



Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών
Hellenic Stroke Organization

6^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ

9 - 11 ΜΑΡΤΙΟΥ 2023, ΑΘΗΝΑ

Ξενοδοχείο
DIVANI CARAVEL
Αίθουσα ΜΥΚΗΝΕΣ

Σε συνεργασία με:

STROKE COUNCIL
OF THE EUROPEAN SOCIETY
OF CARDIOLOGY



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΕΕ



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



Αποκλειστικά
με Φυσική Παρουσία

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ-ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Χορηγούνται 20 μόρια
από τον Πανελλήνιο
Ιατρικό Σύλλογο
(C.M.E.-C.P.D. CREDITS)

Where Science meets the patients

Στην AstraZeneca στηρίζουμε ενεργά τον Έλληνα ασθενή συνεχίζοντας να επενδύουμε στην υλοποίηση Κλινικών Μελετών στην Ελλάδα.

Αποστολή μας είναι να υπερβαίνουμε τα όρια της επιστήμης δημιουργώντας φάρμακα που αλλάζουν τη ζωή των ασθενών.

Αυτή η δέσμευση αποτελεί τον κινητήριο μοχλό της συνεχούς προσηλωσής μας στο να ανακαλύπτουμε, να αναπτύσσουμε και να παρέχουμε τα καινοτόμα φάρμακα που ο κόσμος χρειάζεται για την αντιμετώπιση σύνθετων και δύσκολων νοσημάτων όπως ο καρκίνος, τα καρδιακά νοσήματα, ο διαβήτης, η ΧΑΠ και το άσθμα.

AstraZeneca. What science can do.



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Σας ενημερώνουμε ότι το 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών θα διεξαχθεί στις 9 – 11 Μαρτίου 2023, στο ξενοδοχείο Divani Caravel , στην Αθήνα.

Εδώ και χρόνια, ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών έχει αναπτύξει έντονη δράση με στόχο να προάγει την ενημέρωση των Ιατρών, άλλων Επαγγελματιών Υγείας και του ευρύτερου κοινού σχετικά με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και μέσω αυτού να βελτιώσει την πρόληψη, αντιμετώπιση και αποκατάσταση των ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.

Το Συνεδριό μας αποτελεί την κορυφαία εκδήλωση του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών καθώς Ομιλητές από την Ελλάδα και το εξωτερικό συμμετέχουν σε μία επιστημονική συνάντηση που είναι πυκνή σε παρουσίαση νέων επιστημονικών δεδομένων, αλληλεπίδραση και ανταλλαγή απόψεων σχετικά με όλες τις πτυχές του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου όπως η πρωτογενής πρόληψη, η αιτιολογία και η παθοφυσιολογία, η διαγνωστική προσέλαση, η οξεία αιτιολογική και υποστηρικτική αντιμετώπιση, η δευτερογενής πρόληψη και η αποκατάσταση.

Σε αυτό το πλαίσιο, σας καλωσορίζουμε στο Πανελλήνιο Συνεδριό μας. Το Συνέδριο μοριοδοτείται με 20 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και η εγγραφή είναι δωρεάν. Ελπίζουμε ότι η ποιότητα του Συνεδρίου θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας.

Με θερμούς συναδελφικούς χαιρετισμούς

Γεώργιος Ντάιος
Πρόεδρος

Ελένη Κορομπόκη
Γενικός Γραμματέας

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Γεώργιος Ντάιος

Αντιπρόεδρος: Χαράλαμπος Μηλιώνης

Γεν. Γραμματέας: Ελένη Κορομπόκη

Ταμίας: Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου

Μέλη: Αθανάσιος Πρωτογέρου

Δημήτριος Νίκας

Ανδρέας Κωστής

Επίτιμος Πρόεδρος: Κωνσταντίνος Βέμμος



Hellenic
Stroke
Organization

Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

Ελληνικός Οργανισμός
Εγκεφαλικών
Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα
Τηλ. 210 721 1845
Email: info@stroke.gr

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 9 Μαρτίου 2023

15.00-15.30 **ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ**

15.30-16.40 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No 1 - No 6)**

Προεδρείο: **Ιωάννα Κουζή, Αντώνης Αργύρης**

1 **SIESTA DIPPING AND CIRCADIAN BLOOD PRESSURE PATTERNS IN ACUTE ISCHEMIC STROKE**

N. Kakaletsis¹, G. Ntaios², H. Milonitis³, A. Karagiannaki², I. Chouvarda⁴, V. Dourliou¹, I. Ladakis⁴, G. Kaiafa¹, K. Vemmos⁵, C. Savopoulos¹

¹First Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece, ²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ³Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece, ⁴Laboratory of Computing, Medical Informatics and Biomedical -Imaging Technologies, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, ⁵Hellenic Stroke Organization, Athens, Greece

2 **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΟΡΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Σ. Σαμαρά¹, Α. Βέμμου², Α. Κύρκου², Χ. Παπαμικαήλ², Ε. Κορομπόκη², Γ. Ντάιος³, Ε. Μανιός², Κ. Σταματελόπουλος², Α.-Δ. Πρωτογέρου¹, Κ. Βέμμος²

¹Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης & Έρευνας, Κλινική & Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Θεραπευτική Κλινική Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

3 **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΟΜΤΙΛ: ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ**

Ε.-Α. Ευστρατιάδου¹, Α. Αρχοντί²

¹Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Αντικάλαμος Μεσσηνίας, ²Ψυχολόγος – Λογοθεραπεύτρια, MSc

4 ΤΑ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Δ. Σαγρή^{1,2}, B.J.R. Buckley^{2,3}, S.L. Harrison^{2,3}, P. Underhill⁴, D. A. Lane^{2,3,5}, G.Y.H. Lip^{2,3,5}, Γ. Ντάιος¹

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, ²Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK, ³Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, United Kingdom, ⁴TriNetX LLC, London, United Kingdom, ⁵Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

5 ΒΟΡΕΙΑ ΚΥΝΟΥΡΙΑ – ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΖΩΗΣ

Κ. Βεκιάρη³, Χ. Μηλιώνης³, Γ. Ντάιος⁴, Α. Πρωτογέρου⁷, Γ. Βατίδης¹, Ι. Πατούρας², Μ. Χατζηθεοχάρη², Γ. Σαντορινιός², Γ. Μουρούτσος², Ε. Κουρπάζ², Ο. Τσιριγώτη², Λ. Αλεξανδρή², Μ. Στεφάνου³, Ε. Καραγκιοζή⁴, Π. Περδικάκη², Ε. Κορομπόκη⁵, Δ. Νίκας⁶, Κ. Βέμμος¹

¹Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, ²Κέντρο Υγείας Άστρους, ³Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁴Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Λάρισας, ⁵Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, ⁶Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Παθοφυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

6 ΥΠΟΤΡΟΦΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Ε. Καρανταλή¹, Ε. Τσαμπαλάς², Π. Καραχάλια², Σ. Αγγέλογλου², Μ. Καζάκου², Α. Καραγιάννη², Ε. Καρακατσάνη², Κ. Αραβαντινού Φατώρου², Σ. Μπέλλος², Γ. Καραματζιάννη², Γ. Καρακατσούλης³, Γ. Ντάιος⁴, Κ. Βέμμος⁴

¹Παθολογική κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, ²Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη, ³Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης, Θεσσαλονίκη, ⁴Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, Αθήνα

Πέμπτη 9 Μαρτίου 2023

16.40-18.00 **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

*Προεδρείο: **Σοφία Βασιλοπούλου, Ιωάννης Ιωαννίδης, Ελένη Κορομπόκη, Παναγιώτης Παπαναγιώτου***

SELECT2 & ANGEL-ASPECT (5')

Γεωργία-Ραφαέλλα Υφαντή

RESCUE-Japan LIMIT (5')

Παναγιώτης Παπαδόπουλος

AcT (5')

Ελένη Καρανταλή

DIRECT SAFE (5')

Δημήτριος Σαγρής

SWIFT DIRECT (5')

Παναγιώτης Γρηγορόπουλος

BAOCHE (5')

Θεόδωρος Δημητρίου, Παναγιώτης Πεταλούδης

ATTENTION (5')

Δημήτρης Χλωρογιάννης

18.00-19.00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ**

*Προεδρείο: **Ευτυχία Καψαλάκη, Κωνσταντίνος Σπέγγος, Αχιλλέας Χατζηιωάννου***

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (15')

Ιωάννης Ιωαννίδης

Αξονική αγγειογραφία αγγείων τραχήλου και ενδοκράνιων αγγείων (15')

Μαίρη Πολίτη

Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου στην οξεία και υποξεία φάση (15')

Γεώργιος Βελονάκης

19.00-19.20 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ

19.20-19.50 STATE OF THE ART LECTURE

Chair: George Ntaios, Konstantinos Vemmos

Posterior circulation stroke: clinical characteristics and acute treatment options

Patrik Michel

19.50-20.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ:ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Προεδρείο: Γεώργιος Κούβελος, Δημήτριος Νίκας

Ενδαρτηριεκτομή ή stenting για την ασυμπτωματική καρωτιδική στένωση; (15')

Κωνσταντίνος Σπανός

Επεμβατική αντιμετώπιση αθηροσκληρωτικής καρωτιδικής νόσου: ποια ερωτήματα παραμένουν ανοιχτά; (15')

Κωνσταντίνος Μουλακάκης

Παρασκευή 10 Μαρτίου 2023

09.30-10.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Προεδρείο: **Αθηνά Ευθυμίου, Κωνσταντίνος Μακαρίτσας, Μαρία Μυλωνά**

Ποιοι ασθενείς χρειάζονται έλεγχο θρομβοφιλίας μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό; (15')

Γεωργία Καϊάφα

Ποιοι ασθενείς χρειάζονται διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο; (15')

Θεόδωρος Μαυρίδης

Ασθενής 40 ετών με ισχαιμικό ΑΕΕ: τι διερεύνηση χρειάζεται να κάνουμε; (15')

Αργυρώ Τουντοπούλου

10.30-10.50 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Χρισταλένα Καττάμη, Ελένη Κορομπόκη**

Νευροψυχολογικές διαταραχές μετά το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η σιωπηλή αναπηρία: ποιος ασθενής με εγκεφαλικό θα πρέπει να παραπέμπεται για αξιολόγηση και νευροψυχολογική αποκατάσταση, και πότε; Τί περιλαμβάνει;

Άντζελα Σαλεπτοή

10.50-11.10 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου**

Πώς μπορώ να βοηθήσω τον ασθενή με δυσφαγία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο;

Αμυλία Μίχου

Παρασκευή 10 Μαρτίου 2023

11.10-12.10 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ

Προεδρείο: **Σοφία Βασιλοπούλου, Ελένη Κορομπόκη, Κωνσταντίνος Τούτουζας**

Πως μπορώ να αξιολογήσω εάν υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση του ανοικτού ωοειδούς τρήματος σε ασθενή με ESUS; (15')

Γεώργιος Ντάιος

Τι χρειάζεται να γνωρίζω ο κλινικός ιατρός σχετικά με τις τεχνικές λεπτομέρειες της σύγκλεισης του ανοικτού ωοειδούς τρήματος; (15')

Απόστολος Τζίκας

Ασθενής με ESUS και ανοικτό ωοειδές τρήμα, ο οποίος δεν επιθυμεί να υποβληθεί σε σύγκλειση του PFO. Τι αντιθρομβωτική αγωγή θα επιλέξω; (15')

Δημήτριος Σαγής

12.10-12.30 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ

12.30-13.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ: ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Προεδρείο: **Ιωάννης Ιωαννίδης, Ελένη Κορομπόκη**

Ασθενής με εκτεταμένο οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο: είναι καλή επιλογή η θρομβεκτομή; (15')

Σοφία Βασιλοπούλου

Θρομβόλυση και θρομβεκτομή σε υπερήλικες ασθενείς: ναι ή όχι; (15')

Βασίλειος Παπαβασλείου

Θρομβεκτομή σε ασθενείς με διαδοχικές βλάβεις (tandem lesions) (15')

Παναγιώτης Παπαναγιώτου

13.30-14.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Προεδρείο: **Αθανάσιος Πρωτογέρου, Κίμωνας Σταματελόπουλος, Απόστολος Τσάπας**

Μελέτες μη κατωτερότητας (15')

