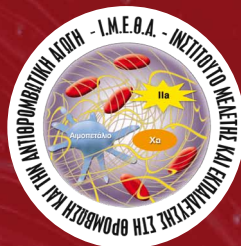


Ι.Μ.Ε.Θ.Α.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ
ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



12^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ - ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

17-19 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ DOMOTEL XENIA | ΒΟΛΟΣ

Χορηγούνται
18 Μόρια Συνεχιζόμενης
Ιατρικής Εκπαίδευσης
(C.M.E. Credits)
από τον Πανελλήνιο
Ιατρικό Σύλλογο



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ- ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Οργάνωση



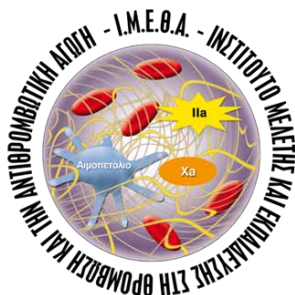
**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (Ι.Μ.Ε.Θ.Α.)**

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7211845

e-mail: info@imetha.gr

website: www.imetha.gr



Διοικητικό Συμβούλιο Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης

στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή

Πρόεδρος: Μ. Ματσάγκας

Αντιπρόεδρος: Δ. Ρίχτερ

Γεν. Γραμματέας: Κ. Καλαντζή

Ταμίας: Ε. Λευκού

Ειδ. Γραμματέας: Ε. Αρναούτογλου

Μέλη: Γ. Ντάιος

Δ. Πανταζή

Α. Τσελέπης

Μ. Φλωρεντίν

Αν. Μέλος: Δ. Σαγρής

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΣΠΟΡΑΔΩΝ



ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ

Περιεχόμενα	
Διοικητικό Συμβούλιο - Οργανωτική Επιτροπή	3
Χαιρετισμός.....	6
Γενικές Πληροφορίες	8
Ευχαριστίες	10
Επιστημονικό Πρόγραμμα	11-28
<i>Πέμπτη 17 Οκτωβρίου 2024</i>	<i>12-15</i>
<i>Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024</i>	<i>16-21</i>
<i>Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024</i>	<i>22-27</i>
Δορυφορικές Διαλέξεις	28
Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές	32-36
Προφορικές και Αναρτημένες Ανακοινώσεις	37-87
<i>Προφορικές Ανακοινώσεις</i>	<i>38-59</i>
<i>Αναρτημένες Ανακοινώσεις</i>	<i>60-87</i>

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους των μελών του ΔΣ του Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή (ΙΜΕΘΑ), έχω την τιμή και τη χαρά να σας προσκαλέσω στο

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής

που θα πραγματοποιηθεί, με φυσική παρουσία συμμετεχόντων, στην όμορφη πόλη του Βόλου, στο Ξενοδοχείο Domotel Xenia στις 17 – 19 Οκτωβρίου 2024.

Έχοντας ως κεντρικό άξονα των δραστηριοτήτων μας τη συμβολή στην εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας γύρω από τα θέματα που αφορούν στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή, επιλέξαμε ως τόπο διεξαγωγής του Συνεδρίου μία από τις μεγαλύτερες και ομορφότερες ελληνικές πόλεις, που βρίσκεται στο κέντρο της Ελλάδας, χτισμένη στον μυχό του Παγασητικού κόλπου σε απόσταση αναπνοής από το βουνό του Πηλίου, την πόλη που συνδυάζει τη γοητεία της θάλασσας και τη μυστηριακή ομορφιά του βουνού των Κενταύρων, προκειμένου να δώσουμε την ευκαιρία σε συναδέλφους από όλη την Ελλάδα, αλλά και σε συναδέλφους και μελλοντικούς επιστήμονες Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, να γνωρίσουν και να εκπαιδευτούν στη Θρόμβωση. Ταυτόχρονα, επιθυμώντας να δημιουργήσουμε ένα γόνιμο πεδίο σύγκλισης διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων (Παθολόγοι, Καρδιολόγοι, Αιματολόγοι, Αγγειοχειρουργοί, Αναισθησιολόγοι, Πνευμονολόγοι, Ορθοπαιδικοί, Γενικοί Ιατροί, Οφθαλμίατροι, Νεφρολόγοι κ.ά.) προκειμένου να συζητήσουμε όλες τις τρέχουσες εξελίξεις στο θεματικό πεδίο της θρόμβωσης, θέσαμε ως σημαντικό στόχο του Συνεδρίου μας να δοθούν απαντήσεις σε δυσεπίλυτα θέματα που αφορούν στην ορθή χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων στην καθημερινή κλινική πράξη.

Έτσι, το 12ο Συνέδριο του ΙΜΕΘΑ θα προσπαθήσει να αναδείξει την έρευνα που συντελείται σήμερα στη χώρα μας στη Θρόμβωση και την αντιθρομβωτική φαρμακολογία, με σκοπό την περαιτέρω ενίσχυση των ερευνητικών προσπαθειών και τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για το σχεδιασμό μελλοντικών συνεργασιών σε αυτό το επιστημονικό πεδίο. Με σκοπό να καλυφθεί όλο το φάσμα της Θρόμβωσης και έχοντας πάντα ως βασική αρχή την «ιατρική βασισμένη στις αποδείξεις», καταρτίσαμε ένα επιστημονικό πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει διεπιστημονικά στρογγυλά τραπέζια, επιστημονικές αντιπαραθέσεις, συνεδρίες προφορικών και αναρτημένων ανακοινώσεων ερευνητικών αποτελεσμάτων καθώς και διαλέξεις με διεθνούς κύρους προσκεκλημένους ομιλητές. Με γνώμονα τη διάδραση μεταξύ ομιλητών και κοινού, συμπεριλάβαμε διαδραστικές συνεδρίες - συναντήσεις με τους ειδικούς στο πλαίσιο των οποίων θα συζητηθούν σημαντικά ζητήματα που αφορούν στη Θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή σήμερα.

Μία ιδιαίτερα σημαντική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα είναι το Κλινικό Φροντιστήριο Θρόμβωσης και Αντιθρομβωτικής Αγωγής για τους Ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που προγραμματίζουμε για δεύτερη συνεχή χρονιά, στο πλαίσιο του οποίου θα πραγματοποιηθούν διαλέξεις για τις βασικές αρχές στον τομέα της θρόμβωσης και της αντιθρομβωτικής αγωγής που θα αφορούν πρωτίστως στη διάγνωση και τη φαρμακευτική της αντιμετώπιση. Στόχος μας είναι να δοθούν απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ' ημέρα κλινική πράξη του επαγγελματία Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική τη φετινή μας συνάντηση καθώς, η φυσική παρουσία και η ενεργός συμμετοχή σας στο 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο του ΙΜΕΘΑ, θα προσθέσει ψηφίδες στο παζλ της γνώσης μας για το πάντα επίκαιρο θέμα της Θρόμβωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισής της.

Σας αναμένουμε και αυτή τη χρονιά, ευελπιστώντας στη συμβολή σας για μία ακόμα επιτυχημένη επιστημονική εκδήλωση.

Ο Πρόεδρος του ΙΜΕΘΑ

Μ. Ματσάγκας

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



Γενικές Πληροφορίες

Τόπος και Ημερομηνίες Συνεδρίου

Το 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης – Αντιθρομβωτικής Αγωγής θα πραγματοποιηθεί αποκλειστικά με τη φυσική παρουσία συνέδρων στις **17-19 Οκτωβρίου 2024**, στον **Βόλο**, στο ξενοδοχείο **Domotel Xenia**.

Δικαίωμα Συμμετοχής

• Ειδικοί Ιατροί.....	140,00 €
• Ειδικευόμενοι Ιατροί.....	50,00 €
• Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας.....	Δωρεάν
• Φοιτητές.....	Δωρεάν
• Νοσηλευτές.....	Δωρεάν
• Ειδικοί Ιατροί (Μέλη Ι.Σ. Μαγνησίας, Καρδίτσας, Λάρισας, Τρικάλων, Φθιώτιδας, Βοιωτίας, Ευρυτανίας)	Δωρεάν
• Ειδικευόμενοι Ιατροί (Μέλη Ι.Σ. Μαγνησίας, Καρδίτσας, Λάρισας, Τρικάλων, Φθιώτιδας, Βοιωτίας, Ευρυτανίας)	Δωρεάν
• Ειδικοί και Ειδικευόμενοι Ιατροί..... (Αποκλειστική Συμμετοχή στο Κλινικό Φροντιστήριο για τους Ιατρούς Π.Φ.Υ.)	Δωρεάν

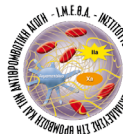
Οι ως άνω τιμές επιβαρύνονται με ΦΠΑ 24%

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Την παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Την παραλαβή του Τελικού Προγράμματος - Τόμου Περιλήψεων
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης (e-certificate). Θα χορηγηθούν **18 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME – CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για τις ιατρικές ειδικότητες
- Για τους Ιατρούς που θα παρακολουθήσουν αποκλειστικά το Κλινικό Φροντιστήριο για τους Ιατρούς Π.Φ.Υ., το Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024, χορηγούνται **3,5 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME – CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Γενικές Πληροφορίες

Οργάνωση



**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
(Ι.Μ.Ε.Θ.Α.)**

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7211845

e-mail: info@imetha.gr

website: www.imetha.gr

Γραμματεία Συνεδρίου



Congress World

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ

Τηλ. 210 72 10001, Φαξ. 210 72 10051

E-mail: info@congressworld.gr

Website: www.congressworld.gr



Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την υποστήριξη της εκδήλωσης



PMI SCIENCE
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL



Pharmaceutical Laboratories S.A.



VIANEX S.A.
PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS
MEMBER OF GIANNAKOPOULOS GROUP

Επιστημονικό Πρόγραμμα



Πέμπτη 17 Οκτωβρίου 2024

15:30-16:00 **ΕΓΓΡΑΦΕΣ**

16:00-17:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (1-11)**

σελ. 38-51

Προεδρείο: Κ. Παππάς, Δ. Πανταζή

1. CATHETER-DIRECTED ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIGH RISK ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Ι. Γιωτοπούλου, Σ. Κατασσίτσα, Ε. Παππά, Α. Κότσια

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

2. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΤΑΦΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Νίκη Γκένα¹, Παρασκευή Κύργου^{1,2}, Δ. Ράπτης¹, Γ. Ντουλιάς¹, Βασιλική Λύρα³, Π. Γεωργούλιας³, Δ. Παπαγιάννης⁴, Ζωή Δανιήλ², Κ.Ι. Γουργουλιάνης², Φωτεινή Μάλλη^{1,2}

¹Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Ιατρείο Πνευμονικής Εμβολής, Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ³Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ⁴Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ανοσοποίησης Ενηλίκων, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ
Α. Κοτσιαύτη^{1,2}, Δ. Μοσχανδρέου¹, Α. Σπηλιόπουλος¹, Ε. Γρουζή¹

¹Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας – Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης, Γενικό-Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Άγιος Σάββας», ²Αιματολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

4. ΤΤΡ ΧΩΡΙΣ ΣΧΙΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ RELAPSING REMITTING MS

Ελένη Κουτρούμπα¹, Πηνελόπη Ντέρμα¹, Βασιλική Ψηλού², Βασιλική Κωλέττη²

¹Ειδικευόμενοι Ιατροί, ²Διευθυντές Ε.Σ.Υ., Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

5. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΝΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
Πηνελόπη Ντέρμα¹, Ελένη Κουτρούμπα¹, Βασιλική Ψηλού², Βασιλική Κωλέττη²

¹Ειδικευόμενοι Ιατροί, ²Διευθυντές Ε.Σ.Υ., Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Πέμπτη 17 Οκτωβρίου 2024

6. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑΣ Α (ΕΕΑ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΕΛΛΕΙΨΗ FVΙΙ
Ηλιάνα Σταματίου¹, Μαλκότς Μπουσέ¹, Χ. Μισίδου², Γ. Βραχιώλιας², Ε. Παναγιωτόπουλος¹, Δ. Παπάζογλου¹, Κ. Λιάπης², Ι. Κοτσιανίδης²
¹Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, ²Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης
7. PRECISE-DART Ή CRUSADE ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΛΑΒΟΥΝ ΚΑΓΚΡΕΛΟΡΗ- OBSERVATION STUDY
Ι. Γιωτοπούλου, Θ. Μπαμπάλη, Σ. Καρατασίτσα, Β. Τελάκη, Ε. Παππά
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα, Ιωάννινα
8. OBSERVATION STUDY: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ P2Y12 ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΠΡΟ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΥ P2Y12 INHIBITOR
Ι. Γιωτοπούλου, Β. Τελάκη, Σ. Καρατασίτσα, Θ. Μπαμπάλη, Α. Κότσια, Α. Κρόκος, Ε. Παππά
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα, Ιωάννινα
9. ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
Π. Ευαγγελίδης, Ν. Κώτσιου, Ζαχάρω Ντόβα, Σοφία Χισσάν, Ελένη Γαβριηλάκη, Σοφία Βακαλοπούλου
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΗΣ PCSK9 ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΝΟΡΜΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ
Α.Ν. Τσούκα¹, Ε.Ν. Λυμπερόπουλος², Χ.Β. Ρίζος³, Ε.Χ. Χριστοπούλου³, Κ. Τέλλης¹, Α.Δ. Τσελέπης¹
¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
11. ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΑ, ΔΗΛΑ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ, IN VITRO
Ι.Κ. Κουτσαλιάρης, Α.Ν. Τσούκα, Δ. Πανταζή, Α.Δ. Τσελέπης
Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



Πέμπτη 17 Οκτωβρίου 2024

**17:30-19:00 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Προεδρείο: Ι. Κανακάκης, Ι. Σκουλαρίγκης

17:30-17:40 Π.Γ.Ν. Λάρισας

Ν. Ιακωβής

17:40-17:50 Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ»

Σ. Μακρυγιάννης

17:50-18:00 Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων

Π. Κοραντζόπουλος

18:00-18:10 Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Ν. Φραγκάκης

18:10-18:20 Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ - ΑΜ. ΦΛΕΜΙΝΓΚ»

Γ. Τριάντης

18:20-18:30 Γ.Ν. Βόλου

Α. Ντάτσιος

18:30-19:00 **Συζήτηση**

**19:00-20:00 ΟΙ ΕΦΙΑΛΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΘΕΛΑ ΤΟΥΣ
ΟΙ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ...**

Προεδρείο: Α. Πιπilhής, Δ. Ρίχτερ, Κ. Καλαντζή

19:00-19:05 Οφθαλμική αιμορραγία σε ασθενή με κοιλιακή μαρμαρυγή
υπό ριβαροξαμπάνη και CHADS₂VASC score 1

19:05-19:20 **Συζήτηση**

19:20-19:25 Ασθενής με στεφανιαία νόσο και σύμπλοκη PCI προ 5μήνου
υπό DAPT εμφανίζει μέλαινες κενώσεις και πτώση
του αιματοκρίτη κατά 10% από τον προηγούμενο μήνα.
Στη γαστροσκόπηση αναδεικνύονται αγγειοδυσπλασίες
που απαιτούν καυτηριασμό

Ι. Κανακάκης

19:25-19:40 **Συζήτηση**

19:40-19:45 Εγκεφαλική αιμορραγία σε ασθενή με κοιλιακή μαρμαρυγή
υπό νταμπιγκατράνη και CHADS₂VASC score 6

Γ. Τριάντης

19:45-20:00 **Συζήτηση**

Πέμπτη 17 Οκτωβρίου 2024

20:00-20:30 ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας

Perioperative management of anticoagulant and antiplatelet therapy: what you need to know in 2024

J. Douketis

20:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ



Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

09:00-10:00 ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΔΙΠΛΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Προεδρεύει: **Χ. Σαββόπουλος, Γ. Ντάιος**

09:00-09:12 Άνδρας 44 ετών με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίς προφανή αιτία: θα ζητήσω έλεγχο θρομβοφιλίας, και ποιον;
Γ. Καϊάφα

09:12-09:20 **Συζήτηση**

09:20-09:32 Γυναίκα 82 ετών με παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος αθηρωμάτωσης στην αριστερή μέση εγκεφαλική αρτηρία: ποια είναι η ενδεικνυόμενη αντιθρομβωτική αγωγή;
Θ. Μητσιακώστα

09:32-09:40 **Συζήτηση**

09:40-09:52 Γυναίκα 33 ετών με ελαφρύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος διαχωρισμού της καρωτίδας. Αντιπηκτικό ή αντιαιμοπεταλιακό;
Μ. Φλωρεντίν

09:52-10:00 **Συζήτηση**

10:00-10:30 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ATRIAL HIGH RATE EPISODES (ΑΗΡΕ) ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Προεδρεύει: **Ν. Φραγκάκης, Π. Κοραντζόπουλος**

10:00-10:10 Υπέρ
Β. Βασιλικός

10:10-10:20 Κατά
Γ. Ανδρικόπουλος

10:20-10:30 **Συμπεράσματα/Σχολιασμός**

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:00-11:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρεύει: **Κ. Καλαντζή**

Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία (Health related quality of life -HRQL), τα νέα ασθενο-κεντρικά Συστήματα Υγείας και ο ρόλος των DALYs και QALYs

Ε. Λευκού

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

11:30-12:00 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ
ΓΥΝΑΙΚΑ 72 ΕΤΩΝ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
ΚΑΝΕΙ MRI ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΛΟΓΩ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ
ΔΙΑΠΙΣΤΩΝΕΤΑΙ ΚΕΝΟΤΟΠΙΩΔΕΣ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΧΩΡΙΣ
ΑΝΑΛΟΓΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ.
ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΣΩ ΑΣΠΙΡΙΝΗ;

Προεδρείο: Γ. Ντάιος, Κ. Βέμμος

11:30-11:40 Φυσικά και ναι!

Μ. Φλωρεντίν

11:40-11:50 Φυσικά και όχι!

Δ. Σαγρή

11:50-12:00 **Συμπεράσματα/Σχολιασμός**

12:00-12:30 ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας

Το θρομβωτικό μικροπεριβάλλον των καρκινικών κυττάρων, ως νέος στόχος της αντικαρκινικής αγωγής

Γ. Γεροτζιάφας

12:30-13:30 Η ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΕΡΑ
ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας, Α. Λάζαρης

12:30-12:40 Επιπολής φλεβική θρόμβωση στη σαφηνή

Ι. Κακίσης

12:40-12:45 **Συζήτηση**

12:45-12:55 Τρέχουσα αντιμετώπιση. Επεμβατική αντιμετώπιση
λαγονομηριαίας φλεβικής Θρόμβωσης

Α. Κατσαργύρης

12:55-13:00 **Συζήτηση**

13:00-13:10 Θρόμβωση υποκλειδίου: Διερεύνηση και αντιμετώπιση

Α. Λάζαρης

13:10-13:15 **Συζήτηση**

13:15-13:25 Επεμβατική αντιμετώπιση πνευμονικής εμβολής

Ν. Πτώχης

13:25-13:30 **Συζήτηση**



Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

13:30-14:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ

Νεότερα καπνικά προϊόντα: Έχουν θέση στη δημόσια υγεία το 2024;

Κ. Καλαντζή

14:00-14:50 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ -

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ Ε-POSTERS σελ. 60-87

Προεδρείο: Μ. Μπαρέκα, Κ. Βέμμος, Δ. Αδαμίδου

14:50-16:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (12-19)

σελ. 52-59

Προεδρείο: Δ. Σαγρής, Μ. Φλωρεντίν

12. PC-ASTRAL2: ΕΝΑ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟ SCORE ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Αναστασία Αδάμου¹, A. Salerno², D. Strambo², Δ. Λάμπρου², V. Dunet³, Γ. Ντάιος⁴, P. Michel²

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Stroke Center, Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Hospital and University of Lausanne, Lausanne, ³Department of Diagnostic and Interventional Radiology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, ⁴Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

13. GLP-1R ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ

Αναστασία Αδάμου¹, Φ. Μπάρκας², Χ. Μηλιώνης², Γ. Ντάιος³

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

14. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΥΠΟ ΔΟΑcs: ΠΙΟ ΣΥΧΝΟ ΑΠΟ Ο,ΤΙ ΝΟΜΙΖΟΥΜΕ;

Ελένη Νταλαούτη, Χ. Δολαψάκης, Ε. Βρέντζος

Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

15. ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΤΟ ΙΔΙΟ; ΜΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Δήμητρα Παπαδημητρίου¹, Γ. Ντάιος²

¹Ερευνητική Υπότροφος, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

16. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**Ευαγγελία Κακαγιάννη¹, Δ. Παπαγεωργίου², Ευρυδίκη Καμπά², Μάρθα Κελέση-Σταυροπούλου²**¹Νοσηλεύτρια, RN, Msc, PhD[®], Mediterraneo Hospital, Αθήνα, ²Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑ.Δ.Α.**17. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ADMTS13 ΚΑΙ ΤΟΥ VWF ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ****Ε.Μ. Μακρής¹, Μ. Ματσάγκας², Ελευθερία Ζτρίβα¹, Ελένη Γαβριλάκη³, Σταυρούλα Μπουντόλα¹, Δ. Λάμπρου¹, Γ. Ντάιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹, Γεωργία Καϊάφα¹**¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ., ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Αγγειοχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη**18. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΩΡΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ****Αλεξάνδρα Τσανκώφ¹, Δ. Τσακίρης⁴, Λεμονιά Σκούρα³, Παναγιώτα Τσιάτσιου³, Ελευθερία Ζτρίβα², Ε.Μ. Μακρής², Χ. Σαββόπουλος², Γεωργία Καϊάφα²**¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη, ³Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ⁴Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης**19. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ, ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΣ ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ****Ελευθερία Ζτρίβα¹, Η. Μοσχονάς², Μ. Μακρής¹, Αλεξάνδρα Τσανκώφ¹, Δ. Λάμπρου¹, Γ. Ντάιος¹, Α. Τσελέπης², Χ. Σαββόπουλος¹, Γεωργία Καϊάφα¹**¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας ΑΕΕ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων



Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

16:00-17:00 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ, ΑΠΟ ΤΑ ΒΑΘΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Προεδρείο: Κ. Βέμμος, Γ. Ντάιος

16:00-16:12 Άνδρας 74 ετών εμφανίζει με παροδικό επεισόδιο αφασίας και καμία προφανή αιτία εκτός από ανοικτό ωοειδές τρήμα: χρειάζεται να κλείσει;

Δ. Σαγής

16:12-16:20 Συζήτηση

16:20-16:32 Γυναίκα 75 ετών με κολπική μαρμαρυγή εμφανίζει ενδοεγκεφαλική αιμορραγία υπό απιξαμπάνη. Πώς μπορώ να την προστατέψω από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο

Κ. Βέμμος

16:32-16:40 Συζήτηση

16:40-16:52 Άνδρας 65 ετών με εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή ανεπάρκεια με χαμηλό κλάσμα εξωθήσεως. Ποια η βέλτιστη αντιθρομβωτική αγωγή;

Γ. Ντάιος

16:52-17:00 Συζήτηση

17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Γ. Γεροτζιάφας

Διαχείριση αντιπηκτικής αγωγής στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς

Ε. Σταμέλλου

17:30-18:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

(Σελ. 28)

18:00-19:00 ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ (CAT): ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Προεδρείο: Α. Τσελέπης, Γ. Γεροτζιάφας

18:00-18:10 Υποκείμενοι μηχανισμοί της Θρόμβωσης που σχετίζεται με καρκίνο (CAT)

Δ. Πανταζή

18:10-18:30 Αλληλεπιδράσεις αντικαρκινικών και αντιθρομβωτικών φαρμάκων

Ν. Τσουκαλάς

18:30-18:50 Κλινικά παραδείγματα σε ογκολογικούς ασθενείς με θρόμβωση

Κ. Παππάς, Η. Τάσση

18:50-19:00 Σχολιασμός: Ε. Γρουζή

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

19:00-19:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

19:30-21:00 ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ: ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ
ΚΑΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ*Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου, Φ. Ντάνου*

- 19:30-19:38 Ποιοι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο;
Μ. Μπαρέκα
- 19:38-19:45 **Συζήτηση**
- 19:45-19:53 Υπάρχει/ποια η ιδανική περιεγχειρητική θρομβοπροφύλαξη;
Σ. Σουρμελής
- 19:53-20:00 **Συζήτηση**
- 20:00-20:08 Παίζει ρόλο η αναισθητική τεχνική;
Ε. Κοράκη
- 20:08-20:15 **Συζήτηση**
- 20:15-20:23 Περιεγχειρητική διαχείριση ασθενούς με πρόσφατη Φλεβική
Θρομβοεμβολική Νόσο
Π. Τζίμας
- 20:23-20:30 **Συζήτηση**
- 20:30-20:38 Αντιμετώπιση διεγχειρητικής Πνευμονικής Εμβολής
Ε. Αρναούτογλου
- 20:38-20:45 **Συζήτηση**
- 20:45-20:53 Μετεγχειρητική Πνευμονική Εμβολή και επισκληρίδιος
καθετήρας
Π. Στρατηγοπούλου
- 20:53-21:00 **Συζήτηση**

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

09:30-10:30 ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Προεδρείο: Π. Κώτση, Φ. Γκιρτοβίτης

09:30-09:45 Στην κύηση: preeclampsia, HELLP, DIC, TTP στην εγκυμοσύνη
Ε. Λευκού

09:45-09:50 **Συζήτηση**

09:50-10:05 TTP και μικροαγγειοπάθεια από διαταραχές συμπληρώματος
Δ. Αδαμίδου

10:05-10:10 **Συζήτηση**

10:10-10:25 Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη από κατανάλωση
Φ. Γκιρτοβίτης

10:25-10:30 **Συζήτηση**

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:00-11:30 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Κ. Καλαντζή

Έχουν θέση οι ηπαρίνες στην εποχή των νέων από του στόματος αντιπηκτικών;

Σ. Τσιάρα

11:30-12:30 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Προεδρείο: Α. Τσελέπης, Σ. Τσιάρα

11:30-11:42 Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και θρόμβωση
Δ. Πανταζή

11:42-11:54 Θρόμβωση σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη
Α. Τσελέπης

11:54-12:06 Η παχυσαρκία ως ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για VTE
Σ. Τσιάρα

12:06-12:18 Νοσήματα των ενδοκρινών αδένων και θρόμβωση. Παθοφυσιολογικά και κλινικά δεδομένα
Σ. Καρράς

12:18-12:30 **Σχολιασμός/Συζήτηση**

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

12:30-13:00 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΣΟΒΑΡΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ*Προεδρείο: Λ. Μιχάλης, Α. Spyropoulos*

12:30-12:40 Γυναίκα 45 ετών παχύσαρκη, με αρτηριακή υπέρταση νοσηλεύεται με σοβαρή COVID-19 λοίμωξη και εικόνα ελλείμματος σκιαγράφησης σε υποτμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας

Φ. Μάλλη

12:40-12:50 Άνδρας 62 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, με οξεία προστατίτιδα και μικροβιαίμια εμφανίζει επεισόδιο κοιλιακής μαρμαρυγής διάρκειας 10 λεπτών το οποίο ανατάχθηκε αυτόματα

Α. Αντωνιάδης**12:50-13:00 Συζήτηση/Σχολιασμός****13:00-14:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΠΗΞΗΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ***Προεδρείο: Ε. Γρουζή, Φ. Γκιρτοβίτης*

13:00-13:10 Άδρός πηκτικός μηχανισμός: INR, PT, aPTT, επίπεδα ινωδογόνου: Τι σηματοδοτούν στον καταρράκτη της πήξης και τι υποδηλώνει η (μεταβολή) παράτασή τους;

Δ. Αδαμίδου**13:10-13:15 Συζήτηση**

13:15-13:25 Δ-διμερή: ένα νόμισμα με πολλές όψεις. Κλινική σημασία και αξιολόγηση

Η. Κυριάκου**13:25-13:30 Συζήτηση**

13:30-13:40 Διερεύνηση θρομβοφιλίας: Πότε, σε ποιον ασθενή και ποιες εξετάσεις χρειαζόμαστε κατά περίπτωση; Ποιοι είναι οι περιορισμοί και τα συνήθη σφάλματα στην κλινική πράξη;

Φ. Νομικού**13:40-13:45 Συζήτηση**

13:45-13:55 Έλεγχος θρομβοφιλίας από την σκοπιά του εργαστηρίου

Δ. Λιάπης**13:55-14:00 Συζήτηση****14:00-15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ - ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΝΕΟΥ ΔΣ ΙΜΕΘΑ**



Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

15:30-16:30 ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Προεδρείο: Χ. Μάνδρος, Δ. Σαγρής, Μ. Περούλης

15:30-15:45 Άντρας 48 ετών με ελεύθερο ιστορικό εμφανίζει πολλαπλά σπληνικά έμφρακτα

Κ. Αζαριάδη

15:45-15:50 **Συζήτηση**

15:50-16:05 Υποτροπιάζοντα εμβολικά επεισόδια σε ασθενή με κολπική μαρμαρυγή υπό αντιπηκτική αγωγή

Μ. Φλωρεντίν

16:05-16:10 **Συζήτηση**

16:10-16:25 Θρόμβωση πυλαίας σε ασθενή με αναφερόμενο ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό

Χ. Μάνδρος

16:25-16:30 **Συζήτηση**

16:30-17:00 ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ε. Βαβουρανάκης

Optimizing reversal strategies and outcomes related to major bleeds in patients taking oral direct FXa inhibitors

A. Spyropoulos

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

**17:00-18:00 ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ***Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας, Ι. Κακίσης*

17:00-17:10 Διαχωρισμός της έσω καρωτίδος. Ποια η βέλτιστη αντιμετώπιση σήμερα;

Γ. Κούβελος

17:10-17:15 **Συζήτηση**

17:15-17:25 Ποια η βέλτιστη αντιθρομβωτική στρατηγική σε ασθενή με πρόσφατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω συμπτωματικής καρωτιδικής στένωσης;

Ι. Κακίσης

17:25-17:30 **Συζήτηση**

17:30-17:40 Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Χρήζει αντιθρομβωτικής αγωγής;

Κ. Σπανός

17:40-17:45 **Συζήτηση**

17:45-17:55 Ενδαγγειακή αντιμετώπιση σύνθετων ανευρυσμάτων της θωρακοκοιλιακής αορτής. Ποια η βέλτιστη αντιθρομβωτική αγωγή;

Μ. Ματσάγκας

17:55-18:00 **Συζήτηση**

18:00-18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**18:30-19:30 ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ***Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου, Α. Πιπιλής*

18:30-18:40 Επιδημιολογία και μηχανισμοί πρόκλησης

Μ. Νταλούκα

18:40-18:45 **Συζήτηση**

18:45-18:55 Διαγνωστικά κριτήρια. Ποιοι ασθενείς είναι αυξημένου κινδύνου

Π. Στρατηγοπούλου

18:55-19:00 **Συζήτηση**

19:00-19:10 Προεγχειρητική και διεγχειρητική Προφύλαξη

Φ. Ντάνου

19:10-19:15 **Συζήτηση**

19:15-19:25 Μετεγχειρητική διαχείριση και πρόγνωση

Ε. Κοράκη

19:25-19:30 **Συζήτηση**

**19:30-20:30 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ -
ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**



Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

Παράλληλη Συνεδρία - Αίθουσα Β'

ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

**09:00-15:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.**

09:00-09:05 Εισαγωγή - Καλωσόρισμα
Μ. Ματσάγκας, Η. Κεράνη

09:05-09:30 Αντιαιμοπεταλιακά-αντιπηκτικά φάρμακα: Ενδείξεις και βασικές αρχές χορήγησής τους
Προεδρείο: Σ. Τσιάρα
Εισήγηση: Α. Τσελέπης

09:30-10:00 Στεφανιαία νόσος: Ενδείξεις χορήγησης αντιαιμοπεταλιακής αγωγής στην πρωτογενή πρόληψη - Αντιθρομβωτική αγωγή στη δευτερογενή πρόληψη
Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ
Εισήγηση: Κ. Καλαντζή

10:00-10:30 Κολπική μαρμαρυγή: Προσυμπτωματικός έλεγχος, ενδείξεις και βασικές αρχές χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής
Προεδρείο: Κ. Καλαντζή
Εισήγηση: Μ. Φλωρεντίν

10:30-11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11:30-12:00 Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Παθοφυσιολογική ταξινόμηση και αντιθρομβωτική αγωγή βάσει παθοφυσιολογίας
Προεδρείο: Κ. Βέμμος
Εισήγηση: Δ. Σαγρής

12:00-12:30 Περιφερική αρτηριακή νόσος: Παθοφυσιολογία και αντιθρομβωτική αγωγή ή τι πρέπει να γνωρίζει ο ιατρός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;
Προεδρείο: Α. Λάζαρης
Εισήγηση: Μ. Περούλης

Σάββατο 19 Οκτωβρίου 2024

Παράλληλη Συνεδρία - Αίθουσα Β

- 12:30-13:00 Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση: Διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση από τον ιατρό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας
Εισήγηση: Α. Λάζαρης
- 13:00-13:30 Περιεπεμβατική διαχείριση αντιθρομβωτικής αγωγής: Τι πρέπει να γνωρίζει ο ιατρός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;
Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου
Εισήγηση: Μ. Νταλούκα
- 13:30-14:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 14:00-15:00 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ: ΠΩΣ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΕΤΕ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ**
Προεδρείο: Α. Λάζαρης
- 14:00-14:10 Εισαγωγή: Σκοπός και στόχοι του Κλινικού φροντιστηρίου
Α. Λάζαρης
- 14:10-14:25 Διαγνωστικοί Αλγόριθμοι Φλεβικής Θρόμβωσης
Ν. Ρούσας
- 14:25-14:40 Υπερηχογραφική διάγνωση Φλεβικής Θρόμβωσης
Ν. Ρούσας
- 14:40-15:00 Ζωντανή υπερηχογραφική εξέταση ασθενούς
Ν. Ρούσας



Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 18 Οκτωβρίου 2024

17:30-18:00 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ AstraZeneca 

(Σελ. 20)

Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ

Στρατηγικές και επιλογές για την έγκαιρη αναστροφή
απειλητικής για τη ζωή αιμορραγίας από αντιπηκτικά

Ε. Αρναούτογλου

ΔΕΙΤΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΣ



PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

**Δημιουργούμε
ένα μέλλον απαλλαγμένο
από το τσιγάρο**

Αναπτύσσουμε εναλλακτικά προϊόντα
χωρίς καύση και αξιολογούμε τις
επιπτώσεις τους στην ατομική και
τη δημόσια υγεία χρησιμοποιώντας
αυστηρές επιστημονικές μεθόδους

Γνωρίστε το PMI Science
pmiscience.com

PMI Science

@pmiscience



*Το παρόν απευθύνεται μόνο σε επιστήμονες
και επαγγελματίες στον τομέα της υγείας*



Smart Compression™ System



Kendall SCD™ 700 Series Controller Smart Compression™ System

With Vascular Refill Detection (VRD) which measures venous refill time and adjusts cycle times automatically for each patient. Clinically proven to help reduce the risk of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism^{1,2}



1. Dennis MS, et al. Effectiveness of intermittent pneumatic compression in reduction of risk of deep vein thrombosis in patients who have had a stroke (CLOTS 3): a multicentre randomised controlled trial. The Lancet. Published online: 31 May 2013.
2. Ramos R et al. The efficacy of pneumatic compression stockings in the prevention of pulmonary embolism after cardiac surgery. CHEST. 1996 Jan; 109:82-5.

Glycofren®

Metformin hydrochloride

... ο σταθερός σύμμαχος του Διαβήτη τύπου 2



METFORMIN HYDROCHLORIDE

1000 mg/tab



METFORMIN HYDROCHLORIDE

850 mg/tab

Θεραπευτικές ενδείξεις: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. **Αντενδείξεις:** Υπεραισθησία στην υδροχλωρική μετφορμίνη ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Διαβητική κετοξέωση, διαβητικό προκώμα. Νεφρική ανεπάρκεια ή νεφρική δυσλειτουργία. Ηπατική ανεπάρκεια. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Κίνδυνος εμφάνισης γαλακτικής οξέωσης (σπάνια), προσοχή σε ασθενείς με προβλήματα νεφρικής λειτουργίας, να διακόπτεται 48 ώρες πριν από χειρουργική επέμβαση, προσοχή στη χρήση της σε παιδιά και εφήβους. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** ναυτία, έμετος, διάρροια, κοιλιακός άλγος, απώλεια της όρεξης, διαταραχές γεύσεως. Λ.Τ. 850 mg: 1.71 €, 1000 mg: 1.82 €.

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



Pharmaceutical Laboratories S.A.



ΓΙΑ 2^η ΣΥΝΕΧΟΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ

14^η χλμ. Εθνικής Οδού 1, 145 64 Κηφισιά,
Τηλ.: 210-80 72 512, e-mail: unipharma@uni-pharma.gr
www.uni-pharma.gr



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

DOUKETIS JAMES

Professor, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Canada

GEROTZIAFAS GRIGORIS

Professor of Hematology-Hemostasis, Faculty of Medicine, University Pierre et Marie Curie Paris, France

SPYROPOULOS ALEX

*Professor of Medicine – The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell
Professor - Institute of Health System Science - The Feinstein Institutes for Medical Research
Professor – Elmezzi Graduate School of Molecular Medicine
System Director – Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services. Northwell Health at Lenox Hill Hospital, New York, USA*

ΑΔΑΜΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Αιματολόγος, Διευθύντρια, Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

AZARIAΔΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Παθολόγος, Επιμελήτρια Β, ΓΝ Βόλου, Υποψήφια Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

MD, PhD, Δ/ντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής/Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας Βηματοδότησης, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθύντρια, Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Καθηγητής Καρδιολογίας, ΕΚΠΑ, Διευθυντής Γ' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

MD, FACC, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ

ΒΕΜΜΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης, Hellenic Cardiovascular Research Society, τ. Διευθυντής, Μονάδα Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές**ΓΚΙΡΤΟΒΙΤΗΣ ΦΩΤΗΣ***Αιματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Διδάκτωρ
Ιατρικής ΑΠΘ, Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος της ΔΕ του Τμήματος
Αιμόστασης της Ε.Α.Ε.***ΓΡΟΥΖΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ***Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΝΥ
Αιμοδοσίας, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Υπεύθυνη
Ιατρείου Αιμόστασης, Πρόεδρος Δ.Σ. Ελληνικής
Αιματολογικής Εταιρείας***ΙΑΚΩΒΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ***Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής
Π.Γ.Ν. Λάρισας***ΚΑΪΑΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ***Αναπλ. Καθηγήτρια Αιματολογίας-
Θρομβοεμβολικών Παθήσεων ΑΠΘ,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ,
Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη***ΚΑΚΙΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ***Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ,
Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚόν»***ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΚΑΛΛΙΡΡΟΗ***Αναπλ. Καθηγήτρια Καρδιολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων***ΚΑΝΑΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ***Καρδιολόγος, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής
Κλινικής «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center,
τ. Πρόεδρος Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας***ΚΑΡΡΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ***Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος Ακαδημαϊκός
Συνεργάτης Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας
Ιατρική Σχολή ΑΠΘ***ΚΑΤΣΑΡΓΥΡΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ***Αναπλ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική
Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Paracelsus Nuremberg, Γερμανία***ΚΕΡΑΝΗ ΗΛΙΑΝΑ***MD, PhD, Διευθύντρια Γενικής/Οικογενειακής
Ιατρικής, Κ.Υ. Αργαλαστής Μαγνησία, Γενική
Συντονίστρια Εκπαίδευσης Ειδικευομένων
Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Θεσσαλίας
Μέλος ΔΣ «Ιπποκράτη»***ΚΟΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ***Αναισθησιολόγος, MD, MSc, PhD,
Αν. Συντονίστρια, Διευθύντρια,
Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»***ΚΟΡΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ***Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Α' Πανεπιστημιακή
Καρδιολογική Κλινική*



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΚΟΥΒΕΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

*Επίκ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΗΛΙΑΣ

*Αιματολόγος, Δρ Πανεπιστημίου Κρήτης,
Διευθυντής ΕΣΥ, Αιματολογικό Εργαστήριο -
Τμήμα Αιμοδοσίας - Ιατρείο Αιμόστασης,
ΠΓΝΑ «Αττικών»*

ΚΩΤΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

*Αναπλ. Καθηγήτρια, Ιατρική των Μεταγγίσεων,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

ΛΑΖΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

*Αναπλ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής ΕΚΠΑ,
Γ' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική
Μονάδα, ΠΓΝ «Αττικών»*

ΛΕΥΚΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

*Αιματολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Εξειδικευθείσα
στην Αιμόσταση - Θρόμβωση, Αιματολογία
Κύησης, Θεσσαλονίκη*

ΛΙΑΠΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

*MSc Ιατρική Μοριακή Γενετική, Διευθυντής
Εργαστηρίου αιμόστασης, Πολυιατρείο
«ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ»*

ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ

*MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος
Α' Καρδιολογική Κλινικής Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία»*

ΜΑΛΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

*Πνευμονολόγος, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Επιστημονική Υπεύθυνη Ιατρείου
ΠΕ, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Διευθύντρια Εργαστηρίου
Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

ΜΑΝΔΡΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

*MD, DDS, PhD, Παθολόγος, Προϊστάμενος
Β' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Βόλου
«Αχιλλοπούλειο»*

ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

*Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική
Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος
Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη
Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή
(Ι.Μ.Ε.Θ.Α.)*

ΜΗΤΣΙΚΩΣΤΑ ΕΥΘΑΛΙΑ

Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν. Βόλου

ΜΙΧΑΛΗΣ ΛΑΜΠΡΟΣ

*Καθηγητής, Β' Καρδιολογική Κλινική,
Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιούπολη*

ΜΠΑΡΕΚΑ ΜΕΤΑΞΙΑ

*MD, PhD, MSc, Επίκ. Καθηγήτρια
Αναισθησιολογίας Τμήμα Ιατρικής, Σχολή
Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Αναισθησιολογική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας*

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΝΟΜΙΚΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ	Αιματολόγος, Διευθύντρια, Ν.Υ. Αιμοδοσίας και Κέντρο Αιμορροφιλικών και Διαταραχών της Αιμόστασης, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Αθήνα
ΝΤΑΪΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών
ΝΤΑΛΟΥΚΑ ΜΑΡΙΑ Π.	M.D., Ph.D., M.Sc. Αναισθησιολόγος, Επιμελήτρια Β', Π.Γ.Ν. Λάρισας
ΝΤΑΝΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ	Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν» Αθήνα
ΝΤΑΤΣΙΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής, Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
ΠΑΝΤΑΖΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ	Χημικός, MSc, PhD στη Βιοχημεία, ΕΔΙΠ Βαθμού Α', Εργαστήριο Βιοχημείας/Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
ΠΑΠΠΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Παν/μιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
ΠΕΡΟΥΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ	Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΠΙΠΙΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Διευθυντής, Α' Καρδιολογική Κλινική «ΥΓΕΙΑ»
ΠΤΩΧΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	MD, MSc, PhD, EBIR, FCIRSE, Επεμβατικός Ακτινολόγος, Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
ΡΙΧΤΕΡ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Αντιπρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ
ΡΟΥΣΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Επίκ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Κοινός Διοικητής Γ.Ν. Σύρου «Βαρδάκειο κ Πρώιο» & Γ.Ν.-Κ.Υ. Νάξου
ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
ΣΑΓΓΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Παθολόγος, Επιμελητής Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, ΠΓΝ Λάρισας



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΣΚΟΥΛΑΡΙΓΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας, Τομέας Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΣΟΥΡΜΕΛΗΣ ΣΑΒΒΑΣ	Διευθυντής Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία»
ΣΠΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Αναπλ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας
ΣΤΑΜΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ	Νεφρολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος, ΠΓΝ Ιωαννίνων
ΣΤΡΑΤΗΓΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ	Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
ΤΑΣΣΗ ΗΛΙΑΝΑ	Αιματολόγος, Επικουρική Ιατρός, Αιματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων
ΤΖΙΜΑΣ ΠΕΤΡΟΣ	Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Διευθυντής Κλινικής Αναισθησιολογίας & Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΤΡΙΑΝΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Καρδιολόγος, Διευθυντής του Αιμοδυναμικού Τμήματος, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Πρόεδρος της Ομάδος Επεμβατικής Καρδιολογίας της ΕΚΕ
ΤΣΕΛΕΠΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Ομότιμος Καθηγητής Κλινικής Βιοχημείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΤΣΙΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ	Καθηγήτρια Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, MSc Βιοπληροφορική, Διευθυντής, Ογκολογικό Τμήμα, 417 ΝΙΜΤΣ, Επιστημονικός Συνεργάτης Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα, Γεν. Γραμματέας της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (ΕΟΠΕ)
ΦΛΩΡΕΝΤΙΝ ΜΑΤΙΑΝΤΑ	Επίκ. Καθηγήτρια Παθολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Περίληψεις

1. CATHETER-DIRECTED ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ HIGH RISK ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Ι. Γιωτοπούλου, Σ. Καρατασίτσα, Ε. Παππά, Α. Κότσια

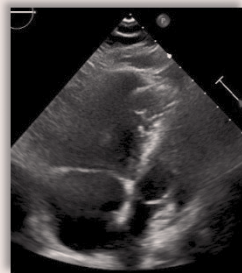
Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η πνευμονική εμβολή είναι συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με όγκους εγκεφάλου. Ασθενείς με πρόσφατο χειρουργείο εγκεφάλου έχουν απόλυτη αντένδειξη για συστηματική θρομβόλυση και υψηλά ποσοστά θνητότητας.

