Σημείωμα της Σύνταξης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας εύχομαι ολόψυχα Καλή Χρονιά, ευτυχία και επαγγελματική επιτυχία.

Στο τελευταίο αυτό τεύχος του 2010, περιέχονται τα παρακάτω θέματα:

Ένα άρθρο Σύνταξης από τον υπογράφοντα με θέμα τις νεότερες προόδους στα αντιπηκτικά φάρμακα, όπως είναι οι νεότερες θειενοπυριδίνες και οι αναστολείς της θρομβίνης. Τα φάρμακα αυτά, μπορεί να αλλάξουν τη μορφή της αντιαιμοπεταλιακής και της αντιπηκτικής θεραπείας και να απειλήσουν ακόμη και τα κουμαρινικά.

Ακολουθεί η παρουσίαση μίας σπανιότατης περίπτωσης ψευδοανευρύσματος της κοιλιακής αορτής ως επιπλοκής καρδιακού καθετηριασμού. Προέρχεται από την Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΚΑΤ.

Στη συνέχεια είναι η Βιβλιογραφική Ενημέρωση με τη μετάφραση των αποτελεσμάτων από μεγάλα Διεθνή Συνέδρια. Αυτή τη φορά, έχουμε τα αποτελέσματα από το Συμπόσιο του Veith του Ιανουαρίου 2010 περί της αντιμετώπισης της ασυμπτωματικής καρωτιδικής νόσου,

Τέλος στη Νεκρολογία, αποχαιρετούμε έναν εκλεκτό Συνάδελφο, έναν από τους Ιδρυτές της Αγγειοχειρουργικής στην Ελλάδα και έναν αγαπημένο φίλο, τον Σταύρο Πλέσσα.

Με εκτίμηση
Για τη Συντακτική Επιτροπή

Καθηγητής Μ.Ν. Σέχας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (161-164)

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Πρόοδοι στα νεώτερα αντιπηκτικά φάρμακα

Μ. Σέχας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αντιπηκτικά (αντιθρομβωτικά) φάρμακα ήταν μία από τις μεγαλύτερες ανακαλύψεις στην ιστορία της Ιατρικής. Βοήθησαν στην αντιμετώπιση μιας από τις σοβαρότερες απειλές κατά του ανθρώπινου οργανισμού, της θρόμβωσης και της επακόλουθης ιστικής ισχαιμίας. Με τη χρήση των φαρμάκων αυτών, αντιμετωπίστηκαν η περιφερική αρτηριακή θρόμβωση, η φλεβική θρόμβωση, η θρομβοεμβολική νόσος και παράλληλα έγινε δυνατή, η ανάπτυξη των αγγειακών και καρδιακών χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και των μεταμοσχεύσεων ιστών και οργάνων. Πρωταγωνιστής σ' αυτή τη προσπάθεια ήταν για δεκαετίες ολόκληρες η ηπαρίνη. Ο αναστολέας αυτός της θρομβίνης και της προθρομβίνης ανακαλύφθηκε από τον McLean το 1916, αρχικά χρησιμοποιήθηκε με τη μη κλασματοποιημένη της μορφή και εχορηγείτο ενδοφλέβια ή τοπικά. Η κυριότερη επιπλοκή της ήταν η αιμορραγία. Σημαντική πρόοδο, αποτέλεσε η κλασματοποίηση της ηπαρίνης και η εισαγωγή των ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους, οι οποίες χορηγούνται υποδόρια. Εκτός από την κατάργηση της ενδοφλέβιας χορήγησης, η χρήση τους συνοδεύτηκε και από σημαντική μείωση των αιμορραγικών επιπλοκών τους. Ακόμα ένα μεγάλο πλεονέκτημα, ήταν η χρησιμοποίησή τους για την πρόληψη της μετεγχειρητικής φλεβικής θρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής, μετά από βαριές χειρουργικές επεμβάσεις, κυρίως ορθοπεδικές και ουρολογικές. Χρησιμοποιούνται επίσης στην ασταθή στηθάγχη και στο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Στη συνέχεια, δόθηκε προσοχή στην προφυλακτική δράση των αντιαιμοπεταλιακών ουσιών, με κύριο εκπρόσωπο, το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη) και τις θειενοπυριδίνες. Η ασπιρίνη αναστέλλει μόνο ένα από τα μονοπάτια που οδηγούν στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλιών, εκείνο της παραγωγής της θρομβοξάνης Α. Αντίθετα, οι θειενοπυριδίνες (τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη) προκαλούν έντονη καταστολή της προκαλούμενης από την ADP συσσώρευσης των αιμοπεταλίων. Οι επιπλοκές της τικλοπιδίνης (σιδηροπενία, θρομβωτική θρομβοκυτταροπενική πορφύρα) οδήγησε στον τερματισμό της χρήσης της ως αντιθρομβωτικό φάρμακο. Οι θειενοπυριδίνες χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της περιφερικής αθηροεμβολής (αγγειακά εγκε-

Νοσοκομείο «Υγεία»

φαλικά επεισόδια, ΑΕΕ) και της θρόμβωσης των stents, που τοποθετούνται στα στεφανιαία ή στα περιφερικά αγγεία. Τα παράγωγα της δικουμαρόλης (κουμαρινικά, sintrom, panwarfin, warfarin) δρουν ως αναστολείς των παραγόντων πήξεως, που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ (προθρομβίνη, παράγων ΙΙ, VII, IX X, πρωτεΐνη C και S). Χρησιμοποιούνται για αγωγή σε οξείες καταστάσεις, αλλά κυρίως για μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή (μαρμαρυγή των κόλπων, θρομβοφιλικές καταστάσεις, δευτερογενής πρόληψη ισχαιμικών καρδιοαγγειακών συμβάντων). Η δράση τους πρέπει να ελέγχεται με περιοδική εξέταση του χρόνου προθρομβίνης (INR), εκτροπές από το θεραπευτικό φάσμα του οποίου μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή της θρόμβωσης ή σε αιμορραγία.

ΝΕΟΙ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται συνεχώς νέοι αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες.

Α. Νεότερες θειενοπυριδίνες

1. Πρασουγρέλη (prasugrel)

Είναι θειενοπυριδίνη 3ης γενιάς, που χορηγείται από το στόμα. Ο μηχανισμός δράσης της είναι η αναστολή του υποδοχέα P2Y12 των αιμοπεταλίων. Έχει ταχεία έναρξη δράσης, εντός 2 ωρών. Είναι προφάρμακο, που απαιτεί ενεργοποίηση εντός του οργανισμού, με μετατροπή του σε ενεργό μεταβολίτη με ισχυρές αντιαιμοπεταλιακές ιδιότητες. Η μετατροπή της σε ενεργό μεταβολίτη γίνεται από εστεράσες του πλάσματος, και στη συνέχεια από το ηπατικό κυτόχρωμα P450. Ο μέσος χρόνος ημιζωής του ενεργού μεταβολίτη είναι 3,7 ώρες και η απέκκριση του γίνεται κυρίως (κατά 80%) από τους νεφρούς. Η κλοπιδογρέλη, αντίθετα, αδρανοποιείται σε μεγάλο βαθμό από τις εστεράσες του πλάσματος, προ της ενεργοποίησης της από το κυτόχρωμα με μία αντίδραση σε δύο στάδια. Σε αυτές τις μεταβολικές διαφοροποιήσεις οφείλονται οι φαρμακοδυναμικές διαφορές των δύο ουσιών. Η πρασουγρέλη χαρακτηρίζεται από ταχύτερη έναρξη δράσης, με ισχυρότερη και πιο προβλέψιμη αντιαιμοπεταλιακή δράση από τη κλοπιδογρέλη. Η χορήγηση 10mg πρασουγρέλης προκαλεί ταχύτερη αναστολή των αιμοπεταλίων, από τα 75mg κλοπιδογρέλης, τόσο ως μονοθεραπεία όσο και σε συνδυασμό με ασπιρίνη. Η ισχυρότερη αντιαιμοπεταλιακή δράση της πρασουγρέλης είναι εμφανής μετά 30 λεπτά από τη χορήγησή της και διαρκεί για 24 ώρες[1,2].

Η μελέτη TRILOGY που βρίσκεται σε εξέλιξη διερευνά τη δυνατότητα, η πρασουγρέλη να επιτύχει βελτίωση της έκβασης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ). Σε άλλες μελέτες με τον ίδιο στόχο απεδείχθη υπεροχή της πρασουγρέλης σε σχέση με την κλοπιδογρέλη[3,4].

2. Ticangrelor (AZD1640)

Το φάρμακο αυτό αναστέλλει την αιμοπεταλιακή συγκόλληση, μπλοκάροντας τον υποδοχέα P2Y12. Χορηγείται από το στόμα. Με χημική τροποποίηση του ATP αποδίδει ανάλογο φάρμακο το cangrelor, επίσης αναστολέα του υποδοχέα P2Y12. Το ticangrelor έχει ταχεία είσοδο στην κυκλοφορία (σε 2 ώρες) και ταχεία δράση. Λόγω της ταχείας αναστολής της αιμοπεταλιακής συγκόλλησης που παράγει, δεν χρειάζεται δόση φόρτισης. Μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, μπορεί να εμφανισθεί δύσπνοια και βραδυκαρδία. Πιθανή εξήγηση της δύσπνοιας είναι ότι το φάρμακο μεταβολίζεται από την αδενοσίνη, που προκαλεί δύσπνοια. Άλλη πιθανή εξήγηση είναι η κατακράτηση υγρών και η υποκλινική θρομβοκυττοπενία. Σε κλινικές μελέτες, βρέθηκε ότι σε σύγκριση με την κλοπιδογρέλη επιτυγχάνει 16% μείωση του κινδύνου εμφάνισης οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και 21% αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ).

Στη μελέτη PLATO, 18500 ασθενείς με ΟΣΣ από 43 χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας έλαβαν είτε tricagrelor (180mg δόση φόρτισης, 90mgx2 δόση συντήρησης), είτε κλοπιδογρέλη (300-600mg δόση φόρτισης, 75mg δόση συντήρησης) για ένα έτος μαζί με ασπιρίνη. Στους 12 μήνες, το κύριο τελικό σημείο (θάνατος αγγειακής αιτιολογίας, ΟΕΜ ή ΑΕΕ) ήταν σημαντικά χαμηλότερο στην ομάδα του tricagrelor (9,8% vs 11,7%)[5,6]. Το tricagrelor αναμένεται για κλινική χρήση εντός του 2011 και θα κυκλοφορήσει με το όνομα Brilinta (Astra Zeneca).

3. Congrelor

Είναι ένας παρεντερικά χορηγούμενος ADP-P2Y12 ανταγωνιστής. Η επαναφορά της λειτουργίας των αιμοπεταλίων γίνεται μετά από 20-60 λεπτά. Η δοσολογία του φαρμάκου είναι 1-4mg/kg. Το φάρμακο αυτό έχει υψηλή ικανότητα ταχείας δράσης και αναστρεψιμότητας. Μετά την αρχική θεραπεία συνεχίζεται η αγωγή με έναν από του στόματος αναστολέα P2Y12.

Άλλοι από του στόματος αναστρέψιμοι αναστολείς του P2Y12 είναι το BX667 και το PRT 060128.

Β. Ανταγωνιστές υποδοχέων της θρομβοξάνης

Πρόκειται περί εκλεκτικών αναστολέων της θρομβο-

ξάνης Α2 των αιμοπεταλίων. Τέτοιος είναι ο S18886 χορηγούμενος από το στόμα. Τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα, μετά τη χορήγησή του εμφανίζονται σε 1-2 ώρες και ο χρόνος ημιζωής είναι 6-10 ώρες. Η δοσολογία του είναι 10-30mg. Ερευνάται επίσης η χορήγηση του φαρμάκου για τη δευτερογενή πρόληψη του ΑΕΕ σε μελέτες, που ευρίσκονται σε φάση ΙΙ.

Γ. PAR-1 ανταγωνιστές

Ανήκουν στην οικογένεια των G-πρωτεϊνών-ζευγών υποδοχέων PAR-1 και PAR-4, ενεργοποιούμενοι από πρωτολυτικό κατατεμαχισμό. Τα αιμοπετάλια εκφράζονται με τους υποδοχείς PAR-1 και PAR-4, οι οποίοι ενεργοποιούνται από τη θρομβίνη. Η δράση των υποδοχέων αυτών είναι συνεργαστική όσον αφορά στην ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων. Εν τούτοις, η συγγένεια του PAR -1 για τη θρομβίνη είναι 40 φορές υψηλότερη από αυτήν του PAR-2. Ο PAR-1 ενεργοποιείται από χαμηλές συγκεντρώσεις θρομβίνης. Ευρίσκεται επίσης στα ενδοθηλιακά κύτταρα, στα λεία μυϊκά κύτταρα, στους ινοβλάστες και στα μυοκαρδιακά κύτταρα. Τέτοιοι αναστολείς είναι:

1. Ο SCH-530348

Ειδικός αναστολέας του PAR-1 υποδοχέα, χορηγείται από το στόμα έχει άριστη βιοδιαθεσιμότητα, αναστέλλοντας τη θρομβίνη σε δοσοεξαρτώμενη δοσολογία. Εχει μακρό χρόνο ημιζωής και αναστέλλει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων για πάνω από 4 εβδομάδες. Η δόση φόρτισης είναι 10, 20 ή 40mg με ημερήσια 0,5, 1,0 ή 2,5mg (μελέτες φάσης ΙΙ). Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου υπόσχονται πολλά.

