

17^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΚΕΒΕ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΠΕΜΠΤΗ 24 ΜΑΪΟΥ 2018

08:30-10:00 Πρόεδροι: **Σ. Λαμπρόπουλος, Π. Μακρίδης**

OR. 01 | ΕΞΑΦΑΝΙΣΗ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΘΡΟΜΒΟΥ ΣΤΟΝ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΚΟΛΠΟ ΣΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΥΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΗΠΑΡΙΝΗΣ

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ, Α. ΜΟΥΝΤΖΟΥΡΙΔΗ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Σ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ, Π. ΡΟΔΙΤΗΣ, S.GODWIN, Μ. ΤΖΙΜΟΥ, Κ. ΠΑΥΛΙΔΗΣ, Κ. ΚΥΡΑΤΛΙΔΗΣ, Κ. ΣΤΟΚΚΟΣ, Σ. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κοζάνης

Ασυνήθιστο περιστατικό με τεράστιο θρόμβο στον ΑΡ κόλπο σε στένωση μιτροειδούς, ο οποίος εξαφανίστηκε μετά από χορήγηση ενδοφλεβίως μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης. Γυναίκα 62 ετών με κολπική μαρμαρυγή αγνώστου διάρκειας και χωρίς αντιπηκτική αγωγή, παραπονέθηκε για επιδεινούμενη δύσπνοια. Υπέρηχος καρδιάς ανέδειξε τεράστιο θρόμβο προσκολλημένο στο οπίσθιο-πλάγιο τοίχωμα του ΑΡ κόλπου και ταυτόχρονα ένα δεύτερο κινούμενο, σφαιρικό θρόμβο. Ανεξάρτητα από τον υποκείμενο μηχανισμό, η διάγνωση ενός θρόμβου ΑΡ κόλπου θα έπρεπε να θεωρείται επείγουσα ένδειξη για χειρουργείο. Την πρώτη ημέρα νοσηλείας, η ασθενής παραπονέθηκε για ξαφνικό πόνο στο ΔΕ κάτω άκρο το οποίο ήταν ψυχρό και χωρίς σφύξεις. Το Doppler ανέδειξε στένωση στη μεσότητα της ΔΕ κοινής μηριαίας αρτηρίας. Χορηγήθηκε i.v. μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη για να διατηρηθεί το aPTT~70-90 sec. Μετά από 15 ημέρες νοσηλείας ο τεράστιος θρόμβος σχεδόν εξαφανίστηκε. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση διογκωμένου ΑΡ κόλπου, με κυρίαρχη στένωση μιτροειδούς, σχετιζόμενος με ΚΜ και δημιουργία τεράστιου θρόμβου. Η ασθενής θεραπεύτηκε επιτυχώς με i.v. μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη.

OR. 02 | Η ΜΕΓΙΣΤΗ ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΩΣ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Θ. ΖΕΓΚΟΣ¹, Δ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ¹, Δ. ΝΤΕΛΙΟΣ¹, Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ¹, Π. ΡΟΥΣΚΑΣ¹, Α. ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ¹, Γ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ¹, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ², Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ¹

¹Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Στόχος της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε την αξία της μέγιστης επιμήκους παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (peak LA strain) ως προβλεπτικό παράγοντα της ικανότητας για άσκηση στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ).

Μέθοδοι

Ένα σύνολο 50 διαδοχικών ασθενών (μέσης ηλικίας 47 ± 15 , 68% άνδρες) με διαγνωσθείσα ΥΜΚ που υποβλήθηκε σε καρδιοπνευμονική δοκιμασία κόπωσης αναλύθηκε αναδρομικά. Η ικανότητα για άσκηση ορίστηκε ως η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου των ασθενών κατά τη δοκιμασία κόπωσης (peakVO₂).

Αποτελέσματα

Η μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης των υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων είχε ως αποτέλεσμα τη συνολική επιμήκη παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας ([GLS], β : 0.6, p : 0.05), τον δείκτη όγκου του αριστερού κόλπου (β : -0.17, p : 0.01), τη διάμετρο του αριστερού κόλπου (β : -4.5, p : 0.01) και το peak LA strain (β : 0.6, p : 0.005) ως βασικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ικανότητας άσκησης στους ασθενείς με ΥΜΚ. Ωστόσο, μόνο το peak LA strain παρέμεινε ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου στην πολυπαραγοντική ανάλυση (β : 0.6, p : 0.005).

Συμπέρασματα

Το peak LA strain ήταν ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της ικανότητας άσκησης στην ΥΜΚ ανεξάρτητος από το GLS, τον δείκτη όγκου του αριστερού κόλπου και τη διάμετρο του αριστερού κόλπου.

Πίνακας 1. Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης για τους υπερηχοκαρδιογραφικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ικανότητας για άσκηση στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια

	Μονοπαραγοντική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης		Πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης	
	B	P value	B	P value
Δείκτης όγκου αριστερού κόλπου	-0.17	0.005	NA	NA
Διάμετρος αριστερού κόλπου	-4.5	0.01	NA	NA
Μέγιστη επιμήκης παραμόρφωση αριστερού κόλπου	0.6	0.005	0.5	0.005
Συνολική επιμήκης παραμόρφωση της αριστερής κοιλίας	0.6	0.05	NA	NA

OR. 03 | Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χ. ΣΤΑΥΡΑΤΗ, Ν. ΚΑΤΣΙΚΗ, Κ. ΠΟΛΥΜΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΜΠΟΥΓΙΑΚΛΗ,
Χ. ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

²Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη συνέκρινε κλινικούς και βιοχημικούς δείκτες ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Ασθενείς – Μέθοδοι

Μελετήθηκαν 100 συνεχόμενοι ασθενείς με ΚΑ ηλικίας 66 ± 12 έτη, που παρακολουθούνται σε τακτικό εξωτερικό ιατρείο ΚΑ. Το 79% του πληθυσμού ήταν άνδρες και το 45% είχε ΣΔ2. Καταγράφηκαν κλινικοί και βιοχημικοί δείκτες κατά την αρχική τους επίσκεψη στο ιατρείο.

Αποτελέσματα

Οι ασθενείς με ΚΑ με και χωρίς ΣΔ2 δεν διέφεραν στην ηλικία, το φύλο, τη νεφρική λειτουργία, την αρτηριακή πίεση, τις καρδιακές σφύξεις, το κλάσμα εξώθησης, ή σε χαρακτηριστικά της ΚΑ, όπως τον τύπο, τη βαρύτητα (ΝΥΗΑ), τη διάρκεια της νόσου και τις νοσηλείες. Οι ασθενείς με ΚΑ με ΣΔ2 είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος ($p=0.05$), συχνότερα ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου ($p=0.022$), δυσλιπιδαιμίας ($p<0.001$), οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ($p<0.001$), ελάμβαναν συχνότερα στατίνες ($p<0.001$), ήταν λιγότερο πιθανό να καπνίζουν ($p=0.011$), να καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά ($p=0.036$) και να λαμβάνουν αντιαίμοπεταλιακά φάρμακα ($p=0.035$). Τα επίπεδα της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς με ΣΔ2 ($p=0.023$), ενώ ο λόγος ουδετερόφιλων: λεμφοκυττάρων ($p<0.05$) και αιμοπεταλίων: λεμφοκυττάρων ($p=0.027$) ήταν υψηλότεροι.