Απόστολος Τσάπας

Τι να προσέξω σε μια μετα-ανάλυση; (15')

Γεώργιος Γεωργιόπουλος

Η δικτατορία της p-value (15')

Δημοσθένης Παναγιωτάκος

14.30-15.00 ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

15.00-16.30 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No 7 - No 13)

Προεδρείο: **Φώτιος Μπάρκας, Παντελεήμων Παπακωνσταντίνου**

7 INCORPORATION OF COMORBIDITY INDICES IN STROKE PROGNOSTICATION: ANALYSIS OF THE ASTRAL DATASET

N. Kakaletsis¹, G. Ntaios², A. Eskandari¹, P. Michel¹

¹Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ²Department of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

8 ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

P. T. Tasoudis¹, I. G. Kyriakoulis¹, D. Sagris¹, H. Christoph Diener², G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²Department of Neuroepidemiology, University of Duisburg-Essen, Essen, Germany

9 TIME OF BLOOD PRESSURE IN TARGET RANGE IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

N. Kakaletsis¹, G. Ntaios², H. Milionis³, A. D. Protogerou⁴, A. Karagiannaki², I. Chouvarda⁵, V. Dourliou¹, I. Ladakis⁵, G. Kaiafa¹, S. Daios¹, M. Doulmas⁶, C. Savopoulos¹

¹First Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece, ²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ³Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece, ⁴Cardiovascular Prevention

& Research Unit, Clinic & Laboratory of Pathophysiology, Department of Medicine, School of Health Sciences, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ⁵Laboratory of Computing, Medical Informatics and Biomedical – Imaging Technologies, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, ⁶Second Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Ippokratio Hospital, Thessaloniki, Greece

10 ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Ε. Σδόγκος¹, Α. Σιδέρη², Γ. Γεωργακούδας³, Μ. Σούμπουρου³, Α. Σπαχίου¹, Θ. Κωνσταντίνου¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Π. Θεοδοσίου¹, Ι. Βογιατζής¹

¹Καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, ²Νευρολόγος, Βέροια, ³Νευρολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

11 EFFICACY OF SGLT2 INHIBITORS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE ACROSS THE RANGE OF BODY MASS INDEX: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS OF SGLT2 INHIBITORS APPROVED FOR HEART FAILURE

A. Adamou¹, D. D.Chlorogiannis², I. Kardoutsos¹, D. Koukousaki¹, I. G. Kyriakoulis¹, I. Stamatou³, D. Sagris¹, G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²Department of Radiology, Patras General Hospital, Patra, Greece, ³Department of Internal Medicine, University Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis, Greece

12 Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟ

Δ. Σαγρης^{1,2}, Ελένη Κορομπόκη³, Γ. Νταιος¹, Σ. Τζεϊς⁴, Ε. Μανιός³, Ι. Κανακάκης⁵, Χ. Μηλιώνης⁶, Π. Παπαναγιώτου⁷, Γ. Ανδρικόπουλος⁸, G.Y.H. Lip^{2,9}, Κ. Βέμμος^{3,10}

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, ²Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ³Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μπέρτα, Αθήνα, Ελλάδα, ⁵Θεραπευτική Κλινική, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ⁶Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, ⁷Ακτινολογικό τμήμα, Νοσοκομείο Αρεταίειον, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ⁸Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότη, 1η Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, Ελλάδα, ⁹Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark, ¹⁰Hellenic Cardiovascular Research Society, Αθήνα, Ελλάδα

13 ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΕΕ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΤΕΡΗ ΤΟΥ ΜΙ-ΚΛΑΔΟΥ ΑΠΟΦΡΑΞΗ (DISTAL OCCLUSION)

Μ. Ιωαννίδη, Π. Γρηγορόπουλος, Π. Παπαδόπουλος, Σ. Βασιλοπούλου, Ε. Κορομπόκη, Π. Παπαναγιώτου

Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο

16.30-17.30 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Προεδρείο: **Χαράλαμπος Βλαχόπουλος, Ελένη Κορομπόκη, Ευστάθιος Μανιός, Γεώργιος Ντάως**

AXIOMATIC-SSP (5')

Αναστασία Αδάμου

PACIFIC STROKE (5')

Καλλιώπη Περλεπέ

PACIFIC-AF (5')

Αναστάσιος Τεντολούρης

INVICTUS (5')

Παντελεήμων Παπακωνσταντίνου

PROTECTED TAVR (5')

Μιχάλης Παπαφακλής

TIMING (5')

Ιωάννα Κουζή

17.30-18.30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ: ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή



Προεδρείο: **Καλλιφρόνη Καλαντζή, Μιλτιάδης Ματσάγκας, Ματίλντα Φλωρεντίν**

Ασθενής υπό αντιθρομβωτική αγωγή λόγω προηγούμενου ισχαιμικού εγκεφαλικού θα υποβληθεί σε προγραμματισμένη αφαίρεση γαστρικού πολύποδα το πρωί της Παρασκευής. Πότε πρέπει να διακόψει την αντιθρομβωτική αγωγή, και πότε να την ξεκινήσει εκ νέου; (20')

Ελένη Αρναούτογλου

Ασθενής υπό ασπιρίνη λόγω προηγούμενου ισχαιμικού εγκεφαλικού σε έδαφος αθηρωματικής πλάκας στην καρωτίδα. Να προσθέσω και χαμηλή δόση ριβαροξαμπάνης; (20')

Μιλτιάδης Ματσάγκας

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό σε έδαφος διαχωρισμού της καρωτίδας: αντιαιμοπεταλιακό ή αντιπηκτικό, και για πόσο; (20')

Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου

Παρασκευή 10 Μαρτίου 2023

18.30-19.00 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ

19.00-19.30 STATE OF THE ART LECTURE

Chair: Eleni Korompoki, Charalampos Milionis

Rare causes of Stroke: Clinical approach and case presentations
Patrik Michel

19.30-20.00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ανδρονίκη Πλωμαρίτση

Διαταραχές ομιλίας μετά το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Ηλίας Παπαθανασίου

20.00-20.20 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Κωνσταντίνος Τσιούφης

Μια ματιά στο μέλλον: Καρωτιδικό φίλτρο για την πρόληψη του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου στον ασθενή με κοιλιακή μαρμαρυγή
Γεώργιος Ντάιος

20.20-21.00 ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ, ΜΕ ΤΟ ΒΛΕΜΜΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

20.20-20.40 *ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ*

Σοφία Δημακίδη, Γιώργος Δημακίδης, Νίκη Καρακώστα, Μαρία Ανδριανοπούλου, Ελένη Παλαιολόγου, Ελένη Κορομπόκη, Παναγιώτης Παπαναγιώτου, Γεώργιος Ντάιος

20.40-21.00 *ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΖΩΗΣ – ΒΟΡΕΙΑ ΚΥΝΟΥΡΙΑ*

Κωνσταντίνος Βέμμος, Κωνσταντίνα Βεκιάρη, Ελένη Κορομπόκη, Χαράλαμπος Μηλιώνης, Αθανάσιος Πρωτογέρου, Γεώργιος Ντάιος

Σάββατο 11 Μαρτίου 2023

09.20-09.40 CONSENSUS ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ
Αναστασία Μαυρογιαννάκη, Γεώργιος Ντάιος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ματίλντα Φλωρεντίν, Μαρία Μυλωνά



09.40-10.00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Αθανάσιος Πρωτογέρου

Προκλήσεις στην οργάνωση των τριτοβάθμιων δημόσιων δομών υγείας για την αντιμετώπιση ΑΕΕ: η εμπειρία από το ΓΝΑ Λαϊκό
Αδαμαντία Εγγλεζοπούλου

10.00-11.00 JOINT SESSION WITH HELLENIC SOCIETY OF CARDIOLOGY STROKE WORKING GROUP AND THE ESC COUNCIL OF STROKE



Προεδρείο: Allison Halliday, Dimitrios Nikas, George Ntaios

Integrated Stroke Care (15')

Gregory Lip

Heart & Stroke syndrome (15')

Dimitrios Nikas

Use of Oral Anticoagulants Drugs in Complex Clinical Scenarios (15')

Marco Proietti

11.00-12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης



Προεδρείο: Χαράλαμπος Μηλώνης, Δημοσθένης Παναγιωτάκος

Πόσο χαμηλά πρέπει να κατέβει η LDL χοληστερόλη μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο; (15')

Φώτιος Μπάρκας

Τι εργαλεία έχω για να μειώσω της LDL χοληστερόλη πέραν των στατινών, και σε ποιους ασθενείς ενδείκνυνται; (15')

Ευάγγελος Λυμπερόπουλος

Τι χρειάζεται να γνωρίζω για τη λιποπρωτεΐνη α; (15')

Χαράλαμπος Μηλώνης

Σάββατο 11 Μαρτίου 2023

12.00-12.30 STATE OF THE ART LECTURE/ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

12.30-13.00 DISTINGUISHED LECTURE

Chair: George Ntaios

FXIa inhibitors for stroke prevention: what can we wait for?

Graeme Hankey

13.00-13.20 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ

**13.20-15.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ:
ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ**



σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Εσωτερικής Παθολογίας

*Προεδρείο: Χαράλαμπος Μηλιώνης, Γεώργιος Ντάιος,
Νικόλαος Τεντολούρης*

Αναστροφή της δράσης των αντιπηκτικών σε ασθενείς
με ενδοκράνια αιμορραγία (15')

Ελένη Κορομπόκη

Πρόληψη φλεβικής θρομβοεμβολής σε ασθενείς με ενδοκράνια
αιμορραγία (15')

Λεωνίδας Παλαιωδής, Sanjana Nagraj

Screening κοιλιακής μαρμαρυγής κατά τη διάρκεια της μέτρησης
της αρτηριακής πίεσης (15')

Αθανάσιος Πρωτογέρου

Τι εννοούμε frail patient και πώς τον προσεγγίζουμε αναφορικά
με τη δευτερογενή πρόληψη; (15')

Παρασκευή Σάββαρη

Υπάρχει ακόμη ρόλος για την ασπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη; (15')

Νικόλαος Κακαλέτσης

15.00-16.00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (No 14 - No 18)

Προεδρείο: **Ματύντα Φλωρεντίν, Ελένη Καρανταλή**

14 ΦΡΟΝΤΙΖΟΝΤΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΕΕ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. Μανομενίδης¹, Θ. Μπελλάλη¹, Π. Γαλάνης³, Ο. Κωνσταντακοπούλου⁴, Η. Καραγκούνη⁵, Κ. Ελένη⁶, Γ. Ντάιος⁷, Κ. Βέμμος⁸, Δ. Κατελίδου⁹, Ο. Σίσκου¹⁰

¹Επίκουρος Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, ²Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, ³Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Οικονομολόγος, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Νοσηλεύτρια, PhD⁶ Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁶MD, PhD, Παθολόγος, Επιμελήτρια Β Θεραπευτικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, ⁷Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ⁸MD, Παθολόγος, τ. Διευθυντής της Μονάδας Οξέων Εγκεφαλικών Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ⁹Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ¹⁰Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Τουρισμού, Πανεπιστήμιο Πειραιά

15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γ. Μαυραγάνης¹, Ν. Khenkina², Α. Aimo^{3,4}, Ι. Fabiani⁴, P.G. Masci⁵, Δ. Σαγρής⁶, S. Williams⁷, H.-S. Chen⁸, M. Wintermark⁹, P. Michel¹⁰, Γ. Ντάιος¹¹, Γ. Γεωργιόπουλος^{1,4}

¹Department of Clinical Therapeutics, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ²Postgraduate School of Diagnostic and Interventional Radiology, University of Milan, Milan, Italy, ³Institute of Life Sciences, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, Italy, ⁴Cardiology Division, Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa, Italy, ⁵School of Biomedical Engineering & Imaging Sciences, King's College London, London, United Kingdom, ⁶University of Liverpool, Liverpool Center of Cardiovascular Sciences, Liverpool, United Kingdom, ⁷The University of Edinburgh, Edinburgh, United Kingdom, ⁸Department of Neurology, General Hospital of Northern Theater Command, Shenyang, China, ⁹Department of Radiology, Stanford University, United States, ¹⁰Stroke Center, Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland, ¹¹Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece

16 SCORE-BASED INDIVIDUALIZATION OF CLINICAL PRACTICE DECISIONS RELATED TO CARDIAC RHYTHM MONITORING AFTER EMBOLIC STROKE OF UNDETERMINED SOURCE

