

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

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΕ

Πρόεδρος: Ν. Γρηγοριάδης
Αντιπρόεδρος: Θ. Αβραμίδης
Κ. Βουμβουράκης
Γ. Γραμματέας: Κ. Βαδικόλιας
Ταμίας: Γ. Ρούντολφ
Μέλη: Σ. Γιαννόπουλος
Κ. Κουμάκης
Κ. Κυθινιτρέας
Ν. Τριανταφύλλου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ν. Γρηγοριάδης

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Κ. Βαδικόλιας - Γ. Τσιβγούλης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γ. Τσιβγούλης
Γ. Ρούντολφ
Μ. Βικελής
Ε. Δαρδιώτης
Ε. Καπάκη
Γ. Δερετζή
Σ. Γιαννόπουλος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Γ. Τιγκαράκη - Μ. Συντροφιού

ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Μ. Συντροφιού

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

Γραμματεία ΕΝΕ

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Διεύθυνση: Αθκμάνος 10,
Αθήνα ΤΚ 115 28

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 29, Τεύχος 5, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2020

Περιεχόμενα

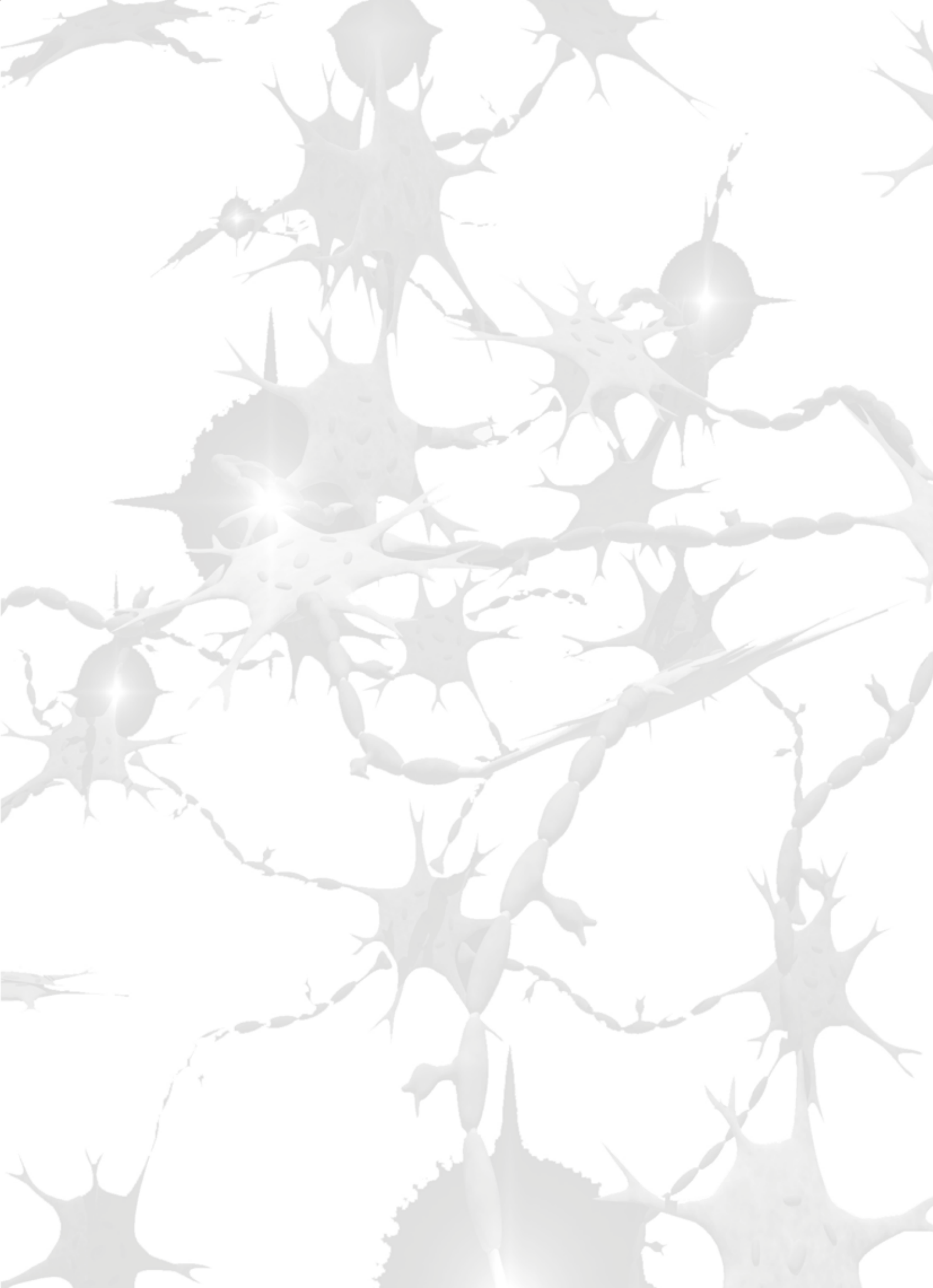
8° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

▲ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ 6

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

▲ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ 20



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: N. Grigoriadis
Vice President: T. Avramidis
K. Voumvourakis
Gen Secretary: K. Vadikolias
Treasurer: J. Rudolf
Members: S. Giannopoulos
K. Koumakis
K. Kilintireas
N. Triantafillou

EDITOR IN CHIEF

N. Grigoriadis

EDITORS

K. Vadikolias - G. Tsivgoulis

ASSOCIATE EDITORS

G. Tsivgoulis
G. Rudolf
M. Vikelis
E. Dardiotis
E. Kapaki
G. Deretzi
S. Giannopoulos

HNS SECRETARIAT

G. Tigaraki - M. Sintrofiou

TECHNICAL MANAGEMENT

M. Syntrofiou

WED-EDITION

HNS secretariat

OWNER

HELLENIC NEUROLOGICAL SOCIETY
10 Alkmanos str, Athens
115 28 - 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

Νευρολογία

www.jneurology.gr

Volume 29:5 September - October 2020

Table of Contents

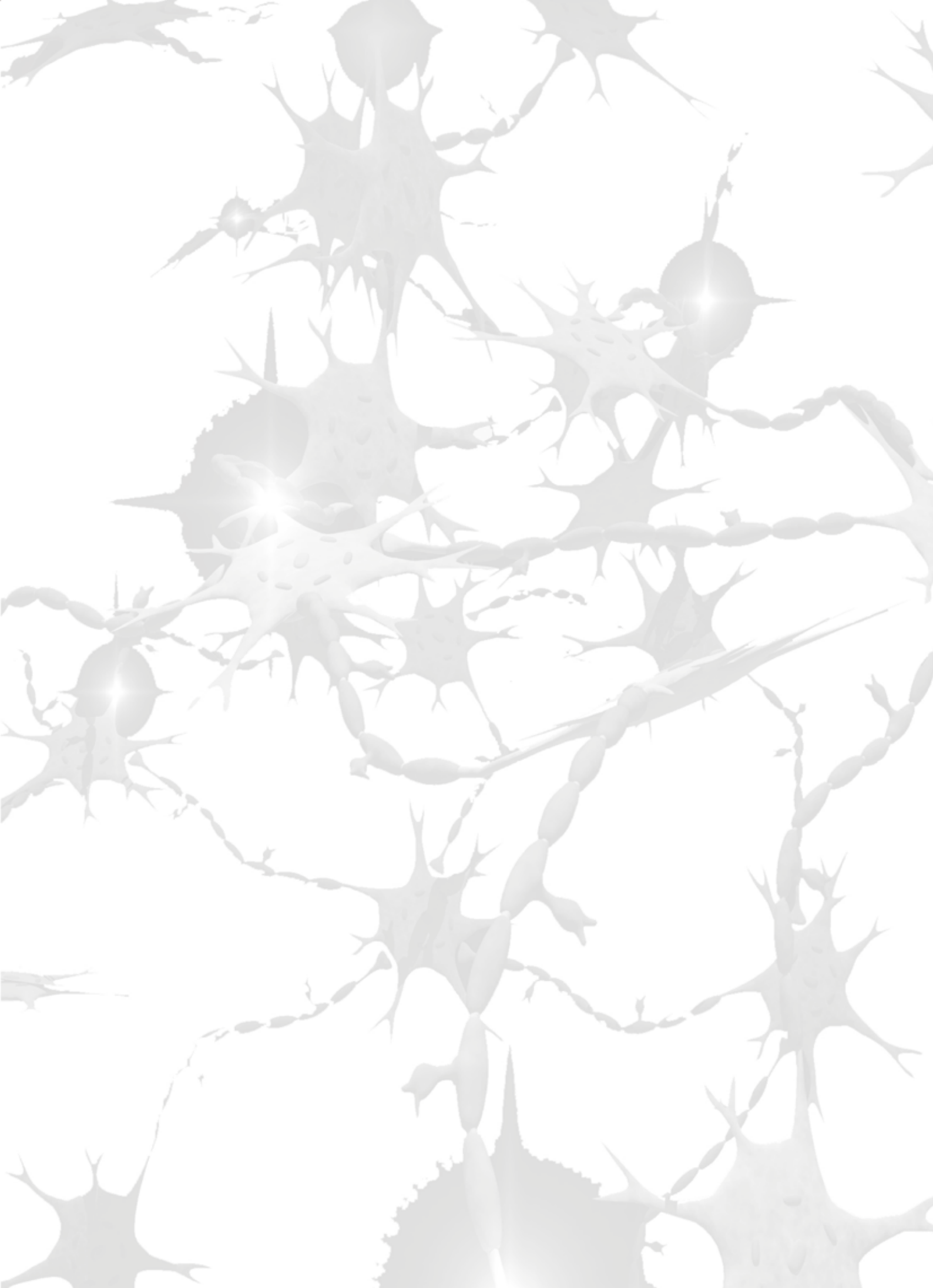
8th HELLENIC NATIONAL STROKE CONFERENCE

ORAL PRESENTATIONS

▲ ABSTRACTS 6

E-POSTER PRESENTATIONS

▲ ABSTRACTS 20



δραστηριότητες συνεδρίου βιβλία

Προφορικές Ανακοινώσεις

«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, κλιμάκων 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»

«Η Συντακτική Επιτροπή και η Επιτροπή Αξιολόγησης Εργασιών του Συνεδρίου έκριναν τις εργασίες ως δημοσιεύσιμες ή μη χωρίς να προβούν σε διορθώσεις (πέρα ορθογραφικών) ή υποδείξεις στους συγγραφείς σχετικά με την ορθότητα εκφράσεων ή του περιεχομένου. Σχετική συζήτηση προβλέπεται στις σχετικές ενότητες παρουσίασης του Συνεδρίου.

Σχόλια θα μπορούσαν επίσης να σταλούν ως αλληλεπογραφή δυντικά για δημοσίευση σε επόμενο τεύχος»

001

ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΠΡΑΞΙΑ, ΣΥΣΤΟΙΧΗ ΗΜΙΧΩΡΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΧΩΡΗΤΙΚΗ ΑΜΝΗΣΙΑ ΩΣ ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ

Ρεπούση Ε.¹, Κατσάρκη Μ.¹, Κουκούνη Β.¹, Κατσιβα Β.¹, Αρχοντάκης Ε.², Μαρκάκης Ι.¹

¹ ΓΝ Νίκαιας Πειραιά Αγ. Παντελεήμων

² ΓΝΑ Ερυθρός Σταυρός Κοργιαλένειο-Μπενάκιο

Εισαγωγή: Η στένωση της αριστερής έσω καρωτίδας ή των κύριων κλάδων αυτής προβάλλει κλινικά με συμπτώματα που περιλαμβάνουν την ομόπλευρη φευγαλιέα αμαύρωση, την αφασία και την ετερόπλευρη ημιανοψία, πυραμιδική συνδρομή και τα αισθητικά ελλείμματα. Παρουσιάζουμε σπάνια περίπτωση ασθενούς με εναλλασσόμενα άτυπα νευροψυχολογικά ελλείμματα και εγκατάσταση συνδρόμου προχωρητικής αμνησίας υποδύομένου εγκεφαλοπάθεια, σε έδαφος βαρείας στένωσης της αριστερής έσω καρωτίδας.

Περιγραφή περιπτώσεως: Άνδρας 62 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, εισήχθη στην κλινική μας λόγω επεισοδίου διαταραχής στην εκπομπή του λόγου και δυσχρησίας των δεξιών άκρων. Κατά τη εισαγωγή του ο ασθενής παρουσίασε απραξία του αριστερού άνω άκρου και σύστοιχη ημιχωρική παραμέληση. Συνοπήρχε ήπια δεξιά πυραμιδική συνδρομή. Ακολούθησαν διαταραχές του προσανατολισμού σε χώρο και χρόνο, με αδυναμία ανάκλησης πρόσφατων πληροφοριών και κάλυψη των μνημονικών ελλειμμάτων από μυθοπλασίες. Λόγω της προκύψασας συγχυτικοδιεγερτικής κατάστασης διενεργήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση και έλεγχος για λοιμώδεις και αυτοάνοσες εγκεφαλίτιδες καθώς και για μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες, που απέβησαν αρνητικά. Διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που ανέδειξε οξεία ισχαιμικά έμφρακτα στον αριστερό ακτινωτό στέφανο, στο σώμα και το σπληνίο του μεσολοβίου καθώς και σε αμφότερα τα σκέλη της ψαλίδας. Ο αγγειογραφικός έλεγχος ανέδειξε στένωση (90%) στη λιθοειδική μοίρα της αριστερής έσω καρωτίδας, εμβρυϊκή σύστοιχη οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία και στενώσεις της σύστοιχης οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με χορήγηση διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής αλληλά εγκατέστησε δεξιά ημιπάρεση και αφασία. Ακολούθησε τοποθέτηση ενδοπρόσθεσης στην αριστερή έσω καρωτίδα αρτηρία με σταθεροποίηση της νευρολογικής του εικόνας.

Συμπεράσματα: Τα ισχαιμικά έμφρακτα που προκύπτουν σε έδαφος καρωτιδικής στένωσης μπορεί να αφορούν σε ασυνήθεις περιοχές του εγκεφάλου, ειδικά όταν συνυπάρχουν ανατομικές παραλλαγές των ενδοκράνιων αρτηριών, με αποτέλεσμα λίαν άτυπες κλινικές εικόνες. Στην περίπτωσή μας, η αριστερή μελοκινητική απραξία και η σύστοιχη ημιχωρική παραμέληση μπορούν να αποδοθούν στις οξείες έμφρακτικές βλάβες του σώματος και του σπληνίου του μεσολοβίου αντίστοιχα, λόγω της ομόπλευρης συνύπαρξης καρωτιδικής στένωσης και εμβρυϊκού τύπου οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας. Η εντυπωσιακή συγχυτικόμορφη-«εγκεφαλοπαθητική» εικόνα της προχωρητικής αμνησίας είναι απόλυτα συμβατή με τις αναδειχθείσες ισχαιμικές αλλοιώσεις της ψαλίδας.

002

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Λαπάκη Κ.¹, Κατσαράκη Μ.², Μαυρίκη Α.¹, Κουκούνη Β.², Μαρκάκης Ι.², Ακουαβίβα Τ.¹

¹ Νευρολογική Κλινική, ΓΝ Θριάσιο Ειλευσίνας

² Νευρολογική Κλινική, ΓΝ Νίκαιας Άγιος Παντελεήμων

Εισαγωγή: Τα ισχαιμικά ΑΕΕ αποτελούν συχνή αιτία θνητότητας και αναπηρίας. Η αντιμετώπιση στην οξεία φάση με την ενδοφλέβια έγχυση ιστικού ενεργοποιητή του πλάσμινογόνου (rt-PA) καθορίζει σε σημαντικό βαθμό και την πρόγνωση των ασθενών. Παρ'αυτά, υποχρησιμοποιείται η ενδοφλέβια θρομβόλυση ακόμα, κυρίως λόγω του στενού χρονικού παραθύρου των 4,5 ωρών που ενδείκνυται, σε συνδυασμό με την ελλιπή εκπαίδευση του κοινού, στο ότι το ΙΑΕΕ αποτελεί μία δυναμική ιάσιμη νοσολογική οντότητα, υπό την προϋπόθεση ότι η μεταφορά του ασθενούς σε Νοσηλευτικές Μονάδες, όπου δύναται να εφαρμοσθεί, γίνεται σε επείγουσα βάση.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής, 44 ετών, διεκομίσθη από το Γ.Ν. Νίκαιας (λόγω κλειστής εφημερίας τους) με ημιπάρεση αριστερού ημιμορίου σώματος και σοβαρή δυσαρθρία (NIHSS εισόδου 7/42) από 4ώρου. 6 λεπτά μετά την άφιξη του ασθενούς καταγράφεται η έναρξη της έγχυσης με αλτεπλάση. Αυτό κατέστη δυνατό, διότι είχε προηγηθεί από τους συναδέλφους του αρχικού νοσοκομείου υποδοχής ενδελεχής κλινικο-εργαστηριακό-απεικονιστικός έλεγχος του ασθενούς που ανέδειξε ένα ανεύρυσμα ανιούσας θωρακικής μοίρας διαμέτρου 6,1 εκ. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι η πρώτη ΑΠ που μετρήθηκε βρέθηκε αυξημένη με συστολική τιμή 220 mmHg, η οποία ανταποκρίθηκε σε χορήγηση λαβεταλόλης.

Το ανεύρυσμα της θωρακικής αορτής (ΑΘΑ) είναι επικίνδυνο, γιατί υπάρχει πιθανότητα ρήξης. Με τη ρήξη του τοιχώματος της αορτής θα προκαλούνταν σημαντική αιμορραγία που αποτελεί μια πολύ σοβαρή επιπλοκή, στην οποία η ολική θνητότητα μπορεί να φτάσει το 90%. Στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί την δέκατη αιτία θανάτου στους άνδρες μετά την ηλικία των 55 ετών. Η επικινδυνότητα ρήξης σχετίζεται άμεσα με τη διάμετρο του ανευρύσματος. Για ένα ανεύρυσμα με διάμετρο 5-6 cm, ο κίνδυνος ρήξης σε 1 έτος είναι 5-10%. Από την 2η ημέρα νοσηλείας, ο ασθενής ήταν χωρίς νευρολογική ελλειμματική σημειολογία (NIHSS 0/42).

Ο ασθενής, 5 ημέρες μετά την ανεπίπλεκτα θρομβόλυση και χωρίς δυσάρεστες εκπλήξεις στη νοσηλεία του, αποδεσμεύτηκε για να αντιμετωπίσει το ΑΘΑ σε Καρδιοχειρουργική Κλινική πριν επέλθει η ρήξη του.

Συμπέρασμα: Η συνεργασία και συνεννόηση μεταξύ των ιατρών των δύο νοσοκομείων οδήγησε στο μέγιστο δυνατό θετικό αποτέλεσμα για τον ασθενή. Η ύπαρξη μεγάλου αρτηριακού ανευρύσματος, εκτός εγκεφάλου, δεν μας απέτρεψε να χορηγήσουμε την ενδοφλέβια θεραπεία.

003

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΕΜΒΟΛΙΚΑ ΑΕΕ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΥΜΕΓΕΘΗ ΑΣΤΑΘΗ ΘΡΟΜΒΟ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΑΣ ΑΟΡΤΗΣ

Γουργιώτης Ι., Χρίστου Ν., Δημητριάδου Α., Ανδραβίτζου Α., Αθανασιάδης Δ., Αβδελλίδου Ε., Γκίζα Ε., Καραχριστιανού Σ., Λιασίδης Χ., Λιασίδη Π.

Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Ο ασταθής θρόμβος της ανιούσας αορτής μπορεί να βρεθεί είτε τυχαία είτε μετά από πολλαπλά εμβολικά ΑΕΕ από το ΚΝΣ ή από προσβολή άλλων οργάνων από έμβολα. Στην συνέχεια παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με ευμεγέθη ασταθή θρόμβο της ανιούσας θωρακικής αορτής που παρά την αγωγή με NOACS εμφάνισε πολλαπλά εμβολικά ΑΕΕ από το ΚΝΣ.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 50 ετών διεκομίσθη στη νευρολογική κλινική από περιφερειακό νοσοκομείο λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης μυϊκής αδυναμίας ΑΡ άνω άκρου από 5 ώρου. Από την κλινική εξέταση στα ΤΕΠ διαπιστώθηκε πάρεση προσωπικού (κεντρ. τύπου) ΑΡ, πάρεση υπογλώσσιου ΑΡ, πληγία ΑΡ άνω άκρου και ΑΡ ομώνυμη ημιανοψία. Ο ασθενής είχε ένα μακρύ ιστορικό με αρτηριακές και φλεβικές θρομβώσεις αγγείων, κατάχρηση αλκοόλ, κάπνισμα και ελάμβανε πλημμελώς rivaroxaban. Ο ασθενής δε πληρούσε τα κριτήρια διενέργειας ενδοφλέβιας θρομβόλυσης (χρονικό περιθώριο, λήψη ΝΟΑC). Από την επαναληπτική CT εγκεφάλου διαπιστώθηκε έμφρακτο ΔΕ μετωποκροταφικά και από τη CT αγγειογραφία διαπιστώθηκε έλλειμμα πλήρωσης στο στέλεχος του αορτικού τόξου και στη ΔΕ κοινή καρωτίδα (στένωση έως 70%) καθώς και σε κλάδους της ΔΕ έξω καρωτίδας. Λόγω των πολλαπλών ευρημάτων διενεργήθηκε διοισοφάγειο ΥΠΧ καρδιάς όπου εντοπίστηκε παρουσία έμμοχου θρόμβου ο οποίος επικαθόταν στο τοίχωμα της ανιούσας θωρακικής αορτής >5 εκατοστά από την αορτική ρίζα, ο θρόμβος ήταν μεγάλου μεγέθους (2.5 x 1.5 x 1.3 εκ.) και παρουσίαζε ευκίνητα μέρη. Κατόπιν έγινε καρδιοχειρουργική εκτίμηση και δόθηκε η σύσταση για συντηρητική αντιμετώπιση του ασθενή λόγω του πρόσφατου ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και του υψηλού κινδύνου χειρουργείου. Χορηγήθηκε στον ασθενή ΗΧΜΒ σε θεραπευτική δόση. Επιπλέον διενεργήθηκε πλήρης έλεγχος θρομβοφιλίας όπου διαπιστώθηκε ομοζυγωτία ΜΤΗFR C677T – PCR. Από την επαναληπτική αγγειογραφία θωρακικής αορτής-εξωκράνιων αγγείων (10 μέρες κατόπιν της λήψης ΗΧΜΒ) διαπιστώθηκε λύση των θρόμβων στην ΔΕ κοινή καρωτίδα - ΔΕ έξω καρωτίδα καθώς και του ευμεγέθους θρόμβου της ανιούσας θωρακικής αορτής.

Συμπεράσματα: Ο ασαθής θρόμβος της ανιούσας αορτής είναι σπάνια αιτία πρόκλησης εμβολικών ΑΕΕ μονήρη ή πολλαπλών από ΚΝΣ ή και από άλλα όργανα. Δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση. Η παρέμβαση από καρδιοχειρουργό με stenting της ανιούσας αορτής είναι μια θεραπευτική παρέμβαση όταν δεν έχουν προκληθεί εμβολικά ΑΕΕ. Σε περιπτώσεις όπως το δικό μας περιστατικό η επεμβατική αντιμετώπιση με την ταυτόχρονη παρουσία πολλαπλών εμβολικών ΑΕΕ θεωρήθηκε επισφαλής.

004

ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ «ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ» ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΟΡΤΗΣ

Δημητριάδου Α., Γουργιώτης Ι., Νικολαΐδης Θ., Αθανασιάδης Δ., Κουρτίδου Α., Χρίστου Ν., Μπαργιώτα Τ., Σωτηριάδου Μ., Μουλούδη Ε., Λιασιδής Χ.

Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Τα ισχαιμικά ΑΕΕ από το σπονδυλοβασικό σύστημα αποτελούν το 20% του συνόλου των ισχαιμικών ΑΕΕ και η απόφραξη της βασικής αρτηρίας ευθύνεται για το 5%. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων από απλή ζάλη μέχρι κώμα. Αν και γνωστές, ελάχιστες αναφορές υπάρχουν σχετικά με την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων ή μимπών επιληπτικών κρίσεων σαν πρώτη κλινική εκδήλωση απόφραξης της βασικής αρτηρίας σχετιζόμενων με ισχαιμικές βλάβες των περιοχών αιμάτωσης της βασικής και των κλάδων αυτής.

Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 60 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, διακομίσθηκε με ΕΚΑΒ σε ημέρα γενικής εφημερίας του νοσοκομείου λόγω αναφερόμενης πτώσης και πιθανής ΚΕΚ. Κατά τη διάρκεια αναμονής του στο ΤΕΠ, παρουσίασε ακούσιες κινήσεις άκρων και ζητήθηκε νευρολογική εκτίμηση. Ο ασθενής ήταν ήπια συγχυτικός με απώλεια ούρων, προσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο, χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης παρουσίασε τονικοκλονικούς σπασμούς κυρίως δεξιού άνω άκρου και τονικές κινήσεις οφθαλμών προς τα δεξιά με διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης και έμετο, διάρκειας ολίγων δευτερολέπτων. Με το πέρας του επεισοδίου η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε εστιακή σημειολογία. Η πρώτη CT εγκεφάλου πριν και μετά την εφ'έγχυση σκιαστικού ήταν φυσιολογική. Από το ιστορικό προκύπτει μαρτυρία μεσοθάβνησης τουλάχιστον 6 ωρών από τη τελευταία φορά που ήταν εντελώς φυσιολογικός. Ο ασθενής πολύ γρήγορα, βυθίστηκε σε κώμα με GCS 4, αμφοτερόπλευρο Babinski,

ανισοκορία υπέρ αριστερής κόρης χωρίς φωτοκινητικό αντανakλαστικό, διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ ενηλίκων του νοσοκομείου ενώ η επαναληπτική CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε κάποια μεταβολή από την προηγούμενη. Τα επόμενα 24ωρα διενεργήθηκε MRI MRA εγκεφάλου που ανέδειξε εκτεταμένες πρόσφατες ισχαιμικές αλλοιώσεις σε αμφοτέρους τους κροταφικούς(έσω τμήμα) και ινιακούς λοβούς, άμφω θαλάμους, σπληνίο μεσολοβίου, στέλεχος(μεσεγκέφαλο, γέφυρα και προμήκη) και παρεγκεφαλίδα χωρίς σκιαγράφιση του ενδοκράνιου τμήματος των σπονδυλικών αρτηριών, του αρχικού τμήματος της βασικής αρτηρίας(με νηματοειδή σκιαγράφιση του υπολοίοιου τμήματος της), των οπίσθιων εγκεφαλικών αρτηριών καθώς και των οπίσθιων αναστοματικών αρτηριών. Η περαιτέρω διερεύνηση με MDCT θώρακος ανέδειξε πρόσφατα θρομβωμένο διαχωριστικό ανεύρυσμα θωρακικής αορτής τύπου I κατά de Bakey ή τύπου A κατά Stanford με παρουσία τοιχωματικού αιματώματος από το ύψος της ανιούσης έως το ύψος της κατιούσης θωρακικής αορτής που επεκτείνεται και προς τους κλάδους του αορτικού τόξου. Ο ασθενής παραμένει νοσηλεύομενος σε κώμα χωρίς καταστολή με κατηρημένα τα αντανakλαστικά του στελέχους αλλή με διατήρηση αυτόματης αναπνοής.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Η μεγάλη ετερογένεια των κλινικών εκδηλώσεων απόφραξης της βασικής αρτηρίας συχνά καθιστά δύσκολη την αρχική διάγνωση.

Στα σημεία και συμπτώματα απόφραξης βασικής περιλαμβάνονται ζάλη, ίλιγγος και κορμική αταξία, παρέσεις κρανιακών νεύρων, μυική αδυναμία έως τετραπληγία, διαταραχές οπτικής αντίληψης- οφθαλμοκίνησης, διαταραχή επιπέδου συνείδησης, σύνδρομο εγκλεισμού έως και κώμα. Αρχική κλινική εκδήλωση με επιληπτικές κρίσεις ή σπασμούς δίκην επιληπτικών κρίσεων είναι εξαιρετικά σπάνια.

Παθοφυσιολογία: Ψευδείς επιληπτικές κρίσεις πιθανόν να οφείλονται σε βλάβη του γεφυρικού δικτυωτού σχηματισμού. Σε πειραματικά μοντελα έχει αποδειχθεί η συσχέτιση ερεθιστικών φαινομένων και βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους. Επίσης, βλάβη στις κατερχόμενες ίνες του φλοιο-γεφυροπαρεγκεφαλιδικού δεματίου μπορεί να προκαλέσει παθολογικές στάσεις και κινήσεις δυσκαμψίας μιμητές επιληπτικών κρίσεων. Αληθείς επιληπτικές κρίσεις μπορεί να προέρχονται από ηλεκτρική διεγερσιμότητα των περιοχών του εγκεφαλικού φλοιού που αιματώνεται από κλάδους της βασικής αρτηρίας.

Με την αιφνίδια εγκατάσταση κώματος θα πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση και ο διαχωρισμός της αορτής.

Αν και ο πιο συχνός μηχανισμός είναι η αθηροθρόμβωση της βασικής αρτηρίας και ο εμβολικός μηχανισμός είναι επίσης αποδεκτός.

Η πρώιμη διάγνωση απόφραξης της βασικής αρτηρίας που εκδηλώνεται με ακούσιες κινήσεις άκρων μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη γρήγορη θεραπευτική αντιμετώπιση (ενδοφλέβια θρομβόλυση, μηχανική θρομβεκτομή) αν και η πρόγνωση είναι φτωχή.

Η ενδοφλέβια θρομβόλυση οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ που σχετίζεται με διαχωρισμό του αορτικού τόξου παραμένει αντένδειξη λόγω των πιθανών θανατηφόρων επιπλοκών.

005

ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΩΣ ΠΡΟΞΑΡΧΟΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΠΛΑΓΙΟΥ ΠΡΟΜΗΚΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Λιανδράκη Ο., Καραπιέρη Α., Πάππα Δ., Μπτσού Γ., Ευθυμίου Α.

ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή: Το πλάγιο προμηκικό σύνδρομο (LMS) αντιπροσωπεύει ~20% των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων και αποτελεί το συχνότερο ισχαιμικό σύνδρομο της οπίσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας. Στο 80% των περιπτώσεων προκαλείται λόγω αθηροσκληρωτικής απόφραξης της σπονδυλικής αρτηρίας και σπανιότερα της οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής (PICA) ή των προμηκικών αρτηριών. Αν και το LMS μπορεί να εκδηλωθεί με νευραλγία τριδύμου, σπάνια αποτελεί το προεξάρχον και εμμένον σύμπτωμα.

Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας 51 ετών, με ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης και επεισοδίων στηθάγχης, διεκομίσθη από περιφερειακό νοσοκομείο, λόγω επεισοδίου αιφνίδιας έναρξης διαξιφιστικού διαλείποντος άλγους ΔΕ ημιπροσώπου και αυχένος, ζάλης και διπλωπίας. Δύο ημέρες μετά την έναρξη του άλγους, παρου-

σίασε δυσκαταποσία, βράγχος φωνής, αστάθεια και εμμένοντα λόξιγκα. Από την αντικειμενική νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε παρεγκεφαλιδική σημειολογία ΔΕ.

Η MRI/MRA εγκεφάλου ανέδειξε πρόσφατο έμφρακτο ΔΕ οπισθοπλάγιας επιφάνειας προμήκους (πλάγιο προμηκικό έμφρακτο) και απόφραξη ΔΕ σπονδυλικής αρτηρίας. Ετέθη αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής υπέφερε από επεισόδια με χαρακτηρισ νευραλγίας τριδύμου κατανομής 2^{ου} και 3^{ου} κλάδου (8 επεισόδια ημερησίως), συνοδευόμενα από διαταραχές αυτονόμου. Η νευραλγία τριδύμου ήταν το αρχικό και εμμένον σύμπτωμα του ΑΕΕ, το οποίο παρέμεινε έως και 3 εβδομάδες μετά την έξοδό του, παρά τη φαρμακευτική αγωγή που του χορηγήθηκε.

Συμπέρασμα: Το LMS αποτελεί σπάνιο αίτιο μη ιδιοπαθούς νευραλγίας τριδύμου. Λόγω της εγγύτητας των δομών στην περιοχή του προμήκους, ακόμα και μικρής έκτασης βλάβες μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική νευρολογική επιβάρυνση. Ως εκ τούτου, η νευραλγία τριδύμου ως προεξάρχον σύμπτωμα του LMS είναι λιγότερο συχνή και μπορεί να μιμηθεί κλινικά την ιδιοπαθή νευραλγία τριδύμου.

006

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΕΕ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Νουβάκης Δ.^{1,2}, Γκιουλέκα Μ.³, Τερζούδη Α.^{1, 2}, Ηλιόπουλος Ι.^{1,2}, Βαδικόλιας Κ.^{1,2}

¹ Νευρολογική Ουρολογική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

² Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ

³ Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Οι διαταραχές ύπνου (διαταραχές αναπνοής στον ύπνο και διαταραχές ύπνου- εγρήγορσης) ανευρίσκονται συχνά σε ασθενείς με Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ). Η σχέση αυτή έχει αμφίδρομο χαρακτήρα δηλαδή τα ΑΕΕ μπορούν να είναι το αίτιο εμφάνισης διαταραχών του ύπνου, αλλά και πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου προδιαθέτουν για ΑΕΕ. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες προκειμένου να διευρευνηθεί η γνώση σχετικά με την παθοφυσιολογία, την αλληλεπίδραση αλλά και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας των διαταραχών ύπνου στην δευτερογενή πρόληψη ασθενών με ΑΕΕ.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στο PubMed χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά: «sleep», «stroke», «Restless Legs Syndrome (RLS)», «Periodic Limb Movement Disorder (PLMS)», «Obstructive Sleep Apnea (OSA)», «Central Sleep Apnea (CSA)», «Insomnia», «Hypersomnia», «Excessive Daytime Sleepiness (EDS)», «Narcolepsy», «Circadian Rhythm Disorders Parasomnias». Μέσα από αυτήν την αναζήτηση προέκυψαν συνολικά 3118 αποτελέσματα. Στη συνέχεια αξιολογήθηκε από ανεξάρτητους κριτές η σχετικότητα με το θέμα μέσω του ελέγχου των περιλήψεων. Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 14 άρθρα.

Συζήτηση: Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει ότι η αποφρακτική άπνοια ύπνου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση ΑΕΕ και επιπλέον εμφανίζει υψηλά ποσοστά επιπολασμού (>50%) σε ασθενείς με ΑΕΕ. Για αυτό πλέον στις κατευθυντήριες οδηγίες της American Heart Association (AHA) (Class IIb, Level of evidence B) συστήνεται έλεγχος για ανίχνευση συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας ύπνου (ΣΑΑΥ) σε ασθενείς με ΑΕΕ (χρήση ερωτηματολογίων, πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου). Η θεραπεία του ΣΑΑΥ με χρήση μηχανήματος συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CpAP) συστήνεται όλους τους ασθενείς με ΑΕΕ (Class IIb, Level of evidence B) χωρίς ωστόσο να έχει ξεκαθαριστεί απόλυτα το όφελος της θεραπείας στην μακροχρόνια πρόληψη του ΑΕΕ. Η κεντρική άπνοια του ύπνου (ΚΑΥ) αντίθετα αποτελεί κυρίως επακόλουθο ΑΕΕ και σπανιότερα προϋπάρχει. Εμφανίζεται κυρίως στην οξεία φάση του ΑΕΕ και τείνει να βελτιώνεται αυτόματα στην χρόνια φάση. Τέλος οι διαταραχές ύπνου-εγρήγορσης (Σύνδρομο Ανήσυχων Κάτω Άκρων, Αϋπνία, Υπερυπνία, Παραϋπνίες και μειωμένες ή αυξημένες ώρες ύπνου ημερησίως) μελετούνται ολοένα και περισσότερο σε σχέση με τα ΑΕΕ. Ορισμένες από αυτές φαίνεται να αυξάνουν συνολικά τον κίνδυνο ΑΕΕ, να αποτελούν κλινική έκφανση αυτών αλλά και να επηρεάζουν το στάδιο της αποκατάστασης και υποτροπής των ΑΕΕ μέσω διατάραξης των μηχανισμών νευροπλαστικότητας και νευροπροστασίας. Η θεραπεία των παραπάνω διαταραχών με υπναγωγά (αϋπνία), διεγερτικά του ΚΝΣ (υπερυπνία), ντοπαμινεργική υποκατάσταση (ανήσυχα κάτω άκρα) και κλιοναζεπάμη (παραϋπνίες) έχει μελετηθεί κυρίως μέσα από μεμονωμένα

κλινικά περιστατικά ή μικρές σειρές ασθενών χωρίς να έχει εδραιωθεί στατιστικά το όφελος τους σε σχέση με την πρόληψη ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές ύπνου αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ΑΕΕ αλλά και αποτέλεσμα αυτών και επηρεάζουν την λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών, ωστόσο σε ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό υποδιαγιγνώσκονται. Είναι σημαντικό να καθιερωθεί συστηματικά σε κλινικό επίπεδο η αναζήτηση τέτοιων διαταραχών σε ασθενείς με ΑΕΕ και να τεθεί άμεσα ένα πλάνο θεραπείας αυτών, στα πλαίσια της συνολικής διαχείρισης αυτών των ασθενών.

007

ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ ΣΤΗΝ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ;

Καίσαρη Ι., Γκότση Ε.

Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Τα Ισχαιμικά Εγκεφαλικά(ΙΕ) και η Πολλαπλή Σκλήρυνση(ΠΣ) είναι δύο νευρολογικές οντότητες που επί το πλείστον διαφέρουν. Μελετώντας, όμως, προσεκτικότερα μοριακά μονοπάτια που σχετίζονται με την παθογένεση τους, βρίσκουμε ομοιότητες στη παθολογική ενεργοποίηση των αστροκυττάρων, τη δυσλειτουργία του αιματοεγκεφαλικού φραγμού(ΑΕΦ) και τη φλεγμονή των νευρώνων που δυνητικά μπορούν να αξιοποιηθούν για τη ανάπτυξη νεότερων θεραπευτικών στόχων. Ακόμη, λαμβάνοντας υπόψιν την περιορισμένη στη θρομβόλυση θεραπευτική των ισχαιμικών εγκεφαλικών, η προσέγγιση αυτή στοχεύει στον εκμοντερνισμό των συντηρητικών μεθόδων θεραπείας.

Μέθοδος: Για τον σκοπό της εργασίας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο PubMed. Αξιοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά (ischemic stroke, multiple sclerosis, common treatment, therapeutics, targeted therapy) με ποικίλους αλγορίθμους. Επιλέχθηκαν ανασκοπήσεις και κλινικές έρευνες της τελευταίας τριετίας, και οι οποίες έχουν δημοσιευθεί σε περιοδικά με υψηλό συντελεστή απήχησης.

Συζήτηση: Η αύξηση της επιβίωσης των αστροκυττάρων μέσω είτε ενεργοποίησης γονιδίων όπως αυτού της πρωτεΐνης 72 είτε αναστολής άλλων όπως αυτού της p53, καθώς και η αξιοποίηση σχετικών με τα αστροκύτταρα microRNAs λειτουργούν ως θεραπευτικά εργαλεία για την εγκεφαλική ισχαιμία. Ταυτόχρονα, διερευνάται ο ρόλος της αναστολής του υποδοχέα P2X7 των αστροκυττάρων που όμως φαίνεται να παρουσιάζει αντιφατικά αποτελέσματα στις μελέτες. Εξετάζεται, επιπλέον, η σημασία της ανοσοτροποποίησης και συγκεκριμένα της χορήγησης anti-TNF παραγόντων και ανταγωνιστών IL-6 που ελαττώνουν τη μικρογλοία και άρα τη φλεγμονή στον νευρικό ιστό. Έτσι, λειτουργούν προστατευτικά τόσο για το ΙΕ όσο και για την ΠΣ.