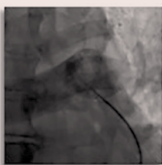
Υλικά – Μέθοδοι: Γυναίκα 59 ετών με πρόσφατο χειρουργείο αφαίρεσης όγκου εγκεφάλου με κακοήθεις χαρακτήρες (εν αναμονή της βιοψίας), υπό θεραπεία με δεξαμεθαζόνη/λεβετιρακετάμη, εισήχθη στην Παθολογική λόγω επεισοδίου απώλειας αισθήσεων με επιληπτόμορφους χαρακτήρες.

Παρουσίαζε ταχυκαρδία, ταχύπνοια, GCS-15/15 και ετερόπλευρο άλγος κάτω άκρου. Ηλεκτροκαρδιογραφικά παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με RBBB και εργαστηριακά τρανσαμινασαιμία, υπολευκωματιναιμία, αυξημένη LDH-1000U/L, DDimers-34mg/L και hsTNI-1036ng/L. Η BrainCT δεν ανέδειξε αιμορραγία ή οίδημα. Σταδιακά εγκατέστησε υπόταση, υποξαιμία και αιμόπτυση (GenevaScore 14points-WellsScore 11 points). Υπερηχοκαρδιογραφικά εμφάνιζε αυξημένων διαστάσεων δεξιά κοιλία με D-shaped αριστερή. Η CTPA ανέδειξε πνευμονική εμβολή (Pesi Score 218 points).

Μεταφέρθηκε στην καρδιολογική μονάδα. Τέθηκε σε κλασική ηπαρίνη, οξυγόνο, νορεπινεφρίνη και αντιβιοτικά. Σταδιακά εμφάνισε ληθαργικότητα, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και σοβαρή ηπατική βλάβη. Επανεκτιμήθηκε υπερηχοκαρδιογραφικά με εικόνα σοβαρής αμφικοιλιακής δυσλειτουργίας, θετικό McConnell και D-shaped αριστερή κοιλία (εικόνα 1). Υποβλήθηκε σε νέα BrainCT που απέκλεισε αιμορραγία. Μετέπεσε σε βραδυκαρδία ακολουθούμενη από ανακοπή. Ακολούθησε ΚΑΡΠΑ και διασωληνώθηκε.



Αποτελέσματα: Αποφασίστηκε κατευθυνόμενη από καθετήρα θρομβόλυση. Μεταφέρθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου τοποθετήθηκε Swan-Ganz καθετήρας στην πνευμονική αρτηρία. Αρχικά πραγματοποιήθηκε προσπάθεια μηχανικής λύσης του θρόμβου, με βελτίωση της πνευμονικής ροής στη δεξιά πνευμονική αρτηρία ακτινοσκοπικά, ενώ η αριστερή παρέμεινε αποφραγμένη (εικόνα 2). Ακολούθησε θρομβόλυση χαμηλής δόσης με αλτεπλάση (1ml/h έγχυση 10ώρου) μέσω του Swan-Ganz. Ανέκτησε αυτόματη κυκλοφορία και μεταφέρθηκε στην καρδιολογική μονάδα υπό υψηλές δόσεις ντοπαμίνης/δοβουταμίνης/βαζοπρεσσίνης. Εμφάνισε γαλακτική οξέωση και πολυοργανική ανεπάρκεια και 8 ώρες μετά απεβίωσε.



Συμπεράσματα: Η διάγνωσή της πνευμονικής εμβολής και η διαστρωμάτωση του κινδύνου είναι σημαντικό να γίνουν όσο το δυνατόν νωρίτερα. Εξίσου αναγκαία είναι η τακτική επανεκτίμηση, καθώς οι αιμοδυναμικές παράμετροι μπορούν να αλλάξουν ταχέως. Ασθενείς με πνευμονική εμβολή υψηλού κινδύνου και απόλυτη αντένδειξη για θρομβόλυση έχουν υψηλό ποσοστό θνητότητας. Σε ασθενείς σε ανθεκτικό σοκ ή ανακοπή, η catheter-directed θρομβόλυση με low-dose θρομβολυτικό παράγοντα αποτελεί μια πιθανή θεραπευτική προσέγγιση.



2. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΟΥ ΤΑΦΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Νίκη Γκένα¹, Παρασκευή Κύργου^{1,2}, Δ. Ράπτης¹, Γ. Ντουνιάς¹, Βασιλική Λύρα³, Π. Γεωργούλιας³, Δ. Παπαγιάννης⁴, Ζωή Δανιήλ², Κ.Ι. Γουργουλιάνης², Φωτεινή Μάλλη^{1,2}

¹Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Ιατρείο Πνευμονικής Εμβολής, Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ³Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ⁴Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ανοσοποίησης Ενηλίκων, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) είναι μια οξεία κατάσταση με χρόνιες επιπλοκές που προκύπτουν από την ατελή λύση των θρόμβων. Το ένζυμο TAFI (thrombin activatable fibrinolysis inhibitor), αναστέλλει την ενεργοποίηση του πλασμινογόνου και αποτρέπει τη διαδικασία της ινωδολύσης.

Σκοπός: Αξιολόγηση των επιπέδων TAFI κατά την αποδρομή της ΠΕ και συσχέτισή τους με κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Υλικά και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 15 ασθενείς με ΠΕ κατά την παρακολούθησή τους στο Ιατρείο Πνευμονικής Εμβολής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε αιμοληψία σε 2 χρονικές στιγμές (9-12 και 15-18 μήνες από τη διάγνωση της ΠΕ) προκειμένου να απομονωθεί το TAFI. Η μέτρηση του TAFI πραγματοποιήθηκε με ELISA. Τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών καταγράφηκαν.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 15 ασθενείς με ΠΕ (60% άνδρες, $50,93 \pm 16,29$ έτη). Η πλειοψηφία (66,7%) ανέφεραν μειωμένη λειτουργική ικανότητα κατά την αξιολόγηση (έναντι προ της διάγνωσης της ΠΕ) και 53,3% ανέφεραν δύσπνοια στην κόπωση. Το 66,7% των συμμετεχόντων λάμβανε αντιπηκτική αγωγή. Η μέση τιμή της πρώτης μέτρησης του TAFI ήταν $1005,15 \pm 602,37$ ng/ml, ενώ της δεύτερης ήταν $706,9 \pm 428,31$ ng/ml ($p=0,031$). Οι ασθενείς με αιμορραγικές επιπλοκές είχαν χαμηλότερα επίπεδα TAFI έναντι εκείνων χωρίς αιμορραγίες ($414,70 \pm 14,80$ έναντι $1095,99 \pm 596,88$, αντίστοιχα, $p=0,001$). Οι ασθενείς με παθολογικό σπινθηρογράφημα πνευμόνων κατά την παρακολούθηση εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές TAFI έναντι των ασθενών με πλήρη λύση των θρόμβων ($1095,99 \pm 85,44$ έναντι $1007,71 \pm 673,63$, αντίστοιχα, $p=0,045$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα του TAFI μειώνονται με την πάροδο του χρόνου στους ασθενείς με ΠΕ. Τα αυξημένα επίπεδα TAFI σε ασθενείς με υπολειπόμενη φλεβική απόφραξη στον πνεύμονα υποδεικνύουν πιθανή συσχέτισή του με ατελή ινωδολύση. Ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων περιορίζει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Α. Κοτσιαούτη^{1,2}, Δ. Μοσχανδρέου¹, Α. Σπηλιόπουλος¹, Ε. Γρουζή¹

¹Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας – Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης, Γενικό-Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Άγιος Σάββας», ²Αιματολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Η θρόμβωση άνω άκρου (ΘΑΑ) αποτελεί ασυνήθη θέση θρομβωτικού επεισοδίου με οποιαδήποτε εντόπιση κατά μήκος των αγγείων που συμβάλουν στην αιμάτωσή του. Στα αγγεία αυτά περιλαμβάνεται η μασχαλιαία, η βραχιόνιος, η βραχιονοκεφαλική, η βασιλική, η κερκιδική και σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις η παλαμιαία φλέβα. Συνηθέστερα οι θρομβώσεις αφορούν το εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο, ωστόσο συχνές είναι και οι επιπολής, ενώ σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εμπλέκεται το αρτηριακό δίκτυο.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την αξιολόγηση του εκλυτικού παράγοντα, της θέσης εντόπισης, καθώς και της θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με ΘΑΑ.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με ΘΑΑ κατά το χρονικό διάστημα 2016-2023 που παρακολουθήθηκαν στο Τμήμα μας.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανευρέθηκαν 12 ασθενείς με ΘΑΑ, 7 γυναίκες και 5 άνδρες με μέση ηλικία τα 38,1 έτη. Στις 10 περιπτώσεις η θρόμβωση αφορά το εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο, σε 1 περίπτωση η θρόμβωση εντοπίζεται στο επιπολής φλεβικό δίκτυο, ενώ καταγράφηκε και 1 περίπτωση θρόμβωσης κερκιδικής αρτηρίας μετά τη διενέργεια στεφανιογραφίας. Οι κύριες θέσεις εντόπισης περιλαμβάνουν την υποκλείδιο, τη μασχαλιαία, τη βραχιόνιο, τη βασιλική και την κερκιδική φλέβα. Εκτός από τις εντοπισμένες φλεβικές αποφράξεις σημειώνονται και εκτεταμένες φλεβικές θρομβώσεις κατά μήκος του εν τω βάθει φλεβικού δικτύου του άνω άκρου σε ασθενείς με ενεργό κακοήθεια ή υπό χημειοθεραπεία. Στους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες καταγράφηκαν κακοήθειες, χημειοθεραπεία, τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα, παρουσία αντιπηκτικού του λύκου και σύνδρομο θωρακικής εξόδου, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αποσαφηνίστηκε ο εκλυτικός παράγοντας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση και η διάρκειά της εξατομικεύτηκαν με κύριες θεραπευτικές επιλογές τις ΗΧΜΒ, τα DOACs και την Ασενοκουμαρόλη.

Συμπεράσματα: Η ΘΑΑ αποτελεί ασυνήθιστη θέση εντόπισης θρομβωτικού επεισοδίου με τον αιτιολογικό παράγοντα να μην μπορεί πάντοτε να καθοριστεί. Η διαχείρισή της πρέπει να εξατομικεύεται, ενώ για τη βέλτιστη αντιμετώπιση συχνά απαιτείται συνεργασία ειδικοτήτων όπως Αιματολόγων και Αγγειοχειρουργών.



4. TTP ΧΩΡΙΣ ΣΧΙΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ RELAPSING REMITTING MS

Ελένη Κουτρούμπα¹, Πηνελόπη Ντέρμα¹, Βασιλική Ψηλού², Βασιλική Κωλέττη²

¹Ειδικευόμενοι Ιατροί, ²Διευθυντές Ε.Σ.Υ., Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"

Εισαγωγή: Η στοιχειοθέτηση διάγνωσης ITP ως μια διάγνωση εξ αποκλεισμού, προϋποθέτει τον αιτιολογικό αποκλεισμό άλλων ειδικών αιτιών θρομβοπενίας. Η ύπαρξη όποιας κλινικής οντότητας, συσχετίζεται με θρομβοπενία, θα πρέπει να τεκμηριώνεται με τη χρήση της πιο ενδεδειγμένης διαγνωστικής δοκιμασίας και τελικά να επιβεβαιώνεται με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής με από δετίας διάγνωση Relapsing Remitting MS (RRMS), υπό αγωγή με anti-CD52 από διαιτίας, τελεί υπό στενής κλινικοεργαστηριακής παρακολούθησης. Με την έναρξη οξέως κλινικού συνδρόμου, καταβολής, μυαλγιών, σκουρόχρωων ούρων και ικτέρου, διαπιστώθηκε λευκωματουρία, αιμοσφαιρινουρία, ONN, απόλυτη μονοκυττάρωση και λεμφοπενία, σοβαρή θρομβοπενία, αυξημένη ολική χολερυθρίνη και LDH. Εκ της κλινικής διερεύνησης, δεν διαπιστώθηκε εμπύρετο ή επιδείνωση νευρολογικής σημειολογίας. Παρά ταύτα, σημειώθηκαν λιπώδες ήπαρ, ήπια σπληνομεγαλία και πιθανή κλινικοαπεικονιστική φλεγμονή AP νεφρού. Εκ της αιματολογικής αξιολόγησης, δεν αναδείχθηκαν στοιχεία μικροαγγειοπαθητικής αναιμίας ή σχιστοκυττάρωση. Μετά τον πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, πιο πιθανή θεωρήθηκε η διάγνωση της θρομβωτικής πορφύρας, με τη διαγνωστική πρόκληση της διαφοροποίησης μεταξύ ITP και TTP. Η συνεκτίμηση κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων και ιστορικού, παρέπεμπαν σε ITP. Όμως η ανταπόκριση στη θεραπευτική πλάσμαφαίρεση και μόνο, έθεσε την πιθανή διάγνωση της TTP, η οποία επιβεβαιώθηκε με μέτρηση της ενεργότητας του παράγοντα ADAMTS-13.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Η κλινική υποψία ύπαρξης μιας νοσολογικής οντότητας, θα πρέπει να υπερέχει των εργαστηριακών ενδείξεων στην προσπάθεια τεκμηρίωσης ενός κλινικού συνδρόμου. Η έλλειψη ενός κύριου χαρακτηριστικού όπως αυτό της σχιστοκυττάρωσης, για τη διάγνωση της TTP, δεν αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για τη χορήγηση θεραπείας του συνδρόμου και την τελική διάγνωση αυτού, με τη χρήση της gold standard διαγνωστικής μεθόδου. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται εξαιρετικά περιορισμένος αριθμός TTP χωρίς σχιστοκύτταρα. Ως πιθανοί μηχανισμοί, σημειώνονται η πρωιμότητα του συνδρόμου και η απουσία μεγάλου ποσοστίου αριθμού σχιστοκυττάρων στην κυκλοφορία, με τη διαπίστωση εικόνας.

5. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΝΟΣ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**Πηνελόπη Ντέρμα¹, Ελένη Κουτρούμπα¹, Βασιλική Ψηλού², Βασιλική Κωλέττη²**¹Ειδικευόμενοι Ιατροί, ²Διευθυντές Ε.Σ.Υ., Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"

Εισαγωγή: Η προσέγγιση ενός ασθενή με αιμορραγική διάθεση, ισοδυναμεί με την ανάγκη ολιστικής αξιολόγησης ενός κλινικού συνδρόμου. Διαγνωστικής σημαντικότητας αποτελεί η κλινική συμπτωματολογία και τα χαρακτηριστικά αυτής (η ποιότητα αυτής, ο χρόνος έναρξης, η βαρύτητα εκδήλωσης, το συνολικό ιστορικό του ασθενούς γύρω από την διαταραχή αλλά και το λοιπό ιστορικό), το πλήρες εργαστηριακό προφίλ και η ολοκλήρωση του απαραίτητου απεικονιστικού ελέγχου (έλεγχος ρουτίνας και «κλινικοεργαστηρικά κατευθυνόμενη» απεικόνιση).

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής χωρίς λοιπό μείζον ιατρικό ιστορικό, προσέρχεται στο ΤΕΠ αιτιώμενη από μηνός αιμορραγική διάθεση και πρωτοεμφανιζόμενη μέτριας βαρύτητας ουλορραγία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο, ανεδείχθη θρομβοπενία (25×10^9). Συνοδά διαπιστώθηκαν εργαστηριακά με ελαττωμένο ινωδογόνο και αυξημένα d-dimer. Στα πλαίσια του λοιπού τυπικού ελέγχου στο ΤΕΠ ανεδείχθη σημαντικό ανεύρυσμα θωρακικής αορτής. Χωρίς κλινική εικόνα οξέος συμβάματος συσχετιζόμενου με το ανεύρυσμα, τα εργαστηριακά ευρήματα μιας πιθανά χρόνιας κατάστασης DIC, δεν θα μπορούσαν να αιτιολογήσουν την οξεία εκδήλωση αιμορραγικής διάθεσης. Η ασθενής αξιολογήθηκε αιματολογικά στα πλαίσια της θρομβοπενίας και έλαβε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, ως επί θρομβοπενία αυτοάνοσης αρχής: με την άνοδο του αριθμού των PLTs. Ως αναμενόνταν, τα στοιχεία DIC επέμειναν και η ασθενής ελάμβανε υποστηρικτική αγωγή, έως την άμεση αποκατάσταση του θωρακικού ανeurύσματος.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Στην στοιχειοθέτηση μιας αιτιολογικής διάγνωσης, κρίνεται απαραίτητη η συνολική αξιολόγηση του ασθενούς. Για την αιμορραγική διάθεση της συγκεκριμένης ασθενούς, διαπιστώθηκε πολυπαράγοντικό υπόστρωμα. Θρομβοπενία και διαταραχή πήκτικότητας, συνέθεταν την κλινικοεργαστηριακή της εικόνα. Για τα δύο διακριτά αυτά υποστρώματα αιμορραγικής διάθεσης, αναδεικνύεται διαφορετικός χρόνος εγκατάστασης, διαφορετική αιτιοπαθογένεια και τελικά ανάγκη για εφαρμογή επιμέρους διαφορετικής θεραπευτικής στρατηγικής. Η αιματολογική υποστήριξη της ασθενούς και η εξατομικευμένη αιτιολογική αντιμετώπιση της εκάστοτε παθολογικής οντότητας, αποτέλεσαν τον άξονα της θεραπευτικής μας προσέγγισης.



6. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΑΣ Α (ΕΕΑ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΗ ΕΛΛΕΙΨΗ FVII

Ηλιάνα Σταματίου¹, Μαλκότς Μπουσέ¹, Χ. Μισίδου², Γ. Βραχιώλιας², Ε. Παναγιωτόπουλος¹, Δ. Παπάζογλου¹, Κ. Λιάπης², Ι. Κοτσιανίδης²

¹Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, ²Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ΕΕΑ οφείλεται στην παρουσία αυτοαντισωμάτων έναντι του FVIII (επίπτωση: 1,5 περιστατικό/1.000.000). Στο 60% είναι ιδιοπαθής, ενώ μπορεί να σχετίζεται με αιματολογικά νοσήματα, κακοήθειες, αυτοάνοσα νοσήματα, λοχειά και φάρμακα. Η εμφάνιση ΕΕΑ σε ασθενείς με κληρονομικές αιμορραγικές διαταραχές είναι σπάνια κατάσταση που αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για τον κλινικό ιατρό.

Υλικά - Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με ιστορικό συγγενούς ελλειψης FVII που εμφάνισε ΕΕΑ.

Αποτελέσματα: Ασθενής 73 ετών, με γνωστή συγγενή έλλειψη FVII, εμφάνισε αυτόματο αιμάτωμα δεξιάς κνήμης. Προ μηνός είχε ξεκινήσει ασπιρίνη λόγω παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου. Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία, φυσιολογικά αιμοπετάλια, INR=1,92 (PT=22,9s), aPTT=93,6s, φυσιολογικό ινωδογόνο. Στην εξέταση υπήρχαν πολλαπλές εκχυμώσεις. Έγιναν μεταγγίσεις ΜΣΕ και FFP όμως σύντομα μετά την εισαγωγή του παρουσίασε εκτεταμένο οίδημα δεξιού αντιβραχίου. Οι απεικονιστικές εξετάσεις αποκάλυψαν σύνδρομο διαμερίσματος λόγω εξαγωγής αίματος από την κερκιδική αρτηρία, για το οποίο υποβλήθηκε σε επείγουσα φασιοτομή. Μετεγχειρητικά, εκδήλωσε σοβαρή αιμορραγία από το τραύμα και κυκλοφορική καταπληξία. Λόγω επίμονης παράτασης aPTT - ενώ το INR είχε διορθωθεί με τη χορήγηση FFP - έγινε μέτρηση FVIII (5,7%) και δοκιμασία μείξης που αποκάλυψε παθολογική τιμή aPTT στην επώαση στους 37°C. Με βάση αυτά τα ευρήματα, διαγνώσαμε ΕΕΑ με αναστολέα έναντι FVIII. Ο ασθενής έλαβε Novoseven (rFVIIa) 18 mg/ημέρα, FFP, τραπεξαμικό οξύ (1500mg/ημέρα), μεθυπρεδνιζολόνη (1mg/kg/ημέρα) και κυκλοφωσφαμίδη (100mg/ημέρα). Λόγω μεγάλης αιμορραγικής διάθεσης και ανάγκης μεταγγίσεων (2-4 ΜΣΕ/ημέρα) χρειάστηκαν μεγάλες δόσεις rFVIIa (36 mg/ημέρα) για 12 ημέρες. Επίσης, λόγω ανεπαρκούς ανταπόκρισης στον συνδυασμό κορτικοειδών-κυκλοφωσφαμίδης, χορηγήθηκαν 4 εβδομαδιαίες δόσεις rituximab 375 mg/m². Τελικά, η αιμορραγική διάθεση σταμάτησε και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο μετά από πολυήμερη νοσηλεία. Η διερεύνηση για δευτεροπαθή ΕΕΑ ήταν αρνητική.

Συμπεράσματα: Η ΕΕΑ αποτελεί σπάνια αλλά απειλητική κατάσταση. Η επίπτωση της ενδεχομένως υποεκτιμάται λόγω μειωμένης κλινικής υποψίας, ελλιπούς γνώσης και εσφαλμένης αιτιολόγησης της αιμορραγικής διάθεσης, ιδιαίτερα σε άτομα με κληρονομική διαταραχή πήξης. Η αναγνώριση της απαιτεί άμεση έναρξη rFVIIa για τον έλεγχο της αιμορραγίας και σύγχρονη χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής.

