

[View this email in your browser](#)



Ελληνικός
Οργανισμός
Εγκεφαλικών

Φίλες, φίλοι και μέλη του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών,

μία από τις σημαντικές ειδήσεις των τελευταίων ημερών ήταν η ανακοίνωση ότι ξεκίνησε η καταγραφή σε ηλεκτρονική πλατφόρμα όλων των κτηρίων δημοσίου ενδιαφέροντος στην Επικράτεια και των αναγκαίων παρεμβάσεων που θα καταστήσουν τα κτήρια αυτά απολύτως προσβάσιμα στα άτομα με αναπηρία και τα εμποδιζόμενα άτομα. Η καταγραφή των κτηρίων θα έχει ολοκληρωθεί, με ευθύνη των Υπουργείων, των Περιφερειών και των Δήμων, έως την 31η Δεκεμβρίου 2021, προκειμένου στη συνέχεια να ακολουθήσει η υλοποίηση των απαιτούμενων ενεργειών, που θα τα καταστήσουν απολύτως προσβάσιμα και θα δημιουργήσουν ένα περιβάλλον χωρίς φραγμούς και αποκλεισμούς.

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παραμένει με δυσκολίες στην κινητικότητα. Τέτοιες δράσεις και πολιτικές βελτιώνουν την καθημερινότητα αυτών των ασθενών και των οικογενειών τους. Χαιρετίζουμε αυτή την εξέλιξη και προσβλέπουμε στην ολοκλήρωσή της.



Βαδίζουμε ήδη στο φθινόπωρο και η νέα ακαδημαϊκή περίοδος έχει ξεκινήσει. Όπως

οποίου είναι η σειρά των μηνιαίων διαδικτυακών μαθημάτων και το Πανελλήνιο Συνέδριό μας.

Συγκεκριμένα, στις 5 Οκτωβρίου θα πραγματοποιηθεί η πρώτη φετινή εκδήλωσή μας, το webinar το οποίο θα είναι αφιερωμένο στις ενδαγγειακές επεμβάσεις επαναιμάτωσης σε ασθενείς με υπεροξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο Δρ. [Βασίλειος Παπαβασιλείου](#), Παθολόγος/Consultant in Stroke Medicine στο Stroke Center στο Leeds, UK, θα αναδείξει τους κατάλληλους ασθενείς για ενδαγγειακές θεραπείες επαναιμάτωσης, και ο Αναπληρωτής Καθηγητής Νευροακτινολογίας ΕΚΠΑ [Παναγιώτης Παπαναγιώτου](#) θα μοιραστεί την εμπειρία του στη θρομβεκτομή και την θρομβοαναρρόφηση. Στη συζήτηση θα συμμετέχουν ο Καθηγητής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ Αχιλλέας Χατζιωάννου, η Δρ. [Ελένη Κορομπόκη](#), Παθολόγος στη Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ και ο Δρ. [Ιωάννης Ιωαννίδης](#), επεμβατικός νευροακτινολόγος στο Νοσοκομείο Υγεία.

Η μακρά εμπειρία των ομιλητών και των σχολιαστών προοιωνίζει μια πολύ ενδιαφέρουσα και ζωντανή συνάντηση. Εγγραφείτε [εδώ](#) και συμμετέχετε και εσείς ενεργά στη διαδικτυακή συζήτηση .

International Stroke Organization

Meet the experts Webinars 2021-2022

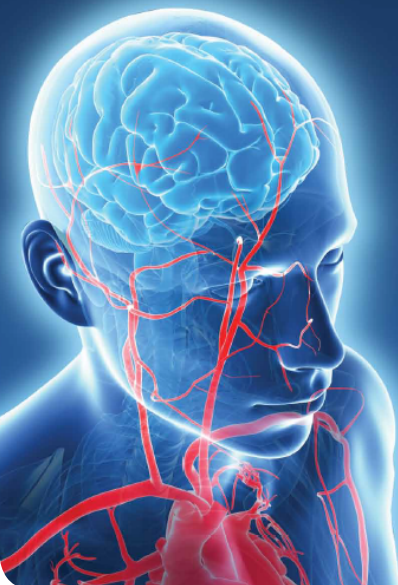
Μηχανική θρομβεκτομή

Τρίτη 5/10/2021 ώρα 17:00 – 18:30

Συντονιστής:
Γ. Ντάιος

Panellists:
Α. Χατζηγιάννου, Ι. Ιωαννίδης, Ε. Κορομπόκη

Ομιλητές:
Ποιος είναι ο κατάλληλος ασθενής για ενδαγγειακές θεραπείες επαναμείωσης;
Β. Παπαβασιλείου
Πώς αφαιρώ το έμβολο: θρομβεκτομή & θρομβοαναρρόφηση
Π. Παπαναγιώτου