A.-M. Louka¹, S. Nagraj², A. Adamou³, K. Perlepe⁴, L. Palaiodimos², G. Ntaios³

¹Department of Internal Medicine, General Hospital of Corfu, Corfu, Greece, ²Department of Medicine, Jacobi Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, USA, ³Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ⁴Department of Cardiology, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, Greece

17 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Δ. Σαγρης^{1,2}, B.J.R Buckley^{2,3}, S.L Harrison^{2,3}, A.A.-Rahim MD^{1,3}, P.A. MRes⁴, G. Y.H. Lip MD^{2,3,5}, Γ. Νταιος¹

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα, ²Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK, ³Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, United Kingdom, ⁴TriNetX LLC, London, United Kingdom, ⁵Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

18 DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS VERSUS VITAMIN K ANTAGONISTS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION ON HEMODIALYSIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

A. Adamou¹, D. Dimitris Chlorogiannis², I. Kardoutsos¹, D. Koukousaki¹, I. G. Kyriakoulis¹, I. Stamatou³, D. Sagris¹, G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²Department of Radiology, Patras General Hospital, Patra, Greece, ³Department of Internal Medicine, University Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis, Greece

16.30-17.30 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Προεδρείο: **Βασίλειος Κώτσης, Περικλής Γιώβας, Χρήστος Σαββόπουλος**

FOURIER-OLE (5')

Αντώνης Αργύρης

RACING (5')

Ηλιάννα Σταματίου

CASSIS (5')

Γεώργιος Μαυραγάνης

DANCAVAS (5')

Ευθαλία Μπισκώστα

The Fitbit Heart Study (5')

Παναγιώτης Βλαχάκης

ORION 3 (5')

Γεώργιος Παναγόπουλος

17.30-18.00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ιωάννης Κανακάκης



Επιδημιολογία και οικονομική επιβάρυνση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων: μειώνονται τα εγκεφαλικά, και πόσο μας κοστίζουν;

Κωνσταντίνος Βέμμος

**18.00-19.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ:
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.
Η ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΗ ΑΙΤΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ**

σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης

*Προεδρείο: Μιχάλης Δούμας, Αναστάσιος Κόλλιας,
Αθανάσιος Πρωτογέρου*

Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στους ηλικιωμένους με το βλέμμα στην πρόληψη του εγκεφαλικού επεισοδίου (15')

Αναστάσιος Κόλλιας

Η ερώτηση που δεν κάνουμε: στυτική δυσλειτουργία και καρδιαγγειακή νόσος (15')

Μιχάλης Δούμας

Ποιος είναι ο στόχος στον υπερτασικό ασθενή με προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο; 130 ή 140mmHg; (15')

Ευστάθιος Μανιός

**19.00-19.40 ΣΥΝ ΑΘΗΝΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΑ ΚΙΝΕΙ: ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ
ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΑ ΠΕΤΥΧΟΥΝ
ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΟΥΣ ΠΙΟ ΕΥΚΟΛΑ;**

Προεδρείο: Ευστάθιος Μανιός, Χρήστος Σαββόπουλος

Πόσο σημαντικό είναι να χαθούν τα περιττά κιλά και πώς μπορούμε να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας

Βασίλειος Κώτσης

Πώς μπορεί να βελτιωθεί η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή: ο ρόλος των polypharmacies

Ανδρέας Κωστής

19.40-19.50 ΣΥΝΟΨΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Σάββατο 11 Μαρτίου 2023

12.30-13.00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 
ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ – ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
Πρόεδρος: Κωνσταντίνος Βέμμος
Εισαγωγή: Κωνσταντίνος Βέμμος

Αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία στη δευτερογενή πρόληψη & παρουσίαση
κλινικών περιστατικών
Ομιλητής: Γεώργιος Ντάιος

Q/A- Κλείσιμο

Saturday, March 11th 2023

12.30-13.00 SATELITE LECTURE 
ANTIPLATELET THERAPY IN SECONDARY
PREVENTION – LATEST DATA
Chairman: Konstantinos Vemmos
Introduction: Konstantinos Vemmos

Antiplatelet therapy in secondary prevention & presentation of clinical
cases
Speaker: G. Ntaios

Q/A- Conclusions

Eliquis[™] apixaban

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



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

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

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

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

PP-ELI-GRC-0923-JAN23

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

HALLIDAY ALISON

Emeritus Professor of Vascular Surgery

HANKEY GRAEME

Professor of Neurology, School of Medicine and Pharmacology, University of Western Australia and Consultant Neurologist, Department of Neurology, Sir Charles Gairdner Hospital, Perth, Western Australia

LIP GREGORY

Price-Evans Chair of Cardiovascular Medicine, University of Liverpool, United Kingdom; Distinguished Professor, Aalborg University, Denmark

MICHEL PATRIK

Prof., MD, Head of the Stroke Center, Lausanne University Hospital, Switzerland

NAGRAJ SANJANA

MD Jacobi Medical Center/Albert Einstein College of Medicine

PROIETTI MARCO

MD PhD FESC FEHRA

ΑΔΑΜΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Κλινική ερευνήτρια-Επιστημονικός Συνεργάτης, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

ΑΝΔΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

Ιδρυτικό μέλος συλλόγου «ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ»

ΑΡΓΥΡΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ

Παθολόγος, Επιμελητής Β, Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα», Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Τμήμα Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

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

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

ΒΕΚΙΑΡΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Νευροακτινολόγος, Μονάδα Έρευνας Ακτινολογίας Β' Εργαστηρίου Ακτινολογίας ΕΚΠΑ

ΒΕΜΜΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης Hellenic Cardiovascular Research Society, τ. Διευθυντής της Μονάδας Οξέων Εγκεφαλικών, Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

ΒΛΑΧΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας Α Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική - ΓΝΑ Ιπποκράτειο ΕΚΠΑ

ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Θεραπευτική Κλινική Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, UK

ΓΙΟΒΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής, Amgen Hellas

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ειδικευόμενος Ακτινολογίας Αρεταίειο

ΔΗΜΑΚΙΔΗ ΣΟΦΙΑ

Ιδρυτικό μέλος συλλόγου «ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ»

ΔΗΜΑΚΙΔΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ

Ιδρυτικό μέλος συλλόγου «ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ»

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Ειδικευόμενος Ακτινολογίας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΔΟΥΜΑΣ ΜΙΧΑΗΛ

Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

ΕΠΤΑΞΟΠΟΥΛΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ

Οικονομολόγος, MSc, PhD(c), Διοικητής ΓΝ Κέρκυρας τέως Αν. Διοικητής Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΑΘΗΝΑ

Νευρολόγος, Διευθύντρια, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό»

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Επεμβατικός Νευροακτινολόγος, Επ. Καθ. Ακτινοδιαγνωστικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΚΑΪΑΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

Αναπλ. Καθηγήτρια Αιματολογίας - Θρομβοεμβολικών Παθήσεων Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Παθολόγος, Επιμελητής Β', Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΚΑΛΛΙΡΡΟΗ

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΚΑΝΑΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Διευθυντής, Θεραπευτική Κλινική, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα» Πρόεδρος ΕΚΕ

ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ ΝΙΚΗ

Ιδρυτικό μέλος συλλόγου ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΚΑΡΑΝΤΑΛΗ ΕΛΕΝΗ

Νευρολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια Β', Γενικό Νοσοκομείο Σερρών

ΚΑΤΤΑΜΗ ΧΡΙΣΤΑΛΕΝΑ

ΜΑ., ΜΕΔ., PhD., Συμβουλευτική Ψυχολόγος Αποκατάστασης Υπεύθυνη Μονάδας Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών ΕΛΕΠΑΠ ΑΘΗΝΩΝ

ΚΑΨΑΛΑΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ

Καθηγήτρια Ακτινοδιαγνωστικής ΠΘ, Υπεύθυνη τμήματος μαγνητικού τομογράφου EUROMEDICA ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

ΚΟΛΛΙΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, ΕΚΠΑ, Γ Παθολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

ΚΟΡΟΜΠΟΚΗ ΕΛΕΝΗ

MD, PhD, FESO, Παθολόγος, Επιμελήτρια Β' Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

ΚΟΥΒΕΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΚΟΥΖΗ ΙΩΑΝΝΑ

Νευρολόγος, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΚΩΣΤΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Παθολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

ΚΩΣΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΜΑΚΑΡΙΤΣΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

ΜΑΝΙΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ

Επ. Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρείο Υπέρτασης, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΜΑΥΡΑΓΑΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ειδικευόμενος Παθολογίας Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

ΜΑΥΡΙΔΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

MD, MSc. Νευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης 1ης Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Παθολόγος - Διαβητολόγος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «ΝΙΜΤΣ», Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας

ΜΗΛΙΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΜΗΤΣΙΚΩΣΤΑ ΕΥΘΑΛΙΑ

Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

ΜΙΧΟΥ ΑΙΜΙΛΙΑ

Research Fellow, Centre for Gastrointestinal Sciences, School of Medical Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health, University of Manchester, Manchester, UK, Av. Καθηγήτρια, Τμήμα Λογοθεραπείας Πανεπιστημίου Πατρών

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

ΜΟΥΛΑΚΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Πατρών

ΜΠΑΡΚΑΣ ΦΩΤΙΟΣ

Παθολόγος, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΜΥΛΩΝΑ ΜΑΡΙΑ

MD, PhD, Παθολόγος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Α' Προπ. Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Μέλος ΔΣ Ε.Ε.Ε.Π.

ΝΙΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΝΤΑΪΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών

ΠΑΛΑΙΟΔΗΜΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Division of Hospital Medicine, Jacobi Medical Center, NYC H+H, Albert Einstein College of Medicine

ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ ΕΛΕΝΗ

Ιδρυτικό μέλος συλλόγου «ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ»

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Καθηγητή, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διατροφής - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ειδικευόμενος παθολογίας στη Θεραπευτική Κλινική, Νοσ. Αλεξάνδρα

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Consultant in Stroke Medicine, Stroke Service Department of Neurosciences, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust & Senior Honorary Lecturer, Medical School, University of Leeds Leeds, United Kingdom

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ειδικευόμενος Ακτινολογίας Αρεταίειο

ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

Καθηγητής Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστημίου Πατρών & Επισκέπτης Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ

MD, MSc, PhD, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Καθηγητής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο Bremen-Mitte, Γερμανία

ΠΑΠΑΦΑΚΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛΣ

MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος - Επιμελητής ΕΣΥ, Αιμοδυναμικό Τμήμα, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

ΠΕΡΛΕΠΕ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

MD, PhD, Ειδικευόμενη καρδιολογίας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

ΠΕΤΑΛΟΥΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ειδικευόμενος Ακτινολογίας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

ΠΛΩΜΑΡΙΤΟΓΛΟΥ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

Νευρολόγος, Αν. Διευθύντρια Νευρολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία»

ΠΟΛΙΤΗ ΜΑΙΡΗ

MD, PhD, Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Παθολόγος, Καθηγητής Παθολογικής Φυσιολογίας Υπεύθυνος Μονάδας Υπέρτασης & Αγγειακής Νόσου Κλινική & Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας Ιατρικό Τμήμα ΕΚΠΑ

ΣΑΒΒΑΡΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Παθολόγος, Συνεργάτης Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν, Ιατρική Σύμβουλος Pfizer

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΣΑΓΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολόγος - Επιστημονικός Συνεργάτης, Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Λάρισα

ΣΑΛΕΠΤΣΗ ΑΝΤΖΕΛΑ

Ph.D., Κλινικός Νευροψυχολόγος, Επιστημονική Υπεύθυνη, Μονάδα Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Ατόμων με Εγκεφαλικές Βλάβες, ΕΛΕΠΑΠ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΠΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αγγειοχειρουργός, Επικουρικός Επιμελητής, Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας

ΣΠΕΓΓΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Νευρολόγος, τ. Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΚΙΜΩΝΑΣ

Αν. Καθηγητής Θεραπευτικής - Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΗΛΙΑΝΝΑ

Ειδικευόμενη Παθολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου & Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου, Α' Προπ. Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.)

