

# ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ PRESIDENT, ΑΘΗΝΑ

6 - 7 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

ΕΓΓΡΑΦΗ ΔΩΡΕΑΝ

Χορηγούνται 16 μόρια  
(CREDITS) Συνεχιζόμενης  
Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(C.M.E.-C.P.D.)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**Πρόεδρος:** Κωνσταντίνος Βέμμος

**Αντιπρόεδρος:** Κωνσταντίνος Σπέγγος

**Γεν. Γραμματέας:** Γεώργιος Ντάιος

**Ταμίας:** Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου

**Μέλη:** Χαράλαμπος Μηλιώνης

Κωνσταντίνος Μακαρίτσας

Ελένη Κορομπόκη



Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

Ελληνικός Οργανισμός  
Εγκεφαλικών  
Μαιάνδρου 23, 11528 Αθήνα  
Τηλ. 210 721 1845  
Email: [info@stroke.gr](mailto:info@stroke.gr)

## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Εδώ και χρόνια, ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών έχει αναπτύξει έντονη δράση με στόχο να προάγει την ενημέρωση των Ιατρών, άλλων Επαγγελματιών Υγείας και του ευρύτερου κοινού σχετικά με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και μέσω αυτού να βελτιώσει την πρόληψη, αντιμετώπιση και αποκατάσταση των ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο. Οι Εκπαιδευτικές Ημερίδες, η συμμετοχή με στρογγυλές τράπεζες στα Συνέδρια άλλων Επιστημονικών φορέων, η δημοσίευση Συστάσεων σε έγκριτα Ελληνικά και Διεθνή περιοδικά που μπορούν να συνδράμουν τους Ιατρούς στην κλινική πρακτική, η εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού με αφορμή τη *World Stroke Day*, το βιβλίο "Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια" που εκδόθηκε από τις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, όλα αυτά συνθέτουν ένα πλαίσιο δράσεων προς αυτή την κατεύθυνση. Λεπτομέρειες για όλες αυτές τις δράσεις μπορείτε να βρείτε στο site του Οργανισμού [www.stroke.gr](http://www.stroke.gr).

Μεταξύ αυτών, το Πανελλήνιο Συνέδριο μας αποτελεί την κορυφαία εκδήλωση. Σε ένα πυκνό διήμερο, Έλληνες ομιλητές από την Ελλάδα και το εξωτερικό συζητούν τα νεότερα δεδομένα που αφορούν σε όλες τις πτυχές της *Stroke Medicine* όπως η πρωτογενής πρόληψη, η αιτιολογία και η παθοφυσιολογία, η διαγνωστική προσπέλαση, η οξεία αιτιολογική και υποστηρικτική αντιμετώπιση, η δευτερογενής πρόληψη και η αποκατάσταση.

Σε αυτό το πλαίσιο, σας καλωσορίζουμε στο Πανελλήνιο Συνεδριό μας. Το Συνέδριο μοριοδοτείται με 16 μόρια από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και η εγγραφή είναι δωρεάν.

Ελπίζουμε ότι η ποιότητα του Συνεδρίου θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας.

Με θερμούς συναδελφικούς χαιρετισμούς

**Κωνσταντίνος Βέμμος**  
Πρόεδρος

**Γεώργιος Ντάιος**  
Γενικός Γραμματέας

# ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 06 Μαρτίου 2020

08.30 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09.00-10.00 Προφορικές Ανακοινώσεις Νο 1-6

Προεδρείο: **Κ. Βέμμος, Ν. Τσαμόπουλος, Α. Πλωμαρίτση**

**1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗΣ ΚΟΡΜΟΥ ΚΑΙ ΚΕΦΑΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΚΤΗΣΗ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Α. Σαλάχα<sup>1</sup>, Θ. Ζορπαλά<sup>2</sup>, Κ. Μαυρομούστακου<sup>2</sup>, Α. Μακίνα<sup>2</sup>, Ζ. Αλεξίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»,

<sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

**2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Α. Βαρότσι<sup>1</sup>, Ε. Σαλεπτό<sup>1</sup>, Ο. Δήμος<sup>1</sup>, Ν. Καρρά<sup>1</sup>, Χ. Καρatosίδη<sup>1</sup>, Χ. Καττάμπ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών, Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών, Αθήνα

**3 Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΑΕΕ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ**

Λ. Πρεζας<sup>1</sup>, Μ.-Σ. Μουστάκα<sup>2</sup>, Γ. Βησσαράκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργός ΩΡΛ, Υπεύθυνος Ιατρείου Φωνής-Κατάποσης ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>2</sup>Λογοθεραπεύτρια ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>3</sup>Φυσιατρος, Επιστημονικά Υπεύθυνος ΚΑΑ «Φιλοκτίτης»

**4 ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

Λ. Πρεζας<sup>1</sup>, Μ.-Σ. Μουστάκα<sup>2</sup>, Γ. Βησσαράκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργός ΩΡΛ, υπεύθυνος ιατρείου φωνής-κατάποσης ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>2</sup>Λογοθεραπεύτρια ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>3</sup>Φυσιατρος, Επιστημονικά υπεύθυνος ΚΑΑ «Φιλοκτίτης»

**5 ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΜΕ ΒΑΤΗ ΤΗ ΣΥΣΤΟΙΧΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑ. ΟΜΟΔΡΟΜΗ ΗΜΙΚΛΕΙΣΤΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΣΤΗ ΣΥΣΤΟΙΧΟ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟ ΑΡΤΗΡΙΑ**

Π. Χριστοφόρου, Θ. Κώτσος

Αγγειοχειρουργική Μονάδα- Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδας: Καθηγητής Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: Θωμάς Κώτσος

**6 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΓΡΑΜΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΙΑΕΕ). ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΚΑΝΙΑ ΣΤΗ ΛΟΥΝΤ, ΣΟΥΗΔΙΑΣ (SKENES UNIVERSITETSSJUKHUS LUND)**

Σ. Μαυρομάτη<sup>1</sup>, Μ. Λεωνίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology Lund & Department of Psychiatry, University Hospital of Scania, Malmo Sweden [softmavro@gmail.com](mailto:softmavro@gmail.com), <sup>2</sup>Department of Neurology, University Hospital of Scania, Lund Sweden Gunnar Andberg, Department of Neurology, University Hospital of Scania, Lund Sweden

**10.00-10.20 STATE-OF-THE-ART LECTURE**

Προεδρείο: **Ε. Κορομπόκη**

Οι κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες του ΑΕΕ στην οικογένεια  
**Ο. Σίσκου**

**10.20-12.00 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΥ - Ι**

Προεδρείο: **Κ. Βέμμος, Γ. Στράντζαλης, Ε. Τσαμπαλάς**

Ασθενής με ήπια αριστερή πυραμιδική συνδρομή και δυσαρθρία.  
Πως θα ελέγξω εάν καταπίνει καλά;

**Α. Μίχου**

Ασθενής με δυσαρθρία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

**Η. Παπαθανασίου**

Ασθενής 35 ετών με αιφνίδια δεξιά πυραμιδική συνδρομή και αφασία δύο ημέρες μετά από τροχαίο ατύχημα.

**Α. Πλωμαρίτση**

Ασθενής με κεφαλαλγία οξείας ενάρξεως και διαταραχή επιπέδου συνείδησης.

**Γ. Στράντζαλης**

Ασθενής με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και τιμή σακχάρου 260mg/dl. Πόσο πρέπει να το μειώσω, και πως;

**Γ. Καρλής**

12.00-12.20 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

**12.20-13.20 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ**

Προεδρείο: **Ν. Λιάσης, Ε. Κορομπόκη**

Απεικόνιση στο οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

**Π. Τούλας, Α. Τουντοπούλου, Μ. Πολίτη**

**13.20-14.40 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΥ - II**

*Προεδρείο: Χ. Μπλιώνης, Σ. Μαρούλα*

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και τιμή LDL=98mg/dl. Είναι αρκετά καλά;

**Χ. Μπλιώνης**

Ασθενής με κολπική μαρμαρυγή υπό αντιπηκτική αγωγή πρόκειται να υποβληθεί σε πολυποδεκτομή. Πότε πρέπει να διακόψω την αντιπηκτική αγωγή, και πότε να την ξεκινήσω εκ νέου;

**Ν. Κακαλέτσης**

Ασθενής με παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο χωρίς κολπική μαρμαρυγή. Ποια είναι η ιδανική αντιθρομβωτική αγωγή;

**Π. Σάββαρη**

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζει τονικοκλονικούς σπασμούς την 3η ημέρα νοσηλείας. Χρειάζεται να λάβει αντιεπιληπτική αγωγή και εάν ναι, για πόσο διάστημα;

**Σ. Μαρούλα**

**14.40-16.00 Αναρτημένες Ανακοινώσεις**

**16.00-17.00 Προφορικές Ανακοινώσεις Νο 7-12**

*Προεδρείο: Α. Τουντοπούλου, Ι. Καλιωντζάκης, Σ. Δημόπουλος*

**7 ΔΙΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΕΕ ΣΕ ΠΕΝΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο. Κωνσταντακοπούλου<sup>1</sup>, Π. Γαλάνης<sup>1</sup>, Η. Καραγκούνη<sup>1</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>2</sup>, Σ. Παπαστεφανάτος<sup>1</sup>, Δ. Καϊτελίδου<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>3</sup>, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>, Γ. Παπαστεφανάτος<sup>5</sup>, Π. Σουρτζή<sup>6</sup>, Ο. Σίσκου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>ΓΝΑ Αλεξάνδρα-Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας-Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, <sup>5</sup>Ινστιτούτο Πληροφοριακών Συστημάτων ΑΘΗΝΑ, <sup>6</sup>Τομέας Δημόσιας Υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

**8 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ**

Θ. Κώτσος, Π. Χριστοφόρου, Κ. Νάστος

Αγγειοχειρουργική Μονάδα- Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδας: Καθηγητής Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: Θωμάς Κώτσος

**9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΕΕ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 28 ΗΜΕΡΕΣ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ**

Ε. Καρανταλή<sup>1,2</sup>, Ε. Τσαμπαλάς<sup>3</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Μ. Καζάκου<sup>3</sup>, Σ. Αγγέλογλου<sup>3</sup>, Π. Καραχάλια<sup>3</sup>, Α. Καραγιάννη<sup>3</sup>, Ε. Καρακατσάνη<sup>3</sup>, Κ. Αραβαντινού-Φατώρου<sup>3</sup>, Κ. Τυροβολάς<sup>3</sup>, Δ. Λάμπρου, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γ' Νευρολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Παθολογική κλινική, Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

**10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΧΗΜΑΤΟΣ Υ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ 24-ΩΡΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ**

Ν. Κακαλέτσος<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Α. Χύτας<sup>4</sup>, Ι.Α. Παναγοπούλου<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>3</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**11 ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ Η ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Δ. Σαγρής<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>2</sup>, Ι. Λεβέντης<sup>1</sup>, Κ. Πατέρας<sup>3</sup>, L.A. Pearce<sup>4</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>5,6</sup>, Κ. Μακαρίτσος<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>5</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>7</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>2</sup>School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, UK, <sup>3</sup>Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands, <sup>4</sup>Biostatistics Consultant, Minot, North Dakota, United States of America, <sup>5</sup>Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, <sup>6</sup>Imperial College London, London, United Kingdom, <sup>7</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**12 ΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΕΕ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ**

Ε. Καρανταλή<sup>1,2</sup>, Ε. Τσαμπαλάς<sup>3</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Π. Καραχάλια<sup>3</sup>, Μ. Καζάκου<sup>3</sup>, Σ. Αγγέλογλου<sup>3</sup>, Α. Καραγιάννη<sup>3</sup>, Ε. Καρακατσάνη<sup>3</sup>, Κ. Αραβαντινού-Φατώρου<sup>3</sup>, Κ. Γιαννικοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Λάμπρου, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γ' Νευρολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Παθολογική κλινική, Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

## Παρασκευή 06 Μαρτίου 2020

- 17.00-18.40** **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΤΟΥΣ**  
*Προεδρείο: Χ. Βλαχόπουλος, Α. Πρωτογέρου, Σ. Βασιλοπούλου, Ε. Κορομπόκη*
- 17.00-17.10 RE-SPECT ESUS  
**Κ. Περλεπέ**
- 17.10-17.20 CAPTURE  
**Θ. Τζίμας**
- 17.20-17.30 RESTART  
**Μ. Σαμαρά**
- 17.30-17.40 DAPA-HF  
**Φ. Μπάρκας**
- 17.40-17.50 MISTIE  
**Θ. Μητσικώστα**
- 17.50-18.00 ENCHANTED  
**Ε. Πουλακίδα**
- 18.00-18.10 AUGUSTUS  
**Π. Βλαχάκης**
- 18.10-18.20 RE-SPECT CVT  
**Ε. Καρανταλή**
- 18.20-18.30 TREAT STROKE TO TARGET  
**Α. Βαΐου**
- 18.30-18.40 APPLE HEART STUDY & MAFA-II  
**Ι. Λεβέντης**
- 18.40-19.10 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ



## Παρασκευή 06 Μαρτίου 2020

### 19.10-19.50 **LIFESTYLE ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Προεδρείο: **Μ. Παγώνη, Α. Πιπλής**

Συμμόρφωση στην αγωγή – συνδυασμοί φαρμακευτικών ουσιών.

**Ε. Λυμπερόπουλος**

Νεότερα καπνικά προϊόντα: είναι πράγματι μειωμένου κινδύνου;

**Δ. Ρίχτερ**

### 19.50-20.10 **STATE-OF-THE-ART LECTURE**

Προεδρείο: **Κ. Βέμμος, Ι. Κανακάκης**

Consensus Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών και Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας για την αντιμετώπιση των ασθενών με αγγειακό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο απροσδιόριστης αιτιολογίας και ανοικτό ωοειδές τρήμα.

**Γ. Ντάιος**

### 20.30-22.00 **ΑΧΙΟΜΑΤΙΚ-SSP: ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ**

08.00-09.00 Προφορικές Ανακοινώσεις Νο 13-18

Προεδρείο: **Χ. Μπλιώνης, Α. Πλωμαρίτογλου, Ι. Πανταζόπουλος**

**13 Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΛΟΝΑΖΕΠΑΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΖΑΛΗΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΙΚΡΟΙΣΧΑΙΜΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ**

Λ. Πρέζας<sup>1</sup>, Δ. Μαντέλλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργός ΩΡΛ, Όμιλος «Υγεία», <sup>2</sup>Νευρολόγος, όμιλος «Υγεία»

**14 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (ESUS) ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΤΑΤΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΘΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ**

Ι. Λεβέντης<sup>1</sup>, Δ. Σαγής<sup>1</sup>, D. Strambo<sup>2</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>2</sup>, S. Nannoni<sup>2</sup>, E. Κορομπόκη<sup>3,4</sup>, E. Μανιός<sup>3</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1,4</sup>, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>, P. Michel<sup>2</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>2</sup>Stroke Center and Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

**15 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ – ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΜΑΦ) ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ**

Ε. Ζτρίβα<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Τζιόμαλος<sup>1</sup>, Γ. Καϊάφα<sup>1</sup>, Α. Σοφογιάννη<sup>1</sup>, Α. Παπαγιάννης<sup>1</sup>, Γ. Πολυχρονόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Μυλωνάς<sup>1</sup>, Θ. Τέγος<sup>2</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Α' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**16 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ 24-ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ**

Ν. Κακαλέτσος<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Α. Χύτας<sup>4</sup>, Ι.Α. Παναγοπούλου<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>3</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**17 ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΕΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ Η ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΟ ΟΡΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Δ. Σαγρής<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>2,3</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, Κ. Πατέρας<sup>4</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>3</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>3</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>5</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>2</sup>School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, UK, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, <sup>4</sup>Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands, <sup>5</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**18 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ (ESUS) ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

Γ. Ντάιος<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>2</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>3</sup>, D. Strambo<sup>3</sup>, A. Eskandari<sup>3</sup>, S. Nannoni<sup>3</sup>, Α. Βέμμου<sup>2</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>2, 4, 5</sup>, Ε. Μανιός<sup>2</sup>, A. Rodriguez-Campello<sup>6</sup>, E. Cuadrado-Godia<sup>6</sup>, J. Roquer<sup>6</sup>, V. Armao<sup>7</sup>, V. Caso<sup>7</sup>, M. Paciaroni<sup>7</sup>, E. Diez-Tejedor<sup>8</sup>, B. Fuentes<sup>8</sup>, J. Rodriguez Pardo<sup>8</sup>, S. Sánchez-Velasco<sup>8</sup>, A. Arauz<sup>9</sup>, S.F. Ameriso<sup>10</sup>, L. Pertiera<sup>10</sup>, M. Gómez-Schneider<sup>10</sup>, M.A. Hawkes<sup>10</sup>, M.A. Barboza<sup>11</sup>, B. Chavarria Cano<sup>12</sup>, A.-M. Iglesias Mohedano<sup>12</sup>, A. Garcia Pastor<sup>12</sup>, A. Gil-Niñez<sup>12</sup>, J. Putaala<sup>13</sup>, T. Tatlisumak<sup>13, 14</sup>, Ε. Καραγκιόζη<sup>1</sup>, Β. Παπαβασιλείου<sup>1, 15</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, F. Bandini<sup>16</sup>, Κ. Βέμμος<sup>2</sup>, P. Michel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Θεραπευτική κλινική νοσοκομείου Αλεξάνδα, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Τομέας Νευρολογίας, Τμήμα Νευροεπιστημών Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λωζάνης, <sup>4</sup>Τμήμα Νευρολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>5</sup>Division of Brain Sciences, Department of Stroke Medicine, Imperial College, London, UK, <sup>6</sup>Stroke Unit, Department of Neurology, Hospital del Mar. Neurovascular Research Group, IMIM-Hospital del Mar (Institut Hospital del Mar d' Investigacions Mèdiques), Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, Spain, <sup>7</sup>Stroke Unit, University of Perugia, Perugia, Italy, <sup>8</sup>Department of Neurology and Stroke Center, La Paz University Hospital – Autónoma University of Madrid, IdiPAZ Health Research Institute, Madrid, Spain, <sup>9</sup>Stroke Clinic. Instituto Nacional de Neurologva y Neurocirugva Manuel Velasco Suarez. Mexico City, Mexico, <sup>10</sup>Department of Neurology, Institute for Neurological Research, FLENI, Buenos Aires, Argentina, <sup>11</sup>Neurosciences Department, Hospital Dr. Rafael A. Calderon Guardia, CCSS. University of Costa Rica, Costa Rica., <sup>12</sup>Vascular Neurology Section, Stroke Center, Hospital General Universitario Gregorio Marañon, IISGM Health Research Institute, Universidad Complutense de Madrid, Spain, <sup>13</sup>Department of Neurology, Helsinki University Central Hospital and University of Helsinki, Helsinki, Finland, <sup>14</sup>Department of Clinical Neurosciences, Institute of Neuroscience and Physiology, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden; Department of Neurology, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden, <sup>15</sup>Department of Neurology, S. Paolo Hospital, Savona, Italy, <sup>16</sup>Stroke Service, Department of Neurosciences, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and Medical School, University of Leeds, Leeds, UK

## Σάββατο 07 Μαρτίου 2020

### 09.00-10.20 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΥ - ΙΙΙ

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης, Β. Κώτσος, Κ. Σταματελόπουλος**

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και νεοδιαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη 8.2%.

Τι αντιδιαβητική αγωγή πρέπει να λαμβάνει;

**Α. Παπαζαφειροπούλου**

Ασθενής με οξεία ενδοεγκεφαλική αιμορραγία.

Πόση πρέπει να είναι η αρτηριακή πίεσή του;

**Κ. Μακαρίτσης**

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και σημαντική στένωση σύστοιχης έσω καρωτίδος.

**Γ. Κούβελος**

Ασθενής με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Πρέπει να διακόψω την υπολιπιδαιμική αγωγή;

**Δ. Σαγρής**

10.20-10.40 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

### 10.40-11.00 STATE-OF-THE-ART LECTURE

Προεδρείο: **Κ. Βέμμος**

Ασθενής με ιστορικό ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε έδαφος στεφανιαίας νόσου και κοιλιακής μαρμαρυγής.

Τι αντιθρομβωτική αγωγή πρέπει να λάβει;

**Γ. Ανδρικόπουλος**

11.00-11.40 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ (Σελ. 17)

### 11.40-12.00 STATE-OF-THE-ART LECTURE

Προεδρείο: **Χ. Σαββόπουλος**

Κοιλιακή καρδιοπάθεια και ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

**Κ. Βέμμος**

12.00-13.00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ (Σελ. 17)

**13.00-13.20 STATE-OF-THE-ART LECTURE**

Προεδρείο: **Κ. Δημητριάδης**

Ασθενής με ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και κοιλιακή μαρμαρυγή: τι θα κάνω με την αντιπηκτική αγωγή;

**Ε. Κορομπόκη**

**13.20-13.40 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (Σελ. 17)**

**13.40-14.40 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΥ - IV**

Προεδρείο: **Κ. Σπέγγος, Ε. Βαβουρανάκης, Κ. Μακαρίτσης**

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και 10 δευτερόλεπτα κοιλιακής μαρμαρυγής σε 48ωρο Holter ένα μήνα μετά το επεισόδιο. Πρέπει να λάβει αντιπηκτική αγωγή;

**Σ. Παστρωμάς**

Ασθενής με κοιλιακή μαρμαρυγή και πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία: επεμβατική αντιμετώπιση.

