΣΑΒΒΑΤΟ

12

ΜΑΡΤΙΟΥ 2016

09.00 – 10.45

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ: Παρουσίαση ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Βασιλείου Φ., Κρανίδης Α., Παπανάγνου Γ.

1. Φέκος Ι., Γκουζιούτα Α., Μηλιόπουλος Δ., Καραβόλιας Γ., Αδαμόπουλος Σ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Σχολιαστές: Λυμπερή Σ., Ξυδάς Τ.

2. Σαχπεκίδης Β., Αζίδου Β., Γαβριηλίδου Μ., Φαρμάκης Δ., Βογιατζής Ι., Στυλιάδης Ι.

Καρδιολογική Κλινική Γ. Ν. Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου" & Γ. Ν. Βέροιας

Σχολιαστές: Αγγελοπούλου Ε., Τριανταφύλλης Δ.

3. Γιαννακόπουλος Β., Μπαρδούσης Κ., Μαζαράκης Α.

Καρδιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Σχολιαστές: Μερτζάνος Γ., Μπαϊκάμη Σ.

4. Γράσσος Χ., Σεϊτανίδη Ε., Δράγασης Σ., Φλώρος Γ., Μερτζάνος Γ., Μπάμπαλης Δ.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας "ΚΑΤ"

Σχολιαστές: Παξιμαδάκης Ε., Σκουμπουρδής Ε.

5. Νταβέλης Χ., Καραβίδας Α.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας "Γ. Γεννηματάς"

Σχολιαστές: Σανίδας Η., Σπυρόπουλος Γ.

6. Θεοδόσης-Γεωργιάδης Α., Δεστούνης Α., Νικήτας Γ., Ζάχος Π., Εγγλεζόπουλος Κ.,

Τούντας Χ., Χαντανής Σ., Φούσας Σ., Μπελντέκος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Σχολιαστές: Βαλοτάσιου Β., Νάνης Α.

7. Κόγιας Ι., Τσατίρης Κ., Πλακιάς Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Σχολιαστές: Κουλούρης Ε., Κρητικός Α.

8. Νικολούλης Ν., Πλατογιάννης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Σχολιαστές: Θεοχάρης Α., Μακρής Π.

10.45 – 11.00

Διάλειμμα – Καφέ

11.00 – 12.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: Διάφορα θέματα κλινικής καρδιολογίας

Πρόεδροι: Φούσας Σ., Μακρής Θ., Πλατογιάννης Δ.

1. Σακχαρώδης διαβήτης – Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση **Ν. Τεντολούρης**
2. Αρτηριακή υπέρταση – Θεραπευτικοί στόχοι **Δημητριάδης Κ.**
3. Αρτηριακή υπέρταση – Φαρμακευτική αγωγή **Γράσσος Χ.**
4. Πρωτογενής πρόληψη καρδιαγγειακών επιπλοκών. Ο ρόλος της ασπιρίνης **Μακρής Θ.**
5. Παθοφυσιολογία και ασφάλεια χορήγησης των νεότερων αντιπηκτικών **Κάκουρος Σ.**

12.15 – 13.15

Δορυφορικό Συμπόσιο BAYER/ΕΛΠΕΝ

Διαχείριση του θρομβωτικού κινδύνου με τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά

Πρόεδρος: Σιδέρης Α.

Ομιλητής: Κατσιβας Α.

Θέμα: Κλινικές Μελέτες και καθημερινή κλινική πρακτική στη μη βαλβιδική κοιλιακή μαρμαρυγή: διαφέρουν ή ταυτίζονται;

Ομιλητής: Γράσσος Χ.

Θέμα: Κλινικές μελέτες και καθημερινή κλινική πρακτική στη θεραπεία της ΕΒΦΘ/ ΠΕ: διαφέρουν ή ταυτίζονται;

13.15 – 14.00

ΕΠΙΣΗΜΗ ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Χαιρετισμοί επισήμων

Πρόεδρος ΠΙΕΔΚΑΡ, Ι. Καλλιμάζαρος

Πρόεδρος Ε.Κ.Ε., Σ. Φούσας

Εκπρόσωπος Ιατρικού Συλλόγου Τρικάλων

Δήμαρχος Καλαμπάκας

Αναγνώριση προσφοράς στην καρδιολογία και στην ΠΙΕΔΚΑΡ

Απονομή τιμητικής πλάκας:

Γιαλόφος Ιωάννης, Καρύδης Κωνσταντίνος,

Τσακνάκης Θεμιστοκλής



ΣΑΒΒΑΤΟ

12

ΜΑΡΤΙΟΥ 2016

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

16.00 – 17.45

ΑΡΡΥΘΜΙΟΛΟΓΙΑ : Παρουσίαση ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Γκατζούλης Κ., Κασιβας Α., Στυλιάδης Ι.

1. Χατζηνικολάου Ε., Κωνσταντινίδου Μ., Ρέππας Ε.

Καρδιολογική Κλινική Αγίου Λουκά Θεσσαλονίκης

Σχολιαστές: Καρτσαγκούλης Ε., Ξυδώνας Σ.

2. Βλάχος Κ., Ξυδώνας Σ., Λέτσας Κ.

Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας,

Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας «Ο Ευαγγελισμός»

Σχολιαστές: Σιδεράς Σ., Παστρωμάς Σ.

3. Ίσερης Α., Γκόγκας Γ., Νινιός Β., Λυσίτσας Δ.

Ηλεκτροφυσιολογικό Τμήμα, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Σχολιαστές: Οικονόμου Δ., Τσιαχρής Δ.

**4. Γκίνος Χ., Κουτουλάκης Ε., Καραμήτρος Ι., Φλώρος Σ., Κωνσταντίνου Κ.,
Καραϊσκού Ο., Καλπάκος Δ.**

Καρδιολογική κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθήνας

Σχολιαστές: Ευαγγέλου Δ., Δηλαβέρης Π.

5. Δ. Κατσάρας, Λευθεριώτης Δ.

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Αττικόν"

Σχολιαστές: Κυρηλίδης Θ., Μανωλάτος Δ.

6. Μάργος Π., Μαριόλης Μ., Κρανίδης Α.

Α' Καρδιολογική κλινική Γεν. Νοσ. Νίκαιας - Πειραιά "Αγ. Παντελεήμων"

Σχολιαστές: Κουργιαννίδης Γ., Χαβελές Ι.

7. Παπακωνσταντίνου Δ., Παπαζαχαρίου Σ., Παπαστεφάνου Σ., Αφθονίδης Ν., Τσούνος Ι.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Άγιος Παύλος"

Σχολιαστές: Μπόνου Μ., Παραβολιδάκης Κ.

8. Σκέμπερης Β., Σωτηριάδου Μ., Φωτογλίδης Α., Φραγκάκης Ν., Βασιλικός Β.

Γ' Καρδιολογική Κλινική Παν/μίου Θεσ/κνης & Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/κνης

Σχολιαστές: Αγγελάκη Μ., Ταγκούλης Ι.

17.45 – 18.00

Διάλειμμα – Καφές

18.00 – 19.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: Διάφορα θέματα αρρυθμιολογίας

Πρόεδροι: Κάκουρος Σ., Κωτσάκης Α., Σιδέρης Αν.

1. Διαφορική διάγνωση υπερκοιλιακών ταχυκαρδιών χρησιμοποιώντας το ΗΚΓ
Παρασκευαΐδης Σ.
2. Εξελίξεις στην κατάλυση της κοιλιακής μαρμαρυγής **Εφραιμίδης Μ.**
3. Πρώτης γραμμής θεραπεία η κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας στην ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια **Ιωαννίδης Π.**
4. Πρόληψη του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε ασθενείς με ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια τις πρώτες εβδομάδες από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου **Φραγκάκης Ν.**
5. Υποδόριος απινιδωτής και βηματοδότης χωρίς καλώδιο **Σιδέρης Σ.**

19.15 – 20.15

ΚΛΙΝΙΚΟ WORKSHOP ΜΕ ΤΗΛΕΨΗΦΟΦΟΡΙΑ:

Φαρμακολογική αντιμετώπιση χρόνιας σταθερής στηθάγχης

Πρόεδροι: Καλλικιάζαρος Ι., Μπάμπαλης Δ.

1. Παραδοσιακά φάρμακα: **Πατσιλινάκος Σ.**
2. Νέα φάρμακα: **Καραβίδας Α.**

20.15 – 20.45

Δορυφορική διάλεξη PFIZER

Πρόεδρος: Κρανίδης Α.

Ομιλητής: Γραμμέλης Β.

Θέμα: Διαχείριση ασθενών με δυσλιπιδαιμία στην κλινική πράξη:

Παρουσίαση περιστατικών

ΚΥΡΙΑΚΗ

13

ΜΑΡΤΙΟΥ 2016

09.00 – 10.45

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ: Παρουσίαση ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Αθανασόπουλος Γ., Παρασκευαΐδης Ι., Τσιάπρας Δ.

1. Βλασερός Ι., Μανάκος Κ., Φερέτου Αικ., Καλλιμάζαρος Ι.

Καρδιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Σχολιαστές: Ευδωρίδης Κ., Λιόλιος Χ.

2. Μπόνου Μ., Τζάνης Γ., Μπαρμπετσέας Ι.

Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας "Λαϊκό"

Σχολιαστές: Καραντουμάνης Ι., Οικονόμου Κ.

3. Μπάκα Ν., Δούρας Α., Αδαμόπουλος Σ.

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο» & Ωνάσειο ΚΧΚ

Σχολιαστές: Ζαγκλαβήρα Π., Χαμόδρακα Ε.

4. Εγγλεζόπουλος Κ., Χατζηγεωργίου Κ., Βασσάκη Μ., Χαντανής Σ.,

Θεοδόσης-Γεωργιάδης Α., Μπεληντέκος Δ., Φούσας Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Σχολιαστές: Κετίκογλου Δ., Κωνσταντινίδης Δ.

5. Κωστάκη Π., Καραμπίνος Η.

Γ' Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

Σχολιαστές: Γαρουφαλής Σ., Φλώρος Γ.

6. Πατριανάκος Α., Τουλουπάκη Μ., Παρθενάκης Φ.

Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Σχολιαστές: Θεοδόσης-Γεωργιάδης Α., Μπούνας Π., Παππάς Κ.

7. Κωστάκου Π., Κωστόπουλος Β., Κουρής Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας "Θριάσειο"

Σχολιαστές: Θεοδωρίδης Ν., Λάσχος Β.

8. Μητσιάδης Σ., Λάκκας Λ., Νάκας Γ., Αργύρη Ο., Παππάς Κ., Κατσούρας Χ., Μιχάλης Λ.

Β' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σχολιαστές: Γιαννακοπούλου Β., Οικονομίδης Ι.

10.45 – 11.00

Διάλειμμα – Καφές

11.00 – 12.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΑΝΑΙΜΑΚΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Πρόεδροι: Ζόμπολος Σ., Μπαρμπετσέας Ι., Χαντανής Σ.

1. Δοκιμασία κόπωσης **Κωνσταντινίδης Δ.**
2. Ηχοκαρδιογράφημα **Οικονομίδης Ι.**
3. Σπινθηρογράφημα **Κορκοδικής Π.**
4. Αξονική τομογραφία **Κυρζόπουλος Σ.**
5. Μαγνητική τομογραφία **Μαυρογένη Σ.**

12.15 – 12.45

Δορυφορική διάλεξη NOVARTIS

Πρόεδρος: **Τρίκας Α.**

Ομιλητής: **Πατσιλινάκος Σ.**

Θέμα: **Διευρύνοντας τους ορίζοντες στην αντιμετώπιση της Χρόνιας Καρδιακής Ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα εξώθησης: Αναστολή Νεπριδυσίνης και υποδοχέων AT1 αγγειοτασίνης.**

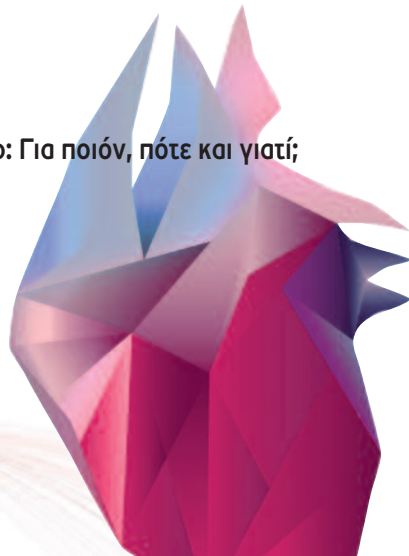
12.45 – 13.15

Δορυφορική διάλεξη AMGEN

Πρόεδρος: **Μαντάς Ι.**

Ομιλητής: **Γράσσης Χ.**

Θέμα: **Αναστολή της PCSK9 με Evolocumab: Για ποιόν, πότε και γιατί;**



ΚΥΡΙΑΚΗ

13

ΜΑΡΤΙΟΥ 2016

Απόγευμα

16.00 – 17.45

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ: Παρουσίαση ενδιαφερόντων περιστατικών

Πρόεδροι: Αντωνέλης Ι., Ολύμπιος Χ., Ρεντούκας Η.

1. Γαβριελάτος Γ., Παπαδοπούλου Δ., Τρίκας Α.

Καρδιολογική Κλινική, Μονάδα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Γεν. Νοσ. Αθήνας «Η Ελπίς»

Σχολιαστές: Αβραμίδης Δ., Καρατζάς Δ.

2. Τζέης Σ., Πατσιλινάκος Σ.

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Ν. Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο" και Γ.Ν. "Ερρίκος Ντυνάν"

Σχολιαστές: Κατσιμαγκλής Γ., Τσιαφούτης Ι.

3. Καυκάς Ν., Παυλάκης Γ., Ιωαννίδου Σ.

Καρδιολογική Κλινική- Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Κηφισιάς "ΚΑΤ"

Σχολιαστές: Γραιδης Χ., Δημητριάδης Δ.

4. Κελεπέσης Γ., Δαλιάνης Ν., Μπαρμπετσάς Ι.

Καρδιολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας "Λαϊκό"

Σχολιαστές: Καρανικόλας Ν., Λαμπρόπουλος Κ.

5. Σιώνης Δ., Καρανικόλας Ν., Τριάντης Γ., Ρούτουλας Θ.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο "Σισμανόγλειο"

Σχολιαστές: Λάτσιος Γ., Στουγιάννος Π.

6. Κουτουλάκης Ε., Καραμήτρος Ι., Γκίνος Χ., Ξενάκης Κ., Παπαδόπουλος Γ., Καληπάκος Δ.

Καρδιολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ

Σχολιαστές: Κουτούζης Μ., Πισιμίσης Ε.

7. Συρσελούδης Δ., Χ. Λιασίδης, Τρανταλής Γ.

Σχολιαστές: Μάργος Π., Πλατογιάννης Δ.

**8. Μπομπότης Γ., Μόσιαλος Λ., Βλαχοδήμος Α., Τάσκος Ι., Γεωργάκος Κ., Αζίδου Β.,
Στυλιάδης Ι.**

Β' Καρδιολογική Κλινική και Ακτινολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

Σχολιαστές: Καϊτόζης Ο., Παπαδάκης Ε., Πετζερίδης Π.

Σχολιαστές καρδιοχειρουργοί αναλογικά σε όλα τα περιστατικά:

Αργυρίου Μ., Κατσάβριος Κ, Περρέας Κ., Χλωρογιάννης Ι.

