

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:
Π. ΔΕΔΕΗΛΙΑΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ: Β.ΔΡΟΣΟΣ, Δ.ΛΙΟΥΜΠΑΣ,
Ν.ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Π.Φ.ΡΟΡΡΗΣ, Η.ΣΑΜΙΩΤΗΣ,
Ν.ΣΧΙΖΑΣ



ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΚΔΟΣΗΣ

Αξιότιμοι και αγαπητοί συνάδελφοι,

Σας κοινοποιούμε το τρίτο τεύχος του NEWSLETTER της Εταιρείας μας που μας βρίσκει στην αρχή του Φθινοπώρου και στο τέλος ενός δύσκολου καλοκαιριού με ακραία καιρικά φαινόμενα, πολλές εκτάσεις της χώρας μας καμένες και τις πλημμύρες να έχουν γίνει πλέον άλλο ένα συνηθισμένο καταστροφικό γεγονός.

Οι καταστροφές στη Θεσσαλία απέτρεψαν και την πραγματοποίηση του Συμποσίου των Ομάδων Εργασίας μας στη Λίμνη Πλαστήρα. Ευελπιστούμε όμως ότι θα γίνουν με καλύτερες συνθήκες στη νέα ημερομηνία που θα μας ανακοινωθεί σύντομα.

Όσον αφορά τα επιστημονικά δρώμενα, φαίνεται ότι η χειρουργική της αορτής απασχολεί όλο και περισσότερο τη χειρουργική κοινότητα γιατί και η τεχνολογία εξελίσσεται αλλά επιπλέον γηράσκει ο πληθυσμός που γηρασκόμενος είναι πιο ευάλωτος σε αορτικά προβλήματα. Η ενδοαυλική θεραπεία γίνεται η ενδεικνυόμενη θεραπεία τόσο στον επιπλεγμένο όσο και στον μη επιπλεγμένο διαχωρισμό τύπου Β και η παθολογία του αορτικού τόξου αντιμετωπίζεται σε λίγες και ειδικές περιπτώσεις ενδοαυλικά επίσης. Τα υβριδικά χειρουργεία είναι ο καταλληλότερος τρόπος για τη διενέργεια τέτοιων ωραίων επεμβάσεων με μειωμένο κίνδυνο.

Η Εταιρεία μας παίρνει πρωτοβουλίες για την εκπαίδευση καρδιοχειρουργών σε τεχνικές για διακαθετηριακές βαλβίδες (TAVI) και σας έχει κοινοποιηθεί ήδη η ημερίδα του Νοεμβρίου. Επαναλαμβάνουμε την ενθάρρυνση όλων των εκπαιδευόμενων αλλά και των ειδικών για την εξοικείωση με τις διακαθετηριακές τεχνικές και για τις δομικές παθήσεις της καρδιάς και της αορτής.

Καλό Φθινόπωρο σε όλους και ραντεβού στο επόμενο NEWSLETTER με νέα από το προσεχές EACTS 2023.

Π. Δεδεηλίας

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΕΧΘΚΑ

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Όπως ήδη γνωρίζετε το Συμπόσιο των Ομάδων Εργασίας έχει αναβληθεί.

Το πρόγραμμα είχε προσαρμοστεί να γίνει χωρίς εκδηλώσεις (εορταστικού περιεχομένου) αφού θέλαμε να σεβαστούμε την δεινή κατάσταση των κατοίκων της περιοχής. Είχαμε και έχουμε σκοπό ως Δ.Σ να παροτρύνουμε κάθε έναν από εμάς να μεταφέρει νερό τρόφιμα, ιματισμό που θα δινόταν στον Ιατρικό Σύλλογο Καρδίτσας προς διάθεση στους πλημυροπαθείς αφού όλοι θα πηγαίναμε οδικώς.

Προσδιορίστηκε νέα ημερομηνία για την διεξαγωγή του συμποσίου (26- 28 Απριλίου). Παραμένει η ίδια τοποθεσία με σκοπό την ενίσχυση της περιοχής.

Αντιλαμβανόμαστε τα ανάμεικτα συναισθήματα. Δεχθήκαμε γράμματα από μέλη της Εταιρείας μας σχετικά με την διεξαγωγή του Συμποσίου

Πιστεύουμε στην ενίσχυση της περιοχής οικονομικά και ηθικά.

Ελπίζουμε στην συμμετοχή σας και είμαστε πάντα ανοικτοί σε συζήτηση.

