



Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο



2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Σας καλωσορίζουμε στο **12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο** που διεξάγεται στην Αθήνα στις **2-3 Οκτωβρίου 2026**. Στο πρόγραμμά του αναμένονται ομιλίες και σχολιασμοί υψηλού επιπέδου από έγκριτους καρδιολόγους σε όλο το φάσμα της σύγχρονης αρρυθμιολογίας.

Θεωρώ υποχρέωσή μας να εκφράσουμε τις θερμές ευχαριστίες μας προς όλους εσάς που συμμετέχετε στο Συνέδριο αυτό. Ευελπιστούμε ότι το **12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο** θα στεφθεί με επιτυχία και θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες όλων μας.

Με εγκάρδιους συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Μιχάλης Εφραιμίδης, Απόστολος Κατσίβας

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μ. Εφραιμίδης, Α. Κατσίβας



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2 Οκτωβρίου 2026

08:00 - 09:00

Προβολή Video

Προεδρείο: **Μ. Εφραιμίδης**

Θεματικές προς Συζήτηση:

- Μαγνητική τομογραφία καρδιάς για διαστρωμάτωση κινδύνου στη μη ισχαιμικής αιτιολογίας μυοκαρδιοπάθεια
- Υποκλινική κοιλιακή μαρμαρυγή ανιχνευόμενη από συσκευές: Η διάρκεια του επεισοδίου και ο ρόλος του CHA₂DS₂-VA ως παράγοντας θεραπευτικής απόφασης

09:00 - 09:30

Έναρξη Συνεδρίου – Προσφωνήσεις

09:30 - 12:30

Ενδιαφέροντα Ηλεκτροκαρδιογραφήματα

Πρόεδροι: **Μ. Εφραιμίδης, Α. Κατσίβας, Κ. Λέτσας, Γ. Μαλίγκος, Δ. Μανωλάτος**

Α. Μαρτίνο
Ι. Μαυρογένης
Α. Αρχοντίκης
Ι. Φραγκούλης
Σ. Κοσκινά
Θ. Εφραιμίδης
Σ. Κωτούλας
Α. Μπατσούλη
Φ. Τουλγαρίδης
Π. Τσιούφης
Η. Πατσιώτης
Ε. Καραμανώλης
Α. Μακρής



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2 Οκτωβρίου 2026

12.30-14.00

Αρρυθμιολογικά Διλήμματα

Πρόεδροι: **Θ. Μαούνης, Ι. Παπαγιάννης, Σ. Χατζίδου**

Ταχυκαρδία με στενά QRS: Πώς ξεχωρίζω AVNRT, AVRT και κοιλική ταχυκαρδία στο ΗΚΓ; Διαγνωστικός αλγόριθμος βήμα-βήμα.

Παγίδες και κλασικά λάθη ερμηνείας

Ο. Καρίκη

Ταχυκαρδία με ευρέα QRS: VT ή SVT;

Συγκριτική προσέγγιση των υπαρχόντων κριτηρίων

Χ. Κοντογιάννης

Ανάσπαση ST στις δεξιές προκάρδιες απαγωγές: STEMI, Brugada, ARVC ή φυσιολογική παραλλαγή; Διαφορική διάγνωση του «δύσκολου» ΗΚΓ στις V1-V3

Κ. Ζέκιος

Μακρύ QT στο ΗΚΓ: Συγγενές, επίκτητο ή ψευδώς παρατεταμένο;

Σωστή μέτρηση του QT (ποιες απαγωγές, ποια διόρθωση), παγίδες σε LBBB και κοιλική μαρμαρυγή. Διαφορική των LQT1/2/3 μορφολογιών T κύματος

Ι. Λιατάκης

Αίσθημα παλμών χωρίς τεκμηριωμένη αρρυθμία: Πώς προσεγγίζω τον ασθενή; Επιλογή κατάλληλου monitoring (Holter 24h vs 7ήμερο vs εμφυτεύσιμο καταγραφικό vs smartwatch) με βάση τη συχνότητα συμπτωμάτων

Π. Δηλαβέρης

14.00-14.30

Διάλειμμα

14:30 – 17:00

Κλινικά παραδείγματα διαχείρισης ασθενή αυξημένου αρρυθμιολογικού κινδύνου με και χωρίς δομική καρδιοπάθεια

Πρόεδροι: **Α. Αναστασάκης, Σ. Κούνας, Α. Κωστοπούλου, Ε. Πράππα, Α. Τρίκας**

Μυοκαρδιοπάθειες στα Παιδιά: Γιατί δεν είναι «Μικροί Ενήλικες»

Ο. Μπολέτη



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2 Οκτωβρίου 2026

Διαστρωμάτωση κινδύνου στην καρδιακή σαρκοείδωση
Ε. Πράππα

Διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με σύνδρομο Brugada
Κ. Λέτσας

Διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με αρρυθμογόνο
μυοκαρδιοπάθεια
Σ. Παπαθεοδώρου
Σχολιασμός: **Μ. Χατζητοφή**

Διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με αρρυθμογόνο πρόπτωση
μιτροειδούς
Γ. Νιάρχου

Διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια
Α. Αναστασάκης

Συγκοπή σε αθλητές
Δ. Αντωνακάκη

Διαστρωμάτωση κινδύνου στην καρδιακή αμυλοείδωση
Α. Αντωνόπουλος

Ο Ρόλος της Μαγνητικής Τομογραφίας Καρδιάς στη Διαστρωμάτωση
Κινδύνου Αιφνίδιου Θανάτου στις Μυοκαρδιοπάθειες
Ε. Νύκταρη

17:00 - 17:30

Διάλειμμα

17:30 - 20:30

Κολπική Μαρμαρυγή

Πρόεδροι: **Σ. Δευτεραίος, Μ. Εφραιμίδης, Α. Κατσίβας, Ν. Φραγκάκης**

Πρώτη γραμμή θεραπείας: Από τα guidelines στην πράξη.

Πότε ο γενικός καρδιολόγος πρέπει να παραπέμπει χωρίς προηγούμενη
δοκιμή αντιαρρυθμικών — και ποιοι ασθενείς ωφελούνται περισσότερο
Σ. Τζέης



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 2 Οκτωβρίου 2026

Pulsed Field Ablation: Η νέα εποχή της κατάλυσης κολπικής μαρμαρυγής.
Σύγκριση με κρυοκατάλυση και ραδιοσυχνότητα. Πρακτικές συνέπειες για την
επιλογή τεχνικής
Μ. Κούστα

Πέρα από την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών:
Τι κάνουμε στην εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή;
Μ. Εφραιμίδης

**Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς με καρδιακή
ανεπάρκεια.**
Πότε η κατάλυση γίνεται «θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας» και
όχι απλά της αρρυθμίας
Δ. Τσιαχρής

**Επανάληψη κατάλυσης μετά υποτροπή: Πότε, πώς και τι
αναμένουμε;**
Πότε σταματάμε να επεμβαίνουμε
Γ. Ανδρικόπουλος

**Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής στον ηλικιωμένο ασθενή (>75
ετών). Ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, ιδιαιτερότητες προετοιμασίας,
διαχείριση αντιπηκτικής αγωγής περιεπεμβατικά. Ηλικία ως κριτήριο
αποκλεισμού — ή όχι;**
Π. Ιωαννίδης

**Κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής και απόφραξη ωτίου σε μία
συνεδρία (combo procedure).**
Πρακτικά διλήμματα για ασθενείς υψηλού αιμορραγικού κινδύνου
Κ. Λέτσας
Σχολιασμός: **Μ. Χατζητοφή**

Κολπική ταχυκαρδία μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής
Α. Κατσιβας

20:30 - 21:00

Λήξη 1ης ημέρας - Συμπεράσματα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

08:00 - 09:00

Προβολή Video

Προεδρείο: **Μ. Εφραιμίδης**

Θεματικές προς συζήτηση:

- Μορφολογία LBBB και οι επιπτώσεις στην αμφικοιλιακή βηματοδότηση
- Φορτίο κολπικής μαρμαρυγής καταγεγραμμένης σε ILR ως παράγοντας για καρδιοεμβολικό επεισόδιο σε ασθενείς με ιστορικό κολπικής μαρμαρυγής

09:00 - 11:10

Αρρυθμιολογικά Θέματα

Πρόεδροι: **Ε. Καλλέργης, Δ. Μανωλάτος, Α. Σιδέρης**

Φυσιολογική βηματοδότηση: Από το His bundle στο LBB pacing.
Είναι το LBBP το νέο standard για τη βηματοδότηση και CRT;

Π. Μιλήλης

Subcutaneous και extravascular ICD: Πλεονεκτήματα, περιορισμοί, επιλογή ασθενών. Είναι το τέλος των transvenous leads για πρωτογενή πρόληψη;

Σ. Ξυδώνας

Αντιπηκτική αγωγή πριν, κατά και μετά την κατάλυση της κολπικής μαρμαρυγής. Η αμφιλεγόμενη συζήτηση: Σταματάμε ποτέ την αντιπηκτική σε ασθενή χωρίς υποτροπές;

Ι. Αναγνωστόπουλος

Επιπλοκές της κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής: Πρόληψη, αναγνώριση, αντιμετώπιση. Πώς διαφέρει το προφίλ επιπλοκών μεταξύ RF, cryo και PFA

Δ. Ασβεστάς



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

Νευροτροποποίηση στις αρρυθμίες

A. Κορδαλής

Η χρήση του ενδοκαρδιακού υπερηχογραφήματος στην κατάλυση των αρρυθμιών

Π. Κουδούνης

Διαχείριση ICD shocks

I. Κόνιαρη

Κολπική καρδιοπάθεια (atrial cardiomyopathy): Η νέα νοσολογική οντότητα αντιπηκτική χωρίς τεκμηριωμένη ΚΜ;

Δ. Κατσάρας

11:10 - 11:40

Διαλέξεις

Πρόεδροι: **Μ. Εφραιμίδης, Κ. Λέτσας**

Ενδοκαρδιακό Υπερηχοκαρδιογράφημα Κλινικά παραδείγματα από το εργαστήριο ηλεκτροφυσιολογίας του Ωνασείου Νοσοκομείου

Ο. Καρίκη

Ένα Σύγχρονο Ρομποτικό Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας: Από το Όραμα στην Κλινική Πράξη – Τεχνολογία, Κλινική Πρακτική και Μελλοντικές Προοπτικές

T. Szili – Torok

11:40 - 12:00

Διάλειμμα

12:00 - 13:15

Κοιλιακές Αρρυθμίες - Βηματοδότηση

Πρόεδροι: **Β. Βασιλικός, Γ. Γιαννόπουλος**

Κατάλυση κοιλιακών εκτάκτων συστολών: Από τη συμπτωατική στην προληπτική προσέγγιση. Πρακτικά κριτήρια παραπομπής για κατάλυση και αναμενόμενα αποτελέσματα

Π. Μιλήλης

Κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας ως πρώτης γραμμής θεραπεία

Κ. Λέτσας



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

Κατάλυση κοιλιακής ταχυκαρδίας: Λιγότερα επεισόδια, λιγότεροι θάνατοι;

Ι. Δουνδουλάκης

Κλινική εφαρμογή της PFA τεχνολογίας στις κοιλιακές ταχυκαρδίες

Με δομική καρδιοπάθεια: Μ. Εφραιμίδης

Στις έκτακτες κοιλιακές συστολές χωρίς δομική καρδιοπάθεια: Σ.

Δράγαση

13:15 - 16:00

Βραχείες Διαλέξεις σε Ενδιαφέροντα Αρρυθμιολογικά Θέματα

Πρόεδροι: **Ι. Ιακώβου, Ε. Κανουπάκης, Κ. Λέτσας, Χ. Παναγιώτου, Γ. Φιλιππάτος**

Παρακολούθηση μετά την κατάλυση της κοιλιακής μαρμαρυγής:

Πώς ορίζουμε την «επιτυχία» το 2026; Από το κλασικό 30-second AF recurrence στα δεδομένα συνεχούς παρακολούθησης μέσω εμφυτεύσιμων καταγραφικών

Δ. Βραχάτης

Στρατηγική ελέγχου ρυθμού το 2026. Ποιοι ασθενείς και πότε;

Κ. Βλάχος

Διακοπή αντιπηκτικής αγωγής μετά από επιτυχή επέμβαση κατάλυσης κοιλιακής μαρμαρυγής: Νεότερα δεδομένα

Ε. Κανουπάκης

Υπάρχουν τρόποι “εκμηδενισμού” των επιπλοκών στις επεμβάσεις κατάλυσης;

Β. Σουσώνης

Νοσηλευτική αντιμετώπιση οξέων επιπλοκών κατά τη διάρκεια επεμβάσεων στο Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο

Σ. Χατζή

Σχολιασμός **Σ. Λινάρδος**



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

Manasamten και νέοι μυοτροπικοί παράγοντες στην HCM:

Αρρυθμιολογικές επιπτώσεις. Πέρα από τη μείωση της απόφραξης — επίδραση σε κοιλιακές αρρυθμίες, κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου, ανάγκη ICD. Αλλάζει η διαστρωμάτωση κινδύνου με τη φαρμακολογική θεραπεία;

A. Κασιακόγιας

Μορφολογία LBBB και οι επιπτώσεις στην αμφικοιλιακή βηματοδότηση

A. Σαπλαούρας

Εκτακτοσυστολική κοιλιακή αρρυθμία και στεφανιαία νόσος

N. Κατσιώλης

Καρδιακή αμυλοείδωση: Αρρυθμιολογικές εκδηλώσεις και διαχείριση. Ιδιαιτερότητες αντιπηκτικής αγωγής, ένδειξη βηματοδότης, ICD, και επιπτώσεις των νέων θεραπειών στο αρρυθμιολογικό φορτίο

A. Μεγαρισιώτου

Σύνδρομο Wolff-Parkinson-White: Πότε επεμβαίνουμε στο παιδί, πότε στον έφηβο, πότε περιμένουμε

Δ. Αβραμίδης

Αντιαρρυθμικά φάρμακα το 2026: Έχουν ακόμα θέση;

Γ. Τσιτσινάκης

Συγκοπή ανεξήγητης αιτιολογίας: Η θέση του εμφυτεύσιμου καταγραφικού (ILR). Πρακτικός αλγόριθμος: Ποιον στέλνω για ILR, ποιον για ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, ποιον για παρατήρηση

Σ. Παστρωμάς

16:00 - 20:15

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: **Κ. Λέτσας, Π. Μιλήλης, Α. Σαπλαούρας**

OR01 | Η ψευδής εικόνα κοιλιακής ταχυκαρδίας: Ρυθμικό ηλεκτροκαρδιογραφικό παράσιτο

B. Παπακώστα

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

OR02 | «Αλλ' ουδέν έρπει ψεύδος εις γήρας χρόνου»: Η διαγνωστική αξία του εμφυτεύσιμου καταγραφέα ρυθμού σε ασθενή με υποτροπιάζουσα συγκοπή
Α. Πλαΐτης

Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

OR03 | Atrial tachycardia following inferior STEMI: An electrocardiographic clue to suspected right atrial infarction

Α. Καπερώνης

*General Hospital of Eastern Achaia - Unit of Aigio,
Department of Internal Medicine*

OR04 | Περιοχική κατανομή της ίνωσης του αριστερού κόλπου σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

Ε. Λιόση

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

OR05 | Ηλεκτρική θύελλα ως πρώτη εκδήλωση συνδρόμου Long QT σε ασθενή με συγκοπικό επεισόδιο

Ε. Παπαγεωργίου

Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας

OR06 | Ηλεκτροκαρδιογραφικοί και κλινικοί δείκτες ανταπόκρισης στη θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού

Σ. Οικονόμου

Ωνάσειο Νοσοκομείο

OR07 | Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ως διαγνωστική παγίδα στη συγκοπή

Β. Παπακώστα

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

OR08 | Το γυναικείο φύλο ως ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης εκτεταμένου υποστρώματος χαμηλού δυναμικού του αριστερού κόλπου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

Α. Δέτσικα

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

OR09 | Κατάλυση με υψίσυχο ρεύμα εμμένουσας και ανθεκτικής στην αντιαρρυθμική αγωγή κοιλιακής ταχυκαρδίας σε ασθενή με νεοδιαγνωσθείσα διατακτική μυοκαρδιοπάθεια

Ι. Μαυρογένης

Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο»



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

OR10 | Electrocardiographic evidence of the lower common pathway and its suprahisian properties in dual atrioventricular nodal pathways: a case report

Σ. Γκαμάζ

Νοσοκομείο Υγεία

OR11 | Από τις έκτακτες κοιλιακές συστολές στη διάγνωση καναλοπάθειας: Σύνδρομο Andersen–Tawil σε νεαρή γυναίκα

Π. Τσαπλαρής

Ωνάσειο Νοσοκομείο

OR12 | Ανατομική κατανομή του υποστρώματος χαμηλού δυναμικού σε ασθενείς με εκτεταμένη κολπική μυοπάθεια που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

Ε. Λιόση

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

OR13 | «Το πεπρωμένον φυγείν αδύνατον»: Ηλεκτρική θύελλα σε ασθενή με εμφυτεύσιμο απινιδιστή: διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις

Α. Πλαϊτής

Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

OR14 | Delayed complete atrioventricular block after successful slow-pathway ablation for AVNRT: stepwise recovery of AV conduction

Κ. Ζέκιος

1st Department of Cardiology, University Hospital of Ioannina

OR15 | Ηλεκτροανατομική αναδιαμόρφωση στην παροξυσμική και στην εμμένουσα κολπική μαρμαρυγή: συγκριτική ανάλυση της ίνωσης του αριστερού κόλπου

Ι. Βόσσο

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

OR16 | Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή σε έντονα συμπτωματικό ασθενή 23 ετών

Ν. Μάργος

Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας–Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

OR17 | Περιεπεμβατική αντιβιοτική αγωγή στην εμφύτευση καταγραφέα καρδιακού ρυθμού και συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης

Ο. Καδδά

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, σε συνεργασία με το Ωνάσειο Νοσοκομείο



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ | ΣΑΒΒΑΤΟ 3 Οκτωβρίου 2026

OR18 | Διαφορές στην ανατομική κατανομή του υποστρώματος χαμηλού δυναμικού του αριστερού κόλπου μεταξύ ανδρών και γυναικών που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

I. Βόσσο

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

OR19 | Κατάλυση αριστερού πλάγιου παραπληρωματικού δεματίου υψηλού κινδύνου σε νεαρό ασθενή με προδιεγερμένη κολπική μαρμαρυγή, κολποκοιλιακή ταχυκαρδία επανεισόδου και οξεία μυοκαρδίτιδα

I. Μαυρογένης

Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο»

OR20 | Αλλαγές τρόπου ζωής ασθενών μετά από κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής

Ο. Καδδά

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, σε συνεργασία με το Ωνάσειο Νοσοκομείο

20:15-21:15

Λήξη Συνεδρίου – Συμπεράσματα



Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

T. Szili – Torok / Professor of Cardiology, Director of Center of Cardiology, Electrophysiologist, University of Szeged, Hungary

Δ. Αβραμίδης / Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Αρρυθμιολογικού Τμήματος - Ηλεκτροφυσιολογικού Εργαστηρίου Παίδων, Παιδοκαρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ / ΜΗΤΕΡΑ Παιδιατρική, Αθήνα

Ι. Αναγνωστόπουλος / Καρδιολόγος- Ηλεκτροφυσιολόγος, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο «Η Αγία Τριάς»

A. Αναστασάκης / MD, PhD, Καρδιολόγος, Μονάδα Κληρονομικών και Σπανίων Καρδιαγγειακών Παθήσεων, Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Γ. Ανδρικόπουλος / Καρδιολόγος, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής / Ηλεκτροφυσιολογίας - Βηματοδότησης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

Δ. Αντωνάκης / M.D., MSc, Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Μονάδας Κληρονομικών και Σπάνιων Καρδιαγγειακών Παθήσεων, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Senior Clinical Lecturer, St George's University of London, Comm Coordinator ESC Council of Cardiovascular Genomics, Nucleus member Sports Cardiology Section EAPC, Education Committee EAPC

A. Αντωνόπουλος / Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Μονάδα Καρδιογενετικής, Α' Παν. Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΑ

A. Αρχοντίκης / MD, Msc, Ειδικός Καρδιολόγος

Δ. Αρβανιτίδης / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής Ή Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

B. Βασιλικός / MD, FACC, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

K. Βλάχος / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής, Ζ' Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Δ. Βραχάκης / Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ. Επεμβατικός Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος.

Γ. Γιαννόπουλος / Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Σ. Δεστεραΐος / Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Αττικών», Αθήνα. Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο «Η Αγία Τριάς».



Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

Π. Δηλαβέρης / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Γ' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ν.Ν.Θ.Α. "Η ΣΩΤΗΡΙΑ".

