

Πρόσφατες σημαντικές δημοσιεύσεις σὲ περιοδικὰ κύρους

↔ Χρήστος-Κωνσταντῖνος Κ. Ἀντωνίου

Εἰδικευόμενος Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακὴ Καρδιολογικὴ Κλινικὴ, “Ἴπποκράτειο” Γ.Ν.Α.

Πολυχρόνης Ε. Δηλαβέρης

Διευθυντὴς ΕΣΥ, Α΄ Πανεπιστημιακὴ Καρδιολογικὴ Κλινικὴ, “Ἴπποκράτειο” Γ.Ν.Α.

1. Ὑπερτροφικὴ Μυοκαρδιοπάθεια στὰ παιδιά.

Norrish G, Field E, Mcleod K, et al. **Clinical Presentation and Survival of Childhood Hypertrophic Cardiomyopathy: A Retrospective Study in United Kingdom.** *Eur Heart J* 2018;Dec 6:[Epub ahead of print].

Ποιά εἶναι τὰ κλινικὰ χαρακτηριστικὰ καὶ ἡ ἔκβαση τῆς ὑπερτροφικῆς μυοκαρδιοπάθειας στὰ παιδιά, στὸ Ἴνωμένο Βασίλειο;

Μέθοδοι:

Πρόκειται γιὰ μία ἀναδρομικὴ, πολυκεντρικὴ μελέτη σὲ 13 παιδοκαρδιολογικὰ κέντρα στὸ Ἴνωμένο Βασίλειο. Ἀσθενεῖς ἡλικίας <16 ἐτῶν, πληροῦντες τὰ διαγνωστικὰ κριτήρια ὑπερτροφικῆς μυοκαρδιοπάθειας (ΥΚΜΠ) (πάχος τοιχωμάτων ἀριστερῆς κοιλίας >2, σταθερὲς ἀποκλίσεις μεγαλύτερο ἀπὸ τὴ μέση τιμὴ τοῦ πληθυσμοῦ, διορθωμένη ὡς πρὸς τὴν ἐπιφάνεια σώματος, μὴ ἐρμηνεύσιμη βάσει μεταφορτίου) συμπεριελήφθησαν στὴ μελέτη. Κατεγράφησαν ἡ αἰτιολογία τῆς ΥΚΜΠ, καθὼς καὶ ἡ κλινικὴ ἔκβαση.

Ἀποτελέσματα:

Ἐξακόσιοι ὀγδόντα ἐπτά ασθενεῖς μὲ ΥΚΜΠ προσήλθαν, μὲ μέση ἡλικία τὰ 5,2 ἔτη (εὗρος 0-16 ἔτη). Οἱ περισσότεροι εἶχαν μὴ συνδρομικὴ μορφή τῆς νόσου (n = 433, 63%). Ἐπιπλέον αἰτιολογίες ΥΚΜΠ συμπεριελάμβαναν «RASοπάθειες» (ἀναπτυξιακὰ

σύνδρομα, λόγω μεταλλάξεων στὴ γαμετικὴ σειρὰ κυττάρων σὲ γονίδια τῶν ὑπο-οικογενειῶν Ras καὶ τῶν κινασῶν τῶν ἐνεργοποιούμενων ἀπὸ μιτογόνα σήματα – MAPKs –, οἱ ὁποῖες ἀμφότερες ἐλέγχουν τὴν κυτταρικὴ σηματομεταγωγή) (n = 126, 18,3%), ἀταξία τοῦ Friedreich (n = 59, 8,6%), ἢ ἐγγενεῖς διαταραχὲς τοῦ μεταβολισμοῦ (ΕΔΜ) (n = 64, 9%). Στὰ νήπια ἢ ὑποκείμενη αἰτιολογία τῆς ΥΚΜΠ ἦταν πιὸ πιθανὸν νὰ εἶναι RASοπάθεια (42% vs. 11,2%, p < 0.0001) ἢ ΕΔΜ (18,9% vs. 6,4%, p < 0.0001). Ἡ ἐπιβίωση ἐλεύθερη θανάτου ἢ μεταμόσχευσης ἦταν 90,6% στὰ 5 ἔτη (1,5 συμβάματα ἀνὰ 100 ἀνθρωποέτη), χωρὶς ἐπίδραση τοῦ ἔτους διάγνωσης (μεταβολὲς σὲ σχέση μὲ τὰ διαθέσιμα μέσα κάθε περιόδου). Ἡ πλέον συχνὴ αἰτία θνητότητος ἦταν ὁ αἰφνίδιος καρδιακὸς θάνατος (n = 20, 2,9%). Τὰ παιδιά, ποὺ εἶχαν διαγνωσθεῖ κατὰ τὴ νηπιακὴ ἡλικία μὲ ΕΔΜ, εἶχαν χειρότερη πρόγνωση (5ετῆς ἐπιβίωση, 80,5% καὶ 66,4%, ἀντίστοιχα). Ἀρρυθμικὰ συμβάματα ἐνέσκηπταν μὲ ἐπίπτωση 1/2 ἀνὰ 100 ἀνθρωποέτη καὶ ἦσαν πιὸ συχνὰ σὲ μὴ συνδρομικοὺς ασθενεῖς (n = 51, 88%).

