



**Οργάνωση:**

Β' Καρδιολογική Κλινική,  
Τμήμα Ιατρικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

# ΗΜΕΡΙΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΟΜΙΚΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΗΣ  
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΗΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

**ΣΑΒΒΑΤΟ**  
**16 ΜΑΡΤΙΟΥ 2019**



## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ – ΤΙ ΛΕΝΕ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

**ΛΑΚΚΑΣ ΛΑΜΠΡΟΣ**  
**ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β'**  
**Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΓΝΙ**

**ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΜΜΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ**

# ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

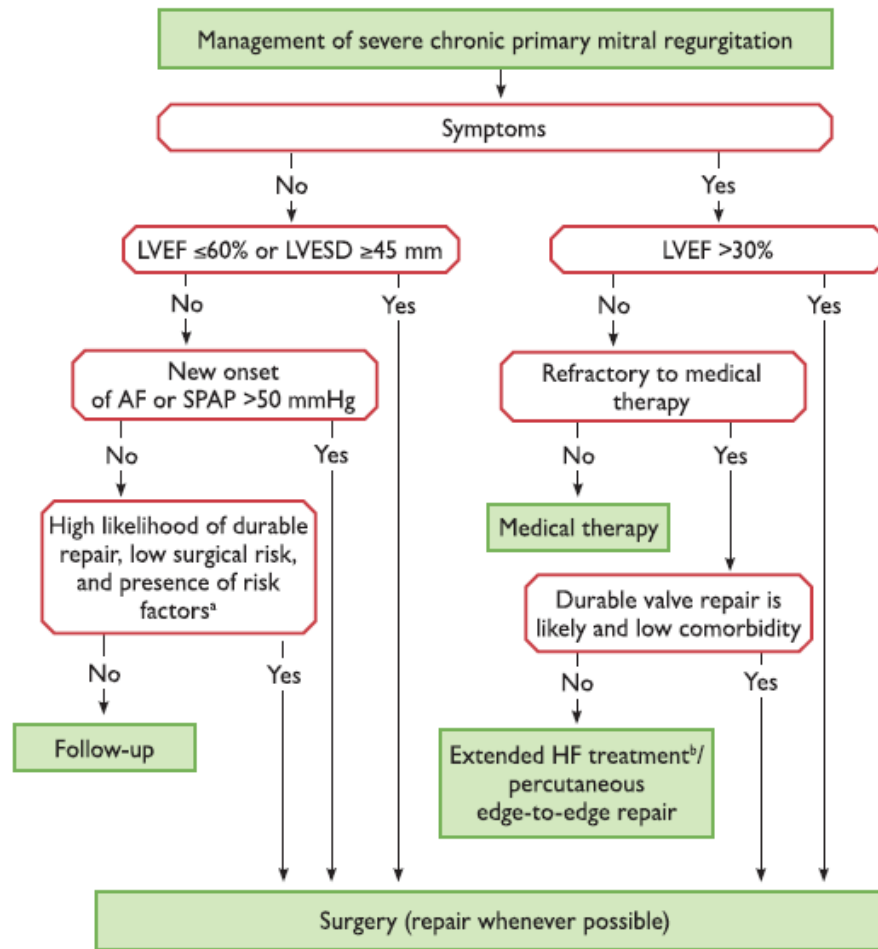
## **2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease**

