



# Νευρολογία

[www.jneurology.gr](http://www.jneurology.gr)

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 6<sup>ΟΥ</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ /**

**ABSTRACTS OF 6<sup>TH</sup> GREEK NATIONAL STROKE  
CONFERENCE**

Τόμος 25 - Τεύχος

1

Vol. 25 - Issue

1

**6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων**

**6<sup>th</sup> Greek National Stroke Conference**



**4-6 ΜΑΡΤΙΟΥ 2016**

Makedonia Palace Hotel

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2016 / January - February 2016

Διμηνιαία έκδοση της  
Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας  
Αθήκμανος 10, Αθήνα 115 28  
Τηλ.: 210 72.47.056 - Fax: 210 72.47.556  
www.enee.gr info@jneurology.gr

#### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΕ

Πρόεδρος: Κ. Βαδικόλιδας  
Αντιπρόεδρος: Κ. Κυλιντηρέας  
Γ. Γραμματέας: Θ. Αβραμίδης  
Ταμίας: Γ. Ρούντολφ  
Μέλη: Ν. Αρτέμης  
Κ. Βουμβουράκης  
Ν. Τριανταφύλλου

#### ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Κ. Βαδικόλιδας - Γ. Τσιβγούλιν

#### ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Β. Κιμισκίδης  
Γ. Ρούντολφ  
Ε. Δαρδιώτης  
Γ. Δερετζή  
Θ. Αβραμίδης  
Ν. Αρτέμης

#### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Γ. Τιγκαράκη - Μ. Συντροφιού

#### ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ - ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

Δ. Μαντζάρης

#### ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
Διεύθυνση: Αθήκμανος 10,  
Αθήνα ΤΚ 11528

#### ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΝΤΥΠΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΑΡΧΕΙΩΝ

Λυχνία Α.Ε.  
Ανδραβίδας 7  
136 71, Χαμόμυλο Αχαρνών  
Τηλ.: 210 34 10 436 - 1, Fax: 210 34 25 967  
www.lyhnia.com

#### ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Μέλη της ΕΝΕ Δωρεάν

Κωδικός Διεύθυνσης Εποπτείας ΜΜΕ:  
7159ISSN 1106 - 3106

# Νευρολογία

www.jneurology.gr

Τόμος 25, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2016

## Περιεχόμενα

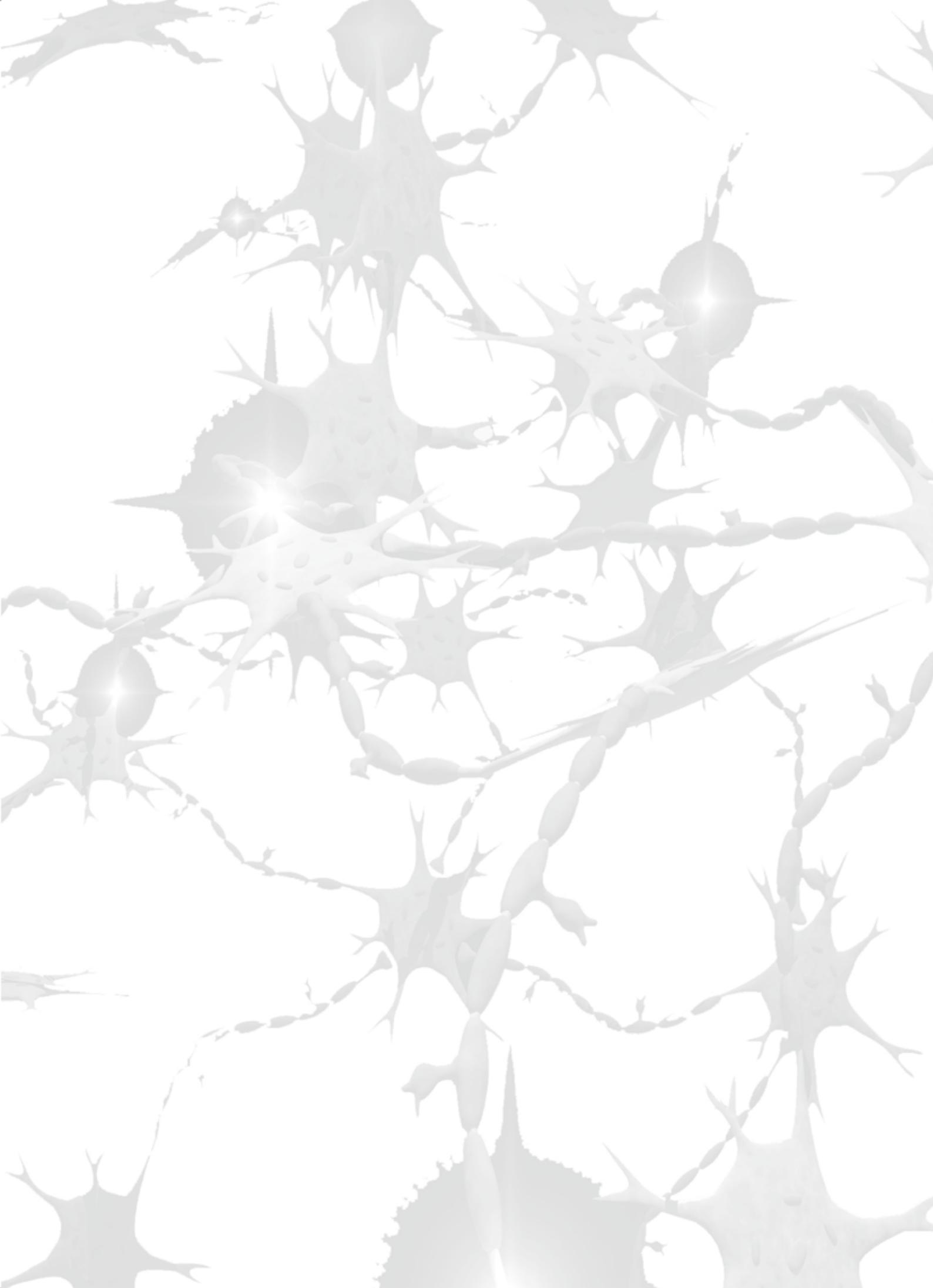
### ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

- ▲ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 6<sup>ου</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ  
ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ 8

### ΔΙΟΡΘΩΣΗ

- ▲ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ (ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 2015 -  
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΤΟΜΟΣ 24/ΤΕΥΧΟΣ 6 - ΠΙΝΑΚΑΣ 2 41

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ



# Νευρολογία

www.jneurology.gr

Volume 25:1 January - February 2016

Official Journal of the  
Hellenic Neurological Society  
10, Alkmanos str., Athens  
Tel.: 210 72.47.056 - Fax: 210 72.47.556  
www.enee.gr info@jneurology.gr  
e-submission: submission@jneurology.gr

## HNS BOARD OF DIRECTORS

President: K. Vadikolias  
Vice President: K. Kilintireas  
Gen Secretary: T. Avramidis  
Treasurer: J. Rudolf  
Members: N. Artemis  
K. Voumvourakis  
N. Triantafyllou

## EDITORS

K. Vadikolias - G. Tsivgoulis

## CO-EDITORS

V. Kimiskidis  
J. Rudolf  
E. Dardiotis  
G. Deretzi  
T. Avramidis  
N. Artemis

## HNS SECRETARIAT

G. Tigaraki - M. Sintrofiou

## TECHNICAL ASSISTANCE - WEB-EDITION

D. Mantzaris

## OWNER

HELLENIC NEUROLOGICAL SOCIETY  
10 Alkmanos str, Athens  
11528 - Greece

## PRINTED EDITION AND PDFs

Lychnia S.A.  
7 Andravidas str., Athens  
136 71, Hamomilo Aharnon  
Tel.: 210 34 10 436 - 1, Fax: 210 34 25 967  
www.lyhnia.com

## SUBSCRIPTION FEES

HNS Members Free

## Contents

### ABSTRACTS

- ▲ ABSTRACTS OF 6<sup>th</sup> GREEK NATIONAL STROKE  
CONFERENCE (HELLENIC SOCIETY OF CEREBROVASCULAR  
DISEASES)

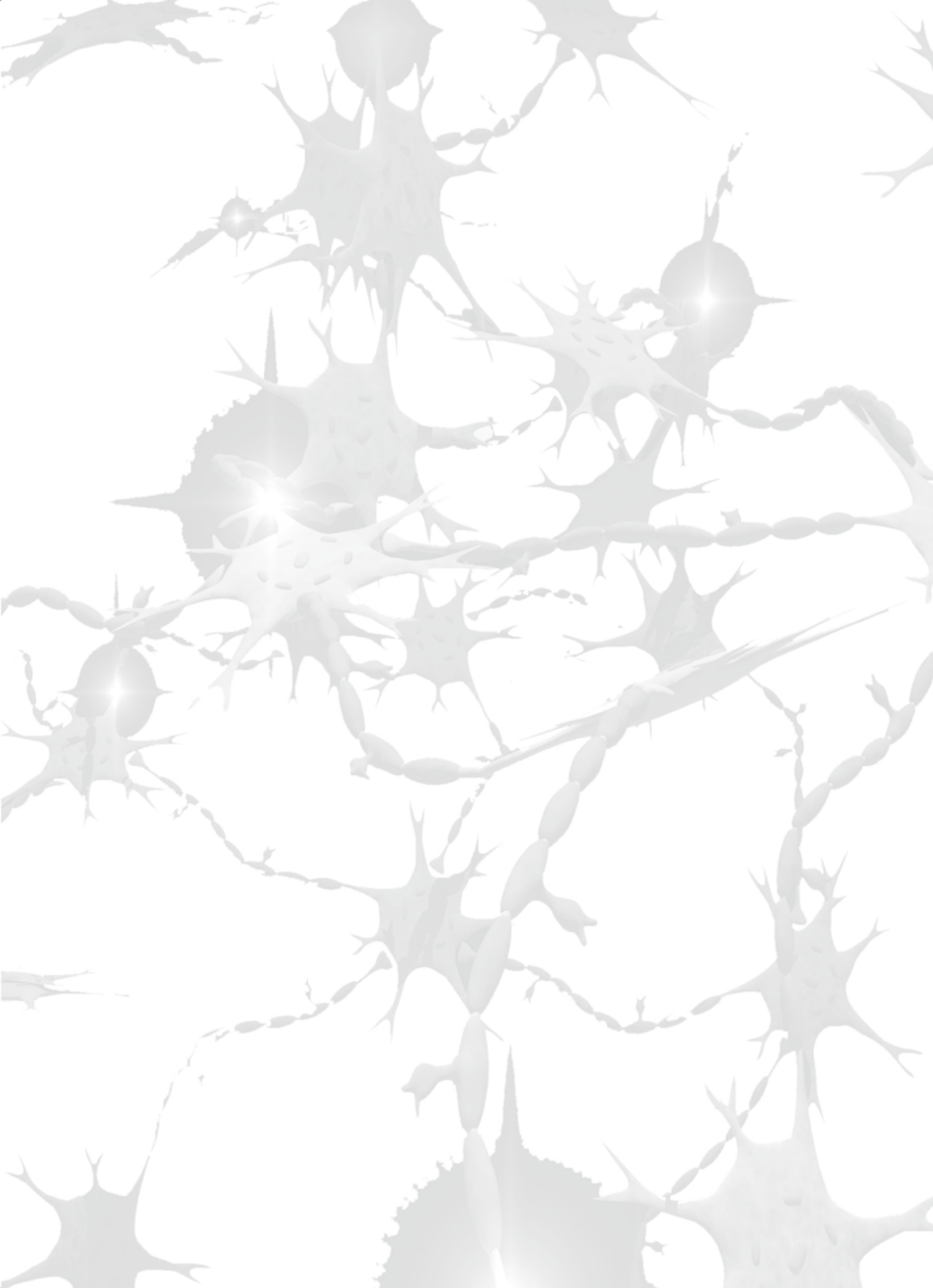
8

### ERRATUM

- ▲ GUIDELINES ON THE PHARMACOLOGICAL  
TREATMENT OF EPILEPSY - UPADETD 2015 - TABLE 2  
(NEUROLOGIA, VOL 24:6)

41

### NEWS



# Νευρολογία

[www.jneurology.gr](http://www.jneurology.gr)

Τόμος 25, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2016

## INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

**Alexis Artzimanoglou**

Professor of Neurology & Child Neurology at the University Hospital of Lyon France

**Constantin Bouras**

Professor, University of Geneva, Geneva, Switzerland

**George Dellatolas**

Universite Paris Descartes, Institute de Psychologie

**Ludwig Kappos**

Professor, Neurology and Research Group, Department of Biomedicine,  
University Hospital, Basel, Switzerland

**Spyros Kollias**

Professor, Institute of Neuroradiology, University Hospital of Zurich

**Michalis Koutroumanidis**

MD, Dept. of Clinical Neurophysiology and Epilepsies Guy's St' Thomas  
and Evelina NHS Foundation Trust London, UK

**Dimitrios S. Monos**

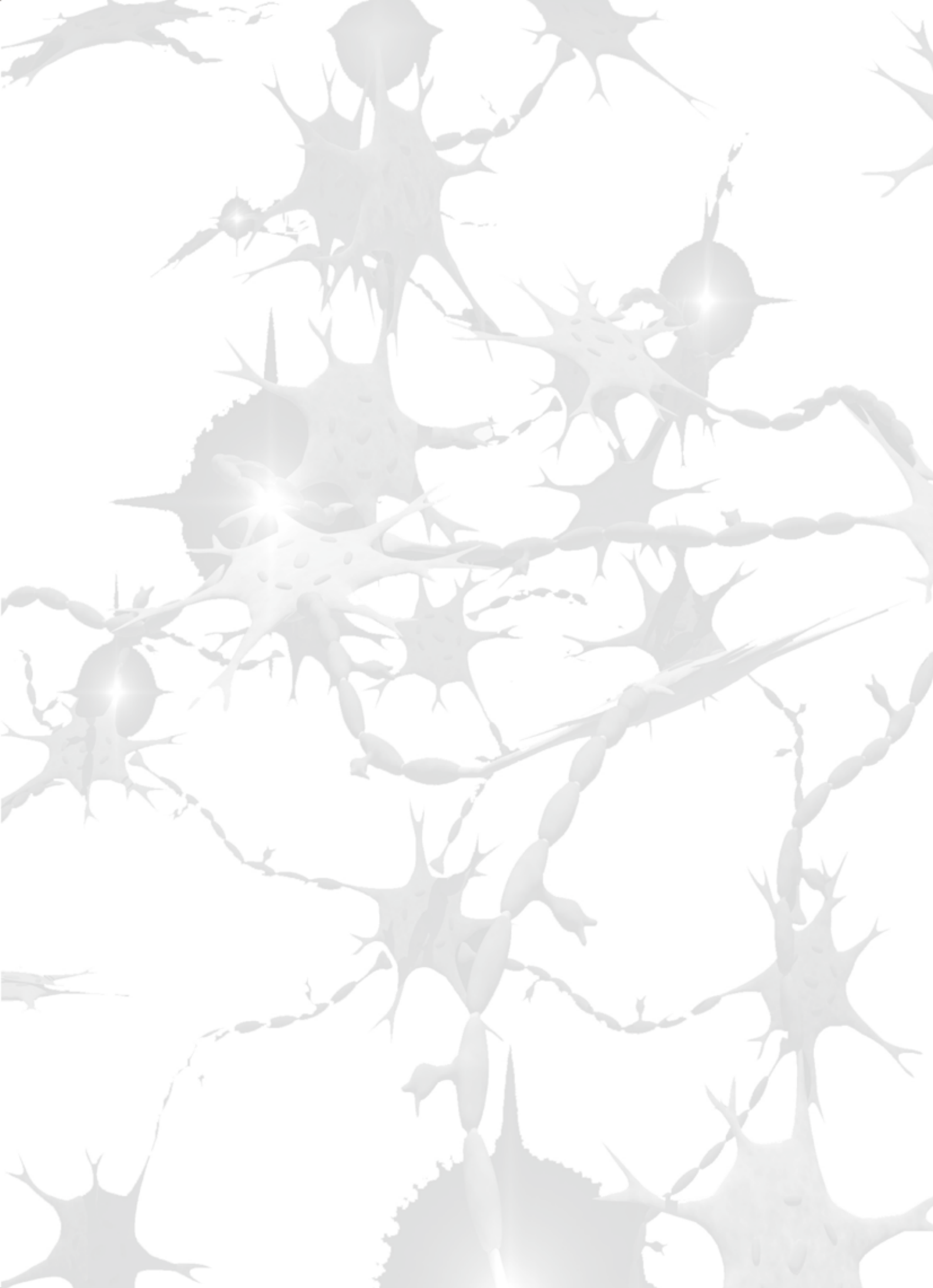
Professor, Pathology and Laboratory Medicine, Perelman School of Medicine at the University  
of Pennsylvania, Immunogenetics Laboratory at the Children's Hospital of Philadelphia

**Nikolaos Rombakis**

Professor, Neuroscience and Psychiatry, Medical School Mount Sinai, New York

**Anton Valavanis**

Professor, Institute of Neuroradiology, University Hospital Zurich, Switzerland



δραστηριότητες  
συνεδρίου  
βιβλία

# Περιλήψεις Ανακοινώσεων 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων

Ερευνητικές εργασίες



ημερίδες  
νευρολογικά  
ενημέρωση

«Η δημοσίευση άρθρων στη ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ δεν δηλώνει αποδοχή των απόψεων και θέσεων του συγγραφέα από την Συντακτική Επιτροπή ή την ΕΝΕ»

«Το περιεχόμενο των καταχωρήσεων είναι ευθύνη των εταιρειών που αναφέρονται και οφείλει να ακολουθεί τις προβλεπόμενες νόμιμες προϋποθέσεις»

«Η χρήση εργαλείων, κλημάκων και λογισμικού που αναφέρεται στις εργασίες είναι ευθύνη των συγγραφέων, οι οποίοι πρέπει να έχουν εξασφαλίσει τις σχετικές άδειες και να τις κρατούν στο προσωπικό τους αρχείο»

«Για την δημοσίευση περιλήψεων ανακοινώσεων Συνεδρίων: για την ακρίβεια των στοιχείων, την σύγκρουση συμφερόντων και τα θέματα προστασίας πνευματικών δικαιωμάτων η ευθύνη ανήκει στους συγγραφείς»



A01\*

## ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΛΟΓΩ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

*Κωνσταντίνος Τζιόμαλης, Παναγιώτης Δημητρίου, Στέλλα Δ. Μπουζινά, Μαριάννα Σπανού, Σταυρούλα Κωστάκη, Στέλλα-Μαρία Αγγελιοπούλου, Μαρία Παπαδοπούλου, Βασίλειος Γιάμπατζης, Χρήστος Σαββόπουλος, Απόστολος Ι. Χατζητόλιος*  
*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η υπεργλυκαιμία λόγω στρες είναι συχνή στο οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Ωστόσο, δεν είναι σαφές αν αντανακλά τη βαρύτητα του ΑΕΕ ή αν σχετίζεται ανεξάρτητα με την έκβαση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της προγνωστικής σημασίας της υπεργλυκαιμίας λόγω στρες στο οξύ ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν προοπτικά 790 διαδοχικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω οξέος ΑΕΕ (41,0% άνδρες, ηλικίας  $79,4 \pm 6,8$  ετών). Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με τη National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Ως υπεργλυκαιμία λόγω στρες ορίστηκε επίπεδα γλυκόζης νηστείας τη δεύτερη μέρα της νοσηλείας  $\geq 126$  mg/dl σε ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Η έκβαση εκτιμήθηκε με τα ποσοστά δυσμενούς έκβασης στην έξοδο από το νοσοκομείο (τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2 ως 6) και με την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με υπεργλυκαιμία λόγω στρες είχαν βαρύτερο ΑΕΕ. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες δυσμενούς έκβασης ήταν η ηλικία, το ιστορικό ΑΕΕ και η NIHSS στην εισαγωγή. Όταν η NIHSS αφαιρέθηκε από την πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες δυσμενούς έκβασης ήταν η ηλικία, το ιστορικό ΑΕΕ, τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και η υπεργλυκαιμία λόγω στρες. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ήταν η κοιλιακή μαρμαρυγή, τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και η διαστολική αρτηριακή πίεση και η NIHSS στην εισαγωγή. Όταν η NIHSS αφαιρέθηκε από την πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας ήταν η ηλικία, η κοιλιακή μαρμαρυγή, η διαστολική αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και η υπεργλυκαιμία λόγω στρες. Συμπεράσματα: Η υπεργλυκαιμία λόγω στρες αντανακλά τη βαρύτητα του ΑΕΕ και δε φαίνεται να συμβάλλει ανεξάρτητα στη δυσμενή έκβαση του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ.

\* Ο κωδικός κάθε περιλήψης αναφέρεται στη σειρά και την ενότητα παρουσίασης.

