

7-A1*

Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τσιακίρη Α., Βαδικόλιας Κ., Βλῆτινού Π., Βρύζας Μ., Φωτιάδου Σ., Τερζούδη Α., Ηλιόπουλος Ι., Πιπερίδου Χ.
 Ιατρείο Άνοιας Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ - Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή - Σκοπός:

Η ήπια γνωστική διαταραχή (ΗΓΔ) αντιπροσωπεύει ένα στάδιο γνωστικής έκπτωσης, που δεν πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση άνοιας, καθώς πρόκειται για έκπτωση που δεν επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα. Άτομα με ΗΓΔ απαντώνται συχνά στην καθημερινή κλινική πράξη και η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντική. Φαίνεται ότι άτομα με ΗΓΔ έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν άνοια μέσα στα επόμενα χρόνια. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη της εξέλιξης των γνωστικών, λεκτικών και μη λεκτικών δοκιμασιών, καθώς και των εκτελεστικών δεξιοτήτων στην ήπια γνωστική διαταραχή.

Μεθοδολογία:

Συμπεριλήφθησαν ασθενείς που παρακολουθούνται στο ειδικό Ιατρείο Άνοιας της Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης. Τα κριτήρια εισαγωγής ήταν: διάγνωση με ήπια γνωστική διαταραχή (ΗΓΔ) σύμφωνα με τα κριτήρια του Petersen. Κάθε συμμετέχων υποβλήθηκε σε μια σειρά κλινικών εκτιμήσεων, όπως έχουν προταθεί από Consortium to Establish a Registry for AD (CERAD) και σε μια ημι-δομημένη συνέντευξη για την ανίχνευση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με το σχεδιασμό της μελέτης όλοι οι συμμετέχοντες εκτιμήθηκαν στην πλήρη σειρά των δοκιμασιών του πρωτοκόλλου σε αρχικό στάδιο, έπειτα από 6 και 12 μήνες (σύνολο 18μηνια παρακολούθηση). Συνολικά συμπεριλήφθησαν 105 ασθενείς (65 γυναίκες και 40 άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας 72,3 έτη.

Αποτελέσματα:

Οι μεταβλητές που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αλλαγή από την πρώτη έως την τρίτη μέτρηση ήταν: βαθμολογία MMSE ($p=0.001$), σύνολο μνήμης ($p=0.000$), προσοχή-συγκέντρωση ($p=0.038$), μνήμη-ανάκληση ($p=0.002$), ιδεοκινητική ευπραξία ($p=0.019$), σύνολο πρακτικών ικανοτήτων ($p=0.000$), αφαιρετική σκέψη ($p=0.038$), σύνολο αντίληψης ($p=0.027$), βαθμολογία CAMCOG ($p=0.000$), κατανόηση οδηγιών ($p=0.050$), συγκράτηση οδηγιών ($p=0.028$), εκτέλεση εντολής-ακρίβεια ($p=0.028$), σημασιολογική μνήμη ($p=0.000$), κατονομασία-χωρίς βοήθεια ($p=0.023$), σύνολο κατονομασίας ($p=0.011$), χρόνος BNT ($p=0.000$), σύνολο GDS ($p=0.001$), NPI-απάθεια ($p=0.050$), FRSSD-ομιλία ($p=0.004$), FRSSD-αναγνώριση προσώπων ($p=0.013$), FRSSD-μνήμη γεγονότων ($p=0.030$), FRSSD-σύνολο ($p=0.019$).

Συμπεράσματα:

Στην παρούσα μελέτη τα υποσυστήματα μνήμης που παρουσίασαν έκπτωση στην ΗΓΔ ήταν η εργαζόμενη μνήμη, η σημασιολογική μνήμη και η επεισοδιακή μνήμη. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό (62,5%) δεν παρουσίασε επιδείνωση, σύμφωνα με την επίδοση στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες, ενώ ένα μικρό ποσοστό (6,25%) πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση ΝΑ στην τελευταία αξιολόγηση, εύρημα σύμφωνο με τη διεθνή βιβλιογραφία που δίνει ένα εύρος αυξημένου κινδύνου εξέλιξης της ΗΓΔ σε ΝΑ ανά χρόνο 1%-25%.

8-A1

ΑΜΝΗΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ

Χαρισίου Κ. Χονδρογιώργη Μ. Ζηκίδης Η. Πετρίδου Σ. Ε. Κυρίτσας Α.
 Νευρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή:

Η απαρτίωση της μνήμης εμπλέκει διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου και η έκπτωση της περιλαμβάνει

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

ένα μεγάλο φάσμα αιτιών, αναστρέψιμων και μη. Μια δυντικά αναστρέψιμη αιτία αμνησίας είναι και η ηλεκτροπληξία.