Ι. Δουνδουλάκης / MD, MSc(Res), PhD, FEHRA, Cardiologist-Electrophysiologist, Heart Rhythm Management Centre, UZ Brussels, Belgium, Επιστημονικός συνεργάτης, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική ΕΚΠΑ

Σ. Δράγας / MD, MSc, Καρδιολόγος, Εξειδικευμένος στην Επεμβατική Αρρυθμιολογία-Ηλεκτροφυσιολογία, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμημάτων Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης Ωνάσειο Νοσοκομείο και Ευρωκλινικής Αθηνών

Θ. Εφραιμίδης / PhD Candidate, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Μ. Εφραιμίδης / MD, PhD, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα, Διευθυντής Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Κ. Ζέκιος / Επιμελητής Β', Α' Καρδιολογικής ΠΓΝΙ

Ι. Ιακώβου / Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής, Τμήμα Αιμοδυναμικών Μελετών & Επεμβατικής Καρδιολογίας, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Π. Ιωαννίδης / Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικού Ρυθμολογικού Κέντρου, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, Αθήνα

Ε. Καλλέργης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Πα.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο, Κρήτη

Ε. Κανουπάκης / Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Πα.Γ.Ν.Η., Ηράκλειο

Ε. Καραμανώλης / Ειδικευόμενος Καρδιολογίας -ΠΓΝ Αττικών

Ο. Καρίκη / MD, MSc, Καρδιολόγος, Μετεκπαιδευόμενη Ηλεκτροφυσιολογίας, τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Α. Κασιακόγιας / Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΕΚΠΑ, Μονάδα Καρδιογενετικής, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, Αθήνα

Α. Κατσιώβας / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιστημονικός Συντονιστής, Γ' Καρδιολογική Κλινική, Καρδιολογικό Ρυθμολογικό Κέντρο, Νοσοκομείο ΙΑΣΩ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Δ. Κατσάρας / MD, MSc, Επιμελητής Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος, Γ.Ν.Π.ΤΖΑΝΕΙΟ

Ν. Κατσιώλης / Καρδιολόγος, Εξειδικευόμενος Επεμβατικής Καρδιολογίας, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά



Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

Ι. Κόνιαρη / MD, PhD, FACC, FESC, FEHRA, Καρδιολόγος -Επεμβατική Ηλεκτροφυσιολόγος Επιμελήτρια Α, Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, Honorary Associate Liverpool Centre for Cardiovascular Science

Χ. Κοντογιάννης / MD, PhD, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής - Ηλεκτροφυσιολογίας Και Βηματοδοτών

Α. Κορδαλής / Επίκουρος Καθηγητής, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γ.Ν.Α., Αθήνα

Σ. Κοσκινά / Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Π. Κουδούνης / Καρδιολόγος - Αρρυθμιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Καρδιολογικό Κέντρο Ιατρικού Π. Φαλήρου

Σ. Κούνας / Καρδιολόγος, Διευθυντής Ε' Καρδιολογικής Κλινικής- Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα, EACVI Accreditation in transthoracic and transesophageal Echocardiography

Μ. Κούστα / MD, MSc, PhD(c), Καρδιολόγος-Ηλεκτροφυσιολόγος, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο "Η Αγία Τριάς"

Α. Κωστοπούλου / Καρδιολόγος, Αναπληρώτρια Διευθύντρια, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Σ. Κωτούλας / MD, MSc, PhD(c), MBA, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας

Κ. Λέτσας / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ι. Λιατάκης / Καρδιολόγος, MD, PhD, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Μυοκαρδιοπαθειών και πρόληψης αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Σ. Λινάρδος / Προϊστάμενος του Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Α. Μακρής / MD, MSc, PhD, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Γ. Μαλίγκος / MD, MSc, Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

Δ. Μανωλάτος / Καρδιολόγος, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα



Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

Θ. Μαούνης / Καρδιολόγος- Ηλεκτροφυσιολόγος, Διευθυντής Δ' Καρδιολογικό Τμήμα, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

Α. Μαρτίνος / Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικής Κλινικής, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Ι. Μαυρογένης / MD, MSc(c), Καρδιολόγος, Καρδιολογική κλινική, ΓΝΑ Σισμανόγλειο

Α. Μεγαρισιώτου / Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελήτρια Α', Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Π. Μιλήλης / Επιμελητής Β, Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Α. Μπατσούλη / Καρδιολόγος, Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Ό. Μπολέτη / MD, MRCPCH (UK), PhD (UCL)

Γ. Νιάρχου / Επιμελήτρια Β Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Ε. Νύκταρη / Αναπληρώτρια Διευθύντρια στο Τμήμα Μη Επεμβατικής Καρδιολογίας, Advanced Cardiovascular Imaging, Επιστημονική υπεύθυνος Μονάδα Μαγνητικής Καρδιάς, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Σ. Ξυδώνας / MD, Ph.D., FESC, FHFA Διευθυντής, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Χ. Παναγιώτου / MSc, PhD, FESC, FHFA, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ωνάσειο Νοσοκομείο

Ι. Παπαγιάννης / Παιδοκαρδιολόγος, Ηλεκτροφυσιολόγος Παίδων, Διευθυντής Τμήματος Παιδοκαρδιολογίας & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Σ. Παπαθεοδώρου / Καρδιολόγος, Μονάδα Κληρονομικών και Σπάνιων Καρδιαγγειακών Παθήσεων, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Σ. Παστρωμάς / Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Διευθυντής ΣΤ' Καρδιολογικής Κλινικής, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

Η. Πατσιώτης / Επιμελητής Β, Α' Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Αθήνα



Λίστα Ομιλητών – Προέδρων - Σχολιαστών

Ε. Πράππα / Καρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Α. Σαπλαούρας / MD, MSc., FESC, Ειδικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Α. Σιδέρης / Καρδιολόγος, Τέως Διευθυντής Β' Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Β. Σουσώνης / MD, PhD, Καρδιολόγος – Ηλεκτροφυσιολόγος, Επιμελητής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Συνεργάτης Η' Καρδιολογικής Κλινικής Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ

Σ. Τζέης / Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ενηλίκων & Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Νοσοκομείο Μητέρα - Όμιλος ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Φ. Τουλαγρίδης / Καρδιολόγος, Εξειδικευόμενος Ιατρός στην Επεμβατική Καρδιολογία και τις Δομικές παθήσεις της καρδιάς, Αιμοδυναμική Μονάδα Επεμβατικής Καρδιολογίας, Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα

Α. Τρίκας / Καρδιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Δ. Τσιαχρής / Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών «Athens Heart Center»

Π. Τσιούφης / MD, MSc, PhD (c), Cardiology Registrar, North Middlesex University Hospital, London

Γ. Τσιτσινάκης / MSc, PhD, Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Υπεύθυνος Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, ΓΝΑ "Σισμανόγλειο", Αθήνα

Γ. Φιλιππάτος / Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Ν. Φραγκάκης / MD, PhD, FESC, Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Ι. Φραγκούλης / Καρδιολόγος, Επιμελητής, Β' Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

Σ. Χατζή / Νοσηλεύτρια MSc, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Μ. Χατζητοφή / Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Β', Ωνάσειο Νοσοκομείο

Σ. Χατζίδου / Επεμβατική Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Αιμοδυναμικού Τμήματος, Γ.Ν. Αλεξάνδρα, Αθήνα



Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις παρακάτω εταιρίες για τη συμβολή τους στην επιτυχία του 12ου Πανελλήνιου Αρρυθμιολογικού Συνεδρίου.

 **ABBOTT**

Medtronic

**Johnson & Johnson
MedTech**

**Boston
Scientific**

Advancing science for life™

 **VIANEX** S.A.
PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS
MEMBER OF GIANNAKOPOULOS GROUP

 **40** XPONIA
MEDICARE
HELLAS S.A.



Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ



ELPEN



Pharmaceutical Laboratories S.A.



Edwards™



OR01 | Η ΨΕΥΔΗΣ ΕΙΚΟΝΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ: ΡΥΘΜΙΚΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΑΡΑΣΙΤΟ

**Βασιλική Παπακώστα¹, Εμμανουήλ Σιδεράς¹, Θεμιστοκλής Πατερομιχελάκης¹,
Σολομώντας Σωκράτους¹, Εμμανουήλ Κουταλάς¹, Εμμανουήλ Κανουπάκης¹, Μιχαήλ
Χαμηλός¹**

¹ Καρδιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

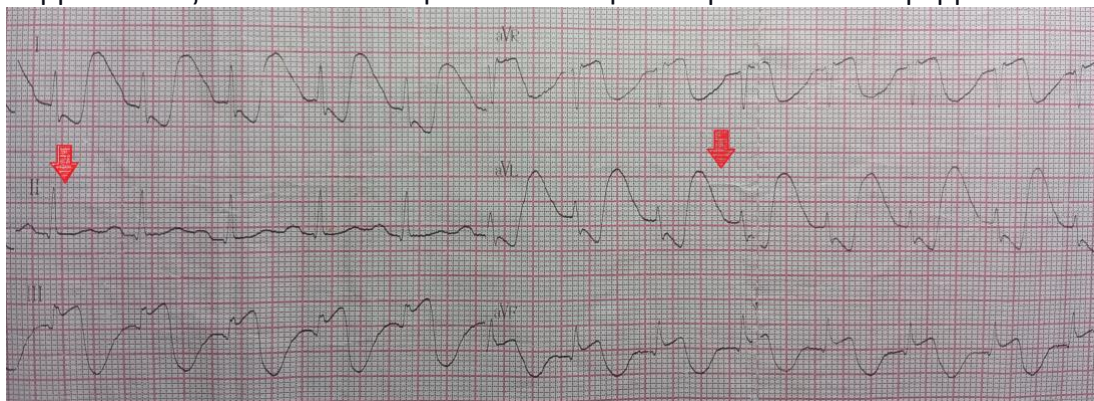
Σκοπός εργασίας: Τα ηλεκτροκαρδιογραφικά παράσιτα αποτελούν γνωστή αιτία ψευδώς παθολογικών ευρημάτων, ενώ ορισμένες μορφές τους μπορούν να μιμηθούν εντυπωσιακά σοβαρές αρρυθμίες ή ισχαιμικές αλλοιώσεις, οδηγώντας εσφαλμένα σε εκτεταμένο διαγνωστικό έλεγχο και δυνητικά ακατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Παρουσιάζεται περιστατικό ασθενούς με ρυθμικό ηλεκτροκαρδιογραφικό παράσιτο, που μιμήθηκε εικόνα ψευδοκοιλιακής ταχυκαρδίας.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 42 ετών, καπνιστής, με δυσλιπιδαιμία, χωρίς γνωστό καρδιολογικό ιστορικό προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω επιγαστραλγίας. Το αρχικό ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε εκτεταμένες, ασυνήθεις και έντονα παραμορφωτικές αλλοιώσεις της μορφολογίας των συμπλεγμάτων QRS και διαταραχές επαναπόλωσης, με εικόνα που προσομοίαζε σοβαρή κοιλιακή αρρυθμία. Ακολούθησε πλήρης καρδιολογικός έλεγχος με διαδοχικές μετρήσεις καρδιακών βιοδεικτών, υπερηχοκαρδιογράφημα και στεφανιογραφία.

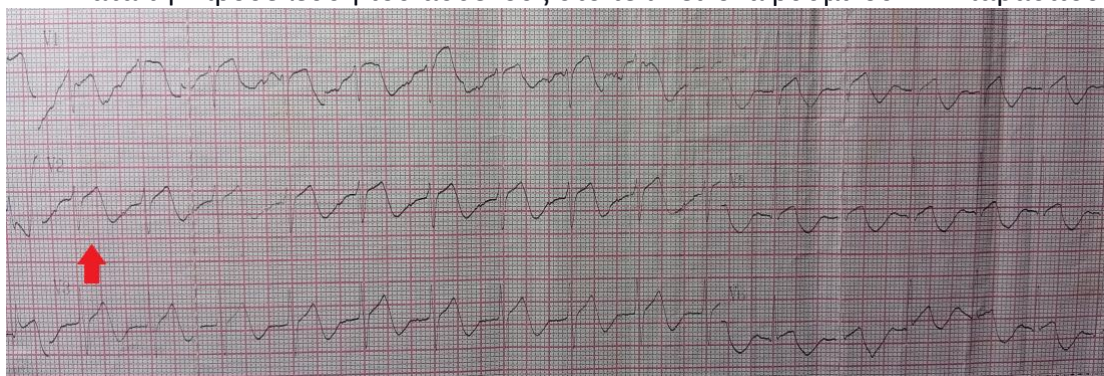
Αποτελέσματα: Ο ασθενής παρέμεινε αιμοδυναμικά σταθερός καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Επαναληπτικό ηλεκτροκαρδιογράφημα, το οποίο πραγματοποιήθηκε λίγη ώρα αργότερα, ανέδειξε πλήρη εξάλειψη των αρχικών ευρημάτων. Οι διαδοχικές μετρήσεις τροπονίνης υψηλής ευαισθησίας ήταν αρνητικές (21,ng/dl--> 2,5ng/dl--> 2,2ng/dl). Η προσεκτική επανεκτίμηση του αρχικού ΗΚΓ ανέδειξε χαρακτηριστικά ευρήματα ηλεκτροκαρδιογραφικού παρασίτου, συμπεριλαμβανομένων του sinus sign στην απαγωγή II και του spike sign στην aVL. Η χαρακτηριστική κατανομή των αλλοιώσεων, με συμμετοχή των I, III, aVR, aVL, aVF και των προκάρδιων απαγωγών, με διατήρηση της II, ενίσχυσε την εκτίμηση αυτή. Ωστόσο λόγω διαγνωστικής αβεβαιότητας και λόγω των παραγόντων κινδύνου του ασθενούς διενεργήθηκε στεφανιογραφικός έλεγχος από τον οποίο δεν αναδείχθηκαν σημαντικές βλάβες στα στεφανιαία αγγεία. Η τελική εκτίμηση απέδωσε τα αρχικά ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα σε ρυθμικό παράσιτο, το οποίο μιμήθηκε εντυπωσιακά σοβαρή καρδιακή παθολογία.



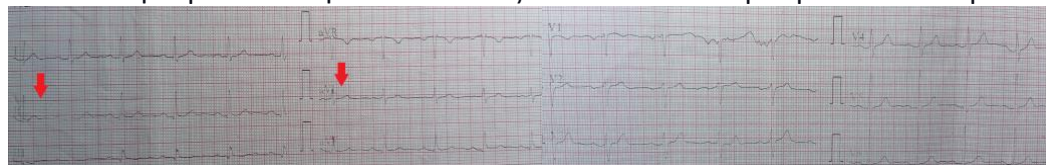
Συμπεράσματα: Το ρυθμικό ηλεκτροκαρδιογραφικό παράσιτο μπορεί να δημιουργήσει ιδιαίτερα παραπλανητικές εικόνες, ακόμη και σε έμπειρους κλινικούς ιατρούς. Μπορεί να εμφανιστεί σε ποικίλες κλινικές και τεχνικές συνθήκες, όπως τρόμος (π.χ. ρίγος, νόσος Parkinson), μυϊκός τρόμος από άγχος ή πόνο, ηλεκτρομηχανικές παρεμβολές, κακή επαφή ηλεκτροδίων, καθώς και σε περιβάλλοντα με αυξημένο ηλεκτρομαγνητικό θόρυβο ή κίνηση του ασθενούς. Η συσχέτιση των ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων με την κλινική εικόνα, καθώς και η έγκαιρη επανάληψη της καταγραφής, αποτελούν καθοριστικά βήματα για την αποφυγή λανθασμένων διαγνώσεων, περιπτώσεων επεμβατικών εξετάσεων και δυνητικά ακατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων.



ΗΚΓ κατά την προσέλευση του ασθενούς στο τεπ - εικόνα ρυθμικού ΗΚΓ παρασίτου



ΗΚΓ κατά την προσέλευση του ασθενούς στο τεπ - εικόνα ρυθμικού ΗΚΓ παρασίτου



Επαναληπτικό ΗΚΓ ασθενούς, χωρίς εικόνα ρυθμικού ΗΚΓ παρασίτου



OR02 | «ΑΛΛ' ΟΥΔΕΝ ΕΡΠΕΙ ΨΕΥΔΟΣ ΕΙΣ ΓΗΡΑΣ ΧΡΟΝΟΥ», Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΑ ΡΥΘΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΣΥΓΚΟΠΗ

Αριστείδης Πλαϊτής¹, Αλέξανδρος Αρχοντίκης¹, Αγγελική Βασιλειάδου¹, Ανδρέας Λυμπέρης¹, Ελένη Μπούσουλα², Νικόλαος Παπακωνσταντίνου², Δημήτριος Κατσάρας¹, Στέφανος Αρχοντάκης³, Σκεύος Σιδεράς³, Νικόλαος Πατσουράκος¹

¹ Τμήμα Αρρυθμιών, Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ

² Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ

³ Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Σκοπός Εργασίας: Η ανάδειξη της διαγνωστικής αξίας του εμφυτεύσιμου καταγραφέα βρόχου (Implantable Loop Recorder, ILR) σε ασθενή με υποτροπιάζουσα συγκοπή και αρνητικό αρχικό διαγνωστικό έλεγχο.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 71 ετών προσήλθε λόγω δύο επεισοδίων προσυγκοπής, διάρκειας τριάντα δευτερολέπτων, με συνοδό αδιαθεσία, αίσθημα παλμών και εφίδρωση και ενός συγκοπτικού επεισοδίου διάρκειας ενός λεπτού, χωρίς τραυματισμό. Αναφέρονταν υποθυρεοειδισμός, δυσλιπιδαιμία και καταθλιπτική συνδρομή. TSH και fT4 ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ η ασθενής δεν ελάμβανε αγωγή επηρεάζουσα την κολποκοιλιακή αγωγή ή τον καρδιακό ρυθμό. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρήθηκαν κολποκοιλιακός αποκλεισμός πρώτου βαθμού (PR 224 ms) και αποκλεισμός δεξιού σκέλους (QRS 130 ms), χωρίς άλλη διαταραχή ενδοκοιλιακής αγωγής. Ηχωκαρδιογραφικός, νευρολογικός και λοιπός έλεγχος, καθώς και 24ωρο Holter, δεν ανέδειξαν την αιτιολογία.

Αποτελέσματα: Ακολούθησαν δύο ακόμη συγκοπτικά επεισόδια σε καθιστή θέση, με αίσθημα παλμών, και νοσηλεία με συνεχή παρακολούθηση, στεφανιογραφία, μαγνητική τομογραφία καρδιάς και εβδομαδιαίο Holter, χωρίς διαγνωστικά ευρήματα. Κατόπιν ηλεκτροφυσιολογικής εκτίμησης, και δεδομένης της μέτριας διαγνωστικής απόδοσης της ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών, επιλέχθηκε παρατεταμένη παρακολούθηση με ILR. Σε νέο συγκοπτικό επεισόδιο σε καθιστή θέση, περίπου έναν μήνα μετά την εμφύτευση, καταγράφηκαν πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός και κοιλιακές παύσεις έως 9,8 sec. Ακολούθησε εμφύτευση μόνιμου τεχνητού βηματοδότη, με την ασθενή έκτοτε ασυμπτωματική.

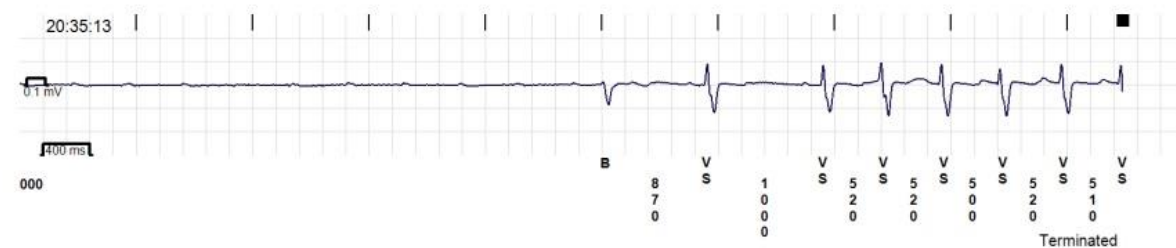
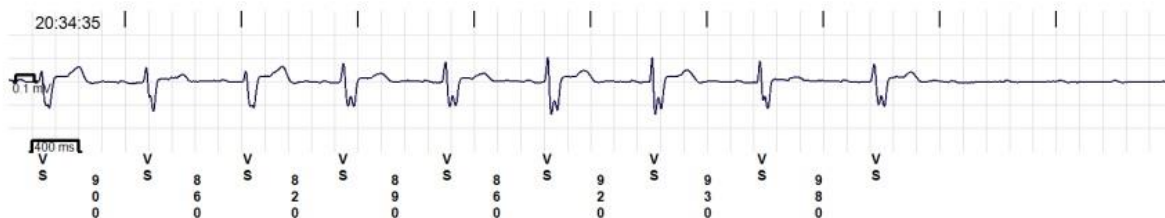
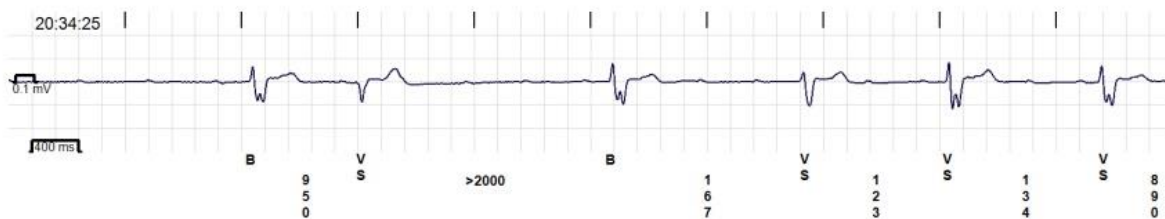
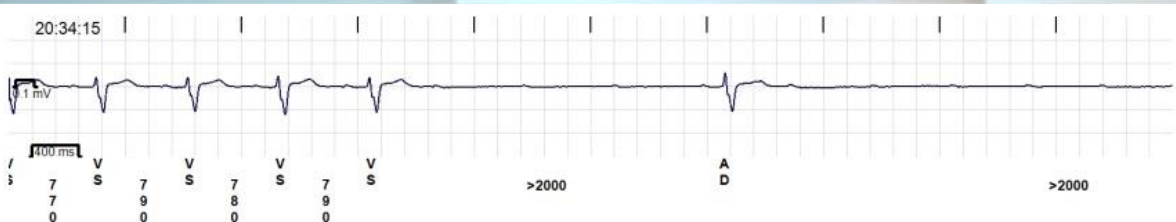
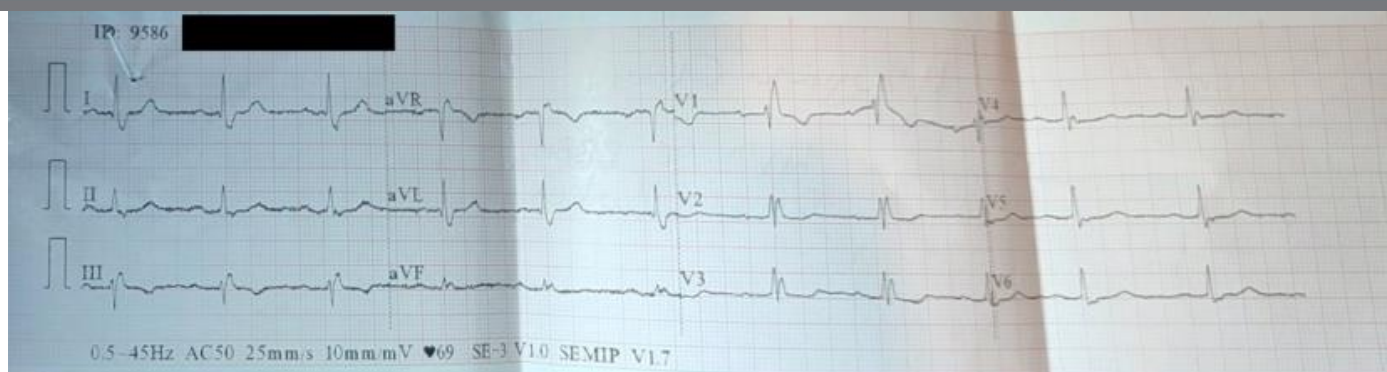
Συμπεράσματα: Σε υποτροπιάζουσα ανεξήγητη συγκοπή με διαταραχές αγωγής, ο αρνητικός αρχικός έλεγχος δεν αποκλείει σοβαρή παροξυσμική βραδυαρρυθμία. Το ILR μπορεί να τεκμηριώσει τη συσχέτιση συμπτωμάτων-ρυθμού και να καθοδηγήσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση.



Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα





OR03 | ATRIAL TACHYCARDIA FOLLOWING INFERIOR STEMI: AN ELECTROCARDIOGRAPHIC CLUE TO SUSPECTED RIGHT ATRIAL INFARCTION

Ilias Sichlimiris¹, Alexandros Kaperonis²

¹ General Hospital of Eastern Achaia - Unit of Aigio, Department of Cardiology,

² General Hospital of Eastern Achaia - Unit of Aigio, Department of Internal Medicine,

Background: Atrial ischemic injury is an uncommon complication of acute myocardial infarction, with no universally accepted diagnostic criteria. New atrial conduction disturbances or tachyarrhythmias may therefore provide important diagnostic clues.

Methods: We present a rare case of inferior STEMI complicated by persistent atrial rhythm abnormalities and focal atrial tachycardia, focusing on serial ECG findings, treatment response, and specialist electrophysiology consultation.

Results: A 57-year-old man presented with inferior STEMI. The admission ECG demonstrated PR-segment depression in the inferior leads with reciprocal PR-segment elevation in aVR. Post-infarction pericarditis was considered unlikely because PR-segment deviations were present at presentation, preceding the expected timing of post-infarction pericarditis. Three episodes of ventricular fibrillation required defibrillation. Coronary angiography showed complete proximal right coronary artery (RCA) occlusion and 90% mid-left anterior descending artery stenosis. Following reperfusion, a persistent low atrial rhythm with negative P waves in the inferior leads was documented.