A02

## Η ΛΗΨΗ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΑΕΕ) ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΑΕΕ ΑΘΗΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1,2,3</sup>, Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>1,4</sup>, Vijay K. Sharma<sup>5</sup>, Χρήστος Κρόγιας<sup>6</sup>, Robert Mikulik<sup>3,7</sup>,  
Κωνσταντίνος Βαδικόλιας<sup>8</sup>, Milija Mijajlovic<sup>9</sup>, Απόστολος Σαφούρης<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα<sup>1</sup>, Simon Faissner<sup>6</sup>, Σωτήριος Γιαννόπουλος<sup>4</sup>,  
Γιώργος Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Παπά<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Andrei V. Alexandrov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Β' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Department of Neurology, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN,

<sup>3</sup> International Clinical Research Center, St. Anne's University Hospital in Brno, Brno, Czech Republic,

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Division of Neurology, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, Singapore,

<sup>6</sup> Department of Neurology, St. Josef-Hospital, Ruhr University, Bochum, Germany,

<sup>7</sup> Neurology Department, St. Anne's Hospital and Masaryk University, Brno, Czech Republic,

<sup>8</sup> Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

<sup>9</sup> Neurology Clinic, Clinical Center of Serbia, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η λήψη στατινών πριν την εκδήλωση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) σχετίζεται με τη βελτίωση της λειτουργικής έκβασης και την ελάττωση της θνησιμότητας. Η παραπάνω σχέση δεν έχει μελετηθεί στην υπο-ομάδα ασθενών με ΙΑΕΕ αθηροθρομβωτικής αιτιολογίας, η οποία είναι γνωστό ότι φέρει τον υψηλότερο κίνδυνο πρόωρης υποτροπής του ΑΕΕ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πραγματοποιήσαμε μια προοπτική αξιολόγηση διαδοχικών ασθενών με οξύ ΙΑΕΕ αθηροθρομβωτικής αιτιολογίας από επτά τριτοβάθμια κέντρα περίθαλψης ασθενών με ΑΕΕ κατά τη διάρκεια μιας περιόδου τριών ετών.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ορίσαμε ως καταληκτικά σημεία τη βελτίωση της νευρολογικής βαρύτητας του ΙΑΕΕ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (ελάττωση του σκορ της κλίμακας NIHSS κατά την έξοδο σε σχέση με το σκορ εισόδου), το ευνοϊκό λειτουργικό αποτέλεσμα (ΕΛΑ, σκορ 0-1 στην κλίμακα mRS), τις υποτροπές ΑΕΕ και τον θάνατο στον 1 μήνα. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση μονοπαραγοντικών και πολυπαραγοντικών μοντέλων παλινδρόμησης, ενώ χρησιμοποιήθηκε και η μεθοδολογία αντιστοίχισης των ασθενών με βάση το σκορ επιρρέπειας (propensity score matching).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Λήψη στατινών πριν την εκδήλωση του ΑΕΕ καταγράφηκε σε 192 (37.2%) από τους 516 ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ αθηροθρομβωτικής αιτιολογίας (μέση ηλικία: 65±13 έτη, 60.8% άνδρες, διάμεση τιμή NIHSS εισόδου: 9). Η λήψη στατινών πριν την εκδήλωση του ΑΕΕ σχετίστηκε με μεγαλύτερη νευρολογική βελτίωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, με μεγαλύτερη πιθανότητα επίτευξης ΕΛΑ στον 1 μήνα, με χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας (HR=0.11, 95%ΔΕ:0.02-0.46) και υποτροπής του ΑΕΕ στον 1 μήνα (HR=0.24, 95%ΔΕ:0.08-0.75).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η λήψη στατινών πριν την εκδήλωση ΙΑΕΕ αθηροθρομβωτικής αιτιολογίας φαίνεται να σχετίζεται με την ελάττωση της θνησιμότητας και του κινδύνου εκδήλωσης υποτροπής, ενώ βελτιώνει την πρώιμη λειτουργική έκβαση των ασθενών.

A06

## ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ «NEDAFISP-2 NEURO PROJECT»

*Κωνσταντίνος Βαδικόλιας, Μαρία Φιλαμουρίδου, Κωνσταντίνος Χαραλαμπίδης, Μάρθα Αλεξανδρίδου, Κωνσταντίνος Ζάγκας, Αντίνα Θωμάδου, Πέτρος Κίκας, Μιχαήλ Βρύζας, Σπυριδούλα Αλεξανδρίδου, Ιρφάν Μεχμέτ, Στυλιανή Φωτιάδου, Ασλί Οσμάν, Παύλος Νταλός, Αθηνά Μήτσογλου, Δημήτρης Νικηφορίδης, Γεώργιος Τσιβγούλης, Δημήτριος Στάκος, Αικατερίνη Τερζούδη, Ιωάννης Ηλιόπουλος, Σταύρος Κωνσταντινίδης, Χαριτωμένη Πιπερίδου.*

*Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ · Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική ΔΠΘ*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η έγκαιρη ανίχνευση της κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ) είναι σημαντική στην πρωτογενή και στη δευτερογενή πρόληψη των ΙΑΕΕ. Η ΚΜ αποτελεί αποδεδειγμένο παράγοντα κινδύνου για Ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΙΑΕΕ). Καθώς σε πολλές περιπτώσεις είναι παροξυσμική και ασυμπτωματική συχνά δεν ανιχνεύεται έγκαιρα. Το πρόγραμμα NEDAFISP οργανώθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Θράκης από την Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική και την Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του ΔΠΘ υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων (βράβευση στα πλαίσια της ενέργειας 1mission 1million). Σήμερα το πρόγραμμα συνεχίζεται ως «NEDAFISP-2- Neuro» εστιασμένο στην προσπάθεια έγκαιρης ανίχνευσης ΚΜ σε νευρολογικούς ασθενείς με συγκεκριμένους αγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Στην παρούσα ανακοίνωση παρουσιάζονται αποτελέσματα που αφορούν τα ποσοστά ανίχνευσης ΚΜ σε πληθυσμό με συγκεκριμένα κριτήρια.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** α. Πληθυσμός της μελέτης: Ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική του ΠΓΝΑ ή εκτιμήθηκαν στα Εξωτερικά Νευρολογικά Ιατρεία (ΕΙ) των Νοσοκομείων Αλεξανδρούπολης και Ξάνθης πληρώνοντας συγκεκριμένα κριτήρια εισόδου: προηγούμενο ΑΕΕ ή ΠΙΕ χωρίς σαφές αίτιο, σιωπηλά έμφρακτα σε νευροαπεικόνιση, υποτροπιάζοντα ΑΕΕ υπό αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, αγγειακή άνοια, καταγραφή αρρυθμίας κατά τη διάρκεια υπερηχογραφικού αγγειακού ελέγχου. β. Οι ασθενείς τέθηκαν σε 24ωρες επαναλαμβανόμενες ΗΚΓ καταγραφές (1-3). γ. Η μετάδοση των δεδομένων και η αξιολόγηση έγινε διαδικτυακά μέσω του συστήματος του NEDAFISP.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αξιολογήθηκαν 1059 καταγραφές καρδιακού ρυθμού που αφορούσαν συνολικά 450 ασθενείς (340 νοσηλευόμενοι και 110 ασθενείς των ΕΙ). Από τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με ΙΑΕΕ (N=340) οι 66 (19.4%) είχαν γνωστή ΚΜ ή διαπιστώθηκε ΚΜ στο ΗΚΓ/monitoring εισόδου. Στους υπόλοιπους 384 ασθενείς διαπιστώθηκε με το πρωτόκολλο μελέτης ΚΜ στους 87 (22.6%) και ειδικότερα ποσοστά 27.3% στους νοσηλευόμενους ασθενείς και 10.9% στους ασθενείς των ΕΙ. ΚΜ διαπιστώθηκε στο 1° Holter στους 68/87 (78.2%), στο 2° στους 15/87 (17.2%) και 4/87(4.6%) στο 3°.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο έλεγχος με επανειλημμένες 24ωρες ΗΚΓ καταγραφές ανέδειξε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων παροξυσμικής ΚΜ που πιθανώς θα είχαν διαφύγει. Το ποσοστό είναι σημαντικό (27%) ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ασθενών με προηγούμενο ΑΕΕ (κρυπτογενές ΑΕΕ). Η διαπίστωση επίσης σημαντικού ποσοστού (>10%) σε ασθενείς των εξωτερικών νευρολογικών ιατρείων που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια έχει άμεσες συνέπειες στη θεραπευτική στρατηγική.

A07

## ΠΕΡΙΟΧΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΦΑΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΕΞΩΚΡΑΝΙΑ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ – ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΜΟΡΦΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ (VOXEL BASED MORPHOMETRY – VBM)

Κωνσταντίνος Βαδικόγλιος, Ιωάννης Σειμάνης, Μάρθα Αλεξανδρίδου, Μιχάλης Μαντατζής, Άγγελος Καρυδός, Γεώργιος Τσιβγούλης, Ιωάννης Ηλιόπουλος, Χαριτωμένη Πιπερίδου, Σπύρος Κόλλης

Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Τμήμα Νευροακτινολογίας-MRI, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ζυρίχης

**ΓΕΝΙΚΑ:** Η συμπτωματική καρωτιδική στένωση έχει συσχετισθεί με προϊούσα ατροφία του εγκεφάλου. Στην ασυμπτωματική καρωτιδική στένωση, όμως, τα δεδομένα είναι περιορισμένα. Οι σχετικές δημοσιεύσεις περιορίζονται στην εκτίμηση συνολικά της φαιάς ή της λευκής ουσίας. Δεν υπάρχουν δεδομένα για τις περιοχικές μεταβολές της φαιάς ουσίας σε περιπτώσεις σημαντικής καρωτιδικής στένωσης.

Η μορφομετρική ανάλυση στη βάση ογκοστοιχείων (Voxel-based morphometry-VBM) είναι μία τεχνική που εκτιμά αυτόματα περιοχικές διαφορές στους όγκους της φαιάς και της λευκής ουσίας μεταξύ δύο προς σύγκριση ομάδων, χρησιμοποιώντας εικόνες μαγνητικής τομογραφίας με υψηλή αντίθεση και ευκρίνεια. Οι αναλύσεις είναι ανεξάρτητες από τον καθορισμό περιοχών ενδιαφέροντος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανίχνευση διαφορών στη φαιά ουσία (GM), μη εμφανών στις κοινές ακολουθίες της Μαγνητικής τομογραφίας, σε ασθενείς με ασυμπτωματικές σημαντικές στενωτικές αθηρωματικές βλάβες των καρωτίδων αρτηριών εξωκράνια.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για τη μορφομετρική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν εικόνες που ελήφθησαν με τριδιάστατη ακολουθία βαρύτητας T1 σε σύστημα με ένταση μαγνητικού πεδίου 1.5 Tesla (Intera, Philips Medical Systems). Η επεξεργασία των εικόνων πραγματοποιήθηκε με ειδικό λογισμικό (Statistical Parameter Mapping - SPM-8 Wellcome Department of Cognitive Neurology, UK) το οποίο λειτουργεί στην υπολογιστική πλατφόρμα MATLAB (Mathworks, Sherborn, MA, USA). Κριτήριο αποκλεισμού ήταν η παρουσία ισχαιμικών ή άλλων δομικών βλαβών στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Στη μελέτη συμμετείχαν άρρενες 65-73 ετών ( $n=7$ ) με σημαντική στένωση ( $>90\%$ ) ή απόφραξη της αριστερής καρωτίδας. Χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες άρρενες ίδιας ηλικίας ( $n=7$ ) χωρίς καρωτιδική στένωση. Και στις δύο ομάδες έγινε έλεγχος της ενδοκράνιας κυκλοφορίας για τον αποκλεισμό τυχόν συνυπάρχουσας ενδοκράνιας στένωσης. Σε όλους τους ασθενείς με την ασυμπτωματική στένωση της καρωτίδας διαπιστώθηκε παράπλευρη κυκλοφορία ενδοκράνια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική φαιά ουσία μεταξύ των 2 ομάδων. Μικρές διαφορές εντοπίστηκαν στην ογκομετρική σύγκριση συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα με τη σημαντική καρωτιδική στένωση διαπιστώθηκε μείωση της φαιάς ουσίας σε μικρής έκτασης, «στικτές» περιοχές ιδιαίτερα φλοιικά αριστερά. Στην ίδια ομάδα διαπιστώθηκαν επίσης «στικτές» περιοχές, λίγες σε αριθμό, με αύξηση της φαιάς ουσίας σε υποφλοιώδεις περιοχές.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Σε ασθενείς με μεγάλη ασυμπτωματική στένωση διαπιστώθηκαν, με την μέθοδο μορφομετρικής ανάλυσης, μικρής έκτασης περιοχικές μεταβολές της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου, χωρίς στατιστικά σημαντική επίπτωση στο συνολική φαιά ουσία. Οι περιοχές με μείωση της φαιάς εντοπίστηκαν κυρίως φλοιικά, ενώ η διαπίστωση και περιορισμένων περιοχών με αύξηση της φαιάς θα μπορούσε να αντανάκλα την καλή παράπλευρη κυκλοφορία που αγγειακού δικτύου ενδοκράνια.

## ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΚΔΟΧΗ ΤΟΥ BARTHEL INDEX ΓΙΑ ΑΕΕ: ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ

Δημήτριος Θεοφανίδης

Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλέξανδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Barthel Index (BI) είναι μια από τις πιο διαδεδομένες κλίμακες εκτίμησης της καθημερινής δραστηριότητας παγκοσμίως.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να τροποποιήσει, να προσαρμόσει πολιτισμικά και να επικυρώσει μια συντομευμένη έκδοχή του BI για χρήση στην Ελλάδα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 57 ασθενείς που εισήχθησαν διαδοχικά σε μια περίοδο τριών μηνών σε Νευρολογική, σε Παθολογική κλινική και Μονάδα ΑΕΕ. Το δείγμα αποτελέσαν 37 άνδρες και 20 γυναίκες, με μέση ηλικία 67,7 ( $\pm$  6.7SD) έτη και εύρος 54-85 έτη.

Το BI χορηγήθηκε κατά την εισαγωγή και έξοδο από το νοσοκομείο και τη συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών των επιμέρους στοιχείων και της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας αξιολογήθηκε από τον συντελεστή (rho) του Spearman.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η υψηλότερη συσχέτιση με το συνολικό BI σκορ για την εισαγωγή παρατηρήθηκε για τις μεταφορές ( $r=0.967$ ,  $p<0,001$ ). Ομοίως κατά την έξοδο, η κινητικότητα ήταν το στοιχείο με τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τις συνολικές BI βαθμολογίες ( $r=0,929$ ,  $p<0,001$ ). Συνολικά, τα στοιχεία που αφορούν: την ουροδόχο κύστη και τη χρήση της τουαλέτας, μεταφορά από το κρεβάτι στην καρέκλα, την κινητικότητα και τις σκάλες, συσχετίζονται ιδιαίτερα με τις συνολικές βαθμολογίες και έτσι μπορεί να αποδειχθούν τα πιο σημαντικά στοιχεία για την αξιολόγηση κατά την επιλογή των στοιχείων για την συντομευμένη έκδοση BI για χρήση στην Ελλάδα.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το BI (με τα 10 αντικείμενα), καλύπτει τις καθημερινές δραστηριότητες με κλινική σημασία για τους ασθενείς με ΑΕΕ σε μια ποικιλία πολιτισμικών συνθηκών. Ωστόσο, μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση για την Ελλάδα εν μέσω οικονομικής κρίσης και περικοπών στην υγεία, θα είναι μια πιο σύντομη αληθιά έγκυρη έκδοση, ως ένα γρήγορο εργαλείο για την αρχική εκτίμηση αληθιά και την αξιολόγηση της προόδου του ασθενή με ΑΕΕ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η σύντομη έκδοση BI 5-σημείων, συνιστάται για καθημερινή κλινική χρήση σε ελληνικά νοσοκομεία για ασθενείς με ΑΕΕ αληθιά και την αξιολόγηση της πορείας αποκατάστασης και αληθιών ασθενών με σωματική αναπηρία.

B01

## Η ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΥΧΟΝ ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Οδυσσεύς Καργιώτης<sup>1</sup>, Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>2,3</sup>, Γεώργιος Μαγκούφης<sup>1</sup>, Απόστολος Σαφούρης<sup>1</sup>, Χρυσούλα Λιαντινιώτη<sup>1,2</sup>, Μαρία Χονδρογιάννη<sup>2</sup>, Αλεξάνδρα Παππά<sup>2</sup>, Ανδρομάχη Ρουσσόπουλου<sup>2,4</sup>, Adam Arthur<sup>5</sup>, Andrei V. Alexandrov<sup>6</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων Νοσοκομείου «Metropolitan», Πειραιάς, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Β' Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Νευροχειρουργική Κλινική Ινστιτούτου Νευρολογίας και Σπονδυλικής Στήλης Semmes-Murphey, Πανεπιστημιακό Κέντρο Επιστημών Υγείας του Tennessee, Memphis Tennessee, ΗΠΑ,

<sup>6</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Κέντρου Επιστημών Υγείας του Tennessee, Memphis Tennessee, ΗΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Είναι γνωστό ότι οι ενδοαγγειακές θεραπείες επαναιμάτωσης (ΕΘΕ) βελτιώνουν το λειτουργικό αποτέλεσμα (ΛΑ) στους ασθενείς με οξεία απόφραξη μεγάλων αγγείων του εγκεφάλου (ΟΑΜΑΕ), ωστόσο υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στις περιπτώσεις που δεν προηγήθηκε χορήγηση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης (ΕΘ).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των διαθέσιμων τυχαιοποιημένων-ελεγχόμενων κλινικών μελετών (ΤΕΚΜ) που συμπεριελάμβαναν ασθενείς με ΟΑΜΑΕ τόσο με όσο και χωρίς προϋπάρχουσα ΕΘ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήσαμε μια συγκεντρωτική ανάλυση των 2 υποομάδων ασθενών ΤΕΜ (χωρίς ή με προϋπάρχουσα ΕΘ) από τις διαθέσιμες ΤΕΚΜ. Υπολογίσαμε τις σταθμισμένες κοινές πιθανότητες κινδύνου (acOR) της συσχέτισης της ΕΘΕ (έναντι της συντηρητικής θεραπείας) με το ΛΑ στους 3 μήνες στο σύνολο των ασθενών αλληλά και στις 2 προκαθορισμένες υποομάδες ασθενών. Τα τυχόν συστηματικά σφάλματα των επιμέρους ΤΕΚΜ εκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας την προτεινόμενη ποιοτική κλίμακα από το διεθνή οργανισμό μετα-αναλύσεων Cochrane.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τρεις ΤΕΚΜ (MR CLEAN, ESCAPE και REVASCAT, 1021 ασθενείς) περιελάμβαναν τόσο υποομάδες ασθενών με όσο και χωρίς προηγηθείσα ΕΘ (833 & 188 ασθενείς αντίστοιχα). Κατά την ανάλυση των υποομάδων, η ΕΘΕ συσχετίστηκε με υψηλότερη πιθανότητα καλύτερου ΛΑ στους τρεις μήνες τόσο στην υποομάδα των ασθενών με (acOR=1.85, 95% CI: 1.37-2.49; p<0.001), όσο και χωρίς προηγηθείσα ΕΘ (acOR=2.48, 95% CI: 1.43-4.30; p=0.001). Δεν διαπιστώθηκε αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων (p=0.360) στη συσχέτιση της ΟΑΜΑΕ με το ΛΑ στους τρεις μήνες. Επίσης, δεν διαπιστώθηκαν στοιχεία ετερογένειας (I<sup>2</sup><30%), ενώ ο κίνδυνος συστηματικού σφάλματος στην ποιοτική εκτίμηση των μελετών που συμπεριλήφθηκαν ήταν χαμηλός.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΕΘΕ αποτελεί συμπληρωματική θεραπεία της ΕΘ και η αποτελεσματικότητά της δεν εξαρτάται από την προϋπάρχουσα αγωγή με ΕΘ.