2. E 5555

Αναστολέας του PAR-1. Έχει ταχεία δράση και υψηλού βαθμού βιοδιαθεσιμότητα χορηγούμενος από το στόμα. Η μέγιστη αναστολή της αιμοπεταλιακής συγκόλλησης είναι εντός των πρώτων ωρών από τη χορήγηση της αρχικής δόσης. Το δραστικό αποτέλεσμα παραμένει για μία εβδομάδα. Μελετάται η χρήση του σε ασθενείς με ΟΣΣ (φάση ΙΙ). Άλλοι από του στόματος αναστρέψιμοι αναστολείς του PZY 12 είναι το BX 667 και το PRT 060128.

Δ. Ανταγωνιστές της θρομβίνης

1. Dabigatran

Το φάρμακο αυτό άνοιξε το δρόμο για την αμφισβήτηση της πρωτοκαθεδρίας των κουμαρινικών, σε μεγάλο μέρος των κλινικών τους εφαρμογών. Σε μελέτη RELY 5 επί 18.000 ασθενών από πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, το dabigatran στη δόση των 150mg αποδείχθηκε ανώτερο των κουμαρινικών στη μείωση των καρδιοαγγειακών επεισοδίων (RR=0,66, p< 0,001) και στην ολική επιβίωση (RR=0,88, P=0,0051), με συγκρίσιμη επίπτωση μειζόνων αιμορραγικών επιπλοκών (RR=0,93, P=0,31). Τα αποτελέσματα αυτά συμπληρώθηκαν πρόσφατα από ενδιαφέροντα δεδομένα που ανακοινώθηκαν στο Πανευρωπαϊκό Καρδιολογικό Συνέδριο. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, η υπεροχή του dabigatran παραμένει σε όλο το θεραπευτικό εύρος των κουμαρινικών και σε όλες τις υποομάδες της μελέτης RELY, όταν οι ασθενείς εξετάσθηκαν ανάλογα με το χρόνο κατά τον οποίο ευρίσκοντο σε επίπεδα INR 2-3 (TTR, Time to Treatment Range). Η διαπίστωση ότι το diabigatran υπερέχει σε όλα τα επίπεδα TTR υποδηλώνει ένα πιθανό συγκριτικό πλεονέκτημα σε επίπεδο παθοφυσιολογικού μηχανισμού προστασίας, σε σχέση με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά. Στο μόνο σημείο, όπου υπήρξε κάποιος προβληματισμός ήταν η εμφάνιση υψηλού ποσοστού γαστρεντερικών διαταραχών, στον πληθυσμό μελέτης της RELY, που έλαβε dabigatran. Το μειονέκτημα αυτό απουσιάζει από τα άλλα δύο μόρια, τους αναστολείς των Χα υποδοχέων rivaroxaban και apixaban, γεγονός που σε συνδυασμό με το διαφορετικό μηχανισμό δράσης τους, κάνει ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα την αναμονή των αποτελεσμάτων των δικών τους μεγάλων μελετών.

Στην μελέτη EINSTEIN-DVT σε 3.449 ασθενείς, φάνηκε ότι το rivaroxaban δεν είναι κατώτερο (non-inferiority study) της συμβατικής φαρμακευτικής αγωγής, στη θεραπεία της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, ακολουθούμενη από κουμαρινικά. Η δόση του rivaroxaban ήταν 15mg δύο φορές ημερησίως για τις πρώτες 3 εβδομάδες, ακολουθούμενη από 20mg μία φορά την ημέρα. Επίσης, στη μελέτη ROCKET-AF σε 14.000 ασθενείς, που παρουσιάσθηκε στο Συνέδριο της AHA στις 15/11/10, το rivaroxaban συγκρίνεται με τα κουμαρινικά σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή στην πρόληψη των ΑΕΕ. Το diabigatran θα κυκλοφορήσει προσεχώς από την Boehringer ως Pradaxa.

Η αντιπηκτική αγωγή με την, από του στόματος, χορήγηση κουμαρινικών αποτελεί από δεκαετίες τώρα το θεμέλιο λίθο της πρόληψης των καρδιαγγειακών συμβάντων και μάλιστα των εγκεφαλικών σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή.

Η μελέτη RELY, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάσθηκαν στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο της Βαρκελώνης

το 2009 αποτελεί ένα σταθμό. Είναι η πρώτη φορά, που μια μεγάλη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία αποδεικνύει ότι μια διαφορετική θεραπευτική αγωγή είναι τουλάχιστον ισοδύναμη με τα κουμαρινικά στην πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών και λοιπών συστηματικών εμβολικών επεισοδίων, με παραπλήσια ασφάλεια. Πολλοί μάλιστα έσπευσαν να προαναγγείλουν ότι έφθασε το τέλος των κουμαρινικών.

Είναι γεγονός ότι τα κουμαρινικά έχουν πολλά και σοβαρά μειονεκτήματα. Παρουσιάζουν πλήθος διασταυρούμενων αλληλεπιδράσεων με άλλα ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα (διγοξίνη, διλτιαζέμη, αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη κ.ά.). Η αποτελεσματικότητα τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διατροφή. Η δίαιτα και οι νηστείες ακόμα και η μεταβολή του σωματικού βάρους μπορεί να οδηγήσουν σε απορρύθμιση της θεραπευτικής τους δράσης. Επιπλέον, το αποτέλεσμα της δράσης τους πρέπει να παρακολουθείται με τακτικούς ελέγχους του χρόνου προθρομβίνης και του INR. Παρόλα αυτά τα μειονεκτήματα, τα κουμαρινικά έμεναν σταθερά στο θρόνο τους. Ο θρόνος αυτός θεμελιώθηκε με την εμπειρία πολλών ετών επάνω στα δεδομένα πλήθους μελετών.

Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι πρόωρο και βεβιασμένο να εγκαταλειφθούν τα κουμαρινικά. Τα νέα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα έχουν αποδείξει ισχυρή δράση και μεγάλη αποτελεσματικότητα. Όμως λείπουν δεδομένα για τη συμπεριφορά τους σε πλήθος κλινικών καταστάσεων και δεν αναμένονται σε σύντομο χρονικό διάστημα, όπως σε ασθενείς με βαλβιδικής αιτιολογίας κολπική μαρμαρυγή, υποτροπιάζοντα κρυπτογενή αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και νέοι ασθενείς. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, αλλά και σε άλλες, μέχρι να προκύψουν πειστικά κλινικά δεδομένα από τα νεώτερα και πολλά υποσχόμενα αντιθρομβωτικά φάρμακα, θα στηριζόμαστε στα κουμαρινικά.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι νέοι αντιθρομβωτικοί παράγοντες έδειξαν τα εκπληκτικά τους αποτελέσματα σε τομείς της κυρίως καρδιολογίας. Αναμένονται με εύλογη προσδοκία, τα αποτελέσματά τους σε τομείς των αγγειοπαθειών και μάλιστα σε σχέση με τη χειρουργική του θεραπεία, όπως π.χ. η προφύλαξη από ΑΕΕ σε πάσχοντες από βαρειά ενδο- ή εξωκρανιακή αθηροσκλήρωση, η επίδραση στη βατότητα περιφερικών αρτηριακών προσθέσεων ή stents. Ένα από τα μειονεκτήματα των νέων αντιθρομβωτικών ουσιών είναι ότι στερούνται ανταγωνιστού. Μέχρις ότου προκύψουν νέα δεδομένα για τα νέα αντιθρομβωτικά φάρμακα, ο συνδυασμός ηπαρίνης-πρωταμίνης θα παραμείνει το πιο αξιόπιστο αντιπηκτικό στη χειρουργική και την επεμβατική πράξη.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Καθηγητής Μ. Ν. Σέχας
Ερυθρού Σταυρού 4, Νοσοκομείο Υγεία
Μαρούσι 15123, Αθήνα
E-mail: mnsechas@yahoo.gr

ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. New Antithrombotic Drugs, CHEST 2008; 133:2345-2568.
2. Pharmacology of emerging novel platelet Inhibitors. Am Heart J Ang 2008; doi106 (jah) 2008 06004.
3. Wiviott SD, Brunwald E, McCale CH et al. Prasugrel Versus clopidogel in patients with acute coronary Syntromes. N. Engel J Med 2007 Nov 15; 357(20)2001-15.
4. Antman EM, Wiviott SD, Murphy SA et al. Early and late benefits of prasugrel in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention: a TRITON-TIMI 38 analysis. J Am coll Cardiol 2008 May 27; 51(21)2028-33.
5. Wallen L, Becker RC, Budahj A et al. Ticangrelor versus clopidogel in patients with acute coronary syndromes. N Engel J Med 2009; http/www.nejm.org.
6. Schoming A. Ticangrelor-is there need for a new player in the antiplatelet- therapy field? N. Engel J Med 2009; http/www. nejm.org.
7. Connolly SJ et al. Dabigatran versus Warfain in patients with atrial fibrillation. N. Engel J Med 2009; 361:1139-1151.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (165-168)

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ψευδοανεύρυσμα κοιλιακής αορτής μετά από καρδιακό καθετηριασμό

Σ. Γιαννακάκης, Αν. Ψύλλας, Δ. Σίσκος, Γ. Βουλαλάς, Σ. Γούλας, Σ. Μακρής, Γ. Παπαχαραλάμπους, Χρ. Μαλτέζος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιάς πολύ σπάνιας περίπτωσης ψευδοανευρύσματος του υπονεφρικού τμήματος της κοιλιακής αορτής ,το οποίο αναπτύχθηκε μετά από στεφανιογραφία. Αναζήτηση στη βιβλιογραφία δεν οδήγησε στην ανεύρεση παρόμοιας περίπτωσης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ηλικίας 76 ετών προσήλθε στην Αγγειοχειρουργική Κλινική για αντιμετώπιση διαγνωσμένου με CT κοιλίας ανευρύσματος του άπω ημιμορίου της υπονεφρικής κοιλιακής αορτής, το οποίο απεικονιστικά έφερε τους χαρακτήρες ψευδούς ανευρύσματος. Η διάμετρός του ήταν 5,3 εκ. Από το ιστορικό αναφέρεται στεφανιογραφία προ 2 ετών με αρνητικό για ανεύρυσμα υπερηχογράφημα κοιλίας κατά την ίδια χρονική περίοδο. Ο ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε αντιμετώπιση με την ενδαγγειακή μέθοδο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής είχε ανεπίπλεκτη μετεγχειριτική πορεία. Την 3η μτχ. ημέρα έλαβε εξιτήριο σε καλή κατάσταση. Στο follow up 6 μηνών μετεγχειρητικά (1ου και 6ου μηνός) δεν παρατηρείται ενδοδιαφυγή ή άλλη επιπλοκή και ο σάκκος είναι σφραγισμένος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο καρδιακός καθετηριασμός εκτός από τις συνήθεις του επιπλοκές από τα στεφανιαία αγγεία, τη λειτουργία της καρδιάς και από τις αρτηρίες εισόδου σπάνια μπορεί να συνοδευθεί από τη δημιουργία ψευδούς ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Όταν είναι δυνατή η ενδοαυλική αντιμετώπιση, αυτή πρέπει να προτιμάται εφόσον οι ασθενείς αυτοί συχνά παρουσιάζουν υψηλό περιεγχειρητικό κίνδυνο.

Λέξεις κλειδιά: *Ψευδοανεύρυσμα, κοιλιακή αορτή, καρδιακός καθετηριασμός, στεφανιογραφία.*

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη μιας σπάνιας επιπλοκής που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει στη διαφορική του διάγνωση ο αγγειοχειρουργός, ειδικά σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σχετικά πρόφατα σε στεφανιογραφικό έλεγχο.

Αγγειοχειρουργική Κλινική
Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

Εικόνα 1. *Προεγχειρητική CTA.*

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για άνδρα 76 ετών που προσήλθε για προγραμματισμένη αντιμετώπιση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής.

Σε απεικονιστικό έλεγχο με CT αγγειογραφία παρατηρείται σακοειδές ανεύρυσμα του άπω ημιμορίου του υπονεφρικού τμήματος της κοιλιακής αορτής με διαστάσεις 5,2 Χ 5,3 εκ., προσθιοπίσθια και εγκάρσια διάμετρο, αντίστοιχα.

Από το ιστορικό αναφέρεται κάπνισμα με διακοπή προ 30 ετών, υπέρταση υπό αγωγή και κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή. Ο ασθενής πάσχει επίσης από στεφανιαία νόσο, χειρουργηθείσα προ 16 ετών (bypass δύο αγγείων) και προ 2ετίας υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο καρδιολογικός έλεγχος που ακολούθησε περιέλαβε και στεφανιογραφία κατά την οποία αναδείχθηκε απόφραξη του ενός από τα δύο φλεβικά μοσχεύματα. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας την ίδια χρονική περίοδο, δεν ανευρέθηκε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής ενώ δεν αναφέρεται κάκωση κοιλιακής χώρας ή οσφύος.