17.45 – 18.00

Διάλειμμα – Καφές

18.00 – 19.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ: Διάφορα θέματα επεμβατικής καρδιολογίας

Πρόεδροι: *Κάκουρος Σ., Κανακάκης Ι., Τρίκας Α.*

1. Οξεία στεφανιαία σύνδρομα και κοιλιακή μαρμαρυγή **Σιώνης Δ.**
2. Διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στα οξεία στεφανιαία σύνδρομα **Στουγιάννος Π.**
3. Νεότερα δεδομένα από την κερκιδική προσπέλαση **Κουτούζης Μ.**
4. Αντιμετώπιση πολυαγγειακού ασθενή σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο **Τσιαφούτης Ι.**
5. Υπάρχουν νεότερα στην εξέλιξη της διαδερμικής αντιμετώπισης των βαλβιδοπαθειών **Λάτσιος Γ.**

19.15 – 20.15

Διαλέξεις

Πρόεδροι: *Ζαρίφης Ι., Κόγιας Ι., Λαμπρόπουλος Σ.*

1. Πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων: μια δια βίου πρόκληση: **Γουδέβενος Ι.**
2. Λοιμώξεις συσκευών και αντιμετώπισή τους: **Σιδερής Σ.**
3. Επιλογή του κατάλληλου β αποκλειστή στην καρδιακή ανεπάρκεια: **Καραβίδας Α.**

20.15

Βράβευση καλύτερων ενδιαφερόντων περιστατικών
Λήξη Συνεδρίου - Συμπεράσματα



Vaner®

EPLERENONE




 **Pharmathen**
Innovation inspired by life

ΦΑΡΜΑΤΕΝ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Β.Ε.
Λ. Κηφισίας 44, 151 25 Μαρούσι Αττικής
t +30210 666 4805, f +30210 666 4804
www.pharmathen.com

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών των προϊόντων, οι οποίες υπάρχουν διαθέσιμες εφόσον ζητηθούν



**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

Περίληψεις Κλινικής Καρδιολογίας

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 1

Φέκος Ι., Γκουζούτα Α., Μηλιόπουλος Δ., Καραβόλιας Γ., Αδαμόπουλος Σ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Ασθενής 32 ετών διακομίζεται στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο από το Γ.Ν. Λαϊκό με εικόνα οξείας περιμυοκαρδίτιδας για διερεύνηση και διενέργεια βιοψίας μυοκαρδίου. Στο ιστορικό της, η ασθενής αναφέρει περικογχικό οίδημα προ 20ημέρου για το οποίο έλαβε αντιισταμινικά και κορτιζόνη. Κατά την εισαγωγή της στο ΩΚΚ, το κλάσμα εξώθησης ήταν 40% με μικρή περικαρδιακή συλλογή ενώ παρατηρήθηκε διάχυτη λεμφαδενοπάθεια και σημαντικού βαθμού τετραπάρεση σε συνδυασμό με δυσκαταποσία. Την κλινική εικόνα της μυοπάθειας συνόδευε σημαντική αύξηση του CPK στο περιφερικό αίμα. Μέσα σε ένα 3ήμερο, η ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά έχοντας κλάσμα εξώθησης 55%, οπότε αποφασίζεται να μην γίνει βιοψία μυοκαρδίου και διακομίζεται πάλι στο Λαϊκό για την διερεύνηση της αιτιολογίας της τετραπάρεσης. Στο Λαϊκό γίνεται βιοψία γραμμωτού μυός όπου αναδεικνύεται μυοσίτιδα και έπειτα από περαιτέρω βελτίωση η ασθενής εξέρχεται με οδηγίες.

Δεκαπέντε μέρες αργότερα, η ασθενής διακομίζεται πάλι στο ΩΚΚ από το Γ.Ν. Λαϊκό λόγω υποτροπής της μυοπερικαρδίτιδας. Κατά την εισαγωγή της, το κλάσμα εξώθησης ήταν 35% με μικρή περικαρδιακή συλλογή ενώ δεν υπήρχαν σημεία ή συμπτώματα μυοσίτιδας. Υποβάλλεται σε βιοψία μυοκαρδίου όπου αναδεικνύεται διάχυτη οξεία νεκρωτική μυοκαρδίτιδα. Η ασθενής μεταφέρεται στην ΜΕΘ λόγω επεισοδίων κοιλιακής ταχυκαρδίας – κοιλιακής μαρμαρυγής με ταυτόχρονη (εντός ορίγων ωρών) εκσεσημασμένη έκπτωση λειτουργικότητας αμφοτέρων των κοιλιών, τοποθετείται ενδοαρτική αντλία και χορηγούνται κορτιζόνη και ATG. Λόγω του σοβαρού καρδιογενούς shock τοποθετείται ECMO και η ασθενής σταθεροποιείται. Ηχωκαρδιογραφική μελέτη υπό ECMO αναδεικνύει κλάσμα εξώθησης <10% και σημαντική διάταση αμφοτέρων κοιλιών με σημεία βραδείας ροής. Γίνεται ξανά βιοψία γραμμωτού μυός χωρίς όμως να αναδεικνύονται σημεία μυοσίτιδας. 9 ημέρες αργότερα, γίνεται χειρουργείο αντικατάστασης του ECMO με BiVAD. Κατά την διάρκεια του χειρουργείου, διαπιστώνονται πρόσφατοι θρόμβοι σε όλες τις καρδιακές κοιλοότητες εν είδει εκμαγείου με επέκταση στις πνευμονικές φλέβες. Έγινε επιμελής αφαίρεσή τους και σύνδεση του BiVAD, όμως αποδείχθηκε αδύνατη η υποστήριξη λόγω ηπατώσεως των πνευμόνων αμφοτερόπλευρα. Η ασθενής κατέληξε μετά από 12 ημέρες νοσηλείας. Δείγμα μυοκαρδιακού ιστού από το χειρουργείο απεστάλη για παθολογοανατομική εκτίμηση. Τα αποτελέσματα της βιοψίας θα συζητηθούν κατά την παρουσίαση του περιστατικού.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 2

Μάζα στον δεξιό κόλπο σε ασθενή υπό τεχνητό νεφρό - Ποιά είναι η βέλτιστη αντιμετώπιση;

**Β. Σαχπεκίδης¹, Β. Αζίδου¹, Μ. Γαβριηλίδου¹, Δ. Φαρμάκας¹, Ι. Βογιατζής²,
Ι. Στυλιάδης¹**

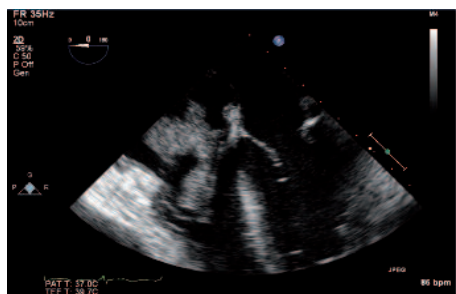
¹ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Βέροιας

Περίληψη περιστατικού: Παρουσιάζουμε περίπτωση γυναίκας ασθενούς 57 ετών, με ιστορικό ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, κατάθλιψης και χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας υπό τεχνητό νεφρό, η οποία στα πλαίσια διερεύνησης επεισοδίων εμπύρετου κατά την διάρκεια της θεραπείας αιμοκάθαρσης, υποβλήθηκε σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς, που κατέδειξε παρουσία μεγάλης μάζας στον δεξιό κόλπο. Οι καλλιέργειες αίματος, υπό αντιβιοτική αγωγή ήταν αρνητικές κατά την νοσηλεία της.

Η ασθενής ξεκίνησε συνεδρίες τεχνητού νεφρού από 8μήνου προ του επεισοδίου και η αγγειακή προσπέλαση αυτής ήταν προβληματική (ανεπιτυχής προσπάθεια αρτηριο-

φλεβικής fistula λόγω θρόμβωσης αυτής). Προ διμήνου η ασθενής είχε νοσηλευτεί σε νεφρολογική κλινική λόγω εμπύρετου σχετιζόμενου με κεντρικό φλεβικό καθετήρα, όπου και απομονώθηκε επιδερμικός σταφυλόκοκκος σε καλλιέργεια αίματος. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή κατά την τότε νοσηλεία.

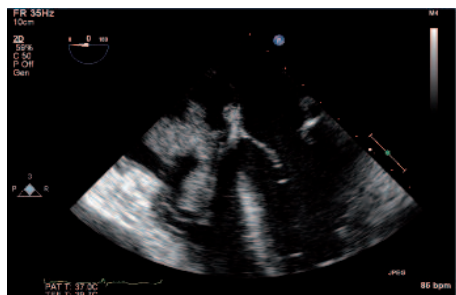


Εικόνα 1: Μεγάλη μάζα στον δεξιό κόλπο που προβάλλει διαμέσου της τριγλώχινας βαλβίδας.

Η ασθενής διακομίστηκε στην κλινική μας για περαιτέρω διερεύνηση με TOE και αντιμετώπιση. Το TOE κατέδειξε μεγάλη, σχετικά κινητή μάζα που καταλάμβανε το μεγαλύτερο τμήμα του δεξιού κόλπου και πρόβαλε διαμέσου της τριγλώχινας προ-

καλώντας ήπια στενωτικά φαινόμενα (εικόνες 1 και 2).

Παρουσιάζεται η πιθανή αιτιολογική διαφορική διάγνωση της μάζας και οι προβληματισμοί αναφορικά με τον βέλτιστο τρόπο αντιμετώπισης (συντηρητική έναντι χειρουργικής), μέσα από την πορεία της ασθενούς κατά την νοσηλεία της.



Εικόνα 2: Η CW Doppler μελέτη διαμέσου της τριγλώχινας βαλβίδας δείχνει μέση κλίση πίεσης 4 mmHg ενδεικτική στένωσης της βαλβίδας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 3

Μαζαράκης Α., Μπαρδούσης Κ., Γιαννακόπουλος Β.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Ασθενής 67 ετών χρονίως αιμοκαθαιρόμενη εμφανίζει κατά τη συνεδρία ΑΜΚ υποτασικό επεισόδιο με συνοδό στηθάγχη.

Ύφεση των συμπτωμάτων μετά τη διακοπή της διαδικασίας.

Ατομικό αναμνηστικό:

-χειρουργηθείσα Στεφανιαία νόσος [cabg 2008 (LIMA→LAD & DG, RIMA→OM), cath 2013 rima ολικά αποφραγμένη, lima βαθύ] – παρόμοια επεισόδια στηθάγχης κατά την ΑΜΚ το τελευταίο διάστημα

- ΧΝΑ υπό ΑΜΚ (φίστουλα ΑΡ χέρι)

ΗΚΓ: ισχαιμία προσθίου, πλάγιου

Echo: ακινησία προσθίου, κεακ=30%

E/E: Αναιμία, θετική ΤΝΙ

3 ημέρες αργότερα αποκατάσταση ΗΚΓ αλλοιώσεων και συσπαστικότητας LV.

Πρόκειται για εκδήλωση του συνδρόμου υποκλοπής των στεφανιαίων;

«Το στεφανιαίο-υποκλείδιο σύνδρομο υποκλοπής (CSSS) χαρακτηρίζεται από την αναστροφή της ροής στην αριστερή έσω μαστική, που προκαλεί ισχαιμία του μυοκαρδίου»

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 4

Παρατεινόμενο προκάρδιο άλγος

Γράσσοσ Χ., Σεϊτανίδη Ε., Δράγασης Σ., Φλώρος Γ., Μερτζάνος Γ., Μπόμπαλης Δ.

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»

Ασθενής ηλικίας 56 ετών προσήλθε λόγω παρατεταμένου άλγους οπισθοστερνικό συσφικτικού χαρακτήρα, με επέκταση στον τράχηλο στην ηρεμία με υφέσεις-εξάρσεις και με υποχώρηση με την λήψη υπογλωσίων νιτρωδών δισκίων. Απο το ΗΚΓφημα διαπιστώνεται φλεκομβική ταχυκαρδία χωρίς οξείες ισχαιμικές αλλοιώσεις ενώ παράλληλα η ενζυμική κίνηση απέβη αρνητική. Εκ του λοιπού κλινικού ελέγχου ουδέν το παθολογικό.

Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση πλημμελώς ρυθμιζόμενη καθώς και δυσλιπιδαιμία υπό φαρμακευτική αγωγή με στατίνες Υπεβλήθη άμεσα σε υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση που διαπιστώνεται αριστερή κοιλία με καλή συνολική συστολική και διαστολική λειτουργία με κλάσμα εξωθήσεως 60%, ενώ παράλληλα παρατηρείται διαστολική ροή στο πρόσθιο πλάγιο τοίχωμα με κατεύθυνση από την κοιλότητα της αρ. κοιλίας προς το μυοκαρδιακό τοίχωμα (fistula).

Ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε την υπερηχοκαρδιογραφική υποψία fistulas, στην περιφέρεια του πρώτου διαγωνίου και του πρόσθιου κατιόντα – επικοινωνία του στεφανιαίου δικτύου με την αρ. κοιλία – Αρτηριοκοιλιακή fistula.

Η αρτηριοκοιλιακή επικοινωνία αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα. Σε επιλεγμένες σειρές η συχνότητα ποικίλει από 0.26% έως 0.40% των συγγενών καρδιακών ανωμαλιών. Αιτιολογικά στοιχεία της νόσου είναι συγγενή ενώ πιο σπάνια μπορεί να προϋπάρχει τραύμα στον θώρακα ή επιπλοκή μετά από αγγειοπλαστική. Παραμένει μεμονωμένη κλινική οντότητα σε μια κατά τα άλλα υγιή καρδιά. Η συμπτωματολογία της νόσου περιλαμβάνει δύσπνοια, στηθάγχη, κολπικές αρρυθμίες και σπάνια πνευμονική υπέρταση, ενώ η ένταση των συμπτωμάτων συσχετίζεται με τον αριθμό των επικοινωνιών. Θεραπευτικά μεγάλες επικοινωνίες χρήζουν θεραπεία με διακαθετηριακό εμβολισμό ή χειρουργική επιδιόρθωση.

Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά λόγω εξάλειψης των συμπτωμάτων του με έντονη αντισταθαιτική αγωγή.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 5**Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με αντίσταση στα διουρητικά και συνοδό υπονατρίαμία****Νταβέλης Χ., Καραβίδας Αη., Πυργάκης Βλ.***Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Γ. Γεννηματάς"***Γενικά**

Αν και δεν υπάρχει σαφής ορισμός για την αντίσταση στα διουρητικά, η αντίσταση στα διουρητικά είναι μία κλινική κατάσταση που ορίζεται ως παραμένουσα συμφόρηση παρά τις αυξημένες δόσεις διουρητικών. Συναντάται στους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αποτελεί μια θεραπευτική πρόκληση για τους ιατρούς.