Συμπεράσματα

Οι ασθενείς με ΚΑ και ΣΔ2 μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετικά κλινικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά από εκείνους με ΚΑ χωρίς ΣΔ.

OR. 04 | ΚΑΡΔΙΟΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΤΑΚΟΤΣUBO – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Θ. ΜΠΟΥΓΑΣ, Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Χ. ΚΕΦΑΛΙΔΗΣ, Κ. ΖΑΓΚΑΣ,
Θ. ΤΣΕΛΕΜΠΗΣ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός

Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού μυοκαρδιοπάθειας επαγόμενης από στρες, γνωστό και ως σύνδρομο Takotsubo (TTS), που αποτελεί οξεία αναστρέψιμη κλινική οντότητα με χαρακτηριστικά οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου. Τυπικά πυροδοτείται από έντονη αρνητική συναισθηματική ή σωματική καταπόνηση. Τα ευχάριστα γεγονότα και το θετικό συναισθηματικό στρες λιγότερο συχνά αποτελούν εκλυτικό παράγοντα εμφάνισης του συνδρόμου (**Happy Heart Syndrome**).

Υλικό - Μέθοδος

Γυναίκα, 60 ετών, προσέρχεται με σημεία οξείας ανεπάρκειας της αριστεράς κοιλίας, μετά από συμμετοχή της σε μια χαρούμενη κοινωνική εκδήλωση. Από τον κλινικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I, κεντρική συμφόρηση, ήπια κινητοποίηση τροπονίνης. Στο ΗΚΓ καταγράφονται αρνητικά T στις προκάρδιες απαγωγές, ενώ στην υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη αναγνωρίστηκαν όλα εκείνα τα ευρήματα που συμπεριλαμβάνονται στα κριτήρια που έχουν προταθεί για τη διάγνωση της καρδιομυοπάθειας Takotsubo ελαττωμένο EF, υποκινησία κορυφαίων τμημάτων-υπερσυσπαστικότητα των βασικών τμημάτων LV, αυξημένη κλίση πίεσης LVOT: $V_{max} \sim 3,0$ m/sec, $AV V_{max} \sim 1,5$ m/sec. Ο αρνητικός για αποφρακτική στεφανιαία νόσο, στεφανιογραφικός έλεγχος επιβεβαίωσε τελικώς τη διάγνωση.

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα

Αυτή η νέα παρατήρηση πυροδότησης της παροδικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας από την έντονη θετική συναισθηματική φόρτιση, πέραν της γνωστής αρνητικής, διευρύνει το φάσμα των εκλυτικών παραγόντων της καρδιομυοπάθειας, ώστε να αναγνωρίζεται εγκαίρως, αφετέρου αναδεικνύει την κοινή τελική οδό επίδρασης των αντίθετων αυτών συναισθημάτων πιθανώς μέσω της υπερκατεχολαμιναιμίας, στο καρδιαγγειακό σύστημα.

OR. 05 | ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Γ. ΣΠΥΡΟΜΗΤΡΟΣ, Γ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Μ. ΜΕΛΕΤΙΔΟΥ, Ι. ΚΑΓΓΕΛΙΔΗΣ

Γ. Ν. Κατερίνης

Σκοπός

Η καταγραφή εμπειρίας ενός έτους λειτουργίας ιατρείου καρδιακής ανεπάρκειας σε περιφερειακό γενικό νοσοκομείο.

Υλικό - Μέθοδοι

116 ασθενείς με διαγνωσμένη καρδιακή ανεπάρκεια ελέχθησαν σε σχέση με την αιτιολογία του συνδρόμου, τη λειτουργική τους κατάσταση, την λήψη φαρμακευτικής αγωγής βάση ενδείξεων, τις συνοσηρότητες και τα επιδημιολογικά τους δεδομένα.

Αποτελέσματα

Ανευρέθηκε ισχαιμική αιτιολογία του συνδρόμου σε 71 ασθενείς (61,2%), βαλβιδική αιτία σε 13 ασθενείς (7%), διατακτική μυοκαρδιοπάθεια σε 26 ασθενείς (22,4%). Λειτουργική κατάσταση ΝΥΗΑ ΙΙΙ κατά την εξέταση είχαν 26 ασθενείς (22,4%). Β-αναστολείς ελάμβαναν 109 (93,9%), διουρητικά 90 (79,6%), α-ΜΕΑ 43 ασθενείς (37,06%), α ΑΤ 39 (33,6%), αν. ενδοθηλίνης 83 ασθενείς (71,5%). Αναιμία είχαν 24 (20,68%), σακχαρώδη διαβήτη 37 (31,89%), ΧΝΑ 18 (15,5%), ΧΑΠ 12 (10,34%). Κολπική μαρμαρυγή είχαν 55 ασθενείς (47,41%) ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδος 53 (45,68%) (μετρίου βαθμού 31 και σοβαρού 8). EF<40 είχαν 59 ασθενείς (50,86%) και μεταξύ 40-50% είχαν 29 (25%). Άνδρες ήταν 96 και γυναίκες 20.

Συμπεράσματα

Η στεφανιαία νόσος ανευρίσκεται συχνότερα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ως κύριο αίτιο του συνδρόμου. Οι ασθενείς λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή βάση κατευθυντήριων οδηγιών σε υψηλό ποσοστό ίδια β-αναστολείς. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι από τις συχνότερες συνοσηρότητες καθώς και η κολπική μαρμαρυγή και η ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδος.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 25 ΜΑΪΟΥ 2018

08:30-10:00 Πρόεδροι: **Ν. Γκουζούμας, Ν. Θεοδωρίδης**

OR. 06 | ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Α. ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ, Λ. ΖΙΤΙΡΙΔΟΥ, Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ, Β. ΣΑΧΠΑΚΕΙΔΗΣ, Η. ΖΑΡΒΑΛΗΣ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η διαχείριση μιας εγκυμονούσας γυναίκας ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται με βαλβιδοπάθεια αποτελεί πάντα πρόκληση. Έτσι λοιπόν με αφορμή ένα περιστατικό από την κλινική μας πράξη, αποτελεί μια ευκαιρία να θυμηθούμε τις αιμοδυναμικές αλλαγές που συμβαίνουν τόσο στην εγκυμοσύνη και στην στένωση μιτροειδούς και ποια βιβλιογραφικά δεδομένα υπάρχουν.

Σκοπός

Διαχείριση εγκυμονούσας με βαλβιδοπάθεια και μετέπειτα εξέλιξη της ασθενούς.

