



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

Τοπικός αντιπρόσωπος του κατόχου άδειας
κυκλοφορίας στην Κύπρο: Novagem Ltd,
Τηλ: 00357 22483858.

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Τηλ: +30 210 6187742, Fax: +30 210 6187522
Email: medinfo.gr.cy@bayer.com
Αρ. ΓΕΜΗ 000299101000

Εταιρεία 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
Αρ. ΓΕΜΗ 000264601000



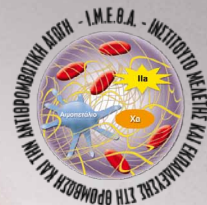
Τιμές ανά δοσολογική μορφή	Λιανική τιμή
XARELTO® F.C.TAB 10MG/TAB BT x 10 TABS	23,66 €
XARELTO® F.C.TAB 15MG/TAB BT x 28 TAB	66,61 €
XARELTO® F.C.TAB 2,5MG/TAB BT x 56 TAB	64,26 €
XARELTO® F.C.TAB 20MG/TAB BT x 28 TAB	66,61 €

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο
απαιτείται ιατρική συνταγή

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

Ι.Μ.Ε.Θ.Α.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ
ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



11^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ - ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

21 - 23 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2023
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ *EPIRUS PALACE*
ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Χορηγούνται 20 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής
Εκπαίδευσης (C.M.E. Credits)
από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



ΔΗΜΟΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

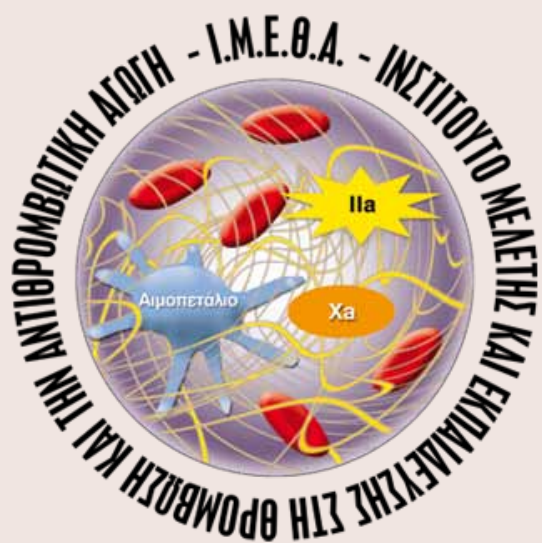


ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ



Ευχαριστίες

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



ΑΦΟΙ Α. ΣΕΛΙΑΔΗ Α.Ε.



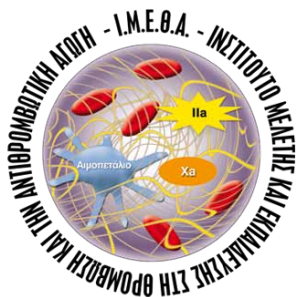
PMI SCIENCE
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL



Pharmaceutical Laboratories S.A



VIANEX S.A.
PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS
MEMBER OF GIANNAKOPOULOS GROUP



Διοικητικό Συμβούλιο Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης

στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή

Πρόεδρος: Μ. Ματσάγκας

Αντιπρόεδρος: Δ. Ρίχτερ

Γεν. Γραμματέας: Κ. Καλαντζή

Ταμίας: Ε. Λευκού

Ειδ. Γραμματέας: Ε. Αρναούτογλου

Μέλη: Γ. Ντάιος

Δ. Πανταζή

Α. Τσελέπης

Μ. Φλωρεντίν

Αν. Μέλος: Δ. Σαγρής



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ**



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**ΔΗΜΟΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**ΙΑΤΡΙΚΟΣ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Περιεχόμενα	
Διοικητικό Συμβούλιο - Οργανωτική Επιτροπή	1
Χαιρετισμός.....	4
Γενικές Πληροφορίες	6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	9-26
<i>Πέμπτη 21 Σεπτεμβρίου 2023</i>	10-12
<i>Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023</i>	13-19
<i>Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023</i>	20-26
Δορυφορικές Διαλέξεις	27
Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές	32-38
Προφορικές και Αναρτημένες Ανακοινώσεις	39-93
<i>Προφορικές Ανακοινώσεις</i>	40-58
<i>Αναρτημένες Ανακοινώσεις</i>	59-93



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους των μελών του ΔΣ του Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή (ΙΜΕΘΑ), έχω την τιμή και τη χαρά να σας προσκαλέσω στο **11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής** που θα πραγματοποιηθεί, με φυσική παρουσία συμμετεχόντων, στην πόλη των θρούλων, στα υπέροχα **Ιωάννινα**, στο **Ξενοδοχείο Epirus Palace** στις **21 – 23 Σεπτεμβρίου 2023**.

Έχοντας ως κεντρικό άξονα των δραστηριοτήτων μας τη συμβολή στην εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας γύρω από τα θέματα που αφορούν στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή, επιλέξαμε ως τόπο διεξαγωγής του Συνεδρίου την πρωτεύουσα της Ηπείρου, την πόλη με το ιδιαίτερο φυσικό κάλλος, τα γυάλινα Γιάννινα του Μιχάλη Γκανά, την πόλη του Νεοελληνικού Διαφωτισμού με τις περίφημες σχολές της προεπαναστατικής περιόδου και τους εμπνευσμένους δασκάλους, την πόλη των Γραμμάτων, προκειμένου να δώσουμε την ευκαιρία σε συναδέλφους από όλη την Ελλάδα, αλλά και σε συναδέλφους και μελλοντικούς επιστήμονες Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, να γνωρίσουν και να εκπαιδευτούν στη Θρόμβωση. Ταυτόχρονα, επιθυμώντας να δημιουργήσουμε ένα γόνιμο πεδίο σύγκλισης διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων (Παθολόγοι, Καρδιολόγοι, Αιματολόγοι, Αγγειοχειρουργοί, Αιαισθησιολόγοι, Γυναικολόγοι, Ορθοπαιδικοί, Χειρουργοί, Γενικοί Ιατροί, Γαστρεντερολόγοι, Νεφρολόγοι κ.ά.) προκειμένου να συζητήσουμε όλες τις τρέχουσες εξελίξεις στο θεματικό πεδίο της θρόμβωσης, θέσαμε ως σημαντικό στόχο του Συνεδρίου μας να δοθούν απαντήσεις σε δυσεπίλυτα θέματα που αφορούν στην ορθή χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων στην καθημερινή κλινική πράξη.

Έτσι, το 11^ο Συνέδριο του ΙΜΕΘΑ θα προσπαθήσει να αναδείξει την έρευνα που συντελείται σήμερα στη χώρα μας στη Θρόμβωση και την αντιθρομβωτική φαρμακολογία, με σκοπό την περαιτέρω ενίσχυση των ερευνητικών προσπαθειών και τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για το σχεδιασμό μελλοντικών συνεργασιών σε αυτό το επιστημονικό πεδίο. Με σκοπό να καλυφθεί όλο το φάσμα της Θρόμβωσης και έχοντας πάντα ως βασική αρχή την «ιατρική βασισμένη στις αποδείξεις», καταρτίσαμε ένα επιστημονικό πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει διεπιστημονικά στρογγυλά τραπέζια, επιστημονικές αντιπαραθέσεις, συνεδρίες προφορικών και αναρτημένων ανακοινώσεων ερευνητικών αποτελεσμάτων καθώς και διαλέξεις με διεθνούς κύρους προσκεκλημένους ομιλητές. Με γνώμονα τη διάδραση μεταξύ ομιλητών και κοινού, συμπεριλάβαμε διαδραστικές συνεδρίες - συναντήσεις με τους ειδικούς στο πλαίσιο των οποίων θα συζητηθούν σημαντικά ζητήματα που αφορούν στη Θρόμβωση και την αντιθρομβωτική αγωγή σήμερα.

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

Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική τη φετινή μας συνάντηση καθώς, με τη λήξη της πανδημίας του τοξικού κορονοϊού, η φυσική παρουσία και η ενεργός συμμετοχή σας στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του ΙΜΕΘΑ, θα προσθέσει ψηφίδες στο παζλ της γνώσης μας για το πάντα επίκαιρο θέμα της Θρόμβωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισής της.

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

Ο Πρόεδρος του ΙΜΕΘΑ

Μ. Ματσάγκας,

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



Γενικές Πληροφορίες

Τόπος και Χρόνος Συνεδρίου

Το 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης – Αντιθρομβωτικής Αγωγής θα πραγματοποιηθεί αποκλειστικά με τη φυσική παρουσία συνέδρων στις **21-23 Σεπτεμβρίου 2023**, στα **Ιωάννινα**, στο ξενοδοχείο **Epirus Palace**.

Δικαίωμα Συμμετοχής

- Ειδικοί Ιατροί - **140,00 €**
- Ειδικευόμενοι Ιατροί - **50,00 €**
- Λοιποί Επαγγελματίες Υγείας - **Δωρεάν**
- Φοιτητές - **Δωρεάν**
- Νοσηλευτές - **Δωρεάν**
- Ειδικοί & Ειδικευόμενοι Ιατροί (Μέλη Ι.Σ. Ιωαννίνων, Άρτας, Πρέβεζας, Θεσπρωτίας) - **Δωρεάν**
- Ειδικοί και Ειδικευόμενοι Ιατροί (Αποκλειστική Συμμετοχή στο Κλινικό Φροντιστήριο για τους Ιατρούς Π.Φ.Υ.) - **Δωρεάν**

Οι ως άνω τιμές επιβαρύνονται με ΦΠΑ 24%

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Την παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Την παραλαβή του Τελικού Προγράμματος- Τόμου Περιλήψεων
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης (e-certificate). Χορηγούνται **20 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME – CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για τις ιατρικές ειδικότητες
- Για τους Ιατρούς που θα παρακολουθήσουν αποκλειστικά το Κλινικό Φροντιστήριο για τους Ιατρούς Π.Φ.Υ., το **Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023**, χορηγούνται **3,5 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME – CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

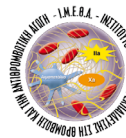
Βράβευση Ανακοινώσεων

Το Ι.Μ.Ε.Θ.Α. έχει θεσμοθετήσει η βράβευση των τριών καλύτερων ανακοινώσεων που θα λάβουν την υψηλότερη βαθμολογία κατά την παρουσίασή τους. Κριτήρια επιλογής αποτελούν η πρωτοτυπία του θέματος, ο σχεδιασμός, η εκτέλεση, η τεκμηρίωση, το γενικό ενδιαφέρον καθώς και η ολοκληρωμένη παρουσίαση. Η βράβευση των εργασιών θα πραγματοποιηθεί κατά την Τελετή Λήξης του Συνεδρίου, το **Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023** και ώρα **20:00**.

Κατά την απονομή των βραβείων, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον ενός εκ των μελών της συγγραφικής ομάδας κάθε ανακοίνωσης.

Γενικές Πληροφορίες

Οργάνωση



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

Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7211845

e-mail: info@imetha.gr

website: www.imetha.gr

Γραμματεία Συνεδρίου



ΚΕΓΜ Τουριστικές & Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε.

Congress World

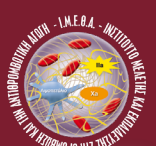
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 ΑΘΗΝΑ

Τηλ. 210 72 10001, Φαξ. 210 72 10051

E-mail: info@congressworld.gr

Website: www.congressworld.gr

Επιστημονικό Πρόγραμμα



Πέμπτη 21 Σεπτεμβρίου 2023

15:30-16:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

16:00-17:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ σελ. 40-47

Προεδρείο: Σ. Συμινελάκης, Κ. Παπάς

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Κ. Θεοδωρίδου¹, Γ. Σακαλής¹, Σ. Γαλάνης², Γ. Τρελλόπουλος³, Ε. Τσακιρμαπάλογλου⁴, Ζ. Σαχλά¹

¹Παθολογική Κλινική, ²Επεμβατικός Ακτινολόγος, ³Αγγειοχειρουργός, ⁴Ακτινολόγος, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

2. Δ-ΔΙΜΕΡΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ

Γ. Βελισάρης, Γ. Ματθαίουπουλος, Χ. Μαντής, Σ. Μαυρουδέας, Μ.-Α. Βελισάρη, Θ. Κώτσης, Ν. Λαζίλι, Κ. Βασιλειάδης, Αικ. Γαλανοπούλου, Δ. Φλέσσας, Ε. Σεϊτανίδη, Ν. Καυκάς

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ

3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ERA, DOACS ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Ι.Κ. Κουτσαλιάρης, Α.Δ. Τσελέπης

Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

4. Η ΩΣΜΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Στράτου¹, Δ. Πανταζή², Α. Πέτρου³, Ε. Ντουνούση⁴, Α.Δ. Τσελέπης²

¹Κλινική Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς ΠΓΝΙ, ²Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/ Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, ³Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΙ, ⁴Κλινική Νεφρολογίας, ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

5. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΟΔΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Α. Πατραμάνη¹, Θ. Δερβίσογλου², Θ. Λιλλής², Γ. Γιαμούζης³

¹Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα με τίτλο: «Θρόμβωση και Αντιθρομβωτική Αγωγή», Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Τμήμα Οδοντιατρικής Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Θρόμβωση και Αντιθρομβωτική Αγωγή» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Πέμπτη 21 Σεπτεμβρίου 2023

6. ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΒΑΣΕΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ε. Γεωργιάδη, Α.-Λ. Σκούρα, Α. Νούσιας, Α. Βασδέκη, Π. Κώτση

Τμήμα Αιμοδοσίας-Αιματολογικό Εργαστήριο, ΠΓΝ Λάρισας, Μεζούρλο, Λάρισα

- 17:00-18:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ:
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ -
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Προεδρείο: Λ. Μιχάλης, Ι. Κανακάκης

- 17:00-17:08 ΠΓΝ Ιωαννίνων
Λ. Μιχάλης
- 17:08-17:15 **Συζήτηση**
- 17:15-17:23 ΠΓΝ Ιωαννίνων
Δ. Νίκας
- 17:23-17:30 **Συζήτηση**
- 17:30-17:38 ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Χ. Παπαδόπουλος
- 17:38-17:45 **Συζήτηση**
- 17:45-17:53 ΓΝ Ιωαννίνων «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»
Α. Κότσια
- 17:53-18:00 **Συζήτηση**
- 18:00-18:08 ΠΓΝ Πατρών
Γ. Τσίγκας
- 18:08-18:15 **Συζήτηση**
- 18:15-18:23 ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ. ΦΛΕΜΙΝΓΚ»
Γ. Τριάντης
- 18:23-18:30 **Συζήτηση**



Πέμπτη 21 Σεπτεμβρίου 2023

- 18:30-19:30 ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**
ΑΠΛΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΟΥ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ.
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ
Συντονιστές: Π. Κοραντζόπουλος, Ν. Φραγκάκης
Συμμετέχοντες: Δ. Ρίχτερ, Ι. Κανακάκης, Α. Μπεχλιούλης,
Α. Πιπιλής, Κ. Παππάς
- 18:30-18:45 CHA2DS2VASC SCORE =1 – Χορηγούμε σε όλους αντιπηκτικά;
- 18:45-19:00 Επεισόδια υψηλής κολπικής συχνότητας (AHRE)
στα διαγνωστικά του βηματοδότη/απινιδιστή –
Πότε βάζουμε αντιπηκτική αγωγή;
- 19:00-19:15 Έκτακτες κολπικές / υπερκοιλιακές συστολές με υψηλό
CHA2DS2VASC SCORE – Δικαιολογείται η χορήγηση
αντιπηκτικών;
- 19:15-19:30 Νεφρική νόσος τελικού σταδίου (αιμοκάθαρση/περιτοναϊκή
κάθαρση) & κολπική μαρμαρυγή / Δικαιολογείται η χρήση
αντιπηκτικών; Ποια και σε ποιους ασθενείς;
- 19:30-20:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  (Σελ. 27)
- 20:00-20:30 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ “STATE OF THE ART”**
Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου
Νέες μελέτες για την περί επεμβατική διαχείριση των DOACs
J. Douketis
- 20:30 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**
ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

**09:00-10:00 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑ/
ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ****Προεδρείο: Γ. Νταλέκος, Γ. Γκλαντζούνης**

09:00-09:07 Διαχείριση ασθενούς με κίρρωση ήπατος και πρόσφατη κίρροραγία που εμφανίζει θρόμβωση πυλαίας σε υπέρηχο κοιλιάς

Ε. Ρηγοπούλου09:07-09:12 **Συζήτηση**

09:12-09:19 Ασθενής με κολλική μαρμαρυγή υπό DOAC, παράταση INR και θρομβοπενία προσέρχεται με κίρροραγία. Πώς θα τον αντιμετωπίσω στην οξεία φάση και τι αντιθρομβωτική αγωγή θα λάβει αφού σταθεροποιηθεί;

Δ. Σαμωνάκης09:19-09:24 **Συζήτηση**

09:24-09:31 Διαχείριση ασθενούς με ACLF (acute on chronic liver failure) και διαταραχές πήκτικότητας

Η. Τσιάκας09:31-09:36 **Συζήτηση**

09:36-09:43 Διαχείριση ασθενούς με κίρρωση ήπατος και παράταση INR που λαμβάνει κουμαρινικό αντιπηκτικό λόγω μεταλλικής βαλβίδας ή κολλικής μαρμαρυγής

Γ. Καλαμπόκης09:43-09:48 **Συζήτηση**

09:48-09:55 Περιεπεμβατική διαχείριση ασθενούς με κίρρωση ήπατος που θα υποβληθεί σε κολεκτομή για κακοήθεια παχέος εντέρου

Π. Στρατηγοπούλου09:55-10:00 **Συζήτηση****10:00-10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ NETs ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΘΡΟΜΒΩΣΗ****Προεδρείο: Γ. Νταλέκος, Α. Τσελέπης**

10:00-10:12 Εξωκυττάρειες παγίδες ουδετεροφίλων (NETs): Μηχανισμοί παραγωγής


Δ. Πανταζή

10:12-10:27 NETs και Αθηροθρομβωτικά συμβάντα: Παθοφυσιολογικά και κλινικά δεδομένα

Α. Τσελέπης10:27-10:30 **Συζήτηση**



Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

- 10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 11:00-11:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**  (Σελ. 27)
- 11:30-12:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ANTI-FXI
Προεδρείο: Α. Τσελέπης, Λ. Μιχάλης
 - 11:30-11:40 Αναστολείς του FXI: Σύντομη εισαγωγή
Α. Τσελέπης
Κλινική Αξιολόγηση. Δεδομένα μελετών κλινικής αξιολόγησης των anti-FXI:
 - 11:40-11:50 Στις ορθοπεδικές επεμβάσεις
Γ. Γκιάτας
 - 11:50-12:00 Στην κολπική μαρμαρυγή
Α. Νάκα
 - 12:00-12:10 Στο μη καρδιοεμβολικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο
Γ. Ντάιος
 - 12:10-12:30 Συζήτηση - Σχολιασμός «Anti-XI. Τα νεότερα Doacs για όλους ή μια πολυτέλεια για λίγους;»
Κ. Καλαντζή, Α. Κορομπίλιας
- 12:30-13:00 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ “STATE OF THE ART”**
Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας
Advanced Medical Informatics in Clinical Decision Support
Α. Spyropoulos
- 13:00-13:30 DEBATE «ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ. ΘΑ ΞΕΚΙΝΗΣΟΥΜΕ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ;»**
Προεδρείο: Γ. Τριάντης, Δ. Σαγρής
 - 13:00-13:08 Ναι! αλλά πότε, ποιο και πώς;
Ε. Κορομπόκη
 - 13:08-13:16 Όχι! και πώς θα προστατέψω τον ασθενή από ένα θρομβοεμβολικό επεισόδιο
Κ. Σπάργιας
 - 13:16-13:30 **Συμπεράσματα/Σχολιασμός**

Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

**13:30-14:00 ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ****Προεδρείο: Α. Τσελέπης, D. Mauri**13:30-13:44 Καρδιοτοξικές δράσεις αντικαρκινικών φαρμάκων
Δ. Πανταζή13:44-13:58 Νέα μόρια με ισχυρή αντικαρκινική και αντιθρομβωτική δράση
Α. Τσελέπης13:58-14:00 **Συζήτηση****14:00-14:50 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ****ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ Ε - P O S T E R S** σελ. 59-93**Προεδρείο: Α. Καρακώστα, Ε. Σαμαρά, Μ. Περούλης****14:50-16:00 ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ** σελ. 48-58**Προεδρείο: Ι. Ντάλλας, Α. Κωνσταντινίδης****7. Η C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΡΔΙΑ-
ΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Η ΘΑΝΑΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ****D. Sagris^{1,2}, T. Bucci^{1,3}, S.L. Harrison¹, P. Underhill⁴, D. Pastori⁵,
G. Ntaios³, G. McDowell^{1,6}, B.J.R. Buckley¹, G.Y.H. Lip^{1,6,7}***¹Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and
Liverpool John Moores University, Liverpool, United Kingdom, ²Depart-
ment of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences,
University of Thessaly, Larissa, Greece, ³Department of General Surgery
and Surgical Specialties "Paride Stefanini", Sapienza University of Rome,
Rome, Italy, ⁴TriNetX LLC, London, United Kingdom, ⁵Department of
Clinical Internal, Anesthesiological and Cardiovascular Sciences, Sapienza
University of Rome, Rome, Italy, ⁶Liverpool and Heart and Chest Hospital,
Liverpool, United Kingdom, ⁷Department of Clinical Medicine, Aalborg
University, Denmark***8. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ: ΑΠΟ ΤΗ «ΜΑΤΙΑ» ΤΟΥ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΥ****Α. Κοτσιαύτη^{1,2}, Γ. Κυριακίδης², Δ. Μοσχανδρέου², Α. Σπηλιόπου-
λος², Ε. Γρουζή²***¹Αιματολογικό Τμήμα, ΠΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα, ²Νοσοκομειακή Υπη-
ρεσία Αιμοδοσίας - Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης, ΓΑΝ «Ο Άγιος
Σάββας», Αθήνα*



Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

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

Δ. Σαγρής^{1,2}, B.J.R. Buckley^{2,3}, S.L. Harrison^{2,3}, A. Abdul-Rahim^{1,3}, M.P. Austin Res⁴, Lip G.Y.H.^{2,3,5}, Γ. Ντάιος¹

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

10. Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟ

Δ. Σαγρής^{1,2}, Ε. Κορομπόκη³, Γ. Ντάιος¹, Σ. Τζέις⁴, 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 Εμπειρογνώμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, ΠΓΝ Λάρισας, ²Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ³Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα, ⁵Θεραπευτική Κλινική, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁶Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁷Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Αρεταίειον, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁸Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότη, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, ⁹Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark, ¹⁰Hellenic Cardiovascular Research Society, Αθήνα

Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

11. ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Μ. Καλαϊτζόγλου¹, Γ. Γιαμούζη², Β. Τζαλαμούρας¹, Ι. Ζαρίφης¹, Μ. Ματσάγκας³

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, ²Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, ³Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

12. ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΜΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΔΟΣΟΛΟΓΙΕΣ ΠΡΩΤΑΜΙΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ε. Σαμαρά¹, Α. Καρακώστα¹, Ε. Αθανασοπούλου¹, Δ. Οικονόμου¹, Σ. Συμμελάκης², Π. Τζίμας¹

¹Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Καρδιοχειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

13. OFF-LABEL ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΟΑΣ ΣΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Θ. Μπαμπάλη¹, Λ. Λάκκας², Κ. Παππάς², Σ. Συμμελάκης¹

¹Τμήμα Θώρακος-Καρδιάς, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ²Β' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων



Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

16:00-17:00 ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ

Προεδρείο: Χ. Σαββόπουλος, Γ. Ντάιος

16:00-16:08 70 ετών με κοιλιακή μαρμαρυγή
Μ. Φλωρεντίν

16:08-16:15 **Συζήτηση**

16:15-16:23 62 ετών με ενδοκράνια αθηροσκλήρωση
Δ. Σαγρής

16:23-16:30 **Συζήτηση**

16:30-16:38 45 ετών με ανοικτό ωοειδές τρήμα
Ν. Κακαλέτσης

16:38-16:45 **Συζήτηση**

16:45-16:53 68 ετών με σύντομες ριπές υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας
Κ. Ζέκιος

16:53-17:00 **Συζήτηση**

17:00-18:30 ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ «ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ»

(ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΥΤΩΝ)