Παρουσίαση περιστατικού

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός ασθενή άρρενος με καρδιακή ανεπάρκεια ο οποίος εισήχθη λόγω επιδεινούμενης δύσπνοιας, αδυναμίας, κόπωσης τις τελευταίες ημέρες. Ο ασθενής έπασχε από καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αιτιολογίας, μόνιμη κοιλιακή μαρμαρυγή, έφερε εμφυτευμένο καρδιομετατροπέα απινιδωτή και κατά την προσέλευση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ήταν σε NYHA class III. Από την αντικειμενική εξέταση ο ασθενής παρουσίασε οιδήματα κάτω άκρων, συμφόρηση πνευμόνων στις βάσεις άμφω, ταχυκαρδία και μειωμένη πίεση οξυγόνου στα αέρια αίματος.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν αυξημένες τιμές κρεατινίνης, υποκαλιαιμία, υπονατρίαμία, αυξημένες τιμές BNP, και ενζυμική κίνηση τροπονίνης. Ο ασθενής βρισκόταν σε αγωγή με α-ΜΕΑ, β-αναστολέα, φουροσεμίδη, σπειρονολακτόνη, ασπιρίνη, δακτυλίτιδα. Προ 2-ημέρου με άπαξ λήψη μετολαζόνης από του στόματος είχε διούρηση περίπου 4 ltr το 24-ωρο. Με την εισαγωγή ο ασθενής ετέθη σε περιορισμό υγρών και άλατος, του χορηγήθηκε ενδοφλέβια φουροσεμίδη στην ίδια δόση που ελάμβανε από του στόματος κατ' οίκον. Παρατηρήθηκε σαφή ανταπόκριση με αύξηση της διούρησης και μείωση της δύσπνοιας όμως με επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και επιμονή της υπονατρίαμίας. Επόμενο βήμα στην θεραπευτική αγωγή ήταν η χορήγηση ντοπαμίνης ενδοφλέβια σε διουρητική δόση και η προσθήκη υπέρτονου διαλύματος Na σε χαμηλές δοσολογίες με πολύ καλά αποτελέσματα. Σταδιακά έγινε αλλαγή της ενδοφλέβιας αγωγής σε p.os χορήγηση των φαρμάκων, με τον ασθενή να παραμένει σε βελτιωμένη κατάσταση κλινικά και εργαστηριακά.

Συμπέρασμα

Η αντίσταση στα διουρητικά με συνοδό επιμένουσα υπονατρίαμία, είναι μία δύσκολη κλινική κατάσταση για τους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και μία πρόκληση για τους ιατρούς η οποία χρήζει καλή κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών για την εμπειρισταωμένη αντιμετώπισή της.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 6

Παρατεινόμενο προκάρδιο άλγος

Α.Θεοδόσης-Γεωργιάδης, Α. Δεστούνης, Γ. Νικήτας, Π. Ζάχος, Κ. Εγγλεζόπουλος, Χ. Τουντάς, Σ. Χαντανής, Σ. Φούσσας, Δ. Μπελντεκός

*Κέντρο Εκπαίδευσης Υπερηχοκαρδιογραφίας, Καρδιολογική Κλινική,
Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς*

Πρόκειται για ασθενή 49 ετών καπνιστή με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό, ατομικό ιστορικό περικαρδίτιδας και νοσηλεία προ 20ετίας, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, ο οποίος παρουσιάζεται στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας αιτιώμενος οπισθοστερνικό άλγος και συνοδό δύσπνοια από 2ώρου. Από διμήνου αναφέρει εύκολη κόπωση ενώ δεν αναφέρει εμπύρετο. Κατά την αντικειμενική εξέταση παρουσιάζει ευκρινείς καρδιακούς ήχους S1 S2 ταχείς, χωρίς υγρούς εκ του αναπνευστικού ψιθυρίσματος, ήπια οιδηματα κάτω άκρων, ΑΠ 110/70mmHg, ΗΚΓικώς φλεβοκομβικό ρυθμό με αραιές εκτακτες κοιλιακές συστολές.

Κατά την υπερηχογραφική μελέτη στα ΤΕΠ παρουσιάζει: ευμεγέθη συμπαγή μάζα ιδίως περι των δεξιών κοιλοτήτων με διάταση της κάτω κοίλης φλέβας χωρίς αναπνευστική διακύμανση αυτής και μείωση του κύματος E της διαμυτροειδικής ροής >25% κατά την εισπνοή (ενδείξεις συμπίεσης), αριστερή κοιλία με ικανοποιητική συσπαστικότητα ενώ και η CT θώρακος επιβεβαιώνει την παρουσία συμπαγούς μάζας περί των δεξιών κοιλοτήτων περί τα 3,5cm. Κατά την εισαγωγή εις ΜΕΠ ο ασθενής παρουσιάζει προληποθυμικό επεισόδιο με πτώση της ΑΠ 50/30mmHg και σε εκ νεου U/S καρδιάς διαπιστώνεται συμπίεση των δεξιών κοιλοτήτων και εξάλειψη της κοιλότητας της δεξιάς κοιλίας. Ο ασθενής βελτιώθηκε με χορήγηση υγρών. Μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς υποβλήθηκε και σε διοισοφάγειο μελέτη που επιβεβαιώνεται η παρουσία ηχοδιαυγαστικής περιοχής περί της δεξιάς κοιλότητας με διαφραγμάτια που πιθανά παριστά εγκυστωμένη περικαρδιακή συλλογή. Κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο υποβλήθηκε σε MRI καρδιάς όπου και διαπιστώθηκε εγκυστωμένη περικαρδιακή συλλογή κάτωθεν και έμπροσθεν της δεξιάς κοιλίας διαστάσεων 3×7 mm με ενδιάμεση ένταση σήματος, στοιχεία ινικής και χρονιότητας και χωρίς ευρήματα αιμοδυναμικής επιβάρυνσης. Η αριστερή κοιλία είναι αυξημένων διαστάσεων με αυξημένο πάχος τοιχωμάτων, διάχυτη υποκινησία και μέτρια επηρεασμένη συνολική συσπαστικότητα (KE=38%). Παράλληλα καταγράφεται διάχυτη ήπια αύξηση έντασης σήματος στο μυοκάρδιο της αριστερής κοιλίας εύρημα συμβατό με μη ειδικού τύπου μυοκαρδιοπάθεια. Λοιποί δείκτες ιολογικοί και καρκινικοί ήταν αρνητικοί. Ο ασθενής εξήλθε με ακετυλοσαλικυλικό οξύ, κορτιζόνη και συστάσεις για εκ νέου υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο.

Πρόκειται για ενδιαφέρον περιστατικό εγκυστωμένης περικαρδιακής συλλογής περί των δεξιών κοιλοτήτων που προκαλεί αιμοδυναμική επιβάρυνση στον ασθενή. Χαρακτηριστική εμφανίζεται η διαφοροποίηση των υπερηχοκαρδιογραφικών ευρημάτων (στην αρχική φάση) με τα μετέπειτα ευρήματα του διοισοφαγείου και της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς. Στην πρώιμη φάση κατά την εισαγωγή υπερηχογραφικά προσδιορίζεται ηχοδιαυγαστική συμπαγή μάζα περί των δεξιών κοιλοτήτων, ενώ 48 ώρες μετά υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες και MRI καρδιάς καταγράφουν την παρουσία εγκυστωμένης περικαρδιακής συλλογής με διαφραγμάτια ενώ διαπιστώνεται και έκπτωση της συστολικής απόδοσης της αριστερής κοιλίας με διάχυτη υποκινησία τοιχωμάτων. Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει την παρουσία αιματώματος - θρόμβου με αυτόματα λύση αυτού, την εγκυστωμένη περικαρδίτιδα αγνώστου αιτιολογίας καθώς και τη μυοπερικαρδίτιδα (λόγω μυοκαρδιοπάθειας μη ειδικού τύπου όπως καταγράφεται στην MRI).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 7

N. Ebstein σε υπερήλικα ασθενή

Κόγιας Ιωάννης, Τσατίρης Κων/νος, Πλακιάς Στέφανος

Καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Παρουσιάζεται η περίπτωση υπερήλικα ασθενή (προχωρημένη τρίτη ηλικία), στην οποία πρωτοδιαγνώσθηκε η νόσος Ebstein.

Ασθενής ηλικίας 85 ετών, μεταφέρεται στο Νοσοκομείο από τους οικείους της λόγω καταβολής, υπνηλίας, δύσπνοιας. Η ασθενής είχε ιστορικό χρόνιας κοιλιακής μαρμαρυγής, μονίμου βηματοδότη > 15έτη, παλαιού ΑΕΕ με συνοδό αριστερά ημιπάρεση υπό αγωγή με νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά. Ασθενής μη αυτοεξυπηρετούμενη, κατά το πλείστον κλινήρης. Εκ της αντικειμενικής εξέτασης η ασθενής εμφανίζεται υπνηλική, με συνοδό δύσπνοια και ταχύπνοια. Ο κορεσμός του αρτηριακού αίματος σε O₂ στον ατμοσφαιρικό αέρα είναι 80%. Παρουσιάζει διάταση σφαγιτίδων, οιδήματα κάτω άκρων με υπεροχή αυτών στο παρρητικό κάτω άκρο.

Το ΗΚΓ παρουσιάζει βηματοδοτικό ρυθμό επί εδάφους χρόνιας κοιλιακής μαρμαρυγής.

Η ακτινογραφία θώρακα πλήν της καρδιομεγαλίας εμφανίζει πλευριτική συλλογή δεξιά και εμψυσηματικές αλλοιώσεις των πνευμόνων.



Εικόνα 2

Εκ της ηχοκαρδιογραφικής μελέτης της καρδιάς διαπιστούται διάταση της δεξιάς κοιλίας με έκπτωση της συστολικής απόδοσης αυτής και την χαρακτηριστική κορυφαία μετατόπιση της πρόσφυσης της πρόσθιας και διαφραγματικής γλωχίνας της τριγλώχινας, που απαντάται στην ν. Ebstein (εικ. 1). Σημειούται η κοιλιοποίηση του εγγύς τμήματος της δεξιάς κοιλίας και η αυξημένη δοκίδωση της κορυφής αυτής (εικ. 2). Δεν διαπιστούται παθολογική επικοινωνία μεταξύ δεξιών – αριστερών κοιλοτήτων.

Η ασθενής εισήχθη στην κλινική προς περαιτέρω αντιμετώπιση.

Η ν. Ebstein, αν και αποτελεί λιγότερο του 1% των συγγενών καρδιοπάθειών στους ενήλικες, εντούτοις ανάλογα με την βαρύτητά της, η επιβίωση μπορεί να ξεπεράσει την 8η δεκαετία της ζωής.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 8**Πλατογιάννης Δ., Νικολούλης Ν.***Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων*

Άρρεν ασθενής, 58 ετών, με ιστορικό καπνίσματος, στεφανιαίας νόσου (ΠΕΜ) και γνωστής ηπατίτιδας Β, προσεκομίσθη στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας άσφυγμος, άπνοος και με ισοηλεκτρική γραμμή στο ΗΚΓ του. Από τους συνοδούς αναφέρεται ότι βρέθηκε έτσι στην οικία του.

Ξεκίνησε ΚΑΡΠΑ, διασωληνώθηκε και μετά από περίπου 10 λεπτά ο ασθενής ανέληψε σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Λόγω χαμηλής ΑΠ ετέθη σε ινóτροπα. Από την κλινική εξέταση δεν υπήρχαν ιδιαίτερα ευρήματα. Το υπερηχογράφημα καρδιάς έδειξε καλό κλάσμα εξώθησης, χωρίς υποκινησίες ή σοβαρές βαλβιδοπάθειες. Έγινε CT εγκεφάλου, θώρακα και κοιλίας. Το μοναδικό παθολογικό εύρημα ήταν μία ακτινωτή μάζα μαλακών μορίων στον κάτω λοβό του αριστερού πνεύμονα (τυχαίο εύρημα, πιθαν. Ca).

Λόγω των αρνητικών ευρημάτων των αξονικών και του ιστορικού ΠΕΜ, αποφασίστηκε να γίνει στεφανιογραφικός έλεγχος. Ο ασθενής οδηγήθηκε διασωληνωμένος στο αιμοδυναμικό εργαστήριο και η πρώτη λήψη στο αριστερό στεφανιαίο σύστημα ανέδειξε διακοπή της αιμάτωσης στο εγγύς τμήμα της περισπωμένης. Στη δεύτερη έγχυση σκιαστικού υπήρξε μια καλύτερη αιμάτωση της περισπωμένης, ενώ το κώλυμα έδειξε να αίρεται. Στην Τρίτη έγχυση σκιαστικού η αιμάτωση είχε αποκατασταθεί πλήρως (TIMI III ροή). (σπασμός;)

Ο ασθενής οδηγήθηκε στη στεφανιαία μονάδα, ενώ άρχισε να βγαίνει από το shock και διεκόπησαν τα ινóτροπα. Έξι ώρες μετά παρουσίασε ανασπάσεις στο πρόσθιο-πλάγιο τοίχωμα και κοιλιακή μαρμαρυγή. Απινιδώθηκε επιτυχώς σε SR με αυτόματη ύφεση των ανασπάσεων. Προσετέθησαν διηλεκτρικά και νιτρώδη στην αγωγή για αποφυγή του πιθανού σπασμού.

Συζήτηση:

Καταστάσεις όπως η καρδιακή ανακοπή και η οξέωση είναι δυνατόν να προκαλέσουν σπασμό των στεφανιαίων, όπως επίσης και ο ίδιος ο σπασμός είναι δυνατόν να προκαλέσει επικίνδυνες κοιλιακές ταχυκαρδίες και ασυστολία.



Περιλήψεις Αρρυθμιολογίας

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 1**Περίπτωση ασθενούς με ιδιοπαθή κακοήθη κοιλιακή αρρυθμία****Χατζηνικολάου-Κοτσάκου Ελένη, Κωνσταντινίδου Μελάνια, Ρέππας Ευάγγελος***Κλινική "Άγιος Λουκάς" - Θεσσαλονίκη*

Άρρεν ασθενής ηλικίας 34 ετών, χωρίς γνωστό καρδιολογικό νόσημα, χωρίς συμπτωματολογία εμφανίζει στα πλαίσια προεγχειρητικού ελέγχου για ορθοπεδικό χειρουργείο κοιλιακή εκτακτοσυστολική αρρυθμία, με μορφολογία αποκλεισμού αριστερού σκέλους και φυσιολογικό άξονα. Εκ της κλινικής και βασικής εργαστηριακής εξέτασης δεν διαπιστώνεται τίποτα παθολογικό. Εκ του υπερηχοκαρδιογραφικού ελέγχου δεν διαπιστώνεται τίποτα παθολογικό. Παλαιότερα ηλεκτροκαρδιογράφημα προ 4ετίας και προ 6μηνου δεν παρουσίαζαν αρρυθμία.