Παρουσίαση περιστατικού:

Ασθενής, 38 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό υπέστη ηλεκτροπληξία στα πλαίσια εργατικού ατυχήματος με συνεχόμενο ηλεκτρικό ρεύμα υψηλής τάσης. Η ύπλη εισόδου εδραζόταν στο δεξιό άνω άκρο και η ύπλη εξόδου στα πέλματα άμφω. Άμεσα μετά το ατύχημα ήταν συγχυτικοδιεγερτικός, με σταδιακή αποκατάσταση, διατηρώντας όμως μεγαλύτερη επιβάρυνση στην μνημονική λειτουργία. Τις επόμενες δυο εβδομάδες εμφάνιζε σφαιρική αμνησία με αδυναμία ανάκλησης πρόσφατης και απώτερης μνήμης. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανεδείκνυε υψηλό σήμα στους θαλάμους άμφω χωρίς εμπλουτισμό. Στην εξέταση με mini mental (mmse) και moca τεστ ένα μήνα μετά σημείωνε χαμηλά σκορ (21/30 και 19/30 αντίστοιχα). Σε επανέλεγχο πέντε μήνες αργότερα παρουσιάζει σημαντική βελτίωση, έχοντας αποκαταστήσει την απώτερη και άμεση μνήμη. Εξακολουθεί να υπολείπεται στην πρόσφατη μνήμη, καθώς δυσκολεύεται να συγκρατήσει νέες πληροφορίες, αλλά και στην εκτέλεση οπτικοχωρικών δοκιμασιών σημειώνοντας στο MMSE 29/30 και στο MoCA τεστ 26/30.

Συζήτηση:

Το ενδιαφέρον στην παρούσα περίπτωση είναι η διαταραχή της μνήμης που παρέμεινε μετά την ηλεκτροπληξία βαίνοντας ωστόσο βελτιούμενη, και η οποία οφειλόταν σε άμφω θαλαμική βλάβη. Ο ρόλος του θαλάμου είναι κριτικής σημασίας για την λειτουργία της μνήμης τόσο με την συμμετοχή του στο κύκλωμα Papez όσο και μέσω των άμεσων φλοιικών συνδέσεων. Ελλείμματα μνήμης μετά από εφαρμογή ηλεκτρικού ρεύματος έχουν περιγραφεί εκτενέστερα σε ψυχιατρικούς ασθενείς που έλαβαν ηλεκτροθεραπεία.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

- John P. Aggleton & Agathe Pralus, (2016), Thalamic pathology and memory loss in early Alzheimer's disease: moving the focus from the medial temporal lobe to Papez circuit, *BRAIN* 2016: 139; 1877–1890.
- R H Swartz, S E Black, (2006), Anterior-medial thalamic lesions in dementia: frequent, and volume dependently associated with sudden cognitive decline, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:1307–1312.
- Bag S, & Canbek O, Early effects of modern electroconvulsive therapy on subjective memory in patients with mania or depression, *J Psychiatry*. 2016 Apr-Jun;58(2):198-203.

16-A1

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΤΩΞΕΩΝ ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΒΑΔΙΣΗΣ ΚΑΙ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Βλοτινού Π.¹, Βαδικόλιας Κ.¹, Τσιακίρη Α.¹, Φωτιάδου Σ.¹, Τερζούδη Αικ.¹, Ηλιόπουλος Ι.¹, Αγγελούσης Ν.², Πιπερίδου Χ.¹.

¹ Ιατρείο Άνοιας Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ - Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Εισαγωγή - Σκοπός:

Οι διαταραχές βάρδισης και ισορροπίας, είναι ιδιαίτερα συχνές σε ασθενείς με άνοια, αυξάνοντας τον κίνδυνο πτώσεων με ταυτόχρονο περιορισμό της ανεξάρτητης διαβίωσης τους. Η βάρδιση των ηλικιωμένων με άνοια χαρακτηρίζεται από μειωμένη ταχύτητα και μήκος βάρδισης, αυξημένο χρόνο διπλής στήριξης αλλά και αυξημένη ποικιλία κινητικών προτύπων, χαρακτηριστικά που απαντώνται σε διαφορετική βαρύτητα μεταξύ ασθενών με ν. Alzheimer (AD) και Αγγειακή άνοια (VaD). Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των ποιοτικών χαρακτηριστικών της βάρδισης και της ισορροπίας ανάμεσα στις δύο αυτές διαγνωστικές υποκατηγορίες της άνοιας.