Συντονιστές: Μ. Ματσάγκας, Γ. Ντάιος, Δ. Ρίχτερ

Συμμετέχοντες: Α. Λάζαρης, Δ. Σαγρής, Α. Σπανός, Κ. Σπάργιας

17:00-17:15 Ασθενής με παλαιό έμφραγμα και stent στεφανιαίων παρουσιάζει οξεία ισχαιμία ΔΕ σκέλους

17:15-17:30 Ασθενής με αγγειοπλαστική στεφανιαίας αρτηρίας προ μηνός παρουσιάζει αιμορραγία σε έδαφος αγγειοδυσπλασίας του λεπτού εντέρου

17:30-17:45 Ασθενής με Στ. Νόσο 2 αγγείων (LCX 60%, RCA 60%), ασυμπτωματικός, αρνητική δοκιμασία ισχαιμίας. Τι θα δώσουμε; (Τίποτα - Ασπιρίνη - DAPT - ασπιρίνη & ριβαροξαμπάνη)

17:45-18:00 Ασθενής παλαιό ΑΕΕ υπό ασπιρίνη υποβάλλεται σε ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

- 18:00-18:15 Ασθενής με πρόσφατο ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος ενδοκράνιας αθηρωματικής πλάκας
- 18:15-18:30 OEM και αγγειοπλαστική στον πρόσθιο κατιόντα σε ασθενή 67 ετών. 2 μήνες μετά κάνει υπαραχνοειδή εγκεφαλική αιμορραγία. Τι κάνουμε;

18:30-19:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

19:00-19:30 ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΙΑΛΕΞΗ "STATE OF THE ART"

Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου, Φ. Ντάνου

Reversal of DOACs

Christian von Heymann

19:30-20:30 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ. ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΔΥΣΚΟΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΕΠΙΛΥΣΗ

Παρουσιάσεις περιστατικών - Συντονισμός:

Ε. Αρναούτογλου, J. Douketis

**Σχολιαστές: Α. Σργουρούλος, Π. Τζίμας, Κ. Σταμούλης,
Π. Στρατηγοπούλου, Ε. Κοράκη, Α. Νάκα,
Δ. Αδαμίδου**

- 19:30-19:50 Ασθενής υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή λόγω τοποθέτησης DES προς διουρηθρική προστατεκτομή λόγω καρκίνου
- 19:50-20:10 Ασθενής υπό rivaroxaban προς χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης όγκου εγκεφάλου
- 20:10-20:30 Ασθενής υπό arixaban λόγω κολπικής μαρμαρυγής προσέρχεται για χειρουργική αποκατάσταση διατροχαντήριου κατάγματος



Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

09:15-10:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ
ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Προεδρείο: Γ. Λιάμης, Μ. Μήτσης

Σχολιασμός: Σ. Τσιάρα, Δ. Αδαμίδου, Θ. Στέφος

09:15-09:23 Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΧΕΠΑ»
Χ. Σαββόπουλος

09:23-09:30 **Συζήτηση**

09:30-09:38 Νεφρολογική Κλινική ΠΓΝΙ
Ε. Ντουνούση

09:38-09:45 **Συζήτηση**

09:45-09:53 Χ/Κ Κλινική ΠΓΝ Λάρισας
Α. Βαλαρούτσος

09:53-10:00 **Συζήτηση**

10:00-10:08 Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Α. Μαμόπουλος

10:08-10:15 **Συζήτηση**

10:15-10:23 ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Μ. Βουσβούκη

10:23-10:30 **Συζήτηση**

10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ

Νεότερα καπνικά προϊόντα. Φίλος ή απειλή
για τη δημόσια υγεία;

Κ. Καλαντζή

11:00-11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

11:30-13:00 ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ- ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Προεδρείο: Ε. Νομικού, Ε. Γρουζή

11:30-11:45 Καθ' έξιν αποβολές και θρομβοφιλία - Τι έδειξε η ALIFE-2;
Ε. Λευκού

11:45-12:00 Κληρονομική Θρομβοφιλία και κύηση
Π. Κώτση

12:00-12:15 Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και κύηση
Δ. Αδαμίδου

12:15-12:30 Προφύλαξη και θεραπεία φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου
στην κύηση
Φ. Γκιρτοβίτης

12:30-13:00 **Σχόλια/συζήτηση με το κοινό**



Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

13:00-14:00 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΘΡΟΜΒΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Συντονιστές: Α. Spygoroulos, Γ. Γεροτζιάφας
Συμμετέχοντες: Μ. Φλωρεντίν, Α. Βαλαρούτσος,
Χ. Αρναούτογλου, Φ. Γκιρτοβίτης,
Ε. Λευκού

- 13:00-13:12 Υπερήλικας ασθενής με άνοια, νοσηλεύεται με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού. Πρέπει να λάβει θρομβοπροφύλαξη; Και, αν ναι, για πόσο;
- 13:12-13:24 Ασθενής νοσηλεύεται με ημιπάρεση εξαιτίας ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Δεν έχει προφανή λόγο να λάβει αντιπηκτική αγωγή. Πρέπει να λάβει μακροχρόνια θρομβοπροφύλαξη;
- 13:24-13:36 Ασθενής με παθολογία στην περιοχή του ισχίου πρόκειται να υποβληθεί σε αρθροπλαστική. Πόσο χρονικό διάστημα πρέπει να διαρκέσει η θρομβοπροφύλαξη;
- 13:36-13:48 Άρρεν 67 ετών με BMI 36 υποβάλλεται σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή λόγω καρκίνου της κεφαλής του παγκρέατος. Από το ατομικό αναμνηστικό του, ο ασθενής έχει αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Ποια είναι η ενδεδειγμένη δόση και η διάρκεια της προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής;
- 13:48-14:00 Γυναίκα 50 ετών εμφανίζει μαζική Πνευμονική εμβολή στα πλαίσια ήπιας νόσησης με Covid-19. Για πόσο διάστημα θα λάβει αντιπηκτική αγωγή;

14:00-15:15 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

15:15-16:30 ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**«ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ Ή ΣΤΗ ΜΕΘ»****Συντονιστές: Ε. Αρναούτογλου, Χ. Μηλιώνης, Φ. Ντάνου****Σχολιασμός: Δ. Σαγρής, Μ. Φλωρεντίν**15:15-15:23 Μέλαινα σε ασθενή υπό αντιπηκτική αγωγή με dabigatran
Δ. Χριστοδούλου15:23-15:30 **Συζήτηση**15:30-15:38 Τραυματική ρήξη υποκλειδίου σε ασθενή υπό arixaban
Μ. Περούλης15:38-15:45 **Συζήτηση**15:45-15:53 Αιμόπτυση σε ασθενή με μεταλλική βαλβίδα και INR 8
Κ. Σταμούλης15:53-16:00 **Συζήτηση**16:00-16:08 Ασθενής με απειλητική για τη ζωή ενδοκράνια αιμορραγία
που ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή και νοσηλεύεται στη ΜΕΘ
Α. Παπαθανασίου16:08-16:15 **Συζήτηση**16:15-16:23 Ασθενής με όψιμη μετεγχειρητική αιμορραγία
μετά από θωρακотоμή υπό αντιπηκτική αγωγή στα ΤΕΠ
Μ. Μπαρέκα16:23-16:30 **Συζήτηση****16:30-17:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ AstraZeneca** 

(Σελ. 27)

**17:00-18:00 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΔΙΕΘΝΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CAT
Προεδρείο: Γ. Γεροτζιάφας, Α. Τσελέπης**17:00-17:10 ESC
Α. Πιπιλής17:10-17:20 ESMO
Γ. Γεροτζιάφας17:20-17:30 ITAC-CME
J. Douketis17:30-18:00 **Συζήτηση**



Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

18:00-18:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

18:30-20:00 ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

«ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΣΤΗΝ ΦΛΕΒΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ»

Συντονιστές: Γ. Γεροτζιάφας, Μ. Ματσάγκας, Ε. Λευκού

Συμμετέχοντες: Α. Spygourou, Σ. Τσιάρα, Α. Λάζαρης

- 18:30-18:45 Γυναίκα με ιστορικό προκλητής DVT παραπέμπεται στο Ιατρείο από τον γυναικολόγο της για οδηγίες ενόψει προγραμματισμένης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- 18:45-19:00 Ασθενής με ιδιοπαθή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση γαστροκνημίας συμπληρώνει 6 μήνες αντιπηκτική αγωγή. Μετά τι;
- 19:00-19:15 Ασθενής 50 ετών με DVT, σε αγωγή με Rivaroxaban παραπέμπεται στο Ιατρείο λόγω αυξημένων δ-διμερών και παράτασης PT και APTT
- 19:15-19:30 Έγκυος στη 16η εβδομάδα κύησης με εμφάνιση επιπολής φλεβοθρόμβωσης AP κάτω άκρου
- 19:30-19:45 Ασθενής με νεοδιαγνωσθέντα καρκίνο παγκρέατος υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία. Χρειάζεται αντιπηκτική αγωγή;
- 19:45-20:00 Γυναίκα 38 ετών παραπέμπεται στο Ιατρείο με μη προκλητή Πνευμονική εμβολή

20:00 ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

Αίθουσα Β'

**ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

09.00-09.05 ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΚΑΛΩΣΟΡΙΣΜΑ

Μ. Ματσάγκας, Α. Τατσιώνη

**09.05-09.30 ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ-ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥΣ**

Προεδρείο: Α. Τατσιώνη

09:05-09:25 **Εισήγηση: Α. Τσελέπης**

09:25-09:30 **Συζήτηση - Ερωτήσεις**

09.30-10.00 ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ: ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Προεδρείο: Α. Σπανός

09:30-09:50 **Εισήγηση: Κ. Καλαντζή**

09:50-10:00 **Συζήτηση - Ερωτήσεις**

**10.00-10.30 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ
ΑΡΧΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Προεδρείο: Α. Σπανός

10:00-10:20 **Εισήγηση: Μ. Φλωρεντίν**

10:20-10:30 **Συζήτηση - Ερωτήσεις**

10:30-11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

**11.30-12.00 ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ:
ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Προεδρείο: Χ. Μηλιώνης

11:30-11:50 **Εισήγηση: Δ. Σαγρής**

11:50-12:00 **Συζήτηση - Ερωτήσεις**

**12.00-12.30 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ: ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ**

Προεδρείο: Α. Λάζαρης

12:00-12:20 **Εισήγηση: Μ. Περούλης**

12:20-12:30 **Συζήτηση - Ερωτήσεις**



Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

**12.30-13.00 ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΦΛΕΒΟΘΡΟΜΒΩΣΗ:
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας

12:30-12:50 *Εισήγηση: Α. Λάζαρης*

12:50-13:00 *Συζήτηση - Ερωτήσεις*

**13.00-13.30 ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ
ΑΓΩΓΗΣ: ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΙΑΤΡΟΣ
ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου

13:00-13:20 *Εισήγηση: Μ. Νταλούκα*

13:20-13:30 *Συζήτηση - Ερωτήσεις*

Δορυφορικές Διαλέξεις

Αίθουσα Α'

Πέμπτη 21 Σεπτεμβρίου 2023

19:30-20:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ  (Σελ. 12)

Προεδρείο: Λ. Μιχάλης

Ασθενείς με ΚΜ ή Θρόμβωση. Βέλτιστη αντιμετώπιση με βάση τις πιο πρόσφατες εξελίξεις στην αντιπηκτική αγωγή

Κ. Καλαντζή

Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

11:00-11:30 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ  (Σελ. 14)

Προεδρείο: Μ. Ματσάγκας

Πρόληψη θρομβοεμβολικής νόσου περιεπεμβατικά:
Αποτελεί η φαρμακευτική αγωγή τη μόνη λύση;

Μ. Μπαρέκα

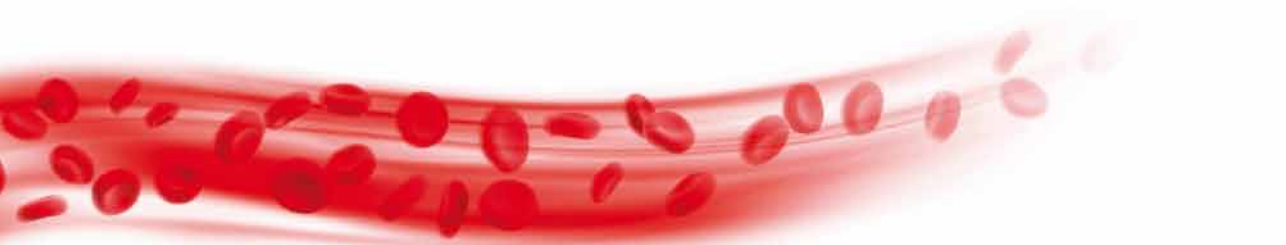
Σάββατο 23 Σεπτεμβρίου 2023

16:30-17:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ  (Σελ. 23)

Προεδρείο: Ε. Αρναούτογλου

Ο χρόνος πιέζει: Νέες επιλογές για την αντιμετώπιση της επείγουσας αιμορραγίας από αντιπηκτικά

Β. Τσιμιχόδημος



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	ΔΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
CLOVELEN F.C.TAB 75MG/TAB ΒΤx28 (Σε BLISTERS Alu-Alu)	8,31€

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

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Clovelen®

Κλοπιδογρέλη

CLO/DPMBDT/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 εικοζήμερη/μήθιολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

ΔΕΙΤΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΣ



PMI SCIENCE

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

**Δημιουργούμε
ένα μέλλον απαλλαγμένο
από το τσιγάρο**

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

Γνωρίστε το PMI Science
pmiscience.com

PMI Science

@pmiscience



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

SALOSPIR®

ΑΚΕΤΥΛΟΣΑΛΙΚΥΛΙΚΟ ΟΞΥ



Καλύπτει όλο το φάσμα των **θεραπευτικών δόσεων**
προσφέροντας ταυτόχρονα **γαστροπροστασία**



Pharmaceutical Laboratories S.A.

Eliquis™ apixaban

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



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

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

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

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

PP-ELI-GRC-0923-JAN23



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

- DOUKETIS JAMES** *Professor, Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Canada*
- GEROTZIAFAS GRIGORIS** *Professor of Hematology-Hemostasis, Faculty of Medicine, University Pierre et Marie Curie Paris, France*
- MAURI DAVIDE** *Επίκουρος Καθηγητής Ογκολογίας, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα*
- SPYROPOULOS ALEX** *Professor of Medicine, The Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Professor - The Institute for Health Innovations and Outcomes Research - The Feinstein Institutes for Medical Research System Director – Anticoagulation and Clinical Thrombosis Services Northwell Health at Lenox Hill Hospital*
- VON HEYMANN CHRISTIAN** *MD, PhD, DEAA, Professor of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Chair, Department of Anaesthesia, Intensive Care Medicine, Emergency Medicine and Pain Therapy, Berlin, Germany*
- ΑΔΑΜΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ** *Αιματολόγος, Επιμελήτρια Α' Ε.Σ.Υ., Ν.Υ. Αιμοδοσίας, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*
- ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ ΕΛΕΝΗ** *Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Διευθύντρια, Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα*
- ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ** *Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ορθοπαιδική Κλινική και Μυοσκελετικού Τραύματος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα*
- ΒΑΛΑΡΟΥΤΣΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ** *Χειρουργός, Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα*
- ΒΟΥΣΒΟΥΚΗ ΜΑΡΙΑ** *Παιδίατρος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Α' Π/Δ Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*
- ΓΚΙΑΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ** *Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα*
- ΓΚΙΡΤΟΒΙΤΗΣ ΦΩΤΗΣ** *Αιματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Διδάκτωρ Ιατρικής Α.Π.Θ., Κέντρο Αίματος, Π.Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ", Θεσσαλονίκη, Γραμματέας της ΔΕ του Τμήματος Αιμόστασης της Ε.Α.Ε*

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΓΚΛΑΝΤΖΟΥΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	<i>MD, PhD, FEBS, Καθηγητής Χειρουργικής – Μεταμοσχεύσεων, Υπεύθυνος Μονάδας Χειρουργικής Ήπατος-Χοληφόρων-Παγκρέατος, Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>
ΓΡΟΥΖΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ	<i>Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», Υπεύθυνη Ιατρείου Αιμόστασης, Πρόεδρος Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας</i>
ΖΕΚΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	<i>Καρδιολόγος, Επιμελητής, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	<i>Παθολόγος, Επιμελητής Β', Β' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.</i>
ΚΑΛΑΜΠΟΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	<i>Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΚΑΛΛΙΡΡΟΗ	<i>Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων</i>
ΚΑΝΑΚΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	<i>Διευθυντής Καρδιολογίας, Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα, Πρόεδρος ΕΚΕ</i>
ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ ΑΓΑΘΗ	<i>Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΚΟΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ	<i>Αναισθησιολόγος, MD, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη</i>
ΚΟΡΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	<i>Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων</i>
ΚΟΡΟΜΠΙΛΙΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	<i>Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΚΟΡΟΜΠΟΚΗ ΕΛΕΝΗ	<i>Παθολόγος, Θεραπευτική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα</i>
ΚΟΤΣΙΑ ANNA	<i>Επιμελήτρια Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Χατζηκώστα», Ιωάννινα</i>
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	<i>Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων</i>



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

- ΚΩΤΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ** *Επίκουρη Καθηγήτρια, Ιατρική των Μεταγίσεων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- ΛΑΖΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ** *Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ' Χειρουργική Κλινική, Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα*
- ΛΕΥΚΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ** *Αιματολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Εξειδικευθείσα στην Αιμόσταση - Θρόμβωση, Αιματολόγος Κύπρου, Θεσσαλονίκη*
- ΛΙΑΜΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ** *Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα*
- ΜΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ** *Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.*
- ΜΑΤΣΑΓΚΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ** *Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή (I.M.E.Θ.Α.)*
- ΜΗΛΙΩΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ** *Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκληρώσης*
- ΜΗΤΣΗΣ ΜΙΧΑΗΛ** *Καθηγητής Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής και Μονάδος Μεταμοσχεύσεων, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα*
- ΜΙΧΑΛΗΣ ΛΑΜΠΡΟΣ** *Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα*
- ΜΠΑΡΕΚΑ ΜΕΤΑΞΙΑ** *MD, PhD, MSc, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα*
- ΜΠΕΧΛΙΟΥΛΗΣ ΑΡΗΣ** *Καρδιολόγος, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΝΑΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	<i>MD, PhD (UK), Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Β' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΝΙΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	<i>MD, MSc, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Καρδιολογικό Τμήμα, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΝΟΜΙΚΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ	<i>Αιματολόγος, Διευθύντρια Αιμοδοσίας - Διαταραχών πήξης και Τμήματος Αιμορροφιλικών ασθενών, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Αθήνα</i>
ΝΤΑΪΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	<i>Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών</i>
ΝΤΑΛΕΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	<i>MD, PhD, FEFIM, FAASLD Καθηγητής Παθολογίας, President Elect Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Εσωτερικής Παθολογίας (EFIM), Μέλος Δ.Σ. Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου Παν/μίου Θεσσαλίας, και του Κέντρου Εμπειρο-γνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Σπανίων Ηπατολογικών Νοσημάτων (ERN-Rare Liver), Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα</i>
ΝΤΑΛΛΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	<i>Καρδιολόγος, Άρτα</i>
ΝΤΑΛΟΥΚΑ ΜΑΡΙΑ	<i>M.D., Ph.D., M.Sc., Αναισθησιολόγος Επιμελήτρια Β', Π.Γ.Ν. Λάρισας, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας</i>
ΝΤΑΝΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ	<i>Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. "Ερρίκος Ντυνάν", Αθήνα</i>
ΝΤΟΥΝΟΥΣΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ	<i>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Διευθύντρια Νεφρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΠΑΝΤΑΖΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ	<i>Χημικός, MSc, PhD στη Βιοχημεία, ΕΔΙΠ Βαθμού Α', Εργαστήριο Βιοχημείας, Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ. Πρόεδρος Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, ΜΕΘ, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα
ΠΑΠΠΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα
ΠΕΡΟΥΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ	Παν. Υπότροφος Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
ΠΙΠΙΛΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ	Καθηγήτρια Παθολογίας, Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνομosύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα
ΡΙΧΤΕΡ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών
ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής & Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit), Κέντρο Αριστείας Υπέρτασης, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη
ΣΑΓΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Παθολόγος - Επιμελητής, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνομosύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα
ΣΑΜΑΡΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ	Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα
ΣΑΜΩΝΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης
ΣΠΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Αντιναύαρχος (Υ.Ι) Ε.Α. τ. Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικών Κλινικών Ν.Ν.Α., Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος και Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΘΗΝΩΝ και ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΠΑΡΓΙΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων, Θεραπευτήριο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΣΤΑΜΟΥΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	<i>MD, PhD, Αναισθησιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Αναισθησιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα</i>
ΣΤΕΦΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	<i>Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας με έμφαση στην Εμβρυομητρική Ιατρική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>
ΣΤΡΑΤΗΓΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ	<i>Διευθύντρια ΕΣΥ, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Λαϊκό», Αθήνα</i>
ΣΥΜΙΝΕΛΑΚΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	<i>Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΤΑΤΣΙΩΝΗ ΑΘΗΝΑ	<i>Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Αναπλ. Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής, Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Γενική Συντονίστρια Ειδικευομένων Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ηπείρου</i>
ΤΖΙΜΑΣ ΠΕΤΡΟΣ	<i>Αναισθησιολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>
ΤΡΙΑΝΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	<i>Καρδιολόγος, Διευθυντής, Αιμοδυναμικό Τμήμα, Γ.Ν. "Σισμανόγλειο", Αθήνα, Πρόεδρος της Ομάδος Επεμβατικής Καρδιολογίας της ΕΚΕ</i>
ΤΣΕΛΕΠΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	<i>Ομότιμος Καθηγητής Κλινικής Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων President of the European and Mediterranean League against Trombotic Diseases (EMLTD)</i>
ΤΣΙΑΚΑΣ ΗΛΙΑΣ	<i>Επικουρικός Επιμελητής Παθολογίας, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΤΣΙΑΡΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ	<i>Καθηγήτρια Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων</i>
ΤΣΙΓΚΑΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ	<i>Επεμβατικός Καρδιολόγος, Πρόεδρος της Επιστημονικής Εταιρείας Επεμβατικής Καρδιολογίας του Ελληνικού Κολλεγίου Καρδιολογίας 2023-2024, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πατρών, Π.Γ.Ν. Πατρών</i>
ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ	<i>Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων</i>



Ομιλητές - Πρόεδροι - Συντονιστές

ΦΛΩΡΕΝΤΙΝ ΜΑΤΙΑΝΤΑ	<i>Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Β' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>
ΦΡΑΓΚΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	<i>Καθηγητής Καρδιολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη</i>
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	<i>Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθυντής, Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα</i>

Περίληψεις



1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Κ. Θεοδωρίδου¹, Γ. Σακαλής¹, Σ. Γαλάνης², Γ. Τρελλόπουλος³, Ε. Τσακίρ-μπαλόγλου⁴, Ζ. Σαχλά¹

¹Παθολογική Κλινική, ²Επεμβατικός Ακτινολόγος, ³Αγγειοχειρουργός, ⁴Ακτινολόγος, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η οξεία πνευμονική εμβολή (ΠΕ) αποτελεί μορφή θρομβοεμβολικού επεισοδίου, δυνητικά θανατηφόρου, ειδικά στην περίπτωση απόφραξης κυρίου κλάδου πνευμονικής αρτηρίας. Οι τυπικές μέθοδοι αντιμετώπισης στηρίζονται στην αντιπηκτική αγωγή ή στη θρομβόλυση, μέθοδοι όμως με αυξημένο αιμορραγικό κίνδυνο.

Σκοπός: Άνδρας 67 ετών παρουσίασε υποξυγοναιμία με αναπνευστική αλκάλωση, με συνοδό πτώση Αρτηριακής Πίεσης 40 mmHg και αύξηση της τιμής Δ-Διμερών. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται πρόσφατο επεισόδιο ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας στα βασικά γάγγλια δεξιά, σε έδαφος πρωτοδιαγνωσθείσας αρτηριακής υπέρτασης, μετά το οποίο παρέμεινε κατακεκλιμένος. Πραγματοποιήθηκε Αξονική Αγγειογραφία Πνευμόνων, που ανέδειξε επιπλεύουσα ΠΕ επεκτεινόμενη στους κύριους και τμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας άμφω.

