



I . M . E . E . A .

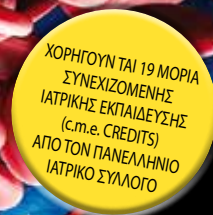
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής

7-9 Οκτωβρίου 2021

Βόλος, Ξενοδοχείο DOMOTEL XENIA



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ



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

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7211845 • Fax: +30 210 7215082

9^ο

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ –
ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

7-9 Οκτωβρίου 2021

Βόλος, Ξενοδοχείο DOMOTEL XENIA



Διοικητικό Συμβούλιο Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης

στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή

Πρόεδρος: Α. Τσελέπη

Αντιπρόεδρος: Μ. Ματσάγκας

Γεν. Γραμματέας: Γ. Ντάιος

Ταμίας: Δ. Αλεξόπουλος

Ειδ. Γραμματέας: Ε. Αρναούτογλου

Μέλη: Γ. Γεροτζιάφας

Κ. Καλαντζή

Ε. Λευκού

Δ. Ρίχτερ



Περιεχόμενα	
Χαιρετισμός	5
Γενικές Πληροφορίες	6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	9
<i>Πέμπτη 7 Οκτωβρίου 2021</i>	10
<i>Παρασκευή 8 Οκτωβρίου 2021</i>	13
<i>Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021</i>	18
<i>Δορυφορικές Συνεδρίες</i>	23
Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές	25
Περιλήψεις εργασιών	31
<i>Προφορικές Ανακοινώσεις</i>	32
<i>Αναρτημένες Ανακοινώσεις</i>	56
Ευχαριστίες	77



Οργάνωση



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

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7211845, Fax: +30 210 7215082

e-mail: info@imetha.gr

website: www.imetha.gr

Γραμματεία Συνεδρίου



CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα,

τηλ.: 210 72 10052, fax: 210-72 100 51

e-mail: info@congressworld.gr,

cv@congressworld.gr

<http://www.congressworld.gr>

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

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 καλωσορίσω στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής, που θα πραγματοποιηθεί με υβριδικό τρόπο στον Βόλο, στο Ξενοδοχείο Domotel Xenia στις 7 - 9 Οκτωβρίου, 2021. Το συνέδριο θα έχει επετειακό χαρακτήρα, καθώς συμπληρώνονται 10 χρόνια από την ίδρυση του ΙΜΕΘΑ. Η δεκαετία αυτή ήταν γεμάτη από υψηλού επιπέδου επιστημονικές εκδηλώσεις, δράσεις υποστήριξης της έρευνας σε θέματα θρόμβωσης, έκδοση κατευθυντήριων γραμμών διαχείρισης της αντιθρομβωτικής αγωγής, συνεχή ενημέρωση με ενημερωτικά δελτία για τα νεότερα δεδομένα ως προς τη θρόμβωση, κ.λ.π.

Βασιζόμενοι στη μεγάλη επιτυχία των προηγούμενων Πανελληνίων Συνεδρίων του ΙΜΕΘΑ, και στην αποκτηθείσα εμπειρία, διοργανώνουμε το 9ο Συνέδριό μας, έχοντας και πάλι ως στόχο να φέρουμε κοντά επιστήμονες από διάφορες ειδικότητες που εμπλέκονται κλινικά ή ερευνητικά σε θέματα σχετικά με τη θρόμβωση και τα αντιθρομβωτικά φάρμακα προκειμένου να συζητήσουμε όλες τις τρέχουσες εξελίξεις στο συγκεκριμένο θεματικό πεδίο. Σημαντικός στόχος του Συνεδρίου μας είναι επίσης να δοθούν απαντήσεις σε δυσεπίλυτα θέματα που αφορούν στην ορθή χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων στην καθημερινή κλινική πράξη. Επιπλέον, το 9ο Συνέδριο του ΙΜΕΘΑ θα αναδείξει την έρευνα που συντελείται σήμερα στη χώρα μας στη θρόμβωση και την αντιθρομβωτική φαρμακολογία, με σκοπό την περαιτέρω ενίσχυση των ερευνητικών προσπαθειών και την δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για το σχεδιασμό μελλοντικών συνεργασιών στο επιστημονικό αυτό πεδίο.

Έχοντας πάντα ως βασική αρχή την «ιατρική βασισμένη στις αποδείξεις», καταρτίσαμε ένα επιστημονικό πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει διεπιστημονικά στρογγυλά τραπέζια και κλινικά φροντιστήρια, προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις ερευνητικών αποτελεσμάτων, καθώς και διαλέξεις διεθνούς κύρους προσκεκλημένων ομιλητών.

Η παρουσία και η ενεργός συμμετοχή σας στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο του ΙΜΕΘΑ είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της επιστημονικής αυτής εκδήλωσης στο σημαντικό και πάντα επίκαιρο θέμα της θρόμβωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισής της.

Ο Πρόεδρος του ΙΜΕΘΑ

A. Τσελέπης, MD, PhD

Καθηγητής Βιοχημείας-Κλινικής Χημείας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Γενικές Πληροφορίες

Τόπος και Χρόνος Συνεδρίου

Το 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης – Αντιθρομβωτικής Αγωγής θα πραγματοποιηθεί στον Βόλο, στο **ξενοδοχείο DOMOTEL XENIA**, από **7 - 9 Οκτωβρίου 2021**.

Το Συνέδριο θα διεξαχθεί με υβριδικό τρόπο, δηλαδή θα υπάρχει η δυνατότητα για **φυσική παρουσία** προκαθορισμένου αριθμού συνέδρων στον χώρο του Συνεδρίου και ταυτόχρονη **διαδικτυακή μετάδοση** (live streaming).

Ο αριθμός των καθισμάτων προς χρήση στην αίθουσα καθώς και οι κανονισμοί που θα ισχύουν θα οριστούν σύμφωνα με τις διατάξεις και τα Υγειονομικά Πρωτόκολλα που θα ανακοινωθούν για την περίοδο διεξαγωγής του Συνεδρίου.

Δικαίωμα Συμμετοχής

Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να δηλώσουν την εγγραφή τους συμπληρώνοντας ηλεκτρονικά τη σχετική **φόρμα εγγραφής** και θα λάβουν ηλεκτρονικά password για την είσοδό τους στην πλατφόρμα, πριν από την έναρξη του Συνεδρίου **<https://registrationform-congressworld.gr/imetha2021/>**

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

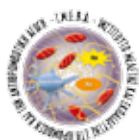
- Εγγραφή
- Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος
- Πρόσβαση στο ηλεκτρονικό υλικό του συνεδρίου
- E-CERTIFICATE. Η παραλαβή του Πιστοποιητικού Παρακολούθησης θα γίνεται ηλεκτρονικά με το πέρας της Διαδικτυακής Διημερίδας πληκτρολογώντας τον κωδικό E-CERTIFICATE που θα σας αποσταλεί και το ΕΠΩΝΥΜΟ σας, στον ακόλουθο σύνδεσμο:

<https://certificates.congressworld.gr/gr/congress>

Γενικές Πληροφορίες

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Θα χορηγηθούν 19 Μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.), στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης (ΣΙΜΕ/ CME-CPD Credits) της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικευμένων Ιατρών (EECCME-UEMS).



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

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7211845, Fax: +30 210 7215082

e-mail: info@imetha.gr

website: www.imetha.gr

Γραμματεία Συνεδρίου



CONGRESS WORLD EVENT TRAVEL E.E.

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα,
τηλ.: 210 72 10052, fax: 210-72 100 51

e-mail: info@congressworld.gr,
cv@congressworld.gr
<http://www.congressworld.gr>



Ivor[®]
Bemiparin sodium

IvorMAX[®]
Bemiparin sodium

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 2.500 IU (anti Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 12.500 IU (anti Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηκότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηκότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόγων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 10 PF-SYR A.T.: 22,25 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 3.500 IU (anti Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 17.500 IU (anti Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηκότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηκότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόγων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVOR 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PF-SYR A.T.: 10,74 € BT x 10 PF-SYR A.T.: 36,05 € BT x 30 PF-SYR A.T.: 120,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivormax 25.000 IU anti-Xa/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 25.000 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος, Ισοδύναμη με: 5.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα, 7.500 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,3 ml προγεμισμένη σύριγγα, 10.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,4 ml προγεμισμένη σύριγγα. * Η δραστηκότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηκότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόγων, βλ. παράγραφο 6.1. **Συσκευασίες/Τιμές:** IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, 5.000 IU anti-Xa/0,2 ml BTx2 PF-SYR. A.T.: 23,33 €

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. (Άχρωμο ή ελαφρώς κτρινωπό, διαγυγές διάλυμα, ελεύθερο ορατών σωματιδίων). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** BIANEE A.E. – Οδός Τατσιού, 146 71 Νέα Ερυθραία, Τηλ. 210 8009111. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 16-12-2016

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως.



BIANEE A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEE A.E. – Έδρα : οδός Τατσιού, 18* χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, 562 24 Εύσμος Θεσσαλονίκης Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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



Επιστημονικό Πρόγραμμα



Πέμπτη 7 Οκτωβρίου 2021

16:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

17:00-18:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Κ. Καλαντζή, Σ. Τσιάρα

1. ATRIAL HIGH-RATE EPISODES DURATION THRESHOLDS AND THROMBOEMBOLIC RISK: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

D. Sagris¹, G. Georgiopoulos², K. Pateras³, K. Perlepe¹, E. Korompoki⁴, H. Milionis⁵, D. Tsiachris^{6,7}, C. Chan², G.Y.H. Lip^{8,9}, G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, United Kingdom, ³Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands, ⁴Department of Clinical Therapeutics, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ⁵Department of Internal Medicine, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece, ⁶Athens Heart Center, Athens Medical Center, Athens, Greece, ⁷1st Cardiology Department, Athens Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ⁸Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool Heart & Chest Hospital, Liverpool, United Kingdom, ⁹Aalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

2. IMMUNOMODULATION AND REDUCTION OF THROMBOEMBOLIC RISK IN HOSPITALIZED COVID-19 PATIENTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED TRIALS

D. Sagris^{1*}, M. Florentin^{2*}, P. Tasoudis¹, E. Korompoki^{3,4}, N. Gatselis¹, E. Giamarellos-Bourboulis⁵, H. Milionis², J. Douketis⁶, A.C. Spyropoulos^{7,8,9}, G. Dalekos¹, G. Ntaios¹

¹Department of Medicine and Research Laboratory of Internal Medicine, National Expertise Center of Greece in Autoimmune Liver Diseases, General University Hospital of Larissa, ²Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Ioannina, Ioannina, Greece, ³Department of Clinical Therapeutics, Alexandra Hospital, University of Athens, Athens, Greece, ⁴Imperial College London, London, United Kingdom, ⁵4th Department of Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Athens, Greece, ⁶Department of Medicine, McMaster University, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario, Canada, ⁷The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, ⁸The Institute for Health Innovations and Outcomes Research - The Feinstein Institutes for Medical Research, ⁹Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital

Πέμπτη 7 Οκτωβρίου 2021

3. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Μ. Νταλούκα¹, Φ. Αγγελής², Δ. Παπασπύρου¹, Ν. Νταλαρίζου¹, Μ. Μερμίρη¹, Κ. Σταμούλης¹, Σ. Βαρυτιμίδης², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ
Δ. Παπασπύρου¹, Μ. Νταλούκα¹, Φ. Αγγελής², Κ. Κλεισιάρης¹, Ι. Βάτσιου¹, Α. Μίχου¹, Μ. Μερμίρη¹, Μ. Μπαρέκα¹, Α. Κουτάλος², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

5. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Ν. Νταλαρίζου¹, Μ. Νταλούκα¹, Φ. Αγγελής², Δ. Παπασπύρου¹, Κ. Κλεισιάρης¹, Ι. Βάτσιου¹, Α. Μίχου¹, Μ. Μερμίρη¹, Κ. Σταμούλης¹, Θ. Καραχάλιος², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

6. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ

Φ. Αγγελής¹, Μ. Νταλούκα², Μ. Μπαρέκα², Χ. Αρναούτογλου¹, Θ. Καραχάλιος², Μ. Χαντές¹, Ε. Αρναούτογλου¹, Μ. Ματσάγκας³

¹Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, ²Αναισθησιολογική Κλινική, ³Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα



Πέμπτη 7 Οκτωβρίου 2021

18:00-20:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ COVID-19

Προεδρείο: Γ. Γεροτζιάφας, Α.-Μ. Δημόπουλος

- Υπερπηκτικότητα σε ασθενείς με COVID-19. Υποκείμενοι Μηχανισμοί. **Α. Τσελέπης**
- Θρομβωτική Θρομβοπενία μετά από αντι-COVID-19 εμβολιασμό. **Γ. Γεροτζιάφας**
- Οξέα αρτηριακά συμβάντα σε νοσηλευόμενους COVID-19 ασθενείς. **Ι. Κανακάκης**
- Θρομβοεμβολικά συμβάντα σε νοσηλευθέντες COVID-19 ασθενείς μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο.
Δ. Γιαννής
- Κύηση – Λοχεία και COVID-19. **Ε. Λευκού**
- Οδηγίες θρομβοπροφύλαξης στους COVID-19 ασθενείς
Α. Σε νοσηλευόμενους ασθενείς. **Α. Καραγιαννάκη**
Β. Σε ασθενείς μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. **Σ. Τσιάρα**
Γ. Σε μη νοσηλευόμενους ασθενείς. **Ε. Γρουζή**

Συζήτηση/Σχολιασμός: Α. Spyropoulos,

Κ. Τριανταφύλλου, Σ. Βασδέκης

20:00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Παρασκευή 8 Οκτωβρίου 2021

**09:00-10:00 ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ
ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Προεδρείο: Ε. Λευκού, Κ. Καλαντζή

- Διαφορές φλεβικής και αρτηριακής θρόμβωσης στις γυναίκες. **Ε. Γρουζή**
- Οιστρογόνα και θρόμβωση. Από την αντισύλληψη και την υποβοηθούμενη προσπάθεια έως την εμμηνόπαυση. **Δ. Αδαμίδου**
- Κολπική μαρμαρυγή στην γυναίκα. Ιδιαιτερότητες κατά την κύηση. **Κ. Καλαντζή**
- Παρουσίαση Ενδιαφέροντος περιστατικού. **Ε. Λευκού**

Συζήτηση/Σχολιασμός: Σ. Τσιάρα, Π. Κώτση

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ

Δείκτες θρόμβωσης και εναλλακτικά προϊόντα καπνίσματος.
Α. Τσελέπης

**11:00-13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΘΡΟΜΒΩΣΗ**

Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ, Δ. Αλεξόπουλος

- Πότε ο συνδυασμός αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής αγωγής μετά από παρεμβάσεις στα στεφανιαία αγγεία αλλάζει τα δεδομένα; **Κ. Τούτουζας**
- Ο συνδυασμός αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής αγωγής μετά από παρεμβάσεις στα περιφερικά αγγεία. **Ι. Κακίσης**
- Μη στενωτικές καρωτιδικές πλάκες και εμβολικός κίνδυνος. **Γ. Ντάιος**
- Η ασπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Τι σημαίνει το IIβ των οδηγιών στην καθημερινή κλινική πράξη; **Α. Πιπιλής**
- Η αναθεώρηση των συστάσεων του ΙΜΕΘΑ για την Περιφερική Αρτηριακή Νόσο. Τι άλλαξε μέσα σε 5 χρόνια; **Μ. Ματσάγκας**
- Ενδοκράνια αιμορραγία σε ασθενή υπό αντιπηκτική αγωγή: και μετά; **Ε. Κορομπόκη**



Παρασκευή 8 Οκτωβρίου 2021

**Συζήτηση/Σχολιασμός: Α. Λάζαρης, Γ. Ανδρικόπουλος,
Κ. Βέμμος**

**13:00-14:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ.
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ
ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ**

Προεδρείο: Δ. Βλαχάκος, Α. Πιπλής

- Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία. **Ε. Ντουνούση**
- Πρέπει να τροποποιούμε την αντιθρομβωτική αγωγή στους ηλικιωμένους ασθενείς και πότε; **Κ. Παππάς**
- Τροποποίηση αντιθρομβωτικής αγωγής ανάλογα με το Σωματικό Βάρος. Χρειάζεται και πότε; **Σ. Τσιάρα**
- Κλινικό παράδειγμα 1: Αντιπηκτική αγωγή σε υπέρβαρο ασθενή (περιγραφή ενδιαφέροντος περιστατικού). **Η. Γκαρτζονίκας**
- Κλινικό παράδειγμα 2: Νεότερα αντιπηκτικά και νεφρική βλάβη (περιγραφή ενδιαφέροντος περιστατικού). **Α. Ντούνη**

**14:30-15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ –
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ Ε-POSTERS**

15:30-16:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Α. Καραγιαννάκη, Κ. Παππάς

**7. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ:
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ**

**Α. Δεττοράκη, Α. Μιχαλοπούλου, Λ. Ιωαννίδου, Α. Κομιτοπούλου,
Ζ. Καψιμάλη, Ε. Περγάντου**

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

**8. Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕ-
ΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ
Θ. Μπαμπάλη¹, Δ. Παπασιμπας², Α. Ευσταθόπουλος³, Α. Κίζυλης¹,
Β. Μπέλλος³, Α. Λιακοπούλου¹, Σ. Σισμανίδης¹, Σ. Συμινελάκης¹**

¹Τμήμα Θώρακος-Καρδιάς, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,

²Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, ³Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Παρασκευή 8 Οκτωβρίου 2021

9. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ

Φ. Αγγελής¹, Μ. Νταλούκα², Δ. Παπασπύρου², Μ. Μπαρέκα², Χ. Αρναούτογλου¹, Θ. Καραχάλιος², Μ. Χαντές¹, Ε. Αρναούτογλου²

¹Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, ²Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

10. ΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΥΠΟΤΥΠΟΥ ΑΕΕ ΜΕΤΑΞΥ 1993 ΚΑΙ 2016 ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Ε. Καρανταλή^{1,2}, Ε. Τσαμπαλάς³, Μ. Καζάκου³, Π. Καραχάλια³, Σ. Αγγέλογλου³, Α. Καραγιάννη³, Ε. Καρακατσάνη³, Κ. Αραβαντινού-Φατώρου³, Σ. Μπέλλος³, Γ. Καραματζιάννη³, Δ. Λάμπρου, Γ. Ντάιος^{1,2}, Κ. Βέμμος²

¹Παθολογική κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, ³Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

11. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ PCSK9 ΣΤΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΠΛΥΜΕΝΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Α.Ν. Τσούκα, Α.Δ. Τσελέπης¹

Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας

12. ΤΑ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΧΡΩΜΑΤΙΝΗΣ ΕΠΑΓΟΥΝ ΤΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ IN VITRO

Η.Χ. Μοσχονάς^{1*}, Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 45110, Ιωάννινα

16:30-17:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ε. Λυμπερόπουλος

Εφαρμογή νεότερων τεχνολογιών στην ανάπτυξη αντιθρομβωτικών φαρμάκων, την εποχή της ιατρικής ακριβείας. **Α. Τσελέπης**

17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ



Παρασκευή 8 Οκτωβρίου 2021

17:30-18:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας

Κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και θεραπεία της CAT. **Γ. Γεροτζιάφας**

18:00-18:30 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Κ. Τούτουζας

Εναλλακτικές μορφές της διπλής αντιαιμοπεταλικής αγωγής μετά από αγγειοπλαστική στεφανιαίων. **Δ. Αλεξόπουλος**

18:30-19:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ.

ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου, Κ. Καλαντζή

- Κλινικό παράδειγμα 1: Ασθενής με κοιλιακή μαρμαρυγή υπό ριβαροξαμπάνη υφίσταται αιμορραγία ανώτερου πεπτικού συστήματος. **Κ. Καλαντζή**
- Κλινικό παράδειγμα 2: Ασθενής υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. **Ε. Αρναούτογλου**

Συζήτηση/ Σχολιασμός: Α. Πιπιλής, Γ. Γκλαντζούνης, Α. Καψωριτάκης, Κ. Φουντάς

19:30-20:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ι. Γουδέβενος

Reducing COVID-19 Coagulopathy in Hospitalized Patients.
A. Spyropoulos

Παρασκευή 8 Οκτωβρίου 2021

20:00-21:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Προεδρείο: Χ. Σαββόπουλος, Γ. Ανδρικόπουλος

- Μεταβολικό σύνδρομο, Σακχαρώδης διαβήτης.
Ν. Τεντολούρης
- Παχυσαρκία, Υπέρταση. **Β. Κώτσης**
- Lp(a) και θρομβοεμβολικός κίνδυνος. Νεότερα δεδομένα.
Α. Τσελέπης
- Μείωση ισχαιμικών επεισοδίων με τους αναστολείς
της PCSK9. Αποτελέσματα πρόσφατων κλινικών μελετών.
Ε. Λυμπερόπουλος

Επιστημονικό Πρόγραμμα



Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

**09:00-10:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ.
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Προεδρείο: Δ. Αλεξόπουλος, Δ. Ρίχτερ

- Αντιθρομβωτική αγωγή στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα- Τί άλλαξε στις τελευταίες συστάσεις; **Γ. Κοχιάδάκης**
- Αντιθρομβωτική αγωγή μετά από TAVI-Μονοθεραπεία για όλους; **Ε. Βαβουρανάκης**
- Κλινικό παράδειγμα 1: Αντιθρομβωτική αγωγή μετά από επέμβαση κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής. **Γ. Ανδρικόπουλος**
- Κλινικό παράδειγμα 2: Πολυαγγειακή αγγειοπλαστική σε υπερήλικα και αντιθρομβωτική αγωγή. **Χ. Βαρλάμος**
- Κλινικό παράδειγμα 3: Αγγειοπλαστική σε ασθενή με κολπική μαρμαρυγή και υψηλό ισχαιμικό και αιμορραγικό κίνδυνο. **Γ. Τσίγκας**

**Συζήτηση/Σχολιασμός: Η. Σανιδάς, Ν. Πατσουράκος,
Α. Σπανός, Δ. Ηλιόπουλος**

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:00-11:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ PFIZER

Προεδρείο: Α. Τσελέπης

- Θρόμβωση, Πρόληψη Αγγειακών Εγκεφαλικών επεισοδίων και Ασφάλεια των αντιπηκτικών. **Κ. Καλαντζή**

Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

Επιστημονικό Πρόγραμμα

11:30-13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΦΛΕΒΙΚΗ
ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟ**

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας, Γ. Γεροτζιάφας

- Έχουν θέση τα DOACs στην θεραπεία της ΘΕΝ σε ασθενείς με κακοήθεια; Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.
Γ. Γεροτζιάφας
- Έχουμε καταλήξει για την διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής μετά από ιδιοπαθές επεισόδιο ΘΕΝ; Ποια φάρμακα είναι τα πλέον κατάλληλα; **Α. Λάζαρης**
- Προφύλαξη και θεραπεία της ΘΕΝ στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Τρέχουσες απόψεις. **Ε. Λευκού**
- Τρέχουσες εξελίξεις για την αντιμετώπιση της Πνευμονικής Εμβολής. **Σ. Κωνσταντινίδης**
- Η προφύλαξη της ΘΕΝ στους Παθολογικούς ασθενείς. Τι άλλαξε την τελευταία 5ετία; **Α. Spyropoulos**
- Η προφύλαξη της ΘΕΝ στην Ορθοπαιδική χειρουργική. Ποια η βέλτιστη στρατηγική σήμερα, 30 χρόνια μετά την αρχική εφαρμογή της; **Σ. Σουμερλής**

Συζήτηση/Σχολιασμός: Α. Spyropoulos, Ε. Λευκού

13:30-14:30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: Δ. Πανταζή, Δ. Ηλιόπουλος

- 13. ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΙΝΑΣΩΝ ΤΗΣ ΤΥΡΟΣΙΝΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ**

Λ. Πεχλιβάνη^{1,*}, Ν. Ντέμου², Π. Βούλγαρη², Δ. Πανταζή¹, Κ. Σκομπρίδης², Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας και ²Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τομέας Οργανικής Χημείας και Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

- 14. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΕΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Κ. Μανωλοπούλου¹, Α. Αντωνίου²

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΜSc, Γραφείο Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Προϊσταμένη Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center



Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

15. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΚΑΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Δρούλια¹, Α. Αντωνίου², Κ. Μανωλοπούλου³

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, ³Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Γραφείο Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

16. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΔΡΑΣΗΣ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΦΥΤΩΝ THYMUS VULGARIS ΚΑΙ ROSMARINUS OFFICINALIS

Ι.Κ. Κουτσαλιάρης¹, Χ.Δ. Παπαεμμανουήλ², Α.Ν. Τσούκα¹, Α.Γ. Τζάκος², Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, ²Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

17. ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΝΟΑCs. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 251 ΓΝΑ

Ν. Δεγεμετζόγλου¹, Γ. Θεοχαρόπουλος¹, Ε. Πλιάκου², Ε. Βενετσανάκη³, Ε. Χαραλαμποπούλου¹, Ι. Μπουντούρης¹

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Ογκολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, ³Ψυχιατρική Κλινική, Αθήνα

18. ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ν. Δεγεμετζόγλου¹, Γ. Θεοχαρόπουλος¹, Ε. Πλιάκου², Ε. Βενετσανάκη³, Ε. Χαραλαμποπούλου¹, Ι. Μπουντούρης¹

¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Ογκολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, ³Ψυχιατρική Κλινική, Αθήνα

14:30-15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

**15:30-16:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ.
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ
ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ****Προεδρείο: Κ. Βέμμος, Χ. Σαββόπουλος**

- Θρομβοφιλία και ισχαιμικό ΑΕΕ. **Γ. Καϊάφα**
- Κλινικό παράδειγμα 1. **Ν. Κακαλέτσης**
- Ανοικτό ωοειδές τρήμα σε ασθενείς με κρυπτογενές ΑΕΕ.
Δ. Σαγρής
- Κλινικό παράδειγμα 2. **Α. Καραγιαννάκη**
- Αθηροθρομβωτικό ισχαιμικό ΑΕΕ και δυσλιπιδαιμία.
Κ. Βέμμος
- Κλινικό παράδειγμα 3. **Μ. Φλωρεντίν**

Συζήτηση/Σχολιασμός: Γ. Ντάιος, Α. Πρωτογέρου**16:30-17:00 ΔΙΑΛΕΞΗ****Προεδρείο: Α. Γιαννούκας**Θρόμβωση άνω άκρου. Διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. **Α. Σπανός**Η άποψη του Αιματολόγου. **Ε. Λευκού**Η άποψη του Ορθοπαιδικού. **Σ. Σουρμελής****17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**



Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

17:30-19:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου, J. Douketis

- Οι συστάσεις του ΙΜΕΘΑ για την περιεγχειρητική διαχείριση της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. **Ε. Αρναούτογλου**
- Ο φόβος του χειρουργού για τους αντιθρομβωτικούς παράγοντες. **Γ. Γκλαντζούνης**
- Ο ασθενής μου με κάταγμα λαμβάνει διπλή αντιθρομβωτική αγωγή. **Σ. Σουρμελής**
- Τι έχει αλλάξει στην περιεγχειρητική διαχείριση των ασθενών με πρόσφατη ενδοπρόθεση των στεφανιαίων. **Π. Τζίμας**
- Έναρξη αντιθρομβωτικών φαρμάκων μετά το χειρουργείο. **Μ. Νταλούκα**
- DOACs και επείγον χειρουργείο. Η συμβολή του αιματολόγου. **Π. Κώτση**

**Συζήτηση/Σχολιασμός: Α. Spyropoulos, Μ. Ματσάγκας,
Δ. Αλεξόπουλος, Ε. Λευκού**

19:30-20:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Σ. Κωνσταντινίδης

Use of DOACs in 'off-label' clinical scenarios: What clinicians need to know in 2021. **J. Douketis**

ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ-ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΔΟΥΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Σάββατο 9 Οκτωβρίου 2021

11:00-11:30 ΔΟΥΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ **Προεδρείο: Αλέξανδρος Τσελέπης**Θρόμβωση, Πρόληψη Αγγειακών Εγκεφαλικών
επεισοδίων και Ασφάλεια των αντιπηκτικών**Καλλιρρόη Καλαντζή**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

arixtra®

fondaparinux sodium



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

Η διαφήμιση είναι σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία - Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3(α)/32221(ΦΕΚ 1049Β/29-04-2013) και τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΣΦΕΕ. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

ΒΓΡ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ Μ.Ε.Π.Ε.

Αγ. Δημητρίου 63 • 174 56 Άλλος • Τηλ.: 210 98.91.777

ARX-2021-0055_GR

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Douketis J.	<i>MD, FRCP©, FACP, FCCP, Professor, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Canada</i>
Spyropoulos A.	<i>MD, FACP, FCCP, FRCPC Professor of Medicine – The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell Professor - The Institute for Health Innovations and Outcomes Research - The Feinstein Institutes for Medical Research System Director – Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital</i>
Αδαμίδου Δ.	<i>Αιματολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη</i>
Αλεξόπουλος Δ.	<i>Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»</i>
Ανδρικόπουλος Γ.	<i>Καρδιολόγος, Διευθυντής, Α' Καρδιολογική Κλινική & Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center</i>
Αρναούτογλου Ε.	<i>Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθύντρια, Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας</i>
Βαβουρανάκης Εμ.	<i>Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»</i>
Βαρλάμος Χ	<i>Καρδιολόγος, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»</i>
Βασδέκης Σ.	<i>Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν»</i>
Βέμμος Κ.	<i>Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης Hellenic Cardiovascular Research Society, Διευθυντής, Μονάδα Οξέων Εγκεφαλικών, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών</i>
Βλαχάκος Δ.	<i>Καθηγητής Νεφρολογίας ΕΚΠΑ, Νεφρολογική Μονάδα Β' Π.Π.Κ., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»</i>



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Γεροτζιάφας Γρ.	<i>Professor of Hematology, Faculty of Medicine, Sorbonne University, Paris</i>
Γιαννής Δ.	<i>General Surgery Resident, Zucker SOM - Hofstra/ Northwell NS/LIJ - Surgery</i>
Γιαννούκας Α.	<i>Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθυντής, Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Πρόεδρος του Ινστιτούτου Αγγειακών Παθήσεων</i>
Γκαρτζονίκας Η.	<i>Β' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων</i>
Γκλαντζούνης Γ.	<i>Καθηγητής Χειρουργικής – Μεταμοσχεύσεων Υπεύθυνος Μονάδας Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>
Γουδέβενος Ι.	<i>Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>
Γρουζή Ε.	<i>MD Συντονίστρια Διευθύντρια ΝΥ Αιμοδοσίας, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»</i>
Ηλιόπουλος Δ	<i>Καρδιοχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής, Δ' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία»</i>
Καϊφα Γ.	<i>Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη</i>
Κακαλέτσης Ν.	<i>Παθολόγος, Επιμελητής Β', Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο Μεταδιδακτορικός Ερευνητής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ</i>
Κακίσης Ι.	<i>Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικών»</i>
Καλαντζή Κ.	<i>Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων</i>
Κανακάκης Ι.	<i>Διευθυντής, Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» Πρόεδρος ΕΚΕ</i>

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Καραγιαννάκη Α.	Διδάκτωρ Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης
Καψωριτάκης Α.	Καθηγητής Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν. Λάρισας
Κορομπόκη Ε.	MD, PhD, FESO, Παθολόγος, Επιμελήτρια Β' Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ Νοσοκομείο, «Αλεξάνδρα», Αθήνα
Κουλούρας Β.	Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Κοχιαδάκης Γ.	Πρύτανης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Καθηγητής Καρδιολογίας
Κωνσταντινίδης Σ.	Καθηγητής Καρδιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
Κώτση Π.	Αιματολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής των Μεταγίσεων, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθύντρια Αιμοδοσίας / Αιματολογικού Εργαστηρίου ΠΓΝ Λάρισας
Κώτσης Β.	Καθηγητής Παθολογίας, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
Λάζαρης Α.	Αν. Καθηγητής, Αγγειοχειρουργική Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»
Λευκού Ε.	Αιματολόγος, Διδάκτωρ ΑΠΘ
Λυμπερόπουλος Ε	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων, Πρόεδρος ΕΕΑ
Ματσάγκας Μ.	Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Μαυρογιαννάκη Α.	Παθολόγος- Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια, Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μ.Τ.Σ. Πρόεδρος ΕΔΕ



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Ντάιος Γ.	<i>Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας</i>
Νταλούκα Μ.	<i>Αναισθησιολόγος, Επικουρική Ιατρός, Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας</i>
Ντούνη Ανίλα	<i>Νεφρολόγος, Νεφρολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων</i>
Ντουνούση Ε.	<i>Επ. Καθηγήτρια Νεφρολογίας έμφαση στις Μεταμοσχεύσεις, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθύντρια, Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων</i>
Παππάς Κ.	<i>Διευθυντής ΕΣΥ Καρδιολογίας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Π.Γ.Ν.Ι.</i>
Πατσουράκος Ν.	<i>Επεμβατικός Καρδιολόγος Γ.Ν. Πειραιά Τζάνειο</i>
Πιπιλής Α.	<i>Διευθυντής, Α' Καρδιολογική Κλινική, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «ΥΓΕΙΑ»</i>
Πρωτογέρου Α.	<i>Καθηγητής, Παθολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης & Αγγειακής Νόσου Κλινική & Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας Ιατρικό Τμήμα Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας</i>
Ρίχτερ Δ.	<i>Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής, Β' Καρδιολογική Κλινική, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών</i>
Σαβδόπουλος Χ.	<i>Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ και Μονάδα αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Excellence Center of Hypertension, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ» Διευθυντής, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.</i>
Σαγρής Δ.	<i>Παθολόγος - Επιστημονικός Συνεργάτης, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Λάρισα</i>
Σανιδάς Η.	<i>Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»</i>
Σουρμελής Σ.	<i>Διευθυντής, Β' Ορθοπαιδική Κλινική, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «Υγεία»</i>

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

Σπανός Α.	Επικουρικός Επιμελητής Αγγειοχειρουργικής, Π.Γ.Ν. Λάρισα
Σπανός Α.	Αντιναύαρχος (ΥΙ) ε.α., Επεμβατικός Καρδιολόγος, τ. Συντονιστής Δ/ντής Καρδιολογικών Κλινικών Ν.Ν.Α., Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών και Ευρωκλινική Αθηνών
Τεντολούρης Ν.	Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Ειδική Νοσολογία Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
Τζίμας Π.	Αναισθησιολόγος, Αν. Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τούτουζας Κ.	Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
Τριανταφύλλου Κ.	Πρύτανης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Καθηγητής Καρδιολογίας, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή
Τσελέπης Αλ.	Καθηγητής Βιοχημείας- Κλινικής Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
Τσιάρα Σ.	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τσίγκας Γρ.	Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογικού Τμήματος, Π.Γ.Ν. Πατρών
Φλωρεντίν Μ.	Επικουρική Επιμελήτρια Παθολογίας Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα
Φουντά Κ.	Καθηγητής Νευροχειρουργικής Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

PMI Science — Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης (R&D) της Philip Morris International (PMI) εργάζεται πάνω από μία δεκαετία για την ανάπτυξη **Προϊόντων Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου*** σε σύγκριση με το συμβατικό τσιγάρο

Αναπτύσσουμε ευρύ χαρτοφυλάκιο προϊόντων αξιολογώντας τα με τα πιο αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και μεθόδους

Στηρίζουμε την έρευνά μας στα πρότυπα Έρευνας και Ανάπτυξης φαρμάκων και σύμφωνα με τις οδηγίες διεθνών οργανισμών υγείας (π.χ. FDA)

www.pmiscience.com

**Προϊόντα Δυνητικά Μειωμένου Κινδύνου είναι ο όρος που χρησιμοποιεί η εταιρεία για να αναφερθεί σε προϊόντα που παρουσιάζουν ή πιθανόν να παρουσιάσουν μικρότερο κίνδυνο βλάβης για τους καπνιστές που επιλέγουν να χρησιμοποιήσουν τα προϊόντα αυτά αντί να συνεχίσουν το κάπνισμα με συμβατικό τσιγάρο.*



Περίληψεις



1. ATRIAL HIGH-RATE EPISODES DURATION THRESHOLDS AND THROMBOEMBOLIC RISK: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

D. Sagris¹, G. Georgiopoulos², K. Pateras³, K. Perlepe¹, E. Korompoki⁴, H. Mili-onis⁵, D. Tsiachris^{6,7}, C. Chan², G.Y.H. Lip^{8,9}, G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, United Kingdom, ³Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands, ⁴Department of Clinical Therapeutics, National and Kapodistrian University of Athens, Greece, ⁵Department of Internal Medicine, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece, ⁶Athens Heart Center, Athens Medical Center, Athens, Greece, ⁷1st Cardiology Department, Athens Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ⁸Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool Heart & Chest Hospital, Liverpool, United Kingdom, ⁹Aalborg Thrombosis Research Unit, Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Background: The available evidence supports an association between atrial high-rate episodes (AHRE) burden and thromboembolic risk, but the necessary extent and duration of AHRE to increase the risk of thromboembolic events remains to be defined.

Objectives: The aim of this systematic review and meta-analysis was to identify the minimum AHRE burden associated with increased thromboembolic risk by deriving pooled estimates of the thromboembolic risk associated with various thresholds of AHRE burden.

Methods: We searched PubMed and Scopus until 01/09/2020 for literature reporting AHRE duration and thromboembolic risk in patients with implantable electronic devices. The outcome assessed was stroke or systemic embolism. Risk estimates in each study were reported as hazard ratio (HR) or relative risk (RR) alongside 95% confidence intervals (CI). We employed the Paule-Mantel estimator and heterogeneity was calculated with I² index.

Results: Among 27 studies including 61,919 patients, 23 studies reported rates according to the duration of the longest AHRE and 4 studies according to the cumulative day-level AHRE duration. In patients with cardiac implantable devices due to heart failure or severe dysrhythmias, AHREs lasting >30 seconds significantly increased the risk of stroke or systemic embolism (HR:4.41, 95%CI:2.32–8.39, I²:5.5%), which remained consistent for the thresholds of 5 minutes, 6 and 24 hours. Patients with previous stroke or TIA and AHREs lasting >2 minutes had a marginally increased

risk of recurrent stroke or TIA. The risk of stroke or systemic embolism was higher in patients with cumulative AHRE ≥ 24 hours compared to those of shorter duration or no AHRE (HR: 1.25, 95% CI: 1.04-1.52, I^2 : 0%)

Conclusions: This systematic review and meta-analysis suggests that single AHRE episodes > 30 seconds and cumulative AHRE duration ≥ 24 hours are associated with increased risk of stroke or systemic embolism.

2. IMMUNOMODULATION AND REDUCTION OF THROMBOEMBOLIC RISK IN HOSPITALIZED COVID-19 PATIENTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED TRIALS

D. Sagris^{1*}, M. Florentin^{2*}, P. Tasoudis¹, E. Korompoki^{3,4}, N. Gatselis¹, E. Giarmarellos-Bourboulis⁵, H. Milionis², J. Douketis⁶, A.C. Spyropoulos^{7,8,9}, G. Dalekos¹, G. Ntaios¹

¹Department of Medicine and Research Laboratory of Internal Medicine, National Expertise Center of Greece in Autoimmune Liver Diseases, General University Hospital of Larissa, ²Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Ioannina, Ioannina, Greece, ³Department of Clinical Therapeutics, Alexandra Hospital, University of Athens, Athens, Greece, ⁴Imperial College London, London, United Kingdom, ⁵4th Department of Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, Athens, Greece, ⁶Department of Medicine, McMaster University, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario, Canada, ⁷The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, ⁸The Institute for Health Innovations and Outcomes Research - The Feinstein Institutes for Medical Research, ⁹Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital

Background and Purpose: The impact of immunomodulatory treatment of COVID-19 on thrombosis is uncertain. We aimed to investigate the potential beneficial effect of immune modulation therapy on the thromboembolic risk in hospitalized COVID-19 patients.

Methods: We searched PubMed and Scopus for randomized trials reporting thromboembolic events in COVID-19 patients treated with immunomodulatory agents. The outcomes assessed were venous thromboembolism (VTE), ischemic stroke or systemic embolism, myocardial infarction, any thromboembolic event and all-cause mortality. Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated for each outcome using the Mantel–Haenszel random-effects method.

Results: Among 5342 patients hospitalized with COVID-19, 2935 were treated with an immunomodulatory agent and 2407 with usual care only. Among patients assigned to immunomodulatory agents, VTEs occurred in 2.02 compared to 2.98 per 100 patient-months, among those treated with usual care (OR:0.78, 95%CI:0.51-1.20; I^2 :3%). Among patients who received an interleukin-6 (IL-6) antagonist, VTEs were reported in 12 among 1075 patients compared to 20 among 848 in the group of usual care (OR: 0.52, 95%CI:0.22-1.20; I^2 :6%). Immunomodulators as an add-on to usual care did not reduce the risk of stroke or systemic embolism (OR:1.15, 95%CI:0.45-2.96; I^2 : 0%) or myocardial infarction (OR:1.10, 95%CI:0.40-2.99; I^2 :0%) and there was a non-significant reduction in any thromboembolic event (OR:0.82, 95%CI:0.57-1.18; I^2 :0%).

Conclusions: We did not identify a statistically significant effect of immunomodulation on prevention of thromboembolic events in COVID-19. However, given the large effect estimate for VTE prevention, especially in patients treated with IL-6 antagonists, we cannot exclude a potential effect of immunomodulation.

3. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΓΩ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Μ. Νταλούκα¹, Φ. Αγγελής², Δ. Παπασπύρου¹, Ν. Νταλαρίζου¹, Μ. Μερμήρη¹, Κ. Σταμούλης¹, Σ. Βαρυτιμίδης², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η θρομβοεμβολική νόσος εμφανίζεται προεγχειρητικά στο 35% των ασθενών με κατάγματα ισχίου μετά από καθυστερημένη χειρουργική αντιμετώπιση.

Σκοπός: Η περιγραφή της περίπτωση ασθενή με κατάγμα ισχίου και καθυστερημένη χειρουργική αντιμετώπιση λόγω λοίμωξης αναπνευστικού, ο οποίος προεγχειρητικά εμφάνισε πνευμονική εμβολή.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 94 ετών με υποτροχαντήριο κατάγμα και λοίμωξη αναπνευστικού μεταφέρθηκε από το ΓΝ Πτολεμαΐδας στο ΠΓΝΛ. Λόγω της λοίμωξης ο ασθενής δε χειρουργήθηκε στην Πτολεμαΐδα, αλλά μεταφέρθηκε στο ΠΓΝΛ 12 ημέρες αργότερα. Στην εισαγωγή διαπιστώθηκαν στεφανιαία νόσος (αγγειοπλαστική προ 10ετίας) και παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό προ 8ετίας. Στον ασθενή χορηγούνταν ήδη από την Πτολεμαΐδα ΗΜΜΒ (προφυλακτική δόση).

Αποτελέσματα: Εντός 12ώρου από την εισαγωγή του στο ΠΓΝΛ ο ασθενής εμφάνισε αποκορεσμό και δύσπνοια. Η ΣΤΡΑ επιβεβαίωσε την παρουσία πνευμονικής εμβολής στους τμηματικούς κλάδους των άνω λοβών αμφοτερόπλευρα, ενώ ο υπέρηχος δεν ανέδειξε επιβάρυνση των δεξιών κοιλοτήτων. Ο ασθενής βελτιώθηκε με τη συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου και εν αναμονή του χειρουργείου συνέχισε την προφυλακτική δόση ώστε να είναι δυνατή η πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης (ήλωση) με υπαραχνοειδή αναισθησία. Με τον χειρουργό να πιστοποιεί την επαρκή αιμόσταση δώδεκα ώρες μετά το χειρουργείο ο ασθενής έλαβε ΗΜΜΒ σε προφυλακτική δόση, την οποία συνέχισε έως και την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα όπου η δόση αυξήθηκε σε θεραπευτική. Η λοιπή πορεία υπήρξε ομαλή.

Συμπεράσματα: Καθώς η καθυστέρηση της χειρουργικής αντιμετώπισης των ασθενών με κατάγματα ισχίου αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης πνευμονικής εμβολής προεγχειρητικά οι ιατροί οι οποίοι εμπλέκονται στη διαχείριση αυτών των ασθενών θα πρέπει να τη λαμβάνουν υπ' όψη.



4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Δ. Παπασπύρου¹, Μ. Νταλούκα¹, Φ. Αγγελής², Κ. Κλεισιάρης¹, Ι. Βάτσιου¹, Α. Μίχου¹, Μ. Μερμήρη¹, Μ. Μπαρέκα¹, Α. Κουτάλος², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Ο κίνδυνος για θρομβοεμβολική νόσο υπολογίζεται έως 6,5 φορές υψηλότερος σε ασθενείς με ενεργό καρκίνο, ενώ αυξάνεται επιπλέον σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου και νοσογόνο παχυσαρκία.

Σκοπός: Η περιγραφή της περίπτωσης ασθενή με κάταγμα ισχίου, ενεργό καρκίνο μαστού και νοσογόνο παχυσαρκία, η οποία μετεγχειρητικά εμφάνισε πνευμονική εμβολή.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 88 ετών με κάταγμα διάφυσης μηριαίου και ενεργό καρκίνο μαστού εισήχθη στο ΠΓΝΛ. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώθηκαν καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ), για την οποία η ασθενής παρακολουθούνταν τακτικά και νοσογόνος παχυσαρκία (BMI 44).

Αποτελέσματα: Εντός ωρών από την εισαγωγή η ασθενής εμφάνισε επιδείνωση της ΚΑ με αυξημένα επίπεδα του NT-proBNP, γεγονός που καθυστέρησε την επέμβαση για 6 ημέρες μέχρι τη ρύθμιση αυτής. Σε αυτό το διάστημα η ασθενής ελάμβανε ΗΜΜΒ σε προφυλακτική δόση. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ήλωση με υπαραχνοειδή αναισθησία και λόγω διαβροχής του τραύματος συνέχισε να λαμβάνει ΗΜΜΒ σε προφυλακτική δόση. Τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε ορθόπνοια και φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Κατά τη διαγνωστική προσέγγιση στη CTPA αναδείχθηκε πνευμονική εμβολή σε υποτμηματικό κλάδο στον δεξιό άνω λοβό και στο έσω βασικό τμήμα του κάτω λοβού. Έγινε σύσταση για έναρξη ενοξαπαρίνης σε δόση 10.000iu δύο φορές ημερησίως, η οποία τροποποιήθηκε σε 10.000iu μία φορά ημερησίως λόγω της μη επαρκούς αιμόστασης για 4 ημέρες και αύξηση σε δύο φορές ημερησίως στη συνέχεια. Η λοιπή πορεία υπήρξε ομαλή.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ενεργό καρκίνο και νοσογόνο παχυσαρκία βρίσκονται σε αυξημένο θρομβοεμβολικό κίνδυνο περιεπεμβατικά. Η επιθετική θρομβοπροφύλαξη κρίνεται αναγκαία όταν το επιτρέπει ο αιμορραγικός κίνδυνος.

5. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Ν. Νταλαρίζου¹, Μ. Νταλούκα¹, Φ. Αγγελής², Δ. Παπασπύρου¹, Κ. Κλεισιάρης¹, Ι. Βάτσιου¹, Α. Μίχου¹, Μ. Μερμήρη¹, Κ. Σταμούλης¹, Θ. Καραχάλιος², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κάταγμα ισχίου εμφανίζουν 17-πλάσιο κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια τις πρώτες 30 ημέρες μετά τον τραυματισμό τους. Στο 76% των ασθενών η εμφάνιση ισχαιμικού ΑΕΕ θα μπορούσε να αποδοθεί στην αλληλεπίδραση της φλεγμονώδους απάντησης που οφείλεται στο κάταγμα ισχίου με την φλεγμονή που προκαλείται από τα συνοδά νοσήματα των ασθενών, ενώ μελέτες υποστηρίζουν την αυξημένη εμφάνιση ΑΕΕ μετεγχειρητικά σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου, υψηλό Charlsoncomorbidityindex και λήψη αντικαταθλιπτικών.

Σκοπός: Η περιγραφή ασθενή με κάταγμα ισχίου, η οποία μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο εμφάνισε ισχαιμικό ΑΕΕ και κατέληξε.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 81 ετών με διατροχαντήριο κάταγμα μηριαίου εισήχθη στο ΠΓΝΛ. Από το ατομικό αναμνηστικό διαπιστώθηκαν αρτηριακή υπέρταση, για την οποία η ασθενής παρακολουθούνταν τακτικά και ήταν ρυθμισμένη, μετρίου βαθμού νεφρική ανεπάρκεια, δυσλιπιδαιμία και κατάθλιψη (Charlsoncomorbidityindex=6, 2% estimated 10-years survival).

Αποτελέσματα: Η ασθενής χειρουργήθηκε εντός 24 ωρών από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο με υπαραχνοειδή αναισθησία. Με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντας και έχοντας πιστοποιήσει την επαρκή αιμόσταση η ασθενής έλαβε HMMB σε προφυλακτική δόση από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Η άμεση μετεγχειρητική της πορεία υπήρξε ομαλή και εξήλθε την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Έξι ημέρες μετά (δέκατη μετεγχειρητική ημέρα) η ασθενής εισήχθη στο ΓΝΛ με πτώση επιπέδου συνείδησης. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε ισχαιμικό ΑΕΕ αριστερά και η ασθενής διασωληνώθηκε και εισήχθη στη ΜΕΘ του ΓΝΛ, όπου και κατέληξε 4 ημέρες αργότερα (14 ημέρες μετά τον τραυματισμό).

Συμπεράσματα: Το ΑΕΕ έχει αναγνωριστεί ως μία πολύ συχνή και σοβαρή επιπλοκή στους ασθενείς με κάταγμα ισχίου. Η ενημέρωση και η έγγραφη συγκατάθεση των ασθενών για τον περι-επεμβατικό κίνδυνο κρίνονται αναγκαίες.



6. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ

Φ. Αγγελής¹, Μ. Νταλούκα², Μ. Μπαρέκα², Χ. Αρναούτογλου¹, Θ. Καραχάλιος², Μ. Χαντές¹, Ε. Αρναούτογλου¹, Μ. Ματσάγκας³

¹Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, ²Αναισθησιολογική Κλινική, ³Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Αν και οι πρωτογενείς ολικές αρθροπλαστικές ισχίου (ΤΗΑ) και γόνατος (ΤΚΑ) χαρακτηρίζονται από μικρό ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών και θεωρούνται ασφαλείς επεμβάσεις, τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα και οι θρομβοεμβολικές επιπλοκές έχουν αναγνωριστεί ως οι πιο σημαντικές αιτίες θνητότητας και νοσηρότητας μετεγχειρητικά.

Σκοπός: Η καταγραφή των μείζονων καρδιαγγειακών συμβάντων και της θρομβοεμβολικής νόσου στις πρωτογενείς ολικές αρθροπλαστικές ισχίου και γόνατος κατά το έτος 2018 στο ΠΓΝΛ.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη, πρωτογενή, ετερόπλευρη ΤΗΑ ή ΤΚΑ στη διάρκεια του 2018. Ασθενείς οι οποίοι μετεγχειρητικά εντός 3 μηνών υποβλήθηκαν εκ νέου σε ΤΗΑ ή ΤΚΑ αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Η διάρκεια παρακολούθησης αφορούσε την ενδοноσοκομειακή νοσηλεία, ενώ καταγράφονταν τα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα, η θρομβοεμβολική νόσος και η πιθανή επανεισαγωγή στην ορθοπαιδική κλινική λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Από τους 220 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΤΗΑ ή ΤΚΑ 180 (N=125 γυναίκες) πληρούσαν τα κριτήρια και συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (ΤΚΑ=118, ΤΗΑ=62). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 74 έτη, οι περισσότεροι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν ως AS Aphysical status II (N=139) και η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 7 ημέρες. Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 90 λεπτά της ώρας και οι 166 ασθενείς έλαβαν υπαραχνοειδή αναισθησία. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν μετεγχειρητικά θρομβροπροφύλαξη με ΗΜΜΒ εντός 24 ωρών με βάση τη χειρουργική αιμόσταση. Συνολικά καταγράφηκαν 6 συμβάντα (3,32%) 3 μείζονα καρδιαγγειακά και 3 θρομβοεμβολικά, ενώ δεν παρατηρήθηκε κανένας θάνατος οφειλόμενος σε καρδιαγγειακά ή θρομβοεμβολικά αίτια. Πιο συγκεκριμένα 3 ασθενείς (1,66%) εμφάνισαν πρωτοεμφανιζόμενη μετεγχειρητική κοιλιακή μαρμαρυγή, 2 πνευμονική εμβολή (1,11%) και 1 εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (0,55%). Και οι 6 ασθενείς ανέρρωσαν πλήρως.

Συμπεράσματα: Οι πρωτογενείς ΤΗΑ και ΤΚΑ αν και είναι σχετικά ασφαλής χαρακτηρίζονται από μικρό ποσοστό απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών μετεγχειρητικά όπως τα μείζονα καρδιαγγειακά και τα θρομβοεμβολικά συμβάντα.

7. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ**Α. Δεττοράκη, Α. Μιχαλοπούλου, Λ. Ιωαννίδου, Α. Κομιτοπούλου, Ζ. Καψιμάλη, Ε. Περγάντου***Μονάδα Αιμορραγικών Διαθέσεων/Κέντρο Αιμορροφιλίας Παιδιών/Εφήβων, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

Σκοπός: Διερεύνηση κλινικών χαρακτηριστικών, προδιαθεσικών παραγόντων και έκβασης θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου (ΘΦΚ) σε παιδιά. Η ΘΦΚ αποτελεί σπάνια, συχνά υποεκτιμημένη, σοβαρή νευρολογική διαταραχή (0.25-0.67/100.000 παιδιά/έτος).

Υλικό/Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη σε 65 παιδιά με ΘΦΚ που παραπέμφθηκαν την περίοδο 2009-2021. Χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες 103 παιδιά. Οι κατηγορικές μεταβλητές περιεγράφησαν με κατανομές συχνοτήτων και συγκρίθηκαν μεταξύ τους με χ^2 -τεστ ομοιογένειας.

Αποτελέσματα: Από σύνολο 178 θρομβώσεων ΚΝΣ, 65 (36.5%) ασθενείς βρέθηκε να έχουν ΘΦΚ. Μέση ηλικία διάγνωσης: 6.2 ± 4 έτη (0-18 έτη). Αγόρια: 58%. Μέση διάρκεια παρακολούθησης: 3.9 ± 3.3 έτη. Η προβάλλουσα κλινική εικόνα περιελάμβανε κεφαλαλγία (43%), σύγχυση (32%), εμέτους (12%), σπασμούς (15%), διπλωπία (6%) και ραιβόκρανο (5%). Οίδημα οπτικών θηλών είχαν 14 παιδιά (21.5%). Οι λοιμώξεις ήταν ο συχνότερος (74%) προδιαθεσικός παράγοντας, κυρίως ΟΜΩ με ή χωρίς μαστοειδίτιδα (55% και 17% αντίστοιχα). Συχνότερα χρόνια νοσήματα ήταν το νεφρωσικό σύνδρομο (3%) και η αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία (3%). Διάγνωση ΘΦΚ τέθηκε με μαγνητική τομογραφία/αγγειογραφία (72.3%), αξονική τομογραφία (24.6%) ή υπερηχογράφημα. Η θρόμβωση εντοπιζόταν αριστερά σε 46%, δεξιά σε 34% των περιπτώσεων, ενώ σε 17% ήταν αμφοτερόπλευρη. Συχνότερη εντόπιση βρέθηκε σε σιγμοειδή (40%), εγκάρσιο (31%) και οβελιαίο κόλπο (25%), με επέκταση στη σύστοιχη σφαγιτίδα φλέβα στο 32% των παιδιών. Η ταυτόχρονη εντόπιση σε εγκάρσιο και σιγμοειδή κόλπο είχε αυξημένη πιθανότητα οιδήματος οπτικών θηλών ($p < 0.05$). Η παρουσία των μεταλλάξεων/πολυμορφισμών FVLeiden, FII20210A, MTHFRC677T, MTHFRA1298C, FVR2, FXIII V43L δεν ήταν στατιστικά σημαντική, αν και υπήρχε τάση αύξησης ετεροζυγωτίας FVLeiden και FII20210A σε σχέση με τους μάρτυρες (7.7% και 4.6% έναντι 4.9% και 2.9% αντίστοιχα). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αντιπηκτική αγωγή: Ηπαρίνη Χαμηλού Μοριακού Βάρους-26% με μέση διάρκεια 5 μήνες και βαρφαρίνη 74% με μέση διάρκεια αντιπηκτικής αγωγής 8.2 μήνες. Θάνατος λόγω θρόμβωσης δε σημειώθηκε.

Συμπεράσματα: Οι ιατροί οφείλουν να συμπεριλαμβάνουν τη ΘΦΚ στη διαφορική διάγνωση παιδιών με λοίμωξη ή χρόνιο νόσημα, όταν συνυπάρχει έντονη κεφαλαλγία ή νευρολογική σημειολογία.



8. Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

Θ. Μπαμπάλη¹, Δ. Παπασίμπας², Α. Ευσταθόπουλος³, Α. Κίζυλης¹, Β. Μπέλλος³, Α. Λιακοπούλου¹, Σ. Σισμανίδης¹, Σ. Συμινελάκης¹

¹Τμήμα Θώρακος-Καρδιάς, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, ²Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, ³Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η χορήγηση υπολιπιδαιμικής και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη θεωρείται εκ των ων ουκ άνευ, αποβλέποντας στην βατότητας των μοσχευμάτων. Ο βαθμός της συμμόρφωσης ποικίλει και αποτελεί ανεξάρτητο και τροποποιήσιμο παράγοντα της δευτερογενούς πρόληψης.

Σκοπός: Η εκτίμηση της συμμόρφωσης στην υπολιπιδαιμική και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά από στεφανιαία επέμβαση.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη κοορτής, ενός κέντρου (Ιανουάριος 2019- Ιανουάριος 2021). Συμπεριελήφθησαν 136 ασθενείς ενώ αποκλείστηκαν 35 με τρέχουσα ή διαφαινόμενη ένδειξη αντιπηκτικής αγωγής. Χρησιμοποιήσαμε τα δεδομένα από τον ηλεκτρονικό φάκελο των ασθενών και την εθνική πλατφόρμα συνταγογράφησης, μετά από συγκατάθεση. Η περίοδος παρακολούθησης χωρίστηκε σε t0 (εξιτήριο), t1 (6 μήνες), t2 (12 μήνες), t3 (24 μήνες).

Αποτελέσματα: Συμπεριλάβαμε 101 ασθενείς, 12 γυναίκες (11.8%), μέση ηλικία 66 έτη. Στο 63.5% η ένδειξη ήταν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (85% ασταθής στηθάγχη/ NSTEMI). Στο t0 η μέση τιμή της LDL ήταν 105mg/dL, ενώ στους 6 μήνες 62mg/dL ($\Delta=41\%$). Η συμμόρφωση στην υπολιπιδαιμική αγωγή ήταν (t1= 93.4%, t2= 96.3% και t3= 82.1%). Όσον αφορά την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, στο t0 63 ασθενείς (62.4%) λάμβαναν ασπιρίνη, 30 διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (29.7%) και 8 κλοπιδογρέλη (7.9%). Στο t1 τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα (67.3%, 21.8% και 10.9%). Στο t2 τα ποσοστά ήταν (68.2% ασπιρίνη, 23.5% διπλή αντιαιμοπεταλιακή και 8.2% κλοπιδογρέλη). Στα 2 έτη (σε σύνολο 65 ασθενών) το 76.9% λάμβανε ασπιρίνη, το 7.6% διπλή αντιαιμοπεταλιακή και το 15.4% κλοπιδογρέλη.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό της συμμόρφωσης στην στατίνη παραμένει πολύ υψηλό, μειώνεται όμως κατά 14% μετά τον 1^ο χρόνο και πιθανά η μείωση να συνεχίζεται. Όσον αφορά την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, η μονοθεραπεία με ασπιρίνη αγγίζει το 77% στα δύο έτη ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλο που στο 85% των περιπτώσεων η αρχική ένδειξη ήταν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, το ποσοστό της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής (συνιστώμενη αγωγή τουλάχιστον για τον 1^ο χρόνο) υστερεί και δεν ξεπερνά το 24%.

9. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΑ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΛΙΚΕΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ**Φ. Αγγελής¹, Μ. Νταλούκα², Δ. Παπασπύρου², Μ. Μπαρέκα², Χ. Αρναούτογλου¹, Θ. Καραχάλιος², Μ. Χαντές¹, Ε. Αρναούτογλου²***¹Κλινική Ορθοπαιδικής και Τραύματος, ²Αναισθησιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα*

Εισαγωγή: Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πρωτογενή ολική αρthroπλαστική ισχίου (ΤΗΑ) και γόνατος (ΤΚΑ) η αντιθρομβωτική αγωγή συχνά τροποποιείται ή μεταβάλλεται καθώς η ΤΚΑ χαρακτηρίζεται ως μετρίου αιμορραγικού κινδύνου και η ΤΗΑ ως υψηλού για τους ασθενείς που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακά, ενώ και οι δύο επεμβάσεις ως υψηλού αιμορραγικού κινδύνου για τους ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά.

Σκοπός: Η καταγραφή της διαχείρισης της αντιθρομβωτικής αγωγής περιεπεμβατικά στις πρωτογενείς ΤΗΑ και ΤΚΑ κατά το έτος 2018 στο ΠΓΝΛ.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη, πρωτογενή, ετερόπλευρη ΤΗΑ ή ΤΚΑ στη διάρκεια του 2018. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των αντιθρομβωτικών και της περιεπεμβατικής διαχείρισης αυτών.