Πληροφορίες - Γραμματεία:
KEFM - CONGRESS WORLD
Οργάνωση Συνεδρίων, Μεταλασκοπούλου 27, 11528 Αθήνα
Τηλ: 210 72 10001, Fax: 210 72 10051, E-mail: info@congressworld.gr

Επιπρόσθετα, στη διάρκεια του Οκτωβρίου, μία σειρά από Συνέδρια προσφέρουν τη δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στον τομέα των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων και γενικότερα της Καρδιαγγειακής Ιατρικής.

Στις 1-2 Οκτωβρίου, ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών συμμετέχει και στηρίζει το [1° Πανελλήνιο Συνέδριο “Επιλύω”](#) οργανώνοντας μια στρογγυλή τράπεζα η οποία θα εστιάσει στη διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση και τη δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Τα θέματα θα αναπτύξουν ο Δρ. [Χρήστος Σαββόπουλος](#), Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ και Διευθυντής της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, η Δρ. [Ελένη Κορομπόκη](#), η Δρ. [Αθανασία Παπαζαφειροπούλου](#), Παθολόγος στο Τζάνειο Νοσοκομείο και ο υπογράφων.

Στις 4 Οκτωβρίου, στο 5ο φετινό [webinar](#) της Ομάδας Εργασίας για την Πρόληψη των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων της [Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης](#), ο Δρ. [Νικόλαος Κακαλέτσης](#), Παθολόγος στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, θα συζητήσει σχετικά με την ενδοκράνια αθηροσκλήρωση, το ρόλο της στην αιτιοπαθογένεση των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και για τις ενδεικνυόμενες στρατηγικές πρόληψης σε αυτούς

[5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αναζωογόνησης και Αντιμετώπισης Επείγοντος Περιστατικού](#) της [Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης](#), οργανώνοντας μία στρογγυλή τράπεζα που θα εστιάσει στην οξεία αντιμετώπιση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα επιμέρους θέματα θα αναπτυχθούν από τον Επίτιμο Πρόεδρο του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών [Κωνσταντίνο Βέμμο](#), τον Καθηγητή Παθολογίας και Διευθυντή της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων [Χαράλαμπο Μηλιώνη](#), τη Δρ. [Ελένη Κορομπόκη](#), την Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας ΕΚΠΑ [Σοφία Βασιλοπούλου](#), τον Αναπληρωτή Καθηγητή Νευροακτινολογίας ΕΚΠΑ [Παναγιώτη Παπαναγιώτου](#) και τον υπογράφοντα.

Στις 9 Οκτωβρίου στο πλαίσιο της 2ης Πανελλήνιας Επιστημονικής Εκδήλωσης της Ιατρικής Εταιρείας Ιωαννίνων σε συνεργασία με την Α΄ Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων με τίτλο "[Διαγνωστικοί αλγόριθμοι και σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις στην Παθολογία](#)", θα υπάρχει στρογγυλή τράπεζα αφιερωμένη στην Ιατρική των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων στην οποία θα συμμετέχουν ο Καθηγητής Παθολογίας [Χαράλαμπος Μηλιώνης](#), η Καθηγήτρια Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων [Μαρία Αργυροπούλου](#), η Δρ. [Ελένη Κορομπόκη](#), ο Δρ. [Δημήτριος Νίκας](#), επεμβατικός Καρδιολόγος στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και ο υπογράφων.

Τις ίδιες ημέρες, στις 7-9 Οκτωβρίου, πραγματοποιείται το [9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής](#) του Ινστιτούτου Μελέτης και Εκπαίδευσης στη Θρόμβωση και την Αντιθρομβωτική Αγωγή (I.M.E.Θ.Α) με πλήθος ομιλιών σχετικά με τη διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από έμπειρους και αναγνωρισμένους ειδικούς στο χώρο.

Στις 21-23 Οκτωβρίου θα διεξαχθεί το [42ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο](#) όπου συμπεριλαμβάνονται πολλές ομιλίες που θα εστιάσουν στο αιτιολογική συσχέτιση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων με τις καρδιακές νόσους και στις στρατηγικές πρόληψης σε αυτούς τους ασθενείς.

Τέλος, στις 28-29 Οκτωβρίου πραγματοποιείται το [13ο World Stroke Congress](#), το οποίο φέτος θα διενεργηθεί διαδικτυακά.