Συμπεράσματα: Οι ομοιότητες των παθογενετικών μηχανισμών σε επίπεδο αστροκυττάρων και φλεγμονωδών παραγόντων που εμφανίζονται στα δύο αυτά νοσήματα συνθέτουν ένα υποσχόμενο θεραπευτικό μοντέλο. Αυτό αφορά τη γενετική τροποποίηση τόσο σε μοριακό όσο και σε ανοσολογικό επίπεδο.

008

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΣΕΛΗΝΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ, ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΟΥ RPS19 ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΝΩΔΟΛΥΣΗΣ ΩΣ ΠΙΘΑΝΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΗΞΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ COVID-19

Ντόσκας Κ.¹, Βαβουγιός Γ.^{2,3}, Ντόσκας Τ.²

¹ 251 ΓΝΑ

² Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

³ Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Εισαγωγή: Οι διαταραχές πήξης, συνήθως συσχετιζόμενες με κρίσιμη νόσο, έχουν προσφάτως αναγνωριστεί ως μια συχνά επαναλαμβανόμενη επιπλοκή στους ασθενείς με COVID-19, ενίοτε παρουσιαζόμενη ως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανακάλυψη του επιγενετικού υποβάθρου διάδρασης ιού-ξενιστή το οποίο δύναται να επάγει διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού.

Μέθοδοι: Αξιοποιήθηκαν δεδομένα γονιδιακής έκφρασης από πρόσφατη μελέτη επιμόλυνσης κυτταρικών σειρών με SARS-CoV-2. Εν συνεχεία, τα 330 διαφοροεκφραζόμενα γονίδια χρησιμοποιήθηκαν ως δίκτυο για ανάλυση Gene Set Enrichment Analysis (GSEA) χρησιμοποιώντας το Independent Samples Shrinkage T-test διαδεχόμενο από One Sample Kolmogorov Smirnov Analysis και τροποποίηση των p-values κατά Benjamini Hochberg (GeneTrail 2.0 και Enrichr software, FDR < 0.05 θεωρήθηκε στατιστικά σηματικό).

Αποτελέσματα: Η GSEA ανέδειξε την διαταραχή (α) σύνθεσης πρωτεϊνών σεληνίου (β) την διαφορική έκφραση της πρωτεΐνης RPS19 και (γ) την διαταραχή μονοπατιών ινωδολύσης ως ενδεχόμενους μηχανισμούς πηκτοπάθειας ως απότοκο ροίμωξης με κορωνοϊό (FDR < 0.05). Η ανάλυση φαρμακογονιδιωματικής ανέδειξε επικάλυψη με γονίδια στόχους του ακετυλοσαλικυλικού οξέως και βαρφαρίνης (FDR < 0.05).

Συζήτηση: Υπάρχουν επαρκή επιδημιολογικά, μηχανιστικά και μεταγραφομικά δεδομένα που συνδέουν το σεληνίο με την ενδοκυτάρια λανθάνουσα περίοδο του SARS-CoV-2. Λαμβάνοντας υπόψη το ζωτικό ρόλο των σεληνοπρωτεϊνών στην επαγωγή επαρκούς ανοσοποιητικής απάντησης, στη διατήρηση της ομοιοστασίας του ενδοθηλίου και στην αποφυγή προθρομβωτικής ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων, προτείνουμε ότι η διαταραχή στη σύνθεση των σεληνοπρωτεϊνών, διαμέσου διαταραχών στις προαναφερθείσες φυσιολογικές λειτουργίες, θα μπορούσε δυνητικά να αποτελεί έναν μηχανισμό διαταραχής της πήξης στους ασθενείς με COVID-19. Αξίζει να σημειωθεί πως χαμηλά επίπεδα σεληνίου είχαν σχετιστεί βιβλιογραφικά με αυξημένο κίνδυνο για ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ασχέτως ροίμωξης. Οι δράσεις των RPS19 και του καρράκτη ινωδολύσης ενδεχομένως να επικουρούν, με ανεξάρτητο μηχανισμό την πηκτοπάθεια. Τέλος, οι φαρμακογονιδιωματικές αλληλεπιδράσεις με ASA και βαρφαρίνης ενδεχομένως να εξηγούν τις ευνοϊκότερες εκβάσεις ασθενών COVID-19 υπό την συγκεκριμένη αγωγή.

009

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΟ Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

Rudolf J., Ντινούλης Κ., Δερετζή Γ.

Μονάδα Αυξημένων Φροντίδας, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Η πανδημία CoVid-19 έχει επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα ασθενών με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ανά τον κόσμο. Αναφέρεται τόσο η αύξηση κρουσμάτων ΑΕΕ στο πλαίσιο της οξείας λοίμωξης, όσο καθυστερήσεις στην προσέλευση των ασθενών και την διαχείρισή τους στα νοσοκομεία. Εντούτοις, τα διαθέσιμα σχετικά στοιχεία για την Ελλάδα είναι ελλιπή.

Μέθοδος: Μελετήσαμε τους ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ) που νοσηλεύτηκαν στο Νευρολογικό Τμήμα του Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου» στο πρώτο εξάμηνο της πανδημίας CoVid-19 στην Ελλάδα (01.03-31.08.2020), και τους συγκρίνουμε με την αντίστοιχη περίοδο του 2019.

Αποτελέσματα: Από 01.03.2019 μέχρι 31.08.2019 νοσηλεύθηκαν συνολικά 106 ασθενείς με διάγνωση «οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ», από τους οποίους οι 12 έλαβαν θεραπεία με ενδοφλέβια θρομβόλυση. Μετά την εξάπλωση του SARS-CoV2 στην Ελλάδα (03/2020) ακολούθησε μία περίοδος αναδιοργάνωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και της Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας (ΒΝ), με κύριο στόχο την έγκαιρη ταυτοποίηση κρουσμάτων CoVid-19. Η διενέργεια θρομβόλυσης όμως απαιτεί εισαγωγή στη Μονάδα ΑΕΕ του Νευρολογικού Τμήματος, γιατί ούτε η χορήγηση t-PA, ούτε η κατάλληλη παρακολούθηση ζωτικών σημείων των ασθενών δεν είναι εφικτές σε ΤΕΠ και ΒΝ. Στο χρονικό διάστημα 01.03.-31.08.2020, ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύθηκαν με οξύ ΙΑΕΕ ήταν 85, και ο αριθμός ενδοφλέβιων θρομβολύσεων στην ίδια περίοδο μειώθηκε στις 5. Στο ίδιο διάστημα, κανένας των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο Νευρολογικό Τμήμα, δεν διαγνώστηκε με οξεία λοίμωξη CoVid-19.

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Ο μειωμένος κατά 20% συνολικός αριθμός ασθενών με διάγνωση ισχαιμικού ΙΑΕΕ (03-08/2020) αντανάκλα τη μειωμένη προσέλευση ασθενών η οποία εν μέρει μπορεί να οφείλεται στον φόβο των ασθενών με ήπια συμπτώματα ΑΕΕ να προσέλθουν στο Νοσοκομείο λόγω CoVid-19. Η μείωση του αριθμού των θρομβολύσεων πάνω από 60% στο ίδιο χρονικό διάστημα οφείλεται κυρίως στη παρέλευση του χρονικού παραθύρου από την εγκατάσταση των συμπτωμάτων του ΑΕΕ, και αποδίδεται κυρίως στις χρονοβόρες διαδικασίες ταυτοποίησης ύποπτων κρουσμάτων CoVid-19 σε ΤΕΠ και ΒΝ. Για τον λόγο αυτό δημιουργήσαμε στο χώρο του Νευρολογικού Τμήματος ένα απομονωμένο μονόκλινο θάλαμο αυξημένων φροντίδας για την άμεση φροντίδα ασθενών με ΙΑΕΕ και ύποπτο ιστορικό λοίμωξης από CoVid-19, πριν την ολοκλήρωση του σχετικού εργαστηριακού ελέγχου, και - με αρνητικό αποτέλεσμα για SARS-CoV2-RNA - τη μεταφορά τους στη Μονάδα ΑΕΕ.

O10

Η ΣΤΕΓΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΔ) ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ

Καραβαγγέλη Κ.¹, Τσιβγούλης Α.², Ζηλάτος Η.², Μαλακού Δ.², Φραγκάκη Μ.², Καλαμπαλίκη Ο.², Παπαφίγκου Γ.¹

¹ Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ)

² ΚΑΑ Animus

Εισαγωγή: Μετά το διάστημα της κλειστής νοσηλείας σε κέντρο αποθεραπείας και αποκατάστασης (ΚΑΑ), ασθενών με ΑΕΕ, με βαριά νευρολογικά ελλείμματα, τίθεται το ερώτημα της επιστροφής τους στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και της φροντίδας τους. Πολλές φορές η οικογένεια, αδυνατεί να υποστηρίξει τη διαβίωσή τους και να διαχειριστεί τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους.

Μέθοδος: Τρεις ασθενείς με ΑΕΕ, διαμένουν τη δεδομένη στιγμή, στη Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ), δυναμικότητας 9 κλινών και λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας επί 24 ώρου (νοσηλευτικής, ιατρικής, θεραπευτικής).

Αποτελέσματα: Η ΣΥΔ δεν μπορεί να θεωρηθεί «κλειστή περίθαλψη» ή «νοσηλεία». Η ΣΥΔ διατίθεται για τη μόνιμη διαβίωση - κατοικία των ατόμων με αναπηρία, έχοντας οργανωμένη υποστήριξη από τον φορέα, ώστε να διασφαλίζονται συνθήκες κατάλληλες για ύπνο, σωματική υγιεινή, καθαριότητα και αξιοπρεπή καθημερινή διαβίωση. Οι ένοικοι διαμένουν σε ένα περιβάλλον που διασφαλίζει την ποιότητα στη ζωή τους, στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων που έχουν υποστεί σοβαρή κινητική αναπηρία καθώς και στην αποτροπή ιδρυματισμού τους. Συγκεκριμένα, οι ανωτέρω ένοικοι, υποστηρίζονται νοσηλευτικά, φυσικοθεραπευτικά και ιατρικά (από διάφορες ειδικότητες όπως ο παθολόγος και ο φυσίατρος), ενώ δίδεται η δυνατότητα φιλοξενίας συνοδού ατόμου εφόσον το επιθυμούν.

Συμπεράσματα: Η ΣΥΔ προσφέρει την δυνατότητα στους ασθενείς με βαρύ ΑΕΕ να συνεχίσουν να ζούνε δια βίου με αξιοπρέπεια. Βασικός σκοπός αφενώς είναι η παροχή φροντίδας και υποστήριξης, με σεβασμό στα δικαιώματα, στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ενοίκων και αφετέρου η διατήρηση και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων και ικανοτήτων τους, προκειμένου να διαβιούν με ασφάλεια, όσο το δυνατό πιο αυτόνομα και ενεργά στο κοινωνικό περιβάλλον, με στόχο την κοινωνική τους ένταξη.

O11

SYSTEMATIC REVIEW OF BIOMARKERS OF ATRIAL CARDIOPATHY IN EMBOLIC STROKES OF UNDETERMINED SOURCE AND CRYPTOGENIC STROKES: TIME TO STEP UP

Σταλίκας Ν., Καραγιαννίδης Ε., Δουνδουλάκης Ι., Σιάνος Γ., Ρίζος Γ., Γιαννακούλας Γ.

Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Introduction: The exact mechanisms of Cryptogenic Strokes (CS) and Embolic strokes of undetermined source (ESUS) remain mostly unknown. Emerging evidence suggests the possible role of atrial cardiopathy as a direct thromboembolic determinant even in the absence of Atrial Fibrillation. However specific diagnostic criteria for atrial cardiopathy are currently lacking.

Methods: We systematically searched and critically appraised all studies which explored the prevalence of echocardiographic, electrocardiographic, imaging and serum biomarkers of atrial cardiopathy in patients

with ESUS or CS. PubMed and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) were used, with duplicate extraction of data and risk of bias assessment. The Newcastle-Ottawa assessment scale for observational studies was used to evaluate study quality.

Results: Totally, 12 observational studies fulfilled our inclusion criteria and were analyzed. The total number of participants with ESUS or CS was 2081 with a mean age of 60.4 years. Both electrocardiographic biomarkers, (PR prolongation > 200 ms and Increased P-wave terminal force in V1) were more evident in patients with ESUS than those with non-cardioembolic (NCE) stroke. Atrial fibrosis and \log_{10} BNP could also be potential biomarkers of atrial cardiopathy as both were more prevalent in ESUS vs NCE stroke. Finally, both echocardiographic biomarkers (Left Atrial Enlargement and Left atrial volume index) failed to provide statistically significant association between ESUS vs NCE strokes suggesting they might not be the most useful echocardiographic discriminators.

Conclusion: Additional prospective studies in ESUS/CS patients are needed to validate the relative significance of different biomarkers for the diagnosis of atrial cardiopathy and thus guide future decision-making.

O12

ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΒΕΗΣΕΤ

Γιαννοπούλου Ε.¹, Γκατζίκης Ν.¹, Πατερομιχελάκη Α.², Ρέπα Α.², Μήτσιας Π.

¹ Νευρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ

² Ρευματολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ

Εισαγωγή: Η νόσος Behcet χαρακτηρίζεται κυρίως από έλκη στοματικής κοιλότητας, γεννητικών οργάνων και οφθαλμικές εκδηλώσεις. Αγγειακές επιπλοκές εμφανίζονται περίπου στο 30% των ασθενών, ενώ οι νευρολογικές εκδηλώσεις είναι ακόμη σπανιότερες.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 35 ετών, καπνιστής, με οικογενειακό ιστορικό νόσου Behcet, επισκέφθηκε τα Νευρολογικά Επείγοντα λόγω αιφνίδιας έναρξης δυσχέρειας συντονισμού δεξιών άκρων από εικοσιτετράωρο. Από τη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε αταξική ημιπάρεση δεξιών άκρων, 4+/5, και εκτατικό δεξί πέλμα, σκορ NIHSS: 3. Στην Αξονική Τομογραφία εγκεφάλου παρατηρήθηκε ασαφοποίηση του οπισθίου σκέλους της έσω κάψας αριστερά. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με ελάσσονα νευρολογική σημειολογία, με διπλή αντιαμοπεταλιακή αγωγή. Κατά τη νοσηλεία του, διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, που ανέδειξε ισχαιμική περιοχή στο οπίσθιο σκέλος της έσω κάψας, στο παρακείμενο τμήμα του θαλάμου αριστερά και στο μεσεγκεφαλικό σκέλος.

Στα πλαίσια του αιτιοπαθογενετικού ελέγχου, ο ασθενής υπεβλήθη σε εργαστηριακό έλεγχο, συμπεριλαμβανομένου λιπιδαιμικό προφίλ, ορμονολογικό έλεγχο, υπερηχογράφημα αγγείων τραχήλου, συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή και διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα με φυσαλίδες, χωρίς να τεκμηριωθεί κάποια παθολογία. Λόγω του νεαρού της ηλικίας, στάλθηκε, επίσης, ανοσοολογικός, θρομβοφιλικός και γονιδιακός έλεγχος για το σύνδρομο Fabry, οι οποίοι ήταν αρνητικοί. Λόγω του οικογενειακού ιστορικού του ασθενούς και των ευρημάτων από τη λοιπή κλινική εξέταση, όπως άφθες στοματικής κοιλότητας και ψευδοθυλακίτιδα ράχης, πραγματοποιήθηκε ρευματολογική εκτίμηση, κατά την οποία σε πρώτο χρόνο ο ασθενής δεν πληρούσε τα κριτήρια διάγνωσης συστηματικού φλεγμονώδους νοσήματος. Στη συνέχεια, παρουσίασε επεισόδιο ανώδυνης αιματοχεσίας και διενεργήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος, ο οποίος ανέδειξε εξελκώσεις στο πυλωρικό άντρο και βαθιά ωσειδή έλκη με οζώδη διαμόρφωση στον τελικό ειλέο. Επιπλέον, εμφάνισε πυρετικό κύμα έως 38.4°C, εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο και έλκος στο όσχεο. Σε ρευματολογική επανεκτίμηση, από το σύνολο των παραπάνω ευρημάτων, τέθηκε η διάγνωση της αγγειίτιδας Behcet.

Συμπεράσματα: Οι νευρολογικές επιπλοκές της αγγειίτιδας Behcet είναι σπάνιες. Σπάνια, περίπου 3%, μπορεί να αποτελέσουν την πρώτη εκδήλωση της νόσου. Σε νέους για ΙΑΕΕ ασθενείς, με θετικό οικογενειακό ιστορικό που παρουσιάζουν οξεία νευρολογική σημειολογία ΙΑΕΕ, με άτυπη τοπογραφία ισχαιμικής βλάβης,

η νόσος Behcet πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση και να οδηγεί σε ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο προς την κατεύθυνση υποκείμενου ρευματολογικού νοσήματος.

013

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ, ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ, ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ, ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ. ΚΟΙΝΟΣ ΠΑΡΑΝΟΜΑΣΤΗΣ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νουβάκης Δ.^{1,2}, Βαδικόλιας ΚΛ², Παπαγώρας Χ.³, Αργυροπούλου Π.⁴, Γιατρομανωλάκη Α.⁵, Χατζηπαντελής Π.⁵, Αλεξανδρίδου Μ.¹, Τερζούδη Α.¹, Βαδικόλια Χ.⁶, Γκιουλέκα Μ.⁷, Ηλιόπουλος Ι.¹

¹ Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

² Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ

³ Α' Παθολογική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

⁴ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

⁵ Τμήμα Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Ακτινολογίας, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

⁶ Αιματολογική Κλινική, 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

⁷ Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Στα υποκείμενα αίτια περιλαμβάνονται και οι επιπτώσεις της φλεγμονής στο ενδοθήλιο και τον ηθκτικό μηχανισμό. Ωστόσο η εμφάνιση υποτροπιάζουσών εγκεφαλικών αιμορραγιών σε ασθενείς με ΡΑ είναι πολύ σπανιότερη και οι μηχανισμοί περισσότερο πολύπλοκοι.

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 76 ετών εισήχθη στην Πανεπιστημιακή Νευρολογική κλινική του ΔΠΘ λόγω πολλαπλών επεισοδίων ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας με πρόσφατη υπαραχνοειδή ΑΡ μετωποβρεγματικά. Δύο μήνες νωρίτερα είχε εμφανίσει αιμορραγικό ΑΕΕ που αποδόθηκε στην διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά ενδοαυλική αντιμετώπιση στενωτικής καρωτιδικής βλάβης στην οποία είχε προχωρήσει λόγω ισχαιμικού ΑΕΕ. Μετά το πρώτο επεισόδιο ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας ελάμβανε μόνο ΧΜΒΗ σε μικρή δόση. Ο ασθενής από 5ετία έχει γνωστή ΡΑ για την οποία λάμβανε μεθοτρεξάτη. Στο ιστορικό του αναφέρονται κάπνισμα και τοποθέτηση stent στις λαγόνιες αρτηρίες ένα έτος νωρίτερα. Μετά το νέο επεισόδιο η νευρολογική εξέταση ανέδειξε ήπιου βαθμού ΔΕ ημιπάρεση και βάδιση σε ευρεία βάση. Επιπλέον ο ασθενής παρουσίαζε παροξυντικά επεισόδια σύστοιχων αιμωδιών διάρκειας μέχρι ενός λεπτού τα οποία απάντησαν σε αντιεπιληπτική αγωγή. Στην MRI εγκεφάλου απεικονίστηκαν περιοχές φλοιϊκής βλάβης συμβατές με τις πρόσφατες ενδοεγκεφαλικές λοβιακές αιμορραγίες, καθώς και σπικτικές μικροαιμορραγίες με εντόπιση τόσο λοβιακά όσο και εν τω βάθει (χαμηλό σήμα στην SWI ακολουθία) παράλληλα με χρόνιες ισχαιμικές αλλοιώσεις άμφω. Αν και η ρευματοειδής αρθρίτιδα ήταν σε κλινική ύφεση με βάση συστηματική συμπτωματολογία, υπήρχαν εργαστηριακές ενδείξεις συστηματικής φλεγμονής με υψηλές τιμές ΤΚΕ (74 mm/h) και cRP (3,10 mg/dL). Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αυξημένο αμυλοειδές Α στον ορό (67,4 mg/L με φ.τ. <6,4). Η βιοψία υποδορίου λίπους ανέδειξε θετική χρώση με ερυθρό του Κονγκό.

