

**Διοικητικό Συμβούλιο****Πρόεδρος:**

Κωνσταντίνος Βέμμος
Αθήνα
venmosk@gmail.com

Αντιπρόεδρος :

Κωνσταντίνος Σπέγγος
Αθήνα
kspengos@otenet.gr

Γενικός Γραμματέας:

Γεώργιος Ντάιος
Λάρισα
gntaios@med.uth.gr

Ταμίας :

Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου
Αθήνα
aplomari@otenet.gr

Μέλη :

Χαράλαμπος Μηλιώνης
Ιωάννινα
hmilioni@uoi.gr

Κωνσταντίνος Μακαρίτης

Λάρισα
makarits@med.uth.gr

Ελένη Κορομπόκη

Αθήνα
e.korompoki@imperial.ac.uk

Αθήνα
Φεβρουάριος 2019

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών,

στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ενημέρωσης των φίλων και μελών του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών σας αποστέλλουμε το Newsletter του Οργανισμού για τον μήνα Φεβρουάριο. Ελπίζουμε να σας φανεί χρήσιμο και ενδιαφέρον.



NEWSLETTER Φεβρουάριος 2019

Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών Αίγλη Ζαπτείου, Αθήνα, 7-9/03/2019

Ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών δραστηριοποιείται ενεργά στο κομμάτι της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Μεταξύ των πολλών δράσεων, ξεχωριστή θέση κατέχει το Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών το οποίο θα διεξαχθεί φέτος 7-9 Μαρτίου 2019 στην Αίγλη Ζαπτείου στην Αθήνα. Η παρουσία περισσότερων από 80 προσκεκλημένων ομιλητών από την Ελλάδα και το εξωτερικό και το πυκνό επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου, καθιστούν το τριήμερο αυτό μια σημαντική ευκαιρία αλληλεπίδρασης και προαγωγής της γνώσης. Ταυτόχρονα, θα γίνει παρουσίαση των πολλών εξελίξεων και νεότερων επιστημονικών δεδομένων αναφορικά με την αιτιολογία, την παθοφυσιολογία, την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και τις σύγχρονες θεραπευτικές δυνατότητες στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Το Συνέδριο μοριοδοτείται με 24 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και η εγγραφή είναι δωρεάν.

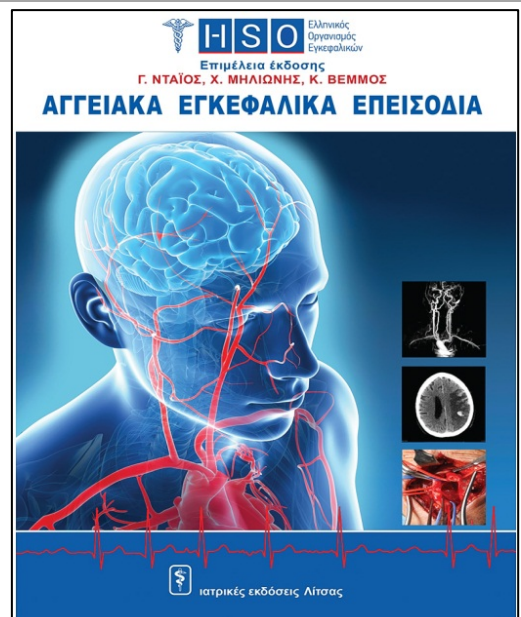
Η συμμετοχή αναμένεται και φέτος ιδιαίτερα μεγάλη, ενώ οι προεγγραφές έχουν ήδη ξεπεράσει τις 500.

Μπορείτε να εγγραφείτε ηλεκτρονικά και να βρείτε το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου στην ιστοσελίδα μας www.stroke.gr.



«Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» από τον Ελληνικό Οργανισμό Εγκεφαλικών και τις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Κυκλοφόρησε το βιβλίο του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών με τίτλο "Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια" από τις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Είμαστε ευγνώμονες στους περισσότερους από 90 συνάδελφους Ιατρούς και Επιστήμονες Υγείας που συμμετείχαν στη συγγραφή και μοιράστηκαν τη γνώση και την εμπειρία τους. Μπορείτε να παραγγείλετε ηλεκτρονικά το βιβλίο «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» [εδώ](#).





Newsletter του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Εγκεφαλικών (ESO)

Ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών στα πλαίσια της συνεχούς συνεργασίας με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Εγκεφαλικών (ESO) και με στόχο τη συνεχή ενημέρωση των μελών του φιλοξενεί στην μηνιαία ενημέρωση των μελών του, το newsletter του ESO. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στην επίσημη ιστοσελίδα του οργανισμού. <http://eso-stroke.org/newsletter/>.

Τα μέλη του HSO, τα οποία θα επιθυμούν να εγγραφούν ως μέλη στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Εγκεφαλικών (ESO), δικαιούνται μείωσης της τιμής εγγραφής κατά 50 ευρώ, με το κόστος ετησίως να ανέρχεται στα 50 ευρώ.