Υλικά - Μέθοδοι

Ασθενής 29 ετών, στην 31 εβδομάδα κύησης. Από ατομικό ιστορικό χρόνια κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή με ασενκουμαρόλη, το 2007 βαλβιδοπλαστική μιτροειδούς και ισχαιμικό ΑΕΕ το 2016. Η ασθενής νοσηλεύτηκε για λίγες μέρες στο Γ.Ν. Ιπποκρατείου λόγω νευρολογικής σημειολογίας, χωρίς να διαπιστωθεί νέο ΑΕΕ, όπου διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς και διαπιστώθηκε σοβαρή δυσλειτουργία της μιτροειδούς βαλβίδας. Έτσι η ασθενής διεκομήσθη στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου όπου υπάρχει δυνατότητα Καρδιοχειρουργικής παρέμβασης. Κατά την πρώτη εκτίμηση της ασθενούς διενεργήθηκε υπέρηχος καρδιάς που επιβεβαίωσε μέτρια προς σοβαρή στένωση μιτροειδούς βαλβίδας, με εικόνα βαλβιδοπλαστικής και ρευματικής προσβολής αυτής και της αορτικής βαλβίδας. Από την κλινική εξέταση η ασθενής είχε ταχυκαρδία, ήπια ταχύπνοια με διογκωμένες σφαγίτιδες, ενώ ανέφερε την δύσπνοια στην εύκολη κόπωση. Έτσι λόγω της κλινικής εικόνας και συμπτωμάτων τροποποιήθηκε η φαρμακευτική αγωγή με στόχο την βελτίωση των σημείων και συμπτωμάτων της καρδιακής ανεπάρκειας.

Αποτελέσματα

Με την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής της ασθενούς, υπήρξε βελτίωση των συμπτωμάτων και η ασθενής εν τέλει μπήκε σε τοκετό ολοκληρώνοντας την 32^η εβδομάδα κύησης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε καισαρική τομή, επιτυχώς χωρίς επιπλοκές τόσο γι' αυτήν όσο και για το βρέφος. Ενώ στον επαναληπτικό υπερηχογραφικό έλεγχο, παρατηρήθηκε βελτίωση της μέσης κλίσης πίεσης διαμέσου της μιτροειδούς βαλβίδας και σαφή βελτίωση των συμπτωμάτων της ασθενούς.

Συμπεράσματα

Το περιστατικό αποτελεί σπάνια πλέον περίπτωση στένωσης μιτροειδούς βαλβίδας και εγκυμοσύνης, ειδικότερα στον χώρο της Ευρώπης και αυτό οφείλεται στο ότι ο επιπολασμός του ρευματικού πυρετού έχει ελαττωθεί σημαντικά. Οπότε στις σπάνιες περιπτώσεις που αυτό συναντιέται αποτελεί μείζων πρόβλημα η θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή, ποιες δυνατότητες υπάρχουν και ποια είναι τα νεότερα δεδομένα.

OR. 07 | ΤΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σ. ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΦΑΡΜΑΚΗΣ, Α. ΜΠΟΥΛΜΠΟΥ, Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α. ΤΑΜΠΑΚΗ, Β. ΝΕΥΡΑΣ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ

Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Το διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ αποτελεί επιβεβαιωμένο παράγοντα κινδύνου του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ). Μελέτες έχουν δείξει τη σημασία της υπολιπιδαιμικής αγωγής στην καλύτερη πρόγνωση ασθενών με ΟΣΣ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της υπολιπιδαιμικής αγωγής στο κλινικό και λιπιδαιμικό προφίλ του ασθενή με ΟΣΣ, καθώς και της συσχέτισης της με τις υποκατηγορίες του ΟΣΣ.

Μέθοδοι

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης διαδοχικών ασθενών που νοσηλεύτηκαν λόγω ΟΣΣ, οι οποίοι διαχωρίστηκαν βάσει της λήψης υπολιπιδαιμικής αγωγής προ του ΟΣΣ, ή όχι. Η λήψη υπολιπιδαιμικής αγωγής αναφέρθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα δείγματα αίματος ελήφθησαν κατά τη νοσηλεία των ασθενών στην Α΄ Καρδιολογική κλινική του ΑΧΕΠΑ.

Αποτελέσματα

Οι ασθενείς υπό υπολιπιδαιμική αγωγή αντιπροσωπεύουν το 30,1% του συνόλου των ασθενών της μελέτης μας, έχουν μεγαλύτερη ηλικία [64.0 (56.5, 75.5) έναντι 58.5 (51.5, 69.0), $p = 0.027$], και μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος [28.5 (26.1, 31.4) vs 27.2 (24.2, 30.2), $p = 0.009$] συγκριτικά με την ομάδα των ασθενών που δεν λάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή. Στην ομάδα των ασθενών υπό αγωγή παρατηρείται αυξημένη συχνότητα αρτηριακής υπέρτασης (40 (72.7%) έναντι 58 (45.3%), $p=0.001$), σακχαρώδους διαβήτη (21 (38.2) έναντι 23 (18.0), $p=0.006$), δυσλιπιδαιμίας (45 (81.8) έναντι 25 (19.5), $p<0.001$) και ιστορικού προηγούμενου εμφράγματος του μυοκαρδίου (32 (58.2) έναντι 13 (10.4), $p<0.001$). Αναφορικά με το λιπιδαιμικό προφίλ, οι ασθενείς υπό υπολιπιδαιμική αγωγή είχαν χαμηλότερη ολική χοληστερόλη (159 (142, 180) έναντι 178 (149, 208) mg/dl, $p=0.02$), μειωμένη LDL χοληστερόλη (89.5 (75.0, 106.5) έναντι 108.0 (84.5, 131.5) mg/dl, $p=0.005$) καθώς και μειωμένη HDL χοληστερόλη (36 (31, 42) έναντι 40.0 (33.0, 48.5) mg/dl, $p=0.02$). Όσον αφορά τον τύπο του ΟΣΣ, στην ομάδα των ασθενών υπό υπολιπιδαιμική αγωγή που νοσηλεύτηκαν για ΟΣΣ, παρατηρείται μειωμένο ποσοστό STEMI [40.0% έναντι 66.4%, ($p=0.002$)] και αυξημένο ποσοστό ασταθούς στηθάγχης [27.3% έναντι 8.6%, ($p=0.002$)] σε σχέση με την ομάδα των ασθενών χωρίς υπολιπιδαιμική αγωγή. Όσον αφορά τα NSTEMI περιστατικά, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Συμπεράσματα

Οι ασθενείς υπό υπολιπιδαιμική αγωγή παρουσιάζουν καλύτερο λιπιδαιμικό προφίλ και όταν εμφανίσουν ΟΣΣ έχουν μειωμένο ποσοστό STEMI και αυξημένο ποσοστό ασταθούς στηθάγχης που πιθανώς οφείλεται στην σταθεροποίηση της αθηρωματικής πλάκας, την μειωμένη αγγειακή φλεγμονή και την μειωμένη συσσώρευση αιμοπεταλίων που επιτυγχάνεται με την υπολιπιδαιμική αγωγή.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά και συννοσηρότητες

	Χωρίς υπολιπιδαιμική αγωγή (n = 128)	Υπό υπολιπιδαιμική αγωγή (n = 55)	P – value
Ηλικία, έτη	58.5 (51.5, 69.0)	64.0 (56.5, 75.5)	0.02
Γένος Θήλυ, n %	25 (19.5)	15 (27.3)	0.33
BMI, kg/m ²	27.2 (24.2, 30.2)	28.5 (26.1, 31.4)	0.009
Αρτηριακή Υπέρταση, n%	58 (45.3)	40 (72.7)	0.001
Σακχαρώδης Διαβήτης, n%	23 (18.0)	21 (38.2)	0.006

Δυσλιπιδαιμία, n%	25 (19.5)	45 (81.8)	<0.001
Κάπνισμα, n %	104 (81.2)	38 (69.1)	0.10
Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, n%	58 (45.3)	30 (54.5)	0.32
Ολική χοληστερόλη, mg/dl	178 (149, 208)	159 (142, 180)	0.02
Τριγλυκερίδια, mg/dl	128.0 (96.5, 164.5)	137 (98.5, 211.5)	0.19
LDL, mg/dl	108.0 (84.5, 131.5)	89.5 (75.0, 106.5)	0.005
HDL, mg/dl	40.0 (33.0, 48.5)	36 (31, 42)	0.02

