

**Διοικητικό Συμβούλιο**

**Πρόεδρος:**

**Κωνσταντίνος Βέμμος**  
Αθήνα  
[vemmosk@gmail.com](mailto:vemmosk@gmail.com)

**Αντιπρόεδρος :**

**Κωνσταντίνος Σπέγγος**  
Αθήνα  
[kspengos@otenet.gr](mailto:kspengos@otenet.gr)

**Γενικός Γραμματέας:**

**Γεώργιος Ντάιος**  
Λάρισα  
[gntaios@med.uth.gr](mailto:gntaios@med.uth.gr)

**Ταμίας :**

**Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου**  
Αθήνα  
[aplomari@otenet.gr](mailto:aplomari@otenet.gr)

**Μέλη :**

**Χαράλαμπος Μηλιώνης**  
Ιωάννινα  
[hmilioni@uoi.gr](mailto:hmilioni@uoi.gr)

**Κωνσταντίνος Μακαρίτης**

Λάρισα  
[makarits@med.uth.gr](mailto:makarits@med.uth.gr)

**Ελένη Κορομπόκη**

Αθήνα  
[e.korompoki@imperial.ac.uk](mailto:e.korompoki@imperial.ac.uk)

Αθήνα  
Σεπτέμβριος 2018

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 Σεπτέμβριο. Ελπίζουμε να σας φανεί χρήσιμο και ενδιαφέρον.

## NEWSLETTER Σεπτεμβρίου 2018

### Πανελλήνιο Συνέδριο 2019 του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών

Ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών σας προσκαλεί στο Πανελλήνιο Συνέδριο 2019, στις 7-9 Μαρτίου στην Αίγλη Ζαπτείου, στην Αθήνα. Σε τρεις ημέρες διαλέξεων από καταξιωμένους ομιλητές διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων και με άξονα την ενεργό συμμετοχή όλων, θα συζητηθούν τα σημαντικότερα θέματα και οι εξελίξεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων και των μείζονων καρδιαγγειακών νοσημάτων. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα παρουσιαστούν οι νεότερες εξελίξεις και αναλύσεις των πρόσφατων κλινικών μελετών. Το συνέδριο θα αξιολογηθεί από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για τη Χορήγηση Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

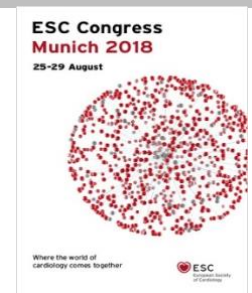
**Η ημερομηνία λήξης υποβολής περιλήψεων είναι η 10η Δεκεμβρίου 2018.**

Περισσότερες πληροφορίες για το συνέδριο μπορείτε να βρείτε στον [ιστότοπο](http://ιστότοπο) του συνεδρίου και στην ιστοσελίδα του Οργανισμού [www.stroke.gr](http://www.stroke.gr).



### ESC Congress 2018 , Munich

Με τεράστια επιτυχία διεξήχθη στις 25-29 Αυγούστου στο Μόναχο το συνέδριο της **European Society of Cardiology για το 2018**. Αξιοσημείωτη ήταν η συμμετοχή περισσότερων από 30.000 επαγγελματιών υγείας, ενώ παρουσιάστηκαν όλες οι τελευταίες εξελίξεις στο χώρο της Καρδιαγγειακής Ιατρικής και ανακοινώθηκαν σημαντικές μελέτες όπως η COMMANDER-HF, MARINER, ASCEND, High STEACS και άλλες. Ανακοινώθηκαν επίσης οι νέες κατευθυντήριες γραμμές της ESC για την αρτηριακή υπέρταση. Περισσότερες πληροφορίες για το συνέδριο μπορείτε να βρείτε [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

- **6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Θρόμβωσης - Αντιθρομβωτικής Αγωγής του Ι.Μ.Ε.Θ.Α** 27-29 Σεπτεμβρίου 2018, Αθήνα. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).
- **39<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο**, 18-20 Οκτωβρίου 2018, Αθήνα. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).

- **21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας, 31/10-3/11/20018, Αθήνα.** Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).
- **ESO- Karolinska Stroke Update Conference** 11-13 November, Stockholm, Sweden. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).
- **8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Αθηροσκλήρωσης**, 29 Νοεμβρίου – 1 Δεκεμβρίου 2018, Αθήνα. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε [εδώ](#).
- **5<sup>th</sup> European Stroke Organization Congress (ESOC)** 22-24 May 2019, Milan, Italy.

### Τρέχουσα βιβλιογραφία

**Ανακοινώθηκαν οι νέες Κατευθυντήριες Γραμμές της European Society of Cardiology για την αντιμετώπιση της Αρτηριακής Υπέρτασης.** Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε [εδώ](#).

