

## **4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ**

**29-31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2009, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ**

### **ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

«Η έγκριση και η παρουσίαση των εργασιών στο βιβλίο περιλήψεων του Συνεδρίου δε δηλώνει την αποδοχή των γνώμων των συγγραφέων από την Επιστημονική Επιτροπή»

## **Ρ01. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**Χ. Ρουμελιώτη, Ν. Κάβουρας**

Γ.Ν.Κοζάνης-Μαμάτσειο, Γ.Ν.Χαλκίδας

**Εισαγωγή:** Κύριος σκοπός της έγκαιρης διάγνωσης και άμεσης αντιμετώπισης των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων(ΑΕΕ) είναι η αποφυγή της επέκτασης της βλάβης. Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία σε ηλικιωμένους αποδίδεται συνήθως σε μικροαγγειοπάθεια ή αμυλοειδική αγγειοπάθεια και δεν απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση μετά την CT(αξονική εγκεφάλου) εγκεφάλου και σε νεότερα άτομα απαιτείται περαιτέρω έλεγχος με MRI(μαγνητική εγκεφάλου), MRA(μαγνητική αγγειογραφία) και ψηφιακή αγγειογραφία για τον εντοπισμό αγγειακών δυσπλασιών ή ανευρυσμάτων. **Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα περιστατικά που προσήλθαν στο Νοσοκομείο μας και επιβεβαιώθηκε η διάγνωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους και η αντιμετώπιση αυτών. **Αποτελέσματα:** Από τα περιστατικά που μελετήσαμε στην πλειονότητα διαγνώστηκαν με ισχαιμικές αλλοιώσεις και αυτά αντιμετωπίστηκαν στο νοσοκομείο μας ,δεν χρειάστηκαν διακομιδή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Σε όλους τους ασθενείς αφού έγινε ο άμεσος εργαστηριακός έλεγχος (CT εγκεφάλου, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική αίματος, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες,PT, aPTT) και σε κάποιους ασθενείς κάποιες επιλεκτικές εξετάσεις, υποστηρίχθηκαν και αντιμετωπίστηκαν κλινικά, ανάλογα με την συμπτωματολογία τους. Κανένας ασθενής δεν έφτασε στο νοσοκομείο σε χρονική περίοδο <3 ωρών από την στιγμή της έναρξης των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία ήταν μικρότερης ηλικίας( Μ.Ο.42-68) και σε ποσοστό 74% χρειάστηκαν άμεση εξασφάλιση του αεραγωγού και διασωλήνωση. Όλοι οι ασθενείς διακομίστηκαν σε εξειδικευμένο νευροχειρουργικό τμήμα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο ή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας( ΜΕΘ) για οριστική αντιμετώπιση. Σε ποσοστό 79% οι ασθενείς κατάληξαν. **Συμπεράσματα:** Η διακίνηση/μεταφορά των ασθενών στη επαρχία γίνεται σε αυξημένους χρόνους όπως και η ενδονοσοκομειακή διαχείριση . Χάνεται το πολύτιμο τρίωρο της πιθανής θρομβόλυσης των περιστατικών με ισχαιμικό ΑΕΕ. Επίσης η έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού (νευροχειρουργών, ιατρών αποκατάστασης, φυσικοθεραπευτών)αυξάνουν τις δυσκολίες στην σωστή αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Και η έλλειψη εξειδικευμένου εργαστηριακού ελέγχου αυξάνει την δυσκολία στην έγκαιρη διάγνωση των ΑΕΕ.

## **Ρ02. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΎΒΡΟΥ (ΕV.R.O.S.SA.H) : ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ**

**Κ. Τσακιρίδης<sup>1</sup>, Κ. Βαδικόλιας<sup>1</sup>, Γ. Τσιβγούλης<sup>1</sup>, Μ. Παπαϊωακείμ<sup>2</sup>, Χ. Αγγελοπούλου<sup>1</sup>, Λ. Στύλου<sup>1</sup>, Δ. Αρτέμης<sup>1</sup>, Α. Σερντάρη<sup>1</sup>, Κ. Κοντογιαννίδης<sup>3</sup>, Θ. Μπιρμπίλης<sup>3</sup>, Χ. Πυπερίδου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική κλινική, ΔΠΘ ΠΓΝΑλεξανδρουπόλης, <sup>2</sup>Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ΓΠΝ Αλεξανδρούπολης. <sup>3</sup>Νευροχειρουργική κλινική, ΔΠΘ ΠΓΝΑλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Επιδημιολογικές μελέτες παρουσιάζουν αξιοσημείωτα διαφορετικά αποτελέσματα στην εκτίμηση της επίπτωσης της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας στις διάφορες χώρες, ενώ επίσης δεν είναι σαφή τα δεδομένα για πιθανές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στην Ελλάδα επιπρόσθετα υπάρχει έλλειψη βασικών επιδημιολογικών στοιχείων για την υπαραχνοειδή αιμορραγία. Δημιουργήσαμε μια ηλεκτρονική βάση καταγραφής των επιβεβαιωμένων περιπτώσεων υπαραχνοειδούς αιμορραγίας αποκλειστικά σε ασθενείς - μόνιμους κατοίκους του Νομού Έβρου (ΕVros Registry Of Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage - EVROSSAH). Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας και η σύγκριση

των δεδομένων μεταξύ ανδρών και γυναικών. **Μέθοδος:** Αξιολογήθηκαν τα περιστατικά με πρωτοεμφανιζόμενη υπαραχνοειδή αιμορραγία τα οποία συνέβησαν μεταξύ Ιανουαρίου 2001 και Ιανουαρίου 2006. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με αξονική τομογραφία στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Συμπεριλήφθησαν επίσης οι περιπτώσεις αιφνίδιων θανάτων που αποδόθηκαν σε υπαραχνοειδή αιμορραγία μετά από παθολογοανατομική εξέταση. Χρησιμοποιήθηκαν τα επίσημα πληθυσμιακά δεδομένα και κλίμακες της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, όπως προέκυψαν από την τελευταία απογραφή του 2001. Η επίπτωση υπολογίσθηκε με βάση τον αριθμό των πρωτοεμφανιζόμενων υπαραχνοειδών αιμορραγιών ανά 100000 άτομα-έτη ανά ηλικία και φύλο (95% διάστημα εμπιστοσύνης). Τα δεδομένα διορθώθηκαν με βάση την ηλικιακή κατανομή στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό. **Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της πενταετούς περιόδου καταγράφηκαν 51 περιπτώσεις υπαραχνοειδούς αιμορραγίας (28 άνδρες, 23 γυναίκες, μέση ηλικία: 59±17 έτη, εύρος: 25-92 έτη). Η ετήσια επίπτωση ήταν 7.9%/100.000 (5.9%-10.4%), 8.3%/100.000 (95%CI:5.5%-12.0%) για τους άνδρες και 7.5%/100.000 (4.8%-11.3%) για τις γυναίκες. Η διορθωμένη ετήσια επίπτωση ως προς την ηλικία και το φύλο με βάση τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό ήταν 7.9%/100.000 (5.7%-10.2%) για το σύνολο του πληθυσμού. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ( $p=0.611$ ) στην επίπτωση μεταξύ ανδρών και γυναικών. **Συμπεράσματα:** Η επίπτωση της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας στην Ελλάδα εμφανίζεται παρόμοια με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας για τις Δυτικές χώρες. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

### **Ρ03. ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ– ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΘ**

*Γ. Κωσταρέλλου, Β. Τσακιρίδης, Μ. Παπάζογλου, Δ. Κανάκης, Κ. Χαριζάνη, Ε. Μπιζιώτα*

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Euromedica-Κυανούς Σταυρός Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Προσδοκία των ανθρώπων όλων των εποχών ήταν η αντικατάσταση των φθαρμένων οργάνων τους με νέα και υγιή, για την εξασφάλιση όχι μόνο της μακροζωίας αλλά κυρίως καλύτερης ποιότητας ζωής. **Σκοπός** της εργασίας είναι αφενός να αναδείξει μερικές από τις πτυχές του μεγάλου θέματος της δωρεάς οργάνων, κάνοντας παράλληλα αναφορές στο νομικό πλαίσιο αλλά και την θέση της εκκλησίας και αφετέρου να καταθέσει την εμπειρία μας στην διαχείριση ενός τέτοιου περιστατικού. **Παρουσίαση περιστατικού:** Επρόκειτο για άνδρα ηλικίας 68 ετών ο οποίος υπέστη εκτεταμένο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και εισήχθη διασωληνωμένος στην ΜΕΘ. Από την 8<sup>η</sup> ημέρα της νοσηλείας του έγινε φανερό ότι ο ασθενής βρισκόταν σε βαθύ κώμα και δεν είχε καμία φλοιϊκή ή στελεχειαία εγκεφαλική λειτουργία παρά το γεγονός ότι η καρδιακή του λειτουργία ήταν φυσιολογική. Οι δοκιμασίες του εγκεφαλικού θανάτου που διενεργήθηκαν σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία απέδειξαν ότι ο ασθενής ήταν εγκεφαλικά νεκρός. Οι οικείοι του αφού ενημερώθηκαν διεξοδικά εξέφρασαν την επιθυμία τους να γίνει δότης οργάνων. **Αποτελέσματα:** Μετά από ενημέρωση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων παραθέτουμε την αξιοποίηση των μοσχευμάτων: Ο ένας νεφρός μεταμοσχεύτηκε σε αγοράκι ηλικίας 11 ετών από η Θεσσαλονίκη το οποίο υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση επί 3,5 χρόνια - Ο δεύτερος νεφρός μεταμοσχεύτηκε σε γυναίκα ηλικίας 54 ετών από την Αττική η οποία υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση επί 4,5 χρόνια -Το ήπαρ μεταμοσχεύτηκε σε άνδρα 54 ετών. **Συμπεράσματα:** Η υιοθέτηση και η διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων βασίζεται στην ανιδιοτέλεια, τον ανθρωπισμό και την αγάπη προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. Η έμπρακτη στήριξη αυτής της ιδέας προσφέρει ένα δώρο ζωής στους πάσχοντες αλλά και ένα μέσο θετικής νοηματοδότησης της απώλειας στους οικείους του απελθόντος.

#### **Ρ04. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΗ ΑΠΡΑΞΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ: ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ENANTI ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

**Α. Τσιακίρη<sup>1</sup>, Κ. Βαδικόλιας<sup>1</sup>, Γ. Τρυσιάνης<sup>2</sup>, Δ. Κοτσάμπαση<sup>1</sup>, Κ. Κλείτσας<sup>1</sup>, Γ. Ταρτανής, Γ. Τσιβγούλης, Ι. Ηλιόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Λειβαδίτης<sup>3</sup>, Χ. Πιπερίδου**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝΑλεξανδρούπολης <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής ΔΠΘ, <sup>3</sup>Ψυχιατρική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝΑλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή.** Η κατασκευαστική απραξία κλασικά ορίζεται ως δυσλειτουργία στην οργάνωση του χώρου και της διάρθρωσης ενός σχεδίου η οποία δεν οφείλεται σε βλάβη στην κινητικότητα. Χαρακτηρίζεται από δυσχέρεια στην αντιγραφή σχεδίων ή στη σύνθεση σχεδίων από τα επιμέρους στοιχεία και θεωρείται ως ευαίσθητος δείκτης εστιακών βλαβών στο βρεγματικό λοβό. Αναφέρεται ότι μπορεί να παρατηρηθεί από τα αρχικά στάδια της άνοιας τύπου Alzheimer (AD) αλλά και στην αγγειακή άνοια (VaD). Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του βαθμού κατασκευαστικής απραξίας σε ασθενείς με AD και VaD και η παρακολούθηση σε διαδοχικές εκτιμήσεις. **Μέθοδος.** Συμπεριλήφθηκαν 40 ασθενείς (AD=20, VaD=20), οι οποίοι παρακολουθούνται από το Ιατρείο Άνοιας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης με βαθμολογία στην εξέταση MMSE μεταξύ 18 και 24. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στις δοκιμασίες MMSE και CAMCOG και ειδικότερα στις υποδοκιμασίες Pentagon, Spiral, Home (αντιγραφή) και το Clock (αυθόρμητο σχεδιασμό) σε διαδοχικές εκτιμήσεις (0,6,12 μήνες). **Αποτελέσματα.** Μελετώντας το σύνολο των ασθενών, το ποσοστό επιτυχίας στις τρεις διαδοχικές μετρήσεις ήταν:

- ❖ Pentagon: 35%, 32,5%, 17,5%.
- ❖ Spiral: 72,5%, 75%, 60%.
- ❖ Home: 12,5%, 12,5%, 10%.
- ❖ Clock: 12,5%, 15%, 7,5%.

Ο έλεγχος McNemar έδειξε στατιστικά σημαντική επιδείνωση της κατασκευαστικής απραξίας των ασθενών κυρίως από την δεύτερη στην τρίτη μέτρηση με το Pentagon (P=0,031), το Spiral (P=0,083) και το Clock (P=0,083). Συγκρίνοντας τις μετρήσεις στις ομάδες AD και VaD παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιδείνωση μεταξύ δεύτερης και τρίτης μέτρησης στους ασθενείς με VaD έναντι των ασθενών με AD στη δοκιμασία Pentagon (30% vs 0%, P=0,008) ενώ επιδείνωση φάνηκε και με τη δοκιμασία Home (15% vs 0%, P=0,072). Συνολικά κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης από την πρώτη έως την τελευταία μέτρηση υπήρξε μια τάση για μεγαλύτερη επιδείνωση στην ομάδα των αγγειακών ασθενών σε όλες τις δοκιμασίες.

- ❖ Pentagon: 30% vs 5%, P=0,037
- ❖ Spiral: 25% vs 15%, P=0,429
- ❖ Home: 15% vs 0%, P=0,072
- ❖ Clock: 10% vs 5%, P=0,548

**Συμπεράσματα:** - Η κατασκευαστική απραξία παρατηρείται σε ασθενείς με AD και VaD από αρχικά στάδια παρουσιάζοντας σημαντική επιδείνωση στην πορεία της νόσου

- Οι ασθενείς με VaD φαίνεται στη δική μας μελέτη να παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιδείνωση σε σχέση με τους ασθενείς με AD. Η ποικιλομορφία στις περιπτώσεις αγγειακής άνοιας με πολλαπλές φλοιικές και υποφλοιώδεις βλάβες που επηρεάζουν τις ανώτερες εκτελεστικές λειτουργίες θα μπορούσε να εξηγήει το εύρημα αυτό.

## **Ρ05. ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΤΗΣ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑΣ ΜΕ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

**Α. Ρουτσώνης, Γ. Ανθομελίδης, Γ. Κοντογούνης, Δ. Παρασκευόπουλος\*, Ι. Μάγρας\*, Δ. Καρακώστας**

Β' Νευρολογική και Α' Νευροχειρουργική κλινική ΑΠΘ. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη

**Εισαγωγή:** Περιγράφονται τα κλινικά και νευροαπεικονιστικά χαρακτηριστικά 2 ασθενών με ισχαιμικό έμφρακτο της παρεγκεφαλιδας (ΙΕΠ), κατανομής πλάγιου κλάδου της οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας (ΟΚΠΑ). Λόγω ισχαιμικού οιδήματος σύντομα ανέπτυξαν απόφραξη της 4<sup>ης</sup> κοιλίας με αιφνίδια πτώση του επιπέδου συνείδησης, ενώ εξωτερική παροχέτευση στην πλάγια κοιλία (ΠΚ) είχε άμεσα θεαματικά αποτελέσματα. **Παρουσίαση:** Ασθενής 1. Άνδρας 66 ετών, με άγνωστη υπέρταση, διακομίζεται από το Νοσοκομείο Κατερίνης για διερεύνηση αιφνίδιας κεφαλαλγίας, εμέτων και αστάθειας βάδισης. CT εγκεφάλου απεικονίζει ευμεγέθη υπόπυκνη βλάβη κατανομής ΟΚΠΑ στο αριστερό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο. Νευρολογικά εμφανίζει GCS 15, οριζόντιο νυσταγμό, αριστερή παρεγκεφαλιδική δυσμετρία, αστάθεια βάδισης και άμφω Babinski. Χορηγείται mannitol 60x6, σαλικυλικά 160mg και αντι-υπερτασικά. Δύο μέρες μετά είναι υπνηλικός με GCS 9 (4-3-2). Επείγουσα CT εγκεφάλου αποκαλύπτει εκτεταμένο οίδημα, απόφραξη της 4<sup>ης</sup> κοιλίας και διάταση των κοιλιών κεντρικά. Άμεση ΝΧ αντιμετώπιση με εξωτερική παροχέτευση στην ΠΚ είχε θεαματική βελτίωση του επιπέδου συνείδησης και της απεικόνισης με MRI. Ασθενής 2. Άνδρας 65 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, προσέρχεται στο ΤΕΠ αναφέροντας αίσθημα 'ζάλης' από 12ωρο και έντονη ινιακή κεφαλαλγία από 2ωρο. Νευρολογικά είχε GCS 15, κεντρικό προσωπικό και υπογλώσσιο αριστερά και ήπια δυσμετρία σύστοιχα. Επείγουσα CT δείχνει υπόπυκνη βλάβη κατανομής ΟΚΠΑ στο αριστερό παρεγκεφαλιδικό ημισφαίριο, ενώ MRI αποκαλύπτει οξύ ΙΕΠ. Χορηγείται σαλικυλικό 160mg, Mannitol 80x4 και αντι-υπερτασικό. Την 4<sup>η</sup> μέρα εμφανίζει έκπτωση της συνείδησης με GCS 12 (2-4-6) και οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Επείγουσα CT δείχνει μερική απόφραξη της 4<sup>ης</sup> κοιλίας και διάταση του κοιλιακού συστήματος. ΝΧ αντιμετώπιση με εξωτερική παροχέτευση, βελτίωσε άμεσα και θεαματικά την κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα με MRI

## **Ρ06. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗΣ ΚΡΑΝΙΕΚΤΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Α.Ε.Ε. ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

**Ν. Χαυτούρας<sup>1</sup>, Χ. Κουρτόπουλος<sup>1</sup>, Θ. Μπιρμπίλης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Σκοπός:** η ανάδειξη της καθοριστικής σημασίας της αποσυμπιεστικής κρानιεκτομίας στην αντιμετώπιση του οιδήματος και την πρόληψη του εγχολεασμου και της ισχαιμίας του εγκεφάλου στους ασθενείς με Α.Ε.Ε. **Μέθοδος:** οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με κρानιεκτομια ήταν 23 άνδρες και 11 γυναίκες. Από αυτούς οι 17 υπέστησαν βαρείες κρानιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ), 7 αυτοματη υπαραχνοειδη αιμορραγία (SAH), 7 αυτόματες ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες και 3 εμφάνισαν εξεργασίες εγκεφάλου με έντονο περιεστιακό οίδημα. Όλοι τους εμφάνισαν επιδείνωση της κλινικής εικόνας με πτώση της κλίμακας Γλασκόβης αρχομένη μυδρίαση – ανισοκορία, διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα απεικονιστικά, αύξηση της ICP > 20, ή ισχαιμία. Στους 29 έγινε ευρεία ετερόπλευρη κρानιοτομία μετωποκροταφοβρεγματικά ενώ στους 5 αμφοτεροπλευρη. Σε όλους τους ασθενείς είχαμε συνεχή καταμέτρηση α. **Αποτελέσματα:** στους 31 από τους 34 είχαμε μεγάλη πτώση της ICP μεγαλύτερη από 10 mmhg. Οι 17 παρουσίασαν μεγάλη κλινική βελτίωση βάση της εκτίμησης που έγινε με τις κλίμακες karnofsky – GOS. Οι 7 μετρία 6

αμετάβλητη κλινική εικόνα ενώ 4 απεβίωσαν. **Συμπεράσματα:** η γρήγορη άμεση και ευρεία αποσυμπιεστική κρανιεκτομία στους ασθενείς με εγκεφαλικό οίδημα και με κλινική επιδείνωση συμβάλλει καθοριστικά στην θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών με μείωση της θνητότητας και της νοσηρότητας.