B02

## Η ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΑΛΒΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΣΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑΣ ΕΧΕΙ ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΑΜΝΗΣΙΑ: ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ, ΜΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σωκράτης Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Διονυσία Κονταξοπούλου<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα<sup>1</sup>, Μαρία Χονδρογιάννη<sup>1</sup>, Χρυσούλα Λιαντινιώτη<sup>1</sup>, Γεώργιος Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Παπά<sup>1,2</sup>, Ανδρομάχη Ρουσσοπούλου<sup>1,3</sup>, Αναστάσιος Μπανάκης<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Λεωνίδας Στεφανής<sup>1</sup>, Σωκράτης Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, «ΑΤΤΙΚΟ» Νοσοκομείο,

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παροδική σφαιρική αμνησία (ΠΦΑ) έχει συσχετισθεί με αυξημένο επιπολασμό ανεπάρκειας βαλβίδος της έσω σφαγίτιδος (ΑΒΕΣ) και πολλοί ασθενείς αναφέρουν χειρισμούς Valsalva πριν την εγκατάσταση των συμπτωμάτων. Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση αυτής της σχέσης σε διαδοχικούς ασθενείς με ΠΦΑ.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Ασθενείς με ΠΦΑ (διεγνωσμένοι με βάση τα κριτήρια Hodges & Warlow) υπεβλήθησαν σε πλήρη υπερηχογραφικό έλεγχο εξωκράνιων φλεβών. Οι εξετάσεις διενεργήθηκαν από τον ίδιο εξειδικευμένο υπερηχογραφιστή. Η έλλειψη σήματος Doppler στην έσω σφαγίτιδα μετά από βαθιές εισπνοές ήταν διαγνωστική για την απουσία ροής. Η ΑΒΕΣ αξιολογήθηκε άμφω μετά από 3 επαναλαμβανόμενους χειρισμούς Valsalva μέγιστης προσπάθειας (διάρκειας  $\geq 5$  sec). Η αναστροφή ροής στη ΑΒΕΣ εκτιμήθηκε τόσο κατά την αυτόματη αναπνοή όσο και μετά από χειρισμούς Valsalva. Ως σφαγιτιδική παλινδρόμηση ορίστηκε η αναστροφή ροής διάρκειας  $>0.88$  sec.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αξιολογήθηκαν 9 ασθενείς με ΠΦΑ (33% άνδρες, μέσος όρος ηλικίας  $63 \pm 3$  ετών). Η ΑΒΕΣ διαγνώσθηκε σε 3 άτομα (33%, 2 ασθενείς με αμφοτερόπλευρη και 1 ασθενείς με ετερόπλευρη ΑΒΕΣ) τόσο κατά τη διάρκεια αυτόματης αναπνοής όσο και μετά από χειρισμούς Valsalva. Απόφραξη της έσω σφαγίτιδος δε διαπιστώθηκε σε κανένα ασθενή. Σε όλους τους ασθενείς με ΑΒΕΣ τεκμηριώθηκε χειρισμός Valsalva πριν την εγκατάσταση της ΠΦΑ. Οι ασθενείς με ΑΒΕΣ έτειναν να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια των συμπτωμάτων της ΠΦΑ (8 ώρες) συγκριτικά με αυτούς με φυσιολογικά υπερηχογραφικά ευρήματα (5 ώρες,  $p=0.116$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα δεδομένα μας αναδεικνύουν χαμηλό επιπολασμό ΑΒΕΣ σε ασθενείς με ΠΦΑ και θέτουν υπό αμφισβήτηση την εγκυρότητα της «φλεβικής υπόθεσης» στην παθογένεση της ΠΦΑ.

B03

## Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ (ΠΚΜ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ (ΙΑΕΕ) ΔΕΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ

Χρυσούλα Λιαντινιώτη, MD<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Τύμπας, MD<sup>2</sup>, Μαρία Χονδρογιάννη, MD<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα, MD<sup>1</sup>, Γεώργιος Παπαδημητρώπουλος, MD<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Παπά, MD<sup>1,3</sup>, Αριστείδης Χ. Κατσάνος, MD<sup>1,4</sup>, Σωκράτης Τριανταφύλλου, MD<sup>1</sup>, Ανδρομάχη Ρουσσόπουλου, MD<sup>1,5</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης, MD<sup>1</sup>, Ιωάννης Παρίσης, MD<sup>2</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης, MD<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>2</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας,

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,

<sup>5</sup> Νευρολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο ορισμός της Αμερικάνικης Καρδιολογικής Εταιρίας για την ΠΚΜ απαιτεί διάρκεια της ΚΜ >30sec χωρίς σαφή τεκμηρίωση της αιτιολογίας της συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας. Στην κλινική πράξη όμως η αντιπηκτική αγωγή συνήθως δεν αποκλείεται σε ασθενείς με κρυπτογενή ΙΑΕΕ και ΠΚΜ διάρκειας ≤30sec.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της κλινικής σημασίας της βραχείας διάρκειας (≤30sec) ΠΚΜ (ΒΔΠΚΜ) στα κρυπτογενή ΙΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Διαδοχικοί ασθενείς με κρυπτογενές ΙΑΕΕ χωρίς ιστορικό ΚΜ και φλεβοκομβικό ρυθμό στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής αξιολογήθηκαν σε διάστημα 3 ετών. Η βαρύτητα του ΙΑΕΕ εκτιμήθηκε με την κλίμακα NIHSS. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 24ώρο Holter ρυθμού στην νοσηλεία τους. Οι καταγραφές αξιολογήθηκαν από 2 ερευνητές με χρήση ειδικού λογισμικού. Η συνολική διάρκεια της ΚΜ υπολογίστηκε αθροίζοντας την διάρκεια μεμονωμένων επεισοδίων στους ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια. Οι ασθενείς διχοτομήθηκαν σε 2 ομάδες με βάση την συνολική διάρκεια της ΠΚΜ (≤30sec & >30sec). Η εμφάνιση υποτροπιάζοντος ΙΑΕΕ και η λειτουργική ανεξαρτησία (mRS-score 0-1) εκτιμήθηκαν σε τρίμηνο διάστημα παρακολούθησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εκτιμήθηκαν 184 ασθενείς με κρυπτογενές ΙΑΕΕ (διάμεση τιμή NIHSS-score 4, ενδοτεταρτημοριακό εύρος: 2-7). ΠΚΜ ανιχνεύτηκε σε 23 ασθενείς (13%, 95%ΟΕ:8%-18%). Ο επιπολασμός της ΒΔΠΚΜ σε αυτούς τους ασθενείς ήταν 57% (N=13). Οι 2 ομάδες δε διέφεραν (p>0.2) στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τους αγγειακούς παράγοντες κινδύνου και την βαρύτητα του ΙΑΕΕ. Τα ποσοστά υποτροπής και λειτουργικής ανεξαρτησίας ήταν παρόμοια (p>0.4).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διάρκεια της ΠΚΜ δεν σχετίζεται με την αρχική βαρύτητα και την πρώιμη έκβαση του κρυπτογενούς ΙΑΕΕ και δεν θα πρέπει να επηρεάζει την απόφαση για χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με ΒΔΠΚΜ.



## ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΙΑΕΕ): Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΑΡΧΕΙΟ SITS (SAFE IMPLEMENTATIONS OF TREATMENTS IN STROKE)

Απόστολος Σαφούρης,<sup>1,2</sup> Γεώργιος Μαγκούφης,<sup>3,4</sup> Οδυσσέας Καργιώτης,<sup>2</sup> Χρυσόστομος Κωνσταντός,<sup>3</sup> Κωνσταντίνος Παλιαλέξης,<sup>3</sup> Λάζαρος Ρέππας,<sup>3</sup> Χριστίνα Ζόμπολα,<sup>1</sup> Χρυσάνθη Μπατιστάκη,<sup>5</sup> Ευαγγελία Καμινιώτη,<sup>5</sup> Αλέξανδρος Κελέκης,<sup>3</sup> Γεωργία Κωστοπαναγιώτου,<sup>5</sup> Λεωνίδας Στεφανής,<sup>1</sup> Ελευθέριος Σταμπουλής,<sup>2</sup> Ηλίας Μηρούντζος<sup>5</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα,

<sup>2</sup> Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Νοσοκομείο Μετροπόλιταν, Αθήνα,

<sup>3</sup> Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Ακτινολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα,

<sup>4</sup> Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο Μετροπόλιταν, Αθήνα,

<sup>5</sup> Β' Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Μηχανική Θρομβεκτομή (ΜΘ) αποτελεί μια πρόσφατα εγκεκριμένη θεραπεία αντιμετώπισης ασθενών με οξύ ΙΑΕΕ σε έδαφος οξείας απόφραξης μεγάλου ενδοκράνιου αγγείου (ΟΑΜΕΑ) στην πρόσθια κυκλοφορία. Η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της ΜΘ στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί σε συστηματική βάση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της ΜΘ σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ χρησιμοποιώντας τα δεδομένα του διεθνούς πιστοποιημένου αρχείου SITS.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αξιολογήθηκαν διαδοχικοί ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ σε έδαφος ΟΑΜΕΑ που αντιμετωπίστηκαν με ΜΘ κατά το έτος 2015 στα Ελληνικά κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ που συμμετέχουν στο αρχείο SITS. Η ασφάλεια της ΜΘ εκτιμήθηκε με βάση τον επιπολασμό των περι-επεμβατικών επιπλοκών, τη συχνότητα της συμπτωματικής ενδοκράνιας αιμορραγίας (ΣΕΑ), η οποία διαγνώστηκε με βάση τον καθιερωμένο ορισμό της μελέτης SITS-MOST) και την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα. Η αποτελεσματικότητα της ΜΘ εκτιμήθηκε με βάση τη βελτίωση της νευρολογικής βαρύτητας του ΙΑΕΕ (που αξιολογήθηκε κατά την είσοδο, στις 24 ώρες και στις 7 ημέρες μετά την εκδήλωση του ΑΕΕ) και τον επιπολασμό της λειτουργικής ανεξαρτησίας (σکور 0-2 στην τροποποιημένη κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας κατά Rankin).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά αντιμετωπιστήκαν 10 ασθενείς με ΙΑΕΕ (μέση ηλικία 53±16 έτη, 70% άνδρες,) σε έδαφος ΟΑΜΕΑ [M1 κλάδος Μέσης Εγκεφαλικής Αρτηρίας (N=5), M2 κλάδος Μέσης Εγκεφαλικής Αρτηρίας (N=2), Τελική ενδοκράνια μοίρα Έσω Καρωτίδας (N=2), Βασική Αρτηρία (N=2)] σε 2 τριτοταγή κέντρα. Η διάμεση τιμή του χρονικού διαστήματος που μεσολήβησε από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας ήταν 269 λεπτά (ενδοτεταρτημοριακό εύρος 210-458). Πλήρης επαναγγείωση του αποφραχθέντος αγγείου επιτεύχθηκε στο 90% των ασθενών, ενώ καταγράφηκε σημαντική ( $p<0.05$ ) ελάττωση της νευρολογικής βαρύτητας του ΙΑΕΕ στις 24 ώρες (διάμεση τιμή του σκόρ NIHSS 7 βαθμοί, ενδοτεταρτημοριακό εύρος 4-14) και στις 7 ημέρες (διάμεση τιμή του σκόρ NIHSS 3 βαθμοί, ενδοτεταρτημοριακό εύρος 1-11) μετά την εγκατάσταση των συμπτωμάτων. Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα ήταν 20%, ενώ ΣΕΑ καταγράφηκε σε 1 ασθενή (10%). Οι 3 από τους 6 ασθενείς (50%) που ολοκλήρωσαν το τρίμηνο παρακολούθησης ήταν λειτουργικά ανεξάρτητοι στους 3 μήνες μετά το ΑΕΕ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα παρόντα πιλοτικά δεδομένα επιβεβαιώνουν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της ΜΘ σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ σε έδαφος ΟΑΜΕΑ. Η καθιέρωση της ΜΘ στην κλινική πρακτική αντιμετώπισης των ΑΕΕ στον Ελλαδικό χώρο σε εξειδικευμένα κέντρα με κατάλληλη εκπαιδευμένα τμήματα Νευρολογίας, Επεμβατικής Ακτινολογίας και Αναισθησιολογίας κρίνεται αναγκαία.

B05

## ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΤΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ. ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ 24ΩΡΟ

Μάνια Λυκούρη, Βασιλική Γκουρμπαλή, Αντώνιος Ταβερναράκης  
Νευρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών και την κύρια αιτία αναπηρίας (15-30%). Η επίπτωσή τους είναι 135-400/100000/έτος και ο επιπολασμός τους 500-600/100000. Η ενδοφλέβια θρομβόλυση μέσω χορήγησης ανασυνδυσασμένου ιστικού ενεργοποιητή του πλάσμινογόνου αποτελεί θεραπεία ασφαλή και αποτελεσματική, εφόσον διενεργηθεί εντός 4,5 ωρών από την εγκατάσταση του ΑΕΕ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της ανάλυσης που ακολουθεί, είναι να αναδειχθεί η βελτίωση του νευρολογικού ελλείμματος ασθενών με ΙΑΕΕ που υπεβλήθησαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση το πρώτο εικοσιτετράωρο.

**ΥΛΙΚΟ / ΜΕΘΟΔΟΙ:** Σύνολο 27 ασθενών, υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση στο διάστημα ενός έτους και οι παράμετροι και η πρόοδος τους καταγράφηκαν στο σύστημα SITS. Συγκρίνοντας την κλίμακα NHISS των ασθενών προ της θεραπείας και την ίδια κλίμακα στις 24 ώρες μετά διαπιστώθηκε η βελτίωση της κλινικής τους εικόνας στην πλειοψηφία τους. Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι 21 ασθενείς(78%) βελτιώθηκαν έστω και 1 μονάδα στην κλίμακα NHISS, 4 (15%) δεν βελτιώθηκαν καθόλου, ενώ 2 (7,5%) επιδεινώθηκαν. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, σημειώθηκε σε 3 ασθενείς (11%) και εξωκράνια αιμορραγία(σε σημεία φλεβοκέντησης) ή ουληορραγία σε άλλους 3 ασθενείς. Από τους ασθενείς μας, τελικώς, ένας κατέληξε.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** η θρομβόλυση αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία αντιμετώπισης ασθενών με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο σχετικά χαμηλός αριθμός θρομβολύσεων τονίζει την ανάγκη ενημέρωσης του κοινού για την υπάρχουσα θεραπεία, στην οξεία φάση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και την ανάγκη πιο έγκαιρης προσέγγισης του ασθενούς στο νευρολογικό ΤΕΠ.

B07

## ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΤΑ ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΕΕ: Η ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Παναγιώτης Φωτιάδης, Ιωάννα Κουτρούλου, Θεόδωρος Καραπαναγιωτίδης, Νικόλαος Γρηγοριάδης, Δημήτριος Καρακώστας  
Β' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ενδοφλέβια θρομβόλυση εντός 4,5 ωρών από την εισβολή των συμπτωμάτων είναι η πιο αποτελεσματική μη επεμβατική θεραπεία των οξέων ισχαιμικών ΑΕΕ και πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς, εφόσον πληρούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η γνωστοποίηση της εμπειρίας μας στην ενδοφλέβια θρομβόλυση, όπως αυτή εφαρμόζεται εδώ και 16 μήνες στη Β' Νευρολογική κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

**ΥΛΙΚΟ/ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διενεργήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση σε 13 ασθενείς (μέση ηλικία: 61 έτη, 5 γυναίκες). Όλοι οι ασθενείς καταγράφηκαν στο διεθνές μητρώο SITS-ISTR. Ο μέσος χρόνος από την εισβολή των συμπτωμάτων μέχρι την έναρξη της έγχυσης ήταν 145'. Ειδικότερα: 1) μέσος χρόνος από την εισβολή μέχρι την άφιξη στο ΤΕΠ: 100', 2) μέση καθυστέρηση για τη διενέργεια CT εγκεφάλου: 26', 3) μέσος χρόνος από την άφιξη στο ΤΕΠ μέχρι την έναρξη της έγχυσης (door-to-needle): 62'. Η πλειοψηφία των ΑΕΕ ήταν μετρίως βαρύτητας (διάμεση NIHSS εισόδου: 12) και παρουσίασαν σημαντική κλινική βελτίωση (διάμεση NIHSS εξόδου: 3). Η αιτιολογία ήταν: καρδιογενής εμβολισμός 36%, κρυπτογενή 36%, μικροαγγειοπάθεια 18% και νόσος μεγάλων αγγείων 10%. 12/13 ασθενείς (92,3%) είχαν εξαιρετική έκβαση (mRS 0-1) στους 3 μήνες.

Ένας ασθενής (7,7%) παρουσίασε όψιμη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία σε έδαφος καρδιογενούς εμβολισμού, 54h μετά τη θρομβόλυση, με καλή τελική έκβαση (mRS 2 στους 3 μήνες).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Αν και η εμπειρία του κέντρου είναι μέχρι τώρα μικρή, τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά και ο μέσος χρόνος DNT βρίσκεται στο επίπεδο του μέσου χρόνου του συνόλου των κέντρων του μητρώου SITS-ISTR. Η αυστηρή τήρηση του πρωτοκόλλου ελαχιστοποιεί τους κινδύνους και μεγιστοποιεί τα θεραπευτικά οφέλη.

B08

## ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ STENTING ΓΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Απόστολος Σαφούρης<sup>1,2</sup>, Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>2,3</sup>, Γεώργιος Μαγκούφης<sup>1</sup>, Οδυσσέας Καργιώτης<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα<sup>2</sup>, Γεώργιος Παπαδημητρίου<sup>2</sup>, Σωκράτης Τριανταφύλλου<sup>2</sup>, Ελευθέριος Σταμπουλής<sup>1</sup>, Andrei V. Alexandrov<sup>4</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Εγκεφαλικών Ιδιοπαθειών Θεραπευτηρίου «Metropolitan», Πειραιάς, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Β' Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Κέντρου Επιστημών Υγείας του Tennessee, Memphis Tennessee, ΗΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της διαδερμικής ενδαγγειακής αγγειοπλαστικής και στέντινγκ (ΔΕΑΣ) για το οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΟΙΑΕΕ) σε ασθενείς με συμπτωατική ενδοκράνια αρτηριακή στένωση (ΣΕΑΣ) δεν έχει μελετηθεί σε μετα-ανάλυση.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των διαθέσιμων τυχαιοποιημένων-ελεγχόμενων κλινικών μελετών (ΤΕΚΜ) που συνέκριναν την ΔΕΑΣ με τη φαρμακευτική θεραπεία σε ασθενείς με ΣΕΑΣ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τρεις ΤΕΚΜ (677 ασθενείς) περιελήφθησαν στην παρούσα μετα-ανάλυση. Υπολογίσαμε το σχετικό κίνδυνο εκδήλωσης των ακόλουθων καταληκτικών σημείων σε 30 ημέρες, ένα έτος και δύο έτη συγκρίνοντας τη ΔΕΑΣ έναντι της συντηρητικής θεραπείας: ισχαιμικό ΑΕΕ, αιμορραγικό ΑΕΕ, θάνατος. Τα τυχόν συστηματικά σφάλματα των επιμέρους ΤΕΚΜ εκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας την προτεινόμενη ποιοτική κλίμακα από το διεθνή οργανισμό μετα-αναλύσεων Cochrane.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ΔΕΑΣ συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ΑΕΕ (ισχαιμικού ή αιμορραγικού) εντός 30 ημερών και ενός έτους. Ασθενείς με ΔΕΑΣ εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ισχαιμικού ΑΕΕ στην περιοχή κατανομής της συμπτωατικής αρτηρίας εντός ενός έτους από το ΟΙΑΕΕ. Ο συνδυασμένος κίνδυνος ΑΕΕ ή θανάτου εντός ενός και δύο ετών ήταν αυξημένος στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΔΕΑΣ σε σχέση με αυτούς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και αυτή η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική για τις ΣΕΑΣ της οπίσθιας κυκλοφορίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΔΕΑΣ σχετίζεται με πρώιμα και όψιμα ανεπιθύμητα συμβάματα και δεν θα πρέπει να συνιστάται στα πλαίσια δευτερογενούς πρόληψης ασθενών με ΣΕΑΣ.