Επιπρόσθετα από το ιστορικό αναφέρεται πλαστική βουβωνοκήλης προ 5ετίας και τέλος αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού προ ενός έτους. Κατά τη νοσηλεία που απαιτήθηκε ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικό έλεγχο όπου και ανακαλύφθηκαν αιμορραγούντες πολύποδες παχέος εντέρου, οι οποίοι αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά ενώ ο ασθενής ελέγθηκε και με CT κοιλίας στην οποία απεικονίσθηκε για πρώτη φορά ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής διαμέτρου 4,7 εκ. και συνεστήθη συντηρητική αγωγή και 6μηνη παρακολούθηση. Στο πρώτο υπερηχογραφικό έλεγχο η διάμετρος ήταν 4,9 εκ. και στο δεύτερο 5,3 εκ. ενώ οι χαρακτήρες του ανευρύσματος ήταν αυτοί του ψευδούς, τόσο στο υπερηχογράφημα όσο και στη CT αγγειογραφία.

Συγκεκριμένα οι παρατηρήσεις που συνηγορούν στην απεικονιστική διάγνωση του ψευδοανευρύσματος ήταν (Εικόνα 1):

- σακοειδής διαμόρφωση
- εντοπισμένο ασυνήθιστα σε μικρό μήκος και άμεσα προ του αορτικού διχασμού
- επεκτεινόμενο μόνο επί του δεξιού πλαγίου του τοιχώματος
- διατήρηση του αθηρωματικού αορτικού δακτυλίου στον αληθή αυλό
- και τέλος δεν υπήρχε σαφής δομή αορτικού τοιχώματος στο τοίχωμα του ανευρύσματος.

Λόγω του αυξημένου καρδιολογικού κινδύνου, της ηλικίας του ασθενούς και της σαφούς πλήρωσης των ανατομικών ενδείξεων αποφασίσθηκε αντιμετώπιση του ανευρύσματος με την ενδοαυλική μέθοδο (EVAR). Λόγω της πολύ μικρής διαμέτρου του αληθούς αορτικού αυλού (14mm) και της άμεσης γειτνίασης του με τον αορτικό διχασμό δεν ήταν δυνατή η τοποθέτηση αορτολαγόνιας διχαλωτής ενδοπρόθεσης (απαιτείται min. διάμετρος 18 mm) και συνεπώς επιλέχθηκε η τοποθέτηση αορτομονολαγόνιου μοσχεύματος δεξιά τύπου «Medtronic Endurant» (Εικόνα 2) με αποκλεισμό της αριστερής κοινής λαγονίου με «occluder» (Εικόνα 3). Τέλος, διενεργήθηκε και μηρομηριαία παράκαμψη με μόσχευμα PTFE 8mm από τη δεξιά προς την αριστερή μηριαία αρτηρία.

Ο ασθενής άμεσα μετεγχειρητικά είχε ψηλαφητές τις περιφερικές αρτηρίες σε όλες τις προσιτές θέσεις. Η μτχ. πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την 3η μετεγχειρητική ημέρα με πλήρη αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά λόγω γνωστής κολπικής μαρμαρυγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής δεν παρουσίασε μετεγχειρητικά πυρετό, ενώ υποβλήθηκε σε έλεγχο με CT αγγειογραφία ένα μήνα μετά την επέμβαση και απεικονίσθηκε επιτυχής αποκλεισμός του ψευδοανευρύσματος, απουσία ενδοδιαφυγής και καλή βατότητα του cross over bypass (Εικόνα 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Βιβλιογραφικά, η επιπλοκή της δημιουργίας ενός ψευδοανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά καρδιακό καθετηριασμό είναι εξαιρετικά σπάνια. Ο πιθανός μηχανισμός δημιουργίας είναι η είσοδος κάποιου σύρματος

Εικόνα 2. *Διεγχειρητική εικόνα C-Arm από την τοποθέτηση της αορτομονολαγόνιας πρόθεσης ΔΕ.*

Εικόνα 3. *Διεγχειρητική εικόνα C-Arm από την τοποθέτηση του "occlude" στην αριστερή κοινή λαγόνια αρτηρία.*

καθετηριασμού εντός των στιβάδων του αθηρωματικού αορτικού τοιχώματος με επακόλουθο τη δημιουργία τοιχωματικού αιματώματος. Αυτό με το γνωστό μηχανισμό της τοπικής στροβιλώδους ροής του αίματος μεταπίπτει παθολογοανατομικά σε ένα ψευδές ανεύρυσμα με σαθρό τοίχωμα χωρίς αληθείς χιτώνες με μεγαλύτερο κίνδυνο ρήξης από ένα αντίστοιχο αληθές. Λόγω του ότι η προηγηθείσα στεφανιογραφία σε ασθενή με έντονη αορτική αθηρωμάτωση παραπέμπει σε ασθενή συνήθως υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να προτιμάται η ενδοαυλική αντιμετώπιση ανάλογα βέβαια και με την πλήρωση των ανατομικών κριτηρίων τοποθέτησης.

Συμπερασματικά, ο αγγειοχειρουργός που συχνά εργάζεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον με αιμοδυναμικό εργαστήριο με μεγάλο όγκο ασθενών, καλό θα είναι να έχει στη διαφορική του διάγνωση και την κλινική οντότητα του ψευδοανευρύσματος της κοιλιακής αορτής που συνιστά επιπλοκή μετά καρδιακό καθετηριασμό.

Εικόνα 4. *Εικόνα CTA, 1 μήνα μετεγχειρητικά.*

ABSTRACT

Interesting case of treatment of false aneurysm of the abdominal aorta after coronary arteriography

Giannakakis S, Psyllas A, Siskos D, Voulalas G, Goulas S, Makris S, Papacharalampous G, Maltezos CH

Vascular Surgery Clinic, KAT Hospital, Athens, Greece

AIM: The presentation of a very rare case of pseudoaneurysm of the infrarenal part of the abdominal aorta which developed after coronary arteriography. Search of the bibliography failed to reveal any similar case.

MATERIALS-METHODS: A 76 year old male patient was referred to the Vascular Surgery clinic for treatment of a diagnosed, by abdominal CT, aneurysm of the distal half of the infrarenal abdominal aorta, which conveyed imagining characteristics of a false aneurysm. Its maxi-

mum diameter was 5.3cm. According to his medical history the patient underwent coronary arteriography 2 years ago and at the time his abdominal U/S examination was negative for aneurysm. The patient was treated successfully with EVAR.

RESULTS: Postoperative course was uneventful and the patient was discharged on the 3rd postoperative day. During the 1st follow up with CT angiography the aneurysmal sac was totally excluded and there were no signs of endoleaks of any type, nor any other complication.

CONCLUSION: Catheterization for coronary arteriography, besides its usual complication related to coronary vessels, heart function and the access site, can rarely be related to the development of false aneurysm of the abdominal aorta. When endovascular treatment is feasible, it should be preferred since these patients are often characterized as high perioperative risk patients.

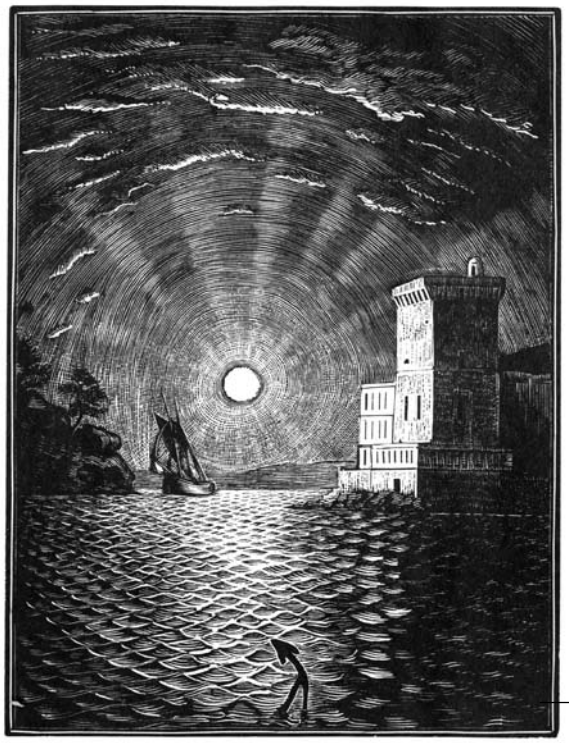
Key words: *abdominal pseudoaneurysm, coronary artery cathetirization.*

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Δρ. Σωτήρης Γιαννακάκης
Αγγειοχειρουργός
Επιμελητής Β, Αγγειοχ. Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
Τηλ.: 2106280243, 6932768668
E-mail: sotirisgiannakakis@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brinster DR, McKee DM, Olsen DM, Berman SS, Rodriguez-Lopez JA. Endovascular treatment of a thoracic aortic pseudoaneurysm after previous repair. Ann Thorac Surg 2006 Jul; 82 (1):308-10
2. Bole PV, Cortes LE, Munda RT, Devanesan J, Purdy RT. Repair of a false aneurysm of the abdominal aorta. J Trauma 1975 Mar; 15 (3):255-9.
3. Mitchell JH, Dougherty KG, Strickman NE, Mortazani A, Krajcer Z. Endovascular repair of paraanastomotic aneurysms after aortic reconstruction.Tex Heart Inst J 2007; 34(2):148-53.



ΓΑΛΑΝΗΣ ΔΗΜ.
(1879-1966)
«Δειλινό», 1943,
19,4x14,5 εκ.,
ΞΥΛΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (169-173)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Ασυμπτωματική νόσος των καρωτίδων: Πως προχωράμε παρακάτω;

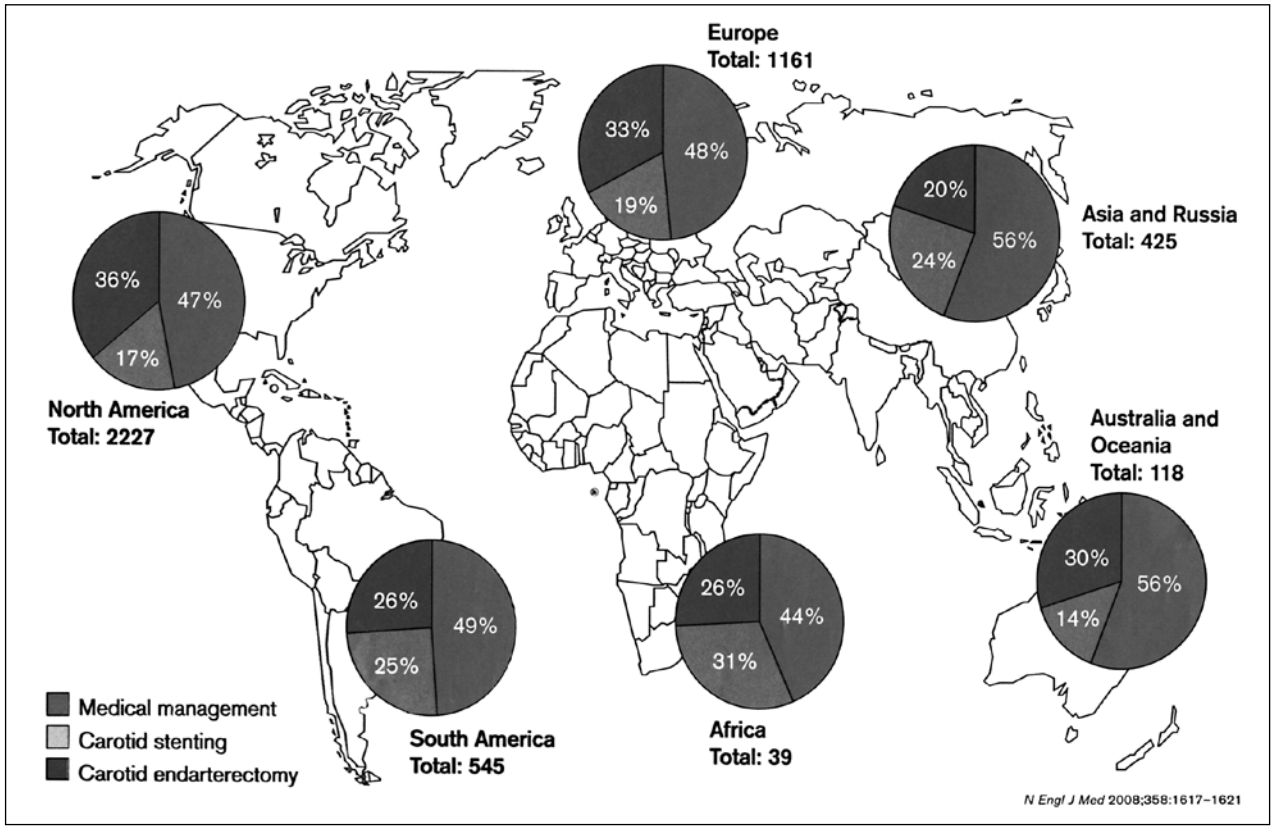
Vascular News International 2010 Jan; 45:4-6

Το ερώτημα σχετικά με το πως αντιμετωπίζεται η ασυμπτωματική στένωση των καρωτίδων κατείχε σημαντική θέση στο συμπόσιο VEITH, στη Νέα Υόρκη των ΗΠΑ, το Νοέμβριο του 2009. Ενώ για ακόμη μια φορά η έρευνα CREST (ενδαρτηρεκτομή επαναγγείωσης καρωτίδων έναντι κλινικής δοκιμής stent / Carotid revascularization endarterectomy vs. Stenting trial) παρουσίασε μόνο τις αρχικές πληροφορίες και ανέβαλε την παρουσίαση των πολυαναμενόμενων τελικών αποτελεσμάτων, μία μελέτη ανέδειξε μεγάλη βελτίωση με εντατική φαρμακευτική θεραπεία στην οποία περιλαμβάνονται και οι στατίνες. Ο Thomas Brott είπε στους εκπροσώπους ότι θα πρέπει η παρεμβατική θεραπεία στις καρωτίδες και η βέλτιστη φαρμακευτική θεραπεία να συγκριθούν εκ νέου. Επιπρόσθετα, συζητήθηκε ο ρόλος των προστατευτικών συσκευών για τα stent, σχετικά με τον οποίο δεν υπάρχουν ακόμη εκτεταμένες πληροφορίες.