Ο προηγούμενος μήνας ήταν εξαιρετικά πλούσιος σε νέα επιστημονική γνώση στον τομέα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και γενικότερα της καρδιαγγειακής Ιατρικής, καθώς ανακοινώθηκαν σημαντικές μελέτες στα μεγάλα συνέδρια αυτής της περιόδου και ειδικότερα το [ESC2021](#) και το [ESOC2021](#), οι περισσότερες εκ των οποίων δημοσιεύθηκαν συγχρόνως στα σημαντικότερα περιοδικά του χώρου. Η Δρ. [Ματίλντα Φλωρεντίν](#) συνοψίζει παρακάτω τα κυριότερα ευρήματα των σημαντικότερων μελετών.

Τα υποκατάστατα του αλατιού που περιέχουν ελαττωμένα επίπεδα νατρίου και υψηλά επίπεδα καλίου μειώνουν την αρτηριακή πίεση, χωρίς όμως να είναι γνωστό αν αυτό μεταφράζεται σε καρδιαγγειακό όφελος. Η μελέτη SSaSS (Salt Substitute and Stroke Study) διενεργήθηκε σε 600 χωριά στην αγροτική Κίνα και συμπεριέλαβε άτομα ≥ 60 ετών με αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) ή ασθενείς με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Τα επιμέρους χωριά τυχαιοποιήθηκαν με αναλογία 1:1 στην ομάδα της παρέμβασης, στην οποία οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν υποκατάστατο αλατιού (75% χλωριούχο νάτριο και 25% χλωριούχο κάλιο) και στην ομάδα ελέγχου, όπου οι συμμετέχοντες συνέχισαν να χρησιμοποιούν κανονικό αλάτι (100% χλωριούχο νάτριο). Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 20995 άτομα με μέση ηλικία τα 65,4 έτη (49,5% γυναίκες), εκ των οποίων οι 72,6% είχαν ιστορικό ΑΕΕ και οι 88,4% ΑΥ. Η μέση παρακολούθηση των ασθενών ήταν 4,74 έτη. Παρατηρήθηκε ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ (πρωτογενές καταληκτικό σημείο) στην ομάδα της παρέμβασης [rate ratio 0.86, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0.77-0.96; $p=0.006$]. Επιπρόσθετα, τα ποσοστά των μειζόνων καρδιαγγειακών συμβάντων (μη θανατηφόρο ΑΕΕ, μη θανατηφόρο οξύ στεφανιαίο συμβάν και αγγειακός θάνατος) [rate ratio 0.87, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0.80-0.94; $p<0.001$] και των θανάτων [rate ratio, 0.88; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0.82-0.95; $p<0.001$] ήταν μικρότερα στην ομάδα που έλαβε το υποκατάστατο αλατιού. Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες εξαιτίας εμφάνισης υπερκαλιαιμίας δεν διέφεραν σημαντικά στις δύο ομάδες. Συμπερασματικά, μια απλή πρακτική όπως η χρήση υποκατάστατου αλατιού με χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο φαίνεται ότι ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ σε άτομα με ΑΥ ή προηγούμενο ΑΕΕ.

Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension

[DOI: 10.1056/NEJMoa2111437](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2111437)

Ο ιδανικός θεραπευτικός στόχος για τη συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) σε ηλικιωμένους ασθενείς προκειμένου να ελαττωθεί ο καρδιαγγειακός τους κίνδυνος δεν είναι γνωστός. Η μελέτη STEP, μια πολυκεντρική μελέτη σε Κινέζους ασθενείς 60-80 ετών, διερεύνησε την επίδραση της επίτευξης επιπέδων ΣΑΠ 110 ως <130 mmHg (εντατική θεραπεία) έναντι 130 ως <150 mmHg (standard θεραπεία) στα καρδιαγγειακά συμβάντα [αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ή νοσηλεία για ασταθή στηθάγχη), οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαία επαναγγείωση, κολπική μαρμαρυγή ή καρδιαγγειακός θάνατος]. Η μελέτη συμπεριέλαβε 8511 ασθενείς μέσης ηλικίας 66,2 ετών (46,5% άνδρες). Τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ολμεσαρτάνη, αμλοδιπίνη και υδροχλωροθειαζίδη. Στο ένα έτος παρακολούθησης η μέση ΣΑΠ ήταν 127,5 mmHg και 135,3 mmHg στις επιμέρους ομάδες. Μετά από μέση παρακολούθηση 3,34 ετών η μελέτη διακόπηκε πρόωρα λόγω ξεκάθαρα καρδιαγγειακού οφέλους. Συγκεκριμένα, το πρωτογενές καταληκτικό σημείο παρατηρήθηκε σε 147 ασθενείς (3,5%) στην ομάδα της εντατικής θεραπείας έναντι 196 ασθενών (4,6%) στην ομάδα της standard θεραπείας (αναλογία κινδύνου 0,74; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,60-0,92; ; $p=0.007$). Σημειώνεται ότι το όφελος από την εντατική ρύθμιση της ΣΑΠ ήταν