Αποτελέσματα: 180 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν (ΤΚΑ=118, ΤΗΑ=62) και από αυτούς συνολικά 55 ελάμβαναν αντιθρομβωτικά. Πιο συγκεκριμένα, 13 ασθενείς ελάμβαναν αντιθρομβωτικά λόγω στεφανιαίας νόσου (7 ασπιρίνη, 3 κλοπιδογρέλη, 2 ασπιρίνη/κλοπιδογρέλη και 1 ασπιρίνη/ασενοκουμαρόλη), 18 λόγω κολπικής μαρμαρυγής (4 ασενοκουμαρόλη, 12 DOACs), 4 λόγω καρωτιδικής νόσου (2 ασπιρίνη, 2 κλοπιδογρέλη), 3 λόγω αγγειακού εγκεφαλικού (1 ασπιρίνη, 2 κλοπιδογρέλη), 1 λόγω θρομβοφιλίας (ασπιρίνη), 1 λόγω μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου (ασπιρίνη), 1 λόγω περιφερικής αρτηριακής νόσου (κλοπιδογρέλη), 1 λόγω αντικατάστασης αορτικής βαλβίδας (ασενοκουμαρόλη) και 1 λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (ασπιρίνη) αντίστοιχα. Εντύπωση προκαλεί ότι 12 ασθενείς δεν γνώριζαν για ποιο λόγο ελάμβαναν τα αντιθρομβωτικά. Όλοι οι ασθενείς διέκοψαν τα αντιθρομβωτικά πριν το χειρουργείο, 48 από αυτούς δεν θυμόταν ποιος ιατρός τους έδωσε οδηγίες για αυτό ενώ μόλις 9 έλαβαν οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό. Σε 3 ασθενείς με οδηγίες του καρδιολόγου χορηγήθηκε ΗΜΜΒ σε θεραπευτική δόση προεγχειρητικά, ενώ όλοι οι ασθενείς έλαβαν θρομβοπροφύλαξη περιεπεμβατικά. Η επάναρση της αγωγής μετεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε με τη σύμφωνη γνώμη του χειρουργού μετά την επιβεβαίωση της επαρκούς αιμόστασης.

Συμπεράσματα: Μεγάλο ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε πρωτογενείς ΤΗΑ και ΤΚΑ λαμβάνουν αντιθρομβωτικά. Με βάση τη μελέτη μας φαίνεται ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης για την περιεπεμβατική διαχείριση και την προσέγγιση αυτών των ασθενών.



10. ΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΥΠΟΤΥΠΟΥ ΑΕΕ ΜΕΤΑΞΥ 1993 ΚΑΙ 2016 ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Ε. Καρανταλή^{1,2}, Ε. Τσαμπαλάς³, Μ. Καζάκου³, Π. Καραχάλια³, Σ. Αγγέλογλου³, Α. Καραγιάννη³, Ε. Καρακατσάνη³, Κ. Αραβαντινού-Φατώρου³, Σ. Μπέλλος³, Γ. Καραματζιάννη³, Δ. Λάμπρου, Γ. Ντάιος^{1,2}, Κ. Βέμμος²

¹Παθολογική κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών,

³Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

Εισαγωγή: Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως.

Σκοπός: Να μελετήσουμε τις μεταβολές της επίπτωσης και της θνητότητας των μείζονων υποτύπων ΑΕΕ, καθώς και των ισχαιμικών ΑΕΕ, τα οποία ταξινομήθηκαν αιτιολογικά βάσει της κατά TOAST ταξινόμησης σε βάθος χρόνου.

Υλικά - Μέθοδοι: Κατά τα έτη 1993-1995, 2004 και 2015-2016 πραγματοποιήθηκαν τρεις πληθυσμιακές καταγραφές των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στο Νομό Αρκαδίας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από διάφορες αλληλοεπικαλυπτόμενες πηγές.

Αποτελέσματα: Συνολικά ταυτοποιήθηκαν 1315 πρώτα οξέα ΑΕΕ. Η επίπτωση του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ προσαρμοσμένη στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό παρέμεινε σχετικά αμετάβλητη καθ' όλη τη διάρκεια της καταγραφής [1993-1995: 179.7 (95%CI: 161.6-199.5), 2004: 198.4 (95%CI: 171.6-229.0), 2015-2016: 168.3 (95%CI: 150.6-187.8), $p=0.7$]. Παρόμοια, η επίπτωση της ενδοεγκεφαλικής [1993-1995: 34.3 (95%CI: 26.3-44.0), 2004: 29.0 (95%CI: 18.7-43.5), 2015-2016: 27.1 (95%CI: 19.9-36.4), $p=0.8$] και υπαραχνοειδούς αιμορραγίας [1993-1995: 6.9 (95%CI: 3.6-12.2), 2004: 9.2 (95%CI: 3.6-19.7), 2015-2016: 6.8 (95%CI: 3.4-12.7), $p=0.5$] παρέμειναν αμετάβλητες. Σημαντική πτώση καταγράφηκε στα ΑΕΕ τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν ως "Uncertain" μεταξύ της πρώτης και της τελευταίας καταγραφής ($p=0.001$). Παρατηρήθηκε αύξηση των ασθενών που κατηγοριοποιήθηκαν ως ισχαιμικό ΑΕΕ αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας [1993-1995: 13.5% (95%CI: 10.6-16.9), 2015-2016: 19.1% (95%CI: 15.4-23.3), $p=0.007$]. Στους υπόλοιπους υπότυπους δεν καταγράφηκε κάποια σημαντική μεταβολή μεταξύ των μελετών. Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία [2015-2016: 46.3 (95%CI: 30.0-68.3)], η υπαραχνοειδής αιμορραγία [2015-2016: 50.0 (95%CI: 18.3-108.8)] και το ισχαιμικό ΑΕΕ καρδιοεμβολικής αιτιολογίας [2015-2016: 24.6 (95%CI: 16.8-34.7)] συσχετίστηκαν με την μεγαλύτερη θνητότητα και στις 3 μελέτες.

Συμπεράσματα: Η επίπτωση του πρώτου οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ παρέμεινε σχετικά αμετάβλητη καθ' όλη τη διάρκεια της καταγραφής. Σημαντική πτώση καταγράφηκε στα ΑΕΕ τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν ως «Uncertain», η οποία πιθανώς πρέπει να αποδοθεί στην ευρύτερη διαθεσιμότητα εξελιγμένων διαγνωστικών μεθόδων ελέγχου της λειτουργίας της καρδιάς και των αγγείων.

11. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ PCSK9 ΣΤΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΠΛΥΜΕΝΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ**Α.Ν. Τσούκα, Α.Δ. Τσελέπης¹***Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας*

Εισαγωγή: Η PCSK9 είναι μια σερίνο-πρωτεάση που επάγει την ενδοσωμική και λυσοσωμική αποικοδόμηση του υποδοχέα της LDL, η οποία οδηγεί στην αύξηση των επιπέδων της LDL-χοληστερόλης στο πλάσμα. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η PCSK9 συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της φλεγμονής και εμφανίζει δράσεις και σε άλλους κυτταρικούς τύπους, όπως αιμοπετάλια, μονοκύτταρα κ.α.

Σκοπός: Διερευνήθηκε η δράση της recombinant PCSK9 στην συσσώρευση πλυμένων αιμοπεταλίων υγιών εθελοντών, καθώς και στην έκφραση φλεγμονωδών δεικτών στα ενδοθηλιακά κύτταρα.

Υλικά-Μέθοδοι: Πλυμένα αιμοπετάλια παρασκευάστηκαν από αίμα υγιών εθελοντών. Το αιμοπεταλιακό εναιώρημα (250.000 αιμοπετάλια/μl) επωάστηκε με διαφορετικές συγκεντρώσεις PCSK9 και ενεργοποιήθηκε με τους αγωνιστές, θρομβίνη και αραχιδονικό οξύ (A.A). Ανθρώπινα ενδοθηλιακά κύτταρα ομφάλιου λώρου (HUVECs) σε καλλιέργεια, επωάστηκαν *invitro* με PCSK9 για 5min και στη συνέχεια ενεργοποιήθηκαν με TumorNecrosisFactor-Alpha (TNF-α) για 6h. Μελετήθηκε η μεμβρανική έκφραση του ICAM-1 (Intercellular Adhesion Molecule-1) που προκαλεί η PCSK9, μόνη ή σε συνδυασμό με τον TNF-α, χρησιμοποιώντας το αντίσωμα anti-CD54 PE.

Αποτελέσματα: Η PCSK9 στο εύρος συγκεντρώσεων 300-1600ng/ml δεν επάγει συσσώρευση των αιμοπεταλίων, ωστόσο στις συγκεντρώσεις ≥ 800 ng/ml αυξάνει κατά 2-3 φορές τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων που επάγεται από τη θρομβίνη (0,01-0,025 units/ml) και διπλασιάζει τη συσσώρευση που επάγεται από το A.A (0.25mm). Επίσης, στις συγκεντρώσεις 500-1500 ng/ml δεν επάγει την έκφραση του ICAM-1 στα HUVECs, ενώ ενισχύει τη δράση του TNF-α (0,05ng/ml) κατά 1,5 φορά σε συγκέντρωση 1000ng/ml και κατά 2,5 φορές σε συγκέντρωση 1.500 ng/ml.

Συμπέρασμα: Η PCSK9 ενισχύει την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων που επάγεται από τη θρομβίνη και το AA. καθώς και τη φλεγμονώδη ενεργοποίηση του ενδοθηλίου. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί, καθώς και η σημασία αυτής της δράσης σε κλινικό επίπεδο, βρίσκονται υπό διερεύνηση.

Ευχαριστίες: Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το Ινστιτούτο Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή.

Η εργασία υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Δράσης «ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ» και συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΤΠΑ) και εθνικούς πόρους μέσω του Ε.Π. «Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα και Καινοτομία 2014-2020» (κωδικός έργου: 5002803).



12. ΤΑ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΧΡΩΜΑΤΙΝΗΣ ΕΠΑΓΟΥΝ ΤΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ *IN VITRO*

Η.Χ. Μοσχονάς^{1*}, Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 45110, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Τα ουδετεροφιλικά δίκτυα χρωματίνης (neutrophil extracellular traps, NETs) συνίστανται από DNA και πρωτεΐνες των κοκκίων των ουδετεροφίλων και απελευθερώνονται κατά την ενεργοποίηση των ουδετεροφίλων υπό φλεγμονώδεις συνθήκες. Δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα NETs συμμετέχουν στη θρόμβωση διαμέσου διαφόρων μηχανισμών, όπως η πρόσδεση και μεταφορά προθρομβωτικών μορίων, όπως ο ιστικός παράγοντας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των NETs στη συσσώρευση αιμοπεταλίων και της πιθανής ανασταλτικής δράσης κλασικών αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων στην επίδραση αυτή.

Υλικά-Μέθοδοι: Ουδετερόφιλα ($2,0 \times 10^5$) απομονώθηκαν από περιφερικό αίμα υγείων εθελοντών και ενεργοποιήθηκαν με 100nM οξικής μυριστικής φορβόλης για 4h σε 37°C και 5% CO₂, προκειμένου να παραχθούν NETs, τα οποία συλλέχθηκαν από το υπερκείμενο θρεπτικό υλικό των κυττάρων κατόπιν φυγοκέντρησης. Πλυμένα αιμοπετάλια (washed platelets, WP) απομονώθηκαν από τον ίδιο δότη και ο αριθμός τους προσαρμόστηκε στα $2,5 \times 10^5$ /μL. Τα NETs προστέθηκαν σε 500μL WP σε διάφορες αναλογίες όγκων, από 1%-10% και πραγματοποιήθηκε συσσωρευομετρία οπτικής διαπερατότητας μέχρι να σταθεροποιηθεί η καμπύλη συσσώρευσης. Σε άλλα πειράματα, τα WP προεπώαστηκαν με 1000μM ασπιρίνης (ως ακετυλοσαλικυλική λυσίνη), 4μM τικαγρελόρης ή 0,1μM voraxar για 5min, πριν την προσθήκη 10% NETs.

Αποτελέσματα: Η προσθήκη NETs στα WP σε αναλογία όγκων 10% και 5% προκάλεσε συσσώρευση $34 \pm 12\%$ και $13 \pm 8\%$, αντίστοιχα. Η προεπώαση των αιμοπεταλίων με ακετυλοσαλικυλική λυσίνη ή τικαγρελόρη ανέστειλε τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων κατά 26% και 18%, αντίστοιχα. Αντίθετα, το voraxar δεν ανέστειλε τη συσσώρευση.

Συμπεράσματα: Τα παραπάνω δεδομένα προτείνουν ότι τα NETs αποτελούν έναν επιπρόσθετο παράγοντα ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων, γεγονός που πιθανώς συμβάλλει στις προθρομβωτικές δράσεις τους. Η ασπιρίνη και η τικαγρελόρη αναστέλλουν τη δράση αυτή των NETs, ένδειξη ότι τα φάρμακα αυτά παρέχουν επιπλέον αντιθρομβωτική προστασία, εκτός της ήδη αποδεδειγμένης προστασίας έναντι των κλασικών αιμοπεταλιακών αγωνιστών. Με βάση τα αποτελέσματά μας, το voraxar (ανταγωνιστής του υποδοχέα PAR-1) δεν αναστέλλει τη δράση των NETs, ένδειξη ότι τα NETs ενεργοποιούν τα αιμοπετάλια διαμέσου εξειδικευμένων σηματοδοτικών πορείων, οι οποίες χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση.

13. ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΙΝΑΣΩΝ ΤΗΣ ΤΥΡΟΣΙΝΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Λ. Πεχλιβάνη^{1,*}, Ν. Ντέμου², Π. Βούλγαρη², Δ. Πανταζή¹, Κ. Σκομπρίδης², Α.Δ. Τσελέπης¹

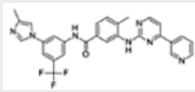
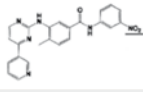
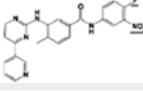
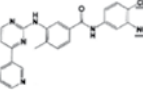
¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας και ²Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τομέας Οργανικής Χημείας και Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή - Σκοπός. Οι αναστολείς κινασών της τυροσίνης Bcr-Abl, όπως το Nilotinib, χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας. Σε προηγούμενη μελέτη μας είχαμε αποδείξει ότι οι αναστολείς αυτοί εμφανίζουν αντιαιμοπεταλιακή δράση (Pantazi D, et al. DDDT. 2019; 13: 4225-38). Συνθέσαμε τρίαδομικά ανάλογα του Nilotinib, με στόχο να ισχυροποιήσουμε την αντιαιμοπεταλιακή δραστηριότητά τους, παράλληλα με τις κυτταροστατικές-αντικαρκινικές ιδιότητές τους.

Μέθοδοι. Σχεδιάστηκαν, συντέθηκαν και χαρακτηρίστηκαν πλήρως ως προς τα δομικά χαρακτηριστικά τους, τρία νέα ανάλογα του Nilotinib (Πίνακας 1). Μελετήθηκε η αντιαιμοπεταλιακή δραστηριότητά τους με συσσωρευομετρία οπτικής διαπερατότητας σε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP), που ενεργοποιήθηκε με αραχιδονικό οξύ (AA), ADP ή TRAP-6. Επίσης, μελετήθηκε με κυτταρομετρία ροής σε καρκινικά ηπατοκύτταρα HepG2, η δράση τους ως προς τον κυτταρικό κύκλο, καθώς και η αποπτωτική και κυτταροτοξική δράση τους (με Αννεξίνη-V και ιωδιούχο προπύδιο, αντίστοιχα).

Αποτελέσματα. Όλες οι συνθετικές ενώσεις ανέστειλαν σημαντικά και σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το Nilotinib τη συσσώρευση αιμοπεταλίων προκαλούμενη από το AA (Πίνακας 1), αλλά όχι από το ADP ή το TRAP-6.

Πίνακας 1.

Ενώσεις	Διαφοροποίηση σε σχέση με το Nilotinib	Τιμές IC ₅₀ (μΜ)	Συγκέντρωση Threshold (μΜ)
Nilotinib		3,94 ± 2,09	10,00 ± 2,83
Ανάλογο-1		1,50 ± 1,08*	2,87 ± 1,31**
Ανάλογο-2		0,94 ± 0,66*	6,00 ± 5,29
Ανάλογο-3		1,73 ± 0,73	2,63 ± 1,11**

*p < 0,05 και **p < 0,05 σε σύγκριση με το Nilotinib



Στη μελέτη του κυτταρικού κύκλου, το Nilotinib αύξησε τα % Gatedκύτταρα στη φάση M1, ενώ όλα τα ανάλογα μείωσαν τα % Gatedκύτταρα στη φάση M1 και τα αύξησαν στη M3 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2.

Φάσεις κυτταρικού κύκλου	% Gated κύτταρα				
	Control	Nilotinib	Ανάλογο-1	Ανάλογο-2	Ανάλογο-3
M1(G0/G1)	85,14 ± 2,84	87,36 ± 2,66 ⁺	79,96 ± 4,53 ^{+,++}	81,59 ± 1,19 ^{+,++}	78,35 ± 3,51 ^{+,++}
M2(S)	4,62 ± 1,01	3,93 ± 1,05	5,38 ± 1,19	5,62 ± 0,27	6,39 ± 1,03 ⁺⁺
M3(G2/M)	9,84 ± 1,92	8,18 ± 1,85	13,84 ± 3,03 ^{+,++}	12,25 ± 0,85 ^{+,++}	13,26 ± 2,20 ^{+,++}

⁺p < 0,05 και ⁺⁺p < 0,05 σε σύγκριση με το Control και το Nilotinib, αντίστοιχα

Ως προς την αποπτωτική και κυτταροτοξική μελέτη, την ισχυρότερη δράση εμφάνισε το ανάλογο-3, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 (μείωση των % LL κυττάρων και αύξηση των % LR και % UR κυττάρων).

Πίνακας 3.

Περιοχή κυττάρων	% Gated κύτταρα				
	Control	Nilotinib	Ανάλογο-1	Ανάλογο-2	Ανάλογο-3
Ζωντανά κύτταρα (LL)	86,18 ± 3,52	73,27 ± 10,34 [#]	77,86 ± 5,92	81,66 ± 4,02	66,37 ± 9,89 [#]
Νεκρά κύτταρα (UL)	8,76 ± 4,16	11,44 ± 2,43	9,84 ± 3,67	9,90 ± 3,27	10,60 ± 3,27
Αποπτωτικά κύτταρα σε πρώιμη φάση (LR)	1,39 ± 1,02	6,28 ± 4,80	5,31 ± 5,91	2,66 ± 2,40	11,38 ± 8,07 [#]
Αποπτωτικά κύτταρα σε μεταγενέστερη φάση (UR)	3,67 ± 1,19	9,00 ± 5,63	6,99 ± 3,60	5,78 ± 3,26	11,65 ± 5,18

[#]p < 0,05 σε σύγκριση με το Control

Συμπεράσματα: Όλα τα ανάλογα εμφανίζουν ισχυρή αντιαιμοπεταλιακή δράση, ενώ το ανάλογο-3 δείχνει και ισχυρότερες κυτταροστατικές ιδιότητες. Συνεπώς, το ανάλογο-3 μπορεί να αποτελέσει τη βάση για σύνθεση νέων ισχυρών αντικαρκινικών ενώσεων που να εμφανίζουν παράλληλα αντιθρομβωτική δράση.

14. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΕΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**Κ. Μανωλοπούλου¹, Α. Αντωνίου²***¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, ΜSc, Γραφείο Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Προϊσταμένη Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center*

Εισαγωγή: Στο ΕΝΗC παρέχεται σε όλους τους ασθενείς που ξεκινούν αντιθρομβωτική αγωγή προφορική, σαφής, συνοπτική και εξατομικευμένη εκπαίδευση σχετικά με την:

1. Ένδειξη και δράση του φαρμάκου
2. Παρακολούθηση INR.
3. Πιθανές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένων σημείων και συμπτωμάτων αιμορραγίας
4. Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων
5. Επιπτώσεις της διατροφής στη φαρμακευτική αγωγή
6. Σημασία της συμμόρφωσης με τον προγραμματισμένο εργαστηριακό έλεγχο
7. Κατανόηση της ανάγκης συμμόρφωσης στις συστάσεις των ιατρών σχετικά με τη θεραπεία.

Σκοπός: Η διασφάλιση της ενημέρωσης και εκπαίδευσης ασθενών υπό αντιπηκτική αγωγή και των οικείων τους μέσω τυποποιημένων μηχανισμών.