7. PRECISE-DAPT Ή CRUSADE ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΛΑΒΟΥΝ ΚΑΓΚΡΕΛΟΡΗ- OBSERVATION STUDY

Ι. Γιωτοπούλου, Θ. Μπαμπάλη, Σ. Καρατασίτσα, Β. Τελάκη, Ε. Παππά

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η Αχίλλειος πτέρνα των αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων είναι η εκδήλωση δυνητικά απειλητικών για τη ζωή αιμορραγικών εκδηλώσεων. Αναπόφευκτα δημιουργείται η ανάγκη αναγνώρισης των ασθενών αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου, ώστε να επιλεχθεί η κατάλληλη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και να αντιμετωπιστούν το συντομότερο αιμορραγικές επιπλοκές, εφόσον προκύψουν.

Μέθοδος - Αποτελέσματα: Η PresiceDAPT και η CRUSADE αποτελούν score πρόβλεψης αιμορραγικού κινδύνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική στα πλαίσια οξέος στεφανιαίου συμβάματος και λαμβάνουν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Βιβλιογραφικά καταγράφονται περιορισμένα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των ανωτέρω score σε ασθενείς που έλαβαν Καγκρελόρη.

Δημιουργήθηκε Database 89 ασθενών με μέση ηλικία 67,42 έτη και εύρος 25-91 έτη. Αιμορραγικές εκδηλώσεις κατά τη νοσηλεία εμφάνισε το 14,6% από αυτούς, τύπου 2-3 κατά BARC.

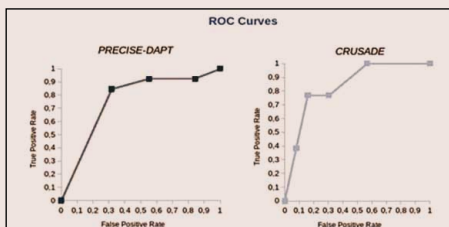
Η ευαισθησία της PreciseDAPT ήταν 92.3% και η ειδικότητα 55.3%. Η διαγνωστική αναλογία πιθανότητας (OR) ήταν 14.8 και το εμβαδόν κάτω από την καμπύλη ROC(AUC) 0.76. Άθροισμα ευαισθησίας-ειδικότητας~1.5.

Η ευαισθησία της CRUSADE ήταν 69.2% και η ειδικότητα 73.7%, η διαγνωστική

αναλογία πιθανότητας (OR) 6.3 και το εμβαδόν κάτω από την καμπύλη ROC (AUC) 0.82.

Συμπεράσματα: Η PreciseDAPT εμφανίζει υψηλή ευαισθησία αλλά χαμηλή ειδικότητα για το συγκεκριμένο δείγμα. Συνεπώς έχει μικρή πιθανότητα πρόβλεψης ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων, αλλά αποδίδει αυξημένα ψευδώς θετικά, ενώ εμφανίζει ικανοποιητική απόδοση στη διάκριση θετικών και αρνητικών αποτελεσμάτων. Η CRUSADE παρότι συνυπολογίζει σημαντικές παραμέτρους όπως η αιμοδυναμική κατάσταση των ασθενών και η νεφρική νόσος, εμφανίζει μέτρια ειδικότητα και ευαισθησία, με αποτέλεσμα να απαιτείται η ύπαρξη και ενός συμπληρωματικού μέσου για την επίτευξη ακριβούς διάγνωσης.

Η ελεγχόμενη, εντός λεπτών, διακοπή της δραστηριότητας τη Καγκρελόρης την καθιστά κατάλληλη αντιαιμοπεταλιακή επιλογή ακόμα και για ασθενείς υψηλού αιμορραγικού κινδύνου, καθώς επιτρέπει καλύτερο έλεγχο πιθανών αιμορραγικών επιπλοκών. Η χρήση προγνωστικών score συστήνεται, παρά τους περιορισμούς που παρουσιάζουν, καθώς μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη επιλογή της αντιαιμοπεταλικής στρατηγικής και να θέσουν ένδειξη για εντατικότερο follow-up των ασθενών αυξημένου αιμορραγικού κινδύνου.





8. OBSERVATION STUDY: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ P2Y12 ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΠΡΟ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΟΥ P2Y12 INHIBITOR

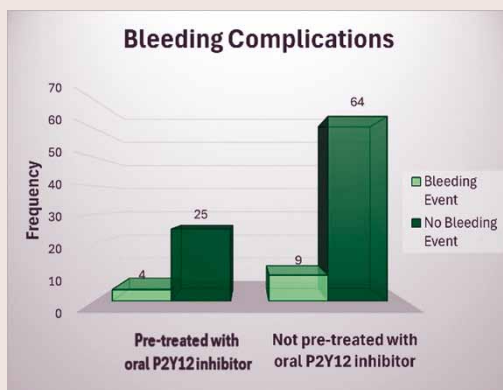
Ι. Γιωτοπούλου, Β. Τελάκη, Σ. Καρατασίτσα, Θ. Μπαμπάλη, Α. Κότσια, Α. Κρόκος, Ε. Παππά

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Χατζηκώστα, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Οι διαδερμικές επεμβάσεις των στεφανιαίων αγγείων σε συνδυασμό με τη διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή αποτελούν το Gold Standard στην αντιμετώπιση ασθενών με οξεία στεφανιαία συμβάματα. Η Καγκρελόρη αποτελεί τον μόνο ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων που διατίθεται για ενδοφλέβια χορήγηση. Η χορήγηση της ενδείκνυται σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε αγγειοπλαστική και δεν έχουν λάβει προηγουμένως από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων.

Μέθοδος - Αποτελέσματα: Ανάμεσα σε 89 ασθενείς που προ της αγγειοπλαστικής έλαβαν Καγκρελόρη, οι 25 (28,09%) ήταν pre-treated με από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων. Οι 6 είχαν λάβει υποθεραπευτική δόση κλοπιδογρέλης. Οι 8 υπέστησαν νέο οξύ στεφανιαίο σύμβαμα ενώ ήταν σε συστηματική αγωγή με κλοπιδογρέλη, συνεπώς αντιμετωπίστηκαν ως αντίσταση στον αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα που λάμβαναν. Οι 3 είχαν λάβει πλήρη φόρτιση με από του στόματος αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα, αλλά βρίσκονταν σε καρδιογενές σοκ, συνεπώς τέθηκε η υποψία πιθανώς πλημμελούς απορρόφησης των από του στόματος αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων. 7 είχαν λάβει πλήρη φόρτιση με κλοπιδογρέλη, αλλά λόγω σύμπλοκης στεφανιαίας νόσου και συννοσηροτήτων επιλέχθηκε χορήγηση Καγκρελόρης σαν bridging για μετάβαση σε τικαγρελόρη. Ένας είχε λάβει πλήρη φόρτιση με τικαγρελόρη αλλά λόγω εμέτων αμφισβητήθηκε η επαρκής απορρόφηση του φαρμάκου.

Αιμορραγικές επιπλοκές εμφάνισαν οι 4 (16%) τύπου 2-3a κατά BARC. Οι υπόλοιποι 64 ασθενείς, που δεν είχαν λάβει από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων εμφάνισαν αιμορραγικές εκδηλώσεις σε ποσοστό 14,06% (9 ασθενείς), τύπου 2-3b κατά BARC. Ανάμεσα στις δυο ομάδες δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εκδή-



λωση αιμορραγικών επιπλοκών ($p=0,816$), ούτε διαφορά ως προς τη βαρύτητα τους.

Συμπεράσματα: Οι αιμορραγικές εκδηλώσεις μετά από αγγειοπλαστική σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύμβαμα αποτελούν δυνητικά απειλητική για τη ζωή επιπλοκή. Η προηγηθείσα λήψη από του στόματος ανταγωνιστή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων δεν φαίνεται να αυξάνει στατιστικά σημαντικά τον αιμορραγικό κίνδυνο σε ασθενείς που αντιμετωπίζονται με χορήγηση Καγκρελόρης.



9. ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΤΙ-ΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Π. Ευαγγελίδης, Ν. Κώτσιου, Ζαχάρω Ντόβα, Σοφία Χισσάν, Ελένη Γαβριηλάκη, Σοφία Βακαλοπούλου

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιπποκράτειο νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (ΑΦΣ) αποτελεί ένα συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από θρομβώσεις ή μαιευτικές επιπλοκές και την εργαστηριακή ανίχνευση αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων. Αν και οι αγγειακές θρομβώσεις αποτελούν την κύρια εκδήλωση του νοσήματος, άλλες πιο σπάνιες επιπλοκές έχουν επίσης περιγραφεί. Η άσηπτη οστεονέκρωση συνιστά μία σπάνια επιπλοκή του ΑΦΣ.

Σκοπός: Σκοπός αποτελεί η μελέτη ασθενών με ΑΦΣ και άσηπτη οστεονέκρωση.

Υλικά και Μέθοδοι: Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε 80 ασθενείς με διάγνωση ΑΦΣ που παρακολουθούνται στο ειδικό ιατρείο διαταραχών αιμόστασης. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των κλινικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων ασθενών με ΑΦΣ και άσηπτη οστεονέκρωση.

Αποτελέσματα: Από τους 80 ασθενείς με ΑΦΣ, άσηπτη οστεονέκρωση παρατηρήθηκε σε 3 ασθενείς. Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρήθηκε άσηπτη νέκρωση (ΑΝ) της κεφαλής του μηριαίου οστού. Περίπτωση (1): Γυναίκα ηλικίας 54 ετών προσήλθε λόγω πολλαπλών ισχαιμικών εμφράκτων στον εγκέφαλο, όπως ανιχνεύθηκαν στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, φαινομένου Raynaud και ΑΝ της κεφαλής

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών με ΑΦΣ και ΑΝ κεφαλής μηριαίου οστού

Φύλο ηλικία	Κλινικές εκδηλώσεις	aPTT	Ανοσολογικός έλεγχος	Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες για θρομβώσεις	Θεραπεία	Υποτροπή
Γυναίκα 54 ετών	Έκπτωση γνωστικής λειτουργίας (πολλαπλά ισχαιμικά έμφρακτα εγκεφάλου), Φαινόμενο Raynaud, ΑΝ κεφαλής μηριαίου	49,4	LA	Ετερόζυγη μετάλλαξη στο γονίδιο C677T MTHFR, Υπερομοκυστεϊναιμία	Κλοπιδογρέλη, Ασενουκουμαρόλη	1 έτος από τη διάγνωση ΕΒΦΘ δεξιού κάτω άκρου
Άνδρας 52 ετών	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Ιστορικό ιλίγγου, ΑΝ κεφαλής μηριαίου	32,05	LA, anti-β2GPI IgM	Ετερόζυγη μετάλλαξη στο γονίδιο C677T MTHFR, Υπερομοκυστεϊναιμία	Ασπιρίνη, Ασενουκουμαρόλη	-
Γυναίκα 43 ετών	ΑΝ κεφαλής μηριαίου	46,2	LA	-	Ασενουκουμαρόλη	-

ΑΦΣ: αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, ΑΝ: άσηπτη νέκρωση, LA: αντιπηκτικό λύκου, ΕΒΦΘ: εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, anti-β2GPI: αντισώματα β2 γλυκοπρωτεΐνης 1

του μηριαίου. Στον εργαστηριακό έλεγχο καταγράφηκε παράταση του aPTT. Ακόμη βρέθηκε ετερόζυγη μετάλλαξη στο γονίδιο MTHFR C677T και θετικό αντιπηκτικό του λύκου (LA). Στην ασθενή χορηγήθηκε κλοπιδογρέλη και ασενοκουμαρόλη. Παρόλα αυτά, ένα έτος μετά τη διάγνωση, εμφάνισε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση στο δεξιό κάτω άκρο. Περίπτωση (2): Άνδρας ηλικίας 52 ετών διαγνώσθηκε με ΑΦΣ, με βάση την κλινική εικόνα (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) και θετικού ανοσολογικού ελέγχου (LA, anti-β2GPI). Στο ιστορικό του αναφέρονται επεισόδια ιλίγγων και ένα επεισόδιο ΑΝ της κεφαλής του μηριαίου πριν 2 έτη. Περίπτωση (3): Γυναίκα ηλικίας 43 ετών προσήλθε λόγω ΑΝ κεφαλής μηριαίου. Λόγω υποψίας ΑΦΣ, διενεργήθηκε ανοσολογικός έλεγχος και βρέθηκε θετικό LA. Τέθηκε σε αγωγή με ασενοκουμαρόλη.

Συμπεράσματα: Η άσηπτη οστεονέκρωση αποτελεί σπάνια κλινική εκδήλωση του ΑΦΣ, που μπορεί να προηγείται πολλά χρόνια της διάγνωσης του συνδρόμου. Υψηλή κλινική υποψία για ΑΦΣ πρέπει να τίθεται σε ασθενείς με άσηπτη οστεονέκρωση που δε μπορεί να αποδοθεί σε άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες.



10. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΗΣ PCSK9 ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΝΟΡΜΟ-ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ

Α.Ν. Τσούκα¹, Ε.Ν. Λυμπερόπουλος², Χ.Β. Ρίζος³, Ε.Χ. Χριστοπούλου³, Κ. Τέλλης¹, Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας,
²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η PCSK9 είναι σερίνοπρωτεάση η οποία, εκτός του κύριου ρόλου της στην ενδοσωμική και λυσοσωμική αποικοδόμηση του LDL υποδοχέα, παρουσιάζει ανεξάρτητες δράσεις σε διάφορους τύπους κυττάρων, συμπεριλαμβανομένων των αιμοπεταλίων.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης PCSK9 σε αιμοπετάλια νορμολιπιδαιμικών ατόμων (NS), συγκριτικά με αιμοπετάλια ασθενών με οικογενή υπερχοληστερολαιμία (FH).

Ασθενείς - Μέθοδοι: Αίμα NS συλλέχθηκε (n=6, 3 άνδρες/3 γυναίκες, μέση ηλικία 29±4 έτη) και παρασκευάστηκαν πλυμένα αιμοπετάλια (W.P.), χρησιμοποιώντας την τροποποιημένη μέθοδο Mustard. Τα W.P. λύθηκαν για τον ποσοτικό προσδιορισμό της PCSK9 και της ολικής πρωτεΐνης, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο ELISA και BCA, αντίστοιχα. Για να διαπιστωθεί εάν τα αιμοπετάλια προσλαμβάνουν PCSK9 από το πλάσμα, επώαστηκαν W.P με ανασυνδυασμένη PCSK9 (recPCSK9) για 5min και έπειτα προσδιορίστηκαν τα επίπεδα της PCSK9. Ομοίως, παρασκευάστηκαν W.P από δείγματα αίματος ασθενών με FH (n=21, 11 άνδρες/10 γυναίκες, μέση ηλικία 53±10 έτη), οι οποίοι ελάμβαναν θεραπεία με 40mg/στατίνη και 10mg/εζετιμίμπη. Οι πιθανές μορφές της PCSK9 (ώριμη/αποικοδομημένη με φουρίνη) που υπάρχουν στα W.P. προσδιορίστηκαν με μέθοδο ανοσοαποτύπωσης με πολυκλωνικό αντίσωμα έναντι της PCSK9.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα PCSK9 στα W.P. των NS ήταν 0,84±0,27ng/mg ολικής πρωτεΐνης, ενώ τα επίπεδα PCSK9 στα W.P. των ασθενών με FH ήταν 3,32±1,32ng/mg ολικής πρωτεΐνης (p<0,05). Επιπλέον, τα επίπεδα PCSK9 στα αιμοπετάλια των NS που προεπώαστηκαν με recPCSK9 αυξήθηκαν σε 2,91±0,53ng/mg ολικής πρωτεΐνης (p=0,008 σε σύγκριση με τα επίπεδα PCSK9 πριν την επώαση). Η μέθοδος ανοσοαποτύπωσης απέδειξε την παρουσία και των δύο μορφών PCSK9.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι τα αιμοπετάλια περιέχουν και τις δύο μορφές PCSK9. Επιπλέον, η αύξηση της PCSK9, μετά την επώαση με recPCSK9, σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα της στα αιμοπετάλια ασθενών με FH, υποδηλώνουν ότι η PCSK9 των αιμοπεταλίων προέρχεται κατά τη δημιουργία τους από τα μεγακαρυκύτταρα και μέσω απορρόφησης από το πλάσμα. Ο βιολογικός ρόλος της ενδογενούς αιμοπεταλιακής PCSK9 βρίσκεται υπό διερεύνηση.

11. ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ EPA, DHA ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ, IN VITRO**Ι.Κ. Κουτσαλιάρης, Α.Ν. Τσούκα, Δ. Πανταζή, Α.Δ. Τσελέπης***Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Τα ω-3 λιπαρά οξέα παρουσιάζουν ποικιλία δράσεων, μεταξύ των οποίων αντιαιμοπεταλιακή και αντιφλεγμονώδη δράση.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει την πιθανή ανασταλτική δράση των εικοσαπενταενοϊκό (EPA) και εικοσιδυοεξαενοϊκό (DHA) οξύ, μόνα ή σε συνδυασμό με ακετυλοσαλικυλική λυσίνη (ASA), καθώς και να προσδιορίσει τη συγκέντρωση που προκαλεί αναστολή της επαγόμενης από A.A. (Αραχιδονικό οξύ) αιμοπεταλιακής ενεργοποίησης σε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) κατά 20-30%, για τη μελέτη πιθανής συνεργατικής δράσης. Παράλληλα, μελετήθηκε η δράση των ω-3 στην ενεργοποίηση των ενδοθηλιακών κυττάρων HUVECs (Human Umbilical Vein Endothelial Cells) που προκαλεί ο TNF-α (Tumor Necrosis Factor-α).

Υλικά και Μέθοδοι: PRP από πλάσμα υγιών εθελοντών παρασκευάστηκε (250.000 αιμοπετάλια/μl), προ-επώαστηκε με EPA, DHA, ASA ή συνδυασμούς ω-3/ASA για 5min στους 37°C και ενεργοποιήθηκε με A.A. (890mM) για 10min. Κατόπιν, μελετήθηκε η έκφραση της P-σελεκτίνης (δείκτης ενεργοποίησης) με κυτταρομετρία ροής (FC). Επιπρόσθετα, κύτταρα HUVECs σε καλλιέργεια προ-επώαστηκαν με EPA ή DHA για 10min, 37°C, 5%CO₂ και έπειτα με 0,5ng/ml TNF-α για 6h. Η ενεργοποίηση των HUVECs μελετήθηκε προσδιορίζοντας τη μεμβρανική έκφραση του Intracellular Molecule-1 (ICAM-1) με FC.

Αποτελέσματα: Τα EPA και DHA στα 50μM ανέστειλαν την αιμοπεταλιακή ενεργοποίηση κατά 31,4±11,4% και 26,4±7,2%, αντίστοιχα, ενώ η ASA σε συγκέντρωση 1μM ανέστειλε κατά 40,1±8,9%. Ο συνδυασμός EPA/ASA ανέστειλε την αιμοπεταλιακή ενεργοποίηση κατά 88,4±10,2%, ενώ ο συνδυασμός DHA/ASA κατά 41,9±18,4% με το EPA να τροποποιεί την δράση της ASA ισχυρότερα (p<0,05 σε σύγκριση με το DHA). Επιπλέον, τα EPA και DHA εμφανίζουν δόσοεξαρτώμενη ανασταλτική δράση στη μεμβρανική έκφραση του ICAM-1 με τιμές IC₅₀ 157,0μM και 237,4μM αντίστοιχα, με το EPA να είναι ισχυρότερο (p<0,05 σε σύγκριση με το DHA).

Συμπεράσματα: Τα δύο ω-3 λιπαρά οξέα εμφανίζουν αντιαιμοπεταλιακή και αντιφλεγμονώδη δράση. Αξιοσημείωτα, ο συνδυασμός EPA/ASA εμφάνισε συνεργατική αντιαιμοπεταλιακή δράση, σε αντίθεση με τον DHA/ASA όπου η δράση της ASA δεν τροποποιήθηκε παρουσία DHA. Η κλινική σημασία και οι μηχανισμοί των ανωτέρω δράσεων χρίζουν διερεύνησης.



12. PC-ASTRAL2: ΕΝΑ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟ SCORE ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Αναστασία Αδάμου¹, A. Salerno², D. Strambo², Δ. Λάμπρου², V. Dunet³, Γ. Ντάιος⁴, P. Michel²

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Stroke Center, Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Hospital and University of Lausanne, Lausanne, ³Department of Diagnostic and Interventional Radiology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, ⁴Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή - Σκοπός: Πολλαπλά προγνωστικά εργαλεία υπάρχουν για τα οξέα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), αλλά κανένα ειδικά για τα εγκεφαλικά της οπίσθιας κυκλοφορίας (posterior circulation, PC). Για το λόγο αυτό αναπτύξαμε μια ξεχωριστή προγνωστική βαθμολογία για τα ΑΕΕ της PC.

Υλικά - Μέθοδοι: Αυτή η cohort-study αφορά στη δημιουργία και στην εσωτερική επικύρωση του PC-ASTRAL2, ενός νέου προγνωστικού εργαλείου για την πρόβλεψη της κακής λειτουργικής έκβασης στους τρεις μήνες όπως ορίζεται από την τροποποιημένη κλίμακα Rankin από 3 έως 6. Ο πληθυσμός της μελέτης περιλάμβανε άτομα με ΑΕΕ στην PC, από συνδυασμένες κλινικές και απεικονιστικές πληροφορίες, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν binary regression models, και η διακριτική ικανότητα του μοντέλου αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας Harrell's C-statistic. Μια 500-fold διασταυρούμενη επικύρωση αξιολόγησε την απόδοση και τη βελτιστοποίηση του μοντέλου.

Αποτελέσματα: Η βαθμολογία PC-ASTRAL2 προέκυψε από 1525 ΑΕΕ της PC από το μητρώο της ASTRAL από 1/2003 έως 4/2022. Η απόδοση του μοντέλου εμφάνισε C-statistic 0,86 και ακρίβεια 0,83. Οι μεταβλητές επιλέχθηκαν με βάση τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις και τις κλινικές συσχετίσεις από προηγούμενη βιβλιογραφία. Η εσωτερική 500-fold διασταυρούμενη επικύρωση επιβεβαίωσε την ανθεκτικότητα του μοντέλου, με C-statistic 0.85 (CI:0.77-0.92) και ακρίβεια 0.82 (CI:0.76-0.88).

Συμπεράσματα: Το PC-ASTRAL2 είναι ένα εργαλείο που μπορεί να προβλέψει με αξιοπιστία το βαθμό αναπηρίας ενός ασθενούς 3 μήνες μετά από ένα ΑΕΕ.