Με σκοπό την καταστολή της συστηματικής φλεγμονής προστέθηκε αναστολέας της ιντερλευκίνης 6 (tocilizumab) και ασπιρίνη 100 mg ημερησίως.

Η ανάδειξη κύστεων στους πνεύμονες επιβεβαιώνει την συστηματική αμυλοείδωση. 6 μήνες μετά ο ασθενής δεν παρουσίασε νέο ΑΕΕ.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Στον ασθενή που παρουσιάζουμε οι πολλαπλές λοβιακές αιμορραγίες έθεσαν την υποψία αμυλοειδικής αγγειοπάθειας αν και υπήρχε γνωστό έδαφος πολλαγγειακής αθηροσκλήρωσης. Ο αναλυτικός εργαστηριακός έλεγχος επιβεβαίωσε την διάγνωση της συστηματικής αμυλοείδωσης. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η ΡΑ μπορεί να επάγει την εναπόθεση του αμυλοειδούς, γεγονός που αναδεικνύει τις αγγειακές επιπτώσεις της συνεχιζόμενης συστηματικής φλεγμονής ακόμη και ελλείψει έντονων αρθρικών εκδη-

λώσεων. Επανειλημμένα ΑΕΕ σε ασθενείς με συστηματικά φλεγμονώδη νοσήματα ενδεχομένως να αποτελούν ένδειξη για εστιασμένο έλεγχο πέρα από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου.

O14

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΦΛΕΒΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ - ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Σκαρπάρη Σ.¹, Ρούντολφ Γ.¹, Μαχτή Β.¹, Σαμαρά Ε.¹, Γκουτσαρίδου Φ.², Δερετζή Γ.¹

¹ Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

² Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

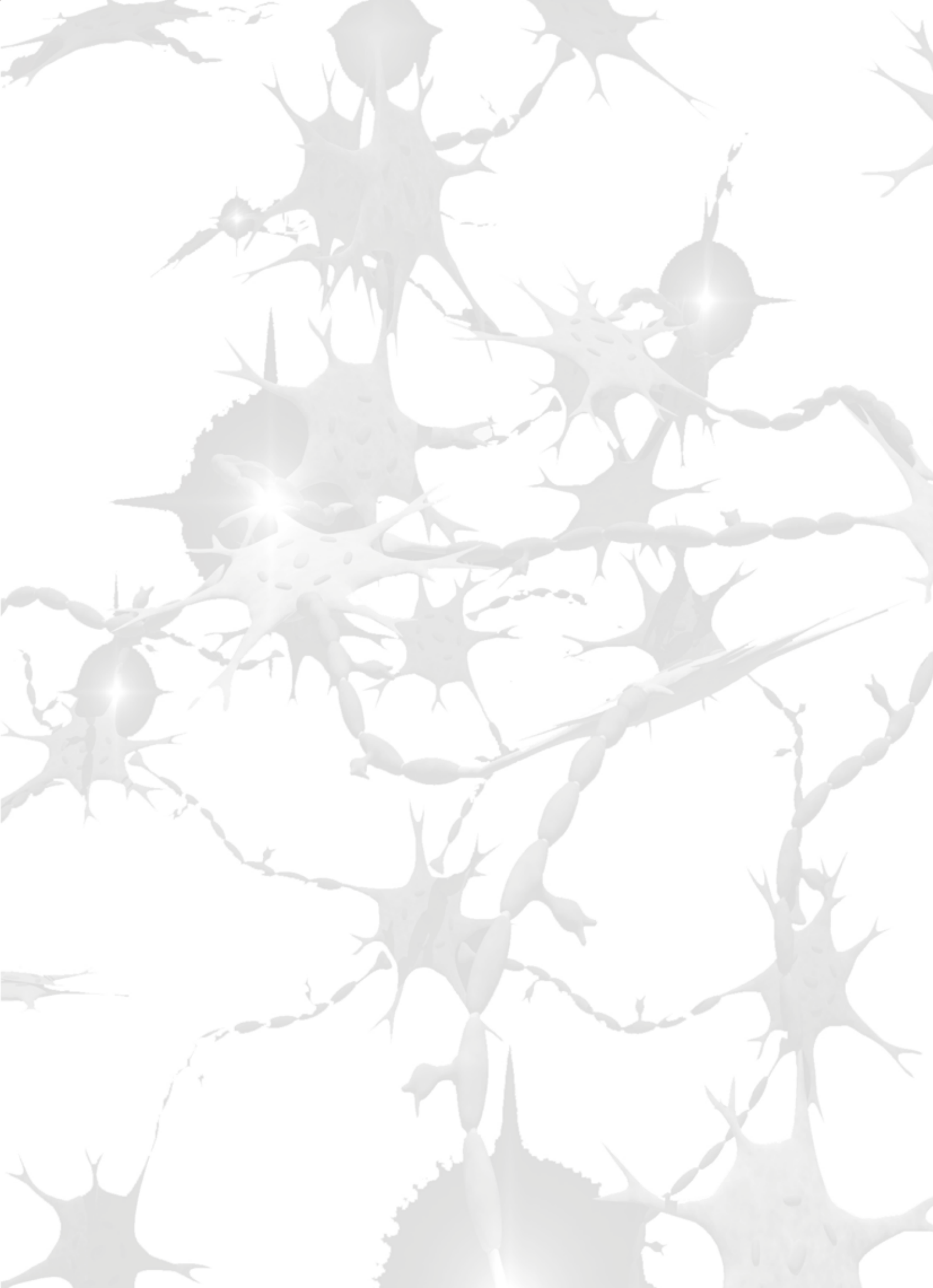
Εισαγωγή: Παρουσίαση περιστατικού θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων, με επικέντρωση στη κλινική και απεικονιστική ετερογένεια της νόσου, την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης ακόμη και με την αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT) και την άμεση έναρξη της κατάλληλης θεραπείας.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 21 ετών με ιστορικό πολυκυστικών ωθηκών υπό αντισυλληπτική αγωγή από 10ημέρου, μη καπνίστρια, με αυξημένο σωματικό βάρος, προσήλθε λόγω εμμένουσας κεφαλαλγίας από 24ώρου τουλάχιστον, με συνοδό ναυτία και έμετο, σταδιακή εγκατάσταση αιμωδιών και αδυναμίας ΑΡ άνω άκρου, με διαταραχή εκφοράς λόγου, αριστερή ομώνυμη ημιανοψία, και επεισόδιο επιληπτικής κρίσης. Σε επαρχιακό νοσοκομείο διενεργήθηκε CT που ανέδειξε αιμορραγικά στοιχεία βρεγματικά δεξιά με ήπιο περιεσιακό οίδημα και διαγνώστηκε ως αιμορραγικό ΑΕΕ. Μετά τη διακομιδή επαναλήφθηκε η CT η οποία ανέδειξε επιδείνωση ευρημάτων με νεοεμφανιζόμενη υπόπυκνη περιοχή με σικτά μικροαιμορραγικά στοιχεία μετωπιαία αριστερά. Η αγγειογραφία (CTA) ανέδειξε έλλειμμα πλήρωσης στον άνω οβελιαίο κόλπο και παθολογικά για ενδοκράνια φλεβική θρόμβωση ευρήματα όπως το θετικό clot sign πριν, και θετικό σημείο «Δέλτα» στον άνω οβελιαίο κόλπο μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού.

Με βάση τα κλινικά και απεικονιστικά δεδομένα, η διάγνωση οξέων φλεβικών εμφράκτων σε έδαφος θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων ήταν σαφής. Η ασθενής τέθηκε άμεσα σε αντιπηκτική αγωγή με ενοξαπαρίνη υποδορίως σε θεραπευτική δόση και αντιεπιληπτική αγωγή με ληβετιρακετάμη. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την διενέργεια MRI και MRV εγκεφάλου.

Από τον έλεγχο θρομβοφιλίας διαπιστώθηκαν αυξημένη τιμή ομοκυστεΐνης και χαμηλή τιμή βιταμίνης Β12 και φυλλικού οξέος, καθώς και ομοζυγωτία για μετάλλαξη του παράγοντα MTHFR (C677T). Στη συνέχεια έγινε αλλαγή της αγωγής σε ασενοκουμαρόλη, αλλά η αδυναμία σταθεροποίησης των τιμών INR οδήγησε σε αντικατάσταση του ανταγωνιστή βιταμίνης Κ με ριβαροξαβάνη.

Συμπεράσματα: Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων καθώς και η συνοδός παρουσία παρεγχυματικών βλαβών αποτελούν μία σπάνια παθολογική οντότητα, με τα φλεβικά έμφρακτα να αφορούν μόλις το 1% του συνόλου των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Άτυπα συμπτώματα όπως εμμένουσα κεφαλαλγία, πρωτοεμφανιζόμενες επιληπτικές κρίσεις και απεικόνιση αιμορραγικών εμφράκτων που δεν σέβονται τις περιοχές άρδευσης αρτηριακών κλάδων πρέπει να εγείρουν την άμεση υποψία του ιατρού ακόμη και με την CT εγκεφάλου. Η θεραπεία φλεβικών εμφράκτων διαφέρει ριζικά από την αντιμετώπιση αρτηριακών εμφράκτων. Η άμεση έναρξη αντιπηκτικής αγωγής ακόμη και σε παρουσία αιμορραγικής μετατροπής είναι επιβεβλημένη και σωτήρια παρέμβαση.



δραστηριότητες συνεδρίου βιβλία

Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις (E-Posters)

«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, κλιμάκων 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»

«Η Συντακτική Επιτροπή και η Επιτροπή Αξιολόγησης Εργασιών του Συνεδρίου έκριναν τις εργασίες ως δημοσιεύσιμες ή μη χωρίς να προβούν σε διορθώσεις (πέρα ορθογραφικών) ή υποδείξεις στους συγγραφείς σχετικά με την ορθότητα εκφράσεων ή του περιεχομένου. Σχετική συζήτηση προβλέπεται στις σχετικές ενότητες παρουσίασης του Συνεδρίου.

Σχόλια θα μπορούσαν επίσης να σταλούν ως αλληλεπικοινωνία δυνττικά για δημοσίευση σε επόμενο τεύχος»

P01

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ (CLIPPING) ΜΥΚΩΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ Μ3. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τόκας Γ., Φραγκιαδάκης Γ., Νικόνα Α., Μπριμπίλης Θ., Θεοδωροπούλου Ε.

Νευροχειρουργική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Παρουσιάζεται σπάνια περίπτωση clipping μυκωτικού ανευρύσματος εγκεφάλου, σε περιφερικό κλάδο της Μ3.

Περιγραφή Περιστατικού: Ασθενής 54 ετών, μετά από πολύμηνη νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ. και παρουσία σηπτικής θρομβοφλεβίτιδας υπό αγωγή αντιβιοτικών, παρουσιάζει έντονη κεφαλαλγία, δυσφασία και επιληπτικές κρίσεις. Η CT-εγκεφάλου ανέδειξε αιμορραγία στο τελικό τμήμα της σχισμής του Sylvius αριστερά. Αγγειογραφικά, απεικονίσθηκε μυκωτικό ανεύρυσμα σε περιφερικό κλάδο της αριστερής Μ3, κοντά στην περιοχή του Wernicke. Λόγω αστοχίας της παρατεταμένης αντιβιοτικής θεραπείας, αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση. Μέσω πτεριονικής κρανιοτομίας έγινε μικροχειρουργική διάνοιξη της πλάγιας σχισμής περιφερικά, λόγω θέσεως του ανευρύσματος. Για τον ακριβή εντοπισμό του, χρησιμοποιήθηκε διεγχειρητικά, 3D ultrasound «angiography». Σε βάθος περίπου 4cm εντός της σχισμής, βρέθηκε ανεύρυσμα με λεπτά τοιχώματα σε περιφερικό κλάδο της Μ3. Αρχικά τοποθετήθηκε προσωρινό clip στον τροφοφόρο κλάδο και στη συνέχεια αφού παρασκευάστηκε ο αυχένας, αποηλώθηκε το μυκωτικό ανεύρυσμα με clip τύπου Sugita. Μετά την εφαρμογή του clip έγινε νέα εξέταση με 3D Power Doppler, που επιβεβαίωσε τον πλήρη αποκλεισμό του ανευρύσματος καθώς και την βατότητα της τροφοφόρου αρτηρίας. Τα διεγχειρητικά ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με άμεση μετεγχειρητική αγγειογραφία. Η μετ-εγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Μετά από 4 εβδομάδες εξήλθε της κλινικής με πλήρη ύφεση της συμπτωματολογίας της.

Συμπεράσματα: Αν και τα λοιμώδη ανευρύσματα συνήθως αντιμετωπίζονται συντηρητικά, στη περίπτωση που έχουμε ρήξη λόγω αστοχίας των αντιβιοτικών, η χειρουργική αντιμετώπιση ίσως να είναι μονόδρομος. Θεωρούμαι ότι η χρήση προσωρινού clip μειώνει σημαντικά την επικινδυνότητα της επέμβασης. Επίσης, πιστεύουμε ότι η διεγχειρητική 3D ultrasound «angiography» αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στη χειρουργική αντιμετώπιση των εγκεφαλικών ανευρυσμάτων.

P02

MICROSURGICAL RESECTION OF A SUBOCCIPITAL CEREBELLAR A.V.M.

Fragiadakis G., Tokas G., Nikova A., Birbilis T., Theodoropoulou E.

Department of Neurosurgery, University Hospital of Alexandroupolis

Introduction: Arteriovenous malformations (AVMs) of the posterior fossa are complex and relatively uncommon neurovascular lesions.

Case report: A case of a 61 y.o. patient admitted with GCS:8, left hemiparesis, and acute respiratory failure is presented. Cerebral CT-scan showed a cerebellar hematoma with important surrounding edema, intraventricular bleeding within the third and fourth ventricle, infratentorial subarachnoid hemorrhage and acute hydrocephalus. DSA showed an infratentorial AVM, located within the right cerebellar hemisphere. The AVM had a 3cm nidus, arterial feeders coming from the cortical branches of all three cerebellar arteries

and venous drainage into the Herophil torcula, and right lateral sinus. The diagnosis of a right suboccipital cerebellar AVM was concluded. A bilateral suboccipital craniectomy, with the patient's head in a modified concorde position was performed. The cisterna magna was opened to relax the cerebellum. The AVM was on the convexity requiring minimal subarachnoid dissection to expose its borders. After careful "spiral" dissection of the nidus, feeding arteries arising from all three cerebellar arteries were controlled, followed by closure of the drainage veins. Mean operating time was 8 hours. During surgery the patient received 4 blood units and 2 FFP'S. Postoperative outcome was favorable, after 48 hours the patient was extubated, regained consciousness, and was able to execute simple motor commands correctly. During next weeks the neurological outcome was further improved.

Conclusions: The principles of optimal patient positioning, adequate bony exposure, extensive dural opening, meticulous attention to sharp microdissection, and compulsive hemostasis are critically important during surgical resection of posterior fossa AVMs.

P03

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΑ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύρμος Ν., Χαυτουρας Ν., Σανιδας Β.

Νευροχειρουργικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικών με αυτόματα ενδοεγκεφαλικά αιματώματα σε συνδυασμό με τραυματικά αιματώματα σε ηλικιωμένους ασθενείς (>65 έτη).

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζονται 10 περιπτώσεις. 8 άνδρες και 2 γυναίκες με έτος ηλικίας 61-81 έτη και μέσο όρο τα 71 έτη.

Αποτελέσματα: Συντηρητική αντιμετώπιση σε 5 περιπτώσεις -50%- και χειρουργική σε άλλες 5 - 50%. Καλή έκβαση σε 4 περιπτώσεις -40%-, φυτική κατάσταση σε 2 -20%- και θάνατος σε 4 - 40%.

Συμπεράσματα: Η υψηλή θνητότητα συνδυάζεται με τις μειωμένες εφεδρείες και τις πολλαπλές συννοσηρότητες της τρίτης ηλικίας.

P04

Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ BDNF ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΑΕΕ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Καρανταλή Ε.¹, Πρεβεζάνου Α.¹, Χατζηκωνσταντίνου Σ.¹, Πεφίδης Φ.¹, Παπαγιαννόπουλος Σ.¹, Μαυρουδής Ι.², Κάζης Δ.¹

¹ Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

² Leeds Teaching Hospitals

Εισαγωγή: Ο BDNF αποτελεί μια από τις πιο μελετημένες νευροτροφίνες. Χαμηλές συγκεντρώσεις του BDNF έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, ενώ έχει συσχετισθεί με

αυξημένο κίνδυνο μελλοντικού ΑεΕ και ΠΑεΕ. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταδειχθεί μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων του BDNF στον ορό και της βαρύτητας του οξέος ΑΕΕ, καθώς και ο ρόλος του ως προγνωστικός βιοδείκτης της λειτουργικής έκβασης.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση από τις βάσεις δεδομένων PubMed, Web of Science και Cochrane database. Τα καταληκτικά σημεία που εξετάστηκαν ήταν η συσχέτιση του BDNF με τη λειτουργική έκβαση μετά το ΑΕΕ, το NIHSS, τον όγκο του εμφράκτου, καθώς και συγκρίθηκαν τα επίπεδα του BDNF σε ασθενείς με ΑΕΕ έναντι ομάδας ελέγχου.

Αποτελέσματα: Είκοσι-έξι μελέτες συμπεριλήφθηκαν, από τις 3088 που ταυτοποιήθηκαν στην αρχική αναζήτηση. Είκοσι-πέντε μελέτες ανέφεραν τα επίπεδα του BDNF στον ορό και την NIHSS κατά την έξοδο του ασθενή με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ στο νοσοκομείο. Τα δεδομένα από εννέα μελέτες μετααναλύθηκαν. Καταγράφηκε μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων BDNF στον ορό και του NIHSS score [COR: -0.3013, 95% CI: [-0.4725; -0.1082], $z = -3.01$, $p = 0.0026$]. Λόγω της ετερογένειας των μελετών και των ανεπαρκών δεδομένων στη σχέση του BDNF με την λειτουργική έκβαση των ασθενών με ΑΕΕ, πραγματοποιήθηκε μόνο ποιοτική ανάλυση των δεδομένων. Τα δεδομένα από πέντε μελέτες μετα-αναλύθηκαν, χωρίς όμως να καταδειχθεί μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ του BDNF και του όγκου του εμφράκτου (Random-effects model COR: -0.1503, 95% CI: [-0.3286; 0.0383], $z = -1.56$, $p = 0.1177$). Τέλος, παρατηρήσαμε μια στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων του BDNF στον ορό ασθενών με οξύ ΑΕΕ, σε σύγκριση με υγιείς ενήλικες [Standard mean difference: -2.37 (-4.36, -0.38)] από τη μετα-ανάλυση επτά μελετών.

Συμπεράσματα: Η βαρύτητα του οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ, η οποία ποσοτικοποιήθηκε μέσω της κλίμακας NIHSS, παρουσιάζει μια αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα του BDNF στον ορό. Παράλληλα, στον ορό ασθενών με οξύ ΑεΕ παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα BDNF, σε σύγκριση με υγιείς ενήλικες. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του BDNF και της λειτουργικής έκβασης μετά το ΑεΕ ή του όγκου του εμφράκτου.

P05

ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΔΩΝ ΚΟΛΠΩΝ ΜΕ ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΔΙΠΛΩΠΙΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Χατζηκωνσταντίνου Σ., Καραναλή Ε., Λιάκου Μ., Πουλιουτίδου Α., Βλαϊκίδης Δ., Κάζης Δ.

Γ' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

Εισαγωγή: Η θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων (ΘΦΚ) του εγκεφάλου είναι μία σχετικά σπάνια και απειλητική για τη ζωή νευρολογική οντότητα, που μπορεί να παρουσιαστεί με ποικίλη συμπτωματολογία. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι έντονη κεφαλαλγία, επιληπτικές κρίσεις, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη πάρεση άκρων και το οίδημα οπτικής θηλής. Τα οφθαλμικά συμπτώματα είναι σχετικά συχνά στα πλαίσια του συνδρόμου, με κύριο την έκπτωση της οπτικής οξύτητας, θάμβος όρασης και διαταραχή των οπτικών πεδίων. Παρουσιάζουμε περιστατικό με ΘΦΚ και μοναδικό σύμπτωμα διπλωπία, που αποτελεί εξαιρετικά σπάνια κλινική εκδήλωση του συνδρόμου.