Υλικό και Μέθοδος: Η εξατομικευμένη εκπαίδευση του ασθενή ενισχύεται με τη διανομή ενημερωτικού φυλλαδίου τόσο στον ίδιο, αλλά και στους οικείους του, σχετικά με τη διαδικασία λήψης αντιπηκτικών φαρμάκων και τις κατηγορίες τους. Για την ευαισθητοποίηση των ασθενών χορηγείται ειδική κάρτα αντιπηκτικής αγωγής που αναγράφει το είδος του φαρμάκου που λαμβάνει, την οποία οφείλει να την φέρει πάντα μαζί του για την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και την ανάλογη αντιμετώπιση σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Δίνεται πριν το εξιτήριο του ασθενή μετά από προφορική ενημέρωση στον ίδιο και τους οικείους του. Επίσης, για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενή στην ακριβή τήρηση των ημερομηνιών ελέγχου, χορηγείται ειδική κάρτα, όπου σημειώνεται η ημερομηνία του επόμενου ελέγχου μέτρησης του INR.

Αποτελέσματα: Η εκπαίδευση ασθενών και οικείων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των παραγόντων κινδύνου για λάθη στη διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής και βελτιώνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση ασθενών έχει τον πρώτο λόγο στην πρόληψη των παραγόντων κινδύνου που ενέχει η λανθασμένη διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής. Η εφαρμογή ενός προγράμματος Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, στους ασθενείς αυτούς αποδεικνύεται χρήσιμη και σημαντική στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που τους παρέχεται. Με τη χρήση απλών και μη κοστοβόρων εργαλείων, ενισχύεται η επιτήρηση και η ασφάλεια των ασθενών μέσω της εκπαίδευσης των ιδίων και των οικείων τους.



15. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΚΑΙ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Δρούλια¹, Α. Αντωνίου², Κ. Μανωλοπούλου³

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, ³Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Γραφείο Κλινικής Εκπαίδευσης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

Εισαγωγή: Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση τείνει να εμφανίζεται στις φλέβες των ποδιών, όπως οι μηριαίες ή ιγνυακές, καθώς και σε εν τω βάθει φλέβες εντός της πυέλου. Στο ΕΝΗC, για την πρόληψη και την αντιμετώπισή της σε νοσηλευόμενους χειρουργικούς ασθενείς εφαρμόζεται ενιαίο πρωτόκολλο το οποίο είναι σύμφωνο με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και πρακτικές.

Σκοπός: Η καταγραφή και παρακολούθηση των ενεργειών του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού για την πρόληψη της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (Ε.Β.Φ.Θ.) στους νοσηλευόμενους χειρουργικούς ασθενείς του ΕΝΗC σε κάθε φάση της παρεχόμενης φροντίδας κατά τη νοσηλεία τους.

Υλικό και Μέθοδος: Σε όλα τα στάδια της νοσηλείας του ασθενούς υπάρχουν μηχανισμοί ενημέρωσης, καταγραφής και παρακολούθησης του, στοχευμένοι στη μείωση των κινδύνων και την έγκαιρη αναγνώριση σημείων Ε.Β.Φ.Θ. Πριν την εισαγωγή διανέμεται ενημερωτικό υλικό στον ασθενή ταυτόχρονα με προφορική ενημέρωση από τον γιατρό. Σε όλο το προσωπικό παρέχεται εξειδικευμένο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Κατά την εισαγωγή του ασθενούς, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά παρέχεται στον ασθενή εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Έχει θεσπιστεί ομάδα παρακολούθησης του κλινικού πρωτοκόλλου η οποία συλλέγει δεδομένα βάσει προτυπομένης φόρμας και μετρά τον μηνιαίο επιτηρούμενο δείκτη ο οποίος συγκρίνεται με τα εθνικά και διεθνή στοιχεία. Κατά το εξιτήριο του ασθενή δίνονται σαφείς οδηγίες γραμμένες στο ενημερωτικό σημείωμα εξόδου.

Αποτελέσματα: Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου Ε.Β.Φ.Θ. βοήθησε στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων της πάθησης. Μέσω αυτού ενισχύεται η διεπιστημονική συνεργασία και δημιουργείται ένα περιβάλλον ασφάλειας στην ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών.

Συμπεράσματα: Τα ολοκληρωμένα προγράμματα παρακολούθησης και φροντίδας ενισχύουν την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Μέσω αυτών, ακόμη και μετά το εξιτήριο ο ασθενής είναι σε θέση να αναγνωρίσει έγκαιρα συμπτώματα Ε.Β.Φ.Θ. και έτσι να λάβει άμεσα τη βέλτιστη θεραπεία.

16. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΔΡΑΣΗΣ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΦΥΤΩΝ THYMUS VULGARIS ΚΑΙ ROSMARINUS OFFICINALIS**Ι.Κ. Κουτσαλιάρης¹, Χ.Δ. Παπαεμμανουήλ², Α.Ν. Τσούκα¹, Α.Γ. Τζάκος², Α.Δ. Τσελέπης¹**¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, ²Εργαστήριο Οργανικής Χημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η χρόνια φλεγμονή του ενδοθηλίου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης. Επιπρόσθετα, ρήξη της αθηρωματικής πλάκας προκαλεί συσσώρευση αιμοπεταλίων και θρόμβωση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση οξέων ισχαιμικών συμβάντων. Ουσίες φυσικής προέλευσης παρουσιάζουν ισχυρή αντιφλεγμονώδη και αντιθρομβωτική δράση. Με γνώμονα τα ανωτέρω μελετήθηκε η δράση επιλεγμένων φυσικών προϊόντων στο πλαίσιο της πρόληψης της αθηρωμάτωσης.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αντιαιμοπεταλιακής δράσης αιθανολικών εκχυλισμάτων θυμαριού (*Thymus Vulgaris*; Tve) και δενδρολίβανου (*Rosmarinus Officinalis*; ROe) από την περιοχή της Ηπείρου, καθώς και η μελέτη της αντιφλεγμονώδους δράσης τους σε ενδοθηλιακά κύτταρα *in vitro*.

Υλικά και Μέθοδοι: Παρασκευάστηκε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) από υγιείς εθελοντες και μελετήθηκε η επίδραση των εκχυλισμάτων (μετά από επώαση 5min) στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση που επάγεται από ADP (10μM), TRAP-6 (10μM) και Αραχιδονικό οξύ (Α.Α.) (0,3mM), με συσσωρευομετρία οπτικής διαπερατότητας. Σε καλλιέργεια ανθρώπινων ενδοθηλιακών κυττάρων ομφάλιου λώρου (HUVECs) μελετήθηκε η ανασταλτική δράση των εκχυλισμάτων (μετά από επώαση 1h) στη μεμβρανική έκφραση του μορίου προσκόλλησης ICAM-1 που προκαλούν ο TNF-α (0,5ng/ml) και η θρομβίνη (8U/ml), με κυτταρομετρία ροής χρησιμοποιώντας αντισώματα anti-CD31-FITC και anti-CD54-PE.

Αποτελέσματα: Το Tve εμφάνισε ισχυρή ανασταλτική δράση στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση από το Α.Α. (τιμή $IC_{50}=31,7\pm 8,1 \mu g/ml$), ενώ δεν ανέστειλε τη συσσώρευση από το ADP και το TRAP-6. Επίσης το ROe, έως τη συγκέντρωση των 50 μg/ml, δεν ανέστειλε την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων από τους παραπάνω αγωνιστές. Το ROe σε συγκέντρωση 50μg/ml ανέστειλε τη μεμβρανική έκφραση του ICAM-1, που προκαλούν ο TNF-α και η θρομβίνη, κατά $97,4\pm 2,6$ και $95,9\pm 2,5\%$, αντίστοιχα. Αντίθετα, το Tve, έως τη συγκέντρωση των 50 μg/ml δεν εμφάνισε ανασταλτική δράση στη φλεγμονώδη διέγερση των HUVECs.



Συμπεράσματα: Το TVe παρουσιάζει σημαντική, εξειδικευμένη αντιθρομβωτική δράση, ενώ το ROe αναστέλλει ισχυρά τη φλεγμονώδη διέγερση του ενδοθηλίου. Η χρήση των δύο εκχυλισμάτων σε συνδυασμό, θα μπορούσε να συντελέσει στην αποτελεσματικότερη πρόληψη της αθηροθρόμβωσης, παράλληλα με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Η Πράξη συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ήπειρος 2014-2020», ΕΣΠΑ 2014-2020.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο
Περιφερειακής Ανάπτυξης



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΗΠΕΙΡΟΣ
2014-2020



ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

17. ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ NOACs. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 251 ΓΝΑ**Ν. Δεγερεμετζόγλου¹, Γ. Θεοχαρόπουλος¹, Ε. Πλιάκου², Ε. Βενετσανάκη³, Ε. Χα-
ραλαμποπούλου¹, Ι. Μπουντούρης¹**¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Ογκολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, ³Ψυχιατρική Κλινική, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα από του στόματος νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη τα 15 τελευταία έτη. Η εκλεκτικότητα τους στην αναστολή συγκεκριμένων παραγόντων πήξης αποδεδειγμένα μείωσε τα ποσοστά σοβαρών αιμορραγιών εν σχέσει με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά ενώ η τιτλοποιημένη δόση χορήγησης τους εξάλειψε την ανάγκη διαρκούς ελέγχου της δραστηριότητας τους μέσω μετρήσεων χρόνων πήξεως. Παρά ταύτα, όσο το διάστημα κλινικής εφαρμογής τους μεγαλώνει, αυξάνουν οι αναφορές περιστατικών αρτηριακών θρομβώσεων σε ασθενείς που τελούν υπό φαρμακευτική αγωγή με NOACs.

Σκοπός Εργασίας: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της εμπειρίας της Αγγειοχειρουργικής Κλινικής 251 ΓΝΑ στη διαχείριση και την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών κατά το διάστημα 1/2017-6/2021.

Υλικό και Μέθοδοι: Το ανωτέρω χρονικό διάστημα αντιμετωπίστηκαν 11 επεισόδια αρτηριακής θρόμβωσης σε 8 ασθενείς που ελάμβαναν NOAGs. Οι 6 ασθενείς ελάμβαναν NOAGs δια κολπική μαρμαρυγή ενώ οι δύο δια προηγούμενο σύμβαμα θρόμβωσης δια το οποίο όμως δεν είχε αναδειχθεί ή διερευνηθεί η αιτία. 1 ασθενής παρουσίασε 2 επεισόδια περιφερικής αρτηριακής θρόμβωσης. 2 ασθενείς τελούσαν με θεραπεία αναστολέα παράγοντα Χ (rivaroxaban, apixaban) σε θεραπευτική δόση και οι 2 ασθενείς με θεραπεία παράγοντα ΙΙ (dabigatran). 6 ήσαν άρρενες και 2 θήλεις. Η μέση ηλικία τους ήταν $72,3 \pm 6,8$ έτη.

Αποτελέσματα: Οι θρομβώσεις αφορούσαν περιφερικές αρτηρίες σε όλους τους ασθενείς, σε έναν ασθενή αφορούσε και συνθετικό μόσχευμα μασχαλομηνιαίας παράκαμψης, ενώ σε άλλο ασθενή αφορούσε συνδυασμό θρόμβωσης αρτηρίας ΑΡ άνω άκρου και ΔΕ σκέλους. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε θρομβεκτομή. Προηγήθηκε χορήγηση αντιδότη Idarucizumab στους ασθενείς που λάμβαναν dabigatran και παράγοντα Beriplex® σε αυτούς που ελάμβαναν αγωγή με αναστολέα παράγοντα Χ. Σε 3 ασθενείς διενεργήθηκε συμπληρωματικά στον ίδιο χρόνο εσχαροτομή μέλους λόγω συνδρόμου επαναιμάτωσης. Σε 2 ασθενείς χρειάστηκε να γίνει ακρωτηριασμός (1 στο επίπεδο της μεσότητας μηρού και 1 στο επίπεδο της μεσότητας κνήμης). Συνολικά 3 ασθενείς κατέληξαν στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο (1-7 ημέρες). Από τη διερεύνηση των ασθενών διαπιστώθηκε 1 με εκσεσημασμένη παχυσαρκία (BMI 43,7) και συνοδό θρομβοφιλία, 1 με υποκείμενο Ca πνεύμονος και ετεροζυγωτία FV Leiden, ενώ σε 2 δε διαπιστώθηκε κατά τη διερεύνηση



κάποια εμφανής αιτία θρόμβωσης.

Συμπεράσματα: Η χρήση των NOACs αναμφισβήτητα έχει προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην αντιμετώπιση της θρομβοεμβολικής νόσου στην καθημερινή κλινική πράξη. Παρόλα αυτά, παρά τη χρήση τους, σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται αρτηριακά θρομβοεμβολικά επεισόδια. Το γεγονός αυτό δεν πρέπει να διαλάθει της προσοχής των θεραπόντων ιατρών, καθώς η αντιμετώπισή τους πρέπει να είναι άμεση, διότι οι συνέπειές τους μπορεί να είναι θανατηφόρες.

18. ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΕΣ ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ ΥΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**Ν. Δεγερμετζόγλου¹, Γ. Θεοχαρόπουλος¹, Ε. Πλιάκου², Ε. Βενετσανάκη³, Ε. Χα-
ραλαμποπούλου¹, Ι. Μπουντούρης¹**¹Αγγειοχειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα, ²Ογκολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, ³Ψυχιατρική Κλινική, Αθήνα

Εισαγωγή: Η αντιπηκτική αγωγή, είτε από του στόματος είτε παρεντερικά, αποτελεί το κύριο μέσο θεραπείας και πρόληψης θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η εξατομίκευσή της στον ασθενή αποτελεί πρόκληση διά το θεράποντα ιατρό. Καθώς όμως ο μηχανισμός της πήξεως δεν έχει διερευνηθεί πλήρως υπάρχουν κλινικές περιπτώσεις όπου δεν είναι εφικτή η αντιμετώπιση της θρομβοεμβολικής νόσου παρά το συνδυασμό αντιπηκτικών φαρμάκων.

Σκοπός Εργασίας: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης ασθενούς ο οποίος παρουσίασε επαναλαμβανόμενες αρτηριακές θρομβώσεις παρά τη λήψη συνδυασμών αντιπηκτικής αγωγής.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται διά ασθενή 62 ετών, άρρεν, ο οποίος νοσηλεύτηκε στην Αγγειοχειρουργική Κλινική 251 ΓΝΑ τον 6/2021 αρχικά με οξεία ισχαιμία ΑΡ σκέλους συνεπεία θρομβώσεως ΑΡ ιγνυακής αρτηρίας. Από το ατομικό αναμνηστικό προκύπτει ότι ήταν ενεργός καπνιστής, είχε υποβληθεί σε διπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη προ 2,5 ετών και μασχαλομηνιαία παράκαμψη ΔΕ αλλαχού δια οξεία ισχαιμία ΔΕ σκέλους λίγες ημέρες προ της εισαγωγής του και έπασχε από στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Ο ασθενής ανέφερε επιπολής θρομβοφλεβίτιδα ΑΡ μείζονος σαφηνούς φλέβας 1,5 μήνα προ του επεισοδίου διά την οποία όμως δεν υπεβλήθη σε διερεύνηση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αρχικά υπεβλήθη σε θρομβεκτομή ΑΡ ιγνυακής αρτηρίας και το αναδειχθέν θρομβωτικό υλικό απεστάλη διά ιστολογική εξέταση, η οποία αναδείχθηκε αρνητική διά κακοήθεια. Ετέθη αρχικά σε θεραπεία με τινζαπαρίνη εξατομικευμένης δόσης στο βάρος σώματος του. Την 1^η μετεγχειρητική ημέρα υπέστη θρόμβωση του μασχαλομηνιαίου μοσχεύματος υπό θεραπεία με τινζαπαρίνη. Συνολικά υπέστη 6 θρομβωτικά επεισόδια αρτηριών κάτω άκρων και μοσχευμάτων παρά το συνδυασμό από του στόματος και παρεντερικών αντιπηκτικών και αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων. Υπεβλήθη συνολικά σε 8 επεμβάσεις αποκατάστασης αρτηριακής ροής ενώ λόγω των επαναλαμβανόμενων θρομβώσεων τελικά υπεβλήθη σε αμφω ακρωτηριασμό μηρών. Ο ασθενής εν τέλει κατέληξε από πολυοργανική ανεπάρκεια την 3^η μετεγχειρητική ημέρα μετά τον 2^ο ακρωτηριασμό. Από τη διερεύνηση των θρομβώσεων ανεδείχθη υποκείμενο Ca πνεύμονος στο ΔΕ άνω λοβό και ετεροζυγωτία FV Leiden.



Συμπεράσματα: Οι επαναλαμβανόμενες αρτηριακές θρομβώσεις υπό αντιπηκτική αγωγή δεν είναι συνήθης κλινική οντότητα. Η ύπαρξή τους υποδηλοί είτε άγνοια των υποκείμενων παραγόντων θρόμβωσης είτε ανεπάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής. Στον ανωτέρω ασθενή υπήρξε συνδυασμός δύο παραγόντων θρόμβωσης με πολύ επιθετική κλινική εκδήλωση που τελικά οδήγησε στο θάνατό του παρά την εξάντληση όλων των διαθέσιμων συνδυασμών αντιπηκτικής αγωγής.

19. APPRAISAL OF THE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON THE USE OF ANTITHROMBOTIC THERAPY IN ELECTIVE SPINAL PROCEDURES; DO WE AGREE (II)?**M.P. Ntalouka¹, A.G. Brotis², F.A. Angelis³, M. Peroulis⁴, M. Bareka¹, M. Matsagkas⁵, K.N. Fountas², E.M. Arnaoutoglou¹***¹Department of Anesthesiology, ²Department of Neurosurgery, ³Department of Orthopaedic Surgery and Musculoskeletal Trauma, ⁴Unit of Minimal Invasive Vascular Surgery, Mediterranean Hospital, Athens, Greece, ⁵Department of Vascular Surgery, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University Hospital of Larissa, Greece*

Introduction: The perioperative management of patients on antithrombotic agents who require elective spinal surgery is extremely challenging, due to the increased risk for surgical bleeding and the concurrent need to minimize the thromboembolic risk. The aims of our present systematic review are to 1) identify the clinical practice guidelines (CPGs) and recommendations (CPRs) on this topic, and 2) assess their methodological quality and reporting clarity.

Materials and Methods: An electronic systematic search of the English Medical Literature was conducted using PubMed, Google Scholar, and Scopus until January 31, 2021. Two raters assessed the methodological quality and reporting clarity of the gathered CPGs and CPRs using the Appraisal of Guidelines for REsearch and Evaluation (AGREE) II tool. The agreement between the two raters was assessed using the Cohen's kappa.

Results: Of the initially gathered 38 CPGs and CPRs, 16 CPGs and CPRs fulfilled our eligibility criteria and were evaluated using the AGREE II instrument. The reports by "Narouze 2018" and "Fleisher 2014" were scored as of "high-quality" with adequate interrater agreement (Cohen's kappa ≥ 0.60). Overall, the AGREE-II domains of "Clarity of presentation" and "Scope and purpose" recorded the highest scores (100%), while the domain "Stakeholder involvement" scored the lowest rates (48.5%).

Conclusion: The perioperative management of antiplatelet and anticoagulant agents in elective spine surgery may prove challenging. Due to the lack of high-quality data in this field, there is still uncertainty as to the optimal practices to balance the risk of thromboembolism against that of bleeding.

Figure legends

Figure 1. Prisma flowchart

Figure 2. AGREE II appraisal, elective spine surgery

Figure 3. Boxplots

Figure 4. Weighted Cohen's kappa, elective spine surgery



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

1. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΟΣ ΟΡΘΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΜΥΟΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΕΝΑ ΑΚΟΜΗ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΟΞΟ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19;

Ν. Σαμπάνης¹, Μ. Καραγιαννίδου², Β. Λορίδα³, Χ. Διαμαντής³, Ε. Πάσχου⁴

¹Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, ²Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, ³Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, ⁴Επιμελήτρια Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Π.Ι Αγίου Γεωργίου, Βοιωτία

Εισαγωγή: Τα αιματώματα του ορθού κοιλιακού μυός αποτελούν μια σπάνια κλινική οντότητα και εμφανίζονται είτε μετατραυματικά, είτε αυτόματα μετά από ρήξη μυϊκών δεσμίδων ή κλάδων των επιγαστρικών αγγείων. Η πρώτη ή καθυστερημένη εμφάνισή τους κατά την πορεία της COVID-19 λοίμωξης αποτελεί μια ακόμη ασυνήθιστη και αινιγματική πτυχή του σχετιζόμενου με τον SARS-CoV-2 αιμοστατικού παραδόξου.

Σκοπός: Περιγραφή ασθενούς με αυτόματο αιμάτωμα θήκης ορθού κοιλιακού μυός, μετά από παρατεταμένη νοσηλεία για λοίμωξη από κορονοϊό και βιβλιογραφική ανασκόπηση των συσχετίσεων των ενδομυϊκών αιματωμάτων με τη λοίμωξη COVID-19.