**Α. Τζίκας**

Ασθενής με ισχαιμικό εγκεφαλικό και κοιλιακή μαρμαρυγή και eGFR 35ml/min. Τι αντιπηκτική αγωγή πρέπει να λάβει;

**Σ. Τζέης**

**14.40-16.00 Αναρτημένες Ανακοινώσεις**

**16.00-17.00 Προφορικές Ανακοινώσεις Νο 19-26**

Προεδρείο: **Σ. Βασιλοπούλου, Β. Παπαβασιλείου, Μ. Πολίτη**

**19 ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΟΥΣΜΙΑΚΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ**

Ε. Κορομπόκη<sup>1</sup>, Ε. Μπισκώστα<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>3</sup>, Ε. Μανιός<sup>1</sup>, Σ. Βασιλοπούλου<sup>4</sup>, Α. Τουντοπούλου<sup>4</sup>, Π. Βλαχάκης<sup>1</sup>, Κ. Ριζογιάννης<sup>1</sup>, Κ. Σπέγγος<sup>5</sup>, Κ. Βέμμος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>4</sup>Α Νευρολογική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, <sup>5</sup>Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

**20 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ**

Ε. Ζτρίβα, Χ. Σαββόπουλος, Α. Σοφογιάννη, Α. Κοντάνα, Γ. Χατζόπουλος, Γ. Καϊάφα, Κ. Τζιόμαλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**21 ΤΑΧΕΙΑ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ**

Θ. Κώτσος<sup>1</sup>, Π. Χριστοφόρου<sup>1</sup>, Α. Τσαρουχά<sup>2</sup>, Α. Τουντοπούλου<sup>3</sup>, Σ. Βασιλοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Μπισκώστας<sup>3</sup>, Κ. Θεοδωράκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αγγειοχειρουργική Μονάδα, Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής, <sup>2</sup>Αναισθησιολογική Κλινική, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών – Αρεταίειο και Αιγινήτειο Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδας: Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: Θωμάς Κώτσος

**22 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΟ ΡΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ**

Δ. Σαγρή<sup>1</sup>, D. Strambo<sup>2</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>2</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>3</sup>, S. Nannoni<sup>2</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>4</sup>, Ε. Μανιός<sup>4</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>, Ρ. Michel<sup>2</sup> Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>2</sup>Stroke Center and Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, <sup>3</sup>School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, United Kingdom, <sup>4</sup>Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

**23 DYSPHAGIA IN A STROKE REHABILITATION UNIT: FACTORS THAT INFLUENCE DYSPHAGIA SEVERITY FOLLOWING THERAPY**

C. Politi Ghemulet<sup>1</sup>, S. Hamdy<sup>2</sup>, G. Ntaios<sup>3</sup>, G.I. Merekoulias<sup>1</sup>, I. Vlastomitros<sup>1</sup>, E. Michou<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Olympion General Clinic and Rehabilitation Center of Patras, Greece, <sup>2</sup>Centre for Gastrointestinal Sciences, Institute of Inflammation and Repair, Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester, UK, <sup>3</sup>Internal Medicine School of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece, <sup>4</sup>Department Speech Language Therapy, University of Patras, Greece;

**24 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ 24-ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

Ν. Κακαλέτσος<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Α. Χύτας<sup>4</sup>, Ι.Α. Παναγοπούλου<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>3</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**25 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΛΥΨΗ ΔΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΠΗΓΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**

Γ. Ντάιος<sup>1</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, Δ. Λάμπρου<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>2</sup>, D. Strambo<sup>2</sup>, A. Eskandari<sup>2</sup>, E. Κορομπόκη<sup>3</sup>, E. Καραγκιόζη<sup>1</sup>, Α. Βέμμου<sup>3</sup>, E. Μανιός<sup>3</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>3</sup>, Ρ. Michel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Τομέας Νευρολογίας, Τμήμα Νευροεπιστημών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λωζάνης, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Πανεπιστήμιο Αθηνών

**26 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΙΔΙΑΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ**

Ζ. Σαπλαούρα, Ι. Ελλούλ, Γ. Σακελλαρόπουλος, Α. Βανταράκης  
Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Εργ. Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

**17.00-17.20 STATE-OF-THE-ART LECTURE**

Προεδρείο: **Γ. Καϊάφα**

Θρομβοφιλία και ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

**Σ. Βασιλοπούλου**

**17.20-18.20 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΥ - V**

Προεδρείο: **Κ. Σπέγγος, Β. Παπαβασιλείου, Χ. Γκόγκας**

Ασθενής με βαρύ οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και σημαντικό εγκεφαλικό οίδημα.

**Κ. Δημητριάδης**

Ασθενής αφυπνίζεται με αριστερή πυραμιδική συνδρομή.

**Β. Παπαβασιλείου**

Ασθενής με αιφνίδια εγκατάσταση βαρείας δεξιάς ημιπληγίας και αφασίας προ 4 ωρών – επεμβατική αντιμετώπιση.

**Π. Παπαναγώτου**

**18.20-18.40 STATE-OF-THE-ART LECTURE**

*Προεδρείο: Κ. Βέμμος*

Ενδοφλέβια θρομβόλυση

**Κ. Σπέγγος**

**18.40-19.40 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΩ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΟΥ - VI**

*Προεδρείο: Σ. Ισπογλου, Π. Παπαναγιώτου*

Ασθενής 89 ετών και οξεία εγκατάσταση αριστερής ημιπληγίας προ 2 ωρών. Να θρομβολύσω;

**Κ. Βέμμος**

Ασθενής με ιστορικό ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και αρτηριακή υπέρταση. Ποιος πρέπει να είναι ο στόχος της αρτηριακής πίεσης;

**Α. Πρωτογέρου**

Αντιμετώπιση αγγειακών δυσπλασιών εγκεφάλου...

**Ι. Ιωαννίδης**

**19.40-20.00 STATE-OF-THE-ART LECTURE**

*Προεδρείο: Α. Χατζηπόλιος*

Κλινική Διακυβέρνηση και Διοίκηση Μονάδας Εγκεφαλικών:  
adopting evidence-based practice beyond professional standards and guidelines.

**Σ. Ισπογλου**

**20.00-20.20 STATE-OF-THE-ART LECTURE**

Συστάσεις του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών και της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης για την υπολιπιδαιμική αγωγή των ασθενών με αγγειακό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο

**Χ. Μπλώνης**

**20.20-20.30 ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ & ΑΠΟΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ**



## ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Σάββατο 07 Μαρτίου 2020

- 11.00-11.40 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**  **Abbott**  
**«Καρδιοεμβολικό Αγγειακό Εγκεφαλικό  
Επεισόδιο: Από το Ανοικτό Ωσειδές Τμήμα  
στο Ωτίο του Αριστερού Κόλπου»**  
*Ομιλητές: Γ. Ντάιος, Απ. Τζίκας*
- 12.00-13.00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**  **Bayer**   
**Καθημερινά διλήμματα  
στην προστασία των ασθενών  
με κοιλιακή μαρμαρυγή**  
*Πρόεδρος: Κ. Βέμμος*  
Πρώτα αντιμετωπίζω τις συνοσπρότητες  
**Γ. Ντάιος**  
Μετά την Κοιλιακή Μαρμαρυγή  
**Χ. Μπλιώνης**
- 13.20-13.40 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**   
**Boston Scientific**  
*Advancing science for life™*  
Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε έδαφος καρωτιδικής νόσου: ποιος ασθενής έχει ένδειξη για καρωτιδικό stenting;  
**Δ. Νίκας**

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

### **ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ.**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής & Τμήματος Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center

### **ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ ΕΜ.**

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Γ' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

### **ΒΑΪΟΥ Α.**

Ειδικευόμενη Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Α.

### **ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Σ.**

Επ. Καθηγήτρια Νευρολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

### **ΒΕΜΜΟΣ Κ.**

Παθολόγος, Πρόεδρος ΔΣ του ΕΛ.Ο.Ε

### **ΒΛΑΧΑΚΗΣ Π.**

Θεραπευτική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

### **ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΣ Χ.**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»

### **ΓΚΟΓΚΑΣ Χ.**

Επεμβατικός Νευροακτινολόγος, Συνεργάτης Νοσοκομείου «ΙΑΣΩ General», Γ.Ν.Α. "Ευαγγελισμός" και Ευρωκλινικής, Αθήνα

### **ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Κ.**

MBA, Stationsarzt neurologische Intensivstation, Neurologische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität München, Marchioninstr. 15, 81377 München

### **ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Σ.**

Παθολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελητής Α', Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Επιστημονικός Συνεργάτης Εργαστηρίου Κλινικής Εργοσπιρομετρίας Άσκησης & Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

### **ΙΣΠΟΓΛΟΥ Σ.**

MBA FRCP, Consultant in Stroke Medicine and Clinical Lead for Stroke Services, Birmingham UK, Clinical Research Speciality Lead, National Institute for Health Research, UK, Clinical Standards Committee, British Association of Stroke Physicians, UK

### **ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι.**

Επεμβατικός Νευροακτινολόγος Θεραπευτήριο ΥΓΕΙΑ

### **ΚΑΪΦΑ Γ.**

Επ. Καθηγήτρια Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

### **ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ Ν.**

Παθολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

### **ΚΑΛΙΟΝΤΖΑΚΗΣ Ι.**

Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Κρήτη

### **ΚΑΝΑΚΑΚΗΣ Ι.**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού Τμήματος, Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»

### **ΚΑΡΑΝΤΑΛΗ Ε.**

Ειδικευόμενη Νευρολογίας, Γ' Νευρολογική, Κλινική Α.Π.Θ.

### **ΚΑΡΛΗΣ Γ.**

MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτης Β' ΕΣΥ, ΓΝ Ρόδου «Α. Παπανδρέου», Μέλος ΔΣ και Επιτροπής Καταπληξίας - Σοκ Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης

### **ΚΟΡΟΜΠΟΚΗ Ε.**

Παθολόγος, Α' Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

### **ΚΟΥΒΕΛΟΣ Γ.**

Επ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

### **ΚΩΤΣΗΣ Β.**

Αν. Καθηγητής Παθολογίας, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### **ΛΕΒΕΝΤΗΣ Ι.**

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

### **ΛΙΑΣΗΣ Ν.**

Αντιπρόεδρος – Επιστημονικός Διευθυντής Affidea Ψυχικού, Μέλος του Γνωμοδοτικού Επιστημονικού Συμβουλίου (ΜΑΒ)

### **ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε.**

Παθολόγος, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Γενικό Πανεπιστημιακό Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### **ΜΑΚΑΡΙΤΣΗΣ Κ.**

Παθολόγος, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

### **ΜΑΡΚΟΥΛΑ Σ.**

Νευρολόγος, Επιμελήτρια Α', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### **ΜΗΛΙΩΝΗΣ Χ.**

Παθολόγος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### **ΜΗΤΣΙΚΩΣΤΑ Θ.**

Ειδικευόμενη Παθολογίας, Θεραπευτική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

### **ΜΙΧΟΥ Α.**

Research Fellow, Centre for Gastrointestinal Sciences, School of Medical Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health, University of Manchester, Manchester, UK  
Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Λογοθεραπείας Πανεπιστημίου Πατρών

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

### **ΜΠΑΡΚΑΣ Φ.**

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### **ΝΙΚΑΣ Δ.**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Α', Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### **ΝΤΑΙΟΣ Γ.**

Επ. Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

### **ΠΑΓΩΝΗ Μ.**

Συντονίστρια Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Πρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος

### **ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Ι.**

Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Επειγουσας Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

### **ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Β.**

Consultant in Stroke Medicine, Stroke Service Department of Neurosciences, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust & Senior Honorary Lecturer, Medical School, University of Leeds Leeds, United Kingdom

### **ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.**

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά "Τζάνειο"

### **ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Η.**

Καθηγητής Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστημίου Πατρών & Επισκέπτης Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

### **ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π.**

Επεμβατικός Νευροακτινολόγος, Διευθυντής Διαγνωστικής και Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Hospital Bremen-Mitte, Βρέμν, Γερμανία Καθηγητής Νευροακτινολογίας Πανεπιστημίου Homburg, Διευθυντής, Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, E.N.H.C.

### **ΠΑΣΤΡΩΜΑΣ Σ.**

Αναπλ. Διευθυντής, Α' Καρδιολογικό Τμήμα Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

### **ΠΕΡΛΕΠΕ Κ.**

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

### **ΠΙΠΙΛΗΣ Α.**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

### **ΠΛΩΜΑΡΙΤΟΓΛΟΥ Α.**

Νευρολόγος, Αν. Διευθύντρια Νευρολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Υγεία»

### **ΠΟΛΙΤΗ Μ.**

MD, PhD, Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

### **ΠΟΥΛΑΚΙΔΑ Ε.**

Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

### **ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ Α.**

Αναπλ. Καθηγητής Τμήματος Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

### **ΡΙΧΤΕΡ Δ.**

Καρδιολόγος, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Αθήνα, Πρόεδρος Ι.Μ.Ε.Θ.Α.

### **ΣΑΒΒΑΡΗ Π.**

Παθολόγος, Συνεργάτης Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν, Ιατρική Σύμβουλος Pfizer

### **ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ.**

Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Stroke Unit) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **ΣΑΓΡΗΣ Δ.**

Παθολόγος - Επιστημονικός συνεργάτης Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα.

### **ΣΑΜΑΡΑ Μ.**

Ειδικευόμενη Ιατρός Παθολογίας ΓΝΑ «Λαϊκό»

### **ΣΙΣΚΟΥ Ο.**

Νοσηλεύτρια ΠΕ, Δρ Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

### **ΣΠΕΓΤΟΣ Κ.**

Νευρολόγος, Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνος Τμήματος Πολλαπλής Σκλήρυνσης και Απομυελινωτικών Νοσημάτων | Θεραπευτήριο ΥΓΕΙΑ

### **ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Κ.**

Αν. Καθηγητής Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα

### **ΣΤΡΑΝΤΖΑΛΗΣ Γ.**

Καθηγητής Νευροχειρουργικής, Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός, Αθήνα

### **ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.**

Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική & Ειδική Νοσολογία Παν/μίου Αθηνών, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας

### **ΤΖΕΗΣ Σ.**

Διευθυντή Καρδιολογικής Κλινικής Ενηλίκων Γενική Κλινική - ΜΗΤΕΡΑ

### **ΤΖΙΚΑΣ Α.**

MD, PhD, FESC, Ειδικός Επεμβατικός Καρδιολόγος Θεσσαλονίκη

### **ΤΖΙΜΑΣ Θ.**

Παθολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

### **ΤΟΥΛΑΣ Π.**

Νευροακτινολόγος, Σύμβουλος Ακτινολογίας, Διευθυντής MRI Ομίλου ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ, Επιστημονικό Συνεργάτης Τμήμα Έρευνας και Ακτινολογίας ΕΚΠΑ

### **ΤΟΥΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Α.**

Νευρολόγος, Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινίτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

### **ΤΣΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν.**

Διευθυντής Τμήματος Επεμβατικής Νευροακτινολογίας Νοσοκομείου Mediterraneo

### **ΤΣΑΜΠΑΛΑΣ Ε.**

Νευρολόγος – Επιμελητής Α, Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

### **ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α.**

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», European Society Hypertension Center of Excellence, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ. - Stroke Unit), Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

---

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ  
(e-POSTERS)

**1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗΣ ΚΟΡΜΟΥ ΚΑΙ ΚΕΦΑΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΚΤΗΣΗ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΕΕ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Α. Σαλάχα<sup>1</sup>, Θ. Ζορμπαλά<sup>2</sup>, Κ. Μαυρομούστακου<sup>2</sup>, Α. Μακίνα<sup>2</sup>, Ζ. Αλεξίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»,  
<sup>2</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

**Εισαγωγή:** Στην παρούσα μελέτη μελετήθηκε η επίδραση της διόρθωσης των παθολογικών αντισταθμιστικών προτύπων θέσης και στάσης κορμού και κεφαλής στην επαναφορά της εκούσιας κίνησης του άνω άκρου ασθενούς με ημιπληγία μετά από ΑΕΕ. Είναι γνωστό ότι στα φυσιολογικά άτομα οι αλλαγές θέσης και προτύπου στάσης του κορμού και της κεφαλής ευοδώνουν και επιτρέπουν την εκτέλεση διαφορετικών κάθε φορά κινητικών προτύπων, ενώ ταυτόχρονα για μηχανικούς και νευρωνικούς λόγους αναστέλλουν, δυσχεραίνουν ή καθιστούν αδύνατη την εκτέλεση άλλων κινητικών προτύπων.

**Σκοπός:** Να καταδειχτεί ο ρόλος και η τεράστια σημασία, της διατήρησης ή επανάκτησης της φυσιολογικής θέσης και στάσης του κορμού και της κεφαλής, ακόμη και στους κλινήριες ασθενείς, από τις πρώτες ημέρες μετά το ΑΕΕ, για την αποκατάσταση της εκούσιας κίνησης του άνω άκρου.

**Υλικό – Μέθοδος:** Πρόκειται για άνδρα 76 ετών με ΑΡ ημιπάρεση λόγω ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στην περιοχή των ΔΕ βασικών γαγγλίων τον Νοέμβριο 2019. Κατά την είσοδό του στην Β' Παθολογική κλινική παρουσίαζε ΑΡ ημιπληγία. Έγινε πρώιμη φυσιατρική εκτίμηση και παρέμβαση από την 2η ημέρα νοσηλείας του ασθενούς μετά το ΑΕΕ.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακά αυτόματα ανάρρωση με εμφάνιση εκούσιας κίνηση στο κάτω άκρο από την τρίτη ημέρα της νοσηλείας του. Το άνω άκρο παρουσίασε αδρή εκούσια κίνηση μόνο με ταυτόχρονη συνειδητοποίηση και διόρθωση των αντισταθμιστικών προτύπων χρήσης κορμού και κεφαλής από τον ίδιο τον ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Μια εστιακή βλάβη, όπως συμβαίνει μετά από ένα ΑΕΕ διακόπτει τοπικά την λειτουργία ενός εκτεταμένου, τεράστιου εγκεφαλικού νευρωνικού δικτύου, απαραίτητου και για απλές μεμονωμένες κινήσεις και το παραλύει. Γνωρίζουμε σήμερα ότι ο εγκέφαλος λειτουργεί προβλεπτικά στο 98% της ημερήσιας εκούσιας κινητικής δραστηριότητας χρησιμοποιώντας «μαθημένα», έτοιμα κινητικά προγράμματα. Φαίνεται ότι υπό προϋποθέσεις η κατάλληλη υποβοηθούμενη διόρθωση των παθολογικών αντισταθμιστικών προτύπων θέσης και στάσης κορμού και κεφαλής μπορεί να ευοδώσει την ανάκτηση της εκούσιας κίνησης και την αδρή χρήση του ημιπληγικού άνω άκρου.

**2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Α. Βαρότση<sup>1</sup>, Ε. Σαλεπτού<sup>1</sup>, Ο. Δήμος<sup>1</sup>, Ν. Καρρά<sup>1</sup>, Χ. Καρατσιοδίδης<sup>1</sup>, Χ. Καττάμη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών, Ελληνική Εταιρία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν μία από τις κυριότερες αιτίες παρατεταμένης αναπηρίας με σύνοδες δυσκολίες τόσο ως προς την καθημερινή λειτουργικότητα όσο και ως προς την εργασία. Η συστηματική νευροψυχολογική (Ν/Ψ) αποκατάσταση είναι η θεραπευτική παρέμβαση με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη διεθνή βιβλιογραφία.

**Περιγραφή Περιστατικών: Περιστατικό 1:** Πρόκειται για άντρα 42 ετών, με ιστορικό αιμορραγικού ΑΕΕ προ ενός έτους, στην περιοχή των βασικών γαγγλίων δεξιά (ΔΕ), κρανιοτομή ΔΕ μετωποκροταφικά, φέρει βαλβίδα παροχετεύσεως και με αριστερή (ΑΡ) ημιπληγία. Χωρίς επιληπτικόμορφη δραστηριότητα.

**Περιστατικό 2:** Πρόκειται για άνδρα 54 ετών, με ιστορικό αιμορραγικού ΑΕΕ ΔΕ προ διαιτίας, κρανιοτομή ΔΕ μετωποβρεγματικά και με ήπιες διαταραχές στην ισορροπία. Παρουσιάζει συχνές και ανθεκτικές εστιακές επιληπτικές κρίσεις.



Και τα δύο περιστατικά παραπέμφθηκαν στη Μονάδα Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών της ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών. Πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα διενεργήθηκε εκτενής Ν/Ψ έλεγχος (baseline). Βάσει των αποτελεσμάτων και των κλινικών παρατηρήσεων σχεδιάστηκε η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο Ν/Ψ αποκατάστασης. Μετά το πέρας του πρώτου χρόνου αποκατάστασης διεξήχθη Ν/Ψ επανέλεγχος. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης επιχειρήθηκε σταδιακή επιστροφή στην εργασία.

**Αποτελέσματα:** Ο Ν/Ψ επανέλεγχος, κατέδειξε σημαντική βελτίωση και στις δύο περιπτώσεις τόσο σε γνωσιακό όσο και συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο. Πέραν της συστηματικής γνωσιακής ενδυνάμωσης, στη βελτιωμένη επίδοσή φαίνεται να συμβάλλει η ενίσχυση της επίγνωσης των δυσκολιών και των αλλαγών μετά το ΑΕΕ, καθώς και η χρήση κατάλληλων αντισταθμιστικών τεχνικών. Οι δύο ασθενείς επανήλθαν σταδιακά στην εργασία τους μετά από 5 και 10 μήνες αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η συστηματική Ν/Ψ αποκατάσταση ενισχύει την ομαλή κοινωνική και εργασιακή επανένταξη. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η εστίαση στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις αλλαγές που έχουν προκύψει όσο και τις άθικτες λειτουργίες. Η επιστροφή στην εργασία του ασθενούς οφείλει να γίνεται σταδιακά, με εξειδικευμένη καθοδήγηση και συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη από το θεραπευτικό πλαίσιο.

### 3 Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ (ΑΕΕ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Λ. Πρεζας<sup>1</sup>, Μ.-Σ. Μουστάκα<sup>2</sup>, Γ. Βησσαράκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργός ΩΡΛ, Υπεύθυνος Ιατρείου Φωνής-Κατάποσης ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>2</sup>Λογοθεραπεύτρια ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>3</sup>Φυσιατρός, Επιστημονικά Υπεύθυνος ΚΑΑ «Φιλοκτίτης»

**Εισαγωγή:** Η δυσφαγία είναι ένα συχνό πρόβλημα μετά τα ΑΕΕ. Υπολογίζεται ότι 20% των ασθενών έχει εμμένουσα δυσφαγία μετά από ΑΕΕ και χρειάζεται περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Σκοπός της μελέτης:** Η αξιολόγηση της σημασίας της εντόπισης του ΑΕΕ στην προγνώση της δυσφαγίας.

**Ασθενείς και μέθοδος:** Από 1/2015 μέχρι 6/2019 122 ασθενείς (53 άνδρες-69 γυναίκες) με μέση ηλικία 73,9 έτη νοσηλεύτηκαν στο ΚΑΑ Φιλοκτίτης για αποκατάσταση. Από αυτούς 56 είχαν βλάβη στο αριστερό πρόσθιο φλοιό, 42 στο δεξιό πρόσθιο φλοιό, 10 υποφλοιώδεις εντοπίσεις (βασικά γάγγλια), 9 στο στέλεχος και 7 πολλαπλές εντοπίσεις. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε λειτουργική ενδοσκοπική αξιολόγηση κατάποσης (FEES) από ΩΡΛ, φυσιατρο και λογοθεραπευτή που κατέδειξε τη φύση της δυσφαγίας τους. Οι ασθενείς, εν συνεχεία, έτυχαν λογοπεδικής αντιμετώπισης με κλασσική λογοθεραπεία και ηλεκτομυϊκόερεθισμό (NMES).