**The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)**

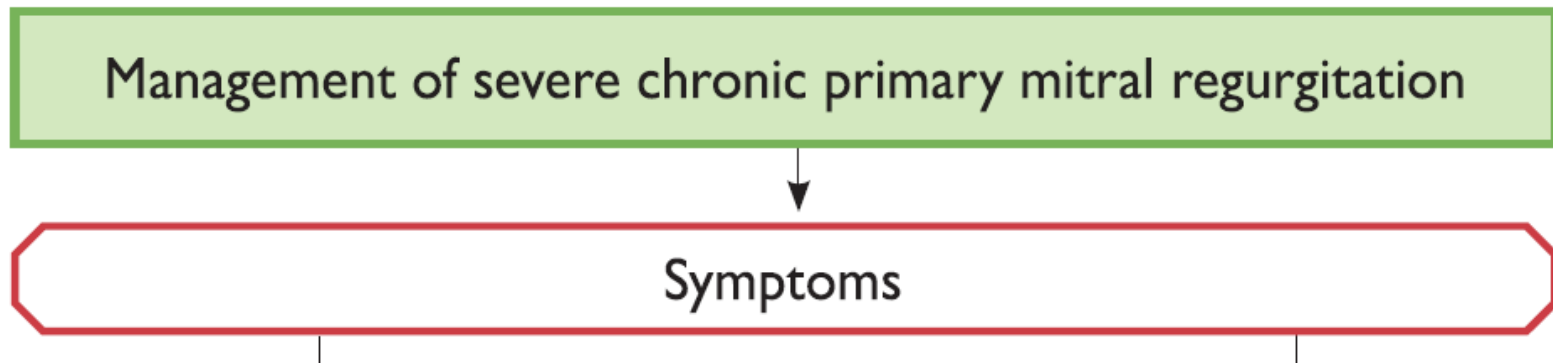
## **2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease**

**A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines**

# ΣΟΒΑΡΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ



# ΣΟΒΑΡΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ



**Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΕΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ**

# **ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΟΒΑΡΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ MR ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ**

- **ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (ΚΛΑΣΜΑ ΕΞΩΘΗΣΗΣ)**
- **ΤΕΛΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**
- **ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**
- **ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΕΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ**
- **ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΕΑΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ (>50mmHg) ΣΤΗΝ ΗΡΕΜΙΑ**
- **ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ**
- **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ (EUROSCORE, STS SCORE)**
- **ΡΗΞΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΙΚΗΣ ΓΛΩΧΙΝΑΣ**
- **ΔΙΑΤΑΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ, ΕΙΔΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟ ΡΥΘΜΟ (>60ml/m<sup>2</sup>)**

# ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΤΙΜΟΥΜΕ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΜR

Mitral valve repair should be the preferred technique when the results are expected to be durable.



**•ΠΡΟΤΙΜΟΥΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ  
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

**•ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΓΙΑ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ**

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Surgery is indicated in symptomatic patients  
with **LVEF >30%** <sup>121,131,132</sup>



## ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ

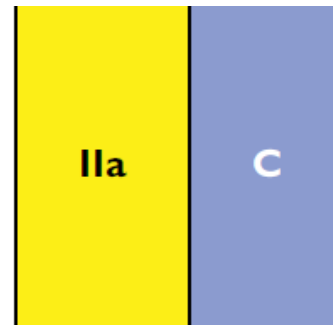
- ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ
- ΜΕΓΕΘΟΣ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ
- ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ
- ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ
- ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ



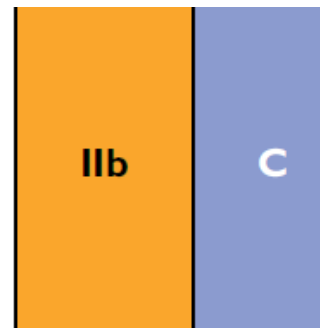
# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΣΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

## – ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ vs ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Mitral valve repair should be considered in symptomatic patients with severe LV dysfunction (LVEF <30% and/or LVEDD >55 mm) refractory to medical therapy when the likelihood of successful repair is high and comorbidity low.



Mitral valve replacement may be considered in symptomatic patients with severe LV dysfunction (LVEF <30% and/or LVEDD >55 mm) refractory to medical therapy when the likelihood of successful repair is low and comorbidity low.



# ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΤΕ ΟΔΗΓΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

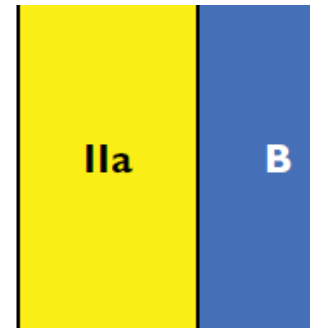
Surgery is indicated in asymptomatic patients with LV dysfunction (LVEDD  $\geq 45$  mm<sup>c</sup> and/or LVEF  $\leq 60\%$ ).<sup>122,131</sup>



- ΤΕΛΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ >45mm
  - ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΜΕΣΟ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ Ή ΜΙΚΡΟ BSA
- ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

# ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΠΟΤΕ ΟΔΗΓΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Surgery should be considered in asymptomatic patients with preserved LV function (LVESD <45 mm and LVEF >60%) and atrial fibrillation secondary to mitral regurgitation or pulmonary hypertension<sup>d</sup> (systolic pulmonary pressure at rest >50 mmHg).<sup>123,124</sup>



**ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

**ΚΑΙ**

**ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ (ΑΠΟΤΟΚΟΣ ΤΗΣ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ)**

**Ή**

**ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ >50mmHg**

# ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΠΟΤΕ ΟΔΗΓΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Surgery should be considered in asymptomatic patients with preserved LV function (LVESD <45 mm and LVEF >60%) and atrial fibrillation secondary to mitral regurgitation or pulmonary hypertension<sup>d</sup> (systolic pulmonary pressure at rest >50 mmHg).<sup>123,124</sup>



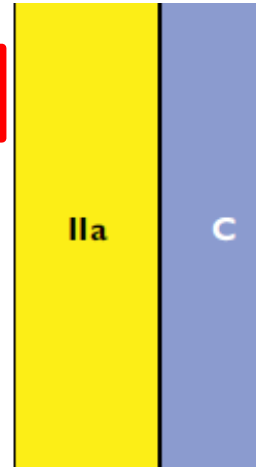
**ΑΝ Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΙΝΑΙ Η ΜΟΝΗ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ**

**ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕ ΔΕΞΙΟ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟ**

# ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΠΟΤΕ ΟΔΗΓΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Surgery should be considered in asymptomatic patients with preserved LVEF ( $>60\%$ ) and LVESD  $40-44\text{ mm}^c$  when a durable repair is likely, surgical risk is low, the repair is performed in a heart valve centre and at least one of the following findings is present:

- flail leaflet or
- presence of significant LA dilatation (volume index  $\geq 60\text{ mL/m}^2$  BSA) in sinus rhythm.



**ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

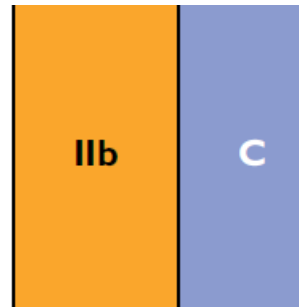
**ΚΑΙ**

**ΡΗΞΗ ΓΛΩΧΙΝΑΣ Ή**

**ΔΙΑΤΑΣΗ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ ( $60\text{ mL/m}^2$ ) ΣΕ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΟ ΡΥΘΜΟ**

# ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΠΟΤΕ ΣΚΕΦΤΟΜΑΣΤΕ ΤΟ MITRACLIP

Percutaneous edge-to-edge procedure may be considered in patients with symptomatic severe primary mitral regurgitation who fulfil the echocardiographic criteria of eligibility and are judged inoperable or at high surgical risk by the Heart Team, avoiding futility.



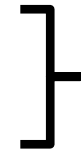
• **ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ**

• **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

• **ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ**

• **ΕΧΟΥΝ ΚΡΙΘΕΙ ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΟΙ**

• **ΕΧΟΥΝ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ**



**HEART TEAM**

# **ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ**

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

## **ΣΤΑΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

- **ΑΡΧΙΚΑ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**
- **ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ CRT ΟΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ**
- **ΕΠΙΛΕΟΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**
  - **ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ**
  - **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

# ΣΟΒΑΡΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ?

Surgery is indicated in patients with severe secondary mitral regurgitation undergoing CABG and LVEF >30%.

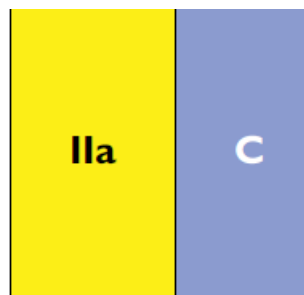


- **ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ > ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**
- **ΕΠΑΝΑΓΓΓΕΙΩΣΗ => CABG**
- **HEART TEAM**



# ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ?

Surgery should be considered in symptomatic patients with severe secondary mitral regurgitation, LVEF <30% but with an option for revascularization and evidence of myocardial viability.