13. GLP-1R ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ**Αναστασία Αδάμου¹, Φ. Μπάρκας², Χ. Μηλιώνης², Γ. Ντάιος³***¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Εισαγωγή - Σκοπός: Από τους επιζήσαντες αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ), περίπου το 15% εμφανίζουν σακχαρώδη διαβήτη και το 60% είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Παρά το γεγονός ότι οι αγωνιστές του υποδοχέα του πεπτιδίου-1 τύπου γλυκαγόνης (GLP-1 RAs) επιδεικνύουν θετικά αποτελέσματα για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ή παχυσαρκία, η μειωμένη χορήγησή τους παραμένει. Με αυτή την συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετήσαμε την επίδραση των GLP-1 RAs στην πρόληψη των ΑΕΕ.

Υλικά - Μέθοδοι: Ακολουθώντας τις οδηγίες PRISMA, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στο MEDLINE και στο Scopus μέχρι τις 15/11/2023. Οι επιλέξιμες μελέτες αποτελούσαν τυχαιοποιημένες δοκιμές καρδιαγγειακής έκβασης (CVOTs) σε άτομα, με ή χωρίς διαβήτη τύπου 2, που τυχαιοποιήθηκαν είτε σε GLP-1 RA είτε σε placebo. Τα αποτελέσματα που μελετήθηκαν ήταν τα συνολικά ΑΕΕ, τα μη θανατηφόρα ΑΕΕ και τα θανατηφόρα ΑΕΕ. Για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το RevMan5.4.1.

Αποτελέσματα: Ανάμεσα σε 1369 μελέτες, 11 ήταν επιλέξιμες, περιλαμβάνοντας 82140 συμμετέχοντες (34,6% γυναίκες). Στην ομάδα των GLP-1 RAs, το ποσοστό εμφάνισης ΑΕΕ ήταν σημαντικά χαμηλότερο σε σύγκριση με το placebo (RR:0,85, 95%CI:0,77-0,93; NNT:200), χωρίς ετερογένεια ή αλληλεπίδραση με τη συχνότητα χορήγησης. Επιπλέον, οι GLP-1 RAs εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό μη θανατηφόρων ΑΕΕ σε σύγκριση με το placebo (RR:0,87, 95%CI:0,79-0,95; NNT:250), χωρίς ετερογένεια ή αλληλεπίδραση με βάση τη συχνότητα χορήγησης, την οδό, ή την παρουσία διαβήτη.

Συμπεράσματα: Σε αυτή τη μέτα-ανάλυση, οι GLP-1 RAs έδειξαν μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ κατά 16% σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Αυτό το εύρημα παρέχει ενισχυτικά στοιχεία για τη χρήση των GLP-1 RAs σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ή παχυσαρκία.



14. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΥΠΟ DOACS: ΠΙΟ ΣΥΧΝΟ ΑΠΟ ΟΤΙ ΝΟΜΙΖΟΥΜΕ;

Ελένη Νταλαούτη, Χ. Δολαψάκης, Ε. Βρέντζος

Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Εισαγωγή - Σκοπός: Στις τυχαίοποιημένες μελέτες έγκρισης των DOACs, το 1%-2% των ασθενών με AF υπέστησαν ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (IAEE) υπό αγωγή (breakthrough stroke). Το ποσοστό αυτό πιθανά να είναι μεγαλύτερο σε ηλικιωμένους ασθενείς. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη ηλικιωμένων ασθενών με IAEE που συνέβη υπό αντιπηκτική αγωγή με DOAC.

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική με ιστορικό AF υπό αντιπηκτική αγωγή με DOACs και διάγνωση IAEE για το οποίο δεν πραγματοποιήθηκε θρομβόλυση ή θρομβεκτομή, κατά τη διάρκεια των ετών 2020-2023.

Αποτελέσματα: Από τους 424 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με IAEE, 88 ασθενείς (21%) είχαν γνωστό ιστορικό AF. Αφαιρέθηκαν οι ασθενείς που δεν λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή (n=16), που λάμβαναν ασενοκουμαρόλη ή ΗΧΜΒ (n=19), που λάμβαναν λανθασμένα μειωμένη δόση DOAC (n=6), που λάμβαναν συνδυασμό αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής αγωγής (n=6), που είχαν ενεργό κακοήθεια (n=1) και που είχαν χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (n=1). Έτσι τελικά μελετήθηκαν 39 ασθενείς.

Μέση ηλικία ήταν τα 82 έτη και μέσο NIHSS score 8. Όσον αφορά τον τύπο του IAEE, το 35,9% (14/39) ήταν εμβολικά, το 20,5% (8/39) κενотоπιώδη και το 5,1% (2/39) αθηροθρομβωτικά, ενώ στο 10,3% (4/39) δεν πραγματοποιήθηκε πλήρης έλεγχος προς ανεύρεση αιτιολογίας. Triplex καρωτίδων-σπονδυλικών αρτηριών έγινε στο 43,6% των ασθενών.

Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ήταν 7,7% (3/39) ενώ στην έξοδο το 51,3% παρέμεινε υπό αγωγή με το ίδιο DOAC, στο 28,2% έγινε αλλαγή σε άλλο DOAC ενώ στο 12,8% αποφασίστηκε αγωγή με ΗΧΜΒ ή/και ασπιρίνη.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, το 9% των ασθενών με IAEE είχαν ιστορικό AF υπό αντιπηκτική αγωγή με DOAC κάτι που δείχνει πως τα breakthrough strokes δεν είναι σπάνια σε ηλικιωμένους ασθενείς. Καθώς ένα σημαντικό ποσοστό των ΑΕΕ ήταν κενотоπιώδη ενώ ο έλεγχος για εξω-/ενδοκρανιακές στενώσεις συχνά δεν πραγματοποιήθηκε, αναδεικνύεται η σημασία της ρύθμισης των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς με AF επιπλέον της αντιπηκτικής αγωγής. Σε αυτούς τους ασθενείς παραμένει ζητούμενη η βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση δευτερογενούς πρόληψης.

15. ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΤΟ ΙΔΙΟ; ΜΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**Δήμητρα Παπαδημητρίου¹, Γ. Ντάιος²**

¹Ερευνητική Υπότροφος, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτων παγκοσμίως, με 12.2 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις να υπολογίζονται το 2019. Παρόλα αυτά, αποτελούν μία μόνιμη πρόκληση, καθώς υπολογίζεται ότι 1 στους 4 θα υποστεί κάποια στιγμή της ζωής του ΑΕΕ, και 1 στους 5 εξ αυτών θα υποστεί ένα δεύτερο, επαναλαμβανόμενο ΑΕΕ, παρά την αγωγή. Τόσο για διαγνωστικούς όσο και θεραπευτικούς σκοπούς, τα ισχαιμικά ΑΕΕ ταξινομούνται κατά TOAST βάση του υποκείμενου αιτιοπαθογενετικού τους μηχανισμού σε: αθηροσκληρωτικά, καρδιοεμβολικά, κενотоπιώδη, άλλα καθορισμένα έμφρακτα και μη καθορισμένα (ESUS).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο το επαναλαμβανόμενο ΑΕΕ ανήκει στην ίδια κατηγορία κατά TOAST με το πρωταρχικό επεισόδιο του ασθενούς.

Υλικά - Μέθοδοι: Ακολουθώντας τις οδηγίες PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis), διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση των βάσεων MEDLINE και SCOPUS μέχρι τον Μάιο του 2024. Οι επιλέξιμες μελέτες ήταν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές σε πληθυσμό που υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο και περιείχαν πληροφορίες για την ταξινόμηση των ΑΕΕ κατά TOAST. Η έκβαση ήταν ένα δεύτερο, επαναλαμβανόμενο ΑΕΕ.

Αποτελέσματα: Από τις 2,552 μελέτες που ανακτήθηκαν, 8 ήταν επιλέξιμες, και περιλάμβαναν συνολικά 38,009 ασθενείς, εκ των οποίων 14,900 (39.2%) γυναίκες. Από αυτούς, 3,016 ασθενείς εμφάνισαν ένα δεύτερο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, με μέσο διάστημα παρακολούθησης τα 2.56 έτη. Στους ασθενείς με αθηροσκλήρωση, το 44.2% των επαναλαμβανόμενων ΑΕΕ ήταν ίδιας αιτιοπαθογένειας, σε αυτούς με κενотоπιώδη έμφρακτα το 51.8% και στους ασθενείς με καρδιοεμβολή το 51.9%. Τέλος, στους ασθενείς με ΑΕΕ αγνώστου αιτιολογίας, δεν αναδείχθηκε η αιτιοπαθογένεια ούτε στο δεύτερο ΑΕΕ στο 56.7% των περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση 8 τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, διαπιστώθηκε πως η πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει επαναλαμβανόμενο ΑΕΕ ίδιας αιτιοπαθογένειας με το πρωταρχικό επεισόδιο. Παρόλα αυτά, ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζει ΑΕΕ διαφορετικού μηχανισμού. Τα παραπάνω δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη μίας ολιστικής προσέγγισης των ασθενών αυτών και συνολικής ρύθμισης των παραγόντων κινδύνου τους.



16. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ευαγγελία Κακαγιάννη¹, Δ. Παπαγεωργίου², Ευρυδίκη Καμπά², Μάρθα Κελέση-Σταυροπούλου²

¹Νοσηλεύτρια, RN, Msc, PhD[®], *Mediterraneo Hospital, Αθήνα*, ²Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑ.Δ.Α.

Εισαγωγή: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί την πρώτη αιτία λειτουργικών διαταραχών για τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Έχει άμεση επίπτωση στα συστήματα υγείας, με αποτέλεσμα το υψηλό κόστος και θεωρείται παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω των σοβαρών αναπηριών και της μειωμένης ποιότητας ζωής που επιφέρει στους ασθενείς.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι οποίοι ακολούθησαν ή όχι αποκατάσταση.

Υλικά - Μεθοδολογία: Για την αξιολόγηση και παρακολούθηση χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία: Short-Form 36, EuroQol-5D, Stroke Specific Quality of Life και η Κλίμακα Barthel. Το δείγμα της μελέτης αποτελούν άτομα που διαγνώστηκαν με εγκεφαλικό επεισόδιο και επισκέφθηκαν Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας. Για τον έλεγχο της επίδρασης της αποκατάστασης στη συναισθηματική ευεξία, στη φυσική λειτουργικότητα, στην κοινωνική λειτουργικότητα, στον πόνο και στη γενική υγεία των ασθενών, διεξήχθη Ανάλυση Διακύμανσης Μεικτών Επιδράσεων, λαμβάνοντας υπ' όψιν την επίδραση του χρόνου. Η ανάλυση συμπεριέλαβε 101 άτομα, 61 εκ των οποίων ανήκαν στην ομάδα αποκατάστασης και 40 στην ομάδα ελέγχου.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη συναισθηματική ευεξία, στη φυσική λειτουργικότητα, στην κοινωνική λειτουργικότητα, στον πόνο και στη γενική υγεία των ασθενών ανάμεσα στην ομάδα αποκατάστασης και την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, στατιστικά σημαντική ήταν η επίδραση του χρόνου έναρξης του προγράμματος αποκατάστασης καθώς φαίνεται ότι η βελτίωση της ομάδας που έλαβε αποκατάσταση εγκαθίσταται άμεσα με την έναρξή της. Εκτιμάται ότι, τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν τόσο τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο όσο και τους φροντιστές των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η μελέτη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την οργάνωση υπηρεσιών αποκατάστασης σε όλες τις θεραπευτικές δομές της Ελλάδος, οι οποίες θα βοηθήσουν στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και στη θεραπεία των συνεπειών της νόσου, όπως επίσης στη μικρότερη νοσηλεία και στο χαμηλότερο κόστος στις μονάδες υγείας της χώρας.

17. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ADAMTS13 ΚΑΙ ΤΟΥ VWF ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Ε.Μ. Μακρής¹, Μ. Ματσάγκας², Ελευθερία Ζτρίβα¹, Ελένη Γαβριηλάκη³, Σταυρούλα Μπουντόλα¹, Δ. Λάμπρου¹, Γ. Ντάιος¹, Χ. Σαββόπουλος¹, Γεωργία Καϊάφα¹

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, ²Αγγειοχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, ³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα οξέα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν παγκοσμίως τη 2η αιτία θανάτου με καταγραφή 5,5 εκατομμυρίων θανάτων ετησίως. Αξίζει να τονιστεί ότι ποσοστό 50% των ασθενών που επιβιώνουν από τα οξέα ΑΕΕ υποφέρουν από σοβαρές αναπηρίες. Με βάση τα παραπάνω καθίσταται εμφανής η ανάγκη περαιτέρω έρευνας, με σκοπό την κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών και των αιτιών των ΑΕΕ, καθώς επίσης και ανάπτυξης νέων προγνωστικών μοντέλων και θεραπευτικών στρατηγικών.

Σκοπός: Στο πλαίσιο αυτό αποφασίσαμε να ελέγξουμε τη συσχέτιση της λειτουργικότητας της ADAMTS13 και τα επίπεδα του παράγοντα von Willebrand (vWF) με τα ΑΕΕ και την έκβαση τους, καθώς μειωμένη δραστηριότητα της ADAMTS13 οδηγεί σε μεγαλύτερη ποσότητα vWF και σε πιο ενεργή μορφή.

Υλικά - Μέθοδος: Μετρήσαμε τη δραστηριότητα της ADAMTS13 με τη μέθοδο ELISA activity. Επιπρόσθετα, μετρήσαμε τα επίπεδα του vWFAG με τη μέθοδο ELISA, σε ένα δείγμα 28 ατόμων που υπέστησαν ισχαιμικό ΑΕΕ. Τέλος, ελέγξαμε τη βαρύτητα και την έκβαση του επεισοδίου με τα NIHSS score, κατά την εισαγωγή και κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, καθώς και με το modified Rankin scale προ του επεισοδίου, κατά την εισαγωγή και κατά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Συμπεράσματα: Από τη στατιστική μελέτη που διενεργήθηκε στο δείγμα μας κατ' αρχάς δεν αποδείχθηκε ο βασικός μας ισχυρισμός «πώς η μειωμένη δραστηριότητα της ADAMTS13 μπορεί να προβλέψει τη βαρύτητα του ΑΕΕ η να αναδειχθεί σαν παράγοντας κινδύνου». Παρ' όλα αυτά σε ένα μικρό δείγμα όπως αυτό που χρησιμοποιήθηκε φαίνεται να βγαίνουν κάποια χρήσιμα συμπεράσματα όπως:

- Φάνηκε μια τάση μείωσης του vWFantigen με αύξηση της ADAMTS13
- Παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων με αντίστοιχη αύξηση της ADAMTS13
- Αύξηση της τιμής του vWFantigen με την αύξηση της ηλικίας
- Η συσχέτιση του vWFantigen με τον βαθμό αναπηρίας κατά το εξιτήριο.

Τέλος να τονίσουμε ότι πρόκειται για ένα μικρό δείγμα και πως η ερευνα μας βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη.



18. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΩΡΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Αλεξάνδρα Τσανκώφ¹, Δ. Τσακίρης⁴, Λεμονιά Σκούρα³, Παναγιώτα Τσιάτσου³, Ελευθερία Ζτρίβα², Ε.Μ. Μακρή², Χ. Σαββόπουλος², Γεωργία Καϊάφα²

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Α' Προπαιδευτική Παθολογική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη, ³Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ⁴Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το κλάσμα άωρων αιμοπεταλίων προς ώριμων (IPF, Immature Platelet Fraction) έχει αναφερθεί ως δείκτης δημιουργίας αρτηριακού θρόμβου. Σχετικά με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), έχουν ερευνηθεί αρκετοί βιοδείκτες με σκοπό την πρόγνωση έκβασης, ωστόσο η διερεύνηση του IPF δεν έχει αναλυθεί εκτενώς.

Σκοπός: Η χρήση του IPF ως βιοδείκτη πρόγνωσης έκβασης, βαρύτητας και παρακολούθησης ΑΕΕ.

Υλικά - Μέθοδος: Μελετήθηκαν ενήλικοι ασθενείς που προσήλθαν με κλινική και απεικονιστική εικόνα σχετική με ΑΕΕ (καταγραφή είδους και κατηγοριοποίηση κατά TOAST), στους οποίους έγινε μέτρηση του IPF κατά την εισαγωγή και εντός 48 ωρών. Οι ασθενείς καταμερίστηκαν σε 3 ομάδες: ασθενείς με 1ο επεισόδιο ΑΕΕ που δεν λάμβαναν προηγουμένως αντιθρομβωτική αγωγή (ομάδα 1), ασθενείς με 1ο επεισόδιο ΑΕΕ που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή για οποιοδήποτε άλλο λόγο (ομάδα 2) και ασθενείς με προηγούμενο επεισόδιο ΑΕΕ εντός του προηγούμενου έτους, υπό αντιθρομβωτική αγωγή (ομάδα 3). Οι τιμές του IPF συσχετίστηκαν με την βαρύτητα βάσει NIHSS και modified Rankin scale νοσηλείας και την έκβαση αυτών εντός 6μήνου.

Αποτελέσματα: Συνολικά 62 ασθενείς εντάχθηκαν με μέση ηλικία 81 έτη, 51.6% αυτών στην 1η ομάδα, 24.2% στην ομάδα 2 και 24.2% στην ομάδα 3. Σχετικά με το είδος του ΑΕΕ: 4.8% ήταν αιμορραγικά και 67.8% ισχαιμικής αιτιολογίας και 27.4% παροδικά. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των τιμών IPF με το είδος του εγκεφαλικού και TOAST κατηγοριοποίησης καθώς και με την έκβαση. Παράλληλα, μεταξύ των ομάδων δεν βρέθηκε συσχέτιση του IPF με την έκβαση. Ωστόσο, στα ισχαιμικής αιτιολογίας ΑΕΕ ασθενών της 1ης ομάδας, η τιμή του IPF εισαγωγής βρέθηκε να σχετίζεται με την έκβαση νοσηλείας ($p < 0.05$, Mann Whitney test).

Συμπεράσματα: Βάσει αυτών των πρώιμων αποτελεσμάτων, ο IPF δεν φαίνεται να μπορεί να συσχετιστεί με την βαρύτητα των ΑΕΕ, ωστόσο πιθανώς μπορεί να εξεταστεί ως βιοδείκτης έκβασης στα ισχαιμικής αιτιολογίας ΑΕΕ.

19. ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ, ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΣ ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**Ελευθερία Ζτρίβα¹, Η. Μοσχονάς², Μ. Μακρή¹, Αλεξάνδρα Τσανκώφ¹, Δ. Λάμπρου¹, Γ. Ντάιος¹, Α. Τσελέπης², Χ. Σαββόπουλος¹, Γεωργία Καϊάφα¹**¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας ΑΕΕ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**Εισαγωγή:** Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) έχει μία πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια. Νεότεροι βιοδείκτες ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων και της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας βρίσκονται στο επίκεντρο μελετών λόγω της αποδεδειγμένης σύνδεσής τους με τη φλεγμονή και την αθηροθρόμβωση.**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσουμε αν νεότεροι βιοδείκτες φλεγμονής, αιμοπεταλιακής και ενδοθηλιακής ενεργοποίησης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στη μελέτη της αιτιοπαθογένειας του ισχαιμικού ΑΕΕ και την εκτίμηση της πρόγνωσης των ασθενών με ΑΕΕ.**Υλικά - Μέθοδος:** Εξετάσαμε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ και εκτιμήθηκε η βαρύτητα του ΑΕΕ με τις κλίμακες NIHSS και modified Rankin score. Ελήφθησαν δείγματα αίματος και μετρήθηκαν οι βιοδείκτες Von Willebrand Factor (vWF), Tissue Factor (TF), sP selectine, sCD40L, Thromboxane B2 (TXB2) και Monocyte Chemoattractant Protein-1 (MCP-1). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τον υπότυπο του ΑΕΕ και καθορίστηκε η πρόγνωσή τους με βάση τις ημέρες νοσηλείας, τις κλίμακες NIHSS και Rankin κατά το εξιτήριο, την αιμορραγική μετατροπή, την ενδονοσοκομειακή θνητότητα και τη θνητότητα στο 6 μηνών follow-up.**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 32 ασθενείς, μέσης ηλικίας 79,8 έτη, με μέση τιμή NIHSS 7,1 και μέση διάρκεια νοσηλείας τις 9,7 μέρες και κατηγοριοποιήθηκαν σε παροδικά ΑΕΕ (10 ασθενείς), αθηροσκληρωτικά (9 ασθενείς), καρδιοεμβολικά (8 ασθενείς), lacunar (4 ασθενείς) και άλλα (1 ασθενής). Δεν υπήρξε συσχέτιση των 6 βιοδεικτών με τον υπότυπο του ΑΕΕ. Αντίθετα, υπήρξε συσχέτιση 2 βιοδεικτών με την πρόγνωση των ασθενών. Ο vWF εμφάνισε συσχέτιση με χειρότερη πρόγνωση, επιδείνωση Rankin score κατά τη νοσηλεία ($P < 0.01$) και αυξημένη θνητότητα στο 6 μηνών follow-up ($P < 0.05$), και η TXB2 με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγικής μετατροπής ($P < 0.05$).**Συμπεράσματα:** Οι βιοδείκτες που μελετήθηκαν δεν συσχετίστηκαν με τον υπότυπο του ΑΕΕ. Ωστόσο παρατηρήθηκαν τάσεις συσχέτισής τους με την πρόγνωση των ασθενών με οξύ ΑΕΕ. Μεταξύ αυτών, ο vWF αποτελεί πολλά υποσχόμενο βιοδείκτη για μελλοντικά προγνωστικά μοντέλα.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ Κ.Υ ΝΙΚΑΙΑΣ- 2 ΥΠΕ-ΤΟ 2023

Χριστίνα Σεϊτοπούλου¹, Γεωργία Καλλιώρα², Μαριλένα Σταμούλη³, Αντωνία Μουρτζίκου⁴

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΦΥ, 2η ΔΥΠΕ, ²Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΕΚΠΑ, ³Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, Βιοχημικό Τμήμα, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΝΝΑ», ⁴Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

Σκοπός της εργασίας ήταν η συσχέτιση των αποτελεσμάτων αιμόστασης (PT, INR, APTT, ινωδογόνο) που διενεργήθηκαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ, με τα υποκείμενα νοσήματα των αντίστοιχων ασθενών το 2023.

Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1.879 εξετάσεις αιμόστασης, σε 1.120 ασθενείς, οι οποίοι τελούσαν είτε υπό αντιαιμοπεταλιακή / αντιπηκτική αγωγή, είτε προσέρχονταν για προεγχειρητικό έλεγχο, είτε για έλεγχο ρουτίνας (το 65%: ανδρικός πληθυσμός, το 35%: γυναικείος).

Αποτελέσματα: Το 60% ήταν >60 ετών και το 40% <60 ετών και στους 2 πληθυσμούς. Το ιστορικό των ασθενών στον ανδρικό πληθυσμό, περιλαμβάνει τα εξής υποκείμενα νοσήματα: 60% ΑΕΕ, OEM, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακές αρρυθμίες, 13% έλεγχος ρουτίνας, 10% ΣΔ-ΑΥ, 10% ΑΥ- υπερχοληστερολαιμία-υπερτριγλυκεριδαίμια- υπερουριχαιμία, 7% πρώην και νυν καρκινοπαθείς υπό θεραπεία. Στο γυναικείο πληθυσμό, περιλαμβάνονται τα εξής υποκείμενα νοσήματα: 60% ΑΕΕ, OEM, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακές αρρυθμίες, 10% έλεγχος ρουτίνας, 11% με ΣΔ-ΑΥ, 15% με ΑΥ-υπερχοληστερολαιμία-υπερτριγλυκεριδαίμια-υπερουριχαιμία, 4% -πρώην και νυν καρκινοπαθείς υπό θεραπεία.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις (ΑΕΕ, OEM, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακές αρρυθμίες) και στους 2 πληθυσμούς αντίστοιχα, κατέχουν πρωταρχικό ρόλο στη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής/αντιπηκτικής αγωγής, με απώτερο σκοπό τη πρόληψη νέων θρομβοεμβολικών επεισοδίων με την εύρεση των αιτιολογικών παραγόντων αυτών, τη μετέπειτα θεραπεία, στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσής τους.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

2. ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ V LEIDEN ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΟΚΤΑΕΤΙΑΣ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Ε. Νιώτη, Ν. Ανδρουλάκης, Α. Διλιντάς, Π. Σπαθαράκη, Α. Παπαδοπούλου, Φ. Νηστικάκη, Α. Καραργύρης, Θ. Ιατρίδη, Γ. Μετοχιανάκης, Χ. Καλπαδάκη
Αιματολογικό Εργαστήριο, Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης

Εισαγωγή: Η μετάλλαξη του παράγοντα V Leiden (FV Leiden) και του γονιδίου G20210A της Προθρομβίνης (FII G20210A) αποτελούν τα δύο συνηθέστερα αίτια κληρονομικής θρομβοφιλίας. Το 2-5% του πληθυσμού στην Ελλάδα είναι φορείς του FV Leiden και περίπου το 2% του FII G20210A. Η ετεροζυγωτία FV Leiden είναι η συχνότερη κληρονομική θρομβοφιλία και αυξάνει 4-8 φορές τον κίνδυνο θρόμβωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η μετάλλαξη του FII G20210A είναι η δεύτερη σε συχνότητα και αυξάνει 4 φορές τον κίνδυνο θρόμβωσης.

Σκοπός: Η καταγραφή των μεταλλάξεων (ετεροζυγωτίας ή ομοζυγωτίας) του FV Leiden και της FII G20210A στο νοσοκομείο μας την τελευταία οκταετία, της κατανομής τους στα δύο φύλα και της συχνότητας με την οποία ζητείται η εξέταση από τις διάφορες κλινικές.

Υλικά και μέθοδοι: Το χρονικό διάστημα 2016-2023, ελέγχθηκαν στο εργαστήριό μας, 1401 ασθενείς, 591 (42,2%) άνδρες και 809 (57,8%) γυναίκες για την ύπαρξη των μεταλλάξεων του FV Leiden και της FII G20210A. Η μοριακός έλεγχος των μεταλλάξεων αυτών έγινε με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (Real Time PCR). Παράλληλα έγινε καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των εξεταζόμενων καθώς και της παραπέμπουσας κλινικής.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των εξεταζόμενων ασθενών είχε παραπεμφθεί από τη Νευρολογική κλινική (28,4%), τα Εξωτερικά Ιατρεία (19,6%), την Αιματολογική κλινική (18,3%) και την Καρδιολογική κλινική (5,9%). Ο επιπολασμός των δυο ελεγχθέντων μεταλλάξεων φαίνεται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Επιπολασμός των δυο ελεγχθέντων μεταλλάξεων στον γενικό πληθυσμό.

Μετάλλαξη	Θετικοί	Ομοζυγώτες	Ετεροζυγώτες
FV Leiden	193 (13,8%)	8 (0,6%)	185 (13,2%)
FII G20210A	88 (6,3%)	1 (0,1%)	87 (6,2%)

Η κατανομή των ομοζυγωτών και ετεροζυγωτών για τις μεταλλάξεις του FV Leiden και του FII G20210A ασθενών με βάση το φύλο φαίνεται στον πίνακα 2:

Πίνακας 2. Η κατανομή των δύο μεταλλάξεων σε σχέση με το φύλο.

	FV Leiden		FII G20210A	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Ομοζυγώτες	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0%)	1 (100%)
Ετεροζυγώτες	90 (48,6)	95 (51,4)	39 (44,8%)	48 (55,2%)



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς που ελέγχθηκαν στο νοσοκομείο μας βρέθηκαν σχετικά υψηλά ποσοστά των μεταλλάξεων FV Leiden (13,8%), και FII G20210A (6,3%). Τα παραπάνω ποσοστά είναι σημαντικά υψηλότερα από τη συχνότητα των δύο αυτών μεταλλάξεων στο γενικό πληθυσμό της χώρας μας. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς που ελέγχθηκαν στο εργαστήριό μας, είχαν ήδη εκδηλώσει θρομβοεμβολικό επεισόδιο.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

3. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Α. Σοφογιάννη, Μ. Κουρτίδης, Α. Γραβάνης-Αποστολόπουλος, Ι. Φιλιμίδου, Ζ. Σαχλά

Παθολογική Κλινική ΓΝΘ Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ανάμεσα στα συστηματικά νοσήματα με θρομβογόνο δράση οι αγγείιτιδες μεγάλων αγγείων αποτελούν σπάνιο αίτιο αρτηριακής θρόμβωσης σε νέους ασθενείς οδηγώντας σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού αρτηριακής θρόμβωσης σε έδαφος αγγειίτιδας μεγάλων αγγείων.

Υλικά - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου.

Αποτελέσματα: Γυναίκα 56 ετών με ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου και αρτηριακής υπέρτασης ανέφερε άλγος δεξιού άνω άκρου από 2 εβδομάδων. Από την κλινική εξέταση το άκρο παρουσίαζε εικόνα ισχαιμίας (κυάνωση, ψυχρότητα, υπαισθησία, περιορισμός της κινητικότητας των δακτύλων) με απουσία ψηλαφητών περιφερικών σφύξεων. Αρχικά διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία θωρακικής-κοιλιακής αορτής η οποία απεικόνισε ανευρυσματοειδή διάταση πολλαπλών αρτηριακών στελεχών του θώρακα, της κοιλιάς και των άκρων με εικόνα εμβολής της δεξιάς βραχιονίου και της αριστερής μηριαίας αρτηρίας καθώς επίσης εικόνα θρόμβωσης της δεξιάς υποκλειδίου αρτηρίας. Πραγματοποιήθηκε αγγειοχειρουργική παρέμβαση με εμβολεκτομή της δεξιάς βραχιονίου και της αριστερής μηριαίας αρτηρίας ενώ σε δεύτερο χρόνο τοποθετήθηκε stent στη δεξιά υποκλειδίου αρτηρία. Η ασθενής μετά την παρέμβαση τέθηκε σε αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με ασπιρίνη και σε προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή με ΗΧΜΒ. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία και κινητοποίηση των δεικτών φλεγμονής (λευκά, CRP, ΤΚΕ). Διενεργήθηκε αδρός ανοσολογικός έλεγχος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Ο περαιτέρω υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε μέτριες στενώσεις έσω καρωτίδων, σπονδυλικών και νεφρικών αρτηριών καθώς και σύνδρομο υποκλοπής αριστερής υποκλειδίου. Βάσει των παραπάνω τέθηκε η διάγνωση αγγειίτιδας μεγάλων αγγείων (πιθανή αρτηρίτιδα Takayasu) και χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη σε υψηλές δόσεις σε συνδυασμό με mycophenolate mofetil. Η νοσηλεία της ασθενούς επεπλάκη με επιληπτικές κρίσεις, διασωληνώθηκε λόγω status epilepticus και τελικά η ασθενής κατέληξε στη ΜΕΘ την 45η ημέρα νοσηλείας.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, οι χρόνιες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του αγγειακού τοιχώματος σε έδαφος αγγειίτιδας μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία θρόμβων σε διάφορα σημεία του αρτηριακού δικτύου. Η έγκαιρη διάγνωση αποσκοπεί στη βέλτιστη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ενώ η αγγειοχειρουργική συνεκτίμηση κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις κρίσιμων αιμοδυναμικών διαταραχών που θέτουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα ιστών και οργάνων.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

4. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΡΙΒΑΡΟΞΑΒΑΝΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ - ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

Α. Δεττοράκη, Κ. Μιχαλοπούλου, Λ. Ιωαννίδου, Ν. Παπαγεωργίου, Ζ. Καψιμάλη, Σ. Θυμιανού, Σ. Σασλής, Ε. Περγάντου

Μονάδα Αιμορραγικών Διαθέσεων-Κέντρο Αιμορροφιλίας Παιδιών/Εφήβων, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Τελευταία, σημειώνεται συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση της θρόμβωσης στην παιδική ηλικία. Η κλασική αντιπηκτική αγωγή γίνεται είτε με παρεντερική χορήγηση (ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους) είτε με από του στόματος χορήγηση κουμαρινικών αντιπηκτικών. Χρειάζονται συχνές αιμοληψίες για τη ρύθμισή της, παράλληλα με την ανάγκη διατροφικών περιορισμών. Αντίθετα, η ριβαροξαβάνη (νεώτερα από του στόματος αντιπηκτικά, που δρουν μέσω αναστολής του παράγοντα Χα) μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και σε μικρότερους ασθενείς, ενώ δεν απαιτείται εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας. Η χορήγηση ριβαροξαβάνης στα παιδιά έλαβε έγκριση τον 1^ο/2021.

Σκοπός: Περιγραφή αποτελεσματικότητας και ασφάλειας χορήγησης ριβαροξαβάνης σε παιδιατρικούς ασθενείς με ιστορικό φλεβικής θρομβοεμβολής (ΦΒ) και αρτηριακού ισχαιμικού επεισοδίου εγκεφάλου (ΑΙΕΕ).

Υλικά - Μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν παιδιατρικοί ασθενείς με θρόμβωση υπό ριβαροξαβάνη που παρακολουθούνται την τελευταία δεκαετία στο Κέντρο μας. Η χορήγηση ριβαροξαβάνης ξεκίνησε τον 7^ο/2021.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 14 παιδιά (7 κορίτσια) με ιστορικό ΦΒ και ΑΙΕΕ που έλαβαν ριβαροξαβάνη. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 11.5 μήνες. Έγινε μετάβαση σε ριβαροξαβάνη, αφού οι ασθενείς είχαν λάβει βαρφαρίνη ή ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Δέκα ασθενείς (70%) είχαν ≥ 1 παράγοντα κινδύνου θρόμβωσης, όπως κακοήθεια, παχυσαρκία, συγγενή καρδιοπάθεια, σύνδρομο θωρακικής εξόδου. Ένας έφηβος με ιστορικό εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης κάτω άκρων και πολλαπλών υποτροπών θρόμβωσης, παρουσίασε μικρή υποτροπή θρόμβωσης, μετά από έναν μήνα χορήγησης ριβαροξαβάνης. Διαταραχή της πήκτικότητας ανευρέθη περιοδικά στα περισσότερα παιδιά, πάντα σχετιζόμενη με τον χρόνο λήψης ριβαροξαβάνης (παράταση PT και APTT 1-4 ώρες μετά τη λήψη). Όσον αφορά στην αιμορραγική διάθεση, μια έφηβη με ιστορικό ΑΙΕΕ παρουσίασε σημαντική μετατραυματική αιμορραγία από τον στοματικό βλεννογόνο. Η αιμορραγία σταμάτησε με τοπικά αιμοστατικά μέσα, χορήγηση τρανεξαμικού οξέος από του στόματος και έγχυση φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος. Έκτοτε η ριβαροξαβάνη συνεχίστηκε σε μειωμένη δόση χωρίς άλλα αιμορραγικά συμβάματα.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία παιδιών και εφήβων με ιστορικό ΦΒ και ΑΙΕΕ με τη ριβαροξαβάνη αποδεικνύεται επιτυχημένη με ικανοποιητικό προφίλ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Εντόπιση Θρομβώσεων	Συχνότητα
Πνευμονική Εμβολή	2
Θρόμβωση Φλεβών Κάτω άκρων (DVT)	4
Πνευμονική Εμβολή +DVT	2
Θρόμβωση Φλεβών Άνω Άκρων (TOS)	3
Θρόμβωση Φλεβωδών Κόλπων Εγκεφάλου	1
Αρτηριακό Ισχαιμικό Επεισόδιο Εγκεφάλου	2

Θρομβοφιλία σε παιδιά υπό ριβαροξαβάνη
Ετεροζυγωτία FVLEIDEN
Ετεροζυγωτία Prothrombin G20210A
Διπλή Ετεροζυγωτία
Μέτρια ανεπάρκεια PS
Ήπια ανεπάρκεια PC

	Μέση Τιμή(έτη)	SD (έτη)
Ηλικία Διάγνωσης Θρόμβωσης	14.5	3.4
Ηλικία Έναρξης Ριβαροξαβάνης	15.1	1.4

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

5. ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΥΠΟ ΝΤΑΜΠΙΓΚΑΤΡΑΝΗ

Γεωργία Γρένδα, Μαριάνθη Βαρβέρη, Ελένη Κοράκη

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Γυναίκα 82 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της δερματολογικής κλινικής για εκτομή βασικοκυτταρικού όγκου μικρού μεγέθους στη δεξιά ζυγωματική περιοχή. Από το ατομικό ιστορικό της έπασχε από χρόνια κοιλιακή μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση και έφερε βηματοδότη. Από το χειρουργικό ιστορικό αναφέρεται φακοθρυψία άμφω. Η φαρμακευτική αγωγή της περιλάμβανε νταμπιγκατράνη, η οποία δεν έχει διακοπεί προεγχειρητικώς. Λίγες ώρες μετά εμφάνισε ευμέγεθες τραχηλοπροσωπικό αιμάτωμα, το οποίο εκτεινόταν εκτός και εντός της στοματικής κοιλότητας. Παράλληλα, παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια και αποκορεσμό.

Μέθοδος: Κατόπιν επείγουσας κλήσης αναισθησιολόγου η ασθενής μεταφέρθηκε άμεσα εντός της χειρουργικής αίθουσας. Έγινε έλεγχος των ζωτικών λειτουργιών και προχωρήσαμε σε ξυπνητή στοματοτραχειακή διασωλήνωση. Πριν την χειρουργική παρέμβαση για έλεγχο της αιμορραγίας χορηγήθηκαν 5γρ ιδαρουσιζουμάμπης. Η ασθενής ανένηψε ευχερώς και τέθηκε σε θεραπεία γεφύρωσης με ενοξαπαρίνη.

Συμπέρασμα: Η περιεπεμβατική διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής είναι εξαιρετικής σημασίας ακόμα και για ήσσονος βαρύτητας επεμβάσεις. Λάθη στη διαχείριση πιθανόν να οδηγήσουν σε απειλητικές για τη ζωή μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η συνεργασία των ειδικοτήτων κρίνεται αναγκαία για την βέλτιστη έκβαση των ασθενών.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

6. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Ιωάννα Πυλαρινού***Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Εισαγωγή: Η αθηροθρόμβωση αποτελεί μια συχνή κατάσταση στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), μιας και αρκετοί παράγοντες συμβάλλουν στην αλλοιωμένη ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες είναι: η εκτεταμένη φλεγμονή, διάφορες μεταβολικές διαταραχές, η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και η αλλοιωμένη ανακύκλωση των αιμοπεταλίων.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η παρουσίαση ενός περιστατικού με χρόνιο ΣΔ, στεφανιαία νόσο, αποφρακτική αρτηριοπάθεια κάτω άκρων και αγγειοπλαστική επιπολής μηριαίας αρτηρίας.

Υλικά: Καταγραφή και παρουσίαση κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων από φάκελο ασθενούς με τήρηση της ανωνυμίας.

Μέθοδοι: Γυναίκα συνταξιούχος, μη καπνίστρια, 75 ετών μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με οξύ στεφανιαίο επεισόδιο. Το ατομικό της αναμνηστικό περιλάμβανε αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από 25ετία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προ 7ετίας, ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου από το 2017, αποφρακτική αρτηριοπάθεια κάτω άκρων με διαλείπουσα χλωρότητα, διαδερμική αγγειοπλαστική επιπολής μηριαίας αρτηρίας, παγκρεατίτιδα με χολοκυστεκτομή προ 15ετίας, περιφερική νευροπάθεια με υποτροπιάζοντα έλκη πέλματος και οστεομυελίτιδα. Τα εργαστηριακά ευρήματα έδειξαν: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη=10,7%, κρεατινίνη ορού=1,5mg/dl, ρυθμός σπειραματικής διήθησης=39mL/min/1,73m² και αρτηριακή πίεση=165/65 mmHg (σφύξεις 60/min).

Αποτελέσματα: Στην ασθενή, λόγω χαμηλού αιμορραγικού κινδύνου, χορηγήθηκε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (ticagrelor 90 mg δύο φορές την ημέρα και ασπιρίνη) για διάρκεια <1 έτος, με στόχο τη διόρθωση των θρομβωτικών συμβαμάτων. Για τη διόρθωση του ΣΔ χορηγήθηκε SGLT-2 αναστολέας και λήφθηκε μέριμνα για τη διαχείριση των διαβητικών ελκών και της οστεομυελίτιδας. Πριν την εξαγωγή της ασθενούς από το Νοσοκομείο χορηγήθηκαν υγιεινο-διαιτητικές οδηγίες. Κατά τον επανέλεγχο (6 μήνες αργότερα), η ασθενής ξέφυγε τον κίνδυνο και έκτοτε δεν εμφάνισε καμία πρόσθετη επιπλοκή.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση θρομβωτικών επιπλοκών είναι αρκετά συχνές σε ασθενείς με χρόνιο αρρυθμιστο ΣΔ και χρήζουν άμεσης διαχείρισης.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

7. Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ

Μυρτώ Πατάγια Μπακαράκη¹, Θ. Δουρμπόης²

¹Εργοθεραπεία, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ²251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η θρόμβωση είναι μια σημαντική ανησυχία για την υγεία που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές όπως το μεταθρομβωτικό σύνδρομο. Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη βελτίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων, στην αύξηση της κινητικότητας και στην παροχή εκπαίδευσης σχετικά με τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής για την πρόληψη της υποτροπής.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στη διαχείριση και αποκατάσταση ασθενών με θρόμβωση. Συγκεκριμένα, αυτή η μελέτη στοχεύει να εντοπίσει τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές και τον αντίκτυπό τους στα αποτελέσματα των ασθενών.

Υλικά και Μέθοδοι: Η μελέτη περιελάμβανε μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και κλινικών δοκιμών από βάσεις δεδομένων, την περίοδο από το 2000 έως το 2023. Εντοπίστηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν οι βασικές παρεμβάσεις. Οι σωματικές ασκήσεις προσαρμόστηκαν για να βελτιώσουν την κυκλοφορία. Οι εργονομικές προσαρμογές περιλάμβαναν την τροποποίηση του οικιακού και εργασιακού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένων συστάσεων για εργονομικά έπιπλα και προσαρμοστικές συσκευές. Τα προγράμματα εκπαίδευσης ασθενών παρείχαν ολοκληρωμένη εκπαίδευση σχετικά με τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής και την τήρηση της αντιπηκτικής θεραπείας, μέσω ατομικών συνεδριών, ομαδικών εργαστηρίων και ψηφιακών πλατφορμών.