#### **P07. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

***N. Αποστολάκος, Γ. Νικολάου, Π. Σταθόπουλος, Π. Φιλιππακοπούλου, Μ. Γρύλλια, Κ.Ε. Καραγεωργίου***

Νευρολογική Κλινική “ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς”

Η πρωτοπαθής αγγειίτιδα του ΚΝΣ είναι μια ασυνήθης αγγειακή νόσος. Παρουσιάζεται άνδρας 52 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό ο οποίος προσήλθε με κλινική εικόνα οξείας αγγειακού επεισοδίου κατανομής οπίσθιας κυκλοφορίας. Ο απεικονιστικός έλεγχος (CT, MRI εγκεφάλου) κατέδειξε οξεία υδροκεφαλία συνέπεια εμφράκτου στην κατανομή της δεξιάς οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. Η μελέτη των αγγείων με μαγνητική και ψηφιακή αγγειογραφία εγκεφάλου κατέδειξε απόφραξη του ανωτέρω αγγείου, κομβολογιοειδή απεικόνιση της βασικής και ανώμαλη στένωση δεξιάς σπονδυλικής αρτηρίας ως επί βλαβών αγγειίτιδας. Ο έλεγχος για αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή και κυκλοφωσφαμίδη με μερική βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Γίνεται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

#### **P08. ΑΓΓΕΙΙΤΙΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

***Ε. Παπαμιχάλης, Θ. Καραπαναγιωτίδης, Γ. Γεωργιάδης***

Νευρολογική Κλινική, Γ.Π.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η ανάπτυξη ισχαιμικών εμφράκτων συνεπεία αγγειίτιδας δεν αποτελεί ασυνήθη επιπλοκή της μικροβιακής μηνιγγοεγκεφαλίτιδας. Ενίοτε η προσβολή του αγγειακού δικτύου μπορεί να εκδηλωθεί με αιμορραγικές βλάβες αλλά η ταυτόχρονη συνύπαρξή τους με ισχαιμικά έμφρακτα είναι ιδιαίτερα σπάνια. Παρουσιάζουμε ασθενή με πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα ο οποίος εγκατέστησε πρώιμο ισχαιμικό έμφρακτο και αυτόματο ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα. **Παρουσίαση περιστατικού:** Άντρας 37 ετών εγκατέστησε κεφαλαλγία που ακολουθήθηκε εντός ωρών από δύο γενικευμένες τονικοκλονικές επιληπτικές κρίσεις με μετακριτική διέγερση και μετακριτική αριστερά ημιπληγία. Η CT εγκεφάλου κατέδειξε μόνο γλοιωτική περιοχή μετωπιαία δεξιά, απότοκο παλαιότερης κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Ταυτόχρονα ξεκίνησε υψηλή πυρετική κίνηση, η αριστερά ημιπληγία παρέμενε, ενώ σε επαναληπτική εντός 24ώρου CT διαπιστώθηκε φλοϊκή αιμορραγική βλάβη ινιακά δεξιά. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση κατέδειξε ευρήματα συμβατά με πνευμονιοκοκκική μηνιγγίτιδα (κύτταρα: 280, τύπος πολυμορφοπυρηνικός, σάκχαρο: 0, λεύκωμα: 290, καλλιέργεια θετική). Εντός 48 ωρών διενεργείται νέα CT που καταδεικνύει εκτεταμένο θαλαμικό έμφρακτο Δεξιά στην κατανομή των θαλαμογονατωδών και οπισθίων χοριοειδών αρτηριών. Ακολούθησε την επομένη, MRI που επιβεβαίωσε τα προηγούμενα ευρήματα και επιπλέον απεικόνισε πολλαπλά μικρά αμφοτερόπλευρα έμφρακτα. Η μαγνητική φλεβογραφία κατέδειξε καλή βατότητα του φλεβικού συστήματος. Ο ασθενής ανταποκρίθηκε καλά στην αντιβίωση και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση με σημαντική αριστερά ημιπάρεση. **Συμπέρασμα:** Στον ασθενή μας η μικροβιακή μηνιγγίτις εκδηλώθηκε με επιληπτικές κρίσεις και άμεση

εγκατάσταση ισχαιμικού εμφράκτου που ακολουθήθηκε ταχέως από ανάπτυξη φλοιϊκής ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας. Ο συγκεκριμένος συνδυασμός, ως απόρροια προσβολής των αγγείων από τη λοίμωξη είναι ιδιαίτερα ασυνήθης. Το αρχικό κινητικό έλλειμμα θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από μετακριτική πάρεση ενώ η φλοιϊκή αιμορραγία θα πρέπει διαφοροδιαγνωσθεί από αιμορραγικό αρτηριακό έμφρακτο ή φλεβικό έμφρακτο.

#### **Ρ09. ΟΞΕΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΜΗ ΡΑΓΕΝ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ : ΜΙΑ ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ**

**Λ. Στύλου<sup>1</sup>, Α. Πατούση<sup>1</sup>, Κ. Τσακιρίδης<sup>1</sup>, Γ. Τσιβγούλης<sup>1</sup>, Κ. Βαδικόλιας<sup>1</sup>, Ι. Ηλιόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Μαντατζής<sup>2</sup>, Β. Σουφτάς<sup>2</sup>, Θ. Μπιρμπίλης, Χ. Πιπερίδου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, ΔΠΘ <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, ΔΠΘ - ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή :** Το αυτόματο μη τραυματικό διαχωριστικό ανεύρυσμα ενδοκράνιας αρτηρίας εκδηλώνεται συνήθως με συμπτωματολογία εγκεφαλικής ισχαιμίας σε αντίθεση με τα μη διαχωριστικά ανευρύσματα που εκδηλώνονται με ρήξη και υπαραχνοειδή αιμορραγία. Περιγράψουμε ένα περιστατικό αυτόματου διαχωριστικού ανευρύσματος μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας που εκδηλώθηκε με κλινική συμπτωματολογία ισχαιμικού ΑΕΕ & προσήλθε στο ΤΕΠ εντός του χρονικού παραθύρου για ενδοφλέβια θρομβόλυση. **Περιγραφή Περιστατικού:** Γυναίκα 25 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε με επεισόδιο αδυναμίας δεξιού άνω και κάτω άκρου και διαταραχής ομιλίας που είχε εγκατασταθεί κατά τις προηγούμενες 2 ώρες. (Score στην κλίμακα NIH : 6) Ανέφερε επίσης ότι κατά τις 8 ώρες που είχαν προηγηθεί της εγκατάστασης της συμπτωματολογίας της είχε παρουσιάσει πολλαπλά επεισόδια παροδικής έκπτωσης μυϊκής ισχύος δεξιού άνω άκρου και διαταραχής ομιλίας που διήρκησαν λίγα λεπτά και αποκαταστάθηκαν αυτόματα. Η ασθενής εκτιμήθηκε από την Ομάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων της Νευρολογικής Κλινικής ως πιθανή υποψήφια για χορήγηση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης. Διενεργήθηκε επείγουσα αξονική τομογραφία εγκεφάλου χωρίς ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού η οποία ήταν αρνητική για ύπαρξη ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας αλλά ανέδειξε την παρουσία υπέρπυκνης εστίας στην περιοχή της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (LMCA). Μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού αναδείχθηκε ατρακτοειδής διεύρυνση του περιφερικού τμήματος του πρώτου κλάδου της LMCA, ενδεικτική ενδοκράνιου ανευρύσματος. Η διενέργεια Ψηφιακής Αγγειογραφίας (DSA) τεκμηρίωσε την ύπαρξη γιγαντιαίου διαχωρισθέντος ενδοκράνιου ανευρύσματος (33mmx15mm) στον πρώτο κλάδο της LMCA με παρουσία ενδοτοιχωματικών μικροθρόμβων εντός του αυλού. Η Μαγνητική Τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε οξύ εγκεφαλικό έμφρακτο στην περιοχή κατανομής των έξω φακοραβδωτών αρτηριών (αριστερά βασικά γάγγλια). Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και 12 ημέρες αργότερα το score της στην Κλίμακα NIH βελτιώθηκε κατά 4 βαθμούς (NIHSS: 2). **Συζήτηση:** Δεδομένου ότι τα μη ραγέντα διαχωριστικά ενδοκράνια ανευρύσματα συνήθως εκδηλώνονται με συμπτώματα οξείας εγκεφαλικής ισχαιμίας και όχι υπαραχνοειδούς αιμορραγίας (με κεφαλαλγία, αυχενική δυσκαμψία, παρέςεις κρανιακών νεύρων) η κλινική διάγνωση δεν είναι πάντοτε εύκολη, διότι η CT εγκεφάλου χωρίς τη χορήγηση σκιαγραφικού μπορεί να μην αποκαλύπτει την ύπαρξή τους. Επιπλέον, αν οι ασθενείς προσέλθουν στο Τ.Ε.Π. εντός του χρονικού παραθύρου των τριών ωρών για χορήγηση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης, απαιτείται υψηλού βαθμού κλινική υποψία της σπάνιας αυτής διάγνωσης ώστε να αποφευχθεί η χορήγηση θρομβόλυσης, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε καταστροφικά για τον ασθενή αποτελέσματα, λόγω του αυξημένου κινδύνου ενδοκράνιας αιμορραγίας που παρασιάζουν τα διαχωριστικά ανευρύσματα ενδοκράνιων αρτηριών.

## **P10. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑ**

**Χ. Αγγελοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μαυράκη<sup>1</sup>, Κ. Τσακιρίδης<sup>1</sup>, Ε. Σπανουδάκης<sup>2</sup>, Γ. Τσιβγούλης<sup>3</sup>, Σ. Δευτεραίος<sup>4</sup>, Π. Αργυροπούλου<sup>4</sup>, Σ. Λαμπρακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογικό Τμήμα <sup>2</sup>Αιματολογική Κλινική ΔΠΘ <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ <sup>4</sup>Ακτινολογικό Τμήμα ΔΠΘ- ΠΓΝΑλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Η θρόμβωση φλεβωδών κόλπων (CVT) είναι μια σπάνια διαταραχή με μεγάλο φάσμα αιτιολογικών παραγόντων όπως τραύματα, φλεγμονές, κύηση, λοχεία, χρήση αντισυλληπτικών, αιματολογικές παθήσεις, κολλαγονώσεις, νεοπλασίες, θρομβοφιλική προδιάθεση (ανεπάρκεια πρωτεϊνών C και S, ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III, μετάλλαξη Leiden του παράγοντα V, μετάλλαξη προθρομβίνης, υπερομοκυστεϊναιμία). Η υπερομοκυστεϊναιμία και ο πολυμορφισμός C677T του γονιδίου MTHFR (μεθυλεν-τετραϋδροφολική αναγωγή) της ομοκυστεΐνης έχουν ενοχοποιηθεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για θρόμβωση φλεβωδών κόλπων. **Παρουσίαση:** Άνδρας 53 ετών εισήχθη στην κλινική μας με διάχυτη κεφαλαλγία, εμέτους και θάμβος όρασης από 12ωρου. Από το ιστορικό του ασθενούς αναφέρονται σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, υπερλιπιδαιμία και καταθλιπτική συνδρομή. Κατά την εισαγωγή του: (α) ΑΠ-160/80 mmHg, Θ-36,5° C, SaO<sub>2</sub>-98% (β) Νευρολογική εξέταση: διπλωπία στην αριστερή στροφή βλέμματος - πάρεση απαγωγού αριστερά. Στα πλαίσια της απεικονιστικής διερεύνησης διενεργήθησαν :1.Αξονική τομογραφία εγκεφάλου ( CT ) 2.Διακρανιακό υπερηχογράφημα ( TCD ) 3.Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και μαγνητική φλεβογραφία ( MRI-MRV) όπου αναδείχθησαν ευρήματα συμβατά με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων (σιγμοειδών και εγκαρσίων κόλπων άμφω, λινού του Ηροφίλου και τμήματος του άνω οβελιαίου κόλπου). Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, η ωτορινολαρυγγολογική εξέταση δεν αποκάλυψαν παθολογικά ευρήματα. Από το συνήθη αιματολογικό έλεγχο προέκυψε λευκοκυττάρωση με αυξημένη C αντιδρώσα πρωτεΐνη. Ο ανοσολογικός έλεγχος και οι καρκινικοί δείκτες ήταν φυσιολογικοί ενώ ο έλεγχος θρομβοφυλίας ανέδειξε θρομβοφιλική προδιάθεση συνδεδεμένη με αυξημένη ομοκυστεΐνη και ετεροζυγωτία στον πολυμορφισμό MTHFRC677T. Η βιταμίνη B<sub>12</sub> και το φυλλικό οξύ ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο ασθενής έλαβε αντιπηκτική αγωγή σε συνδυασμό με φυλλικό οξύ, η κλινική του εικόνα αποκαταστάθηκε και μετά από μήνα στη MRI και MRV παρουσίασε βελτίωση των απεικονιστικών ευρημάτων. **Συμπέρασμα:** Στα πλαίσια της διερεύνησης της θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων ο καθορισμός των επιπέδων ομοκυστεΐνης είναι σημαντικός. Η δυνατότητα φαρμακευτικής παρέμβασης για μείωση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης σε συνδυασμό με την έγκαιρη έναρξη αντιπηκτικής αγωγής μειώνει τον κίνδυνο μη αναστρέψιμων βλαβών του εγκεφάλου.

## **P11. ΑΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΑΕΕ: ΑΛΗΘΗΣ ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ**

**Ε. Μαυράκη<sup>1</sup>, Χ. Αγγελοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Τσακιρίδης<sup>1</sup>, Α. Χριστοφορίδου<sup>2</sup>, Ε. Μουστακίδης<sup>2</sup>, Σ. Λαμπρακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογικό Τμήμα ΕΣΥ, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Αιματολογική Κλινική - ΠΓΝΑλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Τα αγγεία του εγκεφάλου προσβάλλονται στην πορεία πολλών αιματολογικών παθήσεων, που συνιστούν ασυνήθη αίτια ΑΕΕ. Η αληθής πολυκυτταραιμία αποτελεί μυελοϋπερπλαστική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση του αριθμού των ερυθροκυττάρων και συχνά από επιπλέον αύξηση των λευκοκυττάρων και των αιμοπεταλίων, εξαιτίας της ύπαρξης ενός ανώμαλου κλώνου πολυδύναμων αιμοποιητικών κυττάρων στο μυελό των οστών. Η αυξημένη γλοιότητα του αίματος, αυξάνει τη συχνότητα αρτηριακών και φλεβικών θρομβώσεων. **Παρουσίαση περιστατικού:** Γυναίκα 69 ετών, με



ιστορικό ισχαιμικού ΑΕΕ προ 4ετίας, υπό κλοπιδογρέλη, με υπολειμματική σημειολογία: αφασία εκπομπής σε βελτίωση και ήπια δεξιά ημιπάρεση, εισήχθη στην κλινική, με συμπτώματα δυσαρθρίας και αδεξιότητας αριστερού άνω άκρου από 3-4 ωρών. Από το ιστορικό αναφέρθηκε επίσης κατάθλιψη και γνωστός αυξημένος αιματοκρίτης χωρίς διερεύνηση, από 8ετίας. Κατά την εισαγωγή: Hct=53%, Hb=17,4 g/dl, RBC=6,68x10<sup>6</sup> M/μl, WBC=8900 K/μl, PLT=551000 K/μl. Επείγουσα αξονική εγκεφάλου ανέδειξε την περιοχή του παλαιού εμφράκτου αριστερά, ενώ στη μαγνητική αναδείχθηκαν, επιπλέον, πρόσφατες διάσπαρτες ισχαιμικές αλλοιώσεις δεξιά, στην περιοχή των βασικών γαγγλίων, σε φλοιώδεις και υποφλοιώδεις περιοχές. Υ/Η καρδιάς και Triplex εξωκράνιων αγγείων, δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Στη διερεύνηση της πολυκυτταραιμίας, έγινε μυελόγραμμα και οστεομυελική βιοψία με μικροσκοπικά ευρήματα συμβατά με αληθή πολυκυτταραιμία. Ο έλεγχος για JAK2-V617F μετάλλαξη, επέβη θετικός. Η επίκτητη αυτή μετάλλαξη φαίνεται να καθορίζει την υπέρμετρη αύξηση των ερυθροκυττάρων, συναντάται σε ποσοστό περίπου 99% της αληθούς πολυκυτταραιμίας, καθιστώντας τη διάγνωση βέβαιη. Η ασθενής τέθηκε σε ασπιρίνη 100mg/24ωρο και υδροξυουρία 1x3. **Συμπέρασμα:** Η ανεύρεση αυξημένου αριθμού ερυθροκυττάρων σε ασθενή με ΑΕΕ, ιδιαίτερα όταν δεν συντρέχει άλλος παράγοντας κινδύνου, πρέπει να διερευνάται και να διακρίνεται από δευτεροπαθείς ή συμπτωματικές μορφές πολυκυτταραιμίας. Η ηλικία και το προηγούμενο ιστορικό θρόμβωσης, κατά τη βιβλιογραφία, αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου νέου θρομβωτικού επεισοδίου, σε ασθενείς με αληθή πολυκυτταραιμία. Η χορήγηση, ωστόσο, ασπιρίνης σε χαμηλή δοσολογία ( 100 mg/24 ωρο ) και υδροξυουρίας (σε ασθενείς άνω των 60 ετών ), ελαττώνουν σημαντικά τον κίνδυνο νέας θρόμβωσης.