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν εκ νέου 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας ως προς την πορεία της δυσφαγίας. Οι βλάβες του στελέχους και των βασικών γαγγλίων (8 είχαν τη χειρότερη πρόγνωση από όλους με 8/9 και 8/10 αντίστοιχα να παραμένουν με μόνιμη δυσφαγία. Την καλύτερη πρόγνωση είχαν οι ασθενείς με βλάβη στον αριστερό πρόσθιο φλοιό, με 47/56 να έχουν πλήρη από του στόματος σίτιση. Η πρόγνωση των ασθενών με βλάβη στο δεξιό πρόσθιο φλοιό ήταν χειρότερη με 30/42 να έχουν αποκατάσταση της δυσφαγίας.

**Συμπέρασμα:** Η εντόπιση του ΑΕΕ παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της δυσφαγίας και μπορεί να καθοδηγήσει τη θεραπευτική προσέγγιση.

**4 ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ). ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

Λ. Πρεζας<sup>1</sup>, Μ.-Σ. Μουστάκα<sup>2</sup>, Γ. Βησσαράκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργός ΩΡΛ, υπεύθυνος ιατρείου φωνής-κατάποσης ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>2</sup>Λογοθεραπεύτρια ΚΑΑ «Φιλοκτίτης», <sup>3</sup>Φυσιάτρος, Επιστημονικά υπεύθυνος ΚΑΑ «Φιλοκτίτης»

**Εισαγωγή:** Η δυσφαγία είναι ένα συχνό πρόβλημα νοσηρότητας μετά τα ΑΕΕ που σχετίζονται ευθέως με τον κίνδυνο εισρόφησης. Υπολογίζεται ότι 20% των ασθενών έχει εμμένουσα δυσφαγία μετά από ΑΕΕ και χρειάζεται περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Σκοπός της μελέτης:** Η συσχέτιση της εντόπισης του ΑΕΕ με τον τύπο της δυσφαγίας που παρατηρείται.

**Ασθενείς και μέθοδος:** Από 1/2015 μέχρι 6/2019 122 ασθενείς με ΑΕΕ και δυσφαγία (53 άνδρες-69 γυναίκες) με μέση ηλικία 73,9 έτη νοσηλεύτηκαν στο ΚΑΑ Φιλοκτίτης για αποκατάσταση. Από αυτούς 56 είχαν βλάβη στο αριστερό πρόσθιο φλοιό, 42 στο δεξιό πρόσθιο φλοιό, 10 υποφλοιώδεις εντοπίσεις (βασικά γάγγλια), 9 στο στέλεχος και 7 πολλαπλές εντοπίσεις. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε λειτουργική ενδοσκοπική αξιολόγηση κατάποσης (FEES) από ΩΡΛ, φυσιάτρο και λογοθεραπευτή που κατέδειξε τη φύση της δυσφαγίας τους. Οι ασθενείς, εν συνεχεία, έτυχαν λογοπεδικής αντιμετώπισης με κλασσική λογοθεραπεία και πλεκτομυκίωση (NMES)

**Αποτελέσματα:** Από τους ασθενείς με βλάβη του αριστερού προσθίου ημισφαιρίου 37/56 εμφάνιζαν στοματική απραξία, 48/56 καθυστέρηση στην έναρξη της φαρυγγικής φάσης και 29/56 πρώιμη διαρροή του βλωμού. Από τους ασθενείς με βλάβη στο δεξιό πρόσθιο φλοιό 38/42 είχαν καθυστέρηση στοματικής φάσης και 37/42 καθυστέρηση στην άνωση του λάρυγγα. Όλοι οι ασθενείς με εντόπιση στο στέλεχος είχαν απουσία φαρυγγικής φάσης και πρώιμη διαρροή, 6/9 παραλυση φωνηπτικής χορδής και 8/9 φαρυγγική αδυναμία. Όλοι οι ασθενείς με εντόπιση στα βασικά γάγγλια είχαν καθυστέρηση φαρυγγικής φάσης και πρώιμη διαρροή μαζί σημαντικό υπολειμμα. Οι ασθενείς με πολλαπλές εντοπίσεις εμφάνιζαν στοματική δυσπραξία και καθυστέρηση στην άνωση και τη σύγκλειση του λάρυγγα με συνοδό διεισδυση.

**Συμπέρασμα:** Η εντόπιση του ΑΕΕ συσχετίζεται ευθέως με τον τύπο της δυσφαγικής διαταραχής και ως εκ τούτου μπορεί να προσανατολίσει τη λογοπεδική παρέμβαση.

**5 ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΜΕ ΒΑΤΗ ΤΗ ΣΥΣΤΟΙΧΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑ. ΟΜΟΔΡΟΜΗ ΗΜΙΚΛΕΙΣΤΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΣΤΗ ΣΥΣΤΟΙΧΟ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟ ΑΡΤΗΡΙΑ**

Π. Χριστοφόρου, Θ. Κώτσης

*Αγγειοχειρουργική Μονάδα- Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδας: Καθηγητής Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: Θωμάς Κώτσης*

**Εισαγωγή:** Σε περίπου 25% των περιπτώσεων απόφραξης της κοινής καρωτίδος διατηρείται η βατότητα της σύστοιχης έσω καρωτίδος (του δικασμού). Ενώ για την στένωση της έσω καρωτίδος υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία, για την αποφρακτική νόσο της κοινής καρωτίδος με βατή τη σύστοιχο έσω καρωτίδα παρατηρείται σχετική έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών. Σε περιπτώσεις υφολικής απόφραξης με συνοδό στένωση της έσω καρωτίδος επί συμπτωματικών ασθενών φαίνεται δικαιολογημένη η επαναιμάτωσή της, όπως επίσης και σαν ενδιάμεσο στάδιο για την εξασφάλιση παροχής επί παρουσίας υψηλού βαθμού στενώσεων των λοιπών τροφοδοτών του κύκλου του Willis. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας επί τριών ασθενών, με αποφρακτική νόσο της κοινής καρωτίδος, όπου επιτελέσθηκε διατομή της κοινής καρωτίδος κεντρικά, απολίνωση του κεντρικού κολοβώματος, αφαίρεση του αθηρωματικού πυρήνα με δακτυλίους και μετεμφύτευση της στη σύστοιχη υποκλειδίο αρτηρία στις δύο (ΑΡ) από τις τρεις περιπτώσεις ενώ στην τρίτη (ΔΕ)

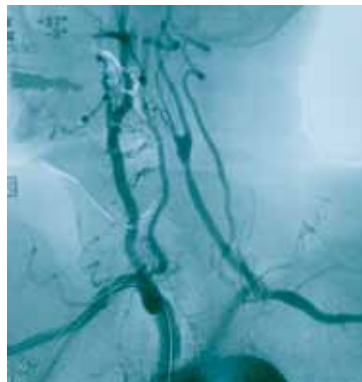
χρησιμοποιήθηκε όλο το στέλεχος της κοινής καρωτίδος με παρεμβολή συνθετικού μοσχεύματος λίγων εκατοστών το οποίο αναστομάθηκε στη σύστοιχη (ΔΕ) υποκλειδίου αρτηρία.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Τρεις ασθενείς (δύο γυναίκες) με αποφρακτική νόσο των κοινών καρωτίδων και βατό τον καρωτιδικό διχασμό αντιμετωπίστηκαν από τον ίδιο χειρουργό. Στις δύο περιπτώσεις συνυπήρχε στένωση της σύστοιχης έσω καρωτίδος ενώ στην τρίτη περίπτωση κατά την οποία η άρδευση του διχασμού γινόταν μέσω της άνω θυρεοειδικής αρτηρίας συνυπήρχε εκσεσημασμένη στένωση της ετερόπλευρης έσω καρωτίδος. Σε μία περίπτωση ο ασθενής ήταν συμπτωματικός, ενώ στις 2 άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσίαζαν συμπτώματα υποάρδευσης. Σε μία περίπτωση η στένωση αφορούσε στο τμήμα ακριβώς μετά την έκφυση και σε δύο περιπτώσεις σε όλο το στέλεχος της κοινής καρωτίδος.

Οι ασθενείς χειρουργήθηκαν υπό γενική ενδοτραχειακή αναισθησία και πλάγια τραχηλική τομή με πλάγια επέκταση για την αποκάλυψη της σύστοιχης υποκλειδίου αρτηρίας. Σε δύο περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε και αναστροφή ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδος και ακολούθησε ημί-κλειστη ενδαρτηρεκτομή του στελέχους της κοινής με μεταλλικούς δακτυλίους, με απομάκρυνση του αθηρωματικού πυρήνα, περιφερική αναστροφή και επιμελή καθαρισμό του τοιχώματος του στελέχους της κοινής καρωτίδος και αναστροφή εκ νέου. Σε δύο περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε απ' ευθείας εμφύτευση της κοινής καρωτίδος στη σύστοιχη υποκλειδίου αρτηρία (ΑΡ) περιφερικά της έκφυσης της σπονδυλικής αρτηρίας. Στην τρίτη περίπτωση απαιτήθηκε η παρεμβολή συνθετικού μοσχεύματος προς την δεξιά υποκλειδίου αρτηρία.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρξαν επιπλοκές περιεχειρητικά. Καταγράφηκε πλήρης βατότητα των αγγείων άμεσα υπερηχογραφικά και πολλά χρόνια μετά από αυτές τις χειρουργικές ανακατασκευές.

**Συμπέρασμα:** Η διατήρηση ροής στην έσω καρωτίδα με ταυτόχρονη απόφραξη της κοινής καρωτίδος αποτελεί μια πρόκληση ιδίως σε περιπτώσεις υψηλού βαθμού στένωσης ή απόφραξη της ετερόπλευρης έσω καρωτίδος. Η συνήθης τακτική είναι η τοποθέτηση αρκετού μήκους καρωτιδοϋποκλειδίας παράκαμψης με συνθετικό μόσχευμα με όλα τα μειονεκτήματα αυτής της τακτικής. Το στέλεχος της κοινής καρωτίδος αριστερά επαρκεί για την μετάθεσή της στην υποκλειδίου αρτηρία (μετά την έκφυση της σπονδυλικής αρτηρίας) χωρίς τη χρήση άλλων μοσχευμάτων. Προϋπόθεση για την επιτυχία της επέμβασης είναι η προεχειρητική εκτίμηση της ποιότητας της υποκλειδίου αρτηρίας και η επιμελής ενδαρτηρεκτομή της κοινής και της έσω καρωτίδος.



## 6 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΓΡΑΜΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΙΑΕΕ). ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΚΑΝΙΑ ΣΤΗ ΛΟΥΝΤ, ΣΟΥΗΔΙΑΣ (SKENES UNIVERSITETSSJUKHUS LUND)

Σ. Μαυρομάτη<sup>1</sup>, Μ. Λεωνίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology Lund & Department of Psychiatry, University Hospital of Scania, Malmo Sweden [sofmavro@gmail.com](mailto:sofmavro@gmail.com), <sup>2</sup>Department of Neurology, University Hospital of Scania, Lund Sweden Gunnar Andberg, Department of Neurology, University Hospital of Scania, Lund Sweden

**Εισαγωγή:** Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως “κλινική συμπτωματολογία με εστιακή ή γενικευμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία, αιφνίδιας έναρξης, με διάρκεια μεγαλύτερη των 24 ωρών ή που οδηγεί στον θάνατο, χωρίς άλλη εμφανή αιτιολογία πέραν της αγγειακής προέλευσης”. Ως ισχαιμικό ΑΕΕ ορίζεται η διακοπή αιματικής ροής

στο παρέγχυμα του εγκεφάλου ως επακόλουθο απόφραξης εγκεφαλικού αγγείου. Σήμερα υπάρχει δυνατότητα αντιμετώπισης του ΙΑΕΕ κατά την οξεία φάση, με τη χρήση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης ή/και ενδαγγειακής θρομβεκτομής.

**Σκοπός:** Παρουσίαση του αλγορίθμου διάγνωσης και αντιμετώπισης ΙΑΕΕ με θρομβόλυση ή/και θρομβεκτομή καθώς και του ρόλου των διαφόρων ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων στην εφαρμογή του αλγορίθμου.

**Μέθοδοι:** Παρατίθεται ο αλγόριθμος θεραπευτικής προσέγγισης και αντιμετώπισης ΙΑΕΕ σε οξεία φάση βάσει του θεραπευτικού πρωτοκόλλου “Σώστε τον εγκέφαλο” καθώς επίσης και στοιχεία ίδιας εργασιακής εμπειρίας με τον εν λόγω αλγόριθμο.

**Αποτελέσματα:** Παρουσιάζονται στοιχεία της αποτελεσματικότητας του αλγορίθμου με έμφαση στον αριθμό ΙΑΕΕ που αντιμετωπίστηκαν με θρομβόλυση ή/και θρομβεκτομή και στο χρόνο διεκπεραίωσης των περιστατικών από την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο μέχρι την έναρξη θεραπευτικής διαδικασίας (door to needle). Κατά το 2018 χορηγήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση στο 16% όλων των περιστατικών ΙΑΕΕ, ενώ το 26% των περιστατικών αντιμετωπίστηκαν συνδυαστικά με θρομβόλυση και θρομβεκτομή. Ένα 3,7% όλων των ΙΑΕΕ αντιμετωπίστηκαν μόνο με θρομβεκτομή. Ο μέσος όρος του χρόνου door to needle βρίσκεται στα 50' για το 2018. Ο αντίστοιχος χρόνος κατά το 2010 ήταν 77'.

**Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη του αλγορίθμου οδηγεί σε ταχύτερη διεκπεραίωση περιστατικών με μεγαλύτερη πιθανότητα θετικής κλινικής έκβασης για τον ασθενή. Η γνώση και διεκπεραίωση του αλγορίθμου από τα εμπλεκόμενα μέλη, δομεί καλύτερες εργασιακές σχέσεις και διευκολύνει την ομαλή συνεργασία μεταξύ του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

### 7 ΔΙΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΕΕ ΣΕ ΠΕΝΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο. Κωνσταντακοπούλου<sup>1</sup>, Π. Γαλάνης<sup>1</sup>, Η. Καραγκούνη<sup>1</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>2</sup>, Σ. Παπαστεφανάτος<sup>1</sup>, Δ. Καϊτελίδου<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>3</sup>, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>, Γ. Παπαστεφανάτος<sup>5</sup>, Π. Σουρτζή<sup>6</sup>, Ο. Σίσκου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>ΓΝΑ Αλεξάνδρα-Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας-Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, <sup>5</sup>Ινστιτούτο Πληροφοριακών Συστημάτων ΑΘΗΝΑ, <sup>6</sup>Τομέας Δημόσιας Υγείας-Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η έλλειψη ενός γενικά αποδεκτού πλαισίου κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης των ασθενών με ΑΕΕ, στη χώρα μας, οδηγεί σε προβλήματα παροχής συστηματικής και ελεγχόμενης ποιοτικά φροντίδας βάσει κλινικών πρακτικών που στηρίζονται σε ενδείξεις. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των εμπειριών των ασθενών με ΑΕΕ, ως ένα εργαλείο για τον ανασχεδιασμό και τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των εμπειριών νοσηλευθέντων ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενο ΑΕΕ (αιμορραγικό ή ισχαιμικό) σε πέντε Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 56 ασθενών οι οποίοι δέχθηκαν τηλεφωνική κλήση, από ερευνητές μη εργαζόμενους στο νοσοκομείο όπου νοσηλεύτηκαν, περίπου έναν μήνα μετά το ξηπτήριο. Το ερωτηματολόγιο (N=35 ερωτήσεις) προέκυψε μετά από την αντίστροφη μετάφραση και τη διαπολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου NHS-Stroke Questionnaire για την εκτίμηση των εμπειριών των ασθενών με ΑΕΕ στην ελληνική γλώσσα κατά την είσοδο, την παραμονή και μετά την έξοδό τους από τη μονάδα νοσηλείας.

**Αποτελέσματα:** Το 91,1% των ασθενών ανέφεραν ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού τους έγινε έγκαιρα και το 80,4% ότι η εισαγωγή στο νοσοκομείο έγινε τόσο έγκαιρα όσο έπρεπε. Το 94,6% και το 87,5% είχαν εμπιστοσύνη στους θεράποντες γιατρούς τους και το νοσηλευτικό προσωπικό, αντίστοιχα, ενώ το 1/3 των ασθενών ανέφεραν ότι μόλις κάποιες φορές το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν επαρκές αριθμητικά. Το 48,1% ανέφεραν ότι δεν ενημερώθηκαν για ενδεχόμενες παρενέργειες των φαρμάκων που τους συστάθηκε να λαμβάνουν στο σπίτι και θα έπρεπε να

παρακολουθούν και περίπου 27% δήλωσε ότι δεν έλαβε βοήθεια από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου σχετικά με κάποια επιδόματα/βοηθήματα παρότι τα χρειαζόταν. Περισσότερο από το 73% των ασθενών αξιολόγησαν συνολικά τη φροντίδα που έλαβαν ως εξαιρετική/πολύ καλή. **Συμπεράσματα:** Η αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών με ΑΕΕ με τη χρήση εργαλείου που ανταποκρίνεται στην Ελληνική πραγματικότητα παρέχει σημαντική πληροφόρηση για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών με ΑΕΕ στη χώρα.

**Χρηματοδότηση:** Το έργο χρηματοδοτείται από το Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας και Καινοτομίας (ΕΛΙ-ΔΕΚ) και από τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας (ΓΓΕΤ), με αρ. Σύμβασης Έργου [538].

## 8 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ

Θ. Κώτσος, Π. Χριστοφόρου, Κ. Νάστος

*Αγγειοχειρουργική Μονάδα- Β' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδας: Καθηγητής Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: Θωμάς Κώτσος*

**Σκοπός:** Η ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδος συσχετίζεται με την παρουσία μετεγχειρητικής υπέρτασης σε σύγκριση με την κλασική ενδαρτηρεκτομή, λόγω απώλειας της λειτουργικότητας του σύστοιχου τασεουποδοχέα. Έχει ενοχοποιηθεί η χειρουργική απονεύρωση και διακοπή της συνέχειας του νεύρου του Hering με την ΙΧ συζυγία. Έχει επίσης τεκμηριωθεί η παρουσία σημαντικού τμήματος του αισθητήρα στον έξω χιτώνα της έσω πλευράς της έσω καρωτίδος. Η μέθοδος ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής κατά Chevalier προτάθηκε ως παραλλαγή για την αποφυγή της μετεγχειρητικής υπέρτασης. Συνοδεύεται όμως από βασικά μειονεκτήματα. Παρουσιάζουμε τα πρόδρομα αποτελέσματα της εφαρμογής μίας εναλλακτικής τροποποιημένης ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 18 μηνών στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, 63 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδος, από τον ίδιο χειρουργό, για την αντιμετώπιση της εξωκράνιας αγγειακής νόσου. Ουδείς παρουσίασε περιεγχειρητικά νευρολογικά ή άλλα προβλήματα. Στην προοπτικού τύπου μελέτη μελετήθηκαν 57 ασθενείς, οποίοι υπό ΓΕΑ υπεβλήθησαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή. Είκοσι οκτώ ασθενείς χειρουργήθηκαν με την κλασική ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή (ομάδα Α). Είκοσι εννέα ασθενείς χειρουργήθηκαν με την τροποποιημένη ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή (ομάδα Β).

Variable	Receptors	Mean	Std. Deviation	p
Age	Yes	69.45	8.343	0.691
	No	70.25	6.681	
Height	Yes	168.72	7.526	0.966
	No	168.64	6.573	
Weight	Yes	76.21	12.347	0.588
	No	77.82	9.840	
BMI	Yes	26.546	3.872	0.367
	No	27.486	3.9278	
Median Systolic Pressure	Yes	140.258	10.816	0.014
	No	148.60	13.970	
Median Diastolic Pressure	Yes	67.051	11.037	0.183
	No	71.017	11.190	

Variable	Receptors	Mean	Std. Deviation	p
Maximum Systolic Pressure	Yes	160.862	12.838	0.023
	No	172.678	24.590	
Minimum Systolic Pressure	Yes	121.965	12.935	0.218
	No	126.392	13.876	
Maximum Diastolic Pressure	Yes	75.931	12.875	0.521
	No	77.964	10.768	
Minimum Diastolic Pressure	Yes	58.069	9.063	0.009
	No	65.428	11.393	

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή της έσω καρωτίδος σύμφωνα με την πρώτη τεχνική, παρουσίασαν υψηλότερες τιμές της αρτηριακής πίεσης μετεγχειρητικά ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή δεν εμφάνισαν υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (172,67+24,59 έναντι 160,86+12,83, p=0,023 για τις ομάδες A και B αντίστοιχα). Μέσος όρος νοσηλείας των ασθενών 2,5 ημέρες.

**Συμπεράσματα:** Τα πρόδρομα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και είναι ενδεικτικά για την σημαντικότητα της μεθόδου μας της τροποποιημένης ανάστροφης ενδαρτηρεκτομής της έσω καρωτίδος ως μέθοδος διαφύλαξης του καρωτιδικού αισθητήρα, όπως αυτό διαφαίνεται από τις μειωμένες τιμές της μετεγχειρητικής αρτηριακής πίεσης των ασθενών της ομάδας B.

## 9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΕΕ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 28 ΗΜΕΡΕΣ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Ε. Καρανταλή<sup>1,2</sup>, Ε. Τσαμπαλάς<sup>3</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Μ. Καζάκου<sup>3</sup>, Σ. Αγγέλογλου<sup>3</sup>, Π. Καραχάλια<sup>3</sup>, Α. Καραγιάννη<sup>3</sup>, Ε. Καρακατσάνη<sup>3</sup>, Κ. Αραβαντινού-Φατώρου<sup>3</sup>, Κ. Τυροβολάς<sup>3</sup>, Δ. Λάμπρου, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γ' Νευρολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Παθολογική κλινική, Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

**Εισαγωγή:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως. Βάσει των διαθέσιμων επιδημιολογικών μελετών που εξετάζουν τις τάσεις του ΑΕΕ σε σχέση με το φύλο διαφαίνεται ότι η επίπτωση του ΑΕΕ είναι μεγαλύτερη στο άρρεν φύλο, ενώ οι γυναίκες υποφέρουν από αγγειακά εγκεφαλικά μεγαλύτερης βαρύτητας.