Συμπεράσματα:

Ἡ παρούσα μελέτη περιγράφει μίαν ἑτερογενῆ νόσο, τῆς ὁποίας ἡ ἔκβαση συναρτᾶται μὲ τὴν ἡλικία προσέλευσης καὶ τὴν εἰδικὴ αἰτιολογία.

Προοπτική:

Τούτη είναι η μεγαλύτερη Ευρωπαϊκή μελέτη, που αξιολογεί τα κλινικά χαρακτηριστικά και την έκβαση σε νήπια και παιδιά με ΥΚΜΠ. Η έκβαση ήταν, αναμενόμενα, χειρότερη σε νήπια και σε ασθενείς με ΕΔΜ. Ο αυξων έπιπολασμός συνδρομικής ΥΚΜΠ δύναται να αποδοθεί σε καλύτερο έλεγχο για πιθανές ΕΔΜ σε ασθενείς με μυοκαρδιοπάθειες. Παρά το γεγονός ότι τα παιδιά στην παρούσα μελέτη είχαν σχετικώς καλή πρόγνωση (έπιπτωση θανάτου/μεταμόσχευσης 1,5 ανά 100 άνθρωποέτη), ο κίνδυνος παραμένει υψηλότερος σε σχέση προς τον παρατηρηθέντα σε σειρές ενηλίκων.

2. Διαφορικός αντίκτυπος της καρδιακής ανεπάρκειας με μειωμένο κλάσμα έξωθήσεως σε άνδρες και γυναίκες.

Dewan P, Rørth R, Jhund PS, et al. **Differential Impact of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction on Men and Women.** *J Am Coll Cardiol* 2019;73:29-40.

Πώς έχουν εξελιχθεί οι διαφορές βάσει του φύλου στην καρδιακή ανεπάρκεια, με μειωμένο κλάσμα έξωθήσεως (KAMKE), στις πρόσφατες μελέτες;

Μέθοδοι:

Η μελέτη ανέλυσε 12.058 άνδρες και 3.357 γυναίκες, που ενετάχθησαν σε δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες KAMKE, την PARADIGM-HF (Prospective comparison of ARNI [Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor] with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure) και την ATMOSPHERE (Aliskiren Trial to Minimize Outcomes in Patients With Heart Failure). Οι δύο αυτές μελέτες είχαν σχεδόν ταυτόσημα κριτήρια είσοδου/άποκλεισμού. Οι ασθενείς περιελήφθησαν εάν ήσαν άνω των 18 ετών, εύρισκοντο σε λειτουργική κλάση κατά NYHA II-IV, είχαν κλάσμα έξωθησης άριστερης κοιλίας (ΚΕΑΚ) $\leq 35\%$, είχαν αυξημένα επίπεδα νατριουρικών πεπτιδίων και έλάμβαναν αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (ΑΜΕΑ) ή άποκλειστή των υποδοχέων της αγγειοτασίνης (ΑΥΑ), β-αναστολέα (έκτος επί αντενδείξεων ή μη άνοχης) και ανταγωνιστές υποδοχέων άλατοκορτικοειδών (ΑΥΑΚ), έφ' όσον ένεδείκνυντο. Συγκεκριθήσαν τα πρωτογενή καταληκτικά σημεία (πρώτη νοσηλεία