## **P12. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

**Χ. Ρουμελιώτη, Ν. Κάβουρας, Α. Γκοτζαμάνη**

Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Κοζάνης-ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι επιληπτικές κρίσεις σε παιδιά κάτω της ηλικίας των 14 υπολογίζονται σε 300.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής(ΗΠΑ). Η υποστήριξη του αεραγωγού, της αναπνοής και της κυκλοφορίας είναι τα πρώτα βήματα στην αντιμετώπιση ασθενούς με σπασμούς. Εξασφαλίζουμε ότι οι σπασμοί δεν είναι δευτερογενείς λόγω υποξίας και/ή ισχαιμίας. **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Μελετήσαμε αναδρομικά ένα περιστατικό παιδιού 4 ετών που προσήλθε στο νοσοκομείο μας σε status epilepticus (>30 λεπτά) χωρίς ιστορικό πυρετού, τραύματος, υπογλυκαιμίας ή άλλου παρόμοιου περιστατικού. Οι γονείς ανέφεραν δύσκολο τοκετό και υποξαιμία κατά τον τοκετό χωρίς όμως εργαστηριακό έλεγχο που να επιβεβαιώνει κάποια παθολογική διάγνωση. Οι σπασμοί είχαν ξεκινήσει 10 λεπτά πριν την άφιξη του στα Επείγοντα του νοσοκομείου μας. Άμεσα υποστηρίχθηκε ο αεραγωγός με υψηλή παροχή οξυγόνου, το σάκχαρο ήταν φυσιολογικό και τέθηκε περιφερική φλεβική γραμμή ενώ συγχρόνως δόθηκε διαζεπάμη 0.5 mg/kg από το ορθό. Οι σπασμοί συνεχίζονταν και δόθηκε φενυτοΐνη 18 mg/kg ενδοφλεβίως σε 30 λεπτά χωρίς να λυθούν οι σπασμοί. Μετά το πέρας της ώρας έγινε ταχεία εισαγωγή αναισθησίας (RSI) με θειοπεντάλη 4mg/kg ενδοφλεβίως και εξασφαλίστηκε ο αεραγωγός με ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Αφού σταθεροποιήθηκαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και λύθηκαν οι σπασμοί, έγινε αξονική εγκεφάλου CT και βρέθηκαν μικρές διάχυτες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Ο ασθενής διακομίστηκε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ) παιδίων, έγινε εκ νέου CT εγκεφάλου και εξειδικευμένος εργαστηριακός έλεγχος που δεν ανέδειξε κάποια νέα παθολογία. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής αποσωληνώθηκε 5 εικοσιτετράωρα μετά την εισαγωγή του στην ΜΕΘ, χωρίς κάποιο νευρολογικό έλλειμμα και συστήθηκε τακτικός νευρολογικός έλεγχος.

### **P13. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ (stenting) ΤΗΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΥΤΟΡΡΥΘΜΙΣΗ**

**Χ. Λιασιδης<sup>1</sup>, Ε. Παπαμιχάλης<sup>1</sup>, Γ. Σφυροεράς<sup>2</sup>, Ι. Λιάπης<sup>1</sup>, Θ. Γερασιμίδης<sup>2</sup>, Γ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική Π.Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», <sup>2</sup>Ε'Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ελαττωμένη αιματική ροή και η μειωμένη αγγειακή αντιδραστικότητα (vasomotor reactivity) συνδέονται άμεσα με ΑΕΕ σε ασθενείς με στένωση της έσω καρωτίδας αρτηρίας. Η ενδαρτηρεκτομή ή αγγειοπλαστική (stenting) της έσω καρωτίδας αρτηρίας επιδρά στην ταχύτητα αιματικής ροής των ενδοκρανίων αγγείων και την αγγειοκινητική αντιδραστικότητα. Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν με Διακρανιακό Υπερηχογράφημα αιμοδυναμικές παράμετροι των Μέσων εγκεφαλικών αρτηριών και η αγγειοκινητική αντιδραστικότητα πριν και μετά την αγγειοπλαστική της έσω καρωτίδας αρτηρίας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 30 ασθενείς με βαθμό στένωσης της έσω καρωτίδας 60-99%. Εξετάσθηκαν με Διακρανιακό Υπερηχογράφημα προ της επέμβασης, 2 και 4 μήνες μετά. Ελέγχθηκαν η Μέγιστη Συστολική Ταχύτητα (Μ.Σ.Τ.), η Τελοδιαστολική (Μ.Δ.Τ.) και Μέση Ταχύτητα Αιματικής Ροής (Μ.Τ.) και με τη μέθοδο «άπνοιας» Breath Holding Test Β.Η.Τ. «Δείκτης Άπνοιας» (Breath Holding Index Β.Η.Ι.) **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η Μ.Σ.Τ. και η Μ.Τ. αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά και στις δύο μετεγχειρητικές εξετάσεις. Η Μ.Δ.Τ. ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένη στην 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική εξέταση. Ο δείκτης ΒΗΙ ήταν αυξημένος στατιστικά σημαντικά στις δύο μετεγχειρητικές εξετάσεις. Αύξηση της Μ.Σ.Τ. και Μ.Τ. στην ετερόπλευρη Μέση εγκεφαλική μη στατιστικά σημαντική **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** η αγγειοπλαστική βελτιώνει την Μ.Σ.Τ. και Μ.Τ. στην ομόπλευρη και ετερόπλευρη Μέση Εγκεφαλική αρτηρία. Ο Δείκτης Άπνοιας (ΒΗΙ) και η αγγειοκινητική αντιδραστικότητα βελτιώνεται μετεγχειρητικά

### **P14. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΨΙΜΟΥ ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΟΥ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ**

**Ε. Παπαμιχάλης, Β. Κατσαρίδης<sup>2</sup>, Θ. Καραπαναγιωτίδης<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, Γ.Π.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup>Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Π.Ν.Θ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** ο διαχωρισμός της ενδοκρανίου μοίρας της σπονδυλικής αρτηρίας είναι ασυνήθης και εκδηλώνεται συχνότερα με υπαραχνοειδή αιμορραγία. Η όψιμη ανάπτυξη ψευδοανευρυσμάτων είναι γνωστή στην περίπτωση της εξωκρανίου σπονδυλικής αλλά εξαιρετικά σπάνια, αν όχι άγνωστη, όσον αφορά την ενδοκράνιο. Παρουσιάζουμε εξαιρετική περίπτωση πλαγίου προμηκικού εμφράκτου που οφειλόταν σε διαχωρισμό της V4 μοίρας της σπονδυλικής, ο οποίος δεν κατεδείχθη στην αρχική απεικόνιση, με επακόλουθο ανάπτυξη ψευδοανευρύσματος. **Παρουσίαση περιστατικού:** ασθενής 50 ετών εισήχθη με κλινική εικόνα πλαγίου προμηκικού εμφράκτου αριστερά (νυσταγμός ενατένισης, Horner, δυσαρθρία, δυσφαγία, επαλλάσσουσα θερμοϋπαλγησία). Η MRI επιβεβαίωσε τη διάγνωση και η MRA της οπισθίας κυκλοφορίας ήταν φυσιολογική. Κατά τη νοσηλεία του διαπιστώθηκε ήπια υπέρταση, LDL: 160 mg/dl και ομοκυστεΐνη: 22 mg/dl. Ως μηχανισμός του εμφράκτου θεωρήθηκε η μικροαθηρωμάτωση και κατά την έξοδό του ο ασθενής εμφάνιζε θερμοϋπαλγησία του δεξιού κάτω άκρου και ήπια βλεφαρόπτωση αριστερά (ατελής σ.Horner). Ενώ επί 20 μήνες ευρίσκετο σε άριστη γενική κατάσταση, εμφάνισε επιδείνωση της υπολειμματικής αριστεράς βλεφαρόπτωσης. Οι MRI/MRA

κατέδειξαν ψευδοανεύρυσμα της αριστεράς σπονδυλικής εγγύτερα της έκφυσης της οπισθίας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας (ΟΚΠΑ). Ακολούθησε επιτυχής ενδαγγειακή αντιμετώπιση με τοποθέτηση stent προκειμένου να διατηρηθεί η βατότητα της ΟΚΠΑ και απόφραξη της σπονδυλικής εγγύτερα του stent . **Συμπέρασμα:** η παρουσία ανευρύσματος 20 μήνες μετά από το αρχικό σύμβαμα συνηγορεί υπέρ αρχικού διαχωρισμού της V4 μοίρας της σπονδυλικής με όψιμη ανάπτυξη ψευδοανευρύσματος. Η υποτροπή του σ.Horner, θα μπορούσε ενδεχομένως να αποδοθεί σε πίεση επί του προμήκους. Η φυσική πορεία των ενδοκρανίων ψευδοανευρυσμάτων της σπονδυλικής παραμένει άγνωστη και η απόφαση του χρόνου και του τρόπου θεραπείας μια αναμφίβολη πρόκληση.

## **P15. ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ – ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

***M. Καρύγιαννης, Γ. Παυλίδης***

Τμήμα Παρεμβατικής Νευροακτινολογίας ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ.** Η ενδοκράνια αθηρωματική νόσος είναι υψηλού κινδύνου αιτία εγκεφαλικού επεισοδίου υπεύθυνη για 8% - 10% του συνόλου των ισχαιμικών εγκεφαλικών. Ασθενείς με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και σοβαρή (>70%) στένωση έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο μελλοντικού εγκεφαλικού. Η τεχνολογία των stent και μπαλονιών αγγειοπλαστικής έχει παρουσιάσει δραματική εξέλιξη τα τελευταία χρόνια ενώ υπάρχουν συσσωρευόμενα δεδομένα για την τεχνική επιτυχία και ασφάλεια αυτών των επεμβάσεων. **ΜΕΘΟΔΟΣ** Την τελευταία 4ετία 24 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδαγγειακή θεραπεία με αγγειοπλαστική και τοποθέτηση stent για την αποκατάσταση 26 ενδοκρανίων βλαβών ( στένωση >70% ). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.** Επιτυχής τοποθέτηση stent και στις 26 βλάβες ( 100% ). Σοβαρές περιεγχειρητικές επιπλοκές - θάνατος σε 1 ασθενή ( ρήξη αγγείου ) 4.1 %. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.** Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση (αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent) των ενδοκρανίων αθηρωματικών βλαβών φαίνεται να έχει υψηλό ποσοστό τεχνικής επιτυχίας με σχετικά χαμηλό ποσοστό επιπλοκών. Ωστόσο η μακροχρόνια μείωση του κινδύνου νέου εγκεφαλικού παραμένει ακαθόριστη.

## **P16. CT PERFUSION IN ACUTE STROKE: AN EASILY AVAILABLE AND MANAGEMENT EFFICIENT TOOL IN EVALUATING VIABLE BRAIN PARENCHYMA**

***J. Fanou, C.K. Jadun***

Department of Radiology, University Hospital of North Staffordshire, Stoke-on-Trent, UK

**Purpose:**The purpose of the exhibition is 1. To review the value of CT perfusion, as part of all-in-one examination in the setting of acute stroke 2. To assess CTP imaging, as part of the flow chart of acute stroke imaging protocol **Content-organization:**The assessment of cerebral perfusion in patients with acute stroke, is of utter importance for patients' triage and selection before thrombolytic therapy. The mean transit time (MTT) maps are sensitive indicators of stroke, with changes in cerebral blood flow and cerebral blood volume being more specific for distinguishing ischemia from infarction. Using these maps is possible to distinguish the penumbra-salvageable brain tissue- , from the infarcted tissue in the acute setting. CTP has also the advantage of being a fast technique (procedure time<5 min), and can be performed immediately after unenhanced CT. **Summary:** The educational purpose of the exhibition is to: Demonstrate the role of CTP technique in triaging patients and selecting their therapy in the acute stroke. 1.Demonstrate the value of CTP in assessing accurately the CBV( Cerebral Blood Volume), CBF (Cerebral Blood Flow) and MTT( Mean Transit Time), and therefore differentiating penumbra. 2.Show the relative advantage of CTP in the setting of

acute stroke, of being quick and easy to perform and broadly available to most Accident and Emergency attached centres.

#### **P17. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΑΠΟ ΧΩΡΟΚΑΤΑΚΤΗΤΙΚΗ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ε. Αστρινάκης<sup>1</sup>, Α. Οικονόμου<sup>1</sup>, Κ. Βαδικόλιας<sup>2</sup>, Ε. Βράνου<sup>1</sup>, Α. Χατζηστεφάνου<sup>1</sup>, Χ. Πιπερίδου<sup>2</sup>, Π. Πρασόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ακτινολογίας & Ιατρικής Απεικόνισης, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, - Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**Σκοπός:** Να περιγραφούν διαγνωστικά προβλήματα σε άτυπες περιπτώσεις οξέος ισχαιμικού εμφράκτου και χωροακτακτητικής εξεργασίας ή εμφάνισης αυτών σε έδαφος προϋπάρχουσας ενδοεγκεφαλικής βλάβης. **Μέθοδος:** Η αναδρομική μελέτη περιλαμβάνει 8 ασθενείς (6 άντρες, 2 γυναίκες) με εστιακή νευρολογική σημειολογία: 6 με γνωστή πρωτοπαθή εξωκρανιακή νόσο, 1 με ιστορικό απομυελινωτικού νοσήματος και 2 με ελεύθερο ιστορικό. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά σε αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου και ακολούθησε μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου μετά από 2 ημέρες. Ένας ασθενής υποβλήθηκε σε MRI διάχυσης (DWI-MRI), φασματοσκοπία και ελαστογραφία, ενώ σε 7 ασθενείς έγινε επανέλεγχος με MRI σε 1 εβδομάδα, σε 3 και 6 μήνες. **Αποτελέσματα:** Σε ασθενείς με γνωστή πρωτοπαθή νόσο ευρήματα στην αρχική CT και MRI συμβατά με αιμορραγική εστία θέτουν στη διαφορική διάγνωση το αιμορραγικό έμφρακτο και την αιμορραγική μετάσταση. Ευρήματα υπέρ εμφράκτου είναι το μικρής έκτασης περιεστιακό οίδημα και η απουσία αρχικού εμπλουτισμού. Υπέρ μετάστασης συνηγορούν το δακτυλοειδές εκτεταμένο οίδημα δυσανάλογο σε μέγεθος με αυτό της βλάβης και η μετατόπιση δομών μέσης γραμμής. Η παρουσία αιμορραγίας στην αρχική εξέταση δυσχεραίνει τη διαφοροδιάγνωση. Σε άτυπες περιπτώσεις ισχαιμικού εμφράκτου που μιμείται χωροκατακτητική βλάβη, η απουσία εμπλουτισμού στην αρχική εξέταση είναι το ισχυρότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο υπέρ εμφράκτου το οποίο επιβεβαιώνεται με την ανάδειξη γυροειδούς εμπλουτισμού των ελίκων στον επανέλεγχο της 1 εβδομάδας. Σε έδαφος ιστορικού απομυελινωτικού νοσήματος, η φλοιϊκή επέκταση της βλάβης υποστηρίζει τη διάγνωση εμφράκτου και όχι νέας απομυελινωτικής εστίας. Στη διαφοροδιάγνωση οξέος ισχαιμικού εμφράκτου από πρωτοπαθή νεοεξεργασία σε ασθενή με ελεύθερο ιστορικό, η απουσία εμπλουτισμού σε MRI και το αυξημένο σήμα σε DWI-MRI απαντάται τόσο σε έμφρακτο όσο και σε άτυπες περιπτώσεις όγκου. Σημαντικό ρόλο στη διαφοροδιάγνωση παίζουν οι ADC χάρτες και η φασματοσκοπία. **Συμπεράσματα:** Άτυπες απεικονίσεις εμφράκτου κυρίως στην οξεία φάση μπορεί να μιμηθούν εγκεφαλικές μεταστάσεις και πρωτοπαθείς όγκους ενώ η συνύπαρξη άλλου νοσήματος του ΚΝΣ περιπλέκει τη διαφοροδιάγνωση.

#### **P18. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟ DOPPLER ΚΑΙ ΥΠΕΡΥΘΡΗ ΦΑΣΜΑΤΟΣΚΟΠΙΑ (NEAR-INFRARED SPECTROSCOPY)**

**Α. Ανδρικοπούλου<sup>1</sup>, Δ. Αθανασιάδης<sup>2</sup>, Γ. Τσιβγούλης<sup>1,3</sup>, Κ. Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Σ. Βασδέκης<sup>2</sup>, Ε Σταμπουλής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>2η Νευρολογική Κλινική, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>2</sup>Αγγειοχειρουργική Μονάδα, <sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική, ΔΠΘ

**Αναδρομή και Στόχος:** Η μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής και η διαταραγμένη αγγειοκινητική αντιδραστικότητα (VMR) είναι προγνωστικοί παράγοντες πτωχής έκβασης σε ασθενείς με συμπτωματική και ασυμπτωματική καρωτιδική νόσο (CARAD). Το διακρανιακό Doppler (TCD) και η υπέρυθη φασματοσκοπία (Near-Infrared Spectroscopy, NIRS) είναι δύο μη επεμβατικά διαγνωστικά μέσα που εκτιμούν την εγκεφαλική αυτορρύθμιση, μετρώντας αλλαγές στις μέσες εγκεφαλικές αιματικές ταχύτητες ροής (MCBFV) των εγγύς αρτηριών του κύκλου του Willis και αλλαγές στον απόλυτο κορεσμό οξυγόνου του εγκεφαλικού ιστού (TOS) σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας αντίστοιχα, κατά την διάρκεια αιμοδυναμικής πρόκλησης. Εκτιμήσαμε την πιθανή συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων του TCD και NIRS της αγγειοκινητικής αντιδραστικότητας σε ασθενείς με καρωτιδική νόσο. **Υλικό και Μέθοδοι:** Σε συνεχόμενους ασθενείς με συμπτωματική [Ισχαιμικό ΑΕΕ (ΙΑΕΕ) ή Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο (ΠΙΕ) στην περιοχή κατανομής του καρωτιδικού συστήματος αγγείων με αιμοδυναμικά σημαντική (>50%) στένωση τους τελευταίους τρεις μήνες] ή ασυμπτωματική καρωτιδική νόσο έγιναν μετρήσεις TCD (αμφοτερόπλευρη διακροταφική καταγραφή) και NIRS (αμφοτερόπλευρη μετωπιαία καταγραφή από φασματόμετρο δύο καναλιών) κατά την διάρκεια εκούσιας κατακράτησης αναπνοής (BH). Οι τιμές MCBFV και TOS καταγράφηκαν πριν από την έναρξη (BAS) και στο τέλος της δοκιμασίας BH, ενώ η διάρκεια της δοκιμασίας BH επίσης καταγράφηκε σε όλους τους ασθενείς ( $D_{BH}$ ). Η VMR ποσοτικοποιήθηκε μέσω του δείκτη TCD-BHI [Breath-holding Index:  $(MCBFV_{BH}-MCBFV_{BAS}) \times 100 / MCBFV_{BAS} / D_{BH}$ ] και του δείκτη NIRS-BHI [ $(TOS_{BH}-TOS_{BAS}) \times 100 / TOS_{BAS} / D_{BH}$ ]. **Αποτελέσματα:** Σε 22 ασθενείς με καρωτιδική νόσο (μέση ηλικία  $70 \pm 10$  χρονών, 64% άνδρες, 55% συμπτωματικοί, 45% ασυμπτωματικοί, 58% ΠΙΕ and 42% ΙΑΕΕ στους συμπτωματικούς ασθενείς) έγιναν μετρήσεις VMR με TCD και NIRS. Ο δείκτης TCD-BHI ( $n=22$ ) είχε θετική συσχέτιση με τον δείκτη NIRS-BHI ( $n=22$ ) στην πάσχουσα πλευρά (Spearman's correlation coefficient=0.532,  $p=0.013$ ). Μία πιο ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη TCD-BHI ( $n=22$ ) και NIRS-BHI ( $n=22$ ) καταγράφηκε στην μη πάσχουσα πλευρά (Spearman's correlation coefficient=0.770,  $p<0.001$ ). Μετά από στατιστική προσαρμογή ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τους αγγειακούς παράγοντες κινδύνου, ο δείκτης NIRS-BHI σχετιζόταν γραμμικά και ανεξάρτητα με τον δείκτη TCD-BHI τόσο στην πάσχουσα (standardized linear regression coefficient:+0.781,  $p=0.002$ ) όσο και στην μη πάσχουσα (standardized linear regression coefficient:+0.817,  $p<0.001$ ) πλευρά σε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. **Συμπέρασμα:** Η υπερηχογραφική εκτίμηση της VMR στα εγγύς εγκεφαλικά αγγεία με TCD σχετίζεται θετικά με τις λειτουργικές μετρήσεις της VMR σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας με NIRS σε ασθενείς με καρωτιδική νόσο. Αυτή η διπλή εκτίμηση της VMR με φασματοσκοπία και TCD μπορεί να βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική επιλογή των ασθενών με διαταραγμένη VMR, οι οποίοι έχουν δυνητικά μεγαλύτερο κίνδυνο περιεγχειρητικών αγγειακών συμβαμάτων κατά την διενέργεια καρωτιδικής ενδαρτηρεκτομής.