Ο Πρόεδρος
Ηλιάδης Κοσμάς

ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΕΕΧΘΚΑ

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε η εκπαιδευτική διημερίδα «Θωρακοσκοπική τμηματεκτομή με πρακτική hands-on το Σαββατοκύριακο 30/9- 1/10/23. Την πρώτη ημέρα οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν το θεωρητικό μέρος της εκπαίδευσης στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ. Είχαν επίσης την ευκαιρία να κάνουν πρακτική εξάσκηση σε προπλάσματα (Sturpnik simulators) στα γραφεία της NODE. Την δεύτερη ημέρα έγινε πρακτική σε πτωματικούς δότες. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε στην εταιρεία Ethicon, στο νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ καθώς και στο Node Institute και την κυρία Δουλαβέρη, για την υποστήριξή τους στην διοργάνωση και υλοποίηση της εκπαιδευτικής διημερίδας.

Τέλος στον Συνάδελφο κ. Παπαγιαννόπουλο Κωνσταντίνο ο οποίος συμμετείχε από την διοργάνωση του προγράμματος έως και την εφαρμογή στην πρακτική άσκηση. Εκ μέρους της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς- Αγγείων, ελπίζουμε και φροντίζουμε να συνεχίσουν αυτές οι σημαντικές εκπαιδευτικές προσπάθειες.



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΜΕ ΑΥΤΟΕΚΤΠΥΣΣΟΜΕΝΗ vs ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στανίτσα Νικολέτα, Ειδικευόμενη Χειρουργικής Θώρακος, Γ.Ν.Α Ευαγγελισμός

Η στένωση αορτικής βαλβίδας είναι η συχνότερη βαλβιδοπάθεια στον Δυτικό κόσμο, ιδίως σε ασθενείς άνω των 70 ετών. Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο και σε πρόσφατες τυχαιοποιημένες μελέτες εμφανίζει συγκρίσιμα αποτελέσματα με την χειρουργική μέθοδο για ασθενείς ενδιάμεσου και χαμηλού κινδύνου.

Το 2008 έκαναν για πρώτη φορά την εμφάνιση τους οι αυτοεκτυσσόμενες βαλβίδες, οι οποίες φαίνεται να σχετίζονται με λιγότερες επιπλοκές, καθώς απαιτούν λιγότερο χρόνο εξωσωματικής κυκλοφορίας και ισχαιμίας σε σχέση με τις συμβατικές βαλβίδες.

Στην συνέχεια, θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα μίας μελέτης που δημοσιεύτηκε στο Surgery τον Σεπτέμβριο του 2023 και αναλύει τα μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ασθενών με στένωση αορτικής βαλβίδας και προφίλ ενδιάμεσου κινδύνου που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με αυτοκεπτυσσόμενες βαλβίδες (SU-sAVR) έναντι αυτών που έκαναν διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI).

Αυτή η αναδρομική πολυκεντρική, ευρωπαϊκή μελέτη περιλαμβάνει 2.123 ασθενείς με στένωση αορτικής βαλβίδας και προφίλ ενδιάμεσου κινδύνου που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με αυτοεκτυσσόμενη (SU-sAVR/824 ασθενείς) ή σε διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI/1.299 ασθενείς) από το 2013 έως 2020.

Τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν τα εξής: θνητότητα στις 30 ημέρες, καθυστερημένη θνητότητα σχετιζόμενη με το καρδιαγγειακό και θνητότητα σχετιζόμενη με κάθε αιτία.

Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν μείζονες επιπλοκές από το καρδιαγγειακό και το κεντρικό νευρικό (θάνατο από όλες τις αιτίες, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο/παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, ενδοκαρδίτιδα, επανεγχείρηση, εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη και παραβαλβιδική διαφυγή ≥ 2).

Η μέση παρακολούθηση των ασθενών ήταν 4,3 έτη. Τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν τα ακόλουθα: θνητότητα στις 30 ημέρες σε SU-sAVR: 2,13% έναντι TAVI: 4,64% ($P = 0,026$), θνητότητα από όλες τις αιτίες σε SU-sAVR: 36,7% $\pm 7\%$ και σε TAVI: 41,8% $\pm 8,2\%$ ($P = 0,023$) και θνητότητα σχετιζόμενη με το καρδιαγγειακό σε SU-sAVR: 10,2% $\pm 2,8\%$ έναντι TAVI: 19,2% $\pm 3,5\%$.

Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν τα ακόλουθα: σημαντικά ανεπιθύμητα συμβάντα από το καρδιαγγειακό και το κεντρικό νευρικό στην ομάδα των ασθενών που έγινε SU-sAVR: 47,2% $\pm 9,0\%$ έναντι TAVI: 57,3% $\pm 7,5\%$ ($P < .001$). Ειδικότερα, η συχνότητα εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη (SU-sAVR: 6,38% έναντι TAVI: 11,8% [$P = 0,002$]) και παραβαλβιδικής διαφυγής ≥ 2 ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα ασθενών που έγινε εμφύτευση αορτικής βαλβίδας διακαθετηριακά.

Στην ανάλυση πολυμεταβλητής παλινδρόμησης Cox, η παραβαλβιδική διαφυγή ≥ 2 (αναλογία κινδύνου: 1,63%, διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 1,06–2,53, $P = 0,042$) και η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη (αναλογία κινδύνου: 1,49%, μεσοδιάστημα 2,21% εμπιστοσύνης 95%, $P = 0,039$) αναγνωρίστηκαν ως προγνωστικοί παράγοντες θνησιμότητας.

Η χειρουργική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με αυτοεκτυσσόμενη βαλβίδα έδειξε σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά θνητότητας από όλες τις αιτίες, θανάτου σχετιζόμενου με το καρδιαγγειακό, εμφύτευσης βηματοδότη και παραβαλβιδικής διαφυγής σε σχέση με την διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας. Επιπλέον, η εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη και η παραβαλβιδική διαφυγή επηρέασαν αρνητικά την επιβίωση σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για μεμονωμένη στένωση αορτικής βαλβίδας.

Το παραπάνω άρθρο στηρίζεται σε πληροφορίες και δεδομένα από την συγκεκριμένη δημοσιευμένη μελέτη.



Surgery
Available online 14 September 2023
In Press, Corrected Proof [What's this?](#)



Sutureless versus transcatheter valves in patients with aortic stenosis at intermediate risk: A multi-institutional European study

Claudio Muneretto MD^a, Lorenzo Di Bacco MD^a, Francesco Pollari MD^b, Massimo Baudo MD^a, Marco Solinas MD^c, Michele D'Alonzo MD^a, [Marco Di Eusanio MD^d](#), [Fabrizio Rosati MD^a](#), [Thierry Folliguet MD^e](#), [Theodor Fischlein MD^b](#)

ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΛΙΚΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΟ ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Στανίσα Νικολετα, Λογοθέτη Αντιγόνη, Παπακωνσταντίνου Κωνσταντίνος, Ρόρρης Φίλιππος-Πασχάλης, Λιβεράκου Ευαγγελία, Πεταλουδης Παναγιώτης, Τομας Δημήτριος, Σαμιώτης Ηλίας, Πάτρης Βασίλειος, Αργυρίου Μιχαήλ, Δεδεηλίας Παναγιώτης, Κοκοτσάκης Ιωαννης, Κρατημένος Θεόδωρος.

Τα νοσήματα του αορτικού τόξου αποτελούν πρόκληση για τους καρδιοχειρουργούς, ιδιαίτερα για τους ασθενείς υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου για τους οποίους η ανοιχτή αποκατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Η θεραπεία εκλογής για τα ανευρύσματα και τους διαχωρισμούς που αφορούν το αορτικό τόξο παραμένει η ανοιχτή ολική αντικατάσταση του τόξου. Ωστόσο, για όσους θεωρούνται υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου, η χρήση ενδοαγγειακών τεχνικών μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο περιεγχειρητικής θνητότητας και νοσηρότητας. Στην συνέχεια θα αναλύσουμε την εμπειρία μας και τα πρώιμα αποτελέσματά μας στις ολικές ενδαγγειακές αποκαταστάσεις του αορτικού τόξου.

Πραγματοποιήσαμε μια ανασκόπηση όλων των ενδαγγειακών αποκαταστάσεων θωρακικής αορτής (TEVAR) που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Ιουνίου 2019 και Ιουνίου 2022 στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, εντοπίζοντας συγκεκριμένα αυτές που αφορούσαν τα διακλαδούμενα μοσχεύματα του αορτικού τόξου. Τα κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η τεχνική επιτυχία, η θνησιμότητα στις 30 ημέρες και στο 1 έτος. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν οι επανεπεμβάσεις, οι νευρολογικές επιπλοκές και οι ενδοδιαφυγές στις επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες. Ως τεχνική επιτυχία ορίστηκε η επιβίωση ενός ασθενούς από την εγχείρηση με την έκπτυξη του ενδομοσχεύματος στην προβλεπόμενη ζώνη χωρίς ενδείξεις ενδοδιαφυγής τύπου I ή τύπου III στην αρχική μετεγχειρητική απεικόνιση.