στεφανιαίο σύνδρομο (αναλογία κινδύνου 0,67; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,47-0,94), οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας (αναλογία κινδύνου 0,27; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,08-0,98), στεφανιαία επαναγγείωση (αναλογία κινδύνου 0,69; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,40-0,98). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι νεφρικές εκβάσεις δεν διέφεραν σημαντικά στις δυο ομάδες, με εξαίρεση τα επεισόδια υπότασης που ήταν περισσότερα στην ομάδα της εντατικής θεραπείας (3,4% έναντι 2,6%, $p=0.03$). Φαίνεται λοιπόν ότι η επίτευξη ΣΑΠ μεταξύ 110 και <130 mmHg σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι ασφαλής και ελαττώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Δεν είναι βέβαια ασφαλές να γενικευθούν τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, καθώς διενεργήθηκε αποκλειστικά σε Κινέζικο πληθυσμό.

Final Report of a Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. The SPRINT Research Group*

[N Engl J Med 2021;384:1921-30](#)

Η μελέτη SPRINT (The Systolic Blood Pressure Intervention Trial), η οποία δημοσιεύθηκε το 2015, ήταν μια μελέτη στην οποία φάνηκε ότι η εντατική ρύθμιση της συστολικής αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ) (<120 mmHg) ελαττώνει τα καρδιαγγειακά συμβάντα συγκριτικά με την επίτευξη επιπέδων ΣΑΠ <140 mmHg σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή άνοια. Η μελέτη είχε διακοπεί πρόωρα εξαιτίας του σαφούς καρδιαγγειακού οφέλους στην ομάδα της εντατικής παρέμβασης.

Οι ερευνητές της μελέτης SPRINT συνέχισαν την παρακολούθηση των ασθενών της μελέτης, παρόλο που οι θεράποντες ιατροί τους είχαν αναλάβει τυπικά τη θεραπευτική τους αγωγή, και εξέτασαν αν το όφελος παρέμενε μετά το τέλος της παρέμβασης στα πλαίσια της μελέτης. Μετά από μέση διάρκεια παρακολούθησης 3,33 ετών το πρωτεύον καταληκτικό σημείο (έμφραγμα μυοκαρδίου ή άλλο οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, ΑΕΕ, οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας ή θάνατος από καρδιαγγειακά αίτια) και η ολική θνητότητα ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην ομάδα της εντατικής έναντι της πιο χαλαρής ρύθμισης της ΣΑΠ (αναλογία κινδύνου 0,73; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,63-0,86 και 0,75; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,61-0,92, αντίστοιχα). Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονταν με τη θεραπεία, συγκεκριμένα η υπόταση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η οξεία νεφρική βλάβη ή ανεπάρκεια και τα συγκοπτικά επεισόδια, ήταν συχνότερες στην ομάδα της εντατικής θεραπείας. Συμπερασματικά, η προσπάθεια επίτευξης ΣΑΠ <120 mmHg έναντι <140 mmHg φαίνεται να οδηγεί σε λιγότερα καρδιαγγειακά συμβάντα και χαμηλότερη ολική θνητότητα σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, τόσο στα πλαίσια μιας τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης, όσο και μετά το πέρας αυτής. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες στην ομάδα της εντατικότερης παρέμβασης δεν επηρέασαν το συνολικό καρδιαγγειακό όφελος.

Implantable loop recorder detection of atrial fibrillation to prevent stroke (The LOOP Study): a randomised controlled trial

