

27^ο
**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**
ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

& 7^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

27-29 ΙΟΥΝΙΟΥ 2013
ATHENAEUM INTERCONTINENTAL ATHENS HOTEL



ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ -
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.neurosurgerycongress.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 04 Ευχαριστήριο Χορηγών
- 07 Κάτοψη Συνεδριακού Χώρου
- 08 Γραμματεία Συνεδρίου
- 10 Μήνυμα από τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής του 27^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής
- 11 Μήνυμα από την Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής της 7^{ης} Επιστημονικής Συνάντησης Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής
- 12 Επιτροπές 27^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής & 7^{ης} Επιστημονικής Συνάντησης Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής
- 15 Συνοπτικό Πρόγραμμα 27^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής
- 20 Αναλυτικό Πρόγραμμα 27^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής
- 31 Συνοπτικό Πρόγραμμα 7^{ης} Επιστημονικής Συνάντησης Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής
- 32 Αναλυτικό Πρόγραμμα 7^{ης} Επιστημονικής Συνάντησης Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής
- 37 Προφορικές Ανακοινώσεις – Oral (O) 27^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής
- 61 Αναρτημένες Ανακοινώσεις – Poster (P) 27^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νευροχειρουργικής
- 95 Προφορικές Ανακοινώσεις / Αναρτημένη Ανακοίνωση - Oral / Poster Nurses (ON / PN) 7^{ης} Επιστημονικής Συνάντησης Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής
- 102 Ευρετήριο
- 107 Σημειώσεις

Το 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευροχειρουργικής τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Πριμοδοτείται με 15 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (ΣΙΕ).

Η 7^η Επιστημονική Συνάντηση Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής φέρει την αιγίδα της Ελληνικής Νευροχειρουργικής Εταιρείας και της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Στους νοσηλευτές που θα συμμετάσχουν στη Συνάντηση χορηγούνται 3 Μεταπτυχιακές Εκπαιδευτικές Μονάδες.

CODMAN NEURO



BACTISEAL®

SHUNT CATHETER



CONFIDENCE.

Purchase any CODMAN™ Valve with a CODMAN BACTISEAL™ Antimicrobial Impregnated Catheter. If any part of the system requires a revision due to infection or component failure, within one year of purchase, Codman will replace those components free of charge.

We are so confident in our system that we are willing to offer you this pledge for one year. Combine any CODMAN Valve with a BACTISEAL Catheter to create a unique and effective barrier to Gram +VE bacteria – you'll have a winning combination.

We hope you never use our BACTISEAL Pledge, and judging by your track record, you probably NEVER WILL.

CODMAN VALVES + BACTISEAL = CONFIDENCE

BACTISEAL: Confidence by Design

CREATES a unique and effective barrier to Gram +VE bacterial colonization on all catheter surfaces.

MAINTAINS the critical first month shunt implant vigil with two, slow-release antibiotics.

REDUCES the potential for Gram +VE shunt infection*.

* definition of shunt infection is proven catheter colonization and/or positive CSF culture.



A Perfect Fit for Your Favorite Valves

New ARES™ Antibiotic-Impregnated Catheters

Introducing our new ARES™ Antibiotic-Impregnated Catheters to reduce the colonization of gram-positive bacteria.

Laboratory tests show the catheters provide antimicrobial activity for at least the first 31 days, the time when patients are most susceptible to shunt infections.¹⁻⁴

For added convenience, ARES Catheters were designed with the same diameters as our standard catheters, for seamless connection to all Strata®, Delta®, and PS Medical® shunt valves, so you don't have to mix different shunt brands to get the best of both worlds.

For more information about the ARES Catheters, contact your Medtronic sales representative, or refer to www.medtronic.com

References

1. Banton R, Azeff W, Shunda L, Modi R. Mode of action of an antimicrobial polymer for use in hydrocephalus shunts. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2004; 53:779-782.
2. Pattavilakorn A, Khatami O, Korman TM, Kerei C, Davis A. Duration of in vivo antimicrobial activity of antibiotic-impregnated cerebrospinal fluid catheters. *Neurosurgery* 2006; 58:930-935.
3. Richards HK, Sealey H, Pickett J. Efficacy of antibiotic-impregnated shunt catheters in reducing shunt infection data from the United Kingdom Shunt Registry. *J Neurosurg Pediatrics* 2009; 4:385-394.
4. Pickett J, Attenello F, Southon DM, Garcia-Arribas JL, Mori C, Winger J, Casari B, Jallo G. Comparison of shunt infection incidence in high risk subgroups receiving antibiotic-impregnated versus standard shunts. *Childs Nerv Syst* 2010; 26:77-81.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΧΟΡΗΓΩΝ

Η Οργανωτική Επιτροπή και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Νευροχειρουργικής Εταιρείας ευχαριστούν θερμά τους χορηγούς και τους εκθέτες για τη συμπαράστασή τους στο 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευροχειρουργικής με Διεθνή Συμμετοχή και την 7^η Επιστημονική Συνάντηση Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής.

Χρυσοί Χορηγοί

CODMAN NEURO

DePuySynthes *People inspired™*
COMPANIES OF **Johnson & Johnson**



Εκθέτες



inomed 
we share competence



B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

INTEGRA
LIMIT UNCERTAINTY



SURGISEAR
AN ISO 13485:2003 COMPANY



LIKVOR



Χορηγοί Επικοινωνίας



**Ξεπεράστε τα
χειρουργικά όρια...**

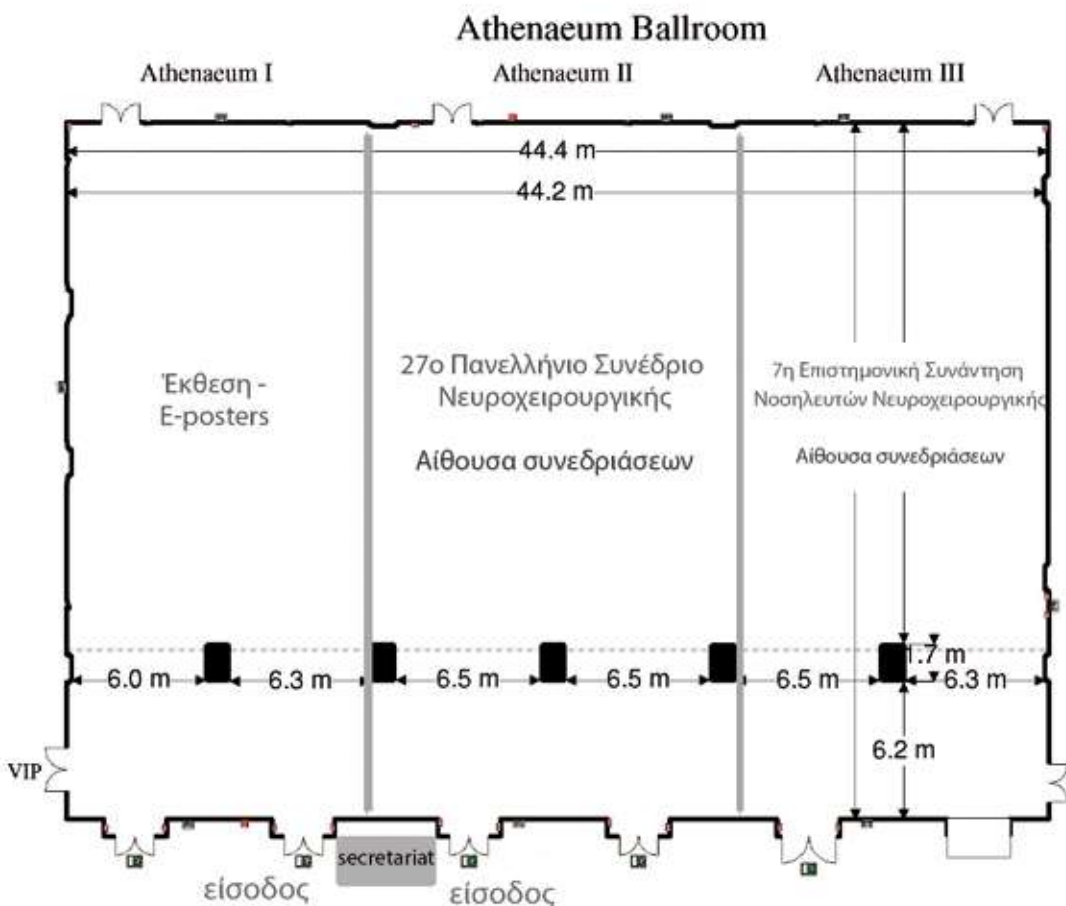
**Η χημειοθεραπεία
ξεκινά εδώ!**

GLIADEL[®]
(polifeprosan 20 with carmustine implant)

- Νεοδιαγνωσθέν γλοίωμα υψηλού βαθμού κακοήθειας¹
- Υποτροποιάζον πολύμορφο γλοιοβλάστωμα

ΚΑΤΟΨΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΥ ΧΩΡΟΥ

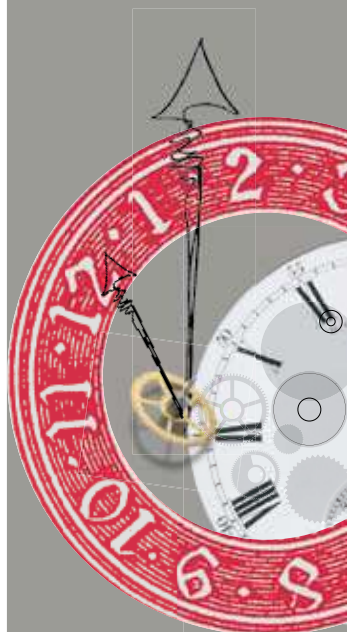
Athenaeum InterContinental Athens



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ARTION

conferences & events



Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου η Γραμματεία θα λειτουργεί τις ακόλουθες ημέρες και ώρες:

Πέμπτη, 27 Ιουνίου 2013	08:00 – 17:00
Παρασκευή, 28 Ιουνίου 2013	07:30 – 19:00
Σάββατο, 29 Ιουνίου 2013	07:30 – 13:30

ARTION Conferences & Events

9ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Θέρμης, Κτίριο Thomas,
57001 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 250928 (γραμμή Συνεδρίου), 2310 272275

Φαξ: 2310 272276

E-mail: neurosurgerycongress@artion.com.gr

Ιστοσελίδα: www.neurosurgerycongress.gr

Διεύθυνση Συνεδρίου: Δέσποινα Αμαραντίδου

Συντονισμός Συνεδρίου: Ζωή Παζαίτη

Διαχείριση Γραμματείας & Συνέδρων: Αννέτα Παυλίδου

Έκθεση και Χορηγίες: Λίνα Τσιπουρίδου

Εκδόσεις και Γραφείο Τύπου: Μαρία Καντζιάρη

Ιστοσελίδα και E-marketing: Αλέξανδρος Αντωνίου

ΜΟΝΑΔΑ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

CYBERKNIFE®

Τα Οφέλη της Θεραπείας για τον Ασθενή

- χωρίς τομές
- χωρίς πόνο
- χωρίς αιματηρό πλαίσιο ακινητοποίησης
- χωρίς μετεγχειρητική νοσηλεία & χρόνο ανάρτησης
- χωρίς αναισθησία



Ακριβές Ελεγχόμενο Ανώδυνο

Όγκοι ή παθολογικές αλλοιώσεις σε οποιοδήποτε όργανο και σημείο του σώματος όπως προστάτης, ήπαρ, πάγκρεας, σπλήν, πνεύμονες, εγκέφαλος, σπονδυλική στήλη αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και με ασφάλεια. Δεν υπάρχει το άγχος της χειρουργικής επέμβασης, δεν υπάρχει ο πόνος από την αιματηρή εφαρμογή του μεταλλικού πλαισίου ακινητοποίησης άλλων μεθόδων ή η αναισθησία.

Το Cyberknife® στην Ελλάδα

Το πρώτο και μοναδικό Cyberknife® στην Ελλάδα τεχνολογίας G4 λειτουργεί στην Αθήνα εδώ και τρία χρόνια περίπου στην ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ Α.Ε. στο όμορο κτίριο της εισόδου κλινικής.

Ο Μαγνητικός Τομογράφος 3 Tesla και ο Αξονικός Τομογράφος των 128 τμημάτων εγκαταστάθηκαν και λειτουργούν στην ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ, παρέχουν την τεχνολογία ακριβείας που απαιτείται για τον σχεδιασμό και την προετοιμασία του ασθενούς, για τη θεραπεία με τη ρομποτική στερεοτακτική ακτινοχειρουργική Cyberknife®.

Το Cyberknife® έχει την ικανότητα να αντιμετωπίζει και όγκους που στο παρελθόν έχουν ακτινοβοληθεί με άλλες τεχνικές, καθώς επίσης και παθολογικές καταστάσεις στη σπονδυλική στήλη και τα υπόλοιπα σημεία του σώματος, είτε καλοήθεις είτε κακοήθεις.



Cyberknife center:

Εθν. Αντιστάσεως 54-56, ΤΚ 15231 Χαλάνδρι
τηλ. για ραντεβού: 210 6796150



ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ με:

Ι.Κ.Α. - Ο.Γ.Α. - Ο.Α.Ε.Ε.
- Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. - Ο.Π.Α.Δ. -
Ν.Α.Τ. - Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω

www.cyberknife.gr

e-mail: info@magnitiki.gr

27^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΜΗΝΥΜΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Νευροχειρουργικής Εταιρείας, αλλά και εγώ προσωπικά, σας καλωσορίζω στο 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευροχειρουργικής που διεξάγεται στην Αθήνα από 27 έως 29 Ιουνίου 2013.

Ιδιαίτερη χαρά και τιμή αποτελεί φέτος η φιλοξενία της 5^{ης} Διεθνούς Συνάντησης για την Υδροκεφαλία, μεταξύ 29 Ιουνίου και 2 Ιουλίου 2013, στον ίδιο συνεδριακό χώρο.

Τόσο το ετήσιο πανελλήνιο συνέδριο, όσο και η Διεθνής Συνάντηση Υδροκεφαλίας αποτελούν κορυφαίες διοργανώσεις και παρά τις συνεχιζόμενες δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες που βιώνουμε στη χώρα λάβαμε έγκαιρα πρόνοια, ώστε να διεξαχθούν ομαλά.

Για μία ακόμη χρονιά με διαλέξεις, προφορικές και ηλεκτρονικές αναρτημένες ανακοινώσεις, όλοι μας, όπως οφείλουμε, θα παρουσιάσουμε τη δουλειά μας, θα συζητήσουμε, θα συμφωνήσουμε ή θα διαφωνήσουμε, για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα που θα προάγουν την επιστήμη της νευροχειρουργικής και φυσικά θα συντελέσουν στην αριότερη και αποτελεσματικότερη προσφορά υπηρεσιών στο νευροχειρουργικό ασθενή. Προσκεκλημένοι, διακεκριμένοι ξένοι συνάδελφοι τιμούν και τις δύο διοργανώσεις με την επιστημονική τους παρουσία και εμπλουτίζουν το πρόγραμμα τους. Οι νέοι και υπό ειδίκευση συνάδελφοι έχουν και πάλι την ευκαιρία να συμμετέχουν σε διαδραστικά φροντιστήρια (τρισιδιάστατη διαδραστική χειρουργική ανατομική) με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων.

Παράλληλα με το συνέδριο μας, όπως καθιερώθηκε τα τελευταία χρόνια, οι νοσηλευτές της Νευροχειρουργικής πρόκειται να καταθέσουν τη δική τους εμπειρία και να ανταλλάξουν απόψεις σε θέματα της καθημερινής τους πρακτικής στην 7^η Επιστημονική Συνάντηση Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής.

Η επιτυχία του συνεδρίου εκτός από την οργάνωση και το επιστημονικό περιεχόμενο εξαρτάται κυρίως από τη ενεργή συμμετοχή όλων μας.

Σας ευχόμαστε ένα δημιουργικό συνέδριο στην πόλη της Παλλάδας Αθηνάς!

Εκ μέρους του ΔΣ της Ελληνικής Νευροχειρουργικής Εταιρείας,

Ο Πρόεδρος



Ιωάννης Πατσαλάς

7^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΜΗΝΥΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Για έβδομη συνεχόμενη χρονιά, πραγματοποιείται η Επιστημονική Συνάντηση Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής στις 28 Ιουνίου 2013 στο ξενοδοχείο Athenaeum InterContinental στην Αθήνα.

Η κορυφαία αυτή επιστημονική εκδήλωση, η οποία εξελίσσεται σε σημαντικό βήμα επιστημονικής γνώσης και συνεργασίας των νοσηλευτών που εξειδικεύονται στον τομέα της νευροχειρουργικής, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα αν αναλογιστούμε τις δυσμενείς συνθήκες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα.

Το επιστημονικό πρόγραμμα είναι πολυθεματικό, ενώ έχει προηγηθεί συστηματική προσπάθεια θεματικής κάλυψης σε τομείς που μας απασχολούν στην καθημερινή μας πράξη, από άξιους συναδέλφους ειδικούς ομιλητές.

Στους συμμετέχοντες θα δοθούν εκπαιδευτικά μόρια της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας, γεγονός που επισφραγίζει το υψηλό επιστημονικό επίπεδο της συνάντησης και επιβραβεύει τους συνέδρους.

Με την ευχή και την πεποίθηση ότι η 7^η Επιστημονική Συνάντηση Νοσηλευτών Νευροχειρουργικής θα ξεπεράσει την επιτυχία της περσινής διοργάνωσης, σας καλωσορίζουμε στις εργασίες της φετινής Συνάντησης.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,



Αφροδίτη Φαΐτατζίδου

27^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ - ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος:	Ι. Πατσαλάς
Αντιπρόεδρος:	Γ. Ορφανίδης
Γεν. Γραμματέας:	Α. Ανδρέου
Ταμίας:	Ε. Χατζηδάκης
Ειδ. Γραμματέας:	Ν. Φόρογλου
Μέλη:	Α. Βάκης Γ. Μακρυγιαννάκης

Πρώην Πρόεδρος: Κ. Κουζέλης

Επιτροπή

Εκπαίδευσης:	Α. Σπηλιωτόπουλος Κ. Φουντάς
---------------------	---------------------------------

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Μέλη:	Γ. Αλεξόπουλος	Σ. Μισιρλόγλου
	Δ. Αρβανιτάκης	Δ. Μπουράμας
	Γ. Αρχοντάκης	Κ. Πολυζωίδης
	Β. Βάρσος	Δ. Σακάς
	Σ. Βούλγαρης	Α. Σαμέλης
	Δ. Γιαννετόπουλος	Π. Σελβιαρίδης
	Γ. Κουτσομπέλης	Η. Σουρτζής
	Θ. Κυριακού	Α. Σπανός
	Ε. Κωνσταντινίδης	Χ. Τσονίδης
	Δ. Κωνσταντίνου	Π. Χρυσανθακόπουλος

7^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ & ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:	Α. Φαίτατζίδου
Αντιπρόεδροι:	Μ. Γιαννακίδου Θ. Μαρτινοπούλου
Μέλη:	Κ. Ζερβάκη Μ. Ζώτου Α. Καλπακίδου Β. Καραστεργίου Α. Οικονόμου Μ. Παπαδοπούλου Δ. Στάμος



27^ο
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ/
ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη, 27 Ιουνίου 2013

- 8.00 – 9.30 Εγγραφές
- 9.30 – 11.30 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Μ. Φρατζόγλου – Β. Αναγνωστόπουλος
- 11.30 – 12.00 Διάλειμμα - καφέ
- 12.00 – 13.00 1η Συνεδρία: **ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΣ**
Προεδρείο: Ε. Χατζηδάκης – Δ. Αρβανιτάκης
«Διαδερμική σπονδυλοδεσία»
Β. Βουγιούκας, *Νευροχειρουργός*
«Ενδοσκοπική χειρουργική ΣΣ»
Γ. Μπάρλας, *Νευροχειρουργός*
«Ενδείξεις μικροδισκεκτομής»
Κ. Κουζέλης, *Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*
- 13.00 – 14.00 2η Συνεδρία: **ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΙ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ**
Προεδρείο: Β. Βάρσος – Γ. Μακρυγιαννάκης
«Ο ρόλος της νευροχειρουργικής παρέμβασης»
Σ. Γρηγοριάδης, *Νευροχειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*
«Μη χειρουργική αντιμετώπιση (χημειοθεραπεία ακτινοχειρουργική)»
Μ. Πιπέρη, *Ογκολόγος*
- 14.00 – 15.00 Ελαφρύ γεύμα
- 15.00 – 16.00 3η Συνεδρία: **ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**
Προεδρείο: Α. Βάκης – Ε. Κωνσταντινίδης
«Αλληλεπίδραση εγκεφάλου – πνευμόνων»
Β. Μπέκος, *Αναισθησιολόγος Εντατικολόγος, Διευθυντής ΜΕΘΑ, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών*
«Θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων και ICP»
Κ. Πολυζωίδης, *Καθηγητής ΑΠΘ, Νευροχειρουργός, Διευθυντής Α' Νευροχειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»*
- 16.00 – 17.00 4η Συνεδρία: **ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**
Προεδρείο: Α. Ανδρέου – Β. Κατσαρίδης
«Υπαραχνοειδής αιμορραγία»
Β. Παναγιωτόπουλος, *Λεκτορας Νευροχειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

«Μεθαιμορραγικός αγγειόσπασμος»

Ι. Ιωαννίδης, Επεμβατικός Νευρακτινολόγος,
Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «ΥΓΕΙΑ»

«Μηνιγγικές αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες»

Κ. Λάγιος, Επεμβατικός Νευροακτινολόγος,
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

«Αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες εγκεφάλου»

Ε. Αρχοντάκης, Επεμβατικός Νευροακτινολόγος, Επιμελητής Α',
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο ΕΕΣ»

«Το μέλλον της μικροχειρουργικής των ανευρυσμάτων»

Γ. Ορφανίδης, Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

17.15 – 19.00

ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«Κλινικό φροντιστήριο νευρο-ογκολογίας»

Π. Σταυρινού, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Πανεπιστημιακής
Νευροχειρουργικής Κλινικής Κολωνίας, Γερμανία

«Παρασκευή δεματίων λευκής ουσίας»

Σ. Λαφαζάνος, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

20.30 – 22.00

Τελετή έναρξης

«Ένα σύμπαν στον καθρέφτη»

Μ. Δανέζης, Επίκουρος Καθηγητής Αστροφυσικής,
Τμήμα Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Παρασκευή, 28 Ιουνίου 2013

7.30 – 9.00

ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«3D ανατομία του ΜΚΒ»

Π. Σταυρινού, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Πανεπιστημιακής
Νευροχειρουργικής Κλινικής Κολωνίας, Γερμανία

«Το Κροταφικό οστόύν»

Σ. Λαφαζάνος, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

9.00 – 11.00

Ελεύθερες ανακοινώσεις

Προεδρείο: Ι. Πολυθοδωράκης – Δ. Παχατουρίδης

11.00 – 11.30

Διάλειμμα - καφέ

11.30 – 12.30

5η Συνεδρία: **ΚΕΚ – ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΣ**

Προεδρείο: Μ. Βλασταράκος – Ι. Πατσαλάς

«Τροχαία ατυχήματα»

Ι. Διαμαντόπουλος, Διοικητής Τροχαίας Αθηνών

«Προνοσοκομειακή αντιμετώπιση – Έκβαση»

Β. Γροσομανίδης, Αναισθησιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ,
Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Αντιμετώπιση στα ΤΕΠ»

Π.Γ. Παπανικολάου, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

12.30 – 14.00

6η Συνεδρία: **ΟΓΚΟΙ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ**

Προεδρείο: Κ. Πολυζωίδης – Δ. Μπουράμας

«Όγκοι Παρεγκεφαλίδα»

Κ. Φουντάς, Νευροχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

«Όγκοι γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας»

Σ. Βούλγαρης, Νευροχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

«Όγκοι στελέχους – τέταρτης κοιλίας»

Ιωάννης Πατσαλάς, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ,
Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Όγκοι αποκλίματος»

A. Grotenhuis, Neurosurgeon, Professor of Neurosurgery,
Neurosurgical Center Nijmegen Canisius-Wilhelmina-Hospital (CWZ)
& University Medical Center St. Radboud (UMC), The Netherlands

14.00 – 15.00

Ελαφρύ γεύμα

15.00 – 16.00

7η Συνεδρία: **ΓΛΟΙΩΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ**

Προεδρείο: Γ. Στράντζαλης – Κ. Πατεράκης

«Σύγχρονη Νευροαπεικόνιση»

Ε. Καφαλάκη, Επίκουρος Καθηγήτρια Ακτινοδιαγνωστικής,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

«AWAKE κρανιοτομίες - Η αναισθησιολογική άποψη»

Α. Δημακοπούλου, Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

«Σύγχρονη χειρουργική θεραπεία γλοιωμάτων εγκεφάλου»

Ν. Φόρογλου, Επίκουρος Καθηγητής, Νευροχειρουργός,
Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

16.00 – 17.00

8η Συνεδρία: **ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Προεδρείο: Σ. Σγούρος – Σ. Χατζημιχάλης

«Ιδιαιτερότητες στα παιδιά»

Ν. Προδρόμου, Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

«Κρανιοφαρυγγίωμα»

A. Grotenhuis, Neurosurgeon, Professor of Neurosurgery, Neurosurgical Center Nijmegen Canisius-Wilhelmina-Hospital (CWZ) & University Medical Center St. Radboud (UMC), The Netherlands

«Όγκοι κωναρίου (pineal tumors)»

A. Grotenhuis, Neurosurgeon, Professor of Neurosurgery Neurosurgical Center Nijmegen Canisius-Wilhelmina-Hospital (CWZ) & University Medical Center St. Radboud (UMC), The Netherlands

17.00 – 17.30 Διάλειμμα - καφέ

17.30 – 19.00 9η Συνεδρία: **ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΡΑΝΙΟΥ ΣΣ**
Προεδρείο: Κ. Παναγόπουλος – Θ. Μπριμπίλης

«Δυσραφίες ΣΣ»

Γ. Σφακιανός, Νευροχειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής ΕΣΥ, Νευροχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

«Μη συνδρομικές κρανιοσυστοτώσεις»

Ι. Μάγρας, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Νευροχειρουργός, Α' Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Συνδρομικές κρανιοσυστοτώσεις»

Α. Στατουδάκης, Πλαστικός - Κρανιοπροσωπικός Χειρουργός

Σάββατο, 29 Ιουνίου 2013

7.30 – 9.00 **ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

“Far Lateral approach”

Π. Σταυρινού, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Πανεπιστημιακής Νευροχειρουργικής Κλινικής Κολωνίας, Γερμανία

«Προσπελάσεις ΑΜΣΣ»

Κ. Κωσταβάρας, Νευροχειρουργός, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

9.00 – 11.00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Λ. Ρούσσοσ – Ν. Σακελλαρίδης

11.00 – 11.30 Κεντρική ομιλία
Προεδρείο: Κ. Κουζέλης
“Cerebrovascular Reactivity monitoring following traumatic brain injury”
M. Czosnyka, Reader, University of Cambridge, UK

11.30 – 12.00 Διάλειμμα - καφέ

12.00 – 13.30

10η Συνεδρία: **ΠΟΝΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Προεδρείο: Π. Σελβιαρίδης – Ε. Μποβιάτσας

«Νευροπαθητικός πόνος: Η αντιμετώπιση στο ιατρείο πόνου»

Δ. Δίπλας, MD Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

«Ενδοκράνιες προσπελάσεις για την αντιμετώπιση της νευραλγίας τρίδυμου»

Δ.Ε. Σακάς, Νευροχειρουργός, Καθηγητής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

«Ο ρόλος της επισκληρίδιου και περιφερικής νευρικής διέγερσης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου»

Σ. Κορφιάς, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών, Νευροχειρουργός, Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

13.30

Γενική συνέλευση

Πέμπτη, 27 Ιουνίου 2013

8.00 – 9.30 Εγγραφές

9.30 – 11.30 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Μ. Φρατζόγλου – Β. Αναγνωστόπουλος

001. Η ΕΣΩ ΑΓΚΥΛΗ ΤΟΥ Ν2 ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΤΙΣ ΠΡΟΣΘΙΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Ν. Γκέκας, Σ. Σφήκας, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

002. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 3 ΕΤΩΝ

Χ. Αναγνωστόπουλος¹, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου^{1,2}, Α. Πετσανάς¹, Γ. Βράνος¹, Γ. Αλεξόπουλος¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

003. ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ:

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 13 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Π. Κόκκαλης, Π. Ζωγόπουλος, Β. Ξενάκη, Π.Γ. Παπανικολάου, Θ.Σ. Παλαιολόγος
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

004. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΔΙΣΚΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑΣ

Α. Τριανταφυλλίδης, Σ. Πλάκας, Α. Μήτσος, Χ. Συρρής, Α. Σαμέλης
Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

005. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΜΒΟΛΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ 401 ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (ΓΣΝΑ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Α. Τριανταφυλλίδης, Κ. Παπαχρήστου, Σ. Πλάκας, Α. Σαμέλης, Α. Μήτσος
Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

006. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΩΝ ΔΥΣΠΛΑΣΙΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Ν. Νάσης, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Λαφαζάνος, Σ. Πλάκας, Α. Ανδρέου
Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

007. ΕΠΑΝΑΣΗΡΑΓΓΟΠΟΙΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΣΘΕΝΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ. ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Θ. Παπασιλέκας, Ι. Ιωαννίδης, Ν. Νάσης, Α. Ανδρέου
Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

008. ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΝΑΣΗΡΑΓΓΟΠΟΙΗΘΕΝΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

Θ. Παπασιλέκας, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Πλάκας, Σ. Λαφαζάνος, Ν. Νάσης, Α. Ανδρέου
Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

009. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΡΜΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

A. Αποστολοπούλου, A. Μπαϊρακτάρης, H. Μανωλάκος, Γ. Σφακιανός, N. Προδρόμου
Νευροχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

010. PITUITARY ADENOMAS IN CHILDREN

M. Pitsika¹, V. Tsitouras¹, C. Mallucci¹, J. Blair², M. Didi²

(¹) Department of Paediatric Neurosurgery, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

(²) Department of Endocrinology, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

011. ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΟΥΜΕ ΟΤΙ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ...!

Σ. Πλάκας¹, A. Λινού², A. Τριανταφυλλίδης¹, Γ. Σφακιανός³, N. Προδρόμου³

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(²) Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

012. ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΚΡΑΝΙΕΚΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΙΑΣ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ 122 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

A. Πετσανάς, Χ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Βράνος, Φ. Σπυριδάκης, Γ. Αλεξόπουλος
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

013. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Γ. Αλεξίου¹, Γ. Φωτακόπουλος¹, Γ. Λιανός², Δ. Παχατουρίδης¹, Σ. Βούλγαρης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(²) Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

014. ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σ. Πήχας¹, E. Παπαδόπουλος², K. Μπάρκας³, Χ. Κατσιάφας⁴, I. Κατσιάφας⁵

(¹) Dept. of Neurosurgery, King's College Hospital, UK

(²) Dept. of Neurosurgery, University College London, UK

(³) Dept. of Neurosurgery, Royal London Hospital, UK

(⁴) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

(⁵) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

11.30 – 12. 00 Διάλειμμα - καφέ

12.00 – 13.00 1η Συνεδρία: **ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΣ**
Προεδρείο: Ε. Χατζηδάκης – Δ. Αρβανιτάκης

«Διαδερμική σπονδυλοδεσία»

B. Βουγιούκας, Νευροχειρουργός

«Ενδοσκοπική χειρουργική ΣΣ»

Γ. Μπάρλας, Νευροχειρουργός

«Ενδείξεις μικροδισκεκτομής»

K. Κουζέλης, Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

13.00 – 14.00 2η Συνεδρία: **ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΙ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ**
Προεδρείο: Β. Βάρσος – Γ. Μακρυγιαννάκης

«Ο ρόλος της νευροχειρουργικής παρέμβασης»

Σ. Γρηγοριάδης, Νευροχειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ,
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

«Μη χειρουργική αντιμετώπιση (χημειοθεραπεία ακτινοχειρουργική)»

Μ. Πιπέρη, Ογκολόγος

14.00 – 15.00 Ελαφρύ γεύμα

15.00 – 16.00 3η Συνεδρία: **ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Προεδρείο: Α. Βάκης – Ε. Κωνσταντινίδης

«Αλληλεπίδραση εγκεφάλου – πνευμόνων»

Β. Μπέκος, Αναισθησιολόγος Εντατικολόγος, Διευθυντής ΜΕΘΑ,
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

«Θρόμβωση των φλεβωδών κόλπων και ICP»

Κ. Πολυζωίδης, Καθηγητής ΑΠΘ, Νευροχειρουργός,
Διευθυντής Α' Νευροχειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

16.00 – 17.00 4η Συνεδρία: **ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

Προεδρείο: Α. Ανδρέου – Β. Κατσαρίδης

«Υπαραχνοειδής αιμορραγία»

Β. Παναγιωτόπουλος, Λεκτορας Νευροχειρουργικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

«Μεθαιμορραγικός αγγειόσπασμος»

Ι. Ιωαννίδης, Επεμβατικός Νευρακτινολόγος,
Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών «ΥΓΕΙΑ»

«Μηνιγγικές αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες»

Κ. Λάγιος, Επεμβατικός Νευροακτινολόγος,
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

«Αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες εγκεφάλου»

Ε. Αρχοντάκης, Επεμβατικός Νευροακτινολόγος, Επιμελητής Α',
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο ΕΕΣ»

«Το μέλλον της μικροχειρουργικής των ανευρυσμάτων»

Γ. Ορφανίδης, Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

17.15 – 19.00 **ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

«Κλινικό φροντιστήριο νευρο-ογκολογίας»

Π. Σταυρινού, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Πανεπιστημιακής
Νευροχειρουργικής Κλινικής Κολωνίας, Γερμανία

«Παρασκευή δεματίων λευκής ουσίας»

Σ. Λαφαζάνος, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

20.30 – 22.00 Τελετή έναρξης

«Ένα σύμπαν στον καθρέφτη»

Μ. Δανέζης, Επίκουρος Καθηγητής Αστροφυσικής,
Τμήμα Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Παρασκευή, 28 Ιουνίου 2013

7.30 – 9.00

ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

«3D ανατομία του ΜΚΒ»

Π. Σταυρινού, *Νευροχειρουργός, Επιμελητής Πανεπιστημιακής Νευροχειρουργικής Κλινικής Κολωνίας, Γερμανία*

«Το Κροταφικό οστόύν»

Σ. Λαφαζάνος, *Νευροχειρουργός, Επιμελητής Νευροχειρουργικής Κλινικής Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey*

9.00 – 11.00

Ελεύθερες ανακοινώσεις

Προεδρείο: Ι. Πολυθοδωράκης – Δ. Παχατουρίδης

015. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΠΙΣΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Κ. Οικονόμου, Α. Βυζιώτης, Δ. Βαρθαλίτης, Ν. Γεωργακούλιας, Ε. Αντωνίου, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

016. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΦΥΣΕΩΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ, ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ, ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Δ. Κατσιάνης, Π. Πριμικύρης, Α. Βυζιώτης, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

017. ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΜΕΣΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ – ΑΥΧΕΝΟΠΡΟΜΗΚΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ

Ν. Παιδακάκος¹, Κ. Κουζούνιας¹, Μ. Σκλαβούνου², Ν. Γκέκας¹, Δ. Μπουράμας^{1,2}

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Βιοκλινική Αθηνών

018. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΣΦΗΝΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΡΑΝΙΟΦΑΡΥΓΓΙΩΜΑΤΩΝ

Σ. Σφήκας, Ν. Γκέκας, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

019. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ, ΤΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΣΕ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Β. Κ. Κατσαρός^{1,2}, Ε. Λιούτα³, Ν. Παπανικολάου⁴, Λ. Ηερμογε⁵, Γ. Στράντζαλης^{2,3}

(¹) Τμήμα Μαγνητικού Συντονισμού, Αντικαρκινικό Ογκολογικό Αθηνών «Άγιος Σάββας»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(³) Ελληνικό Κέντρο Νευροχειρουργικής Έρευνας «Καθ. Πέτρος Σ. Κόκκαλης», Αθήνα

(⁴) Ν. Παπανικολάου και ΣΙΑ ΕΕ, ΕΤΕΠ-Κ, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης

(⁵) Imagilys, Brussels, Belgium

020. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κ. Φαρόπουλος, Κ. Πίκολας, Φ. Γιαννικοπούλου, Σ. Ραυτόπουλος, Γ. Γκατζούνης
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

021. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΗΡΑΓΓΩΔΩΝ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2009-2012

Ν. Ψάρρας, Γρ. Κεσίδης, Τρ. Θωμαΐδης, Λ. Ντεμουρτζίδης, Π. Σακελλαρίου

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

022. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΡΟΗΣ. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΧΩΡΟΚΑΤΑΚΤΗΤΙΚΩΝ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ

Γ. Αλεξίου¹, Γ. Βαρθολομάτος², Ε. Μίχος¹, Δ. Παχατουρίδης¹, Σ. Βούλγαρης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(²) Αιματολογικό Εργαστήριο, Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

023. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΣΚΗΝΙΔΙΟΥ - ΔΡΕΠΑΝΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Π. Πριμικήρης, Δ. Βαρθαλίτης, Α. Βυζιώτης, Ν. Γκέκας, Δ. Κατσιάνης, Ν. Γεωργακούλιας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

024. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ

Θ. Σπηλιωτόπουλος, Ι. Μάγρας, Π. Σάρλης, Ι. Πατσαλάς, Κ. Πολυζωίδης

Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

025. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ι. Πατσαλάς, Α. Τσιτλακίδης, Π. Σελβιαρίδης, Ι. Μάγρας, Κ. Πολυζωίδης

Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

026. Η ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΣΠΩΜΕΝΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ ΚΑΡΜΟΥΣΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΓΛΟΙΩΜΑΤΩΝ

Θ.Σ. Παλαιολόγος, Π.Γ. Παπανικολάου, Χ. Γκολέμης, Ι. Μάλλιος, Θ. Κυριακού

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

027. ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGRANS ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Γκουλιόπουλου¹, Ε. Μπλευράκης², Α. Γιαννόπουλος¹, Α. Βάκης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

(²) Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

11.00 – 11.30 Διάλειμμα - καφέ

11.30 – 12.30 5η Συνεδρία: **ΚΕΚ – ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΣ**

Προεδρείο: Μ. Βλασταράκος – Ι. Πατσαλάς

«Τροχαία ατυχήματα»

Ι. Διαμαντόπουλος, Διοικητής Τροχαίας Αθηνών

«Προνοσοκομειακή αντιμετώπιση – Έκβαση»

Β. Γροσομανίδης, Αναισθησιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ,
Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Αντιμετώπιση στα ΤΕΠ»

Π.Γ. Παπανικολάου, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

12.30 – 14.00 6η Συνεδρία: **ΟΓΚΟΙ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ**

Προεδρείο: Κ. Πολυζωίδης – Δ. Μπουράμας

«Ογκοί Παρεγκεφαλίδας»

Κ. Φουντάς, Νευροχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

«Όγκοι γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας»

Σ. Βούλγαρης, *Νευροχειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

«Όγκοι στελέχους – τέταρτης κοιλίας»

Ιωάννης Πατσαλάς, *Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ, Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»*

«Όγκοι αποκλίματος»

A. Grotenhuis, *Neurosurgeon, Professor of Neurosurgery, Neurosurgical Center Nijmegen Canisius-Wilhelmina-Hospital (CWZ) & University Medical Center St. Radboud (UMC), The Netherlands*

14.00 – 15.00 Ελαφρύ γεύμα

15.00 – 16.00 7η Συνεδρία: **ΓΛΟΙΩΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ**

Προεδρείο: Γ. Στράντζαλης – Κ. Πατεράκης

«Σύγχρονη Νευροαπεικόνιση»

Ε. Καψαλάκη, *Επίκουρος Καθηγήτρια Ακτινοδιαγνωστικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

«AWAKE κρανιοτομίες - Η αναισθησιολογική άποψη»

A. Δημακοπούλου, *Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»*

«Σύγχρονη χειρουργική θεραπεία γλοιωμάτων εγκεφάλου»

N. Φόρογλου, *Επίκουρος Καθηγητής, Νευροχειρουργός, Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»*

16.00 – 17.00 8η Συνεδρία: **ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Προεδρείο: Σ. Σγούρος – Σ. Χατζημιχάλης

«Ιδιαιτερότητες στα παιδιά»

N. Προδρόμου, *Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα*

«Κρανιοφαρυγγίωμα»

A. Grotenhuis, *Neurosurgeon, Professor of Neurosurgery, Neurosurgical Center Nijmegen Canisius-Wilhelmina-Hospital (CWZ) & University Medical Center St. Radboud (UMC), The Netherlands*

«Όγκοι κωναρίου (pineal tumors)»

A. Grotenhuis, *Neurosurgeon, Professor of Neurosurgery Neurosurgical Center Nijmegen Canisius-Wilhelmina-Hospital (CWZ) & University Medical Center St. Radboud (UMC), The Netherlands*

17.00 – 17.30 Διάλειμμα - καφέ

- 17.30 – 19.00 9η Συνεδρία: **ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΡΑΝΙΟΥ ΣΣ**
Προεδρείο: Κ. Παναγόπουλος – Θ. Μπιρμπίλης
«Δυσραφίες ΣΣ»
Γ. Σφακιανός, Νευροχειρουργός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής ΕΣΥ, Νευροχειρουργική Κλινική,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα
«Μη συνδρομικές κρανιοσυστοτώσεις»
Ι. Μάγρας, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Νευροχειρουργός,
Α΄ Νευροχειρουργική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»
«Συνδρομικές κρανιοσυστοτώσεις»
Α. Στατουδάκης, Πλαστικός - Κρανιοπροσωπικός Χειρουργός

Σάββατο, 29 Ιουνίου 2013

- 7.30 – 9.00 **ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**
“Far Lateral approach”
Π. Σταυρινού, Νευροχειρουργός, Επιμελητής Πανεπιστημιακής
Νευροχειρουργικής Κλινικής Κολωνίας, Γερμανία
«Προσπελάσεις ΑΜΣΣ»
Κ. Κωσταβάρας, Νευροχειρουργός, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
- 9.00 – 11.00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Λ. Ρούσσος – Ν. Σακελλαρίδης

028. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Α. Ανταλοπούλου, Σ. Κορφιάς, Γ. Στράντζαλης, Σ. Γκατζώνης, Δ.Ε. Σακάς
Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

029. MEDULLOBLASTOMA IN ADULTS: 25 YEAR EXPERIENCE OF A SINGLE UNIT

Υ. Κονοφαου¹, Α. Subbaraju¹, S. Sciacca¹, G. Samandouras^{1,2}

(¹) The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, University College London Hospitals NHS Trust Queen Square, London, UK

(²) Reta Lila Weston Research Laboratories, Department of Molecular Neuroscience UCL Institute of Neurology Queen Square, London, UK

030. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ DIFFUSION TENSOR, DYNAMIC SUSCEPTIBILITY CONTRAST ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ^{99m}Tc-TETROFOSMIN SPECT ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΚΤΙΝΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΓΛΟΙΩΜΑΤΟΣ

Γ. Αλεξίου¹, Α. Ζήκου², Σ. Βούλγαρης¹, Α. Φωτόπουλος³, Μ. Αργυροπούλου²

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(²) Εργαστήριο Κλινικής Ακτινολογίας και Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(³) Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

031. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ, ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΟΣ

Ν. Γκέκας, Σ. Σφήκας, Δ. Κατσιάνης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

032. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΥΠΕΡΟΦΡΥΑ ΚΑΙ ΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΛΑΙΟΥ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ

Ν. Γκέκας, Σ. Σφήκας, Β. Βαλαδάκης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

033. ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΣΦΗΝΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΝΕΥΡΟΠΛΟΗΓΗΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ (HEAD BAND NEURONAVIGATION)

Ι. Μάλλιος, Θ.Σ. Παλαιολόγος, Π.Γ. Παπανικολάου, Χ. Γκολέμης, Μ. Φρατζόγλου
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

034. Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ - ΔΙΑΓΝΑΘΙΚΗ (TRANSFACIAL-TRANSMAXILLARY) ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Σ. Λαφαζάνος¹, Κ. Κωσταβάρας², Σ. Πλάκας³, Γ. Στράντζαλης⁴, Α. Ανδρέου⁵

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

(²) Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(⁴) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(⁵) Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

035. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΝΕΥΡΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Π. Λαγός, Σ. Κορφιάς, Χ. Κουτσαρνάκης, Φ. Λιάκος, Δ.Ε. Σακάς

Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

036. ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΠΛΟΗΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΜΠΙΕΣΗ ΜΕ ΜΠΑΛΟΝΙ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΓΑΓΓΛΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ

Μ. Γεωργιόπουλος, Σ. Ραυτόπουλος, Κ. Πίκολας, Κ. Φαρόπουλος, Κ. Κωνσταντογιάννης
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

037. Ο ΣΗΡΑΓΓΩΔΗΣ ΚΟΛΠΟΣ

Σ. Λαφαζάνος¹, Κ. Κωσταβάρας², Σ. Πλάκας³, Γ. Στράντζαλης⁴, Α. Ανδρέου⁵

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

(²) Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(⁴) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(⁵) Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

038. ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Ή ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΠΙΑ ΑΛΛΟΘΙ

Ε. Αντωνίου, Γ. Ορφανίδης, Ν. Γεωργακούλιας

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

11.00 – 11.30 Κεντρική ομιλία


Προεδρείο: Κ. Κουζέλης

“Cerebrovascular Reactivity monitoring following traumatic brain injury”

M. Czosnyka, Reader, University of Cambridge, UK

11.30 – 12.00 Διάλειμμα - καφέ

- 12.00 – 13.30 1^η Συνεδρία: **ΠΟΝΟΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**
Προεδρείο: Π. Σελβιαρίδης – Ε. Μποβιάτσος
«Νευροπαθητικός πόνος: Η αντιμετώπιση στο ιατρείο πόνου»
Δ. Δίπλας, MD Αναισθησιολόγος, Διευθυντής Αναισθησιολογικού Τμήματος,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»
«Ενδοκράνιες προσπελάσεις για την αντιμετώπιση της νευραλγίας τρίδυμου»
Δ.Ε. Σακάς, Νευροχειρουργός, Καθηγητής Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»
«Ο ρόλος της επισκληρίδιου και περιφερικής νευρικής διέγερσης
στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου»
Σ. Κορφιάς, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών, Νευροχειρουργός,
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»
- 13.30 Γενική συνέλευση



7^η
**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ/
ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή, 28 Ιουνίου 2013

9.00 – 9.30 Χαιρετισμοί - Έναρξη

9.30 – 10.00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Α. Καλπακίδου - Α. Οικονόμου

10.00 – 11.30 **Στρογγυλή τράπεζα: Διακίνηση – Διαχείριση υλικών πόρων στο χειρουργείο**
Προεδρείο: Θ. Μαρτινοπούλου – Δ. Στάμος

«Παραγγελίες - παραλαβές νευροχειρουργικού υλικού»

Ε. Πασσά, Προϊσταμένη Χειρουργείου,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

«Διαχείριση νευροχειρουργικού υλικού στο χειρουργείο»

Ι. Παππάς, Νοσηλεύτης Χειρουργείου,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

«Έλεγχος υλικών σε μια νευροχειρουργική αίθουσα»

Π. Βασιλείου, Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

11.30 – 12.00 Διάλειμμα - καφέ

12.00 – 13.30 **Στρογγυλή τράπεζα: Η έννοια του κόστους στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών στη νευροχειρουργική**

Προεδρείο: Α. Φαϊτατζίδου – Μ. Γιαννακίδου

«Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα υγείας του νευροχειρουργικού ασθενή»

Κ. Τούφας, Προϊστάμενος ΜΗΝ,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Αποτίμηση του κόστους στις νευροχειρουργικές επεμβάσεις»
Ι. Φουντουκίδης, Οικονομολόγος, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων στο χειρουργείο»

Θ. Μαρτινοπούλου, Αν. Προϊσταμένη, Γενικό Χειρουργείο,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

13.30 – 14.00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Κ. Ζερβάκη – Α. Δημητρούλη

14.00 – 15.00 Ελαφρύ γεύμα

15.00 – 16.30 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Μ. Ζώτου – Ε. Πασσά

Παρουσίαση Ε - Posters

Λήξη νοσηλευτικού σεμιναρίου

Παρασκευή, 28 Ιουνίου 2013

9.00 – 9.30 Χαιρετισμοί - Έναρξη

9.30 – 10.00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: **Α. Καλπακίδου - Α. Οικονόμου**

ΟΝΟ1. ΤΡΑΥΜΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗΣΑΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ

Α. Βλάχου¹, Σ. Κορφιάς², Ε. Βλάχου³, Γ. Στράντζαλης², Χ. Μαρβάκη⁴

(¹) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(²) Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ο Ευαγγελισμός»

(³) Β΄ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

(⁴) Α΄ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

**ΟΝΟ2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ
ΚΑΙ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ**

Κ. Μπογδάνου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

**ΟΝΟ3. ΤΑ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ
ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ**

Χ. Ερμείδης¹, Δ. Φελώνη²

(¹) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

(²) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

10.00 – 11.30 **Στρογγυλή τράπεζα: Διακίνηση – Διαχείριση υλικών πόρων στο χειρουργείο**
Προεδρείο: **Θ. Μαρτινοπούλου – Δ. Στάμος**

«Παραγγελίες - παραλαβές νευροχειρουργικού υλικού»

Ε. Πασσά, Προϊσταμένη Χειρουργείου,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

«Διαχείριση νευροχειρουργικού υλικού στο χειρουργείο»

Ι. Παππάς, Νοσηλεύτης Χειρουργείου,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

«Έλεγχος υλικών σε μια νευροχειρουργική αίθουσα»

Π. Βασιλείου, Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

11.30 – 12.00 Διάλειμμα - καφέ

12.00 – 13.30 **Στρογγυλή τράπεζα: Η έννοια του κόστους στην ποιότητα παροχής
υπηρεσιών στη νευροχειρουργική**

Προεδρείο: **Α. Φαϊτατζίδου – Μ. Γιαννακίδου**

«Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα υγείας του νευροχειρουργικού ασθενή»

Κ. Τούφας, Προϊστάμενος ΜΗΝ,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

«Αποτίμηση του κόστους στις νευροχειρουργικές επεμβάσεις»
Ι. Φουντουκίδης, Οικονομολόγος, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»
«Εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων στο χειρουργείο»
Θ. Μαρτινοπούλου, Αν. Προϊσταμένη, Γενικό Χειρουργείο,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

13.30 – 14.00 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Κ. Ζερβάκη – Α. Δημητρούλη

ΟΝ04. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μ. Αστουρακάκη, Κ. Ζερβάκη

Χειρουργική Ογκολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, Πανεπιστημιακό
Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΟΝ05. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Α. Ανταλοπούλου¹, Σ. Κορφιάς¹, Χ. Μαρβάκη², Α. Σιατούνη¹, Μ. Γιαννακίδου¹

(¹) Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ο Ευαγγελισμός»

(²) Α΄ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

ΟΝ06. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Δ. Καραθάνου, Μ. Κοντοπούλου, Β. Καραστεργίου, Ι. Μάγρας, Κ. Πολυζωίδης
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

14.00 – 15.00 Ελαφρύ γεύμα

15.00 – 16.30 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Μ. Ζώτου – Ε. Πασσά

ΟΝ07. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Ντοντόρου¹, Σ. Σφήκας², Β. Τσακανίκα¹, Αγ. Μακρή³

(¹) Νευροχειρουργικό Χειρουργείο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

(³) Γ΄ Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΟΝ08. ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Μ. Αστουρακάκη, Κ. Ζερβάκη

Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΟΝ09. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΗ ΣΕ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Μ. Μελέα

Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΟΝ10. ΕΞΟΙΚΙΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΦΥΣΕΩΝ

Α. Κασιόλα

Νευροχειρουργικό Χειρουργείο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

**ΟΝ11. Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟΥ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ
ΓΙΑ ΚΡΑΝΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ**

Κ. Παπαδημητρίου¹, Ε. Κωτίδη¹, Σ. Στεφανίδου¹, Σ. Μαυροματίδης²

(¹) Νοσηλεύτης Κεντρικού Χειρουργείου Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

(²) Προϊστάμενος Κεντρικού Χειρουργείου Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

ΟΝ12. ΑΝΑΒΟΛΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΩΝ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ:

ΑΙΤΙΑ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Θ. Μαρτινοπούλου, Α. Φαϊτατζίδου

Γενικό Χειρουργείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Παρουσίαση Ε - Posters

ΡΝ1. ΚΕΚ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ

Ε. Φιλιππαίου

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

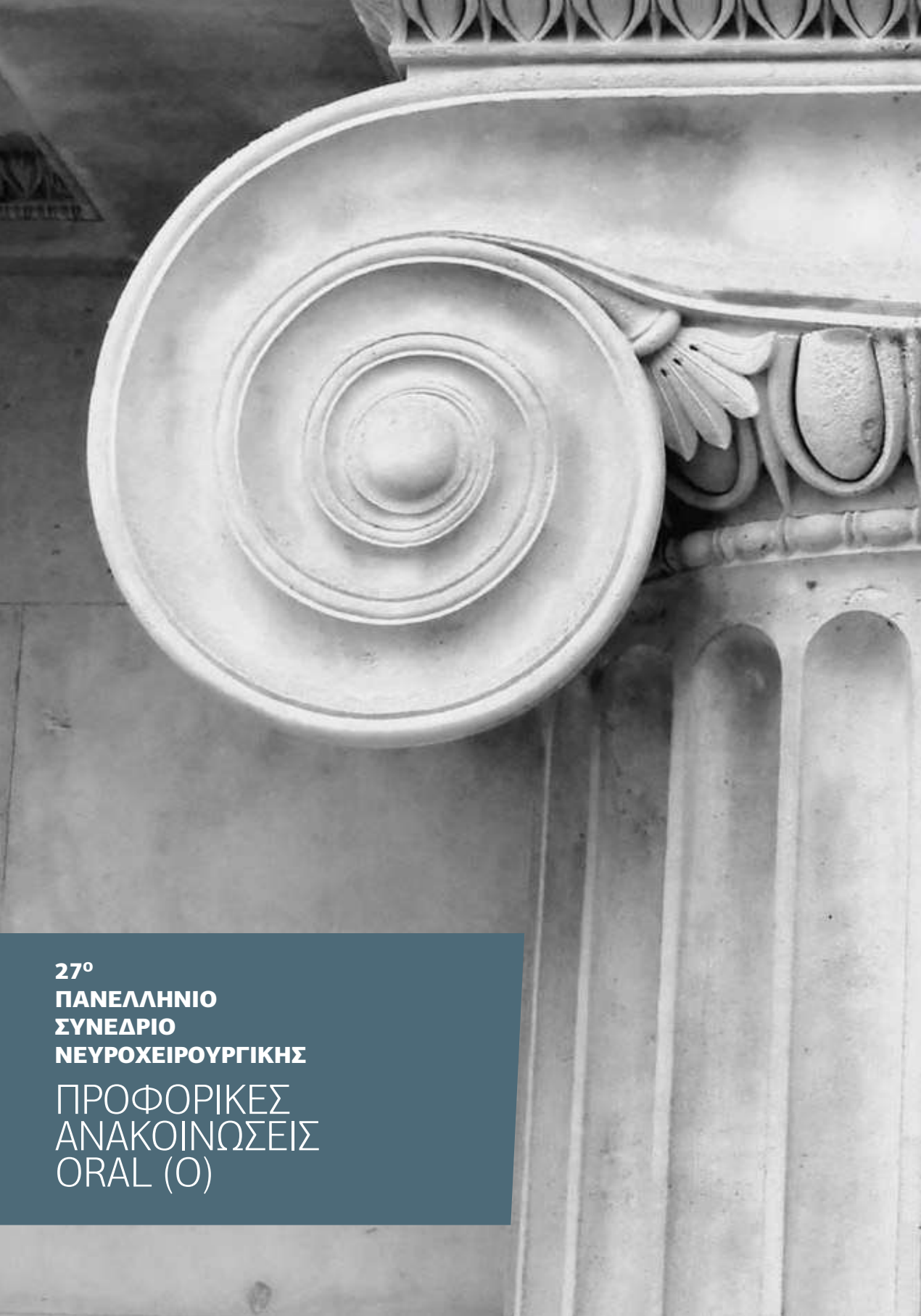
ΡΝ2: ΠΛΑΣΜΑΤΟΚΥΤΤΩΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΠΟΝΔΥΛΟΥ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δ. Στάμος, Σ. Βούλγαρης

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Λήξη νοσηλευτικού σεμιναρίου



27°
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ORAL (O)

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ – ORAL (Ο)

001. Η ΕΣΩ ΑΓΚΥΛΗ ΤΟΥ V2 ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΤΙΣ ΠΡΟΣΘΙΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Ν. Γκέκας, Σ. Σφήκας, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανεύρεση της συχνότητας ύπαρξης έσω αγκύλης του V2 τμήματος της σπονδυλικής αρτηρίας και η ανάδειξη της χειρουργικής σημασίας αυτής της ανατομικής παραλλαγής στις πρόσθιες προσπελάσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε 400 σπονδυλικές αρτηρίες σε 190 μαγνητικές τομογραφίες και 10 αξονικές τομογραφίες με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό, από το αρχείο μας, από τον Μάιο 2011 έως τον Ιούνιο 2012. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με απεικονιστικό έλεγχο που περιελάμβανε εγκάρσιες τομές από τον A3 έως τον A7 σπόνδυλο ανεξαρτήτου παθολογίας. Επιπρόσθετα ανασκοπήσαμε την βιβλιογραφία σχετικά με τα αναφερόμενα ασφαλή όρια εκτομής από τη μέση γραμμή κατά την πρόσθια αυχενική δισκεκτομή και σωματεκτομή, καθώς και τις τεχνικές παραμέτρους των παρεχομένων από τη βιομηχανία κλωβών υποκατάστασης μεσοσπονδύλιου δίσκου και σπονδυλικού σώματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 9 ασθενείς (4,5%) το V2 τμήμα της σπονδυλικής αρτηρίας σχημάτισε έσω αγκύλη, το έσω όριο της οποίας υπολογίστηκε σε απόσταση από τη μέση γραμμή < 10mm, ενώ σε 5 από αυτούς τους ασθενείς (2,5%) το έσω όριο υπολογίστηκε σε απόσταση ≤ 8mm.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γνώση της ανωτέρω αναφερόμενης ανατομικής παραλλαγής του V2 τμήματος της σπονδυλικής αρτηρίας είναι ουσιώδης ώστε να αποφευχθεί κάκωση της σπονδυλικής αρτηρίας κατά τις πρόσθιες προσπελάσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, με πιθανές καταστροφικές για τον ασθενή συνέπειες. Δεδομένης της υψηλής συχνότητάς της, θα πρέπει ο προεγχειρητικός έλεγχος πάντοτε να περιλαμβάνει την μελέτη των σπονδυλικών αρτηριών στα επίπεδα του χειρουργικού ενδιαφέροντος και να επιλέγεται το κατάλληλο μέγεθος κλωβού.

002. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 3 ΕΤΩΝ

Χ. Αναγνωστόπουλος¹, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου^{1,2}, Α. Πετσάνας¹, Γ. Βράνος¹, Γ. Αλεξόπουλος¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας και η αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων από την χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών μετά από αφαίρεση έξω- και ενδοσκληρίδιων όγκων της σπονδυλικής στήλης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα τελευταία 3 έτη αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά 15 ασθενείς με πιεστικά φαινόμενα επί του νωτιαίου μυελού ή της ιππουρίδας από όγκους της σπονδυλικής στήλης. Έξι ήταν άνδρες και εννέα γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 56 έτη. Το 60% ήταν κακοήθη νεοπλασμάτα και το 40% καλοήθη. Το 48% από τους όγκους εντοπιζόταν στη ΘΜΣΣ, 26% εντοπιζόταν στη ΑΜΣΣ και 26% στην ΟΜΣΣ. Όλοι οι ασθενείς διερευνήθηκαν προεγχειρητικά με CTscan, MRI και σπινθηρογράφημα οστών ολοκλήρου του σώματος. Αντιμετωπίστηκαν

χειρουργικά με μικροχειρουργική τεχνική και τη χρήση σωματοαισθητικών προκλητών δυναμικών. Από το σύνολο των όγκων 13 ήταν εξωμυελικοί (3 μηνιγγιώματα, 3 νευρινώματα, 2 λεμφώματα Β-προέλευσης, 1 επιδερμοειδής κύστη, 1 επενδύωμα, 1 μελάνωμα, 1 πλασματοκύττωμα, 1 αδενοκαρκίνωμα) και 2 ενδομυελικοί (1 πολύμορφο γλοιοβλάστωμα, 1 δευτεροπαθές καρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κανένας ασθενής δεν εμφάνισε μείζονα επιπλοκή διεγχειρητικά. Μετεγχειρητικά η νευρολογική εικόνα και η λειτουργική κατάσταση βελτιώθηκε σε 13 ασθενείς (86,7%). Ένας ασθενής παρέμεινε στάσιμος νευρολογικά και ένας ασθενής επιδεινώθηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εγχειρητική αντιμετώπιση ασθενών με νεοπλασίες στη ΣΣ με τη χρήση μικροχειρουργικής τεχνικής και τη χρήση σωματοαισθητικών προκλητών δυναμικών συμβάλλει στην κατά το δυνατόν ολική αφαίρεση των όγκων της σπονδυλικής στήλης, με συνοδό αποτέλεσμα άμεση βελτίωση της νευρολογικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής.

003. ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΙ ΟΓΚΟΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 13 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Π. Κόκκαλης, Π. Ζωγόπουλος, Β. Ξενάκη, Π.Γ. Παπανικολάου, Θ.Σ. Παλαιολόγος
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι επισκληρίδιες εξεργασίες της σπονδυλικής στήλης είναι σχεδόν πάντα κακοήθη νεοπλασμάτα. Οι περισσότερες δε από αυτές αντιπροσωπεύουν μεταστατικούς όγκους της σπονδυλικής στήλης. Ο καρκίνος του μαστού και του πνεύμονα είναι οι περιοχές της πρωτογενούς εκδήλωσης στο 50% των περιπτώσεων, ενώ μια ποικιλία από άλλα καρκινώματα όπως λεμφώματα και μυελώματα αντιπροσωπεύουν το 45%. Σπάνιες περιπτώσεις είναι τα αποστήματα και οι αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναδρομική καταγραφή 13 χειρουργικών περιστατικών και η μελέτη των συμπτωμάτων τους μιας και όχι σπάνια, η νωτιαία μετάσταση είναι η πρώτη εκδήλωση κακοήθειας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά δεκατρία περιστατικά (έξι άντρες και επτά γυναίκες) μελετώνται αναδρομικά τα τελευταία τρία χρόνια, με βάση την εντόπιση του όγκου, την συμπτωματολογία προ και μετά της επέμβασης και την ιστολογική διάγνωση. Σημαντική παράμετρος είναι η μετεγχειρητική αντιμετώπιση των ασθενών με χημειοθεραπεία ή/και ακτινοβολία, καθώς και το τελικό νευρολογικό αποτέλεσμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μεγάλη πλειοψηφία (10/13) αφορά μεταστατικής αιτιολογίας εξεργασίες, με τον καρκίνο του μαστού και τον μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα να αποτελούν την πρωτοπαθή εστία στο 54 % των περιπτώσεων. Δύο περιστατικά αφορούν μη HODGKIN λέμφωμα, ένα χονδροβλάστωμα, ένα αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία και δύο πρόκειται για επισκληρίδια αποστήματα. Όσο αφορά την εντόπιση 8/13 βρίσκονται στην Οσφυϊκή μοίρα, χωρίς να υπάρχει κάποια σαφής υπεροχή ενός σπονδύλου. Επτά ασθενείς χρειάστηκαν επιπρόσθετη χημειοθεραπεία και ένας ακτινοθεραπεία. Το σύνολο των ασθενών παρουσίαζε το άλγος ως κυρίαρχο σύμπτωμα, ενώ 9/13 είχαν νευρολογικά ελλείμματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι επισκληρίδιοι όγκοι του νωτιαίου μυελού, αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, όπου η πρώιμη διάγνωση και η κατάλληλη διαχείριση μπορεί να αποτρέψει την παραπληγία στους περισσότερους ασθενείς. Άμεση χειρουργική αποσυμπίεση θα πρέπει να εξετάζεται σε επιλεγμένους ασθενείς καθώς και όταν απαιτείται ιστολογική διάγνωση. Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι καλύτερα σε περιπατητικούς ασθενείς ή σε αυτούς με ελάχιστα νευρολογικά ελλείμματα.

004. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΔΙΣΚΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑΣ

Α. Τριανταφυλλίδης, Σ. Πλάκας, Α. Μήτσος, Χ. Συρρής, Α. Σαμέλης
Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η χειρουργική αντιμετώπιση της οσφυϊκής δισκοπάθειας περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία επεμβάσεων. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει το ρόλο της μικροδισκεκτομής στην αντιμετώπιση της κήλης οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά το χρονικό διάστημα 2008-2012, αντιμετωπίστηκαν 305 ασθενείς με οσφυϊκή δισκοπάθεια στη Νευροχειρουργική Κλινική του 401 ΓΣΝΑ. Επί συνόλου 313 επεμβάσεων, διενεργήθηκαν 228 μικροδισκεκτομές. Η κλινική εικόνα των ασθενών κυμαινόταν από επίμονη οσφυοίσχιαλγία μη υφίόμενη με τη συντηρητική αγωγή, έως έντονη νευρολογική σημειολογία με συνοδό πάρεση κάτω άκρου. Ο απεικονιστικός έλεγχος των ανωτέρω ασθενών ανέδειξε ποικιλία εκφυλιστικών αλλοιώσεων. Από τους ασθενείς με μόνο παθολογικό, απεικονιστικό εύρημα κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου το μεγαλύτερο ποσοστό (228/237) υπεβλήθη σε μικροδισκεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μετεγχειρητική πορεία στην πλειονότητα των ασθενών ήταν ομαλή και ανεπίπλεκτη, με πλήρη ύφεση της οσφυοίσχιαλγίας και σταδιακή αποκατάσταση της νευρολογικής σημειολογίας. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν τρεις ημέρες και οι ασθενείς επανήλθαν στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε ένα μήνα. Συνολικά πέντε ασθενείς υποτροπίασαν κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα (1,6%). Τέσσερις από αυτούς είχαν αρχικά υποβληθεί σε μικροδισκεκτομή. Είναι σκόπιμο να σημειωθεί πως ο προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος στους ασθενείς που υποτροπίασαν ανέδειξε λίαν ευμεγέθη δισκοκήλη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μικροδισκεκτομή αποτελεί την επέμβαση εκλογής για τη θεραπεία της κήλης οσφυϊκού μεσοσπονδυλίου δίσκου, εφόσον δε συνυπάρχουν έτερα παθολογικά ευρήματα από την ΟΜΣΣ. Οι υποτροπές έγκεινται κυρίως, σε λίαν ευμεγέθεις δισκοκήλες, οπότε και χρήζουν περαιτέρω αποσυμπίεσης, πέραν της νέας δισκεκτομής.

005. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΜΒΟΛΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ 401 ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ (ΓΣΝΑ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Α. Τριανταφυλλίδης, Κ. Παπαχρήστου, Σ. Πλάκας, Α. Σαμέλης, Α. Μήτσος
Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας της Κλινικής μας στην αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων εγκεφάλου στα πλαίσια λειτουργίας του Κέντρου Εμβολισμών αγγειακών παθήσεων ΚΝΣ κατά την τελευταία διετία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την τελευταία διετία αντιμετωπίσαμε συνολικά στο Τμήμα μας 212 ασθενείς. Οι 136 από αυτούς (89 γυναίκες και 47 άνδρες, ηλικίας 27-82 ετών, με μέση τιμή τα 54 έτη) παρουσίαζαν ανεύρυσμα εγκεφάλου, από τους οποίους, 105 ασθενείς (87%) προσήλθαν με υπαραχνοειδή αιμορραγία, ενώ 32 ασθενείς (23%) δεν είχαν υποστεί ρήξη του ανευρύσματος. Το 25% των ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία, προσήλθαν διασωληνωμένοι, υπό καταστολή (grade IV κατά WFNS) και το υπόλοιπο 75% προσήλθε με ποικίλη νευρολογική σημειολογία (grade I - III κατά WFNS). Οι ασθενείς διακομίστηκαν στην Κλινική μας από Νοσοκομεία όλης της επικράτειας, με μέσο χρόνο διακομίδης τις τέσσερις ημέρες από την ημέρα της αιμορραγίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αποκλεισμός του ανευρύσματος επετεύχθη σε 120 περιστατικά (88%), μερικός αποκλεισμός σε έξι ασθενείς (4%), ενώ σε δέκα περιπτώσεις (8%) δεν κατέστη δυνατός

ο εμβολισμός και τα ανευρύσματα αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Η συχνότερη κατηγορία επιπλοκών αφορούσε θρομβοεμβολικά επεισόδια σε 9 ασθενείς (7%), τα οποία ωστόσο είτε δεν εκδηλώθηκαν ποτέ κλινικά, είτε υποχώρησαν πλήρως μέσα στις πρώτες τέσσερις εβδομάδες χωρίς παραμονή υπολειμματικής νευρολογικής σημειολογίας. Σε τρεις περιπτώσεις (2%) υπήρξε διεχειρηπτική ρήξη του ανευρύσματος κατά την προσπάθεια του εμβολισμού, εκ των οποίων οι δύο ήταν άνευ επιπτώσεων και η μία συνοδεύτηκε από εκτεταμένο ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα και, παρά τη χειρουργική του αφαίρεση, ο ασθενής κατέληξε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δυνατότητα ταυτόχρονης ενδοαγγειακής και χειρουργικής αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων εγκεφάλου στα πλαίσια λειτουργίας μιας Νευροχειρουργικής Κλινικής, προσφέρει τις καλύτερες προϋποθέσεις για την επιλογή της καταλληλότερης αντιμετώπισης σε κάθε περίπτωση ανευρύσματος, επιτυγχάνοντας τα καλύτερα αποτελέσματα με τις λιγότερες δυνατές επιπλοκές.

006. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΩΝ ΔΥΣΠΛΑΣΙΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Ν. Νάσης, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Λαφαζάνος, Σ. Πλάκας, Α. Ανδρέου

Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η συνδυασμένη χρήση ενδαγγειακών τεχνικών και στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής αποτελεί καθιερωμένη θεραπευτική στρατηγική για την αντιμετώπιση αρτηριοφλεβωδών δυσπλασιών (AVMs) του εγκεφάλου. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης προσέγγισης στο νοσοκομείο μας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τελευταία δεκαετία, 88 ασθενείς υπεβλήθησαν σε συνδυασμένη ενδαγγειακή και ακτινοχειρουργική αντιμετώπιση AVM και έχουν ολοκληρώσει τον προβλεπόμενο, διετή αγγειογραφικό επενέλεχο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση μέγιστη διάμετρος των αντιμετωπισθέντων AVMs ήταν 3,4 cm. Διενεργήθησαν 150 συνεδρίες εμβολισμού και 89 συνεδρίες γ-knife. Κλινικά σημαντικές επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 7 ασθενείς μετά από ενδαγγειακή αντιμετώπιση, εκ των οποίων μόνιμη νευρολογική σημειολογία παρέμεινε μόνο σε ένα ασθενή. 2 ασθενείς αιμορράγησαν μετά το γ-knife και 23 εμφάνισαν μετακτινικό οίδημα, εκ των οποίων οι 5 μόνο εκδήλωσαν παροδική συμπτωματολογία. Αγγειογραφικός αποκλεισμός τεκμηριώθηκε σε 81, ενώ υπόλειμμα διαπιστώθηκε σε 7 ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνδυασμένη ενδαγγειακή και ακτινοχειρουργική προσέγγιση είναι αποτελεσματική και ασφαλής για τη θεραπεία των AVMs και θα πρέπει να προκρίνεται σε περιπτώσεις που η μονοθεραπεία ενέχει υψηλότερο κίνδυνο.

007. ΕΠΑΝΑΣΗΡΑΓΓΟΠΟΙΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΣΘΕΝΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ. ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Θ. Παπασιλέκας, Ι. Ιωαννίδης, Ν. Νάσης, Α. Ανδρέου

Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα εγκεφαλικά ανευρύσματα που αντιμετωπίζονται ενδαγγειακά παρουσιάζουν ένα σημαντικό ποσοστό υποτροπής και χρήζουν περαιτέρω αντιμετώπισης. Η μελέτη μας σκοπό έχει την έκθεση της εμπειρίας του κέντρου μας στην ενδαγγειακή αντιμετώπιση των

επανασηραγγοποιηθέντων ανευρυσμάτων.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με εμβολισθέντα εγκεφαλικά ανευρύσματα τα οποία υποτροπίασαν και αντιμετωπίστηκαν ενδαγγειακά τα τελευταία 12 έτη στο κέντρο μας. Παρουσιάζονται ο βαθμός επανασηραγγοποίησης, η κλινική εκδήλωση, η ενδαγγειακή τεχνική, οι επιπλοκές, τα άμεσα και αργότερα αποτελέσματα της θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Οκτώβριο 2012, 52 ασθενείς με επανασηραγγοποιημένα ανευρύσματα υποβλήθηκαν σε επιτυχή ενδαγγειακή αντιμετώπιση. Σε 33 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε μπαλόνι (ένα ή δύο) για τη διατήρηση της βατότητας των αρτηριακών κλάδων οι οποίοι εξέρχονταν από το ανεύρυσμα, σε 10 ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν ενδοπροθέσεις και σε 9 ασθενείς ειδικού τύπου ενδοπροθέσεις (flow diverters). Επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε 2 ασθενείς εκ των οποίων η μία ήταν κλινικά σημαντική (ρήξη περιφερικού κλάδου μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας με αποτέλεσμα ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα και δυσφασία). Από τους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αγγειογραφικό επανέλεγχο (50/52) οι 44 (88%) είχαν ικανοποιητικό αποκλεισμό, ένας υποβλήθηκε σε δεύτερη συνεδρία εμβολισμού και τρεις υποβλήθηκαν τελικά σε κρανιοτομία. Δύο ασθενείς παρουσίασαν στον επανέλεγχο μικρού βαθμού υποτροπή και συνεχίζεται η παρακολούθησή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση των ήδη εμβολισθέντων ανευρυσμάτων που έχουν υποτροπιάσει είναι ασφαλής και με ικανοποιητικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, μπορεί δε να εφαρμοστεί σε μεγάλο ποσοστό αυτής της υποομάδας των ανευρυσμάτων.

008. ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΝΑΣΗΡΑΓΓΟΠΟΙΗΘΕΝΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

Θ. Παπασιλέκας, Ι. Ιωαννίδης, Σ. Πλάκας, Σ. Λαφαζάνος, Ν. Νάσης, Α. Ανδρέου
Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο αριθμός των επανασηραγγοποιηθέντων εγκεφαλικών ανευρυσμάτων τα οποία χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης έχει αυξηθεί σημαντικά. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την χειρουργική αντιμετώπιση εμβολισθέντων ανευρυσμάτων τα οποία έχουν υποτροπιάσει με ιδιαίτερη έμφαση στην επιλογή των ασθενών, στις χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν, στις επιπλοκές και στα αποτελέσματα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Την τελευταία δεκαετία 23 ασθενείς με επανασηραγγοποιηθέντα ανευρύσματα αντιμετωπίστηκαν στο κέντρο μας χειρουργικά. Η πλειοψηφία των ασθενών (92%) είχε υποβληθεί σε εμβολισμό ανευρύσματος μετά υπαραχνοειδή αιμορραγία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 19 ανευρύσματα επιτεύχθηκε εκλεκτικός αποκλεισμός του ανευρυσματικού σάκκου, ενώ σε 4 ανευρύσματα προηγήθηκε παράκαμψη (φλεβικό μόσχευμα ή επιπολής κροταφική αρτηρία). Ένας ασθενής κατέληξε (4%), ενώ δύο ασθενείς παρουσίασαν σημαντικό νευρολογικό έλλειμμα (ο ένας άμεσα μετεγχειρητικά και ο άλλος λόγω μεθαιμορραγικού αγγειοσπασμού).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χειρουργική αντιμετώπιση των επανασηραγγοποιηθέντων ανευρυσμάτων αποτελεί εξαιρετικά απαιτητική σε τεχνικό επίπεδο παρέμβαση λόγω της ιδιαιτερότητάς τους. Η επιτυχής εφαρμογή της οδηγεί σε οριστική αντιμετώπιση του προβλήματος.

009. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΡΜΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Α. Αποστολοπούλου, Α. Μπαϊρακτάρης, Η. Μανωλάκος, Γ. Σφακιανός, Ν. Προδρόμου
Νευροχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας μας είναι να αναδείξουμε την πιθανότητα τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια μηνιγγίτιδος στα παιδιά να οφείλονται στην ύπαρξη δερμοειδών κύστεων Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνολικά οκτώ ασθενείς, με εύρος ηλικίας 1.5 έως 5 ετών. Πέντε ασθενείς προσήλθαν με δερμοειδείς κύστεις κρανίου και τρεις με κύστεις σπονδυλικής στήλης. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν στο ιστορικό τους πολλαπλές νοσηλείες σε Παιδιατρικές Κλινικές λόγω μηνιγγίτιδος. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου ή σπονδυλικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών, μετά την αφαίρεση της δερμοειδούς κύστης, ήταν άριστη χωρίς να παρατηρηθεί νευρολογική συμπτωματολογία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Επαναλαμβανόμενα επεισόδια μηνιγγίτιδος σε παιδιά, στα οποία δεν αναδείχθηκε άλλη παθολογία και αντιμετωπιζόνταν συντηρητικά με φαρμακευτική αγωγή, είναι πιθανό να οφείλονται σε δερμοειδείς κύστεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα.

010. PITUITARY ADENOMAS IN CHILDREN

M. Pitsika¹, V. Tsitouras¹, C. Mallucci¹, J. Blair², M. Didi²

(¹) Department of Paediatric Neurosurgery, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

(²) Department of Endocrinology, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

OBJECTIVE: Pituitary adenomas are exceptionally rare brain tumors of childhood. Long term outcomes and strong evidence data regarding management of such patients remain sparse and limited. This study presents our experience with children treated for pituitary adenomas and focuses upon the presentation, management and overall outcome.

MATERIAL - METHOD: A retrospective study of children aged <16 years, treated for pituitary adenomas in a joint neuroendocrine setting from 2000 until October 2012. Hospital records were reviewed with main focus on initial presentation, baseline endocrinology, perioperative management and follow up.

RESULTS: There were 14 patients in total with mean age 13,3 years. Eight were girls and the breakdown was 6 Prolactinomas (43%), 5 ACTH secreting adenomas (36%) and 3 non functioning pituitary adenomas (NFPAs - 21%). Seven patients had macroadenomas and 8 were treated surgically via the transsphenoidal approach (4 endoscopically and 4 with the classic microsurgical technique). The mean follow up time was 27,2 months and in that period 2 recurrences were additionally treated with radiotherapy. Six patients (43%) are currently under hormone replacement therapy.

CONCLUSION: The majority of hormonally active adenomas are Prolactinomas and first line treatment with dopamine agonists in these cases is sufficient. Surgery is required as initial treatment in patients with Cushing's disease and NFPAs with threat to vision. Endoscopic approach can be safe and efficient in the management of these children. Close follow up is important for balanced endocrine function and auxology and early recognition of recurrences.

011. ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΟΥΜΕ ΟΤΙ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ...!

Σ. Πλάκας¹, Α. Λινού², Α. Τριανταφυλλίδης¹, Γ. Σφακιανός³, Ν. Προδρόμου³

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(²) Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του ρόλου προγεννητικών παραγόντων που έχουν επιδημιολογικά καταγραφεί διεθνώς, στην εμφάνιση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος στα παιδιά.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό: Τυχαίο δείγμα 100 παιδιών, τα οποία αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά για καλοήθειες και κακοήθειες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» και διπλάσιος αριθμός μαρτύρων.

Μέθοδος: Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών όσον αφορά τα αίτια καλοήθων και κακοήθων παθήσεων, μη τραυματικής αιτιολογίας, του κεντρικού νευρικού συστήματος στα παιδιά, ο ρόλος της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η επιδημιολογική τους μελέτη με αυστηρό στατιστικά πρωτόκολλο στον ελληνικό πληθυσμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη βρίσκεται σε διαδικασία στατιστικής ανάλυσης των συλλεχθέντων στοιχείων και αναμένονται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παράγοντες οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, επαγγελματικοί, ιατρικοί, διατροφικοί, προσωπικές συνήθειες και καταχρήσεις μπορεί να επηρεάσουν ένα μωρό που πρόκειται να γεννηθεί, πολύ καιρό πριν τη σύλληψή του ή κατά τη διάρκεια της κύψής του.

012. ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΚΡΑΝΙΕΚΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΙΑΣ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ 122 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Πετσανάς, Χ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Βράνος, Φ. Σπυριδάκης, Γ. Αλεξόπουλος
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάλυση των ενδείξεων και των αποτελεσμάτων της αποσυμπιεστικής κρανιεκτομής σε ασθενείς με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναλύθηκαν τα δεδομένα 122 ασθενών με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Κλίμακα Κώματος της Γλασκώβης, GCS: 3-8/15), ηλικίας 16 - 86 ετών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αποσυμπιεστική κρανιεκτομή. 20 ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών αποκλείστηκαν από περαιτέρω ανάλυση. Περαιτέρω ανάλυση διενεργήθηκε σε 102 ασθενείς, ηλικίας 16-65 ετών. Οι ενδείξεις για την διενέργεια της αποσυμπιεστικής κρανιεκτομής περιελάμβαναν την ύπαρξη ετερόπλευρου ή αμφοτερόπλευρου διασκηνδιακού εγχολεασμού, λόγω ενδοκρανιακού αιματώματος, θλάσεων ή οιδήματος, την μη ελεγχόμενη διεγχειρητική εξοίδηση του εγκεφάλου και την μη ελεγχόμενη μετατραυματική ενδοκρανιακή πίεση. Σε 84 ασθενείς έγινε ετερόπλευρη και σε 18 αμφοτερόπλευρη μετωποβρεγματοκραφική κρανιεκτομή. Ακολούθησε αφαίρεση συνυπάρχοντος αιματώματος ή θλάσεων, πλαστική της σκληράς μήνιγγας και τοποθέτηση συστήματος παρακολούθησης της ενδοκρανιακής πίεσης. Για την εκτίμηση της έκβασης των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Έκβασης της Γλασκώβης (GOS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 46 ασθενείς είχαν καλή έκβαση (GOS: 4-5), 9 είχαν σοβαρού βαθμού αναπηρία (GOS: 3), 8 έμειναν σε φυτική κατάσταση (GOS: 2) και 39 κατέληξαν (GOS: 1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ενδείξεις της αποσυμπιεστικής κρανιεκτομής περιλαμβάνουν την ύπαρξη ετερόπλευρου ή αμφοτερόπλευρου διασκηνδιακού εγχολεασμού, την μη ελεγχόμενη

διεχειριστική εξοίδωση του εγκεφάλου και την μη ελεγχόμενη μετατραυματική ενδοκρανιακή πίεση. Η αποσυμπίεστική κρανιεκτομή θα πρέπει να γίνεται πρώιμα, πριν την εμφάνιση μη αναστρέψιμων εγκεφαλικών βλαβών.

Ο13. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΟΡΟΥ ΣΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Γ. Αλεξίου¹, Γ. Φωτακόπουλος¹, Γ. Λιανός², Δ. Παχατουρίδης¹, Σ. Βούλγαρης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(²) Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Το 27% έως 93% των ασθενών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) εμφανίζει διαταραχές πηκτικότητας. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα. Τα επίπεδα γλυκόζης ορού φαίνεται να έχουν επίσης προγνωστικό ρόλο. Σκοπός μας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των επιπέδων γλυκόζης με την εμφάνιση διαταραχών πηκτικότητας σε ασθενείς με ΚΕΚ.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε αναδρομικά ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λόγω ΚΕΚ στην Νευροχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κατά την περίοδο Ιανουάριος 2008 έως Ιανουάριος του 2013. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν ασθενείς που είχε γίνει πλήρη καταγραφή του πηκτικού μηχανισμού και των επιπέδων γλυκόζης ορού εντός των 3 πρώτων ημερών μετά την κάκωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη πήραν μέρος 149 ασθενείς (117 άντρες και 32 γυναίκες, μέση ηλικίας 43.9±23.1 έτη, εύρος 18 έως 93 έτη). Το 19.5% νοσηλεύτηκε για βαριά ΚΕΚ, το 10.7% για μέτριας βαρύτητας και το 69.8% για ήπιας βαρύτητας. Κατά την εισαγωγή ο μέσος όρος αιμοσφαιρίνης ήταν 13.6±2.2 g/dL, ο μέσος όρος αριθμού αιμοπεταλίων ήταν 225.4±62.1 × 10³/μL, ο μέσος όρος aPTT ήταν 28.1±7.7 και ο μέσος όρος INR 1.17±0.26. Οι ασθενείς με βαριά και μέτρια ΚΕΚ είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης έναντι των ασθενών με ήπιας βαρύτητας ΚΕΚ (158.7 έναντι 132.3, P=0.0003 και 150.1 έναντι 132.3, P=0.026, αντίστοιχα). Χρησιμοποιώντας καμπύλη ROC βρέθηκε ότι τιμή γλυκόζης ορού ίση με 151 mg/dl μπορούσε να διακρίνει τους ασθενείς που θα αναπτύξουν διαταραχές πηκτικότητας (ευαισθησία 91.5%, ειδικότητα 87.5%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ασθενείς με επίπεδα γλυκόζης ορού μεγαλύτερα των 151 mg/dl, κατά την προσέλευση τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, μπορούν να εμφανίσουν διαταραχές πηκτικότητας και χρειάζονται αυξημένη παρακολούθηση.