λόγω καρδιακής ανεπάρκειας ή καρδιαγγειακός θάνατος σε άμφότερες τις μελέτες), οι συνιστώσες αυτών, ή έπιπτωση αίφνιδίου θανάτου, θανάτου από ανεπάρκεια άντλίας, μη καρδιαγγειακού θανάτου και ή έπιπτωση όλικής θνητότητος σε άνδρες και γυναίκες.

Άποτελέσματα:

Οι γυναίκες συνιστούσαν το 21,8% του πληθυσμού και έτειναν να είναι γηραιότερες των άνδρων, με το 36,7% αυτών να είναι >70 ετών, έναντι του 28,1% των άνδρων. Έκτος από την υπέρταση (70,6% στις γυναίκες vs. 65,5% στους άνδρες) και την κλινικά σημαντική βαλβιδοπάθεια (5,3% vs. 4,6%), οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανόν να έχουν ιστορικό μειζόνων καρδιαγγειακών συννοσηροτήτων, όπως κολπικής μαρμαρυγής (32,6% vs. 36,4%), προηγηθέντος έμφράγματος του μυοκαρδίου (30,0% vs. 45,4%), και άγγειακού έγκεφαλικού έπεισοδίου (7,4% vs. 8,0%). Οι γυναίκες είχαν μικρότερο έπιπολασμό στεφανιαίας νόσου (43% vs. 56%), ανέφεραν μέτρια έως άκραία κατάθλιψη ή άγχος συχνότερα από τους άνδρες (44% vs. 29%), είχαν νοσηλευθεί, λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, λιγότερο συχνά (58,1% vs. 62,3%) και είχαν μικρότερη πιθανότητα ίσχειμικής ύποκείμενης αίτιολογίας της νόσου (50,0% vs. 60,5%). Οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα σημεία/συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας από τους άνδρες και είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής (χαμηλότερο score στο έρωτηματολόγιο καρδιακής ανεπάρκειας του Kansas City) και μεγαλύτερη λειτουργική δυσχέρεια έναντι των άρρενων. Η χρήση, κατά την έναρξη των μελετών, β-αναστολέων, διουρητικών και ΑΥΑΚ ήταν παρόμοια μεταξύ των φύλων, ενώ οι γυναίκες εμφάνιζαν συχνότερη λήψη δακτυλίτιδος και ΑΥΑ, με σπανιότερη χρήση ΑΜΕΑ. Αντιπηκτική άγωγή χορηγείτο σπανιότερα στις γυναίκες, και οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανόν να έχουν λάβει συσκευή σε σχέση προς τους άνδρες, τόσο έμφυτευόμενο καρδιομετατροπέα – άπινιδωτή (8,6% vs. 16,6%), όσο και άμφικοιλιακό βηματοδότη (4,1% vs. 6,9%). Επίσης, οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανόν να παραπεμφθούν σε προγράμματα διαχείρισης της νόσου ή να τους συνταγογραφηθεί άσκηση. Τέλος, οι γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά μικρότερη θνητότητα (σχετικός

κίνδυνος, 0,68; 95% διάστημα αξιοπιστίας 0,62-0,74; $p < 0.001$) και μικρότερο κίνδυνο νοσηλείας, λόγω καρδιακής ανεπάρκειας (σχετικός κίνδυνος 0,80; 95% όρια αξιοπιστίας 0,72-0,89; $p < 0.001$), αλλά είχαν υψηλότερη επίπτωση έγκεφαλικών επεισοδίων.