**Σκοπός:** Να μελετήσουμε τις διαφορές της πρόγνωσης στις 28 ημέρες μετά το ΑΕΕ μεταξύ των δύο φύλων στο Νομό Αρκαδίας σε βάθος 22 ετών.

**Υλικά - Μέθοδοι:** Κατά τα έτη 1993-1995, 2004 και 2015-2016 πραγματοποιήθηκαν τρεις πληθυσμιακές καταγραφές των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στο Νομό Αρκαδίας. Τα περιστατικά συλλέχθηκαν προοπτικά τόσο από το Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, όσο και από τα Κέντρα Υγείας, τους ιδιώτες ιατρούς και τα ληξιαρχεία του νομού.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 713 άνδρες και 602 γυναίκες εμφάνισαν το πρώτο οξύ αγγειακό εγκεφαλικό κατά την διάρκεια των 22 ετών της καταγραφής. Στο άρρεν φύλο παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική μείωση της θνητότητας στις 28 ημέρες μετά το πρώτο ΑΕΕ (1η καταγραφή: 26,2% [95%CI:20.8%-32.6%], 3η καταγραφή: 17,2% [95%CI:12.6%-23.1%], p=0.011). Αντιθέτως, στο θήλυ φύλο, η θνητότητα στις 28 ημέρες μετά το ΑΕΕ παρέμεινε αμετάβλητη καθ' όλη τη διάρκεια της καταγραφής (1η καταγραφή: 26,8% [95%CI: 20.7%-34%], 3η καταγραφή: 27,6% [95%CI: 21.2%-35.2%]). Στη μεταξύ τους σύγκριση, οι άνδρες έχουν κατά 11% μικρότερη θνητότητα στις πρώτες 28 ημέρες μετά το πρώτο ΑΕΕ σε σχέση με τις γυναίκες (p=0,29). Σχετικά



με τους παράγοντες κινδύνου, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην επίδρασή τους στην θνητότητα στις 28 ημέρες μεταξύ των δύο φύλων.

**Συμπεράσματα:** Οι τάσεις επίπτωσης του πρώτου ΑΕΕ είναι μεγαλύτερη στο άρρεν φύλο, ενώ στο θήλυ φύλο αναδείχθηκε μια τάση προσβολής από ΑΕΕ μεγαλύτερης βαρύτητας που οδηγούν σε θάνατο εντός των 28 ημερών μετά το σύμβαμα.

## 10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΧΗΜΑΤΟΣ U ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ 24-ΩΡΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

N. Κακαλέτσης<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Α. Χύτας<sup>4</sup>, Ι.Α. Παναγοπούλου<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>3</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η σχέση των επιπέδων της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) και της μεταβλητότητας της (ΑΠΜ) μετά το οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) με την έκβαση παραμένει αμφιλεγόμενη. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης των τιμών της ΑΠ και της ΑΠΜ, από την 24-ωρη καταγραφή στην οξεία φάση, με την μεσοπρόθεσμη έκβαση στους 3 μήνες (πολυκεντρική μελέτη PREWISE, NCT01915862).

**Υλικό και μέθοδος:** Συνολικά 228 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ υποβλήθηκαν σε 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ ανά 20 λεπτά με τη συσκευή TM2430 (A&D Company Ltd) κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00-22:59) και της νύκτας (23:00-6:59). Καταγράφηκαν οι τιμές της ΑΠ, της καρδιακής συχνότητας και υπολογίστηκαν διάφοροι δείκτες ΑΠΜ (εύρος, τυπική απόκλιση-SD, συντελεστής μεταβλητότητας-CV, διαδοχική διακύμανση-SV, δειγματική εντροπία-SampEn). Πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική γραμμική (linear) και τετραγωνική (quadratic) ανάλυση λαμβάνοντας ως εξαρτημένη συνεχή μεταβλητή την έκβαση (modified Rankin Scale, mRS) στους 3 μήνες και ως ανεξάρτητη κάθε έναν παράγοντα από την 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ.

**Αποτελέσματα:** Από την τετραγωνική (Quadratic) ανάλυση προέκυψε ότι σε αντίθεση με τις μέσες τιμές της ΔΑΠ, τη νυκτερινή πτώση της ΣΑΠ, ΔΑΠ, μέσης ΑΠ και των σφύξεων που σχετίζονται με την έκβαση με γραμμικό τρόπο, οι τιμές της ΣΑΠ και της μεταβλητότητας της ΣΑΠ και της ΔΑΠ (όπως εκφράζονται με την 24-ωρη τυπική απόκλιση και τον συντελεστή μεταβλητότητας) σχετίζονται με τρόπο που εκφράζεται από δευτεροβάθμια εξίσωση (μη-γραμμική) και η καμπύλη τους σε σχέση με την έκβαση έχει σχήμα U.

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μελέτη για πρώτη φορά περιγράφονται αποτελέσματα που δείχνουν ότι η μεταβλητότητα της ΣΑΠ και της ΔΑΠ στην οξεία φάση του ΑΕΕ σχετίζονται με μη-γραμμικό τρόπο και η καμπύλη τους σε σχέση με την έκβαση έχει σχήμα U. Η συσχέτιση σχήματος U σημαίνει ότι, τόσο οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ που εμφανίζουν υψηλότερη ΑΠΜ, όσο και οι ασθενείς με χαμηλότερη ΑΠΜ έχουν χειρότερη έκβαση. Πιθανόν η παρατήρηση αυτή να είναι και η αιτία της αμφιλεγόμενης μέχρι στιγμής σχέσης της ΑΠΜ μετά το οξύ ΑΕΕ με την έκβαση σε προηγούμενες μελέτες.

**11 ΑΝΤΙΑΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ Η ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Δ. Σαγγής<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>2</sup>, Ι. Λεβέντης<sup>1</sup>, Κ. Πατέρας<sup>3</sup>, L.A. Pearce<sup>4</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>5,6</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>5</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>7</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>2</sup>School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, UK, <sup>3</sup>Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands, <sup>4</sup>Biostatistics Consultant, Minot, North Dakota, United States of America, <sup>5</sup>Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, <sup>6</sup>Imperial College London, London, United Kingdom, <sup>7</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**Εισαγωγή:** Η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή αποτελεί τη βάση της δευτερογενούς πρόληψης σε ασθενείς με προηγούμενο παροδικό ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και αθηροσκλήρωση μεγάλων αγγείων. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντικό ποσοστό υποτροπιών. Στο παρελθόν έχει χρησιμοποιηθεί η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή σε αυτόν τον πληθυσμό με αποθαρρυντικά αποτελέσματα, κυρίως λόγω των υψηλών ποσοστών μείζονων αιμορραγιών. Δεδομένα από νέες μελέτες δημοσιεύθηκαν πρόσφατα.

**Σκοπός:** Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαίοποιημένων κλινικών μελετών πραγματοποιήθηκε με στόχο τη σύγκριση των από του στόματος αντιπηκτικών με την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε ασθενείς με ισχαιμικό ή παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο και αθηροσκλήρωση αορτικού τόξου, καρωτίδων ή ενδοκράνιων αγγείων.

**Μέθοδοι:** Αναζητήσαμε στη βιβλιογραφία τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες δημοσιευμένες μέχρι τις 28/08/2019, στις οποίες συγκρίθηκε η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή με την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, σε ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό ή παροδικό επεισόδιο, οφειλόμενο πιθανά σε αθηροσκλήρωση αορτικού τόξου, καρωτίδων ή ενδοκράνιων αγγείων με τους όρους: "anticoagulant or anticoagulation" και "antiplatelet or aspirin" και "randomized controlled trial or RCT" και "stroke or cerebral ischemia" και "aortic or carotid or intracranial or atherosclerosis or stenosis or arterial".

**Αποτελέσματα:** Από τα 1.117 άρθρα που προέκυψαν από την αρχική αναζήτηση, συμπεριελήφθησαν 10 τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες (6068 ασθενείς). Υποτροπή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου παρατηρήθηκε σε 185 ασθενείς υπο αντιπηκτική αγωγή και σε 207 ασθενείς υπο αντιαιμοπεταλιακή (RR:0.91, 95%CI:0.70-1.18 SJ estimator). Μείζον ισχαιμικό επεισόδιο ή θάνατος παρατηρήθηκε σε 290 ασθενείς υπο αντιπηκτική αγωγή και 285 ασθενείς υπο αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (RR: 1.03, 95%CI:0.79-1.35 for the SJ estimator). Μείζονες αιμορραγίες παρατηρήθηκαν σε 166 ασθενείς υπο αντιπηκτική αγωγή και 47 ασθενείς υπο αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (RR: 3.21, 95%CI: 1.96 - 5.24, for the SJ estimator).

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, η από του στόματος αντιπηκτική αγωγή δεν αναδείχθηκε ανώτερη της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής στη δευτερογενή πρόληψη ισχαιμικού ή παροδικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση μεγάλων αγγείων, ενώ η χρήση της συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο μείζονων αιμορραγιών. Μέχρι στιγμής η αντιπηκτική αγωγή, ως μονοθεραπεία, δεν έχει θέση στη δευτερογενή πρόληψη των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων επι εδάφους αθηροσκλήρωσης μεγάλων αγγείων.



## 12 ΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΕΕ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ

Ε. Καρανταλή<sup>1,2</sup>, Ε. Τσαμπαλάς<sup>3</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Π. Καραχάλιας<sup>3</sup>, Μ. Καζάκου<sup>3</sup>, Σ. Αγγέλογλου<sup>3</sup>, Α. Καραγιάννη<sup>3</sup>, Ε. Καρακατσάνη<sup>3</sup>, Κ. Αραβαντινού-Φατώρου<sup>3</sup>, Κ. Γιαννικοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Λάμπρου, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γ' Νευρολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», <sup>2</sup>Παθολογική κλινική, Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

**Εισαγωγή:** Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως. Βάσει των διαθέσιμων επιδημιολογικών μελετών που εξετάζουν τις τάσεις του ΑΕΕ σε σχέση με το φύλο διαφαίνεται ότι η επίπτωση του ΑΕΕ είναι μεγαλύτερη στο άρρεν φύλο, ενώ οι γυναίκες υποφέρουν από αγγειακά εγκεφαλικά μεγαλύτερης βαρύτητας.

**Σκοπός:** Να μελετήσουμε τις διαφορές της επίπτωσης του ΑΕΕ και των παραγόντων κινδύνου του μεταξύ των δύο φύλων στο Νομό Αρκαδίας σε βάθος 22 ετών.

**Υλικά - Μέθοδοι:** Κατά τα έτη 1993-1995, 2004 και 2015-2016 πραγματοποιήθηκαν τρεις πληθυσμιακές καταγραφές των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στο Νομό Αρκαδίας. Τα περιστατικά συλλέχθηκαν προοπτικά τόσο από το Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, όσο και από τα Κέντρα Υγείας, τους ιδιώτες ιατρούς και τα ληξιαρχεία του νομού.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 713 άνδρες και 602 γυναίκες εμφάνισαν το πρώτο οξύ αγγειακό εγκεφαλικό κατά την διάρκεια των 22 ετών της καταγραφής. Στο άρρεν φύλο, η επίπτωση προσαρμοσμένη στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό παρέμεινε σχετικά αμετάβλητη (1η καταγραφή: 230 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμό [95%CI:196-268], 3η καταγραφή: 213/100.000 [95%CI:180-249]). Αντιθέτως, στο θήλυ φύλο παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική μείωση της επίπτωσης του ΑΕΕ (1η καταγραφή: 173/100.000 [95%CI:144-207], 3η καταγραφή: 130/100.000 [95%CI:104-159],  $p=0.037$ ). Η μείωση αυτή αφορούσε κυρίως την ηλικιακή ομάδα 65-84 ετών. Στη μεταξύ τους σύγκριση, οι άνδρες έχουν κατά 29% μεγαλύτερη επίπτωση πρώτου ΑΕΕ σε σχέση με τις γυναίκες ( $p<0.01$ ). Σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου του ΑΕΕ, τα δύο φύλα εμφανίζουν συγκρίσιμο επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη, της υπερχοληστερόλαιας και της υπέρτασης. Η κολπική μαρμαρυγή ως παράγοντας κινδύνου ήταν συχνότερη στο θήλυ φύλο κατά 23% ( $p=0,08$ ). Ο επιπολασμός του καπνίσματος και της στεφανιαίας νόσου ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στο άρρεν φύλο ( $p<0.01$ ).

**Συμπεράσματα:** Η επίπτωση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου παραμένει αμετάβλητη αυξημένη στο άρρεν φύλο, ενώ ο επιπολασμός της πλειονότητας των παραγόντων κινδύνου δεν εμφανίζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων με εξαίρεση το κάπνισμα και την στεφανιαία νόσο.

## 13 Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΛΟΝΑΖΕΠΑΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΖΑΛΗΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΙΚΡΟΙΣΧΑΙΜΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Λ. Πρέζας<sup>1</sup>, Δ. Μαντέλλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργός ΩΡΛ, Όμιλος «Υγεία», <sup>2</sup>Νευρολόγος, όμιλος «Υγεία»

**Εισαγωγή:** Η ζάλη και ο ίλιγγος είναι συμπτώματα που σχετίζονται συχνότερα με περιφερικά αιθουσαία σύνδρομα ή ψυχογενείς διαταραχές, ενώ τα κεντρικά αιθουσαία σύνδρομα ευθύνονται για το 20% μόνο της συμπτωματολογίας, με τουλάχιστον το 9% να αποδίδεται στην αιθουσαία ημικρανία. Οι ασθενείς με μικροισχαιμική νόσο στην περιοχή της παρεγκεφαλίδας και των κεντρικών αιθουσαίων πυρήνων εμφανίζουν ζάλη που συχνά καταστρέφει την ποιότητα της ζωής τους. Η κλοναζεπάμη είναι μια ουσία με φαρμακολογικό προφίλ ίδιο με τις βενζοδιαζεπίνες. Η ουσία αυτή έχει κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ίλιγγου και εμβοών εν γένει.

**Σκοπός της μελέτης:** Να αξιολογηθεί η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της κλοναζεπάμης στην αντιμετώπιση της ζάλης που σχετίζεται με μικροισχαιμική νόσο.

**Ασθενείς και μέθοδος:** Από τον 1/2013 μέχρι τον 6/2019 89 ασθενείς, 53 άνδρες και 36 γυναίκες) με ηλικία 64 ως 90 έτη (μέση ηλικία 81,3 έτη) προσήλθαν με ζάλη για αντιμετώπιση. Οι ασθενείς εμφάνιζαν στην μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου μικροισχαιμική νόσο στην περιοχή των κεντρικών αισθησίων πυρήνων και της παρεγκεφαλίδας, ενώ αποκλείστηκε κάθε άλλη αιτία ζάλης. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν με τη χορήγηση κλοναζεπάμης από τουν στόματος 1mg ημερησίως διαιρεμένο σε δύο δόσεις.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 3 μήνες συνεχούς χορήγησης οι ασθενείς αξιολογήθηκαν ως προς τη συμπτωματολογία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Ογδοντα τρεις ασθενείς λάμβαναν τη θεραπεία στο τέλος του τριμήνου. Έξι ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία λόγω υπνηλίας. Από τους 83 ασθενείς 78 (87, 6%) εμφάνισαν μείωση ή εξάλειψη της ζάλης τους. Οι υπόλοιποι ασθενείς δεν είχαν καμία βελτίωση. Από τους 83 ασθενείς οι 34 εμφάνισαν ήπια υπνηλία που όμως δεν επηρέασε την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης, 41 ασθενείς εμφάνισαν ξηροστομία. Άλλες σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες δεν αναφέρθηκαν.

**Συμπέρασμα:** Η κλοναζεπάμη αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική ουσία στη θεραπεία του ζάλης κεντρικής αιτιολογίας.

#### 14 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (ESUS) ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΤΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ

Ι. Λεβέντης<sup>1</sup>, Δ. Σαγρής<sup>1</sup>, D. Strambo<sup>2</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>2</sup>, S. Nannoni<sup>2</sup>, E. Κορομπόκη<sup>3,4</sup>, E. Μανιός<sup>3</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1,4</sup>, Κ. Βέμμος<sup>4</sup>, P. Michel<sup>2</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>2</sup>Stroke Center and Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, <sup>4</sup>Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών

**Θεωρητικό υπόβαθρο και στόχοι:** Το ανοικτό ωοειδές τρήμα (PFO) και η κολπική μυοκαρδιοπάθεια αποτελούν ανεξάρτητους αιτιολογικούς παράγοντες για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ESUS). Υποθέσαμε ότι η συχνότητα ανεύρεσης κολπικής μυοκαρδιοπάθειας θα είναι χαμηλότερη σε ασθενείς με πιθανότατα αιτιολογικά σχετιζόμενο με το ΑΕΕ ανοικτό ωοειδές τρήμα.

**Μέθοδοι:** Η ανάλυση συμπεριέλαβε ασθενείς της μελέτης AF-ESUS. Η παρουσία ή μη ανοικτού ωοειδούς τρήματος τεκμηριώθηκε με διαθωρακικό υπερηχογράφημα και δοκιμασία φυσαλίδας ή διοισοφάγειο υπερηχογράφημα. Ο ορισμός της κολπικής μυοκαρδιοπάθειας συμπεριέλαβε: i) αυξημένη διάμετρο ή όγκο αριστερού κόλπου, προσαρμοσμένα στην επιφάνεια σώματος ή παράταση του διαστήματος PR ή παρουσία υπερκοιλιακών συστολών στο ΗΚΓ. Με βάση το RoPE (Risk for Paradoxical Embolism) score, το ανοικτό ωοειδές τρήμα χαρακτηρίστηκε ως πιθανότατα μη αιτιολογικά σχετιζόμενο ("likely incidental") (0-6) ή αιτιολογικά σχετιζόμενο ("likely pathogenic") (7-10) με το ΑΕΕ.

**Results:** Σε σύνολο 235 ασθενών (41.7% γυναίκες), 42(17.9%) παρουσίαζαν "likely incidental PFO", 41(17.4%) "likely pathogenic PFO", ενώ κολπική μυοκαρδιοπάθεια σημειώθηκε σε 118 ασθενείς(50.2%). Το ποσοστό κολπικής μυοκαρδιοπάθειας ήταν χαμηλότερο στους ασθενείς με αιτιολογικά σχετιζόμενο PFO (12.2%) συγκριτικά με εκείνους χωρίς πιθανότατα αιτιολογική συσχέτιση (52.4%) ή χωρίς PFO (59.9%) (p<0.001). Η πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης ανέδειξε χαμηλότερη πιθανότητα κολπικής μυοκαρδιοπάθειας σε ασθενείς με "likely pathogenic PFO" συγκριτικά με εκείνους με "likely incidental PFO" ή χωρίς PFO (adjusted OR=0.162, 95%CI 0.056-0.470, p=0.001).

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία πιθανότατα αιτιολογικά σχετιζόμενου, με βάση το RoPE score, ανοικτού ωοειδούς τρήματος στα εμβολικά ΑΕΕ αδιευκρίνιστης αιτιολογίας σχετίζεται με χαμηλότερη πιθανότητα κολπικής μυοκαρδιοπάθειας, ενισχύοντας έτσι την κλινική σημασία του RoPE score.

## 15 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ – ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΜΑΦ) ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Ε. Ζτριβα<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Τζιόμαλος<sup>1</sup>, Γ. Καϊάφα<sup>1</sup>, Α. Σοφογιάννη<sup>1</sup>, Α. Παπαγιάννης<sup>1</sup>, Γ. Πολυχρονόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Μυλωνάς<sup>1</sup>, Θ. Τέγος<sup>2</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Α' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Στην πλειοψηφία των ασθενών με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ) παρατηρούνται υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Στους υποψήφιους για θρομβόλυση ασθενείς η αποτελεσματικότητα της φαίνεται να περιορίζεται από την υψηλή ΑΠ και οι κατευθυντήριες οδηγίες όλων των εμπλεκόμενων Διεθνών Επιστημονικών Εταιριών ορίζουν ως στόχο ΣΑΠ 185mmHg αι ΔΑΠ 120mmHg πριν τη χορήγηση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη του βέλτιστου θεραπευτικού στόχου ΑΠ στους ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ που έχουν λάβει ενδοφλέβια θρομβόλυση με στόχο τη μείωση του κινδύνου ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και τη βελτίωση της βραχύχρονης και μακρόχρονης πρόγνωσης.

**Υλικά – Μέθοδοι:** Στη ΜΑΦ Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ νοσηλεύτηκαν το διάστημα 2012-2019 51 ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ που υπεβλήθησαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση. Οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους ετέθησαν σε 24ωρη παρακολούθηση (monitoring) της ΑΠ και του καρδιακού ρυθμού. Η έκβαση των ασθενών εκτιμήθηκε με την κλίμακα mRankin κατά την έξοδο των ασθενών από το Νοσοκομείο.

**Αποτελέσματα:** 51 ασθενείς υπεβλήθησαν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση με μέσο χρόνο παρέμβασης τα 78min από την άφιξη στο Νοσοκομείο – 3 ώρες από την εγκατάσταση της νευρολογικής σημειολογίας. 37 ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση με mRankin εξόδου 0-3, 11 ασθενείς δεν παρουσίασαν κλινική βελτίωση με mRankin εξόδου 4-5 και 3 ασθενείς απεβίωσαν. 5 ήταν οι ασθενείς που παρουσίασαν αιμορραγική μετατροπή κατά τη χορήγηση ενδοφλέβιας αλτεπλάσης ή εντός των επόμενων 48 ωρών. Η εμφάνιση αιμορραγίας φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερες τιμές ΑΠ αν και στο σύνολο των ασθενών είχε επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος με μέση τιμή ΣΑΠ/ΔΑΠ 145/98mmHg.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα της ΑΠ στους ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ που υπεβλήθησαν σε θρομβόλυση αποδεικνύουν μικρότερη επίπτωση ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας, σύμφωνα και με τα αποτελέσματα ανάλογων μελετών. Ωστόσο θεραπευτικοί στόχοι αυστηρότερων τιμών ΑΠ δε σχετίζονται με βελτίωση στη συνολική έκβαση. Νεότερες μελέτες που θα περιλαμβάνουν απεικονιστικές μεταβλητές στο θεραπευτικό αλγόριθμο της ΑΠ ενδεχομένως θα βοηθήσουν στην κλινική πράξη σε ασθενείς με οξύ ΙΑΕΕ που θα υποβληθούν σε ενδοφλέβια θρομβόλυση.