Ο14. ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΙΜΑΤΩΜΑΤΑ: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σ. Πήχας¹, Ε. Παπαδόπουλος², Κ. Μπάρκας³, Χ. Κατσιάφας⁴, Ι. Κατσιάφας⁵

(¹) Dept. of Neurosurgery, King's College Hospital, UK

(²) Dept. of Neurosurgery, University College London, UK

(³) Dept. of Neurosurgery, Royal London Hospital, UK

(⁴) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

(⁵) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα χρόνια υποσκληρίδια αιματώματα είναι μεταξύ των κοινότερων νευροχειρουργικών επεμβάσεων. Ως εκ τούτου είναι και μεταξύ των πρώτων και συχνότερων επεμβάσεων που γίνονται από εκπαιδευόμενους. Παραταύτα, μερικές φορές τα αποτελέσματα δεν είναι αυτά που θεωρητικά αναμένονται.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεξάγαμε μια πολυκεντρική μελέτη μεταξύ κέντρων όπου τα CSDH χειρουργούνταν από ειδικούς και συγκρίναμε με κέντρα όπου οι επεμβάσεις γίνονταν από εκπαιδευόμενους. Το γκρουπ των «ειδικών» (Gr. A) αποτελούνταν από 74 ασθενείς (Μέση ηλικία 74,6, Μέση GCS προεγχειρητικά 10,3, το δε γκρουπ των «εκπαιδευόμενων» (Gr.B) από 613 ασθενείς (Μέση ηλικία 72,7, Μέση GCS 11,4).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περιέργως - ή όχι- σημαντικές διαφορές εμφανίστηκαν. Στο Α γκρουπ η επιβίωση ήταν 98,5% και το ποσοστό επιπλοκών 9.45% -εκ του οποίου επανεπεμβάσεις 6.75%. Στο Β γκρουπ η επιβίωση ήταν 94.1%, και το ποσοστό επιπλοκών 22,64 - εκ του οποίου επανεπεμβάσεις 19.81% ($p<0.001$) (Πίνακες 1,2).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα χρόνια υποσκληρίδια είναι μεταξύ των καλοθέςτερων νευροχειρουργικών παθήσεων και είναι ιδανικά για την εκπαίδευση νέων ειδικευόμενων Παραταύτα υπάρχει σημαντική διαφορά ειδικά στα ποσοστά επανεπεμβάσεων, με τη συνεπακόλουθη αύξηση του χρόνου νοσηλείας, ποσοστών επιπλοκών και κόστους. Μετά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων, τέλεση/ επίβλεψη αρκετών επανεπεμβάσεων και συζήτηση με εκπαιδευόμενους, πιθανότερος ενοχοποιητικός παράγοντας απεδείχθη η ελλιπή αντιμετώπιση των ενδεχόμενων μεμβρανών πρωτίστως λόγω φόβου επιπλοκών.

Ο15. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΠΙΣΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Κ. Οικονόμου, Α. Βυζιώτης, Δ. Βαρθαλίτης, Ν. Γεωργακούλιας, Ε. Αντωνίου, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η χρήση του ενδοσκοπίου στη νευροχειρουργική παρουσιάζει συνεχή αύξηση. Επιτρέπει σε επιλεγμένες περιπτώσεις καλύτερη απεικόνιση των ανατομικών δομών από το μικροσκόπιο ή λιγότερο επεμβατική χειρουργική με σκοπό την πληρέστερη και ασφαλέστερη αντιμετώπιση του νευροχειρουργικού προβλήματος. Η οπισθοσιγμοειδική προσπέλαση παρέχει άμεση πρόσβαση στην γεφυροπαραγκεφαλιδική γωνία, Το ενδοσκόπιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί υποβοηθητικά ή αποκλειστικά για την αφαίρεση όγκων της περιοχής αυτής. Η χρήση του ενδοσκοπίου 30° και 45° στη χειρουργική του ακουστικού νευρινώματος προσφέρει πλεονεκτήματα κατά την αναγνώριση του προσωπικού νεύρου αλλά και κατά τον έλεγχο του έσω ακουστικού πόρου, ο οποίος έχει ήδη διανοιχθεί με microdrilling, με σκοπό την αναγνώριση και αφαίρεση υπολειπόμενου όγκου με ασφάλεια και σεβασμό στην ακεραιότητα των νευραγγειακών δομών της περιοχής. Ο καλός εξοπλισμός αλλά και η εκπαίδευση του χειρουργού είναι στοιχεία απαραίτητα για την ασφάλεια και την επιτυχία της μεθόδου. Παρουσιάζουμε στοιχεία από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τις πρώτες εμπειρίες από τη μέθοδο στο τμήμα μας.

Ο16. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΦΥΣΕΩΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ, ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ, ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Δ. Κατσιάνης, Π. Πριμικήρης, Α. Βυζιώτης, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση της τεχνικής της ενδοσκοπικής διαρρινικής αφαίρεσης αδενώματος υποφύσεως, της απαιτούμενης τεχνολογικής υποστήριξης και των αποτελεσμάτων αυτής με βάση την εμπειρία της κλινικής μας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε μία σειρά από 37 ασθενείς με αδένωμα υποφύσεως

(5 μικροαδενώματα, 32 μακροαδενώματα) που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας με τη μέθοδο αυτή το χρονικό διάστημα 02 / 2012 - 02 / 2013. Έγινε μελέτη των μετεγχειρητικών μαγνητικών τομογραφιών (MRI) και ο βαθμός της εξαίρεσης συγκρίθηκε με τη διεγχειρητική εντύπωση του χειρουργού από τη χρήση ενδοσκοπίου 0°, 30° και 45°.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ενδοσκοπική διαρρινική μέθοδος προσφέρει ευρεία επισκόπηση του τουρκικού εφιππίου και της υπερεφιπιακής περιοχής υπό συνεχή προσανατολισμό από το σύστημα νευροπλοήγησης. Στην κλινική μας, ολική αφαίρεση επιτεύχθηκε σε 33 ασθενείς. Ίαση επιτεύχθηκε και στις 10 περιπτώσεις ασθενών με λειτουργικό αδένωμα, ενώ μόνο σε 1 περίπτωση μικροαδενώματος χρειάστηκε επανεπέμβαση. Από τους 21 ασθενείς που προσήλθαν με διαταραχές όρασεως, οι 20 εμφάνισαν βελτίωση μετεγχειρητικώς. 6 ασθενείς εμφάνισαν μετεγχειρητικώς άποιο διαβήτη και 3 από αυτούς χρειάστηκε να τεθούν σε συστηματική αγωγή με δισκία δεσμοπρεσσίνης. Μετεγχειρητική λοίμωξη Κεντρικού Νευρικού Συστήματος παρουσιάστηκε σε 1 ασθενή. Διεγχειρητική εκροή Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού (ENY) παρατηρήθηκε σε 16 περιπτώσεις, ενώ 6 περιστατικά παρουσίασαν μετεγχειρητική ρινόρροια, περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση εξωτερικής οσφυϊκής παροχέτευσης ENY για 4 ημέρες ενώ σε 1 μόνο περίπτωση χρειάστηκε αντιμετώπιση με διαρρινική προσπέλαση. Ο χρόνος νοσηλείας ήταν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων από 3 έως 7 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί με ασφάλεια σε ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικίας και μεγέθους αδενώματος, ελαχιστοποιεί το χειρουργικό τραύμα και τον μετεγχειρητικό πόνο και είναι αποτελεσματική ως προς την ίαση της νόσου και την ύφεση των συμπτωμάτων, προσφέρει δε διεγχειρητική αξιολόγηση του βαθμού της εξαίρεσεως όπως αυτή της μετεγχειρητικής MRI.

Ο17. ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΜΕΣΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΒΟΘΡΟΥ – ΑΥΧΕΝΟΠΡΟΜΗΚΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ

Ν. Παιδακάκος¹, Κ. Κουζούνιας¹, Μ. Σκλαβούνου², Ν. Γκέκας¹, Δ. Μπουράμας^{1,2}

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Βιοκλινική Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της κλινικής έκβασης και των τεχνικών απαιτήσεων και δυσκολιών κατά την αντιμετώπιση ενδογενών όγκων της μέσης γραμμής του οπισθίου βόθρου (στέλεχος, 4^η κοιλία) και της αυχενοπρομηκικής συμβολής.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη έντεκα περιπτώσεων. Τέσσερα αστροκυτώματα, τέσσερα επενδυώματα, δύο θηλώματα χοριοειδούς πλέγματος, και μία κολλοειδής κύστη αφαιρέθηκαν μικροχειρουργικώς. Η κλινική έκβαση εκτιμήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα Karnofsky. Μελετήθηκαν ξανά οι προσπελάσεις, και αναλύθηκαν οι τεχνικές απαιτήσεις και η μικροχειρουργική ανατομία της περιοχής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ολική εξαίρεση επιτεύχθηκε σε οκτώ περιπτώσεις. Σε δύο απαιτήθηκε επανεπέμβαση, σε μία ακτινοχειρουργική παρέμβαση. Υπήρξαν 3 σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές (αιμορραγία, υδροκεφαλία) που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Υπήρξε ένα περιστατικό που παρέμεινε σε κώμα επί δίμηνο, και ένας θάνατος. Μετεγχειρητικώς, το Karnofsky score ήταν καλύτερο ή ίδιο σε επτά ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι βλάβες στην ως άνω περιοχή αποτελούν πρόκληση για το νευροχειρουργό. Απαιτούν άριστη γνώση της χειρουργικής ανατομίας των νευρικών και αρτηριακών δομών, καθώς και σημαντική εμπειρία. Με τη χρήση των κατάλληλων προσπελάσεων η εξαίρεση τέτοιων εξεργασιών μπορεί να επιτευχθεί με ελάχιστη ή και καθόλου ανατομική νοσηρότητα. Οι φυσικές οχισμές προσφέρουν την ικανότερη και ασφαλέστερη οδό προσέγγισης.

Ο18. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΣΦΗΝΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΡΑΝΙΟΦΑΡΥΓΓΙΩΜΑΤΩΝ

Σ. Σφήκας, Ν. Γκέκας, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ενδοσκοπική διαρρινική διασφηνοειδική προσπέλαση αποτελεί μία εξαιρετικά χρήσιμη και εναλλακτική προσπέλαση για την αφαίρεση εξεργασιών στην περιοχική του τουρκικού επιπιπίου όπως στην περίπτωση των κρανιοφαρυγγιωμάτων. Σε αυτή τη μελέτη οι συγγραφείς περιγράφουν και συγκρίνουν τα πλεονεκτήματα αυτής της τεχνικής συγκριτικά με τις παραδοσιακές προσπελάσεις για την αφαίρεση κρανιοφαρυγγιωμάτων.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η χειρουργική τεχνική υποστηρίζεται με την χρήση άκαμπτου ενδοσκοπίου 0 και 30° μοιρών σε συνδυασμό με διεγχειρητική νευροπλοήγηση. Επιλέγεται η αμφιρρινική τεχνική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περιγράφονται δυο περιστατικά της κλινικής με ολική εξαίρεση της βλάβης με την ενδοσκοπική τεχνική. Η αφαίρεση της εξεργασίας επιτυγχάνεται με λεπτούς χειρισμούς, αποκολλώντας την προσεκτικά από το χίασμα, το μίσχο της υπόφυσης και τις άνω υποφυσιακές αρτηρίες. Στο τέλος έγινε επιθεώρηση της χειρουργικής κοιλότητας με τα ενδοσκόπια 0° και 30° για την επιβεβαίωση της ολικής αφαίρεσης και της επιμελούς αιμόστασης. Η ιστολογική βιοψία ανέδειξε και στους δυο ασθενείς κρανιοφαρυγγίωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή της ενδοσκοπικής διαρρινικής διασφηνοειδικής προσπέλασης στην αφαίρεση ενδο και εξωεπιπιπιακών εξεργασιών πλεονεκτεί έναντι των παραδοσιακών προσπελάσεων γιατί επιτρέπει γρηγορότερη πρόσβαση στη βλάβη και καλύτερη επισκόπηση του χειρουργικού πεδίου και των νευραγγειακών δομών. Παράλληλα μειώνει τους χειρισμούς επί του εγκεφαλικού παρεγχύματος και του οπτικού χιάσματος. Επιπλέον, η αμφιρρινική τεχνική δίνει μεγαλύτερη ελευθερία και άνεση στη χρήση των ενδοσκοπικών εργαλείων. Αποτελεί πεποίθησή μας ότι η συγκεκριμένη τεχνική σε προσεκτικά επιλεγμένα περιστατικά κρανιοφαρυγγιωμάτων μπορεί να αντικαταστήσει τις παραδοσιακές χρονοβόρες τεχνικές.

Ο19. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ, ΤΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΣΕ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Β. Κ. Κατσαρός^{1,2}, Ε. Λιούτα³, Ν. Παπανικολάου⁴, L. Hermoye⁵, Γ. Στράντζαλης^{2,3}

(¹) Τμήμα Μαγνητικού Συντονισμού, Αντικαρκινικό Ογκολογικό Αθηνών «Άγιος Σάββας»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(³) Ελληνικό Κέντρο Νευροχειρουργικής Έρευνας «Καθ. Πέτρος Σ. Κόκκαλης», Αθήνα

(⁴) Ν. Παπανικολάου και ΣΙΑ ΕΕ, ΕΤΕΠ-Κ, Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας, Ηράκλειο Κρήτης

(⁵) Imagilys, Brussels, Belgium

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του Συνδυασμένου Πρωτοκόλλου Νευροψυχολογικής Δοκιμασίας και Νευροαπεικόνισης που εφαρμόζεται στον προεγχειρητικό σχεδιασμό, στη διεγχειρητική καθοδήγηση και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με εξεργασίες εγκεφάλου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: 95 ασθενείς (116 εξετάσεις) υποβλήθηκαν (κατά το τελευταίο 18μηνο), πριν και μετά τη χειρουργική θεραπεία (3 και 12 μήνες), στο Συνδυασμένο Πρωτόκολλο Εξέτασης που περιλαμβάνει (α) Μορφολογική MRI, Λειτουργική MRI, Ακολουθίες διάχυσης και αιματικής διήθησης (diffusion, perfusion MRI) και Φασματοσκοπία σε μαγνητικό τομογράφο 1,5 T και (β) Νευροψυχολογική Δοκιμασία (ΝΨΔ). Οι δοκιμασίες της λειτουργικής MRI επιλέχθηκαν με βάση τη ΝΨΔ. Τα απεικονιστικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για τον προεγχειρητικό σχεδιασμό

και τη διεγχειρητική καθοδήγηση. Είχαμε τη δυνατότητα μέχρι σήμερα να αξιολογήσουμε 21 ασθενείς μετεγχειρητικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εργασία περιλαμβάνει 42 ασθενείς με κακόηθες γλοίωμα, 19 με μηνιγγίωμα, 15 με χαμηλόβαθμο γλοίωμα, 4 με αγγειακές δυσπλασίες, 4 με μεταστάσεις, 2 με DNET, 2 με λέμφωμα, 2 με κολλοειδείς κύστες, 1 με φλεγμονή, 1 με φλοιώδη δυσπλασία τύπου Taylor, 1 με αγενεσία μεσολοβίου/αραχνοειδή κύστη και 2 με μετατραυματική γλοίωση. Με βάση τον καθιερωμένο αλγόριθμο για τις εξεργασίες του εγκεφάλου το ποσοστό προεγχειρητικής διάγνωσης ήταν 97% (92/95 περιπτώσεις). Επιπλέον, ο συνδυασμός των ΝΨΔ και του απεικονιστικού ελέγχου καθορίζει το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης (βιοψία, μερική ή ριζική εκτομή). Στις απεικονιστικά καθοδηγούμενες νευροχειρουργικές επεμβάσεις (χρήση νευροπλοηγού) επετεύχθη ευρεία (subtotal) ή πλήρης αφαίρεση (gross total excision) της εξεργασίας, ειδικά στις περιπτώσεις των χαμηλόβαθμων γλοιωμάτων και των μηνιγγιωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νεότερες τεχνικές μαγνητικού συντονισμού σε συνδυασμό με τη νευροψυχολογική αξιολόγηση προσφέρουν καλύτερο σχεδιασμό και εκτέλεση των νευροχειρουργικών επεμβάσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με εξεργασίες εγκεφάλου.

020. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΑΓΓΕΙΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κ. Φαρόπουλος, Κ. Πίκολας, Φ. Γιαννικοπούλου, Σ. Ραυτόπουλος, Γ. Γκατζούνης
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση κλινικού περιστατικού ασθενούς με χωροεξεργασία σε ασυνήθη θέση, άτυπη συμπτωματολογία και ασυνήθη προσπέλαση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 55 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ Ν/Χ λόγω αναφερόμενης εμμένουσας κεφαλαλγίας από πενταπήμερο, η οποία δεν ανταποκρινόταν στα κοινά αναλγητικά. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία ανέδειξε αιμορραγία στη δεξιά πλάγια κοιλία. Η κλινική εικόνα κατά την εισαγωγή σε συνδυασμό με τη MRI εγκεφάλου έθεσαν την υποψία του ενδοκοιλιακού σπαραγγώδους αγγειώματος της οπίσθιας μούρας του διαφανούς διαφράγματος με προβολή στη δεξιά πλάγια κοιλία. Η κλινική υποψία επιβεβαιώθηκε αργότερα με την παθολογοανατομική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Επελέχθη προσπέλαση δια του ινιακού κέρατος με κροταφοβρεγματική κρανιοτομία, αντί της συνήθως περιγραφόμενης στη βιβλιογραφία οπίσθιας βρεγματικής διημισφαιρικής κρανιοτομής με μέση μεσολοβοτομή, προκειμένου να αποφευχθούν οι διαταραχές από την ψυχοοπτική σφαίρα. Ο ασθενής εξήλθε μετά από είκοσι ημέρες νοσηλείας χωρίς νευρολογικό έλλειμμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σπαραγγώδη αγγειώματα αποτελούν μια σπάνια αγγειακή δυσπλασία του κεντρικού νευρικού συστήματος (0,02-0,13%). Τα ενδοκοιλιακά σπαραγγώδη αγγειώματα είναι ένας ασυνήθης υπότυπος, αποτελώντας το 2,5 με 10,8% των ενδοκράνιων σπαραγγώνων αγγειωμάτων. Από το 1905 που περιγράφηκαν για πρώτη φορά, έχουν δημοσιευθεί λίγο πάνω από εκατό περιπτώσεις στη διεθνή βιβλιογραφία. Αν και μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τα ενδοπαρεγχυματικά σπαραγγώδη αγγειώματα, έχουν και αρκετές διαφορές. Οι διαφορές αυτές δεν περιορίζονται μόνο στη θέση τους αλλά και στη κλινική εικόνα, την ακτινολογική εμφάνιση και τις δυνατές θεραπευτικές επιλογές. Ένα δεύτερο συμπέρασμα θα ήταν ότι η χειρουργική προσπέλαση ενδοκοιλιακών χωροεξεργασιών δια του ινιακού κέρατος σε επιλεγμένες περιπτώσεις, προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα συγκριτικά με τη συνήθη διημισφαιρική προσπέλαση με μεσολοβοτομή.

021. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΗΡΑΓΓΩΔΩΝ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑ 2009-2012

Ν. Ψάρρας, Γρ. Κεσίδης, Τρ. Θωμαΐδης, Λ. Ντεμουρτζίδης, Π. Σακελλαρίου
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή της εμπειρίας της κλινικής μας στη χειρουργική αντιμετώπιση των σπραγγωδών αιμαγγειωμάτων στελέχους την τελευταία τετραετία καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη διάρκεια της τετραετίας 2009-2012 αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας 4 ασθενείς με σπραγγώδες αιμαγγείωμα στελέχους (1 άνδρας και 3 γυναίκες) ηλικίας από 16 έως 68 ετών. Τα αγγειώματα εντοπίζονταν στη γέφυρα. Σε όλους τους ασθενείς υπήρξε τουλάχιστον ένα επεισόδιο αιμορραγίας στην περιοχή της βλάβης και προιούσα νευρολογική επιδείνωση. Χρησιμοποιήθηκε η μέση υπνιακή προσπέλαση διά του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλους τους ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρης αφαίρεση της βλάβης, ενώ η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του σπραγγώδους αιμαγγειώματος. Τρεις από τους ασθενείς εμφάνισαν βαθμιαία μετεγχειρητικά νευρολογική βελτίωση (στον ετήσιο επανέλεγχο δύο αξιολογήθηκαν στην Karnofsky Performance Scale με 90-100 και ένας με 70) ενώ ένας ασθενής απεβίωσε μετεγχειρητικά στη ΜΕΘ από συστηματικές επιπλοκές μετά από παρατεταμένο κώμα. Σε κανέναν ασθενή δεν τεκμηριώθηκε επαναιμορραγία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα σπραγγώδη αιμαγγειώματα στελέχους μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς χειρουργικά. Η χειρουργική ένδειξη τίθεται όταν καταστούν συμπτωματικά (όταν αιμορραγήσουν).

022. ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΤΡΙΑ ΡΟΗΣ. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΧΩΡΟΚΑΤΑΚΤΗΤΙΚΩΝ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ

Γ. Αλεξίου¹, Γ. Βαρθολομάτος², Ε. Μίχος¹, Δ. Παχατουρίδης¹, Σ. Βούλγαρης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(²) Αιματολογικό Εργαστήριο, Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η DNA ανάλυση αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες εφαρμογές της κυτταρομετρίας ροής. Σκοπός μας ήταν να προσδιορίσουμε το ρόλο της κυτταρομετρίας ροής στο διεγχειρητικό προσδιορισμό της φύσης χωροκατακτητικών εξεργασιών εγκεφάλου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήσαμε προοπτικά 65 ασθενείς που χειρουργήθηκαν για χωροκατακτητική εξεργασία εγκεφάλου στη Νευροχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων κατά την περίοδο Ιούνιο 2008 έως Δεκέμβριο του 2012. Σε τμήμα από το εξαιρεθέν υλικό έγινε προσδιορισμό των φάσεων του κυτταρικού κύκλου. Ο συνολικός χρόνος επεξεργασίας ενός δείγματος, για τον προσδιορισμό του κυτταρικού κύκλου, είναι περί τα 20 λεπτά. Τελευταία εφαρμόζοντας ένα νέο πρωτόκολλο ταχείας ανάλυση που αναπτύξαμε, είναι δυνατή η ανάλυση του κυτταρικού κύκλου εντός 5 λεπτών από την παραλαβή του δείγματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη πήραν μέρος 31 άντρες και 34 γυναίκες (μέσης ηλικίας 59.3 έτη, εύρος 19 έως 76 έτη). Ήταν δυνατή η διάκριση υψηλόβαθμων από χαμηλόβαθμα γλοιώματα με βάση το ποσοστό κυττάρων στη G₀/G₁ και S φάση. Οι υψηλής κακοήθειας όγκοι ήταν κυρίως ανευπλοειδικοί. Επίσης, στα γλοιώματα το ποσοστό κυττάρων στη G₀/G₁ και S φάση είχε προγνωστική σημασία, μιας και ασθενείς με G₀/G₁ φάση μικρότερη του 69% και S φάση μεγαλύτερη του 6% είχαν χειρότερη πρόγνωση. Στα μηνιγγιώματα ήταν δυνατή η διάκριση των

κακοήθων από τους καλοήθεις όγκους με βάση το ποσοστό των κυττάρων σε G₀/G₁ και S φάση καθώς και το ποσοστό των μιτώσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κυτταρομετρία ροής με το τροποποιημένο πρωτόκολλο μπορεί να προσφέρει στην ταχεία διεγχειρητική διάγνωση χωροκατακτητικών εξεργασιών εγκεφάλου. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

023. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΩΝ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΣΚΗΝΙΔΙΟΥ - ΔΡΕΠΑΝΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Π. Πριμικήρης, Δ. Βαρθαλίτης, Α. Βυζιώτης, Ν. Γκέκας, Δ. Κατσιάνης, Ν. Γεωργακούλιας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Τα μηνιγγιώματα συμβολής ελεύθερου χείλους σκηνιδίου-δρεπάνου είναι σπάνια αλλά αποτελούν χειρουργική πρόκληση δεδομένης της στενής ανατομικής τους σχέσης με τις εν τω βάθει δομές του εγκεφάλου. Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν με υπερσκοπική υποσκοπική διημισφαιρική προσπέλαση με ταυτόχρονη διάνοιξη του σκηνιδίου και χρήση της υπερπαραεγκεφαλιδικής οδού.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο ασθενείς ηλικίας 52 και 58 ετών με μηνιγγίωμα συμβολής σκηνιδίου-δρεπάνου, διαστάσεων περίπου 2,5x3 εκατοστά και στις δύο περιπτώσεις. Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιελάμβανε MRI και DSA εγκεφάλου. Οι εξεργασίες αξιολογούνται βάσει διαστάσεων, πρόσφυσης στη μήνιγγα και σχέσης με το σύμπλεγμα της φλέβας του Γαλνιού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επιλέχθηκε η ανωτέρω προσπέλαση λόγω κατάσπασης της φλέβας του Γαλνιού και επιτεύχθηκε μακροσκοπικά ολική αφαίρεση. Ένας εκ των ασθενών εμφάνισε μετεγχειρητικά έκπτωση οπτικής οξύτητας και αριστερή ομώνυμη ημιανοψία. Η άμεση μετεγχειρητική διερεύνηση ανέδειξε θλάση ινιακού λοβού πιθανώς λόγω διεγχειρητικής έλξης. Εξήλθε με βελτίωση όρασης μετά από αποιδηματική αγωγή. Ο δεύτερος ασθενής εξήλθε χωρίς εμφανές νευρολογικό έλλειμμα. Η MRI εγκεφάλου ανέδειξε μακροσκοπικά ολική αφαίρεση και στις δύο περιπτώσεις. Οι ασθενείς παραμένουν ελεύθεροι νόσου (follow up 15μήνες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μακροσκοπικά ολική αφαίρεση είναι εφικτή αλλά προϋποθέτει μελέτη του προεγχειρητικού ελέγχου, που πρέπει να περιλαμβάνει φλεβογραφία εγκεφάλου, καθώς και καλή γνώση των ανατομικών ιδιομορφιών της περιοχής. Η προσπέλαση καθορίζεται από το μέγεθος της εξεργασίας, την πρόσφυση αυτής στη μήνιγγα και την ανάσπαση (υποσκοπική υπερπαραεγκεφαλιδική προσπέλαση) ή κατάσπαση (ινιακή διασκοπική προσπέλαση) της φλέβας του Γαλνιού. Κρίσιμη είναι η αποφυγή υπερβολικής διεγχειρητικής έλξης και η διατήρηση των εν τω βάθει φλεβικών δομών.

024. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ

Θ. Σπηλιωτόπουλος, Ι. Μάγρας, Π. Σάρλης, Ι. Πατσαλάς, Κ. Πολυζωίδης
Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή της κλινικής εικόνας οι ιδιαιτερότητες της χειρουργικής προσπέλασης και τα μετεγχειρητικά μας αποτελέσματα μίας σπάνιας παθολογίας. Παράλληλα εστιάζουμε στην σημασία της και τις δυσκολίες της πρώιμης διάγνωσης ενώ γίνεται αναφορά και στη διεθνή βιβλιογραφία

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε 3 περιπτώσεις ασθενών με επεισόδια αυχεναλγίας και μυϊκού σπασμού χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία που είχαν αντιμετωπιστεί

με συστηματική χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών χωρίς άλλη διερεύνηση. Ο έλεγχος με μαγνητική τομογραφία αποκάλυψε χωροκατακτητική εξεργασία στην περιοχή της κρανιοαυχενικής συμβολής. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπνιακή κρανιεκτομία με πεταλεκτομία του Α1 και εξαίρεση της βλάβης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σβάνωμα του παραπληρωματικού νεύρου είναι μια πολύ σπάνια παθολογία. Η πρώιμη κλινική διάγνωση είναι σχεδόν αδύνατη, με αποτέλεσμα να είναι σχεδόν επιβεβλημένη η απεικόνιση της παρεγκεφαλίδας και της κρανιοαυχενικής συμβολής με μαγνητικό συντονισμό, σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενα επεισόδια αυχενάλγας, μυϊκού σπασμού στους αυχενικούς μύες και τον τραπεζοειδή και αισθητικές διαταραχές άνω και κάτω άκρων.

025. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ι. Πατσάλας, Α. Τσιτλακίδης, Π. Σελβιαρίδης, Ι. Μάγρας, Κ. Πολυζωίδης

Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ακτινοθεραπεία και ειδικότερα η στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, κερδίζει συνεχώς έδαφος ως συμπληρωματική μέθοδος αντιμετώπισης των μηνιγγιωμάτων, όταν δεν είναι εφικτή η πλήρης εξαίρεσή τους. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της πορείας μίας σειράς 9+(1) ασθενών με ενδοκρανιακό μηνιγγίωμα που μετά τη χειρουργική εξαίρεση υποβλήθηκαν συμπληρωματικά σε ακτινοχειρουργική - στερεοτακτική ακτινοχειρουργική.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη των ιατρικών φακέλων ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση μηνιγγιώματος και συμπληρωματική ακτινοχειρουργική λόγω υπολειμματικού όγκου ή υποτροπής στο χρονικό διάστημα 2004-2012. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, η θέση της βλάβης, ο ιστολογικός τύπος της βλάβης, ο δείκτης MIB-1, ο βαθμός εξαίρεσης, ο τύπος της ακτινοχειρουργικής, ο χρόνος ως την ακτινολογική υποτροπή και ο ιστολογικός τύπος της βλάβης, σε περίπτωση συμπληρωματικής χειρουργικής εξαίρεσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χειρουργήθηκαν 9 ασθενείς ηλικίας από 29 ως 78 ετών, από τους οποίους 2 είχαν μηνιγγίωμα κροταφικά με διήθηση του σπραγγώδους κόλπου, 2 από μηνιγγίωμα της γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας, 2 από μηνιγγίωμα του δρεπάνου με διήθηση του άνω οβελιαίου κόλπου, 1 της οπίσθιας κλινοειδούς απόφυσης και 1 en-plaque μηνιγγίωμα του πτερίου. Ένας ασθενής με μηνιγγίωμα του τοιχώματος του σπραγγώδους κόλπου αριστερά υποβλήθηκε σε δύο χειρουργικές παρεμβάσεις για λήψη υλικού βιοψίας και ακτινοθεραπεία (μεγάλες δόσεις) σε Νοσοκομείο του εξωτερικού Σε 3 ασθενείς επετεύχθη εξαίρεση κατά Simpson II, σε 2 εξαίρεση βαθμού III και σε 3 εξαίρεση βαθμού IV. 7 ασθενείς υπεβλήθησαν συμπληρωματικά σε στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, 2 σε ακτινοθεραπεία εκ των οποίων ένας υπεβλήθη και σε ακτινοχειρουργική. Σε αυτή τη σειρά παρατηρήθηκε ιδιαίτερα βραχύς χρόνος ως την ακτινολογική υποτροπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής των μηνιγγιωμάτων. Όταν η πλήρης εξαίρεση δεν είναι εφικτή, συχνά επιχειρείται η συμπληρωματική αντιμετώπιση με την ακτινοχειρουργική. Ωστόσο, προκειμένου να κριθούν οριστικά τα αποτελέσματα της τελευταίας στη συγκεκριμένη νόσο, είναι απαραίτητη η διενέργεια περαιτέρω έρευνας.

026. Η ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΣΠΩΜΕΝΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ ΚΑΡΜΟΥΣΤΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΓΛΟΙΩΜΑΤΩΝ

Θ.Σ. Παλαιολόγος, Π.Γ. Παπανικολάου, Χ. Γκολέμης, Ι. Μάλλιος, Θ. Κυριακού
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το σκεύασμα Gliadel+ wafer είναι ένα βιοδιασπώμενο πολυμερές που περιέχει καρμουστίνη (1,3-Bis[2-Chloroethyl]-1-Nitroso-urea, BCNU) και τοποθετείται στην κοίτη εξαιρεθέντων γλοιωμάτων εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την εφαρμογή Gliadel+ wafer κατά την αρχική χειρουργική αντιμετώπιση κακοθών γλοιωμάτων.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε μια αναδρομική μελέτη 38 περιστατικών πρωτοδιαγνωσμένων πολυμόρφων γλοιοβλαστωμάτων (GBM) που αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό πλήρους χειρουργικής εξαίρεσης της εξεργασίας και τοποθέτησης Gliadel+ wafer. Η μετεχειρουργική παρακολούθηση διήρκεσε από 2 έως 4 έτη. Όλοι οι ασθενείς έπασχαν από κακόηθες γλοίωμα που χειρουργήθηκε για πρώτη φορά με πλήρη εξαίρεση της βλάβης υπό την καθοδήγηση νευροπλοηγού. Τέσσερα έως οκτώ δισκία τοποθετούνταν εντός της κοίτης του εξαιρεθέντος όγκου κατά την αρχική επέμβαση. Συνολικά, αντιμετωπίστηκαν 20 άντρες και 18 γυναίκες ηλικίας 30 έως 76 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μετεχειρουργικές επιπλοκές περιελάμβαναν εγκεφαλικό οίδημα με συνοδό νευρολογική σημειολογία σε τέσσερις ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με υψηλές δόσεις δεξαμεθαζόνης. Ένας ασθενής παρουσίασε μετεχειρουργικό αιμάτωμα που αντιμετωπίστηκε με χειρουργική παροχέτευση χωρίς να αφαιρεθούν τα δισκία Gliadel. Οι περισσότεροι ασθενείς που συμπεριλήφθησαν στη μελέτη ήταν κάτω των 65 ετών (74%), είχαν μονήρεις, εξαιρέσιμες βλάβες και ικανοποιητικό λειτουργικό προφίλ (Karnofsky PS>70). Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε μετεχειρουργική ακτινοθεραπεία. Η μέση επιβίωση των ασθενών ήταν 21,7 μήνες (εύρος 8 έως 42 μήνες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η αρχική θεραπεία ασθενών με GBM με τη χρήση δισκίων Gliadel είναι σχετικά ασφαλής και καλώς ανεκτή και έχει ως αποτέλεσμα επιβίωση παρόμοια με αυτή της διεθνούς βιβλιογραφίας. Περαιτέρω τυφλές, πολυκεντρικές μελέτες ενδεχομένως να απαιτούνται για την αξιολόγηση της θεραπείας αυτής.

027. ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ LANGERHANS ΜΕ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Κ. Γκουλιόπουλου¹, Ε. Μπλευράκης², Α. Γιαννόπουλος¹, Α. Βάκης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

(²) Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία χρόνια υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για το θέμα της ιστοκυττάρωσης. Νέα δεδομένα της έρευνας και συμφωνίες διεθνών εταιρειών έχουν αλλάξει και το θέμα της κατάταξης της νόσου. Στην κατηγορία Ι των ιστοκυτταρικών συνδρόμων υπάγονται νοσήματα που αφορούν στα δενδριτικά κύτταρα, με κύριο εκπρόσωπο την ιστοκυττάρωση από κύτταρα Langerhans (LCH). Η οξεία διάχυτη LCH (νόσος Letterer-Siwe) είναι μια σοβαρή πολυσυστηματική νόσος που προσβάλλει κυρίως παιδιά και νεαρούς ενήλικες και λιγότερο συχνά ηλικιωμένους ασθενείς και έχει φτωχή πρόγνωση. Η πολυεστιακή LCH παρατηρείται κυρίως σε μεγάλα παιδιά και εφήβους (σύνδρομο Hand-Schueller-Christian) και παρουσιάζει μια ποικίλη, αλλά συνήθως καλοπρόσπερη πορεία. Η μονοεστιακή νόσος χαρακτηρίζεται από την συμμετοχή ενός μόνο οργάνου (οστά, πνεύμονας ή δέρμα), συνήθως έχει καλοήγητη πορεία, αλλά μπορεί να υποτροπιάσει αυτόματα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην μελέτη αυτή παρουσιάζονται 2 περιστατικά με προσβολή των οστών του κρανίου σε παιδιά από μονοεστιακή LCH σε διάστημα 2 μηνών. Πρόκειται για αγόρια 4 και 5 ετών. Παρουσίαση των κλινικών, απεικονιστικών δεδομένων και της χειρουργικής εξαίρεσης της βλάβης καθώς και της συμπληρωματικής φαρμακευτικής θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε περιπτώσεις προσβολής των οστών του κρανίου από LCH, όπου υπάρχει μεγάλη διήθηση των οστών απαιτείται χειρουργική εξαίρεση και ίσως ανακατασκευή του ελλείμματος. Τα χειρουργεία αυτά γίνονται με ασφάλεια. Ήπια χημειοθεραπεία με μεθοτρεξάτη συνιστάται σε περιπτώσεις >1 εντόπιση.

O28. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

A. Ανταλοπούλου, Σ. Κορφιάς, Γ. Στράντζαλης, Σ. Γκατζώνης, Δ.Ε. Σακάς

A΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της μακροχρόνιας έκβασης των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» και υπεβλήθησαν σε χειρουργική θεραπεία της επιληψίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα αναδρομική μελέτη έκβασης των ασθενών αυτών στη δεκαετία 2000-2010 βασίστηκε στο αρχείο ασθενών της Πανεπιστημιακής Νευροχειρουργικής Κλινικής του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός». Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν 41 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική του ΓΝΑ «ο Ευαγγελισμός» από τον Ιούνιο 2000 - Μάρτιο 2010. Για την αξιολόγηση του ανωτέρω πληθυσμού, η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων μετεγχειρητικά εκτιμήθηκε σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης Engel, ενώ η ποιότητα ζωής τους με το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης, QoLIE-31 (Quality of Life Inventory Epilepsy). Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε τηλεφωνική συνέντευξη. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην παρούσα μελέτη, μεταξύ άλλων συσχετίσεων πολλαπλών παραγόντων, στους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική θεραπεία της κροταφικής επιληψίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ χειρουργικής έκβασης και ποιότητας ζωής σύμφωνα με το QoLIE-31 (συντελεστής συσχέτισης Spearman=-0,53) p=0,004 και οριακά σημαντική σχέση στους ασθενείς με εξωκροταφική επιληψία (Spearman=-0,51) p=0,08

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με φαρμακοανθεκτική επιληψία μετά από μια επιτυχημένη χειρουργική θεραπεία, οδηγεί στην κοινωνική τους επανένταξη και την ανάκτηση της αυτονομίας τους, καταδεικνύοντας έτσι την σημαντικότητα των επεμβάσεων αυτών σε κοινωνικό, ψυχολογικό, οικονομικό και νευροβιολογικό τομέα.

O29. MEDULLOBLASTOMA IN ADULTS: 25 YEAR EXPERIENCE OF A SINGLE UNIT

V. Konofaou¹, A. Subbaraju¹, S. Sciacca¹, G. Samandouras^{1,2}

(¹) The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, University College London Hospitals NHS Trust Queen Square, London, UK

(²) Reta Lila Weston Research Laboratories, Department of Molecular Neuroscience UCL Institute of Neurology Queen Square, London, UK

INTRODUCTION: Medulloblastoma (MB) is a malignant infratentorial tumour that occurs rarely in adults. MB comprise only 1% of the CNS tumours in adults and there are considerable differences with the paediatric MBs with respect to anatomic location, histology and prognosis.

MATERIAL - METHOD: Thirty three adult patients harbouring MBs were identified during the last 25 years at The National Hospital for Neurology and Neurosurgery. Pathology, radiology and clinical records were systematically reviewed. Epidemiological, demographic and clinical characteristics were analysed. Imaging features of hydrocephalus and metastasis were analysed by Neuroradiologist, surgical records reviewed and post-operative imaging studies were examined. Incomplete data were available for 10 patients.

RESULTS: Patients were followed up from 4 months to 20 years (mean of 60.23 months; median of 36 months). Median age was 29yrs; mean 29.6yrs. The most common presentation were progressive headaches and cerebellar signs. Thirteen patients (57%) had hydrocephalus and 5 patients (22%) had spinal metastasis at presentation. Two groups were identified: complete surgical excision (10 patients - 43%) and sub-total resection (9 patients - 39%). Nineteen patients (83%) had radiotherapy and 12 patients (52%) had chemotherapy, 7 (30%) of which had the Packer regimen. In the complete surgical resection group there were 2 (20%) recurrences at 4 and 5.5 years respectively. There was 1 death, 11 months after diagnosis. In the subtotal excision group there were 5 recurrences (62.5%) and 3 deaths (37.5%) at 80.8 months from the time of diagnosis.

CONCLUSIONS: Our series indicates that maximal safe surgical resection followed by postoperative radiotherapy and possibly adjuvant chemotherapy is the recommended treatment algorithm for adult patients with medulloblastoma. An attempt should be made for complete surgical excision.

030. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ DIFFUSION TENSOR, DYNAMIC SUSCEPTIBILITY CONTRAST ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ^{99m}Tc-TETROFOSMIN SPECT ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΚΤΙΝΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΓΛΟΙΩΜΑΤΟΣ

Γ. Αλεξίου¹, Α. Ζήκου², Σ. Βούλγαρης¹, Α. Φωτόπουλος³, Μ. Αργυροπούλου²

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(²) Εργαστήριο Κλινικής Ακτινολογίας και Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

(³) Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των MRI τεχνικών: Diffusion Tensor Imaging (DTI) και Dynamic Susceptibility Contrast (DSC) Perfusion με το SPECT με ^{99m}Tc-Tetrofosmin για την διάκριση υποτροπής γλοιώματος από ακτινονέκρωση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν προοπτικά 30 ασθενείς με υποψία υποτροπής υψηλόβαθμου γλοιώματος εγκεφάλου μετά χειρουργική εξαίρεση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς που συμπεριελήφθησαν στην μελέτη δεν είχαν υπόλειμμα όγκου στη μαγνητική τομογραφία. Οι MRI τεχνικές DTI και DSC Perfusion και το SPECT με ^{99m}Tc-Tetrofosmin πραγματοποιήθηκαν εντός μιας εβδομάδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τόσο το SPECT με ^{99m}Tc-Tetrofosmin όσο και η τεχνική DSC της μαγνητικής τομογραφίας είχαν 100% ευαισθησία και ειδικότητα για την διάκριση υποτροπής από ακτινονέκρωση. Για τον συντελεστή διάχυσης (ADC) τιμή ίση με 1.27 μπορούσε να διακρίνει την ακτινονέκρωση από την υποτροπή με ευαισθησία 65% και ειδικότητα 100%. Για τον δείκτη ανισοτροπίας (FA) τιμή ίση με 0.47 είχε ευαισθησία 57% και ειδικότητα 100%. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σχετικού εγκεφαλικού όγκου αίματος (rCBV) και της πρόσληψης του ^{99m}Tc-Tetrofosmin (P=0.002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι τεχνικές DSC Perfusion και το SPECT με ^{99m}Tc-Tetrofosmin είχαν την ίδια υψηλή ακρίβεια για την διάκριση της υποτροπής γλοιώματος από την ακτινονέκρωση.

031. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ, ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΟΔΟΝΤΟΣ

Ν. Γκέκας, Σ. Σφήκας, Δ. Κατσιάνης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναφορά 2 περιπτώσεων ενδοσκοπικής διαστοματικής αφαίρεσης του οδόντα και η ανάδειξη της ανωτερότητας της συγκεκριμένης προσπέλασης σε σύγκριση με την ενδοσκοπική διαρρινική και μικροσκοπική διαστοματική τεχνική.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε τις περιπτώσεις 2 ανδρών 73 και 80 ετών που στα πλαίσια διερεύνησης σπαστικής τετραπάρεσης υποβλήθηκαν σε αξονική και μαγνητική τομογραφία κρανιοσπονδυλικής συμβολής. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε στον 73χρονο ασθενή αρχόμενο βασικό εγκολεασμό του οδόντος, ενώ στον 80χρονο την παρουσία οδοντοειδούς οστού και ευμεγέθους φλεγμονώδους πάννου με σημαντική πίεση επί της μυελοπρομυκτικής συμβολής και στους δύο. Και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν υπό διεγχειρητική νευροπλοήγηση σε ενδοσκοπική διαστοματική αφαίρεση οδόντος με χρήση ενδοσκοπίων 0,30 και 45 μοιρών, πλήρη αποσυμπίεση της μυελοπρομυκτικής συμβολής και οπίσθια ινιοαυχενική σπονδυλοδεσία. Εν συνέχεια με τα δεδομένα της μέχρι τώρα εμπειρίας μας ανασκοπήσαμε τη βιβλιογραφία συγκρίνοντας την ενδοσκοπική διαστοματική, ενδοσκοπική διαρρινική και μικροσκοπική διαστοματική αφαίρεση του οδόντος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και οι δύο ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθαν με σημαντική βελτίωση της μύϊκής ισχύς. Η ενδοσκοπική διαστοματική τεχνική προσέφερε άμεση, γρήγορη και ασφαλή προσπέλαση σε ευρύ χειρουργικό πεδίο, χωρίς την διαταραχή δομών όπως ο σφηνοειδής κόλπος, η ευσταχιανή σάλπιγγα, η καρωτίδα και το Βιδιανό νεύρο, χωρίς πλήρη διάνοιξη στοματικής κοιλότητας, πίεση επί των χειλέων και της γλώσσας ή /και διατομή της μαλακής υπερώας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με την ανάπτυξη των ενδοσκοπικών τεχνικών, η αντιπαράθεση μεταφέρεται μεταξύ ενδοσκοπικής διαρρινικής και ενδοσκοπικής διαστοματικής προσπέλασης. Στην περίπτωση οδοντοειδεκτομής, η ενδοσκοπική διαστοματική προσπέλαση κρίνεται ανώτερη. Σε περίπτωση που απαιτείται διατομή της μαλακής υπερώας για την πρόσβαση σε παθολογία που επεκτείνεται κεφαλικά προς το απόκλιμα >9mm από το ινιακό τρήμα, τότε η διαρρινική προσπέλαση κρίνεται πιο αποτελεσματική.

032. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΥΠΕΡΟΦΡΥΑ ΚΑΙ ΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΛΑΙΟΥ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ

Ν. Γκέκας, Σ. Σφήκας, Β. Βαλαδάκης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Σκοπός της μελέτης μας είναι η ανάδειξη της χρησιμότητας της ενδοσκοπικά υποβοηθούμενης υπερόφρου (supraorbital) και διαμεσόφρου (transglabellar) προσπέλασης στην αντιμετώπιση παθολογιών του προσθίου κρανιακού βόθρου. Παρουσιάζουμε 18 περιστατικά που αντιμετωπίσαμε με τις δύο ανωτέρω προσπελάσεις στην κλινική μας: 6 οσφρητικά μηνιγγιώματα, 6 υπερεφιπιακούς όγκους και 6 περιστατικά ρινόρροιας. Η υπερόφρου προσπέλαση χρησιμοποιήθηκε σε υπερεφιπιακά μηνιγγιώματα με πλαγίωση με το Buir Hole να διενεργείται στο Key point. Η διαμεσόφρου προσπέλαση χρησιμοποιήθηκε σε ρινόρροιας από το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς, σε οσφρητικά μηνιγγιώματα και σε υπερεφιπιακούς όγκους μέσης γραμμής με drilling του σφηνοειδούς πεδίου. Με τη χρήση του ενδοσκοπίου 30° και 45° δίνεται η δυνατότητα ελέγχου του ρήγματος της ρινόρροιας, εντοπισμού των οπτικών νεύρων πριν ξεκινήσει η αποσυμπίεση του όγκου και εντοπισμού τυχόν υπολείμματος του όγκου ενδοεφιπιακά.

Ο33. ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΣΦΗΝΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΝΕΥΡΟΠΛΟΗΓΗΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ (HEAD BAND NEURONAVIGATION)

Ι. Μάλλιος, Θ.Σ. Παλαιολόγος, Π.Γ. Παπανικολάου, Χ. Γκολέμης, Μ. Φρατζόγλου
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Κατά την διάρκεια διασφηνοειδικών προσπελάσεων ο προσανατολισμός είναι εξαιρετικά σημαντικός, ειδικά στις επανεπεμβάσεις όπου τα ανατομικά οδηγία σημεία έχουν διαταραχθεί. Η νευροπλοήγηση μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη σε αυτές τις περιπτώσεις. Δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν διότι τα τυπικά συστήματα νευροπλοήγησης χρειάζονται σταθεροποίηση της κεφαλής με αποτέλεσμα ακόμα και οι μικρότερες κινήσεις σε όλες τις διευθύνσεις να είναι απαγορευμένες. Χρησιμοποιήσαμε το σύστημα νευροπλοήγησης με σταθερό κεφαλόδεσμο (head band) δίχως σταθεροποίηση τριών σημείων ώστε να διευκολύνουμε μικροκινήσεις κατά την διάρκεια διασφηνοειδικών επεμβάσεων.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 8 ασθενείς η νευροπλοήγηση επιλέχθηκε ως μέσο ασφαλούς προσέγγισης του όγκου καθώς και βελτίωσης της ριζικότητας της εξάιρεσης χρησιμοποιώντας ένα σύστημα νευροπλοήγησης βασισμένο σε κεφαλόδεσμο (head band) OmniSight, Radionics, USA. Η απεικόνιση των όγκων έγινε με οριζόντια επανασύνθεση προεγχειρητικών τομών 1mm μαγνητικής τομογραφίας. Ακολούθως διενεργήθηκαν οι επεμβάσεις καθοδηγούμενες από το νευροπλοήγηση (contour guided navigation). Αντιμετωπίστηκαν 7 υποτροπές υποφυσιακού μακροαδενώματος καθώς και ένα ενδοεπιπιακό κρανιοφαρυγγίωμα με υπερεπιπιακή επέκταση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι επτά ασθενείς με μακροαδενώματα αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Οι όγκοι εντοπίστηκαν με μεγάλη ακρίβεια με τη χρήση νευροπλοήγησης. Μικρές κινήσεις της κεφαλής προς αποκάλυψη συγκεκριμένων περιοχών του τουρκικού επιπέδου ήταν εφικτές. Στην περίπτωση του κρανιοφαρυγγιώματος υπήρξε αποτυχία της νευροπλοήγησης εξαιτίας μετακίνησης του κεφαλόδεσμου το οποίο δεν είχε τοποθετηθεί σωστά (το οπίσθιο τμήμα του κεφαλόδεσμου τοποθετείται κατά μήκος του ιού).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νευροπλοήγηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην διασφηνοειδική μικροχειρουργική ιδιαίτερα σε επανεπεμβάσεις καθώς και όταν είναι πτωχή η πνευματώση του σφηνοειδούς. Η χρήση του κεφαλόδεσμου επιτρέπει μικροκινήσεις δίχως σταθεροποίηση τριών σημείων. Η ακριβής, η ασφαλής και η αποτελεσματική προσέγγιση μπορούν να επιτευχθούν χωρίς την υποβολή του ασθενούς σε ακτινογραφίες με την προϋπόθεση ότι ο κεφαλόδεσμος έχει τοποθετηθεί σωστά.

Ο34. Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ - ΔΙΑΓΝΑΘΙΚΗ (TRANSFACIAL-TRANSMAXILLARY) ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Σ. Λαφαζάνος¹, Κ. Κωσταβάρας², Σ. Πλάκας³, Γ. Στράντζαλης⁴, Α. Ανδρέου⁵

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

(²) Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(⁴) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(⁵) Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή, βήμα προς βήμα, της διαπροσωπικής - διαγναθικής (Transfacial - Transmaxillary) προσπέλασης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Τέσσερα ταριχευμένα πτωματικά δείγματα (cadaveric heads)/ 8 πλευρές, των οποίων οι αρτηρίες και οι φλέβες ενέθηκαν με κόκκινο και μπλε Latex αντίστοιχα, χρησιμοποιήθηκαν για την παρουσίαση της προσπέλασης αυτής. Οι κρανιοτομίες - οστεοτομίες καθώς επίσης και οι διαχωρισμοί (dissections) των ανατομικών δομών, έλαβαν χώρα με τη χρήση κατάλληλων χειρουργικών εργαλείων και μικροσκοπίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η τομή του δέρματος, η διενέργεια της κογχο - ζυγωματικο - γναθιαίας οστεοτομίας, η ανάσπαση του κροταφίτη μυός, η αποκάλυψη του υποκροτάφιου βόθρου και της ρινικής κοιλότητας, η εφαρμογή της μετωποκροταφικής κρανιοτομίας, καθώς επίσης η ανάδειξη ανατομικών δομών πέριξ του άνω τμήματος του φάρυγγα (tensor veli palatine muscle, ευσταχιανή σάλπιγγα) και τελικά η έκθεση και αφαίρεση του κάτω τμήματος του αποκλίματος, αποτέλεσαν τα σημαντικότερα βήματα της επέμβασης αυτής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαπροσωπική - διαγναθική προσπέλαση είναι μία ριζική προσπέλαση που παρέχει στο νευροχειρουργό έκθεση από το πρόσθιο τμήμα της βάσης του κρανίου στη περιοχή του αποκλίματος. Η πολύ καλή γνώση της ανατομίας του πρόσθιου κρανιακού βόθρου αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή κάθε χειρουργικής προσπέλασης στην περιοχή αυτή.

035. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΝΕΥΡΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Π. Λαγός, Σ. Κορφιάς, Χ. Κουτσαρνάκης, Φ. Λιάκος, Δ.Ε. Σακάς

Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο χρόνιος φαρμακοανθεκτικός νευροπαθητικός πόνος αποτελεί μία δυσεπίλυτη ιατρική οντότητα. Πρόσφατα η εισαγωγή των τεχνικών της νευροτροποποίησης με ηλεκτρική διέγερση έχει βελτιώσει την έκβαση των ασθενών αυτών.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ 2006 και 2012, 71 ασθενείς με χρόνιο νευροπαθητικό πόνο αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας με ηλεκτρική διέγερση. Η αιτιολογία του πόνου ήταν: i) αποτυχημένη επέμβαση οσφυϊκής μοίρας ΣΣ (FBSS): n=42, ii) αποτυχημένη επέμβαση αυχενικής μοίρας ΣΣ: n=7, iii) μεθερπητική νευραλγία n=3, iv) τραύμα ΣΣ n=3, v) λοιμώξεις ΚΝΣ n=2, vi) όγκοι ΚΝΣ n=3, vii) χρόνιο άλγος ΣΣ n=8, viii) Stiff man syndrome n=1, ix) σπλαχνικός πόνος n=1, x) ημικρανία n=1. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν άλγος με VAS>8. Οι τεχνικές που εφαρμόζουμε είναι επισκληρίδιος διέγερση νωτιαίου μυελού (SCS), περιφερική υποδόρια διέγερση (PSFS) και συνδυασμός των δύο ανωτέρω μεθόδων (SCS+PSFS). Παρουσιάζουμε τα χειρουργικά μας αποτελέσματα, τη λειτουργική έκβαση των ασθενών μας και τις δυσκολίες και επιπλοκές κατά την εφαρμογή των ανωτέρω μεθόδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 71 ασθενείς υποβλήθηκαν σε δοκιμαστική περίοδο ηλεκτρικής διέγερσης (trial test) μίας εβδομάδας με εξωτερικευμένα ηλεκτρόδια.

Επτά (7) ασθενείς υπεβλήθησαν σε δοκιμασία επισκληρίδιου διέγερσης νωτιαίου μυελού (n=7), 2) Εικοσιοκτώ (28) σε δοκιμασία περιφερικής υποδόριας διέγερσης (n=28) και 3) Τριανταέξι (36) συνδυασμό αυτών (n=36). Η δοκιμαστική περίοδος ήταν θετική (ανακούφιση από τον πόνο >50% στην κλίμακα VAS) σε 47 ασθενείς (66%). Μόνιμη εμφύτευση ηλεκτροδίων τελικά πραγματοποιήθηκε ως εξής: SCS 2, PSFS 11, SCS & PSFS 21 ασθενείς. Οι συχνότερες δυσκολίες στην μετεγχειρητική αντιμετώπισή τους ήταν η δυσχέρεια εύρεσης του βέλτιστου προγραμματισμού (n=1), θραύση/ μετακίνηση ηλεκτροδίων (n=3), δυσκολία επούλωσης δέρματος υπέρθεν των εμφυτευμάτων (n=1) και δυσανεξία από τον ασθενή (n=1). Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν μετεγχειρητικά σημαντική βελτίωση τόσο στις κλίμακες πόνου όσο και στις λειτουργικές δοκιμασίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων νευροτροποποίησης (SCS, PSFS ή συνδυασμός τους) σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς με χρόνια νευροπαθητικό άλγος μπορεί να επιφέρει σημαντική κλινική και λειτουργική βελτίωση με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών.

Ο36. ΧΡΗΣΗ ΝΕΥΡΟΠΛΟΗΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΥΜΠΙΕΣΗ ΜΕ ΜΠΑΛΟΝΙ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΓΑΓΓΛΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ ΤΡΙΔΥΜΟΥ

Μ. Γεωργιόπουλος, Σ. Ραυτόπουλος, Κ. Πίκολας, Κ. Φαρόπουλος, Κ. Κωνσταντογιάννης
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Μια από τις πιο αποτελεσματικές και ασφαλείς επεμβάσεις για τη φαρμακοανθεκτική νευραλγία τριδύμου είναι η διαδερμική συμπίεση με μπαλόνι (ΔΣΜ) του τρίδυμου γαγγλίου. Η ΔΣΜ εκτελείται υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση. Εντούτοις, σε ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό (~8%) για τεχνικούς λόγους δεν είναι επιτυχής, ενώ οι πολλαπλές απόπειρες εισόδου στο ωοειδές τρήμα αυξάνουν την πιθανότητα επιπλοκών. Η διεγχειρητική νευροπλοήγηση, με τα πλεονεκτήματα που διαθέτει, θα μπορούσε να επιτρέψει μια ακριβή στόχευση του ωοειδούς τρήματος ακόμα και στις περιπτώσεις που αυτή δεν κατέστη δυνατή μέσω ακτινοσκόπησης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 7 από 118 ασθενείς με φαρμακοανθεκτική νευραλγία τριδύμου η ΔΣΜ απέτυχε λόγω αδυναμίας εισόδου στο ωοειδές τρήμα (ύπαρξη συγγενώς στενού τρήματος ή υπερόστωση περιοχής). Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν εκ νέου με την επέμβαση καθοδηγούμενη από διεγχειρητική νευροπλοήγηση. Προεγχειρητικά, πραγματοποιείται αξονική τομογραφία εγκεφάλου και οι ακολουθίες εισάγονται στο λογισμικό του συστήματος νευροπλοήγησης (ΣΝ) για σχεδιασμό της επέμβασης. Διεγχειρητικά τοποθετείται στο μέτωπο του ασθενούς ένα μικρό πλαίσιο αναφοράς. Επίσης, στο σύστημα εγγράφεται και η κάνουλα καθετηριασμού. Ο καθετηριασμός του ωοειδούς τρήματος επιτυγχάνεται μέσω συνεχούς καθοδήγησης από το ΣΝ. Κατά τα άλλα η επέμβαση εκτελείται ως συνήθως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλους τους ασθενείς η εισαγωγή της κάνουλας επετεύχθη με 1 ή 2 προσπάθειες και η επέμβαση συνολικά ολοκληρώθηκε επιτυχώς. Οι ασθενείς ανέφεραν πλήρη ανακούφιση του άλγους άμεσα μετεγχειρητικά. Δεν καταγράφηκε κάποια επιπλοκή. Χρειάστηκαν περίπου 15 λεπτά επιπλέον για την προετοιμασία του ΣΝ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε περιπτώσεις ασθενών όπου η ΔΣΜ δεν ήταν δυνατή μέσω ακτινοσκόπησης, ο καθετηριασμός του ωοειδούς τρήματος μπορεί να επιτευχθεί υπό την καθοδήγηση ενός ΣΝ με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

Ο37. Ο ΣΗΡΑΓΓΩΔΗΣ ΚΟΛΠΟΣ

Σ. Λαφαζάνος¹, Κ. Κωσταβάρας², Σ. Πλάκας³, Γ. Στράντζαλης⁴, Α. Ανδρέου⁵

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Yeditepe University School of Medicine, Istanbul, Turkey

(²) Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(⁴) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(⁵) Νευροχειρουργική Κλινική & Τμήμα Επεμβατικής Νευροακτινολογίας, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σπραγγώδης κόλπος που κάποτε θεωρείτο ως 'no man's land' αποτελεί μία εστιακή περιοχή για τη χειρουργική βάση του κρανίου. Αγγειακού και νεοπλασματικού τύπου βλάβες μπορεί να εδράζονται στη περιοχή αυτή συνιστώντας μία πρόκληση για το χειρουργό. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να παρουσιάσει τη μικροχειρουργική ανατομία του σπραγγώδους κόλπου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πέντε (5) ταριχευμένα πτωματικά δείγματα (cadaveric heads)/ 10 πλευρές, των οποίων οι αρτηρίες και οι φλέβες ενέθηκαν με κόκκινο και μπλε Latex αντίστοιχα, χρησιμοποιήθηκαν για την παρουσίαση της προσπέλασης αυτής. Στο πλαίσιο της ανάδειξης της χειρουργικής ανατομίας του σπραγγώδους κόλπου δύο προσπελάσεις (5 φορές η κάθε μία) εφαρμόστηκαν: 1) anterolateral combined extra- and intradural approach και 2) combined frontotemporal extra- and intradural transcavernous approach. Οι κρανιοτομίες καθώς επίσης και οι διαχωρισμοί (dissections) των ανατομικών δομών, έλαβαν χώρα με τη χρήση κατάλληλων χειρουργικών εργαλείων και μικροσκοπίου. Φωτογραφικό υλικό ελήφθη σε κάθε στάδιο των προσπελάσεων που εφαρμόστηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πολύπλοκη ανατομική κατασκευή του σπραγγώδους κόλπου, εξαιτίας της υψηλής «πυκνότητας» ιδιαίτερα σημαντικών νευροαγγειακών δομών, αναδείχθηκε και μελετήθηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λεπτομερειακή γνώση της μικροχειρουργικής ανατομίας του σπραγγώδους κόλπου είναι το θεμέλιο πάνω στο οποίο βασίζεται κάθε επιτυχής χειρουργική προσπέλαση στην περιοχή αυτή.

Ο38. ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Ή ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΠΙΑ ΑΛΛΟΘΙ

Ε. Αντωνίου¹, Γ. Ορφανίδης¹, [Ν. Γεωργακούλιας¹](#)

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Γίνονται διαπιστώσεις για παντελή έλλειψη αναλυτικού εκπαιδευτικού με τις κατ'ετος υποχρεωτικές χειρουργικές δραστηριότητες των ειδικευομένων ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα για τις εξετάσεις. Μόνο κριτήριο έναρξης ειδικότητας είναι ο χρόνος αναμονής χωρίς καμία άλλη αξιολόγηση των υποψηφίων. Υπάρχει έλλειψη αξιολόγησης νευροχειρουργικών κλινικών με βάση διεθνή ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά (αριθμός και βαρύτητα χειρουργείων). Η πλειονότητα των νευροχειρουργικών κλινικών δεν πληροί ούτε ένα από τα προαπαιτούμενα εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά της EANS (αίθουσες χειρουργείων, νευροανατομολογικό και νευροεπεμβατικό τμήμα, αποκλειστική ΜΕΘ). Οι ειδικευόμενοι αποκτούν τίτλο ειδικότητας χωρίς να έχουν παρακολουθήσει ή εκτελέσει ένα μεγάλο φάσμα βασικών και απαραίτητων επεμβάσεων. Δεν υπάρχει καμία δυνατότητα παρέμβαση της Νευροχειρουργικής Εταιρείας λόγω έλλειψης νομοθετικού πλαισίου. Παράλληλα υπάρχει άπιστευτα μεγάλος αριθμός ειδικευομένων (για τις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού). Στις προτάσεις συστήνεται εκπόνηση από τη Νευροχειρουργική Εταιρεία ενός minimum υποχρεωτικού εκπαιδευτικού προγράμματος με καθολική ισχύ. Υποστηρίζεται θέσπιση ενός forum ειδικευομένων στα πλαίσια της ιστοσελίδας της Εταιρείας για ανταλλαγή απόψεων και διασταύρωση στοιχείων. Παράλληλα χρήζει σύνταξη και υποβολή προτάσεων προς το Υπουργείο και το ΚΕΣΥ. Παράλληλα συστήνεται χρήση ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης για ενημέρωση ώστε να υπάρχει ανάρτηση λεπτομερούς καταλόγου χειρουργείων κατά κλινική στην ιστοσελίδα της Εταιρείας ώστε οι υποψήφιοι ειδικευόμενοι να γνωρίζουν εκ των προτέρων τη χειρουργική δραστηριότητα κάθε κλινικής. Η ελληνική Νευροχειρουργική εκπαίδευση χρειάζεται πλήρη επαναξιολόγηση με αναγκαία συγκώνευση κλινικών και ανάδειξη κέντρων αναφοράς. Επειδή δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο, η αυξημένη επαγρύπνηση και ενημέρωση των νέων ειδικευομένων θα δημιουργήσει αυξημένη ζήτηση εργασίας στα κέντρα αναφοράς και μειωμένη στις περιττές κλινικές με αποτέλεσμα την επαναδιάταξη του Νευροχειρουργικού χάρτη στη χώρα μας.



27°
**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
POSTER (P)

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ – POSTER (P)

P01. ΠΛΕΙΟΜΟΡΦΟ ΞΑΝΘΟΑΣΤΡΟΚΥΤΤΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΜΕΣΗΛΙΚΑ ΑΝΔΡΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Χ. Αναγνωστόπουλος, Α. Πετσανάς, Α. Δαφνιωτίδης, Γ. Βράνος, Γ. Αλεξόπουλος
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

ΣΚΟΠΟΣ: Το πλειόμορφο ξανθοαστροκύττωμα αποτελεί περίπου το 1% των αστροκυττωμάτων. Συνήθως παρουσιάζεται σε παιδιά ή σε νεαρούς ενήλικες. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση μιας περιπτώσεως ξανθοαστροκυττώματος σε μεσήλικα άνδρα και να σχολιάσουμε την αντιμετώπιση του.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άνδρα 54 ετών, ο οποίος παρουσιάστηκε με δυσφασικές διαταραχές και αποπροσανατολισμό σε χώρο, χρόνο και πρόσωπο. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία στον αριστερό κροταφικό λοβό με σημαντικό περιεστιακό οίδημα και παρεκτόπιση της μέσης γραμμής. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή μετωπο-κροταφική κρανιοτομή και ολική αφαίρεση του όγκου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανένηψε καλώς και σταδιακά έδειξε βελτίωση στην κλινική του εικόνα. Η παθολογο-ανατομική εξέταση έδειξε ότι επρόκειτο για ξανθοαστροκύττωμα εγκεφάλου με αναπλαστικά χαρακτηριστικά λόγω του υψηλού δείκτη Ki67. Ακολούθως υποβλήθηκε σε συνεδρίες ακτινοθεραπείας. Συνέχισε να παρουσιάζει περαιτέρω βελτίωση και έπειτα από 2 μήνες σταδιακά επανήλθε στις καθημερινές του δραστηριότητες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πλειόμορφο ξανθοαστροκύττωμα είναι όγκος της νεαρής ηλικίας. Η κλινική του εμφάνιση είναι συνήθως με επιληπτικές κρίσεις ή εστιακή νευρολογική σημειολογία και σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Στην κατάταξη κατά WHO θεωρείται βαθμού II κακοήθειας εκτός και αν είναι αυξημένος ο δείκτης μιτωτικής δραστηριότητας οπότε και θεωρείται βαθμού III. Η αντιμετώπιση του είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη χειρουργική εκτομή. Σε περίπτωση που είναι αυξημένης κακοήθειας προτείνεται ο συνδυασμός με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

P02. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΚΝΣ) ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΛΕΣΒΟΥ

Φ. Μπουρλογιάννης¹, Θ. Καλαματιανός¹, «Λέσβος Group»³, Γ. Στράντζαλης², Δ.Ε. Σακάς²

(¹) Ελληνικό Κέντρο Νευροχειρουργικής Έρευνας «Καθ. Πέτρος Σ. Κόκκαλης», Αθήνα

(²) Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

«ο Ευαγγελισμός»

(³) Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Λέσβος

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της επίπτωσης των πρωτοπαθών όγκων ΚΝΣ στον πληθυσμό της Λέσβου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πληθυσμός Λέσβου: 90.643 (απογραφή 2001). Προοπτική καταγραφή των περιστατικών από 01/06/2010 έως 31/05/2011 από το Γενικό Νοσοκομείο και τα 2 ιδιωτικά ακτινοδιαγνωστικά κέντρα της Μυτιλήνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη διάρκεια ενός έτους καταγράφηκαν απεικονιστικά 18 ασθενείς με πρωτοπαθή όγκο ΚΝΣ (11 καλοήθεις και 7 κακοήθεις) εκ των οποίων 2 εντοπίζονταν στον

νωτιαίο μυελό. Η πλειοψηφία των ασθενών υποβλήθηκε σε νευροχειρουργική επέμβαση εκτός Λέσβου γεγονός που συντέλεσε στην αδυναμία επανελέγχου του 25 % του αρχικού δείγματος. Η αδρή επίπτωση των όγκων ΚΝΣ στη νήσο Λέσβο ήταν 20/100.000 (CI: 10,68-29,03) ενώ προσαρμοσμένη κατά ηλικίες με βάση τον ελληνικό πληθυσμό (απογραφή 2001) ήταν 19, 06 (CI: 10,11-28,08). Ειδικότερα όμως, η επίπτωση των όγκων νευροεπιθηλιακής αρχής, προσαρμοσμένη κατά ηλικίες με βάση τον ελληνικό πληθυσμό, ήταν 6,3 (CI: 1,1-11) δηλαδή αυξημένη. Αν και αυτή η αύξηση είναι σύμφωνη με το αποτέλεσμα της μόνης προϋπάρχουσας μελέτης επίπτωσης γλοιομάτων στη χώρα μας (Gousias et al), δεν είναι στατιστικά σημαντική καθώς προκύπτει από μελέτη μικρού δείγματος πληθυσμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Η συνολική επίπτωση των όγκων ΚΝΣ βρίσκεται εντός των διεθνών αναμενόμενων ορίων. 2) Χρειάζονται και άλλες μελέτες για να επιβεβαιωθεί ότι η επίπτωση των γλοιομάτων στον ελληνικό πληθυσμό είναι αυξημένη.

Ρ03. ΜΕΘΥΛΟΤΡΑΝΣΦΕΡΑΣΕΣ ΙΣΤΟΝΩΝ ΩΣ ΔΥΝΗΤΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΓΛΟΙΩΜΑΤΑ

Α. Σπυροπούλου, Α. Ν. Γαργαλιώνης, Γ. Νταλαγιώργου, Χ. Πιπέρη, Α. Γ. Παπαβασιλείου
Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Οι μεθυλοτρανσφεράσες των ιστονών SUV39H1 και SETDB1H καταλύουν την τρι-μεθυλίωση της ιστόνης 3 στη λυσίνη 9 (H3K9me3), μια επιγενετική τροποποίηση που οδηγεί σε καταστολή της μεταγραφής και της γονιδιακής έκφρασης. Σκοπός ήταν η διερεύνηση της έκφρασης των συγκεκριμένων μεθυλοτρανσφερασών σε γλοιώματα διαφορετικού βαθμού διαφοροποίησης και η πιθανή εμπλοκή τους στη γλοιωματογένεση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η έκφραση των SUV39H1 και SETDB1 βρέθηκε αυξημένη στους γλοιοματικούς ιστούς και στις κυτταρικές σειρές γλοιομάτων (GOS-3, 1321N1, T98G, U87MG) σε σύγκριση με το φυσιολογικό ιστό εγκεφάλου, ενώ συσχετίστηκε θετικά με το βαθμό διαφοροποίησης. Η καταστολή της έκφρασης των SETDB1 και SUV39H1 (siSETDB1, siSUV39H1) με τη τεχνική αποσίωπησης RNA (silencing RNA, siRNA) οδήγησε σε σημαντική μείωση του πολλαπλασιασμού των γλοιοματικών κυττάρων ($P < 0,05$), ειδικά κατά την siSUV39H1 ($P < 0,001/24$ ώρες, $P < 0,05/48$ ώρες), καθώς επίσης και σε επαγωγή της απόπτωσής τους. Υψηλότερο ποσοστό παρατηρήθηκε κατά τη siSUV39H1 (28% αποπτωτικά κύτταρα, $P < 0,01$) συγκριτικά με τη siSETDB1 (7% αποπτωτικά κύτταρα, $P < 0,05$). Επιπλέον, η καταστολή των δύο μεθυλοτρανσφερασών οδήγησε σε μείωση της μετανάστευσης των κυττάρων στη δοκιμασία μονοστρωματικής εγχάραξης (scratch assay) κατά 45,2% στα siSUV39H1 κύτταρα ($P < 0,01$) και 18% στα siSETDB1 κύτταρα ($P < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματά μας δείχνουν υπερέκφραση των SETDB1 και SUV39H1 στα γλοιώματα. Η αλλαγή στην έκφραση των μεθυλοτρανσφερασών επηρεάζει το πολλαπλασιασμό, την απόπτωση καθώς και την ικανότητα μετανάστευσης των γλοιοματικών κυττάρων. Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι δύο μεθυλοτρανσφεράσες και, ειδικότερα, η SUV39H1 μπορούν να χρησιμοποιηθούν δυνητικά ως νέοι βιοδείκτες για μελλοντική θεραπευτική στόχευση των συγκεκριμένων όγκων.

Ρ04. ΝΕΥΡΙΝΩΜΑΤΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΗΣ ΛΙΘΟΕΙΔΟΥΣ ΝΕΥΡΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Α. Βυζιώτης, Σ. Σφήκας, Δ. Βαρθαλίτης, Ν. Γκέκας, Β. Βαλαδάκης, Ν. Γεωργακούλιας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Το νευρίνωμα του προσωπικού νεύρου αποτελεί πολύ σπάνιο όγκο και είναι τρίτο σε συχνότητα μετά το ακουστικό νευρίνωμα και το νευρίνωμα του τριδύμου. Περιγράψουμε τρεις ασθενείς της κλινικής μας με νευρίνωμα μείζονος επιπολής του προσωπικού νεύρου, τα οποία εντοπίζονταν στο μέσο κρανιακό βόθρο. Ο πρώτος ασθενής, 48 ετών, άνδρας, παρουσίασε πάρεση προσωπικού νεύρου περιφερικού τύπου. Υποβλήθηκε σε κροταφική κρανιοτομία, υποκροταφική προσπέλαση και ολική αφαίρεση της εξεργασίας, η οποία αποδείχθηκε ότι ήταν νευρίνωμα του γονατώδους γαγγλίου. Επιπλέον υποβλήθηκε σε αποκατάσταση της συνέχειας του προσωπικού με μόσχευμα από το σαφηνές νεύρο. Ο δεύτερος ασθενής, γυναίκα, 28 ετών, παρουσίασε βαρικοΐα, ξηροφθαλμία και σπασμό σφιγκτήρα στόματος. Υποβλήθηκε επίσης σε κροταφική κρανιοτομία, υποκροταφική προσπέλαση και ολική αφαίρεση της εξεργασίας, η οποία αποδείχθηκε ότι ήταν νευρίνωμα του μείζονος επιπολής λιθοειδούς νεύρου. Ο τρίτος ασθενής επέλεξε να υποβληθεί σε ακτινοβολία με Cyber Knife. Το μέγεθος του όγκου παρέμεινε αμετάβλητο και ανάπτυξε πλήρης πάρεση VII. Παρόλο που το δείγμα μας είναι εξαιρετικά μικρό, εν τούτοις φαίνεται ότι η χειρουργική εξαίρεση των νευρινωμάτων του μείζονος επιπολής λιθοειδούς νεύρου προστατεύει το προσωπικό νεύρο και διευκολύνει την αποκατάστασή του.

Ρ05. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΗ-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Α. Πρασάς¹, Α. Αθανασίου^{1,2}, Χ. Αλεξανδρής¹, Γ. Αλεξόπουλος¹, Κ. Τσολέκα¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

(²) Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Το Primary Central Nervous System Lymphoma (PCNSL), σπάνια μορφή Non-Hodgkin Lymphoma (NHL), εμφανίζεται συχνότερα στον εγκέφαλο και σπανιότερα στους οφθαλμούς, τις μήνιγγες και τον Νωτιαίο Μυελό. Αποτελεί λιγότερο από 2% των όγκων του εγκεφάλου και συνηθέστερα σχετίζεται με AIDS (90% συσχέτιση με λοίμωξη από Epstein-Barr), ενώ είναι ακόμη πιο σπάνιο σε μη ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 59 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, εμφάνισε μεικτή αφασία και στον έλεγχο με MRI ανεδείχθη εξεργασία εγκεφάλου στο αριστερό ημιωοειδές κέντρο με ασαφή όριο και ομοιογενή εμπλουτισμό. Η χορήγηση κορτιζόνης δεν επηρέασε τις διαστάσεις και την κλινική εικόνα του ασθενούς, η CT ΘΑΚΚΟ δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα και η MR spectroscopy συνηγορούσε περισσότερο υπέρ γλοιοβλαστώματος. Ο ασθενής κατά τη νοσηλεία του υπέστη περιφερική πνευμονική εμβολή και ελάμβανε θεραπευτική δόση Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Λόγω επιδείνωσης (αρχόμενη δεξιά πυραμιδική συνδρομή) αποφασίστηκε χειρουργική παρέμβαση και διενεργήθηκε υφολική αφαίρεση με νευροπλοήγηση υπό συνεχή νευροφυσιολογική παρακολούθηση (χαρτογράφηση και real-time).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής μετεγχειρητικά είχε δεξιά ημιπάρεση, βελτιούμενης πλήρως εντός ολίγων ημερών με παραμονή της αφασικής συνδρομής. Η ιστολογική διάγνωση ήταν NHL Β-κυτταρικής αρχής υψηλού βαθμού κακοήθειας. Διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία η οποία ήταν αρνητική για διήθηση του μυελού των οστών και μπήκε σε χημειοθεραπευτικό σχήμα με μεγαδόσεις μεθοτρεξάτης. Ο ασθενής στο follow-up στους 2 μήνες είναι περιπατητικός, με

εμμένουσα αφασία (Karnofsky Scale:70), στον 2ο κύκλο χημειοθεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μη-σχετιζόμενο με AIDS PCNSL είναι μια ιδιαίτερα σπάνια νόσος με σημαντικές διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες. Χειρουργική αντιμετώπιση απαιτείται σπάνια (επί οξέων πιεστικών φαινομένων). Απαραίτητη είναι η λήψη ιστοτεμαχίων με στερεοταξία για ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Ρ06. ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΑ ΓΛΟΙΩΜΑΤΑ:

ΣΕΙΡΑ 4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γ. Αλεξόπουλος¹, Χ. Αλεξανδρής¹, Α. Αθανασίου^{1,2}, Α. Πρασάς¹, Κ. Τσολέκα¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

(²) Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των πολυεστιακών γλοιωμάτων, ως σχετικά σπάνια αλλά υποδιαγνωσμένη κλινική οντότητα και η ανάλυση των σύγχρονων απόψεων για την προέλευση και την αντιμετώπιση αυτών των όγκων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Παρουσιάζουμε μια οικεία σειρά 4 περιστατικών με πολυεστιακά γλοιώματα, την διάγνωση και την αντιμετώπισή τους. Η συχνότητα εμφάνισης των πολυεστιακών γλοιωμάτων ποικίλει κατά την αρχική διάγνωση και ανέρχεται από 0,5 έως 20% του συνόλου των γλοιωμάτων. Ως κύριος παθογενετικός μηχανισμός για την εμφάνιση πολλαπλών εστιών ενοχοποιείται είτε η τοπική διασπορά από έναν πρωτοπαθή όγκο, ή η μετάσταση μέσω του αίματος και του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού (ΕΝΥ). Πολυκεντρικές θεωρούνται οι εστίες που έχουν μη-εξαρτώμενη ανάπτυξη μεταξύ τους.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Τέσσερις ασθενείς (1 άντρας, 3 γυναίκες) ηλικίας 39 έως 73 ετών (μέσος όρος 61,25 έτη) με πολυεστιακά γλοιώματα κατά την αρχική παρουσίαση και εντόπιση στον υπεροκνίδιο χώρο (απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία). Η ιστολογική τεκμηρίωση διενεργήθηκε με στερεοτακτική βιοψία και λήψη δειγμάτων μίας εκ των εστιών από κάθε περιστατικό ασθενούς. Η λοιπή διερεύνηση ήταν αρνητική για κακοήθεια αλλαχού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιστολογική διάγνωση ανέφερε δύο πολυεστιακά πολύμορφα γλοιοβλαστώματα (grade IV κατά WHO) και δύο πολυεστιακά αναπλαστικά αστροκυττώματα (grade III κατά WHO). Και τα τέσσερα περιστατικά με πρώιμη εμφάνιση κατά την αρχική παρουσίαση. Παραπέμφθηκαν για αντιμετώπιση με ακτινοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ολόένα και αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης των πολυεστιακών γλοιωμάτων στη διεθνή βιβλιογραφία πιθανώς οφείλεται στην αρτιότερη σύγχρονη απεικόνιση. Διατυπώνεται ότι πολυεστιακά, πολυκεντρικά και μονήρη γλοιώματα αποτελούν διαφορετικές εκδηλώσεις της ίδιας κλινικής οντότητας. Περισσότερες μελέτες είναι αναγκαίες για να εξαχθούν συμπεράσματα.

Ρ07. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΡΑΧΝΟΕΙΔΟΥΣ ΚΥΣΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΙΚΗ ΔΕΞΑΜΕΝΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Αθανασίου^{1,2,3}, Α. Πρασάς¹, Γ. Αλεξόπουλος¹, Χ. Αλεξανδρής¹, Κ. Τσολέκα¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

(²) Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

(³) Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Οι αραχνοειδείς κύστες είναι συγγενής αναπτυξιακή ανωμαλία του εγκεφάλου. Αποτελούν λιγότερο από 1% των ενδοκράνιων όγκων και συνήθως είναι ασυμπτωματικές, συχνότερες στους άνδρες (4:1) και στο αριστερό ημισφαίριο - η πλειοψηφία των συμπτωματικών ανευρίσκονται στην παιδική ηλικία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο ασθενείς, άνδρες, 47 και 71 ετών προσήλθαν με συμπτώματα άτυπης κεφαλαλγίας με φυσιολογική νευρολογική εξέταση. Στον αρχικό έλεγχο με CT και MRI εγκεφάλου απεικονίστηκε αραχνοειδής κύστη δεξιού πρόσθιου κροταφικού λοβού και δεξιού ημισφαιρίου αντίστοιχα. Διερευνήθηκαν περαιτέρω με δεξαμενογραφία εγκεφάλου με ¹¹¹Ινδίου-DTPA με λήψεις στις 3,6 και 24 ώρες και καθυστερημένες λήψεις στις 48,72 και 144 ώρες αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η δεξαμενογραφία επιβεβαίωσε την ύπαρξη αραχνοειδούς κύστης και απέκλεισε και στις δυο περιπτώσεις την ύπαρξη αποφρακτικού ή επικοινωνούντα υδροκεφάλου λόγω αυτής. Απεικονίστηκε σχετικά μικρή καθυστέρηση αποχέτευσης από τα αραχνοειδή σωμάτια στην παθολογική περιοχή. Η σχέση συγκέντρωσης φαρμάκου στην αραχνοειδή κύστη προς την φυσιολογική περιοχή στο αντίθετο ημισφαίριο βρέθηκε στις 6 ώρες 2.37:1 και 2.40:1, στις 24 ώρες 1.61:1 και 3.83:1 και στις 48 ώρες 1.15:1 και 2.82:1. Στην πρώτη περίπτωση η σχέση ομαλοποιήθηκε (1:1) στις 72 ώρες ενώ στην δεύτερη στις 144 ώρες μετρήθηκε στο 1.68:1. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η δεξαμενογραφία μπορεί να αποκλείσει την συνύπαρξη επικοινωνούντα υδροκεφάλου ή απόφραξης (ημιποσοτική εκτίμηση της σχέσης συγκέντρωσης του ραδιοφαρμάκου). Η χρήση του ¹¹¹Ινδίου επιτρέπει τις καθυστερημένες λήψεις (>48 ώρες). Σε περιπτώσεις με ήπια συμπτωματολογία η δεξαμενογραφία τεκμηριώνει την απόφαση της θεραπευτικής προσέγγισης (clinical decision support) ενώ απαραίτητη είναι 6-8 μήνες follow-up παρακολούθηση.