«Τουλάχιστον το 95% των ασθενών με ασυμπτωματική στένωση των καρωτίδων θα πρέπει να θεραπεύονται μόνο φαρμακευτικά» είπε ο J. David Spence, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Western Ontario και διευθυντής στο Κέντρο Πρόληψης Εγκεφαλικών και Έρευνας για την Αθηροσκλήρωση, στο Robarts Research Institute, στο Λονδίνο του Καναδά. Παρουσίασε τα αξιοσημείωτα αποτελέσματα της έρευνάς του, τα οποία αξιολογούσαν την επίδραση της περισσότερο εντατικής φαρμακευτικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου του βέλτιστου ελέγχου της αρτηριακής πιέσεως και της εντατικής μείωσης των λιπιδίων στον αριθμό μικροεμβολών με διακρανιακά Doppler και καρδιαγγειακών συμβάντων σε ασθενείς με ασυμπτωματική νόσο των καρωτίδων.

Η μελέτη συνέκρινε το ποσοστό των ασυμπτωματικών ασθενών που εμφάνιζαν μικροεμβολές στα διακρανιακά Doppler, καρδιαγγειακά συμβάντα και υποβάλλονταν σε φαρμακευτική θεραπεία, πριν και μετά το 2003.

Μεταξύ 468 ασυμπτωματικών ασθενών, οι 199 είχαν εγγραφεί μεταξύ 1 Ιανουαρίου 2000 και 31 Δεκεμβρίου 2002 και οι υπόλοιποι 269 μεταξύ 1 Ιανουαρίου 2003 και 30 Ιουλίου 2007. Οι μικροεμβολές ήταν παρούσες στο 12,6% των ασθενών της ομάδας πριν το 2003 και στο 3,7% των ασθενών της ομάδας μετά από το 2003. Η μείωση στις μικροεμβολές συνέπιπτε με καλύτερο έλεγχο των λιπιδίων του πλάσματος και με πιο αργή πρόοδο της ολικής έκτασης της καρωτιδικής πλάκας.



Σχήμα 1. *Ποσοστό των συμμετεχόντων που επιλέγουν κάθε θεραπευτική επιλογή για τη διαχείριση της καρωτιδικής στένωσης.*

Από το 2003 και έπειτα, υπήρχαν σημαντικά λιγότερα καρδιαγγειακά συμβάντα στους ασθενείς με ασυμπτωματική στένωση των καρωτίδων: το 17,6% εμφάνισε εγκεφαλικό επεισόδιο, θάνατο, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή για συμπτώματα πριν το 2003 έναντι 5,6% από το 2003 και έπειτα. Ο ρυθμός της επέκτασης της καρωτιδικής πλάκας τον πρώτο χρόνο της παρακολούθησης επίσης μειώθηκε.

«Τα καρδιαγγειακά συμβάντα και οι μικροεμβολές στο διακρανιακό Doppler μειώθηκαν σημαντικά με περισσότερο εντατική φαρμακευτική θεραπεία» είπε ο Spence. «Η αγωγή εκλογής για τις ασυμπτωματικές καρωτιδικές στενώσεις θα πρέπει να είναι εντατική φαρμακευτική αγωγή. Λιγότερο από 5% των ασυμπτωματικών ασθενών μπορούν να ωφεληθούν από την επαναγγείωση. Μόνο για όσους εμφανίζουν μικροεμβολές στο διακρανιακό Doppler θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο ενδαρτηρεκτομής ή χρήσης stent» κατέληξε ο Spence.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

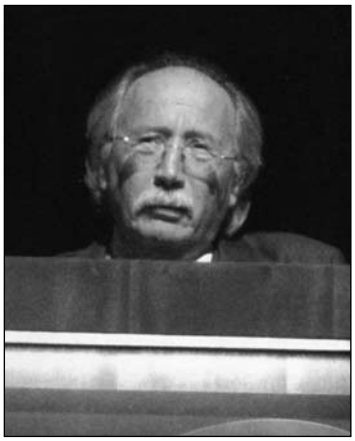
Τρεις σημαντικές ερωτήσεις σχετικά με το πώς θεραπεύονται οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με καρωτιδική στένωση διατυπώθηκαν από τον Thomas G Brott, νευρολόγο, διευθυντή έρευνας της Mayo Clinic στο Jacksonville των USA. Στην παρουσίαση που ονομαζόταν «Πως προχωράμε παρακάτω στις τυχαιοποιημένες δοκιμές σχετικά με τα stents στην καρωτιδική αρτηρία έναντι της καρωτιδικής ενδαρτηρεκτομής;» ο Brott κλήθηκε να απαντήσει αν το πεδίο χρειάζεται περισσότερες κλινικές δοκιμές με ασυμπτωματικούς ασθενείς, καλύτερη επιλογή των ασθενών και περισσότερες έρευνες με βελτιωμένα stents.

Ο Brott άρχισε την παρουσίαση λέγοντας στους συνέδρους ότι χρειαζόμαστε περισσότερες έρευνες σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή.

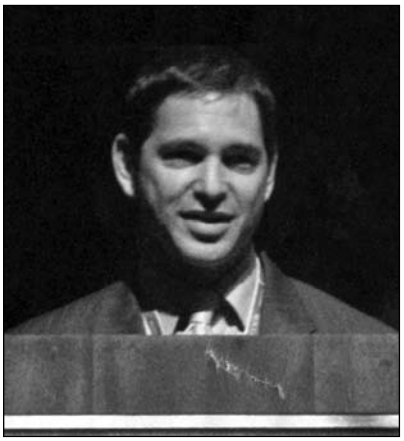
«Χρειαζόμαστε πληροφορίες σχετικά με ασυμπτωματικούς ασθενείς. Εν μέρει εξαιτίας του αριθμού των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο. Υπήρξε μία μείωση τα τελευταία χρόνια, αλλά ακόμη πραγματοποιούνται πάνω από 120.000 επεμβάσεις καρωτίδων κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες και οι περισσότερες από αυτές γίνονται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς» είπε.

«Περισσότερες πληροφορίες χρειάζονται επίσης», είπε

Εικόνα 1. *Wesley Moore.*



Εικόνα 2. *Giancarlo Biamino.*



Εικόνα 3. *John Rundback.*

ο Brott, «καθώς πολλοί ιατροί αναρωτούνται ακόμη τι πρέπει να κάνουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών». Εξήγησε μέσω του παραδείγματος ενός μη καπνιστή με στένωση 70-80% και ακανόνιστη πλάκα και 20% στένωση στην αριστερή έσω καρωτιδική αρτηρία. «Ποια είναι η άποψή σας;» ρώτησε. Υπενθύμισε στους συνέδρους την παγκόσμια έρευνα «Διαχείριση της καρωτιδικής στένωσης» (N Engl J Med 2008;358:1617-1621) η οποία ανέδειξε ότι η βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή προτιμάται από οποιαδήποτε παρέμβαση σε όλες τις ηπείρους. «Πολλοί από τους συνεργάτες μου προτιμούν τη φαρμακευτική αγωγή έναντι των stent ή του χειρουργείου» είπε.

Ο Brott δήλωσε ότι όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, ο ετήσιος κίνδυνος εγκεφαλικού που ανέρχεται στο 2% και ο οποίος οδήγησε στη διαφορά μεταξύ χειρουργικής και φαρμακευτικής αντιμετώπισης στις έρευνες ACAS (Asymptomatic carotid atherosclirosis study) και ACST (Asymptomatic carotid surgery trial) είναι πιθανόν πολύ υψηλός σήμερα και θα μπορούσε να συνδέεται με τη μείωση στις καρωτιδικές επεμβάσεις που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια.

Ανέφερε μία ποικιλία βελτιώσεων στη φαρμακευτική θεραπεία με στατίνες, οι οποίες οδηγούν σε μείωση των ποσοστών εγκεφαλικών και μυοκαρδιακών εμφραγμάτων, σε μειωμένη σοβαρότητα των εγκεφαλικών και έχουν επίδραση στα τελικά αποτελέσματα. Σε αυτές τις βελτιώσεις ο Brott επίσης περιέλαβε νέα αντιυπερτασικά φάρμακα -περισσότερο αποτελεσματικά ή καλύτερα ανεκτά (με την προοπτική καλύτερης συμμόρφωσης)- νέα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, προοπτικές για φαρμακογονιδιωματικά καθοδηγούμενες επιλογές, καλύτερες θεραπείες και έλεγχο της γλυκόζης για διαβήτη και συνεχιζόμενη μείωση στο κάπνισμα τσιγάρων. «Στην Ευρώπη το κάπνισμα τσιγάρων έχει μειωθεί κατά 30% και συνεχίζει ακόμη να μειώνεται» είπε. «Το φαρμακευτικό κομμάτι έχει κάνει μεγάλη πρόοδο. Έχει έρθει η ώρα να γίνει εκ νέου η σύγκριση μεταξύ της παρέμβασης στις καρωτίδες και της καλύτερης φαρμακευτικής θεραπείας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς».

Χρειαζόμαστε περισσότερες κλινικές μελέτες με καλύτερη επιλογή ασθενών; Μολονότι ο Brott διατείνεται ότι «ναι, χρειαζόμαστε», προσέθεσε ένα «αλλά». «Οι εισαγωγικές πληροφορίες των κλινικών δοκιμών SPACE και CREST δείχνουν σχετικά μεγαλύτερο κίνδυνο μετά τα stent για όσους έχουν ηλικία άνω των 75 ετών. Πιθανόν άνω του 25% των ασθενών στη μελέτη CREST είναι μεγαλύτεροι των 75 ετών. Πως γίνεται η επιλογή τους; Πιστεύουμε ότι οι μελέτες έχουν δείξει ότι η σοβαρή ελίκωση και η βαριά απασβέστωση είναι παράγοντες κινδύνου. Πιθανώς δίνοντας έμφαση στις μεταβλητές των ηλικιωμένων ασθενών, θα δούμε ότι υπάρχει μία σύγχυση στα καταληκτικά σημεία προκαλούμενη από εγκεφαλικά από άλλες αιτίες, πιθανώς έμφρακτα των μικρών αγγείων, και μειωμένη παρακολούθηση. Οι γηραιότεροι ασθενείς αναπτύσσουν ή έχουν ήδη αναπτύξει αυξημένη νοσηρότητα. Και ανακαλύψαμε στη μελέτη CREST ότι είναι μια πραγματική πρόκληση η παρακολούθηση των γηραιότερων ασθενών, καθώς ο σύντροφος τους γίνεται ανάπηρος ή πεθαίνει, η μετακίνηση εξελίσσεται σε πρόβλημα και οι επιδράσεις άλλων ασθενειών έχουν τις επιπτώσεις τους» είπε ο Brott.

Χρειαζόμαστε περισσότερες μελέτες με καλύτερη τεχνολογία στα stent (αντιστροφή ροής και καλύτερα συστήματα των stents); «Όχι, τουλάχιστον όχι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές» είπε ο Brott στους αντιπροσώπους. «Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές δεν είναι η απάντηση σε όλα, η αριθμητική είναι περιοριστική. Σε όλες τις κλινικές δοκιμές, το

μέγεθος του δείγματος αυξάνεται, όσο το μέγεθος του αποτελέσματος μειώνεται. Έχουμε ήδη καλά αποτελέσματα από την καλή τεχνολογία. Το να αποδείξουμε τα αποτελέσματα της καλύτερης τεχνολογίας θα απαιτούσε πάνω από 2.500 ασθενείς».

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΗΣ CREST

Ο Wesley Moore, καθηγητής και επίτιμος επικεφαλής στο τμήμα Αγγειακής Χειρουργικής, στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια στο Λος Άντζελες, έκανε μια ανασκόπηση στα αποτελέσματα της CREST, η οποία είναι η μεγαλύτερη κλινική δοκιμή μέχρι σήμερα που έχει τυχαιοποιήσει τους ασθενείς προοπτικά σε είτε προστατευμένα stent/αγγειοπλαστικές είτε καρωτιδικές ενδαρτηρεκτομές. Αυτή η κλινική δοκιμή έχει πολλά μοναδικά χαρακτηριστικά, τα οποία ο Moore πιστεύει ότι την κάνουν ανώτερη σε σχέση με αυτές που έγιναν στο παρελθόν. Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της είναι ότι το άτομο που πραγματοποιεί την επέμβαση θα πρέπει να έχει εγκριθεί από μία επιτροπή, πριν προχωρήσει στην τοποθέτηση του καρωτιδικού stent. Αυτό γίνεται για να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς περιθάλπτονται από γιατρούς με κατάλληλο υπόβαθρο και εμπειρία. Έτσι, σε αντίθεση με άλλες κλινικές δοκιμές, οι γιατροί που πραγματοποιούν την παρέμβαση θα πρέπει να έχουν επιλεχθεί προσεκτικά και θα πρέπει να θεωρούνται κορυφαίοι στα stents της καρωτιδικής αρτηρίας.