BMI = δείκτης μάζας σώματος, MI = έμφραγμα του μυοκαρδίου,
LDL: λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας, HDL: λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας

Πίνακας 2: Λιπιδαιμική αγωγή και υποκατηγορίες ΟΣΣ			
	Χωρίς υπολιπιδαιμική αγωγή (n=128)	Υπο υπολιπιδαιμική αγωγή (n=55)	P-value
STEMI, n%	85 (66.4)	22 (40.0)	0.002
NSTEMI, n%	32 (25.0)	18 (32.7)	0.37
UA, n%	11 (8.6)	15 (27.3)	0.002

STEMI: έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανύψωση του ST, NSTEMI: έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανύψωση του ST, UA: ασταθή στηθάγχη

OR. 08 | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΣΤΟ ΕΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

Ι. ΦΑΡΜΑΚΗΣ, Α. ΜΠΟΥΛΜΠΟΥ, Σ. ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΤΑΜΠΑΚΗ, Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Β. ΝΕΥΡΑΣ, Ε. ΜΑΡΚΙΔΗΣ, Δ. ΚΟΣΜΙΔΗΣ, Α. ΒΛΑΧΟΥ, Α. ΚΟΥΤΣΑΚΗΣ, Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ, Γ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑΣ

Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο αφορά ένα ευρύ φάσμα ηλικιών. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αναδείξει τις διαφορές στους παράγοντες κινδύνου, καθώς και στο λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών, ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης.

Μέθοδοι

Πρόκειται για προοπτική μελέτη ασθενών που πήραν εξιτήριο με διάγνωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου από το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ μεταξύ Ιουνίου 2016 και Φεβρουαρίου 2017. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες με ηλικιακό όριο τα 60 έτη και κατεγράφησαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, παράγοντες κινδύνου και το λιπιδαιμικό προφίλ στην νοσηλεία. Στο ετήσιο follow-up των ασθενών προσδιορίστηκε το λιπιδαιμικό προφίλ.

Αποτελέσματα

Από τους 81 ασθενείς, οι 41 (50.6%) είναι άνω των 60 ετών. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και υπερλιπιδαιμίας, ενώ οι νεότεροι καπνίζουν σε υψηλότερο ποσοστό. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στο δείκτη μάζας σώματος, στο οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου και στο ιστορικό προηγηθείσας στεφανιαίας νόσου. 48 ασθενείς στο σύνολο (59.3%) εμφάνισαν STEMI και οι 26 από αυτούς (54.1%) ήταν κάτω των 60 ετών. Όσον αφορά στο λιπιδαιμικό προφίλ που καταγράφηκε στη νοσηλεία, οι ασθενείς <60 ετών εμφανίζουν υψηλότερη τιμή ολικής χοληστερόλης [<60 ετών: διάμεσος 202 (171-219) mg/dl, >60 ετών διάμεσος 150 (131-189) mg/dl, $p<0.001$] και LDL-C [<60 ετών: διάμεσος 122 (96-151) mg/dl, >60 ετών διάμεσος 87.5 (67.25-121.25) mg/dl, $p<0.001$]. Από το σύνολο των ασθενών, οι 36 (44.4%) δεν πέτυχαν τον λιπιδαιμικό στόχο LDL-C <70 mg/dl, ενώ παράλληλα 14 ασθενείς (17.3%) εμφάνισαν LDL-C >100 mg/dl. Οι δύο ομάδες δε φάνηκε να διαφέρουν στο λιπιδαιμικό προφίλ του ετήσιου follow-up.

Συμπεράσματα

Οι μεγαλύτεροι των 60 ετών ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο εμφανίζουν περισσότερες συννοσηρότητες, σε αντίθεση με τους μικρότερους των 60 ετών ασθενείς που εμφανίζουν υψηλότερες τιμές ολικής χοληστερόλης και LDL-C. Παρόλα αυτά, οι διαφορές αυτές εξομαλύνονται στο έτος, με την πλειοψηφία των ασθενών να πετυχαίνει ή να προσεγγίζει σημαντικά το λιπιδαιμικό στόχο. Μια σημαντική μερίδα ασθενών παραμένει σε υψηλό υπολειπόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

N=81	Σύνολο	Ηλικία <60 (n=40, 49.4%)	Ηλικία ≥60 (n=41, 50.6%)	P value
Ηλικία, έτη	60 (52.7-71)	52.5 (48-56)	71 (65.5-76.5)	
Θήλυ φύλο, n	16 (19.8%)	5 (12.5%)	11 (26.8%)	P=0,105
Δείκτης Μάζας Σώματος, kg/m ²	27.3 (24.9-30.9)	27.7 (25-32)	26.8 (24.7-29)	P=0.188
Κάπνισμα, n	36 (44.4%)	27 (67.5%)	9 (21.9%)	P<0.001
Αρτηριακή υπέρταση, n	44 (54.3%)	13 (32.5%)	31 (75.6%)	P<0.001
Σακχαρώδης διαβήτης, n	21 (25.9%)	6 (15%)	15 (36.6%)	P=0.027
Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ, n	37 (45.7%)	16 (40%)	21 (51.2%)	P=0.311

Δυσλιπιδαιμία, n	30 (37%)	10 (25%)	20 (48.8%)	P=0.027
Περιφερειακή αρτηριακή νόσος, n	7 (8.6%)	3 (7.5%)	4 (9.7%)	P=0.718
Ιστορικό προηγειθήσας ΣΝ, n	21 (25.9%)	7 (17.5%)	14 (34.1%)	P=0.087
Ιστορικό προηγούμενου εμφράγματος, n	18 (22.2%)	6 (15%)	12 (29.3%)	P=0.123
Λήψη στατινών, n	16/69 (23.2%)	6 (15%)	10 (24.4%)	P=0.227
STEMI, n	48 (59.3%)	26 (65%)	22 (53.7%)	P=0.299
NSTE-ACS, n	33 (40.7%)	14 (35%)	19 (46.3%)	
TC.hosp, mg/dl	180 (143.5-210)	202 (171-219)	150 (131-189)	P<0.001
TG.hosp, mg/dl	137 (97.5-200)	142 (104-210)	125 (91.5-200.5)	P=0.265
HDL.hosp, mg/dl	39 (31-45)	40 (31-46)	39 (30.5-45)	P=0.828
LDL.hosp, mg/dl	106 (82.5-133)	122 (96-151)	87.5 (67.25-121.25)	P<0.001
TC.1year, mg/dl	137 (123.5-159)	139 (125-164)	135 (122.25-159)	P=0.476
TG.1year, mg/dl	118 (85-160.5)	115 (96-185)	112 (81.5-142.75)	P=0.216
HDL.1year, mg/dl	41 (35-50)	38 (34-44)	43.5 (35-53)	P=0.126
LDL.1year, mg/dl	67 (51-83.5) mean=73.4	67 (54-83)	65.5 (51-85.5)	P=0.660
TC.diff, mg/dl	37 (4.5-70.5)	60 (20-83)	18 (-19.25-48)	P=0.002
TG.diff, mg/dl	23 (-6-48)	25 (-2-48)	22 (-7.75-48)	P=0.713
HDL.diff, mg/dl	-4 (-10.5-4.5)	0 (-9-5)	-6.5 (-14.5-1.5)	P=0.129
LDL.diff, mg/dl	38 (7-63.5)	49 (20-75)	28 (-7-49.25)	P=0.003
LDL>70, n	36 (44.4%)	18 (45%)	18 (43.9%)	P=0.921
LDL>100, n	14 (17.3%)	6 (15%)	8 (19.5%)	P=0.591