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Επιστημονικός Συνεργάτης, 1η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

ΤΖΙΚΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος Θεσσαλονίκη

ΤΟΥΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΓΥΡΩ

Νευρολόγος, Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινίτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΤΣΑΠΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής - Διαβητολογικό Κέντρο ΑΠΘ

ΤΣΙΟΥΦΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΥΦΑΝΤΗ ΓΕΩΡΓΙΑ-ΡΑΦΑΕΛΛΑ

Ειδικευόμενη Ακτινολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

ΦΛΩΡΕΝΤΙΝ ΜΑΤΙΑΝΤΑ

Παθολόγος, Επιμελήτρια Β' , Β' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΧΑΤΖΗΙΩΑΝΝΟΥ ΑΧΙΛΛΕΑΣ

Καθηγητής Ακτινολογίας, Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας Αρεταίειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΧΛΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

MD, Post-Doctoral IR/DR Radiology Research Fellow

ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΕ ΕΣΑΣ

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



GR-REP-0322-00001



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: November 2021. 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.

Τρόπος Διάθεσης: Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια αγωγής.
Λ.Τ.: 241,45€

Ημερομηνία δημιουργίας: Μάρτιος 2022

©2020 Amgen Inc. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

AMGEN®

Cardiovascular

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

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

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα
αποφοράς στο Τμήμα Ασφαλιστικής Εξέτασης του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων
(ΕΟΦ) Τηλ: 2132040380, Fax: 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαδίκτυο
και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή
εναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ: +30 2103447000.



Για περισσότερες πληροφορίες
μπορείτε να ανατρέξετε στην ΠΧΠ
<https://cloud.amgenmail.eu/repssc2021>

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Clovelen® 75 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 75mg clopidogrel (κλοπιδογρέλης), ως besilate. Έκδοχα: κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 2.6mg μονοϋδρικής λακτόζης.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

CLOVELEN F.C.TAB 75MG/TAB BTx28
(Σε BLISTERS Alu-Alu)

ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ

8,31€

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.



Clovelen®
Κλοπιδογρέλη

CLO/DPM/BDT/09_2022/04



1. Ntalas. VI et al Salts of Clopidogrel: Investigation to Ensure Clinical Equivalence:

A 12-Month Randomized Clinical Trial. Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics 2016;21(6):516-525



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις φαρμακευτικές εταιρείες
για την πολύτιμη οικονομική στήριξή τους.

AMGEN[®]

AstraZeneca 

 **Bayer**

 **BIANEX** Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

CSL Behring

 **ELPEN**

EnaMed μ/κη Ε.Π.Ε.
Ιατρικά είδη

 **Igiasi s.a.**


LEO

 **Pfizer**

sanofi

SERVIER 
moved by you

velka
a Rafarm company

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
(e-POSTERS)

1 SIESTA DIPPING AND CIRCADIAN BLOOD PRESSURE PATTERNS IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

N. Kakaletsis¹, G. Ntaios², H. Milionis³, A. Karagiannaki², I. Chouvarda⁴, V. Dourliou¹, I. Ladakis⁴, G. Kaiafa¹, K. Vemmos⁵, C. Savopoulos¹

¹*First Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece,* ²*Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece,* ³*Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece,* ⁴*Laboratory of Computing, Medical Informatics and Biomedical -Imaging Technologies, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece,* ⁵*Hellenic Stroke Organization, Athens, Greece*

Objective: The purpose of this study was to investigate the alterations of blood pressure (BP) during the midday (siesta time) and the changes of circadian BP patterns in acute phase of ischemic stroke (AIS) with the severity of stroke and their predictive role for the 3 months outcome.

Methods: A total of 228 AIS patients (prospective multicenter follow-up study, NCT01915862) underwent 24-hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) every 20 minutes within 48 hours from stroke onset using an automated oscillometric device. Clinical and laboratory findings were recorded. Mean BP parameters during day (7:00–22:59), midday (13:00–16:59) and night (23:00–6:59) and siesta and nocturnal dipping were calculated. Endpoints were death and disability/death at 3 months.

Results: Siesta SBP dippers had less severe stroke, lower incidence of hypertension and SBP/DBP on admission, lower levels of serum glucose and WBC and delayed initiation of ABPM compared to risers. There was a reverse relation of siesta SBP dipping with both nocturnal dipping ($r = -0.27$, $p < 0.001$) and the severity of stroke ($r = -0.13$, $p = 0.049$). The “double dippers” (siesta and nocturnal dipping) had the least severe stroke, the lowest SBP/DBP on admission and heart rate from ABPM and lower risk of an unfavorable outcome, while the “double risers” had the opposite results, by an approximately 5-fold risk of death/disability at 3 months.

Conclusions: These findings indicate different circadian BP patterns according to stroke severity during the acute phase of AIS, potentially driven by patient's physical stress and maybe alterations of the sympathetic nervous system activity, which should be considered as markers of patient's state and prognosis.

2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΟΡΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. Σαμαρά¹, Α. Βέμμου², Α. Κύρκου², Χ. Παπαμιχαήλ², Ε. Κορομπόκη², Γ. Ντάιος³, Ε. Μανιός², Κ. Σταματελόπουλος², Α.-Δ. Πρωτογέρου¹, Κ. Βέμμος²

¹Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης & Έρευνας, Κλινική & Εργαστήριο Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Θεραπευτική Κλινική Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Παθολογική Κλινική & Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή και Σκοπός: Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου, νοσηρότητας και αναπηρίας παγκοσμίως. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας των αορτικών αιμοδυναμικών παραμέτρων (αορτική σκληρία και ανακλώμενα κύματα πίεσης) στην μακροπρόθεσμη έκβαση των ασθενών με ΑΕΕ. **Μέθοδοι:** Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την καταγραφή "Athens Stroke Registry", ερευνήσαμε την υπόθεση ότι η αορτική σκληρία όπως μετράται στην οξεία φάση του ΑΕΕ (5η-7η ημέρα) με την καρωτιδο-μυριαία Ταχύτητα Σφυγμικού Κύματος (carotid-femoral Pulse Wave Velocity / cf-PWV), και τα ανακλώμενα κύματα πίεσης (pressure wave reflections) μετρούμενα με τον δείκτη επαύξησης (augmentation index / AIx), ξεχωριστά και συνδυασμένα, μπορούν να αξιοποιηθούν ως προγνωστικοί παράγοντες για την μακροπρόθεσμη έκβαση των ασθενών με οξύ πρωτοεμφανιζόμενο ΑΕΕ. Οι εκβάσεις που καταγράφηκαν είναι οι ακόλουθες: α) συνολική θνητότητα, β) επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων, γ) επανεμφάνιση ΑΕΕ και δ) πτωχή λειτουργικότητα, οριζόμενη ως βαθμός ≥ 3 στην τροποποιημένη Κλίμακα Αναπηρίας Rankin (modified Rankin Scale of disability / mRS).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν δεδομένα από 552 ασθενείς: 70,7% άνδρες, μέση ηλικία $66,1 \pm 10,4$ έτη, μέση τιμή cf-PWV $12,2 \pm 3,8$ m/sec, μέση τιμή AIx $25,0 \pm 8,3\%$ και μέση διάρκεια παρακολούθησης $68,4 \pm 41,4$ μήνες. Κατά την περίοδο της παρακολούθησης καταγράφηκαν 74 (13,4%) θάνατοι, 117 (21,2%) καρδιαγγειακά συμβάματα, 80 (14,1%) υποτροπές ΑΕΕ, ενώ 111 (20,1%) ασθενείς εμφάνιζαν βαθμό ≥ 3 στην Κλίμακα mRS. Τα κύρια αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης είναι τα ακόλουθα: α) η αυξημένη αορτική σκληρία ($\text{cf-PWV} \geq 13,3$ m/sec) φαίνεται να είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την συνολική θνητότητα και την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων, όχι όμως για την επανεμφάνιση ΑΕΕ και την πτωχή λειτουργικότητα, β) τα ανακλώμενα κύματα πίεσης, αξιολογούμενα ξεχωριστά από την αορτική σκληρία, δεν φάνηκαν να έχουν καμία προγνωστική αξία για τις προκαθορισμένες εκβάσεις, γ) ο συνδυασμός της αυξημένης αορτικής σκληρίας ($\text{cf-PWV} \geq 13,3$ m/sec) με τα μειωμένα ανακλώμενα κύματα πίεσης ($\text{AIx} \leq 22\%$) φαίνεται να είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας, όχι μόνο για την συνολική θνητότητα και τα καρδιαγγειακά συμβάματα, αλλά και για την επανεμφάνιση ΑΕΕ και την πτωχή λειτουργικότητα.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη παρέχει στοιχεία για το ρόλο της αορτικής σκληρίας και των ανακλώμενων κυμάτων πίεσης, όπως καταγράφονται στην οξεία φάση του ΑΕΕ, και την πιθανή συνδυαστική τους αξία ως προγνωστικοί παράγοντες για την μακροπρόθεσμη θνητότητα, νοσηρότητα και λειτουργικότητα των ασθενών.

3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ KOMTIL: ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Ε.-Α. Ευστρατιάδου¹, Α. Αρχοντή²

¹Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Αντικάλamos Μεσσηνίας, ²Ψυχολόγος – Λογοθεραπεύτρια, MSc

Εισαγωγή: Τα άτομα με αφασία βιώνουν περιθωριοποίηση, αποκλεισμό και έχουν διαφορετικού επιπέδου πρόσβαση σε υπηρεσίες αποκατάστασης ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους¹. Απαιτείται μια παγκόσμια προσέγγιση για να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση και ένταξη των ατόμων με αφασία. Για να επιτευχθεί η κατάλληλη παροχή υπηρεσιών με σεβασμό στα άτομα με αφασία απαιτούνται προσαρμοσμένες παρεμβάσεις, πολιτισμικά και γλωσσικά. Με πρωτοβουλία των μελών των οργανώσεων World Federation of NeuroRehabilitation και Collaboration of Aphasia Trialists το 2020 δημιουργήθηκε μια συνεργασία μεταξύ ακαδημαϊκών και επαγγελματιών υγείας από την Αυστρία, τη Δανία, την Αίγυπτο, την Ιρλανδία, την Ελλάδα, την Ινδία, τη Σερβία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Σκοπός: Σκοπός της συνεργασίας αυτής ήταν η γλωσσική και πολιτισμική προσαρμογή του δανέζικου προγράμματος KomTil2 σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες, καθώς και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στο εν λόγω πρόγραμμα με απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της περιθωριοποίησης των ατόμων με αφασία.

Μεθοδολογία: Το KomTil είναι ένα πρόγραμμα που απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με άτομα με αφασία σε όλες τις φάσεις αποκατάστασης. Βασίζεται στις αρχές εκπαίδευσης συντρόφου επικοινωνίας (Communication Partner Training – CPT)³. Συστάθηκαν 6 ομάδες, οι οποίες εκπαιδεύτηκαν στις αρχές του προγράμματος σε 5 διημεριές διαδικτυακές συναντήσεις από τον Σεπτέμβριο του 2021 έως και τον Μάιο του 2022. Κατά το διάστημα μεταξύ των συναντήσεων, τα μέλη κάθε ομάδας προσάρμοσαν και μετέφρασαν το υλικό κάθε συνάντησης σύμφωνα με τα πολιτισμικά και γλωσσικά πλαίσια της χώρας τους. Η ελληνική ομάδα αποτελείται από 2 έμπειρες λογοθεραπεύτριες και το μεταφρασμένο υλικό δόθηκε για γλωσσικό και πολιτισμικό επανέλεγχο σε έναν νευροψυχολόγο, έναν γιατρό και μία λογοθεραπεύτρια.

Αποτελέσματα: Οι τροποποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν στην ελληνική ήταν κυρίως γλωσσικές και λιγότερο πολιτισμικές. Προστέθηκαν περαιτέρω εξηγήσεις αναφορικά με τη δομή των δραστηριοτήτων που περιελάμβανε η δανέζικη εκδοχή του προγράμματος. Με το πέρας της συνεργασίας, τα μέλη των ομάδων απέκτησαν επαρκή γνώση των θεωρητικών προσεγγίσεων, της έρευνας γύρω από την αφασία, των αρχών εκπαίδευσης του συντρόφου επικοινωνίας, καθώς και της κλινικής εφαρμογής του προγράμματος.