#### **P19. ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΣΕ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΛΕΥΚΟΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ**

**Δ. Αρτέμης, Ι. Ηλιόπουλος, Κ. Κλείτσας, Χ. Μπογιατζή, Α. Πατούση, Γ. Τσιβγούλης, Κ.Βαδικόλιας, Χ. Πιπερίδου**

Νευρολογική Κλινική Δ.Π.Θ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

**Σκοπός.** Αν και η αιτιοπαθογένεια της μικροαγγειακού τύπου λευκοεγκεφαλοπάθειας παραμένει ακαθόριστη, θεωρείται ότι προκαλείται από την ανεπάρκεια της αιμάτωσης της εγκεφαλικής λευκής ουσίας, η οποία οφείλεται σε παθολογικές αλλοιώσεις της μικροκυκλοφορίας. Η σκλήρυνση και πάχυνση των αρτηριών καθώς και η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου θεωρούνται ως οι κυριότερες αλλοιώσεις που συνδέονται με τις

υπέρπυκνες βλάβες της λευκής ουσίας όπως αυτές απεικονίζονται στην MRI. Το διακρανιακό υπερηχογράφημα (TCD) παρέχει τη δυνατότητα αξιολόγησης των αλλαγών της εγκεφαλικής αιματικής ροής. Ο στόχος της μελέτης αυτής είναι η εκτίμηση των διαταραχών της ροής στη μέση εγκεφαλική αρτηρία όπως καταγράφονται με το TCD και η συσχέτιση τους με την παρουσία και τη σοβαρότητα της μικροαγγειακού τύπου λευκοεγκεφαλοπάθειας. **Μέθοδος:** Η μελέτη αφορούσε 52 ασθενείς. Κριτήρια εισαγωγής ασθενών: α) απεικονιστικά ευρήματα μικροαγγειακού τύπου λευκοεγκεφαλοπάθειας σε MRI και β) αποκλεισμός άλλων αιτιών λευκοεγκεφαλοπάθειας μετά από σχετικό παρακλινικό έλεγχο. Κριτήρια αποκλεισμού: α) απεικόνιση μη κενοχωριώδους έμφρακτου ή αιμορραγίας στη MRI, β) αθηρωματικές στενώσεις >30% των καρωτίδων αρτηριών και γ) στενώσεις ενδοκράνιων αρτηριών. Η εκτίμηση της έκτασης και της βαρύτητας της αθηρωμάτωσης των αγγείων αιμάτωσης του εγκεφάλου πραγματοποιήθηκε με τις μεθόδους της έγχρωμης υπερηχογραφίας (Triplex) καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών και του TCD. Η έκταση της λευκοεγκεφαλοπάθειας βασίσθηκε στη μέθοδο της «ημιποσοτικής οπτικής βαθμολόγησης υπέρπυκνων σημάτων MRI». Αποτελέσματα: Ο δείκτης σφυγμικότητας (pulsatility index-PI) της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (MCA-PI) ήταν  $1.148 + 0.223$  (0.735-1.640), η μέση ταχύτητα ροής (MCA mean)  $35.50 + 9.851$  (18.5-60) cm/sec και η βαθμολογία στην MRI ήταν  $22,06 \pm 9,11$  (10 – 41). Σε ανάλυση με πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, θετική συσχέτιση με την κλίμακα βαθμολόγησης MRI παρουσίαζε ο MCA-PI ( $\rho$  Spearman=0,516,  $p<0.001$ ), ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ κλίμακας MRI και MCA mean ( $\rho$  Spearman =-0.041,  $p<0.819$ ). **Συμπέρασμα:** Η ευενδοτότητα των εγκεφαλικών αγγείων φαίνεται να σχετίζεται με τη βαρύτητα της μικροισχαιμικού τύπου λευκοεγκεφαλοπάθειας. Η σταδιακή ελάττωση της ευενδοτότητας και η συνακόλουθη αύξηση της σκληρίας των αρτηριών που προκαλεί η αθηρωμάτωση φαίνεται να είναι ο παράγοντας της εξέλιξης της λευκοεγκεφαλοπάθειας αυτού του τύπου

## **P20. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ Α.Ε.Ε.**

**Σ. Τερζή<sup>1</sup>, Α. Κουτσογιάννη<sup>1</sup>, Λ. Μπόργκι<sup>1</sup>, Ι. Κερασίδου<sup>1</sup>, Α. Ρισσγίτς<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτίδου<sup>1</sup>, Τ. Εξιάρα<sup>2</sup>, Σ. Σαρίδου<sup>2</sup>, Ν. Κεσίδου<sup>2</sup>, Χ. Αγγελούδου<sup>2</sup>**

Καρδιολογική<sup>1</sup> και Παθολογική<sup>2</sup> κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κομοτηνής

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι η καταγραφή των ευρημάτων των ασθενών με Α.Ε.Ε. που υποβλήθηκαν σε διοισοφάγειο υπερηχογράφημα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στην Παθολογική Κλινική το 2008. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταχωρηθήκαν κατά φύλο, ηλικία, ιστορικό, τύπο του Α.Ε.Ε., ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα. Σε όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Δ.Υ. για ανεύρεση δυνητικών καρδιακών πηγών εμβολισμού εξετάζονται ενδελεχώς ο αριστερός κόλπος, το ωτίο του αριστερού κόλπου, το μεσοκοιλιακό διάφραγμα, οι κοιλίες, οι βαλβίδες και η θωρακική αορτή. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξετάστηκαν 70 Α.Ε.Ε. με ευρήματα ισχαιμικής αιτιολογίας στον αξονικό τομογράφο, ηλικίας  $65 \pm 18$ , 38 άνδρες και 32 γυναίκες. Οι 39 είχαν κολπική μαρμαρυγή, οι 16 R.B.B.B. και οι 12 L.B.B.B.. Από το ιστορικό οι 24 είχαν bypass, οι 13 PTCA, οι 23 βαλβιδοπάθεια. Από το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα βρέθηκαν θρόμβοι ή έμμεσα στοιχεία αυξημένης θρομβογένειας στους κόλπους (ύπαρξη αυτόματης ηχοαντίθεσης, χαμηλή ταχύτητα ροής εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου στο φασματικό Doppler). Ταχύτητες ροής της τάξης των 0,19m/sec στο ωτίο του αριστερού κόλπου βρέθηκαν σε 42 ισχαιμικά Α.Ε.Ε., από τα οποία τα 13 παρουσίασαν κολπική μαρμαρυγή και συνοδευόταν από ήπια αθηρωμάτωση της κατιούσας αορτής. Σε αυτά τα Α.Ε.Ε. δόθηκε αγωγή με αντιπηκτικό. Σε 17 Α.Ε.Ε. ισχαιμικής αιτιολογίας το ωτίο του αριστερού κόλπου ήταν ελεύθερο θρόμβων χωρίς αθηρωμάτωση της κατιούσας αορτής χωρίς κολπική μαρμαρυγή. 9 Α.Ε.Ε. ισχαιμικής αιτιολογίας υπό κολπική μαρμαρυγή με

χαμηλές ταχύτητες αριστερού κόλπου <0,20 m/sec χωρίς αθηρωμάτωση της αορτής, EF<40% και πτώση του Ht δε λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή αλλά μόνο ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εφαρμογή του διοισοφάγειου υπερηχογραφήματος είναι χρήσιμη στην ανίχνευση θρόμβων στο αριστερό ωτίο και κυρίως μας καθοδηγεί στην εφαρμογή της αντιπηκτικής αγωγής. Ακόμα και όταν δεν ανιχνεύονται θρόμβοι, η αυτόματη ηχοαντίθεση του αριστερού κόλπου καταδεικνύει ότι ο κίνδυνος θρομβοεμβολής είναι υψηλός.

## **P21. ΑΣΦΑΛΕΙΑ «ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΑΕΡΟΦΥΣΑΛΙΔΩΝ» ΜΕ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΔΕΞΙΑΣ – ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΔΙΑΦΥΓΗΣ (RIGHT-TO-LEFT SHUNTS - RLS) .**

**Α. Πατούση<sup>1</sup>, Λ. Στύλου<sup>1</sup>, Χ. Μπογιατζή<sup>1</sup>, Γ. Τσιβγούλης<sup>1,2</sup>, V. Sharma<sup>3</sup>, Ι.Ηλιόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Σταμπουλής<sup>4</sup>, Α. Alexandrov A<sup>3</sup>, Χ. Πιπερίδου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, ΔΠΘ ΠΓΝΑλεξανδρούπολης, <sup>2</sup>Comprehensive Stroke Center, University of Alabama, Birmingham, Alabama, USA <sup>3</sup>Division of Neurology, Department of Medicine, National University Hospital, Singapore, <sup>4</sup>2<sup>η</sup> Νευρολογική Κλινική, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός:** Μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη που χρησιμοποίησε διαδικτυακή υπηρεσία καταχώρησης καθιερωμένη από την Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας έδειξε ότι ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά συμβάματα μπορούν να παρουσιαστούν ως επιπλοκή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε «Δοκιμασίες Αεροφυσάλιδων» (Bubble Studies), είτε με διακρανιακό υπερηχογράφημα (TCD) είτε με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς (TEE). Μελετήσαμε προοπτικά την ασφάλεια της «Δοκιμασίας Αεροφυσάλιδων» με διακρανιακό υπερηχογράφημα (TCD) για την αναγνώριση δεξιο - αριστερής διαφυγής (RLS). **Υλικό & Μέθοδος:** Σειρές ασθενών με εγκεφαλική ισχαιμία (ισχαιμικό ΑΕΕ ή ΠΙΕ) σε 5 Τριτοβάθμια Κέντρα Φροντίδας Αγγειακών Εγκεφαλικών εξετάστηκαν για πιθανά ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά συμβάματα μετά από έγχυση μικροφυσάλιδων κατά τη διάρκεια της «δοκιμασίας αεροφυσάλιδων» με διακρανιακό υπερηχογράφημα (TCD-BS ) για τη διαπίστωση δεξιο – αριστερής διαφυγής. Οι δοκιμασίες διενεργήθηκαν σύμφωνα με το International Consensus Protocol. Η «δοκιμασία αεροφυσάλιδων» με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς διενεργήθηκε σε επιλεγμένες περιπτώσεις για επιβεβαίωση των ευρημάτων του TCD-BS. Όλες οι δομικές καρδιακές ανωμαλίες τεκμηριώθηκαν προοπτικά με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς. **Αποτελέσματα:** Συνολικά 212 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με οξεία εγκεφαλική ισχαιμία (μέση ηλικία 54±10έτη, 57% άνδρες, 55% ΑΕΕ 45% ΠΙΕ) διερευνήθηκαν με «δοκιμασία αεροφυσάλιδων» με διακρανιακό υπερηχογράφημα (TCD-BS ) για διαπίστωση παράδοξης εμβολής λόγω δεξιο – αριστερής διαφυγής εντός μιας εβδομάδας από την εγκατάσταση της εγκεφαλικής ισχαιμίας. Δεξιο – αριστερή διαφυγή διαπιστώθηκε σε 87 περιπτώσεις (41%). Το ποσοστό ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια ή μετά από το TCD-BS ήταν 0%. (95%CI με τη μέθοδο adjusted Wald 0%-1.5%). «Δοκιμασία αεροφυσάλιδων» με διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς (TEE-BS) διενεργήθηκε στους 56 από τους 87 ασθενείς με ύπαρξη δεξιο – αριστερής διαφυγής στο TCD-BS (64%). Η παρουσία δεξιο – αριστερής διαφυγής επιβεβαιώθηκε σε όλα τα TEE-BS. Οι εξής δομικές καρδιακές ανωμαλίες διαπιστώθηκαν : ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος (n=17) τετραλογία του Fallot (n=1), ενδοκαρδιακός θρόμβος (n=1), έλλειμμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος (n=1), υπερτροφία αριστερής κοιλίας (n=8), κοιλιακό μύζωμα (n=1), διάταση αριστερού κόλπου (n=2), πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας (n=3), ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας (n=1), ανεπάρκεια μιτροειδούς (n=2), στένωση αορτικής βαλβίδας (n=2), στένωση μιτροειδούς (n=2). **Συμπεράσματα:** Η «Δοκιμασία Αεροφυσάλιδων» με διακρανιακό υπερηχογράφημα (TCD-BS ) είναι μια ασφαλής δοκιμασία εξέτασης για τη διαπίστωση

ύπαρξης δεξιο – αριστερής διαφυγής, ανεξάρτητη από την ύπαρξη καρδιακών δομικών ανωμαλιών.

## **P22. ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ**

**Σ. Πατιάκας<sup>1</sup>, Ν. Σύρμος<sup>2</sup>, Α. Μιρκοπούλου<sup>3</sup>, Κ. Κίρδας<sup>4</sup>, Ν. Ρουσάκης<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝΚαστοριάς, <sup>2</sup>Νευροχειρουργική Κλινική «Βενιζέλιου» Νοσοκομείου Ηρακλείου, <sup>3</sup>ΤΕΠ ΓΝ Καστοριάς, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική ΓΝΔράμας, <sup>5</sup>ΚΥΓείας Δίου – ΓΝΚατερίνης

**Σκοπός :** Να μελετηθούν οι τιμές της C-αντιδρώσης πρωτεΐνης (CRP) στον ορό του αίματος ασθενών, να διερευνηθεί η αξία τους ως δείκτες φλεγμονής του αγγειακού τοιχώματος, και να αξιολογηθεί ως παράγοντας κινδύνου οξέων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ), καθώς επίσης και ως προγνωστικός δείκτης σε ότι αφορά την τελική έκβασή τους. **Υλικό-Μέθοδος :** Μελετήθηκαν συνολικά οι φάκελοι και τα επίπεδα της CRP 46 ασθενών, 25 ανδρών και 21 γυναικών, ηλικίας 63-86 ετών, που υπέστησαν οξύ ΑΕΕ αιμορραγικού ή ισχαιμικού τύπου. Παράλληλα, εξετάσθηκαν τα επίπεδα της CRP στον ορό 40 ατόμων, της ίδιας περίπου ηλικίας και φύλου με τους παραπάνω ασθενείς, δίχως όμως καρδιαγγειακά προβλήματα (ομάδα “μαρτύρων,,). **Αποτελέσματα :** Αποδείχθηκε ότι τα επίπεδα της CRP στον ορό των ασθενών με ΑΕΕ ήταν αυξημένα στατιστικά, και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό, σε σχέση με εκείνα των “μαρτύρων,,. Συγκεκριμένα οι μέσες τιμές της CRP ήταν 3,57 mg/l και 1,16 mg/l αντίστοιχα, ( $p < 0,005$ ). Μάλιστα, τα επίπεδα της CRP στους ασθενείς που απεβίωσαν εξαιτίας του ΑΕΕ ήταν υψηλότερα (μέση τιμή 6,21 mg/l), ενώ οι πλέον υψηλές τιμές CRP, διαπιστώθηκαν στα θανατηφόρα ΑΕΕ αιμορραγικού τύπου, όπου είχαμε τιμές CRP  $> 7$ mg/l. **Συμπεράσματα :** Φαίνεται, επομένως, ότι : 1) Η CRP αποτελεί αξιόπιστο δείκτη κινδύνου σε ότι αφορά την εκδήλωση ΑΕΕ. 2) Η πρόγνωση των ΑΕΕ σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το βαθμό των αυξημένων επιπέδων της CRP. 3) Η CRP παρουσιάζει τις υψηλότερες τιμές της σε αιμορραγικού τύπου ΑΕΕ, που όπως γνωρίζουμε είναι συχνά και θανατηφόρα. Επομένως, αποδεικνύεται ότι η μέτρηση της είναι εξαιρετικά χρήσιμη καθ’ όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς, -παράλληλα με τα επίπεδα ομοκυστεΐνης και ινωδογόνου-, και γι’ αυτό δεν θα πρέπει να παραλείπεται ποτέ.

## **P23. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΕΡΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Σ. Πατιάκας<sup>1,2</sup>, Ν. Σύρμος<sup>3</sup>, Δ. Μητσιάρης<sup>4</sup>, Α. Μιχαήλ<sup>5</sup>, Χ. Σύρμος<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Καστοριάς, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΚΥ Άργους Ορεστικού, <sup>3</sup>Νευροχειρουργική Κλινική «Βενιζέλιου» Νοσοκομείου Ηρακλείου, <sup>4</sup>Ιατρικό Διαγνωστικό Κέντρο “Hemotest”, <sup>5</sup>ΚΥ Άργους Ορεστικού, <sup>6</sup>Νευροχειρουργική Κλινική ΠΓΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

**Σκοπός:** Να προσδιοριστούν και αξιολογηθούν συγκριτικά τα επίπεδα ομοκυστεΐνης σε διάφορες νευρολογικές παθήσεις. **Υλικό – Μέθοδος:** Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα ομοκυστεΐνης συνολικά σε 73 νευρολογικούς ασθενείς, (41 άνδρες και 32 γυναίκες) μέσης ηλικίας 72,6 ετών, εκ των οποίων : α) 35 είχαν ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, β) 20 έπασχαν από νόσο του Parkinson, και γ) 18 παρουσίαζαν άνοια (νόσο Alzheimer). **Αποτελέσματα:** Σε κανέναν ασθενή δεν καταγράφηκε σοβαρού βαθμού υπερομοκυστεϊναιμία, μεγαλύτερη των 100 μmol/L. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις ασθενών παρουσιάστηκε αισθητή αύξηση της μέσης τιμής των επιπέδων της. Συγκεκριμένα: α) 14 ασθενείς (ποσοστό 40%) με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου παρουσίασαν σημαντικό βαθμό αύξηση της ομοκυστεΐνης (μέση τιμή 23,7



μmol/L), β) 10 ασθενείς (ποσοστό 50%) με εξωπυραμидική συνδρομή (νόσος Parkinson) είχαν επίσης αυξημένες τιμές ομοκυστεΐνης (μέση τιμή 16,3 μmol/L), ενώ τέλος, γ) αύξηση των επιπέδων της παρατηρήθηκε και σε 8 περιπτώσεις (ποσοστό 44%) ασθενών με τη νόσο του Alzheimer (μέση τιμή 18,4 μmol/L). **Συμπεράσματα:** Αποδεικνύεται, επομένως, ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ υπερομοκυστεϊναιμίας αφενός, και αυξημένου κινδύνου πρόκλησης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και νόσου Alzheimer αφετέρου, ενώ, αύξηση της τιμής της, παρατηρείται πολύ συχνά και στη νόσο του Parkinson, (πιθανότατα διότι η Levodopa -που χορηγείται θεραπευτικά- σχετίζεται άμεσα με τον μεταβολισμό της). Πάντως, όπως συνάγεται και από τη μελέτη μας, τόσο η διερεύνηση της υπερομοκυστεϊναιμίας, όσο και η αντιμετώπισή της με τη χορήγηση βιταμίνης B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> και φυλλικού οξέος, είναι σε κάθε περίπτωση χρήσιμη, και δεν θα πρέπει να παραλείπεται ποτέ (ιδιαίτερα μάλιστα στους ασθενείς αυτούς που κατά τεκμήριο ανήκουν σε κατηγορία υψηλού κινδύνου), διότι πέραν των άλλων, φαίνεται ότι συμβάλλει όχι μόνον στην πρόληψη αυτών των νοσημάτων, αλλά και στην επιβράδυνση της κλινικής τους εξέλιξης.