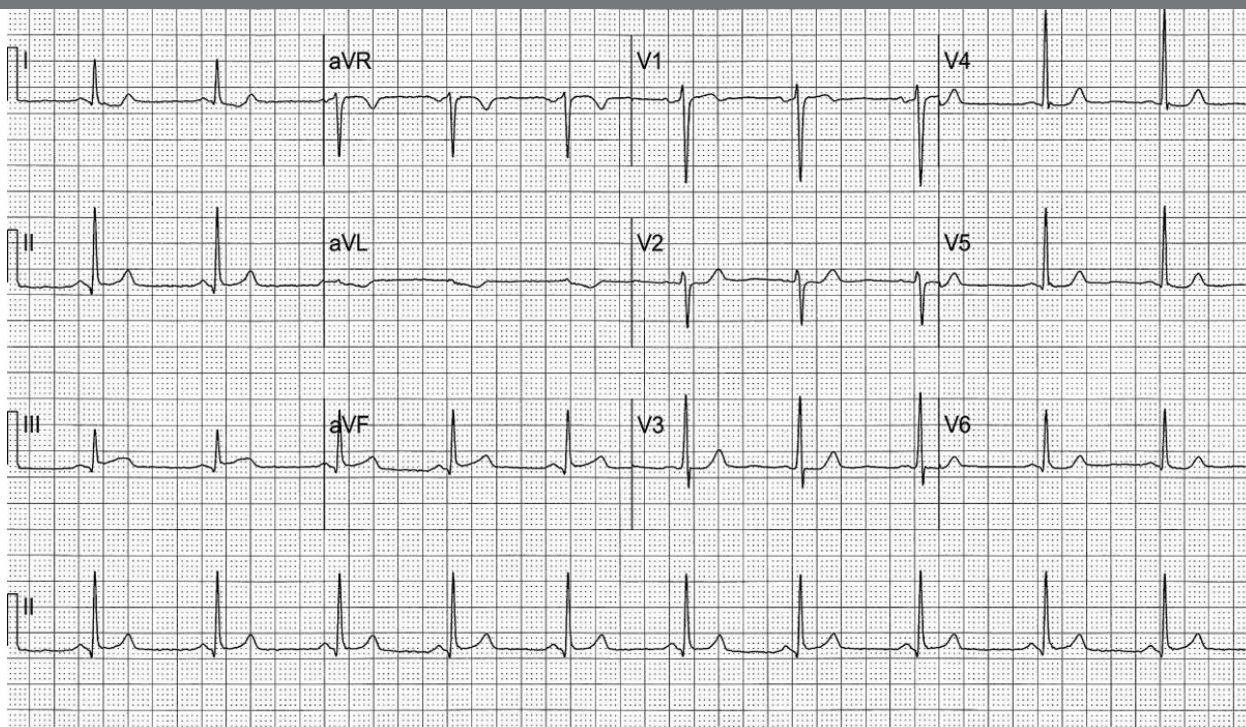
Thirteen days later, the patient was readmitted with pulmonary embolism. During hospitalization, a regular narrow-complex tachycardia at 136 beats/min developed, with visible negative P waves in the inferior leads. Intravenous amiodarone and esmolol failed to terminate the tachycardia. Adenosine (6 and 12 mg) produced transient atrioventricular block without tachycardia termination, arguing against an atrioventricular node-dependent mechanism. Ventricular rate was subsequently reduced with diltiazem and continued amiodarone therapy, but the atrial tachycardia persisted. ECG analysis suggested focal atrial tachycardia with a possible paraseptal origin. No invasive electrophysiological study was performed following successful electrical cardioversion, which restored sinus rhythm, subsequently maintained with amiodarone and bisoprolol.

Conclusions: Early PR-segment deviations, persistent low atrial rhythm, and subsequent focal atrial tachycardia following proximal RCA occlusion raised suspicion of right atrial ischemic injury/infarction. The concomitant pulmonary embolism may have contributed to arrhythmia recurrence. Recognition of this pattern may prompt consideration of atrial ischemic injury in patients with post-infarction atrial arrhythmias.



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα

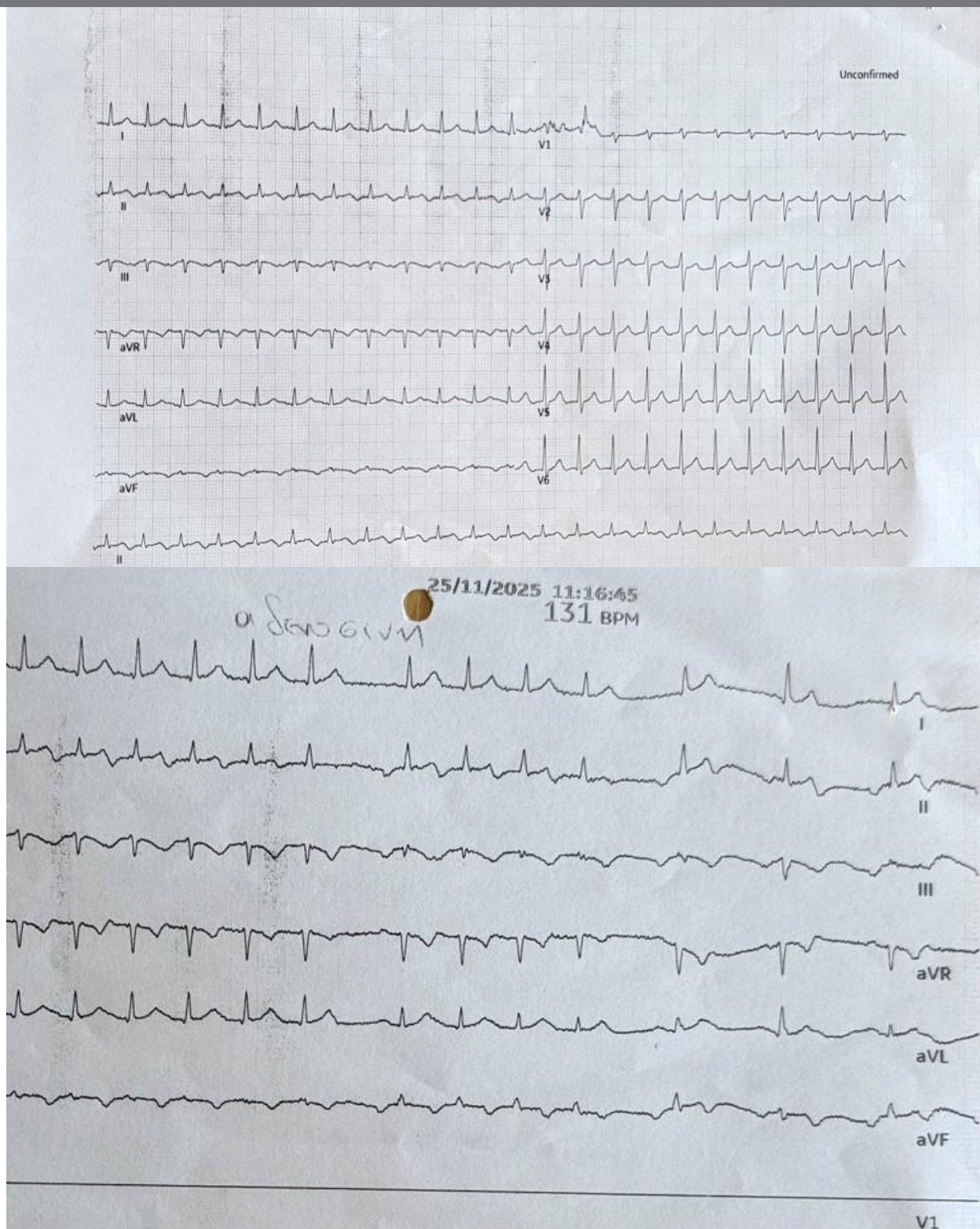




Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα





OR04 | ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Αθηνά Μπατσούλη¹, Σωτήριος Ξυδώνας¹, Αθανασία Μεγαρισιώτου¹, Νικόλαος Τσολίγκας¹, Ελένη Κωνσταντινίδου², Αθανασία Δέτσικα², Ιωάννης Βόσσος², Ελένη Λιόση², Άλκηστις Πατσάκη², Αθανάσιος Τρίκας²

¹ Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Εισαγωγή: Η κολπική ίνωση αποτελεί σημαντικό στοιχείο του αρρυθμιογόνου υποστρώματος της κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ). Οι περιοχές χαμηλού δυναμικού (Low Voltage Areas, LVA) χρησιμοποιούνται ως ηλεκτροανατομικός δείκτης κολπικής ίνωσης, ωστόσο η περιοχική κατανομή τους στον αριστερό κόλπο δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση τόσο της **παρουσίας** όσο και της **έκτασης** των LVA σε επιμέρους ανατομικές περιοχές του αριστερού κόλπου μεταξύ ασθενών με παροξυσμική και εμμένουσα ΚΜ.

Υλικό – Μέθοδοι: Αναδρομικά αναλύθηκαν **64 διαδοχικοί ασθενείς** που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση ΚΜ, εκ των οποίων **33 είχαν παροξυσμική ΚΜ και 31 εμμένουσα ΚΜ**. Η τρισδιάστατη ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση πραγματοποιήθηκε με το σύστημα CARTO κατά τη διάρκεια φλεβοκομβικού ρυθμού. Ως LVA ορίστηκαν περιοχές με διπολικό δυναμικό <0,5 mV. Η παρουσία και η έκταση των LVA αξιολογήθηκαν ξεχωριστά στην οροφή, το πρόσθιο τοίχωμα, το οπίσθιο τοίχωμα, το μεσοκολπικό διάφραγμα, το κάτω τοίχωμα και το ridge του αριστερού κόλπου.

Οι συνεχείς μεταβλητές συγκρίθηκαν με τη δοκιμασία **Mann–Whitney U**, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές με χ^2 ή **ακριβή δοκιμασία Fisher**, κατά περίπτωση. Επειδή πραγματοποιήθηκαν συνολικά **12 περιοχικές συγκρίσεις**, εφαρμόστηκε διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων κατά **Holm**, με διορθωμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Η **παρουσία LVA στο οπίσθιο τοίχωμα** ήταν σημαντικά συχνότερη στους ασθενείς με εμμένουσα ΚΜ σε σύγκριση με εκείνους με παροξυσμική ΚΜ: **23/31 (74%) έναντι 10/33 (30%), μη διορθωμένο $p=0,001$, Holm-adjusted $p=0,012$** . Η διαφορά αυτή παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά τη διόρθωση για πολλαπλές συγκρίσεις.

Υψηλότερη συχνότητα LVA στην εμμένουσα ΚΜ παρατηρήθηκε επίσης στην οροφή (**61% έναντι 33%, $p=0,028$**) και στο κάτω τοίχωμα (**48% έναντι 24%, $p=0,038$**), χωρίς όμως οι διαφορές αυτές να παραμένουν στατιστικά σημαντικές μετά τη διόρθωση Holm.

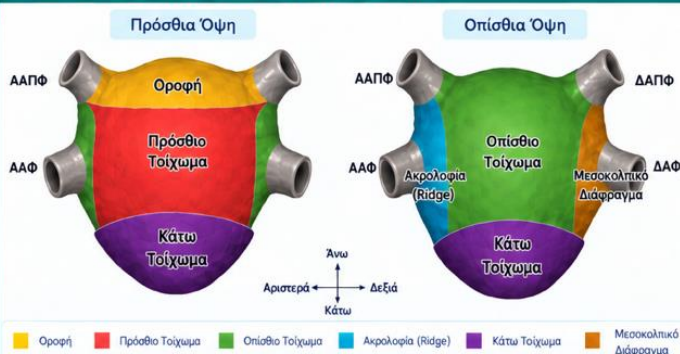
Ως προς την **έκταση** των LVA, το οπίσθιο τοίχωμα εμφάνισε μεγαλύτερη μέση επιφάνεια LVA στην εμμένουσα έναντι της παροξυσμικής ΚΜ (**2,70 έναντι 1,34 cm², p=0,029**), εύρημα που επίσης δεν διατήρησε στατιστική σημαντικότητα μετά τη διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων. Τάση προς μεγαλύτερη έκταση LVA παρατηρήθηκε στην οροφή (**3,02 έναντι 1,12 cm², p=0,064**). Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες περιοχές μετά τη διόρθωση.

Συμπεράσματα: Η ανατομική κατανομή των LVA διαφέρει μεταξύ παροξυσμικής και εμμένουσας ΚΜ, με το οπίσθιο τοίχωμα να εμφανίζει τη σαφέστερη διαφοροποίηση. Τα ευρήματα υποδηλώνουν διαφορετικό πρότυπο ηλεκτροανατομικής αναδιαμόρφωσης στην εμμένουσα ΚΜ και αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω μελέτης της περιοχικής ετερογένειας της κολπικής ίνωσης.

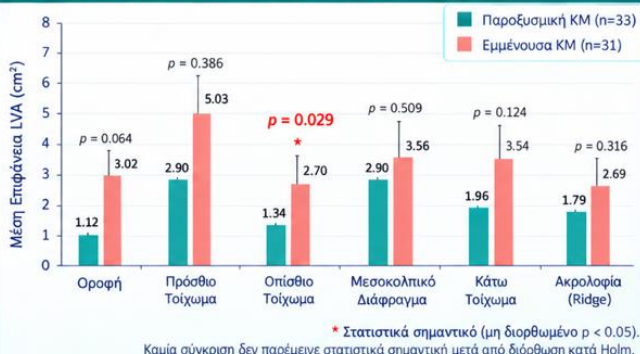
ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Σύγκριση μεταξύ Παροξυσμικής και Εμμένουσας ΚΜ (n=64: 33 παροξυσμική, 31 εμμένουσα)

Α. Περιφερική Ανατομία του Αριστερού Κόλπου



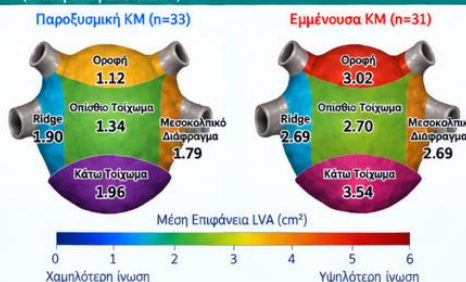
Β. Μέση Επιφάνεια LVA (cm²) ανά Περιοχή και Τύπο ΚΜ



Γ. Συχνότητα Ασθενών με LVA σε Κάθε Περιοχή (%)

Περιοχή	Παροξυσμική ΚΜ (n = 33) n (%)	Εμμένουσα ΚΜ (n = 31) n (%)	p τιμή (μη διορθωμένη)	p τιμή (Holm)
Οροφή	11 (33%)	19 (61%)	0.028	0.224
Πρόσθιο Τοίχωμα	14 (42%)	20 (65%)	0.073	0.365
Οπίσθιο Τοίχωμα	10 (30%)	23 (74%)	0.001	0.012
Μεσοκοιλιακό Διάφραγμα	13 (39%)	17 (55%)	0.174	0.523
Κάτω Τοίχωμα	8 (24%)	15 (48%)	0.038	0.228
Ακρολοφία (Ridge)	6 (18%)	11 (35%)	0.109	0.436

Δ. Ηλεκτροανατομική Χαρτογράφηση (Μέση Επιφάνεια LVA)



Ε. Κύρια Ευρήματα

- Η παρουσία LVA στο οπίσθιο τοίχωμα ήταν σημαντικά συχνότερη στην εμμένουσα ΚΜ (23/31, 74%) σε σχέση με την παροξυσμική ΚΜ (10/33, 30%) (p = 0.001, Holm p = 0.012).
- Η μέση επιφάνεια LVA στο οπίσθιο τοίχωμα ήταν μεγαλύτερη στην εμμένουσα ΚΜ (2.70 έναντι 1.34 cm², p = 0.029), χωρίς στατιστική σημαντικότητα μετά Holm.
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες περιοχές μετά τη διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων.

LVA: περιοχή χαμηλού δυναμικού, οριζόμενη ως διπολικό δυναμικό < 0.5 mV.

Στατιστική ανάλυση: συνεχείς μεταβλητές με Mann-Whitney U, κατηγορικές μεταβλητές με χ² ή ακριβή test Fisher, διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων κατά Holm (12 συγκρίσεις).



**OR05 | ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΘΥΕΛΛΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ LONG QT ΣΕ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΓΚΟΠΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Ελένη Παπαγεωργίου¹, Κώστας Οικονομου¹, Ελένη Καραπατσούδη¹, Μαρία Πλιάτσικα¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Εδεσσας

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικού συγκοπικού επεισοδίου με κακοήθη κοιλιακή αρρυθμιογένεση στα πλαίσια συγγενούς long QT, αναδεικνύοντας τη διαγνωστική πορεία, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τη σημασία υψηλού δείκτη κλινικής υποψίας για καναλοπάθειες.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 60 ετών προσήλθε λόγω αναφερόμενου συγκοπικού επεισοδίου. Αρχικό ΗΚΓ: οριακό QTc 470 ms. Εισήχθη στην Καρδιολογική Κλινική όπου τοποθετήθηκε Holter ρυθμού. Επειτα 12 ωρών νοσηλείας και ενώ ήταν σε άριστη κλινική κατάσταση (περιπατητική), κατά την κατάκλιση, υπέστη απώλεια αισθήσεων· εφαρμόστηκαν θωρακικές συμπίεσεις και απινίδωση με άμεση ανάκτηση επιπέδου συνείδησης. Το Holter κατέγραψε εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία, ριπές κολπικής μαρμαρυγής και επεισόδιο R-on-T που πυροδότησε torsade de pointes. Νέο ΗΚΓ: long QTc 600 ms. Θεραπευτικά χορηγήθηκαν εσμολόλη και μαγνήσιο· λόγω συμβαμάτων σε χαμηλές σφύξεις διακόπηκε η εσμολόλη και έγινε έναρξη ισοπροτερενόλης, η οποία διεκόπη λόγω συμβαμάτων σε υψηλές σφύξεις και έγινε επανέναρξη εσμολόλης και ξυλοκαΐνης. Ακολούθησε έναρξη μεξιλετίνης. Ελήφθησαν απεικονιστικός έλεγχος (MRI καρδιάς) και γενετικός έλεγχος.

Αποτελέσματα/Συμπεράσματα Καταγράφηκαν συνολικά 8 επεισόδια torsade de pointes που απαιτούσαν απινίδωση. Η μεξιλετίνη οδήγησε σε βράχυνση QTc σε 510 ms και μείωση των επεισοδίων (2/12 ώρες, με ανάγκη απινίδωσης). Η ασθενής διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο κέντρο, όπου εμφυτεύθηκε μόνιμος βηματοδότης/απινιδωτής. Η μαγνητική καρδιάς ήταν φυσιολογική χωρίς στοιχεία μυοκαρδιοπάθειας/ίνωσης, ενώ ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε long QT type 1. Το περιστατικό υπογραμμίζει ότι οι καναλοπάθειες αποτελούν νοσήματα με ηλεκτρικό και όχι δομικό υπόστρωμα. Η έγκαιρη αναγνώριση παρατεταμένου QT, η στοχευμένη φαρμακευτική αγωγή (μαγνήσιο, β-αποκλεισμός, μεξιλετίνη σε κατάλληλες περιπτώσεις) και η έγκαιρη απινίδωση/συσσκευή ICD είναι κρίσιμες για τη μείωση κακοήθων αρρυθμιών και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου.



OR06 | ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΑΝΑΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ

Σωκράτης Οικονόμου, Σταυρούλα Κοσκινά, Παρασκευάς Τσαπλάρης, Αθανάσιος Μακρής, Θεόδωρος Εφραιμίδης, Ουρανία Καρίκη, Παναγιώτης Μιληλής, Αθανάσιος Σαπλαούρας, Στυλιανός Δραγάσης, Κωνσταντίνος Π. Λέτσας, Μιχαήλ Εφραιμίδης
Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογικών Μελετών και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός εργασίας

Ο αποκλεισμός του αριστερού σκέλους αποτελεί βασικό κριτήριο επιλογής για θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού, όμως χρησιμοποιούνται πολλοί διαφορετικοί ηλεκτροκαρδιογραφικοί ορισμοί και το ίδιο ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να ταξινομηθεί διαφορετικά ανάλογα με τον ορισμό. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση έξι καθιερωμένων ορισμών ως προς την ανταπόκριση στη θεραπεία, τις νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια και τη θνητότητα, καθώς και η αναζήτηση κλινικών προγνωστικών παραγόντων ανταπόκρισης που ισχύουν ανεξάρτητα από τον ορισμό που εφαρμόζεται.

Υλικό και μέθοδοι

Αναδρομική μελέτη κοόρτης σε ένα κέντρο, με προοπτικά συλλεγμένα δεδομένα ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση απινιδωτή καρδιακού επανασυγχρονισμού από τον Νοέμβριο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2023. Από 178 διαδοχικούς ασθενείς που ελέγχθηκαν, εντάχθηκαν 109 με κλάσμα εξώθησης έως 35%, αποκλεισμό του αριστερού σκέλους με διάρκεια QRS τουλάχιστον 130 ms και ποσοστό αμφικοιλιακής βηματοδότησης τουλάχιστον 98%. Τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα αξιολογήθηκαν ανεξάρτητα από δύο ηλεκτροφυσιολόγους υπό συνθήκες τύφλωσης ως προς τα καταληκτικά σημεία, με επίλυση των διαφωνιών κατόπιν συναίνεσης, και ταξινομήθηκαν κατά Strauss, Marriott, Perrin, ESC 2013, ESC 2021 και WHO/AHA. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η υπερηχογραφική ανταπόκριση στους έξι μήνες, δηλαδή αύξηση του κλάσματος εξώθησης κατά 10 απόλυτες μονάδες ή μείωση του τελοσυστολικού όγκου κατά 15%. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν οι νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια και η θνητότητα από κάθε αιτία. Διερευνήθηκαν επίσης κλινικοί προγνωστικοί παράγοντες ανταπόκρισης, κοινοί για όλους τους ορισμούς. Χρησιμοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, Cox και αρνητικής διωνυμικής παλινδρόμησης.



Αποτελέσματα

Από τους 109 ασθενείς οι 87 (80%) ήταν άνδρες, με μέση ηλικία 66 ± 11 έτη, μη ισχαιμική αιτιολογία σε 77 (71%) και διάμεσο κλάσμα εξώθησης 29% (ενδοτεταρτημοριακό εύρος 25 έως 31). Τα κριτήρια Strauss πληρούσαν 68 ασθενείς (62%), τα ESC 2013 85 (78%) και τα υπόλοιπα από 42 έως 43 (39%). Ανταποκρίθηκαν 64 ασθενείς (59%). Ο ορισμός κατά Strauss συσχετίστηκε ανεξάρτητα με την ανταπόκριση (προσαρμοσμένος λόγος πιθανοτήτων 7,47, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,52 έως 25,0, $p < 0,001$) και είχε τη μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα (εμβαδόν υπό την καμπύλη 0,728, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,643 έως 0,814), σημαντικά υψηλότερη από τους ορισμούς Marriott, Perrin, ESC 2013 και ESC 2021. Σε διάμεση παρακολούθηση 30 μηνών (ενδοτεταρτημοριακό εύρος 14 έως 60) 39 ασθενείς νοσηλεύτηκαν τουλάχιστον μία φορά για καρδιακή ανεπάρκεια και κατεγράφησαν 15 θάνατοι. Ο ορισμός κατά Strauss συσχετίστηκε με λιγότερες νοσηλείες (προσαρμοσμένος λόγος επίπτωσης 0,30, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,13 έως 0,64, $p = 0,002$) και με χαμηλότερη θνητότητα (προσαρμοσμένος λόγος κινδύνου 0,14, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,02 έως 0,99, $p = 0,049$). Ήταν επίσης ο μόνος ορισμός που συνδύαζε μεγάλη σμίκρυνση του QRS στους ασθενείς που τον πληρούσαν με μικρή σμίκρυνση σε όσους δεν τον πληρούσαν (μείον 41 ± 17 έναντι μείον 23 ± 17 ms, $p < 0,001$). Η συμφωνία του με τους υπόλοιπους ορισμούς ήταν το πολύ μέτρια, με τη μεγαλύτερη τιμή έναντι του ESC 2013 (συντελεστής Gwet AC1 0,51, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,34 έως 0,68).

Ανεξάρτητα από τον ορισμό που χρησιμοποιήθηκε, δύο παράγοντες συσχετίστηκαν με θετική ανταπόκριση και στα έξι μοντέλα: η μη ισχαιμική αιτιολογία (προσαρμοσμένος λόγος πιθανοτήτων 3,98 έως 4,70, p 0,003 έως 0,012) και το θήλυ φύλο (4,17 έως 4,55, p 0,031 έως 0,047). Η απουσία παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής συσχετίστηκε επίσης με ανταπόκριση σε πέντε από τα έξι μοντέλα (2,56 έως 2,94, p 0,028 έως 0,051).

Συμπεράσματα

Οι έξι ορισμοί του αποκλεισμού του αριστερού σκέλους δεν είναι ισοδύναμοι. Ο ορισμός κατά Strauss αναγνώρισε ασθενείς με μεγαλύτερη πιθανότητα αντίστροφης αναδιαμόρφωσης της αριστερής κοιλίας και ευνοϊκότερη πορεία, και η χαμηλή συμφωνία του με τα υπόλοιπα κριτήρια δείχνει ότι δεν πρόκειται απλώς για αυστηρότερη εκδοχή του ίδιου φαινοτύπου. Παράλληλα, η μη ισχαιμική αιτιολογία, το θήλυ φύλο και η απουσία κολπικής μαρμαρυγής συσχετίστηκαν με θετική ανταπόκριση ανεξάρτητα από τον ορισμό που χρησιμοποιήθηκε. Οι αναλύσεις για τις νοσηλείες και τη θνητότητα στηρίζονται σε μικρό αριθμό συμβάντων και είναι διερευνητικές, οπότε απαιτείται επιβεβαίωση σε μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες πριν από οποιαδήποτε αλλαγή στην κλινική πράξη.