Υλικό-Μέθοδοι: Γυναίκα 76 ετών, υπό αιμοκάθαρση από 10ετίας, 5 ημέρες μετά την έξοδό της από τη μονάδα COVID, όπου νοσηλεύτηκε για 21 ημέρες λόγω αμφοτερόπλευρης πνευμονίας, διερευνήθηκε λόγω οξέως κοιλιακού άλγους και συνόδου αιμοδυναμικής αστάθειας. Από τον κλινικό έλεγχο διαπιστώθηκαν εκτεταμένη εκχύμωση στην αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα επεκτεινόμενη οσφυϊκά, επώδυνη ψηλαφητή μάζα στην περιοχή του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός και σημεία μεθαιμορραγικής καταπληξίας. Η αξονική τομογραφία αποκάλυψε σημαντική αύξηση των διαστάσεων του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός λόγω ενδομυϊκού αιματώματος χωρίς στοιχεία ενδοπεριτοναϊκής διαφυγής. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με μεταγγισιοθεραπεία, κατάκλιση, αναλγητικά και διακοπή της προφυλακτικής χορήγησης ενοξαπαρίνης.

Συμπεράσματα: Τα σχετιζόμενα με την SARS-CoV-2 λοίμωξη μείζονα αιμορραγικά επεισόδια συνήθως εμφανίζονται νωρίς στην πορεία της νόσου και αποδίδονται στη Διάχυτη Ενδαγγειακή Πήξη, στη σοβαρή θρομβοπενία και στην εκτροπή του αιμοστατικού μηχανισμού λόγω υπερ-ινωδύλωσης. Αφορούν περίπου στο 2,3% των νοσηλευόμενων ασθενών που λαμβάνουν θρομβοπροφύλαξη με ΧΜΒΗ και εκδηλώνονται κυρίως ως επεισόδια αιμορραγίας από το γαστρεντερικό. Βάσει πρόσφατων βιβλιογραφικών δεδομένων, η καθυστερημένη εμφάνιση αυτόματων αιματωμάτων, όπως του λαγονοψοϊτή και του ορθού κοιλιακού μυός μπορεί να θεωρηθεί

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

μια ακόμη απώτερη και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή της λοίμωξης. Οι κύριοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι ο επίμονος βήχας που συνοδεύει την λοίμωξη, η προχωρημένη ηλικία, το γυναικείο φύλο, η αθηροσκλήρωση, η χορήγηση κορτικοστεροειδών και πρωτίστως η μη σωστή υποδόρια χορήγηση προφυλακτικής αντιθρομβωτικής αγωγής.

Εικόνα. Εκτεταμένη εκχύμωση αριστερής πλάγιας κοιλιακής χώρας λόγω αυτόματου αιματώματος ορθού κοιλιακού μυός



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

2. ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ε. Γάτου¹

¹Επισκέπτρια υγείας/Νοσηλεύτρια στη 2^η Τοπική Ομάδα Υγείας Αγριάς Βόλου-Φοιτήτρια διδακτορικού Ιατρικής Λάρισα

Σκοπός: Η χρήση των ηλεκτρονικών συστημάτων παροχής νικοτίνης (electronic nicotine delivery systems, ENDS) παρουσιάζει αυξημένο επιπολασμό τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας και η παρουσίαση των ευρημάτων όσο αφορά τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου και τις επιπτώσεις του στην υγεία.

Υλικό: Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση λέξεων κλειδιών (e-cigarette, vaping, electronic nicotine delivery systems, health effects, health risks) σε επιλεγμένους επιστημονικούς ιστότοπους (Pubmed, Medline, Google Scholar, Research Gate) για το χρονικό διάστημα 2016-2021. Συμπεριλήφθηκαν 13 άρθρα γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι καταγράφονται υψηλά επίπεδα χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου ειδικά σε άτομα νεαρότερης ηλικίας. Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας φαίνεται ότι υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων ασθενών που εμφάνισαν ποικίλες επιπλοκές σχετιζόμενες με τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου. Οι αναφερόμενες επιπλοκές περιλαμβάνουν τη λιποειδή πνευμονία, την οξεία ηωσινοφιλική πνευμονία, την πνευμονία εξ υπερευαισθησίας, η κρυπτογενής οργανούμενη πνευμονία, η διάχυτη κυψελιδική αιμορραγία, τα πολλαπλά αντιδραστικά πνευμονικά οζίδια, την υποξεία βρογχιολίτιδα, τα τραύματα στο στόμα και τη γλώσσα, του οδοντιατρικούς τραυματισμούς, τα σύνθετα κατάγματα του προσώπου, τα θερμικά τραύματα, την αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής που οφείλεται στο νικέλιο και τη θανατηφόρα τοξίκωση. Οι κύριες καρκινογόνες ουσίες που εντοπίζονται στο αερόλυμα του ηλεκτρονικού τσιγάρου περιλαμβάνουν τη φορμαλδεΰδη, το χρώμιο, το νικέλιο, την ακεταλδεΰδη και τις νιτροζαμίνες. Με βάση τα επίπεδα και τον αριθμό τοξικών ουσιών που παράγονται κατά την τυπική χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου, το αερόλυμα του είναι λιγότερο τοξικό από τον καπνό των τσιγάρων.

Συμπεράσματα: Η βιβλιογραφία σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του ηλεκτρονικού τσιγάρου στα διάφορα συστήματα του οργανισμού είναι πτωχή. Αναδεικνύεται η ανάγκη ρύθμισης της σχετικής νομοθεσίας σχετικά με την πώληση των ENDS συσκευών, λαμβάνοντας υπόψη την αυξανόμενη συχνότητα χρήσης τους από νεότερα άτομα.

Λέξεις κλειδιά: e-cigarette, vaping, electronic nicotine delivery systems, health effects, health risks

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

3. ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Α. Νικολακοπούλου, Α. Ανδριανόπουλος, Α. Φωτεινακόπουλος, Γ. Δρίβας, Ι. Κυριακού, Χ. Πόταρη, Α. Ράπτη, Α. Τσαρουχά

2^η Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Σωτηρία, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με κακοήθεια πνεύμονα εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο κίνδυνος αυτός συσχετίζεται με το στάδιο της νόσου και είναι αυξημένος στο στάδιο IV.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: Γυναίκα 48 ετών, καπνίστρια υποβλήθηκε σε έλεγχο λόγω ξηρού βήχα από 2μήνου. CXR: σκίαση AP πύλης. CTθώρακος: μάζα AP πύλης, οζώδεις σκιάσεις πνευμόνων άμφω, λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου, μόρφωμα AP μαστού και μικρή ΥΣ AP. Υποβλήθηκε σε EBUS βρογχοσκόπηση που τεκμηρίωσε αδеноκαρκίνωμα πνεύμονα σταδίου IV. Το PET/CT επιβεβαίωσε τη μεταστατική νόσο στο μαστό. CT Εγκεφάλου: αρνητική. Γονιδιακός έλεγχος αρνητικός για μεταλλάξεις, μέτρια έκφραση PD-L1. Έγινε έναρξη ΧΜΘ/ανοσοθεραπείας και τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα (CVC υποκλειδίου). Εισήχθη λόγω δύσπνοιας, θωρακαλγίας και εκτεταμένου υποδορίου εμφυσήματος λόγω πνευμοθώρακα ΔΕ και πνευμομεσοθωρακίου. Τοποθετήθηκε θωρακικός σωλήνας και τέθηκε σε προφύλαξη με ΧΜΒΗ. Τις επόμενες ημέρες εμφανίσε εμπύρετο, επιδείνωση δύσπνοιας και πυκνώσεις άμφω. Τέθηκε σε αντιβίωση και θεραπευτική δόση ΧΜΒΗ με τινζαπαρίνη λόγω DVT κάτω άκρων άμφω ενώ αφαιρέθηκε ο CVC. Η θεραπεία συνεχίστηκε και 15 ημέρες μετά παρουσίασε δυσαρθρία και αφασία εκπομπής. CT εγκεφάλου: οξεία ισχαιμική αλλοίωση-AP κροταφοβρεγματικά. Έλαβε αποϊδηματική αγωγή και λόγω εμέτων, επανέλαβε τον έλεγχο, οπότε διαπιστώθηκε επέκταση της ισχαιμίας. Μετά από αγγειολογική εκτίμηση προστέθηκε στην αγωγή ασπιρίνη. Ακολούθησε κλινική βελτίωση και η ασθενής συνέχισε τη θεραπεία της. Απεβίωσε λόγω προόδου νόσου 3 μήνες μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό που μπορεί να οφείλεται τόσο στην κακοήθεια όσο και στη χημειοθεραπεία. Ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος καρκίνου που προκαλεί ΑΕΕ είναι το αδеноκαρκίνωμα ενώ φαίνεται πως η αγωγή με ΧΜΒΗ μπορεί να έχει ευεργετική δράση στην πρόληψή του.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

5. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗΣ ΒΙΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Εισαγωγή: Αν και η θρόμβωση βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας αποτελεί σπάνια επιπλοκή, τελευταίες μελέτες δείχνουν πως είναι πιο συχνή απ' ό,τι θεωρούνταν μέχρι πρόσφατα. Θα περιγραφεί περιστατικό ασθενούς με συμπτωματική σοβαρή στένωση βιοπροσθετικής αορτικής βαλβίδας και θρόμβο εντός αυτής, όπου πραγματοποιήθηκε επιτυχής θρομβόλυση.

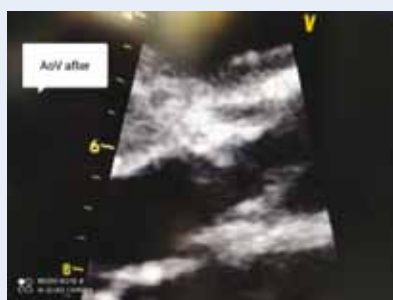
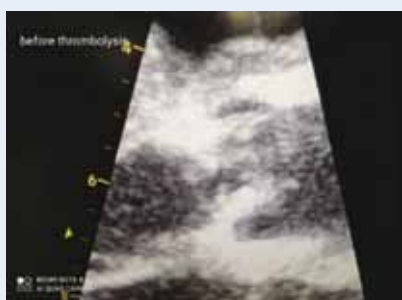
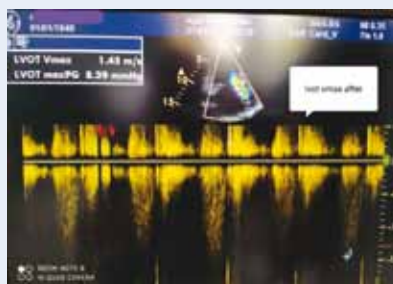
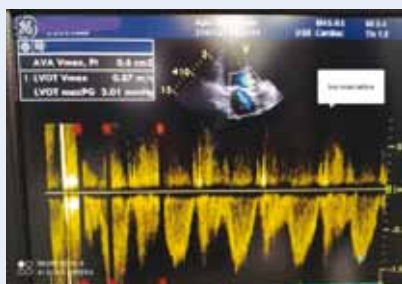
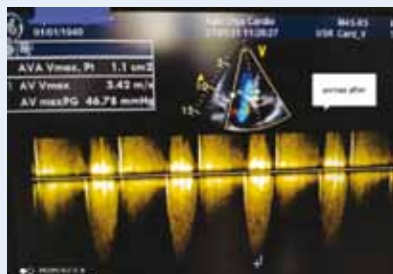
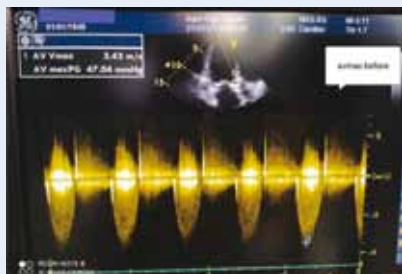
Σκοπός: Η αναγνώριση των χαρακτηριστικών της θρόμβωσης της βιοπροσθετικής βαλβίδας κατά την υπερηχογραφική μελέτη και η αξιολόγηση των κριτηρίων βάσει των οποίων θα αποφασισθεί η θρομβόλυση ως μέθοδος αντιμετώπισης.

Υλικά/Μέθοδοι: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή, 81 ετών με ιστορικό αντικατάστασης βιοπροσθετικής βαλβίδας προ πέντε ετών, η οποία προσήλθε με εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος. Αναφέρονται επαναλαμβανόμενες νοσηλίες το τελευταίο διάστημα για τον ίδιο λόγο. Πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα όπου αναδείχθηκε σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας με εκφύλιση αυτής και παρουσία θρόμβου εντός (αδυναμία διενέργειας διοισοφάγειου ηχωκαρδιογραφήματος λόγω μη συνεργασίας ασθενούς). Λόγω της εμμένουσας δύσπνοιας πραγματοποιήθηκε θρομβόλυση με ενδοφλέβια χορήγηση 30mg τενεκτεπλάσης. Στη συνέχεια, χορηγήθηκε από του στόματος απιξαμπάνη για τουλάχιστον 3 μήνες έως επανεκτίμησης.

Αποτελέσματα: Τα προτεινόμενα ηχωκαρδιογραφικά κριτήρια θρόμβωσης βιοπροσθετικής βαλβίδας (αύξηση της κλίσης πίεσης $>50\%$, αυξημένο πάχος πτυχών $>2\text{χιλ}$ και ανώμαλη κινητικότητα πτυχών) ικανοποιούνταν στην εν λόγω ασθενή. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν ανοικτό χειρουργείο, θρομβόλυση, TAVI και αντιπηκτική αγωγή. Στο περιστατικό αποφασίσθηκε η θρομβόλυση λόγω απεικόνισης θρόμβου στο ηχωκαρδιογράφημα, κλινικής αστάθειας και πολύ υψηλού χειρουργικού κινδύνου. Η θρομβόλυση πραγματοποιήθηκε χωρίς επιπλοκές και η ασθενής βελτιώθηκε κλινικά με ύφεση των συμπτωμάτων της. Το διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα ανέδειξε βελτίωση της αορτικής στένωσης, από σοβαρού σε μετρίου βαθμού, εντός 48 ωρών.

Συμπεράσματα: Η θρόμβωση βιοπροσθετικών βαλβίδων είναι μια κλινική οντότητα που συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Απαιτείται συστηματική παρακολούθηση και επαγρύπνηση για την έγκαιρη αναγνώριση σημείων ενδεικτικών θρομβωτικών επιπλοκών. Αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται με βάσει την κλινική κατάσταση του ασθενούς, τη σοβαρότητα της θρόμβωσης, τη θέση της βαλβίδας, την παρουσία συστηματικών επιπλοκών και τη δυνατότητα ή μη επεμβατικής αντιμετώπισης.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις



Αναρτημένες Ανακοινώσεις



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

6. ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Γ. Μόσχος, Α. Θεοδωρίδου, Σ. Στυλιανίδου

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Η θρόμβωση αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου ασθενών με καρκίνο. Έχει εξεταστεί από ειδική ομάδα εμπειρογνομόνων η κλινική και οικονομική επίπτωση της θρόμβωσης, σχετιζόμενη, με καρκίνο με στόχο τη βέλτιστη αντιμετώπιση της.

Σκοπός: Στόχος του σχεδίου δράσης αποτελεί η ενίσχυση της παροχής υπηρεσιών για τη πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή της φλεβικής θρομβοεμβολής (ΦΘΕ) σε όλους τους καρκινοπαθείς, με απώτερο στόχο τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Υλικά-Μέθοδοι: Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία καθώς και ηλεκτρονικά δεδομένα σχετικά με τη Διευθύνουσα Ομάδα Εμπειρογνομόνων.

Αποτελέσματα: Στο σχέδιο δράσης των εμπειρογνομόνων επισημαίνονται οι παρακάτω ενέργειες: 1) Βελτίωση της παροχής πληροφόρησης σχετικά με τη ΦΘΕ και τη θρόμβωση σχετιζόμενη με καρκίνο σε ασθενείς, οικογένειες, παρόχους υπηρεσιών φροντίδας και ενώσεις ασθενών. 2) Ενίσχυση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη ΦΘΕ σχετιζόμενης με καρκίνο μεταξύ ογκολόγων αλλά και άλλων ειδικοτήτων. 3) Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία της ΦΘΕ πρέπει να εφαρμόζονται σωστά, ώστε οι ογκολογικοί ασθενείς να επωφελούνται από ιατρούς που θα λαμβάνουν σταθερά πληροφόρηση. 4) Ενίσχυση της ευαισθητοποίησης των φαρμακοποιών σχετικά με θέματα ασφάλειας που σχετίζονται με την αγωγή της ΦΘΕ και πιθανές αλληλεπιδράσεις με τα φάρμακα για τον καρκίνο. 5) Αξιοποίηση των ΜΜΕ για την προώθηση των βασικών μηνυμάτων σχετικά με τη θρόμβωση σχετιζόμενη με καρκίνο.

Συμπεράσματα: Πρέπει να δοθεί η δέουσα προσοχή στη θρόμβωση σχετιζόμενη με καρκίνο ως κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η Διευθύνουσα Ομάδα Εμπειρογνομόνων προτείνει σχέδιο δράσης με στόχο την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη ΦΘΕ σχετιζόμενη με καρκίνο. Στόχος του σχεδίου είναι οι ασθενείς, οι οικογένειες, οι πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας, οι ενώσεις ασθενών, οι ογκολόγοι και οι ιατροί άλλων ειδικοτήτων, που πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η ΦΘΕ αποτελεί πιθανή επιπλοκή του καρκίνου και της θεραπείας του.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

7. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Ε. Σγουραλή¹, Ε. Κουσκούνη^{2,3}, Ν. Ιακωβίδου^{2,3}, Θ. Ξάνθος³, Κ. Εκμεκτζόγλου^{3,4}

¹Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, ²Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ³Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών (MSc) «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁴Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού, Αθήνα

Σκοπός: Η αξιολόγηση των γνώσεων των ειδικευομένων ιατρών στην πρωτογενή πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) και η διερεύνηση των βασικών παραγόντων όπως η ειδικότητα, που επηρεάζουν τη γνώση αυτή στην Ελλάδα.

Υλικό: Διεξήχθη περιγραφική επιδημιολογική μελέτη (04/2019–06/2019) σε τρία Νοσοκομεία της Αττικής στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση». Συμμετείχαν αρχικά, 220 ειδικευόμενοι ιατροί του Παθολογικού (Γενική Ιατρική, Καρδιολογία, Νευρολογία, Γαστρεντερολογία, Παθολογία) και του Χειρουργικού (Γενική Χειρουργική, Γυναικολογία/Μαιευτική, Οφθαλμολογία, Ορθοπεδική, Ωτορινολαρυγγολογία) τομέα που απάντησαν σε ανώνυμο-ερωτηματολόγιο σχετικό με τις γνώσεις τους στην πρωτογενή πρόληψη των ΑΕΕ και δημογραφικά στοιχεία. Ως πρότυπο χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες της ΑΗΑ/ΑSΑ-2014. Επαρκείς γνώσεις-“pass” θεωρήθηκαν τουλάχιστον 17 σωστές απαντήσεις.