Αυτό επιτρέπει στην CREST να συγκρίνει το αποτέλεσμα των πιο ταλαντούχων στον τομέα των παρεμβάσεων με stent με αυτά της σύγχρονης καρωτιδικής ενδαρτηρεκτομής.

Καθώς ο τελευταίος ασθενής τυχαιοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2008, ο Moore σκόπευε να αναφέρει δεδομένα ενός έτους, αλλά εξαιτίας διοικητικών καθυστερήσεων, τα αποτελέσματα ακόμη αναλύονταν και θα δημοσιευόντουσαν το Μάρτιο του 2010. Ο Moore ανέφερε ότι τα ποσοστά θανάτων, εγκεφαλικών και μυοκαρδιακών εμφραγμάτων αυξάνεται στατιστικά με την ηλικία και τις αιμορραγικές επιπλοκές.

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΕΤΟΙΜΕΣ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ

«Εγγύς προστατευτικές συσκευές και υβριδικά stents είναι έτοιμα για χρήση στην καθημερινή πράξη» είπε ο Giancarlo Biamino στους αντιπροσώπους στην παρουσίαση «Stents στην καρωτιδική αρτηρία με εγγύς προστασία (παύση/αναστροφή ροής) και υβριδικά (Cristallo) stents. Θα είναι αυτή μία καλύτερη και παγκοσμίως ασφαλής προσέγγιση;»

Σήμερα υπάρχουν δύο τέτοιες συσκευές διαθέσιμες: το σύστημα NeuroProtection (NPS, Gore) το οποίο απορρέει από το αντιεμβολικό σύστημα Parodi (PAES, ArteriA) και το σύστημα Mo.Ma (Invatec).

«Τα περισσότερα από τα κλινικά δεδομένα σχετικά με το σύστημα NeuroProtection εξασφαλίστηκαν με την πρώτη έκδοση, το PAES. Στην πρώτη σειρά 100 ασθενών, που αναφέρθηκε από τον Parodi το 2001, δεν παρατηρήθηκε κανένα εμβολικό εγκεφαλικό, αλλά μη ανοχή λόγω συσφικτικού αισθήματος παρατηρήθηκε στο 8%. Άλλες μικρές μη τυχαιοποιημένες μελέτες επιβεβαίωσαν την καταλληλότητα του PAES στην πρόληψη των εμβολικών επιπλοκών. Το 2005 ο Parodi έκανε μια αναφορά πάνω στους πρώτους 200 ασθενείς που θεραπεύτηκαν -σε αυτή τη σειρά, το ποσοστό τεχνικής επιτυχίας ήταν 98,5%, το ποσοστό εγκεφαλικών στις 30 μέρες και θανάτου ήταν 1,5% και η περιεγχειρητική μη ανοχή λόγω συσφικτικού αισθήματος παρατηρήθηκε σε 6 ασθενείς» είπε ο Biamino.

Η πρώτη κλινική εμπειρία σχετικά με το σύστημα Mo.Ma αναφέρθηκε από τους Diederich et al., οι οποίοι θεράπευσαν 42 ασθενείς (26,2% με συμπτωματική νόσο της καρωτιδικής αρτηρίας, με ένα συνολικό ποσοστό τεχνικής επιτυχίας στο 97,6%). Ο μέσος χρόνος σύσφιξης ήταν 10,6±6,5 λεπτά, η παροδική μη ανοχή λόγω συσφικτικού αισθήματος παρατηρήθηκε στο 12% των ασθενών και μακροσκοπικά υπολείμματα συλλέχθησαν στο 76,1% των περιπτώσεων. Δύο ασθενείς εμφάνισαν νευρολογικά ελλείματα που διήρκησαν 2 και 12 ώρες αντίστοιχα και άλλοι δύο ασθενείς (4,7%) εμφάνισαν ένα μικρό εγκεφαλικό.

Στην πολυκεντρική εγγραφή Priamus, 416 ασθενείς (63,4% με συμπτωματική νόσο της καρωτιδικής αρτηρίας) υποβλήθησαν σε τοποθέτηση stent στην καρωτιδική αρτηρία με τη συσκευή Mo.Ma. Τεχνική επιτυχία επετεύχθη στο 99% των ασθενών, Ο μέσος χρόνος σύσφιξης ήταν 4,91±1,1 λεπτά, η παροδική μη ανοχή λόγω συσφικτικού αισθήματος παρατηρήθηκε στο 5,76% των ασθενών ενώ μακροσκοπικά υπολείμματα συλλέχθησαν στο 60% περίπου των περιπτώσεων. Σε παρακολούθηση 30 ημερών, η συνολική επίπτωση των δυσμενών επιπτώσεων ήταν 4,56% με ένα ποσοστό 0,72% εκτεταμένων εγκεφαλικών και θανάτων.

Στην έρευνα EMPIRE (πολυκεντρική εγγραφή που εκτιμά τη νευρολογική προστασία κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης των stent στις καρωτίδες με ένα νέο σύστημα αναστροφής ροής), 245 ασθενείς πιλοτικά υπεβλήθησαν σε τοποθέτηση stent υπό νευρολογική προστασία που διεξήχθη με τη χρήση του συστήματος

ανάστροφης ροής Gore. Σημαντικά δυσμενή συμβάντα παρατηρήθηκαν στο 4,5% των ασθενών.

Στην πολυκεντρική εγγραφή Cristallo, ο στόχος ήταν να αξιολογηθεί η ασφάλεια και επίδοση του υβριδικώς σχεδιασμένου stent Cristallo Ideale (Invatec), ειδικά κατασκευασμένου για καρωτιδικές ενδείξεις. Μεταξύ Οκτωβρίου 2006 και Μαρτίου 2007, 124 ασθενείς που ήταν υποψήφιοι για καρωτιδική επαναγγείωση υπεβλήθησαν σε εμφύτευση Cristallo Ideale σε 4 μέρη στην Ιταλία και τη Γερμανία. Δεν υπήρχαν σημαντικά δυσμενή νευρολογικά συμβάντα σε παρακολούθηση διαρκείας 30 ημερών.

«Επιστημονικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η τοποθέτηση stent στην καρωτιδική αρτηρία, αν πραγματοποιηθεί με επαρκείς τεχνικές και από εκπαιδευμένους ιατρούς, είναι μία ασφαλής, αποτελεσματική και ανθεκτική θεραπεία για την πρόληψη των εγκεφαλικών» είπε ο Biamino.

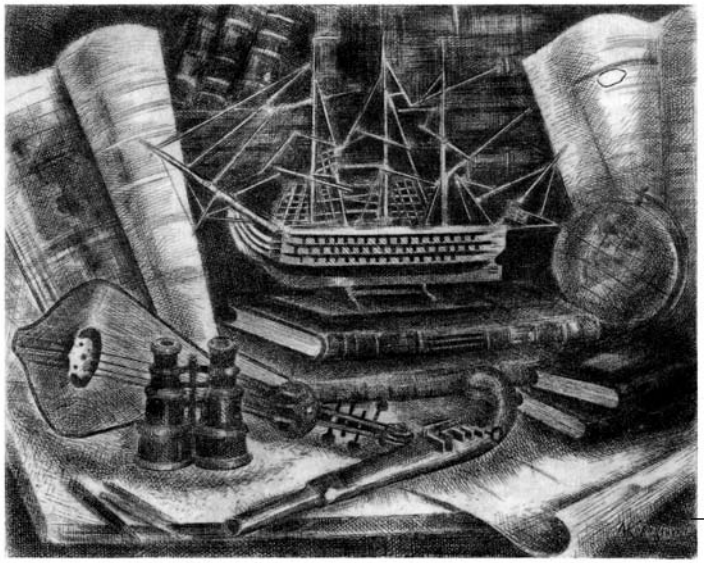
ΔΙΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟ (TACIT)

Η γνωστή και αναφερόμενη ως ACST κλινική δοκιμή περιελάμβανε ασυμπτωματικούς ασθενείς, αλλά αυτή η κλινική δοκιμή δεν έλεγχε την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής θεραπείας στην πρόληψη των εγκεφαλικών, είπε ο John H Rundback του Interventional Institute στο Holy Name Hospital (Teaneck, USA) και αναπληρωτής καθηγητής Ακτινολογίας στο Columbia University College of Physicians and Surgeons (Νέα Υόρκη). Ο Rundback στη συνέχεια εισήγαγε την TACIT (Transatlantic Asymptomatic Carotid Interventional Trial).

Η TACIT είναι μια μεγάλη κλινική δοκιμή με 3 κλάδους (ενδαρτηρεκτομή, τοποθέτηση stent και φαρμακευτική θεραπεία) και θα περιλάβει 3.700 ασθενείς. Τα πρώιμα καταληκτικά αποτελέσματα αφορούν την περιεπεμβατική θνησιμότητα, εγκεφαλικά όλων των ειδών μέσα σε 5 έτη και νευρογνωστικές λειτουργίες. «Παραμένει το ερώτημα σχετικά με τη χρηματοδότηση της έρευνας αυτής», είπε ο Rundback. «Γίνεται όλο και δυσκολότερο. Τα κεφάλαια των βιομηχανιών έχουν συρρικνωθεί και η βιομηχανία γενικά είναι επιφυλακτική στο να επενδύσει σε μια πρόσθετη κλινική δοκιμή σχετικά με τις καρωτίδες με τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών CREST/ACT1 να εκκρεμούν μέχρι το 2010».

Τελικά, ο Rundback πιστεύει ότι διακυβεύονται ηθικά, επιστημονικά και κοινωνικά θέματα, τα οποία απαιτούν φορείς χρηματοδότησης που θα πραγματοποιήσουν μια κλινική δοκιμή σχετικά με τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή.

Επιμέλεια μετάφρασης:
Πατούνη Κωνσταντίνα, Ιατρός



ΚΟΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ ΑΛΕΞ.
(1906-1966)
«Αντικείμενα», 1961,
11x13,4 εκ.,
ΕΓΧΡΩΜΗ ΧΑΛΚΟΓΡΑΦΙΑ

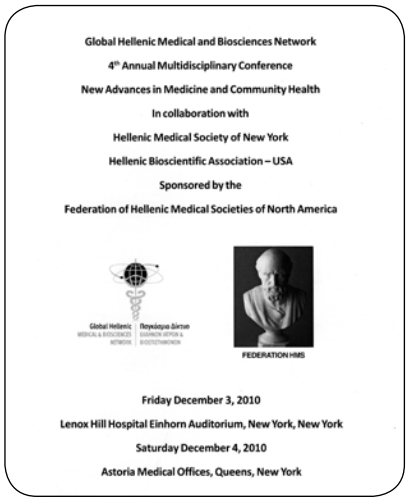
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (174-179)

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ

Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Ιατρικής και Βιοεπιστημών στη Νέα Υόρκη

Σπυρος Γ.Ε. Μεζιτης, MD, PhD
Πρόεδρος του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών
Πρόεδρος της Ομοσπονδίας των Ιατρικών Εταιρειών της Νέας Υόρκης

Το 4ο Ετήσιο Διεπιστημονικό Συνέδριο του Παγκόσμιου Ελληνικού Ιατρικού και Βιοεπιστημονικού Δικτύου πραγματοποιήθηκε στο Lenox Hill Hospital στη Νέα Υόρκη πρόσφατα και στέφθηκε με μεγάλη επιτυχία όσο αφορά στη δικτύωση των Ελλήνων Ιατρών και Βιοεπιστημόνων, προσφέροντάς τους συνεχή ιατρική εκπαίδευση.


Global Hellenic Medical and Biosciences Network
4th Annual Multidisciplinary Conference
New Advances in Medicine and Community Health
In collaboration with
Hellenic Medical Society of New York
Hellenic Bioscientific Association – USA
Sponsored by the
Federation of Hellenic Medical Societies of North America
FEDERATION HMS
Friday December 3, 2010
Lenox Hill Hospital Einhorn Auditorium, New York, New York
Saturday December 4, 2010
Astoria Medical Offices, Queens, New York

Η Ομοσπονδία Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών Βόρειας Αμερικής υποστήριξε και διοργάνωσε το Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Ιατρικής και Βιοεπιστημών στη Νέα Υόρκη.

Το 4ο Ετήσιο Διεπιστημονικό Συνέδριο του Παγκόσμιου Ελληνικού Ιατρικού και Βιοεπιστημονικού Δικτύου, το οποίο υποστηρίχτηκε από την Ομοσπονδία των Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών της Βόρειας Αμερικής, πραγματοποιήθηκε στο Lenox Hill Hospital στη Νέα Υόρκη πρόσφατα και στέφθηκε με μεγάλη επιτυχία όσο αφορά στη δικτύωση των Ελλήνων Ιατρών και Βιοεπιστημόνων, προσφέροντάς τους συνεχή ιατρική εκπαίδευση (8 AMA Category 1 CME credits από το νοσοκομείο St. Francis στο Roslyn, Νέα Υόρκη). Προώθησε την επικοινωνία με τους Έλληνες ιατρούς και βιοεπιστήμονες και έγινε πρότυπο οργάνωσης για τα υπόλοιπα Ελληνικά Δίκτυα Επαγγελματιών. Πάνω από 150 ιατροί και βιοεπιστήμονες εγγράφηκαν στο Συνέδριο για να μάθουν από τις 30, υψηλής ποιότητας, παρουσιάσεις και από τις εξαιρετικές συζητήσεις (στρογγυλά τραπέζια). Η παραχώρηση των συνεδριακών εγκαταστάσεων ήταν μία ευγενική χειρονομία του Νοσοκομείου Lenox Hill/Northshore/LIJ Healthcare System.