Αποτελέσματα

Ταυτοποιήθηκαν έξι άνδρες ασθενείς, ηλικίας από 56 έως 78 ετών, και όλοι περιγράφηκαν ως υψηλού διεγχειρητικού κινδύνου για ανοιχτή αποκατάσταση. Τα ποσοστά συννοσηρότητας ήταν τα εξής: σακχαρώδης διαβήτης 50%, αρτηριακή υπέρταση 83%, δυσλιπιδαιμία 67%, στεφανιαία νόσος 17%. Τρεις ασθενείς είχαν ιστορικό χειρουργικής επέμβασης στην αορτή. Το συνολικό ποσοστό τεχνικής επιτυχίας ανήλθε στο 83%, καθώς ένα περιστατικό εμφάνισε ενδοδιαφυγή τύπου Ia στην αρχική μετεγχειρητική αγγειογραφία. Η θνησιμότητα 30 ημερών και 1 έτους εκτιμάται ότι είναι 0% και 17%, αντίστοιχα. Ένας ασθενής αντιμετώπισε νευρολογικές επιπλοκές με τη μορφή εγκεφαλικού επεισοδίου. Κανένας από τους ασθενείς δεν χρειάστηκε επανεπέμβαση και δεν έχει παρατηρηθεί ενδοδιαφυγή σε επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες.

Συμπέρασμα

Η ολική ενδαγγειακή αποκατάσταση του αορτικού τόξου αποτελεί μια ανερχόμενη εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπιση για τη διαχείριση των νοσημάτων του αορτικού τόξου με υψηλά ποσοστά τεχνικής επιτυχίας και ικανοποιητικά πρώιμα αποτελέσματα. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερα δεδομένα για τον προσδιορισμό του συγκριτικού αποτελέσματος θεραπείας, σε σύγκριση με τις συμβατικές ανοιχτές και υβριδικές τεχνικές. Απαιτείται ακόμη μια ολοκληρωμένη διαχρονική παρακολούθηση για να καθοριστούν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Ηλίας Β. Σαμιώτης, MD, MSc, PhD

Χειρουργός Θώρακος, Χειρουργικής Κλινικής Θώρακος – Καρδιάς – Αγγείων ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Το παρακάτω άρθρο στηρίζεται σε πληροφορίες και δεδομένα από την συγκεκριμένη δημοσιευμένη μελέτη
Long-Term Outcomes in Thoracic Endovascular Aortic Repair for Complicated Type B Aortic Dissection or Intramural Hematoma Depending on Proximal Landing Zone

by Philip Dueppers, Lorenz Meuli, Kerstin Stoklasa, Anna-Leonie Menges, Alexander Zimmermann and Benedikt Reutersberg

Department of Vascular Surgery, University Hospital Zurich, Rämistr. 100, 8091 Zurich, Switzerland

J. Clin. Med. 2023, 12(16), 5380; <https://doi.org/10.3390/jcm12165380>

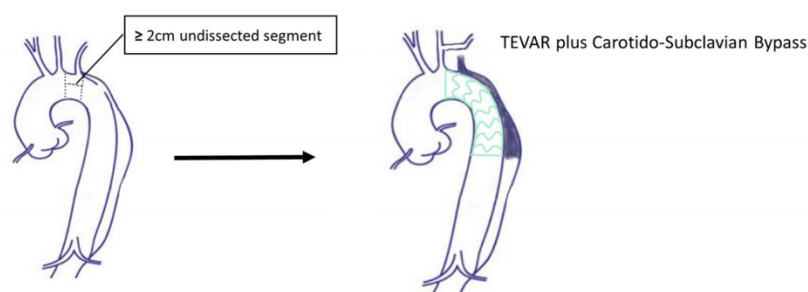
Received: 10 July 2023 / Revised: 7 August 2023 / Accepted: 17 August 2023 / Published: 18 August 2023.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