ΣΝ=στεφανιαία νόσος, TC=total cholesterol, TG=triglycerides, HDL=high density lipoprotein, LDL=low density lipoprotein

OR. 09 | ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΡΑΝΟΛΑΖΙΝΗ

Κ. ΖΑΓΚΑΣ, Χ. ΧΑΤΖΗΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Θ. ΜΠΟΥΓΑΣ, Χ. ΚΕΦΑΛΙΔΗΣ, Θ. ΤΣΕΛΕΜΠΗΣ, Ε. ΣΑΒΒΙΔΟΥ, Ν. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Ν. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Δράμας

Σκοπός

Η διερεύνηση της ανάπτυξης πρώιμων ηλεκτροκαρδιογραφικών (ΗΚΓ) μεταβολών σε διαβητικούς ασθενείς με σταθερή στηθάγχη που έλαβαν χαμηλή δόση ρανολαζίνης (325 mg bid) καθώς επίσης και η μεταβολή στην λειτουργική τους κατάσταση (τροποποιημένο ερωτηματολόγιο Kansas).

Υλικό – Μέθοδος

31 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και σταθερή στηθάγχη (τυπική η άτυπη) εισήχθησαν αρχικά στη μελέτη(69% άνδρες, 72,7±6,3ετων,70% με ιστορικό εμφράγματος η PCI, 84% υπερτασικοί ,35% ινσουλινοθεραπευόμενοι). Έγινε ανάλυση των ΗΚΓ δεικτών(διάστημα PR,εύρος QRS,QT,QTc,άξων QRS,T) κατά την πρώτη επίσκεψη καθώς και τρεις μήνες αργότερα .Καταγράφηκε η Α.Π και στις δυο επισκέψεις. Ακόμη έγινε καταγραφή ερωτηματολογίου (kansas questionnaire) λειτουργικής ικανότητας (εκτίμηση στηθάγχης, λειτουργικότητας, διάθεσης). Η στατιστική συγκριτική ανάλυση έγινε με student t-test ,excel.

Αποτελέσματα

Καμία στατιστικά σημαντική μεταβολή δεν καταγράφηκε στα ΗΚΓ πλην μη ειδικής μεταβολής του άξονα του T: PR διάστημα 174vs179 ms, p: NS, QRS εύρος 108,7 vs111,2ms p: NS, QT διάστημα 423,8 vs 418,3 ms, p: NS, QTc διάστημα 438,5 vs 438,05 ms, p: NS, άξων QRS +24,6 vs+25,2°,p: NS, άξωνT +79,7 vs+28,3 ,p: 0,01.Στους περισσότερους ασθενείς καταγράφηκε υψηλή συστολική ΑΠ και στις δυο επισκέψεις: 155,8vs157,5mmhg. Στατιστικά σημαντική τάση βελτίωσης της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών καταγράφηκε στους τρεις μήνες, kansas score:2,88 vs 2,7 p: 0,05 που οφείλεται κυρίως στη βελτίωση της στηθάγχης(score 1,29 vs1,11 p: 0,05).

Συμπέρασμα

Η χορήγηση ρανολαζίνης στην χαμηλή δόση ,δεν επιφέρει πρώιμες ΗΚΓ μεταβολές στους πρώτους τρεις μήνες σε ασθενείς με διαβήτη και σταθερή στηθάγχη. Η σταθερά αυξημένη ΑΠ στους στεφανιαίους διαβητικούς αποτελεί σημείο κλειδί στην έκβαση τους. Η πρώιμη βελτίωση των συμπτωμάτων στηθάγχης είναι πιθανή μετά χορήγηση ρανολαζίνης δύσκολο όμως να εκτιμηθεί επαρκώς καθώς απαιτεί πολυπαραγοντική αξιολόγηση

OR. 10 | ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ, Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Λ. ΖΙΤΙΡΙΔΟΥ, Α. ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ, Σ. ΣΩΤΗΡΙΟΥ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Η διαχείριση και η αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων την τελευταία 10ετία μεταβλήθηκε πλήρως με τη χρήση της στεφανιογραφίας και της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Οι ανωτέρω μεταβολές συνοδεύθηκαν με αντίστοιχα αποτελέσματα στην πρόγνωση και τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές των ασθενών.

Σκοπός

Η καταγραφή της συσχέτισης των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και της εξ' αυτών ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Υλικά – Μέθοδοι

Η μελέτη περιλαμβάνει καταγραφή των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων που διαχειριστήκαμε στη στεφανιαία μονάδα του νοσοκομείου μας κατά το έτος 2017, καταγραφή της υποκείμενης στεφανιαίας νόσου αποτυπωθείσας με στεφανιογραφία και του κλάσματος εξώθησης εξόδου από το νοσοκομείο. Επισημάναμε ξεχωριστά τα περιστατικά που αντιμετώπισθηκαν συντηρητικά για ποικίλους λόγους και τους θανάτους που κατεγράφησαν.

Αποτελέσματα

Νοσηλεύθηκαν συνολικά 468 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο στη στεφανιαία μονάδα το έτος 2017. Εξ αυτών 191 ήταν STEMI (41%) και τα υπόλοιπα (60%) NSTEMI. Συντηρητικά αντιμετωπίστηκαν 59 ασθενείς (12,6%). Η θνητότητα ανήλθε σε 11,75%. Εκ του αγγειογραφικού ελέγχου ως προς τα STEMI: Στο 46% το πάσχον αγγείο ήταν το πολύ 1, στο 41% δύο και στο 13% 3 ή και νόσος στελέχους. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα NSTEMI που υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία ήταν 42%, 26,5% και 31,8% αντίστοιχα. Όσον αφορά το κλάσμα εξώθησης εξόδου στην πρώτη ομάδα σοβαρά μειωμένο εμφάνιζε το 13% μέτρια ελαττωμένο το 35,6% και φυσιολογικό ή ελαφρώς μειωμένο το 51%. Τα αντίστοιχα ποσοστά στη δεύτερη ομάδα ήταν 8,3%, 28,6% και 63,1%. Στη συντηρητική αντιμετώπιση το 40% περίπου είχε σοβαρά μειωμένο κλάσμα εξώθησης και το 60% φυσιολογικό ως και μετρίως ελαττωμένο.

Συμπέρασμα

Η επίπτωση της βαριάς ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας εμφανίζεται σε μικρό ποσοστό των ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Καθοριστικό ρόλο στην ανωτέρω εικόνα παίζει η γενικευμένη εφαρμογή της στεφανιογραφίας και της πρωτογενούς αγγειοπλαστικής. Πλέον το 50% των ασθενών εξέρχεται από το νοσοκομείο με φυσιολογικό ή ελαφρά μειωμένο κλάσμα εξώθησης. Η πολυαγγειακή στεφανιαία νόσος σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας και χειρότερη μακροπρόθεσμη πρόγνωση.