Μια εβδομάδα μετά την επέμβαση παρουσιάζει επεισόδιο συγκοπτικό και καταγράφονται ριπές μη εμμένουσας πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας. Υποβάλλεται σε ραδιοσοτοπική δοκιμασία κόπωσης και κατά τη διάρκεια της κόπωσης, στο πρώτο λεπτό εμφανίζει πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία-κοιλιακή μαρμαρυγή απινιδώνεται -διασωληνώνεται και μεταφέρεται στην κλινική μας. Παρουσιάζει επανειλημμένα επεισόδια πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά τις πρώτες ώρες της νοσηλείας. Υπερηχογραφικός έλεγχος διαθωρακικός και διοισοφάγειος αρνητικός. Αρνητικός στεφανιογραφικός έλεγχος. Αρνητική μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

Επρόκειτο για αρρυθμία μορφολογικά προερχόμενη από τον χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας σε μη εμφανώς πάχουσα καρδιά. Οι ιδιοπαθείς αρρυθμίες του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας ως γνωστόν εάν εξελιχθούν - εξελίσσονται συνήθως σε μονόμορφες κοιλιακές ταχυκαρδίες με καλή σχετικά πρόγνωση. Είναι δυνατόν όμως να εξελιχθούν και σε πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες 15% της ιδιοπαθούς κοιλιακής μαρμαρυγής πυροδοτείται από πρώιμες κοιλιακές συστολές προερχόμενες από τον χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και ηλεκτροθερμική κατάλυση της εστίας προέλευσης των κοιλιακών πρώιμων συστολών, με πλήρη εξαφάνιση τους. Παρακολούθηση με loop recorder και αυστηρός τακτικός έλεγχος με περιπατητικό ηλεκτροκαρδιογράφημα δεν κατέγραψε αρρυθμική δραστηριότητα εδώ και περίπου 5 έτη.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 2

Κατάλυση διαφραγματικών παραπληρωματικών δεματίων σε νέους ασθενείς

Βλάχος Κωνσταντίνος, Ξυδώνας Σωτήριος, Λέτσας Κωνσταντίνος

Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Περιγράφονται δύο περιπτώσεις κατάλυσης προσθιοδιαφραγματικών δεματίων (parahisian) σε νέους ασθενείς με συμπτωματική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Η κατάλυση των συγκεκριμένων δεματίων σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση κολληκοιλιακού αποκλεισμού. Τα ηλεκτροκαρδιογραφικά και ηλεκτροφυσιολογικά χαρακτηριστικά των προσθιοδιαφραγματικών δεματίων καθώς και η ασφαλής κατάλυσή τους αναλύονται διεξοδικά.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 3

Πολύμορφη ταχυκαρδία σε νεαρή γυναίκα κατά την άσκηση

Ίσερης Αθανάσιος, Γκόγκας Γεράσιμος, Νινιός Βλάσσιος, Λυσίτσας Δημήτριος

Ηλεκτροφυσιολογικό Τμήμα, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Ασθενής, θηλυκού γένους, 42 ετών, χωρίς προηγούμενο καρδιολογικό ιστορικό αναφέρει συχνά επεισόδια αισθήματος παλμών στην κόπωση. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας είναι εντός φυσιολογικών ορίων. Το υπερηχογράφημα καρδιάς δεν παρουσίασε παθολογικά ευρήματα. Λόγω της συσχέτισης των συμπτωμάτων με την άσκηση, προγραμματίστηκε δοκιμασία κοπώσεως κατά την διάρκεια της οποίας εμφάνισε διαδοχικά πολύμορφες κοιλιακές έκτακτες συστολές και πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία με αιμοδυναμική κατάρριψη η οποία ανατάχθηκε αυτόματα.

Περαιτέρω έλεγχος (στεφανιογραφία, μαγνητική τομογραφία, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη) δεν ανέδειξε δομική καρδιοπάθεια/αρρυθμιολόγο υπόστρωμα ενώ υπό θεραπεία με β-αναστολέα (προπρανολόλη 40 mg x 4) δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της ταχυκαρδίας σε δοκιμασία κοπώσεως και στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη. Περαιτέρω γενετικός έλεγχος επιβεβαίωσε μετάλλαξη συσχετιζόμενη με κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία. Η ασθενής δεν ανέχεται την θεραπεία με β-αναστολέα λόγω βραδυκαρδίας και ληθαργικότητας αλλά και λόγω υπερβολικού stress από την αναγκαιότητα λήψης των φαρμάκων και της αυστηρής συμμόρφωσης σε συνδυασμό με το απαιτητικό επαγγελματικό της περιβάλλον. Αυτό οδήγησε στην λήψη απόφασης εμφύτευσης αυτόματου απινιδωτή και συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής υπό στενή παρακολούθηση.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 4**Κοιλιακή ταχυκαρδία ως πρώτη κλινική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου**

Γκίνος Χ., Κουτουλάκης Ε., Καραμήτρος Ι., Φλώρος Σ., Κωνσταντίνου Κ., Καραϊσκού Ο., Καληπάκος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, 401 ΓΣΝΑ

Ασθενής 50 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω επεισοδίων αισθήματος παλμών, εύκολης κόπωσης και δύσπνοιας προσπαθείας.

Ο αρχικός έλεγχος με ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα αλλά κατά τη διάρκεια δοκιμασίας κόπωσης ο ασθενής παρουσίασε εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία, η οποία ήταν αιμοδυναμικά σημαντική και την οποία ο ασθενής αναγνώρισε ως το κλινικό του σύμπτωμα.

Ο έλεγχος με στεφανιαία αρτηριογραφία έδειξε νόσο δύο αγγείων και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς όπως και το σπινθηρογράφημα καρδιάς ήταν ενδεικτικά ύπαρξης ουλής στο βασικό τμήμα του κατωτέρου τοιχώματος.

Στον ασθενή εμφυτεύτηκε ένας διπλοεστιακός βηματοδότης-απινιδωτής για την πρόληψη αιφνιδίου θανάτου.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 5

Κατσάρας Δ., Λευθεριώτης Δ.

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Αττικόν"

Πρόκειται για ασθενή 70 ετών, η οποία είχε υποβληθεί σε χημειοθεραπεία στα πλαίσια αντιμετώπισης αδενοκαρκινώματος μαστού. Έτη αργότερα η ασθενής υπέστη αποτραπέντα αιφνίδιο καρδιακό θάνατο σε έδαφος μυοκαρδιοπάθειας από χημειοθεραπευτικά. Υποβλήθηκε σε εμφύτευση απινιδιστή και έκτοτε έχει αρκετές νοσηλείες λόγω εκφορτίσεων απινιδωτή στα πλαίσια διαφόρων εκλυτικών αιτιών (επιδείνωση λειτουργικού σταδίου καρδιακής ανεπάρκειας, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχή θυρεοειδικών ορμονών). Είχαν δοκιμαστεί διάφοροι πιθανοί συνδυασμοί αντιαρρυθμικών έως ότου υποβλήθηκε σε ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 6

Σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου: Δυνητικά επικίνδυνο αυτοτελώς ή μέσω συνοσηροτήτων;

Μάργος Παναγιώτης, Μαριόλης Μιχάλης, Κρανίδης Αθανάσιος

Α Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά "Άγιος Παντελεήμων"

Το σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου με τις γνωστές και διακριτές ηλεκτροκαρδιογραφικές μορφές του, οδηγεί συνήθως στην ένδειξη εμφύτευσης βηματοδότη, με κριτήριο κυρίως τη συμπτωματολογία του ασθενούς. Η συσκευή στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αφού ο κίνδυνος αιφνιδίου θεωρείται πολύ μικρός. Επίσης, είναι γνωστό πως η νόσος αυτή στη φυσική της πορεία σχετίζεται της και με πιθανότητα εμφάνισης κολποκοιλιακού αποκλεισμού, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολής.

Περιγράψουμε την περίπτωση ασθενούς (γυναίκα 77 ετών) με οργανική καρδιοπάθεια και γνωστές διαταραχές ρυθμού υπό φαρμακευτική αγωγή (β-αποκλειστής, δακτυλίτιδα), η οποία εισήχθη στην κλινική μας λόγω συγκοπτικού επεισοδίου. Ακολούθησε απρόσμενη κλινική εξέλιξη, η οποία οδήγησε στην εσπευσμένη εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 7

Ατυχηματική βηματοδότηση από το στεφανιαίο κόλπο σε ασθενή με κολποκοιλιακό αποκλεισμό

Παπακωνσταντίνου Δ., Παπαζαχαρίου Σ., Παπαστεφάνου Σ., Αφθονίδης Ν., Τσούνος Ι.

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος

Ασθενής 71 ετών διακομίσθηκε από επαρχιακό νοσοκομείο προς διερεύνηση επεισοδίων ασταθούς στηθάγχης και διαλείπωντος κολποκοιλιακού αποκλεισμού 2 προς 1 (Mobitz II). Στο ιατρικό του ιστορικό περιλαμβάνεται στεφανιαία νόσος και αγγειοπλαστική της περισπωμένης αρτηρίας προ 4 μηνών.

Κατά τη νοσηλεία του στην κλινική μας τοποθετήθηκε μόνιμος καρδιακός βηματοδότης VDDR αφού προηγουμένως αποκλείσθηκε η ισχαιμία ως αίτιο του κολποκοιλιακού αποκλεισμού με διενέργεια στεφανιογραφίας.

Στον καθορισμένο μηνιαίο έλεγχο διαπιστώθηκε κολπική αντί κοιλιακής βηματοδότησης ενώ στον ακτινολογικό έλεγχο, σε profil προβολή, το βηματοδοτικό ηλεκτρόδιο βρέθηκε στο στεφανιαίο κόλπο αντί της κορυφής της δεξιάς κοιλίας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 8**Παράταση QT διαστήματος και εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας λόγω χρήσης φαρμάκων σε ασθενή με νεοπλασματικές μεταστατικές εστίες στον εγκέφαλο****Σκέμπερης Βασίλης, Σωτηριάδου Μελίνα, Φωτογλίδης Αθανάσιος, Φραγκάκης Νίκος, Βασιλικός Βασίλης***Γ' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

Η ασθενής προσήλθε σε ημέρα Γενικής εφημερίας λόγω εμπυρέτου από 3ημέρου με συνοδό αδυναμία και καταβολή από 1,5 μήνα. Υπερηχοκαρδιογραφικά διαπιστώθηκε πρωτοδιαγνωσθείσα Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΕΦ 25-30%). Εισήχθη στην Κλινική προς διερεύνηση και τέθηκε σε TAMIFLU.

Την 3η ημέρα νοσηλείας της παρουσίασε επεισόδιο απώλειας συνείδησης. Από το ΗΚΓ διαπιστώθηκε κοιλιακή ταχυκαρδία η οποία αναστάχθηκε ηλεκτρικά.

Τέθηκε σε αντιαρρυθμική αγωγή με αμιωδαρόνη και ακολούθησε CT εγκεφάλου και MRI εγκεφάλου. Ακολούθησε Νευρολογική εκτίμηση και τέθηκε σε ΦΑ λόγω μεταστατικών εστιών εγκεφάλου (στέλεχος).

Κατά την νοσηλεία της στην ΜΕΠ εμφάνισε αρκετά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας -πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας, ηλεκτρική θύελλα R on T, παράταση QT και αντιμετωπίστηκε με προσωρινή βηματοδότηση και εσμοδόλη με πλήρη ύφεση των επεισοδίων. Λόγω παράτασης σημαντικής του QT διεκόπη το TAMIFLU και το VEMURAFENIB. Συνεχίστηκε η νοσηλεία της ανεπίπλεκτα υπό μεξιλετίνη και σταδιακά βραχύνθηκε το QT. Η ασθενής διακομίστηκε στο Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης προς έναρξη ακτινοθεραπειών εγκεφάλου.



Περιλήψεις
Απεικονιστικής Καρδιολογίας

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 1**Σύνδρομο εμβολισμού με κρυστάλλους χοληστερόλης
(Blue toe syndrome)****Βλασερός Ι., Μανάκος Κ., Φερέτου Κ., Καλλιικάζαρος Ι.***Καρδιολογική Τμήμα Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Πρόκειται για 72 χρονών ασθενή ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω δύσπνοιας, αδυναμίας, απώλειας βάρους, αναιμίας (Hct = 25 %). Ο ασθενής είχε πρόσφατες νοσηλείες για πιθανό σύνδρομο Dressler μετά από CABG και αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας. Υπήρξε υποψία ενδοκαρδίτιδας για την οποία και νοσηλεύθηκε. Στο ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς περιλαμβάνονται: CABG (LIMA σε LAD, SVG προς OM1, και SVG σε RCA) και αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, Αρτηριακή Υπέρταση ινσουλίνο – εξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Υπερηχογραφική μελέτη, η οποία είχε πραγματοποιηθεί στην προηγούμενη νοσηλεία του έδειξε φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης και υποψία αλλά με χωρίς στοιχεία ενδοκαρδίτιδας. Κατά τη νοσηλεία του, θέσαμε iv διουρητικά και νιτρώδη λόγω των υπερτασικών επεισοδίων και της δύσπνοιας, βρογχοδιασταλτικά καθώς και αντιβιοτική θεραπεία λόγω πυρετικής κίνησης έως 38,9 C°. Διενεργήθηκε τρισιδιάστατο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα (3DTEE) ώστε να αποκλειστεί η ενδοκαρδίτιδα. Στο 3DTEE δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα συμβατά με ενδοκαρδίτιδα αλλά εντός της θωρακικής σε απόσταση 35 cm από τον φραγμό των οδόντων διαπιστώθηκε ελκώδης αθηρωματική πλάκα με στοιχεία θρόμβου και ινικής. Όλες οι καλλιέργειες αίματος ήταν αρνητικές. Επίσης διενεργήθηκε triplex αγγείων των κάτω άκρων λόγω σημειολογίας περιφερικής ισχαιμίας, αν και οι περιφερικές σφίξεις ήταν ψηλαφητές. Τα δάχτυλα των ποδιών παρουσίασαν μπλε χρώμα με δικτυωτή πελίνδωση. Το triplex έδειξε φυσιολογικά τα μεγάλα αγγεία των περιφερικών άκρων. Τέθηκε έτσι η υποψία για το blue toe σύνδρομο (εμβολισμός με κρυστάλλους χοληστερόλης). Ετέθη προστακυκλίνη iv, για περιφερική αγγειοδιαστολή, κορτικοστεροειδή iv για τον περιορισμό της διάχυτης αγγειακής φλεγμονής. Για την οξεία νεφρική ανεπάρκεια απαιτήθηκαν δύο συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Λόγω παρατεταμένης και επίμονης αναιμίας διενεργήθηκε βιοψία μυελού των οστών, καθώς και μεταγγίσεις και ετέθη σε ερυθροποιητίνη. Για τη φροντίδα του συνεστήθησαν πλύσεις με Ποβιδόνη - ιώδιο. Προκλήθηκε μείωση της TSH και αύξηση της FT3, FT4, με ταυτόχρονη διακοπή του betadine και ετέθη καρβιμαζόλη. Λόγω του πόνου των κάτω άκρων προστέθηκε τραμαδόλη και παρακεταμόλη. Δεν πραγματοποιήθηκε βιοψία δέρματος ή νεφρών, λόγω της ευθραυστότητας του ασθενούς. Αποτελέσματα Ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση και εξήλθε ασυμπτωματικός και αιμοδυναμικά σταθερός.

Συμπεράσματα: Blue toe syndrome

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 2

Συνδυασμός ισθμικής στένωσης της αορτής και μη συμπαγούς μυοκαρδίου

Μπόνου Μαρία, Τζάνης Γεώργιος, Μπαρμπετσέας Γιάννης

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Λαϊκό"

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 33 ετών η οποία προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω λιποθυμικού επεισοδίου, ενώ 3 ημέρες πριν ανέφερε προληποθυμικό επεισόδιο. Στο ατομικό της ιστορικό ανέφερε στένωση του ισθμού της αορτής για την οποία είχε υποβληθεί σε αγγειοπλαστική σε ηλικία 19 ετών. Στο ΗΚΓ δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα, ενώ στο ηχοκαρδιογράφημα απεικονίστηκε σπογγώδες μυοκάρδιο στην κοιλότητα της αριστερής κοιλίας με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης 38%. Συζητείται η διαγνωστική προσπέλαση, η θεραπευτική αντιμετώπιση και η πρόγνωση αυτής της μυοκαρδιοπάθειας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 3

Κεραυνοβόλος Μυοκαρδίτις με συνοδό Ηωσινοφιλία

Μπάκα Ν., Δούρας Α., Αδαμόπουλος Σ.