- **ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΜΕ ΚΕ <30%**
- **ΜΟΝΟ ΟΤΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ**
- **ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ**

# ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

## ΠΟΤΕ ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΜΙΤΡΟΕΙΔΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

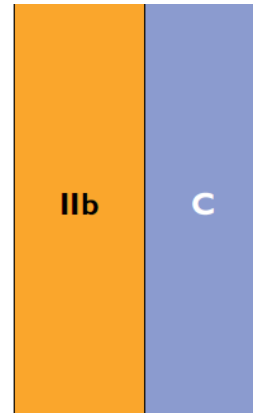
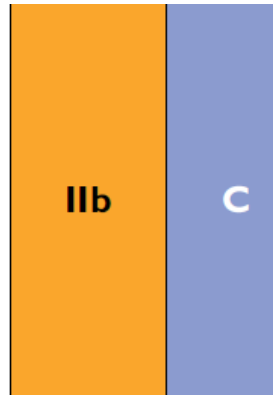
### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

When revascularization is not indicated, surgery may be considered in patients with severe secondary mitral regurgitation and LVEF >30% who remain symptomatic despite optimal medical management (including CRT if indicated) and have a low surgical risk.

vs

### MITRACLIP

When revascularization is not indicated and surgical risk is not low, a percutaneous edge-to-edge procedure may be considered in patients with severe secondary mitral regurgitation and LVEF >30% who remain symptomatic despite optimal medical management (including CRT if indicated) and who have a suitable valve morphology by echocardiography, avoiding futility.

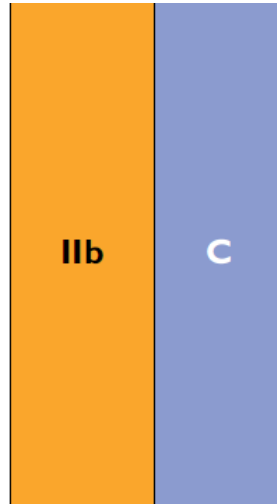


- ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΕ ΚΕ <30%
- ΜΕΓΙΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
- CRT
- HEART TEAM
  
- ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ VS MITRACLIP
- ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

# ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

## ΠΟΤΕ ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΜΙΤΡΟΕΙΔΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

In patients with severe secondary mitral regurgitation and LVEF <30% who remain symptomatic despite optimal medical management (including CRT if indicated) and who have no option for revascularization, the Heart Team may consider a percutaneous edge-to-edge procedure or valve surgery after careful evaluation for a ventricular assist device or heart transplant according to individual patient characteristics.



### • MITRACLIP

- ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
- ΜΕΓΙΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ + CRT
- HEART TEAM
- ΓΕΦΥΡΑ ΓΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ Ή ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

## **MITRACLIP – ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

- **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ MITRACLIP**
  - **ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**
  - **ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ**
  - **ΑΠΑΓΟΡΕΥΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ**
  - **ΒΑΡΕΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΗ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
  - **ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ > 1 ΕΤΟΥΣ**

## **MITRACLIP – ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

- **ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΥΣΙΑΖΟΥΝ**
  - **ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ**
  - **ΘΡΟΜΒΟΣ**
    - **ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΑΚΟΣ**
    - **ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ**
    - **ΚΟΙΝΗΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ**
    - **ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ**
  - **ΚΕ < 25%**
  - **ΤΕΛΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ >55mm**

## **MITRACLIP – ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

- **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΩΣ ΑΝΕΓΧΕΙΡΗΤΟΙ**
  - STS SCORE >12%
  - ΠΟΡΣΕΛΑΝΟΕΙΔΗΣ ΑΟΡΤΗ
  - ΑΣΘΕΝΙΚΟΤΗΤΑ
    - VARC-2 ΚΡΙΤΗΡΙΟ
  - ΕΧΘΡΙΚΟΣ ΘΩΡΑΚΑΣ
  - ΣΟΒΑΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΗΠΑΤΟΠΑΘΕΙΑ / ΚΙΡΡΩΣΗ
  - ΣΟΒΑΡΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (>2/3 ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ)
  - ΣΟΒΑΡΗ ΔΕΞΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ
  - ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ Ή ΑΛΛΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΡΩΣΗΣ

# ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ MITRACLIP

## Transcatheter Mitral-Valve Repair in Patients with Heart Failure

G.W. Stone, J.A. Lindenfeld, W.T. Abraham, S. Kar, D.S. Lim, J.M. Mishell,  
B. Whisenant, P.A. Grayburn, M. Rinaldi, S.R. Kapadia, V. Rajagopal,  
I.J. Sarembock, A. Brieke, S.O. Marx, D.J. Cohen, N.J. Weissman,  
and M.J. Mack, for the COAPT Investigators\*

## Percutaneous Repair or Medical Treatment for Secondary Mitral Regurgitation

J.-F. Obadia, D. Messika-Zeitoun, G. Leurent, B. Lung, G. Bonnet, N. Piriou,  
T. Lefèvre, C. Piot, F. Rouleau, D. Carrié, M. Nejjari, P. Ohlmann, F. Leclercq,  
C. Saint Etienne, E. Teiger, L. Leroux, N. Karam, N. Michel, M. Gilard, E. Donal,  
J.-N. Trochu, B. Cormier, X. Armoiry, F. Boutitie, D. Maucort-Boulch, C. Barnel,  
G. Samson, P. Guerin, A. Vahanian, and N. Mewton, for the MITRA-FR Investigators\*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ









# ΤΙ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ MR

**Table 6** Probability of successful mitral valve repair in MR based on echo findings

Aetiology	Dysfunction	Calcification	Mitral annulus dilatation	Probability of repair
Degenerative	II: Localized prolapse (P2 and/or A2)	No/localized	Mild/moderate	Feasible
Secondary	I or IIIb	No	Moderate	Feasible
Barlow	II: Extensive prolapse ( $\geq 3$ scallops, posterior commissure)	Localized (annulus)	Moderate	Difficult
Rheumatic	IIIa but pliable anterior leaflet	Localized	Moderate	Difficult
Severe barlow	II: Extensive prolapse ( $\geq 3$ scallops, anterior commissure)	Extensive (annulus+leaflets)	Severe	Unlikely
Endocarditis	II: Prolapse but destructive lesions	No	No/mild	Unlikely
Rheumatic	IIIa but stiff anterior leaflet	Extensive (annulus+leaflets)	Moderate/ severe	Unlikely
Secondary	IIIb but severe valvular deformation	No	No or severe	Unlikely

## **ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ - ΚΕΝΑ ΣΤΗΝ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ**

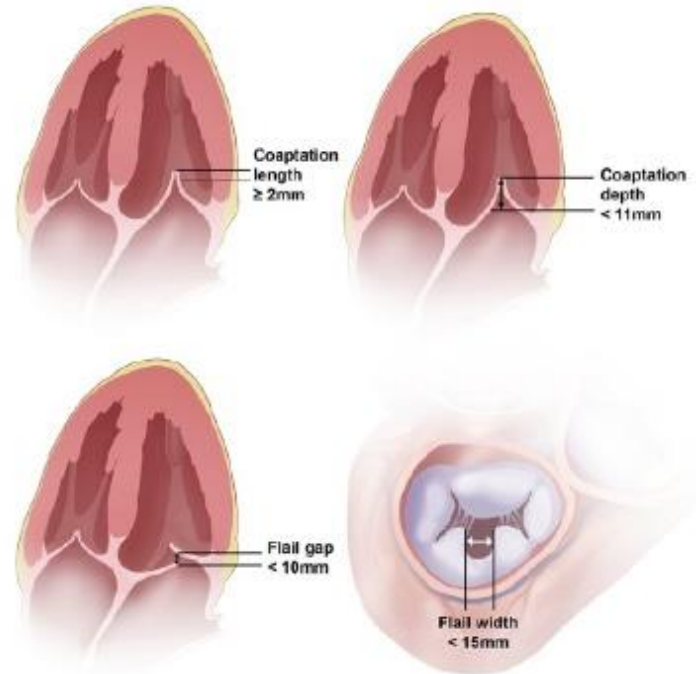
- **ΟΙ ΠΡΩΙΜΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ (BNP, GLS)  
– ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**
- **ΤΑ ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΟΡΙΑ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**
- **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