Αποτελέσματα. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις εργοθεραπείας βελτιώνουν σημαντικά την κινητικότητα, μειώνουν τον πόνο και βελτιώνουν τη συνολική ποιότητα ζωής σε ασθενείς με θρόμβωση. Συγκεκριμένα προγράμματα που ενσωματώνουν φυσική δραστηριότητα, εργονομική εκπαίδευση και συνεχή εκπαίδευση των ασθενών βρέθηκαν να είναι πιο αποτελεσματικά. Οι ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτά τα προγράμματα έδειξαν καλύτερη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά σχήματα, μειωμένη υποτροπή θρόμβωσης και βελτιωμένη ψυχοκοινωνική ευημερία. Επιπλέον, εξατομικευμένες παρεμβάσεις εργοθεραπείας που αντιμετώπιζαν μεμονωμένες ανάγκες των ασθενών συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η ενσωμάτωση της εργοθεραπείας στο τυπικό πρωτόκολλο περίθαλψης για ασθενείς με θρόμβωση παρέχει σημαντικά οφέλη όσον αφορά τη λειτουργική αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής. Αυτή η ολοκλήρωση υποστηρίζει μια ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών, που αντιμετωπίζει τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της αποκατάστασης.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

8. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ-STATUS EPILEPTICUS-ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΟ-ΘΡΟΜΒΩΣΗ (ΔΕ)ΕΣΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ (ΔΕ) ΚΟΙΝΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΣΕ ΑΡΡΕΝ ΑΣΘΕΝΗ 44 ΕΤΩΝ ΧΡΗΣΤΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (IVDU)

Ε. Κουτσοστάθης^{1,2}, Γ. Σκάζας^{1,2}, Α. Τσόλου¹¹ΜΕΘ, ΓΟΝΚ Άγ. Ανάργυροι, ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Καρπενησίου**Εισαγωγή:** Παρουσιάζεται ενδιαφέρον περιστατικό άρρενος ασθενή 44 ετών, IVDU, με ΑΑ HCV λοίμωξης, με DVT δεξιάς κοινής μηριαίας και δεξιάς έσω σφαγίτιδας φλέβας.**Σκοπός:** Η ανάδειξη της ύπαρξης DVT σε πολλαπλές θέσεις σε IVDU.**Υλικά - Μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα ασθενή 44 ετών ο οποίος διεκομίσθη σε Παθολογικό ΤΕΠ λόγω status epilepticus. Διασωληνώθηκε για προστασία του αεραγωγού. Τέθηκε σε αντιεπιληπτική αγωγή με λεβετιρακετάμη και λακοσαμίδα. Επιπλέον, τέθηκε σε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή με κεφταζινίμη/αμπιμπακτάμη, κολιμικίνη και λινεζολίδα στα πλαίσια πνευμονίας (Από κ/ες βρογχικών εκκρίσεων απομονώθηκαν *Pseudomonas aeruginosa* και *Acinetobacter baumannii* και λαμβάνει κεφταζινίμη/αμπιμπακτάμη και κολιμικίνη βάσει αντιβιογραμμάτων). Κατά την εισαγωγή λόγω μεγάλης αύξησης CPK που αποδόθηκε σε ραβδομυόλυση και αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια ενυδάτωση και διουρητική αγωγή (φουροσεμίδα). Σε υπερηχογραφικό έλεγχο, ασθενής παρουσίασε τοιχωματικό θρόμβο στη ΔΕ έσω σφαγίτιδα και πιθανά στη ΔΕ κοινή μηριαία. Έλαβε ΗΧΜΒ (ενοξαπαρίνη) σε θεραπευτική δοσολογία. Στη χορήγηση αρχικά ενοξαπαρίνης δεν υπήρξαν ικανοποιητικά θεραπευτικά επίπεδα anti-Χα και γι' αυτό το λόγο τροποποιήθηκε σε fondaparinux. Υποβλήθηκε σε επιτυχή αποδιασώληνωση, εμφάνισε σταδιακή κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και μείωση του μεγέθους του θρόμβου και εξήλθε της ΜΕΘ.**Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Η D.V.T. παρατηρείται σε ασθενείς από ηλικίες 20-85 ετών. Περίπου 80 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού συμβαίνουν ετησίως. Περίπου 1 στους 20 παθαίνει φλεβική θρόμβωση στη διάρκεια της ζωής του. Περίπου 600.000 νοσηλείες ασθενών συμβαίνουν στις Η.Π.Α λόγω θρομβοεμβολής. Στους ηλικιωμένους ασθενείς η συχνότητα τετραπλασιάζεται. Η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία και συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς μεγαλύτερους των 40 ετών. Συχνά αίτια είναι η θρομβοφιλία, οι νεοπλασίες οι ορθοπαιδικές χειρουργικές επεμβάσεις, ο χρόνιος κλινοστατισμός, η COVID λοίμωξη. Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα DVT πέρα από το φλεβικό δίκτυο των κάτω άκρων και σε θέσεις όπως οι σφαγίτιδες φλέβες.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Χ. Ηλιάδης¹, Π. Ουζουνάκης², Α. Φρατζανά³, Λ. Κουρκούτα⁴

¹Ιδιωτικό Διαγνωστικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, ²Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, ³Γενικό Νοσοκομείο «Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης, ⁴Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η θρομβόλυση αποτελεί τη βασική θεραπεία πολλών κλινικών καταστάσεων, όπως είναι το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, η πνευμονική εμβολή και το οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σπουδαιότητας του ρόλου των νοσηλευτών στη θρομβόλυση.

Υλικά - Μέθοδοι: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιστημονικά άρθρα και ερευνητικές μελέτες σχετικές με το κατά την τελευταία πενταετία, οι οποίες αντλήθηκαν από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed» και «Google Scholar», Medline, με λέξεις κλειδιά όπως θρόμβος, θρομβόλυση, νοσηλευτές, θεραπεία, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Αποτελέσματα: Οι θρομβώσεις είναι η αιτία για πολλές κλινικές καταστάσεις με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η βασική θεραπεία αυτών των καταστάσεων είναι η θρομβόλυση. Σήμερα υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη θρομβόλυση, με διαφορετική ειδικότητα και αποτελεσματικότητα. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θρομβόλυση μέσα από πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες αναδεικνύεται πολυδιάστατος, καθώς οι νοσηλευτές πλέον εξειδικεύονται όλο και περισσότερο και συμμετέχουν στη διεργασία της θρομβόλυσης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής, την κλινική του εικόνα και το ιστορικό του. Ένας ακόμα βασικός ρόλος των νοσηλευτών είναι η φροντίδα των ασθενών με θρομβόλυση. Ο έλεγχος και η ρύθμιση των Ζωτικών Σημείων, η πρόληψη δυνητικά επικίνδυνων καταστάσεων για την ζωή, η μεταφορά του ασθενή, η χορήγηση της σωστής φαρμακευτικής αγωγής και η ενημέρωση του οικείου περιβάλλοντός του, είναι μερικές από τις υπευθυνότητες του νοσηλευτή.

Συμπεράσματα: Η ουσιαστική συμμετοχή του νοσηλευτή στη διαδικασία της θρομβόλυσης είναι ζωτικής σημασίας, αφού πολλαπλές κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη της βέλτιστης κλινικής έκβασης των εν λόγω ασθενών.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

10. COAGULATION FACTORS ALTERATIONS IN PATIENTS UNDERGOING COMPLEX THORACO- ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM REPAIR (COFA-TAAA); PROTOCOL OF A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY (STROBE TRIAL)

Maria P. Ntalouka¹, Anastasia Kourti¹, Paraskevi Kotsi², Efthymia Petinaki³, K. Spanos⁴, G. Kouvelos⁴, A. Giannoukas⁴, M. Matsagkas⁴, Eleni M. Arnaoutoglou¹¹Department of Anaesthesiology, ²Department of Transfusion Medicine, ³Department of Microbiology, ⁴Department of Vascular Surgery, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa University Hospital, Thessaly, Greece**Introduction:** Endovascular aneurysm repair of aorta activates an inflammation reaction and has an impact on coagulation. In complex thoraco-abdominal aortic aneurysm repair the implants are more complexed and the duration of operation longer. However, the exact pathophysiological mechanisms of coagulation activation are still poorly understood.**Aim:** To evaluate the impact of complex thoraco-abdominal aortic aneurysm repair in coagulation, in patients undergoing complex thoraco-abdominal aortic aneurysm repair.**Materials and Methods:** This prospective non-interventional observational study (STROBE), which has been approved by the ethical committee of UHL and registered (NCT06432387) will include eligible consecutive patients undergoing elective complex thoraco-abdominal aortic aneurysm repair. Exclusion criteria are: refusal to participate, prior surgery within 3 months, ASA score >3, known medical history of thrombophilia or functional platelet dysfunction. Perioperative laboratory examinations will follow institutional guidelines. These will include, but will not be limited to full blood count, conventional coagulation tests and kidney function tests. Moreover, the following parameters will also be obtained; vWF, factors VIII and XI, D-dimers, fibrinogen, platelets activation (multiplate), adams-13, anti-Xa and high sensitivity troponin. All samples will be obtained via puncture from a peripheral vein. Blood samples will be obtained; preoperatively before induction to GA (01), postoperative day 1 (02) and postoperative day 3rd-4th (03). During hospitalization any myocardial injury after non cardiac surgery, major cardiovascular event, acute kidney injury and post-implantation syndrome will be recorded. Of note, at 30 days, 3, 6 and 12 months our patients will undergo an evaluation for any major cardiovascular event, implant failure or death of any cause. All patients will be treated by the same medical team in UHL according to the European Society for Vascular Surgery (ESVS) guidelines. For a cohort of patients and three consecutive measurement with a power of 95% 58 patients should be included.**Results - Conclusion:** The results of this study would help optimize the perioperative care in patients undergoing complex thoraco-abdominal aortic aneurysm repair.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

11. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΟΞΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΣΤΟΝ ΔΙΑΜΕΣΟ ΚΛΑΔΟ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Γεωργία Γρένδα, Ιουλία Γρηγορίου, Σ. Τσακιλιώτης, Ειρήνη Ζαρζαβά, Ελένη Κοράκη

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Γυναίκα 42 ετών στη 10η εβδομάδα κύησης προσέρχεται στα επείγοντα λόγω δύσπνοιας με χαρακτηριστές ορθόπνοιας. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρει αναιμία χωρίς λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Λίγες ώρες αργότερα παρουσιάζει οξύ οπισθοστερνικό άλγος με επέκταση στα άνω άκρα, εφίδρωση και υπόταση.

Μέθοδος: Η ασθενής εισάγεται στην Στεφανιαία Μονάδα για διερεύνηση και αντιμετώπιση. Από το καρδιογράφημα διαπιστώνεται κολλική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση, ανάσπαση του ST στις απαγωγές II, III, aVF και -T στις I, aVL, V1-V3. Από το υπερηχογράφημα καρδιάς φαίνεται επηρεασμένη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας (EF 40%), αριστερός κόλπος αυξημένων διαστάσεων και μέτρια στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Με την έναρξη των οξέων συμπτωμάτων και κατόπιν φόρτισης με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή οδηγείται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, όπου αναδεικνύεται διαχωρισμός στο διάμεσο κλάδο και αντιμετωπίζεται με αγγειοπλαστική. Μετά την αγγειοπλαστική διενεργείται διοισοφάγειο υπερηχογράφημα προς αποκλεισμό παρουσίας θρόμβου. Η ασθενής κατόπιν υποβάλλεται σε ηλεκτρική ανάταξη με πολλαπλές υποτροπές. Λόγω αυξημένου θρομβωτικού κινδύνου η αγωγή εξόδου είναι κλοπιδογρέλη και ασενοκουμαρόλη με στόχο INR 2,5.

Συμπέρασμα: Η διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής είναι εξαιρετικής σημασίας. Η διαχείριση αυτή αποκτά ακόμα μεγαλύτερη αξία όταν έχει να κάνει με ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως οι νέες επίτοκες. Λανθασμένες αποφάσεις μπορεί να αποβούν επικίνδυνες για τις ασθενείς και τα κνήματα. Η συνεργασία των ειδικτήτων και η μελέτη των κατευθυντήριων οδηγιών κρίνεται αναγκαία για τη βέλτιστη έκβαση των ασθενών.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

12. ΤΟ ΥΠΕΡΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΑ ΤΗΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Ιωάννα Πυλαρινού*Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών***Εισαγωγή:** Σήμερα, γίνονται συζητήσεις αναφορικά με τις αντιφλεγμονώδεις δράσεις του υπερικού οξέος σε περιβάλλοντα υπεργλυκαιμίας και θρόμβωσης.**Σκοπός:** Στόχος της εργασίας ήταν η αξιολόγηση των επιδράσεων της χρήσης υπερικού στη ρύθμιση της φλεγμονής σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και θρόμβωση.**Υλικά:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων Scopus, PubMed και Cochrane που κάλυπταν τη δεκαετία 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες.**Μέθοδοι:** Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις, μελέτες ασθενών-μαρτύρων και κοόρτης που ήταν γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά την προαναφερθείσα περίοδο. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν περιλήψεις άρθρων, σποραδικές παρατηρήσεις, έρευνες με μικρή διάρκεια παρέμβασης ή δείγμα, καθώς και έρευνες που διεξήχθησαν in vivo ή in vitro.**Αποτελέσματα:** Ύστερα από αξιολόγηση 207 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκαν 82 μελέτες που ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής. Οι μελέτες συμφώνησαν στην παρεμπόδιση της θανάτωσης των β-παγκρεατικών κυττάρων και στην αναχαίτιση οδών σηματοδότησης φλεγμονής σε διαβητικούς ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο που λάμβαναν υπερικό οξύ, αναστέλλοντας κυτταροκίνες και προφλεγμονώδεις παράγοντες. Αναλυτικότερα, το υπερικό παρατηρήθηκε να παρεμπodίζει τη δράση της 5-λιποοξυγενάσης (5-LO) στη δημιουργία των λευκοτριενίων A4, B4, C4, D4 και E4, αποτρέποντας την φωσφορυλίωση των ομάδων Ser271 και Ser663. Μάλιστα, παρατηρήθηκε αδυναμία κατάλυσης του 5-υδροϋπεροξεικοσταετραενοϊκού οξέος στο λευκοτριένιο A4 από την 5-LO και συνεπώς αποκλεισμός σχηματισμού επιπρόσθετων προφλεγμονωδών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των λευκοτριενίων B4 και C4. Επιπρόσθετα, το υπερικό παρατηρήθηκε να αναστέλλει τον σχηματισμό της προσταγλανδίνης E2, περιορίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την οξεία και τη χρόνια φλεγμονή. Ουσιαστικά, αποκαλύφθηκε ότι η ουσία αυτή εμποδίζει την ενζυμική μετατροπή της προσταγλανδίνης H2 σε PGE-2 μέσω της μικροσωμικής σύνθεσης της προσταγλανδίνης E-1.**Συμπεράσματα:** Το υπερικό οξύ φαίνεται να απενεργοποιεί μηχανισμούς φλεγμονής σε άτομα με ΣΔ και θρόμβωση. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να τεκμηριώνουν τα παραπάνω ευρήματα.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

13. ΤΡΟΧΙΕΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Σοφία-Παναγιώτα Γιαννακοπούλου¹, Χριστίνα Χρυσοχόου², Ασημίνα Λουκίνα², Ε. Μιχελής², Αμαλία Δέσποινα Κουτσογιάννη³, Ι. Ανδρίκου², Σμαραγδή Αντωνοπούλου¹, Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Λυμπερόπουλος³, Π.Π. Σφηκάκης³, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, ²Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, ³Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», ⁴Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής ασκεί προστατευτική δράση έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ωστόσο, τα αντιθρομβωτικά της αποτελέσματα παραμένουν ασαφή

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης της μακροχρόνιας προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζεται με το ινωδογόνο.

Υλικά: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002-2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια (2022), η οποία περιελάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

Μέθοδοι: Κατά την έναρξη της μελέτης, μετρήθηκαν τα επίπεδα ινωδογόνου. Οι διατροφικές συνήθειες αξιολογήθηκαν μέσω ημι-ποσοτικού ερωτηματολογίου κατανάλωσης τροφίμων, κατά την έναρξη και στα 10 χρόνια. Το επίπεδο προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή αξιολογήθηκε κατά την έναρξη και στα 10 χρόνια μέσω του MedDietScore, βάσει του οποίου προσδιορίστηκαν οι τροχιές προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 2002-2022, 718 (δηλαδή 36%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν καρδιαγγειακή νόσο (θανατηφόρα ή μη). Για κάθε αύξηση κατά 1mg/dL στα επίπεδα ινωδογόνου, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος κατά τη διάρκεια της 20ετίας, αυξάνεται κατά περίπου 0,8% (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) = 1,008, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) 1,007-1,010, $p < 0,001$). Από την ανάλυση των τροχιών προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή προκύπτει ότι στους συμμετέχοντες που διαχρονικά διατηρούσαν υψηλή προσκόλληση, αύξηση των επιπέδων ινωδογόνου κατά 1mg/dL συσχετίστηκε με αύξηση του 20ετούς κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 0,7% (ΣΚ=1,007, 95%ΔΕ 1,002-1,012,

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

$p=0,009$), ενώ στους συμμετέχοντες που απομακρύνθηκαν η αύξηση του κινδύνου είναι 0,9% ($\Sigma K=1,009$, 95%ΔΕ 1,006-1,012, $p<0,001$).

Συμπεράσματα: Υψηλά επίπεδα ινωδογόνου συνδέονται με αυξημένο 20ετή κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, ωστόσο η μακροχρόνια προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή φαίνεται να μειώνει αυτόν τον κίνδυνο. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν την πιθανή ύπαρξη ενός εναλλακτικού βιοπροστατευτικού μηχανισμού μέσω του οποίου η μεσογειακή διατροφή ασκεί προστατευτική δράση έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

14. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Σοφία-Παναγιώτα Γιαννακοπούλου¹, Χριστίνα Χρυσοχόου², Κ. Δημητριάδης², Ε. Μιχελής², Π.Σ. Αδαμίδης³, Γ. Μετζαντωνάκης², Σμαραγδή Αντωνοπούλου¹, Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Λυμπερόπουλος³, Π.Π. Σφηκάκης³, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσας², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, ²Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, ³Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», ⁴Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η μεταβολική δυσλειτουργία που σχετίζεται με στεάτωση του ήπατος (Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD) θεωρείται ηπατική έκφραση του μεταβολικού συνδρόμου και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη και καρδιαγγειακών παθήσεων.

Σκοπός: Η αξιολόγηση της επίδρασης της μεταβολικής δυσλειτουργίας που σχετίζεται με στεάτωση του ήπατος, όπως αξιολογείται με το δείκτη λιπώδους ήπατος (Fatty Liver Index, FLI), στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου που σχετίζεται με το ινωδογόνο.

Υλικά: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002-2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια (2022), η οποία περιελάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

Μέθοδοι: Κατά την έναρξη της μελέτης λήφθηκαν δείγματα αίματος από τους συμμετέχοντες για την μέτρηση των επιπέδων ινωδογόνου, τριγλυκεριδίων και γ-γλουταμυλο-τρανσφεράσης (γ-GT). Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της περιφέρειας μέσης και του δείκτη μάζας σώματος, που χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του δείκτη λιπώδους ήπατος.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 2002-2022, 718 (δηλαδή 36%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν καρδιαγγειακή νόσο (θανατηφόρα ή μη). Για κάθε 1 mg/dL αύξηση των επιπέδων ινωδογόνου, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος κατά τη διάρκεια της 20ετίας, αυξάνεται κατά περίπου 0,8% (Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) = 1,008, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) 1,007-1,010, p<0,001). Ωστόσο, ο κίνδυνος σε άτομα με μεταβολική δυσλειτουργία που σχετίζεται με στεάτωση του ήπατος (δείκτης λιπώδους ήπατος ≥ 60), ήταν 1,9% (ΣΚ = 1,019, 95%ΔΕ 1,004-1,034, p=0,016).

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συμπεράσματα: Υψηλά επίπεδα ινωδογόνου σχετίζονται με αυξημένο 20ετή κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, ωστόσο ο κίνδυνος αυτός είναι υπερδιπλάσιος σε άτομα με μεταβολική δυσλειτουργία που σχετίζεται με στεάτωση του ήπατος.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

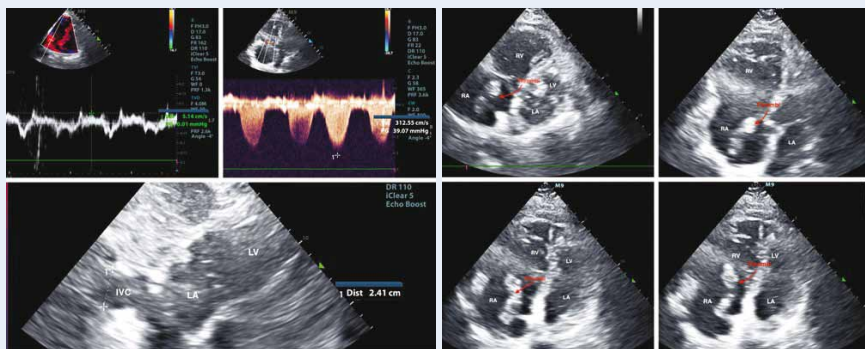
15. ΑΙΩΡΟΥΜΕΝΟΣ ΘΡΟΜΒΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Γ. Ματθαίοπουλος, Νάντια Λαζίλι, Ε. Μαυρουδέας, Δ. Νικητόπουλος, Αικατερίνη Λιόδη, Λίζα Καλλένου, Α. Τσαντούλας, Κ. Βασιλειάδης, Ελεντίνα Σείτανιδη, Χ. Μαντής, Ν. Καυκάς

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

Εισαγωγή: Η οξεία πνευμονική εμβολή που συνοδεύεται από αιμοδυναμική αστάθεια και διάταση των δεξιών κοιλοτήτων συνδέεται με υψηλή θνητότητα και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τις τελευταίες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, έχουν προταθεί συγκεκριμένα υπερηχογραφικά κριτήρια για την έγκαιρη διάγνωση αυτών των ασθενών. Ενδοκαρδιακός θρόμβος ανευρίσκεται στο 10% των ασθενών με οξεία πνευμονική εμβολή, ωστόσο η παρουσία θρόμβου στον δεξιό κόλπο είναι ένα υποδιαγνωσμένο εύρημα με πολύ υψηλή θνητότητα.

Παρουσίαση περιστατικού - λήψη απόφασης: Γυναίκα 82 ετών με ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, αρτηριακής υπέρτασης, καρδιακής ανεπάρκειας, οστεοπόρωσης και κατάγματος ισχίου προ μηνός προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω δύσπνοιας αιφνίδιας έναρξης. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε χαμηλή αρτηριακή πίεση 87/58mmHg, υποξυγοναιμία και ταχυκαρδία. Απο το ΗΚΓ παρατηρήθηκε δεξιό block καθώς και σημείο S1Q3T3. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν d-dimers: 26mg/ml και τροπονίνη: 754pg/ml. Διενεργήθηκε άμεσα διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς όπου διαπιστώθηκε επηρεασμένη συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας, διάταση των δεξιών κοιλοτήτων (λόγος δεξιάς/αριστερής κοιλίας >1), παρουσία σημείου McConnell, επιπέδωση μεσοκοιλιακού διαφράγματος με μορφολογία D-shape, διάταση της κάτω κοίλης φλέβας, TAPSE=12mm, S'=5,2cm/s, σοβαρού βαθμού ανεπάρκειας τριγλώχινας καθώς ευμεγέθης αιωρούμενος θρόμβος στον δεξιό κόλπο που προέβαλε διά της τριγλώχινας εντός της δεξιάς κοιλίας. Ετέθη λοιπόν η κλινική υποψία οξείας πνευμονικής εμβολής που επιβεβαιώθηκε με διενέργεια αξονικής αγγειογραφίας πνευμονικών αρτηριών με πολλαπλά ελλείμματα σκιαγράφησης σε κύριους κλάδους. Αμέσως μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

η ασθενής έλαβε θρομβολυτική αγωγή με αλτεπλάση, εμφάνισε ωστόσο περαιτέρω αιμοδυναμική αστάθεια και αερομετρική επιδείνωση και τελικά απεβίωσε.