και η επακόλουθη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής, σε περίπτωση ανίχνευσής της, μπορεί να προλάβει την εμφάνιση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ). Η συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση με τη χρήση εμφυτεύσιμων συσκευών καταγραφής ρυθμού (implantable loop recorder; ILR) διευκολύνει την ανίχνευση ασυμπτωματικών επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής. Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε ασθενείς ηλικίας 70-90 ετών χωρίς κολπική μαρμαρυγή με έναν τουλάχιστον επιπρόσθετο (της ηλικίας) παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΑΕΕ (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, προηγούμενο ΑΕΕ ή καρδιακή ανεπάρκεια). Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν με αναλογία 1:3 σε παρακολούθηση με ILR (N=1501) ή στη συνήθη φροντίδα (ομάδα ελέγχου, N=4503), η οποία περιελάμβανε λήψη ιστορικού από το νοσηλευτικό προσωπικό και παρακολούθηση από το γενικό ιατρό του κάθε ασθενή, ενώ υπήρχε ετήσια επικοινωνία με τους ιατρούς της μελέτης και επίσκεψη στο νοσοκομείο στα 3 έτη από την τυχαιοποίηση. Στην ομάδα των ILR εφόσον ανιχνεύονταν επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής διάρκειας τουλάχιστον 6 λεπτών οι ασθενείς ξεκινούσαν αντιπηκτική αγωγή. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν ο χρόνος μέχρι την εμφάνιση πρώτου ΑΕΕ ή συστηματικής αρτηριακής εμβολής. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 74,7 έτη, το 47,3% αυτών ήταν γυναίκες και 90,7% είχαν αρτηριακή υπέρταση. Μετά από μέση παρακολούθηση 64,5 μηνών διαγνώσθηκε κολπική μαρμαρυγή σε 1027 ασθενείς, συγκεκριμένα σε 477 (31,8%) στην ομάδα ILR έναντι 550 (12,2%) στην ομάδα ελέγχου (αναλογία κινδύνου 3,17; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,81-3,59; $p < 0,0001$). Αντιπηκτική αγωγή ξεκίνησαν 445 (29,7%) ασθενείς στην ομάδα ILR έναντι 591 (13,1%) στην ομάδα ελέγχου (αναλογία κινδύνου 2,72; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,41-3,08; $p < 0,0001$), ενώ το πρωτεύον καταληκτικό σημείο εμφανίσθηκε σε 318 ασθενείς (315 ΑΕΕ και 3 συστηματικές αρτηριακές εμβολές): 67 (4,5%) στην ομάδα ILR έναντι 251 (5,6%) στην ομάδα ελέγχου (αναλογία κινδύνου 0,80; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,61-1,05; $p = 0,11$). Τα ποσοστά των μειζόνων αιμορραγιών δεν διέφεραν σημαντικά στις δυο ομάδες. Συμπερασματικά, παρόλο που η τοποθέτηση ILR οδήγησε σε τριπλάσια ποσοστά ανίχνευσης κολπικής μαρμαρυγής και έναρξης αντιπηκτικής αγωγής, δεν παρατηρήθηκε ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ ή συστηματικής αρτηριακής εμβολής. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι πιθανά δεν έχει αξία ο καθολικός προσυμπτωματικός έλεγχος για την ανεύρεση κολπικής μαρμαρυγής, καθώς και ότι δεν απαιτείται αντιπηκτική αγωγή σε κάθε ασθενή στην οποία ανιχνεύεται τυχαία.

Clinical outcomes in systematic screening for atrial fibrillation (STROKESTOP): a multicentre, parallel group, unmasked, randomised controlled trial

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01637-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01637-8)

Η μελέτη STROKESTOP διερεύνησε αν ο συστηματικός έλεγχος για την ανίχνευση κολπικής μαρμαρυγής σε ηλικιωμένα άτομα μπορεί να ελαττώσει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα συγκριτικά με τη μη εφαρμογή ελέγχου. Οι συμμετέχοντες ήταν όλοι οι κάτοικοι 75 ή 76 ετών σε δυο περιοχές της Σουηδίας και τυχαιοποιήθηκαν (1:1) σε επίσκεψη για προσυμπτωματικό έλεγχο για ανίχνευση κολπικής μαρμαρυγής και στην ομάδα ελέγχου.

κλήθηκαν να καταγράψουν ΗΚΓ 2 φορές/ημέρα για 2 εβδομάδες. Σε περίπτωση ανίχνευσης κολπικής μαρμαρυγής οι ασθενείς ξεκινούσαν αντιπηκτική αγωγή. Η ελάχιστη διάρκεια παρακολούθησης ήταν τα 5 έτη και το συνδυαστικό καταληκτικό σημείο ήταν ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, συστηματική εμβολή, αιμορραγία που οδηγεί σε νοσηλεία και θνητότητα οποιασδήποτε αιτιολογίας. Συνολικά 14387 άτομα κλήθηκαν για προσυμπτωματικό έλεγχο και 14381 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Από αυτούς 408 και 385 άτομα, αντίστοιχα δεν συμμετείχαν λόγω θανάτου ή μετανάστευσης πριν την ένταξη στη μελέτη. Τελικά 7165 (51,3%) από τους 13979 συμμετείχαν στην ενεργό ομάδα. Μετά από μέση διάρκεια παρακολούθησης 6,9 ετών παρατηρήθηκαν λιγότερα επεισόδια στην ενεργό ομάδα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (αναλογία κινδύνου 0,96; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,92-1,00; $p=0.045$). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων για τις επιμέρους παραμέτρους του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου. Επιπλέον, δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά των ατόμων στις δυο ομάδες που έλαβαν αντιπηκτική αγωγή. Συμπερασματικά, ο συστηματικός έλεγχος για την ανάδειξη κολπικής μαρμαρυγής παρείχε μικρό καθαρό όφελος υποδηλώνοντας ότι είναι μια ασφαλής και πιθανά επωφελής πρακτική για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Second asymptomatic carotid surgery trial (ACST-2): a randomised comparison of carotid artery stenting versus carotid endarterectomy