Τη δεύτερη ημέρα του Συνεδρίου, η Κοινότητα Προβολής και Προώθησης της

Υγείας της Αστόρια και η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία του Queens με επικεφαλή τον Δρ. Πάνο Μανωλά προσέφεραν νέες ευκαιρίες όσο αφορά στον έλεγχο των ασθενών με Διαβήτη από τον Δρ. Σπύρο Μεζίτη, των ασθενών με υπέρταση από τον Δρ. Ηλία Ηλιάδη και με γυναικολογικά προβλήματα από τη Δρ. Ντία Χριστοδουλίδου.

Το υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ εκπροσωπήθηκε από τη Σύμβουλο για Θέματα Υγείας του Υπουργείου, Δρ. Αικατερίνη Μάλλιου, η οποία έδωσε συγχαρητήρια στην Ομοσπονδία των Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών της Βόρειας Αμερικής και στο Παγκόσμιο Ελληνικό Ιατρικό και Βιοεπιστημονικό Δίκτυο για το θέμα του Συνεδρίου «Νέα Δεδομένα στην Ιατρική και Κοινότητα της Υγείας». Η Έλληνο-αμερικανική ηγεσία ήταν παρούσα στην Επίσημη τελετή έναρξης. Ο μακαριότατος Αρχιεπίσκοπος Αμερικής, Δημήτριος τόνισε την ξεχωριστή θέση που κατέχουν οι Έλληνες επιστήμονες στο σύγχρονο Ιατρικό στερέωμα και την άνοδο του Ελληνισμού με τη διεξαγωγή συνεδρίων τόσο υψηλής ποιότητας όσο και αξίας.

Ο πρόεδρος του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρών και Βιοεπιστημόνων και Πρόεδρος της Ομοσπονδίας των Ελληνικών Ιατρικών Εταιρειών Βορείου Αμερικής, Δρ. Σπύρος Μεζίτης αναφέρθηκε στην ιστορία και την αποστολή του Δικτύου. Η δικτύωση, η συνεχής ιατρική εκπαίδευση, η προβολή και η ενημέρωση της κοινότητας για θέματα υγείας, η αναβάθμιση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας στην Ελλάδα και την Κύπρο και η καθοδήγηση των ιατρών και των βιοεπιστημόνων από την Ελλάδα και την Κύπρο είναι προτεραιότητες των οργανώσεών μας, όπως τονίζεται και με τη Διακήρυξη της Κω το 2007. Τα προηγούμενα συνέδρια υποστηρίχθηκαν από τις κυβερνήσεις της Ελλάδος και της Κύπρου και έλαβαν χώρα στην Κω στην Ελλάδα το 2007, στην Πάφο της Κύπρου το 2008 και στο Λαγονήσι, κοντά στην Αθήνα το 2009 με πάνω από 300 συμμετέχοντες από 22 διαφορετικές χώρες. Το 4ο Παγκόσμιο Συνέδριο υποστηρίχθηκε αποκλειστικά από τη βιομηχανία της υγείας μέσω της Ομοσπονδίας των Ελληνικών Εταιρειών Ιατρικής της Βορείου Αμερικής, ενός κερδοσκοπικού οργανισμού που περιλαμβάνει της Ελληνικές Ιατρικές Εταιρείες της Νέας Υόρκης, της Φιλαδέλφεια, της Βοστόνης/ Νέα Αγγλία, του Σικάγο/ Ιλλινόι, της Νότιας Καλιφόρνια, του Μόντρεαλ/ Κεμπέκ και του Τορόντο και Οντάριο, και εκπροσωπεί τουλάχιστον 5 χιλιάδες ιατρούς.

Το Προξενείο της Ελλάδος στη Νέα Υόρκη με εκπρόσωπο την αξιότιμη κ. Αγνή Μπάλτα, εγκωμίασε την αφοσίωση του Παγκόσμιου Ελληνικού Δίκτυου Βιοεπιστημών για την προώθηση της ιατρικής συνεργασίας.

Το Προξενείο της Δημοκρατίας της Κύπρου με εκπρόσωπο την αξιότιμη κ. Κούλα Σογιανού, τόνισε τις άνευ όρων υπηρεσίες που προσφέρει το Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Ιατρικής και Βιοεπιστήμης, στις κοινότητες που δραστηριοποιείται και απέναντι στην ανθρωπότητα. Επίσης υπενθύμισε στο κοινό τα ανθρώπινα δικαιώματα των Κυπρίων, τα οποία ακόμα καταπατούνται από την Τουρκική κατοχή που ξεκίνησε το 1974.

Ο πρόεδρος του Έλληνο-Αμερικανικού Εθνικού Συμβουλίου και εκδότης της εφημερίδος "Hellenic Times of America" κ. Παύλος Κοτρότσιος, ευχαρίστησε την Ομοσπονδία για τη στήριξή της στο Εθνικό Συμβούλιο και την προσφορά της στην κοινωνία.

Η Γενική Γραμματέας του Παγκόσμιου Συμβουλίου της Ελληνικής Διασποράς (SAE), Γραμματέας του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών και Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής στη Αυστρία, κ. Όλγα Σαραντοπούλου, μίλησε στα ελληνικά και πρότεινε το Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Ιατρικής ως πρότυπο για τους υπόλοιπους διαφόρων επαγγελμάτων Ελληνικούς Οργανισμούς.

Ο Δρ. Σπύρος Μεζίτης διάβασε μία συγχαρητήρια επιστολή από τον συντονιστή της SAE στις ΗΠΑ κ. Θεόδωρο Σπυρόπουλο.

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Νέας Υόρκης, Δρ. Γεώργιος Τσιούλιας συνεχάρη τον Πρόεδρο Δρ. Μεζίτη Σπύρο για το κουράγιο, το όραμα και τη σκληρή δουλειά για να ολοκληρώσει ένα τόσο μεγάλο άθλο σχεδόν μόνος του.

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Φιλαδέλφειας, κ. Ηλίας Ηλιάδης τόνισε τη δέσμευσή του απέναντι στο Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Βιοεπιστημών και πως η ομοσπονδία αποτελεί τρανταχτό παράδειγμα της δύναμης της Ελληνο-Αμερικανικής Κοινότητας των Επαγγελματιών.

Ο επίτιμος Πρόεδρος του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών, Δρ. Γεώργιος Δάγκας, επαίνεσε τον Δρ. Μεζίτη Σπύρο για την ικανότητα στην προεδρία του Δικτύου και επεξήγησε την ανάπτυξη και τη σημαντική αποστολή του Δικτύου.

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Βιοεπιστημών στις ΗΠΑ, Δρ. Θωμάς Θομού, μίλησε για τη σημαντικότητα της ενότητας των Ελλήνων Βιοεπιστημόνων και προσέφερε σε βιοεπιστήμονες από την Ελλάδα και την Κύπρο, θέσεις για έρευνα σε χώρες του εξωτερικού.

Ο Εκλεγμένος Πρόεδρος της Παγκόσμιας Ελληνικής Ένωσης Βιοεπιστημών, Δρ. Κώστας Δροσάτος προεδρεύει της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου μαζί με τον Δρ. Μεζίτη Σπύρο.

Τα μέλη της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας

της Ρηνανίας-Βεστφαλίας, Δρ. Ζώης Βρεττός και Δρ. Δημήτριος Χριστοδόλου ήταν παρόντες στο Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Βιοεπιστημών και έλαβαν μέρος στις συναντήσεις της διοίκησης και στα κοινωνικά γεγονότα.

Ο κ. Δημήτριος Φίλιος, απερχόμενος Πρόεδρος της Παναρκαδικής Ομοσπονδίας της Αμερικής και ο κ. Αντώνιος Διαματάρης, εκδότης της εφημερίδος "National Herald" στη Νέα Υόρκη έδωσαν τα συγχαρητήριά τους αλλά δεν μπόρεσαν να παρακολουθήσουν τη τελετή έναρξης.

Το Παγκόσμιο Ελληνικό Συνέδριο Βιοεπιστημών οργανώθηκε σε πέντε ενότητες και συμπεριελάμβανε:

- Τα Μεταβολικά Νοσήματα των Οστών όπου σχολίαζαν οι: Δρ. Γεώργιος Βάκρης από το Πανεπιστήμιο του Σικάγο, Δρ. Μιχάλης Μιχέλης από το νοσοκομείο Lenox Hill, Δρ. Νικόλας Μεζίτης από το Πανεπιστήμιο Columbia, Δρ. Σπύρος Μεζίτης από τα νοσοκομεία Lenox Hill και New York-Presbyterian, Δρ. Ελένη Καρακελίδη από το νοσοκομείο New York-Presbyterian, Δρ. Έλλη Κελεπούρη του Πανεπιστημίου του Drexel, Δρ. Αλέξανδρος Σπυρόπουλος του πανεπιστημίου McMaster στο Οντάριο και ο Δρ. Αρθούρος Κοσμάς του πανεπιστημίου του Rhode Island.
- Διαλέξεις για τον καρκίνο δόθηκαν από τους: Δρ. Κων/νο Αρναουτάκη από το Πανεπιστήμιο Ιατρικής του Arkansas, Δρ. Ελένη Τουσίμη από το Νοσοκομείο New York-Presbyterian, Δρ. Δημήτριος Ηλιόπουλος από το Πανεπιστήμιο του Harvard και ο Δρ. Γεώργιος Τσιούλας από το Ιατρικό Κέντρο της Νέας Υόρκης Mt Sinai.
- Στα στρογγυλά τραπέζια της Καρδιαγγειακής Παθολογίας και Χειρουργικής συμμετείχαν οι: Δρ. Ηλίας Ηλιάδης από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Cooper στο Camden, New Jersey, Δρ. Στυλιανός Παπαδάκος και Δρ. Ιωάννης Σταθόπουλος από το Νοσοκομείο Lenox Hill, Δρ. Νικόλας Σκιπιτάρης από το Ιατρικό Κέντρο Mt Sinai της Νέας Υόρκης και ο Δρ. Κων/νος Πλέστης, Συντονιστής στο Aortic Wellness Center του Νοσοκομείου Lenox Hill.
- Στο στρογγυλό τραπέζι της Νευροψυχιατρικής προήδρευσαν οι: Δρ. Γεώργιος Αλεξόπουλος από το Ιατρικό Κέντρο Weill Cornell και ο Δρ. Νικόλαος Ρομπάκης από το Ιατρικό Κέντρο του Mt Sinai της Νέας Υόρκης. Συμμετείχαν οι: Δρ. Άγγελος Στεργίου από τη Φαρμακευτική Avanex, Δρ. Διομήδης Λογοθετίδης από την Ιατρική Σχολή του Virginia Commonwealth και ο Δρ. Παύλος Κυμίσης από το Ιατρικό Κολλέγιο της Νέας Υόρκης.
- Στο στρογγυλό τραπέζι των Βασικών Επιστημών/Λοιμώξεων και Γαστρεντερολογίας προήδρευσαν οι: Δρ. Χαράλαμπος Ποθουλάκης από το Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια του Los Angeles και ο Δρ. Θεμιστοκλής Δασόπουλος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Washington. Ο Δρ. Γρηγόριος Λεοντιάδης από το Πανεπιστήμιο του McMaster στο Οντάριο του Καναδά έκλεισε το συνέδριο με σημαντικά επιστημονικά άρθρα.
- Στην ενότητα της Ελληνικής Βιοιατρικής, η κ. Ελένη Webster από τα Χανιά της Κρήτης περιέγραψε τη μη κερδοσκοπική οργάνωση «Ορίζοντας» στην Κρήτη, η οποία προσφέρει φροντίδα σε παιδιά και ενήλικες που πάσχουν από καρκίνο στην Ελλάδα. Η Ομάδα Αιγαίου, η οποία βοηθάει απομονωμένα νησιά του Αιγαίου κέρδισε την προσοχή του κοινού και τιμήθηκε για την προσφορά της. Τέλος, ο φιλέλληνας κ. Alain Touwaida, Διευθυντής Διατήρησης της Αρχαίας Ιατρικής στο Ινστιτούτο Smithsonian στην Ουάσινγκτον, τόνισε τη σημαντικότητα του Όρκου του Ιπποκράτη στη σημερινή ιατρική και της ψηφιοποίησης των Αρχαίων Ελληνικών και Βυζαντινών ιατρικών ελέγχων. Ο Δρ. Άγγελος Στεργίου της Avanex και ο Δρ. Γεράσιμος Πετράτος της φαρμακευτικής Roche συμμετείχαν στη συζήτηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Παγκόσμιου Ελληνικού Δικτύου Ιατρικής και Βιοεπιστημών, το οποίο κατέδειξε την αφοσίωση των μελών του στην αποστολή του δικτύου και την υποστήριξη αυτών στο Ετήσιο Ελληνικό Συνέδριο Βιοεπιστημών, είτε αυτό λαμβάνει χώρα στις ΗΠΑ, είτε στην Ελλάδα. Το Συμβούλιο οραματίζεται την αύξηση των εγγραφών στο συνέδριο και την αύξηση της οικονομικής υποστήριξης από τη βιομηχανία της υγείας, την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας της Ελλάδος και της Κύπρου, με τις οποίες έχουν αποκατασταθεί οι δίοδοι επικοινωνίας.