Προσεχή συνέδρια/εκδηλώσεις/επιστημονικές συναντήσεις

- [Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών](#), Αίγλη Ζαπτείου, 7-9 Μαρτίου 2019, Αθήνα
- [Stroke in 2019: Where we stand in diagnosis and management](#), 15 Μαρτίου 2019, Ιωάννινα
- [ALPIC](#), 22-24 Μαρτίου 2019, Μέτσοβο
- [5th European Stroke Organization Congress \(ESOC\)](#) 22-24 Μαΐου 2019, Μιλάνο
- [26th International Congress on Thrombosis \(ICT\)](#), 19-22 Ιουνίου 2019, Αθήνα

Τρέχουσα βιβλιογραφία

Αναθεωρημένες κατευθυντήριες γραμμές από το Αμερικάνικο Κολλέγιο Καρδιολογίας και την Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία(ACA/AHA) για το χειρισμό των ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή. Ακολουθούν τα σημεία κλειδιά της παρούσας ανανεωμένης έκδοσης των αμερικάνικων κατευθυντήριων γραμμών:

- Το γυναικείο φύλο δεν προσμετράται στο CHA₂DS₂-VASc score όταν δεν συνοδεύεται από τουλάχιστον έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Η χορήγηση από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής συνιστάται απόλυτα σε άνδρες με CHA₂DS₂-VASc score ≥ 2 και σε γυναίκες με score ≥ 3 (Σύσταση τάξης I).
- Σε άνδρες με CHA₂DS₂-VASc score 1 και γυναίκες με CHA₂DS₂-VASc score 2, η χορήγηση αντιπηκτικής θεραπείας αποτελεί λογική θεραπευτική επιλογή (Σύσταση τάξης IIa).
- Η χορήγηση ασπιρίνης δεν συνιστάται πλέον σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου για ισχαιμικό ΑΕΕ (Σύσταση τάξης III).
- Τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά (NOACs) συνιστώνται έναντι των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή, με εξαίρεση τη συνύπαρξη μέτριου ή σοβαρού βαθμού στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας ή την παρουσία μεταλλικής βαλβίδας (Σύσταση τάξης I).
- Η εντοξαμπάνη προστίθεται στη θεραπευτική φαρέτρα των νεότερων από του στόματος αντιπηκτικών για την πρόληψη ισχαιμικών ΑΕΕ σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή (Σύσταση τάξης I).
- Η απόφαση για χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή είναι ανεξάρτητη από τον υποτύπο της κοιλιακής μαρμαρυγής (Σύσταση τάξης I).
- Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ισχαιμικό ΑΕΕ και τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο προτείνεται η χορήγηση απιξαμπάνης ή ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ (Σύσταση τάξης IIb).
- Σε περίπτωση απειλητικής για τη ζωή αιμορραγίας ή ανάγκης για επείγουσα επεμβατική διαδικασία σε ασθενείς υπό νταμπιγκαντράνη συνιστάται η χορήγηση του μονοκλωνικού αντισώματος idarucizumab ως παράγοντας αναστροφής στη δράση της νταμπιγκατράνης.
- Η χορήγηση του ανασυνδυασμένου παράγοντα Χα andexanet alfa αποτελεί θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση απειλητικής για τη ζωή αιμορραγίας σε ασθενείς υπό απιξαμπάνη ή ριβαροξαμπάνη (Σύσταση τάξης IIa).



xi) Σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και συνύπαρξη ενδοπρόθεσης σε στεφανιαία αγγεία, η χορήγηση διπλής θεραπείας με κλοπιδογρέλη και ριβαροξαμπάνη 15mg άπαξ ημερησίως ή νταμπικατράνη 150mg δύο φορές την ημέρα, προτιμάται έναντι της τριπλής αντιθρομβωτικής αγωγής (Σύσταση τάξης IIa).

xii) Σε ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και υψηλό κίνδυνο για ισχαιμικό ΑΕΕ, όπου αντενδείκνυται η χορήγηση αντιπηκτικής θεραπείας, η διαδερμική σύγκλιση του αριστερού ωτίου μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική θεραπευτική επιλογή (Σύσταση τάξης IIb).

xiii) Σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και μειωμένο κλάσμα εξώθησης η θεραπεία με ablation θεωρείται πιθανή επιλογή με στόχο τη μείωση της θνητότητας και της ανάγκης για οφειλόμενη στη καρδιακή ανεπάρκεια νοσηλεία (Σύσταση τάξης IIb).

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).