Περιγραφή περιστατικού: Άνδρας, 41 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό ιστορικό, προσέρχεται αιτώμενος διπλωπία, αρχόμενη από μηνός. Αναφέρει, από περίπου 5ετίας, υποτροπιάζοντα επεισόδια διπλωπίας, ιδίως κατά τις νυκτερινές ώρες, με διάρκεια 1-2 λεπτά, εκδράμοντα αυτόματα, για τα οποία ο ασθενής δεν αναζήτησε ιατρική βοήθεια. Από τη νευρολογική εξέταση διαπιστώνεται διόφθαλμη διπλωπία κατά τις πλάγιες βλεμματικές θέσεις αμφοτερόπλευρα λόγω πάρεσης των απαγωγών νεύρων αμφοτερόπλευρα με υπεροχή δεξιά, χωρίς λοιπά εστιακά νευρολογικά ελλείμματα. Υποβάλλεται σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, που δεν αναδεικνύει παθολογικά ευρήματα και σε μαγνητική φλεβογραφία εγκεφάλου, στην οποία διαπιστώνονται: ευρήματα υπέρ μερικής θρόμβωσης του οπίσθιου τμήματος του άνω οβελιαίου κόλπου, του αριστερού εγκάρσιου κόλπου και του αρχικού τμήματος του αριστερού σιγμοειδούς κόλπου. Από τη βυθοσκόπηση, δε διαπιστώνεται οίδημα των οπτικών θηλών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο (γενική, βιοχημικό, ανοσολογικό) δεν διαπιστώνονται παθολογικές τιμές. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά και βρίσκεται εν αναμονή του ελέγχου για θρομβοφιλία.

Συμπεράσματα: Η διπλωπία, σε έδαφος αμφοτερόπλευρης πάρεσης απαγωγού νεύρου είναι μία εξαιρετικά σπάνια κλινική εκδήλωση θρόμβωσης φλεβωδών κόλπων, σε νεαρό άνδρα χωρίς προηγούμενο ατομικό αναμνηστικό. Υπάρχουν ελάχιστες αναφορές περιστατικών στη βιβλιογραφία με παρόμοια κλινική συνδρομή, ενώ σε καμία δεν αναφέρεται απουσία κεφαλαλγίας.

P06

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ Ή ΣΗΠΤΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ; ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σκαρπάρη Σ., Καραφυλές Γ., Ρούντολη Γ., Μαχτή Β., Δερετζή Γ.

Μονάδα Αυξημένων Φροντίδας, Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Σκοπός της παρουσίασης είναι η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση σε ασθενή με κλινική εικόνα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και απεικονιστικά ευρήματα συμβατά με μεταστατικές εστίες εγκεφάλου.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 57 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, κτηνοτρόφος, εγκατέστησε οξείως δυσαρθρία, αιμωδίες και αδυναμία ΑΡ άνω και κάτω άκρου και πτώση γωνίας στόματος. Ανέφερε από 2μήνου απώλεια ΣΒ έως 7 κιλά, καταβολή δυνάμεων από λίγων ημερών και νεοεμφανιζόμενη αναιμία.

Υποβλήθηκε σε CT εγκεφάλου με ανάδειξη δακτυλιοειδούς οιδήματος κροταφικά δεξιά και διάγνωση μέτα-εγκεφάλου και τέθηκε σε αποιδηματική αγωγή με δεξαμεθαζόνη. Ακολούθησε ΜΚί με ευρήματα συμβατά με αμφοτερόπλευρα σηπτικά έμφρακτα και απόστημα εγκεφάλου στη θέση της υποτιθέμενης μετάστασης. Διενεργήθηκε άμεσα διοισοσφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς που ανέδειξε λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα και δομική παραμόρφωση με σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας. Ελήφθησαν αιμοκαθιλιέργειες οι οποίες ανέδειξαν streptococcus.galMolyticus (SGG), με επακόλουθη έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγή με γενταμικίνη και πενικιλίνη, και στη συνέχεια με αμπικιλίνη από του στόματος.

Παράλληλα διενεργήθηκε παρακλινικός έλεγχος για τη διερεύνηση κακοήθειας με CT ΘΑΚΚΟ, καρκινικούς δείκτες στο αίμα, δερματολογική και ουρολογική εκτίμηση χωρίς παθολογικά ευρήματα καθώς και ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού με παρουσία εκκολιπωμάτωσης και πολύποδα παχέος εντέρου. Οι βιοψίες που ελήφθησαν εκκρεμούν.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επαναλαμβανόμενες απεικονίσεις εγκεφάλου με σταδιακή βελτίωση των παθολογικών ευρημάτων, ενώ μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής και την αρνητικοποίηση των αιμικών υποβλήθηκε σε χειρουργική αποκατάσταση της αορτικής βαλβίδας.

Συμπεράσματα: Ο streptococcus gallolyticus, το Gram-θετικό μικρόβιο που απομονώθηκε στον ασθενή, σχετίζεται τόσο με σηπτικά έμβολα εγκεφάλου σε έδαφος λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, όσο και με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου. Αποτελεί τη κύρια αιτία σηψαιμίας και λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ηλικιωμένους και ανοσοκατεσταλμένους.

Σε ποσοστό 2,5-15% έχει ανευρεθεί στη φυσιολογική εντερική χλωρίδα των ανθρώπων, ενώ πιθανολογείται η μετάδοση από ζώο, με τα οποία ο ασθενής ως κτηνοτρόφος είχε επαγγελματική επαφή. Ο SGG διαδραματίζει ρόλο στην ανάπτυξη του Ca παχέος εντέρου, είτε μέσω χρόνιας φλεγμονής, είτε μέσω παραγωγής καρκινογόνων μεταβολιτών.

Η πλειοψηφία των ασθενών με SGG (+) ενδοκαρδίτιδα φέρει ασυμπτωματικούς όγκους, συνήθως καλοήθης αδενώματα και ως εκ τούτου είναι επιβεβλημένη η τακτική ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού συστήματος, όπως προτάθηκε και στον ασθενή μας.

P07

ΡΟΝΤΙΝΕ WARNING SYNDROME: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Καρανταλή Ε., Κατσιάκη Γ., Ντάντος Δ., Κωνσταντινίδης Γ., Παπαγιαννόπουλος Σ., Κάζης Δ.

Γ' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ Γ. Παπανικολάου

Εισαγωγή: Τα πολλαπλά υποτροπιάζοντα παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά (ΠΙΕ) ή crescendo TIAs είναι μια πρόκληση για τον κλινικό Νευρολόγο, καθώς αποτελούν προάγγελο ενός επερχόμενου, μόνιμα εγκατεστημένου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Η πανομοιότυπη κλινική σημειολογία σε κάθε επεισόδιο σχετίζεται, συνήθως, με υποκείμενο αθηροθρομβωτικό μηχανισμό, ενώ η ετερογενής σημειολογία που υποδηλώνει κατανομή >2 αγγείων, με υποκείμενο καρδιοεμβολισμό.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας, 66 ετών προσκομίζεται στα ΤΕΠ λόγω αιφνίδιας εγκατάστασης δυσαρθρίας και ΔΕ ημιπάρεσης (NIHSS:9) από ώρας. Είναι καπνιστής, ενώ από το ατομικό του αναμνηστικό πάσχει από ΑΥ, ΣΔΙΙ και στεφανιαία νόσο. Μετά από διενέργεια CT εγκεφάλου χωρίς ευρήματα, μεταφέρεται στη ΜΕΘ για διενέργεια ενδοφλέβιας θρομβόλυσης. Μια ώρα μετά το bolus, παρουσιάζει σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων του (NIHSS:2). Στο μόνιτορ καταγράφεται κοιλιακή μαρμαρυγή αγνώστου ενάρξεως. Έξι ώρες μετά την βελτίωση της νευρολογικής του εικόνας παρουσιάζει επεισόδιο με δυσαρθρία και ΔΕ αταξική ημιπάρεση που διαρκεί περίπου 30 λεπτά και βελτιώνεται αυτόματα. Μετά από 24ωρη παρακολούθηση και νέα CT εγκεφάλου χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα μεταφέρεται στη Νευρολογική κλινική. Κατά την νοσηλεία του παρουσιάζει δύο νέα επεισόδια διάρκειας <6θ λεπτών. Διενεργείται ΗΕΓ χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα και triplex εξωκράνιων αγγείων σε επείγουσα βάση, το οποίο αναδεικνύει σοβαρή στένωση της AP ICA 80-99%. Λόγω των πολλαπλών ΠΙΕ κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια επείγουσας ενδαρτηρεκτομής, με σκοπό να αποφευχθεί η εγκατάσταση μόνιμου ΑΕΕ. Οκτώ ώρες μετά το πέρας του χειρουργείου, εμφανίζεται νέο επεισόδιο, το οποίο υποτροπιάζει εκ νέου 48 ώρες μετά, με αποτέλεσμα να εγκατασταθεί μόνιμη νευρολογική σημειολογία με Δε αταξική ημιπάρεση και δυσαρθρία. Από την MRI/MRA εγκεφάλου που διενεργείται, απεικονίζεται οξύ ισχαιμικό έμφρακτο στο AP ημιμόριο της γέφυρας, με φυσιολογική απεικόνιση των ενδοκράνιων αγγείων.

Συμπεράσματα: Το rontine warning syndrome αποτελεί μια υποκατηγορία των crescendo TIAs. Είναι αποτέλεσμα απόφραξης γεφυρικών διαττραϊνόντων κλάδων της βασικής. Θεωρείται απότοκο υποκείμενης αθηροσκληρώσεως και όχι λιποϋαλίνωσης, η οποία τυπικά χαρακτηρίζει τα κενοτοπιώδη έμφρακτα. Η διάγνωση τόσο του γεφυρικού όσο και του καψικού συνδρόμου προειδοποίησης (rontine/capsular warning syndrome) είναι πιθανή σε ασθενή με υποτροπιάζοντα ΠΙΕ και εφόσον προηγουμένως αποκλεισθεί έμφρακτο στα πλαίσια αθηροθρόμβωσης των εξωκράνιων αγγείων ή καρδιοεμβολικής αιτιολογίας.

P08

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΕΕ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Λαπάκη Κ., Κουτσοκέρα Μ., Σερεμέτα Ε., Ακουαβίβα Τ.

Νευρολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας Θριάσιο

Εισαγωγή: Ο διαχωρισμός της σπονδυλικής αρτηρίας, παρατηρούμενος συνήθως μετά από μικρής βαρύτητας τραύμα, εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 2% περίπου των συνολικών ΙΑΕΕ στον γενικό πληθυσμό, ενώ σε ηλικίες <50 ετών το ποσοστό αγγίζει το 10%-25%. ΙΑΕΕ παρατηρείται στο 63% των ασθενών, ενώ παροδικό

ΙΑΕΕ μόνο στο 14% αυτών. Μελέτες υποδεικνύουν ότι η θρομβόλυση μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση και ο αρτηριακός διαχωρισμός δεν αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 48 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, διεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω αιφνίδιας πτώσης επιπέδου συνείδησης, αλαλίας, διαταραχής οφθαλμοκινητικότητας, πάρεσης προσωπικών νεύρων άμφω και τετραπάρεσης (NIHSS 23/42). Την ίδια ημέρα, προηγήθηκε παροδικό επεισόδιο ζάλης περιστροφικού τύπου, ενώ την προηγούμενη αναφέρθηκε εργασία με υπερέκταση αυχένα και μετέπειτα κεφαλαλγία/αυχεναλγία. Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με αιτεπλάση και στον επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκαν ισχαιμικά έμφρακτα στην παρεγκεφαλίδα και στο στέλεχος, ενώ η CTA εγκεφάλου-τραχήλου που ακολούθησε ανέδειξε έλλειμμα πλήρωσης στην βασική αρτηρία και στην αριστερή σπονδυλική από το επίπεδο A5-A6 μέχρι τη συμβολή της με την δεξιά σπονδυλική. Ο ασθενής εστάλη για MRI-MRA εγκεφάλου-τραχήλου με ακολουθίες fat-sat, όπου ανεδείχθη διαχωρισμός της αριστερής σπονδυλικής στο V2 τμήμα αυτής. Ο ασθενής μεταφέρθηκε με NIHSS 14/42 σε κέντρο αποκατάστασης και στη επανεκτίμηση μετά τριμήνου ήταν βελτιωμένος με NIHSS 10/42.

Συμπεράσματα: Αν και ο διαχωρισμός της σπονδυλικής αρτηρίας είναι σαφώς σπανιότερος του διαχωρισμού της έσω καρωτίδας (αναλογία 1:3), θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς νεαρής ηλικίας που παρουσιάζουν συμπτώματα ενδεικτικά στελεχιαίας ή παρεγκεφαλιδικής συνδρομής και ειδικά όταν αναφέρεται συνοδός ζάλη και κεφαλαλγία/αυχεναλγία. Αξιοσημείωτα στην προκειμένη και σπάνια γενικότερα είναι το παροδικό ΑΕΕ που προηγήθηκε, καθώς και ο διαχωρισμός της σπονδυλικής στο V2 τμήμα (συνηθέστερα τμήματα διαχωρισμού είναι τα περιφερικότερα V3,V4). Ενώ ο διαχωρισμός του ενδοκράνιου τμήματος της σπονδυλικής αρτηρίας εκδηλώνεται συνήθως με υπαραχνοειδή αιμορραγία, ο διαχωρισμός των εξωκράνιων τμημάτων της οδηγεί συνηθέστερα σε ΙΑΕΕ. Παρά την πιθανότητα αιμορραγικών επιπλοκών, και εφόσον δεν υπάρχουν κριτήρια αποκλεισμού, η θρομβόλυση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως θεραπεία άμεσης παρέμβασης για παροχή της καλύτερης δυνατής έκβασης στον ασθενή.

P09

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΑ ΕΜΦΡΑΚΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Κίντος Β.

Νευρολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας Θριάσιο

Εισαγωγή: Τα αμφοτερόπλευρα παρεγκεφαλιδικά έμφρακτα αποτελούν ένα σύνδρομο ΙΑΕΕ με επίπτωση 8-31% στο σύνολο των ΙΑΕΕ, ενώ τα αμφοτερόπλευρα έμφρακτα στην κατανομή της άνω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας είναι μια σπάνια εκδήλωση στο σύνολο των ΙΑΕΕ της οπίσθιας κυκλοφορίας. Τα συχνότερα αίτια αποτελούν τα καρδιοεμβολικά επεισόδια και η αθηροσκληρήνωση των μεγάλων αγγείων. Η πρόγνωση είναι καλή στους νεότερους ασθενείς, όταν δεν συμμετέχει το στέλεχος και στους μεγαλύτερους ασθενείς με μειωμένους παράγοντες κινδύνου αγγειακού επεισοδίου.

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 44 ετών, κατά τη νοσηλεία της σε παθολογική κλινική λόγω πνευμονίας παρουσίασε αιφνίδιας δυσαρθρία, εμέτους και εμβοές και ακολούθως διασωληνώθηκε λόγω έκπτωσης επιπέδου συνείδησης. Στο ιστορικό της αναφερόταν σιδηροπενική αναιμία, βρογχικό άσθμα, ήπια πρόπτωση μιτροειδούς, δύο τοκετοί με καισαρική τομή και αηλεργία στην ασπιρίνη. Από την επείγουσα CT εγκεφάλου δεν αναδείχθηκε παθολογία και έγινε έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής με κλοπιδογρέλη. Μετά την αποσωλήνωση παρουσίασε κοιλιάδη ομιλία, πτώση γωνίας στόματος αριστερά, κάθετο νυσταγμό, αμφοτερόπλευρη δυσμετρία εντονότερη στα αριστερά άκρα και αμφοτερόπλευρη δυσδιαδοχοκινησία. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε ΙΑΕΕ στην περιοχή της κατανομής της άνω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας αμφοτερόπλευρα. Ο έλεγχος με CTA εγκεφάλου, MRA ενδοκράνιων αγγείων-αγγείων τραχήλου, DSA αορτικού τόξου-αγγείων τραχήλου και εγκεφάλου, διαθωρακικού και διοισοφάγειου υπερήχου καρδιάς, και holter ρυθμού τριών ημερών δεν ανέδειξε παθολογία. Από τον θρομβοφιλικό έλεγχο βρέθηκε ομοζυγωτία στη μετάλλαξη MTHFR C667T με

φυσιολογικές τιμές ομοκυστεΐνης ενώ ο λοιπός παρακλινικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Τέλος, παρουσίασε υπερτασικές αιχμές οι οποίες ελέγχθηκαν με μικρή δόση αντιυπερτασικής αγωγής και εξήλθε βελτιωμένη. Κατά την επανεξέταση έξι μήνες μετά δεν παρουσίαζε νευρολογική σημειολογία.

Συμπεράσματα: Τίθεται η διάγνωση των αμφοτερόπλευρων εμφράκτων στην κατανομή της άνω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. Καθώς δεν αναβρέθηκε εμβολογόνος εστία και η απεικόνιση του αγγειακού δικτύου ήταν φυσιολογική, πιθανότερο είναι το ενδεχόμενο της in situ θρόμβωσης της βασικής αρτηρίας λόγω της θρομβοφιλικής προδιάθεσης στο πλαίσιο της ομοζυγωτίας στη μετάλλαξη MTHFR C667T υπό τις συνθήκες λήψης κατώτερου αναπνευστικού. Η άριστη κλινική έκβαση συμπίπτει με την καλή πρόγνωση που παρατηρείται σε νέους ασθενείς και επί απουσίας συμμετοχής του στελέχους.

P10

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Τσιλίλιας Δ.¹, Σταματοπούλου Ε.², Σταματοπούλου Α.³, Χανιώτης Φ.⁴, Χανιώτης Δ.⁵, Βαλάση Σ.

¹ Νοσηλεύτρια, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική, Έρευνα, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού

² PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK

³ Ph.D. (c) Οικονομολόγος, MSc International Human Resource Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁴ MD, PhD, Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

⁵ MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

⁶ ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επιδείνωση των γνωστικών, συμπεριφορικών, κοινωνικών και συναισθηματικών λειτουργιών των ασθενών. Η μουσική θεραπεία ορίζεται από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Μουσικής Θεραπείας (WFMT) η επαγγελματική χρήση της μουσικής και των στοιχείων της (ήχος, ρυθμός, μελωδία και αρμονία) από εξειδικευμένο μουσικοθεραπευτή ως παρέμβαση σε ιατρικά, εκπαιδευτικά και καθημερινά περιβάλλοντα με άτομα, ομάδες, οικογένειες ή κοινότητες που επιδιώκουν να βελτιστοποιήσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: vascular brain disease patients effect music music therapy από το έτος 2013 και εντεύθεν. Η Μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι δευτερογενής καθώς αντλήει στοιχεία από έρευνες και μελέτες ειδικών. Ανευρέθησαν 11 μελέτες.

Συζήτηση: Ο όρος «μουσικοθεραπεία» που χρησιμοποιείται σε μερικές από τις μελέτες είναι στην πραγματικότητα μελέτες «μουσικών παρεμβάσεων» που χρησιμοποιούν ομαδικές ή εξατομικευμένες δραστηριότητες που περιλαμβάνουν ακρόαση, ηχογραφημένη μουσική, τραγούδι, όργανα. Αυτές οι δραστηριότητες διαφέρουν από τη φύση της μουσικοθεραπείας και παρέχονται από νοσηλευτικό ή ερευνητικό προσωπικό αντί από εξειδικευμένο μουσικοθεραπευτή. Θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στη μουσική, που παρέχονται από πιστοποιημένο μουσικοθεραπευτή, αποτελούνται κυρίως από τραγούδι, ακρόαση, αυτοσχεδιασμό ή παιχνίδι με μουσικά όργανα. Μουσικές παρεμβάσεις όπως ομαδική μουσικοθεραπεία, τραγούδι, εκπαίδευση τραγουδιού μέσω караόке, φωνητική εκπαίδευση (μέθοδος YUBA), ψυχαγωγική χορωδία έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα όπως συναισθηματική ευεξία, μείωση άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μείωση στην διέγερση, και την επιθετικότητα των ασθενών με άνοια. Μελέτες που αξιολογούν την επίδραση της μουσικής παρέμβασης, στη γνώση και τη μνήμη είναι λιγότερο συχνές ενώ άλλες έχουν διερευνήσει τα αποτελέσματα μουσικών παρεμβάσεων για τα άτομα με άνοια. Υπάρχει έλλειψη μελετών που διερευνούν αλληλαγές στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την μουσική παρέμβαση. Οι μελέτες απεικόνισης που διερευνούν τις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην ακρόαση μουσικής έχουν μέχρι στιγμής διερευνηθεί μόνο σε υγιείς και νέους.