Συμπεράσματα:

Παρά την παρατηρούμενη καλύτερη επιβίωση και τη μικρότερη συχνότητα νοσηλείων, λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, σε σχέση με τους άρρενες, οι γυναίκες με ΚΑΜΕΚ έχουν περισσότερα σημεία και συμπτώματα της νόσου, χειρότερη ποιότητα ζωής εκ της νόσου και μεγαλύτερη λειτουργική δυσχέρεια/ψυχολογική επιβάρυνση από τους άνδρες. Έπιπροσθέτως, κάποιες αποδεδειγμένες αποτελεσματικότητες θεραπείες της ΚΑΜΕΚ εξακολουθούν να υπο-χρησιμοποιούνται στις γυναίκες.

Προοπτική:

Οι γυναίκες με ΚΑΜΕΚ τείνουν να έχουν μεγαλύτερο φορτίο συμπτωμάτων και μεγαλύτερη λειτουργική/ψυχολογική αναπηρία από τους άνδρες. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να στοχεύσουν αυτές τις διαφορές κατά την αξιολόγηση στρατηγικών για τη βελτίωση της φροντίδος των γυναικών με ΚΑΜΕΚ.

3. Τρέχουσα και μελλοντική χρήση εμφυτεύσιμων συσκευών παρακολούθησης ρυθμού.

Giancaterino S, Lupercio F, Nishimura M, Hsu JC. **Current and Future Use of Insertable Cardiac Monitors.** *JACC Clin Electrophysiol* 2018;4:1383-1396.

Τα κατωτέρω συνιστούν σημεία-κλειδιά της ανασκόπησης αυτής, αναφορικά με την τρέχουσα και μελλοντική χρήση εμφυτεύσιμων συσκευών παρακολούθησης ρυθμού (ΕΣΠΡ):

1. Οι ΕΣΠΡ είναι μικρές, υποδορίως εμφυτευόμενες συσκευές, που παρέχουν συνεχή καταγραφή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), με διάρκεια ζωής έως τριών ετών.

2. Έπιπροσθέτως της χρήσης τους για την ακριβή διάγνωση ασθενών με συγκοπή και αίσθημα παλμών, οι ΕΣΠΡ χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο στην αξιολόγηση ασθενών με κρυσπιγενές αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο.

3. Το κρυσπιγενές αγγειακό έγκεφαλικό επεισό-

διο είναι ένα συμπτωματικό αγγειακό έγκεφαλικό έμφρακτο, για το οποίο δεν αναγνωρίζεται καμία προφανής αιτία μετά από ένδελεχη διαγνωστικό έλεγχο, αν και δεν ύφιστανται πανταχόθεν αποδεκτά ένια διαγνωστικά κριτήρια για αυτό.

4. Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι η αιτία του 25% των αγγειακών έγκεφαλικών επεισοδίων. Τα κρυσπιγενή έγκεφαλικά υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύουν ένα επιπρόσθετο 20-30% όλων των ισχαιμικών αγγειακών έγκεφαλικών επεισοδίων.

5. Η χρήση των ΕΣΠΡ έχει φανεί να συνιστά μία μέθοδο ανίχνευσης υποκλινικής ΚΜ. Η ευαισθησία, ειδικότητα και θετική/άρνητική προγνωστική αξία, χρησιμοποιώντας μία ανάλυση βάσει της διάρκειας της ΚΜ, κυμαίνονται όλες σε επίπεδα άνω του 90%.

6. Μελέτες συσκευών έχουν δείξει, ότι ακόμα και βραχυχρόνια επεισόδια υποκλινικής ΚΜ (έως και μόλις 5 λεπτών) σχετίζονται με πάνω από διπλάσιο κίνδυνο ισχαιμικού αγγειακού έγκεφαλικού επεισοδίου, εν τούτοις δεν έχει τεκμηριωθεί αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ υποκλινικής ΚΜ και κινδύνου έγκεφαλικού επεισοδίου.