OR. 11 | ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΟ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ ΣΤΗΝ ΕΥΣΤΑΧΙΑΝΗ ΒΑΛΒΙΔΑ. ΣΠΑΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕ ΣΠΑΝΙΟ ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Ι. ΑΛΕΥΡΟΥΔΗΣ¹, Δ. ΕΚΚΛΗΣΙΑΡΧΟΣ², Δ. ΧΑΡΙΣΟΠΟΥΛΟΣ¹, Ε. ΜΑΣΣΑ¹, Μ. ΠΑΣΑΚΙΩΤΟΥ¹, Ε. ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ², Ι. ΚΟΤΣΑΜΙΔΗ¹, Θ. ΘΟΛΙΩΤΗ¹, Τ. ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ¹, Τ. ΔΑΔΟΥΣ², Ι. ΚΑΝΟΝΙΔΗΣ², Ε. ΜΟΥΛΟΥΔΗ¹

¹Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Β' Καρδιολογική κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Γενικά

Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε βαλβίδα της καρδιάς. Η ενδοκαρδίτιδα δεξιών κοιλοτήτων εμφανίζεται με συχνότητα 5 – 10% επί συνόλου περιστατικών λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας και επιδημιολογικά σχετίζεται με ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών, στους ασθενείς με βηματοδότη ή με κεντρικές φλεβικές γραμμές και σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων ενδοκαρδίτιδας δεξιών κοιλοτήτων περιλαμβάνει την τριγλώχινη βαλβίδα. Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα της ευσταχιανής βαλβίδας είναι μια ασυνήθιστη εντόπιση με παρόμοια σημεία και συμπτώματα ενδοκαρδίτιδας στη τριγλώχινα βαλβίδα. Κύριος αιτιολογικός παράγοντας είναι ο *Staphylococcus aureus*. Σπάνια έχουν περιγραφεί και άλλα παθογόνα μικρόβια, με το *Staphylococcus epidermidis* να είναι σπανιότατο.

Κλινική Περίπτωση

Πρόκειται για έναν άντρα 51 ετών με ατομικό ιστορικό ΣΔ ΙΙ, αληθούς πολυκυτταραιμίας, παλαιού ισχαιμικού ΑΕΕ (προ 12ετίας) και πρόσφατου οδοντικού αποστήματος (προ 2μήνου), ο οποίος ενώ εισήχθη στην νευροχειρουργική κλινική με διάγνωση πιθανούς νεοεξεργασίας στον ινιακό λοβό. Τελικά αποδείχθηκε ότι έπασχε από εγκεφαλικό απόστημα προερχόμενο από εστία λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας της ευσταχιανής βαλβίδας με πιθανή συμμετοχή της τριγλώχινας. Αιτία, αυτής της παράδοξης εντόπισης στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, αποτέλεσε η ύπαρξη αριστεροδεξιάς επικοινωνίας μέσω ελλείματος της μεμβρανώδους μοίρας του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Συμπεράσματα

Η ευσταχιανή βαλβίδα, αν και σπάνια, μπορεί να βλαπτεί από παθογόνο μικροοργανισμό και να νοσήσει. Θα πρέπει να αναζητάται και να διερευνάται σε περιπτώσεις ύποπτων λοιμώξεων και παράδοξων εμβολών. Επίσης οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να έχουν υψηλό δείκτη υποψίας, ακόμα και όταν οι ασθενείς παρουσιάζονται με άτυπα κλινικά συμπτώματα. Καθοριστικό ρόλο κατέχει η διενέργεια διοισοφάγειας υπερηχοκαρδιογραφίας. Η θεραπευτική στρατηγική καθίσταται εξόχως δυσχερής, λόγω της σπανιότητας της ανατομικής θέσης που χρήζει υψηλού βαθμού υποψίας. Τα διεθνώς ελάχιστα στον αριθμό περιγραφόμενα περιστατικά, αποτρέπουν στη δημιουργία συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών.

ΣΑΒΒΑΤΟ 26 ΜΑΪΟΥ 2018

08:30-10:00 Πρόεδροι: Γ. Κατσέας, Π. Κλιγκάτσης

OR. 12 | ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ, FAMILY TRIO WHOLE EXOME SEQUENCING ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CHARCOT MARIE TOOTH

Σ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ^{1,2}, Π. ΠΑΠΑΓΚΙΚΑΣ¹, Α. ΜΙΛΚΑΣ¹, Γ. ΜΠΟΜΠΟΤΗΣ³,
Ν. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ^{4,2}, Γ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ^{5,2}, Γ. ΘΩΔΗ², Ι. ΛΟΥΚΑΣ^{6,2}

¹Καρδιολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

²Biomedgene lab, Αθήνα

³Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

⁴Medical school Comenius University Bratislava Slovakia

⁵Medical school European University of Cyprus

⁶ΕΚΠΑ

Σκοπός

Η διάγνωση ενός παιδιού 12 ετών με υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, όπου συμβατικές διαγνωστικές μέθοδοι και έλεγχοι μεμονωμένων ύποπτων γονιδίων δεν έδωσαν διάγνωση.

Υλικά – Μέθοδοι

Εφαρμόστηκε η τεχνολογία Whole Exome Sequencing (πλατφόρμα Complete Genomics, κάλυψη 100x) για την ανάλυση των εξονίων του ανθρώπινου γονιδιώματος στους γονείς και στο παιδί ταυτόχρονα (Family Trio Whole Exome Sequencing), δίνοντας την δυνατότητα «φιλτραρίσματος» των μεταλλάξεων ως κληρονομούμενες ή de novo. Διεξήχθη ανάλυση μέσω άμεσης σύγκρισης του γονιδιώματος του ασθενούς με την ανθρώπινη αλληλουχία αναφοράς (αρχείο 200.000 μεταλλάξεων).

- «Φιλτράρισμα» βάσει των κριτηρίων αποκλεισμού: MAF>1%, κοινές μεταλλάξεις dbSNP, ήπιες/πιθανώς ήπιες με βάση το ClinVar
- Κατηγοριοποίηση σε παθογόνες & πιθανώς παθογόνες μεταλλάξεις
- Έλεγχος ετεροζυγωτίας/ ομοζυγωτίας, συσχέτιση με τον κλινικό φαινότυπο του παιδιού
- *In-silico* ανάλυση μεταλλάξεων αγνώστου κλινικής σημασίας με 6 υπολογιστικά εργαλεία (π.χ. Sift, Mutation Taster, FATHM) και επιλογή προς αναφορά εκείνων που υπέδειξαν τουλάχιστον 4 ως «πιθανώς παθογόνες».

Αποτελέσματα

Το παιδί είναι διπλό ετερόζυγο για δυο παθογόνες μεταλλάξεις p.A188T & p.C46X στα γονίδια *MYO5A* & *IGHMBP2* αντίστοιχα, οι οποίες επιβεβαιώθηκαν με Sanger Sequencing. (Πατέρας: p.A188T, *MYO5A*, Μητέρα: p.C46X, *IGHMBP2*)

Συμπεράσματα

«Η διαγνωστική οδύσσεια» του παιδιού τελείωσε σε 3 μήνες, ενώ τα προηγούμενα 12 χρόνια οι υπάρχουσες διαγνωστικές μέθοδοι είχαν αποτύχει να δώσουν σαφές διαγνωστικό αποτέλεσμα.