Αποτελέσματα: Συνολικά 206 ειδικευόμενοι ιατροί συμμετείχαν, εκ των οποίων το 53% ήταν του παθολογικού και το 47% του χειρουργικού τομέα. Η πλειοψηφία των ιατρών δεν ήταν κάτοχοι ενός επιπλέον τίτλου σπουδών ΑΕΙ/ΤΕΙ. Το είδος της κάθε ειδικότητας επηρέασε στατιστικώς σημαντικά το συνολικό σκορ των απαντήσεων. Προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά του παραπάνω σκορ των Νευρολόγων σε σύγκριση με όλες τις Χειρουργικές ειδικότητες. Ανάλογη διαφορά προέκυψε και μεταξύ των ειδικευομένων Νευρολογίας και Γαστρεντερολογίας με τους δεύτερους να έχουν κατά μέσο όρο 3.67 λιγότερες σωστές απαντήσεις. Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ του αριθμού των σωστών απαντήσεων των Νευρολόγων και των Γενικών Ιατρών, Παθολόγων και Καρδιολόγων. Η σύγκριση των σκορ των σωστών απαντήσεων των ιατρών των δύο ομάδων (t-test, $P < 0.001$) οδήγησε στο ό,τι οι ιατροί του Παθολογικού τομέα είχαν απαντήσει σωστά 7.03 περισσότερες ερωτήσεις σε σχέση με αυτούς του Χειρουργικού. Η μέση συνολική βαθμολογία των σωστών απαντήσεων ήταν 16.64 ερωτήσεις. Το ποσοστό “pass” ήταν 63.11%. Η εκπαίδευση και η διάρκεια εκπλήρωσης της Υπηρεσίας Υπαίθρου των συμμετεχόντων επηρέασε στατιστικώς σημαντικά το “pass”.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη των ΑΕΕ είναι αναγκαίο να βελτιωθεί καθώς το επίπεδο γνώσεων των κατευθυντήριων οδηγιών της πρωτογενούς πρόληψης των ΑΕΕ μεταξύ των ειδικοτήτων στην Ελλάδα κρίθηκε μη ικανοποιητικό.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

8. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χ. Χρηστάκης, Δ. Σάλιαρη, Ο. Ανδρούτσος¹

¹Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν ο εντοπισμός των υπαρχόντων εργαλείων ανίχνευσης ενηλίκων υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Υλικό: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Pubmed, MEDLINE, GoogleScholar, Science-Direct χωρίς συγκεκριμένο χρονολογικό εύρος. Πραγματοποιήθηκε επίσης αναζήτηση στις βιβλιογραφικές αναφορές σε όλες τις επιλέξιμες μελέτες. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που αναφέρονταν σε ενήλικες, υγιείς ή μη διαγνωσμένους με ΣΔ2 ή προ-διαβήτη, οι οποίες αφορούσαν εφαρμογή εργαλείων πρόωρης διάγνωσης της νόσου. Μελέτες για έλεγχο ή επικύρωση υπαρχόντων εργαλείων, μελέτες που δεν είχαν ως αντικείμενο μελέτης ενήλικο πληθυσμό και μελέτες οι οποίες αφορούσαν ήδη διαγνωσμένους ασθενείς ενήλικες με ΣΔ2, αποκλείονταν από την ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Από τις 108.000 μελέτες που εντοπίστηκαν, 43 πληρούσαν τα κριτήρια της εισαγωγής στη μελέτη. Καταγράφηκαν συνολικά 43 εργαλεία ανίχνευσης, τα οποία εφαρμόστηκαν σε 19 χώρες μεταξύ 1995-2019. Τα εργαλεία που βρέθηκαν έχουν στη πλειοψηφία τους τη μορφή απλών ερωτηματολογίων και αναφέρονται σε πολλούς/διαφορετικούς πληθυσμούς και εθνικότητες ανά το κόσμο. Τα περισσότερα εργαλεία καταγράφηκαν στην Κίνα (n=9) και στις Η.Π.Α. (n=8). Η πλειοψηφία των εργαλείων είναι εύχρηστη και χαμηλή σε κόστος, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ευρείας χρήσης τους. Χρησιμοποιούν μεταβλητές που συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2, οι οποίες διαφοροποιούνται ανάλογα με τον πληθυσμό-στόχο προκειμένου να αυξηθεί η εγκυρότητα και η ευαισθησία τους. Η ηλικία είναι η μεταβλητή που χρησιμοποιείται σε όλα τα εργαλεία ανίχνευσης που μελετήθηκαν. Ακολουθούν το οικογενειακό ιστορικό ΣΔ2 και η παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένου του ΔΜΣ ή/και της περιφέρειας μέσης.

Συμπεράσματα: Ένα από τα μέτρα που απαιτούνται για την αναχαίτιση του συνεχώς αυξανόμενου επιπολασμού του ΣΔ2 είναι η έγκαιρη ανίχνευση των ατόμων με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης του νοσήματος και η εφαρμογή παρεμβάσεων τροποποίησης του τρόπου ζωής. Η εφαρμογή έγκυρων εργαλείων χαμηλού κόστους μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας του συστήματος υγείας, πιθανώς θα μπορούσε να συμβάλει στην πρόληψη νέων περιστατικών ΣΔ2.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

9. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 40 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Ε. Αλχαζίδου, Γ. Πετράκος, Μ. Σιώρη, Ν. Γιαλελής, Δ. Χριστακόπουλος, Ν. Βλάχης

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα

Σκοπός: Οι γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω αποτελούν μία ομάδα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον διότι παρουσιάζουν την μικρότερη γονιμότητα και την υψηλότερη επίπτωση επιπλοκών στην εγκυμοσύνη. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανάλυση των γεννήσεων από μητέρες ηλικίας 40 ετών και άνω στην Ελλάδα κατά γεωγραφική κατανομή και υπηκοότητα της μητέρας.

Υλικά και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και στατιστική επεξεργασία των επίσημων εθνικών δεδομένων των γεννήσεων ζώντων στην Ελλάδα κατά ηλικία, υπηκοότητα και γεωγραφική περιοχή μόνιμης κατοικίας της μητέρας για το έτος 2019 (πλέον πρόσφατα). Υπολογίστηκε το (%) ποσοστό των γεννήσεων ζώντων από μητέρες ηλικίας ≥ 40 ετών επί του συνόλου των γεννήσεων ζώντων, κατά υπηκοότητα, νομό και γεωγραφική περιφέρεια μόνιμης κατοικίας της μητέρας (Θράκη, Μακεδονία πλην νομού Θεσσαλονίκης, Ήπειρος, Θεσσαλία, Ιόνια νησιά, Στερεά Ελλάδα πλην νομού Αττικής, Πελοπόννησος, Νησιά Αιγαίου, Κρήτη, και χωριστά οι νομοί Θεσσαλονίκης και Αττικής).

Αποτελέσματα: Το 2019 το ποσοστό των γεννήσεων από μητέρες ηλικίας ≥ 40 ετών ήταν 8,4%, με 68% υψηλότερο ποσοστό για τις γυναίκες με Ελληνική υπηκοότητα, σε σύγκριση με τις αλλοδαπές (8,9% έναντι 5,3%, αντίστοιχα). Παρατηρείται σημαντική γεωγραφική διακύμανση με το υψηλότερο ποσοστό στην Αττική (10,5%) και το μικρότερο στη Θράκη (4,5%). Οι περιοχές της Ελλάδας με ποσοστό γεννήσεων από μητέρες ηλικίας ≥ 40 ετών άνω του μέσου όρου της χώρας ήταν ακόμη η Ήπειρος (9,0%) και ο νομός Θεσσαλονίκης (8,8%). Σε επίπεδο νομού, τα υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων σε ηλικία ≥ 40 ετών εντοπίζονται, μετά το νομό Αττικής, στους νομούς Αρκαδίας (9,7%), Ιωαννίνων (9,6%), Άρτας (9,3%), Σερρών (8,9%) και Θεσσαλονίκης (8,8%), ενώ τα μικρότερα στους νομούς Ξάνθης (4,0%), Ροδόπης (4,3%) και Φλώρινας (4,5%).

Συμπεράσματα: Αναδεικνύονται σημαντικές διαφορές στη γεωγραφική κατανομή της γονιμότητας των γυναικών των μεγαλύτερων ηλικιών, καθώς και μεταξύ Ελληνίδων-αλλοδαπών γυναικών, οι οποίες αντανακλούν πολιτισμικές διαφορές αλλά και πιθανούς φραγμούς στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

10. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 40 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ε. Αλχαζίδου¹, Γ. Πετράκος¹, Μ. Σιώρη², Ν. Γιαλελής¹, Δ. Χριστακόπουλος¹, Ν. Βλαχάδης¹

¹Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα,

²Γενικός Ιατρός, Αθήνα

Σκοπός: Οι γυναίκες ηλικίας ≥ 40 ετών, αν και χαρακτηρίζονται από την μικρότερη γονιμότητα, αποτελούν την ηλικιακή ομάδα με την ταχύτερη ανοδική πορεία γεννητικότητας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, λόγω της αναβολής της γέννησης παιδιών από τις σύγχρονες γυναίκες και λόγω της ευρείας εφαρμογής της ιατρικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον, οι γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διότι έχουν τη μεγαλύτερη επίπτωση μαιευτικών επιπλοκών και έχουν ανάγκη εντατικής προγεννητικής παρακολούθησης. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην συγκριτική ανάλυση και παρουσίαση των γεννήσεων από μητέρες ≥ 40 ετών μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών.

Υλικά και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και στατιστική επεξεργασία των στοιχείων των γεννήσεων ζώντων κατά ηλικία της μητέρας του έτους 2019 (για το οποίο είναι διαθέσιμα τα πλέον πρόσφατα δεδομένα) για τις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Αρχή (Eurostat).

Αποτελέσματα: Το έτος 2019, στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφονται 4.167.089 γεννήσεις ζώντων, εκ των οποίων οι 224.626 προήλθαν από μητέρες ηλικίας 40 ετών και άνω (ποσοστό 5,4%). Αναδεικνύεται σημαντική διακύμανση του ποσοστού γεννήσεων από γυναίκες ηλικίας ≥ 40 ετών επί του συνόλου των γεννήσεων μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται στις χώρες της Μεσογείου: την Ισπανία (10,0%), την Ιταλία (8,9%), την Ελλάδα (8,4%), και την Πορτογαλία (7,8%), ενώ πάνω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκονται επίσης η Ιρλανδία (7,9%) και το Λουξεμβούργο (6,8%). Αντίθετα, τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, και συγκεκριμένα στη Ρουμανία (3,2%), τη Σλοβακία (3,2%), την Πολωνία (3,3%) και τη Λιθουανία (3,4%).

Συμπεράσματα: Η ανάλυση των δεδομένων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναδεικνύουν την μεγάλη διακύμανση της γονιμότητας των γυναικών της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας, η οποία σχετίζεται με πολιτισμικές διαφορές αλλά επίσης αναδεικνύουν τις διαφορές στην πρόσβαση των γυναικών μετά τα 40 έτη στις ιατρικές υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

11. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΝΟΜΥΩΣΗΣ ΣΤΗΝ IVF

Ε. Αλχαζίδου¹, Γ. Πετράκος¹, Μ. Σιώρη², Ν. Γιαλελής¹, Δ. Χριστακόπουλος¹, Ν. Βλαχάδης¹

¹Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, ²Γενικός Ιατρός, Αθήνα

Σκοπός: Η αδενομύωση είναι μια καλοήθης πάθηση της μήτρας που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη έκτοπου ενδομητρικού ιστού μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας (μυομήτριο). Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας της γυναίκας. Υπάρχουν δεδομένα από πολλές κλινικές μελέτες ότι η παρουσία αδενομύωσης αποτελεί ανασχετικό παράγοντα για την επιτυχία της IVF (InVitroFertilization) θεραπείας με διεργασίες που περιλαμβάνουν διαταραχή της σαλπινγομητρικής μεταφοράς, της υποδεκτικότητας του ενδομητρίου και της εμφύτευσης. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των κλινικών δεδομένων για τον ρόλο της αδενομύωσης στην έκβαση της IVF, μέσω της παρουσίας των συμπερασμάτων των σχετικών μετα-αναλύσεων, προκειμένου να αναδειχθεί το υψηλότερο επίπεδο τεκμηρίωσης.

Υλικά και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση με τη χρήση κατάλληλων λέξεων-κλειδιά στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων PUBMED, EMBASE και COCHRANE για μετα-αναλύσεις που μελέτησαν τον ρόλο της αδενομύωσης στην έκβαση των θεραπειών υπογονιμότητας γυναικών που υποβλήθηκαν σε IVF. Εντοπίστηκαν 2 επιλέξιμες μετα-αναλύσεις οι οποίες περιλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση (2014: 9 μελέτες, με συνολικά 1.566 γυναίκες: 304 με αδενομύωση και 1.262 υγιείς-μάρτυρες, 2017: 11 μελέτες, με συνολικά 2.054 γυναίκες: 519 με αδενομύωση και 1.535 υγιείς-μάρτυρες).

Αποτελέσματα: Η συνολική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι μετά από IVF, σε σύγκριση με τις υγιείς, οι γυναίκες με αδενομύωση εμφανίζουν μειωμένο δείκτη κλινικών κυήσεων (CPR, ClinicalPregnancyRate) ($RR=0,72$, 95%CI: 0.55-0.95, και $RR=0,73$, 95%CI: 0,60-0,90) και δείκτη γέννησης ζώντων ($RR=0,59$, 95%CI: 0,42-0,82), ενώ διατρέχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολής ($RR=2,20$, 95%CI: 1,53-3,15).

Συμπεράσματα: Η συγκεντρωτική ανάλυση των διαθέσιμων σχετικών κλινικών δεδομένων δείχνουν ότι η αδενομύωση επηρεάζει αρνητικά το αποτέλεσμα της IVF θεραπείας με μείωση της πιθανότητας κλινικής κύησης και γέννησης ζώντος νεογνού, αλλά και μέσω της αύξησης του κινδύνου για αποβολή. Τα ευρήματα αυτά καθιστούν απαραίτητη τη διερεύνηση των υπογόνιμων γυναικών για πιθανή αδενομύωση και ενθαρρύνουν την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων έναντι της νόσου πριν την IVF.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

12. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ B12 ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Έ. Αλγαζίδου¹, Γ. Πετράκος¹, Μ. Σιώρη², Ν. Βλαχάδης¹

¹Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Καλαμάτα, ²Γενικός Ιατρός, Αθήνα

Σκοπός: Η βιταμίνη B12 έχει σημαντικό ρόλο σε πολλές μεταβολικές διεργασίες και είναι απαραίτητη για την φυσιολογική εμβρυογένεση. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 δεν είναι ασυνήθης και έχει βρεθεί ότι η συγκέντρωσή της στην φυσιολογική κύηση μειώνεται προοδευτικά από το πρώτο προς το τρίτο τρίμηνο. Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η βιβλιογραφική διερεύνηση των συσχετίσεων της συγκέντρωσης της βιταμίνης B12 στον ορό της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με το βάρος γέννησης του νεογνού και τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού, εξετάζοντας τα ευρήματα των σχετικών μετα-αναλύσεων προκειμένου να αξιολογηθεί το υψηλότερο επίπεδο τεκμηρίωσης της βιβλιογραφίας.

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιώντας κατάλληλες λέξεις-κλειδιά, πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, EMBASE και Cochrane για μετα-αναλύσεις που εξέτασαν την σχέση των επιπέδων βιταμίνης B12 αίμα της εγκύου με το βάρος γέννησης, το χαμηλό βάρος γέννησης (LBW, Low Birth Weight, οριζόμενο ως βάρος γέννησης <2.500 gr), χαμηλό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης (SGA, Small-for-Gestational-Age, οριζόμενο ως βάρος γέννησης <10^ο εκατοστημόριο), και τον πρόωρο τοκετό (οριζόμενο ως τοκετό πριν την συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης). Εντοπίστηκαν δύο επιλέξιμες μελέτες που δημοσιεύτηκαν το 2016 και το 2017, αντίστοιχα, και περιλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Οι μετα-αναλύσεις ανέδειξαν αυξημένο κίνδυνο για LBW or SGA (8 μελέτες, 1.482 ασθενείς: OR=1,70, 95%CI: 1,16-2,50, 9 μελέτες, 9.030 γυναίκες: OR=1,15, 95%CI: 1,01-1,31, αντίστοιχα) των κύσεων με χαμηλές έναντι αυτών με υψηλές συγκεντρώσεις B12. Επιπλέον, διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό στις κύσεις με ανεπαρκή επίπεδα βιταμίνης B12 (9 μελέτες, 9.102 ασθενείς, RR=1,21, 95%CI: 0,99-1,49).

Συμπεράσματα: Συνολικά, τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B12 στην εγκυμοσύνη συσχετίζονται με αυξημένη επίπτωση πρόωρου τοκετού και γέννησης νεογνού χαμηλό βάρους. Αν και περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για την ισχυρότερη τεκμηρίωση των παραπάνω συσχετίσεων, τα ως τώρα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη σχεδίασης τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών της συστηματικής χορήγησης βιταμίνης B12 στην κύηση.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

13. ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΝΔΡΑ

Ε. Μπενέκη, Κ. Τσατίρης*Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας*

Εισαγωγή: Το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (APS) είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από αγγειακές θρομβώσεις, αποβολές κυήσεων με μόνιμη παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (aPL). Το καταστροφικό APS (CAPS) είναι η πιο σοβαρή μορφή του APS με διάχυτες θρομβώσεις, θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια και πολυοργανική συστηματική ανεπάρκεια. Περιγράφεται η περίπτωση CAPS σε νεαρό ενήλικα άνδρα.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ασθενής, 35 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό και με θετικό οικογενειακό ιστορικό αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, προσήλθε αιτιώμενος πλευριτικού τύπου θωρακαλγία με συνοδό δύσπνοια. Αναφέρεται προηγηθείσα λήψη αντιβιοτικής αγωγής λόγω εμπυρέτου και απεικόνισης πύκνωσης σε αξονική τομογραφία θώρακος (CT). Κατά την προσέλευση του ασθενούς, διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών όπου διαπιστώθηκαν ελλείμματα πλήρωσης σε τμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας αριστερού και δεξιού κάτω λοβού με συνοδά έμφρακτα άμφω.

Κατά την υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη παρατηρήθηκε υποκινησία κορυφής και προσθιοκορυφαίου τοιχώματος με διατηρημένο κλάσμα εξωθήσεως. Η δεξιά κοιλία ήταν φυσιολογικών διαστάσεων και ικανοποιητικής συστολικής απόδοσης ενώ δεν υπήρχαν ενδείξεις πνευμονικής υπέρτασης. Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση καρδιακής τροπονίνης.

Έγινε έναρξη αντιπηκτικής και αντιβιοτικής αγωγής. Λόγω επίμονου πυρετού, επιδείνωσης της αναπνευστικής λειτουργίας και αύξησης των φλεγμονωδών τιμών ο ασθενής υποβλήθηκε σε νέα CT θώρακος και κοιλίας με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού όπου παρατηρήθηκαν νέα φλεγμονώδη διηθήματα πνευμόνων και έμφρακτο δεξιού επινεφριδίου.

Τα αντισώματα κατά της καρδιολιπίνης και της β2-γλυκοπρωτεΐνης ήταν θετικά. Συνεπώς, τέθηκε η διάγνωση του CAPS και ο ασθενής διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συζήτηση: Το CAPS εμφανίζεται στο 1% των ασθενών με APS και μπορεί να αποβεί απειλητικό για τη ζωή του ασθενούς¹. Η παρουσία aPL σε συνδυασμό με την εμφάνιση συμπτωματολογίας σε λιγότερο από μία εβδομάδα και την παρουσία μικροαγγειακών θρομβώσεων σε ≥ 3 όργανα (πνεύμονες, καρδιά και επινεφρίδιο) κατέστησε τη διάγνωση CAPS πιθανή στον ασθενή², ενώ η λοίμωξη αναπνευστικού θεωρήθηκε προκλητικός παράγοντας εμφάνισης του³. Απαιτείται έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία για την ευμενή πρόγνωση των ασθενών με CAPS.

References

1. Wilson WA, Gharavi AE, Koike T, et al. International consensus statement on preliminary



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

- classification criteria for definite antiphospholipid syndrome: report of an international workshop. *Arthritis Rheum* 1999;42:1309–1311.
2. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost*. 2006;4:295–306.
 3. Cervera R, Bucciarelli S, Plasín MA, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS): descriptive analysis of a series of 280 patients from the “CAPS Registry”. *J Autoimmun*. 2009;32(3–4):240–245.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

14. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ COVID-19

Δ.Γ. Ράπτης¹, Λ.Ε. Πούλιου¹, Σ. Μπούτλας¹, Ι. Πανταζόπουλος¹, Χ. Βαρσαμάς¹, Ι. Παπαθανασίου², Κ.Ι. Γουργουλιάννης¹, Φ. Μάλλη^{1,3}

¹Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ²Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ³Εργαστήριο Διαταραχών Αναπνευστικού Συστήματος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Στη βιβλιογραφία αναφέρεται αυξημένη επίπτωση πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) σε ασθενείς με COVID-19 αλλά υπάρχει μεγάλη ετερογένεια μεταξύ των μελετών.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην περιγραφή ασθενών με ΠΕ και COVID-19 και στη συσχέτιση κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων με την εμφάνιση ΠΕ.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη μονάδα COVID-19 της Πνευμονολογικής Κλινικής του ΠΠΓΝ Λάρισας με μέτριας βαρύτητας νόσο (χωρίς ανάγκη διασωλήνωσης) οι οποίοι εμφάνισαν ΠΕ κατά τη νοσηλεία τους (έως 30 ημέρες μετά το εξιτήριο). Σαν ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν ασθενείς με COVID-19, στους οποίους αποκλείστηκε η ΠΕ με CT πνευμονική αγγειογραφία (CTPA) κατά τη νοσηλεία τους.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 16 ασθενείς με ΠΕ και COVID-19 και 109 ασθενείς με COVID-19 οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η επίπτωση της ΠΕ στον πληθυσμό της μελέτης ήταν 3,7%. Οι ασθενείς με COVID-19 και ΠΕ είχαν μέση ηλικία±SD 66,87±11,36 έτη (87,5% άντρες). Μόνο 6,3% των ασθενών με ΠΕ εμφάνισε δυσλειτουργία της δεξιάς κοιλίας. Σε όλους τους ασθενείς η εντόπιση της ΠΕ ήταν σε τμηματικούς ή μικρότερους κλάδους. Τα δ-διμερή κατά την εισαγωγή ήταν 983,4±1498,44ng/ml. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν θρομβοπροφύλαξη (ενδιάμεση δόση 87,6%). Κατά την παρακολούθηση, λανθάνουσα κακοήθεια βρέθηκε στο 18,8%. Παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική διαφορά των ασθενών με ΠΕ έναντι της ομάδας ελέγχου ως προς το φύλο (άρρενες 87,5% έναντι 48,6%, αντίστοιχα, p=0.003), τις ημέρες νοσηλείας μέχρι τη διενέργεια CTPA (5±8.03 ημέρες έναντι 2,88±4,26, αντίστοιχα, p=0.001) και την εμφάνιση βήχα (18,8% έναντι 45%, αντίστοιχα, p=0,04).