Μεθοδολογία:

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 19 άτομα (Μ.Ο. 75 έτη), με διάγνωση AD (n=11), και VaD (n=8), που συμμετέχουν στις εργασίες του «Σχολίου Μνήμης» της Πανεπιστημιακής Νευρολογικής κλινικής του Γ.Π.Π.Ν. Έβρου. Χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο αξιολόγησης η κλίμακα Tinetti Balance Assessment Scale με υποομάδες τους τομείς «Ισορροπία» και «Βάρδιση». Αξιολογήθηκε η ισορροπία σε θέση: καθιστή, έγερσης, όρθια, ταλάντω-

σης και σε στροφική κίνηση κορμού. Αντίστοιχα αξιολογήθηκαν βασικοί τομείς της βάδισης, όπως η γενική εκτέλεση, συμμετρία και απόκλιση βήματος, μετατόπιση ηλικάνης και χρόνος βάδισης.

Αποτελέσματα:

«Υψηλό βαθμό κινδύνου για πτώσεις» παρουσίασε το 18% των ασθενών με AD έναντι 77,8% των ασθενών με VaD. «Μετρίου βαθμό κίνδυνο για πτώσεις» παρουσίασε το 36,4% των ασθενών με AD έναντι 11,1% των ασθενών με VaD, ενώ «Χαμηλό βαθμό κίνδυνο για πτώσεις» εμφάνισε το 45,5% των ασθενών με AD και μόλις το 11,1% των ασθενών με VaD. Και στις δύο ομάδες ασθενών (AD, VaD) παρατηρήθηκε σημαντικότερη διαταραχή στον τομέα «Ισορροπία» σε σχέση με τον τομέα «Βάδιση».

Συμπεράσματα:

Η αξιολόγηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών βάδισης και ισορροπίας ασθενών με άνοια, σε μεγαλύτερο πληθυσμιακό δείγμα, μπορεί να αποτελέσει ένα επιπρόσθετο εργαλείο στη διαγνωστική αξιολόγηση της άνοιας.

18-A2

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ALS: ΠΟΛΥΤΡΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΦΑΙΑΣ ΚΑΙ ΛΕΥΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ

Χρηστίδη Φ.¹, Καραβασιλής Ε.², Βελονάκης Γ.², Ρέντζος Μ.¹, Ξηρού Σ.¹, Τούλλας Π.², Ζούβεθου Β.¹, Κόλλιας Σ.³, Βαδικόλιας Κ.⁴, Κελέκας Ν.², Ευδοκίμης Ι.¹

¹ Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, Αττικό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Department of Neuroradiology, University Hospital of Zurich

⁴ Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΔΠΘ

Εισαγωγή:

Η φαινοτυπική ετερογένεια στην πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (amyotrophic lateral sclerosis – ALS) υποδηλώνει πως οι ασθενείς παρουσιάζουν δομικές μεταβολές εντός και εκτός των αμιγώς κινητικών περιοχών αλληλά και εκτός των μετωπιαίων λοβών.

Σκοπός:

In vivo διερεύνηση της κινητικής και μη κινητικής προσβολής σε ασθενείς με ALS χωρίς άνοια με σύγχρονες τεχνικές νευροαπεικόνισης.

Υλικό και Μέθοδοι:

Συμμετείχαν 50 ασθενείς με ALS και 25 μάρτυρες που υποβλήθηκαν στο ίδιο απεικονιστικό πρωτόκολλο σε μαγνητικό τομογράφο 3T (Philips Achieva-Tx MR scanner) με ακολουθίες κατάλληλες για τη διερεύνηση της φαιάς [High Resolution 3D-T1-weighted (HR_3DT1w)] και της λευκής ουσίας [3D-directional diffusion-weighted images (DWI)]. Για τη διερεύνηση της φαιάς και της λευκής ουσίας εφαρμόστηκε η μέθοδος «voxel-based morphometry» (VBM) και η μέθοδος «tract-based spatial statistics» (TBSS), αντιστοίχως.

Αποτελέσματα:

Οι ασθενείς παρουσιάζουν ατροφία σε πρόσθια/οπίσθια κεντρική έλικα αμφοτερόπλευρα, πλάγιες μετωπιαίες και κογχομετωπιαίες περιοχές, πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου αμφοτερόπλευρα, οπίσθιο τμήμα της νήσου του Reil (με επέκταση στο κέλυφος φακοειδούς πυρήνα), άγκιστρο και αμυγδαλή δεξιά, άνω κροταφική έλικα/υπερχείλιο έλικα αριστερά, και άνω κροταφικό πόλο/άγκιστρο/αμυγδαλή αριστερά, δεξιά ατρακτοειδή έλικα και τμήμα 8 του αριστερού παρεγκεφαλιδικού ημισφαιρίου. Η ανάλυση TBSS ανέδειξε διάχυτες μεταβολές στη λευκή ουσία στο φλοιονωτιαίο δεμάτιο και σε συνδετικά και συνδεσμικά –μη κινητικά– δεμάτια (μεσολόβιο, ψαλίδα, προσαγώγιο, άνω και κάτω επιμήκης, κάτω μετωπο-νιακή και άγκιστροειδής δεσμίδα).