Συμπέρασμα/ Συμπεράσματα: Το πρόγραμμα KomTil μετά τις απαραίτητες πολιτισμικές και γλωσσικές προσαρμογές είναι έτοιμο να εφαρμοστεί στην χώρα μας και να συμβάλει αποτελεσματικά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε ζητήματα επικοινωνίας με άτομα με αφασία.

Βιβλιογραφία

1. Hemsley, B., Werninck, M., & Worrall, L. (2013). "That really shouldn't have happened": People with aphasia and their spouses narrate adverse events in hospital. *Aphasiology*, 27(6), 706–722. <https://doi.org/10.1080/02687038.2012.748181>
2. Bertram, M., Isaksen, J., Toft, L. E., Olsen, A. M., & Breckling, M. (2021). *Evaluering af projekt Forløb for borgere med afasi samt afrapportering af implementeringsopfølgningen KomTil – fra udvikling til drift*. Unpublished report from University of Southern Denmark.
3. Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>

4 ΤΑ ΜΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ Κ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Δ. Σαγρή^{1,2}, B. J.R. Buckley^{2,3}, S. L. Harrison^{2,3}, P. Underhill⁴, D. A. Lane^{2,3,5}, G. Y.H. Lip^{2,3,5}, Γ. Ντάιος¹

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, ²Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK, ³Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, United Kingdom, ⁴TriNetX LLC, London, United Kingdom, ⁵Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας. Δεν είναι σαφές εάν η χρήση των μη σχετιζόμενων με τη βιταμίνη Κ από του στόματος αντιπηκτικών (non-vitamin K oral anticoagulants, NOACs) μειώνει αυτόν τον κίνδυνο σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ (vitamin K antagonists, VKA).

Σκοπός: Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης άνοιας σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, που έλαβαν θεραπεία είτε με NOAC είτε με VKA.

Υλικά και Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία από το ερευνητικό δίκτυο TriNetX. Οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή που έλαβαν θεραπεία με NOAC εντός 1 μηνός από τη διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής, αντιστοιχίστηκαν 1:1 με αυτούς που έλαβαν θεραπεία με VKA. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν έως και 10 χρόνια για την εμφάνιση άνοιας κάθε αιτίας και αγγειακής άνοιας. Τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης και παλινδρόμησης τύπου Cox χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του λόγου πιθανοτήτων (Odds ratio, OR) και του λόγου κινδύνου (Hazard ratio, HR), αντίστοιχα με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals, CIs).

Αποτελέσματα: Μετά την αντιστοίχιση των ασθενών, μεταξύ 321.282 ασθενών [μέση ηλικία $\pm$ σταθερή απόκλιση (Standard error, SD) 69,7 ($\pm$ 13,5) έτη, με 138.593 (43,1%) γυναίκες], 15.050 (4,7%) διαγνώστηκαν με άνοια κάθε αιτίας. Άνοια κάθε αιτίας διαγνώστηκε μεταξύ 6.337 (3,9%) ασθενών που έλαβαν θεραπεία με NOACs και 8.713 (5,4%) μεταξύ των ασθενών που έλαβαν VKA (OR:0,72, 95%CI:0,69-0,74). Αγγειακή άνοια διαγνώστηκε σε 1.188 (0,7%) ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με NOACs και 1.766 (1,1%) που έλαβαν VKA (OR:0,67, 95%CI:0,62-0,72). Τα NOAC συσχετίστηκαν με χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας κάθε αιτίας και αγγειακής άνοιας, σε σύγκριση με τα VKA (HR:0,85, 95%CI:0,82-0,88 και HR:0,82, 95%CI:0,76-0,88, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Σε αυτήν την ανάλυση αντιστοίχισης τάσης βαθμολογίας παρατηρήθηκε ότι ασθενείς με ΚΜ, η χρήση NOACs συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας κάθε αιτίας και αγγειακής άνοιας σε σύγκριση με τη θεραπεία με VKA. Το παρόν εύρημα απαιτεί επιβεβαίωση σε τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές.

5 ΒΟΡΕΙΑ ΚΥΝΟΥΡΙΑ – ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΖΩΗΣ

Κ. Βεκιάρη³, Χ. Μηλιώνης³, Γ. Ντάιος⁴, Α. Πρωτογέρου⁷, Γ. Βατίδης¹, Ι. Πατούρας², Μ. Χατζηθεοχάρη², Γ. Σαντορινιός², Γ. Μουρούτσος², Ε. Κουρπάς², Ο. Τσιριγώπης², Λ. Αλεξανδρίδης², Μ. Στεφάνου³, Ε. Καραγκιοζή⁴, Π. Περδικάκη², Ε. Κορομπόκη⁵, Δ. Νίκας⁶, Κ. Βέμμος¹

¹Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, ²Κέντρο Υγείας Άστρους, ³Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ⁴Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Λάρισας, ⁵Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, ⁶Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Παθοφυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ

Στόχοι Προγράμματος: Η μαζική ανίχνευση (mass screening) παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου για την πρόληψη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και λοιπών καρδιαγγειακών νοσημάτων σε όλο τον ενήλικο πληθυσμό του Δήμου Βόρειας Κυνουρίας, Νομού Αρκαδίας που υπολογίζονται περί τους 7,000 μόνιμους κατοίκους. Διάρκεια προγράμματος: από 01/11/2022 έως και 01/11/2027

Υλικά – Μέθοδοι:

Πρώτη φάση: Στο πλαίσιο χαρτογράφησης της υγείας του πληθυσμού ως προς τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, με την ενυπόγραφη συγκατάθεση κάθε κατοίκου, καταγράφονται σε προγραμματισμένο ραντεβού αρχικά το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, η φαρμακευτική αγωγή καθώς και βασικές ζωτικές και σωματομετρικές ενδείξεις. Επίσης καταγράφονται αιμοδυναμικές παράμετροι (που περιλαμβάνουν cBP, ABI, PWV και άλλα) και διενεργείται ηλεκτροκαρδιογράφημα και εργαστηριακός έλεγχος (που περιλαμβάνει HbA1c, HS-CRP, λιπιδαιμικό προφίλ, Lp-a και άλλα) ενώ μέρος των δειγμάτων ορού αποθηκεύονται σε βιοτράπεζα (biobanking). Τέλος διενεργείται βυθοσκόπηση προς εκτίμηση αγγειακών παραμέτρων και υπερηχογραφικός έλεγχος καρδιάς (LA, IVS, EF%), καρωτίδων και κοιλιακής αορτής, υποβοηθούμενος από συσκευή τεχνητής νοημοσύνης. Επίσης ερωτηματολόγια διατροφικών συνθηκών, την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής και εκτίμησης των γνωστικών λειτουργιών έχουν ενσωματωθεί.

Κάθε κάτοικος παραλαμβάνει ευχαριστήρια επιστολή για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα καθώς και τα αποτελέσματα των εξετάσεων σε έντυπη μορφή. Επίσης λαμβάνει συστάσεις σχετικά με απώλεια σωματικού βάρους, τη σωστή διατροφή, την ένταξη της άσκησης στη ζωή του και τη διακοπή του καπνίσματος. Τέλος μετά την ανάλυση των ευρημάτων από διεπιστημονική ομάδα, παρέχονται συγκεκριμένες ιατρικές οδηγίες στους κατοίκους, οι οποίοι διασυνδέονται με τους ιατρούς του Κέντρου Υγείας ή άλλους εξειδικευμένους γιατρούς ανάλογα με τις ανάγκες. Τα ευρήματα αποθηκεύονται σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων.

Δεύτερη φάση: Τα δύο τελευταία έτη θα καταγραφεί η εξέλιξη της υγείας των συμμετεχόντων της πρώτης φάσης καθώς και τυχόν εμφάνιση νέων καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Αποτελέσματα: Έως τώρα (09/03/2023) έχουν ενταχθεί ~ 400 κάτοικοι, τα δεδομένα των οποίων βρίσκονται υπό επεξεργασία. Ο ρυθμός ένταξης ημερησίως ανέρχεται στους 7 με 10 κατοίκους.

Συμπεράσματα: Οι προεκτάσεις και τα οφέλη προγράμματος αναμένεται ότι θα περιλαμβάνουν τη μείωση του κοινωνικού αντίκτυπου των καρδιαγγειακών νοσημάτων που συσχετίζεται με εγκατάσταση αναπηρίας, εργασιακή ανικανότητα και μεγάλη οικογενειακή επιβάρυνση καθώς και τον περιορισμό των σημαντικών οικονομικών συνεπειών τόσο για το Σύστημα Υγείας όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον. Η δημιουργία της βάσης δεδομένων εξυπηρετεί την εκπόνηση σχετικών ερευνητικών μελετών και την απάντηση πολλαπλών επιστημονικών ερωτημάτων, ενώ η μακροπρόθεσμη συνέχιση της παρακολούθησης της εξέλιξης της υγείας των συμμετεχόντων θα μπορούσε να αποτελέσει βάση μελλοντικών ερευνητικών προγραμμάτων με παράλληλο στόχο τη βελτιστοποίηση των πρακτικών πρωτοβάθμιας περίθαλψης για ολόκληρη την επικράτεια.

6 ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Ε. Καρανταλή¹, Ε. Τσαμπαλάς², Π. Καραχάλια², Σ. Αγγέλογλου², Μ. Καζάκου², Α. Καραγιάννη², Ε. Καρακατσάνη², Κ. Αραβαντινού Φατώρου², Σ. Μπέλλος², Γ. Καραματζιάννη², Γ. Καρακατσούλης³, Γ. Ντάιος⁴, Κ. Βέμμος⁴

¹Παθολογική κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, ²Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη, ³Ινστιτούτο Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης, Θεσσαλονίκη, ⁴Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, Αθήνα

Εισαγωγή: Τα δεδομένα σχετικά με την υποτροπή του πρώτου οξέος ΑΕΕ μέχρι το πρώτο έτος μετά το πρώτο οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδια είναι ελλιπή.

Σκοπός: Να μελετήσουμε τον κίνδυνο υποτροπής του πρώτου οξέος ΑΕΕ στο ένα έτος, καθώς και τους παράγοντες που τον επηρεάζουν σε βάθος 22 ετών.

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. Η παρακολούθηση μετά το πρώτο οξύ ΑΕΕ ελέγχθηκε στις 28 ημέρες και στο ένα έτος μετά το επεισόδιο.

Αποτελέσματα: Στις 3 περιόδους της μελέτης καταγράφηκαν 1315 περιπτώσεις με πρώτο οξύ ΑΕΕ (1993-1995: 555, 2004: 267, 2015-2016: 493). Στην παρακολούθηση που ακολούθησε στις 28 ημέρες και στο ένα έτος μετά καταγράφηκαν συνολικά 68 (5.2%) περιπτώσεις υποτροπής του πρώτου οξέος ΑΕΕ (1993-1995: 24, 2004: 18, 2015-2016: 26). Εξ' αυτών οι 16 (23.5%) καταγράφηκαν στο πρώτο follow-up (28 ημέρες), ενώ περισσότερες από τις μισές (53%) στους 3 μήνες μετά το πρώτο οξύ ΑΕΕ. Στην πλειοψηφία τους, οι υποτροπές καταγράφηκαν σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ (86.8%). Από τους ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ, περίπου οι μισές υποτροπές παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ καρδιοεμβολικής αιτιολογίας (51%). Μεταξύ των τριών καταγραφών ο κίνδυνος υποτροπής παρέμεινε ουσιαστικά αμετάβλητος [2^η καταγραφή: 1^η καταγραφή OR: 1.32 (95%CI: 0.68-2.48), 3^η καταγραφή: 1^η καταγραφή OR: 0.89 (95%CI: 0.49-1.61)]. Δεν καταγράφηκε σημαντική διαφορά στον κίνδυνο υποτροπής μεταξύ των δύο φύλων [άνδρες: γυναίκες OR: 0.69 (95%CI: 0.41-1.13)], ενώ καταγράφηκε αύξηση του κινδύνου στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες [65-74 OR: 2.44 (95%CI: 0.92-7.67), 75-84 OR: 2.64 (95%CI: 1.07-7.95), >85 OR: 4.15 (95%CI: 1.64-12.69)].