#### **P24. ΘΕΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ D-DIMERS ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΕΕ**

**Α. Ξάνθης<sup>1</sup>, Α. Χατζητόλιος<sup>2</sup>, Κ. Κύρδας<sup>1</sup>, Χ. Χατζηελευθερίου<sup>3</sup>, Ε. Πιτσάβα<sup>4</sup>, Ζ. Σκαρλάτου<sup>1</sup>, Σ. Κιαπίδου<sup>1</sup>, Α. Πένου<sup>1</sup>, Α. Χατζηπαπαθεοδωρίδης<sup>1</sup>, Α. Βλαχογιάννης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας <sup>2</sup>Α' ΠΡΠ Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ <sup>3</sup>Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας <sup>4</sup>Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Δράμας

**Σκοπός:** Τα d-dimers αποτελούν δείκτη οξείας ιστικής νέκρωσης και αυξάνονται σε νοσήματα που κινητοποιούν το μηχανισμό πήξης-ινωδόλυσης. Τα οξέα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) οφείλονται σε απόφραξη λόγω θρόμβωσης, εμβολής ή υαλοειδούς εκφύλισης ενδοκράνιων αγγείων, ενώ μελέτες έχουν δείξει ότι αυξάνουν τα d-dimers. Στόχος της εργασίας είναι η συσχέτιση των τιμών d-dimers με την απεικονιστική έκταση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ. **Μέθοδοι:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 15 ασθενείς (10 άνδρες, 5 γυναίκες), μέσης ηλικίας 69 ± 6 έτη που εισήχθησαν στην Κλινική για πρωτοεμφανισθέν οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ και στους οποίους μετρήθηκαν ποσοτικά (με ELISA) τα d-dimers εντός 24ωρου από την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: λήψη δικουμαρόλης, πρόσφατο χειρουργείο, αιμορραγική διάθεση, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, εισρόφηση, κατακλίσεις και γνωστή κακοήθεια. Έγινε καταγραφή του μεγέθους (μέγιστη επιμήκης και οβελιαία διάμετρος) του οξέος ισχαιμικού εμφράκτου στην αξονική τομογραφία την 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας, καθώς και αιτιολογική ταξινόμηση των ΑΕΕ, τα οποία διακρίθηκαν σε θρομβωτικά, καρδιοεμβολικά και μικρών αγγείων. **Αποτελέσματα:** Βρέθηκε α) στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ d-dimers και μεγέθους οξέος εμφράκτου στην αξονική τομογραφία (p=0.02) και β) μεγαλύτερη αύξηση των d-dimers στα καρδιοεμβολικά, μικρότερη στα θρομβωτικά και καμία αύξηση στα ΑΕΕ των μικρών αγγείων. **Συμπεράσματα:** Η ποσοτική μέτρηση των d-dimers το πρώτο 24ωρο από την εμφάνιση συμπτωμάτων ισχαιμικού ΑΕΕ μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματικό δείκτη βαρύτητας και πιθανής αιτιοπαθογένειας των ισχαιμικών ΑΕΕ, ενώ σε περίπτωση μεγάλης αύξησης, θα πρέπει να κινητοποιήσουν τον θεράποντα ιατρό για στενότερη παρακολούθηση των ασθενών.

## **P25. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΕΙΑΚΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΓΩΝ TNF $\alpha$ -308G>A ΚΑΙ IL12B 1188A>C ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΝΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

**Σ.Γ. Μαρούση<sup>1</sup>, Α. Αντωνακοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Καρακάντζα<sup>3</sup>, Π. Παπαθανασόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Ελλούλ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Ογκολογίας, <sup>3</sup>Τμήμα Εργαστηριακής Αιματολογίας, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝοσοκομείο Πατρών, Ρίον-Πάτρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι σημειακοί γενετικοί πολυμορφισμοί -308G>A στο γονίδιο του Tumor Necrosis Factor- $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), και 1188A>C στο γονίδιο της interleukin-12B έχουν συσχετισθεί με διαταραχές στην έκφραση αυτών των προ-φλεγμονωδών κυτταροκινών, και κατ'επέκταση με μία σειρά από παθολογικές καταστάσεις, που διαμεσολαβούνται από φλεγμονώδεις ανοσολογικούς μηχανισμούς. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ελεγχθεί η πιθανή συμβολή των γενετικών αυτών μεταλλαγών στον κίνδυνο και στην ηλικία εμφάνισης ενός ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (I-AEE). **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Απομονώθηκε και αναλύθηκε γενετικό υλικό από 145 διαδοχικούς ασθενείς με I-AEE και ισάριθμους μάρτυρες με αντιστοιχία ηλικίας και φύλου. Η ανίχνευση των γονοτύπων έγινε με χρήση μίας real-time PCR μεθόδου διάκρισης αλληλομόρφων με βάση τις διαφορετικές θερμοκρασίες τήξης. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 115 (79.3%) και 30(20.7%) από τους ασθενείς με I-AEE ευρέθησαν φορείς των GG και GA γονοτύπων για τη θέση TNF $\alpha$ -308 αντίστοιχα, και δε διέφεραν στατιστικά από τους μάρτυρες ( $p=0.451$ ). Οι ανευρεθείσες γονοτυπικές συχνότητες για τον πολυμορφισμό της IL12B ήσαν 77(53.1%) AA, 57(39.3%) AC και 11(7.6%) CC για τους ασθενείς, και αυτές επίσης δε διαφοροποιούνταν από τους μάρτυρες ( $p=0.759$ ). Για κάθε πολυμορφισμό οι γονότυποι πληρούσαν τις προϋποθέσεις ισορροπίας Hardy-Weinberg, και δεν απέκλιναν από αυτές στον μεσογειακό πληθυσμό. Η Kaplan-Meier ανάλυση επιβίωσης ελεύθερης νόσου δεν κατέδειξε υπεροχή κάποιου γονοτύπου στην καθυστέρηση εμφάνισης του I-AEE, ούτε μετά από διόρθωση των σχετικών κινδύνων για τους κλασσικούς παράγοντες αγγειακού κινδύνου, σε ένα μοντέλο Cox παλινδρομικής ανάλυσης. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διαφορετικοί γονότυποι για τους λειτουργικούς πολυμορφισμούς TNF $\alpha$ -308G>A και IL12B 1188A>C δε φαίνεται να σχετίζονται με τον κίνδυνο ή την ηλικία εμφάνισης ενός I-AEE στον ελληνικό πληθυσμό.

## **P26. Ο ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ TNF $\alpha$ -308G>A ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ, ΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ 6ΜΗΝΗ ΕΚΒΑΣΗ ΕΝΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.**

**Σ.Γ. Μαρούση<sup>1</sup>, Α. Αντωνακοπούλου<sup>2</sup>, Μ. Καρακάντζα<sup>3</sup>, Π. Παπαθανασόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Ελλούλ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νευρολογική Κλινική, <sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Ογκολογίας, <sup>3</sup>Τμήμα Εργαστηριακής Αιματολογίας Ιατρική Σχολή, ΠΓΝοσοκομείο Πατρών, Ρίον-Πάτρα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο TNF $\alpha$  έχει αναγνωρισθεί ως μία από τις κυριότερες προ-φλεγμονώδεις κυτταροκίνες, που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φλεγμονώδη διεργασία η οποία ακολουθεί την οξεία εγκεφαλική ισχαιμία. Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η πιθανή επίδραση του λειτουργικού πολυμορφισμού TNF $\alpha$ -308G>A στην βαρύτητα, τη νευρολογική εξέλιξη και έκβαση στον 6<sup>ο</sup> μήνα ενός ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (I-AEE). **ΜΕΘΟΔΟΣ:** 145 διαδοχικοί ασθενείς με I-AEE γονοτυπήθηκαν για τον πολυμορφισμό TNF $\alpha$ -308G>A με μία real-time PCR μέθοδο χωρίς σημασμένους ανιχνευτές, και παρακολούθηθηκαν κλινικά για 6 μήνες. Η νευρολογική κλίμακα Scandinavian Stroke Scale (SSS) χρησιμοποιήθηκε για την περιγραφή της βαρύτητας και της εξέλιξης του I-AEE, βάσει διεθνώς συμπεφωνημένων ορισμών. Η λειτουργική έκβαση στον 6<sup>ο</sup> μήνα εκτιμήθηκε με τον δείκτη Barthel Index. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι 115 (79.3%) ασθενείς με I-AEE που βρέθηκαν

ομόζυγοι GG δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς τη βαρύτητα, την ενδεχόμενη νευρολογική επιδείνωση ή βελτίωση, τις υποτροπές και τη θνητότητα από τους υπολοίπους 30 (20.7%) GA ετεροζυγώτες. Αντιθέτως, η φορεία του A αλληλομόρφου για τους επιζώντες ασθενείς με I-AEE στον 6<sup>ο</sup> μήνα σχετίστηκε σημαντικά με με επιβαρυσμένη λειτουργική έκβαση αυτών, ακόμα και μετά τη στατιστική διόρθωση για την βαρύτητα του I-AEE στην εισαγωγή και την κατηγοριοποίηση κατά TOAST (OR=0.218, 95%CI= 0.052-0.920). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η παρουσία του A αλληλομόρφου για τον πολυμορφισμό TNFα-308G>A, που οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή της κυτταροκίνης αυτής, σχετίζεται με χειρότερη λειτουργική έκβαση των επιζώντων ασθενών με I-AEE στον 6<sup>ο</sup> μήνα, ανεξάρτητα από άλλους σημαντικούς παράγοντες πρόγνωσης. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης ομάδας ατόμων υψηλού ρίσκου, που χρήζουν εντατικής βραχυ- και μεσο- πρόθεσμης ιατρικής φροντίδας και λειτουργικής ενίσχυσης.

## **P27. ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΣΤΕΡΕΟΤΑΞΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΜΥΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ: ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ**

**A. Λουρμπόπουλος, Σ. Χατζηγεωργίου, Θ. Μαυρίδης, Γ. Κοκκινάκης, Ν. Αρτέμης, Ν. Τάσκος, Ν. Γρηγοριάδης, Δ. Καρακώστας**

Εργαστήριο Πειραματικής Νευρολογίας και Νευροανοσολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Υπόβαθρο:** Η χορήγηση πειραματικών θεραπειών μετά από ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (IAEE) στις πλάγιες κοιλίες πλεονεκτεί λόγω της απευθείας δράσης στο εγκεφαλικό παρέγχυμα παρακάμπτοντας την συστηματική κυκλοφορία. Το ισχαιμικό όμως οίδημα προκαλεί σημαντικά φαινόμενα πίεσης, μεταβάλλει τις κλασσικές συντεταγμένες έγχυσης και κάνει τελικά δυσχερή και αδύνατη την αληθή ενδοκοιλιακή χορήγηση. **Στόχος:** Η δημιουργία μοντέλου πρόβλεψης των μεταβολών της στερεοταξίας των πλαγίων κοιλιών στις 6 και 18 ώρες μετά το IAEE και ο επανακαθορισμός νέων συντεταγμένων με βάση την κλινική εικόνα των πειραματοζώων. **Μεθοδολογία:** Ενήλικες άρρενες επίμυες Wistar (n=54) υπέστησαν αποκλεισμό της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας για 2 ώρες (παροδική ισχαιμία, n=30) ή μόνιμα (μόνιμη ισχαιμία, n=24). Τα πειραματόζωα εκτιμήθηκαν κλινικά με τις κλίμακες modified Neurological Stroke Scale (mNSS) και modified Bederson's Scale (mBS) στις 6 και 18 ώρες μετά το IAEE. Θυσιάστηκαν στα αντίστοιχα χρονικά σημεία και οι εγκέφαλοί τους χρώστηκαν με TTC για την εκτίμηση των: α) % όγκου εμφράκτου, β) % ημισφαιρικού οιδήματος, γ) % μετατόπισης της μέσης γραμμής και δ) των μεταβολών των στερεοτακτικών συντεταγμένων των πλαγίων κοιλιών. **Αποτελέσματα:** Η στερεοταξία των πλαγίων κοιλιών μεταβλήθηκε σημαντικά στα 2 μοντέλα ισχαιμίας και στις 2 χρονικές στιγμές σε σχέση με αυτές του φυσιολογικού πειραματοζώου (P<0.01). Η μεταβολή αυτή σχετιζόταν ισχυρά και γραμμικά με τις κλίμακες mNSS και mBS στις 18 ώρες (P<0.01) και για τα 2 μοντέλα ισχαιμίας. Στις 6 όμως ώρες η συσχέτιση υπήρχε μόνο στο μοντέλο της παροδικής ισχαιμίας. Με βάση τις παραπάνω συσχετίσεις εξάχθηκαν απλές γραμμικές εξισώσεις πρόβλεψης νέων στερεοτακτικών συντεταγμένων και αυξήθηκε το ποσοστό επιτυχούς ενδοκοιλιακής πρόσβασης από 20% στο 80%, ανεξάρτητα της κλινικής βαρύτητας του προκαλούμενου IAEE. **Συμπέρασμα:** Προτείνεται ένας οδηγός για ασφαλή και αξιόπιστη ενδοκοιλιακή προσπέλαση στο κρίσιμο θεραπευτικό παράθυρο των 6-18 ωρών μετά το IAEE σε επίμυες Wistar.

## **P28. ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ**

**Α. Λουρμπόπουλος, Δ. Καρακώστας, Ε. Νουσιποπούλου, Έ. Πολυζωΐδου, Κ. Κώττα, Κ. Συμεωνίδου, Ε. Σπάνδου, Θ. Μαυρίδης, Ν. Αρτέμης, Ν. Τάσκος, Ν. Γρηγοριάδης**

Εργαστήριο Πειραματικής Νευρολογίας και Νευροανοσολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική κλινική Α.Π.Θ., Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Υπόβαθρο:** Τα στρωματικά κύτταρα του μυελού των οστών (ΣΚΜΟ) έχουν πιστωθεί με σημαντικές δράσεις μετά από ενδοαρτηριακή, ενδοφλέβια και ενδοπαρεγχυματική μεταμόσχευσή τους στην πειραματική εγκεφαλική ισχαιμία (ΠΕΙ). Η ενδοκοιλιακή όμως οδός χορήγησής τους δεν έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί στο μοντέλο αυτό. **Μεθοδος:** Επίμυες Wistar (n=34) υπέστησαν αποκλεισμό της δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (ΜΕΑ) για 2 ώρες και ακολούθησε επαναιμάτωση. Έξι ώρες μετά τον αποκλεισμό, ΣΚΜΟ σημασμένα με BrdU (ομάδα Α) ή το διάλυμα ελέγχου (ομάδα Β) χορηγήθηκαν ενδοκοιλιακά (άμφω, στις πλάγιες κοιλίες με δόση 500.000 ΣΚΜΟ ανά κοιλία). Η κλινική παρακολούθηση έγινε με την κλίμακα modified Neurological Stroke Scale (mNSS) και τη δοκιμασία βάδισης σε πλέγμα (ΔΒΠ) στις 6 ώρες και τις ημέρες 1, 3, 7, 14, 21, 40 και 60 μετά τον αποκλεισμό. Παθολογοανατομικά μελετήθηκαν η κυτταρική μετανάστευση των ΣΚΜΟ, το εμφράκτο, η γλοία και οι νευροτροφικοί παραγόντων HGF και VEGF στις ημέρες 3 (οξεία φάση) και 60 (χρόνια φάση) μετά το ΙΑΕΕ. **Αποτελέσματα:** Τα ΣΚΜΟ μείωσαν σημαντικά την μετεμφρακτική θνητότητα (ομάδα Α: 5.8% και Β: 33.3%, p<0.001), συνοδευόμενη από σημαντική βελτίωση της χρόνιας mNSS βαθμολογίας (p<0.01). Η μεταναστευτική ικανότητα των ΣΚΜΟ προς το παρέγχυμα στην οξεία φάση ήταν μικρή, ενώ στην χρόνια φάση τα ανευρεθέντα κύτταρα ήταν ελάχιστα. Τα ΣΚΜΟ ελάττωσαν σημαντικά (περίπου κατά 50%) το ημισφαιρικό οίδημα και τη μετατόπιση της μέσης γραμμής (p<0.05) στην οξεία φάση ενώ ο όγκος εμφράκτου, η εμφρακτική σπηλαιοποίηση και η ημισφαιρική ατροφία ήταν μικρότερες στην ομάδα Α αλλά όχι στατιστικά σημαντικές. Η αστροκυτταρική ενεργοποίηση (οξεία φάση) και ουλή (χρόνια φάση) βρέθηκαν σημαντικά μικρότερες (p<0.01) στην ομάδα των ΣΚΜΟ, ενώ η μικρογλοιακή ενεργοποίηση ήταν παρόμοια και στις δύο φάσεις. Οι δράσεις των ΣΚΜΟ ερμηνεύονται μερικώς από την έκκριση HGF και VEGF στην οξεία φάση. **Συμπέρασμα:** Τα ενδοκοιλιακά χορηγούμενα ΣΚΜΟ έχουν θετικές δράσεις στην ΠΕΙ, πιθανότατα μέσω παραγόντων εκκρινόμενων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Παρόλα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή καθώς σχηματίζουν ινώδεις μάζες οι συνέπειες των οποίων μένουν να διευκρινιστούν. **Γνωστοποίηση:** Η μελέτη συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και Εθνικούς Πόρους (ΕΠΕΑΚ-II) μέσω του Προγράμματος

## **P29. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΗΔΗ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΑ Α.Ε.Ε. ΜΕΙΩΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ, ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

**Ε. Τίγκα, Γ. Μουτσώκος, Ε. Κυριακοπούλου, Σ. Τίγκας, Α. Καπάταης**

Γενικό Νοσοκομείο Δυτ. Αττικής, Α' Παθολογικό Τμήμα

**Σκοπός:** Σκοπός μας είναι να αποδείξουμε ότι η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με Α.Ε.Ε. μειώνει σημαντικά το χρόνο νοσηλείας και απομακρύνει τη θνησιμότητα που τις περισσότερες φορές συμβαίνει από τις τυχόν επιπλοκές. **Υλικό και μέθοδος:** Μελετήσαμε 110 ασθενείς με Α.Ε.Ε. Η θνησιμότητα ήταν 20% και ο χρόνος νοσηλείας 1-21 ημέρες. Αλλα καρδιαγγειακά νοσήματα είχαν και οι 110. **Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με 1-2 ημέρες νοσηλείας ήταν αυτοί που κατέληξαν λόγω της μεγάλης έκτασης του Α.Ε.Ε. ή των επιπλοκών-κατά κύριο λόγο διαβητική οξέωση, εισρόφηση, καρδ. ανεπάρκεια. Οι υπόλοιποι με την κατάλληλη αντιμετώπιση των κατακλίσεων, της εισρόφησης, της αναιμίας και γενικής ρύθμισης των νοσημάτων που προϋπήρχαν αποκαταστάθηκαν. **Συμπέρασμα:** Πρόληψη των επιπλοκών σημαίνει καλύτερη ποιότητα ζωής και μείωση των ημερών νοσηλείας.