Τέθηκε δίλημμα για το βέλτιστο πλάνο αγωγής. Λαμβάνοντας υπόψη την πρόσφατη αιμορραγία η θρομβόλυση αποκλείστηκε, ενώ λόγω της μεγάλης έκτασης της αιμορραγίας, το ρίσκο υποτροπής της εξαιτίας αντιπηκτικής αγωγής σε θεραπευτική δόση κρίθηκε μη αποδεκτό.

Υλικά – Μέθοδοι: Αρχικά πραγματοποιήθηκαν Υπερηχογράφημα καρδιάς και Έγχρωμη Αγγειογραφία Φλεβών Κάτω Άκρων, με τα οποία αποκλείστηκαν η ύπαρξη θρόμβου δεξιών κοιλοτήτων και αναδείχθηκε θρόμβωση περνιαίας φλέβας αριστερά. Ως εκ τούτου αποφασίστηκε τοποθέτηση αφαιρέσιμου φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας, που τοποθετήθηκε στο όριο έναρξης των νεφρικών αρτηριών, με πρόσβαση μέσω της δεξιάς μηριαίας φλέβας.

Αποτελέσματα: Η παρέμβαση αυτή επέτρεψε την αποφυγή θεραπευτικών δόσεων αντιπηκτικής αγωγής. Προς αποφυγήν θρόμβωσης του φίλτρου, ο ασθενής τέθηκε σε προφυλακτική δόση αντιπηκτικών με εκλεκτικό αναστολέα του παράγοντα Χα, βάσει του καλύτερου αιμορραγικού προφίλ του φαρμάκου. Ο ασθενής παρακολούθηθηκε το ερχόμενο διάστημα, με επαναληπτικές Αξονικές Τομογραφίες Εγκεφάλου, που κατέδειξαν τη σταδιακή απορρόφηση του αιματώματος. Σταδιακά απογαλακτίστηκε από τις ανάγκες οξυγόνου και εξήλθε, με στόχο την αφαίρεση του φίλτρου σε δεύτερο χρόνο.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά υπογραμμίζεται η ανάγκη εξατομίκευσης της θεραπείας των ασθενών με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και πνευμονική εμβολή, καθώς πρόκειται για «γκρίζα ζώνη», χωρίς απόλυτες οδηγίες. Το φίλτρο κάτω κοίλης φλέβας αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη εναλλακτική, εφόσον ο κίνδυνος της αντιπηκτικής θεραπείας θεωρείται μη αποδεκτός.

2. Δ-ΔΙΜΕΡΗ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ

Γ. Βελισάρης, Γ. Μαθθαίοπουλος, Χ. Μαντής, Σ. Μαυρουδέας, Μ.-Α. Βελισάρη, Θ. Κώτσης, Ν. Λαζίλι, Κ. Βασιλειάδης, Αικ. Γαλανοπούλου, Δ. Φλέσσας, Ε. Σείτανιδη, Ν. Καυκάς

Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ

Εισαγωγή-Σκοπός: Για τη διάγνωση της πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) πρωταρχικό ρόλο παίζει η αξονική αγγειογραφία πνευμονικής αρτηρίας (CTPA), ενώ τα D-dimers παρουσιάζουν άριστη αρνητική προγνωστική αξία σε ασθενείς χαμηλού ή μετρίου κινδύνου. Σκοπός είναι η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των d-dimers, της εντόπισης των αποφρακτικών θρόμβων στη CTPA (5 διαβαθμίσεις βάσει του Mastora score), της δυσλειτουργίας/διάτασης της δεξιάς κοιλίας (RV) και άλλων κλινικών στοιχείων στη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πρόγνωση ασθενών με οξεία ΠΕ.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν ασθενείς με διάγνωση οξείας ΠΕ στο κέντρο μας από τον Ιανουάριο 2019 έως τον Ιανουάριο 2023. Ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο ορίστηκε η ανάγκη θρομβόλυσης, διασωλήνωσης και ο θάνατος εντός μήνα, ενώ ως δευτερεύον ο θάνατος μετά το μήνα στους πρώτους 100 ελεύθερους πρωτεύοντος συμβάματος ασθενείς. Ακολούθως μελετήθηκε ποιος δείκτης προβλέπει καλύτερα τα καταληκτικά σημεία και την ακτινολογική εικόνα στη CTPA.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελείται από 200 ασθενείς (περίπου 63% ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 75 έτη) μέσης παρακολούθησης 2 έτη. Η συχνότητα εμφάνισης του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου ήταν 12%, με ισχυρά στατιστικά σημαντικούς ($\alpha=0.01$) προγνωστικούς παράγοντες (πίνακας 1) την ηλικία, νεοεμφανισθέν RBBB, υπόταση ή ταχυκαρδία κατά την εισαγωγή και τη δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας στο echoκαρδία, ενώ του δευτερεύοντος 30%, με οριακής μόνο στατιστικής σημαντικότητας ($\alpha=0.1$) παράγοντα τη δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας (πίνακας 2). Κεντρικότερη εντόπιση θρόμβων στη CTPA φάνηκε να εμφανίζουν περισσότερο ασθενείς με υπόταση ($p=0.001$), δυσλειτουργία δεξιάς κοιλίας ($p=0.001$), υψηλά D-dimers ($p=0.003$) και sPESI (+) ($p=0.009$). Ακόμα η CTPA εικόνα φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την έκβαση ($p=0.042$).

Το sPESI εμφάνισε 100% ευαισθησία και 44% ειδικότητα για την πρόβλεψη μειζόνων συμβαμάτων. Από την ανάλυση των καμπυλών ROC, η ΣΑΠ (AUC=0.784) φάνηκε να έχει καλύτερη διακριτική ικανότητα σε σχέση με CTPA (AUC=0.616), d-dimers (AUC=0.66) και τροπονίνη (AUC=0.684).

Συμπεράσματα: Τελικά τα d-dimers, όπως και τα ζωτικά σημεία, η ηλικία και το echo καρδιάς βρέθηκαν ενδεικτικά σοβαρής ΠΕ. Το τελευταίο σημείωσε επιπροσθέτως μακροπρόθεσμη κλινική σημασία. Οι ίδιοι παράγοντες συσχετίζονται με την CTPA εικόνα.

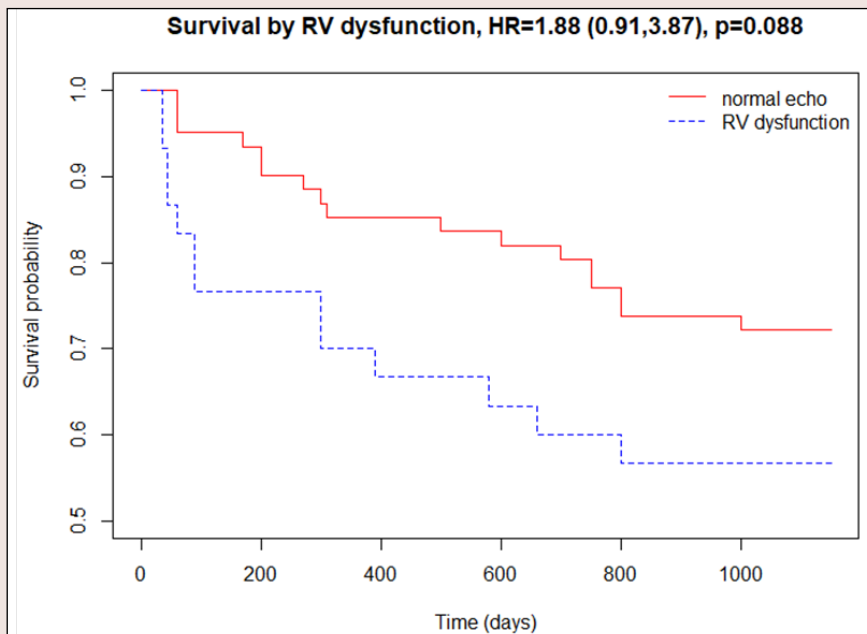


Πίνακας 1. Επίδραση παραγόντων κινδύνου στην εμφάνιση μείζονος συμβάματος

Risk factors	OR (95%CI)	p-value
Age (years)	1.071 (1.023, 1.120)	0.003
Male Sex	0.642 (0.255, 1.620)	0.348
Sys.Pressure	0.954 (0.932, 0.977)	0.001
Heart Beats /min	1.031 (1.010, 1.052)	0.003
RBBB	3.624 (1.386, 9.471)	0.008
S1Q3T3	2.170 (0.860, 5.478)	0.100
D-Dimers	1.045 (1.008, 1.084)	0.017
CTPA	1.419 (1.013, 1.985)	0.042
Echo – RV enlargement or dysfunction	3.984 (1.657, 9.579)	0.002
Peripheral Venous Triplex	1.027 (0.415, 2.543)	0.954
Troponin (pg/ml)	1.000 (0.999, 1.001)	0.928
Chest pain	0.351 (0.051, 1.99)	0.100
Dyspnea	0.955 (0.410, 2.221)	0.914
Loss of consciousness	1.245 (0.504, 3.073)	0.634

Πίνακας 2. Επίδραση παραγόντων κινδύνου στη θνησιμότητα από κάθε αιτία μετά το μήνα

Risk factors	HR (95%CI)	p-value
Sys. Pressure <100mmHg	1.68 (0.72, 3.92)	0.228
RBBB/S1Q3T3	1.28 (0.52, 3.12)	0.593
D-Dimers	1.02 (0.99, 1.06)	0.149
CTPA	1.29 (0.61, 2.70)	0.506
Echo – RV enlargement or dysfunction	1.88 (0.91, 3.87)	0.088
Troponin (pg/ml)	1.22 (0.59, 2.51)	0.589
Loss of consciousness	1.51 (0.71, 3.24)	0.284





3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ EPA, DOACS ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

I.K. Κουτσαλιάρης, Α.Δ. Τσελέπης

Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Το εικοσιπεντανοϊκό οξύ (EPA) παρουσιάζει πλειοτροπικές δράσεις, μέσω πολυάριθμων μοριακών μηχανισμών, μία εκ των οποίων είναι αντιαιμοπεταλιακή δράση. Το EPA είναι δυνατόν να χορηγηθεί σε ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία και παράλληλα με φλεβοθρόμβωση ή κολπική μαρμαρυγή μαζί με άμεσα δρώντα από του στόματος αντιπηκτικά (Direct Oral Anticoagulants; DOACs), όπως είναι ο αναστολέας του παράγοντα Χα, Rivaroxaban και ο αναστολέας της θρομβίνης, Dabigatran.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της δράσης του EPA, του Rivaroxaban και του ενεργού μεταβολίτη του Dabigatran, καθώς και της πιθανής συνεργατικής δράσης των συνδυασμών EPA/DOAC στην αιμοπεταλιακή ενεργοποίηση που επάγει το TRAP-6, αγωνιστής του PAR-1 (Protease Activated Receptor-1) υποδοχέα των αιμοπεταλίων.

Υλικά και Μέθοδοι: Παρασκευάστηκε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (Platelet Rich Plasma; PRP) από αίμα υγιών εθελοντών και ο αριθμός των αιμοπεταλίων προσαρμόστηκε στις 250.000 αιμοπετάλια/μl. Το PRP επώαστηκε για 10min, 37°C με EPA, Rivaroxaban, Dabigatran καθώς και συνδυασμούς EPA/DOAC σε διάφορες συγκεντρώσεις. Μελετήθηκε η ανασταλτική δράση των ουσιών στην αιμοπεταλιακή συσσώρευση που προκαλεί το TRAP-6 (10μM) με συσσωρευομετρία οπτικής διαπερατότητας.

Αποτελέσματα: Το EPA αναστέλλει δόσοεξαρτώμενα την επαγόμενη από το TRAP-6 αιμοπεταλιακή συσσώρευση (IC₅₀=964,13μM). Το Rivaroxaban εμφάνισε μέγιστη ανασταλτική δράση στα 10μM (24,4±7,3%), ενώ το Dabigatran στα 40μM (17,2±3,6%). Ο συνδυασμός 250μM EPA (23,9±4,9% αναστολή) με 4μM Rivaroxaban (20,1±5,3% αναστολή) ανέστειλε την επαγόμενη από το TRAP-6 αιμοπεταλιακή ενεργοποίηση κατά 80,99±15,2% (p<0,05), ενώ ο συνδυασμός 250μM EPA με 40μM Dabigatran παρουσίασε 17,5±6,7% αναστολή της επαγόμενης από το TRAP-6 συσσώρευσης των αιμοπεταλίων.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός του EPA με Rivaroxaban είχε συνεργατική δράση έναντι της επαγόμενης από το TRAP-6 αιμοπεταλιακής ενεργοποίησης. Αντίθετα, η δράση του συνδυασμού του EPA με Dabigatran δε διαφοροποιήθηκε από εκείνη των δύο ουσιών ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να έχουν κλινική σημασία για ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα EPA και Rivaroxaban.



Η μελέτη αυτή χρηματοδοτήθηκε μερικώς από την LIBYTEC Pharmaceutical S.A., η οποία παρέχει το υψηλής καθαρότητας EPA.

4. Η ΩΣΜΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

A. Στράτου¹, Δ. Πανταζή², Α. Πέτρου³, Ε. Ντουνούση⁴, Α.Δ. Τσελέπης²

¹Κλινική Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς ΠΓΝΙ, ²Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, ³Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΙ, ⁴Κλινική Νεφρολογίας, ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

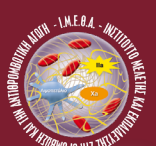
Εισαγωγή: Η στεφανιαία νόσο (CAD) είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου παγκοσμίως. Για την CAD έχουν αναγνωριστεί πολλοί παράγοντες κινδύνου όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η ηλικία, το κάπνισμα, η έλλειψη άσκησης, η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο.

Σκοπός: Πρωτογενής σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει την πιθανή συσχέτιση του μέσου όγκου των αιμοπεταλίων (MPV) με την ωσμωτικότητα του πλάσματος σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς και να διαπιστώσει αν οι μεταβολές τους συσχετίζονται σημαντικά με την περιεγχειρητική θνητότητα των καρδιοχειρουργικών ασθενών.

Υλικά-Μέθοδοι: Αναδρομική και προοπτική, μη παρεμβατική, κλινική μελέτη παρατήρησης σε 295 καρδιοχειρουργικούς ασθενείς που υποβλήθησαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας. Στατιστική ανάλυση συσχέτισης της υπολογιζόμενης ωσμωτικότητας και τονικότητας του αίματος με τον MPV σε διάφορες χρονικές στιγμές της μελέτης. Σε όλους τους ασθενείς υπολογίστηκε η ωσμωτικότητα σύμφωνα με τον τύπο $Osmolality = 1.86[Na^+ + K^+] + 1.15(Glu/18) + (Urea/6) + 14(mOsm/kg \text{ water})$ προεγχειρητικά, την ημέρα του χειρουργείου κατά την είσοδο στη μονάδα καρδιάς και ένα 24ωρο μετά. Στις αντίστοιχες χρονικές στιγμές προσδιορίστηκε επίσης η γενική αίματος από την οποία συγκρίθηκαν οι τιμές αιμοσφαιρίνης, αριθμός αιμοπεταλίων, PDW, MPV, RDW.

Αποτελέσματα: Η τιμή της ωσμωτικότητας (osmolality) προεγχειρητικά ήταν $294,6 \pm 6,1 \text{ mOsm/L}$ και του MPV $10,98 \pm 1 \text{ fL}$, και διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτισή τους ($p < 0,05$). Οι αντίστοιχες τιμές 24 ώρες μετά την επέμβαση ήταν $301,41 \pm 8,7 \text{ mOsm/L}$ και $11,1 \pm 0,9 \text{ fL}$ και έδειξαν επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους ($p < 0,05$). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της θνητότητας μόνο με την προεγχειρητική τιμή του MPV ως παράγοντα σημαντικά συσχετιζόμενου με τον θάνατο ($p = 0.027$). Η ωσμωτικότητα στις 24 ώρες είχε δυνητική αξία ως ανεξάρτητου προγνωστικού δείκτη θανάτου ($p = 0.018$, CI: 1.016-1.185).

Συμπεράσματα: Σε κλινικό επίπεδο οι τιμές του MPV και της ωσμωτικότητας εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους στην προεγχειρητική φάση και 24 ώρες μετά την επέμβαση υποδηλώνοντας επιβεβαίωση της θεωρητικής προσέγγισης περί εξοίδησης ή συρρίκνωσης των κυττάρων σε αντίστοιχες μεταβολές του εξωκυττάρου ωσμωτικού τους περιβάλλοντος.



5. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΑΓΩΓΗ ΟΔΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Α. Πατραμάνη¹, Θ. Δερβίσογλου², Θ. Λιλλής², Γ. Γιαμούζης³

¹Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα με τίτλο: «Θρόμβωση και Αντιθρομβωτική Αγωγή», Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Εργαστήριο Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας, Τμήμα Οδοντιατρικής Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Θρόμβωση και Αντιθρομβωτική Αγωγή» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Η χρήση των αντιθρομβωτικών φαρμάκων σήμερα είναι αρκετά συχνή στον γενικό πληθυσμό, καθώς συμβάλουν σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο, εγείρεται μεγάλος προβληματισμός στην εκτίμηση του κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων και αιμορραγικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να μειωθεί η ανάγκη διακοπής της αντιθρομβωτικής αγωγής, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για επεμβάσεις χαμηλού αιμορραγικού κινδύνου, όπως είναι οι εξαγωγές δοντιών.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση και η αξιολόγηση αιμορραγικών επιπλοκών έπειτα από εξαγωγές δοντιών σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή, χωρίς να έχει προηγηθεί προσωρινή διακοπή της.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική κλινική μελέτη σε 579 ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα Οδοντιατρικής ΑΠΘ για εξαγωγή δοντιών και έλαβαν αντιθρομβωτική αγωγή. Σε όλους τους ασθενείς οι εξαγωγές πραγματοποιήθηκαν με συμβατική μέθοδο και εφαρμογή αυξημένων τοπικών αιμοστατικών μέτρων, χωρίς προσωρινή περιεγχειρητική διακοπή της αντιθρομβωτικής αγωγής. Τα αυξημένα αιμοστατικά μέτρα περιελάμβαναν τοποθέτηση αιμοστατικής γάζας οξειδωθείσας κυτταρίνης και συρραφή του τραύματος.

Αποτελέσματα: Από τους συνολικά 579 ασθενείς, οι 7 (1,22%) επανήλθαν με ήπιες αιμορραγικές επιπλοκές έπειτα από τη συνεδρία της εξαγωγής, ενώ οι υπόλοιποι δεν εμφάνισαν κάποια επιπλοκή. Από αυτούς, δύο λάμβαναν κλοπιδογρέλη, δύο ασενοκουμαρόλη, ένας ριβαροξαμπάνη/ασπιρίνη και ένας απιξαμπάνη. Οι ήπιες αιμορραγικές επιπλοκές που εμφανίστηκαν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με επανάλψη των τοπικών αιμοστατικών μέτρων, χωρίς την εμφάνιση περαιτέρω σημαντικών κλινικών επιπλοκών.

Συμπεράσματα: Οι εξαγωγές δοντιών σε ασθενείς που λαμβάνουν οποιοδήποτε είδος αντιθρομβωτικής αγωγής είναι ασφαλείς όταν εφαρμόζονται τοπικά αυξημένα αιμοστατικά μέσα. Οι ήπιες αιμορραγικές επιπλοκές δεν αποτελούν απειλή για τη ζωή του ασθενούς και μπορούν να αντιμετωπιστούν εύκολα και επαρκώς με ειδικά σχεδιασμένα πρωτόκολλα. Η διακοπή ή η τροποποίηση της αγωγής δεν είναι απαραίτητη για αυτού του είδους τις οδοντιατρικές επεμβάσεις και θα πρέπει να περιορίζεται.

6. ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΒΑΣΕΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ε. Γεωργιάδη, Α.-Λ. Σκούρα, Α. Νούσιας, Α. Βασδέκη, Π. Κώτση

Τμήμα Αιμοδοσίας-Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΓΝ Λάρισας, Μεζούρολο, Λάρισα

Εισαγωγή: Τα άμεσα από του στόματος χορηγούμενα αντιπηκτικά (Direct Oral Anti-Coagulants, DOAC) έχουν λάβει άδεια παγκοσμίως εδώ και αρκετά χρόνια για διάφορες ενδείξεις, μεταξύ αυτών και για τη θεραπεία της θρόμβωσης. Κάθε χρόνο, το 10-15% των ασθενών που λαμβάνουν DOAC υποβάλλονται σε κάποια επεμβατική διαδικασία. Ωστόσο, η περιεγχειρητική διαχείριση αποτελεί δύσκολο εγχείρημα που απαιτεί συντονισμένη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Σύμφωνα με τη μελέτη PAUSE, η προτεινόμενη τυχαιοποιημένη στρατηγική διακοπής των DOAC σε ασθενείς με Κολπική Μαρμαρυγή (ΚΜ) χωρίς θεραπεία γεφύρωσης συσχετίστηκε με χαμηλά ποσοστά μείζονος αιμορραγίας και αρτηριακής θρομβοεμβολής ώστε η εφαρμογή της να πραγματοποιείται με ασφάλεια ολοένα και περισσότερο.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη μέτρηση της υπολειπόμενης δραστηριότητας των από του στόματος χορηγούμενων αντιπηκτικών κατά τη διακοπή τους προεγχειρητικά ώστε να αξιολογήσουμε τη διαχείριση των DOAC στην καθημερινή κλινική πράξη σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο.

Υλικά-Μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 32 ασθενείς. Πρόκειται για ασθενείς που έπασχαν από κολπική μαρμαρυγή ή εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και ελάμβαναν από του στόματος αντιπηκτικό, rivaroxaban ή apixaban στην ενδειγμένη δόση. Οι ασθενείς αυτοί υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ή επεμβατική διαδικασία στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας κατά το διάστημα από τον Μάιο 2022 ως και τον Απρίλιο 2023.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι σε ποσοστό > 90% την ημέρα του χειρουργείου οι ασθενείς εμφάνιζαν υπολειπόμενη αντι-Χα δραστηριότητα κάτω του 0,5 U/ml. Η ομάδα του Rivaroxaban εμφάνιζε χαμηλότερες τιμές στην αντι-Χα δραστηριότητα σε σχέση με την ομάδα του Apixaban. Σε γενικές γραμμές, μετεγχειρητικά δεν προέκυψαν ιδιαίτερες απαιτήσεις σε μεταγγίσεις.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του προτεινόμενου βάσει κατευθυντήριων οδηγιών πρωτοκόλλου σχετικά με την περιεπεμβατική διακοπή των DOAC στην καθημερινή κλινική πράξη σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο.



7. Η C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Η ΘΑΝΑΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
D. Sagris^{1,2}, T. Bucci^{1,3}, S.L. Harrison¹, P. Underhill⁴, D. Pastorì⁵, G. Ntaios³, G. McDowell^{1,6}, B.J.R. Buckley¹, G.Y.H. Lip^{1,6,7}

¹Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, United Kingdom, ²Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa, Greece, ³Department of General Surgery and Surgical Specialties "Paride Stefanini", Sapienza University of Rome, Rome, Italy, ⁴TriNetX LLC, London, United Kingdom, ⁵Department of Clinical Internal, Anesthesiological and Cardiovascular Sciences, Sapienza University of Rome, Rome, Italy, ⁶Liverpool and Heart and Chest Hospital, Liverpool, United Kingdom, ⁷Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Denmark

Σκοπός: Οι πρώιμες καρδιακές επιπλοκές εντός των πρώτων 30 ημερών μετά από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό αυξάνουν την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Ο ρόλος της φλεγμονής, όπως αντανακλάται από τα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (C-reactive protein; CRP) στην πρόβλεψη πρώιμων καρδιακών επιπλοκών μεταξύ ασθενών με εγκεφαλικό δεν είναι γνωστή.

Υλικά και Μέθοδοι: Για αυτήν την αναδρομική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ιατρικά δεδομένα ασθενών από την ηλεκτρονική βάση TriNetX. Ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και καταγεγραμμένη τιμή CRP, εντός 24 ωρών μετά το εγκεφαλικό, κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες βάσει της CRP: i) <1 mg/L, ii) 1-3 mg/L και iii) >3 mg/L. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση μειζόνων καρδιακών επιπλοκών ή θανάτου, εντός 30 ημερών από το εγκεφαλικό επεισόδιο. 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 μετά από αντιστοίχιση των ασθενών 1:1 βάσει των κλινικών χαρακτηριστικών τους.