Ρ08. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΟΦΡΥΑΣ ΥΠΟΜΕΤΩΠΙΑΙΑΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΣΦΗΝΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΜΕ ΥΠΕΡΕΦΙΠΠΙΑΚΗ ΕΠΕΚΤΑΣΗ

Α. Βυζιώτης, Ν. Γκέκας, Κ. Οικονόμου, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η πλήρης αφαίρεση των αδενωμάτων υπόφυσης με υπερεφιπιακή επέκταση είναι πολλές φορές αδύνατη μόνο με την ενδοσκοπική διαρρινική διασφηνοειδική προσπέλαση. Περιγράφονται τα πλεονεκτήματα του συνδυασμού της υπερόφρυας υπομετωπιαίας διασφηνοειδικής προσπέλασης με την ενδοσκοπική διαρρινική διασφηνοειδική προσπέλαση για την πλήρη αφαίρεση των αδενωμάτων με υπερεφιπιακή επέκταση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Δύο άρρνες ασθενείς με μακροαδενώματα υπόφυσης υποβλήθηκαν στο συνδυασμό των προσελάσεων με σκοπό την πλήρη αφαίρεση των αδενωμάτων. Ο πρώτος

ασθενής παρουσίαζε μακροαδένωμα σκληρής σύστασης, το οποίο αφαιρέθηκε μερικώς διαρρινικά και ολικά μόνο μετά τη συμπλήρωση της υπερόφρουσ υπομετωπιαίας διασφηνοειδικής προσπέλασης. Ο δεύτερος ασθενής έπασχε από μακροπρολακτίνωμα. Υποβλήθηκε σε αγωγή με αγωνιστή ντοπαμίνης με μείωση των διαστάσεων του αδενώματος, πλην όμως επιδείνωση της όρασης λόγω εγκολεασμού του οπτικού νεύρου εντός κοιλότητας της εξεργασίας μετά από εκφύλισή της λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αφαίρεση των αδενωμάτων ήταν και στους δύο ασθενείς πλήρης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αδενώματα υπόφυσης με υπερεφιπιακή επέκταση είναι δύσκολο να αφαιρεθούν πλήρως μόνο με διαρρινική διασφηνοειδική προσπέλαση λόγω της περιορισμένης οπτικής γωνίας της προσπέλασης. Πολλές φορές λόγω της ινώδους σύστασής τους, της κλεψυδροειδούς τους μορφής και των συμφύσεών τους με το διάφραγμα είναι αδύνατον να κατέλθει με τους χειρισμούς το υπερεφιπιακό τμήμα, ώστε να επιτευχθεί ολική αφαίρεση. Σε αυτή την περίπτωση με τη συμπληρωματική υπομετωπιαία προσπέλαση μπορούμε να προσπελάσουμε το υπερεφιπιακό τμήμα του αδενώματος και να επιτύχουμε πλήρη εξαίρεση.

Ρ09. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΕΞΩΟΣΤΙΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑ EWING/PNET ΟΦΘΑΛΜΙΚΟΥ ΚΟΓΧΟΥ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ - ΠΛΑΓΙΑ ΚΟΓΧΟΤΟΜΗ (KRÖNLEIN)

Σ. Θεοδωρόπουλος, Α. Ρόβλιας, Ν. Παιδακάκος, Μ. Σιακαβέλλα, Ε. Κωνσταντινίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα ασθενής 75 ετών παρουσίασε προϊούσα πρόπτωση ΑΡ οφθαλμού από 1,5 έτους, διπλωπία, θάμβος όρασης και ένεση επιπεφυκότα. Η φυσική - νευρολογική εξέταση ανέδειξε εκσεσημασμένο εξόφθαλμο με συνοδό υπεραϊμία του επιπεφυκότα, ήπια ελάττωση οπτικής οξύτητας και περιορισμό της οφθαλμοκινητικότητας ίδια σε θέση απαγωγής χωρίς στοιχεία όμως νευρικής βλάβης. Ο απεικονιστικός έλεγχος με CT και MRI οφθαλμικών κόγχων αποκάλυψε ευμεγέθη εξεργασία στο κάτω-έξω τεταρτημόριο του πρόσθιου οφθαλμικού κόγχου με έντονη πρόσληψη σκιαγραφικού και χωρίς οστική συμμετοχή ή πίεση επί του οπτικού νεύρου. Ενδελεχής κλινικός και παρακλινικός έλεγχος για πιθανή πρωτοπαθή εστία απέβη αρνητικός και αρχικά ακολουθήθηκε συντηρητική αγωγή με κορτικοστεροειδή χωρίς όμως ύφεση της κλινικής συμπτωματολογίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βάση της εντόπισης του όγκου η ασθενής υποβλήθηκε σε ΑΡ πλάγια κογχοτομή (τροποποιημένη Krönlein) και μακροσκοπικά ολική αφαίρεση του όγκου, ο οποίος δε διηθούσε τις οστικές δομές. Μετεχειρητικά παρατηρήθηκε θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας χωρίς επιπλοκές. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέδειξε κακόηθες νεόπλασμα με μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά χαρακτηριστικά σαρκώματος Ewing/αρχέγονου νευροεξωδερμικού όγκου (PNET). Η ασθενής παραπέμφθηκε σε ογκολογικό κέντρο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το περιστατικό αυτό αποτελεί τη μοναδική διεθνώς αναφορά ενδοκογχικού όγκου PNET σε ηλικιωμένο. Τα εξωοστικά σαρκώματα Ewing ή περιφερικοί όγκοι PNET, όπως επικράτησε τελευταία να ονομάζονται, αποτελούν μια ομάδα σπάνιων κακοήθων νεοπλασμάτων μαλακών μορίων νευροεπιθηλιακής προέλευσης με κοινά μορφολογικά, ανοσοϊστοχημικά και κυτταρογενετικά χαρακτηριστικά με τα «κλασικά» οστικά σαρκώματα Ewing. Όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, η ενδοκογχική εντόπιση συνοδεύεται από χαμηλότερη κακοήθεια και τάση για συστηματικές μεταστάσεις. Η ολική χειρουργική εξαίρεση ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία και/ή ακτινοθεραπεία αποτελούν την ενδεδειγμένη μέθοδο αντιμετώπισης.

P10. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΕΚ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Κόκκαλης, Π. Ζωγόπουλος, Ι. Υδραϊός, Θ.Σ. Παλαιολόγος, Θ. Κυριακού

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Καρκινωμάτωσης Μηνιγγίτιδα είναι η διασπορά καρκινικών κυττάρων, μέσω του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού, εντός του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Οι πιο συχνοί όγκοι που δίνουν μεταστάσεις στις μηνίγγες είναι ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα και το μελάνωμα. Λεπτομηνιγγική συμμετοχή έχει εκτιμηθεί ότι εμφανίζεται στο 2-2,5% του καρκίνου του μαστού και στο 23% των μελανωμάτων. Ωστόσο ως επιπλοκή του καρκίνου της ουροδόχου κύστης η καρκινωμάτωσης μηνιγγίτιδα είναι εξαιρετικά σπάνια. Παραθέτουμε την περίπτωση ασθενούς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης εκ μεταβατικών κυττάρων που ανέπτυξε καρκινωμάτωση μηνιγγίτιδα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για άντρα 49 χρονών με γνωστό ιστορικό καρκίνου της ουροδόχου κύστης που αντιμετωπίζονταν με ακτινοβολία. Τον Σεπτέμβριο του 2011 προσήλθε με από μνός προοδευτική αστάθεια βάδισης, διάχυτη κεφαλαλγία και αλλαγή του επιπέδου συνείδησης. Η διάγνωση προήλθε από την εξέταση της Αξονικής και Μαγνητικής Τομογραφίας εγκεφάλου και κυρίως από την κυτταρολογική και βιοχημική ανάλυση του ENY.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση του ENY ήταν παθολογική, αποκαλύπτοντας αυξημένα επίπεδα πρωτεΐνης και την παρουσία καρκινικών κυττάρων εκ μεταβατικού επιθηλίου. Η ανοσοϊστοχημική χρώση για PapanCK ήταν θετική, ενώ η ανοσοχρώση για μονοκλωνικό αντίσωμα, Terminal desoxyribonucleotide transferase και κοινό αντιγόνο των λευκοκυττάρων ήταν αρνητικά. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου κατέδειξε υδροκεφαλία, που αρχικά αντιμετωπίστηκε με την τοποθέτηση εξωτερικής παροχέτευσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η καρκινωμάτωσης μηνιγγίτιδα, ως επιπλοκή του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι εξαιρετικά σπάνια. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι η διάχυτη κεφαλαλγία, η μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, παρέσεις κρανιακών νεύρων, ενώ η υδροκεφαλία είναι σπάνια. Η διάγνωση της επιφέρει πολύ κακή πρόγνωση, με μέσο όρο επιβίωσης τις 8 εβδομάδες. Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης θα πρέπει κάθε φορά να εξατομικεύεται.

P11. ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΚΟΛΠΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΟΦΘΑΛΜΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ

Σ. Σφήκας¹, Β. Βαλαδάκης¹, Ε. Αντωνίου¹, Ιω. Ντούντας², Κ. Λάγιος³

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

(²) Χειρουργός Οφθαλμίατρος, MD, MSc, FEBO, PHD

(³) Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η άνω οφθαλμική φλέβα (SOV) μπορεί να αποτελέσει μία εναλλακτική οδό διαδερμικής προσπέλασης για την αντιμετώπιση αγγειακών δυσπλασιών σπραγγώδους κόλπου. Η άμεση χειρουργική της παρασκευή, η αποκάλυψη της και ο καθετηριασμός της μπορεί να είναι τεχνικά δύσκολα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Περιγράφεται περιστατικό άρρενος ασθενούς με αγγειακή δυσπλασία σπραγγώδους κόλπου και γίνεται αναφορά στην ανατομία, στην χειρουργική τεχνική καθώς και στα απεικονιστικά ευρήματα προ και μετά εμβολισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπό γενική αναισθησία, και δια άνωθεν του βλεφάρου υπερόφρουας τομής παρασκευάστηκε και καθετηριάστηκε η άνω οφθαλμική φλέβα, με ένα κανονικό αρτηριακό θηκάρι (regular arterial sheath). Μέσω φλεβογραφίας απεικονίστηκε η δυσπλασία και εξαλείφθηκε

μετά από εμβολισμό με coils. Σε 12μηνια παρακολούθηση εξέταση, ο ασθενής δεν έδειξε σημεία υποτροπής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδαγγειακή διαχείριση των αγγειακών δυσπλασιών του ΚΝΣ έχει γίνει η θεραπεία επιλογής. Ο δια/φλεβικός εμβολισμός όλο και περισσότερο προτιμάται για αυτές τις βλάβες. Όταν ο κάτω λιθοειδής κόλπος είναι στενός ή αποφραγμένος λόγω βλάβης, όταν ο καθετήρας δεν μπορεί να φτάσει το πρόσθιο τμήμα του σπραγγώδους κόλπου, ή όταν οι αγγειακές δυσπλασίες παροχετεύονται προς την άνω οφθαλμική φλέβα η προσπέλαση δια της SOV μπορεί να αποτελέσει μια ελκυστική εναλλακτική.

P12. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ/ ΙΝΙΟΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ

Σ. Σφήκας, Ν. Γκέκας, Β. Βαλαδάκης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Οι συγγραφείς αναφέρουν τα κλινικά, απεικονιστικά και χειρουργικά ευρήματα σε ασθενείς που έπασχαν από βλάβες οπίσθιου κρανιακού βόθρου που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας την τελευταία πενταετία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη σε περιστατικά της τελευταίας πενταετίας. Έγινε εκτίμηση των κλινικών τους χαρακτηριστικών, των διαπιστώσεων από τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές απεικονίσεις σε συνδυασμό με τα διεγχειρητικά ευρήματα. Μετεγχειρητικές πληροφορίες αποκτήθηκαν μέσω τακτικής παρακολούθησης των εξωτερικών ασθενών καθώς και από τηλεφωνική συνέντευξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξεργασίες όπως χορδώματα, μηνιγγιώματα, ακουστικά νευρινώματα και μεταστάσεις αντιμετωπίστηκαν με πρόσθιες διαστοματικές ανοιχτές η ενδοσκοπικές, οπισθοπλάγιες ή far lateral και οπίσθιες προσπελάσεις. Σε ορισμένα περιστατικά χρειάστηκε στον ίδιο χρόνο να διενεργηθεί και ινιαιχενική σπονδυλοδεσία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής προσπέλασης παρέχει εξέγγρα για γρηγορότερη, ασφαλέστερη και επιτυχή αφαίρεση εξεργασιών σε τέτοιες περιπτώσεις με παράλληλη μείωση της περιεγχειρητικής θνησιμότητας. Λόγω του συχνού ποσοστού υποτροπής οι ασθενείς χρήζουν μακροχρόνιου follow up.

P13. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΡΙΝΟΡΡΟΙΑ ΧΩΡΙΣ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΡΟΗ ΕΝΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΙΝΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΑΚΡΟΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΥΠΟΦΥΣΗΣ: ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Π. Πριμικήρης, Δ. Βαρθαλίτης, Α. Βυζιώτης, Ν. Γκέκας, Κ. Κασάπας, Ν. Γεωργακούλιας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση αιτιών μετεγχειρητικής ρινόρροιας μετά από χειρουργική αφαίρεση μακροαδενώματος υπόφυσης χωρίς να έχει τεκμηριωθεί διεγχειρητική εκροή ΕΝΥ. Ανάπτυξη χειρουργικής τεχνικής πρόληψης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε τρεις ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ενδοσκοπική διαρινική αφαίρεση μακροαδενώματος υπόφυσης χωρίς ένδειξη διεγχειρητικής εξόδου εγκεφαλονωτιαίου υγρού ακόμη και μετά από χειρισμό Valsava. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς εμφάνισαν ρινόρροια ΕΝΥ που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με την τοποθέτηση οσφυϊκής παροχέτευσης για 5 ημέρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από διερεύνηση της βιβλιογραφίας και μελέτη των ιδιαίτερων ανατομικών χαρακτηριστικών του διαφράγματος, θεωρούμε ως πιθανότερη ερμηνεία τη ρήξη του

λεπτυσμένου, λόγω των χρόνιων πιεστικών φαινομένων, διαφράγματος, μετά την επακόλουθη μετεγχειρητική κατάσπαση αυτού στο εφίππιο, ως αποτέλεσμα της δράσης της παλμικής ροής του ΕΝΥ. Έτερη πιθανή ερμηνεία αποτελεί ο τραυματισμός του διαφράγματος από οστικές παρασχίδες που παραμένουν μετά τη διάνοιξη του εφίππιου. Προφανές ενδεχόμενο είναι και η αδυναμία αναγνώρισης διεγχειρητικά της ρήξης του διαφράγματος και της επακόλουθης εκροής ΕΝΥ. Προτείνουμε τη χρήση λίπους, από το πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα ή το μηρό, για την αποφυγή κατάσπασης του διαφράγματος μετά την αφαίρεση της εξεργασίας, ως μέτρο πρόληψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετεγχειρητική ρινόρροια δύναται να παρουσιασθεί ακόμη και χωρίς σαφή διεγχειρητικό τραυματισμό του διαφράγματος. Ο επιπωματισμός του εφίππιου με τη χρήση λίπους από την πλάγια κοιλιακή χώρα ή το μηρό εμποδίζει τη μετεγχειρητική κατάσπαση του διαφράγματος στον ανατομικό χώρο του εφίππιου προλαμβάνοντας ενδεχομένως τη μετεγχειρητική ρήξη αυτού.

P14. ΜΟΝΗΡΗΣ ΠΑΡΕΣΗ ΥΠΟΓΛΩΣΣΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

N. Nανίδης, Σ. Κορφιάς, Δ.Ε. Σακάς

Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η μονήρης πάρεση του υπογλωσσίου νεύρου είναι μια σπάνια οντότητα στους Νευροχειρουργικούς ασθενείς και η έγκαιρη διάγνωση της για την θεραπεία των υποκείμενων παθολογιών αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό Ιατρό. Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά μονοπάρεσης του υπογλωσσίου νεύρου που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας. Το πρώτο περιστατικό αφορά άνδρα 35 ετών ο οποίος εμφάνισε πάρεση του υπογλωσσίου νεύρου μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Η ακτινολογική απεικόνιση ανάδειξε παρουσία θρόμβου αίματος στην γεφυροπαραεγκεφαλική γωνία και έμπροσθεν του προμήκη μυελού, με συνοδό κάταγμα κρανίου της ινιακής χώρας, η γραμμή του οποίου περνούσε διαμέσου του υπογλωσσίου πόρου. Το δεύτερο περιστατικό αφορά άνδρα 43 ετών ο οποίος εμφάνισε αιφνίδια πάρεση του υπογλωσσίου νεύρου και είχε αρχικά διαγνωσθεί από Νευρολογική κλινική ως πιθανή ρήξη ανευρύσματος εγκεφάλου. Μετά από εκτενή εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο διαγνώσθηκε με αυτόματο οξύ διαχωρισμό της εξωκράνιας μοίρας της έσω καρωτίδας. Το υπογλώσσιο νεύρο μπορεί να υποστεί βλάβη σε οποιοδήποτε σημείο της πορείας του και η στοχευμένη κλινική εξέταση βοηθά τον Ιατρό να εκτιμήσει την ανατομική θέση της βλάβης και έτσι να προσεγγίσει με περισσότερη ακρίβεια την διαφορική διάγνωση. Συζητάμε τις ιδιαιτερότητες της ανατομικής πορείας του υπογλωσσίου νεύρου και τις πιθανές παθήσεις που ευθύνονται για βλάβη σε κάθε μίρα του.

P15. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΛΕΣΒΟ

Γ. Στράντζαλης, Θ. Καλαματιανός, Σ. Γκατζώνης, Δ.Ε. Σακάς, Ομάδα Ερευνητών Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων Λέσβου

Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την επίπτωση και κατανομή των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα περιορισμένα. Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη μελέτη διερεύνησης επίπτωσης ΑΕΕ σε ένα ελληνικό νησί, τη Νήσο Λέσβο.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη διάρκεια ενός έτους (Ιούνιος 2010-Μάιος 2011) έγινε προδρομική

καταγραφή των πρωτοεμφανιζόμενων ΑΕΕ η οποία προέκυψε από την καθιέρωση μητρώου πολλαπλών πηγών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της μελέτης καταγράφηκαν 197 πρωτοεμφανιζόμενα ΑΕΕ που αφορούσαν 112 άνδρες και 85 γυναίκες (ηλικία \pm SD, 75 ± 12 έτη). Η διάγνωση ισχαιμικού τύπου εγκεφαλικού επεισοδίου, ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και υπαραχνοειδούς αιμορραγίας τέθηκε αντιστοίχως, σε ποσοστό, 84.8%, 12.7% και 2.5%. Η επίπτωση (ανά εκατό χιλιάδες) στις ηλικίες 45-54 έτη, 55-64, 65-74, 75-84 και ≥ 85 στους άνδρες ήταν αντιστοίχως 95, 344, 594, 1397 και 2669. Στις γυναίκες, η επίπτωση στις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες (ανά εκατό χιλιάδες), ήταν 94, 169, 260, 913 και 2050. Ο συντελεστής επίπτωσης πρωτυπωμένος (ανά ηλικία και φύλο) στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό (ανά εκατό χιλιάδες) ήταν 126.1 (95% CI 108-147) για όλους τους ασθενείς και 294.3 (95% CI 246-349) για τους ασθενείς ηλικίας 45 έως 85 έτη. Η θνητότητα των ΑΕΕ στις 30 ημέρες ήταν σε ποσοστό 20.81% συνολικά, 22.35% στις γυναίκες και 19.64% στους άνδρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δείχνουν πως η επίπτωση των ΑΕΕ στον πληθυσμό που μελετήθηκε είναι συγκρίσιμη της επίπτωσης που προκύπτει από προηγούμενες μελέτες σε πληθυσμούς της Μεσογείου, συμπεριλαμβανομένης προγενέστερης μελέτης στην χώρα μας (Αρκαδία, 1993-1995).

P16. ΕΞΥΠΝΑ ΤΗΛΕΦΩΝΑ, ΜΙΑ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΧΙΛΙΕΣ ΛΕΞΕΙΣ

Ε. Κυριαζίδης, Γ. Παπαευαγγέλου, Δ. Ανέστης, Σ. Κώττας, Χ. Τσουνίδης
Β' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η σύγχρονη ιατρική είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την τεχνολογία. Αναζητώντας νέους τρόπους βελτίωσης, τόσο της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών όσο και της εντατικής παρακολούθησής τους, τεχνολογίες αιχμής εντάσσονται διαρκώς στην καθημερινή ιατρική πρακτική. Αυτός ο δεσμός είναι ιδιαίτερα εμφανής στην Νευροχειρουργική ειδικότητα. Η λεπτομερής νευρολογική εξέταση του ασθενή μπορεί να παρουσιαστεί αδύναμη στο να καθορίσει από μόνη της την ορθότερη θεραπευτική προσέγγιση (συντηρητική ή χειρουργική). Αυτή την αδυναμία βρέθηκε να αντirroπεί η Νευροαπεικόνιση μέσα από κάθε έκφραση της (ακτινογραφία, αξονική και μαγνητική τομογραφία κ.α.). Η σωστή απεικονιστική εξέταση, την κατάλληλη στιγμή σε συνδυασμό με την ορθή ερμηνεία της, μπορεί να προσφέρει αυτό που χρειάζεται ο σύγχρονος νευροχειρουργός στα πολύπλοκα προβλήματα που προκύπτουν στην καθημερινή πρακτική. Η μεταφορά και αποστολή απεικονιστικών εξετάσεων με υψηλή ευκρίνεια, ταχύτητα και αποτελεσματικότητα, προσφέρει τα μέγιστα στην ανταλλαγή δεδομένων για συνεκτίμηση και διεκπεραίωση της προετοιμασίας και αντιμετώπισης των περιστατικών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση έξυπνων κινητών τηλεφώνων και την σύνδεση μέσω αυτών στο διαδίκτυο. Με την παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την χρήση έξυπνων κινητών τηλεφώνων με τις σημερινές φωτογραφικές ικανότητες και δυνατότητες διασύνδεσης τους στην καθημερινή λειτουργία της Κλινικής μας.

P17. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΟΔΟΝΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ. Πίκολας, Κ. Φαρόπουλος, Φ. Γιαννικοπούλου, Σ. Ραυτόπουλος, Δ. Κωνσταντίνου
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Το κάταγμα της οδοντοειδούς απόφυσης είναι το συχνότερο των καταγμάτων του άξονα. Τα κατάγματα τύπου II (κατά Anderson & D'Alonso) και εκείνα εκ των τύπου III των οποίων η γραμμή του κατάγματος βρίσκεται σε ανατομική εγγύτητα με την βάση του οδόντα, αποτελούν τα συχνότερα καθώς επίσης και τα ασταθέστερα εξ' αυτών συνιστώντας συχνά μία χειρουργική πρόκληση για την ορθολογική τους αντιμετώπιση. Παρουσιάζουμε ένα σχετικό περιστατικό που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας. Πρόκειται για άρρενα 14 ετών με κάταγμα τύπου III με οπίσθια παρεκτόπιση και συνυπάρχουσα κρανιοεγκεφαλική και κρανιοπροσωπική κάκωση χωρίς νευρολογική σημειολογία που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά δια πρόσθιας προσπέλασης και σταθεροποίησης με κοχλία στην οδοντοειδή απόφυση. Έγινε επανέλεγχος μετά από πάροδο 2 εβδομάδων, 6 εβδομάδων και 6 μηνών. Το κάταγμα παρουσίασε ακτινολογική σταθεροποίηση, στην αντικειμενική εξέταση η ΑΜΣΣ ήταν λειτουργικά φυσιολογική και ο ασθενής επέστρεψε στις φυσιολογικές του δραστηριότητες (Karnofsky: 100%). Η συγκεκριμένη τεχνική δεν στερείται επιπλοκών (24%). Αυτές περιλαμβάνουν λανθασμένη ανάταξη, θραύση κοχλία και ψευδάρθρωση (12%), ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά εφόσον ικανοποιούνται οι ενδείξεις, η συγκεκριμένη τεχνική θα πρέπει να αποτελεί την θεραπεία εκλογής σε κατάγματα οδόντα τύπου II και υψηλά (ρηχά) τύπου III αφού είναι η μόνη συμβατή με την διατήρηση εμβιομηχανική της ανώτερη αυχενικής. Οι ενδείξεις και αντενδείξεις της τεχνικής συζητούνται στην παρουσίαση. Εναλλακτικά μπορεί να γίνει ακινητοποίηση του Α1-Α2 διαστήματος προσθίως μέσω διαρθρικών κοχλίων Α1-Α2 ή μέσω των διαφόρων τεχνικών οπίσθιας σταθεροποίησης, με κόστος όμως την απώλεια μεγάλου ποσοστού της τροφικής κίνησης και επιπλέον της καμπτικής και πλαγιοκαμπτικής στην περίπτωση της ινιοαυχενικής σπονδυλοδεσίας.

P18. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΙΝΙΑΚΟΥ ΚΟΝΔΥΛΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Α. Πετσανάς¹, Χ. Αναγνωστόπουλος¹, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου², Γ. Βράνος¹, Φ. Σπυριδάκης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα κατάγματα του ινιακού κονδύλου αποτελούν μια σπάνια οντότητα. Σκοπός της εργασίας μας είναι η συζήτηση της συντηρητικής αντιμετώπισης των καταγμάτων του ινιακού κονδύλου σε 5 ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για πέντε ασθενείς, 4 άνδρες, 25, 32, 37 και 67 ετών αντίστοιχα, και μία γυναίκα 49 ετών, οι οποίοι προσκομίσθηκαν στο Νοσοκομείο μετά από τροχαίο ατύχημα (4 ασθενείς) και πτώση από ύψος (1 ασθενής). Ένας ασθενής ήταν σε κώμα λόγω βαριάς κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Οι άλλοι 4 ανέφεραν έντονη αυχεναλγία. Στον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε κάταγμα των ινιακών κονδύλων αμφοτερόπλευρα σε έναν ασθενή, κάταγμα ινιακού κονδύλου αριστερά σε δύο ασθενείς και δεξιά σε δύο ασθενείς. Η αντιμετώπιση ήταν συντηρητική με αυχενικό κηδεμόνα Philadelphia για τρεις μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κλινική κατάσταση των ασθενών έξι μήνες μετά την κάκωση ήταν άριστη. Ο ασθενής με τη βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση παραμένει στη ΜΕΘ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα κατάγματα του ινιακού κονδύλου παρατηρούνται στο 4% περίπου των

ασθενών σε κώμα μετά από κάκωση υψηλής ενέργειας. Συχνά συνυπάρχουν και άλλες κακώσεις της ΑΜΣΣ και του εγκεφάλου. Η ταξινόμησή τους κατά Anderson και Modasano διακρίνει τρεις τύπους [I, II, και III] και κατά Tuli δύο τύπους [I και II]. Η διάγνωση τίθεται με τη αξονική τομογραφία. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική. Μπορεί να χρειασθεί χειρουργική αντιμετώπιση επί υπάρξεως αστάθειας της ινιοαυχενικής συμβολής.

P19. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΧΙΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ι. Μυλωνάκης, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου, Α. Ζησάκης, Γ. Μαρκογιαννάκης, Β. Βάρσος
Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η τραυματική νευροπάθεια του οπτικού χιάσματος είναι ένα σπάνιο εύρημα που εμφανίζεται μετά από αμβλύ τραύμα υψηλής ενέργειας. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό τραυματικής χιασματικής νευροπάθειας μετά από πτώση εξ ύψους.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ασθενής, 62 ετών, διεκομίσθη στο νοσοκομείο μας λόγω κάκωσης μετωπιαίας χώρας, μετά από πτώση εξ ύψους. Κατά την είσοδό του ελέγχθηκε σε Κλίμακα Κώματος Γλασκώβης 15 και οπτικές διαταραχές. Η οφθαλμολογική του εκτίμηση ανέδειξε τύφλωση δεξιού οφθαλμού (ΔΟ) (0/10) και κροταφική ημIANOψία αριστερού οφθαλμού (ΑΟ), με οπτική οξύτητα (9/10). Τα κορικά αντανakλαστικά του ΔΟ ήταν καταργημένα, ενώ του ΑΟ εκλύονταν φυσιολογικά. Η οφθαλμοκινητικότητα αμφοτερόπλευρα ήταν φυσιολογική. Υποβλήθηκε σε MRI και CT εγκεφάλου - οφθαλμικών κόγχων, όπου ανεδείχθησαν κατάγματα του έξω τοιχώματος και εδάφους δεξιού οφθαλμικού κόγχου, χωρίς παθολογικά ευρήματα από τους οφθαλμούς και την οπτική οδό. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος των αγγείων του τραχήλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο ασθενής τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με κορτιζόνη, χωρίς να ανακτήσει την όρασή του. Τα οπτικά του πεδία ήταν συμβατά με τραυματισμό του οπτικού χιάσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την εποχή του Ιπποκράτη είναι γνωστή η κάκωση της οπτικής οδού, μετά από αμβλύ τραύμα στη μετωπιαία χώρα. Η συχνότητά του ανέρχεται στο 1,5% και καταλαμβάνει την τρίτη θέση, μετά την κάκωση του σφρηρτικού και προσωπικού νεύρου. Ο μηχανισμός της βλάβης δεν είναι πλήρως γνωστός. Πιθανολογείται ότι λόγω τοπικού κατάγματος του οπτικού τμήματος ή λόγω της απότομης μετακίνησης του εγκεφάλου, επέρχεται ρήξη των μικρών αγγείων της αραχνοειδούς που τροφοδοτούν την οπτική οδό.

P20. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ

Γ.Φ. Χατζηγεωργίου^{1,3}, Θ. Δαρδιώτης², Γ.Μ. Χατζηγεωργίου², Β. Βάρσος¹, Κ. Φουντάς³

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

(²) Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΣΚΟΠΟΣ: Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) αποτελεί παγκοσμίως μια σημαντική αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας. Όλο και περισσότερες μελέτες συσχετίζουν διάφορους γενετικούς παράγοντες με την έκβαση των ασθενών μετά από ΚΕΚ. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη συγκεκριμένη γονιδιακή συσχέτιση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε διεξοδική ανασκόπηση, στη βάση δεδομένων Pubmed, όλων των άρθρων σχετιζόμενα με τους όρους: γονίδια, πολυμορφισμός, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, έκβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι περισσότερες μελέτες αφορούν τον νευροπροστατευτικό ρόλο του γονιδίου για την απολιποπρωτεΐνη E, η οποία ευθύνεται για την μεταφορά των λιπιδίων στο ΚΝΣ. Όλες οι παραπάνω μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η απαλοιφή του συγκεκριμένου γονιδίου οδηγεί σε αυξημένη ισχαιμικού τύπου νευρωνική βλάβη και αντιστρόφως η υπερέκφρασή του σε μειωμένη. Άλλες μελέτες υποστήριξαν την θετική επίδραση που ασκεί η νεπριλυσίνη, μια πρωτεΐνη που ρόλος της είναι η απομάκρυνση του β-αμυλοειδικού πεπτιδίου (Αβ). Το Αβ ασκεί νευροτοξική δράση και η συσσώρευσή του οδηγεί στο σχηματισμό αμυλοειδικών πλακών και προδιάθεση εμφάνισης νόσου Alzheimer. Αρκετές αναφορές υπάρχουν για το p53 ογκοκατασταλτικό γονίδιο, που σχετίζεται με την απόπτωση και τον κυτταρικό κύκλο. Ειδικότερα, έχει καταδειχθεί η ενεργοποίηση αποπτωτικών μηχανισμών μετά από ΚΕΚ, με αποτέλεσμα η αναστολή του συγκεκριμένου γονιδίου να ασκεί νευροπροστατευτική δράση. Τέλος, αρκετές μελέτες αναφέρονται στην ιντερλευκίνη 6, αποδεικνύοντας χειρότερη νευρολογική έκβαση σε μοντέλα απαλοιφής του συγκεκριμένου γονιδίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εξέταση των γονιδιακών πολυμορφισμών σε σχέση με την έκβαση των ασθενών μετά από ΚΕΚ και η καλύτερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται, αποσκοπεί στην ανακάλυψη στοχευμένων θεραπειών ανάλογα με το γονιδιακό προφίλ του κάθε ασθενούς.

P21. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΒΥΘΙΖΟΜΕΝΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΚΡΑΝΙΕΚΤΟΜΗ

Χ. Χαμπλός¹, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου^{1,2}, Χ. Αναγνωστόπουλος¹, Α. Πετσανάς¹, Γ. Αλεξόπουλος¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Μία σπάνια επιπλοκή της αποσυμπίεστικής κρανιεκτομής είναι το «Σύνδρομο του Βυθιζόμενου Δερματικού Κρημνού» [ΣΒΔΚ] (Sinking Skin Flap Syndrome). Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από νευρολογικά συμπτώματα, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και κινητικό έλλειμμα. Παρουσιάζουμε έναν ασθενή με το σύνδρομο αυτό και συζητούμε τους πιθανούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, καθώς και την αντιμετώπισή του.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής άνδρας 50 ετών, πολυτραυματίας, διασωληνώθηκε με Κλίμακα Γλασκώβης 7/15. Στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου διαπιστώθηκε εγκεφαλική θλάση δεξιά κροταφικά και πολλαπλά κατάγματα πλευρών δεξιά. Πέντε ημέρες μετά την εισαγωγή υποβλήθηκε σε αποσυμπίεστική κρανιεκτομή δεξιά λόγω μη ελεγχόμενης ενδοκρανιακής πίεσης. Εξαιτίας πολλαπλών επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα και λοιμώξεων παρέμεινε στη ΜΕΘ τέσσερις μήνες συνολικά. Στη συνέχεια, κατά την παραμονή του στην Κλινική, σταδιακά παρουσίασε πτώση του επιπέδου συνείδησης, αριστερή ημιπάρεση, συνοδευόμενη από βύθιση του δερματικού κρημνού, εικόνα συμβατή με το περιγραφόμενο σύνδρομο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πέντε μήνες από την κρανιεκτομή υποβλήθηκε σε κρανιοπλαστική. Η μετεχειρητική πορεία ήταν ομαλή και σταδιακά αποκαταστάθηκε τόσο η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, όσο και η ημιπάρεση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις στη βιβλιογραφία ότι το ΣΒΔΚ οφείλεται σε διαταραχή της άρδευσης του εγκεφάλου, στην υποκείμενη της κρανιεκτομής περιοχή του φλοιού, λόγω του ότι ο εγκεφαλικός φλοιός υποβάλλεται σε πιέσεις της τάξης της 1 atm (=760mmHg). Η συμπτωματική θεραπεία περιλαμβάνει την τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση Trendelenburg και την επαρκή ενυδάτωσή του, έως την κρανιοπλαστική, που αποτελεί την οριστική αντιμετώπιση του συνδρόμου.

P22. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ/ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Π. Ζωγόπουλος, Π. Κόκκαλης, Γ. Σταματοπούλος, Θ.Σ. Παλαιολόγος, Γ. Τσάνης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσίαση της συχνότητας χρήσης και της αποτελεσματικότητας των ηρεμιστικών/ αντιψυχωσικών φαρμάκων σε διεγερτικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που δεν χρήζουν χειρουργικής παρέμβασης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε 196 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τα τελευταία 3 έτη λόγω κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων που δεν έχρηζαν χειρουργικής παρέμβασης και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Από το σύνολο των ασθενών αυτών, στους 49 (44 άνδρες και 5 γυναίκες) ετέθη σε κάποια φάση της νοσηλείας τους αγωγή με ηρεμιστικά/ αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη, βρωμαζεπάμη, διαζεπάμη) λόγω επεισοδίων διέγερσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών που έλαβαν ηρεμιστική αγωγή ήταν 49,2 έτη, ενώ οι ασθενείς που δεν χρειάστηκαν τέτοια αγωγή είχαν μέση ηλικία 50, 4 έτη. Η μέση διάρκεια της αγωγής με ηρεμιστικά ήταν 3½ ημέρες. Όσον αφορά τα απεικονιστικά ευρήματα της κάκωσης, στους 19 υπήρχαν θλάσεις μετωπιαίου λοβού, στους 17 υποσκληρίδιο αιμάτωμα το οποίο δεν έχρηζε νευροχειρουργικής παρέμβασης, σε 7 θλάσεις κροταφικού λοβού, σε 4 ανεδείχθη τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία και σε 2 πνευμοεγκεφάλος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ηλικία του ασθενούς δεν φαίνεται να αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση επεισοδίων διέγερσης. Αντίθετα, το είδος και η εντόπιση της κάκωσης φαίνεται ότι σχετίζεται με τέτοια επεισόδια. Οι ασθενείς με μετωπιαίες θλάσεις παρουσιάζουν συχνότερα επεισόδια διέγερσης για τα οποία χρειάζονται ηρεμιστική αγωγή και μάλιστα, για περισσότερες ημέρες απ' ότι οι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις άλλου είδους. Το συχνότερα χρησιμοποιούμενο φάρμακο είναι η αλοπεριδόλη σε συνδυασμό με το αντιχολινεργικό βιπεριδένη.

P23. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ, ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ - ΠΟΙΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΩΝ;

Π. Ζωγόπουλος, Π. Κόκκαλης, Ι. Υδραίος, Μ. Φρατζόγλου, Ε. Χατζηδάκης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ασθενών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ) προσέρχεται στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών κάθε χρόνο. Η εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης στα πλαίσια της αντικειμενικής νευρολογικής εξέτασης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της προσέγγισης αυτών των ασθενών. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, και ιδιαιτέρως όσοι λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής ακόμα και όταν είναι ασυμπτωματικοί. Παρουσιάζουμε την επίπτωση εγκεφαλικών βλαβών σε αυτούς τους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε αναδρομική μελέτη όλων των περιστατικών ΚΕΚ, ανεξαρτήτως μηχανισμού κάκωσης, που προσήλθαν στα επείγοντα του νοσοκομείου μας τα τελευταία 2 έτη, τα οποία είχαν άριστη νευρολογική εικόνα (GCS:15/15 και απουσία εστιακής νευρολογικής σημειολογίας), αλλά υπεβλήθησαν σε CT εγκεφάλου διότι ανήκαν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (λήψη αντιπηκτικής αγωγής, ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, 534 ασθενείς άνω των 70 ετών, που πληρούσαν τα ανωτέρω

κριτήρια περιελήφθησαν στη μελέτη και κατανεμήθηκαν σε 2 ομάδες, ανάλογα με το αν λαμβάνανε αντιπηκτικά ή όχι. Στους άντρες δεν ανεδείχθη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων όσον αφορά την ανάδειξη βλαβών στην CT εγκεφάλου. Αντίθετα, στις γυναίκες υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P < 5\%$) μεταξύ εκείνων που λαμβάνανε αντιπηκτικά και εκείνων που δεν λαμβάνανε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαφορά της επίπτωσης εγκεφαλικών βλαβών όπως αυτές αναδεικνύονται με την CT εγκεφάλου, μετά από ΚΕΚ σε ασυμπτωματικούς, ηλικιωμένους άντρες και γυναίκες είναι μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση, άγνωστης ωστόσο αιτιολογίας. Πιθανά αίτια μπορεί να είναι η μη καλή συμμόρφωση των αντρών στη λήψη της αντιπηκτικής αγωγής ή γενετικοί παράγοντες, καθώς πολλές από τις πρωτεΐνες της αιμόστασης κωδικοποιούνται από γονίδια ρυθμιζόμενα από ορμόνες του φύλου.

P24. DECOMPRESSIVE CRANIECTOMIES FOR STROKE VS TRAUMA. WHO REALLY BENEFITS?

S. Pichas

Dept. of Neurosurgery, King's College Hospital, UK

INTRODUCTION: The decision for decompressive craniectomies still remains controversial. Although the routine use of ICP monitoring and - in some centres - microdialysis have produced some acceptable guidelines, there is a significant proportion of patients who present at the neurosurgery trauma center with significantly worse ICPs than the proposed by guidelines. Who really benefits from craniectomies?

MATERIAL - METHOD: We are presenting our series of 53 Patients who underwent decompressive craniectomies. 15/53 for MCA infarcts, 16/53 were operated following unsuccessful medical ICU management and 22/53 were operated urgently, straight from the ER. TBI patient's mean age was 43, 8 Yrs, Mean GCS was 6,2, while for stroke patients mean age was 48, 6 Yrs and Mean GCS was 10,3.

RESULTS: 14/15 patients stroke patients survived with a mean GOS of 3,0. For 16 patients who had craniectomies as indicated by guidelines survival rate was 66% and the mean GOS was 3,2 with 39% of patients achieving a favorable (4-5 GOS). For 22 "beyond" the guidelines patients survival rate was 41% and the mean GOS was 2,1 with only 16% of patients achieving a favorable (4-5 GOS).

CONCLUSIONS: Our results demonstrate clearly that patients with MCA infarcts fare better in terms of survival, TBI patients who undergo decompressive craniectomies according to guidelines are the most likely to benefit the most in terms of GOS. "Beyond guidelines" patients fare extremely poorly especially in terms of GOS, thus should be treated with a lot of scepticism.

P25. ΑΣΥΝΗΘΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Χέβα¹, Α. Μπαλιάκα¹, Ν. Ψάρρας², Π. Σακελλαρίου², Λ. Σακκάς¹

(¹) Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

ΣΚΟΠΟΣ: Το λειομυοσάρκωμα της μήτρας είναι ένα υψηλού βαθμού κακοήθειας νεόπλασμα, μεσεγχοματογενούς προέλευσης και αντιπροσωπεύει το 1% όλων των κακοήθων νεοπλασμάτων της μήτρας. Επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστών ή με αιματογενή διασπορά, κυρίως στους πνεύμονες. Τα οστά, και ιδίως η σπονδυλική στήλη, αποτελούν σπάνιες θέσεις μετάστασης. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης μεταστατικού λειομυοσάρκωματος της μήτρας στην σπονδυλική στήλη.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα ασθενής, 62 ετών, με ιστορικό από 9μήνου σχεδόν σύγχρονης εμφάνισης καρκινώματος των πόρων του μαστού, βλεννώδους νεοπλάσματος της ωοθήκης και λειομυοσάρκωματος της μήτρας, προσήλθε στο Νοσοκομείο μας με προϊούσα παραπάρεση και διαταραχές της βάδισης. Η μαγνητική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης αποκάλυψε ογκόμορφη εξεργασία, εξορμούμενη από το σώμα του Ο3 σπονδύλου που προκαλούσε στένωση του σπονδυλικού σωλήνα. Ακολούθησε διεγχειρητική προσπέλαση και εκτομή της εξεργασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε την παρουσία κακοήθους νεοπλάσματος, αποτελούμενου από μεγάλο μεγέθους κύτταρα, με νωσινόφιλο κυτταρόπλασμα, με ευμεγέθεις, ενίοτε γιγάντιους πυρήνες, με στικτή διάταξη της χρωματίνης, συχνά διακριτό πυρήνιο, αυξημένη πολυμορφία και ατυπία και αυξημένο αριθμό πυρηνοκινησιών. Παρατηρήθηκε πυκνή διάταξη, με σπάνιους αγγειοσυνδετικούς άξονες, μεταξύ των κυττάρων. Κατά τον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο διαπιστώθηκε ο εξής ανοσοφαινότυπος: SMA+, H-Caldesmon+, Desmin+, ενώ ελάχιστα κύτταρα εμφάνισαν θετικότητα στα αντισώματα AE1/AE3, Ck 8/18, CD10, ER. Οι χρώσεις για Vimentin και CD34 απέβησαν αρνητικές.