Συμπερασματικά:

Οι ασθενείς με ALS χωρίς άνοια παρουσιάζουν διάχυτες μεταβολές τόσο στη φαιά όσο και στη λευκή ουσία που δεν συνάδουν μόνο με κινητική προσβολή αλληλά υποστηρίζουν επιπροσθέτως την παρουσία μη κινητικής προσβολής. Η συνδυαστική χρήση σύγχρονων τεχνικών απεικόνισης και μεθόδων μετεπεξεργασίας των δεδομένων επιτρέπει την ανάδειξη περιοχών με ταυτόχρονη προσβολή της φαιάς και της λευκής ουσίας.

14-A2

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ - ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟΤΕΡΟ ΑΙΤΙΟ ΑΝΟΙΑΣ

Μπακόλα Ε., Σερεμέτα Ε., Μπούμπα Α., Λύκου Χ., Μειδάνη Ε., Μαυρίκη Α., Κουτσοκέρα Μ., Κατσούλας Γ., Ακουαβίβα Τ.

ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

Εισαγωγή:

Η εγκεφαλική αμυλοειδική αγγειοπάθεια χαρακτηρίζεται από εκφύλιση των αρτηριολίων και εναπόθεση αμυλοειδούς στα τοιχώματα των εγκεφαλικών αρτηριών. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική, να οδηγήσει σε άνοια ή και να προκαλεί μεμονωμένες ή υποτροπιάζουσες λοβώδεις αιμορραγίες.

Παρουσίαση περιστατικού:

Αντρας 58 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και πρόσφατη διακοπή της φαρμακευτικής του αγωγής καθώς και πρόσφατου αιμορραγικού ΑΕΕ (νοσηλεία προ 8μήνου) εισήχθη στο ΓΝΕ «Θριάσιο» λόγω υπερτασικής αιχμής, κεφαλαλγίας και εμέτων καθώς διαταραχής της όρασης αιφνίδιας εγκατάστασης. Εκ της ANE διαπιστώθηκε ελαφρά σύγχυση, ήπια δεξιά πυραμιδική συνδρομή και δεξιά ομώνυμη ημιανοψία. Στην αξονική εγκεφάλου αναδείχθηκε εγκεφαλική αιμορραγία αριστερά βρεγματικά με περιεστιακό οίδημα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του εκτιμήθηκε η γνωστική κατάσταση του ασθενούς όπου διαπιστώθηκε ήπια γνωσιακή διαταραχή με Mini Mental score 24/30. Από τον υπόλοιπο παρακλινικό έλεγχο προέκυψε επίσης μια οριακή τιμή της βιταμίνης B12 και ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία υποκατάστασης. Ο ανοσολογικός έλεγχος απέβη αρνητικός. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε αιμάτωμα σε υποξεία φάση στον AP βρεγματικό λοβό, μια χρόνια αιμορραγική αλλοίωση στην AP έσω κάψα καθώς και πολυάριθμες στικτές ή μικρές. γραμμοειδείς εστίες χαμηλού σήματος στις T2*w ακολουθίες (αιμοσιδηρίνη). Η MRA εγκεφάλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

Συζήτηση:

Η εγκεφαλική αμυλοειδική αγγειοπάθεια είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί σε έναν ασθενή καθώς η σίγουρη διάγνωση της νόσου απαιτεί ιστοπαθολογική επιβεβαίωση. Παρόλα αυτά σε ασθενείς με πολλαπλές αιμορραγίες σε διάστημα μηνών ή ετών και γνωσιακή έκπτωση θα πρέπει να τίθεται η υποψία.

9-A2

ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΥΠΕΡΠΥΡΗΝΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (PSP) ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Καραβασίλη Α., Πρωτόπαπας Ν., Σολδάτος Π.

Διάγνωση Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Καθαμάτα

Νέοι Ειδικοί

Εισαγωγή:

Η PSP είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος του ΚΝΣ με διαταραχές στη βάρδιση και ισορροπία, στις οφθαλμικές κινήσεις, αλλοιές στη συμπεριφορά, δυσκολία στο λόγο και την κατάποση και άνοια. Εμφανίζεται κυρίως σε μεσήλικες (επίπτωση 1.39-6.4/100.000) με ελαφρά επικράτηση στους άνδρες. Οφείλεται σε παθολογική συσσώρευση πρωτεΐνης tau. Οι διαταραχές στην ισορροπία και τη βάρδιση είναι συχνά πρώιμα συμπτώματα αλλά η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με γνωστικές και συμπεριφορικές αλλοιές. Κατά την πορεία της νόσου η βάρδιση επιδεινώνεται μέχρι την καθήλιση του ασθενούς. Οι οπτικοκινητικές διαταραχές προκαλούν μεγαλύτερη αναπηρία και η γνωστική έκπτωση καταλήγει σε άνοια. Δεν υπάρχει αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία της νόσου ενώ η θεραπεία αποκατάστασης επιτυγχάνει συμπτωματική βελτίωση.