## **P.30 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

**Δ. Θεοφανίδης<sup>1</sup>, J.Rudolf<sup>2</sup>, Ξ. Φιτσιώρης<sup>2</sup>, Ι. Τσίπτσιος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ <sup>2</sup>Νευρολογική κλινική, ΓΝΘ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

**Εισαγωγή:** Το 37-43% των ασθενών με ΑΕΕ εμφανίζουν νευρολογική επιδείνωση κατά τις πρώτες 72 ώρες από την έναρξη του ΑΕΕ και κατά κανόνα είναι δύσκολο να προβλεφθεί ποιοι ασθενείς θα έχουν αυτή την εξέλιξη. Συνεπώς, όλοι οι ασθενείς διατρέχουν τον κίνδυνο της νευρολογικής επιδείνωσης. Στα 2/3 των ασθενών η επιδείνωση είναι γενικά μη αναστρέψιμη και οφείλεται σε ενδοεγκεφαλικούς παράγοντες (αιμορραγικές μεταλλαγές του ισχαιμικού εμφράκτου, αποτυχία παράπλευρης κυκλοφορίας, επαν-αιμορραγία, σχηματισμό κήλης και μαζικού φαινομένου/εγκεφαλικού οιδήματος). Το υπόλοιπο τρίτο όμως των επιδεινώσεων πιθανότατα οφείλεται σε συστηματικούς παράγοντες όπως η υποξία, η υπόταση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η σηψαιμία, οι διαταραχές της γλυκόζης του αίματος, η πυρεξία και οι αρρυθμίες, παράγοντες δυνητικά αναστρέψιμους.

**Προτεινόμενη νοσηλευτική παρέμβαση:** Κατά τη νοσηλεία του ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται υπό συχνή παρακολούθηση, ώστε οποιαδήποτε επιδείνωση ή διακύμανση στην κλινική του εικόνα να αποκαλυφθεί πρώιμα.. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω μίας συστηματικής καταγραφής διαφόρων παραμέτρων κατά τις πρώτες 72 ώρες από την εγκατάσταση του ΑΕΕ. Η καταγραφή αυτή περιλαμβάνει μία νευρολογική εκτίμηση η οποία βασίζεται στις κλίμακες Scandinavian Stroke Scale και Glasgow Coma Scale, (επίπεδο συνείδησης, κινητικότητα άκρων, κινήσεις οφθαλμών και επίπεδο λεκτικής επικοινωνίας), καθώς και αντικειμενικών κλινικών παραμέτρων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία, κορεσμός O<sub>2</sub>, και επίπεδο γλυκόζης αίματος. Το σχήμα αυτό χρησιμοποιείται κάθε 4 ώρες στο πρώτο 24ωρο μετά την εκδήλωση του ΑΕΕ και κάθε 8 ώρες για το επόμενο 48ωρο και παρέχει στους νοσηλευτές την δυνατότητα να καταγράψουν την όποια επιδείνωση με ένα δομημένο τρόπο με τη χρήση αντικειμενικά μετρήσιμων μεγεθών. Όμως η νοσηλευτική παρέμβαση δεν μένει απλά στην παρατήρηση. Ο νοσηλευτής που παρατηρεί μια διακύμανση της κατάστασης του ασθενή θα μπορεί να συνδυάσει την εικόνα αυτή με τις προαναφερθείσες κλινικές παραμέτρους και να παρέμβει άμεσα (ρύθμιση της θερμοκρασίας, χορήγηση O<sub>2</sub>) είτε έμμεσα (καλώντας τον ιατρό, αλλά προσφέροντας του ουσιαστικές και σωτήριες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενή).

## **P31. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ): ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΑΕΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

**Τ. Παπαδόπουλος, Β. Παπαδόπουλος, Χ. Μόραλη, J. Rudolf, Ι. Τσίπτσιος**

Νευρολογική Κλινική Γ. Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην Ελλάδα, το οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) παραμένει μια νόσος με βαρεία πρόγνωση, με θνητότητα που φθάνει το 37% σε περίοδο ενός έτους . Το Γ. Ν. «Παπαγεωργίου» στη Θεσσαλονίκη είναι ένα από τα ελάχιστα νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα που διαθέτει μια πλήρως εξοπλισμένη Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (έξι κρεβάτια με μη-επεμβατικό monitoring). Από το 2003, στη μονάδα χορηγείται ενδοφλέβια θρομβόλυση για οξέα ισχαιμικά ΑΕΕ. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εξειδικευμένης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς που εισήχθησαν στη Μονάδα ΑΕΕ του νοσοκομείου και τους χορηγήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα κύρια χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής

φροντίδας στην μονάδα εγκεφαλικών είναι τα εξής : Άμεση και συνεχής καταγραφή των ζωτικών σημείων στο monitor, παρακολούθηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς, στενός έλεγχος των θεραπευτικών επεμβάσεων, πρόληψη και θεραπεία των επιπλοκών των ΑΕΕ. Από το 2003, συνολικά 38 ασθενείς (25 άνδρες, 13 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 56 χρόνων, διάμεσος όρος βαρύτητας του ΑΕΕ: 9 βαθμούς στην κλίμακα NIHSS) θεραπεύτηκαν με rt-PA μέσα στις πρώτες τρεις ώρες μετά την εγκατάσταση των συμπτωμάτων του ΑΕΕ, ακολουθώντας ένα πρωτόκολλο το οποίο τηρεί αυστηρά τις κατευθυντήριες οδηγίες της European Stroke Organisation. Σε 29 από τους 38 ασθενείς παρατηρήθηκε ταχεία και διαρκής ύφεση των νευρολογικών τους συμπτωμάτων, η κατάσταση 4 ασθενών παρέμεινε αμετάβλητη, και 5 ασθενείς κατέληξαν σε διάστημα 3 μηνών από την θεραπεία (τρεις από χωροτακτικό έμφρακτο, ένας από καρδιακή ανακοπή και ένας από συμπτωματική ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, σε συνέπεια υπερτασικής κρίσης). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ είναι η προϋπόθεση για συγκεκριμένες θεραπευτικές επιλογές. Ωστόσο, η θρομβόλυση παραμένει μια θεραπευτική επιλογή για μειονότητα των ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ. Σήμερα το Ε.Σ.Υ. παρουσιάζει έλλειψη τόσο σε Μονάδες ΑΕΕ, όσο και σε επαρκώς εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να βελτιωθεί η πρόγνωση των ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ.

### **P32. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

**Μ. Μίχα<sup>1</sup>, Α. Μαθιόπουλος<sup>2</sup>**

Ιατροί Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης <sup>1</sup>Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα <sup>2</sup> Αθήνα

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) σε ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ και των παραγόντων που την επηρεάζουν. **ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε 36 ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ τουλάχιστον προ 6 μηνών, καταγράφηκαν, μέσω ερωτηματολογίων, πληροφορίες για το δημογραφικό και κλινικό προφίλ τους. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) χρησιμοποιήθηκαν τα γενικής χρήσης ερωτηματολόγια SF-36 και EQ-5D, ενώ η εκτίμηση της λειτουργικότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) έγινε βάσει της κλίμακας Barthel. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε με την κλίμακα NIHSS (National Institute of Health Stroke). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $64,3 \pm 15,9$  έτη και η μέση διάρκεια της νόσου  $5,9 \pm 5,1$  έτη. Διαταραχές ούρησης παρατηρήθηκαν στο 41,7%, σπαστικότητα στο 58,3%, ενώ 25% ήταν ικανοί για θεραπευτική βάρδιση. Η μέση τιμή στην κλίμακα EQ-5D βρέθηκε ίση με  $0,21 \pm 0,4$ , ενώ οι μέσες τιμές στις διαστάσεις του SF-36 ήταν χαμηλές και κυμαίνονταν από 23,5 (σωματική λειτουργικότητα) έως 49,1 (ρόλος συναισθηματικός). 83,3% των ασθενών δήλωσαν μέτρια έως σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με την αυτοεξυπηρέτηση, 97,2% με την κινητικότητα, 83,3% με το σωματικό πόνο και 91,7% με άγχος και κατάθλιψη. Οι ασθενείς που ήταν ικανοί για θεραπευτική βάρδιση βρέθηκε να έχουν χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις: σωματικός ρόλος ( $p=0,002$ ), κοινωνικός ρόλος ( $p=0,018$ ) και συναισθηματικός ρόλος ( $p=0,049$ ). Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχές ούρησης βρέθηκε να έχουν χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις: κοινωνικός ρόλος ( $p=0,033$ ) και ψυχική υγεία ( $p=0,044$ ). Χαμηλότερους δείκτες ποιότητας στην ψυχική υγεία είχαν επίσης τα άτομα με σπαστικότητα ( $p=0,035$ ), ενώ σημαντικά μειωμένο επίπεδο ΠΖ βάσει του EQ-5D βρέθηκε στους ασθενείς με διαταραχές ούρησης ( $p=0,002$ ) και σπαστικότητα ( $p=0,018$ ). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το επίπεδο ΠΖ των ασθενών με ιστορικό ΑΕΕ μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά μέσω έγκαιρης παρέμβασης και αντιμετώπισης από τον ειδικό ιατρό αποκατάστασης και την ομάδα που συντονίζει.

### **P33. ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ 'ΒΟΒΑΤΗ' ΚΑΙ 'Ρ.Ν.Φ' ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

*Π. Σακελλάρη, Θ. Κωνσταντινίδης, Ι. Ηλιόπουλος, Α. Ταρτανής, Χ. Πιπερίδου*

Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΠΓΝΑλεξανδρούπολης, Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ. ΓΠΝΑλεξανδρούπολης

**Σκοπός:** Η σύγκριση των μεθόδων αποκατάστασης ΒΟΒΑΤΗ και Ρ.Ν.Φ(Proprioceptive neuromuscular facilitation), βάσει της αξιολόγησης των κινητικών προτύπων ασθενών με ισχαιμικό και αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο(Α.Ε.Ε). **Υλικό-Μέθοδος:** Από τους ασθενείς με Α.Ε.Ε, που νοσηλεύθηκαν στη Πανεπιστημιακή Νευρολογική κλινική του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης και εφαρμόστηκε φυσικοθεραπεία, οι 40 συμμετείχαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης και αξιολόγησης των κινητικών τους προτύπων. Στους 20 εφαρμόστηκε η μέθοδος Ρ.Ν.Φ και στους άλλους 20 η μέθοδος ΒΟΒΑΤΗ(ΝΔ.Τ). Η αξιολόγηση των κινητικών προτύπων έγινε την 1η και την 4η εβδομάδα νοσηλείας τους, με την ΒΟΒΑΤΗ scale και αυτή της αυτοϊππήρησης με την ΒΑΡΤΗΕΛ index.Στο τέλος της τέταρτης εβδομάδας έγινε συγκριτική αξιολόγηση των κινητικών δεξιοτήτων των ασθενών πριν και μετά το πέρας του προγράμματος αποκατάστασης. **Αποτελέσματα:** Στους 20 ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε η μέθοδος ΒΟΒΑΤΗ, παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική αύξηση τόσο των τιμών της ΒΟΒΑΤΗ scale (Μέση τιμή:19,5±24,8 P≤0,001),όσο και της ΒΑΡΤΗΕΛ index (Μέση τιμή:19,0±24,4 P<0,001).Στα 20 δείγματα που εφαρμόστηκε η μέθοδος Ρ.Ν.Φ οι διαφορές πριν και μετά το πρόγραμμα αποκατάστασης είναι στατιστικά σημαντικές(ΒΟΒΑΤΗ scale-Μέση τιμή:25,0±23,5 P<0,001 ,ΒΑΡΤΗΕΛ index-Μέση τιμή 20,0±18,5 P=0,008).Κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων ΒΟΒΑΤΗ και Ρ.Ν.Φ ,στο σύνολο των ασθενών οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές τόσο στις τιμές της ΒΟΒΑΤΗ scale όσο και αυτές της ΒΑΡΤΗΕΛ index(Μέση τιμή 25,0±23,5 P=0,434). **Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης,η εφαρμογή των μεθόδων ΒΟΒΑΤΗ και Ρ.Ν.Φ έχει στατιστικά πολύ σημαντική επίδραση στην αποκατάσταση ασθενών με Α.Ε.Ε, χωρίς να υπερέχει συγκριτικά κάποια από τις δύο.

### **P34. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ (ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ)**

*Χ. Γιαννακάκης<sup>1</sup>, Δ. Χατζούδη<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Κέντρο Φυσικοθεραπείας (Ιδ) Αλεξανδρούπολη, <sup>2</sup>Νοσηλευτική υπηρεσία Π.Γ.Ν.Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή.** Με τα σύγχρονα δεδομένα η αποκατάσταση του ημιπληγικού ασθενούς αρχίζει άμεσα με την νοσηλεία και ολοκληρώνεται με την επάνοδο στο κοινωνικό περιβάλλον ή στον επαγγελματικό χώρο. Αποτελείται από τρεις φάσεις που διαδέχονται η μία την άλλη: Φάση 1, οξεία φάση και πρώιμη αποκατάσταση, που περιλαμβάνει την περίθαλψη και θεραπεία του ασθενούς, στη διάρκεια της οξείας φάσης, Φάση 2, ιατρική αποκατάσταση που περιλαμβάνει διακλαδική περίθαλψη και θεραπεία του ασθενούς, από τη στιγμή που σταθεροποιείται η κατάσταση της υγείας του, και Φάση 3, επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση που περιλαμβάνει ατομικά προγραμματισμένα θεραπευτικά μέτρα, αμέσως μόλις η ιατρική αποκατάσταση δεν μπορεί πλέον να προσφέρει αξιολογημένο πρόοδο. Κατά της δύο πρώτες φάσεις όπου ο ασθενής νοσηλεύεται σε κλινική είτε ειδικό κέντρο αποκατάστασης ΑΕΕ, η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και φυσικοθεραπευτών είναι μία παράμετρος στην αποκατάσταση που η σημασία της πρέπει να τονισθεί. **Μέθοδος.** Βιβλιογραφική ανασκόπηση. **Αποτελέσματα.** Το νοσηλευτικό

προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ασθενούς, ειδικά όταν βρίσκεται κλινήρης και έχει ανάγκη μεγάλης νοσηλευτικής φροντίδας (Teasell, 2003). Κατά την περίοδο αυτή, είναι δυνατόν να γίνουν πολλά λάθη στον τρόπο χειρισμού του ασθενούς, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν ένα μη ευχάριστο αποτέλεσμα στις μελλοντικές ευκαιρίες θεραπείας και αποκατάστασης (Husemann et al, 2007). Με τοποθέτηση σε κατάλληλες θέσεις και με κατάλληλους χειρισμούς, μπορούν να αποφευχθούν η υπέρμετρη αύξηση της σπαστικότητας (Sommerfeld et al, 2004), καθώς και συγκάμψεις, πόνος στον ώμο και το σύνδρομο ώμου – χεριού, έλξη προς τα πίσω της ωμικής ζώνης και λεκάνης, ή ακόμη την άρνηση της προσβεβλημένης πλευράς (Horman, Verner, 2003). Ύψιστης σημασία και πρωτεύων στόχο κατά την φάση της νοσηλείας είναι η πρόληψη επιπλοκών, αποτέλεσμα της μειωμένης κινητικότητας όπως έλκη κατάκλισης, ατελεκτασίες και θρομβώσεις (Gordon et al, 2004). **Συζήτηση – Συμπεράσματα.** Η φυσικοθεραπεία και η νοσηλευτική θα πρέπει να συμπληρώνουν η μία την άλλη. Σ' αυτήν την αρχική φάση το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή όλη την μέρα, ενώ ο φυσικοθεραπευτής είναι μαζί του λίγο χρόνο. Ο φυσικοθεραπευτής διδάσκει στον ασθενή πώς να κινείται ξανά, ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να διδαχθεί πώς να βοηθά τον ασθενή προς τους τελικούς σκοπούς της θεραπείας με τον τρόπο που τον τοποθετεί και τον χειρίζεται στην αρχική φάση (Greenlund et al, 2002). Ακόμα ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές έμμεσα, βοηθώντας τον ασθενή να κερδίσει μερική ανεξαρτησία και έτσι να μειώσει την σωματική και πνευματική επιβάρυνση των νοσηλευτών (Jones et al, 2008).

### **Ρ35. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

**Θ. Αφράντου, Δ. Παπαδοπούλου, Ε. Καμπάκη, Ε. Μαργαριτίδου, Ε. Τασίκα, Μ. Γκάμπρα, Δ. Ασκιτής, Γ. Μπαλτατζίδης, Δ. Νικηφορίδης**

Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Ξάνθης, Νευρολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Ξάνθης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) κατά 1,5 – 3 φορές. Ο εντατικός έλεγχος της γλυκόζης του αίματος συσχετίζεται με τη μείωση της μικροαγγειοπάθειας, αν και η επίδραση του εντατικού γλυκαιμικού ελέγχου στις μακροαγγειακές επιπλοκές όπως η αθηρωματική νόσος των εγκεφαλικών αγγείων και η στεφανιαία νόσος είναι λιγότερο τεκμηριωμένη. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 184 ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ που νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του Γ. Ν. Ξάνθης και καταγράφηκαν τα επίπεδα γλυκόζης ορού σε διαβητικούς και μη ασθενείς. Διαχωρίστηκαν: Ομάδα Α: N = 75, ηλικίας 35 – 70 ετών Ομάδα Β: N = 109, ηλικίας 71 – 90 ετών

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

	Ομάδα Α, N=75		Ομάδα Β, N=109	
	Ομάδα A1 N=29	Ομάδα A2 N=46	Ομάδα B1 N=37	Ομάδα B2 N=72
<b>Γλυκόζη ορού &gt; 120</b>	15	9	11	11
<b>HbA1C &lt; 7 %</b>	14		26	
<b>HbA1C &gt; 7 %</b>	15		11	



Ομάδα A1 = Διαβητικοί ασθενείς ηλικίας 35 – 70 , Ομάδα A2 = Μη διαβητικοί ασθενείς ηλικίας 35 – 70 Ομάδα B1 = Διαβητικοί ασθενείς ηλικίας 71 – 90, Ομάδα B2 = Μη διαβητικοί ασθενείς ηλικίας 71 – 90

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στους 118 μη διαβητικούς ασθενείς ηλικίας 35 – 90 ετών με ισχαιμικό ΑΕΕ διαπιστώθηκε σε ποσοστό 17% πρωτοδιαγνωσθείς ΣΔ. Από την άλλη, στην ομάδα των διαβητικών ασθενών (66 ασθενείς) ένα υψηλό ποσοστό της τάξης του 60% υπέστη ισχαιμικό ΑΕΕ παρά τη ρύθμιση του ΣΔ με τιμές HbA1C < 7%. Βάσει των ανωτέρω συμπεραίνουμε ότι: 1. Η έγκαιρη διάγνωση του ΣΔ ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς επιβάλλεται στην πρόληψη του ΑΕΕ. 2. Η ρύθμιση του σακχάρου σε ΣΔ ασθενείς με τιμές HbA1C < 7% δε φαίνεται να είναι αρκετή για την προφύλαξη από ΑΕΕ. Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο, η ρύθμιση του ΣΔ να στοχεύει σε τιμές HbA1C < 6,5 % για την προφύλαξη από ΑΕΕ.