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01910-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01910-3)

Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με σοβαρή στένωση καρωτίδων οι οποίοι δεν είχαν πρόσφατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο τόσο η τοποθέτηση stent όσο και η ενδαρτηρεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη βατότητα του πάσχοντος αγγείου και να ελαττώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ. Ωστόσο, καθεμία από τις επιμέρους παρεμβάσεις ενέχει περίπου 1% κίνδυνο εμφάνισης ΑΕΕ που καταλείπει αναπηρία ή θάνατο. Η ACST-2 ήταν μια πολυκεντρική τυχαιοποιημένη μελέτη σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με σοβαρή ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη στένωση καρωτίδων η οποία έχρηζε παρέμβασης και δεν υπήρχε συγκεκριμένη ένδειξη για μία από τις δύο μεθόδους. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε τοποθέτηση stent στην πάσχουσα καρωτίδα (N=1811) ή σε ενδαρτηρεκτομή (N=1814) και τέθηκαν σε παρακολούθηση στον ένα μήνα μετά την παρέμβαση και ακολούθως ετησίως για μέση διάρκεια 5 ετών. Όσες επιπλοκές συνέβησαν στον πρώτο μήνα θεωρήθηκαν σχετιζόμενες με την παρέμβαση. Συνολικά 1% των ασθενών εμφάνισαν σοβαρό ΑΕΕ ή κατέληξαν εντός του πρώτου μήνα (15 στην ομάδα του stent και 18 στην ομάδα της ενδαρτηρεκτομής), ενώ 2% εμφάνισαν ΑΕΕ που δεν κατέλειψε αναπηρία (48 και 29 στις επιμέρους ομάδες, αντίστοιχα). Συμπερασματικά, οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι εξίσου σπάνιες μετά από τοποθέτηση stent στις καρωτίδες ή ενδαρτηρεκτομή, ενώ τα μακροπρόθεσμα οφέλη από τις δυο παρεμβάσεις ως προς την εμφάνιση θανατηφόρων ή σοβαρών ΑΕΕ είναι παρόμοια, τουλάχιστον για τα πρώτα λίγα χρόνια. Περαιτέρω παρακολούθηση των ασθενών της παρούσας μελέτης, καθώς και επόμενες μελέτες θα μας δώσουν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τις ακόμα πιο μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των

Influenza Vaccination after Myocardial Infarction: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial

[10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042)

Υπάρχουν ενδείξεις από μελέτες παρατήρησης και μικρές τυχαιοποιημένες μελέτες ότι ο εμβολιασμός για τη γρίπη προφυλάσσει από επόμενα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Η παρούσα μελέτη συνέκρινε τη χορήγηση εμβολίου γρίπης έναντι εικονικού φαρμάκου σύντομα μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (εντός 72 ωρών από τη στεφανιογραφία/αγγειοπλαστική ή την εισαγωγή στο νοσοκομείο) (99,7%) ή σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου σταθερή στεφανιαία νόσο (ΣΝ) (0,3%) ως προς τη εμφάνιση μείζονων καρδιαγγειακών συμβάντων (θάνατος οποιασδήποτε αιτιολογίας, έμφραγμα μυοκαρδίου, θρόμβωση stent στους 12 μήνες). Συνολικά 1290 ασθενείς έλαβαν το εμβόλιο και 1281 εικονικό φάρμακο. Στους 12 μήνες παρακολούθησης το πρωτεύον καταληκτικό σημείο παρατηρήθηκε σε 67 ασθενείς (5,3%) στην ομάδα του εμβολίου έναντι 91 ασθενών (7,2%) στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (αναλογία κινδύνου 0,72; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,52-0,99; $p=0,04$). Επιπρόσθετα, στην ομάδα του εμβολίου παρατηρήθηκαν μικρότερα ποσοστά θανάτου οποιασδήποτε αιτιολογίας [2,9% έναντι 4,9% (αναλογία κινδύνου 0,59; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,39-0,89; $p=0,01$], καρδιαγγειακών θανάτων [2,7% έναντι 4,5% (αναλογία κινδύνου 0,59; 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,39-0,90; $p=0,014$] και εμφραγμάτων μυοκαρδίου (2,0% έναντι 2,4% $p=0,57$). Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν σπάνιες και δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Φαίνεται, επομένως, ότι ο εμβολιασμός για τη γρίπη ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβάντων εφόσον γίνει σύντομα μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, καθώς και σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου ΣΝ.