Παρουσίαση περιστατικών:

Πρόκειται για δύο ασθενείς, άνδρα 75 χρόνων (περιστατικό 1) και γυναίκα 68 χρόνων (περιστατικό 2). Το πρώτο περιστατικό παρουσίαζε έκπτωση της μυϊκής ισχύος άνω και κάτω άκρων (3/5 MRC), εύκολη κόπωση, απουσία συντονισμού των κινήσεων, διαταραχές οφθαλμοκινητικότητας, έντονη δυσκαμψία και έκπτωση

γνωσιακής λειτουργίας. Το πρόγραμμα αποκατάστασης περιλάμβανε ασκήσεις καρδιο-αναπνευστικής αντοχής, κινησιομάλαξη, προοδευτική έγερση σε καθιστή και στη συνέχεια σε όρθια θέση, παθητική κινητοποίηση, μηχανοθεραπεία (τροχαλίες - τροχός - ποδήλατο), ασκήσεις ελέγχου κορμού, επανεκπαίδευση στατικής και δυναμικής ισορροπίας, ασκήσεις συντονισμού, επανεκπαίδευση βάδισης, ανάβαση/κατάβαση κλίμακας και στήριξη σε κουπαστή. Ο ασθενής εξήλθε εμφανώς βελτιωμένος (Barthel Index 10/100 -> 80/100, Berg: 3/56 -> 29/56, FIM: 39/126 -> 75/126, MMSE: 17/30 -> 22/30). Το δεύτερο περιστατικό παρουσίαζε έντονη δυσκαμψία, δυσκαταποσία, διαταραχές από την οφθαλμοκινητικότητα προς όλες τις κατευθύνσεις, εργώδη ομιλία, έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών. Το πρόγραμμα της περιελάμβανε τεχνικές νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης (P.N.F.), διατακτικές ασκήσεις, ασκήσεις συντονισμού, μηχανοθεραπεία (εργόμετρο, τροχαλίες), ασκήσεις κορμού-λεκάνης σε μπάλα, επανεκπαίδευση βάδισης (Up-LoadSystem, δίζυγο και με βοήθημα βάδισης). Εξήλθε βελτιωμένη (Barthel: 25/100 -> 40/100, Berg: 3/56 -> 5/56, FIM: 30/126 -> 54/126, MMSE: 18/30 -> 23/30).

Συζήτηση:

Η θεραπεία αποκατάστασης σε ασθενείς με PSP προσφέρει σημαντική βελτίωση της συμπτωματολογίας και της ποιότητας ζωής τους. Επίσης παρατηρήθηκε βελτίωση της γνωσιακής τους λειτουργίας.

15-B1

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΗ ΛΕΥΚΟΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΑΠΟ ΛΕΜΦΟΪΠΕΡ-ΠΛΑΣΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ RITUXIMAB

Ράλλης Δ.¹, Στούμπος Δ.², Παπαντωνίου Μ.¹, Καναβούρας Κ.¹, Κατσουλάκου Σ.¹, Σκαλίγκου Π.¹, Κωτσοπούλου Μ.²

¹ Νευρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Τζάνειο», Πειραιάς

² Αιματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Μεταξά, Πειραιάς

Εισαγωγή:

Η Προϊούσα Πολυεστιακή Λευκοεγκεφαλοπάθεια (Progressive Multifocal Leucoencephalopathy, PML) αποτελεί σπάνια απομυελινωτική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οφείλεται σε ενεργοποίηση του ιού JC, ο οποίος λαθροβιεί σε λανθάνουσα κατάσταση στην πλειοψηφία του υγιούς πληθυσμού. Πριν από τη ραγδαία αύξηση της συχνότητας του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας τη δεκαετία του '80, η PML εμφανιζόταν κυρίως σε ασθενείς με αιματολογικά νοσήματα. Τα τελευταία έτη το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στη συχνή εμφάνιση της νόσου μετά από θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα. Η ριτουξιμάμπη (Rituximab) είναι μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου CD20 των B λεμφοκυττάρων. Χορηγείται σε περιπτώσεις κακοθειών του αιμοποιητικού συστήματος και σε νοσήματα ανοσοολογικής αρχής.