Συμπεράσματα: Η χρήση της μουσικοθεραπείας δείχνει θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς με άνοια. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα, και διεπιστημονική συνεργασία για την διάρκεια των επιδράσεων, την εξατο-

μικευμένη έναντι της μη εξατομικευμένης μουσικοθεραπείας, μεγαλύτερα δείγματα ασθενών και σημαντικές μελέτες απεικόνισης που διερευνούν αλληλαγές στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την μουσική παρέμβαση στους ασθενείς με άνοια για την εξαγωγή ισχυρότερων τεκμηριωμένων συμπερασμάτων.

P11

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Τσίλλιας Δ.¹, Σταματοπούλου Ε.², Σταματοπούλου Α.³, Χανιώτης Φ.⁴, Χανιώτης Δ.⁵

¹ Νοσηλεύτρια, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική-Έρευνα, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού

² PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK

³ Ph.D.(c) Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁴ MD, PhD, Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

⁵ MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

Εισαγωγή: Σύμφωνα με την Παγκόσμια έκθεση Alzheimer εκτιμάται ότι περίπου το 46,8 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχουν άνοια. Οι αριθμοί διπλασιάζονται σχεδόν κάθε 20 χρόνια, φτάνοντας τα 74,7 εκατομμύρια το 2030 και τα 131,5 εκατομμύρια το 2050. Ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται συνεχώς λόγω της προοδευτικής γήρανσης του πληθυσμού.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar και PubMed με λέξεις κλειδιά: non pharmacological interventions in cerebrovascular dementia. Η Μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι δευτερογενής καθώς αντλεί στοιχεία από έρευνες και μελέτες ειδικών.

Συζήτηση: Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επιδείνωση των γνωστικών, συμπεριφορικών, κοινωνικών και συναισθηματικών λειτουργιών των ασθενών που οδηγεί σε σοβαρή αναπηρία. Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο παγκοσμίως ως μέρος της ολοκληρωμένης περίθαλψης για την άνοια λόγω των λιγότερων παρενεργειών σε σύγκριση με τη φαρμακευτική θεραπεία. Περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων, παρεμβάσεων και τεχνικών, στη διαχείρισή της. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την διαχείριση της άνοιας περιλαμβάνουν: φυσική δραστηριότητα, άσκηση, μουσικοθεραπεία, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, θεραπεία με ζώα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), θεραπευτική αφή, εργασιακή θεραπεία, εργοθεραπεία και ψυχολογική θεραπεία. Επίσης αναφέρεται η χρησιμοποίηση των τεχνολογιών πληροφορικής, επικοινωνιών, η βοηθητική τεχνολογία το domotics, η τηλεϊατρική και η καλλιτεχνική θεραπεία. Επιπρόσθετα αισθητηριακές παρεμβάσεις (μασάζ, θεραπευτική αφή, πολυαισθητηριακή διέγερση, βελονισμός, αρωματοθεραπεία, θεραπεία φωτός, παρέμβαση αισθητηριακού κήπου, γνωστική διέγερση, μουσική/τραγούδι, χορευτική θεραπεία, snoezelen και η θεραπεία διαδερμικής διέγερσης ηλεκτρικών νευρών (TENS), γνωστικές/συναισθηματικές παρεμβάσεις όπως τεχνική διαχείρισης συμπεριφοράς και άλλες παρεμβάσεις, θεραπείας με κατοικίδια. Οι παρεμβάσεις άσκησης στην άνοια περιλαμβάνουν μια ποικιλία μεθόδων όπως αερόβια άσκηση, ευελιξία, προπόνηση αντοχής, άρση βαρών, ισορροπία. Σύμφωνα με μελέτη η άσκηση συσχετίστηκε με μειωμένη ατροφία εγκεφάλου καθώς μπορεί επίσης να διατηρήσει τους νευρώνες και να προωθήσει τη νευρογένεση, τη συναπτογένεση, και τη νευρωνική πλαστικότητα. Μονάδα ειδικής φροντίδας με δραστηριότητες παρηγορητικής φροντίδας και τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς αποσκοπούν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας του προσωπικού, της επίσημης εκπαίδευσης των φροντιστών με μοντέλα παροχής φροντίδας και αλληλαγές στο περιβάλλον.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση της άνοιας προϋποθέτει πολυεπιστημονική και πολυτροπική προσέγγιση για τη διαχείριση του ασθενούς. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για την επίδραση και διάρκεια των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με άνοια καθώς και την εξέταση κόστους-αποτελεσματικότητας.

P12

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σταματοπούλου Ε.¹, Τσίλιος Δ.², Σταματοπούλου Α.³, Χανιώτης Φ.⁴, Χανιώτης Δ.⁵

¹ PhD(c), MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, Νοσηλεύτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK

² Νοσηλεύτρια, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική-Έρευνα, Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού

³ .D.(c) Οικονομολόγος, MSc International Human Recourse Management, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας ΠΑ.Δ.Α. & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁴ MD, PhD, Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

⁵ MD, PhD, FESC, Πρόεδρος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)

Εισαγωγή: Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι ένα μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας τόσο σε Εθνικό όσο και σε Παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται ως, η αιφνίδια έναρξη και ταχεία εξέλιξη με εστιακό ή γενικευμένο νευρολογικό έλλειμμα, που διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες ή οδηγεί στον θάνατο και είναι αγγειακής αιτιολογίας. Το ΑΕΕ παραμένει η δεύτερη αιτία θανάτου και η πρώτη αιτία αιφνίδιας και μακροχρόνιας ανικανότητας, με σημαντική επιβάρυνση σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Οι παράγοντες κινδύνου για αγγειακή νόσο είναι συμπεριφορές ή φυσικά ευρήματα που μπορεί να σας θέσουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων τύπων αγγειακών παθήσεων.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar και PubMed με λέξεις κλειδιά: risk factors for vascular cerebral episode prevention. Η Μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι δευτερογενής καθώς αντλεί στοιχεία από έρευνες και μελέτες ειδικών.

Συζήτηση: Παράγοντες κινδύνου αναφέρονται οι γενετικοί παράγοντες κινδύνου, το οικογενειακό ιστορικό, το ιστορικό παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η θρομβοφιλία, η υπερχοληστερολαιμία, ο σχηματισμός καρωτιδικών πλάκων, το άγχος, ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, το έμφραγμα μυοκαρδίου, η κοιλιακή μαρμαρυγή, η στεφανιαία νόσος, η διαλείπουσα χωλότητα, οι αυξημένες τιμές Ht, Hb, ουρικού οξέως, το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών. Οι παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Η ηλικία, το φύλο και η φυλή / εθνικότητα είναι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου τόσο για ισχαιμικό όσο και για αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αντίθετα η υπέρταση, το κάπνισμα, η διατροφή, η σωματική αδράνεια συγκαταλέγονται στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Επίσης γενετικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες μπορεί να είναι τροποποιήσιμοι. Η πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων εστιάζεται στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Ο τρόπος ζωής και η τροποποίηση της συμπεριφοράς όπως οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, η διακοπή του καπνίσματος, του αλκοόλ, η σωματική άσκηση, μειώνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Σημαντικές στρατηγικές πρόληψης περιλαμβάνουν την διάγνωση και τη θεραπεία της υπέρτασης, του διαβήτη και των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Συμπεράσματα: Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η στόχευση στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου αποτελεί σημαντική στρατηγική πρόληψης των Α.Ε.Ε.

P13

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟΥ ΟΞΥΓΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τσικαλάκης Γ., Ντόσκας Τ.

Νευρολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Η χορήγηση υπερβαρικού οξυγόνου αποτελεί ήδη την ενδεδειγμένη θεραπεία στην εγκεφαλική ισχαιμία που προκαλείται από εμβολή από αέρα είτε ως αποτέλεσμα καταδυτικού ατυχήματος είτε ως αποτέλεσμα ιατρικών επεμβάσεων. Το ερώτημα που τίθεται λοιπόν είναι ο ρόλος του υπερβαρικού οξυγόνου στην εν γένει προστασία του εγκεφάλου κατά την διάρκεια ή μετά από ένα ισχαιμικό επεισόδιο.

Μέθοδος: Εξετάσαμε την τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τους μηχανισμούς δράσης του υπερβαρικού οξυγόνου καθώς και την κλινική του εφαρμογή σε πειραματικά και μη μοντέλα.

Συζήτηση: Από την μέχρι τώρα έρευνα το υπερβαρικό οξυγόνο συμμετέχει στην προστασία του εγκεφάλου από την ισχαιμία με ποικίλους μηχανισμούς: προάγει τους αντιοξειδωτικούς μηχανισμούς, μειώνει την κυτταρική απόπτωση, καταστέλλει τον πολλαπλασιασμό των μακροφάγων και των αφρώδων κυττάρων στο ενδοθήλιο των αγγείων, βελτιώνει την αιματική ροή στην μικροκυκλοφορία της περιοχής, ασκεί αποιδηματική δράση, προστατεύει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Με βάση τους παραπάνω μηχανισμούς μελέτες πραγματοποιήθηκαν που αναφέρουν απεικονιστική βελτίωση σε τομές CT, SPECT CT της ζώνης κρίσιμης αιματικής ροής (penumbra) έπειτα από 60 ημερήσιες θεραπείες στα 2 bar με υπερβαρικό οξυγόνο ενώ επιπροσθέτως αναφέρεται η ευεργετική επίδραση του υπερβαρικού οξυγόνου με ημερήσιες θεραπείες των 40-90 λεπτών για 8 εβδομάδες στην βελτίωση της γνωσιακής ικανότητας καθώς και του βαδισματος ασθενών έπειτα από ισχαιμικό ΑΕΕ.

Συμπεράσματα: Η χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου στην αντιμετώπιση των ισχαιμικών ΑΕΕ σύμφωνα με την ισχύουσα βιβλιογραφία αποτελεί μια ασφαλή και ελπιδοφόρα θεραπεία η οποία όμως απαιτεί την διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών σχετικά με τα πρωτόκολλα εφαρμογής της και την επιβεβαίωση του κλινικού της οφέλους προκειμένου να καθιερωθεί στην θεραπευτική μας φαρέτρα.

P14

ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ: ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Τσιμπικτσιόγλου Α., Ντόσκας Τ.

Νευρολογική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: 3-20% των ασθενών με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με ισχαιμικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις κατά τη διάρκεια της πρώτης πενταετίας από τη στιγμή της διάγνωσης. Παρά την υψηλή συχνότητα εμφάνισης ΑΕΕ στους ασθενείς αυτούς, η παθοφυσιολογία της νόσου διαφέρει συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων Pubmed και με τις λέξεις κλειδιά: «stroke», «neurologic manifestations», «cerebrovascular events», «Systemic Lupus Erythematosus». Επιλέχθηκαν μόνο άρθρα με χρονολογία δημοσίευσης από το 2016 και αργότερα.

Συζήτηση: Η παθοφυσιολογία του Ισχαιμικού Εγκεφαλικού Επεισοδίου στο Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο περιλαμβάνει μηχανισμούς, οι οποίοι είτε δρουν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον, είτε, συχνότερα, δρουν συνεργατικά. Στους μηχανισμούς αυτούς περιλαμβάνονται: α) Η παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων, εύρημα που συνυπάρχει συχνά με τα ειδικά για το Λύκο αντισώματα, β) Η αγγειίτιδα των εγκεφαλικών αρτηριών, παθολογοανατομικό εύρημα που πλέον σπάνια ευθύνεται αποκλειστικά για τη δημιουργία των ισχαιμικών βλαβών και γ) Η πρώιμη αθηροσκλήρωση των εγκεφαλικών αγγείων, μηχανισμός στον οποίο παίζουν ρόλο τόσο οι κλασσικοί παράγοντες κινδύνου όσο και παράγοντες που σχετίζονται με την ίδια την αυτοάνοση διαταραχή. Άλλοι μηχανισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί είναι η διαταραχή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού και του φραγμού αίματος-εγκεφαλονωτιαίου υγρού, η υπερομοκυστεϊναιμία, που συχνά χαρακτηρίζει τέτοιους ασθενείς και η ισχαιμία λόγω εμβόλου από Libman-Sacks Ενδοκαρδίτιδα, που πιθανά να συνυπάρχει στο πλαίσιο του ΣΕΛ. Πιθανή συμμετοχή στην παθοφυσιολογία της νόσου έχουν και οι παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου, με κυριότερο την αρρυθμιστη Αρτηριακή Υπέρταση.

Συμπεράσματα: Αν και συχνό εύρημα στους ασθενείς με ΣΕΛ, το ΑΕΕ δεν περιλαμβάνεται στα κλινικά κριτήρια κατάταξης ως Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος του 2019. Απαιτείται, λοιπόν, επαγρύπνηση από τον κλινικό ιατρό, ώστε να αναγνωρίζει και να θεραπεύει εγκαίρως τέτοια περιστατικά. Η θεραπεία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον υποκείμενο παθοφυσιολογικό μηχανισμό που προκάλεσε το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οπότε και απαιτείται βαθιά γνώση και κατανόηση των μηχανισμών αυτών.

P15

ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Σγουραλή Ε.¹, Κουσκούνη Ε.^{2, 3, 4}, Ιακωβίδου Ν.^{2, 3, 4}, Ξάνθος Θ.⁴, Εκμεκτζογλή Κ.^{4, 5}

¹ ΤΝΑ Ιπποκράτειο

² Αρεταίειο Νοσοκομείο

³ Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

⁴ Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών (MSc) «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

⁵ Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού

Σκοπός: Η διερεύνηση και αξιολόγηση των γνώσεων των ειδικευόμενων ιατρών σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες στην πρωτογενή πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) και η διερεύνηση των βασικών παραγόντων που την επηρεάζουν στην Ελλάδα.

Υλικό - Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική επιδημιολογική μελέτη σε τρία Νοσοκομεία της Αθήνας, από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2019, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση». Συμμετείχαν 220 ειδικευόμενοι ιατροί, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ανώνυμο - αυτοσχέδιο από τον ερευνητή ερωτηματολόγιο που αφορούσε τις γνώσεις τους στην πρωτογενή πρόληψη των ΑΕΕ και σε προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ΑΗΑ/ΑΣΑ (2014) για την πρωτογενή πρόληψη των ΑΕΕ αποτέλεσαν πρότυπο αναφοράς για την αξιολόγηση αυτών. Επαρκής γνώση κάθε συμμετέχοντα ορίστηκε ως 17 σωστές απαντήσεις (17/27).

Αποτελέσματα: Συνολικά 214 (97%) έγκυρα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν, 8 εκ των οποίων δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην έρευνα. Έτσι, 206 (94%) ειδικευόμενοι ιατροί συμμετείχαν στην έρευνα. Όλοι οι ειδικευόμενοι ιατροί του Παθολογικού τομέα ήταν περισσότερο πιθανό να απαντήσουν σωστά σε 24 από τις 27 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, σε σχέση με αυτούς του Χειρουργικού τομέα. Οι ειδικευόμενοι ιατροί αμφοτέρων των τομέων ήταν το ίδιο πιθανό να απαντήσουν σωστά σε μόνο 3 από τις 27 ερωτήσεις. Συνολικά, οι ιατροί των Παθολογικών ειδικοτήτων, είχαν απαντήσει σωστά κατά μέσο όρο 7 περισσότερες ερωτήσεις σε σχέση με αυτούς των Χειρουργικών ειδικοτήτων. Ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων ήταν 16.64 ερωτήσεις. Η ηλικία, η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και η διάρκεια της εκπλήρωσης της Υπηρεσίας Υπαίθρου επηρέασε στατιστικώς σημαντικά το συνολικό σκορ των απαντήσεων. Ακόμη και όταν, το σχετικά χαμηλό σκορ των 17 σωστών ερωτήσεων ελήφθη ως το κατώφλι της επαρκούς γνώσης (οριζόμενο ως «pass»), το ποσοστό «pass» των συμμετεχόντων ήταν 63.11%. Οι ειδικευόμενοι ιατροί του

Παθολογικού τομέα διέφεραν στατιστικώς σημαντικά σε σχέση με αυτούς του Χειρουργικού όσον αφορά τα ποσοστά «pass».

Συμπεράσματα: Ένα αισθητό κενό στις γνώσεις των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών της πρωτογενούς πρόληψης των εγκεφαλικών, προέκυψε μεταξύ των ειδικευμένων ιατρών διάφορων ειδικοτήτων. Έτσι, κρίνεται αναγκαία η βελτίωση της πρόληψης, μέσω συνεχούς εκπαίδευσης και εξάσκησης των ιατρών.

P16

ΑΦΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΞΙΑ ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΒΟΛΑΙΜΙΑ

Αλεξανδράτου Ι., Μελάνης Κ., Πούρλου Χ., Γκουρμπαλή Β., Σκαρλάτου Β., Ταβερναράκης Α., Καρακάλος Δ.

Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ο Ευαγγελισμός

Εισαγωγή: Η εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση είναι μια σημαντική αιτία εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεότερες ηλικίες του γενικού πληθυσμού. Η κλινική της εικόνα συχνά μιμείται άλλα οξεία νευρολογικά συμπτώματα. Παρακάτω παρουσιάζουμε μια κλινική περίπτωση φλεβοθρόμβωσης εγκεφάλου σε έδαφος οξείας αιμορραγίας του γαστρεντερικού συστήματος.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής 61 ετών, διακομίζεται λόγω αναφερόμενης αιφνίδιας εγκατάστασης διαταραχών λόγου προ ωρών. Περιγράφεται από ημερών γενικευμένη αδυναμία για την οποία και νοσηλεύτηκε σε έτερο νοσοκομείο όπου διαπιστώθηκε ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία. Από το ατομικό αναμνηστικό σημειώνεται χειρουργείο βαριατρικής προ ετών. Από την αντικειμενική νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε αφασία μικτού τύπου και δεξιά πυραμιδική συνδρομή. Η αξονική εγκεφάλου απεικόνισε εκτεταμένη περιοχή ασαφών ορίων, αριστερά μετωποβρεγματικά που καταλάμβανε τη φλοιώδη, την υποφλοιώδη και την εν τω βάθει λευκή ουσία. Η αξονική φλεβογραφία εγκεφάλου ανέδειξε νηματοειδή ροή με ευρήματα που συνηγορούν υπέρ θρόμβωσης του αριστερού εγκάρσιου κόλπου θέτοντας τη διάγνωση της οξείας εγκεφαλικής φλεβικής θρόμβωσης. Η ασθενής εντός ωρών της νοσηλείας της παρουσίασε αυτόματα μέλαινα κένωση και κατέστη αιμοδυναμικά ασταθής. Από τον παρακλινικό έλεγχο, ανευρέθηκε οξεία πτώση της αιμοσφαιρίνης. Κατόπιν γαστρεντερολογικής εκτίμησης, διενεργήθη επείγουσα ενδοσκόπηση που ανέδειξε παρουσία αίματος εντός του αυλού και εικόνα ισχαιμίας στομάχου και εγκλιωβισμό εγγύς τμήματος δίκην εγκολλησμού. Ως εκ τούτου, υποβλήθηκε σε χειρουργείο υφολικής γαστρεκτομής λόγω αιμορραγικής καταπληξίας σε έδαφος εγκολλησμού στομάχου με συνοδό έλκος. Η ασθενής κατόπιν χειρουργείου, παρέμεινε στη Νευρολογική κλινική προς συνέχιση νοσηλείας και έλαβε αντιπηκτική αγωγή σε θεραπευτική δόση τρεις ημέρες μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση. Παρουσίασε σταδιακή βελτίωση με σημαντική αποκατάσταση των διαταραχών λόγου. Ένα εξάμηνο μετά, συνεχίζει να λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή και παρουσιάζει πλήρη αποκατάσταση. Πρόκειται για ασθενή με φλεβοθρόμβωση εγκεφάλου σε έδαφος οξείας απώλειας αιμοσφαιρίνης και υποβολαιμίας, χωρίς την ανεύρεση άλλων παραγόντων κινδύνου. Σημειώνεται ως σπάνιο περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία, εγκεφαλικής φλεβοθρόμβωσης απότοκου οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού.