**OR. 13 | ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΟ ΣΟΚ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΜΙΩΔΑΡΟΝΗΣ**

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ, Α. ΜΟΥΝΤΖΟΥΡΙΔΗ, Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ, Σ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ, Π. ΡΟΔΙΤΗΣ,
S. GODWIN, Μ. ΤΖΙΜΟΥ, Κ. ΠΑΥΛΙΔΗΣ, Κ. ΚΥΡΑΤΛΙΔΗΣ, Κ. ΣΤΟΚΚΟΣ, Σ.
ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ

Γ.Ν. Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ», Καρδιολογική Κλινική

Άνδρας 51 ετών προσήλθε αιτώμενος αίσθημα παλμών. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή. Η ακρόαση καρδιάς και πνευμόνων δεν ανέδειξε κάποιο παθολογικό εύρημα. Ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό, χωρίς αλλεργίες. Στη Στεφανιαία Μονάδα έγινε έναρξη φόρτισης με αμιωδαρόνη ενδοφλεβίως. Την στιγμή της έναρξης χορήγησής της, ο ασθενής εμφάνισε δύσπνοια, κνιδωτικό εξάνθημα στο άνω άκρο της χορήγησης, οίδημα προσώπου. Στο monitor παρουσιάστηκαν πολύμορφες έκτακτες κοιλιακές συστολές οι οποίες μετέπεσαν σε Torsades de pointes και ασυστολία. Χορηγήθηκαν: αδρεναλίνη, ατροπίνη και κορτιζόνη ενδοφλεβίως και έγινε έναρξη καρδιακών συμπίεσεων. Εντός 30-45 δευτερολέπτων ο ασθενής ανένηψε. Ο εργαστηριακός έλεγχος και η ακτινογραφία θώρακος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο υπέρηχος καρδιάς δεν ανέδειξε αξιόλογα ευρήματα. Η Αμιωδαρόνη αποτελεί class III αντιαρρυθμικό φάρμακο με πιθανές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ανάμεσά τους: σοβαρή αλλεργική αντίδραση–αναφυλακτικό σοκ, αρρυθμίες και καρδιακή ανακοπή. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες δεν συναντώνται συχνά και η ταυτόχρονη καταγραφή τους σε ασθενή χωρίς κάποια σοβαρή καρδιοπάθεια και ιστορικό αλλεργίας είναι εξαιρετικά σπάνια.

OR. 14 | ΠΛΗΡΗΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΝΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΣΚΕΛΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ν. ΙΩΑΚΕΙΜΙΔΗΣ¹, Δ. ΒΑΛΑΣΙΑΔΗΣ¹, Λ. ΝΑΝΗΣ¹, Π. ΚΛΙΓΚΑΤΣΗΣ¹, Σ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ²

¹Γ.Ν. Φλώρινας «Ελένη Θ. Δημητρίου», Καρδιολογική Κλινική

²Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Καρδιολογική Κλινική

Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας ασθενούς, η οποία προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν. Φλώρινας αιτιώμενη αιφνίδια ζάλη, καταβολή δυνάμεων και αστάθεια από τριάντα λεπτών. Το ατομικό της αναμνηστικό περιελάμβανε: αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και υποθυρεοειδισμό. Η ασθενής είχε γνωστό αποκλεισμό αριστερού σκέλους αποδεικνυόμενο από παλαιά ηλεκτροκαρδιογραφήματά της. Κατά την κλινική εξέταση καταγράφηκαν 31 παλμοί ανά λεπτό. Δε διαπιστώθηκε κανένα άλλο σημείο αιμοδυναμικής αστάθειας. Το ΗΚΓ που πραγματοποιήθηκε αποκάλυψε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό με αραιά συμπλέγματα QRS, τα οποία προσμοιάζαν σε μορφολογία αποκλεισμό δεξιού σκέλους. Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως Ατροπίνη 2mg και σύντομα ο ρυθμός ανατάχθηκε σε φλεβοκομβικό με αποκλεισμό αριστερού σκέλους. Η ασθενής μεταφέρθηκε άμεσα στη στεφανιαία μονάδα της καρδιολογικής κλινικής. Κατά τη νοσηλεία της παρέμεινε κλινικά σταθερή ενώ δεν επανεμφανίστηκε πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Προγραμματίστηκε και πραγματοποιήθηκε εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη σε τρίτοβάθμιο νοσοκομείο, ενώ η στεφανιογραφία η οποία διενεργήθηκε δεν αποκάλυψε αθηρωματικές βλάβες ή στενώσεις. Με χαρακτηριστικό παράδειγμα το προαναφερθέν περιστατικό αξίζει να σημειωθεί η υψηλή επίπτωση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού σε διαβητικούς ασθενείς, γεγονός που αποδεικνύεται σε αρκετές αναδρομικές μελέτες. Λόγω έλλειψης προοπτικών μελετών σχετικών με το ζήτημα, ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός πίσω από την παραπάνω συσχέτιση παραμένει ακαθόριστος, με πιθανές εξηγήσεις τη διαβητική μικροαγγειοπάθεια και νευροπάθεια. Εξάγεται το συμπέρασμα πως ο κλινικός ιατρός ανεξαρτήτως ειδικότητας θα πρέπει να διατηρεί υψηλή υποψία όσον αφορά στις διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγιμότητας σε διαβητικούς ασθενείς.

OR. 15 | ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΑΖΑΣ ΣΕ ΚΑΛΩΔΙΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Η. ΚΑΠΙΤΣΙΝΗΣ, Λ. ΖΙΤΙΡΙΔΟΥ, Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΧΟΒΑ, Δ. ΦΑΡΜΑΚΗΣ,
Α. ΠΙΛΑΛΙΔΟΥ, Ι. ΣΤΥΛΙΑΔΗΣ

Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή

Ο αριθμός των ασθενών με ξένα σώματα εντός του καρδιαγγειακού συστήματος για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς αυξάνεται διαρκώς. Η παραμονή τους είναι προσωρινή (π.χ. port χημειοθεραπείας, ενδοαγγειακοί καθετήρες) ή μόνιμη (π.χ. μεταλλικές βαλβίδες, καρδιακοί βηματοδότες και απινιδωτές). Οι επιπλοκές εκ της παρουσίας αυτών των υλικών είναι ευλόγως αυξανόμενες σε συχνότητα.

Σκοπός

Η διαχείριση ενός ασθενούς που έφερε μόνιμο βηματοδότη επί των ηλεκτροδίων του οποίου ανευρέθησαν δυο ευμεγέθη κινητά μορφώματα.

Υλικά – Μέθοδοι

Άνδρας 54 ετών εισήχθη λόγω αναφερόμενης δύσπνοιας σε μικρή προσπάθεια. Ο ασθενής έφερε διπλοεστιακό μόνιμο βηματοδότη λόγω πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Από τον αδρό εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη υψηλή τιμή δ - διμερών. Με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε η ύπαρξη δυο ευμεγεθών μισχωτών μορφωμάτων επί των ηλεκτροδίων αυτού που πάλλονταν περιστροφικά γύρω από αυτά. Για διαφοροδιαγνωστικούς λόγους και προς αποκλεισμό λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας διενεργήθηκε διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα, ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες και δείκτες φλεγμονής. Διενεργήθηκε αξονική πνευμονική αγγειογραφία που ανέδειξε μικρές περιφερικές πνευμονικές εμβολές.