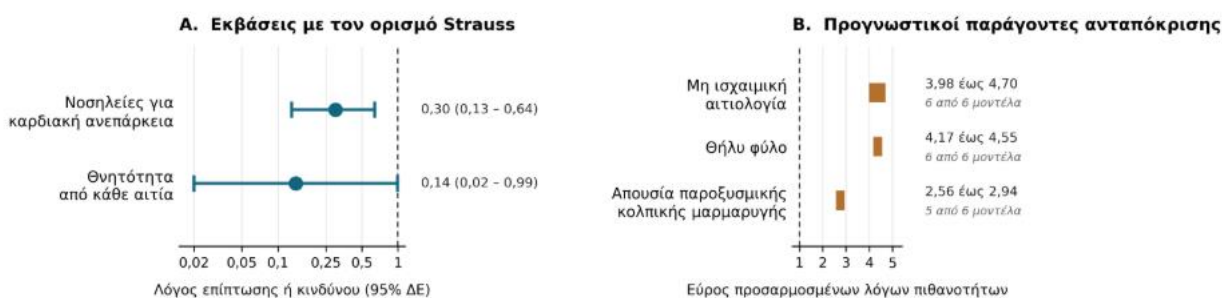


12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



Εικόνα 1. Σύγκριση των έξι ορισμών ως προς την υπερηχογραφική ανταπόκριση στους έξι μήνες. Α. Προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοτήτων, από ξεχωριστό πολυπαραγοντικό μοντέλο για κάθε ορισμό. Μόνο στον Strauss το διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιλαμβάνει τη μονάδα. Β. Μη προσαρμοσμένο εμβαδόν υπό την καμπύλη για την πρόβλεψη της ανταπόκρισης. Η διακεκομμένη γραμμή αντιστοιχεί στη μονάδα στο Α και στο 0,5 στο Β.



Εικόνα 2. Α. Ο ορισμός Strauss σε σχέση με τις νοσηλείες για καρδιακή ανεπάρκεια (προσαρμοσμένος λόγος επίπτωσης) και τη θνητότητα από κάθε αιτία (προσαρμοσμένος λόγος κινδύνου). Τιμές κάτω από τη μονάδα δηλώνουν λιγότερα συμβάντα στους ασθενείς που πληρούν τον ορισμό. Β. Κλινικοί παράγοντες που συσχετίστηκαν με την ανταπόκριση ανεξάρτητα από τον ορισμό. Οι μπάρες δείχνουν το εύρος των σημειακών εκτιμήσεων στα έξι μοντέλα και όχι διαστήματα εμπιστοσύνης, ενώ η ένδειξη δίπλα σε κάθε μπάρα δηλώνει σε πόσα από τα έξι μοντέλα η συσχέτιση ήταν στατιστικά σημαντική. Τιμές πάνω από τη μονάδα δηλώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανταπόκρισης.



OR07 | ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΩΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΑΓΙΔΑ ΣΤΗ ΣΥΓΚΟΠΗ

Παπακώστα Βασιλική, Κασσωτάκης Σπυρίδων, Φραγκιαδουλάκης Ιωάννης, Πρόγιου Αθανασία, Πατερομιχελάκης Θεμιστοκλής, Κανουπάκης Εμμανουήλ, Μαρκέτου Μαρία, Κουταλάς Εμμανουήλ, Σημαντηράκης Εμμανουήλ

Καρδιολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

Σκοπός εργασίας

Ο πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός αποτελεί συχνή αιτία συγκοπής, συνήθως στο πλαίσιο εκφυλιστικής νόσου του ερεθισματοαγωγού συστήματος της καρδιάς. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να αποτελεί εκδήλωση άλλης υποκείμενης οξείας παθολογίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη ενός σπάνιου και δυνητικά αναστρέψιμου αιτίου πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού.

Υλικό και μέθοδοι

Ασθενής 92 ετών, χωρίς γνωστό καρδιολογικό ιστορικό, και χωρίς προηγούμενο διαθέσιμο ηλεκτροκαρδιογράφημα, διεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω συγκοπής. Κατά την εισαγωγή της, ήταν αιμοδυναμικά ασταθής (ΑΠ 70/40), με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και κοιλιακή συχνότητα ~30 σφύξεις/λεπτό. Η ανάλυση αερίων αίματος ανέδειξε σοβαρή υποξαιμία και υποκαπνία. Η ασθενής χρειάστηκε να υποστηριχτεί με αγγειοσυσπαστικά και οξυγονοθεραπεία σε υψηλές ροές. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήπια αύξηση τροπονίνης, CRP και D-διμερών.

Αποτελέσματα

Κατά τη χορήγηση ισοπροτερενόλης, καταγράφηκε επιταχυνόμενος ιδιοκοιλιακός ρυθμός, θέτοντας στη διαφορική διάγνωση το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και την πνευμονική εμβολή.

Η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη ανέδειξε σοβαρή διάταση δεξιάς κοιλίας, με επιτάχυνση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, ευρήματα συμβατά με οξεία πνευμονική εμβολή. Λόγω της βαριάς αιμοδυναμικής επιβάρυνσης αποφασίστηκε άμεση θρομβολυτική αγωγή με alteplase σε μειωμένη κατά 50% δόση λόγω προχωρημένης ηλικίας και frailty (50 mg ενδοφλεβίως σε 2 ώρες). Προ της θρομβόλυσης τοποθετήθηκε προσωρινός βηματοδότης.

Μετά τη θρομβόλυση ακολούθησε άμεση αιμοδυναμική βελτίωση και αποκατάσταση του φλεβοκομβικού ρυθμού, με σταδιακή ανάκαμψη της αγωγής και αφαίρεση του προσωρινού βηματοδότη μετά από 24 ώρες.

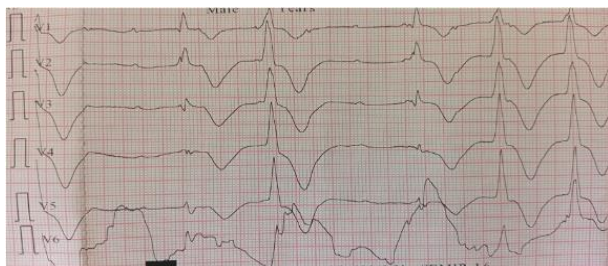
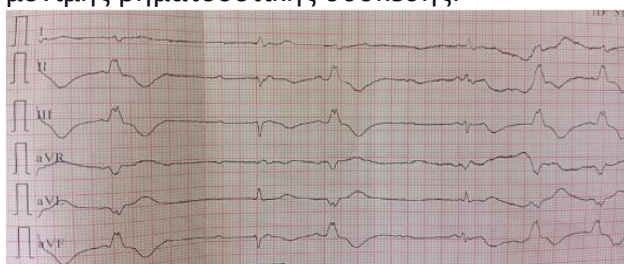
Σε διαδοχικά ηλεκτροκαρδιογραφήματα μετά την αποκατάσταση του κολποκοιλιακού αποκλεισμού καταγραφόταν αριστερό σκελικό μπλοκ, χωρίς περαιτέρω ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές.

Αξονική αγγειογραφία που διενεργήθηκε μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση, επιβεβαίωσε εκτεταμένη αμφοτερόπλευρη πνευμονική εμβολή. Η ασθενής εξήλθε με σύσταση για λήψη αντιπηκτικής αγωγής.



Συμπεράσματα

Η πνευμονική εμβολή συνήθως προκαλεί ταχυαρρυθμίες, ωστόσο σοβαρή υποξαιμία, μειωμένη οξυγόνωση του ερεθισματογωγού συστήματος, διάταση δεξιάς κοιλίας και μηχανική πίεση στο δεξί σκέλος, σε ασθενείς με προϋπάρχον LBBB μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία είναι σημαντική, καθώς αποτρέπει την άσκοπη εμφύτευση μόνιμης βηματοδοτικής συσκευής.



ΗΚΓ προσέλευσης στο ΤΕΠ: πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός



ΤΤΕ: σημαντική διάταση RV, επιπέδωση μεσοκοιλιακού διαφράγματος, σημείο



**OR08 | ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ
ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ**

**Αθηνά Μπατσούλη¹, Αθανασία Μεγαρισιώτου¹, Σωτήριος Ξυδώνας¹, Νικόλαος
Τσολίγκας¹, Αθανασία Δέτσικα¹, Ιωάννης Βόσσος¹, Ελένη Λιόση¹, Άλκηστις
Πάτσακη¹, Ελένη Κωνσταντινίδου¹, Αθανάσιος Τρίκας²**

¹ Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι περιοχές χαμηλού δυναμικού (Low Voltage Areas, LVA) του αριστερού κόλπου αποτελούν ηλεκτροανατομικό δείκτη κολπικής ίνωσης και προχωρημένης κολπικής μυοπάθειας. Αν και έχουν περιγραφεί διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την κλινική έκφραση και την έκβαση της κολπικής μαρμαρυγής (KM), η σχέση του φύλου με το ηλεκτροανατομικό υπόστρωμα του αριστερού κόλπου παραμένει ανεπαρκώς διερευνημένη. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ γυναικείου φύλου και έκτασης του υποστρώματος χαμηλού δυναμικού σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση KM.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 59 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση παροξυσμικής ή εμμένουσας KM. Η χαρτογράφηση πραγματοποιήθηκε σε φλεβοκομβικό ρυθμό με υψηλής πυκνότητας διπολική ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση (CARTO™ 3). Ως LVA ορίστηκαν περιοχές με διπολικό δυναμικό $\leq 0,5$ mV και το φορτίο LVA εκφράστηκε ως ποσοστό της συνολικής επιφάνειας του αριστερού κόλπου. Η σύγκριση του φορτίου LVA μεταξύ ανδρών και γυναικών πραγματοποιήθηκε με Mann-Whitney U και η συσχέτιση μεταξύ φύλου και ποσοστού LVA με τον συντελεστή Spearman. Επιπλέον, εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση με έκβαση την παρουσία εκτεταμένου LVA $\geq 10\%$, συμπεριλαμβάνοντας το φύλο, την ηλικία, την αρτηριακή υπέρταση, τον τύπο της KM και τη διάμετρο του αριστερού κόλπου. Η πολυπαραγοντική ανάλυση θεωρήθηκε διερευνητική λόγω του περιορισμένου αριθμού συμβάντων σε σχέση με τον αριθμό των μεταβλητών του μοντέλου.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 28 άνδρες (47,5%) και 31 γυναίκες (52,5%). Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερο φορτίο LVA σε σύγκριση με τους άνδρες, με διάμεση τιμή 10,5% έναντι 5,9% ($p=0,022$), ενώ οι αντίστοιχες μέσες τιμές ήταν 12,3% και 7,3%. Το γυναικείο φύλο παρουσίασε θετική συσχέτιση με το ποσοστό LVA ($p=0,301$, $p=0,021$). Εκτεταμένο LVA $\geq 10\%$ παρατηρήθηκε σε 17/31 γυναίκες (54,8%) και 9/28 άνδρες (32,1%). Στη διερευνητική πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε με αυξημένες πιθανότητες εκτεταμένου LVA (OR 2,89, 95% ΔΕ 1,08–7,69, $p=0,034$).

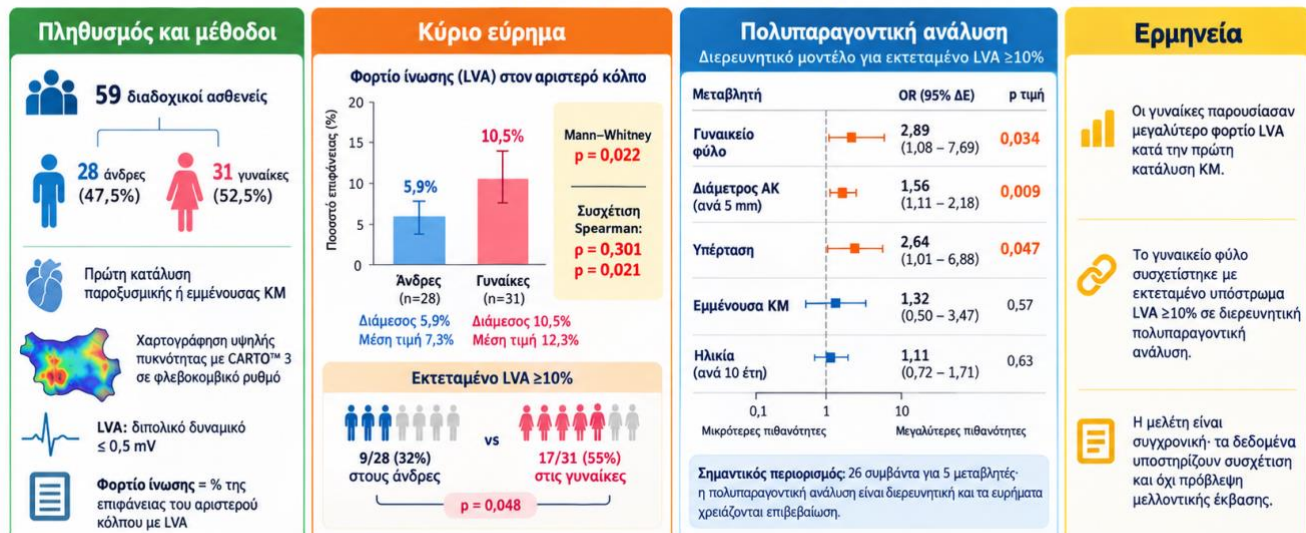


Αντίστοιχη συσχέτιση παρατηρήθηκε για τη διάμετρο του αριστερού κόλπου ανά αύξηση 5 mm (OR 1,56, 95% ΔΕ 1,11–2,18, $p=0,009$) και για την αρτηριακή υπέρταση (OR 2,64, 95% ΔΕ 1,01–6,88, $p=0,047$). Ο τύπος της ΚΜ (OR 1,32, 95% ΔΕ 0,50–3,47, $p=0,57$) και η ηλικία ανά 10 έτη (OR 1,11, 95% ΔΕ 0,72–1,71, $p=0,63$) δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση ΚΜ παρουσιάζουν μεγαλύτερο ηλεκτροανατομικό φορτίο LVA του αριστερού κόλπου σε σύγκριση με τους άνδρες. Σε διερευνητική πολυπαραγοντική ανάλυση, το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε με αυξημένες πιθανότητες εκτεταμένου LVA $\geq 10\%$, μαζί με τη μεγαλύτερη διάμετρο του αριστερού κόλπου και την αρτηριακή υπέρταση. Λόγω του αναδρομικού, συγχρονικού σχεδιασμού της μελέτης και του περιορισμένου αριθμού συμβάντων σε σχέση με τον αριθμό των μεταβλητών του μοντέλου, τα αποτελέσματα πρέπει να θεωρηθούν διερευνητικά και δεν τεκμηριώνουν προγνωστική ή αιτιολογική σχέση. Απαιτείται επιβεβαίωση σε μεγαλύτερες σειρές ασθενών.

ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΧΑΜΗΛΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Αναδρομική μονοκεντρική μελέτη • $n=59$



Κύριο μήνυμα

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση κοιλιακής μαρμαρυγής, το γυναικείο φύλο σχετίζεται με μεγαλύτερο ηλεκτροανατομικό φορτίο ίνωσης του αριστερού κόλπου.



OR09 | ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΜΕ ΥΨΙΣΥΧΝΟ ΡΕΥΜΑ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Ιωάννης Μαυρογένης¹, Ελένη Μιχαηλίδη ¹, Μαρίνα Μπρίνια¹, Νικόλαος Τσιάμης¹,
Γεώργιος Αρματάς¹, Χρήστος Κολέ¹, Δημήτριος Καλαϊτζίδης¹, Δημήτριος
Βλαχομήτρος¹, Αναστασία Κιτσιου¹, Γεώργιος Τσιτσινάκης¹

¹ Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ

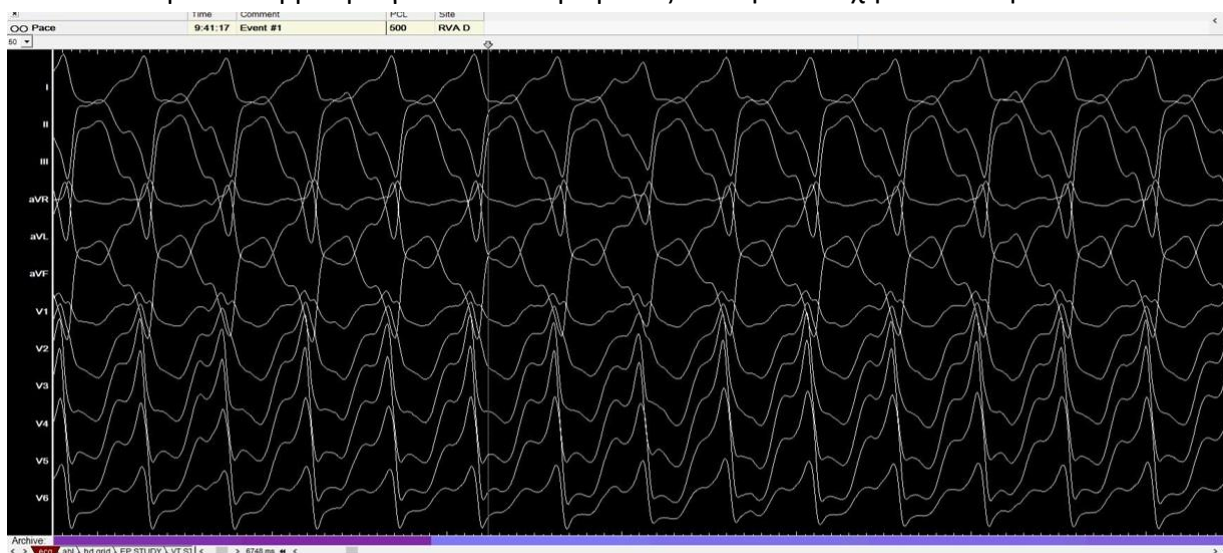
Σκοπός: Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση κοιλιακών αρρυθμιών, οι οποίες συνδέονται με δυσμενή πρόγνωση και αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Παρουσιάζεται περιστατικό εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας σε έδαφος νεοδιαγνωσθείσας διατατικής μυοκαρδιοπάθειας, το οποίο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κατάλυση υπό καθοδήγηση ενδοκαρδιακού υπερήχου (ICE) και ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης υψηλής πυκνότητας.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 66 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω εύκολης κόπωσης και συγκοπτικού επεισοδίου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εισόδου ανέδειξε αιμοδυναμικά ανεκτή κοιλιακή ταχυκαρδία με συχνότητα 150 σφύξεις/λεπτό, μορφολογία αποκλεισμού δεξιού σκέλους (RBBB) και ανώτερο άξονα. Ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος ανέδειξε σημαντική διάταση της αριστερής κοιλίας, σοβαρή συστολική δυσλειτουργία (κλάσμα εξώθησης 25–30%) και διάχυτη υποκινησία, εντονότερη στο κατωτεροπλάγιο τοίχωμα. Παρά τη χορήγηση αμιοδαρόνης, εσμολόλης και μαγνησίου, η κοιλιακή ταχυκαρδία δεν ανετάχθη. Η στεφανιογραφία δεν ανέδειξε αιμοδυναμικά σημαντική στεφανιαία νόσο. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε η διάγνωση διατατικής μυοκαρδιοπάθειας και αποφασίσθηκε η διενέργεια ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης. Διενεργήθηκε κολπική διαφραγματοστομία υπό καθοδήγηση ενδοκαρδιακού υπερήχου (ICE).



Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση της αριστερής κοιλίας κατά την κοιλιακή ταχυκαρδία με καθετήρα HDGridX, με εντόπιση του κριτικού ισθμού στο βασικό κατωτεροπλάγιο τοίχωμα αυτής. Η καθοδήγηση με ενδοκαρδιακό υπέρηχο (ICE) διευκόλυνε την ασφαλή κολπική διαφραγματοστομία, τη σταθεροποίηση του καθετήρα και την ακριβή στόχευση του ισθμού. Ακολούθησε κατάλυση του κριτικού ισθμού με καθετήρα TactiFlex (35–40 W), με άμεσο τερματισμό της ταχυκαρδίας κατά τη διάρκεια αυτής, ενώ χορηγήθηκαν συμπληρωματικές βλάβες. Μετά την κατάλυση, η μελέτη πρόκλησης με προγραμματισμένη κοιλιακή διέγερση δεν ανέδειξε επαγωγή της κλινικής κοιλιακής ταχυκαρδίας, ακόμη και μετά από χορήγηση ισοπροτερενόλης. Ακολούθησε εμφύτευση απινιδωτή (ICD) στο πλαίσιο δευτερογενούς πρόληψης, ενώ προγραμματίστηκε μαγνητική τομογραφία καρδιάς για περαιτέρω χαρακτηρισμό της μυοκαρδιοπάθειας.

Συμπεράσματα: Η κατάλυση αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή. Η συνδυασμένη χρήση ενδοκαρδιακού υπερήχου και ηλεκτροανατομικής χαρτογράφησης υψηλής πυκνότητας διευκολύνει την ασφαλή προσπέλαση, τον ακριβή εντοπισμό του αρρυθμογόνου υποστρώματος και την επιτυχή κατάλυση.