Συζήτηση: Ο κίνδυνος υποτροπής του πρώτου οξέος ΑΕΕ μετά από παρακολούθηση ενός έτους παρέμεινε αμετάβλητος σε βάθος 22 ετών. Η ηλικία και το καρδιοεμβολικής αιτιολογίας ισχαιμικό ΑΕΕ αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης υποτροπής.

7 INCORPORATION OF COMORBIDITY INDICES IN STROKE PROGNOSTICATION: ANALYSIS OF THE ASTRAL DATASET

N. Kakaletsis¹, G. Ntaios², A. Eskandari¹, P. Michel¹

¹Stroke Center, Neurology Service, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ²Department of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

Objective: The ASTRAL (Acute STroke Registry and Analysis of Lausanne) score predicts reliably functional outcome and mortality in acute ischemic stroke (AIS) patients. We aimed to investigate whether the Charlson and Elixhauser comorbidity indices (CI) increase further its predictive accuracy.

Methods: We assessed 3,099 consecutive patients from the ASTRAL registry admitted with AIS between 01/2003 and 06/2013. The discriminatory power of the Charlson CI, Elixhauser CI and ASTRAL score was expressed and compared using the area-under-the-curve (AUC).

Results: The Elixhauser CI was more accurate than the Charlson CI, especially in the short-term (mortality AUC: 0.589 vs 0.481, $p < 0.001$, unfavorable outcome AUC: 0.611 vs 0.568, $p < 0.001$). The ASTRAL score was a more accurate predictor of outcomes (mortality AUCs: 0.895, 0.839, 0.806; unfavorable outcome AUCs: 0.876, 0.845, 0.837) than Charlson (mortality AUCs: 0.481, 0.621, 0.653; unfavorable outcome AUCs: 0.568, 0.595, 0.624) and Elixhauser CIs (mortality AUCs: 0.589, 0.681, 0.689; unfavorable outcome AUCs: 0.611, 0.631, 0.647) in the short-, medium- and long-term, respectively. The combination of the ASTRAL score with the Charlson CI has the highest AUC mainly for 3 months (0.858 vs 0.839, $p < 0.001$) and 1 year mortality prediction (0.831 vs 0.806, $p < 0.001$) compared to the ASTRAL score, but these differences were marginal in absolute terms.

Conclusion: The prognostic accuracy of the ASTRAL score can be statistically increased by the addition of comorbidity indices. Given the marginal gain and increased complexity of calculation, using the ASTRAL score alone seems clinically sufficient.

8 ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΛΟΠΙΔΟΓΡΕΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

P. T. Tasoudis¹, I. G. Kyriakoulis¹, D. Sagris¹, H. Christoph Diener², G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²Department of Neuroepidemiology, University of Duisburg-Essen, Essen, Germany

Εισαγωγή: Δεν υπάρχει σαφής απάντηση στο εάν η ασπιρίνη προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την κλοπιδογρέλη στους ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να συγκρίνει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της κλοπιδογρέλης συγκριτικά με την ασπιρίνη για την δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση στις βάσεις PubMed, Scopus, και Cochrane Library (ημερομηνία τελευταίας αναζήτησης: 28 Αυγούστου 2021), σύμφωνα με τις οδηγίες του PRISMA statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) για την εύρεση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών οι οποίες συγκρίνουν τη μονοθεραπεία ασπιρίνης με τη μονοθεραπεία κλοπιδογρέλης σε ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.

Αποτελέσματα: Πέντε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες με συνολικά 26,855 ασθενείς (κλοπιδογρέλη: 13.426, ασπιρίνη: 13.429) πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση. Τα αποτελέσματα της μέτα-ανάλυσης έδειξαν πως δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της κλοπιδογρέλης και της ασπιρίνης: (i) στην θνητότητα (odds ratio [OR]: 1.01 [95% confidence interval, CI: 0.91–1.13]), (ii) στα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) (OR: 0.87 [95% CI: 0.71–1.06]), και (iii) στα μείζονα αιμορραγικά συμβάντα (OR: 0.77 [95% CI: 0.56–1.06]). Οι ασθενείς που λάμβαναν κλοπιδογρέλη είχαν οριακά χαμηλότερο κίνδυνο για σοβαρά καρδιαγγειακά συμβάντα (major adverse cardiovascular events, MACE) (OR: 0.84 [95% CI: 0.71–1.00]) και χαμηλότερο κίνδυνο για μη θανατηφόρο έμφραγμα μυοκαρδίου (non-fatal MI) (OR: 0.83 [95% CI: 0.71–0.97]), μείωση σχετικού κινδύνου (RRR) = 16.9%, απόλυτη μείωση κινδύνου (ARR) = 0.5%, αριθμός ασθενών απαιτούμενων για θεραπεία (NNT) = 217 για μία μέση περίοδο 20 μηνών) σε σχέση με τους ασθενείς που λάμβαναν ασπιρίνη.

Συμπεράσματα: Στους ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, η κλοπιδογρέλη παρουσίασε 17% μείωση σχετικού κινδύνου για non-fatal MI, οριακή μείωση για MACE και παρόμοια αποτελέσματα για θνητότητα, ΑΕΕ και μείζοντα αιμορραγικά συμβάντα συγκριτικά με την ασπιρίνη.

Protocol registration: PROSPERO CRD42021283866

9 TIME OF BLOOD PRESSURE IN TARGET RANGE IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

N. Kakaletsis¹, G. Ntaios², H. Milionis³, A. D. Protogerou⁴, A. Karagiannaki², I. Chouvarda⁵, V. Dourliou¹, I. Ladakis⁵, G. Kaiafa¹, S. Daios¹, M. Doumas⁶, C. Savopoulos¹

¹First Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece, ²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ³Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece, ⁴Cardiovascular Prevention & Research Unit, Clinic & Laboratory of Pathophysiology, Department of Medicine, School of Health Sciences, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ⁵Laboratory of Computing, Medical Informatics and Biomedical – Imaging Technologies, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, ⁶Second Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Ippokratio Hospital, Thessaloniki, Greece

Objective: The purpose of this study was to investigate the association of blood pressure (BP) time in target range (TTR) derived from 24-hour ambulatory BP monitoring (ABPM) during the acute phase of ischemic stroke (AIS), with the severity of stroke and its predictive value for the 3 months outcome.

Methods: A total of 228 AIS patients (prospective multicenter follow-up study, NCT01915862) underwent ABPM every 20 minutes within 48 hours from stroke onset using an automated oscillometric device. Clinical and laboratory findings were recorded. Mean BP parameters, BP variability and TTR for systolic (SBP; 90–140mmHg), diastolic (DBP; 60–90mmHg) and mean arterial pressure (MAP) were calculated. Endpoints were death and disability/death at 3 months.

Results: A total of 14,942 BP measurements were recorded (~66 per AIS patient) within 72 hours of stroke onset. Patient's 24-hour TTR was 34.7±29.9%, 64.3±24.2% and 55.3±29.4% for SBP, DBP and MAP respectively. In patients without prior hypertension, TTR was lower as stroke severity increased for both DBP (p=0.031) and MAP (p=0.016). In 175 patients without prior disability, increase in TTR of DBP and MAP associated significantly with a decreased risk of disability/death (HR: 0.96, 95%CI: 0.95–0.99, p=0.007 and HR: 0.97, 95%CI: 0.96–0.99, p=0.007). TTR of SBP in 130–180mmHg and 110–160mmHg ranges seems to be related with mortality and disability outcomes, respectively.

Conclusions: TTR can be included for a more detailed description of BP course, according to stroke severity, and for the evaluation of BP predictive role, in addition to mean BP values, derived from ABPM during the acute phase of AIS.

10 ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΟΞΕΩΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Ε. Σδόγκος¹, Α. Σιδέρη², Γ. Γεωργακούδας³, Μ. Σούμπουρου³, Α. Σπαχίου¹, Θ. Κωνσταντίνου¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Π. Θεοδοσίου¹, Ι. Βογιατζής¹

¹Καρδιολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας, ²Νευρολόγος, Βέροια, ³Νευρολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Εισαγωγή: Η ενδοφλέβια θρομβόλυση στα οξεία Ισχαιμικά Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) είναι θεραπεία πρώτης γραμμής, τόσο ως προς τη μείωση της θνητότητας, όσο και για τη βελτίωση της αναπηρίας των ασθενών αυτών. Η αξιοποίηση δομών που είναι εξοικειωμένες με την αντιμετώπιση οξέων συμβαμάτων, όπως η Στεφανιαία Μονάδα (ΣΜ), θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμες για το σκοπό αυτό, ελλείψει των αντίστοιχων εξειδικευμένων μονάδων.

Σκοπός: Η ανάλυση των δεδομένων ως προς την Νευρολογική έκβαση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν, αλλά και ως προς την αξιολόγηση της μεθοδολογίας της διαδικασίας.

Υλικό και Μέθοδοι: Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα ασθενών με οξύ ΑΕΕ που τους χορηγήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση με αλτεπλάση από τους θεράποντες Νευρολόγους, κατά το διάστημα 09/2019 έως 05/2022 στη ΣΜ της Καρδιολογικής Κλινικής.

Αποτελέσματα: Από τους συνολικά 18 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με οξεία εγκατάσταση νευρολογικής σημειολογίας στα πλαίσια ισχαιμικού ΑΕΕ, σε 14 ασθενείς (6 άνδρες, 8 γυναίκες, μέσης ηλικίας $64 \pm 8,4$ ετών) εφαρμόστηκε πλήρως το θεραπευτικό πρωτόκολλο με ενδοφλέβια αλτεπλάση. Οι ασθενείς προσήλθαν στο Νοσοκομείο σε $95,64 \pm 43,8$ min από την έναρξη των συμπτωμάτων και η διαδικασία έως την έναρξη της θρομβόλυσης διήρκεσε $87,78 \pm 32,9$ min. Ευρήματα στην αξονική εγκεφάλου βρέθηκαν σε 4 ασθενείς (28,6%), με μέσο CT Aspects score 8. Η μέση τιμή του NIH Stroke Scale/Score (NIHSS) κατά την είσοδο βρέθηκε στο 11,86, ενώ κατά το εξιτήριο ήταν 4,79, με μέση μείωση 7,07 μονάδων ($p=0,013$). Παράλληλα, έγινε εκτίμηση της υπολειμματικής νευρολογικής αναπηρίας, βάσει της τροποποιημένης κλίμακας Rankin (mRS score) με μέση μεταβολή 1,79 βαθμών, κατά το εξιτήριο. Η μέση διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο συνολικά ήταν $5,64 \pm 2,7$ ημέρες.

Συμπεράσματα: Η αξιοποίηση των χώρων, των μέσων και της τεχνογνωσίας του προσωπικού μιας ΣΜ μπορεί να γίνει στα πλαίσια εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών προκειμένου να συνδράμει στην ευρύτερη εφαρμογή της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης, επιδρώντας ευεργετικά στην κλινική έκβαση των ασθενών με οξεία ισχαιμικά ΑΕΕ.

11 EFFICACY OF SGLT2 INHIBITORS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE ACROSS THE RANGE OF BODY MASS INDEX: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS OF SGLT2 INHIBITORS APPROVED FOR HEART FAILURE

A. Adamou¹, D. D.Chlorogiannis², I. Kardoutsos¹, D. Koukousaki¹, I. G. Kyriakoulis¹, I. Stamatou³, D. Sagris¹, G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²Department of Radiology, Patras General Hospital, Patra, Greece, ³Department of Internal Medicine, University Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis, Greece

Background: SGLT2 inhibitors improve outcomes in patients with heart failure (HF), with or without diabetes. We sought to assess whether there is an interaction of this effect with body mass index (BMI).

Data Sources & Registration: A systematic review of the MEDLINE and Scopus databases (last search: November 15th, 2022) was performed according to the PRISMA statement. The study was registered at PROSPERO (CRD42022383643).

Studies Selection: Studies eligible for this review were randomized control trials (RCTs) with patients with chronic heart failure with either preserved or reduced ejection fraction randomly assigned to SGLT2 inhibitors or placebo.

Data extraction: Data were extracted independently by two reviewers. The revised Cochrane 'Risk of bias tool for randomized trials' was used to assess the risk of bias of the included studies. BMI was classified according to the WHO classification into under/normal weight (BMI: <25kg/m²), overweight (BMI: 25-29.9kg/m²), obesity class I (BMI: 30-34.9kg/m²), obesity classes II/III (BMI: ≥35 kg/m²). All analyses were performed using RevMan 5.