Παρουσίαση περιστατικού:

Ασθενής 48 ετών, με ιστορικό λεμφώματος Non-Hodgkin εμφάνισε επιδεινούμενη διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και δεξιά ημιπάρεση με αφασία μεικτού τύπου. Εντός 24ώρου περιέπεσε σε ανθεκτικό γενικευμένο τονικοκλονικό status epilepticus, λόγω του οποίου διασωληνώθηκε και ετέθη σε μηχανική αναπνευστική υποστήριξη. Ο ασθενής είχε προσφάτως ολοκληρώσει τη λήψη σχήματος R-CHOP και ευρισκόταν σε καλή γενική κατάσταση.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία ανέδειξε περιορισμένης έκτασης υποφλοιώδη περιοχή παθολογικής έντασης σήματος χωρίς σκιαγραφική ενίσχυση ή παρουσία πιεστικών φαινομένων, η οποία σε επανέλεγχο εμφανιζόταν σταδιακά αυξανόμενη σε μέγεθος. Η διάγνωση της PML επιβεβαιώθηκε από την ανίχνευση του ιού JC στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ενώ συνηγορητικά ήταν και τα ευρήματα της μαγνητικής φασματοσκοπίας.

Περιλαμβάνεται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, με έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της PML σε ασθενείς με προηγηθείσα χορήγηση rituximab, τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας και μαγνητικής φασματοσκοπίας εγκεφάλου, την πρόγνωση και τα τωρινά δεδομένα όσον αφορά τις θεραπευτικές επιλογές.

17-B1

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΠΙΕΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ

Κουτσοκέρα Μ., Μειδάνη Ε., Λύκου Χ., Σερεμέτα Ε., Δημητρακόπουλος Θ., Μαυρίκη Α., Μπακόλα Ε., Κατσούλας Γ., Ακουαβίβα Τ.-Π.

Γ.Ν.Ε. Θριάσιο

Εισαγωγή:

Στην μέχρι τώρα βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί πολύ λίγα περιστατικά στα οποία συνυπάρχει αυξημένη ενδοκράνια πίεση με σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ). Ως ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση (ΙΕΥ) περιγράφεται η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης με οίδημα οπτικής θηλής σε απουσία απεικονιστικών ευρημάτων.

Παρουσίαση περιστατικού:

Ασθενής 18 ετών φυσιολογικού βάρους προσήλθε στα ΤΕΠ λόγω προϊούσας μη σφύζουσας κεφαλαλγίας με συνοδό διπλωπία και εμβοές ώτων. Η κλινική εξέταση και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν φυσιολογικές. Ο οφθαλμολογικός έλεγχος ανέδειξε οίδημα οπτικής θηλής άμφω με φυσιολογική οπτική οξύτητα. Διενεργήθηκε οσφουονωτιαία παρακέντηση με μόνο παθολογικό εύρημα την αυξημένη πίεση εισόδου (44cmH₂O). Ο λοιπός παρακλινικός έλεγχος ορού και ΕΝΥ για λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα ήταν αρνητικός. Τα συμπτώματα υφέθησαν παροδικά μετά την ΟΝΠ και ετέθη η διάγνωση της ΙΕΥ. Λόγω ιστορικού αλλεργίας στις σουλφοναμίδες δεν χορηγήθηκε ακεταζολαμίδη και η υποτροπή αντιμετωπίστηκε με εκκενωτική ΟΝΠ. Η ασθενής υπεβλήθη σε περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου που ήταν φυσιολογική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και ΑΜΣΣ όπου απεικονίστηκαν εστίες αυξημένης έντασης σήματος με απομυελινωτικά χαρακτηριστικά υπερ- και υπο- σκηνιδιακά καθώς και σικτική ενδομυελική εστία στο Α6 - Α7 επίπεδο. Τέθηκε η διάγνωση της ΣΚΠ και χορηγήθηκε ενδοφλέβια μεθυληπρεδνιζολόνη με βελτίωση της κλινικής εικόνας.

Συζήτηση:

Έχουν προταθεί διάφοροι παθογενετικοί μηχανισμοί για την ΙΕΥ. Πρόσφατα προτάθηκε η συμμετοχή φλεγμονωδών παραγόντων και το προφίλ των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών στο ΕΝΥ ασθενών με ΙΕΥ παρουσιάζει ομοιότητες με αυτό της ΣΚΠ. Παρόλο που είναι πιθανή η τυχαία συνύπαρξη, η αυξημένη ενδοκράνια πίεση θα μπορούσε να είναι μια μορφή εκδήλωσης της ΣΚΠ.

11-B2

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΟΠΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΡΙΤΟΥΞΙΜΑΜΠΗ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΣΧΟΛΑΣΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ CD19 Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 6 ΕΤΩΝ

Ευαγγελιοπούλου Μ.-Ε., Ανδρέαδου Ε., Κούτσας Γ., Κατσίκας Π., Αναγνωστούλη Μ., Ευδοκιμίδης Ι., Κυλιτηρέας Κ.