**Η χορήγηση ριβαροξαμπάνης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης, στεφανιαία νόσο και απουσία κολπικής μαρμαρυγής δεν σχετίζεται με σημαντική μείωση στο ποσοστό εμφάνισης θανάτου, εμφράγματος του μυοκαρδίου και ΑΕΕ σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. (Μελέτη COMMANDER-HF)**

Σε αυτή τη διπλή τυφλή κλινική μελέτη, 5022 ασθενείς με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης και στεφανιαία νόσο, απουσία κολπικής μαρμαρυγής τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ριβαροξαμπάνη σε δόση 2.5mg, δύο φορές, την ημέρα ή εικονικό φάρμακο επιπρόσθετα στην βασική θεραπεία. Σε διάστημα παρακολούθησης 21.1 μηνών, οι ασθενείς που ελάμβαναν ριβαροξαμπάνη εμφάνισαν έμφραγμα του μυοκαρδίου, ισχαιμικό ΑΕΕ ή θάνατο από άλλη αιτία σε ποσοστό 25%, ενώ οι ασθενείς που ελάμβαναν εικονικό φάρμακο σε ποσοστό 26.2% (hazard ratio, 0.94; 95% confidence interval [CI], 0.84-1.05; P = 0.27). Θανατηφόρα αιμορραγία ή αιμορραγία ικανή να προκαλέσει κάποιου βαθμού μόνιμη αναπηρία παρατηρήθηκε στο 0.7% των ασθενών στην ομάδα της ριβαροξαμπάνης και στο 0.9% της ομάδας του εικονικού φαρμάκου (hazard ratio, 0.80; 95% CI, 0.43 to 1.49; P = 0.48).

Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε [εδώ](#).

**Η χορήγηση ριβαροξαμπάνης, σε μη χειρουργικούς ασθενείς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο δεν σχετίζεται με σημαντική μείωση του κινδύνου για εμφάνιση συμπτωματικής φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου ή θανάτου εξαιτίας της ίδιας αιτίας, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. (Μελέτη MARINER)**

Σε αυτή τη διπλά τυφλή μελέτη, 12.019 ασθενείς μη χειρουργικών κλινικών, υψηλού κινδύνου για εμφάνιση φλεβικής θρόμβωσης, τυχαιοποιήθηκαν στη λήψη ριβαροξαμπάνης ή εικονικού φαρμάκου για 45 ημέρες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι ασθενείς που συμπεριέλαβε η μελέτη παρουσίαζαν κάποια από τις ακόλουθες παθολογικές καταστάσεις: **α)** Καρδιακή ανεπάρκεια με κλάσμα εξώθησης  $\leq 45\%$ , **β)** οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ή παρόξυνση ΧΑΠ, **γ)** Οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ, **δ)** οξεία λοίμωξη ή άλλη φλεγμονώδης κατάσταση (συμπεριλαμβανομένης της έξαρσης αυτοάνοσων νοσημάτων). στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν ριβαροξαμπάνη συμπτωματική θρομβοεμβολική νόσος ή θάνατος οφειλόμενος σε αυτή, εμφανίστηκε στο 0.83%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα που έλαβε placebo ήταν 1.10% (HR, 0.76%; 95% CI, 0.52-1.09; P=0.14). Μείζων αιμορραγία σημειώθηκε στο 0.28% των ασθενών που ελάμβαναν ριβαροξαμπάνη και στο 0.15% της ομάδας του placebo, χωρίς να παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά. (HR, 1.88; 95% CI, 0.84 to 4.23).

Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε [εδώ](#).

**Η χρόνια χορήγηση ασπιρίνης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη απουσία αποδεδειγμένης καρδιαγγειακής νόσου, αποδείχτηκε αποτελεσματική στην πρωτογενή πρόληψη αγγειακών συμβαμάτων, αλλά το όφελος αντισταθμίστηκε σημαντικά από την αυξημένη επίπτωση μειζόνων αιμορραγιών (Μελέτη ASCEND)**