Γ01

## Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ

Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>1,2</sup>, Δημήτριος Πατσούρας<sup>3</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>4,5,6</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>7</sup>, Κωνσταντίνος Χ. Κατσάνος<sup>8</sup>, Αθανάσιος Π. Κυρίτσος<sup>1,2</sup>, Σωτήριος Γιαννόπουλος<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Νευροχειρουργικό Ινστιτούτο, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Χατζηκώστα», Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>4</sup> Β' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Department of Neurology, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN, USA

<sup>6</sup> International Clinical Research Center, St. Anne's University Hospital in Brno, Brno, Czech Republic,

<sup>7</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>8</sup> Τμήμα Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαγνωστική αξία του διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος έχει συχνά αμφισβητηθεί σε ασθενείς με κρυπτογενές ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Εκτιμήσαμε την επικράτηση των διαφόρων ευρημάτων στην εξέταση με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα σε ασθενείς με κρυπτογενές ΑΕΕ, τις επιπτώσεις τους στην δευτερογενή πρόληψη του ΑΕΕ και την παρουσία διαφορών ανάλογα με την ηλικία ή το φύλο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εξετάσαμε όλες τις εξετάσεις με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα που πραγματοποιήθηκαν σε ένα υπερηχοκαρδιογραφικό εργαστήριο εντός μιας περιόδου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τις 518 συνολικά εξετάσεις με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, εντοπίσαμε 88 ασθενείς με κρυπτογενές ΑΕΕ. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε παθολογικά ευρήματα στο 69.3%. Ανοικτό ωοειδές τρήμα (ΑΩΤ), και ανεύρυσμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος (ΜΚΑ) ανευρέθηκαν στο 30.6% και 22.7% των ασθενών, αντίστοιχα. Αθηρωμάτωση στην ανιούσα αορτή/ αορτικό τόξο ήταν παρούσα σε 26.1% των ασθενών, με σύνθετες αθηρωματικές αλλοιώσεις στο 14.7%. Μυξώματα αποκαλύφθηκαν στο 2.3%, ενώ θρόμβοι αριστερού κόλπου και καρδιακών βαλβίδων αναφέρθηκαν σε 3.4% και 2.3% των ασθενών, αντιστοίχως. Με βάση τα παραπάνω ευρήματα η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πολύ πιθανό να τροποποιηθεί στο 9.1% των ασθενών. Η ανάλυση υποομάδων δεν αποκάλυψε διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης αποκάλυψε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την επικράτηση εύρεσης ΑΩΤ, ΜΚΑ, αθηρωμάτωσης αορτής και σύνθετης αθηρωμάτωσης αορτής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εξέταση με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο διαγνωστικό έλεγχο όλων των ασθενών με κρυπτογενές ΑΕΕ, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο, δεδομένου ότι μπορεί να αποκαλύψει πιθανές πηγές εμβολής και να έχει σημαντικό αντίκτυπο στις στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης.

## Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ: ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ

Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>1,2</sup>, Δημήτρης Μαυρίδης<sup>3,4</sup>, Σπυρίδων Δευτεραίος<sup>5</sup>, Αλεξάνδρα Φρογκουδάκη<sup>5</sup>, Αγαθή-Ρόζα Βρεττού<sup>5</sup>, Νίκος Τριανταφύλλου<sup>6</sup>, Ιωάννης Ελλούλ<sup>7</sup>, Θεόδωρος Καραπαναγιωτίδης<sup>8</sup>, Αλεξάνδρα Παπα<sup>1</sup>, Ανδρομάχη Ρουσσόπουλου<sup>1</sup>, Σωτήριος Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Anne W. Alexandrov<sup>9,10</sup>, Andrei V. Alexandrov<sup>9</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1,9,11</sup>

<sup>1</sup> Β' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Τμήμα Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>4</sup> Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>6</sup> Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>7</sup> Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα, Ελλάδα,

<sup>8</sup> Β' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα,

<sup>9</sup> Department of Neurology, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN, USA,

<sup>10</sup> Australian Catholic University, Sydney, Australia,

<sup>11</sup> International Clinical Research Center, St. Anne's University Hospital in Brno, Brno, Czech Republic

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν αποδειχθεί ότι είναι ασφαλή και αποτελεσματικά στην πρόληψη των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) σε ασθενείς με μη βαλβιδική κοιλιακή μαρμαρυγή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Πραγματοποιήσαμε μια μετα-ανάλυση δικτύου χρησιμοποιώντας δημοσιευμένα στοιχεία από τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες φάσης III που συγκρίνουν τα επιμέρους νεότερα αντιπηκτικά με τη βαρφαρίνη στη δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συνδυάσαμε τις άμεσες και έμμεσες αποδείξεις για οποιοδήποτε ζεύγος συγκρινόμενων θεραπειών και κατατάξαμε τις συγκριτικές επιδράσεις όλων νεότερων αντιπηκτικών έναντι της βαρφαρίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εντοπίσαμε 4 τυχαιοποιημένες μελέτες, που περιελάμβαναν 15.240 ασθενείς και συνέκριναν τα επιμέρους νεότερα αντιπηκτικά (apixaban, dabigatran, rivaroxaban) με τη βαρφαρίνη. Χρησιμοποιώντας έμμεσες ενδείξεις, το dabigatran συσχετίστηκε με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο αιμορραγικού ΑΕΕ σε σύγκριση με το rivaroxaban (Λόγος κινδύνου=0.28, 95%, Διάστημα εμπιστοσύνης: 0.11-0.75), ενώ το rivaroxaban συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο σοβαρής γαστρεντερικής αιμορραγίας σε σύγκριση με το dabigatran (Λόγος κινδύνου=0.14, 95% CI: 0.03-0.74). Η συγκεντρωτική κατάταξη των θεραπειών για τα πρωτεύοντα καταληκτικά σημεία αποτελεσματικότητας και ασφάλειας ανέδειξε το apixaban ως τη θεραπεία με την πιθανότερα καλύτερη αναλογία οφέλους-κινδύνου. Ωστόσο, η εμπιστοσύνη μας τόσο για τις έμμεσες εκτιμήσεις όσο και για την τελική κατάταξη των θεραπειών είναι περιορισμένη λόγω μη διαθέσιμων στοιχείων από άμεσες συγκρίσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα τρία νεότερα αντιπηκτικά έδειξαν διαφορές όσον αφορά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα για την δευτερογενή πρόληψη ισχαιμικού ΑΕΕ σε ασθενείς με μη βαλβιδική κοιλιακή μαρμαρυγή. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να χρησιμεύσουν κυρίως για την εκπόνηση ερευνητικών υποθέσεων και απαιτούν ανεξάρτητη επιβεβαίωση από τυχαιοποιημένες μελέτες άμεσων συγκρίσεων μεταξύ των διαφορετικών νεότερων αντιπηκτικών.

Γ03

## Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΠΗΓΗΣ

Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>1,2</sup>, Rohini Bhole<sup>3</sup>, Αλεξάνδρα Φρογκουδάκη<sup>4</sup>, Σωτήριος Γιαννόπουλος<sup>2</sup>, Nitin Goyal<sup>3</sup>, Αγαθή-Ρόζα Βρεττού<sup>4</sup>, Κωνσταντίνος Παππάς<sup>5</sup>, Ιωάννης Παρίσης<sup>4</sup>, Αθανάσιος Π. Κυρίτσας<sup>2</sup>, Anne W. Alexandron<sup>3,6</sup>, Χρυσούλα Λιαντινιώτη<sup>1</sup>, Μαρία Χονδρογιάννη<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Andrei V. Alexandron<sup>3</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1,3,8</sup>

<sup>1</sup> Β' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Department of Neurology, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN, USA,

<sup>4</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>6</sup> Australian Catholic University, Sydney, Australia,

<sup>7</sup> Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>8</sup> International Clinical Research Center, St. Anne's University Hospital in Brno, Brno, Czech Republic

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το προτεινόμενο κριτήριο για τον ορισμό των εμβολικών εγκεφαλικών εμφράκτων αδιευκρίνιστης πηγής (Embolic Strokes of Undetermined Source, ESUS) δεν περιλαμβάνουν το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα στον υποχρεωτικό διαγνωστικό έλεγχο.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Επιδιώξαμε να αξιολογήσουμε τη διαγνωστική αξία του διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος σε ασθενείς που πληρούσαν τα ESUS διαγνωστικά κριτήρια.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η προοπτική αυτή μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τρία κέντρα τριτοβάθμιας περίθαλψης ασθενών με ΑΕΕ κατά τη διάρκεια μιας δωδεκάμηνης περιόδου. Επίσης, πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση για την εκτίμηση της συνολικής επίπτωσης των ευρημάτων του διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος στη δευτερογενή πρόληψη του ΑΕΕ ανάμεσα σε διαφορετικές υποομάδες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εντοπίσαμε 61 ασθενείς με ESUS που υποβλήθηκαν σε έρευνα με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα [μέση ηλικία: 44±12 χρόνια, 49% άνδρες, διάμεσο NIHSS-score=5]. Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα αποκάλυψε επιπρόσθετα ευρήματα στο 52% (95% Διάστημα εμπιστοσύνης: 40%-65%) του πληθυσμού της μελέτης. Τα ευρήματα αυτά άλλαξαν τη διαχείριση (έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής, χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής θεραπείας, σύγκλειση του ανοικτού ωοειδούς τρήματος) σε 10 (16%, 95%ΔΕ: 9%-28%) ασθενείς. Το συγκεντρωτικό ποσοστό έναρξης αντιπηκτικής θεραπείας που οφείλεται σε παθολογικά ευρήματα στο διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα μεταξύ των 3562 ασθενών με ΑΕΕ που περιλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση (12 μελέτες) ήταν 8.7% (95%ΔΕ: 7.3%-10.4%). Στις αναλύσεις υποομάδων, τα ποσοστά έναρξης αντιπηκτικής αγωγής βάσει του διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος δεν διέφεραν ( $p=0.315$ ) μεταξύ των ασθενών με κρυπτογενές ΑΕΕ [6.9% (95%ΔΕ: 4.9%-9.6%)], ESUS [8.1% (95%ΔΕ: 3.4%-18.1%)] και ΑΕΕ [9.4% (95%ΔΕ: 7.5%-11.8%)].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα παθολογικά ευρήματα στο διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής σε έναν περίπου στους επτά ασθενείς με ESUS.

## Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Μαρία Χονδρογιάννη<sup>1</sup>, Χρυσούλα Λιαντινιώτη<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα<sup>1</sup>, Γεώργιος Παπαδημητρώπουλος<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Παπά<sup>1,3</sup>, Σωκράτης Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Αλεξία Κλεισούρα<sup>1</sup>, Αριστείδης Κατσάνος<sup>1,4</sup>, Ανδρομάχη Ρουσσοπούλου<sup>1,5</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Νευρολογική Κλινική, «Αττικών» Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Β' Καρδιολογική Κλινική, «Αττικών» Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιατρική Σχολή, Λάρισα, Ελλάδα,

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>5</sup> Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Αθήνα, Ελλάδα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αυξημένα επίπεδα στον ορό της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) είναι ένας συστηματικός δείκτης φλεγμονής και σήμερα θεωρείται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβλήματα και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ). Επιδιώξαμε να αξιολογήσουμε τη συσχέτιση της CRP με τη νευρολογική βαρύτητα του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ (ΟΙΑΕΕ).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Διαδοχικοί ασθενείς με ΟΙΑΕΕ αξιολογήθηκαν προοπτικά σε μία χρονική περίοδο τριών (3) ετών σε ένα τριτοταγές κέντρο αντιμετώπισης ΑΕΕ. Η αρχική βαρύτητα του ΑΕΕ υπολογίσθηκε με τη χρήση της NIHSS κλίμακας. Μέτρια έως βαριά ΑΕΕ ορίστηκαν αυτά με βαθμολογία  $\geq 10$  στην κλίμακα NIHSS. Η μέτρηση της CRP στον ορό μετρήθηκε στα πλαίσια του κανονικού ελέγχου των ασθενών με ΟΙΑΕΕ τις πρώτες 48 ώρες από την εισαγωγή. Το ανώτερο εργαστηριακό φυσιολογικό όριο για τη CRP ήταν  $\leq 6$  mg/dL. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τα μοντέλα του Spearman's correlation coefficient (r) και της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά αξιολογήθηκαν 186 ασθενείς με ΟΙΑΕΕ (66% άνδρες, μέσης ηλικίας  $57 \pm 12$  έτη) με διαθέσιμη μέτρηση ρουτίνας της CRP τις πρώτες 48 ώρες της νοσηλείας τους. Αυξημένη CRP βρέθηκε σε 68 ασθενείς (36%; 95%CI: 29%-43%) και ήταν πιο συχνή στα μέτρια έως βαριά ΑΕΕ (27% έναντι 8%;  $p=0.001$ ). Μεταξύ των ασθενών με αυξημένη CRP, η αρχική βαρύτητα του ΑΕΕ σχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα της CRP ( $r: +0.352$ ;  $p=0.004$ ). Η αυξημένη CRP συσχετίστηκε ανεξάρτητα με υψηλότερη πιθανότητα κινδύνου εκδήλωσης ΙΑΕΕ μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας στα μοντέλα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, έπειτα από στατιστική προσαρμογή ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, τις υπο-ομάδες των ΙΑΕΕ και τους αγγειακούς παράγοντες κινδύνου (OR: 4.53, 95%CI: 1.10-18.66;  $p=0.037$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η αυξημένη CRP είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της αρχικής βαρύτητας του ΟΙΑΕΕ. Η αύξηση στον ορό της CRP στην οξεία εγκεφαλική ισχαιμία ίσως αντανακλά την έκταση της υποκείμενης ιστικής εγκεφαλικής βλάβης.

Γ09

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΝ ΔΡΑΜΑΣ ΤΟ 2014

Α. Ξάνθης, Ο. Ζαζοπούλου, Κ. Θεοδωρίδου, Α. Βλάχογιάννης

Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν 2<sup>η</sup> αιτία θανάτου και 1<sup>η</sup> αιτία αναπηρίας με μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό κόστος.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Καταγράψαμε τους ασθενείς με ΑΕΕ που εισήχθησαν το 2014 στην Παθολογική Κλινική. Σε κάθε ασθενή έγινε ενδελεχής κλινικός, απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος για την αναζήτηση της αιτιολογίας του ΑΕΕ και καταγράφηκε η πρόγνωση τους 1 χρόνο μετά το εξιτήριο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά εισήχθησαν 325 ασθενείς (170 άνδρες και 155 γυναίκες) για ΑΕΕ. Οι 300 είχαν ισχαιμικό ΑΕΕ (262 εγκατεστημένο ΑΕΕ και 38 παροδικό ΑΕΕ) και οι 25 αιμορραγικό (15 ενδοεγκεφαλικά αιμορραγία και 10 υπαραχνοειδή). Κατά TOAST η αιτιολογία των ισχαιμικών ΑΕΕ ήταν: α) Μεγάλων αγγείων (N= 128), β) Μικρών αγγείων (N=126), γ) Καρδιοεμβολικά (N=55), δ) Άλλα Αίτια-Μικτά (N=15) και ε) Κρυπτογενή (1). Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου ήταν η Αρτηριακή Πίεση (85%), ο Σακχαρώδης Διαβήτης (25%) και η κοιλιακή μαρμαρυγή (25%, το 5% είχε μόνιμη και το 20% παροξυσμική). Το 7% των ασθενών απεβίωσε τον πρώτο μήνα και μετά από 1 έτος παρακολούθησης οι ασθενείς είχαν την ακόλουθη κλινική εικόνα κατά Rankin score (mRs): το 5% είχε 6, το 20% 0, το 35% 1-2, το 30% 3-4 και το 10% είχε 5. Το 90% των ασθενών που εξήλθαν πήγαν σε κέντρο αποκατάστασης και το 10% στην οικία τους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ΑΕΕ μπορούν να προληφθούν και χρειάζονται οργανωμένη και πολυκεντρική αντιμετώπιση για καλύτερη πρόγνωση

Δ02

## Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Σωτήρης Αποστολόπουλος

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ποιότητα ζωής των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού τόσο οι ίδιοι όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον βιώνουν την πολυπλοκότητα του προβλήματος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός μας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε. με την αποτύπωση των τομέων της ποιότητας ζωής που βλάπτονται περισσότερο. Συσχετίστηκαν ο ισχαιμικός και ο αιμορραγικός τύπος και ερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας απ' αυτούς που ήταν μόνο εξωτερικοί ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η έρευνα διεξήχθη στο Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «Διάπληση» Καθαμάτας από τον Νοέμβριο 2014 έως τον Μάρτιο 2015. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: SF-36 και SS-QOL. Το δείγμα αποτέλεσαν 80 ασθενείς.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η έρευνα έδειξε ότι η εμφάνιση του Α.Ε.Ε. επηρεάζει τους διάφορους τομείς της φυσικής και ψυχικής κατάστασης της υγείας των ασθενών. Οι ασθενείς που είχαν προσβληθεί από ισχαιμικό Α.Ε.Ε. ήταν αυτοί οι οποίοι είδαν τη μεγαλύτερη χειροτέρευση στην κατάσταση της υγείας τους. Διαπιστώθηκε, ακόμη, ότι όσοι ασθενείς δεν είχαν καθόλου εσωτερική νοσηλεία χειροτέρευσε η κατάσταση της υγείας τους σε αντίθεση με αυτούς που είχε προηγηθεί και εσωτερική νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έρευνα έδειξε ότι οι άντρες προσβάλλονται συχνότερα από Α.Ε.Ε. έναντι των γυναικών.



ναικών και ότι η εμφάνιση του Α.Ε.Ε. συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην επιδείνωση των βασικών σωματικών, συναισθηματικών και ψυχολογικών λειτουργιών. Το ισχαιμικό Α.Ε.Ε. είναι εκείνο που επιφέρει μεγαλύτερη επιδείνωση της ποιότητας ζωής και ότι η επιδείνωση συσχετίζεται πιο πολύ με την ενέργεια και την κοινωνική ζωή των ασθενών.

Δ03

## Ο ΔΕΙΚΤΗΣ IMT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΥΚΟΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Δημήτρης Αρτέμης, Ιωάννης Ηλιόπουλος, Γεώργιος Τσιβγούλης, Κωνσταντίνος Βαδικόλλης, Χ Πιπερίδου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ:** Οι βλάβες υψηλού σήματος της εγκεφαλικής λευκής ουσίας (WMH) θεωρούνται ως τυπικά ευρήματα στην μαγνητική τομογραφία (MRI) της νόσου των μικρών αγγείων (SVD) και αποτελούν κοινό εύρημα σε υπερτασικούς ασθενείς. Αυτές οι βλάβες θεωρούνται αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ της αρτηριακής μακρο- και μικροκυκλοφορίας. Στην μελέτη αυτή επιδιώξαμε να διερευνήσουμε την συσχέτιση των WMHs με υπερηχογραφικές παραμέτρους της εγκεφαλικής μακροκυκλοφορίας με την βοήθεια του duplex υπερηχογράφηματος της καρωτίδας αρτηρίας (CDU).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη ήταν προοπτική και περιελάμβανε υπερτασικούς ασθενείς με MRI εγκεφάλου με WMHs. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε CDU. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με κλινικό ιστορικό ΑΕΕ (ισχαιμικού είτε αιμορραγικού) ή παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου (ημισφαιρικού είτε παροδικής αμαύρωσης), ασθενείς με αιμοδυναμικά σημαντική (> 50%) εξω- ή ενδοκρανιακή στένωση, πιθανές πηγές καρδιοεμβολισμού και απουσία διακροταφικού υπερηχογραφικού παραθύρου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά 52 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης της μελέτης. Η μοναδική υπερηχογραφική παράμετρος που συσχετίστηκε ανεξάρτητα με το WMH-score στο πολυμεταβλητό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης μετά από προσαρμογή για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τους αγγειακούς παράγοντες κινδύνου ήταν ο αυξημένος δείκτης IMT της κοινής καρωτίδας αρτηρίας (CCA) διάμετρο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη μας έδειξε ότι σε υπερτασικά άτομα με εγκεφαλική SVD η έκταση των δομικών αλλαγών στην εγκεφαλική μικροκυκλοφορία, όπως αντανάκλαται από την βαρύτητα των WMHs, συνδέεται με υπερηχογραφικά μετρήσιμες μεταβολές της εγκεφαλικής μακροκυκλοφορίας.

Δ04

## Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ARMEO SPRING ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΕΕ

Σωκράτης Σγουτζάκος, Βαλεντίνη Παπαευθυμίου, Χρυσάνθη Ντασιπούλου, Κατερίνα Κυριακίδου, Δημήτριος Σκούτας, Ιωάννης Κατσάνος, Μόνικα Γαβριήλ, Ειρήνη Μούζα

Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «Η Αναγέννηση», Ν. Ραιδεστός, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα ΑΕΕ αποτελούν μια σημαντική αιτία σοβαρής λειτουργικής εξάρτησης και αναπηρίας. Η αποκατάσταση των ασθενών με ΑΕΕ στοχεύει στο να μειώσει τα λειτουργικά ελλείμματα τους και να τους παρέχει τη βέλτιστη ποιότητα ζωής. Η ρομποτική εκπαίδευση χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην αποκατάσταση της λειτουργίας των άνω άκρων σε άτομα με νευρολογικές διαταραχές.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** 10 ασθενείς (5 άντρες και 5 γυναίκες) με ισχαιμικό ΑΕΕ, 65-83 χρονών, εντάχθηκαν στη μελέτη. 4 ασθενείς είχαν ΔΕ ημιπληγία χωρίς αφασία και 6 ασθενείς είχαν ΑΡ ημιπληγία. Όλοι οι ασθενείς

νείς ακολούθησαν πρόγραμμα εργοθεραπείας με 5 συνεδρίες/εβδ. για 2 μήνες και στη συνέχεια ρομποτική εκπαίδευση με το Armeo Spring 5 συνεδρίες/εβδ. για 2 μήνες. Για την εκτίμηση των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν οι: Oxford scale και Upper extremity functional index (U.E.F.I.) καθώς και το πρόγραμμα Workspace program του Armeo Spring.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς ξεκίνησαν το πρόγραμμα εργοθεραπείας με την Oxford scale: 1+ και την U.E.F.I. score: 25,8/80. Στο τέλος του προγράμματος εργοθεραπείας η Oxford scale βελτιώθηκε από 1+ σε 2+ και το U.E.F.I. score σε 42,9/80. Ακολούθησε πρόγραμμα ρομποτικής θεραπείας και κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης οι ασθενείς αξιολογήθηκαν τρεις φορές με το Workspace program του Armeo Spring. Η τελική αξιολόγηση διαπίστωσε βελτίωση τόσο στην Oxford scale ( $3+/\pm 1$ ) όσο και στην U.E.F.I. score: 58,4/80.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εργοθεραπεία κατέχει τον κεντρικό ρόλο στην εκπαίδευση των άνω άκρων σε ασθενείς με ΑΕΕ. Η ρομποτική θεραπεία μπορεί να αξιοποιηθεί στην επίτευξη προαγωγής και βελτίωσης των επιτευγμάτων της εργοθεραπείας.