Ο Ελληνισμός είναι δυνατός και αυτό το παγκόσμιο συνέδριο Βιοεπιστημών το αποδεικνύει!

WEBSITE:

- Παγκόσμιο Ελληνικό Δίκτυο Ιατρικής και Βιοεπιστημών, www.ghmbn.weebly.com
- Ομοσπονδία Ιατρικών Εταιρειών της Νέας Υόρκης, www.fedmed.weebly.com

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΙΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΣΤΗ ΝΕΑ ΥΟΡΚΗ

Περιφερική Αγγειακή Νόσος 2010: Επίδραση του Κοινωνικό-οικονομικού Προφίλ και της Φυλής στη Βαρύτητα της Νόσου και στην Αντιμετώπισή της Βρέθηκε ο χαμένος παράδεισος ή όχι;

Ελίας Α. Ηλιάδης[1]

[1]MD, FACC, FSCAI, RPVI, Director of Peripheral Vascular Intervention Programm, Asspciate Director of Cardiac Catheterization Laboratory, Cooper University Hospital, Camden New Jersey, Assistant Proffesor of Medicine, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, President of the Helleniv Medical Society of Philadelphia

Εισαγωγή

Η περιφερική Αγγειακή Νόσος (PVD) παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της PVD έχει δείξει ότι βελτιώνουν την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παρόλα αυτά η επίπτωση του κοινωνικο-οικονομικού προφίλ και της φυλής των ασθενών στη διάγνωση και αντιμετώπιση της PVD παραμένει απροσδιόριστη.

Σκοπός

Η περιγραφή και ο προσδιορισμός της επίπτωσης των κοινωνικο-οικονομικών και φυλετικών διαφορών στη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών με περιφερική αγγειακή νόσο σε περιφερειακές τριτοβάθμιες εγκαταστάσεις υγείας.

Μέθοδοι

Έγινε ανάλυση της βάσης Δεδομένων των ασθενών με PVD, είτε αυτοί εξετάστηκαν κλινικά, είτε τους έγινε κάποια επέμβαση, από το 2005 έως και σήμερα με τις ακόλουθες μεταβλητές: φυλή (Καυκάσια (CC), Αφροαμερικανική (AA), Ισπανική (HS), Άλλες (O)), προφίλ υγειονομικής περίθαλψής (ο ίδιος πληρώνει για υγειονομική περίθαλψη S, υγειονομική περίθαλψη MA, κρατική υγειονομική περίθαλψη MC ή από τρίτο μέρος TP). Έγιναν συγκρίσεις δημογραφικώς, σύμφωνα με την κλινική εικόνα από την ταξινόμηση Rutherford, σύμφωνα με τη διαγνωστική διαδικασία και σύμφωνα με τη θεραπευτική στρατηγική.

Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας τις συνήθεις στατιστικές μεθόδους.

Αποτελέσματα

Η ανάλυση αποκάλυψε ότι οι HS ασθενείς ήταν γηραιότεροι (p=0,05), είχαν μεγαλύτερη συχνότητα διαβήτη (P=0,05), περισσότερες καρδιακές νόσους (p=0,05) και πιο προχωρημένη κλινική εικόνα από ότι οι AA ή οι CC (P<0,05). Οι AA ασθενείς είχαν μεγαλύτερη συχνότητα υπέρτασης (P=0,10), υπερλιπιδαιμίας (p=0,010), χωλότητας (p=0,11) και χειρουργεία Bypass (P=0,05) από ότι οι CC ή οι HS ασθενείς (P=0,05). Περισσότεροι ασθενείς από την ισπανική φυλή αντιμετωπίστηκαν φαρμακευτικά από ότι αφροαμερικανοί ή ασθενείς της καυκάσιας φυλής (p=0,05), ενώ σε όλες οι ομάδες υπήρχαν συγκρίσιμα ποσοστά από επεμβάσεις περιφερικά (p=ns).

Εκτιμώντας το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ, οι S και MA ασθενείς είχαν υψηλότερο ποσοστό καρδιακών νόσων και καπνού από τους MC (p=0,07). Όσον αφορά στην κλινική εικόνα στην ταξινόμηση κατά Rutherford, οι ομάδες TP και MC είχαν χαμηλότερη ταξινόμηση συμπτωμάτων ατην έναρξη από τις ομάδες S και MA (p=0,12). Οι ασθενείς που άνηκαν στις ομάδες S, MA και MC είχαν παρόμοια ποσοστά ιατρικής θεραπείας (p=ns), ενώ οι ασθενείς που άνηκαν στους TP και MC είχαν υψηλότερα ποσοστά σε αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις (p=0,1).

Συζήτηση

Όσο αφορά στην περιφερική αγγειακή νόσο, οι ασθενείς που άνηκαν στη καυκάσια ή αφροαμερικανική φυλή παρουσίαζαν περισσότερο εξελισσόμενη νόσο και για αυτό το λόγο οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες. Υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οδηγεί σε πρωιμότερη διάγνωση και περισσότερες θεραπευτικές επιλογές, με αποτέλεσμα καλύτερα αποτελέσματα και βελτίωση στην ποιότητα ζωής. Περισσότερες μέθοδοι αξιολόγησης της πρώιμης διάγνωσης, της παραπομπής των ατόμων υψηλού κινδύνου όπως είναι οι Αφροαμερικανοί και οι Ισπανικής καταγωγής και των ασθενών με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συγκριτικά με την αγγειολογική εκτίμηση, ίσως βελτιώσουν τη φροντίδα του ασθενούς.

Στεφανιαία Stents: Παρόν και Μέλλον

Στυλιανός Π. Παπαδάκος[1]
[1]MD, FACC

Παρόν

Τα τελευταία 15 έτη στη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου έπαιξαν σημαντικό ρόλο τα στεφανιαία stents. Η παθοφυσιολογία της θρόμβωσης και επαναστένωσης των stents είναι αντικείμενο πολλών μελετών. Χρησιμοποιείται διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και έκλουση των stents με φαρμακευτικά σκευάσματα, για να αντιμετωπιστεί η επαναστένωση και στόχος είναι η επανασηραγγοποίηση των αγγείων. Πραγματοποιούνται μεγάλες μελέτες μεταξύ του Sirolimus Eluting Stent, των μεταλλικών Stents και της χειρουργικής παράκαμψης με μόσχευμα. Στις μέρες μας ανακαλύφθηκαν νέα αντιαιμοπεταλιακά, οι νέες θειενοπυριδίνες, αλλά διαπιστώθηκε και η δημιουργία αντοχής στη κλοπιδογρέλη και η όψιμη θρόμβωση των stents. Τα stent δεύτερης γενιάς που συνδυάζονται με έκλουση φαρμάκων όπως το stent Taxus Liberte, το Endeavor zoterolimus eluting stent και το Xience V ή Promus everolimus stent είναι πλέον τα νέα stent που αντικαθιστούν σταδιακά τα παλαιά stents. Κλινικές μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη και συγκρίνουν τα GABGs και τα Taxus Stents όσο αφορά στην επανασυραγγοποίηση των αγγείων σε στεφανιαία νόσο που έχει πολυαγγειακή προσβολή, συμπεριλαμβανομένης και της στένωσης της Αριστερής στεφανιαίας.

Μέλλον

Το μέλλον αποτελούν τα μεταλλικά stents με νέα τεχνολογία πολυμερών, στα οποία γίνεται και έκλουση με φάρμακα (Endeavor resolute).

Νέοι αντιπολλαπλασιαστικοί παράγοντες θα χρησιμοποιηθούν για την έκλουση των stents: Elixir DESyne novolimus-eluting stent (NES). Καινούρια μεταλλικά stents με διαφορετικά υλικά όπως stent από χρώμιο και πλατίνα είναι το μέλλον της χειρουργικής. Νέα stents με βιοαποδομήσιμα πολυμερή, τα οποία εκλούουνται με φάρμακα (supralimus stent, Excel Stent, Biolimus A9, Biomatrix, Nobori, Xtent, Jactax and Synergy Stent), DES μη πολυμερικών και πολυμερή stents χωρίς έκλουση φαρμάκου είναι ήδη υπό μελέτη.

Επιπρόσθετα, stents με καινοτόμες επιστρώσεις και τέλος βιοαποδομήσιμα stents υπόσχονται πολλά στο μέλλον.

Παρεμβάσεις στην Περιφερειακή Αρτηριακή Νόσο

Ιωάννης Σταθόπουλος[1]
[1]MD, Αναπλ. Καθ. Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή Weill του Πανεπιστημίου του Cornell

Η περιφερειακή αρτηριακή νόσος (PAD) γίνεται ολοένα και πιο αναγνωρίσιμη εξαιτίας της υψηλής επίπτωσής της στο γενικό πληθυσμό και της κλινικής της σημασίας. Η χειρουργική ήταν χρόνια τώρα, ο στυλοβάτης της θεραπείας της επαναγγείωσης για την PAD. Η διαδερμική ενδαγγειακή θεραπεία στις μέρες μας προσφέρει στους ασθενείς μία λιγότερο επεμβατική και αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας της αθηρωματικής νόσου για ένα ευρύ φάσμα ανατομικών και κλινικών καταστάσεων. Οι τεχνικές της ενδαγγειακής θεραπείας και οι επιλογές σε αυτού του είδους τη θεραπεία εξελίσσονται ραγδαία και επηρεάζουν πολλούς κλάδους της αγγειολογίας. Ο κλινικός ιατρός είναι απαραίτητο να είναι καταρτισμένος και ενημερωμένος σχετικά με όλες τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές έτσι ώστε να προσφέρει στον ασθενή την καλύτερη θεραπευτική στρατηγική ανάλογα με την περίπτωση.

Εξελίξεις στη Χειρουργική της Αορτής τον 21ο Αιώνα

Κων/νος Πλέστης[1]
[1]Καρδιοθωρακοχειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής της Αορτής Lenox Hill Hospital

Εισαγωγή

Η ανοικτή επέμβαση αποκατάστασης του αορτικού τόξου παραμένει μία επέμβαση με τεχνικές προκλήσεις κυρίως λόγω της αναγκαιότητας για διακοπή του κυκλοφορικού. Σε αυτό το άρθρο γίνεται μία ανασκόπηση της εμπειρίας μας στην ολική αντικατάσταση αορτικού τόξου με τη χρήση τρισχιδούς μοσχεύματος και ορθόδρομη επιλεκτική εγκεφαλική αιμάτωση.

Μέθοδοι

Από το 1999 έως το 2010, 488 ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία αποκατάστασης της ρίζας της αορτής, της κατιούσας αορτής και του αορτικού τόξου λόγω ανευρυσμάτων στο ίδρυμά μας. Από τους ασθενείς αυτούς, οι 48 υπεβλήθησαν σε ολική αντικατάσταση του αορτικού

τόξου με τρισχιδή μοσχεύματα. Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν ορθόδρομη επιλεκτική εγκεφαλική αιμάτωση και βαθιά υποθερμία του κυκλοφορικού. Η επιλεκτική αιμάτωση επιτυγχάνεται μέσω του καθετηριασμού της δεξιάς μασχαλιαίας αρτηρίας και του επιλεκτικού καθετηριασμού της αριστερής καρωτίδας και της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας με καθετήρα τύπου ballon-tipped.

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 65±11 έτη. Ο ολικός χρόνος αιμάτωσης ήταν 231±61 λεπτά και ο χρόνος για να περάσει ο σφιγκτήρας της αορτής ήταν 115±67 λεπτά. Ένας ασθενής υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο (2%), 3 ασθενείς εμφάνισαν επιληπτικές κρίσεις (6%). Υπήρξε ένας θάνατος ενδονοσοκομειακά (2%). Νεφρική ανεπάρκεια παρατηρήθηκε σε 2 ασθενείς (4%), 4 ασθενείς διασωληνώθηκαν ξανά (14%), παρατεταμένη διασωλήνωση (>48 ώρες) είχαμε σε 14 ασθενείς (29%), 5 ασθενείς υπέστησαν μετεγχειρητική αιμορραγία (10%) και 6 ασθενείς απεβίωσαν αργότερα. Δεν διενεργήθηκε άλλη χειρουργική επέμβαση λόγω της παθολογίας του αορτικού τόξου. Σε ποσοστό 91,5% είχαμε 1 χρόνο επιβίωση ελεύθερης νόσου, η 3ετής επιβίωση ελεύθερης νόσου ήταν 88,9%, η 5ετής επιβίωση ελεύθερης νόσου ήταν 86,5% και η 10ετής 60,8%.

Συμπεράσματα

Αν και η χειρουργική επέμβαση της αποκατάστασης αορτικού τόξου έχει πολλές τεχνικές δυσκολίες και προκλήσεις, μπορεί να διενεργηθεί έχοντας εξαιρετικά αποτελέσματα όσο αφορά στη νοσηρότητα και στη θνητότητα των ασθενών, χρησιμοποιώντας τα τρισχιδή μοσχεύματα και την επιλεκτική ορθόδρο μη αιμάτωση. Η ολική αντικατάσταση του αορτικού τόξου με τρισχιδές μόσχευμα μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης νόσων, που επηρεάζουν τον ιστό της αορτής και μειώνει τις όψιμες επιπλοκές.