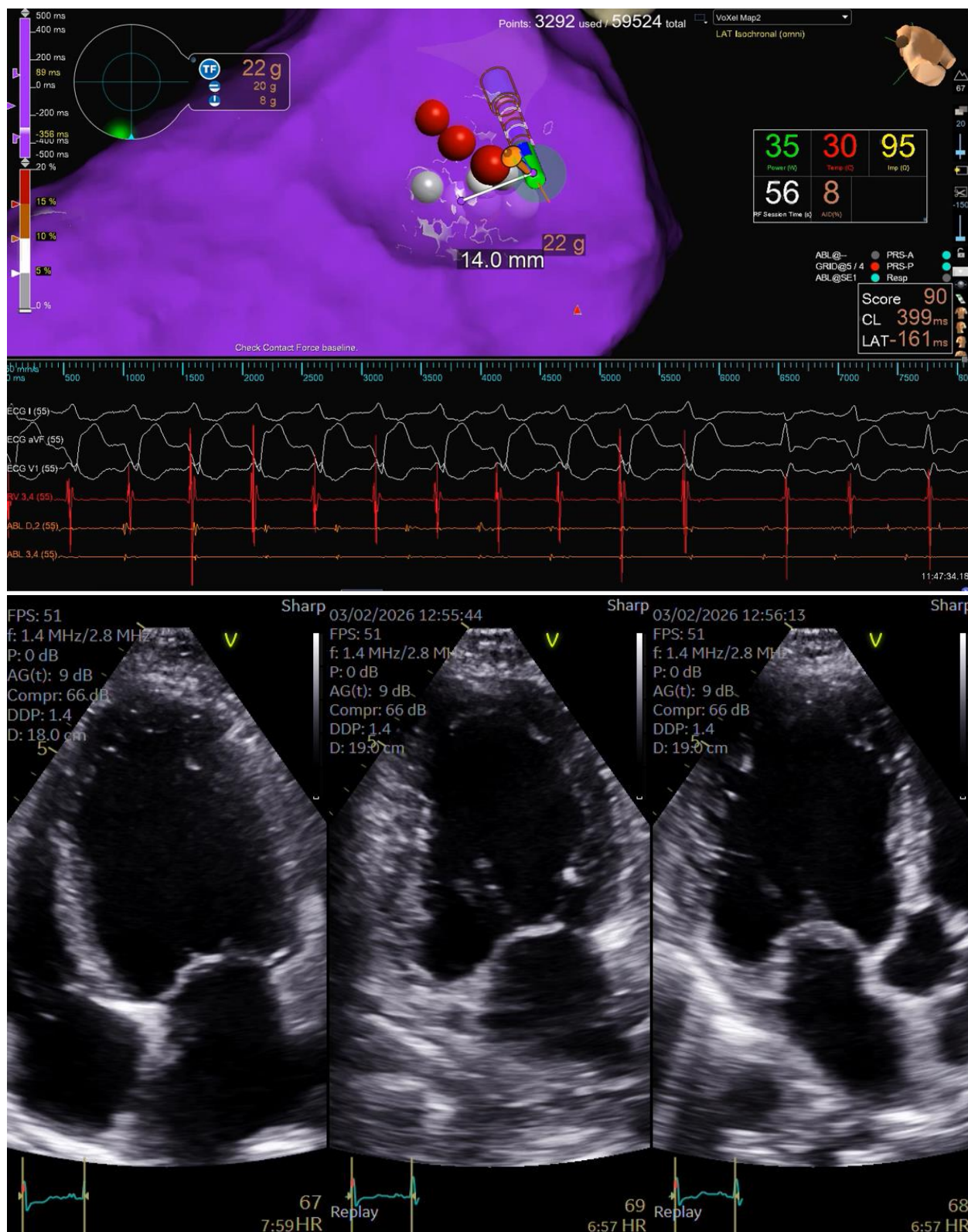




Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα

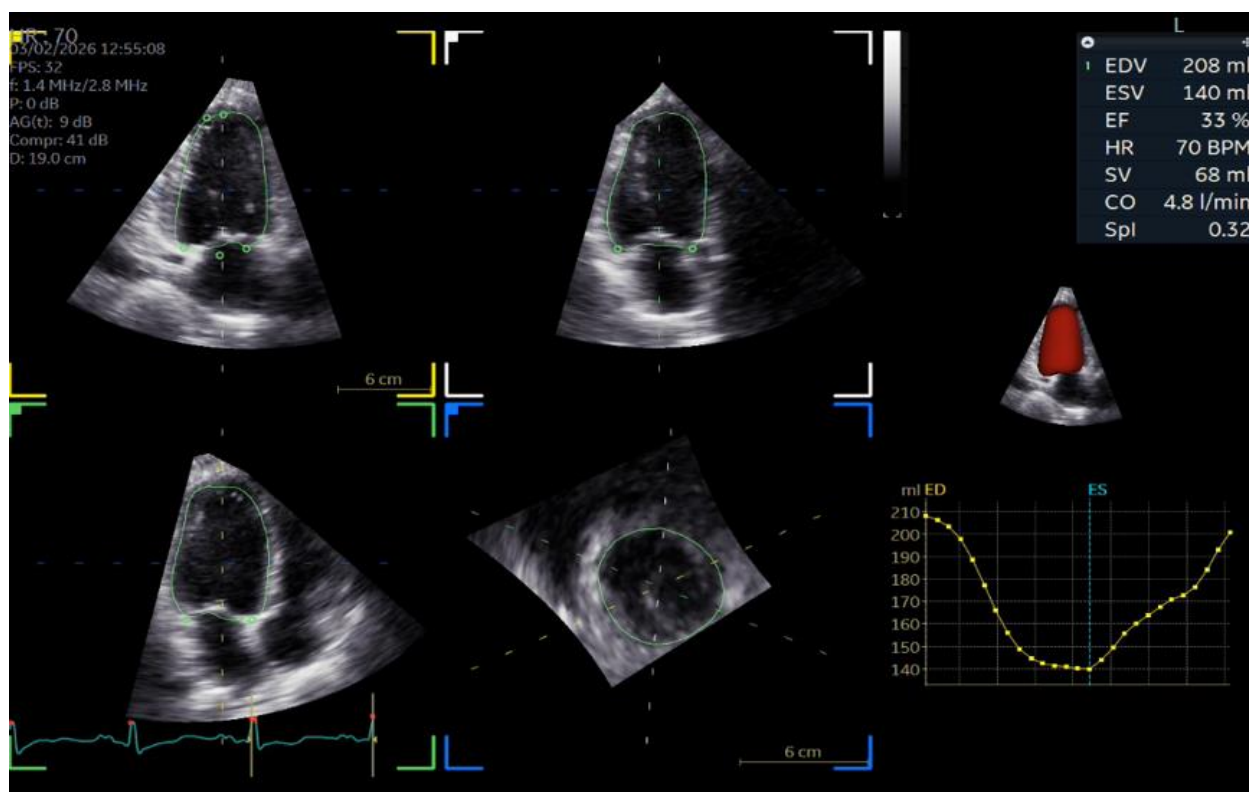




Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα





**OR10 | ELECTROCARDIOGRAPHIC EVIDENCE OF THE LOWER COMMON PATHWAY
AND ITS SUPRAHISIAN PROPERTIES IN DUAL ATRIOVENTRICULAR NODAL PATHWAYS
– A CASE REPORT**

**Sami Gkamaz¹, Spiros Kourouklis¹, Georgios Zervopoulos¹, Tereza Mousiama¹,
Theodoros Apostolopoulos¹**

¹ 5th Cardiology Department, HYGEIA Hospital, Athens

Introduction:

Since the advent of SP modification for the therapy of AVNRT there has been little progress in further delineating the exact anatomical substrate/circuit of the tachycardia and controversy still remains especially over the upper and lower common pathways. We report an electrocardiographic case of dual AVN pathways with evidence of a lower common pathway and particular difficulties in terms of decision-making due to concomitant AV block.

Case report:

A 28 year old female was referred to the outpatient clinic due to palpitations. She had no relevant medical history and her 12-lead ECG demonstrated sinus rhythm with 1st degree AVB. Physical examination, echocardiography and laboratory test results were unremarkable. An ECG holter monitor examination was carried out, without the occurrence of symptoms.

From the start of the recording frequent episodes of atypical Wenckebach phenomenon were noted, as well as evidence of dual AVN pathways with PR jumps well above 50ms and numerous atrial echo beats. The recording also contained three pauses that probably represent sinus P waves blocked towards the ventricles in a Mobitz I fashion while simultaneously traversing retrogradely the fast pathway and giving rise to an atrial echo beat as explained in a ladder diagram.

After shared decision-making regarding the benefits and risks of EPS with view towards SP modification, with special emphasis on the probability of either facilitating conduction or progressing to more advanced AV block, a decision was made to proceed conservatively with ECG follow-up.

Conclusion:

Further research on the exact substrate and mechanism of dual AVN pathways and AVNRT remains relevant, mainly due to the small minority of atypical cases, refractory to SP modification, as well as the coexistence and correlation of dual AVN pathways with other conduction disturbances. We hope that our electrocardiographic interpretation serves as a useful observation for future researchers.



Figure 1: Atypical Wenckebach phenomenon.



Figure 2. Dual AVN pathways. Arrow represents PR jump with conduction over the SP. Asterisks represent atrial echo beats.



Figure 3. RR pause with a sharp deflection between the QRS complexes that shares the same polarity and coupling intervals as the atrial echo beats, but with absence of a preceding, linked QRS complex. The pause is initiated by a sinus P wave that is blocked in a Mobitz I fashion. Asterisks represent atrial echo beats. Exclamation mark represents the blocked sinus P wave.

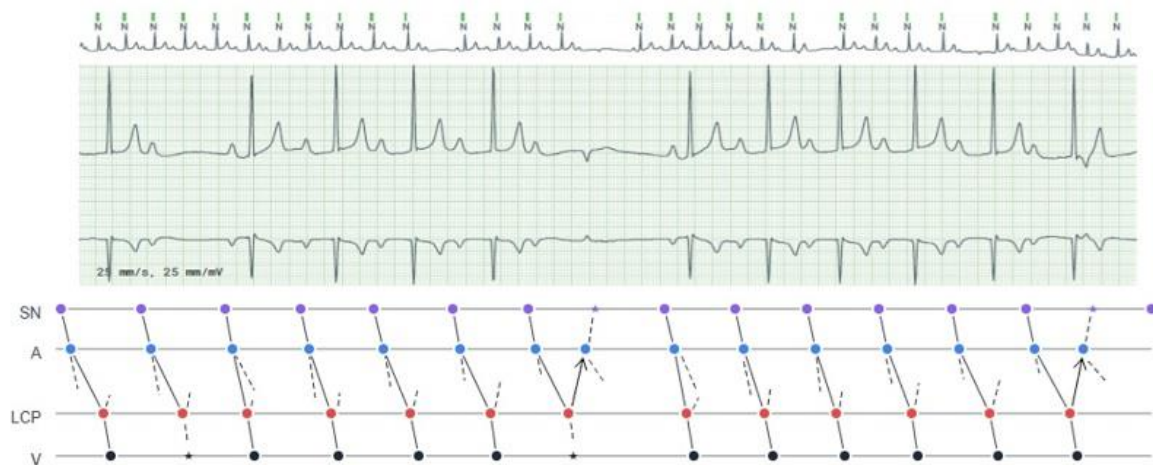


Figure 4. RR pause with the same pattern as figure 4, preceded by atypical Wenckebach resulting in a dropped sinus P wave in the beginning of the ECG strip. Below, a ladder diagram illustrates the most plausible mechanism. Dashed lines represent concealed conduction, asterisks represent absence of either sinus P waves or QRS complexes, arrows represent retrograde propagation over the FP. The SP and FP can be distinguished by the angle of the lines connecting A to LCP (sharper angle in conduction over the FP).

SN: sinus node, A: supranodal atrial depolarization, LCP: lower common pathway, V: ventricular depolarization, SP: slow pathway, FP: fast pathway.



**OR11 | ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΣΥΣΤΟΛΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΝΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ:
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ANDERSEN-TAWIL ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Παρασκευάς Τσαπλάρης, Σταυρούλα Κοσκινά, Σωκράτης Οικονόμου, Αθανάσιος Μακρής, Θεόδωρος Εφραιμίδης, Ουρανία Καρίκη, Παναγιώτης Μιληλής, Αθανάσιος Σαπλαούρας, Στυλιανός Δραγάσης, Μιχαήλ Εφραιμίδης, Κωνσταντίνος Π. Λέτσας
Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογικών Μελετών και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός εργασίας

Η ανάδειξη του συνδυασμού ευμεγεθών κυμάτων U, αμφίδρομης κοιλιακής ταχυκαρδίας και δυσμορφικών χαρακτηριστικών ως διαγνωστικού κλειδιού για το σύνδρομο Andersen-Tawil, καθώς και η διαφορική του διάγνωση από την κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία.

Υλικό και μέθοδοι

Γυναίκα 31 ετών παραπέμφθηκε για υποτροπιάζον αίσθημα παλμών, το οποίο είχε αποδοθεί σε έκτακτες κοιλιακές συστολές. Δεν ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Η κλινική εξέταση ανέδειξε δυσμορφικά χαρακτηριστικά, συγκεκριμένα χαμηλό ανάστημα και ευρύ μέτωπο. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα δώδεκα απαγωγών ανέδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με ευμεγέθη κύματα U (Εικόνα 1) και συχνές έκτακτες κοιλιακές συστολές προερχόμενες από την οπίσθια δεσμίδα του αριστερού σκέλους (Εικόνα 2). Το διορθωμένο διάστημα QT ήταν εντός φυσιολογικών ορίων στις χαμηλότερες καρδιακές συχνότητες, όπου το τέλος του κύματος T ήταν ευκρινές. Ο απεικονιστικός έλεγχος απέκλεισε δομική καρδιοπάθεια και ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ακολούθησαν δοκιμασία κοπώσεως, συνεχής καταγραφή ρυθμού και γενετικός έλεγχος.

Αποτελέσματα

Η δοκιμασία κοπώσεως δεν προκάλεσε αρρυθμίες. Η συνεχής καταγραφή ρυθμού ανέδειξε επεισόδια ταχυκαρδίας ευρέων συμπλεγμάτων QRS με εναλλαγή του άξονα από παλμό σε παλμό, εικόνα χαρακτηριστική αμφίδρομης κοιλιακής ταχυκαρδίας (Εικόνα 3). Ο γενετικός έλεγχος ανέδειξε ετερόζυγη παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο KCNJ2 [NM_000891: c.653G>A, p.(Arg218Gln)], επιβεβαιώνοντας σύνδρομο Andersen-Tawil τύπου 1. Χορηγήθηκε φλεκαϊνίδα, με σημαντική μείωση των συμπτωμάτων και του αρρυθμιολογικού φορτίου κατά την παρακολούθηση. Η ασθενής δεν πληρούσε κριτήρια εμφύτευσης απινιδωτή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Προτάθηκε εμφυτεύσιμος καταγραφέας καρδιακού ρυθμού, τον οποίο δεν αποδέχθηκε.



Συμπεράσματα

Η αμφίδρομη κοιλιακή ταχυκαρδία εγείρει περιορισμένη διαφορική διάγνωση, που περιλαμβάνει την τοξικότητα από δακτυλίτιδα, την κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία και το σύνδρομο Andersen-Tawil. Η συνύπαρξη δυσμορφικών χαρακτηριστικών και ευμεγεθών κυμάτων U στρέφει τη διάγνωση προς το σύνδρομο Andersen-Tawil, καθώς κανένα από τα δύο δεν χαρακτηρίζει την κατεχολαμινεργική πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία. Η αναγνώριση του προτύπου αυτού στο ηλεκτροκαρδιογράφημα κατευθύνει τον γενετικό έλεγχο και επηρεάζει άμεσα τη θεραπευτική στρατηγική.



Εικόνα 1. Ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας. Φλεβοκομβικός ρυθμός με ευμεγέθη κύματα U (πλαίσιο).



Εικόνα 2. Έκτακτες κοιλιακές συστολές προερχόμενες από την οπίσθια δεσμίδα του αριστερού σκέλους (πλαίσιο).



Εικόνα 3. Συνεχής καταγραφή ρυθμού. Εναλλαγή του άξονα των συμπλεγμάτων QRS από παλμό σε παλμό, χαρακτηριστική αμφίδρομης κοιλιακής ταχυκαρδίας.



OR12 | ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Αθηνά Μπατσούλη¹, Σωτήριος Ξυδώνας¹, Αθανασία Μεγαρισιώτου¹, Νικόλαος Τσολίγκας¹, Άλκηστις Πατσάκη², Αθανασία Δέτσικα², Ελένη Λιόση², Ιωάννης Βόσσο², Ελένη Κωνσταντινίδου², Αθανάσιος Τρίκας²

¹ Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

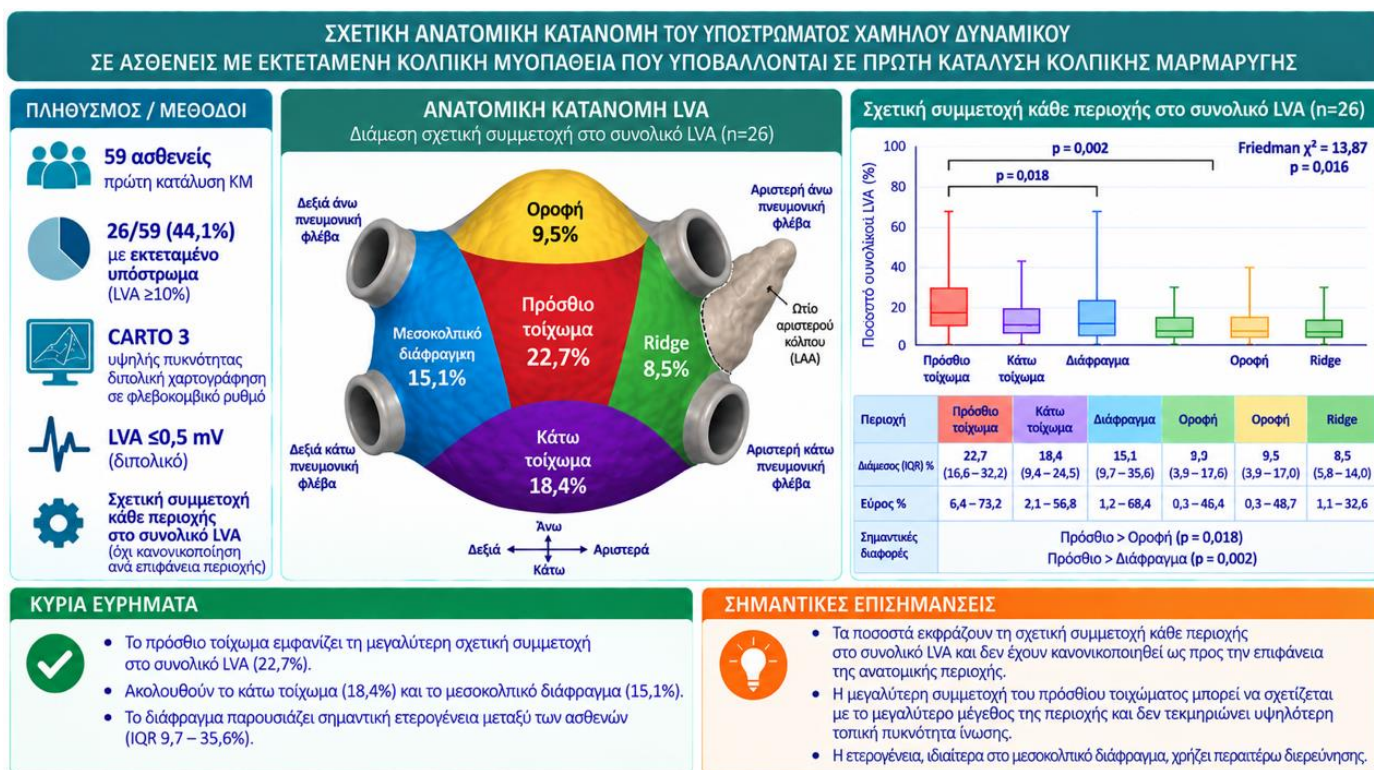
² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι περιοχές χαμηλού δυναμικού (Low-Voltage Areas, LVA) αποτελούν ηλεκτροανατομικό δείκτη κολπικής ίνωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχετικής ανατομικής κατανομής του συνολικού LVA σε ασθενείς με εκτεταμένη κολπική μυοπάθεια.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναλύθηκαν αναδρομικά 59 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής. Πραγματοποιήθηκε υψηλής πυκνότητας διπολική χαρτογράφηση του αριστερού κόλπου σε φλεβοκομβικό ρυθμό (CARTO™ 3). Ως LVA ορίστηκε διπολικό δυναμικό $\leq 0,5$ mV και ως εκτεταμένο υπόστρωμα LVA $\geq 10\%$ της συνολικής επιφάνειας του αριστερού κόλπου. Για κάθε ασθενή υπολογίστηκε η **σχετική συμμετοχή κάθε ανατομικής περιοχής στο συνολικό LVA**, χωρίς κανονικοποίηση ως προς την επιφάνεια της ίδιας της περιοχής. Οι περιοχές συγκρίθηκαν με Friedman test και post-hoc Wilcoxon tests με διόρθωση Holm.

Αποτελέσματα: Εκτεταμένο υπόστρωμα διαπιστώθηκε σε 26/59 ασθενείς (44,1%), με διάμεσο συνολικό LVA 15,0% (IQR 11,3–19,5%). Η διάμεση σχετική συμμετοχή ήταν 22,7% στο πρόσθιο τοίχωμα, 18,4% στο κάτω τοίχωμα, 15,1% στο μεσοκολπικό διάφραγμα, 10,0% στο οπίσθιο τοίχωμα, 9,5% στην οροφή και 8,5% στο ridge. Η κατανομή διέφερε μεταξύ των περιοχών (Friedman $\chi^2=13,87$, $p=0,016$). Μετά από διόρθωση Holm, το πρόσθιο τοίχωμα παρουσίαζε μεγαλύτερη σχετική συμμετοχή από το οπίσθιο τοίχωμα ($p=0,002$) και την οροφή ($p=0,018$). Το μεσοκολπικό διάφραγμα εμφάνισε ιδιαίτερα μεγάλη μεταξύ-ασθενών διακύμανση (IQR 9,7–35,6%).

Συμπεράσματα: Η εκτεταμένη κολπική μυοπάθεια χαρακτηρίζεται από ετερογενή ανατομική κατανομή του υποστρώματος χαμηλού δυναμικού. Το πρόσθιο τοίχωμα εμφανίζει τη μεγαλύτερη σχετική συμμετοχή, ενώ η σημαντική μεταξύ-ασθενών μεταβλητότητα αναδεικνύει διαφορετικά πρότυπα κολπικής αναδιαμόρφωσης. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της ανατομικής ετερογένειας του αρρυθμογόνου υποστρώματος.





OR13 | «ΤΟ ΠΕΠΡΩΜΕΝΟΝ ΦΥΓΕΙΝ ΑΔΥΝΑΤΟΝ», ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΘΥΕΛΛΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟ ΑΠΙΝΙΔΙΣΤΗ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ
Αριστείδης Πλαϊτίης¹, Αλέξανδρος Αρχοντίκης¹, Κωνσταντίνα Νταλέκου¹, Θεόφιλος Πάλλας¹, Σταμάτιος Καψοκόλης², Σταυρούλα Παντζαρτζή², Κωνσταντίνος Μαρκάκης¹, Γεώργιος Σκαλής³, Δημήτριος Κατσάρας¹, Νικόλαος Πατσουράκος¹

¹ Τμήμα Αρρυθμιών, Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ

² Καρδιολογική Μονάδα, Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ

³ Εργαστήριο Κόπωσης, Γ.Ν.Π. ΤΖΑΝΕΙΟ

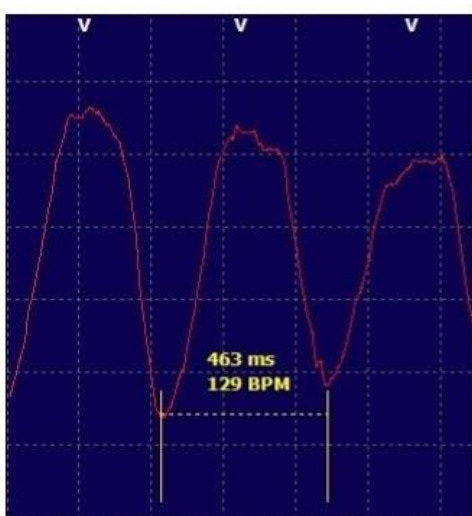
Σκοπός Εργασίας: Η ανάδειξη της σημασίας των ορίων ανίχνευσης των κοιλιακών αρρυθμιών στις εμφυτεύσιμες συσκευές, καθώς και του μεταβολικού περιβάλλοντος στη θεραπεία τους.

Υλικό και Μέθοδοι: Άνδρας 62 ετών με ιστορικό ισχαιμικής καρδιακής ανεπάρκειας (κλάσμα εξώθησης 30%) και εμφυτεύσιμο καρδιομετατροπέα-απινιδιστή (Implantable Cardioverter-Defibrillator, ICD), στεφανιαίας νόσου δύο αγγείων, αρτηριακής υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη προσήλθε λόγω πέντε εκφορτίσεων του ICD εντός τριημέρου. Ο έλεγχος της συσκευής ανέδειξε επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας (VT) και κοιλιακής μαρμαρυγής (VF), τα οποία αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Οι αρχικά προγραμματισμένες ζώνες ανίχνευσης ήταν VT ≥ 165 bpm και VF ≥ 195 bpm.