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Νοσοκομείου Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Εισαγωγή:

Περιγράφεται η περίπτωση μιας νεαρούς ασθενούς, που εμφάνισε Κεραυνοβόλο Μυοκαρδίτιδα. Στην εξέταση του περιφερικού αίματος, παρουσίαζε Ηωσινοφιλία. Στην Βιοψία Μυοκαρδίου, που ακολούθησε, επίσης διαπιστώθηκε έντονη διήθηση από Ηωσινόφιλα- εικόνα συμβατή με «Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα». Η ασθενής είχε πλήρη ίαση. Επισημαίνεται η ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης της «Κεραυνοβόλου Μυοκαρδίτιδος» και συζητείται η Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα.

Περιγραφή της περίπτωσης

Πρόκειται για έφηβη, ηλ. 16,5 ετ. που προσήλθε στο ΤΕΠ, λόγω επεισοδίου ζάλης-λιποθυμίας μετά από ούρηση, το πρωί της ίδιας ημέρας. Είχε προηγηθεί έντονο προκαρδίο άλγος διάρκειας περί τα 30 min με αντανάκλαση στην πλάτη, επιδεινούμενο με την βαθειά εισπνοή. Παρόμοιο επεισόδιο προκαρδίου άλγους ανέφερε το βράδυ της προηγούμενης ημέρας. Δεν αναφέρθηκε εμπύρετο νόσημα τις προηγούμενες ημέρες.

Κλινική εξέταση= ουδέν το παθολογικό, απύρετη, ΑΠ= 105/60. ΚΣ=80. Ατομικό αναμνηστικό= Ελεύθερο. ΗΚΓ. Εκτροπή άξονα (LPH)- Ηπιες διαταραχές επαναπόλωσης.

Εργαστηριακός Έλεγχος :Γενική αίματος Ht=36,5 Hb=12 Ερ=4,41, Αιμοπετάλια=202, Λ=9300. Ουδ=65.5%, Λεμφ=17,2%, Μεγάλα Μονοπ=11% Ηωσ=6.1%, =570/mm³(ΦΤ=40-600), ανώτερα φυσιολογικά Βιοχημικά Σ=80, Κρ=0,6, Ουρ=26, Κ=4, Να= 142 , CRP-hs= 6,17mg/dl(0-5), CPK=170, CPK-MB=27(0-24), Tnl= 3,2(>0,03) Ro- Θώρακος= κ.φ, ECHO Καρδιάς (1η ταχεία εκτίμηση προ της εισαγωγής). Φυσιολογικές διαστάσεις/ συσπαστικότητα/πάχος τοιχωμάτων. Μικρή ποσότητα περικαρδιακού υγρού στο ΟΤ.

Η ασθενής εισήχθη στην Καρδιολογική κλινική, υπό τηλεμετρία. Ετέθη σε 4ωρη θερμομέτρηση. Θεραπεία tb Salospir 325 mg X 2. tid +Γαστροπροστασία Εμφάνισε 1 πυρετικό κύμα (37,6ο C), το απόγευμα. Παρέμεινε ήρεμη. Το πρωί της 2ης ημέρας, εμφάνισε έντονο προκάρδιο άλγος και κλινική επιδείνωση με τάση για έμετο, αδυναμία, ωχρότητα, ΑΠ:90/45 και μεταφέρθηκε στην Στεφανιαία Μονάδα. ΗΚΓ αμετάβλητο, ΚΣ~ 100.

Πραγματοποιήθηκε νέος ECHO Καρδιάς, που ήταν σαφώς παθολογικός(Εικ 1) Υπερτροφία τοιχωμάτων ΑΚ, χωρίς Διάταση (ΜΚΔ=12, ΟΤ=12,5 -ΤΔΔΑΚ=45). Κοκκιώδες(sparkling) μυοκάρδιο. Υποκινησία Πλάγιου & ΜΚΔ. Επηρεασμένη συστολική λειτουργία ΑΚ, ΚΕ~40% ΑΟ=20mm & Ακ= 26mm., Φυσιολογική διάμετρος Δεξ. Κ(19), Κκφ= Οριακή διάταση ΔΜΡ (Ε=51, Α=39, DT=120. e=6,Ε/ε<9, S=7). ΔΤΡ (Ε=38. e=11,Ε/ε<6, S=12. TAPSE=19). Μετρία ποσότης περικαρδιακού υγρού στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα και έμπροσθεν της ΔΚ, χωρίς σημεία επιπωματισμού.

Εργαστηριακός Έλεγχος 2η Η Γεν. αίματος: Λ=18700/Ουδ=68%, Ηωσ=4,4% Αποη=820/mm³(ΦΤ 40-600) Σαφής Ηωσινοφιλία Tnl=5,63- CPK-MB=38, CRP-hs=26.19, Procalc=0,29(<0,5)

Ανοσολογικός/λοογικός έλεγχος:- IgG-IgA-IgM-IgE =κ.φ., RF, C3,C4= κ.φ.

-Τοxoplasma IgG- IgM=Αρνητικά, Rubella IgG- IgM= Αρνητικά CMV IgG= 89,60(0-12), EBV(anti-caps) IgG=335(<20) CMV IgM= 5, (αρνητ<18), EBV(anti-caps) IgM=10,(αρνητ<20)

Το βράδυ της 2ης ημέρας νοσηλείας, παρουσίασε σοβαρή κλινική επιδείνωση, που εκδηλώθηκε με δύσπνοια, αίσθημα αφανισμού, σύγχυση. Παρουσίαζε ωχρότητα, ήπια περιφερική κυάνωση , ψυχρά άκρα & ΑΠ=70/50,ΚΣ=105.ΗΚΓ αμετάβλητο. Echo όμοιος. Ετέθησαν i.v. φυσιολογικός ορός και διάλυμα Νοραδρεναλίνης. Η ασθενής, ευτυχώς, σταθεροποιήθηκε με Κλινική & ΑΙΜΔ βελτίωση(ΑΠ=100/70) και δεν χρειάστηκε Ενδοαορτική αντλία. Την επόμενη ημέρα διακομίσθηκε στο Ωνάσειο ΚΔΧ Κέντρο, για περαιτέρω έλεγχο.

Κλινικώς παρέμεινε σταθερή. Ο νέος Echo(6η ημέρα) ήταν παρόμοιος. ΚΕ~35%- ΜΚΔ=11,5mm, ΟΤΑΚ=11 mm, ΤΔΔΑΚ=45mm με κοκκιώδη απεικόνιση μυοκαρδίου-Μετρία ποσότητα περικαρδιακού υγρού στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα & έμπροσθεν της ΔΚ, χωρίς σημεία επιπωματισμού.

Διαπιστώθηκαν επιπλέον μικρές πλευριτικές συλλογές άμφω & οξεία συλλογή ασκτικού υγρού.

Εγινε RHC. Αο 105/94mmHg, RA 20/15/8mmHg, RV 31/16/21mmHg, PA 35/23/28mmHg
Εγινε Βιοψία Μυοκαρδίου. Μακροσκοπική Περιγραφή: 4 ερυθρόφαια ιστοτεμάχια διαμ.
0,1 εκ έκαστο Ιστολογική Διάγνωση: Το υλικό αφορά ιστοτεμάχια μυοκαρδίου καλυ-
πτόμενα εν μέρει από ενδοκάρδιο. Αναγνωρίζεται οξεία νεκρωτική, πωσινοφιλική μυο-
καρδίτιδα. Δεν αναγνωρίστηκαν στοιχεία ενεργού μυοκαρδίτιδος, αμυλοειδώσεως ή
σαρκοειδώσεως

PCR υλικού= Θετικό για HHV 6

Πλήρης απεικονιστικός έλεγχος με CT εγκεφάλου, θώρακος, άνω & κάτω κοιλίας =
Ουδέν το παθολογικό. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε προΐουσα Ηωσινο-
φιλία στο περιφερικό αίμα (max 10,3%, Απολ=800/mm³). Για αυτό εστάλη παρασιτο-
λογικός έλεγχος

Παρασιτολογικός έλεγχος: Κοπράνων (3 Δείγματα)= Αρνητικός

Ορού-Elisa (IgG): Trichinella = Αρνητικό, Echinococcus = Αρνητικό,

Toxocara = Αμφίβοιο (<0,9 Αρν./0,9-1,1 Αμφ./>1,1 Θετ.) Χορηγήθηκε θεραπεία με
Mebendazole 200mg Χ2, επί 5μερο- Ανεπαρκής για εκρίζωση του παρασίτου). Σημει-
ώνεται ότι η οικογένεια είχε 2 οικόσπιτους σκύλους

Η ασθενής επίσης ετέθη σε Καρβεδιλόλη 6,25mg Χ2 & Περινδροπρίλη 5mg 1/4 Χ1.
Παρουσίασε σταθερή βελτίωση και εξήλθε μετά 10μερο.

Ο Echo πρό της εξόδου ανέδειξε= Φυσιολογική λειτουργικότητα/διαστάσεις Κοιλιών,
μείωση πάχους τοιχωμάτων, ελάχιστο περικαρδιακό υγρό.

Το ΗΚΓ, αποκαταστάθηκε σχεδόν πλήρως (Φυσιολογικός άξων/Ηπιες αλλοιώσεις επα-
ναπόλησης σε I, aVL)

Η ασθ. υπεβλήθη επίσης σε CMR, 17 ημ. μετά την εισβολή, με τα εξής ευρήματα:

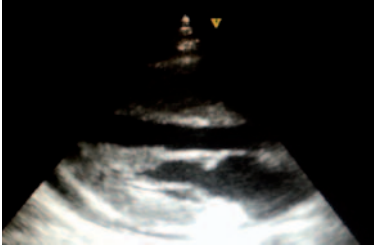
Φυσιολογικές Διαστάσεις/ Πάχος τοιχωμάτων (ΜΚΔ 6mm, ΟΤ 6mm)/ Ψυσπαστικότητα
Α.Κ Φυσιολογικές Διαστάσεις/Λειτουργικότητα Δ.Κ. Μικρή ποσότητα περικαρδιακού
υγρού. Κατά τις T2 ακολουθίες, παρατηρείται αυξημένη ένταση σήματος στην επικαρ-
διακή στιβάδα του βασικού κατωτέρου τοιχώματος της Α.Κ. Κατά τις καθυστερημένες
μετά την χορήγηση Γαδολίνιου παρεγχυματικές λήψεις (LGE) παρατηρείται γραμμοει-
δώς αυξημένη ένταση σήματος στη μεσοκαρδιακή στιβάδα του βασικού κατωτερο-
πλάγιου τοιχώματος, στην επικαρδιακή στιβάδα του βασικού κατωτέρου τοιχώματος
και σχεδόν διατοιχωματικά σε μικρή έκταση του βασικού προσθιοδιαφραγματικού τοι-
χώματος της Α.Κ Συμπέρασμα = Εικόνα συμβατή με οξεία φλεγμονώδη προσβολή του
μυοκαρδίου με συνοδό πιθανή προσβολή του περικαρδίου.

Σε επαναληπτική CMR, μετά 9 μήνες, στις λήψεις μετά χορήγηση Γαδολίνιου, απεικο-
νίσθηκε μικρότερης έκτασης ίνωσης στα ίδια τοιχώματα.

Στο follow up, 1 μήνα μετά παρέμεινε σταθερή και με φυσιολογικό Echo. (Εικ. 2) Ομοίως
στο 3μηνο follow up. Ο έλεγχος για αρρυθμίες μετά την έξοδο (Holter 15,30 & 60
H) Αρνητικός. Επίσης σε 90 Η CRP-hs=0,3mg/dl (<0,5). Γεν αίματος: Λ=7200- Ηωσ=7,7%,
Απολύτως=550/mm³ Ανώτερα φυσιολογικά. Αντισώματα Toxocara= Αμφίβοιο

Σταδιακά φυσιολογικοποιήθηκαν τα Ηωσινοφιλά (4 μήνες) και 6 μήνες μετά αρνητικοποιήθηκαν τα Αντισώματα για Toxocara (<0,8)

Η ασθ. παραμένει υγιής 20 μήνες μετά, και με φυσιολογικό Echo.



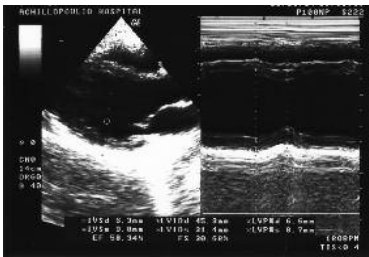
Εικόνα 1

Συμπεράσματα: Η ασθενής έπασχε από Κεραυνοβόλο Μυοκαρδίτιδα βάσει:

- 1) Βαρείας- ταχέως εξελισσόμενη κλινικής εικόνας
- 2) Echo: Υπερτροφία τοιχωμάτων ΑΚ, χωρίς διάταση αυτής και ελαφρά επηρεασμένο ΚΕ (Αναστρέψιμη).

Τα ευρήματα της Μυοκαρδιακής Βιοψίας, συνηγορούν για Ηωσινοφιλική Μυοκαρδίτιδα, χωρίς να μπορεί να εντοπισθεί η αιτία. Εν τούτοις το σύνολο των Κλινικοεργαστηριακών δεδομένων, η ανταπόκριση στην θεραπεία & η έκβαση, δεν συνηγορούν.

Η Μυοκαρδίτιδα μπορεί να προκλήθηκε από τον HHV 6 (Θετική PCR), που επίσης πιθανά πυροδότησε την Ηωσινοφιλική Διήθηση του Μυοκαρδίου (?). Η ήπια Ηωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα και το Αμφίβολο αποτέλεσμα της Elisa, μπορεί να αποδοθεί σε ασυμπτωματική παρασίτωση.



Εικόνα 2

Συμπεράσματα: Η Κεραυνοβόλος Μυοκαρδίτιδα, εμφανίζει βαρεία κλινική εικόνα και μπορεί να οδηγήσει ταχέως σε καταστροφικό αποτέλεσμα. Έχει όμως χαρακτηριστική Υπερχοκαρδιογραφική Εικόνα. Απαιτείται υψηλός Δείκτης Υποψίας, γιατί εάν οι ασθενείς υποστηριχθούν (Ινóτροπα Ενδοαορτική αντλία) έγκαιρα, έχουν εξαιρετική πρόγνωση(άμεση & απώτερη), πολύ καλύτερη από την κοινή μυοκαρδίτιδα.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 4

Εγγλεζόπουλος Κ., Χατζηγεωργίου Κ., Βασσάκη Μ., Χαντανής Σ.,
Θεοδόσης-Γεωργιάδης Αναστ., Μπελντέκος Δ., Φούσσας Στ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Ασθενής 46 ετών, δρομέας μεγάλων αποστάσεων εδώ και 11 έτη, διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε κωματώδη κατάσταση (κλίμακα Γλασκώβης 4/15). Κατά την πρώτη υπερηχογραφική εκτίμηση, η εμφανής διάταση της δεξιάς κοιλίας με επιπέδωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος καθώς και η παρουσία σχηματισμών εντός των καρδιακών κόλπων, οδήγησαν σε επείγουσα αξονική θώρακος με σκιαγραφικό η οποία ανέδειξε εκτεταμένη πνευμονική εμβολή. Η αξονική εγκεφάλου δεν παρουσίασε παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής μεταφέρθηκε διασωληνωμένος στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών όπου και θρομβολύθηκε. Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα που ακολούθησε αναδεικνύονται θρόμβοι να διέρχονται του μεσοκοιλιακού διαφράγματος δια μέσω του ωοειδούς τρήματος. Πρόκειται για ένα περιστατικό παράδοξης εμβολής, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται από επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου που ακολούθησαν τις επόμενες ημέρες. Στον έλεγχο θρομβοφιλίας, ο ασθενής ήταν ετεροζυγώτης της μετάλλαξης του γονιδίου της προθρομβίνης. Αν και για το γενικό πληθυσμό αποτελεί μέτριο παράγοντα κινδύνου για φλεβικές θρομβοεμβολές, στους αθλητές αντοχής οι οποίοι είναι μια ομάδα ασθενών αυξημένης επικινδυνότητας για τέτοιου είδους επεισόδια, η επίδρασή του μεγενθύνεται."