Results: Among 1,461 studies identified in the literature search, 3 were eligible and included in the meta-analysis. Among 14,737 patients (32.2% women), 7,367 were randomized to a SGLT2 inhibitor (dapagliflozin or empagliflozin) and 7,370 to placebo. The mean follow-up period was 39.7 weeks. There were significantly fewer hospitalizations for HF (OR: 0.70, 95%CI: 0.64-0.76), cardiovascular deaths (OR:0.86, 95%CI: 0.77-0.97) and all-cause deaths (OR:0.90, 95%CI: 0.82-0.98) in the SGLT2 inhibitors group compared to the placebo group, without any interaction with BMI group (test for subgroup differences: $\chi^2=1.79$, $p=0.62$; $\chi^2=0.27$, $p=0.97$; $\chi^2=0.39$, $p=0.94$, respectively).

Conclusion: There is no interaction between the efficacy of SGLT2 inhibitors with BMI in patients with heart failure with either preserved or reduced ejection fraction. SGLT2 inhibitors are associated with improved outcomes regardless of the BMI.

12 Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟ

Δ. Σαγρης^{1,2}, Ελένη Κορομπόκη³, Γ. Νταιος¹, Σ. Τzeis⁴, Ε. Μανιός³, Ι. Κανακάκης⁵, Χ. Μηλιώνης⁶, Π. Παπαναγιώτου⁷, Γ. Ανδρικόπουλος⁸, G.Y.H. Lip^{2,9}, Κ. Βέμμος^{3,10}

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, ²Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ³Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μπτέρα, Αθήνα, Ελλάδα, ⁵Θεραπευτική Κλινική, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ⁶Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, ⁷Ακτινολογικό τμήμα, Νοσοκομείο Αρεταίειον, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα, ⁸Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότη, ¹ⁿ Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, Ελλάδα, ⁹Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark, ¹⁰Hellenic Cardiovascular Research Society, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Δεν είναι σαφές εάν η πρόωπη αποκατάσταση του βλεβοκομβικού ρυθμού (ΦΡ) σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή (ΠΚΜ) συσχετίζεται με βελτιωμένη έκβαση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να διερευνήσουμε εάν η αποκατάσταση του ΦΡ σε ασθενείς με ΠΚΜ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μετά το οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο θανάτου, υποτροπής εγκεφαλικού ή μειζόνων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (ΜΚΣ), σε σύγκριση με τους ασθενείς με εμμένονσα κολλική μαρμαρυγή (ΚΜ).

Υλικά και Μέθοδοι: Διαδοχικοί ασθενείς με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο και επιβεβαιωμένη ΠΚΜ η οποία εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, παρακολούθηθηκαν έως και 10 χρόνια μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο ή μέχρι το θάνατο. Διερευνήσαμε τη συσχέτιση της αποκατάστασης του ΦΡ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με τη 10-ετή θνητότητα, την υποτροπή του εγκεφαλικού επεισοδίου και την εμφάνιση ΜΚΣ. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης τύπου Cox για την αναγνώριση ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων για κάθε ένα από τα προαναφερόμενα καταληκτικά σημεία.

Αποτελέσματα: Μεταξύ 297 ασθενών με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ΠΚΜ, σε 87 (29,3%) παρατηρήθηκε αυτόματη αποκατάσταση του ΦΡ, ενώ 143 (48,1%) ασθενείς έλαβαν αντιαρρυθμική αγωγή προκειμένου να επιτευχθεί η μετατροπή της ΠΚΜ σε ΦΡ. Κατά τη διάρκεια διάμεσης περιόδου παρακολούθησης 28 (4-68) μηνών, μεταξύ των ασθενών με αυτοπεριοριζόμενη ΚΜ παρατηρήθηκαν 13,5 θάνατοι, 3,6 υποτροπές ισχαιμικού εγκεφαλικού και 5,3 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη, ενώ μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε φαρμακευτική αποκατάσταση του ΦΡ παρατηρήθηκαν 11,7 θάνατοι, 4,6 υποτροπές εγκεφαλικού και 5,8 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη. Στους ασθενείς με εμμένονσα ΚΜ παρατηρήθηκαν 23,8 θάνατοι, 8,7 υποτροπές ισχαιμικού εγκεφαλικού και 13,9 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, σε σύγκριση με τους ασθενείς με εμμένονσα κολλική μαρμαρυγή, οι ασθενείς με αυτοπεριοριζόμενη ΚΜ εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο 10-ετούς θανάτου [προσαρμοσμένη λόγος κινδύνου (adjusted Hazard ratio, adjHR): 0,63, 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals, CI): 0,40-0,96], υποτροπή του εγκεφαλικού επεισοδίου (adjHR: 0,41, 95%CI: 0,19-0,91) και ΜΚΣ (adjHR: 0,43, 95% CI: 0,23-0,81), ενώ οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε φαρμακευτική αποκατάσταση του ΦΡ εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο 10-ετούς θανάτου (adjHR: 0,65, 95%CI: 0,44-0,97) και ΜΚΣ (adjHR: 0,56, 95%CI: 0,33-0,95).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι σε σχέση με τους ασθενείς που εμφανίζουν εμμένονσα ΚΜ στην οξεία φάση μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, τα αυτοπεριοριζόμενα επεισόδια κολλικής μαρμαρυγής συσχετίστηκαν με σημαντικά χαμηλότερο 10ετή κίνδυνο θνητότητας, υποτροπής του εγκεφαλικού επεισοδίου και ΜΚΣ, ενώ η φαρμακευτική αποκατάσταση του ΦΡ συσχετίστηκε με χαμηλότερο 10ετή κίνδυνο θνητότητας και ΜΚΣ.

13 ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΕΕ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΤΕΡΗ ΤΟΥ Μ1-ΚΛΑΔΟΥ ΑΠΟΦΡΑΞΗ (DISTAL OCCLUSION)

Μ. Ιωαννίδη, Π. Γρηγορόπουλος, Π. Παπαδόπουλος, Σ. Βασιλοπούλου, Ε. Κορομπόκη, Π. Παπαναγιώτου

Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η μηχανική θρομβεκτομή αποτελεί ενδεδειγμένη θεραπεία σε ασθενείς με οξύ ΑΕΕ οφειλόμενο σε απόφραξη μεγάλου ενδοκράνιου αγγείου, όπως η έσω καρωτίδα αρτηρία και το Μ1-τμήμα της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας.

Σκοπός: Η διενέργεια μηχανικής θρομβεκτομής περιφερικότερα του Μ1-τμήματος αποτελεί ακόμα ερευνητικό αντικείμενο.

Μέθοδος: Παρουσιάζουμε τη διενέργεια τεσσάρων περιστατικών θρομβεκτομής σε αποφράξεις περιφερικότητα του Μ1-τμήματος (Μ2 και Μ3). Οι ασθενείς παρουσίασαν οξεία συμπτωματολογία ΑΕΕ (NIHSS 3-21). Διενεργήθηκε μηχανική θρομβεκτομή με την χρήση συσκευών stent-retriever ή καθετήρων αναρρόφησης.

Αποτελέσματα: Πλήρης επανασπαραγγοποίηση των αποφραγμένων αγγείων επετεύχθη στο σύνολο των περιστατικών (TICI score: 3). Δεν παρουσιάστηκε ενδοκράνια αιμορραγία. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν άμεση και σημαντική βελτίωση της κλινικής εικόνας τους. Το 50% των ασθενών είχε mRS score 0-2 κατά το εξιτήριο.

Συμπεράσματα: Θέμα συζήτησης θα αποτελέσει εάν και υπό ποιες προϋποθέσεις η μηχανική θρομβεκτομή έχει θέση ως θεραπευτική επιλογή σε περιφερικότερες του Μ1-κλάδου αποφράξεις, ποια τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής.

14 ΦΡΟΝΤΙΖΟΝΤΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΕΕ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Γ. Μανομενίδης¹, Θ. Μπελλάλη¹, Π. Γαλάνης³, Ο. Κωνσταντακοπούλου⁴, Η. Καραγκούνη⁵, Κ. Ελένη⁶, Γ. Ντάιος⁷, Κ. Βέμμος⁸, Δ. Κατελίδου⁹, Ο. Σίσκου¹⁰

¹Επίκουρος Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, ²Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, ³Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Οικονομολόγος, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Νοσηλεύτρια, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁶MD, PhD, Παθολόγος, Επιμελήτρια Β Θεραπευτικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα, ⁷Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ⁸MD, Παθολόγος, τ. Διευθυντής της Μονάδας Οξέων Εγκεφαλικών Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, ⁹Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ¹⁰Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Τουρισμού, Πανεπιστήμιο Πειραιά

Εισαγωγή: Η κατανόηση των προκλήσεων και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας (ΕΥ), οι οποίοι παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), αποτελεί μείζον ζήτημα, καθώς αυτές επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός: Η διερεύνηση των εμπειριών των ΕΥ από τη φροντίδα ασθενών με ΑΕΕ, καθώς και του τρόπου οργάνωσης των σχετικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία αποτελεί μέρος ευρύτερης πανελλαδικής μελέτης και περιλαμβάνει την ποιοτική διερεύνηση των εμπειριών των ΕΥ μέσα από δύο συνεντεύξεις εστιασμένης συζήτησης (focus groups), σε μία ομάδα πέντε νοσηλευτών και μία ομάδα εννέα ιατρών που εργάζονται σε τέσσερα πανεπιστημιακά και δύο νοσοκομεία του ΕΣΥ της χώρας. Για την επεξεργασία των αφηγήσεων των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της θεματικής ανάλυσης (thematic analysis)

Αποτελέσματα: Οι παράγοντες που οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι επηρεάζουν τη φροντίδα ασθενών με ΑΕΕ ήταν η άμεση και έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών, ο θετικός και αρνητικός ρόλος των συνοδών στο νοσοκομείο, καθώς και η πανδημία COVID-19. Ως θετικές προκλήσεις στη φροντίδα που παρέχουν, ανέφεραν την καλή διεπιστημονική συνεργασία, την ενεργητικότητα και αυτοδυναμία των νοσηλευτών, αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς ως πηγή άντλησης δύναμης. Σχετικά με τις δυσκολίες, αυτές αφορούν στην έλλειψη προσωπικού και υποδομών, στην ανεπαρκή εκπαίδευση των ΕΥ, καθώς και στις δυσκολίες αποκατάστασης των ασθενών. Για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής, προτάθηκε η οργάνωση εξειδικευμένων μονάδων για ΑΕΕ στα νοσοκομεία, καθώς και η οικονομική υποστήριξη για τη βελτίωση του υπάρχοντος εξοπλισμού.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη για εξειδικευμένη εκπαίδευση των ΕΥ στη φροντίδα ασθενών με ΑΕΕ, καθώς και για οικονομική υποστήριξη των εξειδικευμένων μονάδων, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΞΕΛΥΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γ. Μαυραγάνης¹, Ν. Khenkina², Α. Aimo^{3,4}, Ι. Fabiani⁴, Ρ. G. Masci⁵, Δ. Σαγρής⁶, S. Williams⁷, H.-S. Chen⁸, M. Wintermark⁹, Ρ. Michel¹⁰, Γ. Ντάιος¹¹, Γ. Γεωργιόπουλος^{1,4}

¹Department of Clinical Therapeutics, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ²Postgraduate School of Diagnostic and Interventional Radiology, University of Milan, Milan, Italy, ³Institute of Life Sciences, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, Italy, ⁴Cardiology Division, Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa, Italy, ⁵School of Biomedical Engineering & Imaging Sciences, King's College London, London, United Kingdom, ⁶University of Liverpool, Liverpool Center of Cardiovascular Sciences, Liverpool, United Kingdom, ⁷The University of Edinburgh, Edinburgh, United Kingdom, ⁸Department of Neurology, General Hospital of Northern Theater Command, Shenyang, China, ⁹Department of Radiology, Stanford University, United States, ¹⁰Stroke Center, Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland, ¹¹Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece

Εισαγωγή: Το εμβολικό εγκεφαλικό απροσδιόριστης προέλευσης, ή ESUS, αφορά στο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο όπου η υποκείμενη αιτία της θρομβοεμβολής δεν μπορεί να ανευρεθεί παρά το συνιστώμενο διαγνωστικό αλγόριθμο. Η αδυναμία εύρεσης της αιτίας της εμβολής εμποδίζει τη λήψη κλινικών αποφάσεων και τη διαχείριση του ασθενούς με επιζήμιες συνέπειες για την μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Η ταχεία ανάπτυξη της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) την καθιστούν ελκυστική προσθήκη στο διαγνωστικό αλγόριθμο ασθενών με ESUS για την αξιολόγηση και την ανεύρεση πιθανών αγγειακών και καρδιακών εμβολικών πηγών.