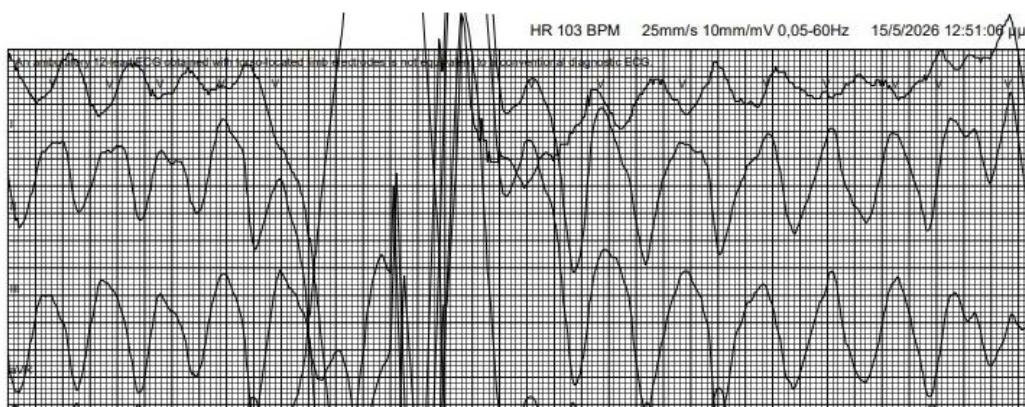
Αποτελέσματα: Δεν διαπιστώθηκαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή παράταση του QT. Λόγω επαναλαμβανόμενων πρόσφορων εκφορτίσεων επί κυρίως πολύμορφης VT, διενεργήθηκε στεφανιογραφία, η οποία ανέδειξε στένωση στελέχους 90%, και ακολούθησε επιτυχής αγγειοπλαστική. Παρά την επαναιμάτωση και τη μέγιστη ανεκτή φαρμακευτική αγωγή, η ηλεκτρική θύελλα συνεχίστηκε. Εφαρμόστηκε καταστολή και διασωλήνωση, με ηλεκτρική σταθεροποίηση, ενώ δεν υπήρχε δυνατότητα διήθησης αστεροειδούς γαγγλίου, επείγουσας κατάλυσης ή μηχανικής υποστήριξης. Δύο ημέρες αργότερα, ο ασθενής εμφάνισε πυρετό και αυξημένες ανάγκες αγγειοσυσπαστικών, οξυαιμία (pH: 7,24) και υπεργαλακταιμία (γαλακτικό: 4.2mmol/L), χωρίς σημαντικές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ηλεκτρική θύελλα υποτροπίασε με άσφυγμη βραδεία μονόμορφη VT μήκους κύκλου 463 ms (~130 bpm) (Εικόνα 1). Λόγω επιβράδυνσης της VT, οι ζώνες επαναπρογραμματίστηκαν σε VT ≥ 130 bpm και VF ≥ 150 bpm, χωρίς δυνατότητα περαιτέρω μείωσης του κατώτερου ορίου. Επεισόδια κάτωθεν του ουδού ανίχνευσης απαιτούσαν εξωτερική απινίδωση (Εικόνα 2). Τελικά, η VT εκφυλίστηκε σε VF και ακολούθως ασυστολία, χωρίς αποκατάσταση αυτόματης κυκλοφορίας.



Συμπεράσματα: Η ηλεκτρική θύελλα αποτελεί απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Το περιστατικό αναδεικνύει τους περιορισμούς των προκαθορισμένων ζωνών ανίχνευσης των ICD, ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεταβαλλόμενα χαρακτηριστικά των κοιλιακών αρρυθμιών και βαριά κλινική κατάσταση.



Εικόνα 1. Καταγραφή βραδείας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας σε 12-καναλο Holter ρυθμού, με μήκος κύκλου 463 ms και καρδιακή συχνότητα 129 bpm.



Εικόνα 2. Καταγραφή βραδείας μονόμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την παρακολούθηση στην Καρδιολογική Μονάδα, με συχνότητα χαμηλότερη από το κατώτερο όριο ανίχνευσης του εμφυτευμένου απινιδιστή. Ακολούθησε εξωτερική απινίδωση, χωρίς επιτυχή ανάταξη της αρρυθμίας.



OR14 | DELAYED COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK AFTER SUCCESSFUL SLOW-PATHWAY ABLATION FOR AVNRT: STEPWISE RECOVERY OF AV CONDUCTION

Konstantinos Argyropoulos¹, Georgios Kollias¹, Konstantinos Zekios², Nikias Milaras¹, Christine Lemes¹, Jasmina Alibegovic-Zaborsky¹, Martin Martinek¹, Helmut Pürerfellner¹

¹ Department of Cardiology (Internal Medicine II), Ordensklinikum Linz Elisabethinen Hospital, Austria

² 1st Department of Cardiology, University Hospital of Ioannina

Aim:

Delayed complete atrioventricular (AV) block is a rare complication of slow-pathway ablation. We describe its occurrence 48 hours after successful radiofrequency ablation for typical AV nodal re-entrant tachycardia (AVNRT), with progressive recovery of AV conduction during corticosteroid therapy.

Materials and Methods:

A 70-year-old woman with symptomatic narrow-complex tachycardia underwent an electrophysiological study. Typical slow-fast AVNRT was confirmed. Three-dimensional mapping-guided radiofrequency ablation was performed in the slow-pathway region (Figure 1). Junctional rhythm and tachycardia termination occurred during energy delivery. Brief first-degree AV block developed during a superior septal application and resolved within seconds. At procedure completion, AV conduction was normal and AVNRT was non-inducible. The patient was discharged the following day.

Results:

Forty-eight hours after ablation, she presented with dizziness and malaise. Electrocardiography showed complete AV block with a ventricular rate of 46 beats/min and a narrow-QRS junctional escape rhythm. Bisoprolol was discontinued, and systemic corticosteroids were initiated for suspected post-ablation edema. Serial electrocardiograms documented stepwise recovery from complete AV block to 2:1 and Wenckebach conduction, followed by first-degree AV block and ultimately sinus rhythm with normal AV conduction (Figure 2). Permanent pacemaker implantation was not required. No recurrent high-grade AV block or AVNRT was subsequently documented.

Conclusions:

Delayed complete AV block may occur despite procedural success and normal AV conduction at discharge. Transient intraprocedural conduction impairment may represent an important warning sign. Progressive reversibility during corticosteroid therapy supports edema and inflammation around the ablation lesion as plausible mechanisms, although causality cannot be established. Careful monitoring and individualized reassessment may help avoid premature permanent pacing in haemodynamically stable patients.



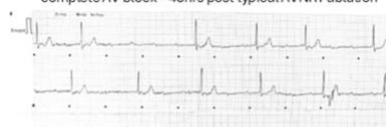
12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα

12°



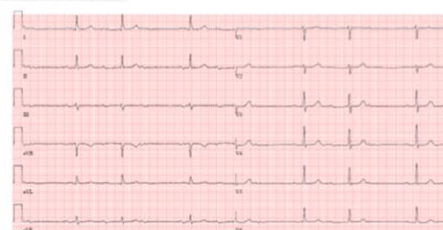
complete AV block – 48hrs post typical AVNRT ablation



After initiation of systemic corticosteroids:



I. 2:1 conduction



II. Wenckebach conduction



III. 1st degree AV block



IV. Sinus rhythm with normal AV conduction



OR15 | ΗΛΕΚΤΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Αθηνά Μπατσούλη¹, Σωτήριος Ξυδώνας¹, Αθανασία Μεγαρισιώτου¹, Νικόλαος Τσολίγκας¹, Αθανασία Δέτσικα², Ιωάννης Βόσσορς², Άλκηστις Πατσάκη², Ελένη Λιόση², Ελένη Κωνσταντινίδου², Αθανάσιος Τρίκας²

¹ Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι περιοχές χαμηλού δυναμικού (Low Voltage Areas, LVA) αποτελούν ηλεκτροανατομικό δείκτη κοιλιακής ίνωσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση του μεγέθους του αριστερού κόλπου, της απόλυτης έκτασης LVA και του σχετικού φορτίου LVA μεταξύ ασθενών με παροξυσμική και εμμένουσα κοιλιακή μαρμαρυγή (KM).

Υλικό – Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 64 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση KM: 33 με παροξυσμική και 31 με εμμένουσα KM. Η ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση πραγματοποιήθηκε σε φλεβοκομβικό ρυθμό με CARTO. Ως LVA ορίστηκαν περιοχές με διπολικό δυναμικό <0,5 mV. Αξιολογήθηκαν ο όγκος του αριστερού κόλπου, η απόλυτη επιφάνεια LVA (cm²) και το LVA ως ποσοστό της συνολικής επιφάνειας του αριστερού κόλπου.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με εμμένουσα KM παρουσίασαν μεγαλύτερο όγκο αριστερού κόλπου (**120,1±30,4 έναντι 99,2±27,0 mL, p=0,010**) και μεγαλύτερη απόλυτη επιφάνεια LVA (**20,4±14,4 έναντι 11,7±9,3 cm², p=0,019**). Αντίθετα, όταν το LVA κανονικοποιήθηκε ως ποσοστό της συνολικής επιφάνειας του αριστερού κόλπου, η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (**12,6±8,4% έναντι 8,3±6,0%, p=0,055**). Στα βασικά χαρακτηριστικά, το PALAH score ήταν υψηλότερο στην εμμένουσα KM (**11,0±3,1 έναντι 9,2±2,9, p=0,016**) και πρέπει να οριστεί σαφώς στο τελικό κείμενο/σχήμα.



Συμπεράσματα: Η εμμένουσα ΚΜ σχετίζεται με μεγαλύτερο αριστερό κόλπο και μεγαλύτερη απόλυτη έκταση LVA. Η εξασθένηση της διαφοράς μετά την κανονικοποίηση ως προς την επιφάνεια του αριστερού κόλπου υποδηλώνει ότι σημαντικό μέρος της αυξημένης LVA επιφάνειας μπορεί να σχετίζεται με το μεγαλύτερο μέγεθος του κόλπου και όχι με αναλογικά μεγαλύτερο ινωτικό φορτίο.

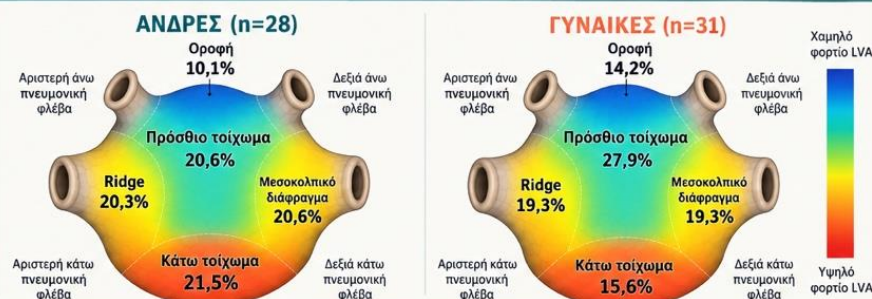
Διαφορές μεταξύ των φύλων στην ανατομική κατανομή του υποστρώματος χαμηλού δυναμικού του αριστερού κόλπου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση κοιλικής μαρμαρυγής

ΜΕΘΟΔΟΙ

59 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση κοιλικής μαρμαρυγής (28 άνδρες, 31 γυναίκες)

Σύγκριση ανδρών-γυναικών:
Mann-Whitney U test

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ LVA ΑΝΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ (% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ LVA)



ΔΙΑΜΕΣΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ LVA (cm²) [IQR]

Περιοχή	Ανδρες (n=28)	Γυναίκες (n=31)	p τιμή
Πρόσθιο τοίχωμα	2,54 [1,20–3,74]	4,87 [2,20–7,43]	0,018*
Κάτω τοίχωμα	2,39 [1,52–3,74]	2,73 [1,41–4,32]	0,153
Οροφή	1,26 [0,58–2,11]	2,40 [1,01–3,64]	0,054
Ridge (μεταξύ αριστερών ΠΦ)	1,57 [0,66–2,71]	2,69 [1,27–4,01]	0,040*
Μεσοκοιλιακό διάφραγμα (μεταξύ δεξιών ΠΦ)	2,91 [1,76–4,56]	2,39 [2,01–5,35]	0,143
Οπίσθιο τοίχωμα	1,49 [0,73–2,68]	2,22 [1,10–3,87]	0,548

* p < 0,05

ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη έκταση LVA στο πρόσθιο τοίχωμα και στο ridge.
- Τάση για μεγαλύτερη συμμετοχή της οροφής στις γυναίκες.
- Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες περιοχές.

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΜΗΝΥΜΑ: Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκταση LVA στο πρόσθιο τοίχωμα και στο ridge, υποδηλώνοντας διαφορετική ανατομική κατανομή του ηλεκτροανατομικού υποστρώματος.



OR16 | ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ ΣΕ ΕΝΤΟΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ 23 ΕΤΩΝ

**Νικόλαος Μάργος, Ανδρέας Νταλαούτης, Ηλίας Πατσιώτης, Κωνσταντίνος
Τραχανάς, Παναγιώτης Μάργος, Κωνσταντίνος Κωστόπουλος¹**

¹ Α' Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας – Πειραιά "Αγ. Παντελεήμων"

Σκοπός: Παρουσίαση της θεραπευτικής προσέγγισης παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής (KM) με θορυβώδη συμπτωματολογία, εκλυόμενης από την κόπωση σε ασθενή 23 ετών, και του μηχανισμού υποτροπής μετά από κρυοκατάλυση.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 23 ετών, με ελεύθερο καρδιολογικό ιστορικό, προσήλθε λόγω αισθήματος παλμών, ιδίως κατά την άσκηση. Αναφέρει επεισόδια αισθήματος παλμών και έντονης ταχυκαρδίας ~ 200 bpm από εξαιτίας, κυρίως στην άσκηση, συνοδευόμενα ενίοτε από αδυναμία, ζάλη αλλά και δύο επεισόδια συγκοπής. Το καρδιογράφημα ηρεμίας δεν παρουσιάζει παθολογικά ευρήματα (PR διάστημα στα κατώτερα φυσιολογικά) (Εικ. 1).

Ο αιματολογικός και ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος καθώς και η μαγνητική καρδιάς δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Στο Holter και κατά τη διάρκεια δοκιμασίας κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα καταγράφησαν πολλαπλές υπερκοιλιακές έκτακτες συστολές και βραχεία επεισόδια ταχυαρρυθμίας ενίοτε με ευρέα QRS, προσομοιάζοντα κολπική μαρμαρυγή χωρίς να είναι δεδομένη η αλλοδρομία (εικόνα 2Α,Β).

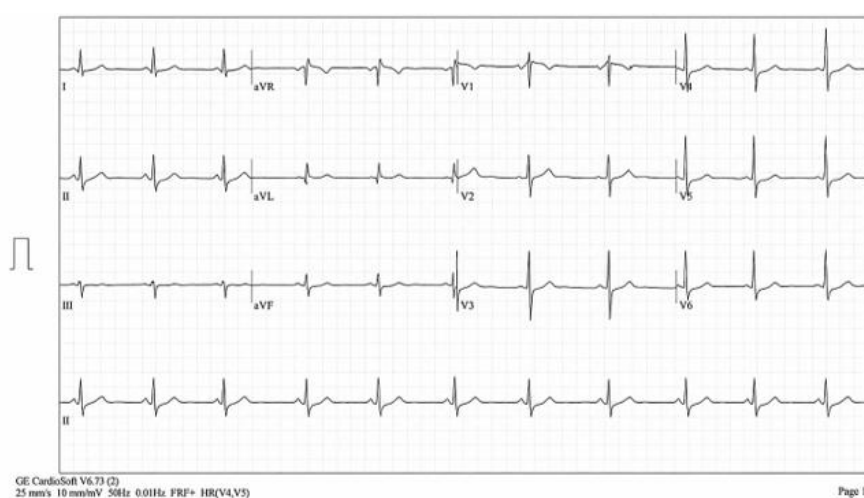
Αποτελέσματα: Ο ασθενής οδηγήθηκε στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο όπου καταγράφηκαν χαρακτηριστικά ευρήματα κολπικής μαρμαρυγής ενώ αποκλείστηκε η φυσιοπαθολογία διπλής οδού του κολποκοιλιακού κόμβου, η πιθανότητα ύπαρξης δεματίου ή άλλης υπερκοιλιακής εστίας που θα μπορούσε να πυροδοτήσει ταχυκαρδία. Η ταχεία κοιλιακή βηματοδότηση δεν ανέδειξε ανάδρομη αγωγή, ούτε μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου (καταγράφηκε κοιλιοκολπικός διαχωρισμός), συνεπώς αποκλείστηκε το αποκεκρυμμένο δεμάτιο Ταυτόχρονα καταγράφηκε και ταχεία υπερκοιλιακή δραστηριότητα με αλλοδρομία, μορφολογίας παρόμοιας με το κλινικό επεισόδιο. (Εικ. 3Α,Β). Κατά την τρισδιάστατη χαρτογράφηση επιβεβαιώθηκε η κολπική μαρμαρυγή και πραγματοποιήθηκε απομόνωση πνευμονικών φλεβών με κρυοενέργεια.

Μετά την αρχική επέμβαση ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός για μια περίοδο διάρκειας 30 ημερών με φυσιολογικά ευρήματα σε επανέλεγχο με Holter ρυθμού και δοκιμασία κοπώσεως. Στη συνέχεια, όμως, παρουσίασε υποτροπή της συμπτωματολογίας. Νέο Holter 24ώρου επιβεβαίωσε την υποτροπή με πολλαπλά επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση.

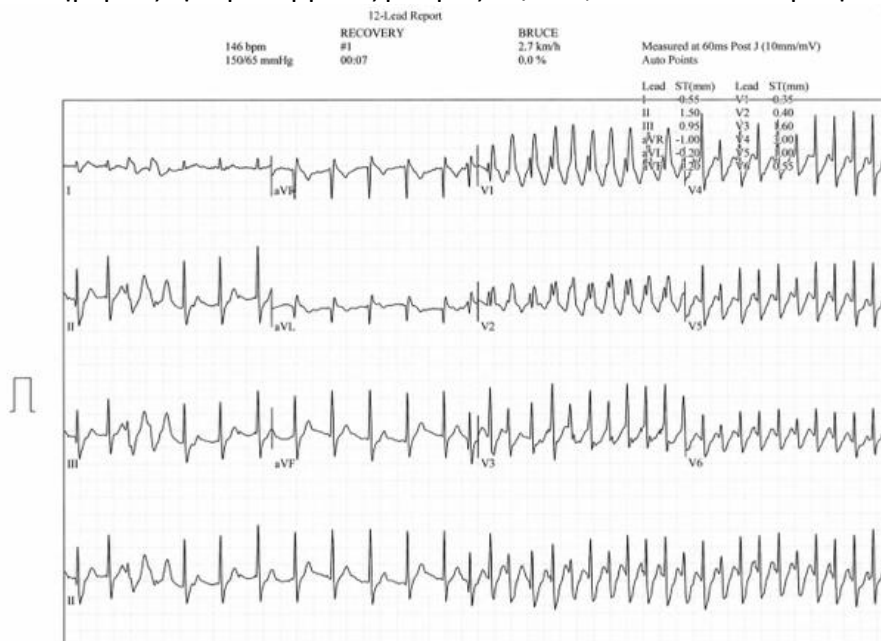
Ο ασθενής οδηγήθηκε εκ νέου στο ηλεκτροφυσιολογικό εργαστήριο όπου στην τρισδιάστατη χαρτογράφηση με το σύστημα CARTO διαπιστώθηκε επανασύνδεση σε οπίσθια θέση μεταξύ άνω και κάτω αριστερής πνευμονικής φλέβας. Ακολούθησε redo ablation με υψίσυχνο ρεύμα (RF), με επιτυχή επαναπομόνωση των φλεβών (Εικ. 4Α, Β). Έκτοτε ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός.

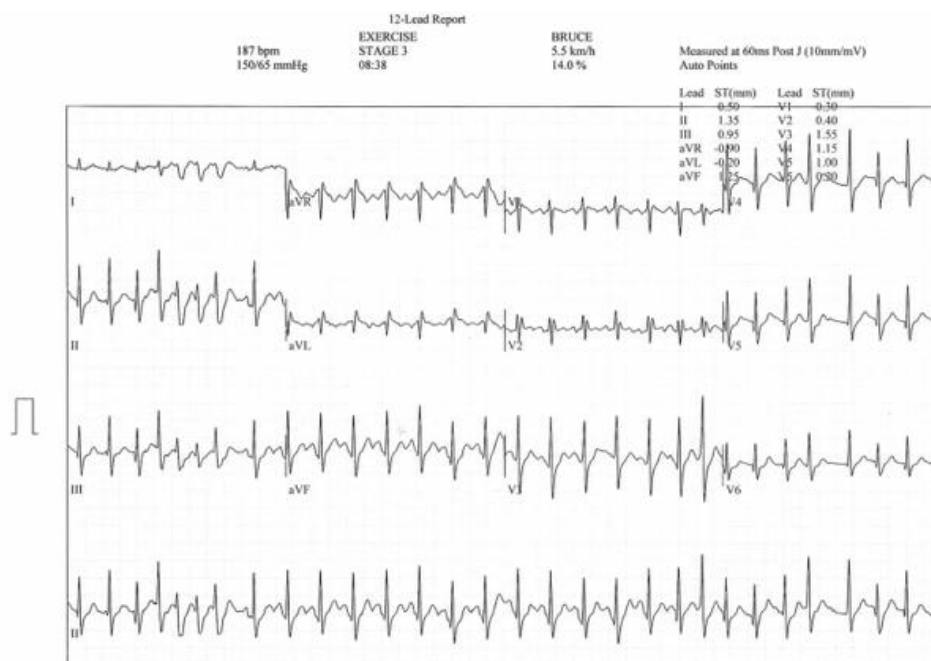


Συμπεράσματα: Η κολλική μαρμαρυγή σε πολύ νεαρούς ασθενείς χωρίς εμφανή δομική καρδιοπάθεια μπορεί να είναι ιδιαίτερα συμπτωματική και συνήθως απαιτεί ολοκληρωμένη ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση για την τεκμηρίωση και αντιμετώπιση της. Η υποτροπή μετά από αρχική απομόνωση πνευμονικών φλεβών συνηθέστερα σχετίζεται με επανασύνδεση, ενώ η τρισδιάστατη χαρτογράφηση και επανεπέμβαση κατάλυσης μπορεί να επιφέρει μόνιμο αποτέλεσμα στην ηλεκτρική απομόνωση των πνευμονικών φλεβών.

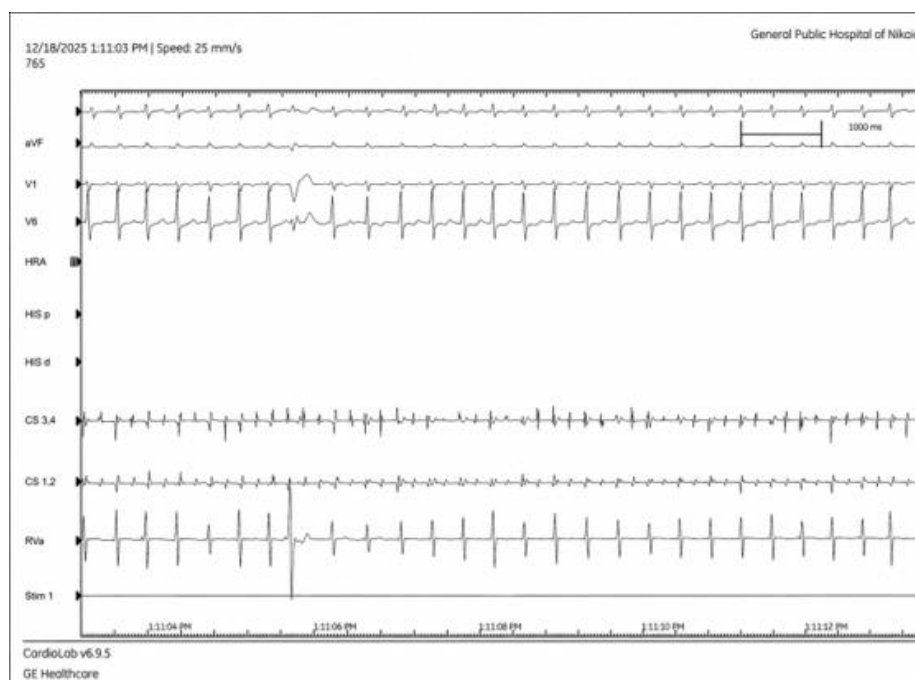


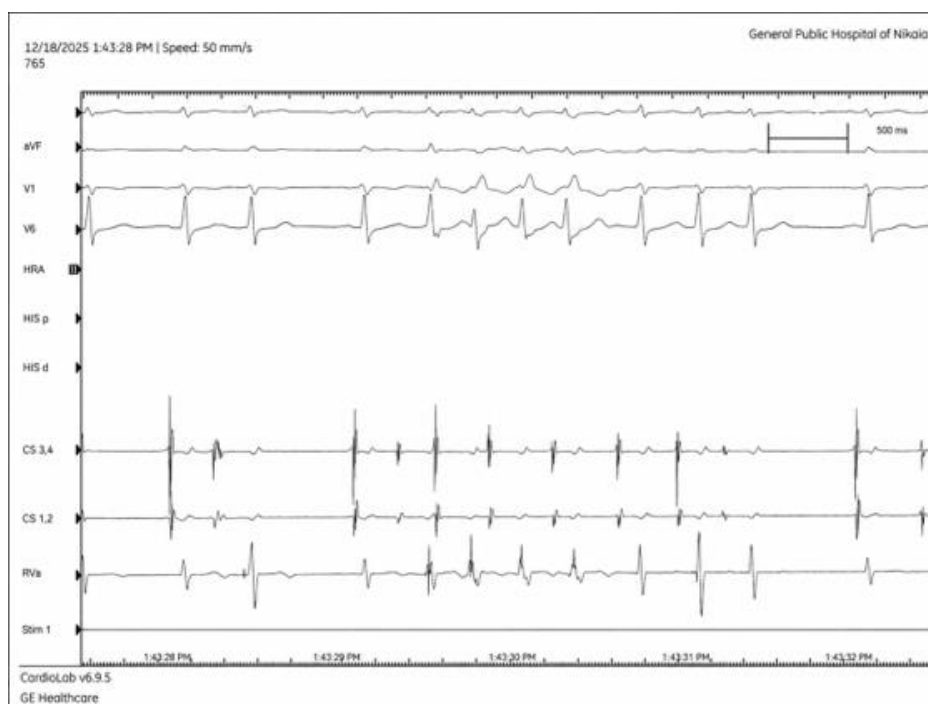
Εικ. 1. . ΗΚΓ ηρεμίας: φλεβοκομβικός ρυθμός 68/min, PR στα κατώτερα φυσιολογικά.