Τμήμα Απομυελινωτικών Νοσημάτων, Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Εισαγωγή:

Η οπτική νευρομυελίτιδα (ΟΝΜ) αποτελεί μια βαριά νόσο του νευρικού συστήματος που προσβάλλει κυρίως τα οπτικά νεύρα και το νωτιαίο μυελό. Η έγκαιρη διάκριση της ΟΝΜ από την πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ) είναι σημαντική καθώς έχει διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση, έχει ένδειξη ανοσοκατασταλτικής έναντι νοσοτροποποιητικής αγωγής. Η αγωγή με ριτουξιμάμπη έχει πρόσφατα προταθεί ως θεραπεία στην ΟΝΜ και φάσματος αυτή. Εντούτοις οι δείκτες ανταπόκρισης στην αγωγή και το σχήμα χορήγησης της δεν έχει σαφώς προσδιορισθεί.

Υλικό - Μέθοδοι:

Πέντε ασθενείς (μέσου όρου ηλικίας 54 ± 10.21) με ONM και διαταραχές φάσματος οπτικής νευρομυελίτιδας αξιολογήθηκαν βάσει της αναπηρίας και των υποτροπών. Όλοι οι ασθενείς (3 με ONM, 2 με διαταραχές φάσματος ONM - 1 ασθενής με οπτική νευρίτιδα, 1 ασθενής με υποτροπιάζουσα μυελίτιδα) έλαβαν αγωγή με ριτουξιμάμπη (ΡΤΞ) για έξι έτη. Ένας ασθενής με NMOSD λάμβανε αγωγή με κυκλοφωσφαμίδη πριν την αγωγή με ΡΤΞ και δύο είχαν διαγνωσθεί ως Σκλήρυνση κατά πλάκας και λάμβαναν αγωγή με ιντερφερόνη. Όλοι λάμβαναν αγωγή με ΡΤΞ 375 mg/m^2 εβδομαδιαία για 4 εβδομάδες και μετά ανά 2μνηνο για τα πρώτα δύο έτη και στη συνέχεια ανά 6 μήνες για 4 έτη. Μέτρηση υποπλυθυσμών Β λεμφοκυττάρων διενεργήθηκε ανά 2μνηνο κατά τη διάρκεια της αγωγής και παρέμειναν σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Κατά τη διάρκεια της αγωγής με ΡΤΞ οι ασθενείς δεν εμφάνισαν υποτροπές, παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην κλινική τους εικόνα ενώ δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπεράσματα:

Οι ασθενείς με ONM και φάσματος ONM υπό αγωγή με ΡΤΞ για 6 έτη παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην EDSS και στην συχνότητα εμφάνισης υποτροπών.

12-B2**ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΗ ΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Θεοδωρίδου Β., Παπαγιαννόπουλος Σ., Κάζης Δ., Κατσικάκη Γ., Μποσταντζοπούλου Σ.

Γ' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ. Γ.Ν.Θ.

Εισαγωγή:

Η Οπτική Νευρομυελίτιδα (NMO) είναι ένα απομυελινωτικό νόσημα του ΚΝΣ στην παθογένεια του οποίου φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο αντισώματα έναντι της ακουαπορίνης-4. Τα αναθεωρημένα κριτήρια του IPND (International Panel for Neuromyelitis Optica Diagnosis) διευρύνουν τον όρο μιλώντας για φάσμα διαταραχών (NMOSD) επιτρέποντας να ενταχθούν σ' αυτό ασθενείς που πριν δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις της διάγνωσης.

Παρουσίαση περιστατικού:

Ασθενής 48 ετών με ιστορικό τεσσάρων επεισοδίων οπτικής νευρίτιδας δεξιού οφθαλμού από τριετίας και αρνητική έρευνα για Πολύπληθη Σκλήρυνση και Οπτική Νευρομυελίτιδα, εισάγεται λόγω υποξείας εγκατάστασης παραπάρεσης και δυσαισθησίας με ζωνοειδή κατανομή (Θ7-Θ10). Από την ΜΤ αναδείχθηκε εστία υψηλού Τ2 σήματος με ήπιο εμπλουτισμό στη ΘΜΣΣ (Θ6-Θ9) ενώ η ΜΤ εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών και παρουσίασε κλινική βελτίωση. Ο νέος έλεγχος των αντισωμάτων έναντι της ακουαπορίνης-4 ήταν αρνητικός. Η ασθενής παρουσίασε νέα υποτροπή με διαταραχές της όρασης και επιδείνωση της βάδισης. Ο ακτινολογικός έλεγχος ανέδειξε απομυελινωτική εστία στην περιοχή του προμήκη. Λόγω μη βελτίωσης της νευρολογικής εικόνας μετά τη χορήγηση κορτικοστεροειδών, πραγματοποιήθηκαν πέντε συνεδρίες πλάσμοφαίρεσης με βελτίωση της συμπτωματολογίας. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με Αζαθειοπρίνη και Πρεδνιζολόνη κι ένα χρόνο μετά, παραμένει ελεύθερη υποτροπής.