Αποτελέσματα: Από τους 99.597 ασθενείς που εντάχθηκαν, το 51% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν 67±17 έτη. Μετά την αντιστοίχιση των ασθενών 1:1, παρατηρήθηκαν 5.887 (38,7%) νέες καρδιακές επιπλοκές ή θάνατος μέσα σε 30 ημέρες σε ασθενείς με CRP >3 mg/L, 4.772 (31,1%) σε ασθενείς με CRP 1-3 mg/L και 4.512 (29,7%) σε ασθενείς με CRP <1 mg/L. Βάσει των αναλύσεων παλινδρόμησης τύπου Cox, οι ασθενείς με επίπεδα CRP 1-3mg/L και >3mg/L είχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για την εμφάνιση του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου (HR: 1,06, 95%CI: 1,00-1,13, HR: 1,37, 95%CI: 1,32-1,43, αντίστοιχα), θανάτου (HR: 1,32, 95%CI: 1,14-1,53; HR: 3,07, 95%CI: 2,71-3,49, αντίστοιχα), HF (HR: 1,06, 95%CI: 1,00-1,13; HR: 1,38, 95%CI: 1,30-1,47, αντίστοιχα) και AF (HR: 1,07, 95% CI: 1,01-1,13· HR: 1,27, 95%CI: 1,21-1,34, αντίστοιχα) σε σύγκριση με τους ασθενείς με τιμές CRP <1 mg/L.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα CRP εντός των πρώτων 24 ωρών μετά από ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιακών επιπλοκών ή θανάτου εντός 30 ημερών από το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Προφορικές Ανακοινώσεις Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

8. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ: ΑΠΟ ΤΗ «ΜΑΤΙΑ» ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

Α. Κοτσιαούτη^{1,2}, Γ. Κυριακίδης², Δ. Μοσχανδρέου², Α. Σπηλιόπουλος², Ε. Γρουζή²
¹Αιματολογικό Τμήμα, ΠΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Αθήνα, ²Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας – Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης, ΓΑΝ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Εισαγωγή: Τα αγγεία του οφθαλμού αποτελούν ασυνήθιστες θέσεις εκδήλωσης θαμβωτικών επεισοδίων. Θρομβώσεις που αφορούν είτε το αρτηριακό είτε το φλεβικό σκέλος αποτελούν καταστάσεις που απαιτούν πολύπλευρη διερεύνηση με σκοπό να αποσαφηνιστεί ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός, χωρίς αυτό να καθίσταται πάντοτε εφικτό. Τόσο η διαγνωστική προσέγγιση όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και αποτελούν πεδία που εμπλέκουν διαφορετικές ειδικότητες.

Σκοπός: Αξιολόγηση των αιτιολογικών παραγόντων καθώς και των θεραπευτικών στρατηγικών που εφαρμόζονται σε ασθενείς με οφθαλμικές θρομβώσεις.

Υλικό - Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με οφθαλμικές θρομβώσεις οποιουδήποτε αρτηριακού ή φλεβικού κλάδου. Στο χρονικό διάστημα 2012-2023 καταγράφηκαν 19 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια αναζήτησής μας.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανευρέθηκαν 19 περιπτώσεις θρόμβωσης οφθαλμικών αγγείων, σε 11 γυναίκες και 8 άνδρες με μέση ηλικία των ασθενών τα 52,9 έτη. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά το φλεβικό σκέλος (12 ασθενείς), ακολουθούν οι αρτηριακές (4 ασθενείς), ενώ έχουμε 2 περιπτώσεις με ταυτόχρονη θρόμβωση σε φλεβικό και αρτηριακό κλάδο. Ακόμη, καταγράφηκε 1 περίπτωση πρόσθιας ισχαιμικής οπτικοπάθειας μη φλεγμονώδους αιτιολογίας. Οι κύριες εντοπίσεις αφορούν την κεντρική φλέβα του αμφιβληστροειδούς καθώς και τους κροταφικούς κλάδους αυτής. Ακολουθούν η κεντρική αρτηρία του αμφιβληστροειδούς και οι κροταφικοί της κλάδοι, ενώ άλλες θέσεις εντόπισης είναι η οφθαλμική φλέβα και η θηλοχρητική αρτηρία. Στα πλαίσια διερεύνησης οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες που ανευρέθηκαν αφορούν συγγενείς θρομβοφιλίες, ενώ σπανιότερα ανευρίσκονται παράγοντες όπως αυτοάνοσα νοσήματα, στένωση καρωτίδων, χαμηλή δραστηριότητα παράγοντα XII και συσχέτιση με προηγθέντα εμβολιασμό SARS-COV2 ενώ σε αρκετές περιπτώσεις δεν ανευρίσκεται αιτιολογικός παράγοντας. Κύριες αντιθρομβωτικές θεραπευτικές επιλογές σε συνδυασμό με ειδική θεραπεία από οφθαλμιάτρους, αποτελούν η ασενοκουμαρόλη και οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους για φλεβικές θρομβώσεις και το ακετυλοσαλικυλικό οξύ για αρτηριακές.

Συμπεράσματα: Η θρόμβωση αγγείων του οφθαλμού αποτελεί ασυνήθιστη θέση εντόπισης θρομβωτικού επεισοδίου με ποικίλη παθοφυσιολογική αιτιολογία. Η διερεύνηση του αιτιολογικού υποβάθρου καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτούν τη συνεργασία εξειδικευμένων οφθαλμιάτρων και αιματολόγων.



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

Δ. Σαγρής^{1,2}, B.J.R. Buckley^{2,3}, S.L. Harrison^{2,3}, A. Abdul-Rahim^{1,3}, M.P. Austin Res⁴, Lip G.Y.H.^{2,3,5}, Γ. Ντάιος¹

¹Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, ΠΓΝ Λάρισα, Λάρισα, ²Liverpool Centre of Cardiovascular Science, University of Liverpool and Liverpool John Moores University, Liverpool, United Kingdom, 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 κοιλιακής 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 πιθανοδρόμησης 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 κοιλιακή μαρμαρυγή, ενώ δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου ΚΜ και του κινδύνου ισχαιμικού εγκεφαλικού.

10. Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟ

Δ. Σαγρής^{1,2}, Ε. Κορομπόκη³, Γ. Ντάιος¹, Σ. Τζέις⁴, 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, ΠΓΝ Λάρισας, ²Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ³Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁴Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα, ⁵Θεραπευτική Κλινική, Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁶Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁷Ακτινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Αρεταίειον, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁸Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότη, Α' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, ⁹Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg, Denmark, ¹⁰Hellenic Cardiovascular Research Society, Αθήνα

Εισαγωγή: Δεν είναι σαφές εάν η πρώιμη 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 εμμένουσα 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 εμμένουσα ΚΜ παρατηρήθηκαν 23,8 θάνατοι, 8,7 υποτροπές ισχαιμικού εγκεφαλικού και 13,9 ΜΚΣ ανά 100 ανθρωπο-έτη. Στην πολυ-παραγοντική ανάλυση, σε σύγκριση με τους ασθενείς με εμμένουσα κολλπική 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 εμμένουσα ΚΜ στην οξεία φάση μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, τα αυτοπεριοριζόμενα επεισόδια κολλπικής 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.

11. ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Μ. Καλαϊτζόγλου¹, Γ. Γιαμούζης², Β. Τζαλαμούρας¹, Ι. Ζαρίφης¹, Μ. Ματσάγκας³

¹Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη, ²Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, ³Αγγειοχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η συνύπαρξη Κολπικής Μαρμαρυγής (ΚΜ) και Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ) καθιστά τη διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής ένα πολύ απαιτητικό κλινικό ερώτημα στην καθημερινή πρακτική.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να σχολιάσει τη στρατηγική που ακολουθείται σε ένα Ελληνικό Νοσοκομείο αναφορικά με τη διάρκεια της τριπλής αντιθρομβωτικής αγωγής (ΤΑΤ) σε ασθενείς με ΚΜ που υποβάλλονται σε διαδερμική αγγειοπλαστική στεφανιαίων αγγείων (PCI) και να καταγράψει τις αιμορραγικές και θρομβωτικές επιπλοκές.

Υλικά - Μέθοδοι: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης, στην οποία μελετήθηκαν 38 ασθενείς με ΚΜ που υποβλήθηκαν σε PCI. Μελετήθηκε αρχικά η διάρκεια της ΤΑΤ μετά από την PCI και έγινε σύγκριση αυτής με την ιδανική διάρκεια ΤΑΤ, όπως αυτή ορίζεται στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας. Εν συνεχεία, διερευνήθηκαν οι αιμορραγικές και θρομβωτικές επιπλοκές στους ασθενείς σε διάστημα έως 6 μήνες, οι οποίες συσχετίστηκαν με την ΤΑΤ και τη διάρκεια αυτής, το θρομβωτικό και αιμορραγικό κίνδυνο των ασθενών, τη δοσολογία του αντιπηκτικού και τη βαρύτητα της ΣΝ.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 73 (± 8,65) έτη. Διαπιστώθηκε ότι το 60.5% των ασθενών έλαβαν τη σωστή διάρκεια ΤΑΤ, το 23,7% για μικρότερο διάστημα και το 15.8% για μεγαλύτερο. Αιμορραγικές επιπλοκές εμφάνισαν 12 ασθενείς από τους 38 (31,6%), εκ των οποίων το 66,7% έγινε κατά τη διάρκεια της ΤΑΤ [το 34,9%-90,1% (CI95%) των αιμορραγιών θα είναι υπό ΤΑΤ ενώ ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι διπλάσιος σε ασθενείς υπό ΤΑΤ]. Θρομβωτικές επιπλοκές εμφάνισαν 5 ασθενείς (13.9%), και όλες μετά τη διακοπή της ΤΑΤ [το 47,8%-100% (CI95%) των θρομβώσεων θα είναι μετά τη διακοπή της ΤΑΤ]. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αιμορραγίας ή της θρόμβωσης με τον αιμορραγικό ή τον θρομβωτικό κίνδυνο, τη λανθασμένη διάρκεια ΤΑΤ, τη δοσολογία του αντιπηκτικού και τη βαρύτητα της ΣΝ.

Συμπεράσματα: Αναφορικά με τη διάρκεια της ΤΑΤ, παρά τη σχετικά καλή συμμόρφωση στις νέες κατευθυντήριες οδηγίες και την τάση να υποθεραπεύουμε πολλές φορές τους ασθενείς μας εμφανίζονται ακόμη πολλές αιμορραγίες ενώ η διακοπή της ΤΑΤ μετά το μήνα φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα θρόμβωσης σε



Προφορικές Ανακοινώσεις Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

ασθενείς αυξημένου θρομβωτικού κινδύνου. Ως εκ τούτου, προτείνεται η διενέργεια περισσότερων μελετών σε καλύτερα καθορισμένα προφίλ ασθενών αυξημένου κινδύνου, με σκοπό την ανεύρεση ενός ακόμη καλύτερου trade-off μεταξύ αιμορραγίας και θρόμβωσης στο μέλλον.

12. ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΜΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΔΟΣΟΛΟΓΙΕΣ ΠΡΩΤΑΜΙΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ε. Σαμαρά¹, Α. Καρακώστα¹, Ε. Αθανασοπούλου¹, Δ. Οικονόμου¹, Σ. Συμινελάκης², Π. Τζίμας¹

¹Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ²Καρδιοχειρουργική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η χορήγηση της πρωταμίνης ως παράγοντα αναστροφής της ηπαρίνης στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σχετίζεται με ανεπιθύμητες αντιδράσεις, ενώ η περίσσεια πρωταμίνης μπορεί να έχει επιπλέον αντιπηκτική δράση. Δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τη βέλτιστη αναλογία ηπαρίνης-πρωταμίνης, παρά την τάση για χρήση λόγου αναστροφής μικρότερου του 1:1.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πιλοτικής μελέτης ήταν η σύγκριση δύο διαφορετικών χαμηλών αναλογιών αναστροφής της συνολικής ηπαρίνης (0.6:1 vs 0.8:1) σε σχέση με τον ενεργοποιημένο χρόνο πήξεως (ACT), ιξωδοελαστικές δοκιμασίες (Clot-Pro®) και την κλινική αιμορραγία.

Υλικά-Μέθοδοι: 27 συνολικά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη καρδιοχειρουργική επέμβαση τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν αρχική δόση πρωταμίνης σε αναλογία 0.6:1 (11 ασθενείς) ή 0.8:1 (16 ασθενείς) της συνολικής δόσης ηπαρίνης. Η τιμή του ενεργοποιημένου χρόνου πήξεως (ACT) και τα αποτελέσματα των ιξωδοελαστικών δοκιμασιών (Clot-Pro®), καταγράφηκαν πριν το χειρουργείο, καθώς και μετά την πρώτη και τις επόμενες χορηγήσεις δόσεων αναστροφής. Επιπλέον δόσεις των 25 mg πρωταμίνης χορηγούνταν σε περίπτωση εμμένουσας κλινικής αιμορραγίας, παρά τη χορήγηση παραγόντων πήξεως σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δοκιμασιών του ClotPro® και επί ενδείξεων περίσσειας ηπαρίνης σύμφωνα με τις αναφερθείσες δοκιμασίες. Καταγράφηκαν η συνολική απώλεια αίματος το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο, η χορήγηση ερυθρών αιμοσφαιρίων (PRBCs), φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος (FFP), αιμοπεταλίων, συμπυκνώματος προθρομβινικού συμπλέγματος (PPC) και ινωδογόνου.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας λόγου αναστροφής 0.6:1 έλαβαν λιγότερη πρωταμίνη και λιγότερες μονάδες αιμοπεταλίων διεγχειρητικά (Πίνακας 1) σε σχέση με την ομάδα 0.8:1. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν μεταξύ τους στην ανάγκη χορήγησης επιπλέον πρωταμίνης (0% vs. 38%, $p=0.07$), στην περίσσεια ηπαρίνης χωρίς κλινική αιμορραγία, όπως ανιχνεύτηκε από το ClotPro® (18% vs. 44%, $p=0.33$), στη διεγχειρητική και μετεγχειρητική (πρώτες 24 ώρες) χορήγηση PRBCs, FFP, ινωδογόνου, και PPC (Πίνακας 1), καθώς και στην τιμή του ACT κατά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης. Ένας ασθενής της ομάδας 0.6:1 υπεβλήθη σε επανεπέμβαση λόγω μετεγχειρητικής αιμορραγίας.



Προφορικές Ανακοινώσεις Παρασκευή 22 Σεπτεμβρίου 2023

Συμπεράσματα: Η αναστροφή της ηπαρίνης με πρωταμίνη σε αναλογία 0.6:1 είναι εφικτή. Μεγαλύτερες μελέτες είναι αναγκαίες σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του λόγου αναστροφής 0.6:1, καθώς και την ευαισθησία και ειδικότητα του ClotPro® σε σχέση με το ACT.

Πίνακας 1. Περιεγχειρητικά δεδομένα

	0.8:1 ratio (n=11)	0.6:1 ratio (n=16)	P value
Διεγχειρητική χορήγηση παραγόντων αίματος και πήξεως			
PRBC (Units)	2 [0 – 2]	1 [1 – 2]	0.816
FFP (Units)	0 [0 – 2]	0 [0 – 0]	0.493
PLT (Units)	5 [0 – 5]	0 [0 – 3]	0.049
Fibrinogen (gr)	2 [1 – 2]	0 [0 – 2]	0.09
PCC (n, %)	7 (63.64%)	13 (81.25%)	0.391
Συνολική πρωταμίνη (mg)	356.36(60.37)	285.93(71.35)	0.013
Ιξωδοελαστομετρία (ClotPro®)			
IN test CT 1 (n=27)	239.36(46.86)	218.37(40.17)	0.224
HI test CT 1 (n=27)	241.45(44.75)	217.12(36.25)	0.132
IN test CT 2 (n=4)	-	224.75(37.05)	-
HI test CT 2 (n=4)	-	226(41.57)	-
IN test CT 3 (n=1)	-	164	-
HI test CT 3 (n=1)	-	161	-
Μετεγχειρητική απώλεια αίματος [24h] (ml)	420 [370 – 560]	350 [240 – 560]	0.265
Μετεγχειρητική χορήγηση παραγόντων αίματος και πήξεως [24h]			
PRBC (Units)	1 [1 – 2]	1 [0 – 2]	0.858
FFP (Units)	0 [0 – 1]	0 [0 – 0]	0.476
PLT (Units)	0 [0 – 1.5]	0 [0 – 0]	0.852
Fibrinogen (gr)	0 [0 – 0.5]	0 [0 – 0]	0.684
PCC (n, %)	2 (25%)	2 (14.29%)	0.602

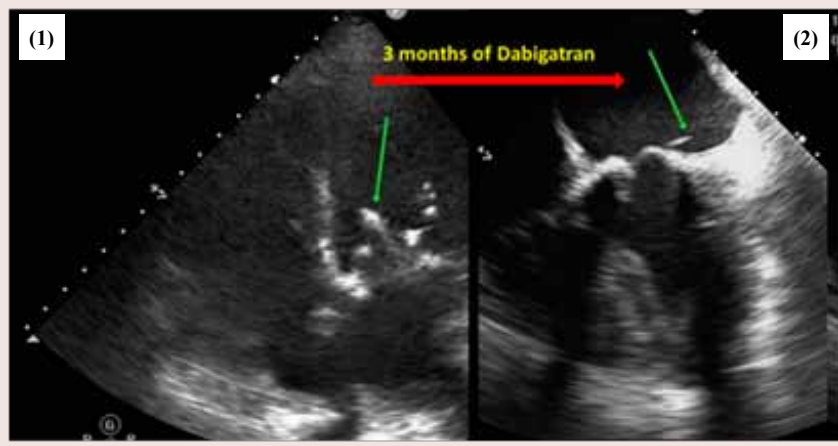
Συντημήςεις: PRBC: packed red blood cells, FFP: fresh frozen plasma, PLT: platelets, PCC: prothrombin complex concentrate, CT: clotting time, IN test CT 1: after heparin H1, HI test CT 1: after heparin H1, IN test CT 2: after heparin H2, HI test CT 2: after heparin H2, IN test CT 3: after heparin H3, HI test CT 3: after heparin H3

13. OFF-LABEL ΧΟΡΗΓΗΣΗ DOAC ΣΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ**Θ. Μπαμπάλη¹, Λ. Λάκκας², Κ. Παπάς², Σ. Συμινελάκης¹***¹Τμήμα Θώρακος-Καρδιάς, ΠΓΝ Ιωαννίνων, ²Β' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων*

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, μετά από τοποθέτηση βιολογικής μιτροειδούς βαλβίδας (MV), προτείνεται η χορήγηση ανταγωνιστή Βιταμίνης Κ (VKA) για τους πρώτους 3 μήνες (IIa) και στη συνέχεια αν συνυπάρχει κολλική μαρμαρυγή, άμεσα από του στόματος αντιπηκτικά (DOACs) (IIb) ή ασπιρίνη αν δεν συνυπάρχει. Το ποσοστό θρόμβωσης είναι \approx 4% το 1^ο τρίμηνο και 2%/έτος.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 70 ετών με ιστορικό χειρουργικής αντικατάστασης MV με βιολογική (29mm) σε έδαφος ρήξης P2, προσήλθε 3 μήνες μετά για τακτική επανεκτίμηση. Επειδή διαμένει σε απομακρυσμένη περιοχή χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είχε τεθεί σε μονή αντιαμοπεταλιακή αγωγή μετεγχειρητικά (ασπιρίνη 100mg o.d). Είναι σε λειτουργική κατάσταση NYHA I, δεν αναφέρει εμπύρετο, απώλεια βάρους, αιμορραγία, αρθραλγίες. Ο διαθωρακικός υπέρηχος ανέδειξε ένα ευμέγεθες (2.8cm) πεπαχυσμένο, δίλοβο ευκίνητο μόρφωμα, να εφορμάται από την κολλική επιφάνεια της οπίσθιας γλωχίνας, προκαλών μόνο μικρή ανεπάρκεια (Εικ. 1). Το εύρημα θεωρήθηκε πρωτίστως συμβατό με εκβλάστηση. Ο ενδελχής εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός λοίμωξη. Ο ασθενής αρνήθηκε επανεπέμβαση. Μετά τον έμμεσο αποκλεισμό της ενδοκαρδίτιδας και με δεδομένη τη μη-βέλτιστη μετεγχειρητική αντιθρομβωτική αγωγή, αποφασίστηκε η αντιμετώπιση ως θρόμβωση. Ο ασθενής αρνήθηκε ξανά να τεθεί σε VKA. Μετά από ενημέρωση, τέθηκε σε νταμπιγκατράνη 150mg bid. υπό το πρίσμα της διαθεσιμότητας αντιδοτου σε μια εκτός-ενδείξεων θεραπευτική προσέγγιση. Τρεις μήνες μετά, το μόρφωμα έχει μειωθεί σε μέγεθος και πάχος. Ανεδείχθη ένα ταινιοειδές υπολειμματικό μόρφωμα δίκην μαστιγίου, υπέρ ραγείσας τενόντιας χορδής ή ράμματος (Εικ. 2, 3) και επιβεβαίωσε τη θρόμβωση ως διάγνωση εκ του αποτελέσματος. Ο πρόσθετος αυτός ιστός είχε αποτελέσει το αρχικό θρομβογόνο υπόστρωμα. Τρία χρόνια μετά, συνεχίζει να λαμβάνει το DOAC χωρίς αιμορραγικές ή θρομβωτικές επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση DOAC σε βιολογική MV κερδίζει έδαφος μετά τη μελέτη RIVER, όμως σε κλινική θρόμβωση η αντιμετώπιση δεν περιλαμβάνει DOACs. Σε αυτό το περιστατικό, η επιτυχής εκτός-ενδείξεων θεραπεία πιθανά να προοιωνίζει την επέκταση των ενδείξεων των DOACs και στη θρόμβωση των βιολογικών βαλβίδων.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ Κ.Υ. ΝΙΚΑΙΑΣ -2η ΥΠΕ- ΤΟ ΕΤΟΣ 2022

Χ. Σεϊτοπούλου¹, Π.-Μ. Αφέντογλου², Μ. Σταμούλη³, Γ. Καλλιώρα⁴, Ι. Σαρρή³, Β. Τζίμα⁵, Α. Μουρτζίκου⁶

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΚΥ Νίκαιας, 2η ΥΠΕ, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ³Βιοχημικό Εργαστήριο, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, «ΝΝΑ», ⁴Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΕΚΠΑ, ⁵Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής, ⁶Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Ο Άγιος Παντελεήμων»

Σκοπός της εργασίας ήταν η συσχέτιση των δεικτών πήξης- αιμόστασης (PT, INR, ΑΡΤΤ, ινωδογόνο) που διενεργήθηκαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του Κ.Υ. Νίκαιας, με τα υποκείμενα νοσήματα των αντίστοιχων ασθενών το έτος 2022.

Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 8.078 εξετάσεις αιμόστασης, σε 548 ασθενείς, οι οποίοι τελούσαν είτε υπό αντιαιμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή και ελέγχονταν ανά τακτά χρονικά διαστήματα, είτε προσέρχονταν για προεγχειρητικό έλεγχο, είτε για έλεγχο ρουτίνας. Το 67% του συνόλου των εξετάσεων αφορούσε σε ανδρικό πληθυσμό, και το 33% σε γυναικείο.

Αποτελέσματα: Το 60% ήταν >60 ετών, και το 40% <60 ετών, και στους 2 πληθυσμούς. Από το ιστορικό των ασθενών στον ανδρικό πληθυσμό, αναφέρονται τα εξής υποκείμενα νοσήματα: 67% με ΑΕΕ, OEM, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακές αρρυθμίες, 13% άνευ παθολογίας (έλεγχος ρουτίνας), 10% με ΣΔ, ΑΥ, 10% με ΣΔ, ΑΥ, υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, υπερούριχαιμία, πρώην και νυν καρκινοπαθείς υπό θεραπεία.

Στον γυναικείο πληθυσμό, αναφέρονται τα εξής υποκείμενα νοσήματα: 64% με ΑΕΕ, OEM, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακές αρρυθμίες, 10% άνευ παθολογίας (έλεγχος ρουτίνας), 11% με ΣΔ, ΑΥ, 15% με ΣΔ, ΑΥ, υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, υπερούριχαιμία, πρώην και νυν καρκινοπαθείς υπό θεραπεία.

ΕΛΓΧΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΔΡΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	20-40 ετών	40-60 ετών	>60 ετών
548	61	183	304

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	20-40 ετών	40-60 ετών	>60 ετών
181	25	51	105

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



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΙΜΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΠΡΟΘΡΟΜΒΙΝΗΣ ΡΤ- INR, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΝΙΚΑΙΑΣ -2η ΥΠΕ- ΤΟ 2022

Χ. Σεϊτοπούλου¹, Π.-Μ. Αφέντογλου², Μ. Σταμούλη³, Γ. Καλλιώρα⁴, Ι. Σαρρή³, Β. Τζίμα⁵, Α. Μουρτζίκου⁶

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΚΥ Νίκαιας, 2η ΥΠΕ, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ³Βιοχημικό Εργαστήριο, ΝΝΑ, ⁴Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, ⁵Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής, ⁶Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Ο Άγιος Παντελεήμων»

Σκοπός της εργασίας μας απετέλεσε η συσχέτιση των τιμών του χρόνου προθρομβίνης ΡΤ-INR, των διατροφικών συνθηκών και της συγχορήγησης αντιπηκτικών και άλλων φαρμάκων, σε ασθενείς στους οποίους πραγματοποιήθηκε έλεγχος πήξης-αιμόστασης στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Νίκαιας το 2022.

Υλικό και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 8.078 εξετάσεις πήξης-αιμόστασης σε 548 ασθενείς οι οποίοι είτε λάμβαναν αντιαιμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή και ελέγχονταν ανά τακτά χρονικά διαστήματα, είτε προσέρχονταν για προεγχειρητικό έλεγχο, ή έλεγχο διερευνητικό/προληπτικό. Το 67% του συνόλου των εξετάσεων αφορούσε σε ανδρικό πληθυσμό, και το 33% σε γυναικείο.

Αποτελέσματα: Το 60% ήταν >60 ετών, και το 40% <60 ετών και στους 2 πληθυσμούς, (ανδρικός και γυναικείος). Το ιστορικό των ασθενών περιελάμβανε τις εξής παθήσεις: ΑΕΕ, ΟΕΜ, ΑΥ, κολπική μαρμαρυγή, καρδιακές αρρυθμίες, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, καρκινοπάθειες, ΣΔ τύπου Ι, ΣΔ τύπου ΙΙ, ΑΥ, υπερχοληστερολαιμία, κ.λπ. Το 85% επί του συνόλου των ασθενών ελάμβανε αντιαιμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή: Acenocumarol (Sintrom), Plavix-Iscover (Clopidogrel), Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis), Dabigatran (Pradaxa), ενώ το 15% πραγματοποίησε έλεγχο ρουτίνας σε επίπεδο προληπτικού και προεγχειρητικού ελέγχου.

Από το 85% των ασθενών που ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή, το 65,0% ελάμβανε Sintrom (Acenocumarol). Αυτοί που το ελάμβαναν με σταθερή δοσολογία αλλά ανέφεραν αλλαγή στις διατροφικές τους συνήθειες (αυξομείωση στην κατανάλωση πράσινων λαχανικών, κρέατος, κυρίως συκώτι, αυγών, ξηρών καρπών, δηλαδή τροφών πλούσιων σε Vit K), οδηγήθηκαν σε απορρύθμιση του INR και ακολούθησε αλλαγή δοσολογίας της αντιπηκτικής αγωγής. Αντίθετα, στο υπόλοιπο 20% που ελάμβανε NOACs (Xarelto, Eliquis, Pradaxa) δεν παρατηρήθηκε διακύμανση στην ευρεθείσα τιμή INR ανεξαρτήτως διατροφολογίου. Τα NOACs δεν επηρεάζονται καθόλου από τη διατροφή, ενώ μπορεί να επηρεαστούν από την συγχορήγηση άλλων φαρμάκων. Επίσης, απαγορεύεται η συγχορήγηση τους με κάποιες κατηγορίες φαρμάκων, όπως τα αντιμυκητιακά.

Συμπεράσματα: Η σωστή ρύθμιση της αιμόστασης είναι καθοριστική για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών, για την διασφάλιση της ποιότητας ζωής τους, καθώς και για την πρόληψη επιπλοκών από την υπόλοιπη συννο-

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

σηρότητα αυτών. Θα πρέπει να υπάρχει συστηματικός έλεγχος της διατροφής του ασθενούς, αλλά και της συγχρηγούμενης θεραπευτικής αγωγής που ενδέχεται να λαμβάνει κατά καιρούς για άλλες παθήσεις (π.χ. αντιβιοτικά, αντιμυκητιακά, κ.ά.).



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

3. ΕΠΟΧΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΝΙΚΑΙΑΣ -2η ΥΠΕ- ΤΟ ΕΤΟΣ 2022

Χ. Σεϊτοπούλου¹, Π.-Μ. Αφέντογλου², Μ. Σταμούλη³, Γ. Καλλιώρα⁴, Ι. Σαρρή³, Β. Τζίμα⁵, Α. Μουρτζίκου⁶

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΚΥ Νίκαιας, 2η ΥΠΕ, ²Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ, ³Βιοχημικό Εργαστήριο, ΝΝΑ, ⁴Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, ⁵Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής, ⁶Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Ο Άγιος Παντελεήμων»

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η εποχική επιδημιολογική κατανομή των δειγμάτων γενικής αίματος που εκτελέστηκαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Νίκαιας το 2022.

Υλικό και μέθοδοι: Υλικό απετέλεσαν το σύνολο των 14.045 δειγμάτων γενικής αίματος, οι οποίες εκτελέστηκαν στον αιματολογικό αναλυτή Celltac G MEK 9100 της ΝΙΗΟΝΚΟΗΔΕΝ. Τα ευρήματα κατατάχθηκαν σε 4 εποχικές περιόδους (Α. χειμωνιάτικη, Β. ανοιξιάτικη, Γ. καλοκαιρινή, Δ. φθινοπωρινή) και ειδικότερα οι μήνες Ιανουάριος, Μάρτιος, Ιούνιος και Σεπτέμβριος.

Αποτελέσματα: Στον πίνακα παραθέτονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του συνόλου των δειγμάτων της γενικής αίματος, σύμφωνα με τον λευκοκυτταρικό τους τύπο (πολυμορφοπυρηνικός, λεμφοκυτταρικός).

	Α. ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	Β. ΜΑΡΤΙΟΣ	Γ. ΙΟΥΝΙΟΣ	Δ. ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
ΣΥΝΟΛΟ				
ΓΕΝ. ΑΙΜΑΤΟΣ	3010	4015	2987	4033
2022				
Πολυμορφοπυρηνικός τύπος:	96,5%	87%	88%	86%
Λεμφοκυτταρικός τύπος:	3,5%	13%	12%	14%

Συμπεράσματα: Η μεγαλύτερη αύξηση των λεμφοκυττάρων στο σύνολο των δειγμάτων της γενικής αίματος συμπίπτει με την έναρξη της φθινοπωρινής περιόδου, κατά την οποία υπάρχει πτώση της θερμοκρασίας, αυξημένα επίπεδα υγρασίας, αρχή ιογενών λοιμώξεων τόσο στη σχολική κοινότητα, όσο και στις εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών. Ακολουθεί η περίοδος της άνοιξης με το μείγμα των ιογενών λοιμώξεων μαζί με τις αλλεργίες να γίνεται εκρηκτικό όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η καλοκαιρινή περίοδος εμφανίζεται τρίτη στη σειρά όσον αφορά την αύξηση των λεμφοκυττάρων, κατά την οποία οι ιογενείς λοιμώξεις, είτε ως λοιμώξεις του αναπνευστικού είτε ως του γαστρεντερικού συστήματος εμφανίζονται με τις μορφές (φαρυγγολαρυγγοτραχειοβρογχίτιδας, ωτίτιδας, ιγμορίτιδας), ή γαστρεντερίτιδας αντίστοιχα. Μάλιστα προκαλεί ενδιαφέρον ότι παρόλο που η θερμοκρασία το καλοκαίρι είναι υψηλή, εντούτοις οι ιογενείς λοιμώξεις δεν υποχωρούν. Η μεγαλύτερη αύξηση των πολυμορφοπυρηνικών εμφα-

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

νίζεται αρχές του χρόνου, στην έξαρση των βακτηριακών λοιμώξεων όπως για παράδειγμα οι λοιμώξεις που οφείλονται στον στρεπτόκοκκο ή στον πνευμονιόκοκκο. Έχοντας υπόψιν ότι επιδημιολογικά τα παιδιά θεωρούνται ο κύριος μεταδότης των λοιμώξεων, οι λεγόμενοι φορείς κυρίως από το σχολικό περιβάλλον, την κυριότερη δεξαμενή λοιμώξεων, ιογενών και βακτηριακών, είναι ξεκάθαρη η πιθανή μετάδοση και επίπτωση στον υπόλοιπο πληθυσμό κυρίως στο γηραιό, με τις συνέπειες κάποιες φορές να είναι δυσμενείς τόσο για την ποιότητα ζωής τους, όσο και για το προσδόκιμο επιβίωσης αυτών.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

4. HEPARIN INDUCED THROMBOCYTOPENIA ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ 84 ΕΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΗ ΛΟΓΩ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑΣ

Ε. Κουτσοστάθης, Γ. Σκάζας, Α. Τσόλου

ΜΕΘ, Γ.Ο.Ν.Κ. «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

Εισαγωγή-Σκοπός: Περιγράφεται ενδιαφέρον περιστατικό γυναίκας ασθενούς 84 ετών η οποία νοσηλεύθηκε λόγω λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού-οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας και της οποίας η λοίμωξη επεπλάκη με καντινταιμία και ΗΙΤ.

Παρουσίαση περιστατικού: Η ασθενής διακομίστηκε, λόγω αδυναμίας/καταβολής και εισήχθη σε Παθολογική κλινική για διερεύνηση αιμιάς στα πλαίσια ΧΝΑ. Τέθηκε αντιμικροβιακή αγωγή με βανκομυκίνη και μεροπενέμη (Από καλλιέργειες από έλκη πίεσης αρ. κνήμης και ιεροκοκκυγικής περιοχής, λόγω χρόνιας κατάκλισης απομονώθηκαν *Staph. aureus* και *Staph. cohnii*).

Η νοσηλεία της επεπλάκη από εμπύρετο έως 39° C. Λήφθηκαν κ/ες αίματος και απομονώθηκε *Candida parapsilosis*. Τέθηκε μικαφουγκίνη με ύφεση του εμπυρέτου. Επιπλέον εμφάνισε τροποναιμία και αύξηση BNP >1000pg/ml, στο ΗΚΓ (-) T στην V1, V2. Διακομίστηκε στην Καρδιολογική κλινική, όπου τέθηκε ΗΧΜΒ σε θεραπευτική δόση.

Κατά την επάνοδο στην Παθολογική κλινική, εμφάνισε συρρέον πετεχειώδες εξάνθημα τραχήλου- πρόσθιας επιφάνειας θώρακα, στη ράχη και στο πρόσωπο.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μεγάλη πτώση των αιμοπεταλίων 100.00/μl → 4.000 → 1000/μl. Τα αντιηπαρινικά αντισώματα ήταν θετικά. Λόγω του ΗΙΤ διεκόπη η ΗΧΜΒ, τροποποιήθηκε η αντιβιοτική αγωγή για αποφυγή φαρμακευτικής θρομβοπενίας σε ανιτιλαφουγκίνη, αμπικιλίνη/σουλμπακτάμη και σιπροφλοξασίνη και ξεκίνησε αγωγή με μεθυλοπρεδνιζολόνη (40mg x3 με σταδιακή μείωση). Η ασθενής χρειάστηκε να λάβει μεταγγίσεις με PLT's και ΜΣΕ. Έλαβε συνολικά 30 gr IV IgG ημερησίως για 5 ημέρες. Τέθηκε αγωγή με fondaparinux.

Η ασθενής διασωληνώθηκε λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης, αιμοδυναμικής αστάθειας και ΟΑΑ II. Ο έλεγχος με PCR για COVID-19 ήταν αρνητικός. Υπεβλήθη σε επιτυχές weaning και εξήλθε 1 εβδομάδα αργότερα.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Το ΗΙΤ αποτελεί επιπλοκή των LMWHs. Έως και 40% οδηγεί σε αρτηριακό ή φλεβικό θρομβοεμβολισμό, και θρομβοπενία πρωτοεμφανίζεται την 4η-5η ημέρα χορήγησης LMWH, ενώ δυνατόν να εμφανιστεί εντός ωρών, εάν υπάρχει επανέκθεση LMWH εντός 6-9 μηνών.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

5. ΜΕΤΡΗΣΗ anti-Χα ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Θ. Χήρας¹, Α. Πρίφτης², Δ. Μπιμπλάκη¹, Ε. Αλαφάκη², Ε. Ρενιέρη², Α. Ρογκάκου², Α. Μπαρμπάτση¹, Μ. Σονικιάν¹, Ρ. Χατζηκυριάκου²

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα, ²Αιματολογικό Εργαστήριο, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα

Σκοπός: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (HD) λαμβάνουν ως αντιπηκτική αγωγή κλασική ηπαρίνη (unfractionated UFH) ή χαμηλού Μοριακού Βάρους ηπαρίνη (LMWH) με σκοπό την πρόληψη θρομβωτικών επεισοδίων τόσο στο κύκλωμα της αιμοκάθαρσης όσο και στην αγγειακή προσπέλαση. Από την άλλη πλευρά η υπερδοσολογία σε αυτά τα φάρμακα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αιμορραγίας. Η anti-Χαδραστικότητα των ηπαρινών αποτελεί τα τελευταία χρόνια την πιο κατάλληλη εργαστηριακή μέθοδο για επιβεβαίωση επίτευξης της επιθυμητής αντιπηξίας. Παλαιότερες εργαστηριακές μετρήσεις (aPTT, INR, χρόνος ροής) περιπλέκονταν από χαρακτηριστικά όπως η γήρανση, η παχυσαρκία, η παρουσία ηπατικής νόσου, αντιπηκτικού του Λύκου κ.λπ. Στη μελέτη εξετάσαμε την αντιπηκτική δραστηριότητα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς διερευνώντας αν η εφαρμοζόμενη δοσολογία των ηπαρινών βάσει εμπειρίας και οδηγιών (μονάδες/Kgr Σωματικού Βάρους (ΣΒ) ή όριο τα 60kgr ΣΒ) αντανακλάται στα μετρούμενα επίπεδα εργαστηριακών μετρήσεων.

Υλικό - Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 22 σταθεροί ασθενείς υπό χρόνια HD (19 άνδρες και 3 γυναίκες), ηλικίας 62 (42-87) ετών οι οποίοι ελάμβαναν την ίδια δόση ηπαρίνης τουλάχιστον για 1 μήνα πριν τη μελέτη. Σε 8 ασθενείς χορηγήθηκε UFH και στους υπόλοιπους 14 LMWH. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μετρήσεις anti-Χα δραστικότητας, και aPTT στους χρόνους 0 και 3 ώρες μιας 4ωρης συνεδρίας αιμοκάθαρσης, στο μέσο της εβδομάδας. Η χορήγηση αντιπηκτικού πραγματοποιήθηκε ακριβώς στην έναρξη της συνεδρίας. Η παρουσία πήγματος αξιολογήθηκε με οπτική επιθεώρηση του κυκλώματος στη συσκευή αιμοκάθαρσης (φίλτρου, γραμμών, αεροπαγίδας) στο τέλος της συνεδρίας. Οι παρατηρήσεις έγιναν για το ίδιο άτομο σε τρεις διαδοχικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης.

Αποτελέσματα: Αξιολογήθηκαν οι 22 ασθενείς σε 66 συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Σε όλους τους ασθενείς ήταν μηδενική η anti-Χα δραστικότητα στην έναρξη της συνεδρίας (χρόνος 0) ενδεικτικό ότι δεν σημειώνεται συσσώρευση φαρμάκου από προηγούμενη συνεδρία. Οι μετρήσεις anti-Χα δραστικότητας των ασθενών κυμάνθηκαν από 0,3 έως 1,39 U/ml (μέση τιμή 0,67U/ML) όταν η τρέχουσα σύσταση για προφυλακτική δράση στην αιχμή της συνεδρίας είναι 0,3-0,7U/ml. Η μέση χορηγούμενη UFH ήταν 56 IU/Kgr/ΣΒ με μέση υπολογισμένη τιμή aPTT=96sec και τιμές στόχους 30-50 IU/Kgr ΣΒ και 50-70sec αντίστοιχα. Δεν παρουσιάστηκαν αιμορραγίες πλην μιας περίπτωσης ασθενούς στον οποίο χρειάστηκε χρόνος μεγαλύτερος από 15 λε-



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

πτά για την αιμόσταση στα σημεία παρακέντησης της αγγειακής προσπέλασης στο τέλος της συνεδρίας.

Συμπεράσματα: Οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς της Νεφρολογικής Μονάδας που λαμβάνουν ηπαρίνη σύμφωνα με το ισχύον πρωτόκολλο παρουσίασαν τις επιθυμητές ή ηπίως μεγαλύτερες τιμές των επιπέδων anti-Xa δραστικότητας από αυτές που συστήνονται για πρόληψη/θεραπεία σε κάθε κατηγορία ηπαρίνης. Η χορήγηση αποδείχτηκε ασφαλής και καλά ανεκτή.

Βιβλιογραφία:

1. Evaluation of the anticoagulant effect of low-molecular-weight heparins based on the anti-Xa level during haemodialysis Mei Tao et al. First published: 30 January 2020
2. Anti-Xa activity supports using a simple dosing algorithm for tinzaparin for anticoagulation in hemodialysis Christofer Kirwan et al Nephron Clin Pract. 2013;123(1-2):7-12.doi: 10.1159/000351047. Epub 2013 Jun 4.
3. Anti-Xa activity supports using simple dosing algorithm for tinzaparin for anticoagulation in hemodialysis

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

6. Η PCSK9 ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Α.Ν. Τσούκα, Κ. Τέλλης, Α.Δ. Τσελέπης

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

Εισαγωγή: Η PCSK9 είναι μια σερίνο-πρωτεάση που εκτός από τον κύριο ρόλο της στην ενδοσωμική και λυσοσωμική αποικοδόμηση του υποδοχέα της LDL, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της LDL-χοληστερόλης στο πλάσμα, παρουσιάζει αρκετές, ανεξάρτητες, από τον LDL υποδοχέα, δράσεις σε πληθώρα κυτταρικών τύπων, συμπεριλαμβανομένων των αιμοπεταλίων.

Σκοπός: Διερευνήθηκε η πιθανή ύπαρξη PCSK9 στα ανθρώπινα αιμοπετάλια.

Μέθοδοι: Πλυμένα αιμοπετάλια (W.P.) παρασκευάστηκαν από πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια αίματος υγιών εθελοντών με την τροποποιημένη μέθοδο Mustard. Μέρος των W.P. κατεργάστηκε με διάλυμα λύσης προκειμένου να γίνει ποσοτικοποίηση της PCSK9 χρησιμοποιώντας ειδική μέθοδο ELISA, ενώ έγινε και ποσοτικός προσδιορισμός της ολικής πρωτεΐνης με τη μέθοδο BCA. Παράλληλα, στο ίδιο δείγμα διερευνήθηκε η μορφή της PCSK9 (ώριμη ή αποικοδομημένη με φουρίνη; furin-cleaved) με Western Blotting, χρησιμοποιώντας πολυκλωνικό αντίσωμα κατά της PCSK9. Επιπλέον, δείγμα W.P. επώαστηκε με εμπορικά διαθέσιμη, ανασυνδυασμένη PCSK9 (recPCSK9) συγκέντρωσης 500ng/ml για 5min για να διαπιστώσουμε εάν τα W.P. προσροφούν PCSK9 από το περιβάλλον.

Αποτελέσματα: Αποδείχθηκε για πρώτη φορά ότι τα W.P. υγιών εθελοντών περιέχουν PCSK9 σε συγκέντρωση $0,84 \pm 0,27$ ng PCSK9/mg ολικής πρωτεΐνης ενώ αποδείχθηκε ότι ο τύπος της PCSK9 που περιέχουν τα W.P. είναι τόσο η ώριμη όσο και η furin-cleaved μορφή της. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε για πρώτη φορά ότι τα αιμοπετάλια έχουν τη δυνατότητα να προσροφούν από το περιβάλλον recPCSK9, αφού μετά την προεπάση με recPCSK9 τα επίπεδα της ενδοκυττάριας PCSK9 αυξήθηκαν από $0,84 \pm 0,27$ ng PCSK9/mg ολικής πρωτεΐνης σε $2,91 \pm 0,53$ ng PCSK9/mg ολικής πρωτεΐνης ($p=0,008$).

Συμπέρασμα: Στην παρούσα εργασία αποδείξαμε ότι τα αιμοπετάλια υγιών εθελοντών περιέχουν τόσο την ώριμη όσο και furin-cleaved μορφή της PCSK9. Επιπλέον, έχουν τη δυνατότητα να προσροφούν PCSK9 από το περιβάλλον. Η προέλευση της ενδοκυττάριας PCSK9 στα αιμοπετάλια πρέπει να διερευνηθεί παραπάνω, καθώς και η σημασία σε κλινικό επίπεδο της ενδοκυττάριας PCSK9 των αιμοπεταλίων.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

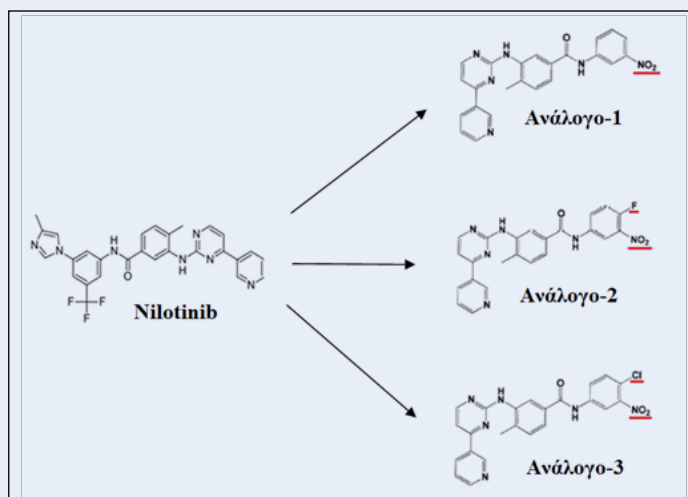
7. ΝΕΑ ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΝΙΛΟΤΙΝΙΒ ΜΕ ΕΝΙΣΧΥΜΕΝΕΣ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΙΣΧΥΡΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΔΡΑΣΗ

Λ. Πεχλιβάνη¹, Ν. Ντέμου², Π. Βούλγαρη², Κ. Σκομπρίδης², Δ.Α. Τσελέπης¹

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

Εισαγωγή-Σκοπός. Το Nilotinib είναι ένα φάρμακο, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας. Σε προηγούμενη μελέτη μας (Πεχλιβάνη Λ, et al. Συνέδριο ΙΜΕΘΑ 2022), συνθέσαμε τρία νέα ανάλογα του Nilotinib και διερευνήθηκαν οι κυτταροστατικές τους ιδιότητες σε καρκινικά ηπατοκύτταρα και η ανασταλτική τους δράση ως προς τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων, *in vitro*. Στην παρούσα μελέτη, διερευνήσαμε τη δράση του Nilotinib και των αναλόγων του ως προς τη φωσφορυλίωση της Src κινάσης, ενός πρωτοογκογονιδίου που συμμετέχει στον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων, και αξιολογήσαμε περαιτέρω την αντιαιμοπεταλιακή τους ισχύ, μελετώντας την ανασταλτική τους δράση στη μεμβρανική έκφραση της P-σελεκτίνης και του PAC-1.

Μέθοδοι: Οι δομές των αναλόγων διαφοροποιούνται μεταξύ τους στον τελικό φαινολικό δακτύλιο, έχοντας ένα άτομο αλογόνου, F ή Cl στην 4^η θέση (Εικόνα). Καρκινικά ηπατοκύτταρα HepG2, σε καλλιέργεια, επώαστηκαν με 10μΜ Nilotinib ή των συνθετικών αναλόγων του για 48 ώρες και μελετήθηκε η φωσφορυλίωση της Src κινάσης με ELISA. Πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) επώαστηκε με Nilotinib ή με τα συνθετικά ανάλογά του και ενεργοποιήθηκε με αραχιδονικό οξύ (AA), προκειμένου να αξιολογηθεί η μεμβρανική έκφραση της P-σελεκτίνης και του PAC-1, με κυτταρομετρία ροής.