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 5

Οξεία αορτικά σύνδρομα: πέραν του κλασσικού διαχωρισμού...

Κωστάκη Π., Καραμπίνος Η.

Γ' Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

Άνδρας 75 ετών καπνιστής με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, αγγειοπληστική στον πρόσθιο κατιόντα, ανεπαρκώς ρυθμιζόμενη αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία, υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και β- αναστολέα, προσέρχεται για διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα μετά από διαπίστωση διάτασης ανιούσας αορτής 4,3 εκ. σε διαθωρακική μελέτη. Η διοισοφάγειος μελέτη κατέδειξε διατηρητέο έλκος θωρακικής αορτής. Ο ασθενής όντας ασυμπτωματικός αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ανεπίπλεκτα πορεία νόσου. Παρουσιάζονται εικόνες από επαναληπτική εξέταση με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα και MRA αορτής σε διαιτητική παρακολούθηση.

Άνδρας 78 ετών με μεταβολικό σύνδρομο, στεφανιαία νόσο και αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ 8 ετίας, προσέρχεται αιτιώμενος μεταγευματικά κοιλιακό άλγος με αντανάκλαση στη ράχη και εμέτους από ώρας. Κατά τη νοσηλεία ήταν αιμοδυναμικά σταθερός με φυσιολογικό ΗΚΓ, ακτινογραφία θώρακος, αρνητικά καρδιακά ένζυμα. Από το υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε συγκεντρική υπερτροφία τοιχωμάτων αριστερής κοιλίας με φυσιολογική συσταλτικότητα, ήπια ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδος και αθηρωμάτωση ανιούσας αορτής. Ακολούθησαν διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα και MRA αορτής που κατέδειξαν διατοιχωματικό αιμάτωμα αορτής. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με αυστηρό έλεγχο αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας, και παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός χωρίς νέα συμπτώματα κατά τη νοσηλεία του.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 6

Καρδιακή μάζα με πλούσια αιμάτωση. Ένα σπάνιο περιστατικό με ασυνήθη απεικόνιση

Πατριανάκος Α. Π., Τουλουπάκη Μ., Παρθενάκης Φ.

Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Ασθενής 59 ετών προσέρχεται λόγω αδυναμίας, κακουχίας, δύσπνοιας προσπάθειας και οιδημάτων κάτω ακρών από μηνός. Από το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό του δεν ανέφερε παθολογικές καταστάσεις.

Κατά τη κλινική εξέταση παρουσίαζε ΑΠ = 90 /50 mm hg χωρίς παράδοξο σφυγμό. Στην καρδιακή ακρόαση παρατηρείται, βυθιότητα καρδιακών τόνων ενώ στην η ακρόαση πνευμόνων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στο ΗΚΓ παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με χαμηλά δυναμικά και η Α/α Θώρακα απεικόνιζε αύξηση του ΚΘΔ χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα εκ του πνευμονικού παρεγχύματος.

Η επακολουθείσα CT θώρακα και κοιλίας ανέδειξε ενδοπερικαρδιακή και οπισθοπεριτοναϊκή μάζα.

Εζητηθη υπερηχοκαρδιογράφημα που κατέδειξε φυσιολογική σε μέγεθος, με συγκεντρική υπερτροφία των τοιχωμάτων της και σοβαρά επηρεασμένη συστολική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας με διάχυτη υποκινησία των τοιχωμάτων της.

Το ιδιαίτερο εύρημα πως ήταν η παρουσία ευμεγέθους υποηχωγενούς μάζας μέγιστου διαμέτρου 5 εκ. (στην κορυφή της αριστερής κοιλίας) που περιχειρίζει τόσο τις αριστερές όσο και τις δεξιές κοιλότητες και διηθεί το τοίχωμα αυτών. Παρουσιάζει πλούσια αιματική ροή με παρουσία τροφοδοτικών αγγείων εντός αυτής ενώ με την χορήγηση παραγόντων πχωαντιθεσεως παρατηρείται αφενός μεν πρόσληψη σκιαγραφικού εκ της μάζας και αφετέρου απεικονίζονται τροφοδοτικά αγγεία εκ της αριστερής κοιλίας προς την μάζα.

Ο ασθενής κατέληξε λόγω ανθεκτικού καρδιογενούς shock 48 ώρες μετρά. Θα συζητηθούν οι πιθανές διαγνώσεις καθώς και τα ιστολογικά ευρήματα εκ της οπισθοπεριτοναϊκής μάζας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 7

Laubry-Pezzi syndrome

Κωστάκου Π., Κωστόπουλος Β., Κουρής Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας "Θριάσιο"

Πρόκειται για έναν ασθενή 40 ετών που εισήχθη με εμπύρετο και διαγιγνώσθηκε με ενδοκαρδίτιδα λόγω στρεπτοκοκκικής λοίμωξης. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρει συγγενή μεσοκοιλιακή επικοινωνία, κάπνισμα και πρόσφατη λοίμωξη πνευμόνων. Κατά τη νοσηλεία του παρά την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή παρουσίασε αιμοδυναμική αστάθεια και εισήχθη στη Μονάδα Εμφραγμάτων. Η φυσική εξέταση ανέδειξε εμπύρετο, φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ολοσυστολικό και πρώιμο διαστολικό φύσημα, τρίζοντες ήχους στους πνεύμονες άμφω και ηπατομεγαλία. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα παρουσίασε διατεταμένη αριστερή κοιλία με επηρεασμένη συστολική λειτουργία (EF:45-50%), σοβαρή ανεπάρκεια αορτής και καταστροφή της βαλβίδας λόγω ενδοκαρδίτιδας, μεσοκοιλιακή επικοινωνία μεμβρανώδους τύπου, μέτρια ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας και πνευμονική υπέρταση, ευρήματα που επιβεβαιώθηκαν και με το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα. Λόγω αναιμίας (Ht:21%, Hb:6,7 g/dl) ο ασθενής μεταγγίσθηκε με 4 μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Αποφασίσθηκε χειρουργική αντιμετώπιση, ο στεφανιογραφικός έλεγχος ανέδειξε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία αλλά η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε λόγω δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και περαιτέρω έκπτωσης της συστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Δυστυχώς, ο ασθενής κατέληξε πριν το χειρουργείο.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 8

Takotsubo μυοκαρδιοπάθεια με ισχαιμικό ΑΕΕ

Μητσιάδης Σ., Λάκκας Λ., Νάκας Γ., Αργύρη Ο., Παππάς Κ., Κατσούρας Χ., Μιχάλης Λ.

Β΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πρόκειται για ασθενή γυναίκα, ηλικίας 66 ετών, με ΑΑ δυσλιπιδαιμίας η οποία διακομίσθη στο ΠΓΝ Ιωαννίνων από Γενικό νοσοκομείο με STEMI πλάγιου τοιχώματος θρομβολυθέν. Η ασθενής κατά την εισαγωγή της παρουσίαζε ήπιο οπισθοστερνικό άλγος, χωρίς λοιπά ευρήματα από την κλινική εξέταση. Ηλεκτροκαρδιογραφικά παρατηρήθηκαν ανασπάσεις ST με το κοίλο προς τα πάνω. Η ασθενής υπεβλήθη σε άμεσο στεφανιογραφικό έλεγχο ο οποίος ανέδειξε εκτατικά στεφανιαία αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις.

Από τον υπέρηχο καρδιάς διεπιστώθη μετρίου συνολικά βαθμού έκπτωση της συστολικής λειτουργίας με ακινησία μέσου- κορυφαίου ΜΚΔ και πρόσθιου μέσου κορυφαίου. Δεν παρατηρήθηκε ύπαρξη θρόμβου. Περικάρδιο ελεύθερο υγρού. Παρατηρήθηκε ενζυμική κίνηση μυοκαρδιακής νέκρωσης. Ετέθη σε θεραπεία με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και ΜΜΒΗπαρίνη.

Την επόμενη ημέρα παρουσιάστηκε δεξιά πυραμιδική συνδρομή και αφασία εκπομπής. Στην τηλεμετρία κατεγράφη επεισόδιο κοιλιακής μαρμαρυγής διάρκειας 1,5 λεπτού. Υπεβλήθη σε διοισοφάγειο υπέρηχο που ανέδειξε ακέραιο το μεσοκοιλιακό διάφραγμα, ακινησία κορυφής και σημαντικού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς. Η ασθενής εξήλθε αιμοδυναμικά σταθερή και κλινικά και νευρολογικά βελτιωμένη (βελτίωση της ημιπάρεσης και έναρξη εκφοράς ήχων – σπλών λέξεων) με σύσταση για επανεκτίμηση σε 15 ημέρες σε εξωτερική βάση. Επανεκτιμήθηκε με υπερηχοκαρδιογράφημα που ανέδειξε σημαντική βελτίωση (καλή συστατικότητα και εξαφάνιση των διαταραχών τμηματικής κινητικότητας και της ανεπάρκειας μιτροειδούς). Στο ΗΚΓγράφημα παρέμειναν βαθειά αρνητικά Τ στις προκάρδιες απαγωγές. Υπήρξε πλήρης αποκατάσταση της νευρολογικής σημειολογίας. Μετά από καλύτερη διερεύνηση αιτίων πρόκλησης του οξέος εμφράγματος αναφέρθηκε από την ασθενή έντονη ψυχοσωματική καταπόνηση από διμήνου.

Συμπερασματικά παρουσιάζεται η περίπτωση μυοκαρδιοπάθειας από stress (Takotsubo) με επακόλουθο ισχαιμικό ΑΕΕ υπό πλήρη θεραπεία (θρομβόλυση-διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή-ΜΜΒΗπαρίνη).



Περιλήψεις
Επεμβατικής Καρδιολογίας

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 1**Πρωτογενής αναρρόφηση θρόμβου, ως οριστική θεραπεία, σε ασθενή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και θρόμβο στο κυρίως στέλεχος: Πλεύση σε αχαρτογράφητα νερά****Γαβριελάτος Γ., Παπαδημητρίου Δ., Τρίκας Αθ.***Καρδιολογική Κλινική, Μονάδα Επεμβατικής Καρδιολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Η Ελπίς"*

Η παρουσία θρόμβου στο κυρίως στέλεχος (ΚΣ) είναι ένα σπάνιο, απειλητικό για την ζωή στεφανιογραφικό εύρημα ενώ λίγα είναι τα δεδομένα για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση του. Στο παρόν περιστατικό διερευνάται αν η πρωτογενής αναρρόφηση θρόμβου μπορεί να αποτελέσει την οριστική θεραπεία σε ένα νέο ασθενή με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και θρόμβο στο ΚΣ.

Ασθενής 49 ετών, καπνιστής με ήπια υπερλιπιδαιμία και ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό διαγνώστηκε με ΟΕΜ. Υποβλήθηκε σε επείγουσα στεφανιογραφία όπου διαπιστώθηκε θρόμβος στο κυρίως στέλεχος χωρίς βλάβες στο υπόλοιπο στεφανιαίο δίκτυο. Έγινε αναρρόφηση θρόμβου με συσκευή STENTYS (Brage Medical, France) που οδήγησε σε απομάκρυνση του θρομβωτικού υλικού και ροή TIMI III τόσο στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο όσο και στην περιπωμένη αρτηρία. Υπήρξε άμεση απαλλαγή από τα συμπτώματα του ασθενούς αλλά και αποκατάσταση των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων και αποφασίστηκε να μην τοποθετηθεί ενδοστεφανιαία πρόθεση (stent) στην παρούσα φάση. Επικουρικά στην θρομβοαναρρόφηση χορηγήθηκε ενδοφλέβια μπιβαλιρουδίνη κάτι που, εξόσον γνωρίζουμε, έχει χρησιμοποιηθεί πρώτη φορά ως συνδυαστική θεραπεία σε τέτοιες περιπτώσεις.

Μετά από 72 ώρες ο ασθενής υποβλήθηκε εκ νέου σε στεφανιογραφία και με ενδοστεφανιαίο υπέρηχο (IVUS) ανιχνεύτηκε υπολειπόμενη στένωση 20% στο ΚΣ χωρίς να απαιτηθεί παραπέρα παρέμβαση με εμφύτευση stent. Εξήλθε ασυμπτωματικός ενώ ο αιματολογικός έλεγχος προς διερεύνηση θρομβοφιλίας απέβη αρνητικός.

Στο 6μηνο υποβλήθηκε σε μέγιστη δοκιμασία κοπώσεως η οποία ήταν αρνητική. Το παρόν περιστατικό επιβεβαιώνει ότι η χρήση θρομβοαναρρόφησης είναι τεχνικά εφικτή και ασφαλής, από έμπειρο χειριστή, ως οριστική θεραπεία σε ασθενείς με θρόμβο στο ΚΣ.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 2

Καρδιακή ανεπάρκεια λόγω ταχυμυοπάθειας επί «ιδιοπαθούς» κοιλιακής εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας με συνυπάρχουσα σημαντική στεφανιαία νόσο

Τζέης Στ., Πατσιλινάκος Σωτ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο "Ερρίκος Ντυνάν"

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα"

Άνδρας ηλικίας 63 ετών, με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, στο πλαίσιο διερεύνησης προκάρδιας δυσφορίας σε προσπάθεια, υπεβλήθη σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου, που έδειξε ευρήματα εκτεταμένης αναστρέψιμης ισχαιμίας, σε διαθωρακικό υπερηχογράφημα, όπου διαπιστώθηκε μέτρια συστολική δυσλειτουργία (ΚΕ 40-45%) χωρίς εμφανείς τμηματικές διαταραχές κινητικότητας, ενώ στο ΗΚΓ επιφανείας και σε Holter ρυθμού τεκμηριώθηκε συχνή κοιλιακή εκτακτοσυστολική αρρυθμία, επεισόδια κοιλιακής διδυμίας και τριπλές. Με βάση τα παραπάνω, υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο που έδειξε νόσο δύο αγγείων (περιφερικό τμήμα LAD και LCx) και η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αγγειοπλαστική.

Μετεπεμβατικά, ο ασθενής παρουσίασε ύφεση της συμπτωματολογίας του, αλλά σε διαδοχικά υπερηχογραφήματα δεν παρατηρήθηκε υποχώρηση της συστολικής δυσλειτουργίας ενώ διατηρήθηκε το ιδιαίτερα αυξημένο αρρυθμικό φορτίο εκτακτοσυστολικής κοιλιακής αρρυθμίας. Ο τρόπος περαιτέρω διαχείρισης του ασθενούς θα συζητηθεί κατά την παρουσίαση του περιστατικού.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 3

Πρωτογενής Αγγειοπλαστική σε ασθενή με Καρδιογενή Καταπληξία και νόσο Στελέχους

Καυκάς Ν., Παυλάκης Γ., Ιωαννίδου Σ.