### **P36. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΑΕΕ**

**Σ. Πατιάκας<sup>1,2</sup>, Α. Μιχαήλ<sup>3</sup>, Ν. Σύρμος<sup>4</sup>, Α. Μιρκοπούλου<sup>5</sup>, Κ. Κίρδας<sup>6</sup>, Ν. Τρούλη<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝ Καστοριάς, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο Κέντρου Υγείας Άργους Ορεστικού, <sup>3</sup>ΚΥ Άργους Ορεστικού, <sup>4</sup>Νευροχειρουργική Κλινική «Βενιζέλιου» Νοσοκομείου Ηρακλείου, <sup>5</sup>ΤΕΠ ΓΝΚαστοριάς, <sup>6</sup>Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας, <sup>7</sup>ΓΝ Ρεθύμνου

**Σκοπός:** Να διερευνηθούν τα αποτελέσματα απλών εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργούνται συνήθως κατά την εισαγωγή των ασθενών με οξύ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ), ως δείκτες θνητότητας, δεδομένου ότι αυτό αποτελεί στις αναπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες όπως η δική μας, την τρίτη αιτία θανάτου. **Υλικό – Μέθοδος:** Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν οι περιπτώσεις συνολικά 64 ασθενών (39 ανδρών και 25 γυναικών, μέσης ηλικίας 71,6 ετών), με αποδεδειγμένο ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου (CT εγκεφάλου), εκ των οποίων 12 είχαν υποστεί και στο παρελθόν προηγούμενο ΑΕΕ. Σε όλους έγινε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικός, βιοχημικός), ενώ τελικά κατέληξαν 10 ασθενείς (θνητότητα 15,6%). Ακολούθησε στατιστική επεξεργασία με τη χρήση του πακέτου SPSS. **Αποτελέσματα:** Διαταραχές του αιματοκρίτη εμφάνισαν 15 άτομα (ποσοστό 23,4%), αυξημένη Αρτηριακή Πίεση (>130/85 mmHg) παρουσίασαν 44 άτομα (ποσοστό 68,8%), Σακχαρώδη Διαβήτη (γνωστό & νεοδιαγνωσμένο) 23 (ποσοστό 35,9%), ουρία, κρεατινίνη και ουρικό οξύ αυξημένο βρέθηκε σε 19 (ποσοστό 29,7%), ενώ από το λιπιδαιμικό τους προφίλ είχαμε τιμές τριγλυκεριδίων >150 mg/dl σε 17 (ποσοστό 26,6%), τιμές HDL<50 mg/dl στους άνδρες και <40 mg/dl στις γυναίκες, αθροιστικά σε 21 ασθενείς (ποσοστό 32,8%), και τιμές LDL>150 mg/dl σε 26 (ποσοστό 40,6%). Η μονοπαραγοντική λογαριθμική ανάλυση που ακολούθησε έδειξε ότι η θνητότητα σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά κατά κύριο λόγο: α) με αυξημένη τιμή λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων, όπως επίσης και με ελαττωμένο αριθμό λευκοκυττάρων, σε ότι αφορούσε την γενική εξέταση του αίματος, καθώς επίσης και β) με την τιμή του σακχάρου, του ουρικού οξέος και της αυξημένης τιμής της CRP, σε ότι αφορούσε τις βιοχημικές εξετάσεις, που όπως φαίνεται όλοι αποτελούν ανεξάρτητους δείκτες της θνητότητας των ασθενών με ΑΕΕ. **Συμπεράσματα:** Γίνεται, επομένως, φανερό ότι, αφενός μεν δεν θα πρέπει οι απλές, εύκολες και σχετικά φθηνές αυτές εργαστηριακές εξετάσεις, να λησμονούνται κατά την εισαγωγή στην κλινική κάθε περιστατικού ύποπτου για ΑΕΕ, αφετέρου δε, θα πρέπει ευθύς εξ' αρχής και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών μας αυτών, να καταβάλλεται κάθε δυνατή μέριμνα με στόχο την διόρθωση όλων των παραπάνω παραγόντων, αφού κάτι τέτοιο φαίνεται να έχει σημαντική επίδραση στην τελική έκβαση της πορείας της νόσου.

### **P37. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ.**

*A.I. Κυριαζής, A. Φούτρης, E. Μπελιώτης, K. Βασιλείου, Θ. Καλογήρου, A. Μαυρίδης, Θ. Λούφα, N. Βασιλάκος, K. Σγούρος, Π. Μητσέας, N. Κιοσές, M. Τακβοριάν, E. Τσελέ, Γ. Παπακωνσταντίνου*

B' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Έχει τεκμηριωθεί ότι τα επίπεδα γλυκόζης στην εισαγωγή είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου σε διαβητικούς και μη διαβητικούς οι οποίοι υφίστανται ένα οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (ΟΙΑΕΕ). Αφετέρου, έχει φανεί καθαρά ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ ΟΙΑΕΕ και φλεγμονής. **ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την υπόθεση ότι τα επίπεδα γλυκόζης στην εισαγωγή είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου σε μη διαβητικούς με ΟΙΑΕΕ και μπορεί να σχετίζονται με τη φλεγμονή. **ΑΣΘΕΝΕΙΣ- ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε μια προοπτική μελέτη που συμπεριέλαβε 126 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με ΟΙΑΕΕ. Όλοι αυτοί οι ασθενείς δεν είχαν οποιοδήποτε προηγούμενο ιατρικό ιστορικό με σακχαρώδη διαβήτη και τα αρχικά επίπεδα γλυκόζης του ορού ήταν < 200 mg/dl. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες σύμφωνα με τα επίπεδα γλυκόζης του ορού στην εισαγωγή, ως εξής:

- ❖ Ομάδα Α : επίπεδα γλυκόζης ορού < 110mg/dl,
- ❖ Ομάδα Β: επίπεδα γλυκόζης ορού 110-126mg/dl
- ❖ Ομάδα Γ: επίπεδα γλυκόζης ορού 127-199mg/dl.
- ❖ Στην εισαγωγή οι δείκτες που μετρήθηκαν ήταν: η hs C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hs-CRP), το ινωδογόνο (Fbg), και λευκά αιμοσφαίρια (WBC).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώθηκε ότι υπήρξε μια βαθμιαία αύξηση των τιμών hs-CRP ( $p<0.001$ ), Fbg ( $p=0.02$ ), WBC ( $p<0.001$ ) από την ομάδα Α στην ομάδα Γ και κατά συνέπεια και τα συμπεράσματα ήταν στατιστικά σημαντικά. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δηλώνουν ότι ο βαθμός της φλεγμονώδους απάντησης αυξάνεται σε αναλογία με τα αρχικά επίπεδα γλυκόζης ορού σε μη-διαβητικούς ασθενείς που υφίστανται ένα ΟΙΑΕΕ.

Η αυξανόμενη φλεγμονώδης απάντηση είναι δυνατόν, τουλάχιστον μερικώς, να σχετίζεται με την επιδείνωση της πρόγνωσης αυτών των ασθενών.

### **P38. Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ Η ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

*A.I. Κυριαζής<sup>1</sup>, A. Φούτρης<sup>1</sup>, E. Μπελιώτης<sup>1</sup>, A. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Θ. Καλογήρου<sup>1</sup>, M. Σαρίδη<sup>2</sup>, Χ. Μέλλος<sup>2</sup>, M. Ρεκλείτη<sup>2</sup>, K. Σγούρος<sup>1</sup>, Π. Μητσέας<sup>1</sup>, Λ. Τάτση<sup>1</sup>, M.Π. Κουκούλη<sup>1</sup>, Γ. Παπακωνσταντίνου<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> B' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup> Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου

**Σκοπός:** Μελέτη της επίδρασης της προηγηθείσας θεραπείας με στατίνες για τη δυσλιπιδαιμία στην εμφάνιση οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ (ΟΙΑΕΕ). **Μέθοδος:** Η μελέτη συμπεριέλαβε 225 ασθενείς, 159 άνδρες /66 γυναίκες (με μέση ηλικία  $64\pm 12$  έτη), οι οποίοι παρουσίασαν ΟΙΑΕΕ. Τεκμηριώσαμε το δυσλιπιδαιμικό ιστορικό τους και την εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψή τους. Το λιπιδαιμικό τους προφίλ αξιολογήθηκε στις

πρώτες 24 ώρες μετά από το ΟΙΑΕΕ. Τέλος, εξετάσθηκαν οι επιπλοκές του ΟΙΑΕΕ και η ενδονοσοκομειακή θνητότητα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 16.0. **Αποτελέσματα:** Γνωστό δυσλιπιδαιμικό ιστορικό παρατηρήθηκε σε 64,9% των ασθενών. Το 82,9% των δυσλιπιδαιμικών ασθενών που παρουσίασαν ένα ΟΙΑΕΕ είχαν παθολογικό λιπιδαιμικό προφίλ κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (οδηγίες NCEP/ATP-III, 2004). Το 53,7% από αυτούς δεν ακολουθούσαν καμία θεραπεία, το 24,8% ήταν σε υπολιπιδαιμική δίαιτα (20% με φυσιολογικό λιπιδαιμικό προφίλ) ενώ θεραπεία με στατίνες χορηγούνταν σε 21,5% (30,8% ήταν ρυθμισμένοι). Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση παρουσιάστηκε όταν οι ασθενείς, στους οποίους χορηγούνταν στατίνες πριν από την εμφάνιση ΟΙΑΕΕ, υπέστησαν ένα ηπιότερο ΟΙΑΕΕ (47% εναντίον 30%,  $p=0,02$ ), σε σύγκριση με εκείνους που δεν λάμβαναν στατίνες. Επίσης, παρουσίασαν μη σημαντική τάση για μικρότερη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα (2.6% έναντι 3.7%). **Συμπεράσματα:** Η ρύθμιση της δυσλιπιδαιμίας παραμένει ανεπαρκής. Η θεραπεία με στατίνες μπορεί να επιτύχει ικανοποιητικά αποτελέσματα, αν και η συμμόρφωση του ασθενούς και οι ιατρικές συστάσεις δεν είναι ακόμα ιδανικές. Οι ασθενείς στους οποίους χορηγούνταν στατίνες πριν υποστούν ένα ΟΙΑΕΕ εμφανίζουν μια τάση να αναπτύξουν ένα ηπιότερο σύμβαμα.

### **P39. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΕΕ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ, ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

**Στ. Τίγκας, Ε. Κυριακοπούλου, Ε. Τίγκα, Γ. Μουτσώκος, Α. Καπάταης**

Γενικό Νοσοκομείο Δυτ. Αττικής, Α΄ Παθολογικό Τμήμα

**Σκοπός:** Σκοπός μας είναι να αποδείξουμε ότι οι συνυπάρχουσες ασθένειες καθορίζουν την βαρύτητα των Α.Ε.Ε. και κατά συνέπεια τη θνησιμότητα. **Υλικό και μέθοδος:** Παρακολούθησαμε τα δυο τελευταία χρόνια 110 ασθενείς που υπέστησαν Α.Ε.Ε. 53 ♂ και 57 ηλικίας 50-96 ετών. Οι 2 εξ' αυτών ήταν < 60 και οι 108 >74. Κατέληξαν οι 21. Συνολικά 4 περιστατικά ήταν αιμορραγικά και τα υπόλοιπα ισχαιμικά-θρομβωτικά. Όλοι ελάμβαναν φάρμακα αντιπηκτικά, αντιαιμοπεταλιακά, καρδιολογικά, σακχ. Διαβήτη και στατίνες. **Αποτελέσματα:** Οι 21 ασθενείς που απεβίωσαν, κατέληξαν μέσω επιπλοκών από συνυπάρχοντα νοσήματα-Στεφ. Νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, Σ.Δ., Χ.Ν.Α. και επιβάρυνση από παλαιότερα Α.Ε.Ε. Στατιστικά σημαντική διαφορά στο φύλο και την ηλικία δεν παρατηρήθηκε. **Συμπέρασμα:** Η σωστή αντιμετώπιση και παρακολούθηση των νοσημάτων που προκαλούν αλλοιώσεις στα αγγεία γενικότερα μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο έλευσης Α.Ε.Ε.

### **P40. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΕΕ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 35 – 55 ΕΤΩΝ**

**Θ. Αφράντου, Δ. Παπαδοπούλου, Ε. Καμπάκη, Ε. Μαργαριτίδου, Ε. Τασίκα, Μ. Γκάμπρα, Δ. Ασκιτής, Γ. Μπαλτατζίδης, Δ. Νικηφορίδης**

Παθολογική Κλινική, ΓΝΞάνθης, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ξάνθης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συχνότητα εμφάνισης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) κυμαίνεται περίπου στο 2-3% στο γενικό πληθυσμό και φτάνει στο 20-50% σε ηλικίες άνω των 60 ετών. Η ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες επίπτωσης ΑΕΕ, ενώ η συνύπαρξη πολλών παραγόντων ακόμα και σε νεαρούς ενήλικες μπορεί να αυξήσει σημαντικά την συχνότητα εμφάνισής τους. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ ηλικίας 35-55 ετών που νοσηλεύθηκαν στην Παθολογική Κλινική του Γ. Ν. Ξάνθης κατά το έτος 2008. Διαχωρίστηκαν ανάλογα με τη βαρύτητα του ΑΕΕ σε: Α. παροδικό ΑΕΕ και Β. εγκατεστημένο ισχαιμικό ΑΕΕ. Έγινε

συσχετισμός των δύο ομάδων με τη συχνότητα εμφάνισης των παραγόντων κινδύνου με σκοπό να μελετήσουμε με ποιόν τρόπο οι παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν τη βαρύτητα των ΑΕΕ σε ασθενείς κάτω των 55 ετών. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

	Ομάδα Α, N= 12	Ομάδα Β, N= 20
Αρτηριακή υπέρταση	7	11
Υπερλιπιδαιμία	7	12
Κάπνισμα	2	15
Σακχαρώδης διαβήτης		12
Βαλβιδοπάθεια	2	
Κολπική μαρμαρυγή		1
Παχυσαρκία		1

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Και στις δύο ομάδες διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό αρτηριακής υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας. Στους ασθενείς με εγκατεστημένο ισχαιμικό ΑΕΕ διαπιστώθηκαν σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά το κάπνισμα και ο σακχαρώδης διαβήτης, ως επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες κινδύνου, στο 75% και 60% των ασθενών της ομάδας Β αντίστοιχα. Βάσει των ανωτέρω, καθίσταται βάσιμος ο ισχυρισμός ότι η βαρύτητα ενός ισχαιμικού ΑΕΕ σε ασθενείς 35 – 55 ετών μπορεί να εξαρτάται από τη συνύπαρξη περισσότερων παραγόντων κινδύνου, καταδεικνύοντας το κάπνισμα και τον σακχαρώδη διαβήτη ως επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση βαρύτερου ισχαιμικού ΑΕΕ σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση και υπερλιπιδαιμία.

#### **P41. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΑΤΡ-III ΚΡΙΤΗΡΙΑ) ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΚΛΑΣΣΙΚΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

*Α.Ι. Κυριαζής<sup>1</sup>, Α. Φούτρης<sup>1</sup>, Ε. Μπελιώτης<sup>1</sup>, Θ. Καλογήρου<sup>1</sup>, Α. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Χ. Μέλλος<sup>2</sup>, Μ. Σαρίδη<sup>1</sup>, Μ. Ρεκλείτη<sup>2</sup>, Κ. Σγούρος<sup>1</sup>, Π. Μητσέας<sup>1</sup>, Λ. Τάτση<sup>1</sup>, Ν. Κιοσές<sup>1</sup>, Σ. Ιακωβίδου<sup>1</sup>, Κ. Βασιλείου<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου

**Πρόλογος :** Σήμερα το 20% του πληθυσμού στη χώρα μας έχει δείκτη μάζας σώματος που αγγίζει το 30 . Επίσης κατέχουμε μία από τις πρώτες θέσεις στην Ε.Ε σε ότι αφορά στη συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. **Σκοπός:** Η Αξιολόγηση της παχυσαρκίας σε ένα δείγμα ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ (ΟΙΑΕΕ) και ο συσχετισμός της με τους συνυπάρχοντες κλασσικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. **Υλικό και μέθοδος:** 299 ασθενείς (189 άνδρες / 110 γυναίκες με μέση ηλικία 64,8 ±12.5 έτη) εξετάστηκαν στη μελέτη, οι οποίοι υπέστησαν οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα Α που περιλάμβανε τους παχύσαρκους ασθενείς (BMI>30kgf/m<sup>2</sup> BS) και τη ομάδα Β που περιλάμβανε ασθενείς χωρίς παχυσαρκία (BMI<30kgf/m<sup>2</sup>BS). Μετά από τη λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού, οι ασθενείς εξετάστηκαν για την παρουσία παραγόντων κινδύνου ενώ καθορίστηκε επίσης η συνύπαρξη των κλασσικών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 16.0. **Αποτελέσματα:** Η ομάδα Α αποτελούνταν από 85 παχύσαρκους ασθενείς (28,4%), και

η ομάδα Β από 214 (71,5%). Δεν υπήρξε καμία διαφορά σχετικά με την ηλικία και φύλο μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκρίνοντας το ιστορικό των δύο ομάδων σχετικά με την παρουσία παραγόντων κινδύνου, βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ της ομάδας Α που αφορούσε μόνο στο σακχαρώδη διαβήτη (52% στην ομάδα Α έναντι 28% στην ομάδα Β,  $p=0.001$ ). Η ομάδα των παχύσαρκων ασθενών είχε υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης νηστείας ( $141\pm 48\text{mg/dl}$  έναντι  $118\pm 48\text{mg/dl}$ ,  $p=0.001$ ), τριγλυκεριδίων ( $159\pm 66\text{mg/dl}$  έναντι  $133\pm 46\text{mg/dl}$ ,  $p=0.048$ ) και περιφέρειας μέσης ( $114\pm 6$  έναντι  $93,8 \pm 4$ ,  $p=0.0001$ ), ενώ υπήρξε μια τάση αλλά μη στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα HDL. **Συμπεράσματα:** Η συχνότητα της παχυσαρκίας ήταν αρκετά υψηλή μεταξύ των ασθενών που υφίστανται ένα ΟΙΑΕΕ. Παχύσαρκοι ασθενείς με ΟΙΑΕΕ παρουσίαζαν υψηλότερη συχνότητα σακχαρώδους διαβήτη και παθολογικού λιπιδαιμικού προφίλ, ενώ οι κλασσικοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου παρουσίαζαν αρκετά ανησυχητική συχνότητα.