Συμπεράσματα: Η εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση αποτελεί σπάνιο αίτιο των αγγειακών εγκεφαλικών εμφράκτων. Παρουσιάζοντας ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και αιτιοπαθογένειας, αποτελεί πάντα πρόκληση στον κλινικό ιατρό, ώστε να τεθεί έγκαιρη διάγνωση με στόχο την αμεσότερη αντιμετώπιση.

P17

ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ CO₂ ΚΑΙ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ CO-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Πανταζή Ε.¹, Βασδέκη Δ.², Μαυρίκη Α.¹, Ζούκας Γ.¹, Γεωργίου Π.², Ακουαβίβα Τ.¹

¹ Νευρολογική Κλινική, ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας

² Μονάδα Εγκυμμάτων Λάτσειο, ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας

Εισαγωγή: Η εισπνοή μεγάλου όγκου CO₂ και CO, μετά από πρόκληση φωτιάς και καύσης υλικών, μπορεί να οδηγήσει σε υπερκαπνία με αρνητικές επιπτώσεις στην εγκεφαλική λειτουργία. Η διαστολή προτριχοειδικών αρτηριολίων, η μεταβολή της εγκεφαλικής αιματικής ροής και της εγκεφαλικής πίεσης διήθησης, εκτός του στενού εύρους φυσιολογικών τιμών τους, δύναται να οδηγήσει σε αδυναμία αντιρρόπησης από πλευράς μηχανισμού αυτορρύθμισης του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την κατάρρευσή του. Αυτό οδηγεί σε δευτεροπαθή εγκεφαλική βλάβη που αντικατοπτρίζεται τόσο στην κλινική εικόνα του ασθενούς με νευρολογικά ελλείμματα, όσο και στην απεικόνιση του εγκεφάλου με αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής, 28 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, μεταφέρθηκε στην ΜΑΦ του Θριασίου Νοσοκομείου από ΜΕΘ δημόσιου νοσοκομείου εντός Αττικής, όπου είχε προηγηθεί νοσηλεία 22 ημερών. Ο ασθενής εμφάνισε, μετά από πρόκληση φωτιάς στο χώρο εργασίας του, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I και εισπνευστικό έγκαυμα, οπότε είχε απόλυτη ένδειξη για ενδοτραχειϊκή διασωλήνωση και μηχανικό αερισμό. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στο Θριάσιο Νοσοκομείο, ασθενής πλέον αποσωληνωμένος με επάρκεια οξυγονώσεως και καλό επίπεδο συνείδησης και επικοινωνίας, εμφάνιζε στην κλινική του εικόνα νευροψυχολογικές διαταραχές, μια μειωμένη ταχύτητα στην εκπομπή λόγου, πυραμιδική συνδρομή στα κάτω άκρα, έκπτωση μυικής ισχύος στα άνω και κάτω άκρα, καθώς και έναν τρόπο με χοριοαθηρωσικές κινήσεις στα άνω άκρα, κυρίως στο δεξί. Στις διαδοχικές απεικονίσεις του εγκεφάλου αρχικά με αξονικές τομογραφίες απεικονίστηκε εγκεφαλικό οίδημα στην πορεία σε αποδρομή και χωρίς την εκδήλωση κλινικά επιληπτικών κρίσεων, ενώ στην μαγνητική τομογραφία προ εξιτηρίου απεικονίστηκαν πολλαπλές περιοχές παθολογικής έντασης σήματος συμμετρικά στα βασικά γάγγλια άμφω, καθώς και φλοιοποφλοιοδώς στο ύψος των ινιακών λοβών άμφω και δεξί βρεγματικό λοβό, όπως και αιμορραγικά στοιχεία στο έσω τμήμα των ωχρών σφαιρών επίσης αμφωτερόπλευρα. Ο έλεγχος παραγόντων υψηλού κινδύνου (ΑΥ, υπερλιπιδαιμία, σ.δ.) για μικρο- και μακροαγγειοπάθεια ήταν αρνητικός.

Συμπέρασμα: Η πολυεστιακή νευρολογική σημειολογία, που εμφάνισε ο ασθενής μετά την έκθεσή του σε υψηλής περιεκτικότητας σε CO₂ και CO αέρα, όπως και τα απεικονιστικά ευρήματα με συνύπαρξη ισχαιμικών και αιμορραγικών αλλοιώσεων, χωρίς ενδείξεις για μικρο- και μακροαγγειοπάθεια από το ιστορικό του ασθενή, μπορεί μόνο με την αγγειοκινητική εγκεφαλική αντίδραση, την αιμοδυναμική επιβάρυνση και την αντιρροπιστική ικανότητα των εγκεφαλικών αγγείων υπό συνθήκες υπερκαπνίας και δηλητηρίασης να συσχετιστεί.

P18

ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΕΜΦΡΑΚΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΠΙΚΟ ΠΤΕΡΥΓΙΣΜΟ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Πορφύρη Γ., Σκαρπάρη Σ., Ρούντολφ Γ., Ντινούλης Κ., Δερετζή Γ.

Νευρολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Παρουσίαση περιστατικού οξέος ισχαιμικού ΑΕΕ, σε έδαφος κοιλιακού πτερυγισμού, με ακόλουθη εμμένουσα αιμορραγική μετατροπή. Συζητούνται οι προβληματισμοί για την έναρξη αντιπηκτικής αγωγής.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 60 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό με οξεία εγκατάσταση διαταραχής λόγου και αδυναμίας δεξιού άνω και κάτω άκρου. Από τη κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μικτή αφασία κυρίως εκπομπής και ΔΕ ημιπληγία με απεικόνιση υπόπυκνης περιοχής ΔΕ βρεγματο-ινιακά στη CT εγκεφάλου. Ακολούθησε έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής με ακετυλοσαλικυλικό οξύ 100 mg ημερησίως και ΗΧΜΒ σε δόση προφύλαξης φλεβοθρομβώσεων. Ο ασθενής παρουσίασε από το πρώτο 24ωρο κλινική βελτίωση κυρίως ως προς τη μικτή αφασία, ενώ η επαναληπτική αξονική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε το οξύ ισχαιμικό έμφρακτο στην κατανομή της AP ACA και MCA.

Από το παρακλινικό έλεγχο διαπιστώθηκε κοιλιακός πτερυγισμός με CHAD2VASC2-score=5. Ενόψει προγραμματισμένης έναρξης αντιπηκτικής αγωγής διενεργήθηκε την 11^η ημέρα νέα απεικόνιση με λίγα μικροαιμορραγικά στοιχεία αριστερά βρεγματικά στον θόλο και στην ισχαιμική περιοχή και ως εκ τούτου υπήρξε καθυστέρηση στην έναρξη NoAc. Η CT εγκεφάλου τη 16^η ημέρα νοσηλείας ανέδειξε αιμορραγική μετατροπή του εμφράκτου βαθμού PH2 κατά την Heidelberg Bleeding Classification. Ακολούθησε επανάληψη αυτής την 29^η ημέρα νοσηλείας με επιμονή των ανωτέρων ευρημάτων με αποτέλεσμα να μην τεθεί ακόμα σε αντιπηκτική θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η ιδανική χρονική στιγμή για την έναρξη αντιπηκτικής αγωγής μετά από καρδιοεμβολικό ισχαιμικό ΑΕΕ παραμένει αντικείμενο συζήτησης. Γενικά, η έναρξη στο διάστημα 4-14 ημερών μετά την εγκατάσταση του εμφράκτου θεωρείται ασφαλής. Αν παρατηρείται μία κλινικά βαριά ή απεικονιστικά εκτεταμένη αιμορραγική μετατροπή του εμφράκτου, προτείνεται συνήθως μια καθυστέρηση έναρξης της αντιπηκτικής αγωγής κατά 10 μέρες. Στο περιστατικό μας όμως παρατηρήθηκε μία αιμορραγική μετατροπή βαθμού PH2 για πάνω από ένα μήνα, απουσία διαταραχών του ηκτικού μηχανισμού. Η εμμένουσα παρουσία αίματος μέσα στο ισχαιμικό έμφρακτο αποδίδεται στην διαταραχή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, η αποκατάσταση του οποίου μπορεί να διαρκέσει μήνες. Ζυγίζοντας πιθανούς κινδύνους και οφέλη, η έναρξη της θεραπείας με NOAc έγινε μετά την αποδόμηση του αιματώματος, δύο μήνες μετά το ΑΕΕ. Το περιστατικό τεκμηριώνει την ανάγκη εξατομικευμένης λήψης θεραπευτικών αποφάσεων.

P19

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ

Ασλανίδου Κ., Ιωακείμης Μ., Καψάλη Ι., Γκρίνιας Β., Νακκάς Γ., Ντόσκας Τ.

Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Εισαγωγή: Η Ισχαιμία νωτιαίου μυελού είναι μια πολύ σπάνια αλλά συχνά καταστροφική αγγειακή

διαταραχή. Αποτελεί <1% όλων των ισχαιμικών εμφράκτων. Η κλινική του εικόνα αποτελείται κυρίως από το είδος της βλάβης και το επίπεδό της στο nM. Γενικά η κλινική εικόνα είναι οξεία και σοβαρή, με αιφνίδια εγκατάστασης παραπάρεσης ή τετραπάρεσης, διαταραχές της αισθητικότητας και ορθοκυστικές διαταραχές.

Περιγραφή περιστατικού: Πρόκειται για ασθενή 82 ετών με ατομικό ιστορικό καπνίσματος, Κοληπικής Μαρμαρυγής, OEM προ 10ετίας και τέλος χειρουργηθέν ανεύρυσμα Κοιλιακής αορτής με τοποθέτηση ενδοαγγειακού μοσχεύματος πολλαπλών stent από το ύψος της Θωρακική αορτής έως το δίχασμό των Λαγόνιων αρτηριών προ μηνός.

Ο ασθενής προσήλθε στα επείγοντα με αιφνίδια παραπληγία από 3ώρου, η οποία εγκαταστάθηκε μέσα σε λίγα λεπτά. Κατά την αντικειμενική νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκαν: χαλαρή παραπληγία, πλήρης κατάργηση των εν τω βάθει αντανακλαστικών και των κατώτερων κοιλιακών αντανακλαστικών, πέληματα αδιάφορα άμφω, υπαισθησία επιπολής αισθητικότητας με επίπεδο Θ12, ενώ παρουσίαζε διατήρηση της εν τω βάθει αισθητικότητας. Τοποθετήθηκε καθετήρας Folley με περιεχόμενο 400cc, χωρίς ο ασθενής να αναφέρει έπειξη για ούρηση και επίσης παρουσίαζε χαλαρό τόνο σφιγκτήρα του πρωκτού. Διενεργήθηκαν αξονική τομογραφία Εγκεφάλου χωρίς παθολογικά ευρήματα και αξονική αγγειογραφία Θωρακοκοιλιακής αορτής στην οποία αναδείχθηκε βατότητα σε όλο το μήκος της κοιλιακής αορτής εικόνα διαφυγής, συλλήγης ή πίεσης του Νωτιαίου μυελού. Κατόπιν της συναίνεσης του ασθενούς διενεργήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση με χορήγηση αλτεπλάσης (ΣΒ = 63 kg, χορηγήθηκαν συνολικά 55mg αλτεπλάσης), χωρίς επιπλοκές. Κατά τη διάρκεια της θρομβόλυσης ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση της νευρολογικής εικόνας τόσο στη μυική ισχύ όσο και στην αισθητικότητα, όμως μετά μερικές ώρες επιδεινώθηκε εκ νέου.

Συμπεράσματα: Υπάρχουν ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα όσον αφορά τόσο την άμεση όσο και στην απώτερη αντιμετώπιση των εμφράκτων του Νωτιαίου μυελού. Εδώ παραθέτουμε την διενέργεια ενδοφλέβιας θρομβόλυσης εντός του χρονικού παραθύρου των 4 ωρών με ήπια βελτίωση της νευρολογικής εικόνας του ασθενούς.

P20

ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΘΡΟΜΒΩΘΕΝΤΟΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΚΑΤΩ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

*Καψάλη Ι., Ιωακείμης Μ., Ασλανίδου Κ., Βαβουγιός Γ., Καραγιάννη Κ., Νακκάς Γ., Γκρίνιας Β., Ντόσκας Τ.
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Εισαγωγή: Τα ανευρύσματα της οπίσθιας παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας (PICA) είναι αρκετά σπάνια αφού αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 0,5-3% όλων των ενδοκράνιων ανευρυσμάτων, ενώ συχνότερα έχουν ως πρώτη εκδήλωση τη ρήξη με αποτέλεσμα την πρόκληση υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Ωστόσο, τα ανευρύσματα αυτά είναι δυνατόν να γίνουν επίσης κλινικά εμφανή λόγω θρόμβωσης και εκτεταμένης απόφραξης του αγγειακού αυλού, που έχει ως αποτέλεσμα την άλλοτε άλλου βαθμού ισχαιμία στην περιοχή κατανομής της PICA.

Περιγραφή περιστατικού: Γυναίκα 70 ετών, με ατομικό ιστορικό νεφρολιθίας χρόνιας δυσκοιλιότητας και καπνίσματος παρουσιάζει αιφνίδια εγκατάσταση διπληγίας, ιλίγγου και εμέτων, με πτώση επιπέδου συνείδησης. Από την αντικειμενική νευρολογική εξέταση προέκυψαν σημαντικού βαθμού περιφερική πάρεση προσωπικού, σύνδρομο Horner αριστερά, ήπια δυσαρθρία και δυσκαταποσία, οριζοντιοκυκλικός νυσταγμός, υπαισθησία του δεξιού ημιμορίου του προσώπου, αταξία άκρων άμφω, αδυναμία όρθιας στάσης με τάση για πτώση προς τα δεξιά και ήπια δεξιά ημιπάρεση. Στην αξονική τομογραφία και αξονική αγγειογραφία κατά την εισαγωγή της ασθενούς, διαπιστώθηκε ευμεγέθες, μη ραγέν ανεύρυσμα στην Αρ οπίσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία με εικόνα θρόμβωσης. Η ψηφιακή αγγειογραφία (DSA) αγγείων εγκεφάλου, ανέδειξε εμβρικού τύπου κυκλοφορία, με απλασία του P1 τμήματος της οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας άμφω, καθώς και πλήρως θρομβωμένο ανεύρυσμα στο άπω τμήμα της ΑΡ σπονδυλικής αρτηρίας προς την έκφυση της οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. Στη μαγνητική τομογραφία που διενεργήθηκε λίγες ημέρες μετά την έναρξη των

συμπτωμάτων, απεικονίστηκαν ισχαιμικά έμφρακτα στην αριστερή πλάγια επιφάνεια του προμήκου και της γέφυρας καθώς και στο αριστερό ημισφαίριο της παρεγκεφαλίδας.

Συμπέρασμα: Το οξύ ισχαιμικό έμφρακτο λόγω θρόμβωσης μπορεί σπάνια να αποτελέσει την πρώτη εκδήλωση ανευρύσματος της οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας, ακόμα και σε ασθενείς χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου. Η κλινική εικόνα, στις περιπτώσεις αυτές, μπορεί να σχετίζεται με συνυπάρχουσες ανατομικές παραληλαγές του οπισθίου συστήματος.

P21

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝΙΣΜΟΣ

Γριτσοπούλου Ζ., Ντόσκας Τ.

Νευρολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Εισαγωγή: Εμφάνιση διαταραχών της κινητικότητας, όπως ο παρκινσονισμός, μετά από Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) παρατηρείται σε μόλις 1-4% των επεισοδίων. Ο όρος αγγειακός παρκινσονισμός (ΑΠ) χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ετερογενή ομάδα διαταραχών με κοινό σημείο την εμφάνιση παρκινσονισμού, ως αποτέλεσμα αγγειακών εγκεφαλικών βλαβών. Παραμένει έως σήμερα μία μη πλήρως διευκρινισμένη οντότητα, που συνεχίζει να αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για τους κλινικούς ιατρούς. Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας στο θέμα του ΑΠ.

Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση στο PubMed χρησιμοποιώντας τους όρους «vascular parkinsonism» και «stroke and movement disorders». Έγινε επίσης έλεγχος των βιβλιογραφιών των σχετικών άρθρων που βρέθηκαν για ανεύρεση περαιτέρω πληροφοριών.

Συζήτηση: ΑΠ εμφανίζεται συχνότερα μετά από ισχαιμικά ΑΕΕ και έχει κυρίως συσχετιστεί με νόσο μικρών αγγείων. Έχουν περιγραφεί δύο κύριες μορφές. Η μία έχει αιφνίδια έναρξη και σχετίζεται συνήθως με κενοχωριώδη έμφρακτα στα βασικά γάγγλια, ενώ η άλλη έχει πιο ύπουλη έναρξη και σχετίζεται με χρόνιες, διάσπαρτες, υποφλοιώδεις αλλοιώσεις της λευκής ουσίας. Η τυπική εκδήλωση της νόσου είναι ο συμμετρικός παρκινσονισμός στο κατώτερο μέρος του σώματος, με διαταραχή της βάδισης και της ισορροπίας. Την κλινική εικόνα μπορεί να συμπληρώνουν ψευδοπρομηκικά και πυραμιδικά σημεία, ακράτεια ούρων και άνοια.

Η κλινική διάγνωση του ΑΠ παραμένει δύσκολη, καθώς σαφές ιστορικό οξείας εμφάνισης νευρολογικών ελλειμμάτων ή σαφή απεικονιστικά ευρήματα μπορεί να απουσιάζουν. Επίσης, έμφρακτα στα βασικά γάγγλια και τη λευκή ουσία είναι πολύ συχνά σε ηλικιωμένους χωρίς παρκινσονισμό και οι αγγειακές βλάβες είναι ένα συχνό ευκαιριακό εύρημα σε περιπτώσεις ασθενών με νόσο Πάρκινσον. Η διάγνωση συνήθως βασίζεται στον συνδυασμό συμβατών κινητικών εκδηλώσεων και απεικονιστικών ευρημάτων και την ύπαρξη χρονικής συσχέτισης μεταξύ των δύο. Η αντιμετώπιση των ασθενών παραμένει υποκειμενική και η ντοπαμινεργική θεραπεία χρησιμοποιείται συχνά χωρίς να υπάρχει ένδειξη αποτελεσματικότητας.

Συμπεράσματα: Ο παρκινσονισμός είναι μία μη συχνή επιπλοκή των ΑΕΕ αλλά ο ΑΠ συνεχίζει να είναι μία από τις συχνότερες νευρολογικές παθήσεις με εσφαλμένη διάγνωση. Η ετερογένεια της κλινικής εικόνας και η έλλειψη ειδικών απεικονιστικών ευρημάτων τον καθιστούν μία σημαντική διαγνωστική πρόκληση. Είναι, λοιπόν, απαραίτητη η δημιουργία νέων διεθνώς αναγνωρισμένων διαγνωστικών κριτηρίων.

P22

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Αγγέλογλου Σ., Κατσίβα Β., Ξυλογιαννοπούλου Σ., Ρεπούση Ε., Ξυδάκης Ι., Μαρκάκης Ι.

Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά Άγιος Παντελεήμων

Σκοπός: Η οξείας ενάρξεως εστιακή σημειολογία/συμπτωματολογία είναι ένας από τους πιο συχνούς λόγους προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) να αποτελούν την κύρια αιτία. Η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη καθώς αρκετές άλλες παθήσεις εκδηλώνονται αντίστοιχα και διεθνώς αναφέρονται ως stroke mimics. Το ποσοστό των stroke mimics στους ασθενείς που αξιολογούνται αρχικά ως πιθανώς πάσχοντες από ΑΕΕ, κυμαίνεται μεταξύ 2-30%. Με την ευρεία εφαρμογή της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης ως επείγουσας θεραπείας για τα ισχαιμικά ΑΕΕ, είναι καίριο να γίνεται σωστή διάγνωση. Παρουσιάζουμε χαρακτηριστικές περιπτώσεις stroke mimics που νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα μας, με έμφαση στο ρόλο της ΜΤ για την αποσαφήνιση της φύσης αυτών των παθολογιών.