Καρδιολογική Κλινική - Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο ΚΑΤ

Ασθενής ηλικίας 65 ετών, με παράγοντες κινδύνου υπέρταση, υπερκολλησερολαιμία και κάπνισμα έχει γνωστή περιφερική αγγειοπάθεια και καρωτιδική νόσο. Από μνός εμφανίζει στηθάγχη προσπαθείας με σαφή επιδείνωση το τελευταίο 24ωρο. Εισέρχεται στην κλινική λόγω στηθάγχης ηρεμίας και παρατηρείται ύφεση των συμπτωμάτων με χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών και νιτρωδών ενδοφλεβίως και παραμένει αιμοδυναμικά σταθερός.

Μια ώρα μετά την εισαγωγή εμφανίζει στηθάγχη με συνοδές ΗΚΓγραφικές μεταβολές και αιμοδυναμική αστάθεια. Οδηγείται άμεσα στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για διενέργεια στεφανιογραφίας υπό χορήγηση αγγειοσυσπαστικών. Δεν τοποθετήθηκε ενδοαορτική αντλία. Διαπιστώθηκε νόσος στελέχους και ακολούθησε άμεση αγγειοπλαστική. Ο ασθενής βελτιώθηκε άμεσα αιμοδυναμικά και μετά νοσηλεία μερικών ημερών και σαφή βελτίωση του κλάσματος εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας, εξήλθε με οδηγίες.

Θα παρουσιαστεί λεπτομερώς το περιστατικό και τα τελευταία δεδομένα από τη βιβλιογραφία.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 4

Σπάνια περίπτωση θραύσης σύρματος αγγειοπλαστικής και επιτυχούς ανάσυσής του

Κελεπέσης Γλ., Δαλιάνης Ν., Μπαρμπετσάς Ι.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Λαϊκό"

Αναφέρουμε περίπτωση γυναίκας 62 ετών η οποία νοσηλεύτηκε στη κλινική μας για ασταθή στηθάγχη. Η ασθενής οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για διαγνωστική στεφανιογραφία. Διαπιστώθηκε στένωση 90% στο πρόσθιο κατιόντα αμέσως μετά την έκφυση του 1ου διαγωνίου. Απεφασίσθη η διενέργεια αγγειοπλαστικής. Μετά την διάβαση της βλάβης του προσθίου κατιόντα διαπιστώθηκε θραύση του τελικού τμήματος του σύρματος. Ακολούθησε επιτυχής ανάσχυση του θραύσματος με την χρήση δυο συρμάτων αγγειοπλαστικής. Κατά την διάρκεια της προσπάθειας ανάσχυσης του σύρματος, κρίθηκε αναγκαία η διενέργεια προδιάτασης της βλάβης με ασκό αγγειοπλαστικής 2,0mmx17mm στις 8 Atm επί 15sec, με σκοπό την διατήρηση της βατότητας του αγγείου. Εν συνεχεία έγινε αφαίρεση όλων των υλικών περιλαμβανομένου και του οδηγού καθετήρα. Τέλος διενεργήθηκε επιτυχής αγγειοπλαστική με τοποθέτηση ενός DES stent 3,0mmx16mm με διάταση στις 14 Atm.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 5

Non STEMI σε ασθενή με πολλαγγειακή νόσο. Προκλήσεις και επιλογές

Σιώνης Δ., Καρανικόλας Ν., Τριάντης Γ., Ρούτουλας Θ.

*Αιμοδυναμικό Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας
Σισμανόγλειο – Α. Φλέμιγκ Γεν. Νοσοκομείο Αθηνών*

Ασθενής 59 ετών, υπέρβαρος (BMI:29.4), ενεργός καπνιστής, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου II υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και αρτηριακή υπέρταση από ετών υπό αγωγή. Προ εβδομάδος νοσηλεία σε περιφερικό Νοσοκομείο για non STEMI κατωτέρου τοιχώματος. Υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο που απέδειξε ολική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και της περισπωμένης αρτηρίας στο πρώτο τριτημόριο αντίστοιχα, ενώ καταδείχθηκαν δύο αλληλοδιάδοχες υψηλού βαθμού στενώσεις (>80%) στο δεύτερο τριτημόριο του πρόσθιου κατιόντα και όλη σβεστωμένη στένωση 70% στο πρώτο τριτημόριο του αγγείου σε θέση έκφυσης του διαγώνιου κλάδου. Τα περιφερικά τμήματα της περισπωμένης και ιδιαίτερα της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας σκιαγραφούνται ικανοποιητικά χωρίς στενώσεις από παράπλευρα του πρόσθιου κατιόντα. Υπερηχογραφική εκτίμηση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας απέδειξε διατηρημένη συσταλτικότητα χωρίς ακινητικά τμήματα. Συστήθηκε χειρουργική επαναιμάτωση, την οποία ο ασθενής δεν απεδέχθη. Προσήλθε στο Νοσοκομείο μας για επανεκτίμηση. Αποφασίσθηκε αγγειογραφικός επανέλεγχος με προοπτική διαδερμικής επαναιμάτωσης. Στη νέα στεφανιογραφία καταδείχθηκαν αμετάβλητες οι στενώσεις του πρόσθιου κατιόντα και η ολική απόφραξη της περισπωμένης, ενώ η δεξιά στεφανιαία αρτηρία σκιαγραφήθηκε με υπολική στένωση με σημαντική ποσότητα ενδουλικού θρόμβου στη θέση της προηγούμενα εγγύς απόφραξης. Η περιφέρεια του αγγείου σκιαγραφήθηκε και πάλι ικανοποιητικά από τα παράπλευρα του πρόσθιου κατιόντα κλάδου. Η αριστερή κοιλιογραφία έδειξε διατηρημένη λειτουργικότητα με ελαφρά τμηματική υποκινησία του βασικού-κατωτέρου τοιχώματος και συνολικό κλάσμα εξώθησης 60%.

Παρουσιάζονται οι πιθανές θεραπευτικές επιλογές, οι ιδιαίτερες δυσκολίες της διαδερμικής επιλογής και συζητούνται οι προκλήσεις αντιμετώπισης του ασθενούς και η ακολουθητέα στρατηγική.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 6

Παρουσίαση περιστατικού-διλήμματα από τη σκοπιά του κλινικού και επεμβατικού καρδιολόγου

Κουτουλάκης Εμ., Καραμήτρος Ι., Γκίνος Χ., Ξενάκης Κ., Παπαδόπουλος Γ., Καλπάκος Δ.

Καρδιολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ

Σκοπός:

Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού ηλικιωμένης γυναίκας με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή, NSTEMI και νόσο προσθίου κατιόντος (βλάβη διχασμού 0-1-0 κατά Medina)

Υλικό και μέθοδος:

Γυναίκα ηλικίας 80 ετών, που προσήλθε λόγω ταχείας κοιλιακής μαρμαρυγής και αισθήματος προκάρδιας δυσφορίας.

Ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης υπό αγωγή με ραμιπρίλη 5 mg και ΗCTH 25 mg. Αποκατάσταση φλεβοκομβικού ρυθμού μετά από χορήγηση iv αελοδόλης για έλεγχο καρδ. συχνότητας.

Τροπονίνη: 0,8 (+>0,06)

Κρεατινίνη 0,8 mg/dl, CrClear: 55ml/min

Κλάσμα Εξώθησης: 65%

CHA2DS2-VASC SCORE: 5 (hypertension, >75 years old, coronary disease, female)

HAS-BLED SCORE: 3 (hypertension, elderly >65, drugs)

(No: anormal kidney, liver function, stroke, bleeding, labile INR, alcohol)

Διλήμματα:

α) Ποια είναι η καλύτερη τεχνική για αγγειοπλαστική στένωσης τύπου Β σε διχασμό 0-1-0; Crush, cullotte, Double kissing crush, provisional T-TAP; Πρέπει ν' αποφευχθεί η τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης και σε τμήμα χωρίς βλάβη (εγγύς πρόσθιο κατιόντα, μεγάλο διαγώνιο) διαφορετικής διαμέτρου αγγεία στο διχασμό.

β) Αντιπηκτική αγωγή με ΟΑC και διπλή αντιαιμοπεταλιακή σηματοδοτεί κίνδυνο αιμορραγίας

Αποφάσεις:

α) Η απλούστερη τεχνική για το διχασμό (ένα stent)

β) Stent που να μην απαιτεί επί μακρόν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή- μικρότερο profil struts (κράμα Pt,Cr) και βιοαπορροφήσιμο πολυμερές στην έξω επιφάνεια, που απορροφάται στον ίδιο χρόνο με την απελευθέρωση φαρμάκου everolimus (3 μήνες περίπου)

γ) Αντιπηκτική αγωγή με NOACs σε μικρή δόση και διπλή αντιαιμοπεταλιακή για 3 μήνες και μετά για ένα έτος συνέχιση της αντιπηκτικής και κλοπιδογρέλη 75 mg. Μετά το έτος μόνο αντιπηκτική με NOACs για μη βαλβιδική κοιλιακή μαρμαρυγή.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 7

Αγγειοπλαστική βλάβης διχασμού της περισπωμένης: Εξέλιξη της τεχνικής από provisional stenting σε culotte stenting

Συρσελούδης Δ., Λιασίδης Χ., Τρανταλής Γ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο

Άνδρας 55 ετών παραπέμφθηκε για στεφανιογραφικό έλεγχο, έχοντας ιστορικό στηθάγχης προσπαθείας διάρκειας 6 μηνών, και έλεγχο με δοκιμασία κόπωσης ο οποίος ήταν πρώιμα θετικός για ισχαιμία. Οι παράγοντες κινδύνου περιελάμβαναν δυσλιπιδαιμία και κάπνισμα.

Η στεφανιογραφία του ασθενούς ανέδειξε υφορική απόφραξη της περισπωμένης στην περιοχή έκφυσης του επιχειλίου κλάδου. Αποφασίστηκε η αντιμετώπιση με αγγειοπλαστική και με αρχικό στόχο την αντιμετώπιση της βλάβης του διχασμού με εμφύτευση ενός stent στον κύριο κορμό της περισπωμένης. Ωστόσο παρατηρήθηκε μετατόπιση πλάκας προς την περιοχή του κλάδου προκαλώντας την υφορική απόφραξη του στομίου του.

Ακολούθησε διάταση με kissing balloons, η οποία δεν ήταν αποδοτική και στη συνέχεια αποφασίστηκε η εμφύτευση ενός ακόμα stent στον επιχείλιο κλάδο, σύμφωνα με την τεχνική T and small protrusion. Δυστυχώς η κάλυψη του στομίου του επιχειλίου κλάδου δεν ήταν επαρκής. Το στόμιο καλύφθηκε με ένα δεύτερο stent σύμφωνα με την τεχνική culotte με άριστο αγγειογραφικό αποτέλεσμα.

Συμπερασματικά, τα μέχρι τώρα δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση της απλούστερης τεχνικής στους διχασμούς και την αντιμετώπιση εάν είναι δυνατό με ένα stent. Ωστόσο αυτό δεν πρέπει να οδηγεί στην αποδοχή οποιουδήποτε αποτελέσματος καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη εμφύτευσης και δεύτερου stent. Υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα για την αντιμετώπιση διχασμών με δύο stent νεώτερης γενιάς που είναι ενθαρρυντικά. Θα πρέπει να χρησιμοποιούμε ξανά την απλούστερη δυνατή τεχνική και την εξελίσσουμε ανάλογα με το αποτέλεσμα σε πιο σύνθετη.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ν° 8

Τεχνική αγγειογραφίας δεξιάς γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας μετά την εμφύτευσή της ως μόσχευμα σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη

Μπομπούτης Γ. Χ.¹, Μόσιαλος Λ. Κ.¹, Βλαχοδήμος Α. Α.², Τάσκος Ι. Α.¹,
Γεωργάκαρος Κ. Ι.¹, Αζίδου Β. Ν.¹, Στυλιάδης Ι. Γ.¹

¹Β· Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"
²Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Θ. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

Σκοπός:

Είναι γνωστό ότι η χρήση αρτηριακών μόσχευμάτων κατά την διενέργεια αορτοστεφανιαίων παρακάμψεων αποτελεί μέθοδο εκλογής λόγω των ευνοϊκών άμεσων, μεσοπρόθεσμων και μακροχρόνιων αποτελεσμάτων. Η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία (ΔΓΕΑ) είναι η λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενη αρτηρία, κυρίως προς τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η ανάγκη για ολική επαναιμάτωση με αρτηριακά μόσχευματα σε ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι να λάβουν τις δύο έσω μαστικές αρτηρίες, όπως οι διαβητικοί, οι παχύσαρκοι και αυτοί με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καθώς και οι ασθενείς με ακατάλληλες κερκιδικές αρτηρίες, καθιστούν τη ΔΓΕΑ, μόσχευμα επιλογής. Αυτό συμβαίνει πολύ περισσότερο στις επανεγχειρήσεις. Η ΔΓΕΑ χρησιμοποιήθηκε ως αρτηριακό μόσχευμα για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 70 και έκτοτε σπανιότατα εμφανίζονται περιστατικά τα οποία έχουν ένδειξη για διενέργεια στεφανιογραφίας. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε την τεχνική αγγειογραφίας της ΔΓΕΑ σε ασθενή που υπεβλήθη σε στεφανιογραφικό έλεγχο.

Υλικό – Μέθοδοι:

Ασθενής ηλικίας 73 ετών, εισήχθη στη Β' καρδιολογική κλινική του Γ.Ν. Παπαγεωργίου λόγω στηθάγχης κόπωσης πρόσφατης έναρξης.

Από το ιστορικό του προκύπτει διενέργεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης το 1997 (18 έτη πριν) με:

- Αρτηριακό μόσχευμα αριστεράς έσω μαστικής (LIMA) στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο (LAD)
- Φλεβικό μόσχευμα (SVG) στον αμβλύ επιχείλιο κλάδο της περισώμενης αρτηρίας
- Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία (RCA)

Το 2010 υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο, σε άλλο αιμοδυναμικό κέντρο, όπου η βατότητα της ΔΓΕΑ ελέγχθηκε με CT στεφανιογραφία και όχι με εκλεκτική σκιαγράφησή της και ήταν βαθή.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε στεφανιογραφικό έλεγχο στο εργαστήριό μας, συμπεριλαμβανόμενης και της ΔΓΕΑ, η οποία καθετηριάστηκε εκλεκτικά με καθετήρα τύπου Simmons και κατέδειξε βαθό μόσχευμα.

Στο εργαστήριό μας έχουν μελετηθεί και στο παρελθόν παρόμοια περιστατικά και πιο συγκεκριμένα το 2012 οι περιπτώσεις 2 ασθενών 71 και 65 ετών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επανεγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης το 1999 και το 2000 αντίστοιχα λαμβάνοντας μεταξύ άλλων και μόσχευμα ΔΓΕΑ. Και στις δύο περιπτώσεις επιβεβαιώθηκε η βατότητα του αρτηριακού μωσχεύματος.