Εικόνα. Δομές του Nilotinib και των συνθετικών αναλόγων του.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Αποτελέσματα. Το Nilotinib και τα ανάλογα -1, -2 και -3 δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική δράση ως προς την αναστολή φωσφορυλίωσης της Srcκ ινάσης ($11,18 \pm 0,04\%$, $34,33 \pm 0,05\%$, $20,53 \pm 0,04\%$ και $26,85 \pm 0,07\%$, αντίστοιχα). Όλα τα ανάλογα εξέφρασαν ισχυρότερη ανασταλτική δράση ως προς τη μεμβρανική έκφραση της P-σελεκτίνης και του PAC-1, σε σχέση με το Nilotinib (Πίνακας).

Πίνακας. Η ανασταλτική δράση του Nilotinib και των αναλόγων του στη μεμβρανική έκφραση της P-σελεκτίνης και του PAC-1 σε PRP, που ενεργοποιήθηκε με AA.

Συνθετικά ανάλογα	% Αναστολή της P-σελεκτίνης	% Αναστολή του PAC-1
Nilotinib - IC ₅₀ (3,94μM)	31,50 ± 25,10	37,12 ± 39,75
Ανάλογο-1 - IC ₅₀ (1,50μM)	60,76 ± 16,34	76,08 ± 8,38
Ανάλογο-2 - IC ₅₀ (0,94μM)	63,98 ± 25,57	65,68 ± 32,70*
Ανάλογο-3 - IC ₅₀ (1,73μM)	78,57 ± 11,50*	75,59 ± 13,57

*p<0,05 σε σχέση με το Nilotinib

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης σε συνδυασμό με αυτά της προηγούμενης υποδεικνύουν ότι η προσθήκη της NO₂-ομάδας στην 3^η θέση του τελικού φαινολικού δακτυλίου του Nilotinib, ενισχύει την αντιαιμοπεταλιακή του δράση, χωρίς να επηρεάζει σημαντικά τη φωσφορυλίωση της Src. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, υπάρχουν σημαντικές δυνατότητες ανάπτυξης νέων φαρμάκων για την αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου και την πρόληψη της θρόμβωσης που σχετίζεται με τη νόσο.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

8. ΣΥΝΔΡΟΜΟ LEMIERRE ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ: ΜΙΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Αθουσάκη¹, Σ. Κουκιάς¹, Δ. Κλωνάρης², Μ. Καβουσάνακη¹, Γ. Παπάζογλου¹, Ν. Παπανικολάου¹

¹Α' Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο», ²Ωτορινολαρυγγολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Lemierre (LS) είναι μια σπάνια επιπλοκή λοιμώξεων του ανώτερου αερογαστρεντερικού σωλήνα που χαρακτηρίζεται από εγγύς και περιφερικά σηπτικά έμβολα, που συνήθως περιλαμβάνουν τη θρόμβωση της έσω σφαγίτιδας φλέβας. Η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη και η καθυστέρηση της θεραπείας μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε μια σπάνια περίπτωση LS με εκτεταμένη θρόμβωση και πολλαπλές θέσεις περιφερικής λοίμωξης με συνοδό ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περίπτωσης: Ένας 52χρονος Καυκάσιος άνδρας μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αλλοιωμένο επίπεδο συνείδησης και κλινικά ευρήματα οξείας βακτηριακής φαρυγγοαμυγδαλίτιδας. Το ιατρικό ιστορικό περιελάμβανε διαταραχή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και τραυματική εγκεφαλική βλάβη στο παρελθόν, καθώς και πρόσφατη χρήση αναλγητικών λόγω οξέος αυχενικού πόνου. Οι απεικονιστικές μελέτες αποκάλυψαν θρόμβωση της αριστερής IJV που επεκτεινόταν σε πολλαπλούς φλεβικούς εγκεφαλικούς κόλπους και διηθήσεις του δεξιού πνεύμονα. Το LS θεωρήθηκε η πιο πιθανή διάγνωση. Ο ασθενής διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Η θεραπεία περιελάμβανε ενδοφλέβια αντιβιοτικά ευρέος φάσματος και αντιπηκτική θεραπεία. Η ανταπόκριση στη θεραπεία ήταν ικανοποιητική. Μετά την αποσωλήνωση, μεταφέρθηκε σε θάλαμο και πήρε εξιτήριο με επίλυση κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων.

Συμπέρασμα: Το LS είναι μια σπάνια ασθένεια και μπορεί να έχει κακή έκβαση. Η έγκαιρη διάγνωση και οι κατάλληλες θεραπευτικές στρατηγικές, κυρίως με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος, προσφέρουν ευνοϊκά αποτελέσματα σε κατά τα άλλα υγιή άτομα. Οι ενδείξεις για αντιπηκτική θεραπεία παραμένουν ακόμη αμφιλεγόμενες. Τα αντιπηκτικά συνήθως χορηγούνται σε ασθενείς με εκτεταμένη θρόμβωση. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει παροχέτευση αποστήματος, ενώ η απολίπωση και η εκτομή της έσω σφαγίτιδας φλέβας προορίζονται για όσους δεν ανταποκρίνονται στην ιατρική θεραπεία.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

9. ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Γ. Αλετράς, Μ. Πιταροκοίλης, Ε. Ρογδάκης, Σ. Σταυράκης, Θ. Γεωργοπούλου, Δ. Κορέλα, Ε. Μπαχλιτζανάκη, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, «Βενιζέλειο» Γ.Ν. Ηρακλείου

Εισαγωγή: Ο εμβολισμός στεφανιαίας αρτηρίας αποτελεί περίπου το 3% των περιπτώσεων οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ). Συνήθως εμφανίζεται μετά από ενδοστεφανιαία ή καρδιοχειρουργική παρέμβαση, ωστόσο μπορεί να είναι και αποτέλεσμα απευθείας εμβολής από το ωτίο του αριστερού κόλπου, την αριστερή κοιλία ή από τη συστηματική φλεβική κυκλοφορία.

Σκοπός: Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ασθενούς με εικόνα προσθίου STEMI και αγγειογραφική εικόνα θρομβοεμβολής στην περιφέρεια του προσθίου κατιόντα.

Μέθοδοι-Υλικά: Ασθενής 81 ετών με α/α νόσου Parkinson, υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής άνευ αντιπηκτικής αγωγής διεκομίσθη λόγω επιγαστραλγίας. ΗΚΓ με εικόνα RBBB και ανασπάσεων του ST διαστήματος σε V3-V6. Από το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα ακινησία κορυφαίου διαφραγματικού, κορυφαίου προσθίου και κορυφαίου πλαγίου τοιχώματος, χωρίς παρουσία θρόμβου στην αριστερή κοιλία ή εικόνα μεσοκολπικής επικοινωνίας, καθώς και αρνητική αξονική θώρακος για πνευμονική εμβολή. Μεταφορά στο Αιμοδυναμικό εργαστήριο με τον στεφανιογραφικό έλεγχο να αναδεικνύει ολική απόφραξη στην κορυφή του προσθίου κατιόντα κλάδου, χωρίς παρουσία βλαβών σε δεξιά στεφανιαία και περισπώμενη αρτηρία.

Αποτελέσματα: Τα ανωτέρω ευρήματα αποδόθηκαν σε εμβολικό επεισόδιο βάσει των κριτηρίων Shibata και ακολούθησε διάνοιξη με μπαλόνι με αποτέλεσμα την αποκατάσταση της κυκλοφορίας. Λόγω περιφερικής και μη αιμοδυναμικά σημαντικής θρομβοεμβολής αποφασίστηκε αιτιολογική αντιμετώπιση με έναρξη αντιπηκτικής αγωγής για την κολπική μαρμαρυγή. Καταγραφέας ρυθμού χωρίς σύμπλοκη κοιλιακή αρρυθμιογένεση, απουσία στηθαγχικού ή ισοδύναμου ενοχλήματος και εξιτήριο της ασθενούς τις επόμενες ημέρες.

Συμπεράσματα: Ο εμβολισμός στεφανιαίας αρτηρίας αποτελεί μια υποεκτιμημένη αιτία οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Υποψία πρέπει να τίθεται σε κάθε περίπτωση ασθενούς με υψηλό θρομβωτικό φορτίο παρά τα σχετικά φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία ή σε περίπτωση υποτροπών στεφανιαίων θρόμβων. Θεραπευτικά σε ασθενείς με υψηλό θρομβωτικό φορτίο πρέπει να εξετάζεται η θρομβοαναρρόφηση, ενώ περιπτώσεις περιφερικής εμβολής μη αιμοδυναμικά σημαντικές μπορεί να αντιμετωπιστούν με αντιπηκτική αγωγή.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

10. ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ

A. Μαυρουδής, M. Λημναίος

Φοιτητής, Πειραιάς

Εισαγωγή: Οι κυτταροκίνες είναι πρωτεϊνικά μόρια που σηματοδοτούν στην ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα τη διατήρηση της φυσιολογίας του ανθρώπινου οργανισμού.

Σκοπός: Η αναγνώριση των αιτιών της φλεγμονής σύμφωνα με τη τυπολογία των κυτταροκινών και η αλληλεπίδραση μεταξύ τους, διαμορφώνοντας άξονες ρύθμισης σε διακυτταρικό επίπεδο.

Υλικό: Αναζήτηση πρόσφατης ανασκόπησης που δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό "Scandinavian Journal of Immunology" το 2020 που συνδέει τη μοριακή ανοσοβιολογία των ασθενειών με τη διακριτότητα των κυτταροκινών.

Μεθοδολογία: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε στην ηλεκτρονική πλατφόρμα (pubmed), χωρίς κανένα περιορισμό.

Αποτελέσματα: Οι κυτταροκίνες αποτελούν βιοδείκτες με προκαθορισμένη σημασία και λειτουργικότητα. Ο υπολογισμός των τιμών τους δεν παρουσιάζει απόκλιση με τη χρονική διάρκεια του νοσήματος ή με την βιολογική μεταβλητότητα των ασθενών. Παράλληλα, αποδεικνύεται η διαφορετικότητα των κυτταροκινών στην εκδήλωση παθολογικών νοσημάτων, γεγονός που καθιστά την αξία τους ιδιαίτερη, αφού επιτρέπει, κυρίως, τον προσδιορισμό μιας επείγουσας ιατρικής κατάστασης. Επιπλέον, η διάγνωση της φλεγμονής γίνεται με ακρίβεια και αξιόπιστα με πιθανή οριοθέτηση της αιτιολογίας. Άλλωστε, οι φλεγμονές μπορούν να έχουν σημαντικές συνέπειες στην υγεία των ασθενών, αφού προσδιορίζεται τοπικά αλλά και χρονικά η αντίδραση σε κάποιο παθογόνο ερέθισμα.

Συμπεράσματα: Οι κυτταροκίνες επιδρούν στο ανοσοποιητικό σύστημα, αποκλύπτουν την αιτία της φλεγμονής και επομένως καθίσταται πιο ρεαλιστική η προσδοκία για πλήρη αξιοποίηση της γνώσης που κερδίζεται για διαγνωστικούς, προγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

11. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ S -ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

Α. Δεττοράκη, Α. Μιχαλοπούλου, Κ. Δάκου, Σ. Σασλής, Ζ. Καψιμάλη, Μ. Μαζαράκης, Σ. Θυμιανού, Ε. Περγάντου

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

Εισαγωγή: Η ανεπάρκεια πρωτεΐνης S (PSD) θεωρείται σπάνιος αλλά σοβαρός θρομβοφιλικός παράγων. Ωστόσο, έχει περιγραφεί αυξημένη επίπτωση θρομβώσεων σε ασθενείς με λοίμωξη SARS-CoV-2, ενώ η θεραπεία με ετεξιλική δαβιγατράνη (ΕΔ) πρόσφατα (2020) έλαβε έγκριση για παιδιά.

Σκοπός: Περιγραφή περίπτωσης χορήγησης ΕΔ σε παιδί με θρόμβωση, ατομικό ιστορικό PSD και συσχέτιση με λοίμωξη SARS-CoV-2.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανασκόπηση του ιατρικού φακέλου.

Αποτελέσματα: Οκτάχρονο αγόρι παρουσίασε θρόμβωση δεξιάς ιγνυακής φλέβας μετά από πτώση. Ο ασθενής ήταν υγιής, ενώ παρουσίαζε εντοπισμένη κατανομή λίπους μηρών (λιποίδημα). Δόθηκε αντιπηκτική θεραπεία με τινζαπαρίνη και έπειτα, βαρφαρίνη. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας, αποκάλυψε PSD (PS=3%), ενώ έλεγχος σε μητέρα και αδερφή ανέδειξε επίσης PSD. Τέσσερις μήνες αργότερα διαπιστώθηκε πλήρης υποχώρηση της θρόμβωσης με παραμονή υψηλών επιπέδων δ-διμερών (dd 1.6-4.7 μg/ml). Η χορήγηση βαρφαρίνης παρατάθηκε για δέκα μήνες και τελικά, διακόπηκε λόγω ύφεσης των συμπτωμάτων και αρνητικών dd. Έναν μήνα μετά τη διακοπή παρατηρήθηκε αύξηση dd, με συμπτωματολογία και έγινε επανέναρξη βαρφαρίνης. Λόγω κοινωνικοοικονομικών δυσκολιών και συχνών μετρήσεων INR, έγινε μετάβαση σε ΕΔ. Δέκα ημέρες μετά την έναρξη, το παιδί εμφάνισε σοβαρά μετατραυματικά υποδόρια αιματώματα μηρών. Ακολούθησε διακοπή της ΕΔ και επανέναρξη τινζαπαρίνης. Συνεστήθη ακινητοποίηση και μείωση δόσης τινζαπαρίνης. Δύο εβδομάδες αργότερα σημειώθηκε θρόμβωση δεξιάς ιγνυακής φλέβας. Η δόση τινζαπαρίνης αυξήθηκε σε θεραπευτική, το παιδί όμως εμφάνισε πνευμονική εμβολή. Ακολούθως, έλαβε θεραπεία με γ-σφαιρίνη ως ατελές πολυσυστηματικό φλεγμονώδες σύνδρομο των παιδιών (Αντισώματα SARS-CoV-2 θετικά). Ο ασθενής βελτιώθηκε σταδιακά και δέκα μέρες μετά το εξιτήριο, επανήλθε λόγω επέκτασης της θρόμβωσης σε δεξιά μηριαία φλέβα. Μια εβδομάδα αργότερα στα πλαίσια εμπυρέτου και άλγους αριστερού κάτω άκρου διαγνώστηκε οξεία SARS-CoV-2 λοίμωξη και θρόμβωση αριστερής ιγνυακής έως και έξω λαγόνιας φλέβας. Έγινε μετάβαση σε υποδόρια ενοξαπαρίνη και σημειώθηκε προοδευτική βελτίωση. Ο ασθενής σήμερα, 18 μήνες μετά, λαμβάνει ενοξαπαρίνη χωρίς συμπτωματολογία.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία παιδιών με τα νεότερα αντιπηκτικά αποτελεί πρόκληση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει βαριά θρομβοφιλία.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

12. Η ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗΣ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΟΣ ΘΗΚΗΣ

Χ. Κωνσταντίνου¹, Π. Κοραντζόπουλος¹, Κ. Παππάς²

¹Α΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΝ Ιωαννίνων, ²Β΄ Καρδιολογική Κλινική, ΠΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση εμφύτευσης συσκευής καρδιακού ρυθμού (βηματοδότης ή απινιδιστής) και λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αιματώματος θήκης και έως 11 φορές αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης. Το είδος της αντιθρομβωτικής αγωγής και η δυνατότητα διακοπής της περιεπεμβατικά, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης αιματώματος.

Σκοπός: Η εκτίμηση της επίπτωσης του αιματώματος θήκης (υπέγερση >1 εκατοστό της περιοχής της θήκης με ή χωρίς εκ σεσημασμένη εκχύμωση που οδηγεί σε παράταση μετεγχειρητικής νοσηλείας περισσότερο από 1 ημέρα, εκροή αίματος από τη θήκη, ανάγκη διάνοιξης και καθαρισμού της θήκης) σε διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση συσκευής καρδιακού ρυθμού και λάμβαναν αντιθρομβωτική αγωγή.

Μεθοδολογία: Συμπεριλήφθηκαν **30 διαδοχικοί ασθενείς (10 ελάμβαναν διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, 10 ελάμβαναν κουμαρινικά αντιπηκτικά, 10 ελάμβαναν DOACs)** στους οποίους έγινε εμφύτευση μεταξύ Οκτωβρίου και Δεκεμβρίου 2022.

- Στους ασθενείς που ελάμβαναν **διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή**, έγινε **διακοπή του ενός παράγοντα** – τικαγρελόρη, κλοπιδογρέλη, πρασουγρέλη – 3, 5 και 7 ημέρες προ της επέμβασης αντίστοιχα) και η επέμβαση διενεργήθηκε τουλάχιστον 6 μήνες μετά την τοποθέτηση stent. Οι ασθενείς που ελάμβαναν **DOAC**, το διέκοψαν για **2-3 χρόνους ημισείας ζωής**, ενώ στην ομάδα ασθενών που ελάμβαναν **κουμαρινικά αντιπηκτικά**, η επέμβαση διενεργήθηκε με INR <2 (διακοπή 2 ημέρες προ της επέμβασης, χωρίς γεφύρωση με ηπαρίνη), εκτός από ασθενείς με μηχανική μιτροειδή βαλβίδα ή πολύ αυξημένο θρομβοεμβολικό κίνδυνο (CHA₂ DS₂ VASc score >3), στους οποίους η επέμβαση διενεργήθηκε με INR 2-2,5.
- Πέραν της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου στους ασθενείς διενεργήθηκε τακτικός επανέλεγχος 1 και 6 μήνες μετά την εμφύτευση.

Αποτελέσματα: Αιμάτωμα εμφανίστηκε σε **1 ασθενή που ελάμβανε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή**, σε **4 ασθενείς που ελάμβαναν κουμαρινικά αντιπηκτικά** (και στους 4 ασθενείς η επέμβαση διενεργήθηκε με INR 2-2,5), ένας εκ των οποίων υπεβλήθη σε χειρουργικό καθαρισμό και σε **1 ασθενή υπό DOAC**. Στο follow-up στον 1 μήνα είχαν απορροφηθεί όλα τα αιματώματα, ενώ στους 6 μήνες κανένας ασθενής δεν είχε εμφανίσει λοίμωξη θήκης ή άλλη επιπλοκή.

Συμπέρασμα: Ο κίνδυνος εμφάνισης αιματώματος φαίνεται αυξημένος σε ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά αντιπηκτικά περιεπεμβατικά χωρίς παροδική διακοπή αυτών.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

13. ΝΕΑΡΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ SARS-CoV 2 ΚΑΙ ΕΤΕΡΟΖΥΓΩΤΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ V-LEIDEN

Β. Πατριάρχας, Α. Παυλίδης, Α. Σοφογιάννη, Γ. Γεωργακούδας, Β. Μούρνος, Ε. Παράσχος, Σ. Παπαδόπουλος, Δ. Χούπη, Μ. Κόλβατζη, Χ. Κούτρας

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ημαθίας-NM Βέροιας

Εισαγωγή: Η σοβαρή λοίμωξη από SARS-Cov2 μπορεί να προκαλέσει θρομβωτικά επεισόδια ενώ η κληρονομική θρομβοφιλία, συνιστά παράγοντα κινδύνου για θρομβοεμβολική νόσο. Η συνύπαρξη των ανωτέρω καταστάσεων αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο θρομβώσεων.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού νεαρού ασθενή που κατά τη διάρκεια λοίμωξης από SARS-Cov2, εμφάνισε πνευμονική εμβολή και ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και στα πλαίσια περαιτέρω ελέγχου ανευρέθη ετεροζυγώτης στη μετάλλαξη V-Leiden.

Υλικό και Μέθοδος: Άρρεν, 45 ετών, ελεύθερο ατομικό ιστορικό, πλήρως λειτουργικός, BMI: 22, προσέρχεται λόγω εμπύρετου και βήχα από 10ημέρου.

Αποτελέσματα: Κατά την εξέταση ήταν εμπύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός. Υποξυγοναιμία (Sat O2=91%). Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε πνευμονία Covid, PCR SARS-Cov2: θετική και είχε αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Εισήχθη στην Κλινική COVID, έναρξη ρεμτεσεβίρης, κορτιζόνης, ανακίντρα, αντιβιοτικής αγωγής και ΗΧΜΒ σε προφυλακτική δόση. Τη 2^η ημέρα της νοσηλείας, εμφάνισε δεξιά ημιπάρεση. Διενεργήθηκε CT εγκεφάλου: αρνητική για αιμορραγία και έγινε έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Η CT εγκεφάλου 48ώρου, ανέδειξε την ύπαρξη υπόπυκνων εστιών μετωποβρεγματικά, και ινιακά ως επί πρόσφατων εμφράκτων. Τη 4^η ημέρα νοσηλείας, εμφάνισε επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας και μεγάλη αύξηση των δ-διμερών. Λόγω υποψίας πνευμονικής εμβολής, διενεργήθηκε CTPA, ανέδειξε έλλειμμα σκιαγράφησης σε λοβαίο κλάδο της αριστερής πνευμονικής αρτηρίας. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπευτική δόση ΗΧΜΒ. Σταδιακά εμφάνισε κλινικοεργαστηριακή βελτίωση και έλαβε εξιτήριο 15 ημέρες αργότερα με εκ του στόματος αντιπηκτικό, ακετυλοσαλικυλικό οξύ και στατίνη. Διενεργήθηκε έλεγχος για κληρονομική θρομβοφιλία: ετεροζυγωτία στα γονίδια του παράγοντα V-Leiden (G1691A). Triplex καρδιάς και καρωτίδων: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Συζήτηση: Οι ετεροζυγώτες για τη μετάλλαξη του Factor V-Leiden εμφανίζουν πενταπλάσιο κίνδυνο θρομβωτικών συμβαμάτων. Πολλές καταστάσεις, όπως η λοίμωξη από SARS-CoV 2 μπορεί να πυροδοτήσουν την εμφάνισή τους. Παράλληλα η ίδια η νόσος Covid, φαίνεται να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου θρομβώσεων, σε όλες τις ηλικίες, τόσο στο αρτηριακό όσο και στο φλεβικό δίκτυο.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

14. ΤΟ ΕΙΚΟΣΙΠΕΝΤΑΝΟΪΚΟ ΟΞΥ (EPA) ΕΝΙΣΧΥΕΙ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, *IN VITRO*

Δ. Πανταζή, Ι.Κ. Κουτσαλιάρης, Α.Ν. Τσούκα, Α.Δ. Τσελέπης

Εργαστήριο Βιοχημείας/Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Μελέτες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση του ω-3 λιπαρού οξέος εικοσιπεντανοϊκό (EPA, 20:5ω-3) από τροφές και συμπληρώματα διατροφής μπορεί να μειώσει καρδιαγγειακά συμβάντα.

Σκοπός: Να διερευνηθεί ο συνδυασμός του EPA με τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα ασπιρίνη (ASA), τικαγρελόρη και νογαραχαρ έναντι της *in vitro* συσσώρευσης αιμοπεταλίων από διάφορους αγωνιστές.

Υλικά-Μέθοδοι: Ετοιμάστηκε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) από υγιή άτομα. Τα αιμοπετάλια επώαστηκαν στους 37 °C για 10 min με το EPA και στη συνέχεια έγινε επώαση για 1 min ξεχωριστά με ASA, τικαγρελόρη και νογαραχαρ. Η συσσωρευομετρία οπτικής διαπερατότητας σε PRP έγινε παρουσία αραχιδονικού οξέος (AA, 300 μM), ADP (6 μM) και TRAP-6 (10 μM).