## 16 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ 24-ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΤΟ ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ

Ν. Κακαλέτσος<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Α. Χύτας<sup>4</sup>, Ι.Α. Παναγοπούλου<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>3</sup>, Α.Ι. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Η σχέση των επιπέδων της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) και της μεταβλητότητας της (ΑΠΜ) μετά το οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό

επεισόδιο (ΑΕΕ) με την έκβαση παραμένει αμφιλεγόμενη. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας των τιμών της ΑΠ και της ΑΠΜ, από την 24-ωρη καταγραφή στην οξεία φάση, στη μεσοπρόθεσμη έκβαση στους 3 μήνες (πολυκεντρική μελέτη PREWISE, NCT01915862).

**Υλικό και μέθοδος:** Συνολικά 228 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ υποβλήθηκαν σε 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ ανά 20 λεπτά με τη συσκευή TM2430 (A&D Company Ltd) κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00-22:59) και της νύκτας (23:00-6:59). Καταγράφηκαν τα κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών και οι τιμές της ΑΠ και υπολογίστηκαν διάφοροι δείκτες ΑΠΜ και μελετήθηκε η προγνωστική τους αξία με την έκβαση (modified Rankin Scale, mRS) στους 3 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Από τους 228 ασθενείς, οι 61 (26,7%) απεβίωσαν στο πρώτο τρίμηνο. Μόνο η μέση τιμή της νυκτερινής ΔΑΠ (HR:1,04, p=0,013) αποτελούσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της έκβασης του θανάτου.

Από τους 175 ασθενείς χωρίς προηγούμενη αναπηρία (πριν το ΑΕΕ mRS<3), οι 79 (45,1%) εμφάνισαν το καταληκτικό σημείο της αναπηρίας/θανάτου (mRS>2). Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες δυσμενούς λειτουργικής έκβασης βρέθηκαν: η μέση τιμή της συνολικής (HR:1,03, p=0,007), ημερήσιας (HR:1,02, p=0,023) και νυκτερινής ΣΑΠ (HR:1,03, p=0,002), η διαφορά της μέσης τιμής ημερήσιας-νυκτερινής ΣΑΠ (HR: 0,96, p=0,048), η νυκτερινή πτώση της ΣΑΠ (HR:0,94, p=0,032), η μέση τιμή της συνολικής (HR:1,08, p<0,001), ημερήσιας (HR:1,08, p=0,001) και νυκτερινής ΔΑΠ (HR:1,06, p=0,001), η ελάχιστη τιμή της ΔΑΠ (HR:1,04, p=0,048), όπως επίσης και η μέση τιμή του αριθμού των σφύξεων.

**Συμπεράσματα:** Στο σύνολο των ασθενών με οξύ ΑΕΕ, ανεξαρτήτως προηγούμενης αναπηρίας, τα επίπεδα κυρίως της ΔΑΠ και η μικρότερη πτώση (απουσία dipping) της ΔΑΠ κατά την διάρκεια της νύκτας στην οξεία φάση σχετίζονται με την δυσμενή έκβαση του θανάτου στο πρώτο τρίμηνο, ενώ στους ασθενείς χωρίς προηγούμενη αναπηρία (mRS<3) πριν το ΑΕΕ, τα επίπεδα τόσο της ΣΑΠ, όσο της ΔΑΠ και η χαμηλότερη πτώση μόνο της ΣΑΠ κατά την διάρκεια της νύκτας κατά την οξεία φάση σχετίζονται με την δυσμενή λειτουργική έκβαση στο πρώτο τρίμηνο. Αντίστοιχη σχέση με τους υπόλοιπους δείκτες ΑΠΜ δεν παρατηρήθηκε.

## 17 ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΕΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ Η ΠΑΡΟΔΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Δ. Σαγγής<sup>1</sup>, Γ. Γεωργιόπουλος<sup>2,3</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, Κ. Πατέρας<sup>4</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>3</sup>, Κ. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>3</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>5</sup>, Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>2</sup>School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, UK, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα, <sup>4</sup>Department of Biostatistics and Research Support, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands, <sup>5</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**Εισαγωγή:** Το ανοικτό ωοειδές τρήμα αποτελεί μία πιθανή αιτία κρυπτογενούς ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και πρόσφατες κλινικές μελέτες επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα της σύγκλισης του σε ασθενείς <60 ετών. Παρόλα αυτά δεν έχει αποσαφηνιστεί ποια είναι η βέλτιστη αντιθρομβωτική αγωγή για τους ασθενείς οι οποίοι δεν είναι υποψήφιοι για σύγκλιση του ανοικτού ωοειδούς τρήματος. Νεότερα δεδομένα από τυχαίοποιημένες μελέτες έγιναν προσφάτως διαθέσιμα.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της αντιπηκτικής έναντι της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής σε ασθενείς με κρυπτογενές αγγειακό ή παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ανοικτό ωοειδές τρήμα, οι οποίοι δεν υπεβλήθησαν σε σύγκλιση αυτού.

**Μέθοδοι:** Αναζητήσαμε στο PubMed κλινικές μελέτες έως τις 24/05/2019, οι οποίες συνέκριναν την αντιπηκτική με την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε ασθενείς με κρυπτογενές αγγειακό ή παροδικό

εγκεφαλικό επεισόδιο με τους εξής όρους: “cryptogenic or embolic stroke of undetermined source” and “stroke or cerebrovascular accident or transient ischemic attack” and “patent foramen ovale or PFO or paradoxical embolism” and “trial or study” and “antithrombotic or anticoagulant or antiplatelet”.

**Αποτελέσματα:** Από τα 110 άρθρα που προέκυψαν από την αρχική αναζήτηση, στη μετα-ανάλυση συμπεριελήφθησαν 4 κλινικές μελέτες. Μεταξύ 1673 ασθενών, με κρυπτογενές αγγειακό ή παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ανοικτό ωοειδές τρήμα, με μέσο χρόνο παρακολούθησης  $2.3 \pm 0.5$  έτη, υποτροπή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου παρατηρήθηκε σε 28 ασθενείς υπο αντιπηκτική αγωγή και σε 47 ασθενείς υπο αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (HR:0.6, 95%CI:0.34–1.05,  $p=0.075$  SJ estimator). Μείζονες αιμορραγίες παρατηρήθηκαν σε 19 ασθενείς υπο αντιπηκτική αγωγή και σε 12 ασθενείς υπο αντιαιμοπεταλιακή αγωγή (HR:0.81, 95%CI: 0.30–2.20; SJ estimator).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε μία τάση λιγότερων υποτροπών εγκεφαλικού επεισοδίου, στους ασθενείς με κρυπτογενές αγγειακό ή παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο και ανοικτό ωοειδές τρήμα, οι οποίοι ελάμβαναν αντιπηκτική αγωγή. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση μείζονων αιμορραγιών μεταξύ των δύο ομάδων.

## 18 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ (ESUS) ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ

Γ. Ντάιος<sup>1</sup>, Γ. Γεωργίου<sup>2</sup>, Κ. Περγιέ<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>3</sup>, D. Strambo<sup>3</sup>, A. Eskandari<sup>3</sup>, S. Nannoni<sup>3</sup>, A. Βέμμου<sup>2</sup>, Ε. Κορομπόκη<sup>2, 4, 5</sup>, Ε. Μανιός<sup>2</sup>, A. Rodrviguez-Campello<sup>6</sup>, E. Cuadrado-Godia<sup>6</sup>, J. Roquer<sup>6</sup>, V. Arnao<sup>7</sup>, V. Caso<sup>7</sup>, M. Paciaroni<sup>7</sup>, E. Diez-Tejedor<sup>8</sup>, B. Fuentes<sup>8</sup>, J. Rodrviguez Pardo<sup>8</sup>, S. Sánchez-Velasco<sup>8</sup>, A. Arauz<sup>9</sup>, S.F. Ameriso<sup>10</sup>, L. Pertierra<sup>10</sup>, M. Gómez-Schneider<sup>10</sup>, M.A. Hawkes<sup>10</sup>, M.A. Barboza<sup>11</sup>, B. Chavarria Cano<sup>12</sup>, A.-M. Iglesias Mohedano<sup>12</sup>, A. Garcva Pastor<sup>12</sup>, A. Gil-Niñez<sup>12</sup>, J. Putaala<sup>13</sup>, T. Tatlisumak<sup>13, 14</sup>, Ε. Καραγκιόζης<sup>1</sup>, Β. Παπαβασιλείου<sup>1, 15</sup>, Κ. Μακαρίτσος<sup>1</sup>, F. Bandini<sup>16</sup>, Κ. Βέμμος<sup>2</sup>, P. Michel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Θεραπευτική κλινική νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>3</sup>Τομέας Νευρολογίας, Τμήμα Νευροεπιστημών Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λωζάνης, <sup>4</sup>Τμήμα Νευρολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>5</sup>Division of Brain Sciences, Department of Stroke Medicine, Imperial College, London, UK, <sup>6</sup>Stroke Unit, Department of Neurology, Hospital del Mar. Neurovascular Research Group, IMIM-Hospital del Mar (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, Spain, <sup>7</sup>Stroke Unit, University of Perugia, Perugia, Italy, <sup>8</sup>Department of Neurology and Stroke Center, La Paz University Hospital - Autònoma University of Madrid, IdiPAZ Health Research Institute, Madrid, Spain, <sup>9</sup>Stroke Clinic. Instituto Nacional de Neurologva y Neurocirugva Manuel Velasco Suarez. Mexico City, Mexico, <sup>10</sup>Department of Neurology, Institute for Neurological Research, FLENI, Buenos Aires, Argentina, <sup>11</sup>Neurosciences Department, Hospital Dr. Rafael A. Calderon Guardia, CCSS. University of Costa Rica, Costa Rica., <sup>12</sup>Vascular Neurology Section, Stroke Center, Hospital General Universitario Gregorio Marañon, IiSGM Health Research Institute, Universidad Complutense de Madrid, Spain, <sup>13</sup>Department of Neurology, Helsinki University Central Hospital and University of Helsinki, Helsinki, Finland, <sup>14</sup>Department of Clinical Neurosciences, Institute of Neuroscience and Physiology, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden; Department of Neurology, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden, <sup>15</sup>Department of Neurology, S. Paolo Hospital, Savona, Italy, <sup>16</sup>Stroke Service, Department of Neurosciences, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and Medical School, University of Leeds, Leeds, UK

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η διαστρωμάτωση του κινδύνου επανεμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με (ESUS) θα μπορούσε να είναι χρήσιμη τόσο στην κλινική πράξη όσο και στο σχεδιασμό



ερευνητικών μελετών. Στόχος μας ήταν η ανάπτυξη και εξωτερική επικύρωση ενός σκορ για την αναγνώριση των ESUS ασθενών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής εγκεφαλικού επεισοδίου. **Υλικό και Μέθοδος:** Συγκεντρώσαμε δεδομένα διαδοχικών ESUS ασθενών από 11 κέντρα καταγραφής εγκεφαλικών επεισοδίων (3 για την διαμόρφωση του μοντέλου 'derivation cohort' και 8 για την εξωτερική επικύρωσή του 'validation cohort'). Πραγματοποιήσαμε πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης του Cox για τον προσδιορισμό των προγνωστικών παραγόντων υποτροπής εγκεφαλικού επεισοδίου. Με βάση το συντελεστή κάθε συμμεταβλητής του προσαρμοσμένου πολυπαραγοντικού μοντέλου που προέκυψε, και την στρογγυλοποίηση αυτού στον πλησιέστερο ακέραιο, δημιουργήσαμε ένα σύστημα βαθμολόγησης για την διαμόρφωση του τελικού σκορ. Στην συνέχεια έγινε εξωτερική επικύρωση του σκορ, βαθμονόμηση και έλεγχος της διακριτικής του ευχέρειας.

**Αποτελέσματα:** Από τα δεδομένα των 884 ασθενών του 'derivation cohort', η ηλικία, η λευκοαιμία και το πολυεστιακό έμφρακτο αναγνωρίστηκαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για υποτροπή εγκεφαλικού επεισοδίου και συμπεριλήφθηκαν στην τελικό σκορ, που αποδίδει 1 βαθμό για κάθε δεκαετία > 35 ετών, 2 βαθμούς για την ύπαρξη λευκοαιμίας και 3 βαθμούς για το πολυεστιακό έμφρακτο. Η συχνότητα υποτροπής του εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν 2,1 ανά 100 ανθρωποέτη (95% CI: 1,44-3,06) σε ασθενείς με βαθμολογία 0-4 (χαμηλός κίνδυνος), 3,74 (95% CI: 2,77-5,04) σε ασθενείς με βαθμολογία των 5-6 (ενδιάμεσος κίνδυνος) και 8,23 (95% CI: 5,99-11,3) σε ασθενείς με βαθμολογία 7-12 (υψηλός κίνδυνος). Σε σύγκριση με ασθενείς χαμηλού κινδύνου, ο κίνδυνος επανεμφάνισης του εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς ενδιάμεσου (HR: 1,78, 95% CI: 1,1-2,88) και υψηλού κινδύνου (HR: 4,67, 95% CI: 2,83-7,7). Η βαθμονόμηση του σκορ ήταν καλή τόσο στο 'derivation cohort' όσο και στους 820 ασθενείς του 'validation cohort' [Hosmer-Lemeshow test  $\chi^2$ : 12,1 (p = 0,357) και  $\chi^2$ : 21,7 (p = 0,753) αντιστοίχως]. Η AUC ήταν 0,63 (95% CI: 0,58-0,68) και 0,60 (95% CI: 0,54-0,66) αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Το προτεινόμενο σκορ μπορεί να βοηθήσει στην ταυτοποίηση ESUS ασθενών με υψηλό κίνδυνο επανεμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου.

### 19 **ΑΝΑΤΑΞΗ ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΒΑΣΗ**

Ε. Κορομπόκη<sup>1</sup>, Ε. Μητσικώστα<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>3</sup>, Ε. Μανιός<sup>4</sup>, Σ. Βασιλοπούλου<sup>4</sup>, Α. Τουντοπούλου<sup>4</sup>, Π. Βλαχάκης<sup>1</sup>, Κ. Ριζογιάννης<sup>1</sup>, Κ. Σπέγγος<sup>5</sup>, Κ. Βέμμος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Θεραπευτική Κλινική, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», ΕΚΠΑ, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>4</sup>Α Νευρολογική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ, <sup>5</sup>Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Περίπου 20% των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων οφείλονται σε καρδιοεμβολή λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής, παροξυσμικής ή χρόνιας. Δεν είναι γνωστό κατά πόσο η ανάταξη της κοιλιακής μαρμαρυγής στην οξεία φάση του εγκεφαλικού σχετίζεται με καλύτερη έκβαση. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την μακροπρόθεσμη έκβαση ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ και παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή κατά την οξεία φάση του εγκεφαλικού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική ανάλυση των δεδομένων της Athens Stroke Registry. Από ένα σύνολο 907 ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ και κοιλιακή μαρμαρυγή, 313 ασθενείς είχαν παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το αν η αρρυθμία ανατάχθηκε ή όχι σε 3 ομάδες: Α. η αρρυθμία δεν ανατάχθηκε Β. η αρρυθμία ανατάχθηκε φαρμακευτικά Γ. η αρρυθμία αυτό-ανατάχθηκε. Έγινε στατιστική ανάλυση με το πακέτο SPSS.

**Αποτελέσματα:** Από τους 313 ασθενείς με παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή κατά την οξεία φάση του ισχαιμικού ΑΕΕ 82 ασθενείς (μέση ηλικία 76 έτη, 48% άνδρες, NIHSS εισόδου =14) κατατάχθηκαν στην ομάδα Α, 191 ασθενείς (μέση ηλικία 74 έτη, 52% άνδρες, NIHSS εισόδου =11) στην ομάδα Β και 40 ασθενείς (μέση ηλικία 74 έτη, 57% άνδρες, NIHSS εισόδου =11.5)

στην ομάδα Γ. Οι 3 ομάδες δε διέφεραν σημαντικά ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά. Από τους ασθενείς των 3 ομάδων 13.4% των ασθενών της ομάδας Α, 11.5% των ασθενών της ομάδας Β και 20% των ασθενών της ομάδας Γ είχαν γνωστό ιστορικό παροξυσμικής κοιλιακής (p>0.05). Από τις τρεις ομάδες τη μεγαλύτερη επιβίωση (10 έτη) είχαν οι ασθενείς στους οποίους η αρρυθμία αυτοανατάχθηκε (75%), και εν συνεχεία οι ασθενείς στους οποίους η αρρυθμία ανατάχθηκε φαρμακευτικά (49%) ενώ τη χειρότερη 10 ετή επιβίωση είχαν οι ασθενείς στους οποίους η αρρυθμία δεν ανατάχθηκε (35%) (p<0.001). Η υποτροπή του ΑΕΕ και τα καρδιαγγειακά συμβάματα ήταν επίσης συχνότερα στην ομάδα στην οποία η αρρυθμία δεν ανατάχθηκε έναντι των ομάδων στις οποίες η αρρυθμία ανατάχθηκε είτε φαρμακευτικά είτε αυτόματα (υποτροπή ΑΕΕ στα 10 έτη: ομάδα Α 16%, ομάδα Β 17%, ομάδα Γ 10%, p>0.05, αθροιστικά καρδιαγγειακά συμβάματα στα 10 έτη: ομάδα Α: 29%, ομάδα Β: 17%, ομάδα Γ: 17%, p=0.004)

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ οι οποίοι παρουσιάζουν αυτό-ανατασόμενη παροξυσμική κοιλιακή μαρμαρυγή και οι ασθενείς στους οποίους η αρρυθμία ανατάσσεται φαρμακευτικά έχουν καλύτερη έκβαση και λιγότερα συμβάματα έναντι των ασθενών στους οποίους η αρρυθμία δεν ανατάχθηκε.

## 20 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΟΔΙΟΥ – ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ε. Ζτρίβα, Χ. Σαββόπουλος, Α. Σοφογιάννη, Α. Κοντάνα, Γ. Χατζόπουλος, Γ. Καϊάφα, Κ. Τζιόμαλος, Α.Ι. Χατζητόλιος

*<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) είναι δυναμική παράμετρος που χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του 24ωρου. Η μεταβλητότητα της ΑΠ έχει συσχετιστεί με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την εμφάνιση οξέος ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΙΑΕΕ). Η κιρκάδια διακύμανση της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας εμφανίζει κάποια βασικά πρότυπα.

**Σκοπός:** Να συσχετισθούν οι αποκλίσεις από τα βασικά πρότυπα κιρκάδιας διακύμανσης της ΑΠ με τον κίνδυνο εμφάνισης οξέος ΙΑΕΕ με στόχο την επιλογή της βέλτιστης θεραπευτικής παρέμβασης.

**Υλικά – Μέθοδοι:** Για την ολοκλήρωση της μελέτης μας ανατρέξαμε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία μέσω των ιατρικών ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Κατά τις νυκτερινές ώρες, η ΑΠ παρουσιάζει μία πτώση της τάξης του 10-20% σε νορμοτασικούς και ανειπλήκτους υπερτασικούς ασθενείς – φαινόμενο «dipping», ακολουθούμενη από ταχεία και βαθμιαία αύξηση κατά την έγερση. Στις υπό εξέταση μελέτες οι ασθενείς ταξινομούνται με βάση το ποσοστό πτώσης της ΣΑΠ στη διάρκεια της 24ωρης καταγραφής σε 4 κατηγορίες: τους «extreme-dippers» πτώση >20%, «dippers» πτώση >10% και <20%, «non-dippers» πτώση <10% και >0% και «reverse-dippers» ή «risers» πτώση <0%. Τα αποκλίνοντα από το φυσιολογικό «dipping» πρότυπα συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οξέος ΙΑΕΕ και τονίζουν την αξία της χρονοθεραπείας, ενώ ως προς την πρόγνωση του εγκεφαλικού επεισοδίου δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά. Το φαινόμενο «extreme-dipping» συσχετίζεται με την εμφάνιση ΙΑΕΕ, είτε λόγω υποάρδευσης είτε λόγω επακόλουθης πρωινής υπερτασικής αιχμής, ενώ η επιθετική αντιυπερτασική αγωγή φαίνεται να ευθύνεται σημαντικά. Η εμφάνιση μικροαιμορραγιών σε έδαφος ΙΑΕΕ έχει συσχετιστεί ισχυρά με το «reverse-dipping» πρότυπο.

**Συμπεράσματα:** Η διακύμανση της ΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας αποτελεί ανεξάρτητο και ισχυρό προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου και του οξέος ΙΑΕΕ. Η νυκτερινή ΑΠ μπορεί να καταστεί θεραπευτικός στόχος για την πρόληψη του οξέος ΙΑΕΕ. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα για την επίδραση των αντιυπερτασικών φαρμάκων και την εφαρμογή της χρονοθεραπείας με την προ του ύπνου χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, είναι αντικρουόμενα ως προς τη βελτίωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Συνεπώς, επί του παρόντος, οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της ΑΠ δεν συνιστούν την προαναφερόμενη θε-

ραπευτική προσέγγιση σε επίπεδο βέλτιστης αγωγής στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Απαιτούνται περισσότερες, μεγαλύτερες και στοχευμένες μελέτες στο μέλλον για την επιβεβαίωση δυνητικού οφέλους από την εφαρμογή της χρονοθεραπείας στην πρόληψη του οξέος ΙΑΕΕ.