Συμπεράσματα: Το υπερηχογράφημα καρδιάς συνιστά ένα πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο για την έγκαιρη διάγνωση ασθενών με οξεία πνευμονική εμβολή. Στο περιστατικό μας παρουσιάζεται η περίπτωση μιας ασθενούς στην οποία συνοψίζονται όλα τα πιθανά υπερηχογραφικά ευρήματα της πνευμονικής εμβολής. Η αναγνώριση θρόμβων εντός των δεξιών κοιλοτήτων, συγκεκριμένα, συνιστά ένα σπάνιο εύρημα που συνδέεται με υψηλή θνητότητα και θα πρέπει να καθορίζει την θεραπευτική μας στρατηγική.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

16. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ΤΗΣ JAK2 ΚΙΝΑΣΗΣ

Ευφροσύνη Κατσαφούρου, Ε. Ποτολίδης

Α' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου 'Αχιλλοπούλειο'

Εισαγωγή: Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου αποτελεί μία σπάνια μορφή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η κλινική εικόνα είναι ποικίλη, με συνηθέστερες εκδηλώσεις την κεφαλαλγία, την εστιακή και την πολυεστιακή νευρολογική σημειολογία. Είναι συχνότερη στα θήλεα (3:1 θήλεα - άρρενες) με μέση ηλικία εμφάνισης τα 37 έτη.

Σκοπός της εργασίας, είναι η περιγραφή ενός περιστατικού θρόμβωσης των εγκάρσιου και σιγμοειδούς φλεβωδών κόλπων καθώς και της έσω σφαγίτιδας σε ασθενή 67 ετών, η οποία προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του νοσοκομείου μας αιτιώμενη έντονη κεφαλαλγία.

Υλικά - Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου.

Αποτελέσματα: Ασθενής με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και γλαυκώματος, προσήλθε στο ΤΕΠ αιτιώμενη επαναλαμβανόμενα επεισόδια διαφιφιστικού άλγους από δεκαπενθημέρου δεξιά βρεγματικά διάρκειας μερικών δευτερολέπτων. Κλινικά η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή ενώ από τη νευρολογική της εξέταση δεν προέκυψε εστιακή νευρολογική σημειολογία. Από τη μαγνητική φλεβογραφία εγκεφάλου που διενεργήθηκε προέκυψαν: θρόμβωση των δεξιών εγκάρσιου, σιγμοειδούς φλεβωδών κόλπων και της σύστοιχης έσω σφαγίτιδας (στο ελεγχθέν τμήμα της). Η διαφορική διάγνωση ως προς το θρομβογονο αίτιο περιελάμβανε κακοήθειες, λοιμώξεις, αρρυθμίες και θρομβοφιλικές καταστάσεις (ανεπάρκεια πρωτεΐνης C και S, ανεπάρκεια αντιθρομβίνης, παράγοντας V Leiden, υπερομοκυστειναιμία). Έπειτα από ενδελεχή εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε η μετάλλαξη V617F στο γονίδιο της JAK2 κινάσης που σχετίζεται με καταστάσεις υπεργλοιοτητας, σημαντικότερες από τις οποίες είναι τα μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με φονταπαρινόξη σε θεραπευτική δόση (7,5mg/ ημέρα) και σταδιακά τα συμπτώματά της βελτιώθηκαν. Έλαβε το εξιτήριό της πέντε ημέρες μετά την εισαγωγή της, με οδηγίες για συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής για τουλάχιστον έξι μήνες.

Συμπεράσματα: Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων είναι μια σπάνια πάθηση, η οποία εκδηλώνεται με μη ειδικά συμπτώματα. Η αιτιολογία της είναι ποικίλη και απαιτεί συνεργασία νευρολόγων και αιματολόγων, ενώ η θεραπεία της συνίσταται στη χορήγηση ΗΧΜΒ σε θεραπευτική δόση για διάστημα 3 μηνών ή και περισσότερο.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

17. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΛΑΣΤΟΜΕΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΗΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Ηλέκτρα Λουκοπούλου¹, Α.Γ. Τσαντές¹, Δ.Β. Παπαδόπουλος², Ι.Γ. Τρικούπης³, Γ. Αναστάσιος³, Σ. Γούμενος³, Ροζέτα Σώκου¹, Κωνσταντίνα Α. Τσαντέ¹, Α.Γ. Κριεμπάρδης⁴, Π. Κουλουβάρης³, Δήμητρα Χούχουλα¹, D. Piovani^{5,6}, Π.Γ. Παπαγγελόπουλος³, Σ. Μπονόβας^{5,6}, Α. Τσαντές¹

¹Αιματολογικό Εργαστήριο -Μονάδα Αιμοδοσίας Π.Γ.Ν. «Αττικόν», ²Department of Orthopaedic Surgery, Geisinger Medical Center, Danville, USA, ³Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν», ⁴Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών ΤΕΙ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, ⁵Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milan, Italy, ⁶IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milan, Italy

Εισαγωγή: Οι επεμβάσεις εκτομής μυοσκελετικών όγκων σχετίζονται με μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικής νόσου. Οι συμβατικές εργαστηριακές δοκιμασίες πήξης εξετάζουν μεμονωμένα τμήματα του καταρράκτη της πήξης ενώ οι ιξωδοελαστικές μέθοδοι όπως η περιστροφική θρομβοελαστομετρία (ROTEM) έχουν το πλεονέκτημα μιας συνολικής αξιολόγησης του σχηματισμού και διάλυσης του θρόμβου.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αλλαγών του μηχανισμού της αιμόστασης λόγω μυοσκελετικών κακοηθειών, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία της περιστροφικής θρομβοελαστομετρίας και η αξιολόγηση των αλλαγών στο αιμοστατικό προφίλ των ασθενών με μυοσκελετική κακοήθεια μετά από χειρουργική θεραπεία.

Υλικά - Μέθοδοι: Για την διερεύνηση των μεταβολών στο αιμοστατικό προφίλ των ασθενών με μυοσκελετική κακοήθεια και την αξιολόγηση των αλλαγών στο αιμοστατικό προφίλ των ασθενών με μυοσκελετική κακοήθεια μετά από χειρουργική θεραπεία συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική χειρουργική επέμβαση. Μια σταθμισμένη ομάδα 20 ορθοπαιδικών ασθενών χωρίς κακοήθεια συμπεριλήφθηκε ως ομάδα ελέγχου. Η προεγχειρητική ανάλυση ROTEM πραγματοποιήθηκε σε όλους τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα για τους ασθενείς με κακοήθεια. Τα δημογραφικά δεδομένα, οι συμβατικές εργαστηριακές δοκιμασίες και οι παράμετροι της δοκιμασίας ROTEM συγκρίθηκαν μεταξύ των ασθενών και των υγιών μαρτύρων.

Αποτελέσματα: Οι συμβατικές δοκιμασίες της πήξης ήταν παρόμοιες για τις 2 ομάδες ασθενών ενώ οι προεγχειρητικοί παράμετροι ROTEM των ασθενών με κακοήθειες όγκους διέφεραν σημαντικά από τις αντίστοιχες των υγιών ενηλίκων υποδεικνύοντας υψηλότερο δυναμικό της πήξης. Συγκεκριμένα οι ασθενείς με κακοήθεια είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές EXTEM και INTEM CT, χαμηλότερο EXTEM και INTEM CFT, υψηλότερο EXTEM INTEM A10, υψηλότερο EXTEM και INTEM MCF, και υψηλότερο EXTEM και INTEM LI60. Η σύγκριση μεταξύ των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών παραμέτρων ROTEM στους ασθενείς με μυοσκελετικούς όγκους ανέδειξε το στοιχείο ότι η χειρουργική επέμβαση οδηγεί σε ακόμα υψηλότερο δυναμικό πήξης.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συμπεράσματα: Η περιστροφική θρομβοελαστομετρία μπορεί να προσφέρει μια λεπτομερέστατη και δυναμική αξιολόγηση της διαταραχής της πήξης που παρατηρείται στους ασθενείς με μυοσκελετικές κακοήθειες και ίσως να συμβάλλει προγνωστικά στην κλινική εμφάνιση των αιμοστατικών επιπλοκών.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

18. ΣΗΡΑΓΓΩΔΕΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΜΗΡΟΥ – ΕΝΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΟ ΑΙΤΙΟ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ Δ- ΔΙΜΕΡΩΝ

Α. Κοτσιαυτή^{1,2}, Α. Σπηλιόπουλος¹, Δ. Μοσχανδρέου¹, Ε. Γρουζή¹¹Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας – Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης, Γενικό-Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών, «Ο Άγιος Σάββας», ²Αιματολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Τα αιμαγγειώματα αποτελούν καλοήθεις αγγειακούς όγκους που αποτελούν το 7-10% των όγκων των μαλακών ιστών. Τα ενδομυϊκά αιμαγγειώματα αποτελούν εξαιρετικά σπάνιες οντότητες με συχνότητα εμφάνισης περίπου 0.8%. Οι φλεβικές δυσπλασίες (cavernous hemangioma) αποτελούν σύμπλεγμα περιπλεγμένων αλληλένδετων φλεβών που σχετίζονται με βραδεία αιματική ροή προκαλώντας διαταραχές πήξης, ενώ η στροβιλώδης ροή οδηγεί σε ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Αύξηση των δ-διμερών και των προϊόντων αποδόμησης του ινωδογόνου/ινώδους παρατηρείται συχνά με συνοδό μείωση ινωδογόνου, FV, FVIII, FXIII και αντιθρομβίνης. Σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί και ήπια θρομβοπενία.

Σκοπός: Σκοπός είναι η παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης σταθερά αυξημένων δ-διμερών σε ασθενή με σηραγγώδες αιμαγγείωμα μηρού.

Υλικό - Μέθοδος: Ασθενής άνδρας 62 ετών προσέρχεται για διερεύνηση σταθερά αυξημένων επιπέδων δ-διμερών γνωστών από έτους. Από το ατομικό αναμνηστικό του δεν ανευρίσκεται σχετικός παράγοντας θρομβωτικού κινδύνου και ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει φυσιολογική γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο και screening αιμόστασης, με μοναδικό εύρημα αυξημένα επίπεδα δ-διμερών(3,5–5). Στο πλαίσιο διερεύνησης διενεργείται απεικονιστικός έλεγχος (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία) θώρακος, κοιλίας και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, καθώς και αξονική αγγειογραφία πνευμόνων χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων. Στα triplex φλεβών και αρτηριών άνω και κάτω άκρων αναδεικνύεται στη μεσότητα της έσω επιφάνειας του αριστερού μηρού περιγεγραμμένο υποδόριο ευμέγεθες μόρφωμα, το οποίο στη μαγνητική τομογραφία μηρού παρουσιάζει ετερογενή ενίσχυση στο περιφερικό του τμήμα και σε μικρότερο βαθμό στο κεντρικό με παρουσία κατά μήκος διαφραγματίων, μέγιστης κεφαλουραίας διαμέτρου 8,9cm, πλαγιοπλάγιας 4,4cm και προσθιοπίσθιας 5,7cm.

Αποτελέσματα: Ακολούθησε χειρουργική εξαίρεση με την ιστολογική έκθεση να τυποποιεί σηραγγώδες αιμαγγείωμα. Μετά την αφαίρεση του αιμαγγειώματος αποκαταστάθηκαν στα φυσιολογικά επίπεδα τα δ-διμερή.

Συμπεράσματα: Τα δ-διμερή ως θραύσματα που προκύπτουν από τη λύση του θρόμβου ινικής αυξάνονται σε ποικίλες καταστάσεις, χωρίς να αποτελούν ειδικό δείκτη για την τεκμηρίωση συγκεκριμένης διάγνωσης. Η διερεύνηση των υψηλών επιπέδων περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος καταστάσεων αρκετές από τις οποίες είναι μη συνηθισμένες στην καθημερινή κλινική πράξη, όπως η περίπτωση που παρουσιάζεται.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

19. ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗΣ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ: ΠΡΩΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Μαρία Βουσβούκη¹, Άλκηστις Αδραμερινά¹, Δανάη Παλαιολόγου², Παρθένα Καμπουρίδου³, Μαρία Φωτουλάκη⁴, Μαρίνα Οικονόμου¹

¹Κέντρο Αιμορραγικών Διαθέσεων Παιδιών και Εφήβων, Α' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ²Genesis Genoma Lab, Αθήνα, ³Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς», ⁴Δ' Παιδιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η ηπατική νόσος εναπόθεσης ινωδογόνου (Hepatic Fibrinogen Storage Disease) είναι μία σπάνια κληρονομική νόσος, που χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα ινωδογόνου και ηπατική συμμετοχή. Οφείλεται σε μεταλλάξεις στο FGG γονίδιο, που έχουν ως αποτέλεσμα την εναπόθεση του παθολογικού ινωδογόνου στο ενδοπλασματικό δίκτυο των ηπατοκυττάρων.

Σκοπός: Η πρώτη αναφορά ελληνικής οικογένειας με μετάλλαξη στο FGG γονίδιο και η περιγραφή της ανευρισκόμενης ενδοοικογενειακής κλινικής ετερογένειας.

Υλικό: Βρέφος άρρεν 23 μηνών με υποϊνωδογοναιμία και περιοδική τρανσαμιναιμία.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε διεξοδική μελέτη του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού του ασθενούς, που οδήγησε, τελικά, σε διάγνωση με τη χρήση μοριακών μεθόδων.

Αποτελέσματα: Άρρεν βρέφος παραπέμφθηκε για περαιτέρω διερεύνηση λόγω μη ανιχνεύσιμων τιμών ινωδογόνου με συνοδό σημαντική τρανσαμιναιμία και αύξηση της LDH (Πίνακας), που ανευρέθηκαν κατά τη διάρκεια νοσηλείας λόγω λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού. Την 3η ημέρα νοσηλείας παρατηρήθηκε βελτίωση των τιμών των τρανσαμινασών και της LDH, ενώ τα επίπεδα ινωδογόνου έγιναν για πρώτη φορά ανιχνεύσιμα την 6η ημέρα νοσηλείας.

Τους επόμενους μήνες, ο ασθενής παρουσίασε νέα επεισόδια τρανσαμιναιμίας με συνοδό υποϊνωδογοναιμία – πάντα στα πλαίσια λοιμώξεων. Εκτεταμένος λοιμωξιολογικός, ανοσολογικός και μεταβολικός έλεγχος δεν ανέδειξε σαφή αιτία των εργαστηριακών ευρημάτων.

Το ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο αιμορραγικών ή θρομβωτικών επεισοδίων. Ο πηξιολογικός έλεγχος όλης της οικογένειας ανέδειξε χαμηλά επίπεδα ινωδογόνου στον αδερφό, τον πατέρα και τον πατρικό θείο – ωστόσο, με σταθερά φυσιολογικά επίπεδα τρανσαμινασών, εντός και εκτός καταστάσεων stress. Περαιτέρω έλεγχος των μελών με Next Generation Sequencing ανέδειξε μετάλλαξη στο FGG γονίδιο (NM_0218703:c902G>A) σε ετεροζυγωτία, η οποία οδηγεί σε αντικατάσταση του αμινοξέος αργινίνη από την ιστιδίνη στη θέση 301.

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη μετάλλαξη έχει μέχρι στιγμής συσχετισθεί με υποδυσινωδογοναιμία, ενώ η ηπατική νόσος εναπόθεσης ινωδογόνου έχει συσχετιστεί

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

μόνο με μεταλλάξεις στα εξώνια 8 και 9 του FG. Εξ' όσων γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη συσχέτιση της συγκεκριμένης μετάλλαξης με HFSD και, μάλιστα, με χαρακτηριστική φαινοτυπική ετερογένεια μεταξύ των πασχόντων μελών.

Πίνακας. Εργαστηριακά ευρήματα νοσηλείας

	1 ^η HN	2 ^η HN	3 ^η HN	5 ^η HN	6 ^η HN	8 ^η HN
SGOT	1336	563	176	50	39	40
SGPT	1125	758	444	197	125	75
LDH	743	419	184		306	306
Ινωδογόνο	Μη ανιχνεύσιμο	Μη ανιχνεύσιμο	0	0	120	110

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

20. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

**Δ. Σαγρής¹, Ελένη Κορομπόκη², D. Strambo³, P. Michel³, A. Eskandari³, K. Βέμμος³, Clara Lastras⁴, J. Rodriguez-Pardo⁴, Blanca Fuentes⁴, E. Díez-Tejedor⁴, Paula Tiili⁵, Mika Lehto⁶, Jukka Putaala⁵, Elisa Cuadrado-Godia⁷, Esmirna Farington-Terrero⁸, A. Arauz⁸, H. Kamel⁹, Julieta Soledad Rosales¹⁰, Maria Soledad Rodriguez Perez¹⁰, Maia Gomez Schneider¹⁰, M. Barboza¹¹, A. Tsis-
karidze¹², Γ. Ντάιος¹**

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ²Department of Clinical Therapeutics, Medical School of Athens, Alexandra Hospital, Greece, ³Stroke Center and Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Switzerland, ⁴Department of Neurology and Stroke Center, Hospital La Paz Institute for Health Research –IdiPAZ (La Paz University Hospital-Universidad Autónoma de Madrid), Madrid, Spain, ⁵Department of Neurology, Helsinki University Central Hospital and University of Helsinki, Finland, ⁶Department of Cardiology, Helsinki University Hospital and University of Helsinki, Finland, ⁷Department of Neurology, Neurovascular Research Group, Institut Hospital del Mar d'Investigació Biomèdica, Department of Medicine and Life Sciences, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain, ⁸Stroke Clinic, Instituto Nacional de Neurologia y Neurocirugia Manuel Velasco Suarez, Mexico City, Mexico, ⁹Clinical and Translational Neuroscience Unit, Feil Family Brain and Mind Research Institute, Department of Neurology, Weill Cornell Medicine, New York, New York, ¹⁰Department of Neurology, Institute for Neurological Research, FLENI, Buenos Aires, Argentina, ¹¹Neurosciences Department, Hospital Dr. Rafael A. Calderon Guardia, CCSS, University of Costa Rica, ¹²Department of Neurology, Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Georgia

Εισαγωγή - Σκοπός: Η ύπαρξη αθηροσκλήρωσης των καρωτίδων δεν αποτελεί ασύνηθες εύρημα μεταξύ ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο και κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμήσει τον επιπολασμό και τους παράγοντες που σχετίζονται με την αθηροσκλήρωση καρωτίδων μεταξύ ασθενών με ΚΜ και οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Υλικό - Μέθοδοι: Δεδομένα ασθενών με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο από 10 κέντρα αντιμετώπισης εγκεφαλικών επεισοδίων συλλέχθηκαν προοπτικά και αναλύθηκαν βάσει του βαθμού στένωσης της καρωτίδας σε: ασθενείς χωρίς αθηροσκλήρωση, στένωση <50%, στένωση ≥50% και απόφραξη. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με στόχο τον καθορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη αθηροσκλήρωσης στη σύστοιχη καρωτίδα.

Αποτελέσματα: Μεταξύ 2.955 ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ΚΜ, αθηροσκλήρωση σύστοιχης καρωτίδας <50% παρατηρήθηκε σε 1022 (34,6%) ασθενείς, ενώ καρωτιδική στένωση ≥50% και απόφραξη εντοπίστηκαν σε

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

204 (6,9%) και 168 (5,7%) ασθενείς αντίστοιχα. Η σύστοιχη στένωση καρωτίδας $\geq 50\%$ ή η απόφραξη αυτής, συσχετίστηκε με την ηλικία (OR:1,15,95%CI:1,01-1,32, ανά δεκαετία), το ιστορικό παροδικού ή ισχαιμικού εγκεφαλικού (OR:1,70,95%CI:1,29-2,25), την περιφερική αρτηριακή νόσο (OR:1,85, 95%CI:1,23-2,78), τη στεφανιαία νόσο (OR:1,53,95%CI:1,16-2,04) και τη θεραπεία με στατίνη (OR:1,28,95%CI:1,01-1,67). Οι ασθενείς με κενотоπιώδες εγκεφαλικό είχαν μικρότερη πιθανότητα ανεύρεσης στένωσης $\geq 50\%$ ή απόφραξης (OR:0,29,95%CI:0,13-0,68). Σε σύγκριση με την απουσία αθηροσκληρωτικής νόσου, η αθηροσκλήρωση σε μία και δύο αρτηριακές περιοχές συσχετίστηκε με τον εντοπισμό σύστοιχης καρωτιδικής στένωσης (OR:1,49,95%CI:1,22-2,98 και OR:3,18,95%CI:1,85-5,49, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Μεταξύ των ασθενών με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ΚΜ, 1 στους 3 είχε σύστοιχη με το εγκεφαλικό αθηροσκλήρωση καρωτίδας και 1 στους 8 είχε σύστοιχη καρωτιδική στένωση $\geq 50\%$ ή απόφραξη. Μεταξύ ασθενών με ΚΜ και ισχαιμικό εγκεφαλικό, η ύπαρξη αθηροσκλήρωσης σε δύο διαφορετικές αρτηριακές περιοχές αποτέλεσε το σημαντικότερο προγνωστικό παράγοντα για τον εντοπισμό σύστοιχης στένωσης καρωτίδας.

Eliquis[™] apixaban

Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο
δισκίο περιέχει 2,5 mg ή 5 mg apixaban.



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περίληψη
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

PFIZER Ελλάς Α.Ε. Λεωφ. Μεσογείων 243, Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα,
Τηλ. Επικοινωνίας 210 67 85 800, Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000.

PFIZER Ελλάς Α.Ε. (CYPRUS BRANCH) Λεωφ. Αθαλάσσης 26, 2018,
Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 817690.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ
τα φάρμακα συμπληρώνοντας την "Κίτρινη Κάρτα"

PP-ELI-GRC-0923-JAN23



Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leverkusen, Γερμανία.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς ABEE,
Αγησιλάου 6-8, 15123 Μαρούσι, Αθήνα – Αττική.
Τηλ: 210 6187 500.
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
Αρ. ΓΕΜΗ 000299101000

Εταιρεία συμπερνώθησης



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ: 210 6039326 - 9, Fax: 210 6039300
ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 459920 - 1, Fax: 2310 459269
Αρ. ΓΕΜΗ 000264601000



Τιμές ανά δοσολογική μορφή	Λιανική τιμή
XARELTO® F.C.TAB 10MG/TAB BT x 10 tabs (PP/alu) (PP/alu)	23,65 €
XARELTO® F.C.TAB 15MG/TAB BT x 28 TAB σε BLISTERS (PP/alu) BLISTERS (PP/alu)	66,52 €
XARELTO® F.C.TAB 2,5MG/TAB BT x 56 TAB σε BLISTERS (PP/alu foil) BLISTERS (PP/alu foil)	64,26 €
XARELTO® F.C.TAB 20MG/TAB BT x 28 TAB σε BLISTERS (PP/alu) BLISTERS (PP/alu)	66,52 €

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

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