Αποτελέσματα: Αρχικά υπολογίστηκε η δόση του EPA και των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων που δεν προκαλούν αναστολή στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Στη συνέχεια εξετάστηκε ο συνδυασμός του EPA με το κάθε αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο ξεχωριστά: *Συσσώρευση αιμοπεταλίων που επάγεται από AA:* Το EPA και η ASA παρουσίασαν αναστολή 22.5±3.5% και 11.50±7.5 % σε συγκεντρώσεις 125 μM και 25 μM αντίστοιχα. Ο συνδυασμός του EPA (125 μM) με την ASA (25 μM) έδειξε αναστολή 92.6±9.5% ($p<0.001$). *Συσσώρευση αιμοπεταλίων που επάγεται από ADP:* Το EPA και η τικαγρελόρη παρουσίασαν αναστολή 22.5±9.5% και 21.3±13.0% σε συγκεντρώσεις 125 μM και 0.125 μM αντίστοιχα. Ο συνδυασμός του EPA (125 μM) με την τικαγρελόρη (0.125 μM) έδειξε αναστολή 66.7±3.7% ($p\leq 0.001$). *Συσσώρευση αιμοπεταλίων που επάγεται από TRAP-6:* Το EPA και το νογαραχαρ αναστολή 17.9±7.6% και 24.7±0.9% σε συγκεντρώσεις 75 μM και 0.25 μM αντίστοιχα. Ο συνδυασμός του EPA (75 μM) με το νογαραχαρ (0.25 μM) έδειξε αναστολή 79.3±2.4% ($p\leq 0.004$).

Συμπεράσματα: Το EPA αύξησε την ανασταλτική δράση της ASA, της τικαγρελόρης και του νογαραχαρ στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων που επάγεται από AA, ADP και TRAP-6. Η σημασία αυτών των ευρημάτων απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.



Ευχαριστίες: Η μελέτη υποστηρίχθηκε από την εταιρεία LIBYTEC Pharmaceutical S.A., Ελλάδα, η οποία παρείχε το υψηλής καθαρότητας EPA.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

15. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΟΣ ΜΟΥΡΩΝ ΣΤΗ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ *IN VITRO* ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΩΝ ΠΑΓΙΔΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (NETS)

Ε. Λάνταβου¹, Ι.Κ. Κουτσαλιάρης¹, Α.Ν. Τσοúκα¹, Λ.Μ. Πεχλιβάνη¹, Π. Σταθόπουλος², Α. Σβουράκη², Κ. Τέλλης¹, Δ. Πανταζή¹, Α.-Λ. Σκαλτσούνης², Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ²Εργαστήριο Φαρμακογνωσίας & Χημείας Φυσικών Προϊόντων, Τμήμα Φαρμακευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Οι πολυφαινόλες διαφόρων φυτών, συμπεριλαμβανομένων και των μούρων, έχουν -μεταξύ άλλων- αντιοξειδωτικές, αντιφλεγμονώδεις και αντιαιμοπεταλιακές δράσεις. Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων αλλά και στον καρκίνο.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης ολικού εκχυλίσματος μούρων της οικογένειας *Morusnigra* (Black Mulberry) στη συσσώρευση αιμοπεταλίων *in vitro* αλλά και στην παραγωγή εξωκυττάρων παγίδων ουδετερόφιλων (Neutrophil Extracellular Traps, NETs).

Υλικά-Μέθοδοι: Εδώδιμοι καρποί μούρων (*Morusnigra*, Black Mulberry) συλλέχθηκαν από την Επικράτεια και εκχυλίστηκαν σε σύστημα διαλυτών [μεθανόλη:νερό (MeOH:W), 70:30 v/v]. Ετοιμάστηκε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) από υγιή άτομα. Τα αιμοπετάλια επωάστηκαν στους 37 °C για 10 min με το εκχύλισμα μούρων σε διάφορες συγκεντρώσεις. Η συσσωρευομετρία οπτικής διαπερατότητας σε PRP έγινε παρουσία αραχιδονικού οξέος (AA, 300 μM), ADP (10 μM) και TRAP-6 (10 μM). Ουδετερόφιλα απομονώθηκαν από ολικό αίμα υγιών ατόμων με βαθμίδωση πυκνότητας σε Histopaque-φικόλη. Ακολούθησε επίδραση του εκχυλίσματος μούρων (100 μg/mL) σε καλλιέργειες ουδετερόφιλων (συγκέντρωση κυττάρων 1.2x10⁶/mL) για 10 min (37 °C, 5% CO₂). Υπό τις ίδιες συνθήκες, οι καλλιέργειες ουδετερόφιλων ενεργοποιήθηκαν για 4 ώρες με εστέρες οξικής μυριστικής φορβόλης (PMA, 100 nM). Ο έλεγχος της παραγωγής NETs έγινε με μικροσκοπία ανοσοφθορισμού (Olympus DP-70) χρησιμοποιώντας κατάλληλα αντισώματα (MPO & DAPI). Η νέτωση μετρήθηκε με ELISA (Cell Death Detection ELISA^{PLUS}, Roche) χρησιμοποιώντας αντίσωμα μυελοϋπεροξειδάσης (anti-MPO, Hycult BiotechInc).

Αποτελέσματα: Η μικροσκοπία ανοσοφθορισμού έδειξε ότι το εκχύλισμα από μούρα προκάλεσε 58 % αναστολή στο σχηματισμό των NETs. Το εκχύλισμα μούρων ανέστειλε τη νέτωση κατά 38.9±10.6 % σε ενεργοποιημένα ουδετερόφιλα σε σχέση με τα μη ενεργοποιημένα κύτταρα. Αντίθετα, δεν επηρέασε την επαγόμενη από AA, ADP ή TRAP-6 συσσώρευση αιμοπεταλίων (20% αναστολή).

Συμπεράσματα: Το εκχύλισμα μούρων παρουσιάζει ανασταλτική δράση στην παραγωγή των NETs. Οι διαφορές στη σύσταση ως προς τα δραστικά συστατικά καθώς και οι υποκείμενοι μηχανισμοί ανασταλτικής δράσης συστατικών του εκχυλίσματος μούρων στην παραγωγή των NETs είναι υπό διερεύνηση.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

<p>Ευρωπαϊκή Ένωση Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης</p>	<p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΤΠΑ & ΤΣ ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΑΝΕΚ</p>	<p>ΕΠΑνεΚ 2014-2020 ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ</p>	<p>ΕΣΠΑ 2014-2020 ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη</p>
--	---	--	--

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

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

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

16. ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ D-DIMERS ΣΕ ΝΗΠΙΟ ΜΕ ΝΟΣΟ KAWASAKI ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΣΥΛΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ ΚΑΙ ΑΔΕΝΟΪΟ

Μ.-Ε. Παπασάββα, Μ. Γκόγκου, Δ. Σαββίδου, Χ.-Μ. Τσιόγκα, Β. Γκέτση

Παιδιατρικό Τμήμα, ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Εισαγωγή: Τα D-dimers είναι ένας δείκτης με υψηλή ευαισθησία, αλλά χαμηλή ειδικότητα. Αυξάνεται σε θρομβώσεις, αλλά και σε πολλές άλλες καταστάσεις. Εξαιρετικά αυξημένη τιμή του, ακόμη κι αν είναι φαινομενικά μοναχικό εύρημα, εγείρει υποψία για σοβαρή υποκείμενη νόσο.

Σκοπός: Η παρουσίαση περίπτωσης νηπίου με σύνδρομο Kawasaki και συλλοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό και αδενοϊό, με επιμένουσα εκσεσημασμένη αύξηση των D-dimers χωρίς κλινικά σημεία θρόμβωσης.

Υλικό: Αγόρι 3.5 ετών με πυρετό, ρινίτιδα, εξάνθημα και ηπατομεγαλία.

Μέθοδοι: Γενικές αίματος-ούρων, δείκτες λοίμωξης, έλεγχος πήξης, καλλιέργειες βιολογικών υλικών, βιοχημικός, ιολογικός και ανοσολογικός έλεγχος, ΗΚΓ, USκοιλίας-καρδιάς.

Αποτελέσματα: Χορηγήθηκαν αμπικιλίνη και κλινδαμυκίνη (για 5 ημέρες). Την 3^η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε εξέρυθρα παρίσθημα, ένεση επιπεφυκώτων, ευμεγέθη τραχηλικό λεμφαδένα δεξιά, ερυθρότητα παλαμών-πελμάτων. Τέθηκε η διάγνωση της νόσου Kawasaki και της λοίμωξης από κυτταρομεγαλοϊό και αδενοϊό (IgM αντισώματα θετικά με ορομετατροπή μετά από 4 εβδομάδες). Χορηγήθηκαν γ-σφαιρίνη και ασπιρίνη και το παιδί απυρέτησε το επόμενο 48ωρο. Παρατηρήθηκε αύξηση των d-dimers (έως 36.15 mg/dl), με επάνοδο στα φυσιολογικά δύο μήνες μετά. Ο καρδιολογικός έλεγχος, τόσο στην οξεία φάση όσο και ένα μήνα μετά, ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Αποφασίστηκε η συνέχιση της χορήγησης ασπιρίνης (4.3 mg/Kg) για άλλους 6 μήνες, μέχρι τον επόμενο καρδιολογικό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Ο ασθενής μας είχε εξαιρετικά υψηλά d-dimers και έπασχε από τρεις νοσολογικές οντότητες, που σχετίζονται με θρομβώσεις. Το σύνδρομο Kawasaki ανέκαθεν έχει ενοχοποιηθεί για θρομβώσεις. Πρόσφατες μελέτες εμπλέκουν τον κυτταρομεγαλοϊό στην ανάπτυξη αγγειακών παθήσεων, όπως της αθηροσκλήρυνσης, της αγγειίτιδας, της ανάπτυξης στεφανιαίων ανευρυσμάτων και της θρόμβωσης του αορτικού τόξου. Επίσης, στην πρόσφατη βιβλιογραφία εκφράστηκε προβληματισμός για θρομβώσεις μετά από εμβολιασμό έναντι της COVID-19 με εμβόλια που χρησιμοποιούσαν αδενοϊό ως φορέα του κορωνοϊού. Όλα τα παραπάνω δημιούργησαν σοβαρή ανησυχία για τον ασθενή μας. Δεν υπήρχαν κατευθυντήριες οδηγίες για ανάλογη περίπτωση. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ασπιρίνη και παρακολουθήθηκε στενά για το επόμενο εξάμηνο.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

17. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΩΣΜΩΤΙΚΟΥ STRESS ΣΤΗ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ *IN VITRO*

Δ. Πανταζή¹, Α. Στράτου², Α. Πέτρου³, Ε. Ντουνούση⁴, Α.Δ. Τσελέπης¹

¹Ερευνητικό Κέντρο Αθηροθρόμβωσης/Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Χημείας, ²Κλινική Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς ΠΓΝΙ, ³Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝΙ, ⁴Κλινική Νεφρολογίας, ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η ωσμωτικότητα του πλάσματος αποτελεί μέτρο της συγκέντρωσης ωσμωτικά δρώντων ουσιών. Υπερωσμωτικές ή υποωσμωτικές συνθήκες επηρεάζουν διάφορες κυτταρικές λειτουργίες και συσχετίζονται με ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις.

Σκοπός: Μελετήθηκε η επίδραση του ωσμωτικού stress στο Μέσο Όγκο Αιμοπεταλίων (MPV) και στη συσσώρευση αιμοπεταλίων σε ολικό αίμα και σε πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP) από υγιείς δότες, *in vitro*.

Υλικά – Μέθοδοι: Σε ολικό ηπαρινισμένο αίμα έγινε μεταβολή της ωσμωτικότητας με επίδραση κατάλληλου υπέρτονου και υπότονου διαλύματος. Έγινε συσσώρευση αιμοπεταλίων σε ολικό αίμα με τη μέθοδο της εμπέδησης (IA) χρησιμοποιώντας ως αγωνιστές ADP (10 μM), TRAP-6 (10 μM) και AA (500 μM). Επίσης έγινε συσσώρευση αιμοπεταλίων σε PRP με τη μέθοδο της οπτικής διαπερατότητας (LTA) χρησιμοποιώντας τους προηγούμενους αγωνιστές. Μετρήθηκε η ωσμωτικότητα (σε mOsm/Kg) και ο MPV (σε fl) πριν και μετά τη μεταβολή της ωσμωτικότητας.

Αποτελέσματα: Οι δείκτες αιμοπεταλίων MPV, PDW και P-LCR δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές λόγω του ωσμωτικού stress. Το υποωσμωτικό περιβάλλον προκάλεσε, αν και όχι στατιστικά σημαντική, μείωση στη συγκολλητικότητα επαγόμενη από ADP κατά 50% ($p=0,056$), ενώ η συγκολλητικότητα επαγόμενη από τον TRAP-6 παρουσίασε κατά 31% μείωση ($p=0,017$) σε σύγκριση με τα δείγματα ελέγχου. Δεν παρατηρήθηκε μεταβολή στην επαγόμενη από AA συσσώρευση των αιμοπεταλίων σε ολικό αίμα. Επίσης δεν παρατηρήθηκε μεταβολή στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων με τη μέθοδο LTA ανεξάρτητα από τον αγωνιστή που χρησιμοποιήθηκε είτε σε υπέρτονο είτε σε υπότονο διάλυμα.

Συμπεράσματα: Η υποτονικότητα μείωσε τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων που επάγεται από ADP και TRAP-6 σε ολικό αίμα. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί καθώς και η κλινική σημασία είναι υπό διερεύνηση.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

18. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

Α. Κοτσιαούτη^{1,2}, Γ. Κυριακίδης², Α. Σπηλιόπουλος², Δ. Μοσχανδρέου², Ε. Γρουζή²
¹Αιματολογικό Τμήμα, ΠΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ²Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας – Ιατρείο Διαταραχών Αιμόστασης, ΓΑΝΑ, «Ο Άγιος Σάββας»

Εισαγωγή: Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου προκύπτει όταν αποφράσσονται μια ή περισσότερες φλέβες αυτού, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η φυσιολογική αιματική παροχέτευση. Η κλινική εικόνα ποικίλει και εξαρτάται από την έκταση της απόφραξης, ενώ η αιτιολογική διερεύνηση και η θεραπευτική προσέγγιση αποτελούν συχνά πρόκληση και απαιτούν τη συνεργασία ομάδας ειδικοτήτων.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας αποτελεί η καταγραφή περιστατικών με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων που παραπέμφθηκαν για διερεύνηση και αντιμετώπιση στο αιματολογικό ιατρείο.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων κατά το χρονικό διάστημα 2012-2023.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανευρέθηκαν 8 ασθενείς με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου, με μέση ηλικία τα 48,2 έτη. Πρόκειται για 4 άνδρες και 4 γυναίκες. Οι θέσεις εντόπισης περιλαμβάνουν τον εγκάρσιο, τον άνω οβελιαίο, τον ευθύ, τον σιγμοειδή και τον σπαραγγώδη κόλπο του εγκεφάλου. Στους αιτιολογικούς παράγοντες ανευρίσκονται κυρίως αυτοάνοσα νοσήματα όπως η νόσος Αδαμαντιάδης Behcet, άλλες αγγειίτιδες και ψωρίαση, κακοήθειες καθώς και συγγενείς θρομβοφιλίες που εμπλέκουν το γονίδιο του FV-Leiden και το MTHFR C667T. Επίσης, έχουμε μια περίπτωση μετά από νευροχειρουργική επέμβαση σε έδαφος Arnold-Chiari mal formation και συνδρόμου LiFraumeni. Θεραπευτικά η κάθε περίπτωση εξατομικεύθηκε και η αντιθρομβωτική αγωγή που επιλέχθηκε ως προς το είδος και τη διάρκεια ήταν Ασενοκουμαρόλη είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με Ακετυλοσαλικυλικό οξύ, ενώ σε μια περίπτωση χρησιμοποιήθηκε Ριβαροξαμπάνη. Οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους χρησιμοποιήθηκαν συχνά κατά την οξεία φάση του επεισοδίου.

Συμπεράσματα: Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων μπορεί να εμπλέκει ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να εξεταστούν στο σύνολό τους ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και να προληφθούν πιθανές υποτροπές που μπορεί να προκαλέσουν από ήπια συμπτώματα, μέχρι σοβαρές αναπηρίες ή ακόμα και θάνατο. Η άμεση διάγνωση κρίνεται επιτακτική ενώ η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση συχνά απαιτεί ομάδα διαφορετικών ειδικοτήτων.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

19. ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΤΩΝ ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΩΝ

Ε. Σδόγκος¹, Α. Τσιλιγγερίδου², Θ. Κωνσταντίνου¹, Δ. Θεοδωρίδης², Α. Κοτσά-νη², Ι. Βογιατζής¹

¹Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Βέροιας, ²Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ΓΝ Βέροιας

Εισαγωγή: Οι αιμορραγίες από διάφορα όργανα είναι από τις συνηθέστερες παρενέργειες των αντιθρομβωτικών φαρμάκων και κάποιες φορές μπορεί να οδηγήσουν σε νοσηλείες, θέτοντας ακόμη και σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών.

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης των αντιθρομβωτικών φαρμάκων στις ρινορραγίες.

Υλικό-Μέθοδοι: Καταγράφηκαν τα δεδομένα όλων των ενήλικων ασθενών που προσήλθαν με ρινορραγία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών το τελευταίο έτος και αναλύθηκαν αναδρομικά αυτοί που ελάμβαναν αντιθρομβωτική αγωγή για οποιοδήποτε λόγο.

Αποτελέσματα: Συνολικά προσήλθαν 104 ασθενείς με ρινορραγία, 64 άνδρες και 40 γυναίκες, μέσης ηλικίας 71 ± 15.3 ετών, εκ των οποίων οι 72 ελάμβαναν κάποια αντιθρομβωτική αγωγή. Από αυτούς, οι 30 την λάμβαναν λόγω Στεφανιαίας Νόσου, οι 25 λόγω Κολπικής Μαρμαρυγής, οι 3 λόγω βαλβιδοπάθειας, οι 2 λόγω Πνευμονικής Εμβολής και οι υπόλοιποι 12 λόγω μη-καρδιολογικού αιτίου (Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Περιφερική Αρτηριοπάθεια). Από το συγκεκριμένο δείγμα, οι 46 ήταν άνδρες και οι 26 γυναίκες, μέσης ηλικίας $74 \pm 10,67$ ετών. Η μέση τιμή του CHADS₂-VA₂S_c-score ήταν $3,8 \pm 1,35$, ενώ του HAS-BLEDscore $3,04 \pm 1,02$. Οι 34 ασθενείς ελάμβαναν μόνο αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, εκ των οποίων οι 6 διπλή, οι 33 ασθενείς αντιπηκτική αγωγή, ενώ 5 ασθενείς ελάμβαναν συνδυασμό αντιαιμοπεταλιακής και αντιπηκτικής αγωγής, εκ των οποίων ο ένας τριπλή. Από τους ασθενείς με αντιπηκτική αγωγή, οι 6 ελάμβαναν αναστολέα της βιταμίνης K (ασενοκουμαρόλη), με μέση τιμή INR $3,7$, οι 5 ελάμβαναν ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ) και οι υπόλοιποι 22 νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά (DOACs). Λήψη εργαστηριακού ελέγχου χρειάστηκε στους 37 ασθενείς. Από το σύνολο των 72 ασθενών, οι 19 χρειάστηκαν νοσηλεία, με μέση διάρκεια τις 4,2 ημέρες για 5 ασθενείς που εκτιμήθηκαν με σοβαρή ρινορραγία, 3,6 ημέρες για 11 ασθενείς με μέτρια ρινορραγία και 1 ημέρα για τους υπόλοιπους 3 με ελαφριά ρινορραγία. Ως προς τη βαρύτητα των ρινορραγιών, από τους 5 με σοβαρή, οι 4 λάμβαναν αντιαιμοπεταλιακά (οι 2 μονή αγωγή και οι 2 διπλή), ενώ ένας DOAC. Μέτρια ρινορραγία εμφάνισαν 12 με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και 11 με αντιπηκτική, ενώ ήπια ρινορραγία εμφάνισαν 18 με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και 21 με αντιπηκτική. Σημειωτέον, από τους 5 ασθενείς με συνδυαστική αγωγή, καθώς και από αυτούς που ελάμβαναν ασενοκουμαρόλη, κανένας δεν εμφάνισε σοβαρή ρινορραγία. Κανένας ασθενείς δεν χρειάστηκε μετάγγιση αίματος. Δεν υπήρξε συσχέτιση των ρινορραγιών με την αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συμπεράσματα: Η ρινορραγία που προκαλείται από τα αντιθρομβωτικά δεν είναι απειλητική για τη ζωή των ασθενών, παρόλα αυτά φαίνεται πως τα αντιαιμοπεταλιακά συσχετίζονται με μεγαλύτερης βαρύτητας ρινορραγία.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

20. PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF ANTITHROMBOTICS IN ELECTIVE INTRACRANIAL PROCEDURES; SYSTEMATIC REVIEW, CRITICAL APPRAISAL M.P. Ntalouka¹, A. Brotis², M.D. Karagianni², C. Arvaniti², M. Mermiri¹, M. Solou², K. Stamoulis¹, M. Bareka¹, K.N. Fountas², E.M. Arnaoutoglou¹

¹Department of Anaesthesiology, ²Department of Neurosurgery, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa University Hospital, Thessaly, Greece

Introduction: Optimal perioperative management of patients medicated with anti-thrombotic agents requiring elective intracranial procedures proves to be extremely challenging due to the increased risk of surgical bleeding and the concurrent need to minimize the thromboembolic risk.

Aim: In this study we aim to 1) identify the clinical practice guidelines (CPGs) and recommendations (CPRs) on perioperative management of antithrombotic agents in elective intracranial surgery, and 2) assess their methodological quality and reporting clarity.

Materials and Methods: The study was conducted following the 2020 PRISMA guidelines for a systematic review and has been registered at the international prospective register of systematic reviews (PROSPERO) under the registration number (CRD42023415710). An electronic search was conducted using PubMed, Scopus, and Google Scholar. The search terms used were “adults”, “antiplatelets”, “anticoagulants”, “guidelines”, “recommendations”, “english language”, “cranial surgery”, “brain surgery”, “risk of bleeding”, “risk of coagulation”, “perioperative management” in all possible combinations. The search period extended from 1964 to April 2023, and was limited to literature published in the English language. The eligible studies were evaluated by three blinded raters, by employing the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE-II) analysis tool.

Results: A total of 14 sets of guidelines were evaluated. Two guidelines from the European Society of Anaesthesiology and one from the American College of Chest Physicians found to have the highest methodological quality and reporting clarity according to the AGREE-II tool. The interrater agreement was good with a mean Cohens Kappa of 0.70 (range: 46.5% - 94.4) in the current analysis.

Conclusions: The perioperative management of antithrombotics in intracranial procedures may be challenging, complex and demanding. Due to the lack of high quality data, uncertainty remains regarding the optimal practices to balance the risk of thromboembolism against that of bleeding.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

21. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΥΦΟΛΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Ε. Σάλιαρη¹, Α. Χατζής¹, Α. Σαμαρά², Α. Παπαδοπούλου¹, Α. Χαραλαμπίδου¹, Π.Μ. Νταλούκα¹, Μ. Μπαρέκα¹, Κ. Παρασκευή³, Μ. Ματσάγκας⁴, Π. Βανακάρα², Ε. Αρναούτογλου¹

¹Αναισθησιολογική Κλινική, ²Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ³Ιατρική των Μεταγίσεων, ⁴Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Η περιεγχειρητική διαχείριση ασθενών με θρόμβωση άνω και κάτω κοίλης φλέβας αποτελεί πρόκληση.

Σκοπός: Η περιγραφή της περίπτωσης ασθενή με όγκο μήτρας και συνυπάρχουσα θρόμβωση άνω και κάτω κοίλης φλέβας, η οποία υποβλήθηκε σε υφολική υστερεκτομή μετά του δεξιού εξαρτήματος.

Υλικά και μέθοδοι: Γυναίκα 28 ετών, με ευμεγέθη αλλοίωση του σώματος της μήτρας, προσήλθε για προγραμματισμένη ερευνητική λαπαροτομία. Το ατομικό αναμνηστικό ήταν ελεύθερο, ενώ είχε προηγηθεί μία κύηση χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο διαπιστώθηκε έλλειμμα σκιαγράφησης στη δεξιά ωσθηκική φλέβα, στο υπερνεφρικό τμήμα της της κάτω κοίλης φλέβας έως και το ενδοηπατικό τμήμα αυτής, συμβατή με φλεβική θρόμβωση. Ο γονιδιακός έλεγχος για θρομβοφιλία ανέδειξε ετεροζυγωτία για το γονίδιο MHTFRC677T, ενώ ο έλεγχος αντιφωσφολιπιδικών αυτοαντισωμάτων ήταν αρνητικός. Το συμβούλιο ειδικών αποφάσισε την έναρξη χορήγησης μικρού μοριακού βάρους ηπαρίνης (MMBH) σε θεραπευτική δόση (Τινζαπαρίνη 10.000 1x1). Δύο μήνες μετά, η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική φλεβογραφία, η οποία ανέδειξε παρουσία θρόμβου στην άνω και κάτω κοίλη φλέβα.