ΓΑΛΑΝΗΣ ΔΗΜ. (1879-1966) «Γλάροι», 1943, 19,4x14,5 εκ., ΞΥΛΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (180-181)

ΝΕΚΡΟΛΟΓΙΑ

Σταύρος Ν. Πλέσσας (1926-2010)

Ο Σταύρος Πλέσσας γεννήθηκε στο Κατσίμπαλι (Εξοχικόν) Φιλιατρών Μεσσηνίας. Αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή Αθηνών το 1950, με το βαθμό «Αριστα». Κατά το διάστημα 1950-1953 εξεπλήρωσε τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις.

Από το Νοέμβριο του 1953 μέχρι τον Οκτώβριο του 1956 εργάσθηκε ως εξωτερικός βοηθός στην Α' Χειρουργική Κλινική Αθηνών, διευθυνόμενη τότε από τον Καθηγητή Γ. Καραγιαννόπουλο και ακολούθως από τον Καθηγητή Ν. Χρηστέα μέχρι το 1959, οπότε έλαβε την ειδικότητα του Γενικού Χειρουργού.

Μετεκπαιδεύτηκε στο Λονδίνο από το 1959 μέχρι το 1962, εργάσθηκε σε μεγάλα νοσοκομεία (Central Middlesex) και παρακολούθησε τα εκπαιδευτικά προγράμματα των Νοσοκομείων Hammersmith και St. Mark's με τους Καθηγητές C. Rob, J. Kenyon και W. Irvine. Ασχολήθηκε με τη Γενική, αλλά ιδιαίτερα με την Αγγειακή Χειρουργική, και εργάσθηκε εκτός της Κλινικής και στο Πειραματικό Χειρουργείο.

Μετά την επιστροφή του στην Ελλάδα, το 1962 και μέχρι το 1968, υπηρέτησε ως Επιμελητής της Α' Χειρουργικής Κλινικής υπό τον Καθηγητή Ν. Χρηστέα και στη συνέχεια στη Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική υπό τον Καθηγητή Γρ. Σκαλκέα στο Λαϊκό Νοσοκομείο, μέχρι το 1978. Υπήρξε ένας από τους εκπροσώπους της μεγάλης Χειρουργικής Σχολής του Λαϊκού Νοσοκομείου.

Το 1964 ανακηρύχθηκε Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Το 1974 εξελέγη Εντεταλμένος Υφηγητής. Από το 1977 μέχρι το 1993 διετέλεσε Διευθυντής της Χειρουργικής Κλινικής του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών. Παρέλαβε μία μικρή Κλινική σε ένα

Σκίτσο 1. *Στ. Πλέσσας.*
Φιλοτεχνημένο από τον Καθηγητή Μ. Σέχα.

μικρό και πλημμελώς εξοπλισμένο Νοσοκομείο και τη μετέτρεψε σε δραστήριο αγγειοχειρουργικό κέντρο. Το 80% των ασθενών της Κλινικής του ήταν αγγειοπαθείς. Το διδακτικό του έργο ήταν τεράστιο. Δίδαξε γενιές ολόκληρες τριτοετών, τεταρτοετών και τελειόφοιτων φοιτητών της Ιατρικής, ειδικευομένων της Γενικής και της Αγγειακής Χειρουργικής, αδελφών νοσοκόμων και νοσηλευτών.

Το 1990 γίνεται Επίκουρος Καθηγητής της Χειρουργικής. Ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την αγγειοχειρουργική. Συνέβαλε τα μέγιστα στη καθιέρωση του νέου τότε αυτού κλάδου στην Ελλάδα και έδωσε την ειδικότητα σε πολλούς νέους αγγειοχειρουργούς. Ο ίδιος πρωτοστάτησε ως αγγειοχειρουργός. Παράλληλα με την επιστημονική του σταδιοδρομία, δημιούργησε μία θαυμάσια οικογένεια.

Ως χειρουργός, ο Πλέσσας ήταν ταχύς, σταθερός και αποτελεσματικός. Είχε το μεγάλο προσόν να γνωρίζει μέχρι που φθάνουν οι ικανότητες του. Αγαπούσε τον ασθενή και αφοσιωνόταν σ' αυτόν.

Ως άνθρωπος ήταν ήπιος, απλός, υπομονετικός, πρόσχαρος και καλός φίλος. Είχε όλα τα χαρακτηριστικά του «καλού ανθρώπου» με τη μεγάλη καρδιά.

Ας είναι αιώνια η μνήμη του.

Καθηγητής Μ. Σέχας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (182-183)

ΝΕΚΡΟΛΟΓΙΑ

André Nevelsteen

Ο καθηγητής André Nevelsteen, Διευθυντής του Αγγειοχειρουργικού Τμήματος της Πανεπιστημιακής Κλινικής του Gasthuisberg στο Leuven Βελγίου, απεβίωσε από καρκίνο του στομάχου στις 9 Δεκεμβρίου 2009, σε ηλικία 58 ετών. Ο Nevelsteen αφιέρωσε το μεγαλύτερο μέρος της καριέρας του στην έρευνα σχετικά με τις φλεγμονές των μοσχευμάτων και με την ενδοαγγειακή αποκατάσταση των Ανευρυσμάτων της Κοιλιακής Αορτής. Ήταν ο πρώτος στις Κάτω Χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία και Λουξεμβούργο) όπου πραγματοποίησε ενδοαγγειακή αποκατάσταση ενός ανευρύσματος, χρησιμοποιώντας διχαλωτό μόσχευμα το 1995.

Το "Vascular News" αφιέρωσε 2 σελίδες για την καριέρα του Nevelsteen στο τεύχος του Αυγούστου του 2001, αμέσως μετά την εκλογή του ως Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Αγγειοχειρουργικής Εταιρίας (ESVS). Ο ίδιος στη συνέντευξή του αναφερόμενος για ποιο λόγο έγινε αγγειοχειρουργός είπε: « Γεννήθηκα σε ένα μικρό χωριό στο Βέλγιο και ήμουν από την πρώτη γενιά που πήγε στο Πανεπιστήμιο. Οι επιλογές ήταν περιορισμένες: Θα γινόσουν είτε ιερέας, είτε δικηγόρος, είτε γιατρός». Μετά από τα πρώτα χρόνια των ιατρικών του σπουδών στη Πανεπιστημιακή Κλινική του Leuven, ο Nevelsteen ήταν πεπεισμένος ότι επιθυμούσε να ξεκινήσει καριέρα στην έρευνα, και έτσι προχώρησε και ολοκλήρωσε ένα χρόνο δουλειάς σε εργαστήριο. Απεφοίτησε το 1975 από την Ιατρική, Χειρουργική και Μαιευτική. Ο νεαρός ιατρός ασχολήθηκε με τη χειρουργική λόγω του ενθουσιασμού και της αφοσίωσης ενός συγκεκριμένου χειρουργού. Ο ίδιος είπε: « Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών των σπουδών μου ήρθα σε επαφή με ένα γενικό χειρουργό από ένα περιφερειακό νοσοκομείο που ονομαζόταν, Flor Verstreken. Με κυρίευσε ο ενθουσιασμός του. Ζούσε για τους ασθενείς του και διατηρούσε καλές σχέσεις μαζί τους. Ενθουσιάστηκα με η Χειρουργική. Έπειτα άρχισα να εργάζομαι για τον Jacques Gruwez, έναν από τους διασημότερους Βέλγους χειρουργούς».Υπό την επίβλεψη του Jacques Gruwez, ο Nevelsteen ολοκλήρωσε την ειδικότητα της γενικής χειρουργικής το 1977. Επίσης, ειδικεύτηκε στην Κάρδιοχειρουργική από το 1977 έως το 1980. Δύο χρόνια αργότερα ο Nevelsteen έγινε αναπληρωτής διευθυντής στην Καρδιοχειρουργική Χειρουργική στο AZ St Rafael, στο Leuven, και την επόμενη χρονιά έγινε καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Leuven. Το 1989, ταξίδεψε στις ΗΠΑ σε ένα εκπαιδευτικό ταξίδι για τα

θωρακοκοιλιακά ανευρύσματα υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Crawford, στο Houston. Ο Nevelsteen έπαιξε σημαντικό ρόλο στην καθιέρωση της αγγειοχειρουργικής στο Βέλγιο, τα επιτεύγματά του και η συνεισφορά του αναγνωρίστηκαν και διακρίθηκε με τον υπέρτατο έπαινο του Λέκτορα και Καθηγητή στο Πανεπιστήμιο του Leuven.

Στη συνέντευξή του στο "Vascular News" σχολίασε την έκρηξη νέων τεχνικών που έχουν αναπτυχθεί από τους κλινικούς ιατρούς και τη βιομηχανία των ιατρικών εργαλείων λέγοντας: «Είναι ανάγκη να μελετούμε τις εξελίξεις με ανοικτό μυαλό. Έχουμε μεγάλη ευθύνη απέναντι στη νεώτερη γενιά για να εξασφαλίσουμε ότι θα έχουν τη δυνατότητα να γίνουν αγγειοχειρουργοί σε 10 με 15 χρόνια από τώρα».

Ο Nevelsteen προέβλεψε την επανάσταση στη διαχείριση της Αγγειολογικής νόσου και εξήρε τη διεπιστημονική δουλειά. Είπε ότι: «Η γενετική τεχνολογία θα συνεισφέρει τα μέγιστα στην αντιμετώπιση των αγγειακών νόσων. Υπάρχει ανάγκη δημιουργίας κέντρων για τη θεραπεία των αγγειακών ασθενειών, που θα συμπεριλαμβάνει αγγειολόγους, ακτινολόγους και αγγειοχειρουργούς. Ωφελούμαστε στο Leuven που έχουμε σοβαρούς αγγειολόγους και ακτινολόγους».

Κατά τη διάρκεια της θητείας του, το 2002, ως Πρόεδρος στην ESVS, η 16η Συνάντηση της Εταιρίας πραγματοποιήθηκε στην Κων/πόλη, Τουρκία. Ο Nevelsteen ανέφερε ότι η επιλογή του τόπου συνάντησης ήταν συμβολικός και αντικατόπτριζε τον σκοπό του για επέκταση των σχέσεων και συνεργασιών. Ο Nevelsteen ανέφερε ότι: «οι ρίζες της Αγγειοχειρουργικής χρονολογούνται από τα χρόνια του Βυζαντίου, με την πρώτη γνωστή επέμβαση ανευρύσματος ιγνυακής αρτηρίας όπου έγινε τον 3ο αιώνα μ.Χ. Αυτό το Συνέδριο ήρθε στα σύνορα της Ευρώπης με την Ασία σε μία χρονιά που η εταιρεία συνδέονταν στενά με αγγειακές Εταιρίες σε Ασία και Αμερική».

Ο André Alfons Jozef Nevelsteen γεννήθηκε στο Geel, στο Βέλγιο, στις 8 Αυγούστου 1951.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Τεύχος 22, 2010 (184-185)

Προσεχείς επιστημονικές συναντήσεις

Επιμέλεια: Β. Παπαβασιλείου

International Congress on Endovascular Interventions
13–17 Φεβρουαρίου 2011
Τόπος: The Phoenician-Scottsdate, Arizona USA
Πληροφορίες: www.iconmeeting.org

Brescia Below the Knee, Live Extreme Intrventions from Brescia
10–11 Μαρτίου 2011
Τόπος: Villa Fenaroli Palace Hotel, Via G. Mazzini, 14 Brescia, Italy
Πληροφορίες: www.bresciabelowknee.com, www.evivenice.com

39th Annual Symposium of the Society for Clinical Vascular Surgery
16–19 Μαρτίου 2011
Τόπος: Walt Disney Hotel, Orlando, Florida, USA
Πληροφορίες: www.scvs.org

ETI - Endovascular Therapy International
17-19 Μαρτίου 2011
Τόπος: Policlinico Le Scotte, Siena, Italy
Πληροφορίες: www.eti-endovascular.org

Houston Aortic Symposium:
Frontiers in Cardiovascular Diseases, The Fourth in the Series
24–26 Μαρτίου 2011
Τόπος: The Westin Oaks Hotel, Houston, TX, USA
Πληροφορίες: www.theconferencewebsite.com

Diabetic Foot Global Conference
24–26 Μαρτίου 2011
Τόπος: Renaissance Hollywood Hotel
Πληροφορίες: www.DFCon.com

7th Congress of Vascular Access Society
5–7 Μαΐου 2011
Τόπος: Hilton Hotel Istanbul & Convention Center
Πληροφορίες: www.vas2011.org

Society for Vascular Surgery
16–18 Ιουνίου 2011
Τόπος: Chicago, Illinois
Πληροφορίες: www.VascularAnnualMeeting.org

5th Congress of Vascular Access Sosiety
5–7 Νοεμβρίου 2011
Τόπος: Istanbul, Turkey
Πληροφορίες: www.vas2011.org

ICCA 2011- Carotid Angioplasty and Other Cerebrovascular Interventions
21-22 Οκτωβρίου 2011
Τόπος: Frankfurt, Germany
Πληροφορίες: www.iccaonline.org

22nd Winter Meeting of Peripheral vascular Surgery Society
27–29 Ιανουαρίου 2012
Τόπος: Vail Mountain Resort, Vail, Colorado, USA
Πληροφορίες: www.theconferencewebsite.com

XXV World Congress of the International Union of Angiology
1-5 Ιουλίου 2012
Τόπος: Prague, Chech Republic