Συμπεράσματα: Η επίπτωση ΠΕ σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας COVID-19 είναι 3,7% ενώ η ΠΕ είναι συχνότερη στους άρρενες.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

15. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ Η/ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ TREE-IN-BUD: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ COVID-19 ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ

Α. Λιόντος¹, Δ. Μπίρος¹, Ο. Μηλιώνης¹, Σ. Τσούρλος¹, Α. Λάζαρος¹, Ε. Κλούρας¹, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν¹, Γ. Μάνθου¹, Μ. Κοσμίδου¹, Θ. Μανιατοπούλου¹, Ρ. Κωνσταντοπούλου¹, Β. Σαμανίδου¹, Σ. Σταυρούλα¹, Φ. Μπάρκας², Ε. Λυμπερόπουλος², Χ. Μηλιώνης¹

¹Α Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο SARS-CoV-2 αποτελεί το αίτιο της πανδημίας COVID-19. Πλήθος ερευνών αποδίδουν διάφορα χαρακτηριστικά στον SARS-CoV-2. Ένα από αυτά είναι και η θρομβογένεση που έχει περιγραφεί με διάφορους μηχανισμούς (επικρατέστερη η θεωρία της ενδοθηλίτιδας). Ο SARS-CoV-2 αλληλοεπιδρά με το ενδοθήλιο μέσω του υποδοχέα ACE2. Τέτοιου είδους μηχανισμοί πιθανόν οφείλονται για επεισόδια εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης των κάτω άκρων που οδηγούν σε εμβολισμό της πνευμονικής κυκλοφορίας ή παρουσία μικρών θρομβώσεων των πνευμονικών αγγείων λόγω της φλεγμονής του ενδοθηλίου. Σκοπός της εργασίας ήταν η παράθεση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών που εμφάνισαν τέτοιου είδους συμβάματα.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε πληθυσμός 509 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ την περίοδο 03/20-05/21. Η παρουσία ΠΕ ή αγγειακού tree-in-bud αξιολογήθηκε με βάση την αξονική τομογραφία θώρακα (CT ή CTPA).

Αποτελέσματα: Εκ των 509 ασθενών οι 98 (19.3%) παρουσίασαν ΠΕ ή σημείο αγγειακού tree-in-bud (24 διαγνώστηκαν με ΠΕ και 78 με αγγειακό tree-in-bud). Η συχνότητα του άρρενος φύλου ήταν 52 (53.1%). Η μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος ήταν 29.61 και η μέση ηλικία τα 61.98 έτη. Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν: η αρτηριακή υπέρταση (43.9%), η δυσλιπιδαιμία (39.8%), η παχυσαρκία (32.7%), Σακχαρώδης Διαβήτης (19.4%) και κάπνισμα (13.3%). Χρόνια αντιπηκτική αγωγή ελάμβανε το 9.2% των ασθενών. Τα συχνότερα συμπτώματα ήταν: πυρετός (90.8%), ξηρός βήχας (54.1%) και δύσπνοια (31.6%). Αναπνευστική ανεπάρκεια, κατά τη νοσηλεία, ($PO_2/FiO_2 < 150$) παρουσίασε το 37.8% των ασθενών. Όσον αφορά τα καταληκτικά σημεία 8.2% των ασθενών διασωληνώθηκε, ενώ το 9.2% (9 ασθενείς με ΠΕ ή tree-in-bud) απεβίωσε εντός 30 ημερών από την έναρξη της νοσηλείας.

Συμπέρασμα: Τα συμβάματα θρομβώσεων είναι αρκετά συχνά σε ασθενείς με COVID-19 και συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά διασωλήνωσης και θνητότητας.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

16. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΟΜΑΔΩΝ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ. ΑΓΓΕΙΑΚΟ TREE-IN-BUD VERSUS ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Α. Λιόντος¹, Δ. Μπίρος¹, Ο. Μηλιώνης¹, Σ. Τσούρλος¹, Α. Λάζαρος¹, Ε. Κλούρας¹, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν¹, Γ. Μάνθου¹, Μ. Κοσμίδου¹, Λ. Γκίκα¹, Η. Ράπτη¹, Α. Αθανασίου¹, Β. Σαμανίδου¹, Σ. Σιάνου¹, Φ. Μπάρκας², Ε. Λυμπερόπουλος², Χ. Μηλιώνης¹

¹Α Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα θρομβωτικά επεισόδια αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο σε ασθενείς COVID-19 λόγω της επίδρασης του ιού στο ενδοθήλιο των αγγείων. Δύο μείζονα συμβάματα που επηρεάζουν την πρόγνωση των ασθενών είναι το αγγειακό tree-in-bud και η πνευμονική εμβολή. Σκοπός της εργασίας ήταν η σύγκριση της πορείας αλλά και της έκβασης μεταξύ των ασθενών με αγγειακό tree-in-bud ή πνευμονική εμβολή.

Υλικό-Μέθοδος: Αναλύθηκε δείγμα 98 ασθενών με θρομβωτικά επεισόδια που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ την περίοδο 03/2020-04/2021. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την εύρεση αγγειακού tree-in-bud ή πνευμονικής εμβολής στην CT. Οι συγκρίσεις των μέσων όρων μεταξύ των ομάδων έγιναν με τροποποιημένο student's t-test στην πλατφόρμα IBM SPSS 26.

Αποτελέσματα: Εκ των 98 ασθενών με θρομβωτικό επεισόδιο, 24 διαγνώστηκαν με ΠΕ και 78 με αγγειακό tree-in-bud (4 ασθενείς είχαν και τις δύο διαγνώσεις). Η συχνότητα του άρρενος φύλου ήταν 52 (53.1%). Η μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος ήταν 29.61 και η μέση ηλικία τα 61.98 έτη. Οι ασθενείς με ΠΕ νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο 7.1 ημέρες περισσότερο ($p<0.001$), ενώ ήταν 7.7 έτη γηραιότεροι ($p=0.032$). Όσον αφορά τους δείκτες φλεγμονής η ομάδα της ΠΕ παρουσίασε 71.5 mg/L υψηλότερη τιμή μέγιστης CRP ($p=0.001$), 1.04 ng/ml υψηλότερη τιμή μέγιστης προκαλσιτονίνης ($p=0.004$) και υψηλότερο τιμή WBC κατά 2157 ($p=0.028$), σε σύγκριση με την ομάδα του αγγειακού tree-in-bud. Το ελάχιστο αναπνευστικό ηλικίο ήταν χαμηλότερο κατά 74.8 μονάδες στους ασθενείς με ΠΕ. Σε ανάλυση chi-square οι ασθενείς με ΠΕ είχαν 6.55 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σοβαρής αναπνευστικής ανεπάρκειας με $PF < 150$ ($p<0.001$) και 7.17 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου από την ομάδα αγγειακού tree-in-bud ($p=0.004$).

Συμπέρασμα: Τα θρομβωτικά επεισόδια επιβαρύνουν σημαντικά την πρόγνωση των COVID-19 ασθενών με την ΠΕ να αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

17. ΕΚΒΑΣΗ COVID-19 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΟΜΑΔΩΝ, ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ, ΣΕ ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ

Α. Λιόντος¹, Δ. Μπίρος¹, Ο. Μηλιώνης¹, Σ. Τσούρλος¹, Α. Λάζαρος¹, Ε. Κλούρας¹, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν¹, Θ. Μανιατοπούλου¹, Μ. Κοσμίδου¹, Λ. Γκίκα¹, Η. Ράπτη¹, Α. Παντελή¹, Β. Σαμανίδου¹, Σ. Σιάνου¹, Φ. Μπάρκας², Ε. Λυμπερόπουλος², Χ. Μηλιώνης¹

¹Α Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι θρομβώσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο σε ασθενείς με COVID-19, λόγω της δυσμενούς επίδρασης του SARS-CoV-2 στο αγγειακό ενδοθήλιο. Η πνευμονική εμβολή έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για τους COVID-19 ασθενείς και θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας για κάθε ασθενή, λόγω της μείωσης της αναπνευστικής επάρκειας. Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθεί η διαφορά στην έκβαση μεταξύ των COVID-19 ασθενών που εμφάνισαν ΠΕ ή σημείο αγγειακού tree-in-bud και των υπολοίπων ασθενών χωρίς θρομβωτικά επεισόδια.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε πληθυσμός 509 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ την περίοδο 03/20-05/21. Η παρουσία ΠΕ ή σημείου αγγειακού tree-in-bud αξιολογήθηκε με βάση τη CTPA ή CT. Η βαρύτητα νόσου υπολογίζεται ως ποσοστό του πνευμονικού παρεγχύματος στην CT. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την ύπαρξη ή όχι ΠΕ ή εμφάνισης αγγειακού tree-in-bud. Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έγινε με τροποποιημένο student's t-test στην πλατφόρμα IBM SPSS 26.

Αποτελέσματα: Εκ των 509 ασθενών οι 98 (19.3%) παρουσίασαν ΠΕ ή σημείο αγγειακού tree-in-bud (24 διαγνώστηκαν με ΠΕ και 78 με αγγειακό tree-in-bud). Η συχνότητα του άρρενος φύλου ήταν 52 (53.1%). Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν 29.61 και η μέση ηλικία τα 61.98 έτη. Σε σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων, η ομάδα των θρομβωτικών επεισοδίων είχε μεγαλύτερη διάρκεια συμπτωμάτων (6.5 vs 7.7 ημέρες, $p=0.042$) και μεγαλύτερη βαρύτητα νόσου στην CT (50.3% vs 60.6%, $p=0.001$). Μετά από ανάλυση με Pearsonchi-squaretest, η ομάδα των θρομβωτικών επεισοδίων εμφάνισε συχνότερα δύσπνοια κατά την εισαγωγή (21.2% vs 31.6%, $p=0.057$) και μεγαλύτερη συχνότητα διασωλήνωσης (2.9% vs 9.5%, $p=0.037$).

Συμπέρασμα: Οι COVID-19 ασθενείς με θρομβωτικές επιπλοκές εμφανίζουν εκτενέστερη πνευμονική προσβολή καθώς και αυξημένη πιθανότητα διασωλήνωσης σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά στην πιθανότητα θανάτου.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

18. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΜΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ, ΣΕ COVID-19 ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ

Α. Λιόντος¹, Δ. Μπίρος¹, Ο. Μηλιώνης¹, Σ. Τσούρλος¹, Α. Λάζαρος¹, Ε. Κλούρας¹, Σ. Φίλιππας-Ντεκουάν¹, Μ. Κοσμίδου¹, Γ. Παπαμιχαήλ¹, Ρ. Κωνσταντοπούλου¹, Β. Σαμανίδου¹, Η. Ράπτη¹, Σ. Σταυρούλα¹, Ε. Λυμπερόπουλος², Χ. Μηλιώνης¹

¹Α Παθολογική Κλινική και Μονάδα Λοιμωδών Νοσημάτων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Β Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα θρομβωτικά επεισόδια αποτελούν μια σοβαρή επιπλοκή της COVID-19 με σημαντική επίδραση στην πορεία και την πρόγνωση του ασθενούς. Οι υψηλές τιμές αιμοπεταλίων που μπορεί να παρατηρηθούν σε αυτούς τους ασθενείς πιθανώς συνεισφέρουν στην αύξηση του κινδύνου επιπλοκών. Στόχος της εργασίας ήταν η εύρεση πιθανών συσχετίσεων των μέγιστων τιμών των αιμοπεταλίων και άλλων εργαστηριακών δεικτών της νόσου.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε πληθυσμός 509 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Λοιμωδών Νόσων του ΠΓΝΙ την περίοδο 03/20-05/21. Η βαρύτητα νόσου στην αξονική τομογραφία θώρακος υπολογίζεται ως ποσοστό προσβολής επί του πνευμονικού παρεγχύματος. Το πηλίκο CRP/HDL-C έχει προταθεί βιβλιογραφικά ως πιθανός προγνωστικός παράγοντας βαριάς νόσου. Η μελέτη συσχέτισης έγινε με τη μέθοδο Pearson στην πλατφόρμα IBM SPSS 26.

Αποτελέσματα: Εκ των 509 ασθενών θρομβωτικά επεισόδια παρατηρήθηκαν στους 98. Όσον αφορά τους δείκτες φλεγμονής η τιμή των αιμοπεταλίων συσχετίστηκε θετικά με την τιμή της CRP ($p=0.130$, $p\text{-value}=0.03$) και ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ($p=0.224$, $p\text{-value}<0.001$). Επίσης, συσχετίστηκε θετικά με τη βαρύτητα νόσου στην αξονική τομογραφία θώρακος ($p=0.299$, $p\text{-value}<0.001$) και τη διάρκεια των συμπτωμάτων ($p=0.237$, $p\text{-value}<0.001$). Σχετικά με τους παράγοντες βαρύτητας νόσου, αρνητική ήταν η συσχέτιση που παρατηρήθηκε με το αναπνευστικό πηλίκο (PO_2/FiO_2 ratio) ($p=-0.192$, $p\text{-value}<0.001$), ενώ ήταν θετική με το πηλίκο CRP/HDL-C ($p=0.193$, $p\text{-value}<0.001$).

Συμπέρασμα: Η τιμή των αιμοπεταλίων φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με διάφορους παράγοντες βαρύτητας της νόσου και πιθανότατα θα είχε νόημα η περαιτέρω διερεύνηση των συσχετίσεων σε προγνωστικά πολυπαραγοντικά μοντέλα.

ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΕ ΕΣΑΣ

Επειδή συμβάλλετε στην προστασία του από ένα ακόμη καρδιαγγειακό επεισόδιο που μπορεί να αλλάξει τη ζωή του^{1,2}



GR-REP-0121-00002



Το Repatha[®] μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο μέσω ταχείας (55-75% από την πρώτη εβδομάδα)² και διατηρούμενης μείωσης της LDL-C για δευτεροβάθμια πρόληψη στους ασθενείς σας που διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο, όπως οι ασθενείς με πρόσφατο Έμφραγμα Μυοκαρδίου, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία με τη μέγιστη ανεκτή δόση στατίνης με ή χωρίς εξετιμίμπη.¹⁻⁵

1. Sabatine MS, et al. Clinical Benefit of Evolocumab by Severity and Extent of Coronary Artery Disease. *Circulation*. 2018;138:756-66. 2. Repatha[®] (evolocumab) Summary of Product Characteristics. Last revised: October 2020. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/repatha-epar-product-information_en.pdf. 3. Robinson JG et al. Effect of evolocumab or ezetimibe added to moderate- or high-intensity statin therapy on LDL-C lowering in patients with hypercholesterolemia. The LAPLACE-2 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2014;311(18):1870-83. 4. Giugliano RP, et al. Clinical efficacy and safety of achieving very low LDL-cholesterol concentrations with the PCSK9 inhibitor evolocumab: a prespecified secondary analysis of the FOURIER trial. *Lancet*. 2017;390:1962-71. 5. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-88.

Ημερομηνία δημιουργίας: Νοέμβριος 2020

©2020 Amgen Inc. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

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

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενέργειων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ. 2132040380, Fax 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαδίκτυου και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.aof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή ενυπόγραφα στην AMGEN Ελλάς Φαρμακοτεχνικά Ε.Π.Ε. Τηλ.: +30 2103447000.

Τρόπος διάθεσης: Ιατρική συνταγή. Α.Τ.: 240,04€

AMGEN Hellas ΕΠΕ

Αγίου Κωνσταντίνου 59-61, κτίριο C

Μαρούσι 151 24, Αθήνα

Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050

Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr

AMGEN[®]

Cardiovascular

Ευχαριστίες

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

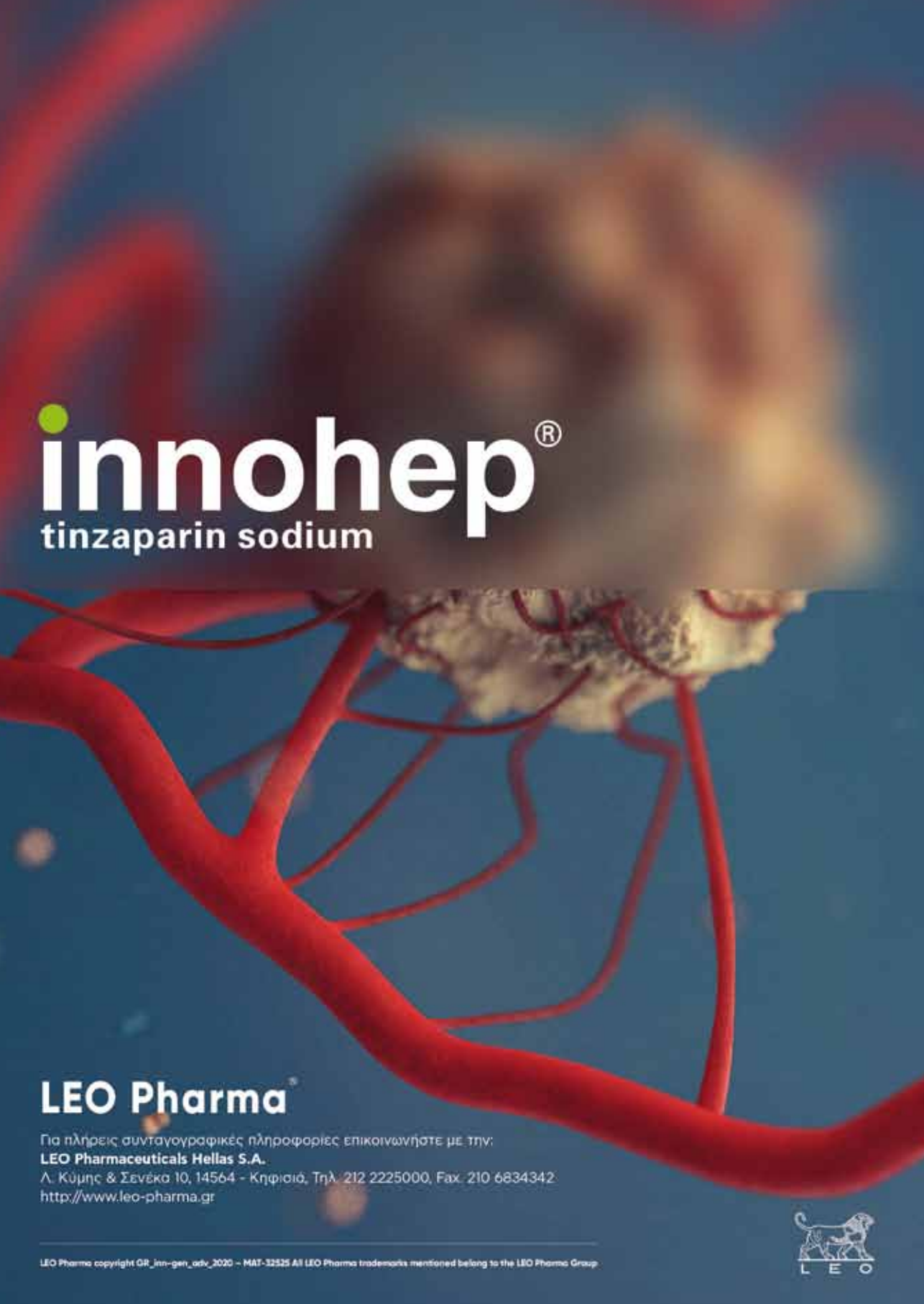


PMI SCIENCE
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL



Pharmaceutical Laboratories S.A.





innohep[®]

tinzaparin sodium

LEO Pharma[®]

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες επικοινωνήστε με την:

LEO Pharmaceuticals Hellas S.A.

Λ. Κύμης & Σενέκα 10, 14564 - Κηφισιά, Τηλ: 212 2225000, Fax: 210 6834342

<http://www.leo-pharma.gr>