Συνολικά 15.480 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, τυχαιοποιήθηκαν στη λήψη ασπιρίνης, 100mg ημερησίως ή εικονικού φαρμάκου. Μετά από ένα μέσο διάστημα παρακολούθησης 7.4 ετών, το ποσοστό εμφάνισης αγγειακών συμβαμάτων (έμφραγμα μυοκαρδίου, ισχαιμικό ΑΕΕ, ΤΙΑ ή θάνατος αγγειακής αιτιολογίας) ήταν - σημαντικά μικρότερο στην ομάδα των ασθενών που ελάμβαναν ασπιρίνη σε σχέση με το εικονικό φάρμακο (658 participants [8.5%] vs. 743 [9.6%]; rate ratio, 0.88; 95% confidence interval [CI], 0.79-.97; P=0.01). Παρά τη σημαντική μείωση των αγγειακών συμβαμάτων, παρατηρήθηκε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό μειζόνων αιμορραγιών στην κατηγορία ασθενών που ελάμβαναν ασπιρίνη συγκριτικά με αυτούς που ελάμβαναν εικονικό φάρμακο (314 participants [4.1%] vs 245 [3.2%], rate ratio, 1.29; 95% CI, 1.09 to 1.52; P=0.003). Δεν αναδείχθηκε σημαντική διαφορά στην επίπτωση κακοήθειας μεταξύ των δύο υποκατηγοριών των ασθενών (λαμβάνοντας υπόψη την προφυλακτική δράση της ασπιρίνης στην εμφάνιση κακοήθειας του γαστρεντερικού σωλήνα, ιδιαίτερα του καρκίνου του παχέος εντέρου). Δείτε αναλυτικότερα τη μελέτη [εδώ](#).

***Η ταυτόχρονη χορήγηση ΜΣΑΦ και από του στόματος αντιπηκτικής θεραπείας σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα μείζονος αιμορραγίας και εμφάνισης ΑΕΕ ή συστηματικής εμβολής. Υποκατηγορία της μελέτης RE-LY.***

Η μελέτη RE-LY συνέκρινε την διαφορά στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της νταμπιγκαντράνης σε σύγκριση με τη βαρφαρίνη σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή. Από τους 11.113 ασθενείς της μελέτης, 2.279 έλαβαν ΜΣΑΦ κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η λήψη ΜΣΑΦ αύξησε τον κίνδυνο μείζονος αιμορραγίας ή Ισχαιμικού ΑΕΕ/Συστηματικής εμβολής, ([HR]: 1.68; 95% [CI]: 1.40-2.02; p<0.0001). Δεν αναδείχθηκε σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών στους ασθενείς που ελάμβαναν ΜΣΑΦ σε συνδυασμό με νταμπιγκαντράνη σε σχέση με αυτούς που ελάμβαναν βαρφαρίνη.

Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε [εδώ](#).

***Κρυπτογενές αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ασθενείς με ανοικτό ωοειδές τρήμα: Σύγκλιση, αντιαιμοπεταλιακή ή αντιπηκτική αγωγή?***

***Κατευθυντήριες γραμμές για την κλινική πρακτική.***

Μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων των πρόσφατων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών για τη δευτερογενή πρόληψη ασθενών με κρυπτογενές αγγειακό εγκεφαλικό και ανοικτό ωοειδές τρήμα, ανακοινώθηκαν στο BMJ κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής οι οποίες συνοπτικά προτείνουν:

- Υπάρχει ισχυρή σύσταση σχετικά με υπεροχή της σύγκλισης του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος με επιπρόσθετη χορήγηση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής έναντι της απλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής.
- Σε ασθενείς χωρίς αντένδειξη για κάποια από τις τρεις επιλογές, υπάρχει σύσταση για ελαφρά υπεροχή του συνδυασμού σύγκλισης του ανοιχτού ωοειδούς τρήματος με αντιαιμοπεταλιακή αγωγή έναντι της μεμονωμένης αντιπηκτικής αγωγής.
- Σε ασθενείς στους οποίους η σύγκλιση αντενδείκνυται, συστήνεται η αντιπηκτική αγωγή έναντι της αντιαιμοπεταλιακής.

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

***Το γυναικείο φύλο αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση ισχαιμικού ΑΕΕ σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή, με τον κίνδυνο να είναι μεγαλύτερος αυξανόμενης της ηλικίας στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.***

Μια μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε 44 μελέτες με συνολικά 993.603 ασθενείς (48.9% εκ των οποίων γυναίκες), ανέδειξε αυξημένο κίνδυνο για ΑΕΕ στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ([HR]: 1.24; 95% CIs: 1.14–1.36). Ο κίνδυνος συστηματικής εμβολής δε φάνηκε να διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων ενώ αντίστοιχα αποτελέσματα προέκυψαν όσον αφορά τις μείζονες αιμορραγίες, τους θανάτους καρδιαγγειακής αιτιολογίας αλλά και τους θανάτους γενικά, οφειλόμενους σε κάθε αιτία. Σημαντική

συσχέτιση αναδείχθηκε μεταξύ αυξανόμενης ηλικίας και κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ στο γυναικείο φύλο συγκριτικά με τους άνδρες (Delta HR: 1.01; 95% CI: 1.00–1.03 για κάθε έτος).  
Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε [εδώ](#).

**Βρείτε τις νέες Κατευθυντήριες Γραμμές για τη μυοκαρδιακή επαναγγείωση της European Society of Cardiology σε συνεργασία με την European Association for Cardio-Thoracic Surgery ESC/EACTS [εδώ](#).**

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