Αποτελέσματα

Ο ασθενής παρέμεινε σε σταθερή κατάσταση υπό παρεντερική αντιπηκτική αγωγή. Συνήλθε το heart team που αποφάσισε άμεση χειρουργική αντιμετώπιση του ασθενούς λόγω αυξημένου κινδύνου μαζικής πνευμονικής εμβολής. Έγινε χειρουργική εξαίρεση των μορφωμάτων τα οποία απεδείχθησαν μακροσκοπικά και ιστολογικά κύστεις με οροπυώδες περιεχόμενο ως αποτέλεσμα υποκλινικής θεραπευθείσας λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Περαιτέρω διαπιστώθηκε θρόμβωση της άνω κοίλης φλέβας και των κλάδων αυτής. Το σύστημα αφαιρέθηκε εξολοκλήρου και ετέθη επικαρδιακός βηματοδότης. Ο ασθενής πήρε εξιτήριο με αντιπηκτική αγωγή.

Συμπέρασμα

Η διαγνωστική προσέγγιση συμπτωματικών ασθενών με παρουσία ξένων σωμάτων πρέπει να θέτει την υποψία τυχόν επιπλοκές εκ της παρουσίας αυτών. Είναι αναγκαία η προσεκτική κλινική, εργαστηριακή και απεικονιστική διερεύνηση και η γρήγορη λήψη αποφάσεων καθότι κάποιες επιπλοκές όπως η ανωτέρω αποτελούν επείγον χειρουργικό περιστατικό.

OR. 16 | VERNAKALANT ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΤΑΞΗ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Σ. ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ, Ι. ΣΙΔΕΡΗ, Χ. ΧΡΥΣΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΠΑΠΑΖΑΧΑΡΙΟΥ,
Δ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Ι. ΤΣΟΥΝΟΣ

Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Vernakalant (V) σχετικά νέος φαρμακευτικός παράγοντας χορηγούμενος ενδοφλεβίως προκαλεί ταχεία ανάταξη πρόσφατης έναρξης επεισοδίου κοιλιακής μαρμαρυγής (AF) σε φλεβοκομβικό ρυθμό (SR).

Διερευνήθηκε ο χρόνος ανάταξης επεισοδίων AF, σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς χωρίς δομική καρδιοπάθεια.

Υλικό – Μέθοδοι

Στην μελέτη συμπεριλήφθησαν 35 ασθενείς 20 άνδρες - 15 γυναίκες, μ.ο ηλικίας $57 \pm 2,5$ έτη, με συμπτωματική πρόσφατης έναρξης (<48 ωρών AF). Συνδέθηκαν σε monitor παρακολούθησης καρδιακού ρυθμού και παρέμειναν για τρεις ώρες μετά την ανάταξη. Η αρχική δοσολογία ήταν 3,0 mg/Kg σε διάστημα 10 min, ακολουθούμενη από ένα 15λεπτο διάστημα παρακολούθησης. Αν δεν ανετάσσεται, χορηγείται δεύτερη δόση 2,0 mg/Kg σε διάστημα 10 min. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε Αιματολογικό, Βιοχημικό και Θυρεοειδικό έλεγχο. Υποβλήθησαν σε ECHO-TRIPLEX για μέτρηση των δομικών και λειτουργικών παραμέτρων.

Αποτελέσματα

25 ασθενείς ανατάχθηκαν (21 με την 1η δόση). Ο μέσος χρόνος ανάταξης ήταν 10 ± 2 min. Απο τους 10 ασθενείς που δεν ανατάχθηκαν οι 7 είχαν πολλαπλά επεισόδια (AF>2) και οι άλλοι 3 απορρύθμιση θυρεοειδικής λειτουργίας. Δεν παρατηρήθηκαν απειλητικές αρρυθμίες μετά την χορήγηση της (V).

Συμπεράσματα

Η (iv) χρήση της (V) αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπισης πρόσφατης έναρξης επεισοδίου (AF). Πλεονέκτημα αποτελεί η ταχεία ανάταξη σε (SR), που συνεπάγεται μείωση της διάρκειας και του κόστους νοσηλείας.

OR. 17 | Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΓΙΣΤΗΣ ΕΠΙΜΗΚΟΥΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Θ. ΖΕΓΚΟΣ¹, Δ. ΠΑΡΧΑΡΙΔΟΥ¹, Δ. ΝΤΕΛΙΟΣ¹, Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ¹, Π. ΡΟΥΣΚΑΣ¹, Α. ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ¹, Γ. ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ¹, Β. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ², Χ. ΚΑΡΒΟΥΝΗΣ¹

¹Α Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Γ Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να αξιολογήσουμε την προβλεπτική ικανότητα της μέγιστης επιμήκους παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου (peak LA strain) για κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (ΥΜΚ).

Μέθοδοι

Ένα σύνολο 50 διαδοχικών ασθενών (μέσης ηλικίας 47 ± 15 , 68% άνδρες) με διεγνωσθείσα ΥΜΚ και με φλεβοκομβικό ρυθμό κατά την πρώτη εκτίμηση τους αναλύθηκαν αναδρομικά. Ασθενείς με ΚΜ θεωρήθηκαν όσοι είχαν τουλάχιστον ένα τεκμηριωμένο επεισόδιο της αρρυθμίας.

Αποτελέσματα

Ένα σύνολο 13 ασθενών είχε τουλάχιστον ένα επεισόδιο τεκμηριωμένης αρρυθμίας. Οι ασθενείς με ΚΜ είχαν σημαντικά αυξημένο δείκτη όγκου αριστερού κόλπου ($38 \pm 14 \text{ ml/m}^2$ έναντι $62 \pm 25 \text{ ml/m}^2$, $p: 0.005$) και μειωμένο peak LA strain ($12.7 \pm 4\%$ έναντι $20.8 \pm 6\%$, $p < 0.001$) σε σύγκριση με αυτούς χωρίς αρρυθμία. Αν και μονοπαραγοντικά η αρρυθμία προβλεπόταν και από τις δύο παραπάνω παραμέτρους (OR 1.07, $p 0.003$ και OR 0.77, $p 0.001$ αντίστοιχα), ωστόσο, στην πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο το peak LA strain παρέμεινε ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας (OR 0.82, $p 0.01$) (Πίνακας 1). Η βέλτιστη τιμή του peak LA strain για την πρόβλεψη της αρρυθμίας ήταν 17.5% με ειαισθησία 93% και ειδικότητα 82%.

Συμπέρασματα

Το peak LA strain είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για ΚΜ σε ασθενείς με ΥΜΚ, ακόμη και αφού σταθμιστεί με το δείκτη όγκου του αριστερού κόλπου.

Πίνακας 1. Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης για την προβλεπτική ικανότητα της μέγιστης επιμήκους παραμόρφωσης του αριστερού κόλπου για την κολπική μαρμαρυγή στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια

	Μονοπαραγοντική ανάλυση		Πολυπαραγοντική ανάλυση	
	OR(CI)	P value	OR(CI)	P value
Δείκτης όγκου αριστερού κόλπου	1.07(1.02-1.11)	0.003	1.04(0.99-1.09)	0.069
Επιμήκης παραμόρφωση αριστερού κόλπου	0.77(0.66-0.90)	0.001	0.82(0.69-0.96)	0.016