7. Οι οδηγίες του 2017 από τη Διεθνή Έταιρεία Holter και Μη Έπεμβατικής Ηλεκτροκαρδιογραφίας, σε συνεργασία με την Έταιρεία Καρδιακού Ρυθμού (ISHNE/HRS), βάσει κειμένου όμοφωνίας ειδικών, αναφορικά με την περιπατητική ηλεκτροκαρδιογραφία και την τηλεμετρική παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, παρέχουν ένδειξη κλάσης Ι για «παρατεταμένη παρακολούθηση» σε ασθενείς με κρυσπιγενές έγκεφαλικό. Έν τούτοις, δεν ύφισταται όμοφωνία, αναφορικά με το βέλτιστο χρονισμό, διάρκεια και μέθοδο παρακολούθησης για υποκλινική ΚΜ σε ασθενείς με έγκεφαλικό επεισόδιο.

8. Οι συγγραφείς της ανασκόπησης προτείνουν οι ασθενείς με κρυσπιγενές έγκεφαλικό να υπόκεινται σε παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού για διάστημα 2-4 εβδομάδων. Εάν δεν καταγραφεί ΚΜ, το score CHA_2DS_2-VASc είναι ≥ 2 και οι ασθενείς είναι δυνητικά υποψήφιοι για αντιπηκτική αγωγή, συνιστούν τη χρήση ΕΣΠΡ.

9. Στη μελέτη CRYSTAL AF ο διάμεσος χρόνος ανίχνευσης ΚΜ, σε ασθενείς με ΕΣΠΡ, ήταν 84 ημέρες. Στους 2 μήνες μετά κρυσπιγενές έγκεφαλικό επεισόδιο το 20% των ασθενών, που έφεραν ΕΣΠΡ, είχε

διαγνωσθεί με ΚΜ.

10. Χρειάζονται τυχαίοποιημένες προοπτικές κλινικές μελέτες αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με πρόσφατο ισχαιμικό αγγειακό έγκεφαλικό έπεισόδιο και άνιχνεύσιμη ύποκλινική ΚΜ σε ΕΣΠΡ.

4. Ευρωπαϊκό κείμενο θέσεων αναφορικά με τη διαχείριση ασθενών με άνοικτο ώσειδες τρήμα. Γενική προσέγγιση και θρομβοεμβολισμός στην άριστερή κυκλοφορία.

Pristipino C, Sievert H, D'Ascenzo F, et al. **European Position Paper on the Management of Patients With Patent Foramen Ovale. General Approach and Left Circulation Thromboembolism.** *Eur Heart J* 2018;Oct 25:[Epub ahead of print].

Τα ακόλουθα συνιστούν βασικά σημεία του ευρωπαϊκού κειμένου θέσεων για τη διαχείριση ασθενών με άνοικτο ώσειδες τρήμα (ΑΩΤ):

1. Το ΑΩΤ είναι παρόν στο 25% του γενικού πληθυσμού. Δύναται να παίξει παθολογικό ρόλο σε κρυσπιγενή θρομβοεμβολισμό στην άριστερή κυκλοφορία.

2. Δεν υφίσταται εξέταση έκλογής για τη διάγνωση ΑΩΤ. Συνδυασμός διαθωρακικής ήχοκαρδιογραφίας (ΔΘΗ), διοισοφαγείου ήχοκαρδιογραφίας (ΔΟΗ) και διακρανιακών Doppler (ΔΔ) είναι δυνατόν να απαιτηθεί. Ο ακόλουθος αλγόριθμος προτείνεται από τους συγγραφείς: Έαν το ΔΘΗ είναι θετικό, να διενεργείται ΔΟΗ για έπιβεβαίωση. Έαν το ΔΔ είναι θετικό, να διενεργείται ΔΟΗ για έπιβεβαίωση. Έαν το ΔΘΗ είναι άρνητικό ή άμφισημο, να διενεργείται ΔΔ και έαν αυτό είναι άρνητικό να σταματά ή διερεύνηση.

3. Ασθενείς με ΑΩΤ και έμβολη άγνωστου αίτιας στην άριστερή κυκλοφορία, παρὰ τη διενέργεια ένδελεχοῦς έλέγχου, πρέπει να ταξινομούνται ως έχοντες έμβολη σχετιζόμενη με το ΑΩΤ, αντί ως έχοντες κρυσπιγενή έμβολη.