#### **P42. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

**Σ. Πατιάκας<sup>1,2</sup>, Ν. Σύρμος<sup>3</sup>, Α. Μιχαήλ<sup>4</sup>, Ν. Ρουσάκης<sup>5</sup>, Ν. Τρούλη<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΝΚαστοριάς, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΚΥ Άργους Ορεστικού, <sup>3</sup>Νευροχειρουργική Κλινική «Βενιζέλιου» Νοσοκομείου Ηρακλείου, <sup>4</sup>ΚΥ Άργους Ορεστικού, <sup>5</sup>ΚΥ Δίου-ΓΝΚατερίνης, <sup>6</sup>ΓΝΡεθύμνου

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η συχνότητα Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ) σε ασθενείς που υπέστησαν οξύ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ), δεδομένου ότι οι παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου είναι τροποποιήσιμοι, το δε ΑΕΕ που συχνά αποβαίνει θανατηφόρο, συνιστά μια από τις κυριώτερες αιτίες εισαγωγής ασθενών στο νοσοκομείο. **Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκαν συνολικά 64 ασθενείς (39 άνδρες και 25 γυναίκες, μέσης ηλικίας 71,6 ετών), με αποδεδειγμένο ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου (CT εγκεφάλου) στους οποίους αναζητήθηκαν τα κριτήρια κατά NCEP/ATP για την τεκμηρίωση ΜΣ. Μάλιστα 12 από αυτούς είχαν υποστεί προηγούμενο ΑΕΕ. **Αποτελέσματα:** Αυξημένη Αρτηριακή Πίεση ( $>130/85$  mmHg) παρουσίασαν 44 άτομα (ποσοστό 68,8%), Σακχαρώδη Διαβήτη (γνωστό & νεοδιαγνωσμένο) 23 (ποσοστό 35,9%), ενώ από το λιπιδαιμικό τους προφίλ είχαμε τιμές Τριγλυκεριδίων  $>150$  mg/dl σε 17 (ποσοστό 26,6%), τιμές HDL $<50$  mg/dl στους άνδρες και  $<40$  mg/dl στις γυναίκες αθροιστικά σε 21 ασθενείς (ποσοστό 32,8%), LDL $>150$  mg/dl σε 26 (ποσοστό 40,6%), ενώ η περίμετρος της μέσης ήταν αυξημένη ( $>102$  cm στους άνδρες και  $>88$  cm στις γυναίκες) σε 39 άτομα (ποσοστό 60,9%). Με βάση δε τα παραπάνω, προέκυψαν συνολικά 38 ασθενείς (ποσοστό 59,4%) με ΜΣ, εκ των οποίων 25 (ποσοστό 64,1%) ήταν άνδρες και 13 (ποσοστό 52%) γυναίκες. Αξίζει, μάλιστα να σημειωθεί ότι ΜΣ παρουσίασαν 9 (ποσοστό 75%) από τους 12 ασθενείς που είχαν υποστεί και στο παρελθόν προηγούμενο ΑΕΕ. **Συμπεράσματα:** Αποδεικνύεται, επομένως, ότι μεταξύ των ασθενών με οξύ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, ο επιπολασμός του ΜΣ είναι αρκετά υψηλός, και μάλιστα με σαφή υπεροχή των ανδρών. Επιβάλλεται, συνεπώς, να υπάρξει συστηματική ενημέρωση (που θα αρχίσει από την παιδική-εφηβική ακόμη ηλικία, δεδομένου ότι η παιδική παχυσαρκία -που συνεπάγεται συνήθως και την παχυσαρκία στους ενήλικες- βαίνει διαρκώς αυξανόμενη), αλλά ταυτόχρονα και στενότερη ιατρική παρακολούθηση προς την κατεύθυνση αυτή.

#### Ρ43. ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ

**Δ. Παπαδοπούλου, Θ. Αφράντου, Ε. Καμπάκη, Ε. Μαργαριτίδου, Ε. Τασίκα, Μ. Γκάμπρα, Δ. Ασκήτης, Γ. Μπαλτατζίδης, Δ. Νικηφορίδης**

Παθολογική Κλινική, ΓΝΞάνθης, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ξάνθης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα αυξημένα επίπεδα ολικής και LDL χοληστερόλης καθώς και τα μειωμένα επίπεδα HDL χοληστερόλης αποτελούν μείζονες τροποποιήσιμους λιπιδαιμικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αθηρωματικής νόσου των εγκεφαλικών αγγείων και άλλων μορφών αθηροσκληρωτικής αγγειακής νόσου. Η υπερτριγλυκεριδαμία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αθηροσκληρώσεως. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράψαμε 184 ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Ξάνθης κατά το έτος 2008 και μελετήσαμε το λιπιδαιμικό τους προφίλ, δηλαδή τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, LDL, HDL και των τριγλυκεριδίων, χωρίζοντάς τους σε 2 ομάδες. Ομάδα Α: ασθενείς ηλικίας 35 – 70 ετών (N = 75) Ομάδα Β: ασθενείς ηλικίας 71 – 90 ετών (N = 109) Σκοπός ήταν η συσχέτιση της τάξης των επιπέδων των λιπιδίων με την ηλικία εμφάνισης του ΑΕΕ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	Ομάδα Α (N= 75)	Ομάδα Β (N= 109)
<b>Ολική Χοληστερόλη &lt; 200 mg / dl</b>	27	50
200 – 300 mg / dl	40	47
> 300 mg / dl	8	12
<b>HDL &lt; 50 mg/ dl</b>	60	89
> 50	15	20
<b>LDL &lt; 130</b>	29	53
> 130	46	56
<b>Τριγλυκερίδια &lt; 150</b>	43	66
150 – 200	14	23
> 200	18	20
<b>Υπολιπιδαιμική Αγωγή</b>	35	33

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συγκρίνοντας το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών των δύο ομάδων παρατηρούμε στην ομάδα Α υψηλότερο ποσοστό ολικής χοληστερόλης >200 και LDL χοληστερόλης >130 (64 % και 61% αντίστοιχα, έναντι 54% και 51% της ομάδας Β), ενώ το ποσοστό ασθενών που ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή κυμαινόταν στα ίδια επίπεδα για τις δύο ομάδες. Οι υψηλές τιμές ολικής και LDL χοληστερόλης σε αυξημένα ποσοστά στους ασθενείς 35 – 70 ετών, συνάδουν με την άποψη που τις θεωρεί ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου στην παθογένεση του ΑΕΕ στους ασθενείς κάτω των 70 ετών.

#### **P44. ΠΟΣΟΣΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ**

**Κ. Τζιόμαλος, Ν. Παπαστεργίου, Κ. Ψιάνου, Ι. Ράπτης, Ε. Σιέχου, Η. Μερράκης, Α. Παυλίδης, Γ. Ντάιος, Α. Αδαμίδου, Χ. Σαββόπουλος, Α. Ι. Χατζητόλιος**

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Αν και ο θεραπευτικός στόχος της LDL χοληστερόλης (< 100 mg/dl) είναι κοινός σε ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (ΣΝ), πολλοί από τους πρώτους δεν λαμβάνουν στατίνες. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο προσδιορισμός των ποσοστών χορήγησης στατίνης σε ασθενείς μόνο με ΑΕΕ ή σε συνδυασμό με ΣΝ και/ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ) και η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τα ποσοστά αυτά. **Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 89 ασθενείς (ηλικίας 73,8±9,7 ετών) που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας μεταξύ Ιουλίου 2005 και Δεκεμβρίου 2006. Τριανταεπτά ασθενείς είχαν μόνο ΑΕΕ, 19 είχαν ΑΕΕ και ΣΝ, 19 είχαν ΑΕΕ και ΣΔ, ενώ 14 είχαν και τα 3 νοσήματα (ΑΕΕ, ΣΝ και ΣΔ). **Αποτελέσματα:** Το ποσοστό χορήγησης στατίνης στους ασθενείς με LDL χοληστερόλη > 100 mg/dl και ΑΕΕ, ΑΕΕ+ΣΝ, ΑΕΕ+ΣΔ ή ΑΕΕ+ΣΝ+ΣΔ δε διέφερε σημαντικά (37,8%, 52,6%, 31,6% και 57,1% αντίστοιχα, p=0,351). Οι ασθενείς που ελάμβαναν στατίνη δε διέφεραν σημαντικά στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ηλικία, φύλο, ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, επίπεδα HDL χοληστερόλης) από τους ασθενείς που δεν ελάμβαναν στατίνη. Το ποσοστό επίτευξης του στόχου της LDL (< 100 mg/dl) στους ασθενείς με ΑΕΕ, ΑΕΕ+ΣΝ, ΑΕΕ+ΣΔ ή ΑΕΕ+ΣΝ+ΣΔ που ελάμβαναν στατίνη ήταν 0%, 100%, 0% και 100% αντίστοιχα (p μεταξύ των 4 ομάδων = 0,029). Μόνο το 9,1% των ασθενών ελάμβαναν την μέγιστη εγκεκριμένη δόση στατίνης. **Συμπεράσματα:** Μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών με ΑΕΕ λαμβάνει αγωγή με στατίνες και ελάχιστοι ασθενείς με ΑΕΕ ή ΑΕΕ+ΣΔ που λαμβάνουν στατίνη επιτυγχάνουν το θεραπευτικό στόχο της LDL χοληστερόλης. Η συνύπαρξη ΣΝ σε ασθενείς με ΑΕΕ αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά χορήγησης στατινών και επίτευξης του στόχου μείωσης της LDL χοληστερόλης

#### **P45. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΚΝΣ ΚΑΙ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ**

**Χ.Μ. Βαδικόλια, Χ. Αγακίδης, Χ. Γεωργόπουλος**

Αιματολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαίδευσης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται οι όροι πρωτοπαθής αγγειίτιδα ΚΝΣ (ΠΑΚΝΣ), πρωτοπαθής (ΑΙ) εστιακή αμυλοείδωση και αμυλοειδική αγγειοπάθεια ΚΝΣ. Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν να διακρίνουμε, με βάση τη βιβλιογραφία, τις νοσολογικές αυτές οντότητες και να διακρίνουμε τυχόν συσχετίσεις. **Μέθοδος:** Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Παρουσίαση απεικονιστικών ευρημάτων ασθενή που νοσηλεύθηκε στην κλινική μας με εικόνα ΠΑΚΝΣ και ιστολογική επιβεβαίωση πρωτοπαθούς ΑΙ εστιακή αμυλοείδωσης. **Συζήτηση-Συμπεράσματα:** Η αμυλοείδωση των εγκεφαλικών αγγείων (ΑΕΑ) και η ΠΑΚΝΣ είναι δυο διαφορετικές παθολογικές οντότητες των αγγείων του ΚΝΣ. Από αυτές, η ΑΕΑ χαρακτηρίζεται από εναπόθεση αμυλοειδούς στα τοιχώματα των μικρού και μεσαίου μεγέθους λεπτομηνιγγικών και φλοιικών αρτηριών και αρτηριολίων και σπανιότερα τριχοειδών και φλεβών με τάση να εναποτίθεται κυρίως στους διχασμούς. Η ΠΑΚΝΣ χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη διήθηση του τοιχώματος των μικρών λεπτομηνιγγικών και παρεγχυματικών αγγείων του ΚΝΣ, με χαρακτηριστική τμηματική φλεγμονώδη καταστροφή των τοιχωμάτων τους από χωρίς τήξη κοκκίωματα. Περιγράφεται ωστόσο και σποραδική μορφή ΠΑΚΝΣ με αμυλοείδωση, στην οποία συνυπάρχουν ευρήματα φλεγμονώδους διήθησης των αγγείων και εναπόθεσης β αμυλοειδούς πεπτιδίου. Συνήθης εκδήλωση είναι εγκεφαλική αιμορραγία που μπορεί να είναι πολυεστιακή και υποτροπιάζουσα αλλά επίσης μπορεί να συμβαίνουν ισχαιμικά

έμφρακτα, λευκοεγκεφαλοπάθεια και υδροκέφαλος, ιδίως στις πιο σπάνιες περιπτώσεις συνύπαρξης οικογενούς εγκεφαλικής αμυλοείδωσης (μεταλλάξεις στο γονίδιο της τρανσθυρετίνης-TTR) με ΠΑΚΝΣ. Παρά τις κοινές κλινικές εκδηλώσεις και εργαστηριακά ευρήματα οι παραπάνω καταστάσεις παρουσιάζουν ορισμένες διαφορές που αφορούν: α. στην ηλικία εμφάνισης (μικρότερη στην ΠΑΚΝΣ με μέση ηλικία τα 45 χρόνια), ενδιάμεση στην ΠΑΚΝΣ με αμυλοείδωση (μέση ηλικία 66 χρόνια) και μεγαλύτερη στην ΑΕΑ (μέση ηλικία 76 χρόνια), β. στην εκδήλωση άνοιας που δεν είναι σημαντική στην αμιγή ΠΑΚΝΣ και γ. στην ιστολογική εξέταση που συνήθως θέτει και την διάγνωση τόσο μορφολογικά όσο και κυρίως με την ανεύρεση Β κλωνικών κυττάρων. Συμπερασματικά σε περιπτώσεις ΑΕΕ χωρίς προδιαθετικούς παράγοντες και ιδιαίτερα σε υποτροπές και σε νέους ενήλικες, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το ενδεχόμενο της πρωτοπαθούς αγγειϊτιδας του ΚΝΣ με αμυλοείδωση. Η διάκριση της αμιγούς ΠΑΚΝΣ από την ΠΑΚΝΣ με αμυλοείδωση και την ΑΕΑ έχει σημασία στη θεραπευτική στρατηγική και την εκτίμηση της πρόγνωσης.

#### **P46. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**

*Μ.Θ. Γκιάκα, Κ.Χ. Τσίγαλου, Α.Ι. Χατζημόσχου, Ε.Κ. Ζερβογιαννίδου, Λ.Γ. Καμπουρομήτη*

Τμήμα Βιοπαθολογίας Ε.Σ.Υ του Π.Γ.Ν.Αλεξ/πολης

**Εισαγωγή:** Η οστεοπόρωση αποτελεί ένα παγκόσμιο θέμα δημόσιας υγείας με αυξανόμενη σημαντικότητα. Είναι μεταβολικό νόσημα που εξαρτάται άμεσα από την ηλικία και σήμερα, επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, με τεράστιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Η οστεοπόρωση και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) θεωρούνται δύο νοσήματα που εμφανίζονται συχνότερα στις μεγάλες ηλικίες. Ο κίνδυνος πτώσης μετά από ΑΕΕ αυξάνεται σαν συνέπεια της κινητικής, αισθητικής ή οπτικής ανεπάρκειας που καταλείπεται. Παράλληλα αυξάνεται ο κίνδυνος καταγμάτων λόγω οστεοπόρωσης με αποτέλεσμα να έχουμε σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την επιβίωση αυτών των ασθενών. **Σκοπός:** Να μελετήσουμε με εργαστηριακές μεθόδους έγκαιρης αναγνώρισης τα άτομα με ταχεία οστική απώλεια που έχουν υποστεί ΑΕΕ. **Υλικό-Μέθοδος:** Προσδιορίστηκαν οι εξής βιοχημικοί δείκτες και ορμόνες: Ca , P, ALP σε αυτόματο βιοχημικό αναλυτή, P1NP, PTH, β-Cross-Laps , Vitamin D και η Οστεοκαλσίνη με τη μέθοδο της ηλεκτροχημειοφωταύγειας σε ανοσολογικό αναλυτή Elecsys, σε 112 ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ ηλικίας από 49 έως 85. Εξ αυτών οι 52 ήταν γυναίκες και οι 60 άνδρες. **Αποτελέσματα:** Οι δείκτες οστικής απορρόφησης που υποδηλώνουν το βαθμό οστεοπόρωσης βρέθηκαν στο 51,7% των περιπτώσεων αυξημένοι, στο 32,3% μετρίως αυξημένοι και στο 15,9% φυσιολογικοί, όσον αφορά τα β-Cross-Laps, οι δε δείκτες οστικής παραγωγής στην πλειονότητα σημαντικά ελαττωμένοι. Η βιταμίνη D και το ασβέστιο ορού βρέθηκαν σε φυσιολογικά επίπεδα. **Συμπεράσματα:** Η οστεοπόρωση παρά τη μακρά της ιστορία παραμένει μια μεγάλη πρόκληση για την ιατρική. Πρέπει να αναπτύξουμε στρατηγικές για τον καθορισμό των ατόμων με κίνδυνο οστεοπόρωσης. Απαιτείται έγκαιρη και ορθή πρόληψη και αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ιδιαίτερα όμως, στις ομάδες υψηλού κινδύνου για πτώσεις, όπως αυτές που είναι επιρρεπείς λόγω ηλικίας σε ΑΕΕ ώστε να προληφθούν τα κατάγματα.



#### **P47. Ο ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΣΤΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.**

*Σταθόπουλος Π., Νικολάου Γ., Αθανασούλη Α., Καρκάνης Γ., Δόκου Γ., Αποστολάκος Ν., Γρύλλια Μ., Καραγεωργίου Κ.*

Νευρολογική Κλινική “ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς”

**Εισαγωγή:** Η εξέλιξη της νευροαπεικόνισης έχει συμβάλει στην ακριβέστερη διάγνωση και μελέτη της εγκεφαλικής φλεβοθρόμβωσης. Παρουσιάζουμε οκτώ συναπτά περιστατικά με θρόμβωση φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου, τα οποία νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας. Σκοπός της παρουσίασης είναι η κατανόηση της νοσολογικής οντότητας και η διάκριση της κεφαλαλγίας που τη συνοδεύει. **Ασθενείς-μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη οκτώ ασθενών, ηλικίας από 16 έως 53 ετών (επτά γυναίκες). Έξι από αυτούς νοσηλεύθηκαν το διάστημα 2008-9 ενώ σε δύο περιπτώσεις πρόκειται για παλαιότερα περιστατικά. **Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς έπασχαν από κεφαλαλγία, ως επί το πλείστον ανθεκτική στα συνήθη παυσίπονα και συνήθως εντοπισμένη, όχι πάντα ομόπλευρα. Πέντε ασθενείς παρουσίασαν εστιακή νευρολογική ή ψυχιατρική σημειολογία και τρεις έκπτωση του επιπέδου συνείδησης. Η παραπάνω εστιακή σημειολογία συσχετίσθηκε με φλεβικά έμφρακτα σε τέσσερις ασθενείς. Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε οίδημα οπτικών θηλών αλλά ένας παρουσίασε αμφοτερόπλευρο περιορισμό των οπτικών πεδίων και ένας εμέτους. Σε μία περίπτωση επρόκειτο για θρόμβωση του άνω οβελιαίου, σε έξι εγκαρσίου, σε πέντε σύστοιχου σιγμοειδούς, σε δύο σύστοιχης σφαγίτιδας, σε δύο αντίπλευρου εγκαρσίου και σε μία ευθέως κόλπου. Τα d-dimer εισαγωγής ήταν αυξημένα σε μία μόνο περίπτωση. Σε ό,τι αφορά πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, σε τέσσερις περιπτώσεις υπήρχε ετεροζυγωτία MTHFR, σε δύο ευρήματα σχετικά με τον παράγοντα V, σε μία σχετικά με τον παράγοντα II, σε μία περίπτωση ανεπάρκεια της πρωτεΐνης C, σε δύο περιπτώσεις αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης, ενώ σε μία η θρόμβωση αποδόθηκε σε λήψη αντισυλληπτικών. Δύο ασθενείς ήταν καπνιστές και σε δύο περιπτώσεις υπήρχε αναιμία. Η έκβαση υπό αντιπηκτική αγωγή ήταν ευνοϊκή σε επτά περιπτώσεις. **Συζήτηση:** Πρόκειται για μια νοσολογική οντότητα η οποία πιθανότατα υποδιαγιγνώσκεται. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδηγούν σε συμπεράσματα ανάλογα με αυτά διεθνών σειρών σε ό,τι αφορά τη συχνότητα της κεφαλαλγίας, τους χαρακτήρες της, τη λοιπή νευρολογική σημειολογία, το οίδημα οπτικών θηλών, την εντόπιση της απόφραξης, τη διαγνωστική αξία των d-dimers, τους πιθανά αιτιολογικούς παράγοντες και την έκβαση.