Τεχνική:

Αρχικά προσεγγίσαμε την περιοχή του τρίποδα του Haller με καθετήρα Simmons ενώ με δυσχέρεια προωθήθηκε υδρόφιλο σύρμα στην ηπατική αρτηρία και επ'αυτού προωθήθηκε ο καθετήρας εντός της ηπατικής αρτηρίας και πέραν της έκφυσης της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Ακολούθησε επιμελής, βραδεία απόσυρση του καθετήρα με μικρές εγχύσεις σκιαγραφικού και μη εκλεκτικός εντοπισμός του στομίου της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Λόγω δυσχέρειας επαρκούς σκιαγράφησης με τον μη εκλεκτικό εντοπισμό του στομίου της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας προωθήθηκε οδηγό σύρμα αγγειοπλαστικής διά αυτής εκλεκτικά στη ΔΓΕΑ. Έτσι κατέστη δυνατή η προώθηση του καθετήρα σε επαρκές βάθος ώστε να απεικονιστεί εκλεκτικά η ΔΓΕΑ και έτσι διαπιστώθηκε η βατότητα του μωσχεύματος και απεικονίστηκε πλήρως και το περιφερικό φυσικό αγγείο.

Συμπέρασμα:

Ο καθετηριασμός της δεξιάς γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας διενεργείται σπάνια διότι δεν χρησιμοποιείται συχνά ως μόσχευμα και απαιτεί κυρίως καλή γνώση της ανατομίας των αγγείων της περιοχής και υψηλό επίπεδο καθετηριαστικών δεξιοτήτων. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η βατότητα της ΔΓΕΑ διατηρείται στο 80% έως 85% των ασθενών στα 5 έτη και από 62% έως 70% στα 10 έτη.





Ευρετήριο

Αβραμίδης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Αθήνας “Γ. Γεννηματάς”

Αγγελάκη Μ.

Καρδιολογική Κλινική,
Γ. Ν. Αθήνας “Κοργιαλένιο – Μπενάκειο”

Αγγελοπούλου Ε.

Καρδιολογική Κλινική,
Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς “Οι Άγιοι Ανάργυροι”

Αδαμόπουλος Σ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Αζίδου Β.

Καρδιολογική Κλινική,
Γ. Ν. Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

Αθανασόπουλος Γ.

Καρδιολογική Κλινική,
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Αντωνέλης Ι.

Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας “Ευαγγελισμός”

Αργύρη Ο.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Αργυρίου Μ.

Καρδιοχειρουργός, Γ. Ν. Αθήνας “Ευαγγελισμός”

Αφθονίδης Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική “Άγιος Λουκάς”, Θεσσαλονίκη

Βαλοτάσιου Β.

Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν. Λάρισας

Βασιλείου Φ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Βασιλικός Β.

Γ' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Βασσάκη Μ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά “Τζάνειο”

Βλασερός Ι.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Αθήνας “Ιπποκράτειο”

Βλαχοδήμος Α.

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

Βλάχος Κ.

Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας “Ευαγγελισμός”

Βογιατζής Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Γαβριελάτος Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας “Ελπίς”

Γαβριηλίδου Μ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

Γεωργάκος Κ.

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

Γιαννακόπουλος Β.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Πατρών

Γκατζούλης Κ.

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας “Ιπποκράτειο”

Γκίνος Χ.

Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών 401

Γκόγκας Γ.

Ηλεκτροφυσιολογικό Τμήμα,
Κλινική “Άγιος Λουκάς”, Θεσσαλονίκη

Γουδέβενος Ι.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ιωαννίνων

Γκουζιούτα Α.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Γραϊδης Χ.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο,
Θεραπευτήριο “Κυανούς Σταυρός Euromedica”, Θεσσαλονίκη

Γραμμέλης Β.

Ιατρός Παθολόγος Ιδιώτης

Γράσσης Χ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας “ΚΑΤ”

Δαλιάνης Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας “Λαϊκό”

Δεστούνης Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά “Τζάνειο”

Δηλαβέρης Π.

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας “Ιπποκράτειο”

Δημητριάδης Δ.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο,
Θεραπευτήριο “Κυανούς Σταυρός Euromedica”, Θεσσαλονίκη

Δημητριάδης Κ.

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας “Ιπποκράτειο”

Διβάνη Μ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Δούρας Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Βόλου "Αχιλλοπούλειο"

Δράγασης Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "ΚΑΤ"

Εγγλεζόπουλος Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Ευαγγέλου Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Ευδωρίδης Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
"Ελπίς"

Εφραιμίδης Μ.

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Ζαγκλαβήρα Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Σωτηρία"

Ζαρίφης Ι.

Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπανικολάου"

Ζάχος Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Ζόμπολος Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας

Θεοδόσης-Γεωργιάδης Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Θεοδωρίδης Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

Θεοχάρης Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Παμμακάριστος"

Ιερψης Α.

Ηλεκτροφυσιολογικό Τμήμα,
Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Ιωαννίδης Π.

Τμήμα Αρρυθμιών & Επεμβατικής Ηλεκτροφυσιολογίας
Βιοκλινικής Αθηνών

Ιωαννίδου Σ.

Καρδιολογική Κλινική-Αιμοδυναμικό Εργαστήριο,
Γενικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "ΚΑΤ"

Καιτόζης Ο.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Κάκουρος Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
"Αμαλία Φλέμιγκ"

Καλλικιάζαρος Ι.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Καλπάκος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Σ. Ν. Α. 401

Κανακάκης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Αλεξάνδρα"

Καραβίδας Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Γ. Γεννηματάς"

Καραβόλιας Γ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Καραϊσκού Ο.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Σ. Ν. Α. 401

Καραμήτρος Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Σ. Ν. Α. 401

Καραμπίνας Η.

Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική

Καρανικόλας Ν.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Αθήνας
"Σισμανόγλειο"

Καραντουμάνης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Εδεσσας

Καρατζάς Δ.

Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Αττικόν"

Καρτσαγκούλης Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Κατσάβρις Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
"Ερρίκος Ντυνάν"

Κατσάρας Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Αττικόν"

Κατσιβας Α.

Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Κοργιαλένιο – Μπενάκειο"

Κατσιμαγκλής Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική

Κατσούρας Χ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Κουκάς Ν.

Καρδιολογική Κλινική-Αιμοδυναμικό Εργαστήριο,
Γενικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "ΚΑΤ"

Κελεπέσης Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Λαϊκό"

Κετίκογλου Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Κόγιας Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Κορκοκικήτας Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας
"Κωνσταντοπούλειο – Αγία Ολγα"

Κουλούρης Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πτολεμαΐδας "Μποδοσάκειο"

Κουργιαννίδης Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας "251"

Κουρής Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Κουτούζης Μ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Κοργιαλένιο – Μπενάκειο"

Κουτουλάκης Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Σ.Ν.Α. 401

Κρανίδης Α.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

Κρητικός Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Κυρζόπουλος Σ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Κυρλίδης Θ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Βόλου "Αχιλλοπούλειο"

Κωνσταντινίδης Δ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Κωνσταντινίδου Μ.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Κωνσταντίνου Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Σ.Ν.Α. 401

Κωστάκου Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Κωστόπουλος Β.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Κωστάκη Π.

Γ Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική

Κωτσάκης Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

Λάκκας Λ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσ. Ιωαννίνων

Λαμπρόπουλος Κ.

Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ. Ν. Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Λαμπρόπουλος Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πτολεμαΐδας "Μποδοσάκειο"

Λάσχος Β.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Τρικάλων

Λάτσιος Γ.

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Λέτσας Κ.

Β' Καρδιολογικό Τμήμα, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Λευθεριώτης Δ.

Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Αττικών"

Λιασίδης Χ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Λιόλιος Χ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών

Λυμπέρη Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Σωτηρία"

Λυσίτσας Δ.

Ηλεκτροφυσιολογικό Τμήμα, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Μαζαράκης Α.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Μακρής Θ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ελένα Βενιζέλου"

Μακρής Π.

Ιδιώτης Καρδιολόγος, Λαμία

Μανάκος Κ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Μαντάς Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Χαλκίδας

Μανωλάτος Δ.

Β' Καρδιολογικό Τμήμα,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Μάργος Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

Μαριόλης Μ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

Μαυρογένη Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Μελίδη Ε.

Αναισθησιολόγος, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Μερτζάνος Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "ΚΑΤ"

Μηλιόπουλος Δ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Μπτσιάδης Σ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ιωαννίνων

Μιχάλης Λ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ιωαννίνων

Μόσιαλος Λ.

Β' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
"Παπαγεωργίου"

Μπαϊκάμη Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καστοριάς

Μπάκα Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Βόλου "Αχιλλοπούλειο"

Μπάμπαλης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "ΚΑΤ"

Μπαρδούσης Κ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Μπαρμπετσέας Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Λαϊκό"

Μπελντέκος Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά "Τζάνειο"

Μπομπότης Γ.

Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"

Μπόνου Μ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Λαϊκό"

Μπούνας Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Νάκας Γ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ιωαννίνων

Νάνης Λ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

Νικήτας Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά "Τζάνειο"

Νικολούλης Ν.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικιάλων

Νινιός Β.

Ηλεκτροφυσιολογικό Τμήμα, Κλινική "Άγιος Λουκάς",
Θεσσαλονίκη

Νταβέλης Χ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
"Γ.Γεννηματάς"

Ξανάκης Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Σ.Ν.Α. 401

Ξυδάς Τ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Παμμακάριστος"

Ξυδώνας Σ.

Β' Καρδιολογικό Τμήμα,
Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Οικονομίδης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Αττικόν"

Οικονόμου Δ.

Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού
Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Οικονόμου Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Εδεσσας

Ολύμπιος Χ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Ελευσίνας "Θριάσιο"

Παξιμαδάκης Ε.

Ιδιώτης Καρδιολόγος, Αθήνα

Παπαδάκης Ε.

Καρδιολογική Κλινική,
Γ. Ν. Ν.Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο – Αγία Ολγα"

Παπαδόπουλος Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Σ.Ν.Α. 401

Παπαδοπούλου Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ελπίς"

Παπαζαχαρίου Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Παπακωνσταντίνου Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Παπανάννου Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

Παπαστεφάνου Σ.

Καρδιολογική Κλινική,
Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Παππάς Κ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ιωαννίνων

Παραβολιδάκης Κ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ηρακλείου Κρήτης

Παρασκευαΐδης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Αττικόν"

Παρασκευαΐδης Σ.

Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Παρθενάκης Φ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ηρακλείου Κρήτης

Παστρωμάς Σ.

Καρδιολογική Κλινική,
Ιδιωτικό Θεραπευτήριο "Ερρίκος Ντυνάν"

Πατριανάκος Α.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ηρακλείου Κρήτης

Πατσιλινάκος Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο
Ν. Ιωνίας "Κωνσταντοπούλειο – Αγία Ολγα"

Παυλάκης Γ.

Καρδιολογική Κλινική-Αιμοδυναμικό Εργαστήριο,
Γενικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "ΚΑΤ"

Περράκης Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Λαϊκό"

Περρέας Κ.

Καρδιοχειρουργός, Θεραπευτήριο "Metropolitan"

Πετζερίδης Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

Πισιμίσης Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο"

Πλακιάς Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Πλατογιάννης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικιάλων

Ρεντούκας Η.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Ρέππας Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη

Ρούτουλας Θ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Σισμανόγλειο"

Σανίδας Η.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Λαϊκό"

Σαχηκεΐδης Β.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
"Παπαγεωργίου"

Σειτανίδη Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "ΚΑΤ"

Σιδέρης Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.ο Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Σιδεράς Σ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Σιώνης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Σισμανόγλειο"

Σκέμπερης Β.

Γ' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Σκουμπουρδής Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θήβας

Σπυρόπουλος Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
"ΝΙΜΤΣ"

Στουγιάννης Π.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ελπίς"

Στυλιάδης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"

Συρσελούδης Δ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Σωτηριάδου Μ.

Γ' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Ταγκούλης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Ερρίκος Ντυνάν"

Τάσκος Ι.

Β' Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"

Τεντολούρης Ν.

Διαβητολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Λαϊκό"

Τζάνης Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Λαϊκό"

Τζέης Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Ερρίκος Ντυνάν"

Τουλουπάκη Μ.

Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου
Ηρακλείου Κρήτης

Τούντας Χ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά "Τζάνειο"

Τρανταλής Γ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Τριανταφύλλης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, "Ευρωκλινική"

Τριάντης Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Σισμανόγλειο"

Τρίκας Α.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Ελπίς"

Τσατίρης Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας

Τσιάπρας Δ.

Καρδιολογική Κλινική,
Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Τσιαφούτης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας
"Κοργιαλένιο – Μπενάκειο"

Τσιαχρής Δ.

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Τσούνος Ι.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική "Άγιος Λουκάς",
Θεσσαλονίκη

Φαρμάκης Δ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Θεσσαλονίκης "Παπαγεωργίου"

Φέκος Ι.

Καρδιολογικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Φερέτου Αικ.

Καρδιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Αθήνας "Ιπποκράτειο"

Φλώρος Γ.

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθήνας "ΚΑΤ"

Φλώρος Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Σ.Ν.Α. 401

Φούσας Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά "Τζάνειο"

Φραγκάκης Ν.

Γ' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Φωτογλίδης Α.

Γ' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Χαβελές Ι.

Α' Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Αθήνας "Ευαγγελισμός"

Χαμόδρακα Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Βούλας "Ασκληπιείον"

Χαντανής Σ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά "Τζάνειο"

Χατζγεωργίου Κ.

Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Πειραιά "Τζάνειο"

Χατζνικολίδου-Κοτσάκου Ε.

Καρδιολογική Κλινική, Κλινική "Άγιος Λουκάς",
Θεσσαλονίκη

Χλωρογιάννης Ι.

Καρδιολογική Κλινική, "Ευρωκλινική"



ΧΟΡΗΓΟΙ

Η Οργανωτική Επιτροπή του
11ου Συνεδρίου Κλινικών Καρδιαγγειακών Παθήσεων
ευχαριστεί θερμά τις χορηγούς εταιρίες για την αρωγή τους
στην επιτυχία αυτού του Συνεδρίου

AMGEN
ASTRAZENECA
BAYER HELLAS
BOSTON SCIENTIFIC
ELPEN
GENEPHARM
LILLY - PHARMASERVE
MEDTRONIC HELLAS
MENARINI
NOVARTIS
PFIZER HELLAS
SANOFI
UNIPHARMA
VIANEX
VIMATRONIX

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ
ΚΕΓΜ - Congressworld



Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: +30 210 7210001, 210 72 10 052 | Fax : +30 210 72 10 051

E-mail: info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr



Lucidel®

Irbesartan

75mg, 150mg, 300mg

Lucidelplus®

Irbesartan+HCT

150mg + 12.5mg, 300mg + 12.5mg, 300mg+25mg



ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Lucidel επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία 75mg, 150mg, 300mg.

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ

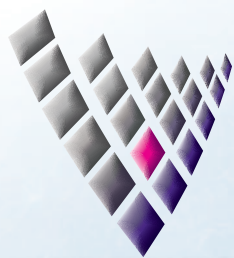
Κάθε δισκίο Lucidel 75mg, 150mg, 300mg ιρβεσαρτάνης, αντίστοιχα.

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία Λεωφ. Μαραθώνος 95, Πικέρμι Αττικής 190 09, Τηλ.: 210 60 39 326-9
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• Παπαδιαμαντοπούλου 41, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 712. • Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1



Xarelto®

rivaroxaban

Το πιο συχνά συνταγογραφούμενο
νεότερο από του στόματος
αντιπηκτικό παγκοσμίως¹



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Γερμανία
Τοπικές αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ,
Σωφού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ: 00357 22483858

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

Εταιρεία συμπτύξης
για τα 15 & 20mg



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σβάστας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459269

L GR MKT GM 02/2016 0523

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Βάση Δεδομένων IMS Health MIDAS: Μηνιαίες Πωλήσεις από
Οκτώβριο 2008 ως Ιούνιο 2015

Πριν τη συνταγογράφηση για κάθε ένδειξη συμβουλευθείτε την αντίστοιχη Περίληψη των
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο

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