Αποτελέσματα: Μετά από λήψη MMBH σε θεραπευτική δόση για διάστημα τριών μηνών η ασθενής υποβλήθηκε σε υφολική υστερεκτομή μετά του δεξιού εξαρτήματος. Η διεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή. Τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής ανέφερε πλευριτικό άλγος το οποίο συνοδεύτηκε από επεισόδιο υποξυγοναιμίας (SpO₂=95%). Τέθηκε σε οξυγονοθεραπεία με ρινικούς καθετήρες έως 4l/min και πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία πνευμονικών αγγείων, η οποία ανέδειξε μαζική πνευμονική εμβολή. Η αγωγή με θεραπευτική δόση MMBH συνεχίστηκε και πραγματοποιήθηκε διαστρωμάτωση του κινδύνου της πνευμονικής εμβολής, με μέτρηση τροπονίνης και εκτίμηση της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων. Η λοιπή πορεία ήταν ομαλή (ιστολογική εξέταση: αρνητική για κακοήθεια) και η ασθενής έλαβε εξιτήριο τη 10^η μετεγχειρητική ημέρα με σύσταση για συνέχιση της αντιπηκτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Η περιεγχειρητική διαχείριση ασθενών με θρόμβωση των μεγάλων αγγείων αποτελεί σημαντική πρόκληση και απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

22. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ HEART QOL

Ν. Γκένα¹, Δ.Γ. Ράπτης^{1,2}, Π. Κύργου^{1,2}, Σ. Παπαθανασίου², Ε. Ρούκα³, Σ. Ζέττα³, Δ. Παπαγιάννης⁴, Κ.Ι. Γουργουλιάνης², Φ. Μάλλη^{1,2}

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

Εισαγωγή: Η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) απαιτεί χρόνια παρακολούθηση, καθώς οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν χρόνιες σωματικές ή/και ψυχικές επιπλοκές. Πολλές μελέτες αναφέρουν επηρεασμένη ποιότητα ζωής, που βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Σκοπός: Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΠΕ με την Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου-εργαλείου Heart Quality of Life (HeartQoL) και του Short-form 36 (SF-36).

Υλικά και Μέθοδοι: Συμμετείχαν ασθενείς με ΠΕ από το Εξωτερικό Ιατρείο ΠΕ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 100 ασθενείς με ΠΕ (63% άνδρες, 56,97±16,09 ετών), με το 59% να αναφέρει μειωμένη λειτουργική ικανότητα κατά την αξιολόγηση (έναντι προ της διάγνωσης της ΠΕ). Η βαθμολογία της φυσικής κατάστασης του HeartQoL εμφάνισε σημαντική θετική συσχέτιση με τη βαθμολογία της νοητικής κατάστασης του HeartQoL ($p<0,001$) και τη βαθμολογία της φυσικής κατάστασης του SF36 ($p<0,001$) αλλά όχι με τη βαθμολογία της νοητικής κατάστασης του SF36. Η βαθμολογία της νοητικής κατάστασης του HeartQoL εμφάνισε σημαντική θετική συσχέτιση με την βαθμολογία της νοητικής κατάστασης του SF36 ($p<0,001$) αλλά όχι με τη βαθμολογία της φυσικής κατάστασης του SF36. Η ηλικία εμφάνισε σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία του HeartQoL ($p=0,004$), τη βαθμολογία της φυσικής κατάστασης του HeartQoL ($p<0,001$), της φυσικής κατάστασης του SF36 ($p=0,033$), αλλά όχι της βαθμολογίας της νοητικής κατάστασης του HeartQoL και της νοητικής κατάστασης του SF36. Η μέση συνολική βαθμολογία του HeartQoL και η βαθμολογία της φυσικής και νοητικής κατάστασης ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με τις αντίστοιχες φυσιολογικές τιμές του Ελληνικού πληθυσμού (2,15±0,82 έναντι 2,49, $p<0,001$, 2,17±0,86 έναντι 2,50, $p<0,001$, 2,09±1,03 έναντι 2,48, $p<0,001$, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΠΕ παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους. Το HeartQoL μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

23. APPRAISAL OF THE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON THROMBOPROPHYLAXIS IN ORTHOPAEDIC PROCEDURES; DO WE AGREE (II)?

P.M. Ntalouka, A. Koutalos, F. Angelis, I. Vatsiou, M. Bareka, M. Chantes, T. Karachalios, E. Arnaoutoglou

¹Department of Anaesthesiology, ²Department of Orthopaedic Surgery and Musculoskeletal Trauma, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa University Hospital, Thessaly, Greece

Introduction: Optimal thromboprophylaxis in orthopaedic procedures is crucial in an attempt to lower the risk of venous thromboembolism, including deep vein thrombosis and pulmonary embolism.

Aim: We ought to: 1) identify the clinical practice guidelines (CPGs) and recommendations (CPRs) on perioperative management of antithrombotic agents in orthopaedic procedures, and 2) assess their methodological quality and reporting clarity.

Materials and Methods: The study was conducted following the 2020 PRISMA guidelines for a systematic review and has been registered at the international prospective register of systematic reviews (PROSPERO) under the registration number (CRD42023406988). An electronic search was conducted using PubMed, Scopus, and Google Scholar. The search terms used were "adults", "orthopaedic surgery", "orthopaedic surgical procedures", "venous thromboembolism" and "english language", in all possible combinations. The search period extended from 1964 to March 2023, and was limited to literature published in the English language. The eligible studies were evaluated by four blinded raters, by employing the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE-II) analysis tool.

Results: Literature research resulted in 931 studies. Finally, a total of 16 sets of guidelines were included in current analysis. There were 8 national and 8 international CPGs. Five studies were referred to joint reconstruction, 2 to trauma and 8 included guidelines without determining a specific subspecialty. Four guidelines, one from ASH, two from UK and one from India found to have the highest methodological quality and reporting clarity according to the AGREE-II tool. The interrater agreement was very good with a mean Cohens Kappa 0.962 (95% CI, 0.895 – 0.986) in the current analysis. So, the reliability of the measurements can be interpreted as good to excellent.

Conclusion: Optimal thromboprophylaxis in orthopaedic procedures is crucial. The available guidelines found to be of high methodological quality and the interrater agreement was very good according to our study.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

24. ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Δ.-Χ. Τσέργα¹, Σ. Τσιάρα²

¹Ειδικευόμενη Ιατρός Καρδιολογίας, ΓΝ Καρδίτσα, ²Καθηγήτρια Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο γνωστό και ως Σύνδρομο Hughes είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από επεισόδια θρομβώσεων. Απαντάται σε νεαρά άτομα (20-40 χρονών) και πρωτίστως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με την εκδήλωση μαιευτικών επιπλοκών. Αποτελεί μια σπάνια περίπτωση επίκτητης θρομβοφιλίας με εκτιμώμενη συχνότητα 5 περιστατικά στα 100.000 άτομα ετησίως. Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα που ανευρίσκονται είναι το Αντιπηκτικό του λύκου, Αντίσωμα Αντικαρδιολιπίνης, Αντίσωμα Αντι-β2-γλυκοπρωτεΐνης¹. Δεδομένου ότι οι θρόμβοι δύναται να σχηματιστούν σε οποιοδήποτε ιστό ή όργανο του ανθρώπινου σώματος, το καρδιαγγειακό σύστημα δεν παραμένει αλώβητο. Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου περιλαμβάνουν την εμφάνιση βαλβιδοπαθειών, ενδοκαρδίτιδας Libmann-Sacks), αθηροσκλήρωσης, στεφανιαίας νόσου, πνευμονικής υπέρτασης, οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου καθώς και σπανιότερα με τη μορφή ενδοκαρδιακών θρόμβων. Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα διαδραματίζουν διπλό ρόλο στην παθογένεση των καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω της ενεργοποίησης του μονοπατιού της πήξης καθώς και την ενεργοποίηση των φλεγμονωδών αντιδράσεων. Δεδομένου ότι μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση του συνδρόμου, πρέπει να λάβουμε υπόψιν την διερεύνηση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου σε άτομα που εμφανίζουν καρδιαγγειακά νοσήματα σε νεαρή ηλικία χωρίς γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Η αντιπηκτική αγωγή, με πρωταγωνιστές την χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη ή τα κουμαρινικά αντιπηκτικά από του στόματος, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην θεραπευτική αντιμετώπιση σε συνδυασμό βέβαια με την συνιστώμενη καρδιαγγειακή αγωγή (π.χ. στατίνες, αντιυπερτασικά, κ.λπ). Για την εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών απαιτείται τακτική παρακολούθηση των ασθενών και αгаστή συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων.

Στόχος: Αυτή η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει σκοπό να μελετήσει τις καρδιακές επιπλοκές του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου καθώς και τους συνιστώμενους τρόπους θεραπείας και παρακολούθησης των ασθενών.

Μεθοδολογία: Συμπεριλήφθηκαν πρόσφατα άρθρα από το PubMed από το 2019 και έπειτα που περιλαμβάνουν case reports, βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και μελέτες κούρτης. Ο πληθυσμός αποτελείται από άτομα νεαρής ηλικίας (20 έως 50 ετών) με την πλειοψηφία να ανήκει στο θήλυ φύλο.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

25. ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Α. Κοτσιαύτη¹, Ε. Λευκού², Γ. Κούβελος³, Κ. Σπανός³, Μ. Ματσάγκας³

¹Αιματολογικό Τμήμα, ΠΓΝΑ «Αλεξάνδρα», ²Περιγέσεις, Ινστιτούτο Αιματολογίας Κύησης, Θεσσαλονίκη, ³Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας

Εισαγωγή: Η θρόμβωση του άνω άκρου αποτελεί ασυνήθιστη θέση εκδήλωσης θρομβωτικού επεισοδίου, ενώ η εκδήλωση θρόμβωσης άνω άκρου κατά τη διάρκεια της κύησης ή/και της λοχείας αποτελεί ακόμα σπανιότερη κατάσταση.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποτελεί καταγραφή περιστατικών της βιβλιογραφίας που αφορούν γυναίκες οι οποίες παρουσίασαν θρόμβωση άνω άκρου κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας με σκοπό την αξιολόγηση του εκλυτικού αιτιολογικού παράγοντα, της χρονικής στιγμής, της θέσης εντόπισης καθώς και της θεραπευτικής παρέμβασης.

Υλικά - Μέθοδοι: Μελέτη βιβλιογραφικής ανασκόπησης γυναικών με θρόμβωση άνω άκρου κατά την κύηση ή/και τη λοχεία.

Αποτελέσματα: Ανευρέθηκαν 28 περιπτώσεις θρόμβωσης άνω άκρου κατά την κύηση ή/και τη λοχεία σε γυναίκες ηλικίας από 24 έως 42 ετών. 16 περιπτώσεις καταγράφηκαν κατά την κύηση, 11 κατά τη λοχεία ενώ σε μια δεν ανευρέθηκε η ακριβής χρονική στιγμή. Οι κύριες φλέβες που φαίνεται να εμπλέκονται είναι η υποκλείδιος, η μασχαλαία, η βραχιόνιος, η βραχιονοκεφαλική, η κεφαλική και η βασιλική. Εξετάζοντας το αιτιο-παθοφυσιολογικό υπόβαθρο, φαίνεται πως τα δευτεροπαθή αίτια -με κύριο εκπρόσωπό τους την εφαρμογή περιφερικών φλεβοκαθετήρων- αποτελούν τον προεξάρχων εκλυτικό παράγοντα. Παράγοντες όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση και η θρομβοφιλία (συγγενής ή επίκτητη) φαίνεται να εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία του φαινομένου ενώ τα πρωτοπαθή αίτια αποτελούν πιο σπάνιους εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι ωστόσο θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να διερευνώνται. Κατά την κύηση θεραπεία εκλογής αποτελούν οι ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους ενώ κατά τη λοχεία αυξάνονται οι δυναμικές θεραπευτικές επιλογές.

Συμπεράσματα: Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να πραγματοποιούνται από έμπειρο και εξειδικευμένο ιατρό δεδομένου ότι το φυσιολογικό φαινόμενο της κύησης συνοδεύεται από ποικίλες παθοφυσιολογικές μεταβολές οι οποίες θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να συναξιολογούνται καθώς μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση και να περιπλέξουν τη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

26. VENOUS THROMBOEMBOLISM IN PATIENTS UNDERGOING PRIMARY PANCREATIC TUMOUR RESECTION (PATR-VTE); PROTOCOL OF A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY (STROBE TRIAL)

M.P. Ntalouka¹, D. Symeonidis², P. Kotsi³, E. Petinaki⁴, M. Matsagkas⁵, K. Teppetis², D. Zacharoulis², E.M. Arnaoutoglou¹

¹Department of Anaesthesiology, ²Department of Surgery, ³Department of Transfusion Medicine, ⁴Department of Microbiology, ⁵Department of Vascular Surgery, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Thessaly, Larissa University Hospital, Thessaly, Greece

Introduction: Pancreatic cancer is probably the most thrombotic malignancy. However, the exact pathophysiological mechanisms are still poorly understood.

Aim: To evaluate (1) the value of neutrophil/lymphocyte (NLR) and coagulation biomarkers as predictors for VTE, (2) the incidence of VTE (3) the patients perioperative coagulation status and (4) possible determinants for VTE in patients' baseline characteristics among patients undergoing pancreatic cancer surgery with curative intent.

Materials and Methods: This prospective non-interventional observational study (STROBE), which has been approved by the ethical committee of UHL and registered will include eligible primary pancreatic cancer patients with resectable or borderline resectable disease undergoing surgery with curative intent. Exclusion criteria are the following: refusal to participate, previous thromboembolic event <6 months, ASA score >3, patients deemed unresectable intraoperatively and the concomitant presence of a second primary malignancy. In every patient blood samples will be obtained preoperatively, in the early postoperative period and before discharge and haemoglobin levels, white blood cell count, INR, liver and kidney function tests, vWF, factors VIII and XI, D-dimers, fibrinogen, platelets activation, adams-13 and anti-Xa will be determined. One month after the procedure, a scheduled screening for asymptomatic DVT will be conducted with lower extremity triplex study. In addition, thromboembolic incident (DVT, PE) diagnosed during the hospitalization period will be recorded. According to institutional protocol, prophylactic low molecular weight heparin will be administered within the first 24hours postoperatively, according to surgical haemostasis. Based on current literature the pooled specificity of admission NLR for 30-days VTE and PE prognosis is 80.5%. Post-pancreatectomy VTE rates are 1.5%. Based on a 95% confidence level and a 0.1 precision, the estimated sample size for the specificity outcome is 62 patients.

Results/Conclusion: The results of this study would help optimize the perioperative care in primary pancreatic cancer resection in terms of thromboembolic events.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

27. ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Α. Σούφλα¹, Σ. Τσιάρα²

¹Ειδικευόμενη Ρευματολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

²Καθηγήτρια Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η ενεργός φλεγμονή αποτελεί προθρομβωτική κατάσταση η οποία, χαρακτηρίζεται από την ενεργοποίηση προπηκτικών μηχανισμών και ενδοθηλιακών κυττάρων. Μάλιστα αποτελεί γνωστή, η συσχέτιση μεταξύ των αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο και της προδιάθεσης σε φλεβικές και αρτηριακές θρομβώσεις. Φαίνεται λοιπόν ότι τα θρομβωτικά φαινόμενα να συνδέονται με τη δραστηριότητα της νόσου και/ή τη φλεγμονή σε πολλές από τις φλεγμονώδεις ρευματολογικές παθήσεις.

Σκοπός-Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία ανασκόπηση όπου αναζητάμε κύρια παθογενετικά χαρακτηριστικά και κλινικές πτυχές της θρόμβωσης στα αυτοάνοσα ρευματολογικά νοσήματα, τον συστηματικό ερυθματώδη λύκο, την ρευματοειδή αρθρίτιδα, τις αγγειίτιδες, το σύνδρομο Sjogren και τη δερματομυοσίτιδα/ πολυμυοσίτιδα, επισημαίνοντας και τις ενδεδειγμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε κάθε περίπτωση.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Προκύπτει λοιπόν ότι τα αυτοάνοσα ρευματολογικά νοσήματα συνδέονται με αυξημένο θρομβωτικό κίνδυνο και προδιάθεση για αρτηριακές και φλεβικές θρομβώσεις, μεγαλύτερο απ' το γενικό πληθυσμό.



Αναρτημένες Ανακοινώσεις

28. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Π. Χριστοδούλου¹, Ν. Πετρίδης¹

Ε΄ Παθολογική Κλινική – Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η Φλεβική Θρομβοεμβολική Νόσος (ΦΘΝ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας στους νοσηλεύομενους ασθενείς, ειδικότερα τους χειρουργικούς και ορθοπεδικούς ασθενείς. Στους μη χειρουργικούς ασθενείς, ο κίνδυνος εμφάνισης ΦΘΝ είναι πιο ασαφής και καθορίζεται συνήθως από συνεκτίμηση παραγόντων κινδύνου. Η τακτική του παρελθόντος αφορούσε την καθολική χορήγηση προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής στους νοσηλεύομενους ασθενείς. Οι σύγχρονες οδηγίες αντιθρομβωτικής αγωγής συνιστούν τη βαθμολόγηση κινδύνου για την ΦΘΝ και Μείζονα Αιμορραγία (ΜΑ) κατά την εισαγωγή του ασθενούς και συνεκτίμηση τους στην απόφαση για θρομβοπροφύλαξη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της κλίμακας Padua Score για την εκτίμηση κινδύνου ΦΘΝ καθώς και της κλίμακας IMPROVE Bleeding Score για τη βαθμολόγηση κινδύνου ΜΑ.

Υλικά - Μέθοδος: Έγινε ανασκόπηση της βάσης δεδομένων νοσηλεύομενων μη χειρουργικών ασθενών της Ε΄ Παθολογικής κλινικής του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» και επιλέχθηκαν προς μελέτη 100 ασθενείς. Ανασύρθηκαν τα δεδομένα καταγραφής των Padua Score και IMPROVE Bleeding Score κατά την εισαγωγή, και η χορήγηση ή μη προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής. Καταγράφηκε επιπλέον η εμφάνιση συγκεκριμένων επιπλοκών.

Αποτελέσματα: 45 ασθενείς έφεραν αυξημένο κίνδυνο ΦΘΝ. Από αυτούς, οι 33 (73.3%) έλαβαν προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή. Από τους υπόλοιπους 12 που δεν έλαβαν αντιπηκτική αγωγή, κανείς δεν παρουσίαζε αυξημένο κίνδυνο ΜΑ. Αντίστοιχα, 11 ασθενείς από τον πληθυσμό της μελέτης παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο ΜΑ. Από αυτούς οι 3 (27.3%) έλαβαν αντιπηκτική αγωγή. Και οι 3 παρουσίαζαν παράλληλα υψηλό κίνδυνο ΦΘΝ. Αναγνωρίστηκαν 2 επιπλοκές. Η πρώτη αφορούσε ΦΘΝ σε ασθενή υψηλού κινδύνου για ΦΘΝ και χαμηλού κινδύνου ΜΑ που δεν έλαβε αντιπηκτική αγωγή και η δεύτερη σε ΜΑ σε ασθενή υπό αντιπηκτική αγωγή με υψηλό κίνδυνο ΦΘΝ και χαμηλό κίνδυνο ΜΑ.

Συμπεράσματα: Σε ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ασθενών η απόφαση χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής ήταν σύμφωνη με τις συστάσεις από τις κλίμακες βαθμολόγησης κινδύνου. Το ποσοστό των επιπλοκών στον πληθυσμό της μελέτης είναι μικρό (2%). Απαιτούνται περισσότερα δεδομένα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις

29. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΔΗΓΜΑ ΕΧΙΔΝΑΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ, ΕΝΤΟΣ ΛΙΓΩΝ ΩΡΩΝ

Μ. Χρηστάκη, Μ. Κουρτίδης, Κ. Αργεΐτη, Γ. Γκίζας, Λ. Αθανασίου, Ν. Βέλλιος, Δ. Λυμπεράτου, Β. Σαμανίδου, Ρ. Κωνσταντοπούλου, Α. Μαστροκώστας, Α. Λιόντος, Γ. Καλαμπόκης, Χ. Μηλιώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Τα εμβολικά φαινόμενα δεν είναι πολύ συνήθη μετά από δήγμα έχιδνας. Συνήθως μετά από δήγμα έχιδνας, εμφανίζεται κατανόηση των παραγόντων πήξεως και δεν υπάρχει ισχυρή συσχέτιση με καταστάσεις υπερπηκτικότητας. Δεν είναι αρκετά σύνηθες το δήγμα όφeos να σχετίζεται με θρομβωτικά επεισόδια, αν και έχουν περιγραφεί κάποια περιστατικά στη βιβλιογραφία. Τα θρομβωτικά επεισόδια δύσκολα ανιχνεύονται στις πρώιμες επιπλοκές του δήγματος.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού με εμφάνιση πνευμονικής εμβολής, λίγες ώρες μετά από δήγμα έχιδνας.

Υλικά-Μέθοδοι: Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 104 ετών, με την πρότερα κατάσταση της, να είναι πλήρως λειτουργική, μη κλινήρης ασθενής και με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής πίεσης, εισήχθη στην Α΄ Παθολογική Κλινική του ΠΓΝ Ιωαννίνων, λίγες ώρες μετά από δήγμα έχιδνας. Η αιτία εισόδου ήταν άλγος, ερυθρότητα και σημαντική διόγκωση του ΔΕ άνω άκρου, έως την περιοχή του αντιβραχίου. Στην εισαγωγή της είχε αυξημένα δ-διμερή της τάξεως του 14, PO₂:63mmHg, αναπνευστική αλκάλωση, ταχυκαρδία και δεξιά αποκλεισμό σκέλους στο ΗΚΓ. Δεν είχε εικόνα διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, ενώ είχε οξεία νεφρική βλάβη. Λόγω των ανωτέρω ευρημάτων ετέθη η κλινική υποψία της πνευμονικής εμβολής και διενεργήθη αμέσως CT αγγειογραφία. Η CT αγγειογραφία, ανέδειξε έλλειμμα πλήρωσης του ΔΕ άνω κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας που εκτεινόταν σε λοβαίους κλάδους για τον Δεξιό κάτω λοβό του πνεύμονος. Οπότε και έγινε έναρξη θεραπευτικής δόσης ηπαρίνης. Η ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερή με χαμηλή ανάγκη οξυγονοθεραπείας. Διενεργήθη επίσης triplex φλεβών ΔΕ άνω άκρου και κάτω άκρων, με το φλεβικό δίκτυο να ελέγχεται βατό και ευπίεστο, χωρίς σημεία θρόμβωσης. Η ασθενής εξήλθε 5 ημέρες αργότερα με σύσταση να λάβει νεότερα αντιπηκτικά για το χρονικό διάστημα των 3 μηνών και με οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον, λόγω της παραμονής της υποξυγοναιμίας.

Αποτελέσματα: Τα δ-διμερή συνήθως ανευρίσκονται αυξημένα μετά από δήγμα όφeos, κάτι που δεν θα πρέπει να μας εφησυχάζει. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής μας, έχει υποξυγοναιμία, χωρίς στοιχεία υπέρ διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, που είναι από τις πιο συνήθεις επιπλοκές του δήγματος όφeos, δεν θα πρέπει να αμελούμε να διερευνούμε και προς την κατεύθυνση της πνευμονικής εμβολής. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του περιστατικού μας, ήταν επίσης η ταχύτητα με την οποία εμφανίστηκε η πνευμονική εμβολή, εντός κάποιων ωρών από το δήγμα, ενώ συνήθως έχει περιγραφεί ως μέρος των όψιμων επιπλοκών ενός δήγματος όφeos.