Εικ. 2Α,Β. Δοκιμασία κόπωσης: υπερκοιλιακή ταχυαρρυθμία, με διάστημα μεταβλητής διεύρυνσης QRS – μορφολογίας RBBB.





Εικ. 3Α,Β. Ενδοκαρδιακές καταγραφές κατά τον ΗΦΕ: αυτόματα, αυτοπερατούμενα επεισόδια ταχείας κολπικής μαρμαρυγής, με μεταβλητή κοιλιακή αγωγή. Καταγράφεται αγωγή με αλλοδρομία μορφολογίας RBBB



**OR17 | ΠΕΡΙΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΑ
ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ**

**Χρύσα Παναγιώτου¹, Όλγα Καδδά², Κωνσταντίνος Λέτσας³, Αθανάσιος
Σαπλάούρας³, Παναγιώτης Μιληλής³, Ουρανία Καρίκη³, Γιώργος Πούλος³, Άννα
Κωστοπούλου³, Μιχαήλ Εφραιμίδης³**

¹ Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ωνάσειο Νοσοκομείο

² Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

³ Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογικών Μελετών και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Οι εμφυτεύσιμοι καταγραφείς καρδιακού ρυθμού (Implantable Loop Recorders-ILRs) αποτελούν υποδόριες συσκευές που χρησιμοποιούνται ευρέως για τη διερεύνηση πιθανολογούμενων καρδιακών αρρυθμιών. Λόγω της ελάχιστα επεμβατικής φύσης της εμφύτευσης, η χορήγηση αντιβιοτικής προφύλαξης δεν συνιστάται γενικά από τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό να διερευνήσει τη συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων μετά από εμφύτευση ILR και να συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ ασθενών που έλαβαν και όσων δεν έλαβαν περιεγχειρητική αντιβιοτική προφύλαξη.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε 516 διαδοχικούς ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε εμφύτευση ILR σε διάστημα μιας δεκαετίας (2016 – 2026). Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες: την Ομάδα Α (n=223), η οποία δεν έλαβε περιεπεμβατική αντιβιοτική αγωγή και την Ομάδα Β (n=293), η οποία έλαβε προφυλακτική αντιβίωση. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν για τουλάχιστον ένα έτος μετά την επέμβαση. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση λοίμωξης σχετιζόμενης με τη συσκευή.

Αποτελέσματα: Στον ένα χρόνο παρακολούθησης, δεν καταγράφηκε κανένα περιστατικό λοίμωξης, σε καμία από τις δύο ομάδες.

Συμπεράσματα: Η εμφύτευση ILR σχετίζεται με εξαιρετικά χαμηλή συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης. Η περιεπεμβατική χρήση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής δεν προσέφερε επιπλέον κλινικό όφελος, επιβεβαιώνοντας και υποστηρίζοντας τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες.



**OR18 | ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΧΑΜΗΛΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ**

**Αθηνά Μπατσούλη¹, Αθανασία Μεγαρισιώτου¹, Σωτήριος Ξυδώνας¹, Νικόλαος
Τσολίγκας¹, Αθανασία Δέτσικα², Ιωάννης Βόσσορ², Άλκηστις Πατσάκη², Ελένη
Λιόση², Ελένη Κωνσταντινίδου², Αθανάσιος Τρίκας²**

¹ Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

² Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι περιοχές χαμηλού δυναμικού (Low Voltage Areas, LVA) του αριστερού κόλπου αποτελούν ηλεκτροανατομικό δείκτη κολπικής ίνωσης και προχωρημένης κολπικής μυοπάθειας. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση διαφορών στην ανατομική κατανομή των LVA μεταξύ ανδρών και γυναικών που υποβάλλονται σε πρώτη κατάλυση κολπικής μαρμαρυγής (ΚΜ).

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά 59 διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε κατάλυση παροξυσμικής ή εμμένουσας ΚΜ. Η ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση του αριστερού κόλπου πραγματοποιήθηκε σε φλεβοκομβικό ρυθμό με υψηλής πυκνότητας διπολική χαρτογράφηση (CARTO™ 3). Ως LVA ορίστηκαν περιοχές με διπολικό δυναμικό $\leq 0,5$ mV. Υπολογίστηκε η επιφάνεια LVA στο πρόσθιο, οπίσθιο και κάτω τοίχωμα, στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, στην οροφή και στο ridge. Οι συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων πραγματοποιήθηκαν με Mann-Whitney U και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως διάμεσος [ενδοτεταρτημοριακό εύρος, IQR]. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 28 άνδρες (47,5%) και 31 γυναίκες (52,5%). Το πρόσθιο τοίχωμα ήταν η συχνότερα προσβεβλημένη περιοχή του αριστερού κόλπου (96,6% των ασθενών). Οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερη διάμεση επιφάνεια LVA στο πρόσθιο τοίχωμα [4,87 (IQR 2,20–7,43) έναντι 2,54 (1,20–3,74) cm², $p=0,018$] και στο ridge [2,69 (1,27–4,01) έναντι 1,57 (0,66–2,71) cm², $p=0,040$]. Παρατηρήθηκε τάση για μεγαλύτερη επιφάνεια LVA στην οροφή στις γυναίκες [2,40 (1,01–3,64) έναντι 1,26 (0,58–2,11) cm², $p=0,054$]. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο οπίσθιο ή κάτω τοίχωμα και στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα.



Συμπεράσματα: Οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερη έκταση LVA κυρίως στο πρόσθιο τοίχωμα και στο ridge. Τα ευρήματα υποδηλώνουν διαφορές φύλου στην ανατομική κατανομή του ηλεκτροανατομικού υποστρώματος του αριστερού κόλπου. Η πιθανή κλινική σημασία αυτών των διαφορών και η σχέση τους με τις εκβάσεις μετά την κατάλυση απαιτούν περαιτέρω προοπτική διερεύνηση.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΓΗΣ

ΜΕΘΟΔΟΙ



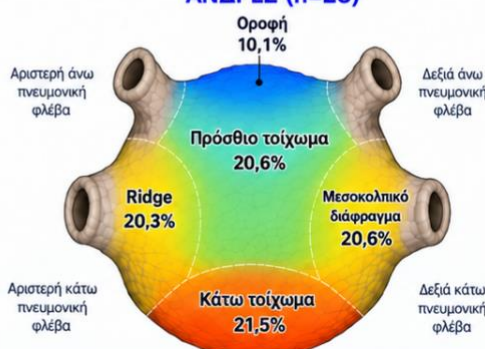
59 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρώτη κατάλυση κοιλιακής μαρμαρυγής (28 άνδρες, 31 γυναίκες)



Σύγκριση ανδρών – γυναικών:
Mann–Whitney U test

ΜΕΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ LVA ΑΝΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ (% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ LVA)

ΑΝΔΡΕΣ (n=28)



ΓΥΝΑΙΚΕΣ (n=31)



ΔΙΑΜΕΣΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ LVA (cm²) [IQR]

Περιοχή	Ανδρες (n=28)	Γυναίκες (n=31)	p τιμή
Πρόσθιο τοίχωμα	2,54 [1,20–3,74]	4,87 [2,20–7,43]	0,018*
Κάτω τοίχωμα	2,39 [1,52–3,74]	2,73 [1,41–4,32]	0,153
Οροφή	1,26 [0,58–2,11]	2,40 [1,01–3,64]	0,054
Ridge (μεταξύ αριστερών ΠΦ)	1,57 [0,66–2,71]	2,69 [1,27–4,01]	0,040*
Μεσοκοιλιακό διάφραγμα (μεταξύ δεξιών ΠΦ)	2,91 [1,76–4,56]	2,39 [2,01–5,35]	0,143
Οπίσθιο τοίχωμα	1,49 [0,73–2,68]	2,22 [1,10–3,87]	0,548

ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- 1 Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη έκταση LVA στο πρόσθιο τοίχωμα και στο ridge.
- 2 Τάση για μεγαλύτερη συμμετοχή της οροφής στις γυναίκες.
- 3 Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες περιοχές.



ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΜΗΝΥΜΑ

Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκταση LVA στο πρόσθιο τοίχωμα και στο ridge, υποδηλώνοντας διαφορετική ανατομική κατανομή του ηλεκτροανατομικού υποστρώματος.



OR19 | ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΠΛΑΓΙΟΥ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΜΑΤΙΟΥ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΔΙΕΓΕΡΜΕΝΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ, ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΕΠΑΝΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

**I. Μαυρογένης^{1,2}, N. Τσιάμης ¹, X. Κολέ ¹, Δ. Καλαϊτζίδης ^{1,2}, X. Θεοχάρη ¹,
A. Κίτσιου ¹, Γ. Τσιτσινάκης ^{1,2}**

¹Καρδιολογική Κλινική¹, Εργαστήριο Ηλεκτροφυσιολογίας και Καρδιακής Βηματοδότησης

²Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο», Αθήνα

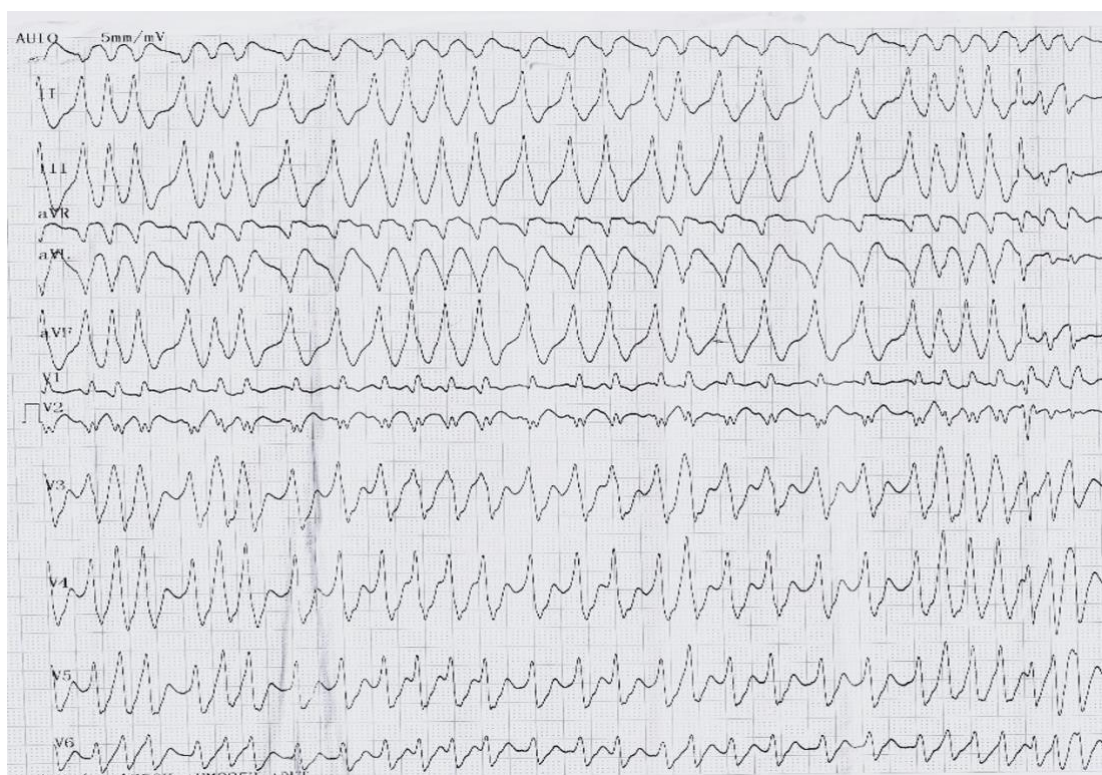
Σκοπός εργασίας: Τα παραπληρωματικά δεμάτια υψηλού κινδύνου μπορούν να επιτρέψουν ταχεία κοιλιακή αγωγή κατά την κολπική μαρμαρυγή, με δυνητικά απειλητικές για τη ζωή συνέπειες. Παρουσιάζεται περίπτωση νεαρού ασθενούς με προδιεγερμένη κολπική μαρμαρυγή (AF), κολποκοιλιακή ταχυκαρδία επανεισόδου (AVRT) και πιθανή μυοκαρδίτιδα, ο οποίος αντιμετώπιστηκε επιτυχώς με κατάλυση.

Υλικό και μέθοδοι: Άνδρας 21 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε λόγω αιφνίδιας έναρξης αισθήματος παλμών. Ήταν αιμοδυναμικά σταθερός ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας ανέδειξε αρρύθμως άρρυθμη ταχυκαρδία, ευρέων QRS συμπλεγμάτων, συμβατή με προδιεγερμένη AF, με συχνότητα 190 σφύξεις/λεπτό. Υστέρα από αυτόματη ανάταξη της ταχυαρρυθμίας σε φλεβοκομβικό ρυθμό καταγράφηκαν βραχύ PR, ευρέα QRS και κύματα δ (rsr', κατώτερος άξονας). Η hs-τροπονίνη I ήταν 4.000 pg/mL, ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα δεν παρουσίαζε παθολογικά ευρήματα. Κατόπιν εισήχθη στην Καρδιολογική κλινική, ενώ υπεβλήθη σε στεφανιογραφία η οποία ήταν φυσιολογική. Λόγω του υψηλού αρρυθμιολογικού κινδύνου, της σταδιακής φυσιολογικοποίησης της τροπονίνης και της απουσίας σαφούς τεκμηρίωσης ενεργού μυοκαρδίτιδας, αποφασίστηκε η διενέργεια ηλεκτροφυσιολογικής μελέτης με πρόθεση κατάλυσης.



Αποτελέσματα: Κατά την τοποθέτηση των καθετήρων προκλήθηκε ταχεία προδιεγερμένη AVRT με έκκεντρη ενεργοποίηση ενδεικτική αριστερού παραπληρωματικού δεματίου. Η πρόσβαση στον αριστερό κόλπο πραγματοποιήθηκε μέσω κολπικής διαφραγματοστομίας υπό ακτινοσκόπηση και ενδοκαρδιακό υπέρηχο (ICE). Για την ηλεκτροανατομική χαρτογράφηση χρησιμοποιήθηκαν πολυπολικός καθετήρας και η τεχνική Open Window Mapping (OWM), επιτρέποντας τον ακριβή εντοπισμό του δεματίου στο πλάγιο τμήμα του μιτροειδικού δακτυλίου. Κατά τη διάρκεια της χαρτογράφησης καταγράφηκαν συχνά επεισόδια προδιεγερμένης AVRT με εκφύλιση σε προδιεγερμένη AF (Cycle Length: 190 ms) με 1:1 κολποκοιλιακή αγωγή (Shortest Preexcited RR Interval <250 ms). Η ηλεκτρική ανάταξη ήταν ανεπιτυχής και ακολούθησε κατάλυση με υψίσυχνο ρεύμα, η οποία τερμάτισε την αρρυθμία και εξαφάνισε την προδιέγερση. Μετά το εξιτήριο παρέμεινε ασυμπτωματικός και ηλεκτρικά σταθερός, ενώ υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία καρδιάς που ανέδειξε εστιακή υποεπικαρδιακή όψιμη ενίσχυση στο βασικό πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, έκτασης <1% της συνολικής μάζας αυτής, χωρίς οίδημα, πιθανώς στα πλαίσια μυοκαρδίτιδας σε αποδρομή.

Συμπεράσματα: Η συνδυασμένη χρήση ICE, χαρτογράφησης υψηλής πυκνότητας και OWM επέτρεψε τον ακριβή εντοπισμό και την επιτυχή κατάλυση παραπληρωματικού δεματίου υψηλού κινδύνου. Σε περίπτωση πιθανής μυοκαρδίτιδας, η απόφαση για κατάλυση πρέπει να εξατομικεύεται βάσει του αρρυθμιολογικού κινδύνου και των ενδείξεων ενεργού μυοκαρδιακής φλεγμονής.

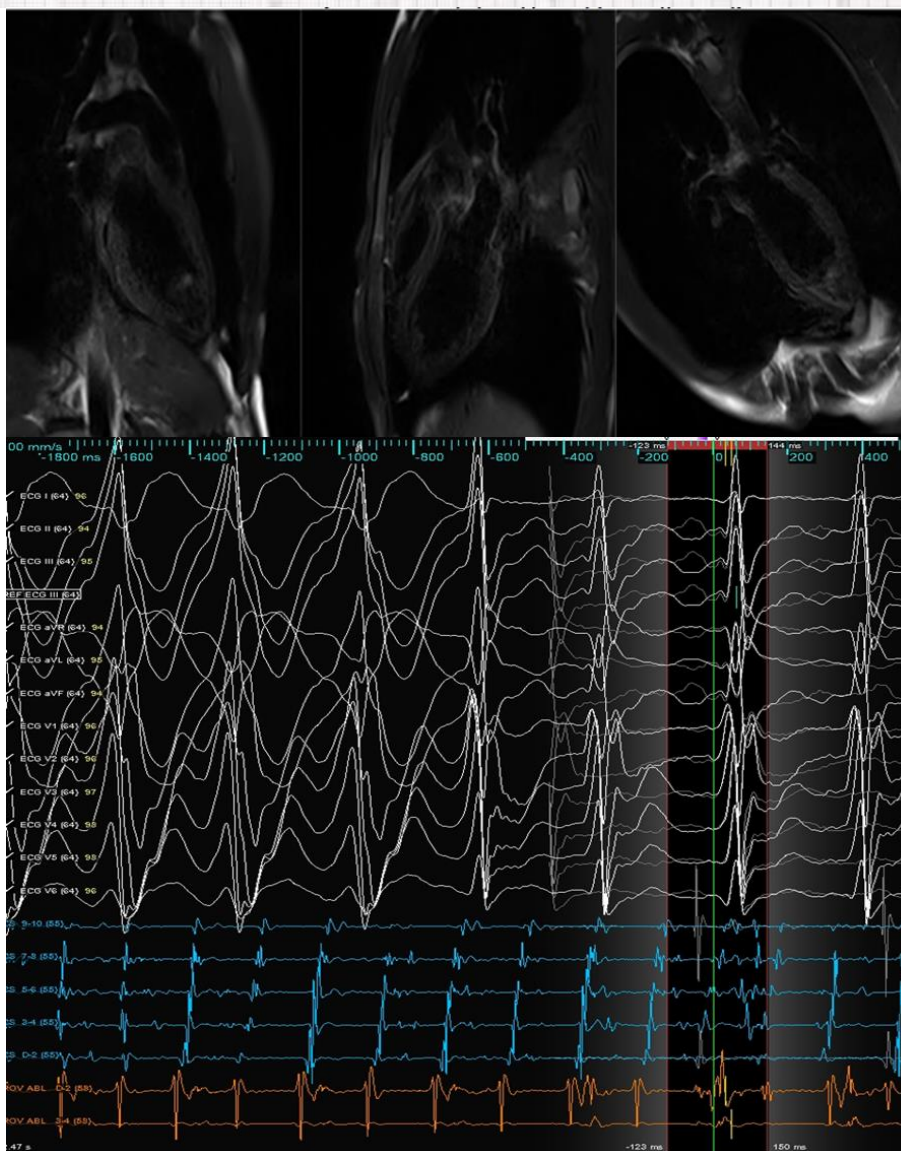




Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα

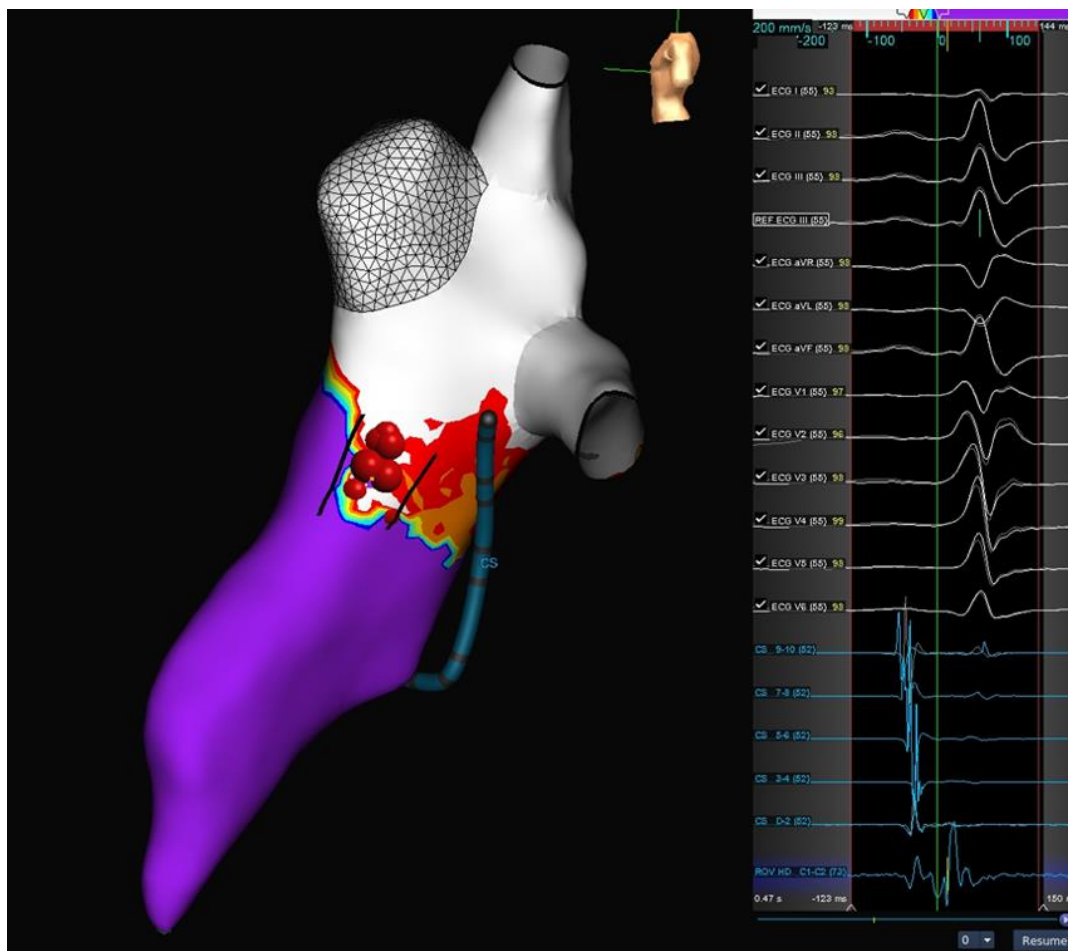




Ελληνική Ρυθμολογική Εταιρεία

12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα





OR20 | ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΛΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ

Χρύσα Παναγιώτου¹, Όλγα Καδδά², Κωνσταντίνος Λέτσας³, Αθανάσιος Σαπλαούρας³, Παναγιώτης Μιλιλής³, Ουρανία Καρίκη³, Γιώργος Πούλος³, Άννα Κωστοπούλου³, Μιχαήλ Εφραιμίδης³

1. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ωνάσειο Νοσοκομείο
2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογικών Μελετών και Βηματοδότησης, Ωνάσειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή: Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) αποτελεί τη βασικότερη καρδιακή αρρυθμία που σχετίζεται με σημαντικές κλινικές επιπτώσεις και με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικών επεισοδίων, ανεξάρτητα από την εμφάνιση ή μη συμπτωμάτων. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ποικίλλουν, εστιάζοντας είτε στη στρατηγική ελέγχου του ρυθμού είτε στον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας. Η κατάλυση με καθετήρα αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη μέθοδο για τη μακροχρόνια διατήρηση φλεβοκομβικού ρυθμού σε περιπτώσεις ΚΜ ανθεκτικής στα φάρμακα ενώ πλέον προκρίνεται και ως θεραπεία πρώτης γραμμής, ιδιαίτερα σε νεότερους ασθενείς με παροξυσμική ΚΜ χωρίς υποκείμενη δομική καρδιοπάθεια. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία μετεπεμβατικά κρίνεται καθοριστική για τη βελτιστοποίηση των μακροπρόθεσμων κλινικών εκβάσεων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πιλοτικής μελέτης ήταν να προσδιοριστεί το επίπεδο υγιεινών συμπεριφορών και του τρόπου ζωής των ασθενών 3 μήνες μετά την επέμβαση κατάλυσης της κολπικής μαρμαρυγής και να αξιολογήσει τη σημαντικότητα ανάπτυξης βέλτιστων πρακτικών για τη διασφάλιση συλλογής δεδομένων υψηλής μεθοδολογικής ποιότητας.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 41 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κατάλυση ΚΜ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα από 1 έως 30 Σεπτεμβρίου του 2025. Για την αξιολόγηση της βαθμολογίας στην κλίμακα Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) κατά την τηλεφωνική παρακολούθηση (follow-up) των 3 μηνών, εφαρμόστηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής και το κριτήριο t-test για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test).