Τέθηκε η διάγνωση μεταστατικού λειομυοσάρκωματος λόγω και του γνωστού ιστορικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μεταστάσεις στην σπονδυλική στήλη από λειομυοσάρκωμα της μήτρας είναι εξαιρετικά σπάνιες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την έκταση της νόσου, ωστόσο η χειρουργική αφαίρεση παραμένει η θεραπεία εκλογής.

P26. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΑΓΓΕΙΟΣΑΡΚΩΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ.Φ. Χατζηγεωργίου, Τ. Πετροσιάν, Α. Ζησάκης, Γ. Ψιλοβασιλόπουλος, Β. Βάρσος
Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Το πρωτοπαθές αγγειοσάρκωμα της σπονδυλικής στήλης είναι ιδιαίτερος σπάνιο. Στη δική μας γνώση, μόνο άλλα τρία περιστατικά έχουν περιγραφεί βιβλιογραφικά. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζουμε την περίπτωση πρωτοπαθούς αγγειοσάρκωματος, εντοπιζόμενο από τον πέμπτο έως τον όγδοο θωρακικό σπόνδυλο, που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά στη κλινική μας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν ασθενής, 25 ετών, εισήχθη στη κλινική μας λόγω αδυναμίας και αισθητικών διαταραχών κάτω άκρων, προοδευτικά επιδεινούμενα από μηνός. Η νευρολογική του εξέταση ανέδειξε παραπληγία και διαταραχή της επιπολής και εν τω βάθει αισθητικότητας στο επίπεδο του Θ6. Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, ανέδειξε οστεολυτική εξεργασία με ενδοκαναλική επέκταση από τον Θ5 έως τον Θ8 σπόνδυλο, με πιεστικά φαινόμενα επί του νωτιαίου μυελού στο ύψος του Θ6. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε

αποσυμπιεστική πεταλεκτομή του Θ6, εξαίρεση της επισκληρίδιας βλάβης και σπονδυλοδεσία με ράβδο και βίδες από τον Θ4 έως τον Θ8. Η ιστολογική μελέτη του παρασκευάσματος ανέδειξε κύτταρα με ευμεγέθεις υπερχρωματικούς πυρήνες και ατυπία, χαρακτηριζόμενο από έντονη αγγειοβρίθεια, ενώ ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος αποκάλυψε θετικότητα των δεικτών Vimentin, CD31 και CD34, ευρήματα που συνηγορούσαν υπέρ αιμαγγειοσαρκώματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων (2+/5) και μεταφέρθηκε κατόπιν σε ογκολογικό κέντρο για ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Ο ασθενής τελικώς κατέληξε ένα χρόνο μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαφοροδιάγνωση του πρωτοπαθούς αγγειοσαρκώματος από άλλες κακοήθειες είναι σημαντική. Η προσεκτική ιστολογική και ανοσοϊστοχημική μελέτη θα θέσει τη διάγνωση. Στην παρούσα περίπτωση, ο ασθενής λόγω της προχωρημένης έκτασης της νόσου, κατέληξε ένα χρόνο μετά παρά το συνδυασμό χειρουργικής αντιμετώπισης, χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας.

P27. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΣΚΛΗΡΙΔΙΩΝ ΕΞΩΜΥΕΛΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ 5 ΕΤΩΝ

Τ. Πετροσιά, Γ. Μαρκογιαννάκης, Α. Ζησάκης, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου, Β. Βάρσος
Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ενδοσκληρίδιοι εξωμυελικοί όγκοι του σπονδυλικού σωλήνα είναι σπάνιες βλάβες που προκαλούν συνήθως πόνο ή νευρολογικό έλλειμμα λόγω πίεσης κάποιας ρίζας ή νωτιαίου μυελού. Η χειρουργική αντιμετώπιση αυτών των όγκων περιλαμβάνει πεταλεκτομή με εξαίρεση της βλάβης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε αναδρομική μελέτη όλων των ασθενών της κλινικής μας, από το Ιανουάριο 2008 έως τον Δεκέμβριο 2012, που εμφάνιζαν ενδοσκληρίδια εξωμυελική βλάβη της σπονδυλικής στήλης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 9 ασθενείς βρέθηκαν να πληρούν τα ανώτερα κριτήρια. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν νευρολογικά ελλείμματα και οι τρεις από τους εννέα (33%), παρουσίαζαν συνοδό άλγος. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πεταλεκτομή με ενδοσκληρίδια αφαίρεση της βλάβης υπό το μικροσκόπιο. Νευροπαραμέτρηση των κινητικών και αισθητικών προκλιτών δυναμικών χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις. Η έκταση της αφαιρεθείσας εξεργασίας ελέγχθηκε μετεγχειρητικά με μαγνητική τομογραφία. Από αυτές, 3 εντοπίστηκαν στην ΑΜΣΣ, 5 στην ΘΜΣΣ και 1 στην ΟΜΣΣ. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62 έτη (από 41-82 ετών). Όλοι οι ασθενείς είχαν επιτυχή και πλήρη εκτομή των ενδοσκληριδίων εξωμυελικών νεοπλασμάτων του σπονδυλικού σωλήνα. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας τους ήταν 12 μέρες (8-16 μέρες). Ιστολογικά, τέσσερις όγκοι προσδιορίστηκαν ως σβαννώματα (44%), τρία από αυτούς βρισκόταν στην ΑΜΣΣ και μία στην ΟΜΣΣ, και πέντε ως μηνιγγιώματα (56%), με εντόπιση στη ΘΜΣΣ. Δεν υπήρξαν επιπλοκές σχετικά με την χειρουργική τεχνική. Μετεγχειρητική MRI ανεδείκνυε πλήρη αφαίρεση των όγκων σε όλες τις περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ενδοσκληρίδια εξωμυελικά νεοπλάσματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με ασφάλεια και αποτελεσματικά με την βοήθεια του μικροσκοπίου και της νευροπαραμέτρησης των προκλιτών κινητικών και αισθητικών δυναμικών.

P28. ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΣΗΡΑΓΓΩΔΕΣ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γ. Μαρκογιαννάκης, Α. Ζησάκης, Τ. Πετροσιάν, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου, Β. Βάρσος
Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Τα σπραγγώδη αιμαγγείωματα είναι ιστολογικά καλοήθεις αγγειακές δυσπλασίες και θεωρούνται αναπτυξιακά αμάρτωματα. Εντοπίζονται σπάνια στην σπονδυλική στήλη και συνήθως αφορούν τα σπονδυλικά σώματα με δευτεροπαθή επέκταση στον επισκληρίδιο χώρο. Το επισκληρίδιο σπραγγώδες αιμαγγείωμα της σπονδυλικής στήλης, χωρίς οστική συμμετοχή, αποτελεί μία ιδιαίτερα σπάνια οντότητα με περίπου 80 αναφερόμενες περιπτώσεις στη βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Γυναίκα ηλικίας 75 ετών εισήχθη στην κλινική μας με ιστορικό από 5μήνου προοδευτικά επιδεινούμενης αδυναμίας και υπαισθησίας κάτω άκρων. Η μαγνητική τομογραφία θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης ανέδειξε μία ενδοκαναλική επισκληρίδια εξεργασία στο επίπεδο Θ11-Θ12 με έντονη ενίσχυση μετά από χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας και πιεστικά φαινόμενα επί του νωτιαίου μυελού, χωρίς διήθηση των οστικών δομών. Η ασθενής υποβλήθηκε σε πεταλεκτομή των Θ10, Θ11, Θ12 θωρακικών σπονδύλων. Η εξεργασία είχε επισκληρίδια εντόπιση με επέκταση στο δεξιό Θ11-Θ12 σπονδυλικό τρήμα, χωρίς πρόσφυση στη μήνιγγα ή τα νωτιαία νεύρα και κατέστη δυνατή η πλήρης εξαίρεσή της.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος ήταν ενδεικτική σπραγγώδους αιμαγγείωματος. Η ασθενής μετεχειρητικά παρουσίασε σταδιακά πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρωτοπαθές επισκληρίδιο σπραγγώδες αιμαγγείωμα παρόλο που είναι μια σπάνια οντότητα πρέπει να εισέρχεται στη διαφορική διάγνωση επισκληρίδιων όγκων σπονδυλικής στήλης. Η έγκαιρη διάγνωση με κλινική εξέταση και απεικονιστικό έλεγχο με μαγνητική τομογραφία ακολουθούμενη από πλήρη χειρουργική εξαίρεση της βλάβης συνδέεται με άριστη πρόγνωση, προλαμβάνοντας ενδεχόμενο επεισόδιο μαζικής αιμορραγίας με καταστροφικές συνέπειες για το νωτιαίο μυελό.

P29. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΣΦΥΪΚΗ ΔΙΣΚΟΚΗΛΗ

Γ. Αλεξίου, Ι. Κατσιάφας, Χ. Τσιτσιπάνης, Δ. Παχατουρίδης, Σ. Βούλγαρης
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο να μελετήσει σε ασθενείς με οσφυϊκή δισκοκήλη την πιθανή συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων της μαγνητικής τομογραφίας, καθώς και την μετεχειρητική έκβαση, με την ηλικία, το φύλο και το δείκτη μάζας σώματος.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη πήραν μέρος 80 ασθενείς (55 άντρες, 25 γυναίκες, μέσης ηλικίας 42.3 έτη, εύρος 18-70 έτη) με οσφυϊκή δισκοκήλη. Σε 38 περιπτώσεις η δισκοκήλη εντοπιζόταν στο Ο4-Ο5 επίπεδο, σε 32 στο Ο5-Ι1 και στις υπόλοιπες περιπτώσεις στο Ο3-Ο4 επίπεδο. Με βάση τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας οι αλλοιώσεις των μεσοσπονδύλιων δίσκων ταξινομήθηκαν σε 5 βαθμούς. Ο πόνος αξιολογήθηκε με την οπτική αναλογική κλίμακα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πενήντα-πέντε ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με μικροδισκεκτομή, 7 με μερική πεταλεκτομή και 18 με πεταλεκτομία. Υπήρξε βελτίωση της έντασης του πόνου όπως καταγράφηκε 3 μήνες μετεχειρητικά ($p < 0.001$). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος με το βαθμό αλλοιώσεων των μεσοσπονδύλιων δίσκων ($p = 0.021$). Δεν βρέθηκε συσχέτιση με το φύλο και την ηλικία ($p = 0.7$ και $p = 0.35$ αντίστοιχα). Αναφορικά με τον πόνο υπήρξε

τάση συσχέτισης ($p=0.057$). Μετεγχειρητικά υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της έντασης του πόνου με το δείκτη μάζας σώματος ($p=0.04$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται με τις παρατηρούμενες αλλοιώσεις των μεσοσπονδυλίων δίσκων. Υπέρβαροι ασθενείς εμφανίζουν πολύ βαρύτερες αλλοιώσεις και χαρακτηρίζονται από εντονότερα συμπτώματα και λιγότερη ικανοποιητική βελτίωση.

Ρ30. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ NON-HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΗΣ ΟΜΣΣ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΡΙΖΟΠΑΘΕΙΑΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΤΙΚΟΥ

Π. Κόκκαλης, Π. Ζωγόπουλος, Ι. Υδραίος, Μ. Φρατζόγλου, Ε. Χατζηδάκης

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η προσβολή του ΚΝΣ σε ασθενείς με Λέμφωμα υπολογίζεται μεταξύ 5-11%. Το πρωτοπαθές non-Hodgkin λέμφωμα της οσφυϊκής μοίρας είναι μια ασυνήθιστη κατάσταση, με εκδηλώσεις συμπίεσης του νωτιαίου μυελού. Πρόκειται για επισκληρίδια εξεργασία που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση με στόχο την αποφυγή μόνιμων νευρολογικών ελλειμμάτων. Αναφέρουμε την σπάνια περίπτωση πρωτοπαθούς non-Hodgkin λεμφώματος της ΟΜΣΣ καθώς και τη συνολική θεραπευτική παρέμβαση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για γυναίκα 50 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, που προσήλθε λόγω οσφυοσχιαλγίας με ριζική κατανομή από 10 ημέρου και αιμωδίες του δεξιού κάτω άκρου. Η μυϊκή ισχύς ήταν: 5/5 στο δεξιό ισχίο, 3/5 στο γόνατο και στον αστράγαλο. Τόσο τα επιφανειακά όσο και τα εν τω βάθει αντανακλαστικά ήταν φυσιολογικά. Η ακτινογραφία ΟΜΣΣ ήταν φυσιολογική. Πέντε μέρες αργότερα παρουσίασε πτώση άκρου ποδός και ήπιες ορθοκυστικές διαταραχές. Η MRI στην ΟΜΣΣ έδειξε επισκληρίδια εξεργασία στα διαστήματα Ο4-Ο5 και Ο5-Ι1.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε αρχικώς χειρουργικά με πεταλεκτομή Ο5 και Ο4 και εκτομή της βλάβης, που παρουσίαζε ισχυρή προσκόλληση στη σκληρά μήνιγγα. Η ιστολογική εξέταση έδειξε μετρίου μεγέθους προς ευμεγέθη κυτταρικά στοιχεία, με ανώμαλου στρογγυλού σχήματος πυρήνες με αρκετή χρωματίνη. Ανοσοϊστοχημικά, επιβεβαιώνεται η Β-λεμφική προέλευση των κυτταρικών στοιχείων (CD20+). Η διάγνωση ήταν non-Hodgkin λέμφωμα. Άμεσα μετεγχειρητικά η ασθενής παρουσίασε ύφεση του πόνου και σταδιακή βελτίωση των νευρολογικών ελλειμμάτων. Ακολούθως υπεβλήθη σε 6 κύκλους χημειοθεραπείας. Πέντε μήνες μετά η ασθενής είναι απαλλαγμένη του άλγους, με πλήρη κινητικότητα και χωρίς νευρολογικό έλλειμμα.

ΣΥΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το πρωτοπαθές non-Hodgkin λέμφωμα της ΟΜΣΣ είναι μια σπάνια επισκληρίδια εξεργασία. Η κλασική συμπτωματολογία αφορά πόνο, μυϊκή αδυναμία και ορθοκυστικές διαταραχές. Οι ασθενείς με χαρακτηριστικά συμπίεσης του νωτιαίου μυελού απαιτούν άμεση χειρουργική αποσυμπίεση, η οποία βοηθάει και διαγνωστικά. Ακολούθως η χημειοθεραπεία ή/και ακτινοβολία προσφέρουν ακόμη περισσότερο στην νευρολογική βελτίωση του ασθενούς.

P31. ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στ. Μπρίζας, Δ. Ανέστης, Γ. Παπαευαγγέλου, Ι. Αναγνωστόπουλος, Χρ. Τσονίδης
Β' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Η αντιμετώπιση υπερσκηνίδιων μεταστάσεων και κυρίως κακοθειών με ιδιαίτερο ακτινοάντοχο προφίλ όπως είναι το μελάνωμα παρουσιάζουν εξαιρετικό κλινικό ενδιαφέρον. Αξιολογείται η σημασία της ριζικής χειρουργικής εξαίρεσης των άκρων επιθετικών αυτών βλαβών.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 62 ετών, με γνωστό ιστορικό χειρουργικής εξαίρεσης κακόηθους μελανώματος (δεξιάς ωμοπλατιαίας χώρας και λεμφαδενικού καθαρισμού μασχαλιαίας περιοχής), προ ενός έτους, με μεταστατική εστία εγκεφάλου αριστερά βρεγματοϊνιακά η οποία αντιμετωπίστηκε αρχικά με Gamma Knife. Ο ασθενής προσκομίσθηκε στην κλινική μας με ομώνυμη ημιανοψία, δεξιά πυραμιδική συνδρομή, σύνδρομο Gerstmann και αφασικές διαταραχές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά κατά την οποία εκκενώθηκε η κυστική βλάβη (μελανίνη) και αφαιρέθηκε το συμπαγές τμήμα του όγκου. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε την απεικονιστική διάγνωση (κακόηθες μελάνωμα). Άμεση ύφεση των συμπτωμάτων του ασθενούς και διενέργεια CT εγκεφάλου με σκιαστικό δεν ανέδειξε υπολειμματική βλάβη. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία και περιοδικό έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής. Τοπική υποτροπή της βλάβης διαπιστώθηκε σε 9 μήνες και λόγω της καλής γενικής κλινικής κατάστασης του ασθενούς (Karnofsky Scale 80), τέθηκε η ένδειξη νέας χειρουργικής αντιμετώπισης. Μετά την 2^η επέμβαση, ο ασθενής, χωρίς νευρολογικά ελλείμματα, εξήλθε την 6^η μετεγχειρητική ημέρα, περιπατητικός. Η επιβίωση του ασθενούς, με υψηλή ποιότητα ζωής, παρατάθηκε για 6 μήνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αντιμετώπιση ακτινοάντοχων κακόηθων νεοπλασμάτων (μελάνωμα) δικαιολογεί και επιβάλει πολλές φορές ιδιαίτερα επιθετική χειρουργική αντιμετώπιση, που αποτελεί εξ άλλου και την μοναδική θεραπεία. Ο στόχος είναι η παράταση του μέσου χρόνου επιβίωσης των ασθενών αυτών, πάντοτε στο πλαίσιο ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής.

P32. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ DOPPLER ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΗΡΑΓΓΩΔΟΥΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΗΣ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΡΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΣΦΗΝΟΕΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΦΥΣΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΚΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΣΗΡΑΓΓΩΔΗ ΚΟΛΠΟ

Α. Βυζιώτης, Π. Πριμικήρης, Δ. Βαρθαλίτης, Δ. Κατσιάνης, Ν. Γεωργακούλιας, Ε. Αντωνίου
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Σε περιπτώσεις αδενωμάτων υπόφυσης, τα οποία επεκτείνονται προς το σπραγγώδη κόλπο, προκειμένου να επιτευχθεί πλήρης εξαίρεση, είναι απαραίτητη η πλήρης αποκάλυψη του σπραγγώδους κόλπου. Κατά την προσπάθεια αφαίρεσης του αδενώματος πλησίον του σπραγγώδους κόλπου είναι υπαρκτός ο κίνδυνος τρώσης της ενδοσπραγγώδους μοίρας της έσω καρωτίδας.

Περιγράφουμε τη χρήση microdoppler σε ασθενείς με μικροαδενώματα και μακροαδενώματα, τα οποία επεκτείνονται προς το σπραγγώδη κόλπο. Η ενδοσπραγγώδης μοίρα της καρωτίδας αναγνωρίζεται εγκαίρως με τη βοήθεια του microdoppler συμβάλλοντας στην ολική αφαίρεση της εξεργασίας και ίαση του ασθενούς, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο τραυματισμού της έσω

καρωτίδας. Παρουσιάζεται χαρακτηριστική περίπτωση ασθενούς με μικροαδένωμα Cushing και διήθηση του σπαραγγώδους κόλπου.

P33. ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΒΛΑΣΤΩΜΑ ΥΠΟΦΥΣΗΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σ. Σφήκας, Ν. Γκέκας, Α. Βυζιώτης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Οι όγκοι στην περιοχή της υπόφυσης αποτελούν το 5% του συνόλου των εξεργασιών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αν και βιβλιογραφικώς περιγράφεται εντόπιση των αιμαγγειοβλαστωμάτων σε όλον τον άξονα, εντούτοις διακρίνεται επιπολασμός σε παρεγκεφαλίδα και στο νωτιαίο μυελό. Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά σπάνιου περιστατικού αιμαγγειοβλαστώματος [5^ο περιστατικό παγκοσμίως] σε άρρεν ασθενή 36 ετών. Για την αφαίρεση ενδοεπιπιακής εξεργασίας με υπερεπιπιακή επέκταση επιλέχθηκε δια τομής δέρματος δίκην πεταλούδας η διαμεσόφρυος προσπέλαση. Διεχειρητικώς αναγνωρίσθηκε αγγειοβριθέστατη εξεργασία (με μπιγγική πρόσφυση), η οποία και αφαιρέθηκε πλήρως. Η ιστολογική εξέταση διέγινωσε την ύπαρξη ενδοεπιπιακού αιμαγγειοβλαστώματος. Ο ασθενής υποβλήθηκε στον καθιερωμένο κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο όπως προβλέπεται στις περιπτώσεις Von Hippel Lindau ο οποίος ωστόσο ήταν αρνητικός. Η αναφορά του περιστατικού τονίζει μεταξύ άλλων την αναγκαιότητα συμπερίληψης στη διαφορική διάγνωση εξεργασιών υπόφυσης και των αιμαγγειοβλαστωμάτων. Παράλληλα γίνεται ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας για τα υπεροκνήθια αιμαγγειοβλαστώματα. Τέλος, σχολιάζονται τα ακτινολογικά και παθολογονατομικά ευρήματα καθώς και οι διεχειρητικές δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε.

P34. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΡΙΤΗ ΚΟΙΛΙΟΣΤΟΜΙΑ ΛΟΓΩ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΩΡΟΚΑΤΑΚΤΗΤΙΚΗΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Κ. Κασάπας, Δ. Κατσιάνης, Α. Βυζιώτης, Β. Βαλαδάκης, Ν. Γεωργακούλιας, Ε. Αντωνίου
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ρόλος της διενέργειας τρίτης κοιλιοστομίας επί αποφρακτικού υδροκεφάλου σε έδαφος χωροκατακτητικής εξεργασίας εγκεφάλου και η αποφυγή τοποθέτησης βαλβίδας κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε πέντε περιστατικά τα οποία υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση χωροκατακτητικής εξεργασίας εγκεφάλου (μυελοβλάστωμα παρεγκεφαλίδας, τεράτωμα τρίτης κοιλίας, κολλοειδής κύστη τρίτης κοιλίας, δύο κρανιοφαρυγγιώματα). Σε όλους τους ασθενείς αναγνωρίστηκε απεικονιστικά διάταση του κοιλιακού συστήματος είτε λόγω εξωτερικής πίεσης επί των κοιλιών ή λόγω της ενδοκοιλιακής εντόπισης της εξεργασίας. Διεχειρητικά σε όλους πραγματοποιήθηκε τρίτη κοιλιοστομία χωρίς ταυτόχρονη τοποθέτηση κοιλιακού καθετήρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μετεχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε αξιοσημείωτη μείωση του μεγέθους των κοιλιών και άρα αποκατάσταση της ροής του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Η μετεχειρητική πορεία σε όλους τους ασθενείς ήταν ομαλή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τρίτη κοιλιοστομία κατακτά ολοένα και περισσότερο χώρο έναντι της κοιλιοπεριτοναϊκής βαλβίδας στην διαχείριση του αποφρακτικού υδροκεφάλου, με κύρια ένδειξη την στένωση του υδραγωγού, τους όγκους της επίφυσης και του οπίσθιου κρανιακού βόθρου και την απόφραξη των τρημάτων Magendie και Luschka. Η τοποθέτηση της κοιλιοπεριτοναϊκής

βαλβίδας είναι πιο εύκολη τεχνικά και ενέχει μικρότερο κίνδυνο διεγχειρητικών επιπλοκών από την κοιλιостоμία. Εντούτοις η κοιλιостоμία συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο λοίμωξης (αποφυγή εμφύτευσης ξένου σώματος), αποφεύγεται η συχνή δυσλειτουργία της βαλβίδας και επιπλέον εξασφαλίζει μια πιο «φυσιολογική ροή ENY» σε σχέση με την κοιλοπεριτοναϊκή βαλβίδα.

P35. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ

Ν. Γκέκας, Π. Πριμικήρης, Α. Βυζιώτης, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των ενδείξεων χειρουργικής αντιμετώπισης των ασθενών με προλακτινώμα και νοσηρότητα οφειλόμενη σε θεραπεία με αγωνιστές ντοπαμίνης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: 1^η περίπτωση: Ασθενής 40 ετών με τύφλωση δεξιού οφθαλμού και γιγαντιαίο προλακτινώμα υπό φαρμακευτική αγωγή με αγωνιστές ντοπαμίνης παραπέμφθηκε λόγω σταδιακής έκπτωσης οπτικής οξύτητας του αριστερού οφθαλμού. Η μαγνητική τομογραφία υπόφυσης ανέδειξε μείωση του μεγέθους του προλακτινώματος και εικόνα εγκολεασμού του οπτικού χιάσματος και του συμπλέγματος της πρόσθιας αναστομωτικής αρτηρίας στο εφίππιο. Με τον κίνδυνο επικείμενης τύφλωσης ο ασθενής υποβλήθηκε σε υπερόφρυστο υπομετωπιαία κρανιοτομία, αφαίρεση του όγκου και απελευθέρωση του αριστερού οπτικού νεύρου.

2^η περίπτωση: Ασθενής 45 ετών με μακροπρολακτινώμα υπό αγωγή με αγωνιστές ντοπαμίνης και ιστορικό ψυχωσικού συνδρόμου παραπέμφθηκε λόγω σημαντικής επιδείνωσης της ψύχωσης κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας. Ο ασθενής μετά από διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής υποβλήθηκε σε ενδοσκοπική διαρρινική διασφηνοειδική αφαίρεση του προλακτινώματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση της οπτικής οξύτητας του αριστερού οφθαλμού, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η μετεγχειρητική μαγνητική τομογραφία ανέδειξε πλήρη αφαίρεση του όγκου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στην περίπτωση νοσηρότητας που οφείλεται στην φαρμακευτική αντιμετώπιση προλακτινώματος όπως οι παρενέργειες της δραστικής ουσίας ή ο εγκολεασμός του οπτικού χιάσματος, η χειρουργική αντιμετώπιση είτε με διακρανιακή είτε με ενδοσκοπική διασφηνοειδική προσπέλαση έχει σαφή ένδειξη.

P36. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΘΡΟΜΒΟΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΕΡΤΙΦΙΒΑΤΙΔΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ

Α. Ζησάκης, Ε. Αρχοντάκης, Γ. Μαρκογιαννάκης, Γ.Φ. Χατζηγεωργίου, Β. Βάρσος
Νευροχειρουργική Κλινική, Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η δημιουργία θρόμβου σε νευροαγγειακές επεμβάσεις είναι σχετικά κοινή και σοβαρή επιπλοκή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μερική ή ολική απόφραξη αγγειακών κλάδων και μπορεί να συμβάλλει σε παροδικά ή μόνιμα νευρολογικά συμπτώματα. Ο παράγοντας Integrilin (Ertifibatide) είναι αναστολέας του κυκλικού επταπεπτιδίου GPIIb/IIIa. Σκοπός της παρουσίας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας.

ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ασθενής 45 χρονών με υπαραχνοειδή αιμορραγία, GCS 14/15, Hunt-Hess 2. Η ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία ανέδειξε ανεύρυσμα δεξιάς πρόσθιας χοριοειδικής αρτηρίας και ανευρύσματα της αριστερής και δεξιάς μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Κατά τη διάρκεια του εμβολισμού πραγματοποιήθηκε θρόμβωση της μέσης εγκεφαλικής, η οποία

έπρεπε να αντιμετωπισθεί κατά τη διάρκεια του εμβολισμού. Χορηγήθηκε διάλυμα Integrelin σε δόση 1ml/kg bolus στην MCA και αμέσως άρχισε η λύση του θρόμβου. Μια δεύτερη δόση bolus (0,75ml/kg) χορηγήθηκε και εν συνεχεία η MCA ήταν καθαρή από θρόμβο και η ροή του αίματος φυσιολογική. Ο ασθενής μετά από βραχύ χρόνο νοσηλείας εξήλθε χωρίς νευρολογική σημειολογία. Ασθενής 46 χρονών με υπαραχνοειδή και ενδοκοιλιακή αιμορραγία ελέγχθηκε σε GCS 15/15, Hunt Hess 1. Η DSA ανέδειξε ανεύρυσμα Acom αρτηρίας. Κατά τη διάρκεια του εμβολισμού δημιουργήθηκε θρόμβος και διάλυμα Integrelin χορηγήθηκε για διαλυθεί ο θρόμβος. Αρχικώς bolus δόση 1,2ml/kg χορηγήθηκε και εν συνεχεία δεύτερη δόση 0,75ml/kg δόθηκε για να επιτευχθεί λύση του θρόμβου. Ο ασθενής εξήλθε σε άριστη νευρολογική και κλινική κατάσταση μετά από μια εβδομάδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το Integrelin φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας θρομβολυτικός, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με σχετική ασφάλεια για τη λύση θρόμβων κατά τη διάρκεια εμβολισμών με άριστα αποτελέσματα.

P37. ΠΑΡΕΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΛΟΓΩ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Θ. Μπιρμπίλης

Νευροχειρουργική Κλινική ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

ΣΚΟΠΟΣ: Το ανεύρυσμα της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας αποτελεί μια από τις αιτίες αιφνίδιας πάρεσης της ΙΙΙης εγκεφαλικής συζυγίας. Περιγράψτε η κλινική εικόνα και η αντιμετώπιση δύο τέτοιων περιπτώσεων.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Το χρονικό διάστημα 2005-2012 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας (μικροχειρουργικά ή ενδοαγγειακά), 117 ανευρύσματα εγκεφάλου. Σε δύο περιπτώσεις από αυτά (♂, 38 και 64 χρονών αντίστοιχα), η εισαγωγή στο νοσοκομείο έγινε όχι λόγω κεφαλαλγίας ή αυχενικής δυσκαμψίας, αλλά λόγω ξαφνικής βλεφαρόπτωσης. Η κλινική εξέταση ανέδειξε επιπλέον, πλήρη πάρεση του έσω, άνω, κάτω ορθού καθώς και του κάτω λοξού μυός. Επίσης, μυδρίαση και κατάργηση του φωτοκινητικού αντανακλαστικού. Στα πλαίσια της ακτινολογικής διερεύνησης, η Ψηφιακή Αφαιρετική Αγγειογραφία ανέδειξε και στις δύο περιπτώσεις ευμεγέθη σακοειδή ανευρύσματα της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε κρανιοτομία και clipping των ανευρυσμάτων, Ο ενδοαγγειακός εμβολισμός με coils απερρίφθη, διότι θεωρήθηκε ότι δε θα οδηγούσε σε μείωση της χωροκατακτητικής δράσης των ανευρυσμάτων. Διεχειρητικά, επιβεβαιωθήκαν τα πιεστικά φαινόμενα επί του κοινού κινητικού νεύρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από βραχεία παραμονή στη ΜΕΘ και οι δύο ασθενείς εξήλθαν της κλινικής σε διάστημα 2 και 3 εβδομάδων αντίστοιχα. Ένα έτος μετά, το μέγεθος της κόρης και η λειτουργία των οφθαλμικών μυών επανήλθαν σταδιακά και στους δύο ασθενείς, ενώ παρατηρήθηκε ήπια υπολειμματική πτώση βλεφάρου στον ένα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συνηθέστερα αίτια μεμονωμένης πάρεσης του κοινού κινητικού νεύρου είναι τα ανευρύσματα (30%). Θεωρούμαι ότι καλύτερη πρόγνωση παρουσιάζουν οι ασθενείς <50 ετών, με μικρό μέγεθος ανευρύσματος που αντιμετωπίζονται άμεσα (με βέλτιστο όριο τις τρεις ημέρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων).

P38. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΑΓΕΝΤΟΣ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΜΕΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ (CTA)

Κ. Γκουλιόπουλου¹, Ε. Μπλευράκης², Α. Γιαννόπουλος¹, Α. Βάκης¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

(²) Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας της αξονικής αγγειογραφίας (CTA) στη χειρουργική ραγέντος ανευρύσματος μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε αυτή την μελέτη εξετάσαμε ασθενείς με ραγέντα ενδοκρανιακά ανευρύσματα στην περιοχή του δικασμού της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Η παρουσία ανευρύσματος επιβεβαιώθηκε με CT αγγειογραφία με ικανοποιητική απεικόνιση των εγκεφαλικών αγγείων. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αυξημένο ποσοστό ασθενών χειρουργούνται επιτυχώς με μόνη απεικονιστική εξέταση την αξονική αγγειογραφία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η CTA έχει ένδειξη σε ασθενείς με ταχεία επιδείνωση της κλινικής τους εικόνας οι οποίοι μπορούν να χειρουργηθούν άμεσα με καλά αποτελέσματα. Η ενδοαρτηριακή ψηφιακή αγγειογραφία (IA-DSA), παραμένει ως η μέθοδος εκλογής για τον προεγχειρητικό σχεδιασμό με ποσοστό αρνητικών 10-20%.

P39. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΣΗΡΑΓΓΩΔΩΝ ΑΓΓΕΙΩΜΑΤΩΝ

Κ. Φαρόπουλος, Β. Παναγιωτόπουλος, Φ. Τζωρτζίδης, Μ. Παρθένη, Δ. Κωνσταντίνου
Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιας σειράς ασθενών με ενδοκοιλιακό σπραγγώδες αγγείωμα (ΕΣΑ) οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η σειρά μας περιλαμβάνει πέντε ασθενείς (2 άντρες και 3 γυναίκες, μέσος όρος ηλικίας 42 έτη) με ενδοκοιλιακό σπραγγώδες αγγείωμα. Το ΕΣΑ εντοπιζόταν και στους πέντε ασθενείς στις πλάγιες κοιλίες (τρεις στο διαφανές διάφραγμα, έναν στο ινιακό και έναν στο κροταφικό κέρας). Η κλινική εικόνα περιελάμβανε: αποφρακτικό υδροκέφαλο σε έναν ασθενή, ενδοκοιλιακή αιμορραγία λόγω ρήξης σε μία ασθενή, συνδυασμό υδροκεφάλου και ενδοκοιλιακής αιμορραγίας σε μία ασθενή, επιληπτική κρίση σε μία ασθενή και εμμένουσα κεφαλαλγία με απώλεια αισθήσεων σε έναν ασθενή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Συγκεκριμένα τρεις ασθενείς υπεβλήθησαν σε μετωπιαία κρανιεκτομή, μία σε βρεγματο-ινιακή και μία σε κροταφική, ενώ σε όλους η προσπέλαση ήταν διαφλοιϊκή. Επιπλέον σε τρεις ασθενείς τοποθετήθηκε προεγχειρητικά εξωτερική παροχέτευση εγκεφαλονωτιαίου υγρού λόγω αρχόμενου αποφρακτικού υδροκεφάλου η οποία αφαιρέθηκε τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Όλοι ασθενείς εξήλθαν χωρίς νευρολογικό έλλειμμα μετά από μέσο όρο νοσηλείας έξι ημερών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα ενδοκοιλιακά σπραγγώδη αγγείωματα αποτελούν μια εξαιρετικά σπάνια αγγειακή δυσπλασία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αποτελούν το 2,5 με 10,8% όλων των ενδοκράνιων σπραγγωδών αγγειωμάτων, των οποίων ο επιπολασμός στον γενικό πληθυσμό είναι μόλις 0,02-0,13%. Αν και μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τα ενδοπαρεγχυματικά σπραγγώδη αγγείωματα, έχουν και αρκετές διαφορές. Οι διαφορές αυτές δεν περιορίζονται μόνο στη θέση τους αλλά περιλαμβάνουν και διαφορές όσον αφορά στην κλινική εικόνα, στην ακτινολογική εμφάνιση και στις δυνατές θεραπευτικές επιλογές. Από τη μελέτη στη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι ενδειγμένη αντιμετώπιση των ΕΣΑ είναι η ολική χειρουργική τους εξαίρεση.

P40. ΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΥΕΛΙΚΟΥ ΚΩΝΟΥ ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΝΕΙΛΟΥ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

N. Ψάρρας, Τρ. Θωμαΐδης, Γ. Μπαλαμπάνης, Θ. Γεωργιάδου, Σπ. Μπαρούτας
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Παπανικολάου»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση περίπτωσης γυναίκας ασθενούς με πρόσφατη λοίμωξη από τον ιό του Δυτικού Νείλου (WNV) στην οποία διεγνώσθη ενδομυελική βλάβη στην περιοχή του μυελικού κώνου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής 63 ετών εισήχθη λόγω ταχέως επιδεινούμενης βαριάς χαλαρής παραπάρεσης (1-2/5) καθώς και από εβδομάδος πυρετικής κίνησης σε ύφεση. Στα πλαίσια της διερεύνησης διενεργήθηκε MRI εγκεφάλου και θωρακοσπυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης καθώς και εργαστηριακός έλεγχος αίματος και εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Έγινε έναρξη αγωγής με δεξαμεθαζόνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο απεικονιστικός έλεγχος κατέδειξε ενδομυελική βλάβη με κυστικό τμήμα και οίδημα στο ύψος Θ_{12} έως Θ_1 . Στην διαφορική διάγνωση ετέθη ο ενδομυελικός όγκος. Λόγω της ανεύρεσης υψηλού τίτλου αντισωμάτων για τον WNV στο αίμα και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό της ασθενούς καθώς και του ιστορικού οξείας εισβολής της κλινικής εικόνας η βλάβη αποδόθηκε σε μυελίτιδα και η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Στον επανέλεγχο εξαμήνου προσήλθε περιπατητική με βακτηρία, ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε στοιχεία ήπιας υποχώρησης του οιδήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συχνότερη νευρομυϊκή εκδήλωση της λοίμωξης από WNV είναι ένα σύνδρομο ασύμμετρης χαλαρής πάρεσης των άκρων (μονοπάρεση έως τετραπάρεση) που ομοιάζει την πολιομυελίτιδα. Η βαριά πάρεση αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη για την αποκατάσταση του ασθενούς, ενώ συχνότερα απεικονιστικά ευρήματα αποτελούν οι αλλοιώσεις στα πρόσθια κέρατα του Νωτιαίου Μυελού και η πρόσληψη σκιαστικού από νευρικές ρίζες ή την ιππουρίδα όπως επί ριζιτιδας. Η θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας της ασθενούς μας καθώς και η απεικόνιση δίκην ενδομυελικού όγκου καθιστούν τη συγκεκριμένη περίπτωση ενδιαφέρουσα.

P41. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΣ ΥΠΟΤΑΣΗΣ ΜΕ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΙΚΗ ΔΕΞΑΜΕΝΟΓΡΑΦΙΑ

Χ. Αλεξανδράς¹, Γ. Αλεξόπουλος¹, Α. Πρασάς¹, Α. Αθανασίου^{1,2}, Κ. Τσολέκα¹

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

(²) Εργαστήριο Ιατρικής Πληροφορικής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Το σύνδρομο της αυτόματης ενδοκράνιας υπότασης χαρακτηρίζεται από ορθοστατική κεφαλαλγία, χαμηλή πίεση Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού (ΕΝΥ) και διάχυτο παχυμηνιγγικό εμπλουτισμό (περιγράφεται απουσία σε άτυπες περιπτώσεις). Η διερεύνηση συνίσταται στην απεικόνιση πιθανού σημείου διαφυγής ΕΝΥ που μπορεί να αντιμετωπιστεί με έγχυση αίματος επισκληρίδια (epidural blood patch-EBP).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ένας άνδρας, ετών 48 και μία γυναίκα, ετών 28 προσήλθαν με συμπτώματα ορθοστατικής κεφαλαλγίας τάσεως ανθεκτικής στην φαρμακευτική αγωγή με συνυπάρχουσα διπλωπία και πάρεση δεξιού απαγωγού νεύρου στην δεύτερη περίπτωση. Ο αρχικός έλεγχος με CT και MRI εγκεφάλου απεικόνισε λεπτοφυείς υπαρανοειδείς χώρους και κοιλιακό σύστημα. Στην πρώτη περίπτωση συνυπήρχαν λεπτά υποσκληρίδια υγρώματα μετωπιαία άμφω και στην δεύτερη περίπτωση συνυπήρχε θρόμβωση τμήματος του άνω οβελιαίου κόλπου. Σε οσφουοντωιαία παρα-

κέντωση η πίεση του ENY βρέθηκε $\sim 6\text{cmH}_2\text{O}$ και διερευνήθηκαν περαιτέρω με δεξαμενογραφία σπονδυλικής στήλης και εγκεφάλου με ¹¹¹Ινδιο-DTPA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην πρώτη περίπτωση η δεξαμενογραφία απεικόνισε βραδεία διακίνηση του ENY από τον υπαρχνοειδή χώρο του Νωτιαίου Μυελού προς τις εγκεφαλικές κοιλίες χωρίς πιθανή διαφυγή ENY. Στην δεύτερη περίπτωση η δεξαμενογραφία απεικόνισε πιθανό σημείο διαφυγής ENY δεξιά της οσφυονωτιαίας δεξαμενής, 8.2cm από τα κάτω όρια του δεξιού νεφρού με επιφύλαξη για πιθανή ιατρογενή πρόκληση λόγω πολλαπλών προσπαθειών οσφυονωτιαίας παρακέντησης. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και εμφάνισαν κλινική βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βιβλιογραφικά, η δεξαμενογραφία είναι παθολογική στο 90% των περιπτώσεων, αλλά αποκαλύπτει το σημείο της διαφυγής του ENY μόνο στο 40%. Η τεκμηρίωση είναι χρήσιμη σε περίπτωση συμπτωματολογίας ανθεκτικής στην συντηρητική αγωγή. Πλήρης υποχώρηση συμπτωμάτων παρατηρείται στο 70% εντός εβδομάδων, με καλύτερη πρόγνωση στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με EBP.

P42. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΙΑΣ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΟΙΛΙΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟΥ ΥΓΡΟΥ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΕΙΡΑΣ 29 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Π. Ζωγόπουλος, Π. Κόκκαλης, Β. Ξενάκη, Π.Γ. Παπανικολάου, Θ. Κυριακού
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε την εμπειρία της κλινικής μας από την αντιμετώπιση περιστατικών υδροκεφαλίας, ποικίλης αιτιολογίας, με την τοποθέτηση κοιλιοπεριτοναϊκής βαλβίδας (ventriculoperitoneal-VP shunt) παροχέτευσης εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά, 29 ασθενείς με υδροκεφαλία (23 άντρες μέσης ηλικίας 55 ετών και 6 γυναίκες μέσης ηλικίας 48 ετών) αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας την τελευταία διετία με τοποθέτηση VP shunt. Συγκεκριμένα, αντιμετωπίστηκαν 10 υδροκέφαλοι φυσιολογικής πίεσεως (7 άντρες, 3 γυναίκες), 9 μετατραυματικοί (9 άντρες), 4 μεθαιμορραγικοί (3 άντρες, 1 γυναίκα), 4 αποφρακτικοί λόγω εξεργασίας (3 άντρες, 1 γυναίκα) και 2 άλλης αιτιολογίας (1 άντρας μετά από απόστημα εγκεφάλου και 1 γυναίκα με συγγενή υδροκεφαλία και απόφραξη του περιφερικού σκέλους).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 87% των αντρών (20/23) και το 83% των γυναικών (5/6) παρουσίασαν βελτίωση της κλινικής τους εικόνας μετά την τοποθέτηση του VP shunt. Δύο άντρες ασθενείς (1 με μεθαιμορραγικό και 1 με μετατραυματικό υδροκέφαλο) βρέθηκαν σε φυτική κατάσταση οπότε δεν παρουσίασαν αλλαγή της κλινικής τους εικόνας ενώ σημειώθηκαν και 2 θάνατοι (1 άντρας με μετατραυματικό και 1 γυναίκα με μεθαιμορραγικό υδροκέφαλο) λόγω αιτίας μη σχετιζόμενης με τη βαλβίδα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας, ανεξαρτήτως φύλου και αιτιολογίας υδροκεφαλίας, ήταν 16 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η υδροκεφαλία αποτελεί μια αρκετά συχνή κλινική οντότητα, που μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων (κάκωση, αιμορραγία, απόφραξη από όγκο, λοίμωξη κτλ.). Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία με τοποθέτηση VP shunt έχει ιδιαίτερη σημασία δεδομένης της σημαντικής βελτίωσης που μπορεί να προκαλέσει στην κλινική εικόνα και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

P43. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΥ - ΥΔΡΑΝΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.