Amplatzer amulet left atrial appendage occluder versus watchman device for stroke prophylaxis (AMULET IDE): a randomized controlled trial

[10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057063](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057063)

Η διαδερμική σύγκλειση του ωτίου του αριστερού κόλπου αποτελεί εναλλακτική λύση της χρόνιας αντιπηκτικής αγωγής για την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή μη βαλβιδικής αιτιολογίας. Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του Amplatzer Amulet LAA Occluder έναντι της συσκευής Watchman. Η τελευταία προκαλεί σύγκλειση σε ένα σημείο (single seal), ενώ ο Amplatzer Amulet LAA Occluder περιέχει επιπλέον έναν εξωτερικό δίσκο και πιθανά οδηγεί σε αποτελεσματικότερη σύγκλειση, ελαττώνοντας την πιθανότητα διαφυγής και ξεπερνώντας προβλήματα που σχετίζονται με την ανατομία της περιοχής. Ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή μη βαλβιδικής αιτιολογίας ($N=1878$) τυχαιοποιήθηκαν σε αναλογία 1:1 σε σύγκλειση του αριστερού ωτίου με μία από τις δύο συσκευές. Τα καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η ασφάλεια (επιπλοκές που σχετίζονταν με την παρέμβαση, θάνατος οποιασδήποτε αιτιολογίας ή μείζων αιμορραγία στους 12 μήνες), η αποτελεσματικότητα (ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή συστηματική

σημείο ασφάλειας (14,5% έναντι 14,7%; $p < 0,001$ για τη μη κατωτερότητα), καθώς και ως προς το πρωτεύον σημείο αποτελεσματικότητας (2,8% έναντι 2,8%; $p < 0,001$ για τη μη κατωτερότητα). Οι μείζονες αιμορραγίες και οι θάνατοι οποιασδήποτε αιτιολογίας δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Οι επιπλοκές από την παρέμβαση ήταν υψηλότερες στην ομάδα της συσκευής Amulet (4,5% έναντι 2,5%), κυρίως εξαιτίας συχνότερης εμφάνισης περικαρδιακής συλλογής και device embolization. Το ποσοστό σύγκλεισης του αριστερού ωτίου ήταν υψηλότερο στην ομάδα του Amulet (98,9% έναντι 96,8%; διαφορά 2.03, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,41-3,66; $p < 0.001$ για τη μη κατωτερότητα; $p = 0.003$ για ανωτερότητα). Συμπερασματικά, η συσκευή σύγκλεισης Amulet ήταν μη κατώτερη από τη συσκευή Watchman ως προς την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα για την πρόληψη ΑΕΕ σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή μη βαλβιδικής αιτιολογίας και ανώτερη από αυτήν ως προς την επίτευξη σύγκλεισης του αριστερού ωτίου. Οι επιπλοκές από την τοποθέτηση της συσκευής ήταν περισσότερες στην ομάδα του Amulet και ελαττώνονταν όσο μεγαλύτερη ήταν η εμπειρία του χειριστή.

Στο πλαίσιο της αναδρομής μας σε διακεκριμένες ομιλίες από το πρόσφατο [Πανελλήνιο Συνέδριό](#) μας, αυτό το μήνα αναδεικνύουμε την ομιλία του κ. [Βασίλειου Κώτση](#), Καθηγητή Παθολογίας ΑΠΘ και Διευθυντή της 3ης Παθολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, σχετικά με το ρόλο της παχυσαρκίας στην παθογένεια των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και στη θεραπευτική προσέγγιση της παχυσαρκίας σε αυτούς τους ασθενείς. Περίπου το 60% των ασθενών με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Ο Καθηγητής Κώτσης έχει κάνει σημαντική ερευνητική δουλειά στον τομέα της παχυσαρκίας ως παράγοντα καρδιαγγειακής νόσου, και τον ευχαριστούμε θερμά που μοιράστηκε μαζί μας τη γνώση του. Η βιντεοσκοπημένη ομιλία είναι διαθέσιμη [εδώ](#).