Η χορήγηση του andexanet σε ασθενείς με μείζονα αιμορραγία υπό θεραπεία με αναστολείς του παράγοντα Χα σχετίζεται με σημαντική μείωση της αντι-Χα δραστηριότητας και σημαντικά υψηλό ποσοστό εξαιρετικής ικανότητας αιμόστασης στις 12 ώρες. (Μελέτη ANNEXA-4).

Η πολυκεντρική μελέτη ANNEXA-4 συμπεριέλαβε συνολικά 352 ασθενείς και εξέτασε κατά πόσον η χορήγηση του ανασυνδυασμένου παράγοντα Χα andexanet οδηγεί σε σημαντική αναστροφή της δράσης των αναστολέων του παράγοντα Χα σε ασθενείς που εμφανίζουν μείζονα αιμορραγία υπό θεραπεία με τα παραπάνω φάρμακα. Οι ασθενείς που μελετήθηκαν εμφάνισαν μείζονα αιμορραγία υπό απιξαμπάνη, ριβαροξαμπάνη, εντοξαμπάνη ή ενοξαπαρίνη. Τα πρωτογενή καταληκτικά σημεία ως προς την αποτελεσματικότητα ήταν το ποσοστό μείωσης της αντι-Χα δραστηριότητας, συγκριτικά με την αρχική μέτρηση, μετά τη χορήγηση andexanet καθώς και το ποσοστό ασθενών με εξαιρετική ικανότητα αιμόστασης στις 12 ώρες μετά την έγχυση. Πρωτογενή καταληκτικά σημεία ως προς την ασφάλεια ήταν η εμφάνιση θρομβωτικού συμβάματος, ο θάνατος και η ανάπτυξη αντισωμάτων έναντι του παράγοντα Χ ή Χα. Το διάστημα παρακολούθησης στο οποίο αντιστοιχούν τα αποτελέσματα ήταν 30 ημέρες. Στους ασθενείς με μείζονα αιμορραγία υπό απιξαμπάνη σημειώθηκε ελάττωση της μέσης αντι-Χα δραστηριότητας από 149.7 ng/ml σε 11.1 ng/ml (92%, CI: 91-93), μετά την αρχική έγχυση andexanet. Η αντίστοιχη ελάττωση για τους ασθενείς υπό ριβαροξαμπάνη ήταν από 211.8 ng/ml σε 14.2 ng/ml (92%, CI: 88-94), ενώ για την ενοξαπαρίνη από 0.48 IU/ml σε 0.15 IU/ml (75%, CI: 66-79). Μεταξύ των ασθενών που αξιολογήθηκαν ως προς την αιμοστατική ικανότητα στις 12 ώρες το 82% εμφάνισε εξαιρετική ή καλή αιμοστατική ικανότητα. Το ποσοστό της θνητότητας στις 30 ημέρες ήταν συνολικά 14% (49 ασθενείς), ενώ θρομβωτικό επεισόδιο σημειώθηκε σε 34 ασθενείς (10%). Δεν σημειώθηκε ανάπτυξη αντισωμάτων στους ασθενείς που μελετήθηκαν.

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).

Η διπλή αντιθρομβωτική αγωγή με ριβαροξαμπάνη σε χαμηλή δόση και ασπιρίνη σε ασθενείς με γνωστή αθηροσκληρωτική νόσο σχετίζεται με σημαντική ελάττωση του κινδύνου για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. (Υπο-ανάλυση της μελέτης COMPASS)

Στη διπλά τυφλή μελέτη COMPASS, 27,395 ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριακή νόσο ή συνδυασμό αυτών, τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ασπιρίνη 100mg od (n=9,126), ριβαροξαμπάνη 5mg bid (n=9,117) ή συνδυασμό ριβαροξαμπάνης 2.5mg bid με ασπιρίνη (n=9,152). Μετά από ένα μέσο διάστημα παρακολούθησης 23 μηνών, η χορήγηση διπλού σχήματος οδήγησε σε σημαντική συνολική μείωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) συγκριτικά με την μονοθεραπεία με ασπιρίνη (83 [0.9%/y] vs. 142 [1.6%/y], HR 0.58, 95% CI 0.44-0.76, p<0.0001) με σημαντική ελάττωση των ισχαιμικών ΑΕΕ (64 [0.4%/y] vs. 125 [0.7%/y] HR 0.51, 95% CI 0.38-0.69, p<0.0001) και παρόμοιο κίνδυνο για αιμορραγικό ΑΕΕ (HR:1.49, 95%CI: 0.67-3.31). Δεν αναδείχθηκε σημαντική διαφορά στον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ μεταξύ μονοθεραπείας με ριβαροξαμπάνη και ασπιρίνης (HR 0.82, 95%CI 0.65-1.05). Τα θανατηφόρα ή καταλείποντα μόνιμη αναπηρία ΑΕΕ ελαττώθηκαν σημαντικά στους ασθενείς που έλαβαν διπλό θεραπευτικό σχήμα σε σχέση με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη (32 [0.3%/y] vs. 55 [0.6%/y], HR 0.58, 95% CI 0.37-0.89, p=0.01). Μεταξύ των ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων για την εμφάνιση νέου ΑΕΕ, ισχυρότερος αναδείχθηκε το



θετικό ιστορικό για ΑΕΕ. Στην υπο-ομάδα αυτή ασθενών, η χορήγηση του διπλού σχήματος οδήγησε σε απόλυτη ελάττωση των ισχαιμικών/αβέβαιων ΑΕΕ κατά 2.3% ανά έτος σε σχέση με την θεραπεία με ασπιρίνη (NNT=43 ανά έτος).