Υλικά και μέθοδοι: Παρουσιάζουμε 16 περιπτώσεις ασθενών με οξείας έναρξης εστιακή νευρολογική σημειολογία που υπεβλήθησαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου στο ΤΕΠ και ήταν αρνητικοί για αιμορραγία. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΜΤ εγκεφάλου μετά την εισαγωγή τους. Αξιολογήθηκε το τοπογραφικό πρότυπο κατανομής των βλαβών και οι μαγνητικές ιδιότητες στις ακολουθίες DWI, ADC, FLAIR, T2-GRE, T2, ακολουθίες μετά έγχυσης σκιαγραφικού και τα ευρήματα από τεχνικές αιμάτωσης. Κατά περίπτωση διενεργήθηκε Μαγνητική Αγγειογραφία και Φασματοσκοπία εγκεφάλου.

Αποτελέσματα: Οι παθολογίες που μιμούταν ισχαιμικό ΑΕΕ διαπιστώθηκε ότι απεικονιστικά στην οξεία φάση παρουσίαζαν παθολογικό σήμα στις ακολουθίες διάχυσης και αγγειογενές οίδημα. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι αφορούσαν σε: status epilepticus με μετακριτικά φαινόμενα (3), ερπητική εγκεφαλίτιδα (2), σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια (2), νεοπλασία εγκεφάλου (2), αναστρέψιμο εγκεφαλικό αγγειόσπασμο- RCVS (2), οπίσθια αναστρέψιμη εγκεφαλοπάθεια-PRES (2), μιτοχονδριοπάθεια-MELAS (1), πολλαπλή σκλήρυνση (1) και τοξική εγκεφαλοπάθεια (1).

Συμπεράσματα: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ με οξείας ενάρξεως εστιακή σημειολογία διαπιστώνεται τελικά ότι δεν πάσχει από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ενδελεχής μελέτη πολλαπλών ακολουθιών απεικόνισης στη ΜΤ και ενίοτε ο απεικονιστικός επανέλεγχος, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην τελική διαγνωστική ταυτοποίηση αυτών των περιπτώσεων.

P23

ΠΛΑΓΙΑ ΜΥΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μουσαφέλλου Α.¹, Μανώλη Δ.¹, Ναούμης Δ.¹, Μπαζίνας Θ.², Βεράνης Σ.³, Λάγιος Κ.², Κουρεμένος Ε.¹, Κωδούνος Α.¹

¹ Νευρολογική Κλινική, 251 ΓΝΑ

² Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, 251 ΓΝΑ

³ Νευροχειρουργική Κλινική, 251 ΓΝΑ

Εισαγωγή: Προηγούμενες μελέτες έχουν καταδείξει την ύπαρξη αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη

πλάγιας μυατροφικής σκλήρυνσης (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε πολλαπλούς εμβολισμούς για εγκεφαλικές αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες (arteriovenous malformations, AVMs) που εμφάνιζαν σπάνια αρχιτεκτονική και σημαντική περιφωλεακή αγγειογένεση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 40 ετών με ευμεγέθη αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία της δεξιάς προμετωπιαίας έλικας, η οποία διαγνώστηκε με ALS δύο δεκαετίες μετά τον πρώτο εμβολισμό.

Περιγραφή περιστατικού: Η ασθενής μας είχε ιστορικό δύο εμβολισμών της δυσπλασίας, ο τελευταίος εκ των οποίων είχε επιπλακεί με ισχαιμία και αριστερή ημιπάρεση, ενώ σε δεύτερο χρόνο είχε τοποθετηθεί βαλβίδα παροχέτευσης για υδροκέφαλο. Δεκαεννέα χρόνια μετά τον πρώτο εμβολισμό, η ασθενής παρουσίασε σταδιακά επιδεινούμενη αριστερή ημιπάρεση και προμηνικά συμπτώματα απροσδιόριστης έναρξης, που αντιμετωπίστηκαν με νέο εμβολισμό. Ωστόσο, δύο μήνες αργότερα ζητήθηκε νευρολογική εκτίμηση λόγω επιμονής των συμπτωμάτων. Ο κλινικός και ηλεκτρομυογραφικός έλεγχος ανέδειξε συμμετοχή ανώτερου και κατώτερου κινητικού νευρώνα σε τρία επίπεδα. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ήταν αμετάβλητη, ενώ ο παρακλινικός έλεγχος με κολληγονικό κύκλο, καρκινικούς δείκτες, αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας, ανάλυση ENY και αυτοαντισώματα για M.Gravis ήταν αρνητικός. Η διάγνωση της βέβαιης πλάγιας μυατροφικής σκλήρυνσης τέθηκε χρησιμοποιώντας τα κριτήρια Awaji. Έγινε έναρξης αγωγής με ριλιουζόλη και τέθηκε γαστροστομία λόγω επισφαλούς κατάποσης. Η ασθενής κατέληξε τρεις μήνες μετά τη διάγνωση.

Συμπεράσματα: Το παρόν περιστατικό έρχεται να προστεθεί στη σειρά των λίγων μέχρι τώρα γνωστών περιπτώσεων ανάπτυξης ALS σε ασθενείς με AVM εγκεφάλου. Η διαλεύκανση των υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών χρήζει περαιτέρω έρευνας.

P24

ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΟΡΙΑΚΑ ΤΟΥ ΠΑΡΑΘΥΡΟΥ: Η ΕΚΒΑΣΗ

Γρόση Ε.¹, Σαουιλίδης Ι. Πολυαναγνωστάκη Α.², Κούσκουρας Κ.², Τέγος Θ.¹

¹ Νευρολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

² Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Εισαγωγή: Είναι ευρέως γνωστό ότι οι ασθενείς με οξεία συμπτωματολογία και εικόνα συμβατή με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, χρήζουν άμεσης παρέμβασης με ενδοφλέβια έγχυση αλτεπλάσης (ή: PA) σε δόση 0.9mg/kg εντός του χρονικού παραθύρου των 4,5 ωρών. Σε περιπτώσεις οριακές του παραθύρου θρομβόλυσης και σε αδυναμία παρέμβασης με αγγειογραφία και κατ' επέκταση θρομβεκτομή, δεν υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες ενώ σε ολιγόνα και περισσότερα μεγάλα κέντρα χρησιμοποιείται χαμηλότερη δόση (0.6mg/kg) με συγκρίσιμα αποτελέσματα και μικρότερη πιθανότητα αιμορραγίας.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής άρρην 74 ετών δεξιόχειρας, διακομίστηκε από περιφερειακό νοσοκομείο με οξεία εγκατάσταση δεξιάς ημιπάρεσης και σφαιρικής αφασίας. Από το ατομικό του ιστορικό αναφέρεται στεφανιαία νόσος και αρτηριακή υπέρταση ενώ ο ασθενής προ του επεισοδίου ήταν πλήρως κινητοποιημένος και λειτουργικός (modified Rankin Scale-mRS 0). Στα επείγοντα του δικού μας νοσοκομείου προσήλθε στο 4.5ώρο με National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS):15. Λόγω προσέλευσης οριακά του παραθύρου θρομβόλυσης, του ιστορικού ανεπάρκειας ενζύμου G6PD και της έλλειψης απεικόνισης θρόμβου και κατ' επέκταση παρέμβασης, δόθηκε σχήμα με rtPA 0.6 mg/kg έναντι του συμβατικού 0.9 ml/kg.

Ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά με ήπια ελάττωση του NIHSS από 15 σε 12 εντός δωδεκαώρου ενώ σε επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου δεν κατέδειχθηκε αιμορραγική μετατροπή του εμφράκτου.

Από την μαγνητική τομογραφία και αγγειογραφία εγκεφάλου δεν απεικονίστηκε θρόμβος, και το έμφρακτο αφορούσε την περιοχή της καλύπτρας και της νήσου του Reil στο επικρατούν ημισφαίριο. Κατά την έξοδο του ασθενούς από το κέντρο αποκατάστασης και έκτοτε ο ασθενής εμφανίζει ήπια δεξιά πυραμιδική σημειολογία με επεισόδια παραφρασιών αλλήλα ευκόλως κατανοητό λόγο ενώ ο ασθενής παραμένει πλήρως λειτουργικός και αυτοεξυπηρετούμενος με μόλις υποσημαινόμενη ήπια βαθμού αναπηρία (mRS 1).

Συμπεράσματα: Στο περιστατικό παρ' όλο που δεν ακολουθήθηκε το ενδεδειγμένο σχήμα θρομβόλυσης, η μειωμένη δόση που δόθηκε απέβη μακροχρόνια ωφέλιμη καθώς ο ασθενής βελτιώθηκε κλινικά και παρέμεινε αυτοεξυπηρετούμενος. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ανάγκη της άμεσης παρέμβασης. Η έγκαιρη

διακομιδή, επαγρύπνηση, και διενέργεια θρομβόλυσης σε περιφερειακά νοσοκομεία ή ακόμα, κατά τη διάρκεια της διακομιδής σε κεντρικό νοσοκομείο, εντός του ασθενοφόρου κρίνεται άκρως απαραίτητη για τον ασθενή, ελαττώνοντας την αναπηρία.

P25

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΦΛΟΙΩΔΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Τσιακίρη Α.^{1,2}, Βαδικόλιας Κ.^{1,3}, Βηλοτινού Π.¹, Αλεξανδρίδου Μ.¹, Χαραλαμπίδου Κ.¹, Σερντάρη Α.⁴, Τερζούδη Α.¹, Ηλιόπουλος Ι.¹

¹ Νευρολογική Κλινική ΔΠΘ, «Σχολείο Μνήμης» - Ε.Ι. Άνοις, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

² Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», στο πλαίσιο της Πράξης «Ενίσχυση Μεταδιδάκτορων ερευνητών/ερευνητριών - Β' Κύκλος» (MIS- 5033021)

³ Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια» Τμήματος Ιατρικής ΔΠΘ

⁴ Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Σε ασθενείς με υποφλοιώδη αγγειακή άνοια, οι ισχαιμικές αλλοιώσεις συμπεριλαμβάνουν τις προμετωπιαίες περιοχές. Αυτό μεταφράζεται σε ελλείμματα στην προσοχή και στην επεισοδιακή μνήμη, επηρεάζοντας την ικανότητα σχεδιασμού, οργάνωσης και εκτέλεσης έργων. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται αλλαγές στη διάθεση, στην προσωπικότητα, καθώς και στο περιεχόμενο της αντίληψης. Η παρορμητική συμπεριφορά συνδέεται άμεσα με την λειτουργία του εσωτερικού μετωπιαίου κυκλώματος.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση εμφάνισης νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με υποφλοιώδη αγγειακή άνοια κατά την εξελικτική πορεία της νόσου.

Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν 22 ασθενείς άνω των 50 ετών, που παρακολουθούνται στο Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο Άνοις της Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης. Τα κριτήρια εισαγωγής ήταν διάγνωση αγγειακής άνοις (AA), σύμφωνα με τις οδηγίες του National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association International e poulra Recherchi et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN), συνεκτιμώντας την κλίμακα Hachinski. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS), η κλίμακα Hamilton και το νευροψυχιατρικό Ερωτηματολόγιο NPI (Neuropsychiatric Inventory) σε αρχικό στάδιο, έπειτα από 6 και 12 μήνες.

Αποτελέσματα: Κατά την 18μηνη παρακολούθηση παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στις μεταβλητές της συνολικής βαθμολογίας του NPI ($p = 0,011$), στις υποκατηγορίες της ευερεθιστότητας ($p = 0,021$), καθώς και στο σύνολο της βαθμολογίας Hamilton ($p = 0,000$).

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται η ύπαρξη και επιδείνωση συμπεριφορικών και νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία όμως δεν φαίνεται να συνδέονται άμεσα με τη σοβαρότητα της νόσου και τις μεταβολές στη συνολική γνωστική επίδοση των ασθενών.

δραστηριότητες
συνεδριακά
βιβλία

Ευρετήριο συγγραφέων...



ημερίδες
νευρολογικά
νεα
ενημέρωση

B			
Birbilis T.	P02	Γκρίνιαν Β.	P19, P20
F		Γουργιώτης Ι.	O03, O04
Fragiadakis G.	P02	Γριτσοπούλου Ζ.	P21
N		Γρόση Ε.	P24
Nikova A.	P01, P02	Δ	
R		Δερετζή Γ.	O09, O14, P06, P18
Rudolf J	O09	Δημητριάδου Α.	O03, O04
T		Δουνδουλάκης Ι.	O11
Theodoropoulou E.	P02	E	
Tokas G.	P02	Εκμεκτζόγλου Κ.	P15
A		Ευθυμίου Α.	O05
Αβδελίδου Ε.	O03	Z	
Αγγέλογλου Σ.	P22	Ζηλάτanos Η.	O10
Αθανασιάδης Δ.	O03, O04	Ζούκας Γ.	P17
Ακουαβίβα Τ.	O02, P08, P17	H	
Αλεξανδράτου Ι.	P16	Ηλιόπουλος Ι.	P25, O06, O13
Αλεξανδρίδου Μ.	O13, P25	Θ	
Ανδραβίζου Α.	O03	Θεοδωροπούλου Ε. Ι	P01
Αργυροπούλου Π.	O13	I	
Αρχοντάκης Ε.	O01	Ιακωβίδου Ν.	P15
Ασπανάδου Κ.	P19, P20	Ιωακειμίδης Μ.	P19, P20
B		K	
Βαβουγιός Γ.	O08, P20	Κάζης Δ.	P04, P05, P07
Βαδικόλια Χ.	O13	Καίσαρη Ι.	O07
Βαδικόλιας Κ.	O06, P25, O13	Καθαμπαθίκη Ο.	O10
Βαλιάση Σ.	P10	Καραβαγγέλη Κ.	O10
Βασδέκη Δ.	P17	Καραγιάννη Κ.	P20
Βεράνης Σ.	P23	Καραγιαννίδης Ε.	O11
Βηλαϊκίδης Δ.	P05	Καράκαλος Δ.	P16
Βηλοτινού Π.	P25	Καρανταλή Ε.	P04, P05, P07
Γ		Καραπιέρη Α.	O05
Γεωργίου Π.	P17	Καραφυλές Γ.	P06
Γιαννακούλας Γ	O11	Καραχριστιανού Σ.	O03
Γιαννοπούλου Ε.	O12	Κατσαράκη Μ.	O01, O02
Γιατρομανωλάκη Α.	O13	Κατσιβα Β.	O01, P22
Γκατζίκης Ν.	O12	Κατσικάκη Γ.	P07
Γκίζα Ε.	O03	Καψάλη Ι.	P19, P20
Γκιουλέκα Μ.	O06, O13	Κίντος Β.	P09
Γκότση Ε.	O07	Κουκούνη Β.	O01, O02
Γκουρμπαλή Β.	P16	Κουρεμένος Ε.	P23
Γκουτσαρίδου Φ.	O14	Κουρτίδου Α.	O04
		Κουσκούνη Ε.	P15

Κούσκουρας Κ.	P24	Παπαγόρας Χ.	O13
Κουτσοκέρα Μ.	P08	Παπαφίγκου Γ.	O10
Κωδούνης Α.	P23	Πάππα Δ.	O05
Κωνσταντινίδης Γ.	P07	Πατερομιχελάκη Α.	O12
Λ		Πετρίδης Φ.	P04
Λάγιος Κ.	P23	Ποθυαναγνωστάκη Α.	P24
Λαπάκη Κ.	O02, P08	Πορφύρη Γ.	P18
Λιάκου Μ.	P05	Πουλιουτίδου Α.	P05
Λιανδράκη Ο.	O05	Πούρηλου Χ.	P16
Λιασίδη Π.	O03	Πρεβεζιάνου Α.	P04
Λιασίδης Χ.	O03, O04	P	
M		Ρέπα Α.	O12
Μαθακάκου Δ.	O10	Ρεπούση Ε.	O01, P22
Μανώλη Δ.	P23	Ρίζος Γ.	O11
Μαρκάκης Ι.	O01, O02, P22	Ρούντοφ Γ.	O14, P06, P18
Μαυρίκη Α.	O02, P17	Σ	
Μαυρουδής Ι.	P04	Σαμαρά Ε.	O14
Μαχτή Β.	O14, P06	Σανιδάς Β.	P03
Μελάνης Κ.	P16	Σαουλήδης Ι.	P24
Μήτσιας Π.	O12	Σγουραλή Ε.	P15
Μητσού Γ.	O05	Σερεμέτα Ε.	P08
Μουλούδη Ε.	O04	Σερντάρη Α.	P25
Μουσταφέλλη Α.	P23	Σιάνος Γ.	O11
Μπαζίνας Θ.	P23	Σκαρλάτου Β.	P16
Μπαργιώτα Τ.	O04	Σκαρπάρη Σ.	O14, P06, P18
Μπιρμπίλης Θ.	P01	Σταθίκας Ν.	O11
N		Σταματοπούλου Α.	P10, P11, P12
Νακκάς Γ.	P19, P20	Σταματοπούλου Ε.,	P10, P11, P12, P03, O04
Ναούμης Δ.	P23	Σύρμος Ν.,	
Νικολαΐδης Θ.	O04	Σωτηριάδου Μ.	
Νουβάκης Δ.	O06, O13	T	
Ντάντος Δ.	P07	Ταβερναράκης Α.	P16
Ντινούλης Κ.	O09, P18	Τέγος Θ.	P24
Ντόσκας Τ.	O08, P13, P14, P19, P20, P21	Τερζούδη Α.	O13, P25, O06
Ντόσκας Κ.	O08	Τόκας Γ.	P01
Ξ		Τσιακίρη Α.	P25
Ξάνθος Θ.	P15	Τσιβγούλης Α.	O10
Ξυδάκης Ι.	P22	Τσικαλάκης Γ.	P13
Ξυλογιαννοπούλου Σ.	P22	Τσίλλιας Δ.	P10, P11, P12
Π		Τσιμπικτσιόγλου Α.	P14
Πανταζή Ε.	P17	Φ	
Παπαγιαννόπουλος Σ.	P04, P07	Φραγκάκη Μ.	O10

Φραγκιαδάκης Γ.	P01	Χρίστου Ν.	O03, O04
X		Χανιώτης Δ.	P10, P11, P12
Χανιώτης Δ.	P10, P11, P12	Χατζηπαντελής Π.	O13
Χανιώτης Φ.	P10, P11, P12	Χανιώτης Φ.	P10, P11, P12
Χαραλαμπίδης Κ.	P25	Χαυτουρας Ν.	P03
Χατζηκωνσταντίνου Σ.	P04, P05	Χαραλαμπίδης Κ.	P25
Χατζηπαντελής Π.	O13	Χατζηκωνσταντίνου Σ.	P04, P05
Χαυτουρας Ν.	P03	Χρίστου Ν.	O03, O04

δραστηριότητες
συνεδριακά
βιβλία

Ενημερωτικές Σελίδες...

ημερίδες
νευρολογικά
νεα
ενημέρωση

Συνέδρια - Ημερίδες - Συμπόσια - Επιστημονικές εκδηλώσεις

2020-2021

- ❖ **10-13 Δεκεμβρίου 2020: 7^ο Πανελλήνιο Διαδικτυακό Συνέδριο Ελληνικής Ακαδημίας Νευροανοσολογίας**
- ❖ **10th - 12th February 2021: International Stroke Conference**, Denver, Colorado
- ❖ **18th - 21st March 2021: The 14th World Congress on Controversies in Neurology (CONy)**, London, United Kingdom
- ❖ **17th - 22rd April 2021: The 73rd American Academy of Neurology**, San Francisco, United States
- ❖ **10th - 14th May 2021: ESOC 2021**, Helsinki, Finland
- ❖ **3-6 Ιουνίου 2020: 32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολογίας**, Θεσσαλονίκη
- ❖ **19th - 21st June 2021: 7th Congress of the European Academy of Neurology**, Vienna, Austria
- ❖ **3rd - 7th October 2021: XXV World Congress of Neurology (WCN 2021)**, Rome, Italy
- ❖ **13th - 15th October 2021: Ectrims 2021**, Austria, Vienna