### 21 ΤΑΧΕΙΑ ΕΝΔΑΡΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Θ. Κώτσας<sup>1</sup>, Π. Χριστοφόρου<sup>1</sup>, Α. Τσαρουχά<sup>2</sup>, Α. Τουντοπούλου<sup>3</sup>, Σ. Βασιλοπούλου<sup>3</sup>, Δ. Μπισκώτσας<sup>3</sup>, Κ. Θεοδωράκη<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αγγειοχειρουργική Μονάδα, <sup>Β'</sup> Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής, <sup>2</sup>Αναισθησιολογική Κλινική, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών – Αρεταίειο και Αιγινήτειο Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδας: Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: Θωμάς Κώτσας

**Εισαγωγή:** Σε ασθενείς με συμπτωματική στένωση της έσω καρωτίδας 70% (ECST), έχει αποδειχθεί ότι η ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδος μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Με τον κίνδυνο επαναλαμβανόμενου εγκεφαλικού επεισοδίου να είναι ιδιαίτερα υψηλό κατά τις πρώτες 2 εβδομάδες μετά το πρώτο συμβάν, η ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδας προσφέρει τα μέγιστα οφέλη σε ασθενείς με συμπτωματική στένωση έσω καρωτίδας 70% ή μικρότερη, εάν πραγματοποιηθεί εντός αυτού του στόχου των «2 εβδομάδων». Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας επί 15 ασθενών, με πρόσφατο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, όπου επιτελέστηκε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή έσω καρωτίδος σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 14 ημερών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά τους τελευταίους 40 μήνες, δεκαπέντε ασθενείς (5 γυναίκες) που παρουσίασαν πρόσφατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αντιμετωπίστηκαν με διαδικασία "fast track". Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε απεικονιστικές εξετάσεις, που επιβεβαίωσαν την οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου. Σε όλους τους ασθενείς διενεργήθηκε αξονική και μαγνητική τομογραφία καθώς και εξωκράνιος και διακρανιακός υπερηχογραφικός έλεγχος καρωτίδων, με ανάδειξη στένωσης της έσω καρωτίδας 70%. Και οι δεκαπέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για επαναιμάτωση της έσω καρωτίδας, σε χρονικό διάστημα εντός 15 ημερών και εκτελέστηκε ανάστροφη ενδαρτηρεκτομή από τον ίδιο χειρουργό.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρξαν επιπλοκές περιεχειρητικά. Καταγράφηκε πλήρης βατότητα των αγγείων άμεσα υπερηχογραφικά. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε εκ νέου ισχαιμικό ή παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σύμφωνα και με την νευρολογική επανεκτίμηση. Οι ασθενείς στην πλειονότητά τους εξήλθαν τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα σε άριστη κατάσταση.

**Συμπέρασμα:** Η χειρουργική επέμβαση πρόληψης του εγκεφαλικού επεισοδίου με ενδαρτηρεκτομή της καρωτίδας πρέπει να εκτελείται νωρίς μετά από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, πετυχαίνοντας το μέγιστο θεμιτό αποτέλεσμα. Ο χρόνος «onset-to-endarterectomy» πρέπει να αποτελεί βασικό δείκτη απόδοσης για την πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων. Η άμεση επαναιμάτωση διασώζει εγκεφαλική μάζα και προφυλάσσει από τον ασθενή από νέα επεισόδια. Το χρυσό διάστημα είναι >2-14< ημέρες.



## 22 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΟ ΩΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ

Δ. Σαγρής<sup>1</sup>, D. Strambo<sup>2</sup>, K. Περλεπέ<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>2</sup>, Γ. Γεωργίουπουλος<sup>3</sup>, S. Nannoni<sup>2</sup>, E. Κορομπόκη<sup>4</sup>, E. Μανιός<sup>4</sup>, K. Μακαρίτσας<sup>1</sup>, K. Βέμμος<sup>4</sup>, P. Michel<sup>2</sup> Γ. Ντάιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>2</sup>Stroke Center and Neurology Service, Department of Clinical Neurosciences, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, <sup>3</sup>School of Biomedical Engineering and Imaging Sciences, King's College, London, United Kingdom, <sup>4</sup>Θεραπευτική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

**Εισαγωγή και σκοπός:** Το ανοικτό ωειδέες τρήμα(PFO) και η μη στενωτική αθηροσκληρωτική νόσος καρωτίδος αποτελούν πιθανές αιτίες εμβολικού εγκεφαλικού επεισοδίου απροσδιόριστης προελεύσεως (ESUS). Διερευνήσαμε τη συνύπαρξη της σύστοιχης αθηροσκληρωσης καρωτίδων, σε σχέση με την παρουσία και τον παθογενετικό ρόλο του PFO.

**Μέθοδοι:** Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο σύνολο των ασθενών της βάσης AF-ESUS στους οποίους η παρουσία PFO ελέγχθηκε με διαθωρακικό και επι ενδείξεων διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς. Η εκτίμηση της ύπαρξης αθηροσκληρωτικής νόσου καρωτίδος πραγματοποιήθηκε με την εκάστοτε διαθέσιμη απεικονιστική τεχνική. Ο παθογενετικός ρόλος του PFO στο ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο αξιολογήθηκε βάσει της κλίμακας RoPE (0-6: πιθανά τυχαίο εύρημα, 7-10: πιθανά σχετιζόμενο με το εγκεφαλικό).

**Αποτελέσματα:** Μεταξύ των 374 ασθενών με ESUS (μεση ηλικία: 61έτη, 40,4% γυναίκες), σε 63 (49,6%) ασθενείς το PFO θεωρήθηκε πιθανά τυχαίο εύρημα, σε 64 (50,4%) το PFO είχε πιθανά παθογενετικό χαρακτήρα ενώ σε 165 (44,1%) ανευρέθη αθηροσκλήρωση της σύστοιχης καρωτίδος. Αθηροσκλήρωση στη σύστοιχη καρωτίδα παρατηρήθηκε πιο σπάνια σε ασθενείς με PFO πιθανά σχετιζόμενο με το εγκεφαλικό επεισόδιο (7,8%), σε σύγκριση με τους ασθενείς στους οποίους το PFO θεωρήθηκε τυχαίο εύρημα (46,0%) ή τους ασθενείς χωρίς PFO (53,0%) ( $p < 0,001$ ). Προσαρμόζοντας τα δεδομένα αυτά βάσει πολλαπλών χαρακτηριστικών, ο επιπολασμός της σύστοιχης αθηροσκληρωτικής νόσου καρωτίδων παρέμεινε χαμηλότερος σε ασθενείς με PFO πιθανά σχετιζόμενο με το εγκεφαλικό επεισόδιο, σε σύγκριση με τους ασθενείς όπου το PFO θεωρήθηκε τυχαίο εύρημα ή δεν ανευρέθη (OR = 0,322, 95% CI 0,104-0,994,  $p = 0,049$ )

**Συμπεράσματα:** Η αθηροσκληρωτική νόσος καρωτίδος παρατηρήθηκε σπανιότερα σε ασθενείς με ESUS και PFO πιθανά σχετιζόμενο με το εγκεφαλικό επεισόδιο σε σύγκριση με τους ασθενείς στους οποίους το PFO θεωρήθηκε τυχαίο εύρημα ή τους ασθενείς χωρίς PFO. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν μία σημαντική αιτιολογική συσχέτιση της μη στενωτικής αθηροσκληρωτικής νόσου των καρωτίδων σε ασθενείς με ESUS, ενισχύοντας και την εγκυρότητα της κλίμακας RoPE σε αυτήν την ομάδα ασθενών.

## 23 DYSPHAGIA IN A STROKE REHABILITATION UNIT: FACTORS THAT INFLUENCE DYSPHAGIA SEVERITY FOLLOWING THERAPY

C. Politi Ghemulet<sup>1</sup>, S. Hamdy<sup>2</sup>, G. Ntaios<sup>3</sup>, G.I. Merekoulis<sup>1</sup>, I. Vlachomitros<sup>1</sup>, E. Michou<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Olympion General Clinic and Rehabilitation Center of Patras, Greece;, <sup>2</sup>Centre for Gastrointestinal Sciences, Institute of Inflammation and Repair, Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester, UK;, <sup>3</sup>Internal Medicine School of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece;, <sup>4</sup>Department Speech Language Therapy, University of Patras, Greece;

**Introduction:** A number of subacute stroke patients continue to experience dysphagia in the rehabilitation units (RUs), where further dysphagia therapy is commonly provided. Here, we investigated how stroke and dysphagia-specific factors influence the outcome of rehabilitative dysphagia therapy.

**Methodology:** Data from consecutively admitted stroke patients to the dysphagia clinic of an RU in Western Greece were examined retrospectively over a 12-month period. Dysphagia scores (Dysphagia Severity Rating Scale (DSRS) and Functional Oral Intake Scale (FOIS)) and stroke-specific measurements (NIHSS, type of lesion, previous history of stroke and others) were collected on admission and discharge. Data for the duration and intensity of dysphagia therapy were also captured. Factors for positive change in dysphagia status were examined (chi-square tests and multiple regression analysis, SPSS, v.23).

**Results:** 95 patients were included (54 men, 74.1±11, mean (±SD)age) with mean length-of-stay 114±59 days. Patients experiencing increased dysphagia severity based on DSRS and FOIS received a more intense therapeutic program (4/week). Moreover patients with right hemispheric (RH) lesions experienced more severe dysphagia compared to left-sided (LH) lesions (p=0,009). Moderate-to-severe dysphagia, observed initially in 76.8% patients, was reduced to 24.5% on discharge (p<0.001). Dysphagia severity was significantly improved in both RH and LH patients but not in patients with bilateral lesions. Improved dysphagia status on discharge was more likely in patients with unilateral lesions (p=0.037, R2=0.342).

**Conclusion:** Stroke-specific factors exert an important influence on the outcome of dysphagia therapy delivered in RU in subacute and chronic stroke patients. Further research is required investigating how these factors interact with SLT-led dysphagia therapy, and whether patient stratification would improve such care.

#### 24 ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ 24-ΩΡΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΟΞΕΟΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΙΣΕΔΙΟΥ

N. Κακαλέτσος<sup>1</sup>, Γ. Ντάιος<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννάκη<sup>2</sup>, Ι. Χουβαρδά<sup>4</sup>, Α. Χύτας<sup>4</sup>, Ι.Α. Παναγοπούλου<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μπλιώνης<sup>3</sup>, Α.Ι. Χατζηπόλιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα, Ελλάδα, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Η σχέση των επιπέδων της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) και της μεταβλητότητας τους (ΑΠΜ) μετά το οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) με την έκβαση παραμένει αμφιλεγόμενη. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της προγνωστικής αξίας των τιμών της ΑΠ και της ΑΠΜ, από την 24-ωρη καταγραφή στην οξεία φάση, στη μεσοπρόθεσμη έκβαση στους 3 μήνες στις διάφορες κατηγορίες των ΑΕΕ (πολυκεντρική μελέτη PREWISE, NCT01915862).

**Υλικό και μέθοδος:** Συνολικά 228 ασθενείς με οξύ ΑΕΕ υποβλήθηκαν σε 24-ωρη καταγραφή της ΑΠ ανά 20 λεπτά με τη συσκευή TM2430 (A&D Company Ltd) κατά τη διάρκεια της ημέρας (7:00-22:59) και της νύκτας (23:00-6:59). Καταγράφηκαν οι τιμές της ΑΠ και υπολογίστηκαν διάφοροι δείκτες ΑΠΜ και μελετήθηκε η προγνωστική τους αξία με την έκβαση (modified Rankin Scale, mRS) στους 3 μήνες στις διάφορες κατηγορίες των ΑΕΕ κατά TOAST.

**Αποτελέσματα:** Με την δυσμενή έκβαση του θανάτου (mRS=6) στο πρώτο τρίμηνο, στους ασθενείς με αθηροθρομβωτικό ΑΕΕ σχετιζόνταν κυρίως τα επίπεδα της μεταβλητότητας της ΣΑΠ (24-ωρη τυπική απόκλιση-SD, ημερήσια SD, συντελεστής μεταβλητότητας-CV και εύρος) αλλά και της ΔΑΠ (διαδοχική διακύμανση-SV) και στους ασθενείς με αδιευκρίνιστης αιτίας ΑΕΕ σχετιζόνταν τα επίπεδα της μεταβλητότητας της ΣΑΠ (νυκτερινή SD, CV και SV).

Στους ασθενείς χωρίς προηγούμενη αναπηρία (πριν το ΑΕΕ mRS<3), με την δυσμενή λειτουργική έκβαση (mRS>2) στο πρώτο τρίμηνο, στο αθηροθρομβωτικό ΑΕΕ σχετιζόνταν τα επίπεδα των τιμών της ΔΑΠ (24-ωρη και νυκτερινή μέση τιμή) και της μεταβλητότητας της ΔΑΠ (24-ωρη SD, νυκτερινή SD, 24-ωρη σταθμισμένη SD, SV και εύρος), στο καρδιοεμβολικό ΑΕΕ σχετιζόνταν τα

επίπεδα των τιμών και της νυκτερινής πτώσης της ΑΠ και στους ασθενείς με αδιευκρίνιστης αιτίας ΑΕΕ σχετίζονταν τα επίπεδα της ΣΑΠ.

**Συμπεράσματα:** Σε αντίθεση με τα καρδιοεμβολικά ΑΕΕ, στους ασθενείς με οξύ αθηροθρομβωτικό ΑΕΕ φαίνεται ότι η προγνωστική αξία της μεταβλητότητας της ΣΑΠ και της ΔΑΠ για την μεσοπρόθεσμη έκβαση υπερέχει και πιθανόν να αποτελεί και έναν μελλοντικό θεραπευτικό στόχο στην κατηγορία αυτή των ΑΕΕ για βελτίωση της πρόγνωσης.

## 25 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΑΛΥΨΗ ΔΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΜΒΟΛΙΚΩΝ ΠΗΓΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΒΟΛΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Γ. Ντάιος<sup>1</sup>, Κ. Περλεπέ<sup>1</sup>, Δ. Λάμπρου<sup>1</sup>, G. Sirimarco<sup>2</sup>, D. Strambo<sup>2</sup>, A. Eskandari<sup>2</sup>, E. Κορομπόκη<sup>3</sup>, E. Καραγκιόζη<sup>1</sup>, Α. Βέμμου<sup>3</sup>, E. Μανιός<sup>3</sup>, Κ. Μακαρίτσης<sup>1</sup>, Κ. Βέμμος<sup>3</sup>, P. Michel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Τομέας Νευρολογίας, Τμήμα Νευροεπιστημών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λωζάνης, <sup>3</sup>Θεραπευτική Κλινική Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Σκοπός μας ήταν να αξιολογήσουμε τον επιπολασμό και το βαθμό επικάλυψης πιθανών εμβολικών πηγών σε ασθενείς με εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο απροσδιόριστης προέλευσης (ESUS).

**Υλικό και Μέθοδος:** Συγκεντρώσαμε δεδομένα διαδοχικών ESUS ασθενών από 3 κέντρα καταγραφής εγκεφαλικών επεισοδίων, και οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε μια ή περισσότερες ομάδες σύμφωνα με την πιθανή πηγή/ -ες εμβολικού επεισοδίου που προσδιορίστηκε/-καν. Κατηγοριοποιήσαμε τις πιθανές πηγές εμβόλων ως εξής: δυσλειτουργία αριστερού κόλπου, περιφερική αρτηριακή νόσο, νόσο της αριστερής κοιλίας, βαλβιδοπάθεια, ανοικτό ωοειδές τρήμα και νεοπλασματική νόσο.

**Αποτελέσματα:** Σε 800 ασθενείς με ESUS (43,1% γυναίκες, μέση ηλικία 67 έτη), οι τρεις πιο συνήθεις πιθανές εμβολικές πηγές ήταν η νόσος της αριστερής κοιλίας, η περιφερική αρτηριακή νόσος και η δυσλειτουργία του αριστερού κόλπου, οι οποίες ήταν παρούσες σε 54,4%, 48,5% και 48,1% των ασθενών αντίστοιχα. Η πλειονότητα των ασθενών (60,6%) είχε περισσότερες από μία πιθανές εμβολικές πηγές, ενώ μόνο το 34,7% και το 4,7% των ασθενών είχαν μία μόνο ή καμία αντίστοιχα. Σε 26,7% των ασθενών, υπήρχαν τρεις ή περισσότερες. Κατά μέσο όρο, κάθε ασθενής είχε δύο πιθανές εμβολικές πηγές (διάμεση τιμή 2). Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 3,7 ετών (2934 ανθρωποέτη), υποτροπή του εγκεφαλικού επεισοδίου παρατηρήθηκε σε 101 (12,6%) ασθενείς (23,3 υποτροπές ανά 100 ανθρωποέτη). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, ο κίνδυνος επανεμφάνισης εγκεφαλικού δεν διέφερε στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των ομάδων ή μεταξύ των ασθενών με 0-1, 2 ή 3 πιθανές εμβολικές πηγές.

**Συμπεράσματα:** Υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη πιθανών εμβολικών πηγών σε ασθενείς με ESUS. Αυτό μπορεί ενδεχομένως να εξηγήσει τα αρνητικά αποτελέσματα των κλινικών μελετών NAVIGATE ESUS και RE-SPECT ESUS και να ενισχύει το σκεπτικό ανάπτυξης τυχαίοποιημένης μελέτης συνδυασμού αντιπηκτικής και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής για την πρόληψη της υποτροπής εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με ESUS.

**26 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΙΔΙΑΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ**

Ζ. Σαπλαούρα, Ι. Ελλούλ, Γ. Σακελλαρόπουλος, Α. Βανταράκης

*Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Εργ. Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών*

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε νέους ηλικιακά ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή νοσούν από σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) και η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν.

**Υλικά-μέθοδοι:** Σχεδιάστηκε μια επιδημιολογική μελέτη, συγχρονική, ασθενών-μαρτύρων, με δείγμα 93 ασθενείς με ΑΕΕ, 86 ασθενείς με ΣΚΠ και 101 υγιή άτομα. Η αξιολόγηση της σωματικής ανεξαρτησίας πραγματοποιήθηκε με την χρήση της κλίμακας «Σωματικής λειτουργικότητας» Barthel Index, η εκτίμηση της κατάθλιψης έγινε με τη χρήση της κλίμακας PHQ-9 και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με τη χρήση της κλίμακας SF-12.

**Αποτελέσματα:** Η μέση μέτρηση της σωματικής ανικανότητας στους ασθενείς με ΑΕΕ ήταν 90.86, στους ασθενείς με ΣΚΠ 83.55, η αντίστοιχη μέση μέτρηση της σωματικής ικανότητας των υγιών ατόμων ήταν 100 ( $p < 0,00001$ ). Η μέση βαθμολογία ένταξης στην παθολογική κατηγορία κατάθλιψης των ατόμων με ΑΕΕ ήταν 5.56, η μέση τιμή στην ομάδα των ατόμων με ΣΚΠ ήταν 8.44 ενώ η μέση βαθμολογία κατάθλιψης στην ομάδα ελέγχου ήταν 0.47 ( $p < 0,00001$ ). Επίσης οι ασθενείς με ΑΕΕ συγκέντρωσαν βαθμολογία που έφτανε το 57.74 της μέγιστης τιμής, οι ασθενείς με ΣΚΠ έδωσαν βαθμολογία που έφτασε το 49.95 της βέλτιστης βαθμολογίας ενώ η ομάδα ελέγχου συγκέντρωσε τη μεγαλύτερη βαθμολογία 94.98 της μέγιστης τιμής. Οι παράγοντες που φάνηκε, να συντελούν στη μειωμένη ποιότητα ζωής, στους ασθενείς με ΑΕΕ και στους ασθενείς με ΣΚΠ ήταν η ηλικία, η οικονομική κατάσταση, ο τόπος διαμονής τους.

**Συμπεράσματα:** Η σωματική ανικανότητα, η παρουσία παθολογικής κατάθλιψης, και η μειωμένη ποιότητα ζωής ταυτίζονται με τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών της διεθνούς αρθρογραφίας. Ωστόσο στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκαν επιπλέον παράγοντες που συνηγορούν στο σχεδιασμό και την υλοποίηση στοχευόμενων παρεμβάσεων προαγωγής της ποιότητας ζωής στις συγκεκριμένες ευάλωτες ηλικιακά ομάδες ασθενών.

**1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΡΘΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ**

Κ. Μπάκας<sup>1</sup>, Σ. Μαντζούκας<sup>2</sup>, Μ. Γερασίμου<sup>3</sup>, Δ. Λεπίδα<sup>1</sup>, Δ. Ρίζος<sup>1</sup>, Ε. Κοσμά<sup>1</sup>, Δ. Υγροπούλου<sup>1</sup>, Ο. Μουσαφίρη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα, <sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα, <sup>3</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Ιωάννινα

**Εισαγωγή:** Η λήψη αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με κολλική μαρμαρυγή με βάση το CHA2DS2-VASc Score έχει μειώσει σημαντικά την επίπτωση ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή περιστατικού ασθενή που εμφάνισε ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο παρά την λήψη αντιπηκτικής αγωγής.

**Υλικά – Μέθοδοι:** Ασθενής 73 ετών με ιστορικό παροξυσμικής κολλικής μαρμαρυγής (υπό ριβαροξαμπάνη 20mg από 3 ετίας), ισχαιμικού ΑΕΕ προ τετραετίας και ιλιγγίου θέσης που προσεκομίσθη στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων σε κωματώδη κατάσταση.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής προσεκομίσθη σε κωματώδη κατάσταση, διασωληνώθηκε και αφού αποκλείστηκε εγκεφαλική αιμορραγία με αξονική εγκεφάλου εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Μετά από νευρολογική εκτίμηση αποφασίστηκε η μη διενέργεια θρομβόλυσης λόγω πρόσφατης λήψης ριβαροξαμπάνης και ο ασθενής ετέθη σε αντιπηκτική, αντιεπιληπτική και αιμοδυναμική αγωγή. Την επόμενη ημέρα διενεργήθηκε μαγνητική εγκεφάλου που ανέδειξε ισχαιμικό ΑΕΕ στο στέλεχος. 48 ώρες αργότερα η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε το συγκεκριμένο εύρημα. Στον ασθενή διενεργήθηκε διαδερμική τραχειοστομία και ακολούθησε διακοπή της καταστολής και σταδιακή αποδέσμευση από τον μηχανικό αερισμό. Στον ασθενή διενεργήθηκε triplex καρωτιδίων και διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής ακολούθως διακομίστηκε στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για συνέχιση της νοσηλείας του.