4. Προκειμένου να αποκλεισθούν άλλες αιτίες πέραν του ΑΩΤ, οί ασθενείς με έμβολη στην άριστερή κυκλοφορία και ΑΩΤ πρέπει να υποβάλλονται σε ήλεκτροκαρδιογράφημα 12 άπαγωγών και είτε ένδοноσοκομειακή τηλεμετρία ή 24ωρη περιπατητική ήλεκτροκαρδιογραφία για την άνίχνευση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Ασθενείς άνω τών 65 έτών και ασθενείς 55-64 έτών, με παράγοντες κινδύνου για ΚΜ,

πρέπει να ύποβληθούν σε έξάμηνη παρακολούθηση για ΚΜ με έμφυτεύσιμη συσκευή παρακολούθησης ρυθμού.

5. Το άνεύρυσμα μεσοκολπικού διαφράγματος, μέτρια προς σημαντική ροή και ή ύπερκινητικότητα του μεσοκολπικού διαφράγματος έχουν συσχεισθεί με τον αίτιολογικό ρόλο του ΑΩΤ στο κρυσπιγενές έγκεφαλικό, σε όρισμένες μελέτες.

6. Το score κινδύνου παράδοξης έμβολής (ΚΠΕ) άποπειράται να προβλέπει πόσο πιθανόν είναι το ΑΩΤ να σχετίζεται αίτιολογικά με κρυσπιγενές έγκεφαλικό έπεισόδιο. Το score ΚΠΕ δύναται να χρησιμοποιηθεί για να κατευθύνει θεραπευτικές έπιλογές, αλλά μόνο σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους, όπως ή παρουσία άνευρύσματος του μεσοκολπικού διαφράγματος και έν τῶ βάθει φλεβοθρόμβωσης/πνευμονικής έμβολής.

7. Ο κίνδυνος ύποτροπής έγκεφαλικού, σχετιζόμενου με ΑΩΤ, είναι μάλλον άρκετά χαμηλός βάσει μελετών παρατήρησης/τυχαίοποιημένων μελετών. Παρουσία άνευρύσματος του μεσοκολπικού διαφράγματος δύναται να έπισύρει μεγαλύτερο κίνδυνο ύποτροπής. Η μετα-άναλυση από τους συγγραφείς τυχαίοποιημένων μελετών ύποδηλώνει κίνδυνο ύποτροπής έγκεφαλικού, με ταυτόχρονη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, στο έπίπεδο του 4,6% στα 3,8 έτη παρακολούθησης.

8. Δεν υφίστανται καταληκτικά δεδομένα για την καθοδήγηση της έπιλογής άνάμεσα σε αντιαιμοπεταλιακά και από το στόματος αντιπηκτικά, του τύπου τών άνταγωνιστών της βιταμίνης Κ για τη δευτερογενή πρόληψη, μετά έγκεφαλικό σχετιζόμενο με ΑΩΤ. Άν και τὰ άντιπηκτικά μπορεί να είναι άνώτερα τών άνταιμοπεταλιακών, αναφορικά με την πρόληψη της ύποτροπής, ή χρήση τους αυξάνει έπίσης τον κίνδυνο τόσο ένδοκρανιακής όσο και μείζονος έξωκρανιακής αίμορραγίας. Τα άντιπηκτικά δύναται να προτιμηθούν, έαν ο άσθενής έχει χαμηλό αίμορραγικό κίνδυνο, άναμένεται ύψηλός βαθμός συμμόρφωσης και ή κατάλληλη παρακολούθηση του άντιπηκτικού άποτελέσματος είναι έγγυημένη.

9. Ο ρόλος τών άμεσων από το στόματος άντιπηκτικών δεν είναι διευκρινισμένος και συνιστά σημαντικό πεδίο μελλοντικής έρευνας. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει, έπίσης, να περιλαμβάνει τυχαίο-

ποημένη κλινική μελέτη δευτερογενούς πρόληψης, με σύγκριση χρήσης άμεσου από το στόμα αντπηκτικού, έναντι σύγκλεισης του ΑΩΤ σε ασθενείς με θρομβοεμβολισμό άριστερης κυκλοφορίας, σχετιζόμενο με το ΑΩΤ.