Συζήτηση:

Η Οπτική Νευρομυελίτιδα είναι μια πάθηση που επιφέρει σημαντικού βαθμού αναπηρία αλλά και θνησιμότητα σε κάποιες περιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου και η θεραπευτική της αντιμετώπιση, τόσο των υποτροπών όσο και η μακροχρόνια προληπτική αγωγή, είναι κριτικής σημασίας.

13-B2

ΔΥΣΧΡΗΣΙΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΤΟΥ ΟΡΡΕΝΗΙΜ (USELESS HAND OF ΟΡΡΕΝΗΙΜ) ΛΟΓΩ ΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ

Χαρισίου Κ., Ζηκίδης Η., Χονδρογιώργη Μ., Περίδου Σ.-Ε., Κυρίτσος Α.
Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή:

Η μυελίτιδα μπορεί να οφείλεται σε διάφορες αιτίες μεταξύ των οποίων και η πολλαπλή σκλήρυνση ιδίως στις νεαρές ηλικίες, και να χαρακτηρίζεται από πληθώρα συμπτωμάτων με συχνότερα απαντούμενα την μυϊκή αδυναμία και την υπαισθησία. Σπάνια μόνο έχει περιγραφεί η αδεξιότητα του άνω άκρου ως μονοσύμπτωμα μυελίτιδας της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) που πάντοτε χρήζει διαφορικής διάγνωσης από φλοιική βλάβη.

Παρουσίαση περιστατικού:

Ασθενής, 24 ετών, δεξιόχειρας παρουσίασε από μινός δυσχρησία του δεξιού άνω άκρου με αδυναμία στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων και αλλοίωση του γραφικού χαρακτήρα. Κατά την κλινική εξέταση εμφάνιζε επιπολής υπαισθησία του δεξιού άνω άκρου περιφερικά και ενώ διατηρούσε φυσιολογική μυϊκή ισχύ δυσκολευόταν στην εκτέλεση δοκιμασιών επιδεξιότητας καθώς και στο να χειριστεί αντικείμενα, να γράψει και να ντυθεί. Από την μαγνητική τομογραφία δεν αναδείχθηκαν παθολογικά ευρήματα από το εγκεφαλικό παρέγχυμα, ενώ στην ΑΜΣΣ στο ύψος Α2-Α3 σπονδύλου ελεγχόταν ενδοκαναλική βλάβη κεντρικής εντόπισης που κάλυπτε το μεγαλύτερο μέρος της εγκάρσιας επιφάνειας με ήπιο περιφερικό εμπλουτισμό. Οι ολιγοκλιωνικές ζώνες στο ΕΝΥ ήταν τύπου 4 και ο έλεγχος για αντισώματα ακουοπρίνης-4 στον ορό καθώς και οι λοιπές ανοσολογικές εξετάσεις αρνητικές. Ετέθη σε τριήμερο σχήμα ενδοφλέβιας κορτιζονοθεραπείας σημειώνοντας σταδιακή κλινική βελτίωση.

Συζήτηση:

Το σύνδρομο δύσχρηστου άνω άκρου του Oppenheim αν και αποτελεί μια σπάνια εκδήλωση μυελικής βλάβης της ανώτερης ΑΜΣΣ έχει θέση στη διαφοροδιαγνωστική φαρέτρα του νευρολόγου. Οφείλεται πιθανότατα σε στερεοαγνώσια ή σε προσβολή ενός κινητικοαισθητικού δικτύου του μυελού στην ΑΜΣΣ που ελέγχει την εκτέλεση των λεπτών κινήσεων. Κλινικά προσομοιάζει με την αδεξιότητα που απαντάται στην κινητική απραξία μέλους (limb-kinetic apraxia) οφειλόμενη σε φλοιικές βλάβες και από την οποία θα πρέπει να διαχωρίζεται.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

- Kamogawa K & Okuda B, Useless hand syndrome with astereognosis in multiple sclerosis, Mult Scler Relat Disord. 2015 Jan;4(1):85-7.
- Rae-Grant AD, Unusual symptoms and syndromes in multiple sclerosis Continuum (Minneapolis). 2013 Aug;19(4 Multiple Sclerosis):992-1006s.
- Coleman RJ, Russon L, Useless hand of Oppenheim--magnetic resonance imaging findings, Mult Scler Relat Disord. 2015 Jan;4(1):85-7.

δραστηριότητες
ΣΥΝΕΔΡΙΑ
βιβλία

Ενημερωτικές Σελίδες.

ημερίδες
νευρολογικ
νεα
ενημέρωση