**Συμπεράσματα:** Από λήψη του ιστορικού διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής ελάμβανε καθημερινά την αντιπηκτική του αγωγή νηστικός. Η απορρόφηση της ριβαροξαμπάνης 20mg επηρεάζεται από την λήψη γεύματος και πιο συγκεκριμένα ανέρχεται σε 67% όταν λαμβάνεται σε νηστεία και σε 83% όταν λαμβάνεται με το γεύμα. Είναι λοιπόν πολύ σημαντική η ενημέρωση του ασθενή για την σωστή λήψη της ριβαροξαμπάνης χωρίς φυσικά να λησμονείται ότι η αντιπηκτική αγωγή δεν προσφέρει πλήρη προστασία από την εμφάνιση ισχαιμικού ΑΕΕ.

**Βιβλιογραφία:** Stampfuss J, Kubitz D, Becka M, Mueck W. The effect of food on the absorption and pharmacokinetics of rivaroxaban. Int J Clin Pharmacol Ther. 2013;51(7):549-61.

**2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ (2009-2019)**

Π. Μπέης<sup>1</sup>, Α. Παρασάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα, <sup>2</sup>Επιμελητής Α΄ Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περίπου 1/3 των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) θα νοσήσουν από κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό (ΚΜΕ) εντός 5ετίας, καθιστώντας την τελευταία μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ποιοτική ανασκόπηση (PubMed/2009-2019).

**Αποτελέσματα:** Το 50-80% των ΚΜΕ δεν διαγιγνώσκονται από μη-ψυχιάτρους. Η ΚΜΕ φαίνεται συχνότερη σε άτομα με σημαντική εγκεφαλική βλάβη/κινητική-γνωστική αναπηρία, με πρότερο ψυχιατρικό ιστορικό, με μια «τάση» υπέρ του γυναικείου φύλου και σε ασθενείς <70 ετών. Διαταραχές σε μονοαμινεργικά-γλουταματεργικά «μονοπάτια», στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, στην έκκριση προ-φλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως και οι πολυμορφισμοί

5-HTTLPR και STin2 VNTR του γονιδίου του μεταφορέα σεροτονίνης και η αυξημένη μεθυλίωση του γονιδίου του BDNF έχουν «ενοχοποιηθεί», μεταξύ άλλων, για ΚΜΕ. Η εντόπιση της βλάβης AP και μετωπιαία/ή στα βασικά γάγγλια αναφέρεται συχνά. Το «είδος» του ΑΕΕ (ισχαιμικό/αιμορραγικό, θρομβωτικό/εμβολικό) φαίνεται αδιάφορο. Πέρα από τη βαρύτατη επίπτωση στην ποιότητα ζωής (ασθενή και φροντιστή), η ΚΜΕ καθυστερεί την ανάκτηση της κινητικότητας/λειτουργικότητας, επιδεινώνει τις γνωστικές λειτουργίες, αυξάνει τον αυτοκτονικό κίνδυνο και βραχύνει την επιβίωση. Επιτυχώς δρουν οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), (και) νοραδρεναλίνης (SNRIs) και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιδίως η νορτριπτυλίνη), με όφελος που εκτείνεται και στη λειτουργική αποκατάσταση. «Προληπτική» χορήγηση SSRIs σε ασθενείς υψηλού «κινδύνου» φαίνεται να σχετίζεται με ανάσχεση εκδήλωσης ΚΜΕ. Τα SSRIs παρουσιάζουν ελαφρά αυξημένο απόλυτο κίνδυνο νέου ΑΕΕ, ωστόσο το ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών/αλληλεπιδράσεων τούς «χαρίζει» την πρωτοκαθεδρία (προτιμώνται παροξετίνη, φλουοξετίνη, εσιταλοπράμη και σιταλοπράμη, με τα δύο τελευταία να παρουσιάζουν τις λιγότερες αλληλεπιδράσεις). Το «άτυπο» αντικαταθλιπτικό βορτιοξετίνη θα μπορούσε να προτιμηθεί λόγω ευνοϊκών δράσεων στη νοητική λειτουργία, λείπουν ωστόσο εξειδικευμένες μελέτες.

**Συμπεράσματα:** Η ΚΜΕ θεωρείται καίριος προγνωστικός παράγοντας καλής έκβασης μετά από ΑΕΕ. Αθεράπευτη, μπορεί να οδηγήσει σε νέο ΑΕΕ. Αποτυχία διάγνωσης/αντιμετώπισής της μεγεθύνεται από τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπειών. Περιορισμοί ερευνών: έλλειψη απευθείας συγκρίσεων μεταξύ αντικαταθλιπτικών, διαφορετικά κριτήρια ένταξης ασθενών στις κλινικές δοκιμές, απουσία συγκριτικών μελετών κατάθλιψης μετά από ισχαιμικό ή αιμορραγικό ΑΕΕ. Οι συγγραφείς δηλώνουν ότι δεν υφίσταται σύγκρουση συμφερόντων.

### 3 ΔΑΚΡΥΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΕΕ

Φ. Αλούρδα, Χ.-Χ. Αργυροπούλου, Μ. Ξιφαράς, Έ. Κερεζούδη

*Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Παμμακάριστος», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Το κλάμα ως ανάλογο επιληψίας είναι ένα σπάνιο παροξυσμικό φαινόμενο. Αυτό του είδους οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να είναι απλές ή σύμπλοκες εστιακές χωρίς να επηρεάζεται το επίπεδο της συνείδησης.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ασθενούς που είχε σαν μόνη εκδήλωση δακρυϊκές κρίσεις οι οποίες οφειλταν σε ισχαιμικό ΑΕΕ κροταφικού λοβού.

**Υλικά - Μέθοδοι:** Ασθενής 62 ετών προσήλθε στο Νοσοκομείο μας λόγω επεισοδίων λυγμών από διημέρου. Στο μεσοδιάστημα οι συγγενείς αναφέρουν πως δεν εμφανίζει κάποιο άλλο σύμπτωμα.

**Ατομικό αναμνηστικό:** Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή. Στα ΤΕΠ η ασθενής εμφάνιζε ολιγόλεπτα επεισόδια με κλάμα και λυγμούς χωρίς έτερη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Διενεργήθη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου η οποία απεικόνισε εκτεταμένο φλοιικό έμφρακτο αριστερά μετωποκροταφικά με πρόσφατους χαρακτήρες. Το ΗΕΓ ηρεμίας κατέγραψε συνεχή βραδή ρυθμό θ συχνότητας αριστερά. Ο λοιπος εργαστηριακός και παρακλινικός έλεγχος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής ετέθη σε αντιεπιληπτική αγωγή με λεβετιρακετάμη και παρατηρήθηκε άμεση ύφεση των επεισοδίων. Ως εκ τούτου ως πιθανότερη διάγνωση τέθηκαν οι δακρυϊκές κρίσεις.

**Συμπεράσματα:** Οι δακρυϊκές κρίσεις συναντώνται συνήθως σε ασθενείς με βλάβη στον κροταφικό λοβό. Η απουσία τυπικής νευρολογικής σημειολογίας καθιστά δύσκολη τη διαφοδιάγνωση από ψυχιατρικής αιτιολογίας παρόμοιες εικόνες. Η διαγνωστική μας προσπάθεια στο συγκεκριμένο ασθενή στηρίχθηκε στην στερεοτυπική εμφάνιση των επεισοδίων, στον απεικονιστικό έλεγχο και στο γεγονός ότι η συμπτωματολογία υφέθηκε με τη χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής.



**4 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΕ ΜΗ ΒΑΚΤΗ-ΡΙΑΚΗ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΧΩΡΙΣ ΓΝΩΣΤΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ**

Θ. Ανδριανόπουλος, Κ. Τσόκκου, Φ. Γκολέμπ, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

Άνδρας 67 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εγκατέστησε αιφνίδια δεξιά ημιπληγία 3 ημέρες μετά την εισαγωγή του σε καρδιολογική κλινική για διερεύνηση ασυμπτωματικής περικαρδίτιδας. Εκ του απεικονιστικού ελέγχου ανεδείχθησαν ισχαιμικές αλλοιώσεις στο αριστερό ημισφαίριο, στα πεδία άρδευσης της πρόσθιας, της μέσης και της οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας. Από την κυτταρολογική εξέταση του περικαρδιακού υγρού βρέθηκε παρουσία κακοθών κυττάρων αδενικού τύπου - εικόνα μεταστατικού καρκινώματος. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα ανέδειξε πάχυνση και περίσσεια ιστού (εκβλα-στήσεις) στις μιτροειδικές γλωκίνες, υπερτροφία τοιχωμάτων θηλοειδών μυών αριστερής κοιλίας με κοκκώδη υφή - εικόνα ως επί διηθητικής νόσου.

Τα εμβολικά ισχαιμικά ΑΕΕ αποτελούν σπανιότατα τη μόνη θρομβοεμβολική ένδειξη μαραντικής ενδοκαρδίτιδας και ακόμη πιο σπάνια είναι αποκαλυπτική εκδήλωση μιας κακοθείας. Γίνεται αναδρομή στη σχετική βιβλιογραφία, όπου αποδεικνύεται ότι η συμβολή του διοισοφαγίου υπερηχογράφηματος καρδιάς στη διάγνωση είναι εξαιρετικά σημαντική.

**5 ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΕΩΣ ΣΤΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ**

Δ. Τσακίρη, Κ. Τσόκκου, Θ. Ανδριανόπουλος, Φ. Γκολέμπ, Α.Α. Καραργύρης, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

**Σκοπός** της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη της διακύμανσης της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΠ) σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) και η συσχέτιση της με την έκταση της ισχαιμικής βλάβης.

**Ασθενείς και Μέθοδος:** Μελετήσαμε 81 ασθενείς με (ΑΕΕ) μέσης ηλικίας 62,3 + 8 έτη. Οι ασθενείς κατατάχθηκαν σε 2 ομάδες. Στην ομάδα Α οι ασθενείς είχαν αυξημένη ΑΠ κατά την εισαγωγή τους, ήσαν 61 (75,3%). Στην ομάδα Β, ήσαν 20 (24,7%) με φυσιολογική (ΑΠ) κατά την εισαγωγή τους. Από την ομάδα Α 15 ασθενείς και από την ομάδα Β 7 ασθενείς είχαν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης. Η έκταση της βλάβης ταξινομήθηκε ανάλογα με την προσβολή των αγγείων αιμάτωσης του εγκεφάλου (Πρόσθια - Μέση- Οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία).

**Αποτελέσματα**

Διακύμανση Αρτηριακής Πίεσης							
Ημερες νοσηλείας	1	2	3	4	5	6	7
Ομάδα Α ΑΠ mmHg	186	175	170	155	134	146	131
Ομάδα Β ΑΠ mmHg	141	135	140	138	135	133	130
Έκταση βλάβης	Μεγάλη			Μέτρια		Μικρή	
Ομάδα Α	19			15		27	
Ομάδα Β	6			6		8	
P value	0,758			0,883		0,841	

Οι ασθενείς με αυξημένη (ΑΠ) ήταν 61 (75,3%), και με φυσιολογική (ΑΠ) 20 (24,7%),  $p = 0.003$ . Ιστορικό (ΑΠ) στη Α ομάδα είχαν 15 ασθενείς και στη Β ομάδα 7 ( $p = 0.933$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ΑΕΕ κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και επί 5 ημέρες μετά εμφανίζουν αυξημένη ΑΠ ανεξαρτήτως αν είναι υπερτασικοί στο παρελθόν. Αυτό αποδίδεται σε υπερκατεχολαναιμία και δεν φαίνεται να σχετίζεται με την έκταση της βλάβης.

### 6 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ

Κ. Τσόκκου, Φ. Γκολέμπ, Α.Α. Καραργύρης, Θ. Ανδριανόπουλος, Δ.Τσακίρη, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

Άνδρας 74 ετών νοσηλεύτηκε πρόσφατα για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στο ατομικό αναμνηστικό του αναφέρονται υποτροπιάζουσα κολπική μαρμαρυγή και δύο άλλα εγκεφαλικά επεισόδια την προηγούμενη δεκαετία για τα οποία είχε ισάριθμες νοσηλείες. Ο ασθενείς δεν ελάμβανε καμία αντιαρρυθμική ή αντιπηκτική αγωγή. Ο γενόμενος έλεγχος με αξονική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε μικρά παλαιά ισχαιμικά αγγειακά έμφρακτα στην αριστερά κροταφοϊνιακή περιοχή και την παραϊπोकάρπια έλικα. Επίσης, υπόπυκνη περιοχή της περικοιλιακής λευκής ουσίας αριστερά.

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε δύο θρόμβους στο αριστερό κόλπο τόσο με το διαθωρακικό όσο και με το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα.

**Συμπέρασμα:** Κρίνεται σκόπιμη η υπερηχογραφική μελέτη κάθε ασθενούς με ΑΕΕ ιδίως σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή.

### 7 ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΩΣ ΠΡΟΔΡΟΜΟ ΣΥΜΒΑΜΑ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

Θ. Ανδριανόπουλος, Κ. Τσόκκου, Φ. Γκολέμπ, Α.Α. Καραργύρης, Δ. Τσακίρη, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

Η οξεία λευχαιμία είναι ετερογενής ομάδα διαταραχών, κατά την οποία προκύπτουν κακοήθεις κλώνοι από το αιμοποιητικό προγονικό κύτταρο του μυελού των οστών. Χαρακτηρίζεται από αυτόνομο και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό αυτού του κλώνου με αποτέλεσμα κατάληψη του μυελού, διήθηση διαφόρων οργάνων και αναποτελεσματική αιμοποίηση. Η προσβολή του νευρικού συστήματος λευχαιμικών πασχόντων είναι συχνή. Ενδοκράνιες αιμορραγίες, διήθηση των μηνίγγων, ισχαιμικά επεισόδια, λευχαιμικές εναποθέσεις στο ΚΝΣ ή λευκοεγκεφαλοπάθειες είναι οι συχνότερες επιπλοκές προϋπάρχουσας νόσου. Ασυνήθης είναι όμως η ανάδειξη, μη γνωστής, οξείας λευχαιμίας ως αίτιο πρόκλησης προηγηθέντος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς άνδρα 43 ετών, ο οποίος εγκατέστησε αιφνιδίως αφασία εκπομπής, αριστερή ημιανοψία και ήπια αδυναμία του αριστερού άνω άκρου συνεπεία ισχαιμικών βλαβών θρομβοεμβολικού τύπου βρεγματικά, βρεγματοϊνιακά, κροταφοϊνιακά δεξιά και ινιακά αριστερά. Ακολούθησε εξέταση με U/S καρδιάς και τρίplex αγγείων τραχήλου ο οποίος ήταν φυσιολογικός. Αρνητικός ήταν επίσης και ο γενικός εργαστηριακός έλεγχος, ο έλεγχος για υποκείμενο αυτοάνοσο νόσημα και ο έλεγχος θρομβοφιλίας. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίασε εμπύρετο με ατελή ειλέο και αναιμία. Η CT κοιλίας ανέδειξε μεγάλου βαθμού διόγκωση του σπληνός με ασαφείς υπόπυκνες εστίες ποικίλου μεγέθους. Υπεβλήθη σε οστεομυελική βιοψία όπου το σύνολο των ευρημάτων από το περιφερικό αίμα, τον μυελό, τον ανοσοφαινότυπο και την ιστολογική εξέταση συνηγορούσαν υπέρ οξείας μη λεμφοβλαστικής λευχαιμίας. Είναι σημαντική η πλήρης διερεύνηση των αιτιών πρόκλησης ισχαιμικών επεισοδίων, ιδιαίτερα όταν εκ του ατομικού αναμνηστικού δεν προκύπτει ότι προϋπάρχει υποκείμενη νόσος.

### 8 ΠΑΛΑΙΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Θ. Ανδριανόπουλος, Κ. Τσόκκου, Α.Α. Καραργύρης, Φ. Γκολέμπ, Δ.Τσακίρη, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

**Σκοπός** της εργασίας ήταν η μελέτη των μεταβολών του ST διαστήματος σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (Α.Ε.Ε).

**Ασθενείς:** Μελετήσαμε 109 ασθενείς με Ο.Ε.Μ., 18 των οποίων είχαν ιστορικό Α.Ε.Ε.



**Μέθοδος:** Η ομάδα Α συμπεριέλαβε τους ανωτέρω 18 ασθενείς και η ομάδα Β τους υπολοίπους 91. Έγινε χρήση της δοκιμασίας Χ<sup>2</sup>.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία εμφάνισης των εμφραγματιών της ομάδας Α ήταν 69+11, ενώ την ομάδα Β 58,7+12 έτη. Ο μέσος χρόνος εμφάνισης του ΟΕΜ ήταν 3,1 έτη μετά από Α.Ε.Ε. Ανάσπαση του ST παρατηρήθηκε σε 10/18(55,5%) ασθενείς, της ομάδας Α και σε 80/91 (87,9%) της ομάδας Β (p=0,002). Κατάσπαση του ST παρατηρήθηκε σε 6/18 (33,3%) της ομάδας Α και 7/91 (6,37%) της ομάδας Β (p=0,001). Παράταση της ανάσπασης του ST πέραν των 5 ημερών παρατηρήθηκε σε 5/18 (27,7%) ασθενείς της ομάδας Α και 10/91(10,9%) ασθενείς της ομάδας Β (p=0,010). Θρομβόλυση έγινε σε 7/18 (38,8%), της ομάδας Α και 66/91 (72,5%) της ομάδας Β (p=0,001). Μέσος χρόνος νοσηλείας στην ομάδα Α ήταν 12,1 ημέρες έναντι 8,9 της Β.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ιστορικό Α.Ε.Ε. είναι μεγαλύτερης ηλικίας, εμφανίζουν συχνότερα παράταση της ανάσπασης του ST πέραν των 5 ημερών, νοσηλεύονται περισσότερες ημέρες και σπανιότερα πληρούν τις ενδείξεις θρομβόλυσης.

## 9 ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ - ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ

Δ. Τσακίρη, Α.Α. Καραγύρης, Κ. Τσόκκου, Φ. Γκολέμη, Θ. Ανδριανόπουλος, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

**Σκοπός** της εργασίας αυτής ήταν η μελέτη των προδιαθεσικών παραγόντων κοιλιακής μαρμαρυγής (ΚΜ) και στένωσης μιτροειδούς (ΣΜΒ) για την εμφάνιση των ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και η συσχέτιση με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (ΚΑΚ).

**Ασθενείς και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 190 άτομα με ισχαιμικό Α.Ε.Ε. μέσης ηλικίας 67,7 έτη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Α συμπεριλήφθηκαν 74 άτομα με ΚΜ και ΣΜΒ μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Στη ομάδα Β συμπεριλήφθηκαν 110 άτομα χωρίς τους ανωτέρω προδιαθεσικούς παράγοντες.

**Αποτελέσματα:** Από τους 74 ασθενείς της ομάδας Α 22 (29,4%) ασθενείς είχαν ΚΜ, 45(60,8%) ΚΜ και ΣΜΒ και 7(10,8%) ΣΜΒ.

ΚΑΚ	Ήπιος	Μέτριος	Υψηλός
Ομάδα Α	24	31	19
Ομάδα Β	11	66	33
P value	0,0018	0,263	0,664

**Συμπέρασμα:** Η συνδυασμός των προδιαθεσικών παραγόντων κοιλιακής μαρμαρυγής και στένωσης της μιτροειδούς απαντάται συχνότερα στους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο ΚΑΚ δεν διαφοροποίησε την συχνότητα εμφάνισης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στην μελετούμενες ομάδες.

## 10 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Τσόκκου, Φ. Γκολέμη, Θ. Ανδριανόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

Παρουσιάζουμε την ανάλυση των 13 πρώτων οξέων εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) νέους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τα τελευταία 8 χρόνια. Η ηλικία των ασθενών ήταν από 25 έως 35 ετών. Το 80% των εγκεφαλικών επεισοδίων ήταν αποφρακτικά, το 16% αιμορραγικά και το 4% ΤΙΑ.Ο τύπος των αποφρακτικών που μελετήσαμε σύμφωνα με την ταξινόμηση της Οξφόρδης ήταν: πλήρη έμφρακτα πρόσθιας κυκλοφορίας 8%, μερικά έμφρακτα πρόσθιας κυκλοφορίας 73%, 1

κενοτοπιώδες έμφρακτο και 19% έμφρακτα οπίσθιας κυκλοφορίας. Η αιτιολογία σύμφωνα με την TOAST ήταν διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής, θρόμβωση φλεβωδών κόλπων, παρανεοπλαστικό σύνδρομο, μεσοκολπική επικοινωνία κλπ. Από τους 13 ασθενείς ο ένας απεβίωσε εντός κλινικής. Σε 10 ασθενείς έγινε παρακολούθηση στους 3, στους 6 μήνες και ένα χρόνο. Η συχνότητα των ΑΕΕ σε νέους είναι σχετικά χαμηλή.

Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση όπως και η έγκαιρη πρόληψη των προδιαθεσικών παραγόντων οδηγεί σε μειωμένη θνησιμότητα και καλύτερη αποκατάσταση των νέων αυτών που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

### 11 ΘΡΟΜΒΟΙ ΑΡΙΣΤΕΡΩΝ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΙΣΟΔΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Δ.Τσακίρη, Α.Α. Καραγύρης, Θ. Ανδριανόπουλος, Κ.Τσόκκου, Φ. Γκολέμη, Χ. Παπαδήμα, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άργους*

**Σκοπός** της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη της συχνότητας των εμβολικών ΑΕΕ σε ασθενείς με διαπιστωμένους θρόμβους αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 35 ασθενείς με θρόμβο αριστεράς καρδιακής κοιλότητας, (ομάδα Α) και 50 ασθενείς με χρόνια κολπική μαρμαρυγή χωρίς θρόμβους (ομάδα ελέγχου Β) Οι δυο ομάδες υποβάλλονταν σε επιτυχή αντιπηκτική αγωγή (INΠ =2,2 - 2,6). Οι ομάδες ετέθησαν σε παρακολούθηση επί τριετία όσο αναφορά την εμφάνιση ισχαιμικών ΑΕΕ. Η διαπίστωση των θρόμβων έγινε με υπερηχογραφική μελέτη και των ΑΕΕ με αξονική τομογραφία. Έγινε σύγκριση των ευρημάτων με Χ2.

**Αποτελέσματα:** Κατά την διάρκεια της τριετίας από την ομάδα Α διαπιστώθηκαν 5 ισχαιμικά ΑΕΕ και κανένα αιμορραγικό. Από την ομάδα ελέγχου 3 ισχαιμικά ΑΕΕ και ένα αιμορραγικό. Η διαφορά μεταξύ των ομάδων σε ότι αφορά την συχνότητα εμφάνισης ισχαιμικών ΑΕΕ δεν ήταν σημαντική (p=0.579).

**Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη θρόμβων στις αριστερές κοιλοότητες δεν αποτελεί μείζονα απειλή αν οι ασθενείς υποβάλλονται σε επιτυχή αντιπηκτική αγωγή.

### 12 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ

Γ. Ζαχαροπούλου<sup>1</sup>, Β. Ζαχαροπούλου<sup>2</sup>, Ι. Στάικου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη. Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Υγείας Καλαμάτας, <sup>2</sup>Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη, <sup>3</sup>MSc(c) Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Φυσικοθεραπεύτρια, Πανεπιστήμιο Πατρών

**Εισαγωγή:** Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά και μάλιστα έχει ενοχοποιηθεί ως παράγοντας κινδύνου σε κάποιες ασθένειες. Λίγα όμως είναι γνωστά για την παρουσία του επί κατάγματος ισχίου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του κλινικού προφίλ, συμπεριλαμβανομένου του ΑΕΕ, σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε μελέτη ασθενών-μαρτύρων που περιελάμβανε 202 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για κάταγμα ισχίου μετά από πτώση (με κωδικό κατά ICD-10: S72.1-S72.2) και 202 ηλικιωμένους από τον γενικό πληθυσμό (μάρτυρες) που δεν είχαν υποστεί κάταγμα. Τα στοιχεία των ασθενών ελήφθησαν από τα ηλεκτρονικά αρχεία δημοσίων νοσοκομείων της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας και των μαρτύρων αντλήθηκαν με τυχαία δειγματοληψία από τα Εξωτερικά Ιατρεία των αντίστοιχων νοσοκομείων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο του 2017 έως και τον Οκτώβριο του 2018.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 80,31 έτη και των μαρτύρων τα 77,18 έτη. Το 98% των ασθενών και το 60,4% των μαρτύρων είχαν συνοδά νοσήματα. Οι ασθενείς σε σχέση με τους μάρτυρες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό πάνω από 3 συνοδά νοσήματα (37,1% vs 1%) ενώ κατεγράφησαν σε μεγαλύτερα ποσοστά: το ΑΕΕ (16,8% vs 7,4%), η υπέρταση (43,1% vs 26,7%), άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα (30,7% vs 21,8%), η κατάθλιψη (21,8% vs 5%) η αγχώδης διαταραχή (20,3% vs 11,9%), η άνοια (17,8% vs 2,5%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square X2 όσον αφορά το ΑΕΕ και αρκετές άλλες συνοδές παθήσεις, οι ασθενείς εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ( $p < 0.05$ ) αυτά τα νοσήματα σε σχέση με τους μάρτυρες. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η ύπαρξη  $< 2$  συνοδών παθήσεων μείωσε την πιθανότητα κατάγματος ισχίου (OR=0.01, CI=0.001-0.97).

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι που υφίστανται κάταγμα ισχίου, βρίσκονται σε μια γενικότερη ευαλωτότητα τη στιγμή του κατάγματος, με περισσότερα συνοδά νοσήματα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, εκ των οποίων υπερτερούν τα καρδιαγγειακά.

### 13 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Β. Ζαχαροπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαροπούλου<sup>2</sup>, Ι. Στάικου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη, <sup>2</sup>Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη. Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Υγείας Καλαμάτας, <sup>3</sup>MSc(c) Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Φυσικοθεραπεύτρια, Πανεπιστήμιο Πατρών

**Εισαγωγή:** Η καρδιαγγειακή νοσηρότητα – υπέρταση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) – έχει ενοχοποιηθεί ως ισχυρός παράγοντας κινδύνου άνοιας.

**Σκοπός:** Η αποτύπωση του καρδιαγγειακού προφίλ των ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος έρευνας που σχεδιάστηκε για τη διερεύνηση, καταγραφή και αποτύπωση των δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών και κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών με άνοια στην κοινότητα, σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και πως αυτά καθορίζουν σημαντικές πτυχές της φροντίδας. Σχεδιάστηκε ως συγχρονική μελέτη παρατήρησης, περιλάμβανε 779 ασθενείς με άνοια, οι οποίοι προήλθαν από τα εξωτερικά νευρολογικά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας. Πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2016.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 77,7 έτη με το 58,8% να είναι γυναίκες. Το 98,7% των ασθενών έχουν συνοδά προβλήματα υγείας και το 24,6% έχει πάνω από τρία. Πιο συχνή είναι η υπέρταση (35,6%), τα καρδιαγγειακά (31,3%), ο ΣΔ (24,9%), το ΑΕΕ (20,5%). Η κατανομή των αναλογιών των παραπάνω συνοδών νοσημάτων διαφέρει στατιστικά σημαντικά σε κάθε νοσοκομείο. Όσον αφορά τις διαφορές φύλου, στις γυναίκες ανευρίσκονται σε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά, η υπέρταση (42,8%), τα καρδιαγγειακά (36,5%), ενώ ο ΣΔ βρίσκεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες (32,4%). Το ΑΕΕ ανευρίσκεται σε παρόμοια επίπεδα και στα δύο φύλα (20,7% vs 20,2%).

Υπάρχει διαφοροποίηση των αναλογιών των παραπάνω συνοδών νοσημάτων και σε σχέση με την περιοχική διαμόρφωση των ασθενών αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό συνοδών νοσημάτων ανάλογα με την περιοχική διαμόρφωση, με τους ασθενείς που διαμένουν σε αστική περιοχή να έχουν σημαντικά υψηλότερο αριθμό νοσημάτων από τον αντίστοιχο των ασθενών που διαμένουν σε αγροτική περιοχή ( $p=0,013$ ).

**Συμπεράσματα:** Η πλειοψηφία των ασθενών με άνοια έχει ένα επιβαρυνμένο καρδιαγγειακό προφίλ το οποίο για πολλούς ερευνητές αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα ανάπτυξης άνοιας.

**14 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ**

B. Ζαχαροπούλου<sup>1</sup>, Γ. Ζαχαροπούλου<sup>2</sup>, Ι. Στάικου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη, <sup>2</sup>Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη. Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Υγείας Καλαμάτας, <sup>3</sup>MSc(c) Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Φυσικοθεραπεύτρια, Πανεπιστήμιο Πατρών.

**Εισαγωγή:** Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχει ενοχοποιηθεί ως παράγοντας κινδύνου σε κάποιες ασθένειες, λίγα όμως είναι γνωστά για τη συμβολή του στον κίνδυνο πτώσης και κατάγματος ισχίου.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ εγκεφαλικού επεισοδίου και κινδύνου κατάγματος ισχίου στους ηλικιωμένους.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση μελετών, ανασκοπήσεων και μεταanalύσεων, δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, για εκδόσεις από το 2010 έως το 2019, που αναφέρονται στους παράγοντες κινδύνου κατάγματος ισχίου.

**Αποτελέσματα:** Μελέτες και ανασκοπήσεις έχουν εξετάσει την επίδραση του ΑΕΕ επί των πτώσεων και των καταγμάτων ισχίου. Το ιστορικό του ΑΕΕ προβλέπει ανεξάρτητα τον κίνδυνο πτώσης για πρώτη φορά, τον κίνδυνο επαναλαμβανόμενης πτώσης και τον κίνδυνο κατάγματος ισχίου σε ηλικιωμένους άνω των 65. Φαίνεται ότι οι επιζώντες από ΑΕΕ διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάγματος ισχίου (τουλάχιστον κατά 1,5 φορές) σε σύγκριση με ηλικιωμένους χωρίς ΑΕΕ, ενώ ο συνολικός επιπολασμός του κατάγματος είναι υψηλότερος στους ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό παρόμοιας ηλικίας. Σύμφωνα με τους ερευνητές, στην μπιπληγία συνεπεία ΑΕΕ υπάρχει η προδιάθεση κυρίως για διατροχαντήριο κάταγμα ιδίως στο πάσχον σκέλος, που οφείλεται στη μυϊκή αδυναμία και την αδυναμία ενεργοποίησης των προστατευτικών αντανακλαστικών μηχανισμών. Επιπλέον και η γνωστική δυσλειτουργία μετά από επαναλαμβανόμενα ΑΕΕ έχει δείξει θετική συσχέτιση, με την εξασθένιση κυρίως της εκτελεστικής λειτουργίας (δυσκολία στον σχεδιασμό, στην έναρξη και την αλληλουχία σύνθετων δραστηριοτήτων, ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών), να σχετίζεται με χειρότερη ανάκτηση της ισορροπίας ένα έτος μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

**Συμπεράσματα:** Η συνολική διαχείριση του εγκεφαλικού επεισοδίου με έμφαση στα κινητικά και γνωστικά ελλείμματα θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο πτώσεων και συνεπακόλουθων καταγμάτων.

**15 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΓΡΑΜΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΙΑΕΕ). ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΚΑΝΙΑ ΣΤΗ ΛΟΥΝΤ, ΣΟΥΗΔΙΑΣ (SKENES UNIVERSITETSSJUKHUS LUND)**

Σ. Μαυρομάτη<sup>1</sup>, Μ. Λεωνίδου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology Lund and Department of Psychiatry, University Hospital of Scania, Malmo Sweden, <sup>2</sup>Department of Neurology, University Hospital of Scania, Lund Sweden Gunnar Andsberg, Department of Neurology, University Hospital of Scania, Lund Sweden

**Εισαγωγή:** Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως “κλινική συμπτωματολογία με εστιακή ή γενικευμένη εγκεφαλική δυσλειτουργία, αιφνίδιας έναρξης, με διάρκεια μεγαλύτερη των 24 ωρών ή που οδηγεί στον θάνατο, χωρίς άλλη εμφανή αιτιολογία πέραν της αγγειακής προέλευσης”. Ως ισχαιμικό ΑΕΕ ορίζεται η διακοπή αιματικής ροής στο παρέγχυμα του εγκεφάλου ως επακόλουθο απόφραξης εγκεφαλικού αγγείου. Σήμερα υπάρχει δυνατότητα αντιμετώπισης του ΙΑΕΕ κατά την οξεία φάση, με τη χρήση ενδοφλέβιας θρομβόλυσης ή/και ενδαγγειακής θρομβεκτομής.

**Σκοπός:** Παρουσίαση του αλγορίθμου διάγνωσης και αντιμετώπισης ΙΑΕΕ με θρομβόλυση ή/και θρομβεκτομή καθώς και του ρόλου των διαφόρων ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων στην εφαρμογή του αλγορίθμου.

**Μέθοδοι:** Παρατίθεται ο αλγόριθμος θεραπευτικής προσέγγισης και αντιμετώπισης ΙΑΕΕ σε οξεία φάση βάσει του θεραπευτικού πρωτοκόλλου "Σώστε τον εγκέφαλο" καθώς επίσης και στοιχεία ίδιας εργασιακής εμπειρίας με τον εν λόγω αλγόριθμο.

**Αποτελέσματα:** Παρουσιάζονται στοιχεία της αποτελεσματικότητας του αλγορίθμου με έμφαση στον αριθμό ΙΑΕΕ που αντιμετωπίστηκαν με θρομβόλυση ή/και θρομβεκτομή και στο χρόνο δι-εκπεραίωσης των περιστατικών από την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο μέχρι την έναρξη θεραπευτικής διαδικασίας (door to needle). Κατά το 2018 χορηγήθηκε ενδοφλέβια θρομβόλυση στο 16% όλων των περιστατικών ΙΑΕΕ, ενώ το 26% των περιστατικών αντιμετωπίστηκαν συνδυαστικά με θρομβόλυση και θρομβεκτομή. Ένα 3,7% όλων των ΙΑΕΕ αντιμετωπίστηκαν μόνο με θρομβεκτομή. Ο μέσος όρος του χρόνου door to needle βρίσκεται στα 50' για το 2018. Ο αντίστοιχος χρόνος κατά το 2010 ήταν 77'.

**Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη του αλγορίθμου οδηγεί σε ταχύτερη διεκπεραίωση περιστατικών με μεγαλύτερη πιθανότητα θετικής κλινικής έκβασης για τον ασθενή. Η γνώση και διεκπεραίωση του αλγορίθμου από τα εμπλεκόμενα μέλη, δομεί καλύτερες εργασιακές σχέσεις και διευκολύνει την ομαλή συνεργασία μεταξύ του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

## 16 ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ ΣΕ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ, ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΟ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΟΓΚΟ

Ε. Μπενέκη, Κ. Τσατίρης

*Καρδιολογικό Γ.Ν. Καρδίτσας*

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται η περίπτωση άρρενος ασθενούς 40 ετών, ο οποίος νοσηλεύθηκε στο Παθολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας με διάγνωση οξέως ισχαιμικού ΑΕΕ.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ο ασθενής ηλικίας 40 ετών, προσήλθε λόγω διαταραχής του λόγου, αιφνιδίδως εμφανισθείσας προ 2ημέρου, χωρίς άλλη εστιακή νευρολογική σημειολογία. Από το ατομικό αναμνηστικό του, ο ασθενής ήταν καπνιστής, αριστερόχειρας, έπασχε από β-ετερόζυγη μεσογειακή αναιμία, αγχώδη - καταθλιπτική διαταραχή και υπερτριγλυκεριδαιμία χωρίς φαρμακευτική αγωγή.

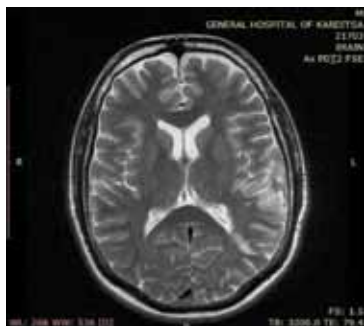
Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, που κατέδειξε ισχαιμικό έμφρακτο πρόσφατης ενάρξεως, αριστερά κροταφοβρεγματικά στην περιοχή αγγείωσης της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Η MRI εγκεφάλου, ακολούθως, επιβεβαίωσε το παθολογικό μαγνητικό σήμα στην T2 ακολουθία, στην περιοχή του αριστερού βρεγματικού και κροταφικού φλοιού (εικ. 1). Πραγματοποιήθηκε περαιτέρω απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος, προς διερεύνηση της αιτίας του ΑΕΕ στον ασθενή. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των καρωτίδων δεν ανέδειξε αξιόλογες αθηρωματικές αλλοιώσεις, ενώ η CTA εγκεφάλου ήταν αρνητική για ενδοκράνιες στενώσεις, ή άλλης μορφής αγγειακή δυσπλασία. Ο ασθενής υποβλήθηκε επίσης σε 24ωρο έλεγχο (Holter) καρδιακού ρυθμού, όπου παρατηρήθηκε φυσιολογικός φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς παρουσία κολπικών αρρυθμιών ή κολπικής μαρμαρυγής, ενώ η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφική μελέτη ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος για θρομβοφιλία απέβη αρνητικός. Λόγω του νεαρού της ηλικίας και του αρνητικού ελέγχου, ακολούθησε διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα, το οποίο κατέδειξε μάζα μικρού μεγέθους, στρογγύλου σχήματος, ομοιογενούς υφής, διαμέτρου περί 7mm, εντός του αριστερού κόλπου, παρά την κολπική επιφάνεια των γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας, προπίπτουσα δια του στομίου της μιτροειδούς βαλβίδας (ινοελάστωμα?) (εικ 2). Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αθήνας, προς περαιτέρω αντιμετώπιση. Υποβλήθηκε σε καρδιοχειρουργική επέμβαση εκτομής της μάζας, με ανεπίπλεκτο μετεγχειρητική πορεία και πλήρη ανάρρωση. Αναμένονται τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης.

**Συζήτηση:** Οι πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς είναι πολύ σπάνιοι (0,02%). Το 75% των πρωτοπαθών όγκων είναι καλοήθεις. Εκ των κακοήθων πρωτοπαθών όγκων της καρδιάς, το σάρκωμα είναι

ο συχνότερος όγκος. Οι καλοήθεις πρωτοπαθείς όγκοι της καρδιάς είναι με σειρά συχνότητας το μύζωμα (50% των όγκων), το λίπωμα (10-20%), τα θηλώδες ινοελάστωμα (8%) - καλοήθης όγκος των αριστερών καρδιακών βαλβίδων, το ραβδομύωμα, και τοίνωμα. Μεταξύ αυτών, το μύζωμα και το θηλώδες ινοελάστωμα αποτελούν δυνητικά, αιτία καρδιοεμβολικών ΑΕΕ, εμβολής στα στεφανιαία αγγεία ή περιφερικής εμβολής. Ο κίνδυνος εμβολής αναφέρεται υψηλός (30% - 40%). Η χειρουργική εξαίρεση των όγκων αυτών, έχει άριστα αποτελέσματα, με χαμηλό κίνδυνο υποτροπής του όγκου και εμβολικών επεισοδίων.

**Συμπέρασμα:** Παρουσιάστηκε η σπάνια περίπτωση καρδιοεμβολικού ΑΕΕ, σε ασθενή νεαρής ηλικίας, με εμβολογόνο εστία έναν πρωτοπαθή όγκο των αριστερών κοιλοτήτων της καρδιάς. Η συμβολή του διοισοφαγίου υπερηχοκαρδιογραφήματος, ήταν καθοριστική στη διαγνωστική προσπέλαση και θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

### ΜRI ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ



Εικ.1. Παθολογικό μαγνητικό σήμα που καταλαμβάνει φαιά και λευκή ουσία στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο

### ΔΙΟΙΣΟΦΑΓΕΙΟ U/S ΚΑΡΔΙΑΣ



Εικ. 2. Μεσοοισοφάγεια επιμήκης τομή, καταδεικνύουσα προπίπτουσα μάζα (βέλος), δια του στομίου της μιτροειδούς

### REFERENCES

1. Pepi M, Evangelista A, Nihoyannopoulos P et al. on behalf of the European Association of Echocardiography Recommendations for echocardiography use in the diagnosis and management of cardiac sources of embolism 2010;11:461-476.
2. Embolic Potential of Cardiac Tumors and Outcome After Resection A Case-Control Study Andrew W. ElBardissi, MD, MPH; Joseph A. Dearani, MD; Richard C. Daly, MD; Charles J. Mullany, MD; Thomas A. Orszulak, MD; Francisco J. Puga, MD; Hartzell V. Schaff, MD Stroke. 2009;40:156-162.
3. Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. Hart RG, Diener HC, Coutts SB, Easton JD, Granger CB, O'Donnell MJ, Sacco RL, Connolly SJ, Cryptogenic Stroke/ESUS International Working Group. Lancet Neurol. 2014 Apr; 13(4):429-38.

## 17 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΚΔΗΛΩΜΕΝΩΝ ΜΑΚΡΟ-ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

Κ. Κιντζογλανάκης<sup>1</sup>, Α. Γκούσιου<sup>2</sup>, Π. Βόντα<sup>1</sup>, Β.-Α. Ντάντου<sup>1</sup>, Ε. Κακού<sup>1</sup>, Κ. Μαλτέζης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τοπική Ομάδα Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) Θήβας, <sup>2</sup>Ψυχοθεραπεύτρια

**Εισαγωγή:** Οι εκδηλωμένες μακροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) επιβάλουν καλή γλυκαιμική ρύθμιση με σκοπό την επιτυχή δευτερογενή πρόληψη.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του αριθμού των εκδηλωμένων μακροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔτ2 και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

**Υλικό:** Μελετήθηκαν 141 ασθενείς με ΣΔτ2 καταχωρημένοι στο ηλεκτρονικό αρχείο της Τοπικής Ομάδας Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) Θήβας. Καταγράφηκαν ο αριθμός των εκδηλωμένων μακροαγγειακών



επιπλοκών και η HbA1c κάθε ασθενή την στιγμή της μελέτης. Ως μακροαγγειακές επιπλοκές ορίστηκαν η στεφανιαία νόσος, η σοβαρή αθηρωματική νόσος των καρωτίδων, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η περιφερική αρτηριακή αποφρακτική νόσος.

**Μέθοδος:** Διενεργήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης και independent samples t-test ώστε να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του αριθμού των μακροαγγειακών επιπλοκών και της HbA1c με το πρόγραμμα SPSS v20.

**Αποτελέσματα:** Το 42,6% (n=60) ήταν γυναίκες. Οι μέσοι όροι του δείγματος ήταν: ηλικία 68,6 έτη (T.A.=9,2) αριθμός επιπλοκών 0,58 (T.A.=0,88), HbA1c 6,87% (T.A.=1,32). Ο επιπολασμός των επιπλοκών ήταν: καμία επιπλοκή: 61,9%, μία επιπλοκή: 23,7%, δύο επιπλοκές: 8,6%, τρεις επιπλοκές: 5,8%, τέσσερις επιπλοκές: 0%. Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των μακροαγγειακών επιπλοκών και της HbA1c και το επίπεδο γλυκαιμικής ρύθμισης δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν επιπλοκές κι εκείνων που είχαν μία ή περισσότερες. Στους άνδρες καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες επιπλοκές (M.O.=0,75, T.A.=0,97) συγκριτικά με τις γυναίκες (M.O.=0,36, T.A.=0,66),  $t(136,22)=2,83$ ,  $p=.005$ .

**Συμπεράσματα:** Στο δείγμα ασθενών με T2ΣΔ της Τ.ΟΜ.Υ θήβας είναι πιθανό οι ασθενείς με εγκατεστημένες μακροαγγειακές επιπλοκές να δέχονται εντατική ιατρική φροντίδα και να αναπτύσσουν αυξημένες συμπεριφορές αυτοφροντίδας του διαβήτη τους και συνεπώς να μην διαφέρουν ως προς το επίπεδο γλυκαιμικής ρύθμισης σε σχέση με ασθενείς που δεν παρουσιάζουν επιπλοκές' παρότι οι άνδρες φαίνεται να είναι πιο ευεπίφοροι στις επιπλοκές συγκριτικά με τις γυναίκες.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις φαρμακευτικές εταιρείες  
για την πολύτιμη οικονομική στήριξή τους.





## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ - ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

6-7 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020

ΑΘΗΝΑ, ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ PRESIDENT

Λεωφ. Κηφισίας 43 – Αθήνα– Ελλάδα 115 23

T: (+30) 210 6989000

F: (+30) 210 6924900

E: president@president.gr

### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



CONGRESS WORLD ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΙΚΕ

Οργάνωση Συνεδρίων

Μιχαλακοπούλου 27, 11528 Αθήνα

Τηλ.: 210 72 10001, Fax: 210 72 10051

E-mail: cv@congressworld.gr