Η ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Στ. Μπρίζας, Δ. Τσικρίκης, Ε. Κυριαζίδης, Σ. Γρηγοριάδης, Χρ. Τσονίδης

Β' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Σε περιπτώσεις διαμαρτιών της διάπλασης του εγκεφάλου σε νεογνά και ειδικότερα σε περιπτώσεις ανεγκεφαλίας - υδρανγκεφαλίας, η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δυσχερής.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζονται 3 περιπτώσεις νεογνών που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας κατά την περίοδο 2012-2013. Σε όλες τις περιπτώσεις ο νευροαπεικονιστικός έλεγχος ήταν διαγνωστικός υδρανγκεφαλίας και ανεδείκνυε την παρουσία ενός λεπτού μανδύα εγκεφαλικού παρεγχύματος μετωπιαία με σχηματισμό των βασικών γαγγλίων και εκσεσημασμένη ατροφία της παρεγκεφαλίδας. Από την νευρολογική εξέταση, σε δύο περιπτώσεις, διαπιστώθηκε βαρεία νευρολογική βλάβη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα 2 νεογνά με υδρανγκεφαλία και βαρεία νευρολογική εικόνα, αντιμετωπίστηκαν, το πρώτο με τοποθέτηση εξωτερικής παροχέτευση και το δεύτερο συντηρητικά. Αμφότερα κατέληξαν την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας τους στην Νεογνολογική Κλινική. Το νεογνό με την ελαφρότερη νευρολογική επιβάρυνση, αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με τοποθέτηση κοιλιοπριτοναϊκού παροχετευτικού συστήματος με ρυθμιζόμενη βαλβίδα. Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή, (επιβεβαιώνοντας την αρχική απεικονιστική - νευρολογική διάγνωση) με έκπτυξη του εγκεφαλικού παρεγχύματος στον έλεγχο με υπερηχοτομογραφία και μαγνητικό συντονισμό και σταδιακή βελτίωση της νευρολογικής εικόνας του ασθενούς. Ομαλή ψυχοκινητική ανάπτυξη του ασθενούς στο Follow up για δύο χρόνια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ορθή ένδειξη αντιμετώπισης πρόωρων νεογνών με βαριά βλάβη κατά την διάπλαση του εγκεφαλικού παρεγχύματος, είναι σε πολλές περιπτώσεις δυσχερής. Η εξειδικευμένη αντιμετώπιση σε συνεργασία με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, είναι απαραίτητη για την λήψη των σωστών αποφάσεων.

P44. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΑΠΟ RALSTONIA MANNITOLILYTICA -

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Παπαευαγγέλου, Ε. Κυριαζίδης, Δ. Τσικρίκης, Π. Τσιτσόπουλος, Χ. Τσονίδης

Β' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Ασθενής 55 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό προσήλθε σε μέρα γενικής εφημερίας λόγω αφασικών διαταραχών. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε κατονομαστική δυσφασία και δυσλεξία χωρίς λοιπή σημειολογία. Από τον έλεγχο με Αξονική τομογραφία αναδείχτηκε χωροκατακτητική εξεργασία εγκεφάλου (ΑΡ) μετωπιαία με ανομοιογενή σύσταση, περιεστιάκο δακτυλιοειδές οίδημα και δακτυλιοειδή πρόσληψη σκιαγραφικής ουσίας ενώ από τη μαγνητική τομογραφία προέκυψαν σαν πιθανές διαγνώσεις Αστροκυτταρικός όγκος ή εγκεφαλικό απόστημα. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε παρουσία πύου, το οποίο και στάλθηκε για Gramm χρώση και καλλιέργεια καθώς και συμπαγή ιστικά στοιχεία με πλούσια αγγείωση τα οποία εστάλθηκαν για ταχεία βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση ενώ χορηγήθηκε εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή. Τα αποτελέσματα των καλλιέργειών ήταν θετικά για ανθεκτική *Ralstonia Mannitolilytica* ενώ η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε φλεγμονώδη στοιχεία σε φάση κολλαγονογένεσης. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση Λεβοφλοξασίνης.

P45. ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΕΤΑΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΤΡΗΜΑΤΟΣ MAGENDIE

Κ. Κασάπας, Σ. Σφήκας, Π. Πριμικήρης, Ν. Γκέκας, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ενός σπάνιου περιστατικού υδροκεφάλου λόγω απόφραξης του τρήματος Magendie επί αραχνοειδίτιδας πιθανώς σε έδαφος λοιμώδους μονοπυρήνωσης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για γυναίκα 37 ετών που προσήλθε με συμπτώματα ενδοκράνιας υπέρτασης. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται λοιμώδης μονοπυρήνωση. Στα πλαίσια διερεύνησης υποβλήθηκε σε βυθοσκόπηση η οποία ανέδειξε αμφοτερόπλευρο οίδημα οπτικών θηλών και σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου η οποία ανέδειξε σημαντική διάταση του κοιλιακού συστήματος, στροβιλώδη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού στην 4η κοιλία και ανάδρομη ροή αυτού διαμέσου του τρήματος Monro στις πλάγιες κοιλίες. Βάσει των ανωτέρω ευρημάτων αποφασίστηκε η αποσυμπίεση του ινιακού τρήματος έχοντας τεκμηριώσει απόφραξη στο επίπεδο αυτό. Η ασθενής υποβλήθηκε σε υπνιακή κρανιοτομία με πεταλεκτομή του Α1. Διεχειρληκτικά αναγνωρίστηκε η απόφραξη του τρήματος Magendie από μία πεπαχυσμένη μεμβράνη η οποία διανοίχθηκε και αφαιρέθηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μετεχειρληκτική πορεία ήταν ομαλή. Η βυθοσκόπηση ανέδειξε τη μείωση του οιδήματος των οπτικών θηλών ενώ η μετεχειρληκτική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε σημαντική μείωση του κοιλιακού συστήματος και αποκατάσταση της ροής του ΕΝΥ. Η ασθενής παρέμεινε ελεύθερη συμπτωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απόφραξη του τρήματος Magendie στα παιδιά είναι κυρίως συγγενής ενώ στους ενήλικες κυρίως επίκτητη. Τεκμηριώνεται δύσκολα ακόμα και στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου λόγω της περίπλοκης μορφολογίας της 4ης κοιλίας. Η χειρουργική διερεύνηση της περιοχής και η πλήρης αφαίρεση της μεμβράνης που προκαλούσε το κώλυμα αποδείχτηκε αξιόπιστη μέθοδος χωρίς την αναγκαιότητα τοποθέτησης καθετήρα παροχέτευσης ή τρίτης κοιλιοστομίας.

P46. ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗ ΤΡΙΔΥΜΟΥ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΟΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Ν. Γκέκας, Δ. Βαρθαλίτης, Κ. Οικονόμου, Ν. Γεωργακούλιας, Γ. Ορφανίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναφορά για πρώτη φορά στην βιβλιογραφία της σπάνιας περίπτωσης ταυτόχρονης μικροαγγειακής αποσυμπίεσης τριδύμου, προσωπικού και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας 78 ετών με ιστορικό νευραλγίας τριδύμου κατανομής V1-V2 αριστερά, με ταυτόχρονη σύστοιχη πάρεση προσωπικού νεύρου 5^{ου} βαθμού κατά την ταξινόμηση House-Brackmann και δυσφαγία. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε φλεβική δομή διασταυρούμενη με το αριστερό τρίδυμο και την πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία (AICA) να εισέρχεται στον έσω ακουστικό πόρο εγγύς του αιθουσοκοχλιακού και προσωπικού νεύρου. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή οπισθομαστοειδική κρανιοτομία και δια οπισθοσιγμοειδικής προσπέλασης σε μικροαγγειακή αποσυμπίεση του αριστερού τρίδymου, προσωπικού και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου. Συγκεκριμένα το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο αποσυμπιέστηκε από αγκύλη της οπίσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας, το τρίδυμο νεύρο από την έξω ομάδα των άνω λιθοειδικών φλεβών, ενώ προς έκπληξή μας το τμήμα της AICA μετά τον έσω ακουστικό πόρο βρέθηκε ενσωματωμένο στο σύμπλεγμα της 7^{ης} και 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας διαχωρίζοντας το καθ' όλο το μήκος του ως

πιθανή ανατομική παραλλαγή που δεν έχει αναφερθεί σε περίπτωση συμπίεσης του προσωπικού νεύρου. Μετά από διάνοιξη του έσω ακουστικού πόρου και προσεκτική μικροχειρουργική τεχνική το τμήμα της ΑΙCΑ απελευθερώθηκε και το προσωπικό νεύρο αποσυμπιέστηκε πλήρως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε με πλήρη ύφεση της νευραλγίας, βελτίωση της πάρεσης προσωπικού (3^{ος} βαθμός κατά House-Brackmann) και χωρίς δυσκολία κατά την κατάποση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πρόκειται για την πρώτη αναφορά στη βιβλιογραφία ταυτόχρονης μικροαγγειακής αποσυμπίεσης τριδύμου, προσωπικού και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου όπως προκύπτει από την ανασκόπηση και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

P47. NEUROPHYSIOLOGICAL PROPERTIES OF FUNCTIONAL NETWORKS OF THE SENSORIMOTOR CORTEX IN MOTOR IMAGERY AND EXECUTION

A. Athanasiou^{1,2,3}, K. Kalogianni^{1,4}, N. Foroglou², P.D. Bamidis¹, K. Polyzoidis²

(¹) Lab of Medical Informatics, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki

(²) First Dept of Neurosurgery, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, “AHEPA” University General Hospital

(³) Dept of Neurosurgery, “G. Papanikolaou” General Hospital of Thessaloniki

(⁴) Dept of Biomechanical Engineering, Delft University of Technology, The Netherlands

OBJECTIVE: The sensorimotor cortex produces similar patterns of activation during motor execution (actual movement) and motor imagery (imaginary movement), a characteristic that is under investigation for application in Neurorehabilitation, Neuroprosthetics and Brain-Computer Interfaces. We aim to study the dynamically formed functional cortical networks during motor execution and imagery, regarding their structural properties.

MATERIAL - METHOD: In our study, seven health right-handed subjects performed four motor tasks (execution and imagery of hand and foot) under electroencephalographic (EEG) recording. A cortical source model with 16 regions of interest (ROIs) was defined over the sensorimotor cortex and functional cortical connectivity was calculated using the Directed Transfer Function (DTF) for mu rhythm (8-12Hz). Four properties were calculated for each network: characteristic path length (L), clustering coefficient (C), density (D) and small-worldness (SW). Analysis of variance (ANOVA) was used to compare each property between motor tasks.

RESULTS: No statistically significant difference was observed between different motor tasks for any of the network properties. Characteristic path length, clustering coefficient, density and small-worldness of the cortical functional network remain consistent across hand and foot motor execution and imagery.

CONCLUSIONS: The functional networks that are formed during actual and imaginary movements of hand and foot present no structural differences regarding key properties of the network like density, segregation and integration of information. Possible applications of functional connectivity include Spinal Cord Injury (SCI) and Neurorehabilitation. Graph analysis is already used to study functional cortical networks in patients with SCI, producing important knowledge on brain functions and dysfunctions in neurotrauma.

P48. ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝΤΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΜΥΔΡΙΑΣΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ - ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΦΕΛΟΣ;

Σ. Πήχας¹, Χ. Κατσιάφας², Ι. Κατσιάφας³

(¹) Dept. of Neurosurgery, King's College Hospital, UK

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η συνεκτίμηση της κατάστασης της κόρης των ματιών θα αποτελεί πάντοτε ακρογωνιαίο λίθο για τη λήψη απόφασης για ενδεχόμενη χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με σοβαρή ενδοκράνια παθολογία. Η αμφοτερόπλευρη μυδρίαση φαίνεται να προδικάζει πάντα ένα τόσο αρνητικό αποτέλεσμα που συχνά αποθαρρύνει από οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση. Θα έπρεπε πάντα να είναι έτσι;

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε μια σειρά 21 ασθενών που προσεκομίσθηκαν στα Τ. ΕΠ σε αμφοτερόπλευρη μυδρίαση διάρκειας 5-60' (μέχρι την έναρξη της επέμβασης) και οι οποίοι αντιμετώπισθηκαν χειρουργικά. Οι πρωτοπαθείς παθολογίες αποτελούνταν από Οξέα επισκληρίδια και υποσκληρίδια αιματώματα, οξύ υδροκέφαλο, ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες, ραγέντα ανευρύσματα ή AVM με συνοδό ενδοεγκεφαλική αιμορραγία (Table 1). Μέση ηλικία αυτών 30.2 έτη και μέση διάρκεια μυδρίασης 21'.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 12/21 ασθενείς επιβίωσαν, 7/12 με GOS=5. Μεταξύ των επιζώντων 6/12 ήταν άμεσα μετεχειρητικά ισόκοροι, 6/12 ανισόκοροι ICPs μετεχειρητικά ήταν σε αποδεκτά επίπεδα. Μέγιστη διάρκεια προεχειρητικής αμφοτερόπλευρης μυδρίασης ήταν 60'.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρότι τα αποτελέσματα ήταν ανέλπιστα και ως ενός σημείου συνέπεια προσεκτικής επιλογής νέων ασθενών με σημαντικές χωροκατακτητικές εξεργασίες -αλλά και τύχης, το συμπέρασμα είναι ότι δεν είναι όλοι οι ασθενείς με αμφοτερόπλευρη μυδρίαση απέλπιδες και κάποιοι εξ αυτών δικαιούνται περίσπεψη χειρουργικής αντιμετώπισης πιθανόν ακόμα και για 60' μετά μυδρίαση. Η κατάσταση των κορών άμεσα μετεχειρητικά είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας ($p < 0.01$). Οι πολύ νεαρές ηλικίες και ιδίως τα παιδιά έχουν - όπως πάντα- σημαντικά καλύτερη πρόγνωση. Μείζων αρνητικό επακόλουθο το ανάλογα υψηλό ποσοστό GOS 1-3.

P49. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΚΝΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σ. Πλάκας¹, Α. Λινού², Γ. Σφακιανός³, Ν. Προδρόμου³

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

(²) Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

(³) Νευροχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση του ρόλου της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) στην εμφάνιση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του ΚΝΣ στα παιδιά.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Τυχαίο δείγμα 100 παιδιών - ασθενών, τα οποία αντιμετώπισθηκαν χειρουργικά για καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, μη τραυματικές, στο Γ. Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» και διπλάσιος αριθμός μαρτύρων τα οποία νοσηλεύθηκαν κατά το ίδιο διάστημα για απλές κακώσεις ή ΚΕΚ (τραυματικής αιτιολογίας βλάβες). Η επιδημιολογική μελέτη του ρόλου της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο δείγμα μας, με αυστηρό στατιστικό πρωτόκολλο, στην εμφάνιση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του ΚΝΣ στα παιδιά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη βρίσκεται σε διαδικασία στατιστικής ανάλυσης των συλλεχθέντων

στοιχείων και αναμένονται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Στα 100 παιδιά - ασθενείς, τα 11 εξ αυτών, είναι παιδιά προερχόμενα μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Δηλαδή περίπου ποσοστό 11%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα τρέχοντα στοιχεία όσον αφορά την υγεία παιδιών που έχουν προκύψει μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι μάλλον στατιστικά σημαντικά και σίγουρα σχετίζονται με τα χρησιμοποιούμενα φαρμακευτικά πρωτόκολλα, τις πολύδυμες κύσεις που προκύπτουν και το χαμηλό βάρος κύησης. Η μελέτη βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη.

P50. ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΝΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σ. Θεοδωρόπουλος, Α. Ρόβλιας, Ε. Ρόκας, Δ. Παπουτσάκης, Ε. Κωνσταντινίδης
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άντρας ασθενής ετών 63 προσήλθε αιτώμενος αιμωδίες ΔΕ ημιμορίου σώματος από 15ημέρου, προϊούσα μυϊκή αδυναμία, κεφαλαλγίες και αστάθεια βάδισης. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε ΔΕ ημιπάρεση-ημιούπαισθησία, κάτω τεταρτοκυκλική ΑΡ ημιανοψία και ατελές σύνδρομο Gertsman. Απεικονιστικός έλεγχος με CT και MRI εγκεφάλου αποκάλυψε ευμεγέθη, παχυτοικωματική, δίλοβη εξεργασία του ΑΡ βρεγματικού λοβού με έντονο περιεστιάκιο οίδημα και δακτυλιοειδή πρόσληψη σκιαγραφικού. Εξαιτίας των ακτινολογικών χαρακτηριστικών και του ιστορικού του ασθενή, ο οποίος λάμβανε ανοσοκατασταλτικά από οχταετίας λόγω ιδιοπαθούς μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδας, τέθηκε αρχικά η υποψία εγκεφαλικού αποστήματος. Ωστόσο, ο ενδεδειγμένος κλινικός και παρακλινικός έλεγχος δεν ανέδειξε στοιχεία ενεργούς λοίμωξης ή πρωτοπαθούς εστίας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρουσίασε επίμονο ξηρό αρχικά βήχα και η ακτινογραφία θώρακος ανέδειξε διάχυτες οζώδεις σκιάσεις άμφω ενδεικτικές βρογχοπνευμονίας. Ο ασθενής παρέμεινε άπυρετος και οι επανειλημμένες καλλιέργειες πτυέλων και αίματος αρνητικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξαιτίας της κλινικής εικόνας και του ιστορικού, τέθηκε σε αντιβιοτικό σχήμα ευρέως φάσματος καθώς και σε ειδική αγωγή για Nocardia. Σταδιακά παρατηρήθηκε ύφεση της πνευμονικής λοίμωξης και πτώση των δεικτών φλεγμονής αλλά χωρίς νευρολογική βελτίωση. Κατόπιν πλήρους εκτίμησης της κλινικής του κατάστασης, ο ασθενής υποβλήθηκε σε ΑΡ βρεγματική κρανιοτομία και ολική εξαίρεση ενός εξαιρετικά παχυτοικωματικού αποστήματος πλήρους πυώδους υλικού. Επανελημμένες ανακαλλιέργειες του διεγχειρητικού υλικού και PCR των προεγχειρητικών αιμοκαλλιεργειών απέδειξαν λοίμωξη από Nocardia. Ο ασθενής σταδιακά ανένηψε πλήρως νευρολογικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνύπαρξη πνευμονικής και εγκεφαλικής λοίμωξης σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς πρέπει να θέτει την υπόνοια νοκαρδίων, καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται ποσοστά θνητότητας ως 50%. Συνίσταται θεραπεία υψηλών δόσεων κοτριμοξαζόλης και χημειοπροφύλαξη για 6 ως 12 μήνες.

P51. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΡΑΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΜΕΣΩ ΤΡΙΑΥΛΟΥ ΟΔΗΓΟΥ. ΣΕΙΡΑ 95 ΑΣΘΕΝΩΝ

Π.Γ. Παπανικολάου, Χ. Γκολέμης, Ι. Μάλλιος, Α. Λεβέντης, Θ.Σ. Παλαιολόγος
Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η τοποθέτηση ενδοπαρεγχυματικών καθετήρων εγκεφάλου για νευροπαράμετρηση (neuromonitoring) είναι μια επεμβατική μέθοδος, που συμβάλλει στη βελτίωση της πρόγνωσης ασθενών με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή αυτόματη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία.

Παρουσιάζεται η εμπειρία μας σχετικά με την ασφάλεια της μεθόδου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Παρουσιάζουμε την εμπειρία της κλινικής μας από την παρακολούθηση 95 ασθενών με τη χρήση 3 ενδοπαρεγχυματικών καθετήρων: ενδοκράνιας πίεσης (ICP), ιστικού οξυγόνου (PtiO₂) και ο τρίτος καθετήρας είτε θερμοκρασίας ή βιοχημικής παραμέτρησης (μικροδιάλυσης). Οι καθετήρες εισάγονται μέσω μιας κρανιονάτρησης διαμέτρου 5,3mm με τη χρήση μιας κρανιακής βίδας και ενός τρίαυλου ενδοπαρεγχυματικού οδηγού. Οι καθετήρες προωθούνται 12-35mm εντός της λευκής ουσίας. Η διαδικασία γίνεται στην κλίνη του ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Για την κρανιονάτρηση χρησιμοποιήθηκε στροφικό χειροτρύπανο (twist drill). Όλοι οι καθετηριασμοί έγιναν από ειδικευόμενο νευροχειρουργικής, πλην των 2 πρώτων που έγιναν από ειδικευμένο νευροχειρουργό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος καθετηριασμού έχει αποδειχθεί ως εύκολη και ασφαλής. Καμία κλινικά έκδηλη λοίμωξη δεν παρατηρήθηκε που να σχετίζεται με τη διαδικασία του καθετηριασμού ή με τους ίδιους τους καθετήρες. Σε 2 περιπτώσεις προκλήθηκαν τραυματικές θλάσεις κατά την εισαγωγή των καθετήρων αλλά κανείς ασθενής δεν παρουσίασε νευρολογική σημειολογία σχετιζόμενη με αυτές τις θλάσεις. Αυτονόματα, πρέπει να αποφεύγεται η μέση γραμμή καθώς και καταγματικές γραμμές στον θόλο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πολυπαραγοντική νευροπαραμέτρηση με τη χρήση ενδοκρανιακών καθετήρων εγκεφάλου φαίνεται να είναι μια ασφαλής, αξιόπιστη και κλινικά χρήσιμη μέθοδος. Η διαδικασία του καθετηριασμού μπορεί να γίνει στην κλίνη του ασθενούς στη ΜΕΘ. Η καμπύλη εκμάθησης είναι ιδιαίτερα βραχεία για τους ειδικευόμενους νευροχειρουργικής.

P52. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΑ. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΑΣ ΣΕ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Π.Γ. Παπανικολάου¹, Γ. Σταματόπουλος¹, Ε. Μπούκα², Ι. Ματσούκης², Ε. Πετρίδου²

(¹) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

(²) Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ: Η έκθεση του νευρικού ιστού σε ηλεκτρομαγνητικό πεδίο, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στην έρευνα περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται αιτιολογικά με την ανάπτυξη νεοπλασιών εγκεφάλου. Η χώρα μας συμμετέχει στη διεθνή μελέτη MOBI-KIDS (Μελέτη της επίδρασης των τεχνολογιών επικοινωνίας και του περιβάλλοντος στην εμφάνιση όγκων εγκεφάλου σε νέους 10-24 ετών). Συγχρόνως επιχειρείται η αποτύπωση του επιδημιολογικού προτύπου των νόσων αυτών σε όλο το ηλικιακό εύρος του ελληνικού πληθυσμού.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι μελέτες είναι τύπου ασθενών - μαρτύρων. Για κάθε ασθενή που πρωτοδιαγιγνώσκεται με όγκο εγκεφάλου συλλέγονται δεδομένα που αφορούν πορίσματα ιστολογικής/ απεικονιστικής εξέτασης και λεπτομερές ιστορικό καταγραφής δημογραφικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα ίδια δεδομένα συλλέγονται για εξομοιωμένους κατά ηλικία και φύλο μάρτυρες με ιστορικό πρόσφατης σκληλοκοιλιδοκτομής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ΝΧ Κλινική μας έχει συνεισφέρει ως τώρα έξι περιστατικά. Τρία αφορούν την μελέτη MOBIKIDS και άλλα τρία την ελληνική μελέτη (<10 ή >24 ετών). Τα περιστατικά αυτά θα μπορούσαν να είναι πολύ περισσότερα όμως, η συλλογή στοιχείων για μελέτες με αντικείμενο προληπτικής ιατρικής συχνά -αν και κακώς- υποτιμούνται από τους ιατρούς μάχιμων χειρουργικών τμημάτων εν μέσω του καθημερινού φόρτου εργασίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μελέτες δίνουν για πρώτη φορά στη χώρα μας τη δυνατότητα διερεύνησης παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη πρωτοπαθών όγκων εγκεφάλου με στόχο την κατανόηση

αλλά και τη συμβολή στην πρόληψη των νευροογκολογικών νοσημάτων. Συνεπώς, οι ιατροί των μάχιμων νευροχειρουργικών τμημάτων θα πρέπει να κατανοήσουν πως η συλλογή σχετικών στοιχείων είναι αυτονόητο βασικό καθήκον.

Ρ53. ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΛΙΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΟΥ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ι. Μπαλογιάννης, Α. Τσιτλακίδης, Π. Σάρλης, Ε. Σπυριδόπουλος, Κ. Πολυζωίδης

Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση ασθενούς που έφερε σύστημα κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης και ανέπτυξε μετακτινικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα σε όλη την επιφάνεια του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής, με αποτέλεσμα τη λύση του δέρματος ύπερθεν της βαλβίδας και την αυτόματη αποκάλυψη του συστήματος. Παρουσιάζεται η σπάνια αυτή επιπλοκή, ο τρόπος αντιμετώπισής της και η τελική έκβαση.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ασθενής, 49 ετών, πάσχουσα από γλοιώμα υψηλής κακοήθειας, είχε υποβληθεί σε εξαίρεση του όγκου προ τεσσαρακονταετίας και σε εξαίρεση υποτροπής αυτού προ τριακονταετίας, ενώ μετετεγχειρητικά υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία. Λόγω εμφάνισης επικοινωνούσας υδροκεφαλίας, υποβλήθηκε σε τοποθέτηση συστήματος κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης. Εξαιτίας της ανάπτυξης βασικοκυτταρικού καρκινώματος στο τριχωτό της κεφαλής, το δέρμα πάνω από την παροχέτευση λεπτύνθηκε, με αποτέλεσμα αυτή να αποκαλυφθεί αυτόματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής υποβλήθηκε αρχικά σε εξωτερίκευση του περιτοναϊκού άκρου του συστήματος παροχέτευσης και, όταν εξασφαλίστηκε η στείριότητα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, σε αφαίρεση του συστήματος και τοποθέτηση συστήματος οσφυοπεριτοναϊκής παροχέτευσης. Η τοποθέτηση νέου συστήματος κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης κρίθηκε αδύνατη, λόγω έλλειψης υγιούς δέρματος σε όλο το τριχωτό της κεφαλής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αυτόματη αποκάλυψη του συστήματος κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης σε ασθενή με παθολογία του δέρματος είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί με εξωτερίκευση του περιτοναϊκού άκρου και με αντικατάσταση του συστήματος με νέο σύστημα κοιλιοπεριτοναϊκής ή οσφυοπεριτοναϊκής παροχέτευσης.



7^ο
**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ**

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ/
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ
ORAL / POSTER NURSES
(ON / PN)

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ – ORAL NURSES (ON)

ON01. ΤΡΑΥΜΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗΣΑΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ

Α. Βλάχου¹, Σ. Κορφιάς², Ε. Βλάχου³, Γ. Στράντζαλης², Χ. Μαρβάκη⁴

(¹) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

(²) Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ο Ευαγγελισμός»

(³) Β΄ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

(⁴) Α΄ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων με τραύμα που προκλήθηκαν μετά από σωματική βία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 124 περιστατικά τραυματισμού από σωματική βία, ηλικίας 16 ετών και άνω, τα οποία προσήλθαν στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» από Σεπτέμβριο έως Δεκέμβριο του 2011. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με δομημένο ερωτηματολόγιο κλειστών ερωτήσεων και για την ανάλυσή τους χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ατόμων του μελετώμενου πληθυσμού ήταν 37 έτη. Ο συχνότερος τρόπος πρόκλησης τραυματισμών είναι ο ξυλοδαρμός (71,0%). Οι συχνότερες θέσεις τραυματισμού είτε μοναδικές είτε σε συνδυασμό, με μέτρηση κάθε φορά επί του συνόλου των περιπτώσεων, ήταν η κεφαλή, τράχηλος και πρόσωπο (75%) και ακολούθως ο κορμός (20%), τα άνω άκρα κάτω άκρα (5%). Το 71% των περιπτώσεων δεν νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο, ενώ το 25% των περιπτώσεων εισήχθη για αντιμετώπιση, ενώ το 2,4% αποχώρησε λάθρα και στο 1,6% επήλθε θάνατος. Παρατηρήθηκε ότι οι τραυματίες νοσηλεύονται στατιστικά συχνότερα με εξωκρανικά κατάγματα ($p < 0,001$), με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ($p < 0,001$) και οι τραυματίες από νύσσον όργανο ($p = 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με τραύμα όπως ΚΕΚ, εξωκρανικά κατάγματα και τραύμα χρήζει περαιτέρω αντιμετώπιση με εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Μεγάλος αριθμός ΚΕΚ παρατηρείται να εμφανίζεται σε ηλικιωμένους μετά από ληστεία. Η έλλειψη πληροφοριών όσον αφορά την έκβαση των περιστατικών καθιστά απαραίτητη την διεξαγωγή περαιτέρω μελετών (follow up) για ασφαλέστερα συμπεράσματα.

ON02. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΚΑΙ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Κ. Μπογδάνου

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Οι κακώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) αναφέρονται ως «η νόσος που κάποιος δεν μπορεί να θεραπεύσει» στον πάπυρο του Edwin Smith, την πρώτη ιατρική πραγματεία που αφορά το τραύμα, η οποία αποδίδεται στον ιατρό, αρχιτέκτονα και βεζύρη της αρχαίας Αιγύπτου Imhotep και χρονολογείται από το 2850 π.Χ. Έκτοτε και μέχρι τις αρχές του περασμένου αιώνα η ΑΜΣΣ εξακολουθούσε να αποτελεί δυσπρόσιτη περιοχή. Η επανάσταση της τεχνολογίας που ακολούθησε άλλαξε την θεώρηση των κακώσεων αυτών και σήμερα με τη χρήση νέων απεικονιστικών μεθόδων, επιτρέπεται η πρώιμη, αξιόπιστη και λεπτομερής αξιολόγηση και ταξινόμηση τους, παρέχοντας μία κοινή γλώσσα επικοινωνίας που

κρίνεται απαραίτητη λόγω των ανατομικών ιδιαιτεροτήτων της περιοχής. Μελέτες περισυλλογής και περίθαλψης των τραυματιών, ο υψηλός βαθμός εγρήγορσης για την ακινητοποίηση της ΑΜΣΣ και οι εν γένει νοσοκομειακοί χειρισμοί για τον περιορισμό της δευτερογενούς βλάβης. Η νοσηλευτική ως επιστήμη και τεχνογνωσία κατέχει πρωτεύοντα ρόλο σε όλα τα στάδια της αποκατάστασης των τραυματιών, με ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή πρώτων βοηθειών τόσο την στιγμή κατά την περισυλλογή τους από τον τόπο του ατυχήματος, όσο και κατά την άφιξη τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, καθώς οι πρώτοι αυτοί χειρισμοί καθορίζουν σημαντικά την τελική έκβαση της αποθεραπείας.

ΟΝ03. ΤΑ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΡΗΞΗ ΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Χ. Ερμείδης¹, Δ. Φελώνη²

(¹) Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

(²) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναδρομική καταγραφή των συμπτωμάτων τα οποία εμφάνισαν ασθενείς πριν από την ρήξη εγκεφαλικών ανευρυσμάτων και την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενείς που είχαν εισαχθεί με αυτόματη υπαραχνοειδή αιμορραγία συμμετείχαν στη μελέτη και ερωτήθηκαν για ιστορικό προειδοποιητικών συμπτωμάτων όπως αυτά αναφέρονται σε άλλες μελέτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, 25 ασθενείς εμφάνισαν νοσηρότητα πριν από τη ρήξη του ανευρύσματος. Η κεφαλαλγία ως το πιο συχνό προειδοποιητικό σύμπτωμα ήταν παρούσα στο 96% των ασθενών. Ναυτία - εμετοί (48%), αίσθημα ζάλης (40%), αυχεναλγία (16%), παροδική απώλεια αισθήσεων (12%), αστάθεια ή δυσκολία βαδίσσεως (8%) και διπλωπία (8%) ήταν τα αμέσως επόμενα πιο συχνά συμπτώματα. Το 84% των ασθενών δεν απευθύνθηκε σε γιατρό ή σε κάποια μονάδα υγείας, ενώ σε κανέναν από τους 4 (16%) που ζήτησαν τη γνώμη ειδικού δεν τέθηκε η διάγνωση εγκεφαλικού ανευρύσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά τις πρόσφατες εξελίξεις στις νευροχειρουργικές τεχνικές, το συνολικό αποτέλεσμα μετά την υπαραχνοειδή αιμορραγία ανευρυσματικής αιτιολογίας παραμένει φτωχό. Η αιφνίδια και οξεία έναρξη κεφαλαλγίας με ή χωρίς νευρολογικά ελλείμματα είναι ένα πολύ σημαντικό προειδοποιητικό σύμπτωμα της αυτόματης υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, που όμως δεν οδηγεί στην πρώιμη και έγκαιρη διάγνωσή της. Επομένως, υπάρχει ανάγκη ευαισθητοποίησης και εγρήγορσης ιδίως για νέους ανθρώπους που προσέρχονται στο γιατρό με κεφαλαλγία αιφνίδιας και οξείας έναρξης.

ΟΝ04. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μ. Αστουρακάκη, Κ. Ζερβάκη

Χειρουργική Ογκολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η μελέτη νοσηλευτικών πρωτοκόλλων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινή πρακτική σε ένα νευροχειρουργικό τμήμα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο διαδίκτυο, προκειμένου να αναζητηθούν νοσηλευτικά νευροχειρουργικά πρωτόκολλα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρουσιάζονται πρωτόκολλα σχετικά με τη φροντίδα του νευροχειρουργικού ασθενή στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συζητείται η αναγκαιότητα της εφαρμογής νοσηλευτικών πρωτοκόλλων για την ποιοτικότερη και τεκμηριωμένη φροντίδα του νευροχειρουργικού ασθενή.

ΟΝ05. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Α. Ανταλοπούλου¹, Σ. Κορφιάς¹, Χ. Μαρβάκη², Α. Σιατούνη¹, Μ. Γιαννακίδου¹

(¹) Α΄ Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«ο Ευαγγελισμός»

(²) Α΄ Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της έκβασης των ασθενών που υπεβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση τόσο του κροταφικού λοβού όσο και εξωκροταφικά και νοσηλεύθηκαν στην Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» για την θεραπεία της φαρμακοανθεκτικής επιληψίας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Στο αρχείο των ασθενών της Κλινικής μας βασίστηκε η παρούσα αναδρομική μελέτη χειρουργικής έκβασης της επιληψίας στη δεκαετία 2000-2010. Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν 41 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική του ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» από τον Ιούνιο 2000 - Μάρτιο 2010. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που πληροφορεί τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ατομικό ιατρικό ιστορικό τους. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους εκτιμήθηκε με το QoLie-31 (Quality of Life Inventory Epilepsy) ενώ η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων βασίστηκε στο σύστημα ταξινόμησης Engel. Η λήψη των πληροφοριών έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τον ίδιο τον ασθενή ή με συγγενή ά βαθμού. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 38,5% των ασθενών που υπεβλήθησαν σε χειρουργική θεραπεία της επιληψίας εξωκροταφικά ανήκουν στην κατηγορία I (ελεύθεροι κρίσεων) σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης Engel, ενώ το 57,1% των ασθενών σε αυτή την κατηγορία ανήκει σε αυτούς που υπεβλήθησαν σε επέμβαση κροταφικού λοβού (έλεγχος χ^2 , $p=0,7$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μείωση των κρίσεων, αλλά και η διακοπή αυτών, σε συσχέτιση με την ποιότητα ζωής καταδεικνύει την σημαντικότητα των επεμβάσεων αυτών σε ασθενείς με φαρμακοανθεκτική επιληψία.

ΟΝ06. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Δ. Καραθάνου, Μ. Κοντοπούλου, Β. Καραστεργίου, Ι. Μάγρας, Κ. Πολυζωίδης
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η σπαστικότητα παρουσιάζεται μετά από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλική παράλυση, κακώσεις νωτιαίου μυελού και πολλαπλή σκλήρυνση. Οδηγεί σε απώλεια συντονισμού των κινήσεων, απώλεια της λειτουργικότητας, εξαιρετική δυσκολία στις παθητικές κινήσεις και έντονο πόνο. Συνέπεια της καθήλωσης των αρθρώσεων είναι η δευτερογενής ανάπτυξη οστεοποιούς μυϊτιδας με αποτέλεσμα, η περιποίηση των ασθενών αυτών, η μεταφορά τους καθώς και κοινωνική τους δραστηριότητα, γίνεται εξαιρετικά δύσκολη. Η ενδοραχιαία χορήγηση Baclofen με την χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης αποτελεί σημαντική

βοήθεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών αυτών, εκεί που οι άλλες συντηρητικές και φαρμακευτικές μέθοδοι έχουν αποτύχει.

ΟΝ07. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Ντοντόρου¹, Σ. Σφήκας², Β. Τσακανίκα¹, Αγ. Μακρή³

(¹) Νευροχειρουργικό Χειρουργείο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

(²) Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

(³) Γ' Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι όγκοι του ΚΝΣ αποτελούν μία από τις πρώτιστες αιτίες θανάτου σε παιδιατρικούς ασθενείς στις αναπτυγμένες κοινωνίες που ωστόσο ελάχιστα γνωρίζουμε για τα γενεσιουργά αίτια εμφάνισης. Ανάμεσα στους προδιαθεσικούς παράγοντες αναφέρονται τα γενετικά σύνδρομα, η ιονίζουσα ακτινοβολία ενώ έχουν διερευνηθεί πιθανοί περιβαλλοντικοί λόγοι όπως οι κακώσεις, η επαγγελματική έκθεση των γονέων, η χρήση φαρμάκων καθώς και οι διαιτητικές συνήθειες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να αναδείξει τις υποθέσεις συσχέτισης των διατροφικών συνθηκών της εγκύου στην ανάπτυξη παιδιατρικών όγκων εγκεφάλου. Παράγοντες όπως τα Ν-αμινο στοιχεία καθώς και οι πρόδρομες ενώσεις τους, τα νιτρώδη και τα νιτρικά άλατα, σε ζωικές τροφές βραστές ή ψπτες, τα φρούτα, τα λαχανικά, οι βιταμίνες και οι αλκυλιωτικοί παράγοντες φαίνεται πως επηρεάζουν τη διαδικασία καρκινογένεσης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μεταξύ των εκτενέστερα μελετημένων υποθέσεων κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων δεκαετιών είναι ότι η μητρική δίαιτα με διατροφές πλούσιες σε ν-νιτρωδη ενώσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης εξεργασιών του εγκεφάλου στους απογόνους. Η πρόελευση αυτής της υπόθεσης ανήκει στην παρατήρηση ότι μια σημαντική υποομάδα των ΝΟC ενώσεων, προκάλεσε εξεργασίες εγκεφάλου σε απογόνους τρωκτικών και πιθήκων μέσω διατροφής του κυοφορούντος θηλαστικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις μέχρι τώρα εργασίες προκύπτει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη λήψη και κατανάλωση τροφών που περιέχουν υψηλές ποσότητες Ν-νιτρωδο-ενώσεων, ζωικών μεταβολιτών, υψηλού πρωτεϊνικού φορτίου και στην εμφάνιση πρωτοπαθών εξεργασιών σε παιδιατρικούς ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταλυτικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν οι διαιτητικές συνήθειες της μητρός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνιστάται περαιτέρω έρευνα στον ελλαδικό χώρο.

ΟΝ08. ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Μ. Αστυρακάκη, Κ. Ζερβάκη

Χειρουργική Ογκολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής, κοινωνικής και οικονομικής επιβάρυνσης των φροντιστών σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην Νευροχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνοδοί/ φροντιστές στη Νευροχειρουργική Κλινική και χρησιμοποιήθηκε η νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης, η κλίμακα της επιβάρυνσης από τη φροντίδα της Oberst, η κλίμακα έκβασης της φροντίδας ΒΑΚΑΣ, ένα δελτίο αξιολόγησης του φροντιστή και το Patient Health Questionnaire-9 που βασίζεται στο DSM-IV.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Γίνεται εκτίμηση των ψυχολογικών επιπτώσεων στους φροντιστές και εκτίμηση της επιβάρυνσης με κλίμακες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συζητείται το μέγεθος της επιβάρυνσης σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή, καθώς και οι περιορισμοί της έρευνας.

ΟΝ09. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΤΗ ΣΕ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Μ. Μελέα

Χειρουργικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη του ενεργού ρόλου και της θέσης του εργαλειοδότη στο χώρο του χειρουργείου σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις εγκεφάλου και βάσης κρανίου με τη χρήση χειρουργικού μικροσκοπίου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη αποτελεί την ανασκόπηση 186 νευροχειρουργικών επεμβάσεων κρανίου με χρήση μικροσκοπίου τα τελευταία πέντε χρόνια στο νοσοκομείο μας. Ακολουθήθηκαν οι κλασικές μορφές προσπέλασης κρανιοτομίας. Παρουσιάζεται η οργάνωση της χειρουργικής αίθουσας και μελετάται η θέση του εργαλειοδότη στη διάταξη του χώρου σε σχέση με την προσπέλαση της εκάστοτε επέμβασης, τον χειρουργό και το μικροσκόπιο. Απεικονίζεται επίσης ο τρόπος εργαλειοδοσίας σε σχέση με το μικροσκόπιο και στη σχέση συνεργασίας που αναπτύσσεται μεταξύ εργαλειοδότη και χειρουργού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι δεξιότητες και η αυτοματοποιημένη μεθοδολογία του εργαλειοδότη στις συγκεκριμένες νευροχειρουργικές επεμβάσεις συμβάλλουν σημαντικά στο να επιτευχθεί το επιδιωκόμενη βέλτιστη χειρουργική έκβαση. Ο σωστός τρόπος στάσης σώματος του εργαλειοδότη, βοηθά στην αποφυγή χρόνιας μυοσκελετικής καταπόνησης του ίδιου εξαιτίας των πολύωρων επεμβάσεων όπως επίσης διευκολύνει τη διακίνηση των εργαλείων βοηθώντας άμεσα τον χειρουργό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ρόλος του νοσηλευτή - εργαλειοδότη είναι σημαντικός και απαραίτητος από την αρχή ως το τέλος μιας επέμβασης. Οι γνώσεις, οι ευθύνες, οι δεξιότητες και οι δραστηριότητες των νοσηλευτών είναι μέρος των καθηκόντων τους και απαραίτητες για τη διασφάλιση της ομαλής και επιτυχημένης διεξαγωγής της επέμβασης προς όφελος πάντα του ασθενούς.

ΟΝ10. ΕΞΟΙΚΙΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΡΡΗΝΙΚΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΦΥΣΕΩΝ

Α. Κασιόλα

Νευροχειρουργικό Χειρουργείο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Η ενδοσκοπική διαρρηνική αφαίρεση των αδενωμάτων της υπόφυσης αποτελεί την εξέλιξη της υποχείλιας προσπέλασης για την αφαίρεση των εξεργασιών του τουρκικού επιπιπίου. Η μέθοδος αυτή ελαχιστοποιεί το χειρουργικό τραύμα, τον καθαρό χειρουργικό χρόνο αλλά και τον μετεγχειρητικό πόνο και την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η χρήση των ενδοσκοπίων 0ο, 30ο και 450 ευνοεί την αφαίρεση τμήματος του αδενώματος εκτός του οπτικού πεδίου

λόγω πανοραμικής άποψης, παρέχει ικανό φωτισμό του χειρουργικού πεδίου ενώ παράλληλα προστατεύει το βλεννογόνο της ρινός. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται στοιχεία από την απαιτούμενη τεχνολογική υποστήριξη καθώς και τα είδη των εργαλείων και των χειρουργικών χρόνων που οφείλει να είναι εξοικειωμένο το νοσηλευτικό προσωπικό για την αποπεράτωση του χειρουργείου. Παράλληλα παρουσιάζονται διεγχειρητικές εικόνες ενδοσκοπίου. Οι τεχνικές της ενδοσκόπησης σε συνδυασμό με την νευροακτινολογία συνεχώς διευρύνονται και αφορούν ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό παθήσεων και ασθενών. Η γνωριμία και εν συνεχεία η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με τις σύγχρονες τεχνικές οδηγεί στην αποδεδειγμένη εξέλιξη της επιστήμης.

ON11. Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟΥ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΚΡΗΜΝΟΥ ΓΙΑ ΚΡΑΝΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Κ. Παπαδημητρίου¹, Ε. Κωτίδη¹, Σ. Στεφανίδου¹, Σ. Μαυροματίδης²

(¹) Νοσηλευτής Κεντρικού Χειρουργείου Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

(²) Προϊστάμενος Κεντρικού Χειρουργείου Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Μεγάλα οστικά κρανιακά ελλείμματα προκαλούν αισθητικά προβλήματα στον ασθενή, εγκυμονούν κινδύνους σε εκτεθειμένες περιοχές και προκαλούν λειτουργικές διαταραχές. Η αποκατάσταση έχει στόχο να αποδώσει φυσιολογική ανατομία στην περιοχή και ταυτόχρονα να εξασφαλίσει την αναγκαία προστασία του εγκεφάλου. Η σωστή επιλογή της μεθόδου και του υλικού για την αποκατάσταση καθώς και η πιστή εφαρμογή των πρωτόκολλων αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της επιτυχίας της παρέμβασης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας, του παγκόσμιου ιστού και της εμπειρίας μας στην χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εμπειρία, η συνεχής εκπαίδευση και η εφαρμογή των πρωτόκολλων, ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής ομάδος, προλαμβάνουν λοιμώξεις επιτυγχάνουν βέλτιστα αποτελέσματα για τον ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση κατεψυγμένου αυτόλογου οστικού κρημνού για κρανιοπλαστική είναι μια μέθοδος με άριστα αισθητικά αποτελέσματα, με πολλά πλεονεκτήματα και σχετικά μικρά ποσοστά επιπλοκών.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ – POSTER NURSES (PN)

PN1. ΚΕΚ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ

Ε. Φιλιππαίου

Νευροχειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Ευαγγελισμός»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο 21^{ος} αιώνας, χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενη ανάπτυξη στο τομέα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων μειώνοντας το ποσοστό των θανάτων. Όλα τα παραπάνω συντελούν στην καλύτερη δυνατή αποκατάσταση του ασθενή, ανάλογα με το βαθμό της κάκωσης εντός ή εκτός του περιβάλλοντα χώρου του νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (pubmed, scopus, googlescholar). Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: “cranio-cerebral injury”, “rehabilitation”, “emergency curative”, “curate restiration”.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η δυνατότητα ταξινόμησης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (ήπια, μέτρια, βαριά) παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική παρέμβαση και στην επιμέρους αποκατάσταση του ασθενή, εφόσον και αν χρήζεται απαραίτητη. Σε βαριά πάσχοντες, ο ενδοτραχειακός καθετηριασμός και η μηχανική υποστήριξή τους αποτελεί την άμεση θεραπευτική παρέμβαση για εξασφάλιση κατάλληλου αερισμού. Η θεραπεία αποκατάστασης συνοψίζεται σε δεύτερο χρόνο σε ένα πλάνο φροντίδας που μπορεί να περιλαμβάνει απλή φαρμακευτική αγωγή ή όχι μέχρι τη μεταφορά του ασθενή σε ειδικά κέντρα αποκατάστασης. Συνήθως, τα κέντρα αυτά στελεκώνονται από ειδικούς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συνδράμουν στην ποιοτική καθημερινότητα της ζωής των πασχόντων με κρανιοεγκεφαλική κάκωση που παρουσιάζουν κάποιο είδος αναπηρία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι περισσότερες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι συνήθως ήπιου βαθμού. Οι ασθενείς με ήπιου και μέτριου βαθμού κάκωση δεν παρουσιάζουν καμιά αναπηρία και αναρρώνουν σε χρονικό όριο τριών βδομάδων με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Στις βαριά κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα που σχετίζονται με τη κίνηση, τον λόγο, τον ψυχισμό. Ο ρόλος των ειδικών (λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχίατροι) είναι καταλυτικός παράγοντας για τη δημιουργία εξατομικευμένων προγραμμάτων φροντίδας στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

A.	Athanasiou	63, 64, 65, 85, 89
P.D.	Bamidis	89
J.	Blair	21, 42
M.	Czosnyka	18, 27
M.	Didi	21, 42
N.	Foroglou	12, 17, 25, 89
A.	Grotenhuis	17, 18, 25
L.	Hermoye	23, 47
K.	Kalogianni	89
V.	Konofaou	26, 53
C.	Mallucci	21, 42
S.	Pichas	75
M.	Pitsika	21, 42
K.	Polyzoidis	12, 15, 17, 22, 24, 33, 50, 51, 89, 93, 97
G.	Samandouras	26, 53
S.	Sciacca	26, 53
A.	Subbaraju	26, 53
V.	Tsitouras	21, 42
A.	Αθανασίου	63, 64, 65, 85, 89
X.	Αλεξανδρή	63, 64, 65, 85
Γ.	Αλεξίου	21, 24, 26, 44, 49, 54, 78
Γ.	Αλεξόπουλος	12, 20, 21, 37, 43, 61, 63, 64, 65, 73, 85
B.	Αναγνωστόπουλος	15, 20
I.	Αναγνωστόπουλος	80
X.	Αναγνωστόπουλος	20, 21, 37, 43, 61, 71, 73
A.	Ανδρέου	12, 15, 20, 22, 27, 40, 41, 56, 58
Δ.	Ανέστης	70, 80
A.	Ανταλοπούλου	26, 33, 53, 97
E.	Αντωνίου	8, 23, 27, 45, 59, 67, 80, 81
A.	Αποστολοπούλου	21, 42
Δ.	Αρβανιτάκης	12, 15, 21
M.	Αργυροπούλου	26, 54
Γ.	Αρχοντάκης	12
E.	Αρχοντάκης	16, 22, 82
M.	Αστυρακάκη	33, 96, 98
A.	Βάκης	12, 15, 22, 24, 52, 84
B.	Βαλαδάκης	27, 55, 63, 67, 68, 81
Δ.	Βαρθαλίτης	23, 24, 45, 50, 63, 68, 80, 88
Γ.	Βαρθολομάτος	24, 49
B.	Βάρσος	12, 15, 21, 72, 76, 77, 78, 82
M.	Βλασταράκος	16, 24
A.	Βλάχου	32, 95
E.	Βλάχου	32, 95
B.	Βουγιούκας	15, 21
Σ.	Βούλγαρης	12, 17, 21, 24, 25, 26, 34, 44, 49, 54, 78
Γ.	Βράνος	20, 21, 37, 43, 61, 71
A.	Βυζιώτης	23, 24, 45, 50, 63, 65, 68, 80, 81, 82
A.N.	Γαργαλιώνης	62

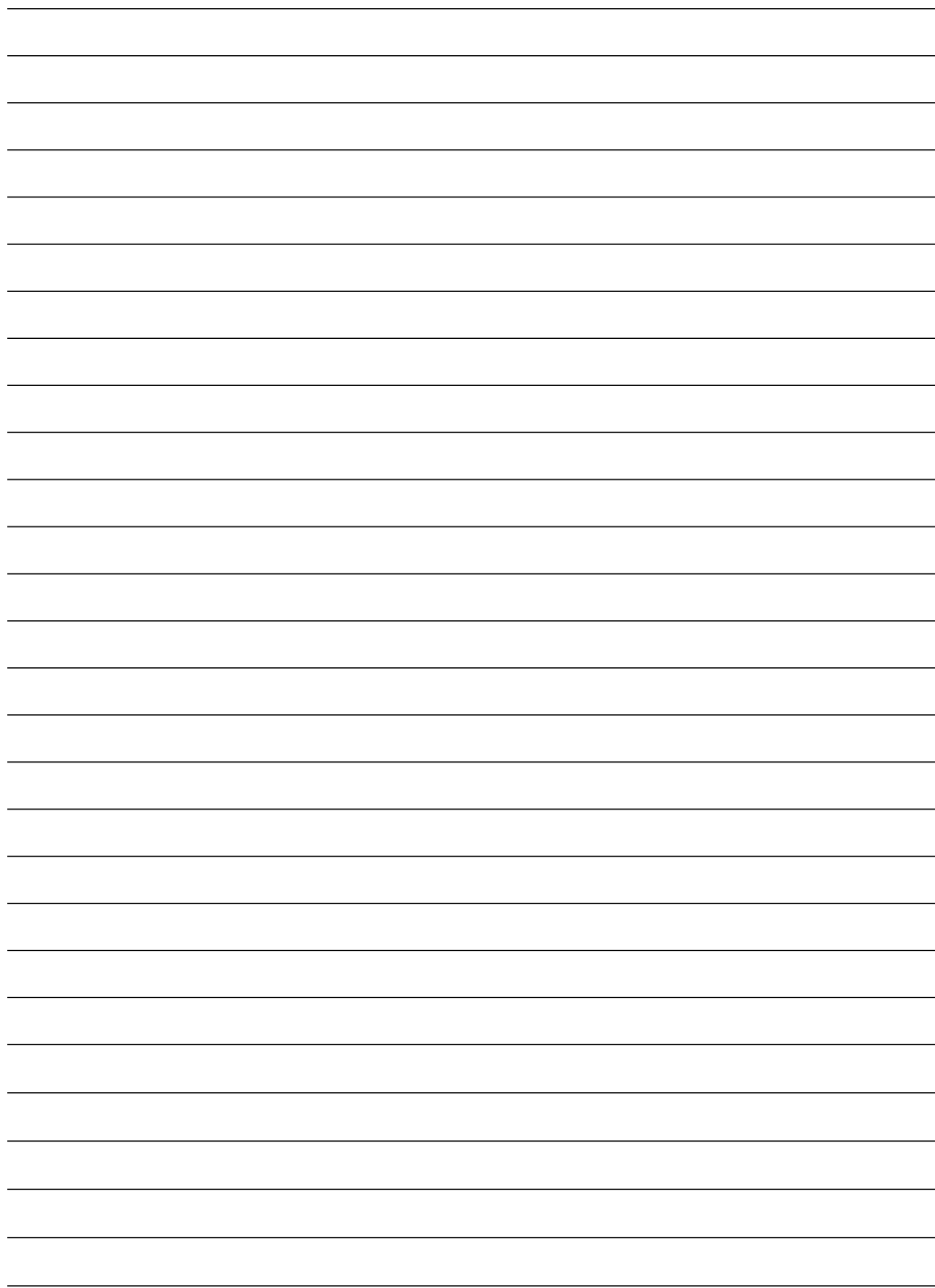
N.	Γεωργακούλιας	20, 23, 24, 26, 27, 37, 45, 47, 50, 55, 59, 63, 65, 68, 80, 81, 82, 88
Θ.	Γεωργιάδου	85
M.	Γεωργιόπουλος	27, 58
M.	Γιαννακίδου	12, 31, 32, 33, 97
Δ.	Γιαννετόπουλος	12
Φ.	Γιαννικοπούλου	23, 48, 71
A.	Γιαννόπουλος	24, 52, 84
Γ.	Γκατζούνης	23, 48
Σ.	Γκατζώνης	26, 53, 69
N.	Γκέκας	20, 23, 24, 26, 27, 37, 46, 47, 50, 55, 63, 65, 68, 81, 82, 88
X.	Γκολέμης	24, 27, 52, 56, 91
K.	Γκουλιοπούλου	24, 52, 84
Σ.	Γρηγοριάδης	15, 22, 87
B.	Γροσσομανίδης	17, 24
M.	Δανέζης	16, 22
Θ.	Δαρδιώτης	72
A.	Δαφνιωτίδης	61
A.	Δημακοπούλου	17, 25
I.	Διαμαντόπουλος	16, 24
Δ.	Δίπλας	19, 28
X.	Ερμείδης	32, 96
K.	Ζερβάκη	12, 31, 33, 96, 98
A.	Ζήκου	26, 54
A.	Ζησάκης	72, 76, 77, 78, 82
Π.	Ζωγόπουλος	20, 38, 67, 74, 79, 86
M.	Ζώτου	12, 31, 33
Σ.	Θεοδωρόπουλος	66, 91
Τρ.	Θωμαΐδης	23, 49, 85
I.	Ιωαννίδης	16, 20, 22, 40, 41
Θ.	Καλαματιανός	61, 69
A.	Καλπακίδου	12, 31, 32
Δ.	Καραθάνου	33, 97
B.	Καραστεργίου	12, 33, 97
K.	Κασάπας	20, 23, 37, 45, 47, 65, 68, 81, 88
A.	Κασιόλα	33, 99
B.	Κατσαρίδης	15, 22
B.K.	Κατσαρός	23, 47
Δ.	Κατσιάνης	23, 24, 26, 45, 50, 55, 80, 81
X.	Κατσιάφας	21, 44, 90
I.	Κατσιάφας	21, 44, 78, 90
E.	Καψαλάκη	17, 25
Γρ.	Κεσίδης	23, 49
Π.	Κόκκαλης	20, 23, 38, 67, 74, 79, 86
M.	Κοντοπούλου	33, 97
Σ.	Κορφιάς	19, 26, 27, 28, 32, 33, 53, 57, 69, 95, 97
K.	Κουζέλης	12, 15, 18, 21, 27
K.	Κουζούνιας	23, 46
X.	Κουτσαρνάκης	27, 57
Γ.	Κουτσομπέλης	12
E.	Κυριαζίδης	70, 87
Θ.	Κυριακού	12, 24, 52, 67, 86

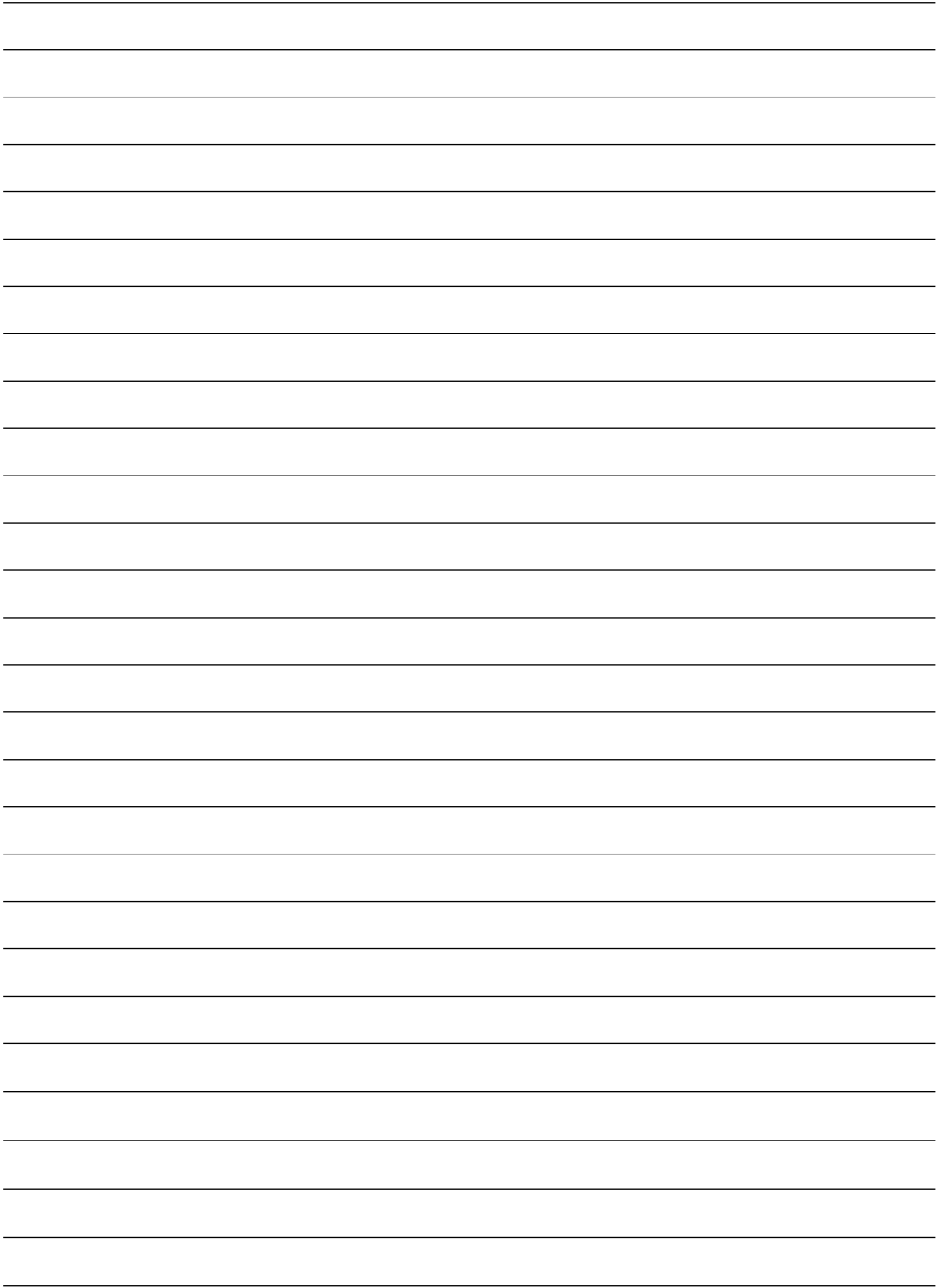
Ε.	Κωνσταντινίδης	12, 15, 22, 66, 91
Δ.	Κωνσταντίνου	12, 71, 84
Κ.	Κωνσταντογιάννης	27, 58
Κ.	Κωσταβάρας	18, 26, 27, 56, 58
Ε.	Κωτίδη	34, 100
Σ.	Κώττας	70
Κ.	Λάγιος	16, 22, 67
Π.	Λαγός	27, 57
Σ.	Λαφαζάνος	16, 20, 22, 23, 27, 40, 41, 56, 58
Α.	Λεβέντης	91
	Λέσβος group	61
Φ.	Λιάκος	27, 57
Γ.	Λιανός	21, 44
Α.	Λινού	21, 43, 90
Ε.	Λιούτα	23, 47
Ι.	Μάγρας	18, 24, 26, 33, 50, 51, 97
Αγ.	Μακρή	33, 98
Γ.	Μακρυγιαννάκης	12, 15, 21
Ι.	Μάλλιος	24, 27, 52, 56, 91
Η.	Μανωλάκος	21, 42
Χ.	Μαρβάκη	32, 33, 95, 97
Γ.	Μαρκογιαννάκης	72, 77, 78, 82
Θ.	Μαρτινοπούλου	12, 31, 32, 33, 34
Ι.	Ματσούκης	92
Σ.	Μαυροματίδης	34, 100
Μ.	Μελέα	33, 99
Α.	Μήτσος	20, 39
Σ.	Μισιρλόγλου	12
Ε.	Μίχος	24, 49
Α.	Μπαϊρακτάρης	21, 42
Γ.	Μπαλαμπάνης	85
Α.	Μπαλιάκα	76
Ι.	Μπαλογιάννης	93
Κ.	Μπάρκας	21, 44
Γ.	Μπάρλας	15, 21
Σπ.	Μπαρούτας	85
Β.	Μπέκος	15, 22
Θ.	Μπιρμπίλης	18, 26, 83
Ε.	Μπλευράκης	24, 52, 84
Ε.	Μποβιάτσος	19, 28
Κ.	Μπογδάνου	32, 95
Ε.	Μπούκα	92
Δ.	Μπουράμας	12, 17, 23, 24, 46
Φ.	Μπουρλογιάννης	61
Στ.	Μπρίζας	80, 87
Ι.	Μυλωνάκης	72
Ν.	Νανίδης	69
Ν.	Νάσης	20, 40, 41
Γ.	Νταλαγιώργου	62
Λ.	Ντεμουρτζίδης	23, 49
Ε.	Ντοντόρου	33, 98

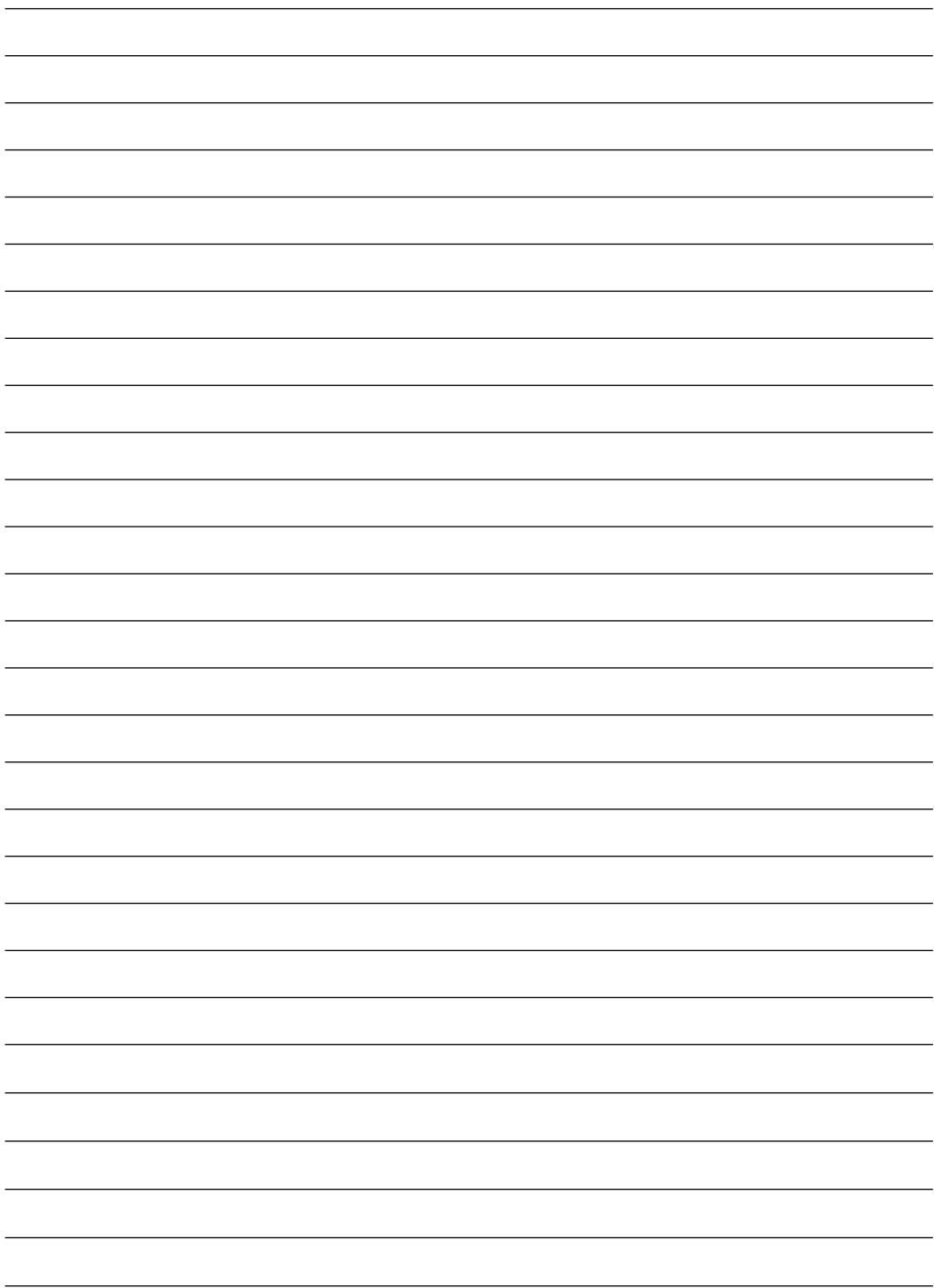
Ιω.	Ντούντας	67
Β.	Ξενάκη	20, 38, 86
Α.	Οικονόμου	12, 31, 32
Κ.	Οικονόμου	23, 45, 65, 88
Ομάδα Ερευν. Αγγειακών		69
Γ.	Ορφανίδης	12, 16, 20, 22, 23, 26, 27, 37, 45, 47, 55, 59, 65, 68, 81, 82, 88
Ν.	Παιδακάκος	23, 46, 66
Θ.Σ.	Παλαιολόγος	20, 24, 27, 38, 52, 56, 67, 74, 91
Β.	Παναγιωτόπουλος	15, 22, 84
Α.Γ.	Παπαβασιλείου	62
Κ.	Παναγόπουλος	18, 26
Κ.	Παπαδημητρίου	34, 100
Ε.	Παπαδόπουλος	21, 44
Μ.	Παπαδοπούλου	12
Γ.	Παπαευαγγέλου	70, 80, 87
Π.Γ.	Παπανικολάου	17, 20, 24, 27, 38, 52, 56, 86, 91, 92
Ν.	Παπανικολάου	23, 47
Θ.	Παπασιλέκας	20, 40, 41
Κ.	Παπαχρήστου	20, 39
Δ.	Παπουτσάκης	91
Μ.	Παρθένη	84
Κ.	Πατεράκης	17, 25
Ι.	Πατσαλάς	10, 12, 16, 24, 50, 51
Δ.	Παχατουρίδης	16, 21, 23, 24, 44, 49, 78
Ε.	Πετρίδου	92
Τ.	Πετροσιάν	76, 77, 78
Α.	Πετσανάς	20, 21, 37, 43, 61, 71, 73
Σ.	Πήχας	21, 44, 90
Κ.	Πίκολας	23, 27, 48, 58, 71
Μ.	Πιπέρη	15, 22
Χ.	Πιπέρη	62
Σ.	Πλάκας	20, 21, 27, 39, 40, 41, 43, 56, 58, 90
Κ.	Πολυζωίδης	12, 15, 17, 22, 24, 33, 50, 51, 89, 93, 97
Ι.	Πολυθοδωράκης	16, 23
Α.	Πρασσάς	63, 64, 65, 85
Π.	Πριμικήρης	23, 24, 45, 50, 68, 80, 82, 88
Ν.	Προδρόμου	17, 21, 25, 42, 43, 90
Σ.	Ραυτόπουλος	23, 27, 48, 58, 71
Α.	Ρόβλιας	66, 91
Κ.	Ρόδη	12
Ε.	Ρόκας	91
Λ.	Ρούσσοι	18, 26
Δ.Ε.	Σακάς	12, 19, 26, 27, 28, 53, 57, 61, 69
Ν.	Σακελλαρίδης	18, 26
Π.	Σακελλαρίου	23, 49
Λ.	Σακκάς	76
Α.	Σαμέλης	12, 20, 39
Π.	Σάρλης	24, 50, 93
Σ.	Σγούρος	17, 25
Π.	Σελβιαρίδης	12, 19, 24, 28, 51
Μ.	Σιακαβέλλα	66

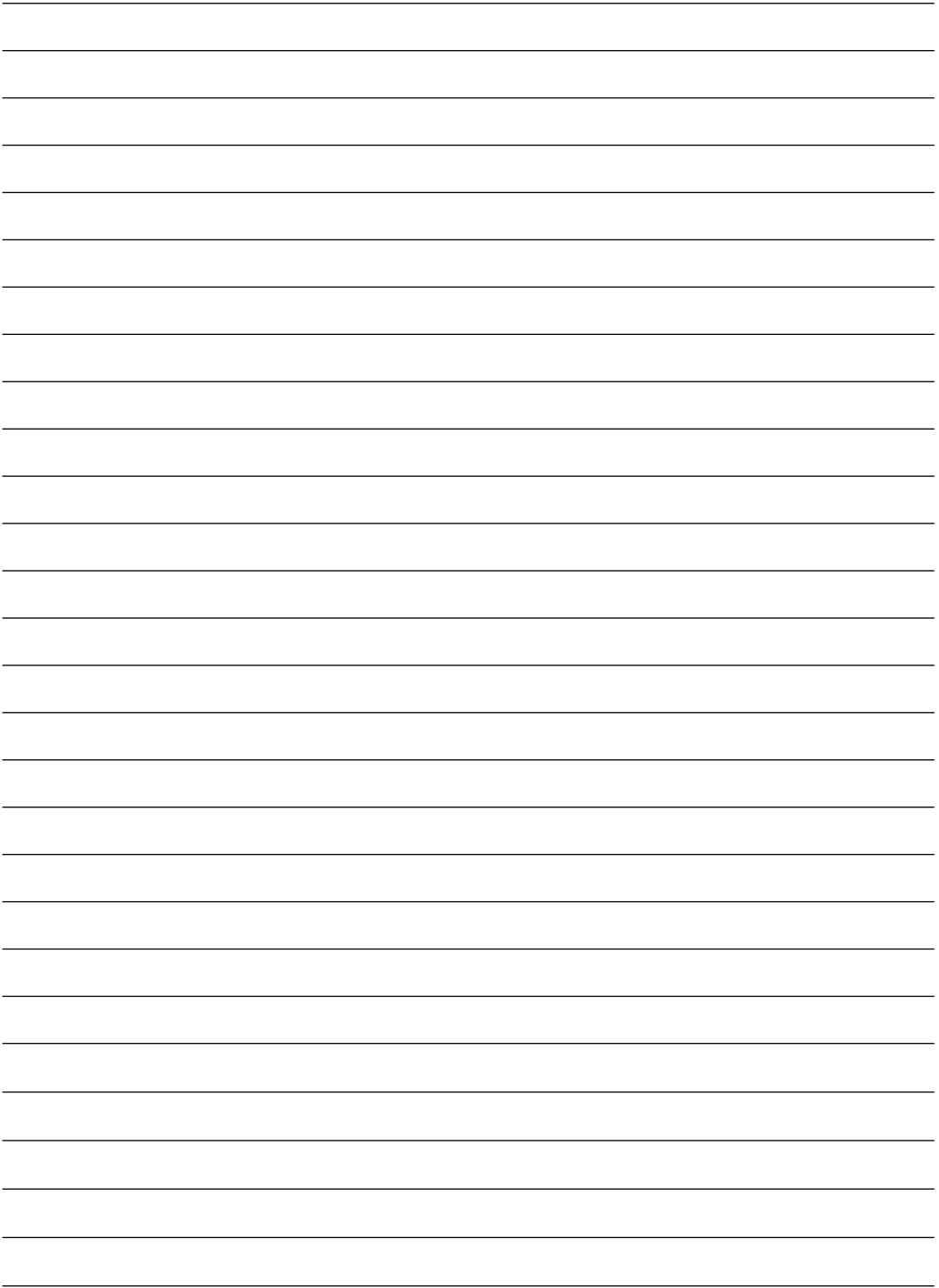
A.	Σιατούνη	33, 97
M.	Σκλαβούνου	23, 46
H.	Σουρτζής	12
A.	Σπανός	12
A.	Σπηλιωτόπουλος	12, 17, 24, 25, 50
Φ.	Σπυριδάκης	21, 43, 71
E.	Σπυριδόπουλος	93
A.	Σπυροπούλου	62
Γ.	Σταματόπουλος	74, 92
Δ.	Στάμος	31, 32, 34
Π.	Σταυρινού	16, 18, 22, 23, 26
Σ.	Στεφανίδου	34, 100
Γ.	Στράντζαλης	17, 23, 25, 26, 27, 32, 47, 53, 56, 58, 61, 69, 95
A.	Στρατουδάκης	18, 26
Χ.	Συρρής	20, 39
Γ.	Σφακιανός	18, 21, 26, 42, 43, 90
Σ.	Σφήκας	20, 23, 26, 27, 33, 37, 47, 55, 63, 67, 68, 81, 88, 98
Φ.	Τζωρτζίδης	84
A.	Τριανταφυλλίδης	20, 21, 39, 43
B.	Τσακανίκα	33, 98
Γ.	Τσάνης	74
Δ.	Τσικρίκης	87
A.	Τσιτλακίδης	24, 51, 93
Χ.	Τσιτσιπάνης	78
Π.	Τσιτσόπουλος	87
K.	Τσολέκα	63, 64, 65, 85
Χ.	Τσονίδης	12, 70, 80, 87
I.	Υδραίος	67, 74, 79
A.	Φαίτατζίδου	11, 12, 31, 32, 34
K.	Φαρόπουλος	23, 27, 48, 58, 71, 84
Δ.	Φελώνη	32, 96
E.	Φιλιππαίου	34, 101
N.	Φόρογλου	12, 17, 25, 89
K.	Φουντάς	12, 17, 24, 72
M.	Φρατζόγλου	15, 20, 27, 56, 74, 79
Γ.	Φωτακόπουλος	21, 44
A.	Φωτόπουλος	26, 54
Χ.	Χαμπλός	73
Γ.Φ.	Χατζηγεωργίου	20, 37, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 82
Γ.Μ.	Χατζηγεωργίου	72
E.	Χατζηδάκης	12, 15, 21, 74, 79
Σ.	Χατζημικάλης	17, 25
A.	Χέβα	76
Π.	Χρυσανθακόπουλος	12
N.	Ψάρρας	23, 49, 76, 85
Γ.	Ψιλοβασιλόπουλος	76

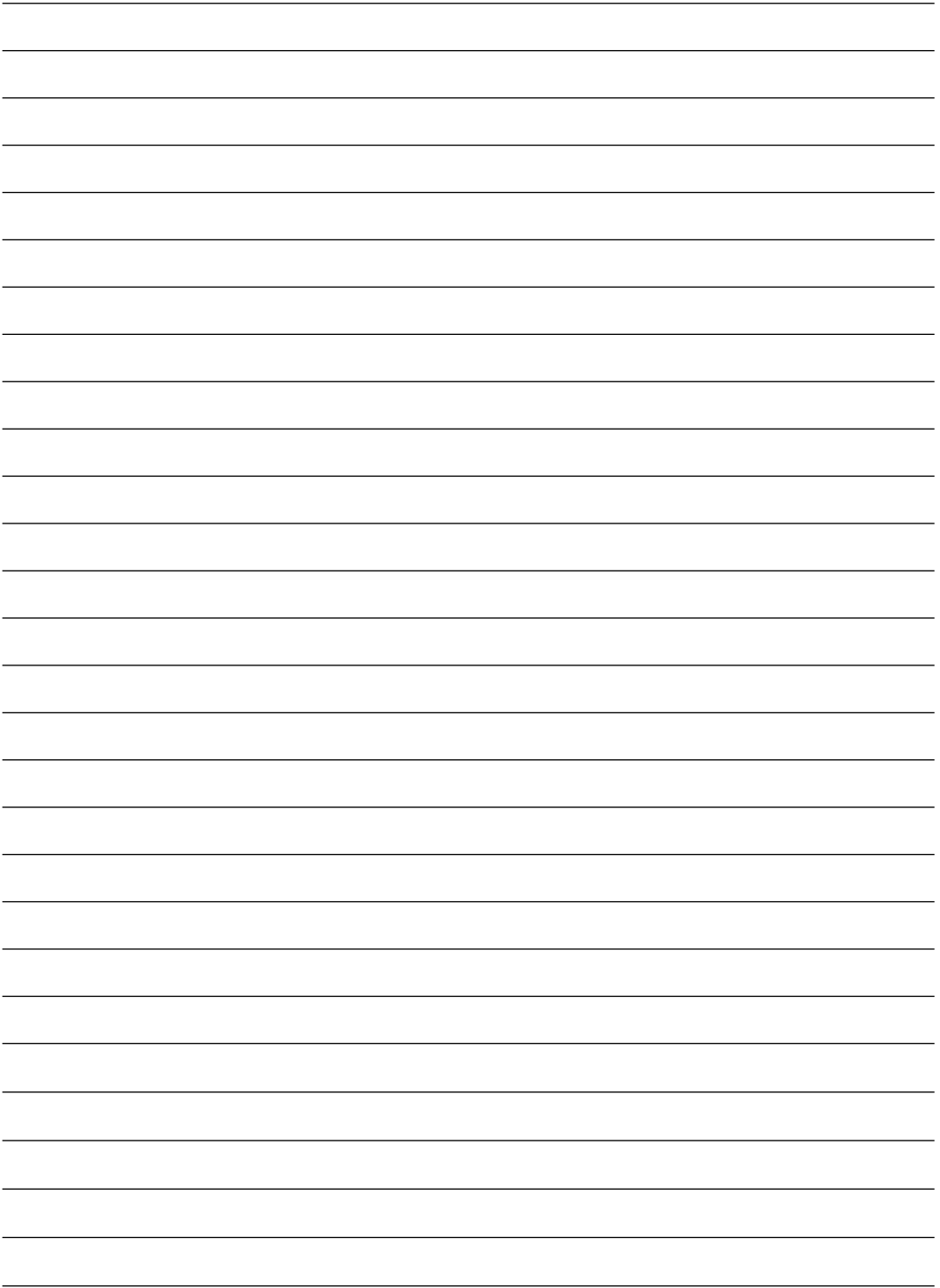
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

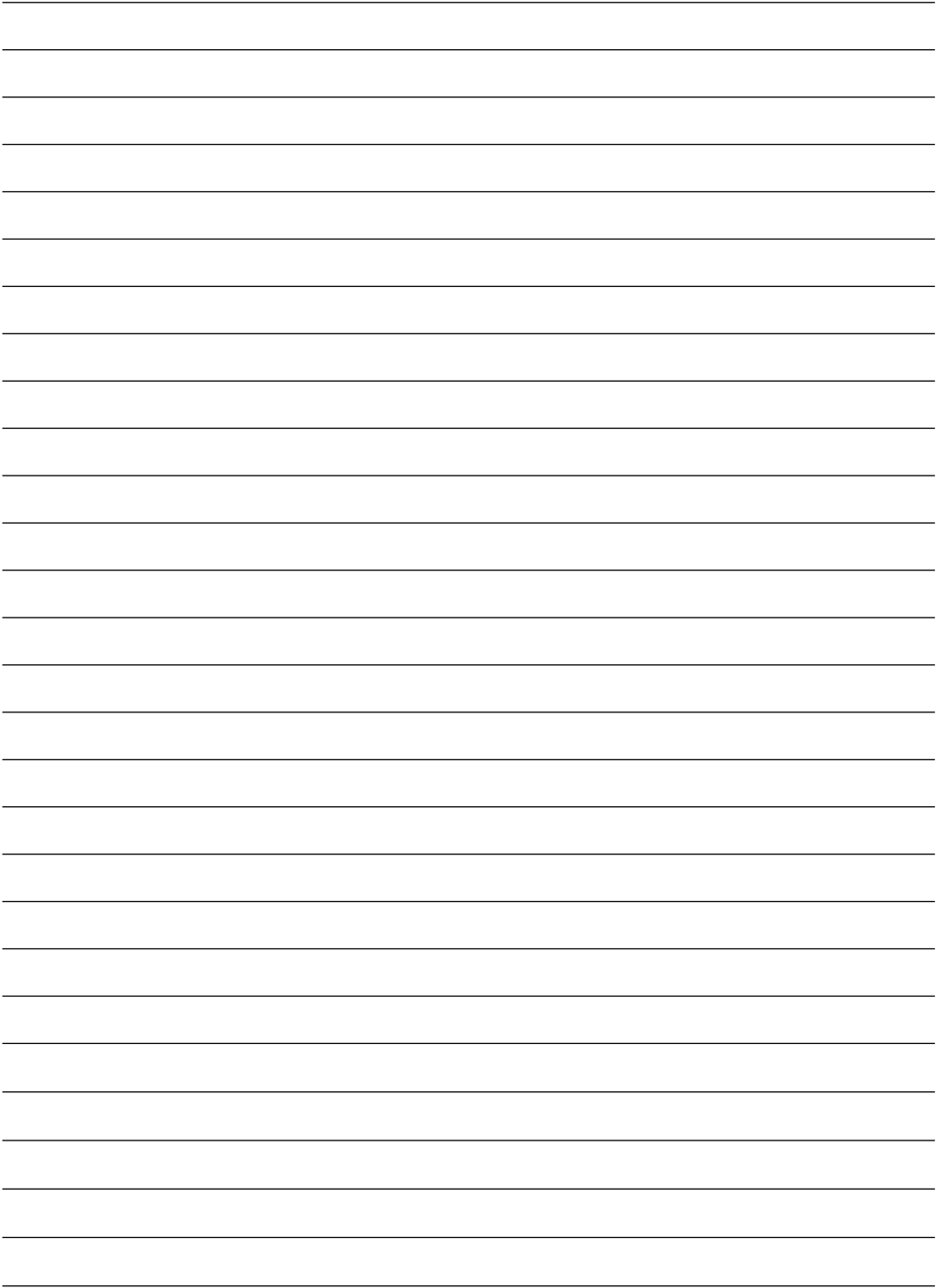














9ο κλμ. Θεσσαλονίκης - Θέρμης, Κτίριο Thomas, 57001 Θεσσαλονίκη

T: 2310 250928 (γραμμή Συνεδρίου), 2310 272275

F: 2310 272276

E: neurosurgerycongress@artion.com.gr

