



Πανελλήνιος  
Επιστημονικός  
Σύλλογος κατά της  
Επιληψίας



# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο επιληψίας ΥΒΡΙΔΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

**24-26 | 9 | 2021**

Ξενοδοχείο Electra Palace, Θεσσαλονίκη

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

**Τελικό Πρόγραμμα**

# Levetiracetam/Sandoz

## Levetiracetam



ADV, LEV 09/2021

### ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:

Χορηγείται με ιατρική συνταγή

**30 Δισκία: 500mg & 1000mg**

**Λιανική τιμή: 500mg 11,81 € / 1000mg 23,62 €**

Πρωτοβούμενο από την εταιρεία

**FarmaSyn SA**  
PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Θέση Ρυκιά, 19300 Ασπρόπυργος  
τηλ: 210 5777140, fax: 210 5788791  
e-mail: [info@farmasyn.gr](mailto:info@farmasyn.gr), [www.farmasyn.gr](http://www.farmasyn.gr)  
Γραφείο Β. Ελλάδος: Βασ. Όλγας 226,  
Τ.Κ. 55134 Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη  
τηλ: 2310 703856, fax: 2310 703178  
e-mail: [thess@farmasyn.gr](mailto:thess@farmasyn.gr)

Για την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος  
ανατρέξτε στην επόμενη σελίδα του προγράμματος

**SANDOZ** A Novartis  
Division

**Κάτοχος Αδείας Κυκλοφορίας**

Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, A-6250 Kundl, Αυστρία

**Υπεύθυνος επικοινωνίας**

Novartis (Hellas) AEBE/Sandoz division:  
Φραγκοκκλησιός 7B, 151 25 Μαρούσι, τηλ.: 210 2811712

Βοηθήστε να γίνουν τα  
φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
**ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες  
ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την  
«ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