12ο Πανελλήνιο Αρρυθμιολογικό Συνέδριο

2-3 Οκτωβρίου 2026
Μέγαρο Μουσικής Αθηνών
Αθήνα



Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $64,9 \pm 8,8$. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 70,7% ($n=29$) ήταν άνδρες. Η μέση συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HPLP-II ανήλθε στο 137, εύρημα που υποδηλώνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υιοθέτησης συμπεριφορών προαγωγής υγείας. Η στατιστική ανάλυση δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, τόσο στη συνολική βαθμολογία HPLP-II όσο και στις έξι επιμέρους υποκλίμακες (υπευθυνότητα για την υγεία, σωματική δραστηριότητα, διατροφικές συνήθειες, πνευματική ανάπτυξη, διαπροσωπικές σχέσεις και διαχείριση του στρες). Αν και οι γυναίκες κατέγραψαν οριακά υψηλότερη μέση βαθμολογία (138) έναντι των ανδρών (136), η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,724$).

Συμπεράσματα: Ενώ η παρούσα πιλοτική μελέτη παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, πρέπει να αναγνωριστούν αρκετοί περιορισμοί, όπως: η ασύμμετρη κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο καθώς και το μικρό μέγεθος του δείγματος.

Sanocard®

Φλεκαϊνίδη οξική

Μακροχρόνια διατήρηση του ρυθμού
με 1 δόση ημερησίως



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Sanocard 100 mg καψάκια παρατεταμένης αποδέσμευσης, σκληρά & Sanocard 200 mg καψάκια παρατεταμένης αποδέσμευσης, σκληρά. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε καψάκιο περιέχει 100 ή 200 mg φλεκαϊνίδης οξικής. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Καψάκιο παρατεταμένης αποδέσμευσης, σκληρό. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:** Θεραπευτικές ενδείξεις: Αντιμετώπιση για: 1. Κολποκοιλιακή (ΑV) κομβική παλινδρομική ταχυκαρδία, αρρυθμίες που σχετίζονται με το σύνδρομο Wolff-Parkinson-White και συγγενείς παθήσεις με παραπληρωματικά δεμάτια, στις περιπτώσεις που άλλες μορφές αγωγής κρίθηκαν μη αποτελεσματικές. 2. Σοβαρή συμπτωματική και απειλητική για τη ζωή παροξυσμική κοιλιακή αρρυθμία, η οποία δεν ανταποκρίθηκε στις άλλες μορφές θεραπείας. Στις περιπτώσεις επίσης που άλλες αγωγές δεν ήταν ανεκτές. 3. Παροξυσμικές κοιλιακές αρρυθμίες (κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακός πτερυγισμός και κοιλιακή ταχυκαρδία) σε ασθενείς με συμπτώματα αναστηρίας ύστερα από αναστάση, δεδομένου ότι υπάρχει συγκεκριμένη ανάγκη αγωγής βάσει της σοβαρότητας των κλινικών συμπτωμάτων, σε περιπτώσεις που άλλες αγωγές κρίθηκαν μη αποτελεσματικές. Θα πρέπει να υπάρχει αποκλεισμός της οργανικής καρδιακής νόσου και/ή της διαταραγμένης λειτουργίας της αριστερής κοιλίας λόγω του αυξημένου κινδύνου για προαρρυθμικές επιδράσεις. Δοσολογία και τρόπος χορήγησης: Η έναρξη της θεραπείας με φλεκαϊνίδη οξική, καθώς και οι αλλαγές στη δόση θα πρέπει να πραγματοποιούνται υπό ιατρική επίβλεψη και παρακολούθηση των ΗΚΓ και των επιπέδων του πλάσματος. Ενήλικες και έφηβοι (ηλικίας 13-17 ετών): Υπερκοιλιακές αρρυθμίες: Η συνιστώμενη δοσολογία έναρξης είναι 100 mg ανά ημέρα. Το ενδεχόμενο αύξησης της δόσης μπορεί να εξεταστεί ύστερα από μία περίοδο 4 έως 5 ημερών. Η βέλτιστη δόση είναι 200 mg ανά ημέρα. Εφόσον κριθεί απαραίτητο, είναι εφικτή η αύξηση της δόσης στη μέγιστη δυνατή ποσότητα των 300 mg ανά ημέρα. Κοιλιακές αρρυθμίες: Η συνιστώμενη δοσολογία έναρξης είναι 200 mg ανά ημέρα. Η μέγιστη ημερήσια δόση είναι 400 mg και χρησιμοποιείται συνήθως σε μεγαλύτερους ασθενείς ή σε περιπτώσεις που απαιτείται γρήγορος έλεγχος της αρρυθμίας. Τρόπος χορήγησης: Προκειμένου να αποφευχθεί η πιθανότητα επιρροής των τροφών στην απορρόφηση του φαρμάκου, η λήψη της φλεκαϊνίδης θα πρέπει να πραγματοποιείται με άδειο στομάχι ή μία ώρα πριν από το φαγητό. Αντενδείξεις: Η χρήση της φλεκαϊνίδης αντενδείκνυται στην περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας, καθώς και στην περίπτωση ασθενών με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου οι οποίοι παρουσιάζουν ασυμπτωματική κοιλιακή εκτοπία ή ασυμπτωματική μη εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία. Ασθενείς που παρουσιάζουν χρόνια κοιλιακή μαρμαρυγή, στην περίπτωση των οποίων δεν έγινε καμία προσπάθεια αναστάσης σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Ασθενείς με μειωμένη ή διαταραγμένη κοιλιακή λειτουργία, καρδιογενή καταπληξία, σοβαρή βραχυκαρδία (μικρότερη από 50 bpm), σοβαρή υπόταση. Χρήση σε συνδυασμό με τα αντιαρρυθμικά τάξης I (αποκλειστές διαύλων νατρίου). Σε ασθενείς με αιμοδυναμικά σημαντική βαλβιδική καρδιακή νόσο. Γνωστό σύνδρομο Brugada. Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Η αγωγή με από του στόματος φλεκαϊνίδη θα πρέπει να πραγματοποιείται υπό την άμεση επίβλεψη νοσοκομειακής μονάδας ή ειδικού σε ασθενείς με: -Κολποκοιλιακή (ΑV) κομβική παλινδρομική ταχυκαρδία, αρρυθμίες που σχετίζονται με το σύνδρομο Wolff-Parkinson-White και συγγενείς παθήσεις με παραπληρωματικά δεμάτια. -Παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή στην περίπτωση ασθενών που παρουσιάζουν συμπτώματα αναστηρίας. Η φλεκαϊνίδη, όπως τα άλλα αντιαρρυθμικά, ενδέχεται να προκαλέσει προαρρυθμικές επιδράσεις. Ανεπιθύμητες ενέργειες: Όπως και τα άλλα αντιαρρυθμικά, η φλεκαϊνίδη μπορεί να επιφέρει αρρυθμία. Ενδέχεται να υπάρξει επιδείνωση της υπάρχουσας αρρυθμίας ή εμφάνιση νέας. Ο κίνδυνος προαρρυθμικών επιδράσεων είναι πιο πιθανός στην περίπτωση ασθενών με οργανική καρδιακή νόσο και/ή σημαντική διαταραχή της αριστερής κοιλίας. Πολύ συχνές ($\geq 1/10$): ζάδα, ζάλη και σκοτοδίνη, οι οποίες είναι συνήθως παροδικές, διαταραχή της όρασης όπως διπλωπία και θολή όραση. Συχνές ($\geq 1/100$ έως $< 1/10$): προαρρυθμία (πιο πιθανή στους ασθενείς με οργανική καρδιακή νόσο), δύσπνοια, αδυναμία, κόπωση, πυρεξία, οίδημα, δυσφορία.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα.
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ".

Α.Τ. 100 mg: 7,22 €, 150 mg: 7,99 €, 200 mg: 11,56 €.



Pharmaceutical Laboratories S.A.



62 χρόνια UNI-PHARMA.
Αξία για τον άνθρωπο.
Ευθύνη για την κοινωνία.

14^ο χλμ. Εθνικής Οδού 1, 145 64 Κηφισιά
Τηλ.: 210-80 72 512, Fax: 210-80 78 907
e-mail: unipharma@uni-pharma.gr

www.uni-pharma.gr

ELPEN



Ισορροπημένη προστασία
ΜΙΑ φορά την ημέρα*



Odelo

ριβαροξαμπάνη

019287 28207194100

* Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

Αναφέρετε κάθε εικόνα/ομιλία/τιθολογία/ομιλία
ανεπάρκεια ενέργεια απειρίας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπάρκεια ενεργειών

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή

Για την Περίληψη Χαρακτηριστικών
των Προϊόντων (ΠΧΠ) και τις τιμές,
ακολουθήστε τον QR κωδικό.



ELPEN

www.elpen.gr

ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία

Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300

Medtronic

Discover Micra™ AV2 and Micra™ VR2

The next generation of the
world's smallest pacemakers¹

Now with
increased battery
longevity² and
smarter AV
synchrony².

Benefits of leadless pacing

Redefined patient experience

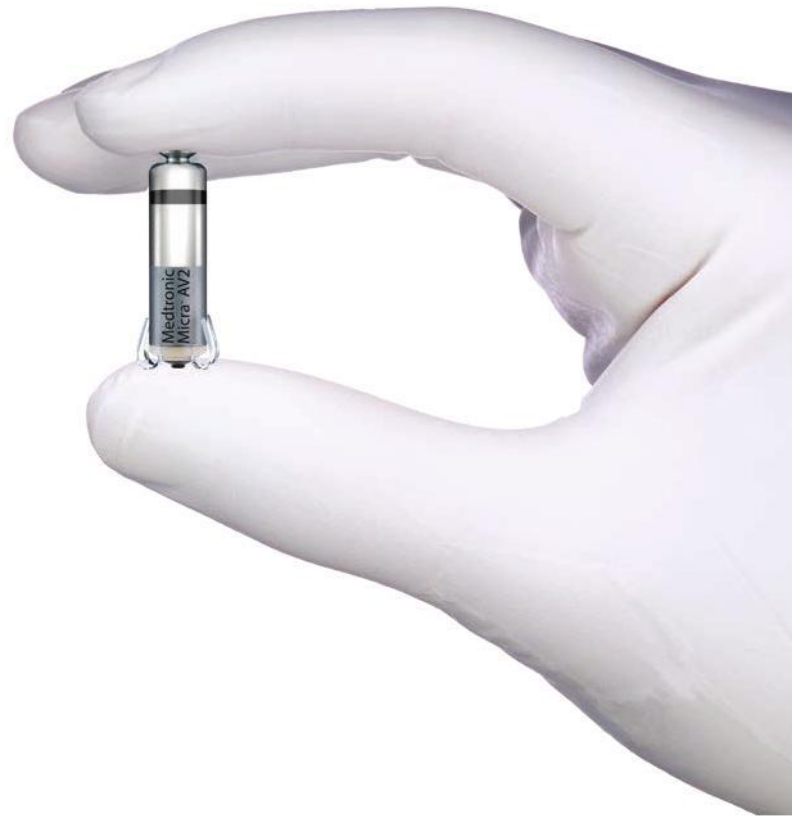
- No bump under the skin, chest scar or visible reminder of a medical device.

Eliminated pocket-related complications³

- Infection, hematoma or erosion.

Eliminated lead-related complications³

- Lead fractures, insulation breaches, venous thrombosis or tricuspid regurgitation.



References

1. Nippoldt D, Whiting J. Micra Transcatheter Pacing System Device Volume Characterization Comparison. November 2014. Medtronic data on file.
2. Sheldon T, et al. Device Longevity and AV Synchrony Algorithm Modeling of a Leadless Pacemaker Family: A Virtual Patient Analysis. January 2023. Medtronic data on file.
3. Udo EO, Zuithoff NP, van Hemel NM, et al. Incidence and predictors of short- and long-term complications in pacemaker therapy: the FOLLOWPACE study. Heart Rhythm. May 2012;9(5):728-735.

Medtronic

Europe
Medtronic International Trading Sàrl.
Route du Molliau 31
Case postale
CH-1131 Tolochenaz
www.medtronic.eu
Tel: +41 (0)21 802 70 00
Fax: +41 (0)21 802 79 00

medtronic.eu

Brief statement

See the device manual for detailed information regarding the instructions for use, the implant procedure, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events. If using an MRI SureScan™ device, see the MRI SureScan™ technical manual before performing an MRI. For further information, contact your local Medtronic representative and/or consult the Medtronic website at medtronic.eu.

For applicable products, consult instructions for use on www.medtronic.com/manuals. Manuals can be viewed using a current version of any major internet browser. For best results, use Adobe Acrobat® Reader with the browser.

Important Reminder: This information is intended only for users in markets where Medtronic products and therapies are approved or available for use as indicated within the respective product manuals. Content on specific Medtronic products and therapies is not intended for users in markets that do not have authorization for use.

2024-Micra-AV2-VR2-next-generation-ad-en-gb-EMEA-12048586 © Medtronic 2024. All rights reserved.

CE
0123

Medtronic

Introducing the Aurora EV-ICD™ system

The Aurora EV-ICD system is the only
extravascular ICD to offer¹:

- Antitachycardia pacing (ATP)
- Small size (33 cm³) and PhysioCurve™ design
- 11.7 years projected longevity

**The extravascular system with
transvenous ICD features²**

92.6%

patients free from major
system or procedure-
related complications^{3*}

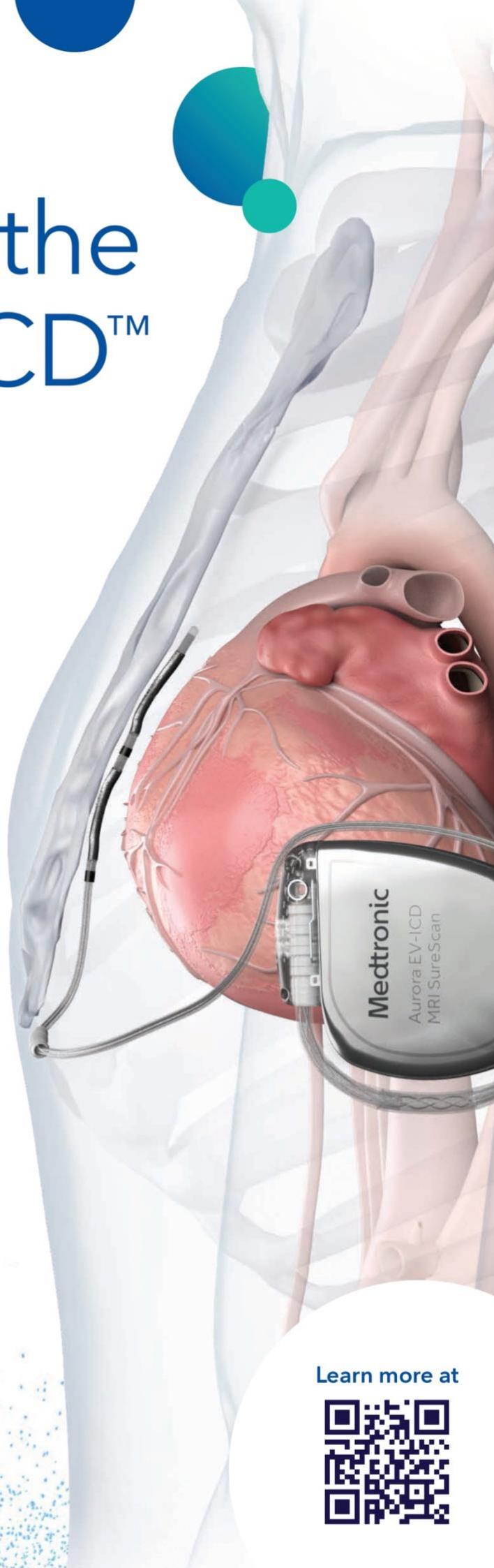
Establishing the rhythm.
Pioneering what's possible.

CE
0123

©2023 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo, and Engineering the extraordinary are trademarks of Medtronic. All other brands are trademarks of a Medtronic company. UC202401841-aurora-ev-icd-print-ad-en-emea-10653628 09/2023

medtronic.eu

Learn more at

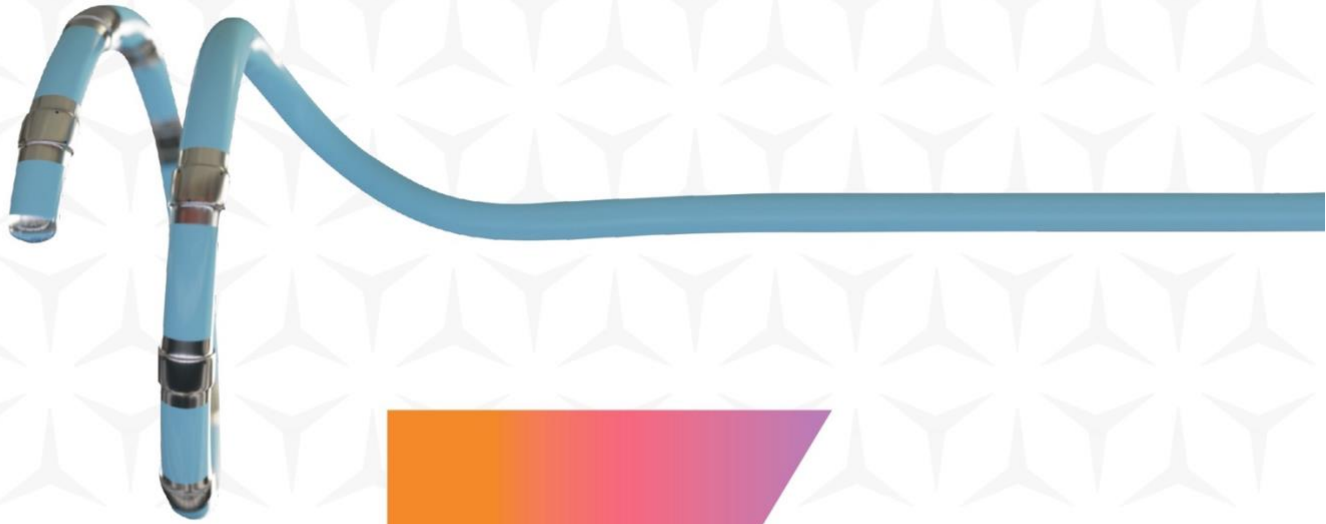


OPTRELL™ Mapping Catheter

With TRUEref™
Technology



EM_BWI_DIAG_376921-GR



VARIPULSE™

Platform

Pulsed Field Ablation.
CARTO™ Integration.



Important information: Prior to use, refer to the instructions for use supplied with this device for indications, contraindications, side effects, warnings and precautions. This asset is not intended for distribution outside of the EMEA region.

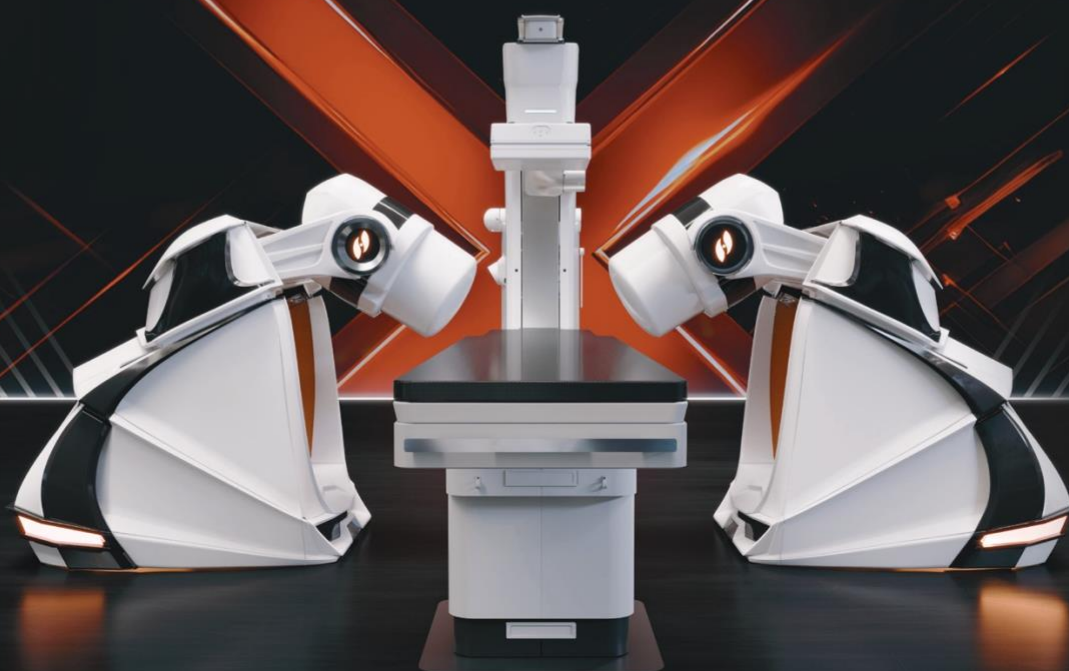
© Johnson & Johnson Medical NV/SA 2024 EM_BWL_THER_320214

EC Representative / Biosense Webster
A Division of Johnson & Johnson Medical NV/SA
Leonardo da Vincilaan 15 / 1831 Diegem, Belgium
Tel: +32-2-7463-401 / Fax: +32-2-7463-403

THE ROBOTIC EP LAB OF THE FUTURE

Enabling Optimal Patient Care

Seated • Unscrubbed • Radiation Protected



GENESIS^X

integrated with

Synchrony & Syn^X

ROBOTIC PRECISION & SAFETY

CONNECTED CATH LAB

ACCESSIBLE INSTALLATION





AVEIR AR™ ATRIAL
LEADLESS
PACEMAKER





Abbott

TREAT AFIB YOUR WAY WITH A **ONE** **SYSTEM SOLUTION**



Rx Only, Brief Summary: Prior to using these devices, please review the Instructions for Use for a complete listing of indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse events, and directions for use.

Abbott
One St. Jude Medical Dr., St. Paul, MN 55117 USA, Tel: 1 651 756 2000
Abbott.com

TM Indicates a trademark of the Abbott group of companies.
† Indicates a third party trademark, which is property of its respective owner.
© 2024 Abbott. All Rights Reserved.
MAT-2404793 v1.0 | Item approved for global use.