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).

Η επιθετική μείωση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοφλέβια θρομβόλυση, δεν σχετίζεται με σημαντική βελτίωση της κλινικής έκβασης παρά την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ενδοκράνιας αιμορραγίας, σε σύγκριση με τα προτεινόμενα από τις κατευθυντήριες γραμμές επίπεδα αρτηριακής πίεσης (Μελέτη ENCHANTED)

Στη μελέτη ENCHANTED, 2,196 ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) που υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση και είχαν συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) ≥ 150 mmHg, τυχαιοποιήθηκαν στο να υποβληθούν σε επιθετική μείωση των επιπέδων αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ 130-140mmHg εντός της πρώτης ώρας) ή στην επίτευξη των προτεινόμενων από τις κατευθυντήριες γραμμές επιπέδων (ΣΑΠ < 185mmHg), με στόχο την πιθανή συσχέτιση των χαμηλότερων επιπέδων αρτηριακής πίεσης με καλύτερη έκβαση. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ο βαθμός λειτουργικότητας των ασθενών με βάση το mRS (modified Rankin Scale) score στις 90 ημέρες, ενώ το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ασφάλειας ήταν η εμφάνιση ενδοκράνιας αιμορραγίας. Στις πρώτες 24 ώρες η μέση τιμή της ΣΑΠ ήταν 144.3mmHg (SD=10.2) στην πρώτη και 149.8mmHg (SD=12.0) στη δεύτερη ομάδα ασθενών ($p < 0.0001$). Στο σύνολο των 2,180 ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση, δεν σημειώθηκε σημαντική διαφορά ως προς την λειτουργικότητα στις πρώτες 90 ημέρες μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών (OR: 1.01, 95%CI: 0.87-1.17, $p = 0.8702$), ενώ οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επιθετική μείωση της αρτηριακής πίεσης εμφάνισαν λιγότερες ενδοκράνιες αιμορραγίες συγκριτικά με την ομάδα ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές.

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).

Η προνοσοκομειακή διαδερμική χορήγηση νιτρογλυκερίνης στην υπεροξεία φάση σε ασθενείς με υποψία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου για την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης δεν σχετίζεται με σημαντική βελτίωση της έκβασης ως προς το βαθμό λειτουργικότητας (Μελέτη RIGHT-2).

Στη μελέτη RIGHT-2, 1,149 ασθενείς με υποψία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) ≥ 120 mmHg τυχαιοποιήθηκαν, κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο και πριν το πέρας 4 ωρών, να λάβουν διαδερμικά νιτρογλυκερίνη ή εικονικό διαδερμικό φάρμακο. Η αρχική χορήγηση των φαρμάκων έγινε εντός του ασθενοφόρου, με τη θεραπεία να συνεχίζεται για τις επόμενες τρεις ημέρες. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανεύρεση πιθανής συσχέτισης χαμηλότερων επιπέδων αρτηριακής πίεσης και καλύτερης έκβασης, από τις πρώτες ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, σε ασθενείς με ΑΕΕ. Το πρωτογενές τελικό σημείο ήταν ο βαθμός λειτουργικότητας στις 90 ημέρες εκφραζόμενος με το mRS (modified Rankin Scale) score. Στο σύνολο των συμμετεχόντων, δεν αναδείχθηκε διαφορά στη μέση τιμή του mRS score μεταξύ των ασθενών που έλαβαν νιτρογλυκερίνη συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο (3, IQR:2-5 vs 3, IQR: 2-5, [OR:1.04, 95%CI: 0.84-1.29, $p = 0.69$]). Μεταξύ των ασθενών με επιβεβαιωμένο ΑΕΕ κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, η διαδερμική χορήγηση νιτρογλυκερίνης δεν συσχετίστηκε με ελάττωση του mRS score στις 90 ημέρες σε σχέση με το εικονικό φάρμακο (3, IQR:2-5 vs 3, IQR: 2-5, [OR:1.25, 95%CI: 0.97-1.60, $p = 0.083$]).

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).

Επιμέλεια Newsletter:
Ιωάννης Λεβέντης
Δημήτριος Σαγρής
Γεώργιος Ντάιος
Χαράλαμπος Μηλιώνης
Κωνσταντίνος Βέμμος