## Δ05

# ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αριστείδης Χ. Κατσάνος<sup>1</sup>, Φιολλάκη Ανδρονιώ<sup>1</sup>, Σοφία Μάρκου<sup>1</sup>, Σοφία Μαρκούλα<sup>1</sup>, Μαρία Κοσμίδου<sup>2</sup>, Αθανάσιος Π. Κυρίτσος<sup>1,3</sup>, Σωτήριος Γιαννόπουλος<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Νευροχειρουργικό Ινστιτούτο, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει σηματοδοτήσει την εποχή μας. Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σε μία ανασκοπική μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) και παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕ) οι οποίοι προσήλθαν σε νευρολογικά τμήματα της βορειοδυτικής Ελλάδος την περίοδο 2008-2014. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο υποομάδες, σε ασθενείς «πριν την οικονομική κρίση» και στους ασθενείς «μετά την οικονομική κρίση», έχοντας ως κριτικό όριο την χρονιά 2011, λόγω ότι τότε πραγματοποιήθηκε η έναρξη της βαθύτερης οικονομικής ύφεσης στη χώρα μας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς οι οποίοι διεγνώσθησαν με ΑΕΕ ή ΠΙΕ μετά το έτος 2011 (μέση ηλικία  $57.6 \pm 13.5$ ) βρέθηκαν να έχουν σημαντικά μικρότερο περίμετρο μέσης ( $p=0.001$ ), μικρότερη επίπτωση σε σακχαρώδη διαβήτη ( $p=0.028$ ), σε υπερλιπιδαιμία ( $p=0.002$ ), καθώς και στο μεταβολικό σύνδρομο ( $p<0.001$ ). Επίσης βρέθηκαν μικρότερα ποσοστά στην χορήγηση στατίνης πριν την εγκατάσταση αγγειακού συμβάματος, σε σύγκριση με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν πριν το 2011 ( $OR=0.58$ , 95%CI: 0.34-0.95,  $p=0.032$ ), αυτή όμως η συσχέτιση δεν παραμένει στατιστικά σημαντική μετά την ανάλυση ( $OR=1.69$ , 95%CI=0.83-3.42,  $p=0.143$ ). Ωστόσο, ανάμεσα στις δύο υποομάδες δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση ( $p=0.313$ ) και υπερλιπιδαιμία ( $p=0.189$ ) οι οποίοι δεν λάμβαναν αγωγή.

Στην υποομάδα των ασθενών με ιστορικό προηγούμενου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ο μέσος όρος περιμέτρου μέσης ( $p=0.035$ ), η επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου ( $p=0.004$ ) και της υπερλιπιδαιμίας ( $p=0.019$ ) βρέθηκαν σημαντικά υψηλά στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Επίσης μετά την οικονομική κρίση η επίπτωση του καπνίσματος βρέθηκε μειωμένη στους ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ ή ΠΙΕ ( $p=0.003$ ). Τέλος, δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στα ποσοστά των ασθενών με υπερλιπιδαιμία ( $p=0.355$ ) και υπέρταση ( $p=0.918$ ) της ίδιας υποομάδας, οι οποίοι δεν λάμβαναν αγωγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε, επί του παρόντος, η οικονομική κρίση να επηρεάζει σημαντικά την πρόληψη των αγγειακών συμβαμάτων στον πληθυσμό της βορειοδυτικής Ελλάδος.

Δ08

## ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΔΡΑΜΑΣ

Α. Ξάνθης, Α. Βλάχογιάννης

Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας και μπορούν να προληφθούν.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Καταγράψαμε τους ασθενείς με ΑΕΕ που παρακολουθούνται από το 2014 στο Ιατρείο Πρόληψης ΑΕΕ της Παθολογικής Κλινικής. Σε κάθε ασθενή έγινε ενδελεχής κλινικός, απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος για την αναζήτηση της αιτιολογίας του ΑΕΕ, χορηγήθηκε η πρόποσα φαρμακευτική αγωγή, έγιναν οι δέουσες παρεμβάσεις και εφαρμόστηκαν προγράμματα αποκατάστασης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξετάστηκαν 80 ασθενείς (50 άνδρες και 30 γυναίκες) μετά από νοσηλεία για ΑΕΕ. Οι 75 είχαν ισχαιμικό ΑΕΕ και οι 5 αιμορραγικό ΑΕΕ. Κατά TOAST η αιτιολογία των ισχαιμικών ΑΕΕ ήταν: α) Μεγάλων αγγείων (N= 28), β) Μικρών αγγείων (N=26), γ) Καρδιοεμβολικά (N=20), δ) Άλλα Αίτια-Μικτά (N=5) και ε) Κρυπτινική (1). Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου ήταν η Αρτηριακή Πίεση (85%), ο Σακχαρώδης Διαβήτης (35%) και η κοιλιακή μαρμαρυγή (25%). 3 ασθενείς είχαν ωοειδές τμήμα με μεγάλη διαφυγή και το έκλεισαν, 10 ασθενείς είχαν κριτική στένωση καρωτίδας που διορθώθηκε αγγειοχειρουργικά, 5 ασθενείς είχαν μειζονα θρομβοφιλία και 20 βρέθηκαν σε holter-HKG με μαρμαρυγή και έλαβαν αντιπηκτικά. Στα 2 έτη παρακολούθησης μόνο 1 ασθενής απεβίωσε λόγω νέου ΑΕΕ, αλλά είχε διακόψει την αγωγή. Τέλος, σε 10 επιπλέον ασθενείς με CHADSVASc>2 χορηγήθηκε αντιπηκτικό για πρωτογενή πρόληψη ΑΕΕ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το Ιατρείο ΑΕΕ είναι η καλύτερη και πιο οικονομική μέθοδος πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης ΑΕΕ και πρέπει να λειτουργεί σε κάθε νοσοκομείο με πολυπληθή οφέλη για την κοινωνία και τη δημόσια υγεία.

Δ09

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕ ΤΟ «TIMED UP & GO» TEST ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΠΡΟΦΙΛ

Πηνελόπη Βηλοτινού, Κωνσταντίνος Βαδικόλλας, Άννα Τσιακίρη, Αικατερίνη Ρούσσου, Φωτεινή Λέφα, Ιωάννης Ηλιόπουλος, Αικατερίνη Τερζούδη, Χαριτωμένη Πιπερίδου

Πανεπιστημιακή Νευρολογική κλινική Αλεξανδρούπολης, ΠΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο περιορισμός της ικανότητας βάδισης, έχει φανεί πως σχετίζεται με την παρουσία άνοιας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο προσδιορισμός της ικανότητας προς βάδιση ασθενών με άνοια με αγγειακούς παράγοντες κινδύνου, εκφραζόμενη μέσα από την αξιολόγηση της αδρής κινητικότητας των κάτω άκρων και της γνωστικής τους επάρκειας.

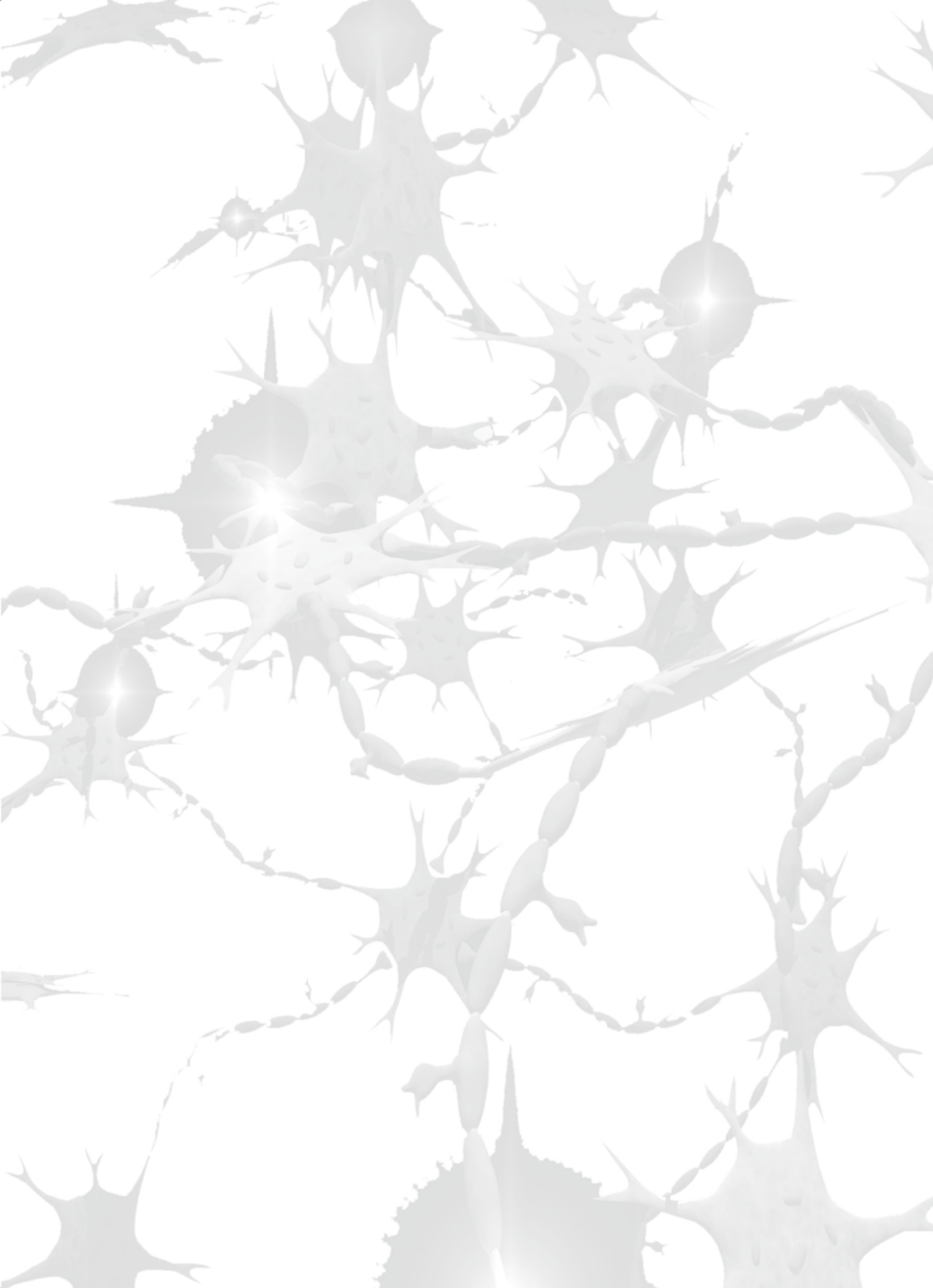
**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Εφαρμόστηκε η κλίμακα αξιολόγησης βάδισης «Timed up & go, TUG» και η κλίμακα MMSE για τον προσδιορισμό του γνωστικού επιπέδου. Οι ασθενείς με άνοια με αγγειακούς παράγοντες κινδύνου (>1) που αξιολογήθηκαν, επιλέχθηκαν από το σύνολο των ασθενών που παρακολουθούσαν ομαδικό εργοθεραπευτικό πρόγραμμα στα πλαίσια της δομής «εργαστήριο-σχολεία μνήμης» της Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής στην Αλεξανδρούπολη. Αποκλείστηκαν από την μελέτη ασθενείς με πρόβλημα κινητικότητας μετά κλινικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

---

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αξιολογήθηκαν 17 ασθενείς ως προς το γνωστικό τους επίπεδο ( $M=17.12$ ,  $SD=10.361$ ) και ως προς την ικανότητα βάδισης ( $M=12.2$ ,  $SD=5.31$ ). Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης και υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης pearson's  $r$ . Ανάμεσα στην ικανότητα βάδισης και το γνωστικό επίπεδο, σημειώνεται αρνητική συσχέτιση  $r=-.486$ . Ασθενείς με άνοια με αγγειακούς παράγοντες που εμφάνιζαν καλούς χρόνους ( $>12\text{sec}$ ) εκτέλεσης της δοκιμασίας βάδισης εμφάνιζαν και υψηλότερη επίδοση στη γνωστική κλίμακα MMSE. Η ηλικία όπως και το φύλλο των εξεταζόμενων δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικού βαθμού συσχέτιση με την ικανότητα βάδισης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ικανότητα βάδισης και το γνωστικό προφίλ αποτελούν συγκοινωνούντα δοχεία σε ασθενείς με άνοια με αγγειακούς παράγοντες. Η εκπαίδευση των ασθενών και εργοθεραπευτικό πρόγραμμα θα μπορούσε να επιδράσει στη γενικότερη βελτίωση της κλινικής τους εικόνας.

---



δραστηριότητες  
συνεδρίου  
βιβλία

# Περίληψεις Ανακοινώσεων 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων

*Παρουσιάσεις περιστατικών - Ανασκοπήσεις*



ημερίδες  
νευρολογικά  
νεα  
ενημέρωση

A04

## ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΒΕΗCΕΤ

Παύλος Δεληγκάρης, Ευγενία Αβδελλίδου, Μαρίνα Μανάνη, Ανδρονίκη Δημητριάδου, Χαράλαμπος Λιασιδής

Νευρολογική Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο διαχωρισμός της έσω καρωτίδας αποτελεί ασυνήθη αιτία αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε νέους ασθενείς. Εμφανίζεται μετά από τραύμα ή υπερέκταση του αυχένα ενώ έχει συσχετιστεί με νοσήματα που προσβάλλουν το συνδετικό ιστό. Η νόσος Behcet είναι συστηματική αγγειίτιδα που συνήθως εκδηλώνεται με υποτροπιάζοντα έλκη στοματικής κοιλότητας και γεννητικών οργάνων και επεισόδια ραγοειδίτιδας. Οι αγγειακές επιπλοκές της νόσου συχνότερα αφορούν στο φλεβικό δίκτυο, περιγράφονται ωστόσο και αρτηριακές επιπλοκές, μία εκ των οποίων, σχετικά σπάνια, αποτελεί ο διαχωρισμός της έσω καρωτίδας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 45 ετών παρουσίασε αιφνίδιο άλγος στο αριστερό ήμισυ της κεφαλής, προσώπου και τραχήλου, με συνοδό θάμβος όρασης αριστερού οφθαλμού, μετά από ήπια έκταση του αυχένα. Διενεργήθηκε CT και MR αγγειογραφία αγγείων τραχήλου που ανέδειξε την παρουσία διαχωρισμού αριστερής έσω καρωτίδας, με απουσία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου από την MRI εγκεφάλου. Ο ασθενής τέθηκε σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή και έλεγχο συστηματικής αρτηριακής πίεσης. Στη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίασε υποτροπιάζοντα επεισόδια εμπύρετης σπητικής επιπολής θρομβοφλεβίτιδας άνω άκρων. Εξαιτίας αναφερόμενου ιστορικού αρθραλγιών, δερματίτιδας και παλαιάς αμφιβληστροειδίτιδας, διενεργήθηκε πλήρης ανοσολογικός έλεγχος. Διαπιστώθηκε θετικό HLA-B51, θέτοντας ισχυρή υπόνοια για νόσο Behcet.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η νόσος Behcet έχει συσχετισθεί με επιπλοκές από τις αρτηρίες, μία από τις οποίες είναι ο διαχωρισμός της έσω καρωτίδας. Ο πιθανός παθογενετικός μηχανισμός είναι η αποφρακτική ενδοαρτηρίτιδα των τροφοφόρων αγγείων, που οδηγεί σε νέκρωση και εξασθένηση του τοιχώματος των μεγάλων αγγείων. Σε νέους ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ιδιαίτερα με διαχωρισμό της έσω καρωτίδας, είναι απαραίτητος ο διεξοδικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος για την παρουσία συστηματικής-φλεγμονώδους νόσου.

A06

## ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑΣ DUPLEX ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΤΟΥ ΚΝΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Οδυσσέας Καργιώτης<sup>1</sup>, Απόστολος Σαφούρης<sup>1</sup>, Γεώργιος Μαγκούφης<sup>1</sup>, Χρυσούλα Λιαντινιώτη<sup>1,2</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>2,3</sup>, Ελεθέριος Σταμπουλής<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων Νοσοκομείου «Metropolitan», Πειραιάς, Ελλάδα,

<sup>2</sup> Β' Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου «Αττικών», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Κέντρου Επιστημών Υγείας του Tennessee, Memphis Tennessee, ΗΠΑ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η οξεία φλεγμονή του εγκεφαλικού παρεγχύματος οδηγεί συχνά σε κυτταροτοξικό οίδημα και αυξημένη ενδοκράνια πίεση (ΕΠ). Η διακρανιακή υπερηχογραφία duplex (TCCDS), μέσω των αυξημένων τιμών του δείκτη σφυγμικότητας (ΔΣ), μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έμμεση διάγνωση/παρακολούθηση των ασθενών με αυξημένη ΕΠ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση της χρησιμότητας του TCCDS στην οξεία φάση της λοίμωξης του ΚΝΣ στα πλαίσια ανίχνευσης αυξημένης ΕΠ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσιάζουμε 3 ασθενείς με οξείας εισβολής σύγχυση, διέγερση, ήπια δεξιά ημιπάρεση και αφασία και ταχεία βελτίωση εντός 24ώρου, στα πλαίσια λοίμωξης του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Στους 2 ασθενείς (ασθενείς 1 και 2) διαγνώσθηκε λοίμωξη έρπητα ζωστήρα μέσω της παρουσίας αντισωμάτων εναντίον του ιού στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) ενώ στον τρίτο ασθενή (ασθενής 3) αναπτύχθηκε

μονοκυτταρική λιστέρια στην καλλιέργεια του ENY. Εκτός από το TCCDS, οι ασθενείς υποβλήθηκαν επίσης σε μαγνητική τομογραφία και αγγειογραφία εγκεφάλου και αναλυτικό αιματολογικό/βιοχημικό έλεγχο χωρίς αξιοσημείωτα ευρήματα, ενώ το ηλεκροεγκεφαλογράφημα ανέδειξε επικράτηση βραδών κυμάτων αριστερά μετωπο-κροταφικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα TCCDS εισαγωγής στους ασθενείς 2 και 3 ανέδειξαν σημαντική αύξηση του ΔΣ στην αριστερή μέση και πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία καθώς και στην ενδοκρανιακή μοίρα της αριστερής έσω καρωτίδας σε σχέση με τα ετερόπλευρα αγγεία, ενώ στον ασθενή 1 παρατηρήθηκε μέτρια αύξηση αλλήλα σαφή ασυμμετρία υπέρ της αριστερής μέσης εγκεφαλικής και της τελικής ενδοκράνιας μοίρας της έσω καρωτίδας αρτηρίας. Ο επανέλεγχος στους ασθενείς 1 και 2 μετά από 24 ώρες ανέδειξε ομαλοποίηση του ΔΣ παράλληλα με την κλινική βελτίωση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εστιακή αύξηση του ΔΣ στην οξεία φάση της λοίμωξης του ΚΝΣ πιθανότατα ερμηνεύεται από την εστιακή αύξηση της ΕΠ στο αριστερό ημισφαίριο λόγω της υποκείμενης φλεγμονής και κυτταροτοξικού οιδήματος. Το TCCDS μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική εξέταση στην αρχική εκτίμηση των ασθενών με μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

A07

## ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΚΛΟΠΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στυλιανή-Αγγελική Συντήλη, Ιωάννα Κουτρούλου, Κωνσταντίνος Νατσής, Θεόδωρος Καραπαναγιωτίδης, Νικόλαος Γρηγοριάδης, Καρακάστας Δημήτριος

Β' Νευρολογική Κλινική ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το φαινόμενο υποκλοπής της υποκλειδίου αρτηρίας αφορά σε στένωση (>50%) ή απόφραξη στο εγγύς τμήμα αυτής, με αποτέλεσμα την αναστροφή της κεφαλικής ροής στη σύστοιχη σπονδυλική αρτηρία. Συχνότερο αίτιο είναι η αθηροσκληρήνωση. Η πλειοψηφία των ασθενών παραμένουν ασυμπτωματικοί ή εμφανίζουν συμπτώματα υποαιμάτωσης του σύστοιχου άνω άκρου. Σπάνια είναι η εκδήλωση ισχαιμικού επεισοδίου της οπισθίας κυκλοφορίας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα 58 ετών, χρόνια καπνίστρια, με ελεύθερο λοιπό ιστορικό, νοσηλεύτηκε τον Οκτώβριο του 2015 για διερεύνηση ισχαιμικών επεισοδίων του σπονδυλοβασικού συστήματος. Από την κλινική εξέταση παρουσίαζε αμφοτερόπλευρη παρεγκεφαλιδική αταξία, δυσαρθρία, ήπια δεξιά πυραμιδική συνδρομή και διαφορά στις αρτηριακές πιέσεις μεταξύ των δύο άνω άκρων της τάξεως των 40mmHg. Ο αρχικός διαγνωστικός έλεγχος με Triplex αγγείων τραχήλου και διακράνιο Doppler ανέδειξε πλήρως ανεστραμμένη ροή στο ενδοκράνιο και εξωκράνιο τμήμα της αριστερής σπονδυλικής αρτηρίας με χαρακτήρες ροής υψηλών περιφερικών αντιστάσεων. Η MRA αορτικού τόξου επιβεβαίωσε τα υπερηχογραφικά ευρήματα, αναδεικνύοντας έλλειμμα σκιαγράφησης στο εγγύς τμήμα της αριστερής υποκλειδίου με ανάστροφη σκιαγράφηση της σύστοιχης σπονδυλικής. Στην MRI εγκεφάλου απεικονίστηκαν αμφοτερόπλευρα παρεγκεφαλιδικά έμφρακτα στην κατανομή των άνω παρεγκεφαλιδικών αρτηριών. Ο λοιπός παρακλινικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η ασθενής εξήλθε υπό φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τον προγραμματισμό χειρουργικής αποκατάστασης της υποκλειδίου σε δεύτερο χρόνο.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα ευρήματα συνηγούν υπέρ συνδρόμου υποκλοπής της ΑΡ υποκλειδίου αρτηρίας. Ως προς την αιτιολογία των αμφοτερόπλευρων εμφράκτων στην κατανομή της άνω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας, δεδομένης της απουσίας άλλης εμφανούς αιτιολογίας, πλέον πιθανή θεωρείται η αιμοδυναμική επιβάρυνση της βασικής αρτηρίας, συνεπεία της εκτεταμένης υποκλοπής από την αριστερή υποκλειδίο, πιθανότατα σε συνδυασμό με συνθήκες χαμηλής αρτηριακής πίεσης.