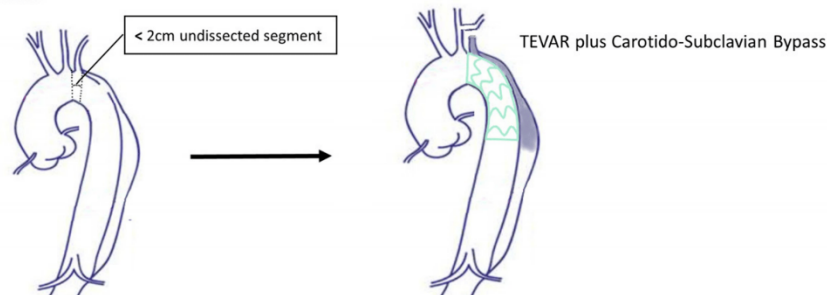
Η ενδαγγειακή αποκατάσταση της κατιούσας θωρακικής αορτής (TEVAR) είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία για τον επιλεγμένο αορτικό διαχωρισμό τύπου Β (TBAD) και για το ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα (IMH). Εκτός από τη σωστή επιλογή του ενδομοσχεύματος και το μέγεθος, η εγγύς ζώνη πρόσφυσης παίζει καθοριστικό ρόλο στην ενδαγγειακή θεραπεία. Σκοπός της μελέτης ήταν διερεύνηση της συσχέτισης της εγγύς ζώνης πρόσφυσης και της μορφολογίας της αορτής με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε ασθενείς με TBAD ή IMH. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 94 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TEVAR για TBAD ή IMH μεταξύ 10/2003 και 01/2020. Η μελέτη χωρίστηκε σύμφωνα με την εγγύς ζώνης πρόσφυσης 2 ή 3 και την παρουσία ή μη μιας υγιούς ζώνης πρόσφυσης, διαχωρισμένη ή ανευρυσματική, μήκους ≥ 2 cm (ΕΙΚΟΝΑ 1). Το πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η απαλλαγή από την επανεπέμβαση στην αορτή για ενδοδιαφυγή, η παραμονή της άρδευσης του ψευδούς αυλού, ρήξη ή εξέλιξη του διαχωρισμού. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η ανάπτυξη του ανευρύσματος της αορτής (αύξηση ≥ 5 mm), το εγκεφαλικό επεισόδιο, η ισχαιμία του νωτιαίου μυελού, ο παλίνδρομος διαχωρισμός τύπου Α, η εγγύς ενδοδιαφυγή που χρήζει νέο συμπληρωματικό μόσχευμα (pSINE), η απόφραξη των παρακαμπτήριων κλάδων (debranching failure) και η θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας μοντέλα αναλογικού κινδύνου Cox με τη θνησιμότητα ως ανταγωνιστικό κίνδυνο. Ένα TEVAR στη ζώνη πρόσφυσης 2 συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά επανεπεμβάσεων σε σύγκριση με τη ζώνη 3 (33% έναντι 15%, $p = 0,031$), ισχαιμία νωτιαίου μυελού (8% έναντι 0%, $p = 0,037$) και pSINE (13% έναντι 2%, $p = 0,032$). Δεν βρέθηκε διαφορά για τα άλλα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της θνησιμότητας. Η τοποθέτηση σε τμήμα αορτής με διαχωρισμό δεν συσχετίστηκε με μειωμένα αποτελέσματα. Η ενδαγγειακή αποκατάσταση (TEVAR) με εγγύς πρόσφυση του ενδομοσχεύματος στην ζώνη 3 είναι προτιμότερη όσον αφορά την μακροχρόνια επανεπέμβαση στην αορτή σε ασθενείς με TBAD ή IMH.

ΕΙΚΟΝΑ 1. Ορισμός μιας υγιούς και μιας μη υγιούς εγγύς ζώνης πρόσφυσης.

1. Healthy Landing Zone



2. Non-Healthy Landing Zone



Οι αορτικές ζώνες σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Ishimaru (Ζώνη 2: αορτικό τόξο, περιφερικά από την αριστερή κοινή καρωτίδα, συμπεριλαμβανομένης της αρχής της αριστερής υποκλειδίας αρτηρίας, Ζώνη 3: αορτικό τόξο, περιφερικά την αρχή της αριστερής υποκλειδίας αρτηρίας). Μια υγιής ζώνη πρόσφυσης (HLZ) ορίστηκε ως ένα τμήμα αορτής που δεν έχει διαχωρισμό με μήκος ≥ 20 mm όπως συνιστάται για την ενδαγγειακή θεραπεία των ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής για την επίτευξη επαρκούς σφράγισης.