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ



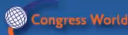
Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period

Table 4. Ten-Year Risk (1986-1996) of Developing an Obesity-Related Morbidity Among 77 690 Female Nurses and 46 060 Male Health Professionals in the United States

	Adjusted Odds Ratios (95% CI)*						
	Diabetes	Gallstones	Hypertension	High Cholesterol Level	Colon Cancer	Heart Disease	Stroke
Women							
10-y risk of developing disease, %†	0.5	14	58	0.6	3	0.5	
Body mass index, kg/m ²							
18.5-21.9	Referent	Referent	Referent	Referent	Referent	Referent	Referent
22.0-24.9	2.2 (1.7-3.1)	1.4 (1.3-1.6)	1.4 (1.3-1.5)	1.3 (1.2-1.3)	1.3 (1.0-1.7)	1.2 (1.1-1.4)	0.9 (0.7-1.1)
25.0-29.9	8.1 (6.1-10.7)	2.3 (2.1-2.5)	2.1 (1.9-2.2)	1.3 (1.3-1.4)	1.3 (1.0-1.7)	1.5 (1.4-1.7)	1.0 (0.9-1.3)
30.0-34.9	17.8 (13.4-23.7)	3.2 (2.8-3.5)	2.6 (2.4-2.8)	1.0 (1.0-1.1)	1.5 (1.1-2.1)	1.7 (1.4-1.9)	0.9 (0.7-1.3)
≥35.0	30.1 (22.5-40.5)	3.7 (3.3-4.2)	2.9 (2.6-3.3)	0.8 (0.7-0.8)	2.1 (1.4-3.1)	1.7 (1.4-2.1)	1.0 (0.7-1.5)
Men							
10-y risk of developing disease, %†	8	13	13	46	0.5	4	1
Body mass index, kg/m ²							
18.5-21.9	Referent	Referent	Referent	Referent	Referent	Referent	Referent
22.0-24.9	1.8 (1.2-2.7)	1.2 (0.9-1.4)	1.5 (1.3-1.7)	1.3 (1.2-1.4)	1.9 (1.1-3.1)	1.1 (1.0-1.4)	1.1 (0.8-1.6)
25.0-29.9	5.6 (3.7-8.4)	1.6 (1.3-2.0)	2.4 (2.1-2.7)	1.6 (1.5-1.7)	2.0 (1.2-3.3)	1.7 (1.4-2.0)	1.3 (0.9-1.9)
30.0-34.9	18.2 (11.9-27.8)	2.5 (2.0-3.3)	3.8 (3.3-4.5)	1.5 (1.3-1.7)	2.9 (1.6-5.0)	2.2 (1.8-2.8)	2.1 (1.4-3.3)
≥35.0	41.2 (25.9-65.4)	3.3 (2.2-4.8)	4.2 (3.2-5.6)	1.6 (1.3-2.0)	2.2 (0.8-6.0)	2.4 (1.6-3.5)	2.5 (1.2-5.1)

*Adjusted for age, smoking status, and race. CI indicates confidence interval.

Arch Intern Med. 2001;161:1581-1586







Τέλος, σας ενθαρρύνουμε να πλαισιώσετε τον Ελληνικό Οργανισμό Εγκεφαλικών και να συνδράμετε στο [στόχο](#) μας να μειώσουμε την επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στην Ελλάδα και την Κύπρο μέσω της αποτελεσματικότερης πρόληψης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης.

Πληροφορίες για την διαδικασία και τις προϋποθέσεις εγγραφής ως μέλος του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών μπορείτε να βρείτε στο www.stroke.gr, και ειδικότερα [εδώ](#).

Με φιλικούς χαιρετισμούς και εγκάρδιες ευχές για υγεία, ευημερία και πρόοδο!

Γεώργιος Ντάιος

Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών



[LinkedIn](#)[Twitter](#)[Facebook](#)[Email](#)[Website](#)

Για να κοινοποιήσετε αυτό το newsletter, επιλέξτε το αντίστοιχο εικονίδιο παρακάτω.

[Share](#)[Tweet](#)[Share](#)[Forward](#)

Copyright © 2021 Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, All rights reserved.

Want to change how you receive these emails?

You can [update your preferences](#) or [unsubscribe from this list](#).

This email was sent to <<Email Address>>

[why did I get this?](#) [unsubscribe from this list](#) [update subscription preferences](#)

Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών · Μαιάνδρου 23 · Αθήνα 115 28 · Greece

Grow your business with  mailchimp