A08

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΩΝ ΕΜΦΡΑΚΤΩΝ ΜΕ ΜΟΝΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΝ ΙΛΙΓΓΟ

Ελένη Μαυράκη<sup>1</sup>, Φλώρα Κεσκερίδου<sup>1</sup>, Φωτεινή Νεχεντίδου<sup>1</sup>, Χριστίνα Αγγελιοπούλου<sup>1</sup>, Μιχάλης Μαντατζής<sup>2</sup>, Σωτήρης Λαμπρακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογικό Τμήμα ΕΣΥ Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης,

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης ΔΠΘ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Εγκεφαλικά έμφρακτα της οπίσθιας κυκλοφορίας μπορεί να εμφανισθούν με αιφνίδια ζάλη περιστροφικού τύπου, ναυτία και αστάθεια και να μιμηθούν καλοήθεις διαταραχές του αιθουσιαίου συστήματος, παθήσεις πολύ συχνές στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Ο νευρολόγος καλείται με βάση τη γνώση των σημείων και των συμπτωμάτων του ιλίγγου να αναγνωρίσει τα αγγειακά περιστατικά, που απαιτούν ανάλογη διαχείριση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 1<sup>ΟΥ</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άρρεν, 49 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, παραπέμπεται από ιδιώτη Νευρολόγο για διερεύνηση ισχαιμικού εμφράκτου στην κάτω επιφάνεια του αριστερού ημισφαιρίου της παρεγκεφαλίδας, στην περιοχή κατανομής της αριστερής οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. Η βλάβη αναδείχθηκε στην MRI εγκεφάλου, στην οποία υποβλήθηκε ο ασθενής για ζάλη από 10ημέρου, χωρίς ανταπόκριση σε αγωγή για ιλίγγο. Από την κλινική εξέταση ο ασθενής παρουσίαζε διάσπαση των ρείων παρακοιλούθιων κινήσεων και ήπια αταξία στη δοκιμασία βήμα προς βήμα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2<sup>ΟΥ</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άρρεν, 61 ετών, με ιστορικό παιδιού ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, χωρίς λήψη αγωγής, παραπέμπεται από την ΩΡΛ κλινική, όπου νοσηλεύονταν λόγω οξέως ιλίγγου, μετά από ανάδειξη στην MRI εγκεφάλου, ισχαιμικού εμφράκτου στην κάτω επιφάνεια του δεξιού παρεγκεφαλιδικού ημισφαιρίου, στην περιοχή αιμάτωσης της δεξιάς οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. Από την κλινική εξέταση, μοναδική σημειολογία του ασθενούς, η ήπια αταξία στη δοκιμασία βήμα προς βήμα.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια της οπίσθιας κυκλοφορίας μπορεί να εμφανίζονται με συμπτωματολογία οξέως ιλίγγου και να διαφύγουν από νευρολογική ή και ΩΡΛ εκτίμηση. Η ενδελεχής κλινική εξέταση είναι αυτή που μπορεί να αποκαλύψει σημειολογία συμβατή με αγγειακή βλάβη. Η MRI εγκεφάλου, συνήθως, επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

B06

## ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΗΓΜΑ ΟΦΕΩΣ

Βασιλική Σκαρλάτου, Γρηγόριος Παπαποστόλου, Μαθαματή- Ελένη Λέντζα, Αντώνιος Ταθερναράκης  
Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. «Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αναφέρεται, σε περιορισμένο αριθμό περιστατικών στη βιβλιογραφία, ως σπάνια επιπλοκή μετά από δήγμα όφεως σε ασθενείς χωρίς παράγοντες κινδύνου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 43 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσεκομίσθη από περιφερειακό νοσοκομείο λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης αφασίας, θάμβους όρασης και διαταραχών καρδιακού ρυθμού, λίγες ώρες μετά από δήγμα όφεως στο δεξιό παράμεσο δάκτυλο. Κατά την ANE διαπιστώθηκε αποπροσανατολισμός σε χώρο και χρόνο, αφασικές διαταραχές κυρίως εκπομπής και δεξιά ομώνυμη ημιανοψία. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε εκτεταμένη πρόσφατη ισχαιμική αλλοίωση στον αριστερό ινιακό, κροταφικό και βρεγματικό λοβό καθώς και δύο έτερες ισχαιμικές αλλοιώσεις αριστερά μετωπιαία και στο δεξιό ημισφαίριο της παρεγκεφαλίδας.

Ο ασθενής παρουσίασε οίδημα δεξιού άνω άκρου, αιμολυτική αναιμία και φλεβοκομβική βραδυκαρδία. Ετέθη σε συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση και σταδιακά αποκαταστάθηκε η καρδιακή συχνότητα.

Χορηγήθηκε αντιοφικός ορός, αντιβιοτική και αντιϊσταμινική αγωγή, καθώς και συστηματική αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, με αποτέλεσμα άμεση κλινική και εργαστηριακή βελτίωση.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε αγγειογραφία και φλεβογραφία εγκεφάλου, χωρίς ανάδειξη παθολογικών ευρημάτων. Το triplex αγγείων τραχήλου ήταν φυσιολογικό όπως και το διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς. Στο διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς διαπιστώθηκε παρουσία ανοικτού ωοειδούς τρήματος. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός και ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός.

Στην επαναληπτική MRI εγκεφάλου, 14 ημέρες μετά την εισαγωγή, διαπιστώθηκε περιορισμός της έκτασης των ισχαιμικών αλλοιώσεων με συνοδά ήπια αιμορραγικά στοιχεία. Ο ασθενής εξήλθε σταθερός, με βελτιωμένη νευρολογική εικόνα.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Ποικίλοι μηχανισμοί ενοχοποιούνται για την εμφάνιση ισχαιμικών εμφράκτων ως αποτέλεσμα της δράσης της τοξίνης του φιδιού όπως διαταραχές ηλεκτρικής με σχηματισμό μικροθρόμβων, υπεργλυκόζη, υπόταση, βλάβη του αγγειακού ενδοθηλίου και καρδιοεμβολισμός.

Γ04

## ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ D-DIMERS ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Γεώργιος Παπαδημητρίου<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα<sup>1</sup>, Μαρία Χονδρογιάννη<sup>1</sup>, Σωκράτης Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Παπά<sup>1,3</sup>, Μιχάλης Ιωακείμης<sup>1</sup>, Χρυσούλα Λιαντινιώτη<sup>1</sup>, Νικόλαος Οικονομόπουλος<sup>2</sup>, Σωκράτης Γ. Παγεωργίου<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>2</sup> Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ΠΓΝ Λάρισας, Λάρσα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η συσχέτιση υπερπηκτικής κατάστασης με καρκίνο είναι σαφής και μπορεί να προκαλέσει φλεβικές και αρτηριακές θρομβώσεις με ποικίλη μηχανισμών. Ως εκ τούτου, η τεκμηρίωση υπερπηκτικότητας σε ασθενή με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ με μια εργαστηριακή εξέταση όπως η μέτρηση των επιπέδων D-dimers μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του περιστατικού και την αποκάθιση πιθανής υποκείμενης νεοπλασίας.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Περιστατικό 1:** Γυναίκα 49 ετών εμφανίζει αστάθεια, δυσαρθρία, αδυναμία δεξιού άνω άκρου, τεταρτοκυκλική ανοψία και δύσπνοια. D-dimers προσέλευσης: >20000 ng/mL (φ.τ. < 500ng/mL). MRI εγκεφάλου: πρόσφατα εγκεφαλικά έμφρακτα σε πολλαπλές αρτηριακές κατανομές. Διακρανιακό Doppler ενδοκράνιων αγγείων: Παροδικά υπερηχοικά σήματα υποδηλώνουν συνεχιζόμενη διέλευση μικροθρόμβων. CT θώρακος-κοιλίας: μαζική πνευμονική εμβολή, πολλαπλά έμφρακτα σπλήγχνων (σπλήνας, νεφροί) και ευμεγέθη μάζα εξορμώμενη από την δεξιά ωοθήκη με χαρακτηριστικά βλενωδούς κυσταδενοκαρκινώματος. Καρκινικοί δείκτες αυξημένοι (CA19.9: >10000 U/mL). Η ασθενής κατέληξε τρία εικοσιτετράωρα αργότερα λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.

**Περιστατικό 2:** Άντρας 60 ετών, καπνιστής, διαβητικός, με υπερλιπιδαιμία, υπέρταση και ιστορικό οσφυαλγίας προσέρχεται λόγω αστάθειας, εμέτων και αναφερόμενο παροδικό επεισόδιο αιμωδίας αριστερού ημισώματος. Απεικονίστηκαν υπόπυκνες αλλοιώσεις σε αριστερό παρεγκεφαλικό ημισφαίριο και δεξιό ημισφαιρικό κέντρο. D-dimers προσέλευσης: 6502 ng/mL. Έλεγχος αγγείων τραχήλου: αρνητικός για αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις, παρουσία παροδικών υπερηχοικών σημμάτων στο διακρανιακό Doppler ενδοκράνιων αγγείων. CT θώρακος-κοιλίας ανέδειξε πολυποβωτή εξεργασία σώματος παγκρέατος με ηπατικές και οστικές μεταστάσεις σε θώρακα και οσφύ. Η ιστολογική εξέταση ταυτοποίησε αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος. Μετά από νέο ΑΕΕ με εγκατάσταση αφασίας, ο ασθενής σταθεροποιήθηκε μόνο μετά από μέγιστη δόση αντιπηκτικών.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Τα περιστατικά υπογραμμίζουν τόσο την αξία των D-dimers σε ισχαιμικά ΑΕΕ ως βιοδείκτη υποκείμενης νεοπλασίας όσο και την παθογενετική ετερογένεια των σχετιζόμενων με καρκίνο υπερπηκτικών καταστάσεων όπως αυτή σκιαγραφείται από το διαφορετικό κλινικοεργαστηριακό προφίλ και τη διαφορετική εξέλιξη των δύο περιπτώσεων.

## ΟΛΙΚΗ ΑΝΑΤΡΟΠΗ: ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΑΡΧΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΕΕ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Αλεξάνδρα Παπά<sup>1,4</sup>, Γεώργιος Παπαδημητρώπουλος<sup>1</sup>, Σωκράτης Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Χριστίνα Ζόμπολα<sup>1</sup>, Μιχάλης Ιωακειμίδης<sup>1</sup>, Ανδρομάχη Ρουσσόπουλου<sup>1</sup>, Ματίλντα Παπαθανασίου<sup>2</sup>, Σπυρίδων Βασδέκης<sup>3</sup>, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης<sup>1</sup>, Γεώργιος Τσιβγούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>2</sup> Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>3</sup> Αγγειοχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ΠΓΝ Λάρισας, Λάρισα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η εμπειρία από τα ειδικά ιατρεία απομυελινωτικών νόσων καταδεικνύει μια σταθερή ροή περιστατικών από μη εξειδικευμένα κέντρα με αρχικές διαγνώσεις σε λάθος κατεύθυνση. Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά τα οποία υπεβλήθησαν σε χρονοβόρα και πολυέξοδη διερεύνηση ως επί πιθανής πολυπληλούς σκλήρυνσης ενώ ο πραγματικός υποκείμενος μηχανισμός των βλαβών ήταν ισχαιμικός.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: Περιστατικό 1:** Άνδρας 60 ετών διακομίζεται στην Κλινική μας από Επαρχιακό Νοσοκομείο για διερεύνηση απομυελινωτικής νόσου, λόγω προϊούσας νευρολογικής σημειολογίας (δεξιά ημιπάρεση) και πολυπληλών εστιών αυξημένης έντασης σήματος στην εν τω βάθει λευκή ουσία των ημισφαιρίων. Φέρει triplex αγγείων τραχήλου το οποίο δεν αναδεικνύει αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις τραχηλικών αγγείων (<50%). Κατά την διερεύνηση διαπιστώνεται ότι στην MRI εγκεφάλου οι βλάβες έχουν χαρακτηριστικά ισχαιμικών αλλοιώσεων μεθοριακής κατανομής. Σε επανάληψη του υπερηχογραφικού ελέγχου διαπιστώνεται αιμοδυναμικά σημαντική στένωση (80%-95%) στην τραχηλική μοίρα της αριστερής έσω καρωτίδας και ο ασθενής παραπέμπεται για αγγειοχειρουργική αντιμετώπιση (καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή).

**Περιστατικό 2:** Άνδρας 59 ετών με ιστορικό ΑΥ, ΣΝ (3xCABG) με διάγνωση RR-MS με αναφερόμενες υποτροπιάζουσες οπτικές νευρίτιδες δεξιού οφθαλμού υπό Copaxone (από έτους) και τοποθέτηση stent δεξιάς έσω καρωτίδας προ 3μήνου, προσέρχεται λόγω επιληπτικής κρίσης με μετακριτική παράλυση. Προσκομίζει ανοσοηλεκτροφόρηση ENY με φυσιολογικό δείκτη IgG και αρνητική για ολιγοκλωνικές ζώνες. Νέα MRI εγκεφάλου αναδεικνύει πολυπληλή ισχαιμικά έμφρακτα σε διάφορες αγγειακές κατανομές. Υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε πλήρη απόφραξη της αριστερής έσω καρωτίδας και βατότητα του stent στη δεξιά έσω καρωτίδα. Ψηφιακή Φλουοροαγγειογραφία κατέδειξε απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας του αμφιβλήστροειδούς δεξιά.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Σε ορισμένους ασθενείς με ισχαιμικά ΑΕΕ η διάγνωση συγχέεται με αυτή της ΠΣ. Η ορθή εφαρμογή της κλινικής μεθοδολογίας και η αυστηρή τήρηση των διαγνωστικών κριτηρίων μπορεί να αποτρέψει σφάλματα που συνεπάγονται επιβάρυνση του συστήματος υγείας και έκθεση των ασθενών σε δυνητικούς κινδύνους.

## ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ «ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ» ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ

Στυλιανή Φωτιάδου, Κωνσταντίνος Βαδικόλλας, Ιρφάν Μεχμέτ, Κωνσταντίνος Χαραλαμπίδης, Παύλος Τσιφτσής, Άγγελος Καρυδάς, Βικτώρια Καπουράνη, Φωτεινή Κατακογιάννη, Αικατερίνη Τερζοπούδη, Ιωάννης Ηλιόπουλος, Χαριτωμένη Πιπερίδου

Νευρολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το διαχωριστικό ανεύρυσμα της καρωτίδας (ΔΑΚ) θεωρείται ότι ευθύνεται για το 2% στο σύνολο των οξέων ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΙΑΕΕ) και για μεγαλύτερο ποσοστό σε νέα άτομα. Έχει αναφερθεί «καθυστερημένη» εμφάνιση ΙΑΕΕ, από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες, μετά ΚΑΔ. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ συνεπεία ΚΑΔ, ιδιαίτερα με τυφλό τραυματικό μηχανισμό, δεν είναι καλά τεκμηριωμένη. Πολυκεντρικές μελέτες και οι πρόσφατες οδηγίες της ΑΗΑ/ΑΣΑ (2016) δικαιολογούν την χορήγησή της (IIa/C) εντός 4,5 ωρών σε μη τραυματικό ΚΑΔ. Συζήτηση επίσης υπάρχει στο θέμα της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης εφόσον αναφέρεται προηγούμενο ΑΕΕ ή πρόσφατο παροδικό ισχαιμικό ΑΕΕ (ΠΙΕ).

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άρρεν, 54 ετών, εμφάνισε αιφνίδια αριστερή ημιπάρεση, πάρεση προσωπικού κεντρικού τύπου αριστερά και σύστοιχη ημιϋπαισθησία (NIHSS=11). Προ 40 ημερών είχε εμφανίσει ΠΙΕ συνεπεία αμφοτεροπλευρού διαχωριστικού ανευρύσματος των καρωτίδων με υποψία υποκείμενου τραυματικού μηχανισμού (χειροδικία). Σε μαγνητική τομογραφία μετά το πρώτο επεισόδιο δεν είχε απεικονισθεί παρεγχυματική εγκεφαλική βλάβη. Η νέα επείγουσα αξονική τομογραφία εγκεφάλου δεν έδειξε νέα ή παλαιά βλάβη. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοφλέβια χορήγηση ατεπλίας 190 λεπτά μετά την έναρξη του επεισοδίου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος και η μαγνητική τομογραφία ανέδειξαν διαχωριστικά ανευρύσματα στους καρωτιδικούς βοήθους αμφοτερόπλευρα. Στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε δεύτερο χρόνο απεικονίστηκαν μικρού μεγέθους ισχαιμικές βλάβες αμφοτερόπλευρα. Ο ασθενής εξήλθε με NIHSS 2. Μετά 3 μήνες εμφανίζει Rankin Scale Score 0.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ενδοφλέβια θρομβόλυση χορηγήθηκε με ασφάλεια σε ασθενή με ιστορικό σχετικά πρόσφατου ΠΙΕ και «καθυστερημένη» εμφάνιση ΑΕΕ συνεπεία ΔΑΚ. Προηγούμενη παρεγχυματική βλάβη σε περίπτωση ιστορικού ΠΙΕ και το ενδεχόμενο όφελος-επιπτώσεις σε περίπτωση ΔΑΚ θα πρέπει να αξιολογούνται εξατομικευμένα από τους θεράποντες.

Γ07

## ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ: Η ΘΑΛΑΜΟΦΛΟΪΚΗ ΟΔΟΣ

Θωμάς Σταρδέλης<sup>1</sup>, Παναγιώτα-Λεηλούδα Μπουραζάνη<sup>2</sup>, Ηρώ Μπούρα<sup>3</sup>, Παναγιώτης Χαλούπης-Ιακωβίδης<sup>4</sup>, Μαρία Καρατζίκου<sup>1</sup>, Μαρία Σταυρουλάκη<sup>3</sup>, Γεώργιος Κλάδος<sup>1</sup>, Θωμάς Μαρής<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Βενιζέλειο- Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,

<sup>2</sup> Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά Αγ. Παντελεήμων,

<sup>3</sup> Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου,

<sup>4</sup> St. Joseph's Hospital Bochum

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Μικρά έμφρακτα στο θάλαμο μπορούν να προκαλέσουν αιφνίδιας έναρξης διαταραχή μνήμης και προσοχής, κλινική εικόνα που μπορεί συχνά να διαγνωσθεί λανθασμένα ως λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Μία 63χρονη γυναίκα με ατομικό ιστορικό συνδρόμου POEMS, αυτόλογης μεταμόσχευσης μυελού, υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας και μαστεκτομής προσήλθε με αιφνίδιας έναρξης διαταραχή των ανώτερων νοητικών λειτουργιών από περίπου δύο εβδομάδων.

Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε αποπροσανατολισμό σε χώρο και χρόνο, σημαντικά ελλείμματα μνήμης και προσοχής (MMSE = 11/30 και MoCA = 6/30), διακυμάνσεις εγρήγορης, δυσχέρεια κατονομασίας, απάθεια, αβουλία, βραδυψυχισμό, ενδεικτικά δυσλειτουργίας του μετωπιαίου λοβού, χωρίς κινητικά ή αισθητικά ελλείμματα.

Η γενική και ο βιοχημικός έλεγχος αίματος, οι ανοσολογικές και ιολογικές εξετάσεις, καθώς και η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα.

Η μαγνητική εγκεφάλου απεικόνισε, σε T2 και FLAIR, υψηλού σήματος αλλοιώσεις στην ανατομική περιοχή αμφοτέρων των πρόσθιων θαλάμων, που στερούνταν εμπλουτισμού, εύρημα που συνάδει με υποξεία ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια.

Στην επανεξέταση ενάμιση μήνα αργότερα η ασθενής εμφανίστηκε ελαφρά βελτιωμένη (MMSE = 15/30 και MoCA = 6/30) και τέσσερις μήνες αργότερα η βαθμολογία της στο MMSE ήταν 22/30 και η ασθενής ήταν λειτουργική για τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητάς της.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Ο μετωποκροταφικός φλοιός παρουσιάζει εκτεταμένες συνδέσεις με τους σύστοιχους πρόσθιους θαλαμικούς πυρήνες διαμέσου του πρόσθιου και του κάτω θαλαμικού μίσχου, οι οποίοι σχηματίζονται από φλοιοθαλαμικές και θαλαμοφλοιϊκές ίνες. Παλαιότερες μελέτες επιβεβαίωσαν ότι στην περίπτωση εμφράκτου στο θάλαμο, η διάσπαση των ινών της θαλαμικής ακτινοβολίας είναι καθοριστική για τη λειτουργική απενεργοποίηση του σύστοιχου μετωπιαίου φλοιού (θαλαμοφλοιϊκό σύνδρομο αποσύνδεσης).

Γ08

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ

Βαβουγιός Γεώργιος<sup>1</sup>, Μανδράς Δημήτριος<sup>1</sup>, Ντόσκας Τριαντάφυλλος<sup>1</sup>

Νευρολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών<sup>1</sup>

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο αναστρέψιμης οπίσθιας εγκεφαλοπάθειας (posterior reversible encephalopathy syndrome, PRES) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Hinchey και συνεργάτες το 1996. Επί της ουσίας αποτελεί συνδυασμό κλινικής εικόνας και απεικονιστικών ευρημάτων, κατά τα οποία η τυπική παρουσίαση του συνδρόμου δύναται να περιλαμβάνει αιφνίδια κεφαλαλγία, σπασμούς, οπτικές διαταραχές και εγκεφαλοπάθειας, ενώ απεικονιστικά δύναται να απαντώνται ευρήματα συμβατά με εστιακό, αναστρέψιμο εγκεφαλικό οίδημα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 48 ετών, θήλυ, με ατομικό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας άνευ αγωγής, η οποία προσήλθε στο τμήμα επείγοντων περιστατικών του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών κατόπιν επεισοδίου αιφνίδιας διαταραχής στην όραση την οποία η ίδια περιγράφει σαν μείωση του

οπτικού πεδίο με συνοδές φωταψίες, οι οποίες κατέστησαν δυσχερή την οδήγηση. Περιγράφεται κεφαλαλγία αμφοτερόπλευρη βρεγματικής εντόπισης, διάρκειας δέκα περίπου λεπτών με συνοδό σύγχυση, ενώ αναφέρονται 2 διαδοχικά επεισόδια εμέτου στη διαδρομή μέχρι το νοσοκομείο. Από την αντικειμενική νευρολογική εξέταση προκύπτει AP ημιανοψία, οπτική αταξία και AP ήπια ημιπάρεση (MRC άνω και κάτω άκρων: 4+). Από τον απεικονιστικό έλεγχο στον οποίο υποβλήθηκε (Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου) ανεδείχθη αιμάτωμα ΔΕ νήσου του Reil. Στον επακόλουθο έλεγχο με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώθηκαν επιπλέον αλλοιώσεις συμβατές με χρόνια ισχαιμική μικροαγγειοπάθεια εντοπιζόμενες στην στην περικοιλιακή λευκή ουσία άμφω και στο στέλεχος, καθώς επίσης και απεικονιστικά ευρήματα συμβατά με αγγειογενές εγκεφαλικό οίδημα βρεγματοϊνιακά άμφω. Ο αγγειογραφικός έλεγχος δεν ανέδειξε σημαντικές στενώσεις στα αγγεία του τραχήλου και του εγκεφάλου. Βάση των ανωτέρω απεικονιστικών εξετάσεων, η αυτόματη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία θεωρήθηκε πως επήλθε σε έδαφος χρόνιας, μη διαγνωσμένη αρτηριακής υπέρτασης. Εξέρχεται σε καλή γενική κατάσταση με υπολειμματική νευρολογική σημειολογία (AP ημιανοψία, οπτική αταξία), έχοντας λάβει οδηγίες για την περαιτέρω παρακολούθησή της. Η ασθενής ακολουθώντας του εξιτηρίου της τέθηκε σε μηνιαία παρακολούθηση σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, ενώ πραγματοποιήθηκε επακόλουθος απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, κατά τον οποίο φάνηκε σταδιακή απορρόφηση του ενδοεγκεφαλικού αιματώτος και υποστροφή του οιδήματος, παράλληλα με την βελτίωση της κλινικής της εικόνας.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Παρά τον τυπικό ορισμό του, το σύνδρομο PRES παραμένει μια αρκετά ετερογενής κλινική-απεικονιστική οντότητα η οποία δύναται να αφορά και αγγειακές περιοχές πέραν της οπίσθιας κυκλοφορίας, ενώ υπό προϋποθέσεις δύναται να μην είναι αναστρέψιμο. Στο παρόν περιστατικό ωστόσο, τόσο η κλινική εικόνα όσο και τα απεικονιστικά ευρήματα εμπίπτουν στο τυπικά περιγραφόμενο σύνδρομο, με την συνθήκη της αναστρεψιμότητας να τεκμηριώνεται στον μετέπειτα (κατόπιν της νοσηλείας) απεικονιστικό έλεγχο. Αντίστοιχα, μία από τις κοινότερα αναφερόμενες αιτίες ανάπτυξης του συνδρόμου, όπως η αρτηριακή υπέρταση, φαίνεται πως ήταν και η εν προκειμένω αιτιοπαθογενετική βάση ανάπτυξής του. Βάση της έγκαιρης αναγνώρισής του και του στενότερου ελέγχου της αρτηριακής πίεσης της ασθενούς, η κλινικοαπεικονιστική της εικόνα βελτιώθηκε με την πάροδο του χρόνου, ακολουθώντας εν πολλοίς κατά την περιγραφόμενη από την βιβλιογραφία πρόγνωση του έγκαιρα θεραπευόμενου συνδρόμου PRES.

Γ09

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΑ ΧΩΡΟΧΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Στυλιανή Φωτιάδου<sup>1,2</sup>, Νικόλαος Αγγελούσης<sup>1</sup>, Ερασμία Γιαννακού<sup>1</sup>, Θεοδώρα-Μαρία Στουγιάννου, Τερζή Αλεξάνδρα, Ιωάννης Ηλιόπουλος<sup>2</sup>, Κωνσταντίνος Βαδικόλλας<sup>2</sup>, Αικατερίνη Τερζούδη<sup>2</sup>, Χαριτωμένη Πιπερίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή,

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι Αμερικανικές Εταιρείες Καρδιάς και Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (AHA/ASA), το 2014, εξέδωσαν επικαιροποιημένες συστάσεις για την φυσική άσκηση άσκηση και δραστηριότητα σε ασθενείς μετά αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Μελέτη της επίδρασης ενός προγράμματος άσκησης, βασισμένο στις συστάσεις των AHA/ASA, στα χωροχρονικά και κινηματικά χαρακτηριστικά βάδισης ασθενούς με πτωχή λειτουργικότητα, συνεπεία χρόνιου ισχαιμικού ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Θήλυ ασθενής, 76 ετών, με NIHSS έξι και Modified Rankin Scale τέσσερα, 18 μήνες μετά από ισχαιμικό ΑΕΕ, ακολουθούσε πρόγραμμα άσκησης, διάρκειας μιας ώρας την ημέρα, τρεις φορές την εβδομάδα, για δύο μήνες, που περιλάμβανε ασκήσεις ενδυνάμωσης, αντοχής, νευρομυϊκής συναρμογής και ευλυγισίας. Η ασθενής αξιολογήθηκε, πριν και μετά την παρέμβαση, με τη χρήση ενός τρισδιάστατου συστήματος ανάλυσης της βάδισης, που αποτελούνταν από έξι κάμερες υπερύθρων και δύο δυναμοδάπεδα. Οι χωροχρονικές παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν η ταχύτητα και η συχνότητα βάδισης, η διάρκεια και

το μήκος διασκελισμού και βήματος και η διάρκεια μονής και διπλής στήριξης. Οι κινηματικές παράμετροι της βάδισης ήταν οι γωνίες κάμψης/έκτασης, απαγωγής/προσαγωγής και έσω/έξω στροφής του ισχίου, η γωνία κάμψης/έκτασης του γόνατος και η γωνία πελματιαίας/ραχιαίας κάμψης ποδοκνημικής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ταχύτητα βάδισης αυξήθηκε κατά 328% στην τελική μέτρηση και η διάρκεια της διποδικής στήριξης μειώθηκε κατά 70%. Μετά την παρέμβαση τα κινηματικά χαρακτηριστικά προσέγγιζαν περισσότερο αυτά των υγιών ατόμων και το Modified Rankin Scale μειώθηκε στο 3.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η βελτίωση της βάδισης οδήγησε σε παράλληλη βελτίωση της λειτουργικότητας. Οι ασθενείς με ΑΕΕ, υπό κατάλληλη παρέμβαση, δύναται να βελτιωθούν ακόμη και 1.5 έτος μετά το επεισόδιο, πιθανά μέσω ανάπτυξης αντισταθμιστικών στρατηγικών έναντι των νευρολογικών ελλειμμάτων.

Δ01

## CASASIL: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΕΑΣ (8ΗΣ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ελένη Μπακόλα<sup>1</sup>, Ανδριάννα Μαυρίκη<sup>1</sup>, Αναστασία Μπούμπα<sup>1</sup>, Ελένη Μειδάνη<sup>1</sup>, Μαρία Κουτσόκερα<sup>1</sup>, Γεώργιος Κατσούλης<sup>1</sup>, Γεώργιος Χατζηγεωργίου<sup>2</sup>, Τερέζα Ακουαβίβα<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ΓΝΕ Θριάσιο,

<sup>2</sup> Εργαστήριο Νευρογενετικής ΠΓΝ Λάρισας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος CADASIL (εγκεφαλική αρτηριοπάθεια αυτοσωματικού επικρατούντος χαρακτήρα με υποφλοιώδη έμφρακτα και λευκοεγκεφαλοπάθεια) είναι μια σπάνια κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια και αγγειακή άνοια. Έως σήμερα έχουν περιγραφεί επτά οικογένειες στην Ελλάδα.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άντρας 39 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, καπνιστής εισήχθη στο ΓΝΕ Θριάσιο λόγω ενός επεισοδίου διαταραχής επιπέδου συνείδησης μετά από έντονο στρες. Στην αξονική εγκεφάλου αναδείχθηκαν παλαιά ισχαιμικά έμφρακτα αριστερά κροταφικά και δεξιά ινιακά. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των μεγάλων εξωκράνιων αγγείων, ο έλεγχος για καρδιακή εμβολογόνο εστία και ο υπόλοιπος εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος απέβη αρνητικός. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε μικροέμφρακτα στην υποφλοιώδη και στην εν τω βάθει περικοιλιακή λευκή ουσία. Η MRA εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Από το οικογενειακό ιστορικό πρόκύπτει πρόσφατη διάγνωση της μητέρας με νόσο Cadasil σε κέντρο της Γερμανίας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε γενετικό έλεγχο όπου επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της νόσου Cadasil (μετάλλαξη στο Notch3 γονίδιο, Arg1031Cys στο εξώνιο 19).

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Πρόκειται για την 8<sup>η</sup> οικογένεια που περιγράφεται στην Ελλάδα με γενετικά επιβεβαιωμένη νόσο Cadasil. Οι περισσότερες οικογένειες φέρουν μεταλλάξεις στο εξώνιο 4, μία στο εξώνιο 5 ενώ το παρόν περιστατικό αφορά σε μετάλλαξη στο εξώνιο 19, που αποτελεί μια αρκετά σπάνια μετάλλαξη.

Δ06

## ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΘΜΣΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Αθηνά Μήτσουγλου<sup>1</sup>, Δέσποινα Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Πέρσια Στρόππου<sup>2</sup>, Γεώργιος Καλώστος<sup>3</sup>, Ευάγγελος Καμπουρίδης<sup>3</sup>, Δημήτριος Νικηφορίδης<sup>1</sup>

<sup>1,2</sup> Γ. Ν. Ξάνθης,

<sup>3</sup> Γ. Ν. Καβάλας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η λεπτοσπείρωση αποτελεί την πιο συχνή ζωνόσο παγκοσμίως, με δυνητική προσβολή του νευρικού συστήματος.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα, 69 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ νοσοκομείου αιτιώμενη κοιλιακό άλγος από 8ημέρου. Από τον παρακλινικό έλεγχο διαπιστώθηκαν: λευκοκυττάρωση, θρομβοπενία, ίκτερος, νεφρική, ηπατική δυσλειτουργία. Λόγω των συνθηκών διαβίωσης της ασθενούς διενεργήθηκε και έλεγχος προς αποκλεισμό λεπτοσπείρωσης, που ανέδειξε την ύπαρξη IgM αντισωμάτων στον ορό. Η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης στα ούρα ήταν θετική.

Χορηγήθηκε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή. Την ενδέκατη ημέρα της νοσηλείας εμφάνισε παραπάρεση και ορθοκυστικές διαταραχές. Διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου, οσφυονωτιαία παρακέντηση και απεικονιστικός έλεγχος νωτιαίου μυελού (MRI), ο οποίος ανέδειξε επισκληρίδια αιμορραγική συλλογή σε όλο το μήκος της ΘΜΣΣ.

Η ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με πεταλεκτομή (Θ7-Θ8) και αφαίρεση του αιματώματος.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Το περιστατικό αποτελεί ασυνήθιστο παράδειγμα προσβολής του ΚΝΣ σε ενήλικη πάσχουσα από λεπτοσπείρωση. Η διαφορική διάγνωση συμπεριέλαβε μεταξύ άλλων αγγειακά συμβάματα, την οξεία εγκάρσια μυελίτιδα και την οξεία πολυριζονευροπάθεια.

Σημειώνεται η εκδήλωση νευρολογικής συμπτωματολογίας σε ενήλικα, καθώς οι συχνότερες αντίστοιχες αναφορές αφορούν παιδιά και νέους. Επίσης η απουσία αρχικών διάχυτων νευρολογικών εκδηλώσεων, όπως καταγράφεται βιβλιογραφικά.

Νευρολογική σημειολογία εμφανίζεται συνήθως από την 7η-12η μέρα. Η άσηπτη μηνιγγίτιδα αποτελεί την πιο συνήθη κλινική εκδήλωση. Λιγότερο συχνά εμφανίζονται παραλύσεις κρανιακών νεύρων, εγκεφαλίτιδα, παρεγκεφαλίτιδα, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλική φλεβοθρόμβωση, αγγειίτιδα ΚΝΣ, οπτική νευρίτιδα, εγκάρσια μυελίτιδα, οξεία πολυριζονευροπάθεια. Η θνητότητα κυμαίνεται περί το 10%.

## Δ07

# ΑΦΗΜΙΑ, ΩΣ ΜΟΝΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ

Μήλια-Αργείτη Δήμητρα, Λέντζα Μαθαματή-Ελένη, Δασκαλάκη Αργυρώ, Καρακάλης Δημήτριος

Νευρολογική Κλινική Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο όρος αφημία, αναφέρεται σε μία σπάνια διαταραχή του λόγου με αμιγή αναρθρία, χωρίς διαταραχή στην κατανόηση του προφορικού ή γραπτού λόγου και χωρίς αγραφία. Συνήθως, οφείλεται σε βλάβες στην περιοχή του Broca ή της υποφλοιώδους λευκής ουσίας γύρω από αυτή, στην κατώτερη μοίρα της πρόσθιας κεντρικής έλικας ή του προκινητικού φλοιού.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας ηλικίας 45 ετών, δεξιόχειρας, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, η οποία αιφνίδια, μετά την πρωινή αφύπνιση, παρουσίασε πλήρη αδυναμία εκφοράς του λόγου/αλαλία. Η κατανόηση του προφορικού ή του γραπτού λόγου και η ικανότητα παραγωγής του γραπτού λόγου διατηρούντο. Από την αντικειμενική εξέταση της ασθενούς, δεν προέκυψε άλλη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Η MRI εγκεφάλου έδειξε πρόσφατες ισχαιμικές αλλοιώσεις στην αριστερά μετωπιαία περιοχή. Στο triplex αγγείων τραχήλου, διαπιστώθηκε μεγάλου βαθμού στένωση στην αριστερή έσω καρωτίδα. Στην MRA εγκεφάλου-τραχήλου, παρατηρήθηκε διαχωρισμός της ενδοκράνιας και εξωκράνιας μοίρας της αριστερής έσω καρωτίδας. Προοδευτικά, η ασθενής βελτιώθηκε και άρχισε να εμφανίζει δυνατότητα εκφοράς του λόγου, με αφασικά στοιχεία.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Συζητούνται τα κλινικά και παρακλινικά ευρήματα, η διαφορική διάγνωση και η πορεία του περιστατικού.



## Δ10

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΝΩΤΕΡΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ - ΑΠΡΑΞΙΑ - ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Πατρίσια Γεωργακαράκου

Εργοθεραπεύτρια, Αθήνα, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα ΑΕΕ, Ιατρικό Τμήμα ΔΠΘ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η απραξία ορίζεται ως γνωσιακή διαταραχή που μπορεί να εκδηλωθεί μετά από ΑΕΕ ή άλλες παθήσεις και καθιστά το άτομο μη ικανό να προγραμματίσει και να εκτελέσει εκμαθημένες εκούσιες κινήσεις, ενώ δεν οφείλεται σε μυϊκές ή αισθητηριακές διαταραχές. Σύμφωνα με έρευνες το 30% των ασθενών στην οξεία φάση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου εκδηλώνει απραξίες. Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι «ατυχώς το ενδιαφέρον της απραξίας περιορίζεται σε ένα μικρό ποσοστό νευροεπιστημόνων». Αποτέλεσμα αυτής της πραγματικότητας είναι η ύπαρξη μιας γενικής σύγχυσης στην ταξινόμηση των τύπων της απραξίας, ανεπάρκεια τυποποιημένων δοκιμασιών ελέγχου των παραμέτρων των απρακτικών διαταραχών που να είναι γενικώς αποδεκτές, ενώ παράλληλα, παρά το γεγονός ότι αρκετοί τύποι απραξίας έχουν σαφή αντίκτυπο στις λειτουργικές ικανότητες των ασθενών, διαπιστώνεται ελλιπής έρευνα που να αποδεικνύει ποια είναι η καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται όλα τα τελευταία δεδομένα ταξινόμησης, αξιολόγησης και αποκατάστασης της απραξίας. Πιο συγκεκριμένα ερευνάται η εγκυρότητα του σημερινού ταξινομητικού συστήματος καθώς και η αξιοπιστία των αξιολογητικών εργαλείων. Αναφορά γίνεται επίσης και στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Παράλληλα διερευνάται η σχέση της επίκτητης απραξίας με άλλες μορφές αναπτυξιακής δυσπραξίας στα πλαίσια λειτουργίας του πραξιακού μηχανισμού και του εντοπισμού της βλάβης. Η κατανόηση του πραξιακού μηχανισμού είναι ζωτικής σημασίας και μπορεί να γεννήσει νέα συμπεράσματα για το πώς μια κίνηση μαθαίνεται ή χάνεται. Η γνώση αυτή θα οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων με βάση ερευνητικά δεδομένα.

## ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΣΤΟ 6<sup>ο</sup> ΤΕΥΧΟΣ, ΤΟΜΟΣ: 24

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 2015

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ - ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 2015

Συνεργασία της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας με τον Πανελλήνιο Επιστημονικό Σύλλογο κατά της Επιληψίας και την Ελληνική Παιδονευρολογική Εταιρεία

## ERRATUM IN 6<sup>th</sup> VOL, ISSUE: 24

GUIDELINES - UPDATED 2015

### GUIDELINES ON THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF EPILEPSY - UPDATED 2015

Hellenic Neurological Society in collaboration with the Greek League against Epilepsy and the Hellenic Paediatric Neurology Association

#### Abstract

Abstract not available (article in greek).

#### Πίνακας II. Αντιεπιληπτικά Φάρμακα για την αντιμετώπιση της Εστιακής Επιληψίας

| Α εκλογής ΑΕΦ                                                                                     | Εναλλακτικά Α εκλογής ΑΕΦ                                                                                             | Β εκλογής ΑΕΦ<br>(μόνο για συνδυασμένη θεραπεία)                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Καρβαμαζεπίνη<br>Οξκαρβαζεπίνη<br>Λεβετιρασετάμη<br>Λαμοτριγίνη*<br>Γκαμπαπεντίνη**<br>Ζονισαμίδη | Τοπιραμάτη<br>(συνύπαρξη παχυσαρκίας, διαβήτη, ιδιοπαθούς τρόμου)<br><br>Βαλπροϊκό<br>(αυξημένη τερατογόνος επίδραση) | Γκαμπαπεντίνη<br>Εσθικαρβαζεπίνη<br>Λακοζαμίδη<br>Προγκαμπαλίνη<br>Τιαγκαμπίνη<br>Βιγκαμπατρίνη<br>Περαμπανέλη |

\* Ηλικιωμένοι, συνύπαρξη κατάθλιψης ή διαταραχή συμπεριφοράς.

\*\* Μόνο ηλικιωμένοι.

Χ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΤΗΣ ΕΝΕ [www.eneg.gr](http://www.eneg.gr)

δραστηριότητες  
συνεδριάζω  
βιβλία

Ενημερωτικές Σελίδες.

ημερίδες  
νευρολογική  
νέα  
ενημέρωση

## Συνέδρια-Ημερίδες-Συμπόσια-Επιστημονικές Εκδηλώσεις

### 2016

- ❖ **19-12 Μαρτίου 2016:**  
**14th International Athens / Springfield Symposium on Advances in Alzheimer Therapy**, Αθήνα, [www.ad-springfield.com](http://www.ad-springfield.com)
- ❖ **17-20 Μαρτίου 2016:** **10th World Congress on Controversies in Neurology (CONy)**, Lisbon, Portugal, <http://www.comtecmed.com/cony/2016/default.aspx>
- ❖ **8-10 Απριλίου 2016:** **10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιληψίας**, Αθήνα, [www.epilepsycongress.gr](http://www.epilepsycongress.gr)
- ❖ **13-15 Απριλίου 2016:** **25th European Stroke Conference**, Venice, <http://www.eurostroke.eu>
- ❖ **15-21 Απριλίου 2016:** **68th American Academy of Neurology**, <https://www.aan.com/conferences/2016-annual-meeting/>
- ❖ **10-12 Μαΐου 2016:** **2nd European Stroke Organization Conference**, Barcelona, <http://esoc2016.com/>
- ❖ **11-14 Μαΐου 2016:** **42ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο**, Αθήνα, <http://www.mednet.gr>
- ❖ **20-21 Μαΐου 2016:** **4ο Επιστημονικό Forum «Από το Vancouver στη Σύρο: Ανασκόπηση από το «American Academy Neurology Meeting 2016» για την πολυθηπαλή σκλήρυνση**, <http://www.gk.gr>
- ❖ **28-31 Μαΐου 2016:** **2nd Congress of the EAN**, Copenhagen, <http://www.eaneurology.org/Welcome-to-Copenhagen-2016.2122.0.html>
- ❖ **06-10 Ιουνίου 2016:** **27th Summer Stroke School**, <http://mozdaniudar.hr/ljetna-skola/>
- ❖ **09-12 Ιουνίου 2016:** **10ο Θερινό Συμπόσιο Νευρολογίας**, Ιωάννινα, <http://www.conferre.gr>
- ❖ **19-23 Ιουνίου 2016:** **20th International Congress of Parkinsons Disease and Movement Disorders**, Berlin, Germany, [http://www.neuropenews.org/?ai1ec\\_event=20th-international-congress-of-parkinsons-disease-and-movement-disorders-2&instance\\_id=1469](http://www.neuropenews.org/?ai1ec_event=20th-international-congress-of-parkinsons-disease-and-movement-disorders-2&instance_id=1469)
- ❖ **11-15 Σεπτεμβρίου 2016:** **12th European Congress on Epileptology**, Prague, <http://www.epilepsycongress.org/12th-european-congress-on-epileptology-prague-2016/>
- ❖ **14-17 Σεπτεμβρίου 2016:** **Ectrims Congress**, London UK, <http://www.ectrim.eu/annual-ectrim-congresses/>
- ❖ **23-25 Σεπτεμβρίου 2016:** **Θεματική Συνάντηση Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας**, Αράχωβα, [www.enec.gr](http://www.enec.gr)

# Νευρολογία

Για λόγους ενημέρωσης αρχείου, παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία αλληλογραφίας σας και στείλτε το απόκομμα με fax στο: **210 7247556** ή αποστείλετε τα στοιχεία στο e-mail: **info@jneurology.gr**

## ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

.....  
.....

## ΤΟΠΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ:

### ☐ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ:

Τ.Κ. .... ΠΕΡΙΟΧΗ .....

ΤΗΛ.: .....

### ☐ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:

Τ.Κ. .... ΠΕΡΙΟΧΗ .....

ΤΗΛ.: ..... FAX: .....

ΚΙΝΗΤΟ: .....

• Εάν επιθυμείτε να λαμβάνετε το περιοδικό «Νευρολογία» και σε ηλεκτρονική έκδοση συμπληρώστε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση:

e-mail: .....







## ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΕ - ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ

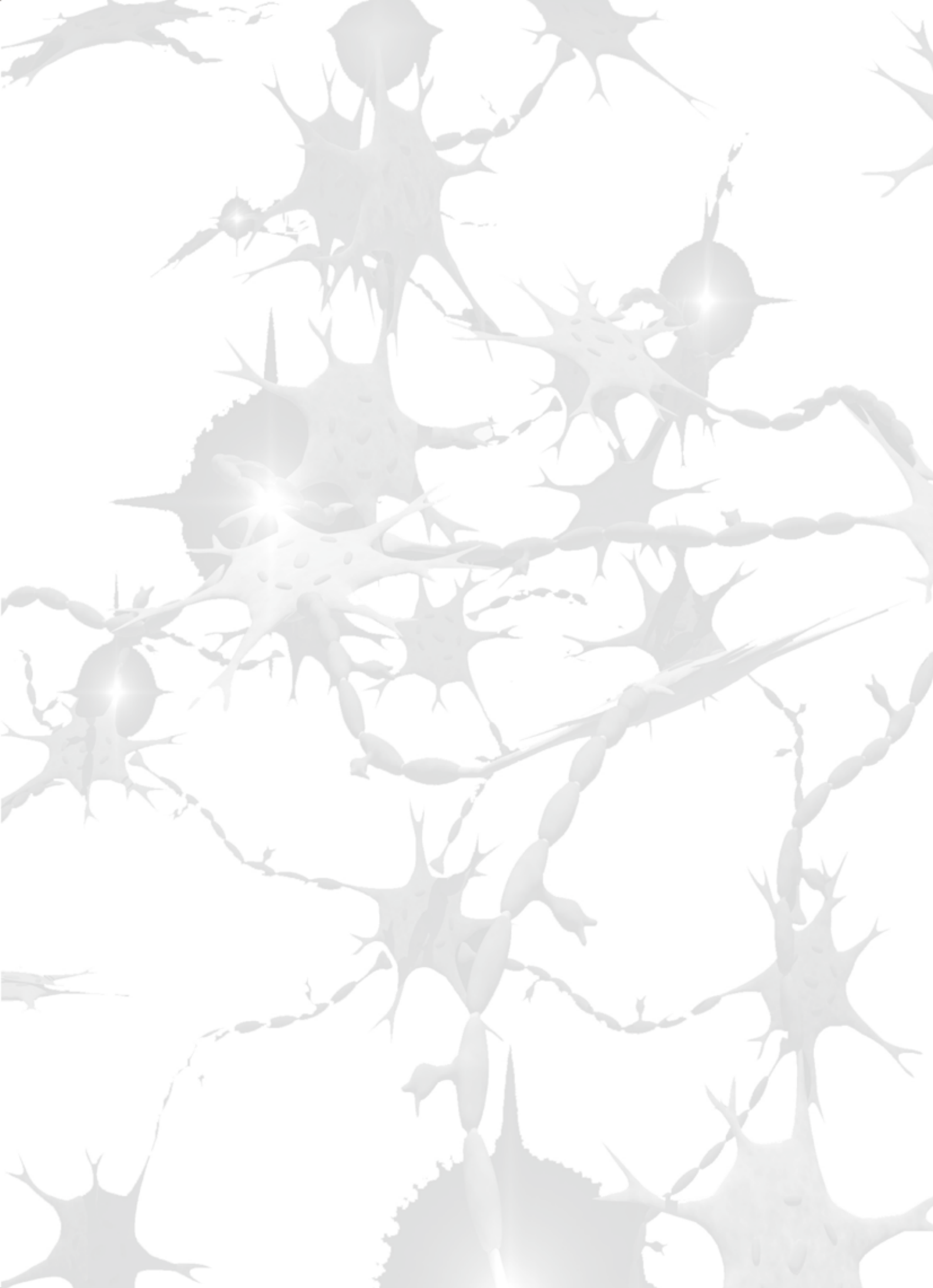
- Η ενεργοποίηση της δωρεάν υπηρεσίας **ENEE.TV Video on Demand** για την παρακολούθηση των σεμιναρίων της ΕΝΕ σε μαγνητοσκόπηση **ΔΕΝ θα είναι εφικτή σε όσους χρωστούν την συνδρομή τους από το 2013 και παλαιότερα.**
- Η δωρεάν συμμετοχή σε εκπαιδευτικές εκδηλώσεις της ΕΝΕ και δωρεάν διαμονή και έξοδα μετακίνησης όπου αναφέρονται ισχύουν **μόνο για τα μέλη της ΕΝΕ που έχουν τακτοποιημένη την ετήσια συνδρομή τους.**
- Η παράλληλη συνδρομή στις ψηφιακές υπηρεσίες της **European Academy of Neurology** (on line journal κ.ά.) που εξασφαλίζει η ΕΝΕ για τα μέλη της δεν θα είναι δυνατό να συνεχισθεί για μέλη της ΕΝΕ με οφειλές ετών. Η σχετική πρόσβαση θα διακοπεί μετά τις νέες λίστες που θα καταρτισθούν και θα αποσταλούν από την ΕΝΕ στην ΕΑΝ στις αρχές του 2016.



# ΑΝΑΝΕΩΣΤΕ ΕΓΚΑΙΡΑ ΤΗΝ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟ 2016

Η τακτοποίηση της ετήσιας συνδρομής στην ENE (**μειωμένη τιμή μετά απόφαση του ΔΣ**) παρέχει τα παρακάτω:

- Παράλληλη εγγραφή (εμπεριέχεται στη συνδρομή) στην **e-learning platform eBrain** του EFNS, δικαίωμα αίτησης για τα προγράμματα του EFNS Department-Department programme, Fellowship programme, Spring School, μειωμένη εγγραφή στα προσεχή Συνέδρια της EAN (European Academy of Neurology) και **ελεύθερη πρόσβαση** στην **online έκδοση του European Journal of Neurology**
- Ελεύθερη πρόσβαση στην **πλήρη έκδοση της ιστοσελίδας της ENE** που περιλαμβάνει - δωρεάν πρόσβαση στις νέες υπηρεσίες **ENEE.TV** και **video on demand** με τις οποίες επιτρέπεται η παρακολούθηση των σεμιναρίων της ENE σε πραγματικό χρόνο αλλά και μεταγενέστερα
- Πλήρης πρόσβαση στα ανανεωμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα
- **Ενεργός συμμετοχή στη διαμόρφωση απόψεων** των ενεργών μελών της ENE επί γνωμοδοτήσεων σε θέματα που τίθεται από άλλους φορείς και τίθεται σε ευρύτερη συζήτηση από το ΔΣ της ENE. Πλήρης συμμετοχή στις καταστατικές διαδικασίες της ENE
- Δωρεάν ή μειωμένη συμμετοχή στις **εκπαιδευτικές εκδηλώσεις** (συνέδρια, θεματικές συναντήσεις, εκδηλώσεις των κλάδων, σχολεία) της ENE
- Δωρεάν συνδρομή στην ηλεκτρονική **και έντυπη** έκδοση του «Νευρολογία»
- **Τακτική ενημέρωση** για δραστηριότητες και θέματα που αφορούν τους Νευρολόγους



# Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Το περιοδικό ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ κυκλοφορεί κάθε δύο μήνες και αποτελεί το επίσημο όργανο της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας. Με την Υπουργική Απόφαση ΔΥ2α/Γ.Π.οικ. 66198/1/6/2006, που δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 1034/Β/1-08-2006, προστέθηκε στον κατάλογο των περιοδικών με Εθνική Αναγνώριση.

## Ύλη του Περιοδικού

1. Ανασκοπικά Άρθρα: Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 6.000 λέξεις.
2. Εργασίες: Κλινικές ή εργαστηριακές μελέτες. Δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 4.000 λέξεις (συμπεριλαμβανομένων έως 6 πινάκων και εικόνων). Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί δημοσίευσή τους σε άλλο έντυπο. Περιλαμβάνουν σελίδα τίτλου, δομημένη περίληψη, εισαγωγή, μέθοδο, αποτελέσματα, συζήτηση και βιβλιογραφία.
3. Σύντομες ανακοινώσεις και Γράμματα προς τη σύνταξη. Σχόλια για εργασίες που έχουν δημοσιευθεί ή σύντομες αναφορές σε ένα θέμα. Δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 1.500 λέξεις και περιλαμβάνουν έως 2 πίνακες ή εικόνες.
4. Ενδιαφέροντα περιστατικά. Όριο λέξεων 1500, με τη σελίδα τίτλου, περίληψη και τις βιβλιογραφικές αναφορές. Επιτρέπονται μέχρι 2 εικόνες ή πίνακες.
5. Νευρολογικές Εικόνες με εκπαιδευτικό ενδιαφέρον. Όριο 4 εικόνες για το ίδιο θέμα και 200 λέξεις.
6. Επιλόγες και σχολιασμός της βιβλιογραφίας.
7. Νευρολογικά Νέα - Ειδήσεις - Ενημερωτικές Σελίδες, όπως νέα της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας και συγγενών εταιρειών, ανακοινώσεις συνεδρίων και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.

## Δομή της ύλης

Γίνονται δεκτές εργασίες στα ελληνικά ή αγγλικά.

Υποβάλλεται πάντοτε ο τίτλος, τα ονόματα των συγγραφέων και η περίληψη και στα αγγλικά.

Τα κείμενα θα πρέπει να αποστέλλονται σε μορφή Microsoft Word document.

**Σελίδα τίτλου:** Περιέχει τον τίτλο, τα πλήρη ονόματα των συγγραφέων, το ίδρυμα προέλευσης, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του υπευθύνου για την αλληλογραφία και τον καταμετρημένο αριθμό λέξεων.

**Περίληψη:** Παρουσιάζει τα κυριότερα σημεία της εργασίας. Δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 250 λέξεις. Στο τέλος της παρατίθενται 3-10 λέξεις ευρετηρίου.

**Αγγλική περίληψη:** Παρουσιάζει σε συντομία την εργασία. Η έκτασή της είναι ως 400 λέξεις. Στην αρχή της γράφονται τα ονόματα των συγγραφέων και ο τίτλος της εργασίας στα αγγλικά.

**Λέξεις-κλειδιά:** έως 6 λέξεις κλειδιά.

**Βιβλιογραφία:** Οι βιβλιογραφικές παραπομπές αριθμούνται με αύξοντα αριθμό ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο (Vancouver) π.χ. Ο Smith 1 ανέφερε ότι ... και τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν από τον Adams και συν 2. Αναγράφονται έως και οι 6 πρώτοι συγγραφείς. Στον πίνακα της βιβλιογραφίας περιλαμβάνονται μόνο εκείνες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο και ο πίνακας συντάσσεται με αύξοντα αριθμό που αντιστοιχεί στη σειρά εμφάνισης των βιβλιογραφικών παραπομπών στο κείμενο π.χ. **Πίνακες:** Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα, μετά το τέλος των βιβλιογραφικών αναφορών. Αριθμούνται με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο και συνοδεύονται από σύντομη επεξήγηση.

**Εικόνες:** Αποστέλλονται τα πρωτότυπα σχέδια ή φωτογραφίες καλής ποιότητας. Να υποβάλλονται σαν αρχεία εικόνas ξεχωριστά από το κείμενο του MS Word. Αριθμούνται με τη σειρά εμφάνισης στο κείμενο. Στο κείμενο θα πρέπει να υπάρχει σαφής παραπομπή στον τίτλο των ηλεκτρονικών αρχείων. Σε ξεχωριστή σελίδα αναγράφονται οι τίτλοι των εικόνων και οι τυχόν επεξηγήσεις.

**Ιατρική Δεοντολογία:** Σε περιπτώσεις ερευνών που αφορούν ανθρώπους, η έρευνα πρέπει να έχει γίνει με βάση τη διακήρυξη του Ελσίνκι (1975). Σε περιπτώσεις φωτογραφιών ασθενών, θα πρέπει να υπάρχει έγγραφη συγκατάθεση.

# Συνοδευτικό έντυπο υποβαλλόμενης εργασίας

Θα πρέπει να συμπληρωθούν ΟΛΑ τα σημεία του εντύπου. Άλλη συνοδευτική επιστολή δεν είναι απαραίτητη.

Είδος άρθρου (σημειώστε μόνο ένα)

- ☐ Ερευνητική εργασία   ☐ Βραχεία εργασία - ενδιαφέρον περιστατικό   ☐ Ανασκόπηση  
☐ Βραχεία ανασκόπηση   ☐ Ειδικό άρθρο   ☐ Γράμμα στη σύνταξη   ☐ Νευρο-εικόνες

Τίτλος:

Υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

FAX:

e-mail:

Επιβεβαιώστε την πληρότητα της υποβολής του χειρογράφου σας, σημειώνοντας ΟΛΑ τα παρακάτω σημεία

- ☐ Τίτλος του άρθρου στα Ελληνικά και στα Αγγλικά με μικρά γράμματα  
☐ Ονόματα συγγραφέων στα Ελληνικά και στα Αγγλικά (*πλήρη ονόματα π.χ. Νικόλαος Παπαδόπουλος*)  
☐ Κέντρο προέλευσης της εργασίας στα Ελληνικά και στα Αγγλικά  
☐ Δομημένη περίληψη στα Ελληνικά και στα Αγγλικά  
☐ Έως πέντε λέξεις ευρετηριασμού (*κατά προτίμηση από το MeSH Hellas-Βιοϊατρική Ορολογία*) στα Ελληνικά και στα Αγγλικά  
☐ Όλα τα ονόματα των συγγραφέων στις βιβλιογραφικές παραπομπές (*μέχρι 6 και στη συνέχεια "και συν." ή "et al"*)  
☐ Η βιβλιογραφία στις τελευταίες σελίδες των άρθρων

## Δήλωση

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Όλοι οι συγγραφείς της εργασίας συμφωνούν με το περιεχόμενο της και με την υποβολή της στη *Νευρολογία*
2. Το ίδιο κείμενο ή τα αποτελέσματα της εργασίας δεν έχουν υποβληθεί για δημοσίευση σε άλλο Ελληνικό ή ξένο περιοδικό
3. Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεν υπάρχει θέμα υποκλοπής πνευματικής ιδιοκτησίας (σε περίπτωση εικόνων, πινάκων ή υλικού από άλλες δημοσιεύσει έχει ζητηθεί και ληφθεί η νόμιμη άδεια η οποία και συνυποβάλλεται)
4. Δεν υπάρχουν θέματα σύγκρουσης συμφερόντων – σε περίπτωση εξωτερικής χρηματοδότησης αυτό θα πρέπει να αναφέρεται στο τέλος της εργασίας

Ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας

(υπογραφή)