10. Η διαδερμική σύγκλειση του ΑΩΤ επιτυγχάνει ποσοστά πλήρους σύγκλεισης 93-96% στον πρώτο χρόνο.

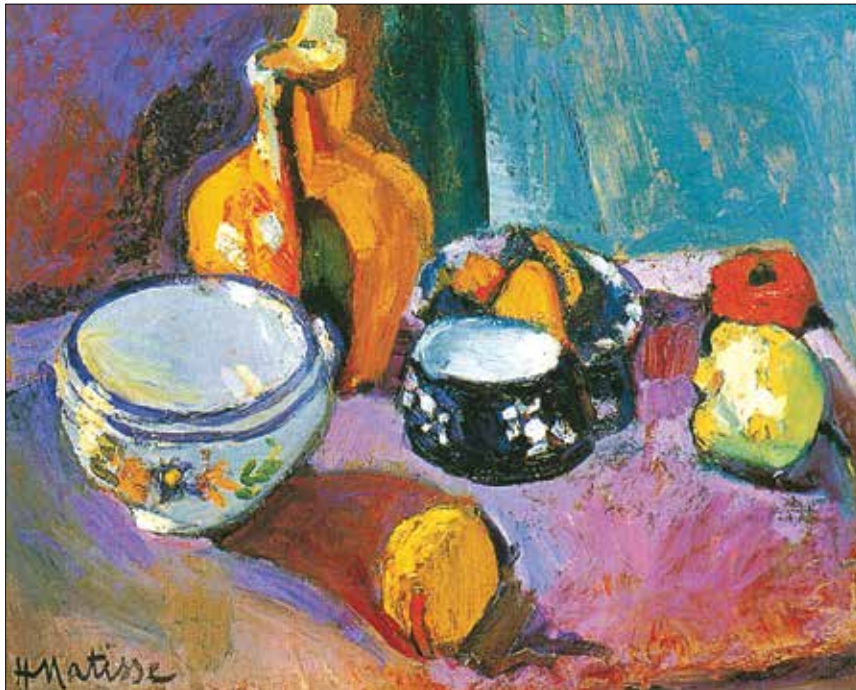
11. Μετά τη σύγκλειση του ΑΩΤ είναι λογικό να συνεχισθεί ή διπλή αντίαιμοπεταλιακή αγωγή για 1-6 μήνες και έν συνεχεία μονή για τουλάχιστον 5 έτη.

12. Στη μετα-ανάλυση τών συγγραφέων, με μέση διάρκεια παρακολούθησης 3,8 έτη, ο αριθμός τών ασθενών, που έπρεπε να υποβληθούν σε σύγκλειση του ΑΩΤ για την πρόληψη ενός αγγειακού έγκεφαλικού επεισοδίου, ήταν 37 (95% όρια αξιοπιστίας 26-68) και σε ασθενείς ύψηλου κινδύνου (π.χ. με ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος), 21 (95% όρια αξιοπιστίας 16-61).

13. Οί συγγραφείς έκφράζουν την άποψη, ότι ασθενείς 18-65 έτών, με βεβαιωμένο κρυπτιγενές αγγειακό έγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό έγκεφαλικό επεισόδιο ή συστηματικό έμβολισμό, με ύψηλη πιθανότητα αίτιολογικής συμμετοχής του ΑΩΤ τους, θα πρέπει να υποβάλλονται σε διαδερμική σύγκλειση αυτού.

14. Η διεπιστημονική προσέγγιση, με τη συνεργασία έπεμβατικού καρδιολόγου και άλλου άρμόδιου είδικου (π.χ. νευρολόγου), καθώς και ή ένεργή συμμετοχή του ασθενούς, είναι κλειδιά για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση του ΑΩΤ.

15. Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών, έναντι του ένδεχομένου ένδοκαρδίτιδος προ έπεμβατικής πράξης ή χειρουργικής επέμβασης, ένδείκνυται σε όλους τους ασθενείς, για 6 μήνες μετά τη σύγκλειση του ΑΩΤ. ■



Πιατικά και Φρούτα

Henri Matisse