# MITRACLIP – EVEREST CRITERIA

## MitraClip anatomical patient selection considerations

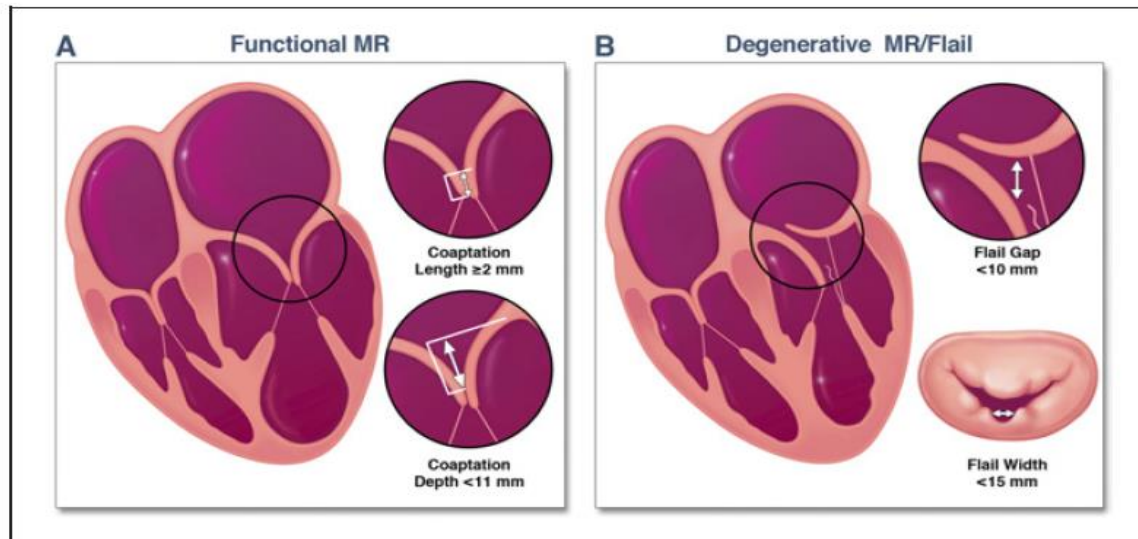
### Recommended criteria<sup>1</sup>

- Moderate to severe MR (Grade 3 or more out of 4 grades)
- Pathology in A2-P2 area
- Coaptation length > 2 mm (depending on leaflet mobility)
- Coaptation depth < 11 mm
- Flail gap < 10 mm
- Flail width < 15 mm
- Mitral valve orifice area > 4cm<sup>2</sup> (depending on leaflet mobility)
- Mobile leaflet length > 1 cm



1. The current patient considerations are based on EVEREST II and commercial European experience to date. The MitraClip Patient Selection Considerations document has been endorsed by Expert Opinion (Crossroads institute).

# MITRACLIP – EVEREST TRIAL



**Figure 4. Anatomic Eligibility Criteria for MitraClip (EVEREST Trial)**

(A) In functional MR, the primary mechanisms are mitral annular dilation and leaflet restriction secondary to LV remodeling. The posterior mitral leaflet is more commonly involved from scarring of the inferior wall and posteromedial papillary muscle. These processes lead to apical tethering with malcoaptation of the MV leaflets as shown. The coaptation length must be at least 2 mm, and coaptation depth must be <11 mm so that there is some tissue the clip can grasp. (B) In degenerative MR with MV prolapse and/or flail, measurements such as flail depth <11 mm and a flail width on short axis <15 mm are important anatomic features associated with increased MitraClip procedural success. EVEREST = Endovascular Valve Edge-to-Edge Repair Study; other abbreviations as in Figures 1 and 3.

# MITRACLIP – EVEREST TRIALS

Degenerative	25 (93%)
P2 prolapse/flail	14 (56%)
Bi-leaflet prolapse/flail	10 (40%)
A2 prolapse/flail	1 (4%)
Ischemic	2 (7%)

## EVEREST 1 TRIAL

	<b>Percutaneous Repair Group (n = 184)</b>	<b>Surgical Group (n = 95)</b>
MR etiology, % (n/N)		
Functional	26.6% (49/184)	27.4% (26/95)
Degenerative		
With anterior or bileaflet flail, or prolapse	31.5% (58/184)	26.3% (25/95)
With posterior flail or prolapse	39.1% (72/184)	44.2% (42/95)
With neither flail nor prolapse	2.7% (5/184)	2.1% (2/95)

## EVEREST 2 TRIAL