Σκοπός: Στόχος μας ήταν να κάνουμε μια ανασκόπηση πάνω στο ρόλο της MRI στην αναγνώριση καρδιακών και αγγειακών εμβολικών αιτιών στο ESUS και να αξιολογήσουμε την αξία της MRI όσον αφορά την επαναταξινόμηση όταν προστίθεται στο συμβατικό διαγνωστικό αλγόριθμο του ESUS.

Υλικά: Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση του MEDLINE και της Cochrane Library για σχετικά άρθρα που δημοσιεύθηκαν από την ημερομηνία έναρξης έως τον Ιούνιο του 2021. Οι επιλέξιμες μελέτες είχαν διάγνωση ESUS που πληρούσε τις προϋποθέσεις που ορίζονται από τη Cryptogenic Stroke/ESUS International Working Group.

Μέθοδοι: Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ESUS και την πρόσθετη διαγνωστική αξία των τεχνικών MRI συγκεντρώθηκαν και συνοψίστηκαν ως harvest plot σύμφωνα με τις συστάσεις του Synthesis Without a Meta-Analysis (SWiM).

Αποτελέσματα: Αξιολογήσαμε βάσει βιβλιογραφίας τη χρήση της μαγνητικής αγγειογραφίας και της MRI καρδιάς για την αναγνώριση εμβολικών πηγών που σχετίζονται με το ESUS, συμπεριλαμβανομένης της κολπικής μυοκαρδιοπάθειας, της παθολογικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας, της αθηροσκληρώσεως των μεγάλων αρτηριών που αρδεύουν τον εγκέφαλο και των παθολογιών της πυελικής φλέβας. Η προσθήκη της MRI στο διαγνωστικό αλγόριθμο των ESUS επιτρέπει την επαναταξινόμηση από 6.1 έως 82.3% όλων των περιπτώσεων ESUS.

Συμπεράσματα: Η χρήση της MRI επιτρέπει τον εντοπισμό πρόσθετων καρδιακών και αγγειακών εμβολικών πηγών και μπορεί να μειώσει περαιτέρω το ποσοστό των ασθενών με διάγνωση ESUS.

16 SCORE-BASED INDIVIDUALIZATION OF CLINICAL PRACTICE DECISIONS RELATED TO CARDIAC RHYTHM MONITORING AFTER EMBOLIC STROKE OF UNDETERMINED SOURCE

A.-M. Louka¹, S. Nagraj², A. Adamou³, K. Perlepe⁴, L. Palaodimos², G. Ntaios³

¹*Department of Internal Medicine, General Hospital of Corfu, Corfu, Greece,* ²*Department of Medicine, Jacobi Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, USA,*

³*Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece,* ⁴*Department of Cardiology, Onassis Cardiac Surgery Center, Athens, Greece*

Background: Atrial fibrillation (AF) is a frequent finding during the diagnostic work-up in patients with embolic stroke of undetermined source (ESUS). Current recommendations support a personalized and sequential stratified approach for cardiac rhythm monitoring aiming to detect AF in ESUS patients. Several risk scores have been proposed to assist guide clinical decisions about cardiac rhythm monitoring in this patient population. This systematic review aims to provide a comprehensive overview of the field. We sought to identify all published risk scores, assess their characteristics and the cohorts in which they were developed and validated, and scrutinize their predictive performance.

Aim: The aim of the present systematic review is to identify clinical risk scores for the prediction of new-onset AF, evaluate their overall performance, and assess their utility and applicability in patients after ESUS.

Materials and methods: We scanned the literature for published scores proposed for the identification of AF in ESUS patients. We conducted a systematic review of literature in MEDLINE, Google Scholar, Scopus, Cochrane Library, and the Clinical Trials registry until October 2022.

Results: We identified 12 risk scores, of which 5 were externally validated. The most frequent parameters used as components of the risk scores were echocardiographic markers, demographics, and stroke characteristics. The performance of the score ranged between 0.70 (0.59–0.80) and 0.94 (0.88–1.00). The NDAF score and the AF-ESUS score had the highest AUC: 0.87 (0.79–0.94) and 0.85 (0.79–0.86), respectively.

Conclusion: The information summarized in this overview may be useful for treating physicians to select the optimal tool for the individualization of clinical practice decisions related to cardiac rhythm monitoring in ESUS patients. The two scores with the highest AUC were the NDAF score and the AF-ESUS score, of which only the latter was externally validated.

17 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΘΕΙΣΑ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Δ. Σαγρης^{1,2}, B.J.R Buckley^{2,3}, S.L Harrison^{2,3}, A.A.-Rahim MD^{1,3}, P.A. MRes⁴, G. Y.H. Lip MD^{2,3,5}, Γ. Νταιος¹

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα, ²Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, UK, ³Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, United Kingdom, ⁴TriNetX LLC, London, United Kingdom, ⁵Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark

Σκοπός: Δεν είναι απόλυτα σαφές εάν ο τύπος της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ) σχετίζεται με τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων, συμπεριλαμβανομένου του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και του ισχαιμικού εγκεφαλικού. Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο κίνδυνος εμφάνισης ΟΕΜ και ισχαιμικού εγκεφαλικού μεταξύ ασθενών με πρωτοδιαγνωσθείσα παροξυσμική ΚΜ έναντι μη παροξυσμικής ΚΜ.

Υλικά και Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία από το ομοσπονδιακό ερευνητικό δίκτυο TriNetX. Τα άτομα με πρωτοδιαγνωσθείσα παροξυσμική ΚΜ, στα αρχεία των οποίων δεν είχε καταγραφεί κάποιο άλλο είδος ΚΜ αντιστοιχίστηκαν βάσει των κλινικών χαρακτηριστικών τους 1:1 με άτομα με μη παροξυσμική ΚΜ (εμμένουσα ή χρόνια ΚΜ), στα αρχεία των οποίων δεν είχε καταγραφεί κάποιο άλλο είδος ΚΜ. Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για χρονικό διάστημα 3 ετών για τα καταληκτικά σημεία του ΟΕΜ του ισχαιμικού εγκεφαλικού. Ο σχετικός λόγος του στιγμιαίου κινδύνου (hazard ratio; HR) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence intervals; CIs) υπολογίστηκαν με τη χρήση μοντέλου παλινδρόμησης τύπου Cox.

Αποτελέσματα: Μετά την αντιστοίχιση των ασθενών, μεταξύ 24.856 καλώς αντιστοιχισμένων ατόμων με ΚΜ (μέση ηλικία 73,3±11,5· 10.277 (41,3%) γυναίκες), 429 (1,7%) διαγνώστηκαν με ΟΕΜ και 811 (3,3%) με ισχαιμικό εγκεφαλικό κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης 3 ετών. Τα άτομα με παροξυσμική ΚΜ εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ΟΕΜ (HR: 1,71, 95% CI: 1,45–2,02) σε σύγκριση με αυτούς που είχαν μη-παροξυσμική ΚΜ. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου ΚΜ και του κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (HR: 1,09, 95%CI: 0,95–1,25).

Συμπεράσματα: Η πρωτοδιαγνωσθείσα παροξυσμική ΚΜ συσχετίστηκε με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΟΕΜ σε σύγκριση με τη μη-παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, ενώ δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου ΚΜ και του κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού.

18 DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS VERSUS VITAMIN K ANTAGONISTS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION ON HEMODIALYSIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

A. Adamou¹, D. Dimitris Chlorogiannis², I. Kardoutsos¹, D. Koukousaki¹, I. G. Kyriakoulis¹, I. Stamatiou³, D. Sagris¹, G. Ntaios¹

¹Department of Internal Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ²Department of Radiology, Patras General Hospital, Patra, Greece, ³Department of Internal Medicine, University Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis, Greece

Background: For decades, warfarin has been the cornerstone of anticoagulation in patients with atrial fibrillation (AF). However, considering large clinical trials of the latest years vitamin K antagonists (VKAs) has been replaced by the NOACs due to safety and efficacy reasons. These trials did not include some groups of patients and especially the use of DOACs in patients who suffer both from AF and end-stage renal disease (ESRD) requiring hemodialysis remains controversial, with warfarin remaining the mainstay of the treatment. However, the safety of warfarin in patients on dialysis is questioned as it may cause a higher incidence of bleeding events. This led to the need of further investigation and some clinical trials were conducted comparing VKAs to NOACs in hemodialysis patients with concomitant AF. **Registration & Data Sources:** The study was registered at PROSPERO (CRD42023391966). A systematic review of the MEDLINE and Scopus databases (last search: December 20th, 2022) was performed according to the PRISMA statement.

Study Selection: Randomized control trials (RCTs) and observational studies comparing VKAs to NOACs in AF patients in dialysis were deemed eligible.

Data Extraction: Two reviewers independently extracted data from each study and assessed study quality. Demographic and comorbidity information were obtained. The outcomes for each study and study arm were the total number of bleeding events, major bleedings, gastrointestinal bleedings, ischemic stroke and systemic embolism and deaths. All analysis were performed with Review Manager v5.

Results: Six clinical trials were included in this review, three of them are randomized control trials and three of them observational trials. A total number of 34613 participants (women: 44%) were divided to NOACs (3092) and VKAs (31521) administration. No difference was observed between two intervention groups in total bleeding events RR: 1.03 (95% CI: 0.98, 1.08), major bleedings RR: 0.78 (95% CI: 0.44, 1.39) and gastrointestinal bleedings RR: 0.77 (95% CI: 0.58, 1.03). Additionally, the risk of a future ischemic stroke or a systematic embolism RR: 0.78 (95% CI: 0.47, 1.32) and mortality RR: 1.09 (95% CI: 0.46, 2.60) was the same between NOACs and VKAs. The same comparisons were analyzed only at the included RCTs (n=341) and no differences were also presented (bleeding events RR: 0.92 (95% CI: 0.67, 1.27), major bleedings RR: 0.81 (95% CI: 0.46, 1.43), gastrointestinal bleedings RR: 0.65 (95% CI: 0.34, 1.23), ischemic stroke or systemic embolism RR: 0.39, (95% CI: 0.12, 1.32) and mortality RR: 0.94 (95% CI: 0.62, 1.43)).

Conclusion: Based on this metanalysis results, patients with AF and ESRD have similar cardiovascular clinical outcomes, hemorrhagic events, and mortality rates. Further trials, especially RCTs is necessary to be conducted as these results are based in a small number of participants.



ΚΑΘΕ
ΛΕΠΤΟ
ΜΕΤΡΑΕΙ

**Όταν απαιτείται επείγουσα αναστροφή
της αντιπηκτικής δράσης***

Beriplex® P/N
Prothrombin Complex Concentrate

**Ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ (ΠΧΠ Beriplex)*

*Τρόπος Διάθεσης: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Χονδρική τιμή: 229.15 €, Νοσοκομειακή τιμή: 206.03 €, Λιανική τιμή: 272.05 €*

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

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε
συμβουλευτείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών
του Προϊόντος σαράνοντας το QR code



CSL Behring

CSL Behring Ελλάς ΕΠΕ
Χατζηγιάννη Μέση 5, 11528 Αθήνα

Τηλέφωνο Φαρμακοεπαγρύπνησης: **210 7255660**

Για ιατρική ενημέρωση: **210 7255660**

Website: www.cslbehring.gr
Email: info.greece@cslbehring.com

BRP/AD/01/0922/GR





PP-XAR-GR-0461-1
02.2022



Bayer

Κάτοχος της άδειας κυκλοφορίας:
Bayer AG, 51368 Leverkusen, Γερμανία.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Ελλάδα: Bayer Ελλάς
ABEE, Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι.
Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ: 00357 22483858.

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

Εταιρεία συμπτώθησης



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



Xarelto®
rivaroxaban

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