**1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Levetiracetam/Sandoz 500 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Levetiracetam/Sandoz 1000 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 500 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία.Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 500 mg λεβετιρακετάμης, 1000 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 1000 mg λεβετιρακετάμης. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το Levetiracetam/Sandoz ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για την αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων εστιακής έναρξης με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση σε ενήλικες και εφήβους από 16 ετών και άνω με νεοδιαγνωσθείσα επιληψία. Το Levetiracetam/Sandoz ενδείκνυται ως συμπληρωματική αγωγή: • για τη θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων εστιακής έναρξης με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση σε ενήλικες, εφήβους, παιδιά και βρέφη ηλικίας από 1 μηνός με επιληψία. • για τη θεραπεία των μυοκλονικών κρίσεων σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας από 12 ετών με Νευρική Μυοκλονική Επιληψία. • για τη θεραπεία των πρωτοπαθών γενικευμένων τονικοκλονικών κρίσεων σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας από 12 ετών με Ιδιοπαθή Γενικευμένη Επιληψία. **4.3 Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησία στη λεβετιρακετάμη ή σε άλλα παράγωγα πυρρολιδόνης ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Νευρική δυσλειτουργία: Η χορήγηση της λεβετιρακετάμης σε ασθενείς με νευρική δυσλειτουργία μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή της δόσης. Σε ασθενείς με βαριά ηπιακή δυσλειτουργία συνιστάται η εκτίμηση της νευρικής λειτουργίας πριν από τον καθορισμό της δόσης (βλ. παράγραφο 4.2). **Οξεία νεφρική βλάβη:** Η χρήση λεβετιρακετάμης πολύ σπάνιας σχετίζεται με οξεία νεφρική βλάβη με χρόνο έναρξης που κυμαίνεται από λίγες ημέρες έως αρκετούς μήνες. Αριθμός κυττάρων αίματος: Σπάνιος περιπτώσεις μείωσης του αριθμού των κυττάρων του αίματος (ουδετεροπενία, ακοκκυτταραιμία, λευκαιμία, θρομβοκυταροπενία και πανκυταροπενία) έχουν περιγραφεί σε σχέση με τη χορήγηση λεβετιρακετάμης, γενικότερα κατά την έναρξη της θεραπείας. Πλήρης έλεγχος του αριθμού των κυττάρων του αίματος συνιστάται σε ασθενείς που βιώνουν σημαντική αδυναμία, πυρεξία, επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις ή συστάσεις μετά τη χορήγηση (παράγραφος 4.8). Αυτοκτονία: Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με αντιεπιληπτικά φάρμακα (συμπεριλαμβανομένης της λεβετιρακετάμης), έχουν αναφερθεί αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοκτονικές ιδεασμούς και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Μια μετά-ανάλυση υπολογισμένων ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο κλινικών δοκιμών σε αντιεπιληπτικά φαρμακευτικά προϊόντα έδειξε μικρή αύξηση του κινδύνου αυτοκτονικών σκέψεων και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ο μηχανισμός με τον οποίον εκδηλώνεται ο κίνδυνος αυτός δεν είναι γνωστός. Για το λόγο αυτό, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία και/ή για συμπεριφορές κατάβλησης και αυτοκτονικού ιδεασμού και πρέπει να εξετάζονται η χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας. Αν εμφανισθούν σημεία κατάβλησης και/ή αυτοκτονικού ιδεασμού ή συμπεριφοράς, πρέπει να συζητηθούν στους ασθενείς (και στα άτομα που τα φρονίζουν) να ζητήσουν τη συμβουλή του γιατρού τους. Μη φυσιολογική και επιθετική συμπεριφορά: Η λεβετιρακετάμη μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα και μη φυσιολογική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης της ευερεθιστότητας και της επιθετικότητας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με λεβετιρακετάμη πρέπει να παρακολουθούνται για την εμφάνιση ψυχιατρικών σημείων που υποδηλώνουν σημαντικές αλλαγές στη διάθεση ή/και την προσωπικότητα. Εάν παρατηρηθούν τέτοιες συμπεριφορές, πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο προσαρμογής ή σταδιακής διακοπής της θεραπείας. Εάν εξετάζεται το ενδεχόμενο διακοπής, παρακολουύμε να ανατρέξετε στην παράγραφο 4.2. **Επιδείνωση των επιληπτικών κρίσεων:** Όπως και όλα τα άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα, η λεβετιρακετάμη μπορεί σπάνια να επιδεινώσει τη συχνότητα ή τη σοβαρότητα της επιληπτικής κρίσης. Αυτή η παραδοχή επηρεάζει αναφερόμενες ως επί το πλείονος εντός του πρώτου μήνα μετά την έναρξη ή την αύξηση της δόσης της λεβετιρακετάμης και ήταν ανατρέξιμη μετά τη διακοπή του φαρμάκου ή τη μείωση της δόσης, θα πρέπει να συνιστάται στους ασθενείς να συμβουλευτούν αμέσως τον ιατρό τους σε περίπτωση επιδείνωσης της επιληψίας. **Παράταση διαστήματος QT στο ηλεκτροκαρδιογράφημα:** Σπάνιος περιπτώσεις παράτασης του διαστήματος QT στο ΗΚΓ έχουν παρατηρηθεί κατά την εισιότητα μετά τη διάθεση στην αγορά. Η λεβετιρακετάμη θα πρέπει να δίδεται με προσοχή σε ασθενείς με παράταση του διαστήματος QTc, σε ασθενείς που υποβάλλονται ταυτόχρονα σε θεραπεία με φάρμακα που επηρεάζουν το διάστημα QTc ή σε ασθενείς με σχετιζόμενη πρωτογενή καρδιακή νόσο ή διαταραχές ηλεκτρολίων. **Παιδιατρικός πληθυσμός:** Η φαρμακογενική μορφή του δισκίου δεν είναι προσαρμοσμένη για χρήση σε βρέφη και παιδιά ηλικίας κάτω των 6 ετών. Τα διαθέσιμα δεδομένα σε παιδιά δεν υποδηλώνουν επίδραση στην αύξηση και την ήβη. Ωστόσο, οι μικροπροσδόχες επιπτώσεις στη μάθηση, ευφροσύνη, ανάπτυξη, ενδοκρινική λειτουργία, εφηβεία και μελλοντική δυνατότητα τεκνοποίησης των παιδιών αυτών παραμένουν άγνωστες. Το Levetiracetam/Sandoz **περιέχει νάτριο:** Το φαρμακευτικό από προϊόν περιέχει λιγότερο από 1 mmol νάτριο (23 mg) ανά επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο, είναι από το νομικό «ελεύθερο νάτριο». **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Περιλήψη των χαρακτηριστικών ασφαλείας: Η πιο συχνά αναφερόμενη ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ρινορραγία/ιγίτιδα, υπηλμία, κεφαλαλγία, κόπωση και ζάλη. Τα χαρακτηριστικά των ανεπιθύμητων συμβαμάτων, που παρατίθενται παρακάτω, στηρίζονται στην ανάλυση συγκεντρωμένων ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο κλινικών μελετών, όπου συνολικά υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λεβετιρακετάμη 3.416 ασθενείς με όλες τις ενδείξεις των μελετών. Τα δεδομένα αυτά συμπληρώνονται από αντίστοιχες ανοικτές μελέτες παράτασης με λεβετιρακετάμη, καθώς και από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία στην αγορά. Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις, που αναφέρονται πιο συχνά ήταν ρινορραγία/ιγίτιδα, υπηλμία, κεφαλαλγία, κόπωση και ζάλη. Γενικά, τα χαρακτηριστικά ασφαλείας της λεβετιρακετάμης είναι παρόμοια ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα (ενήλικες και παιδιατρικοί ασθενείς) και ανεξάρτητα από τις συγκεκριμένες ενδείξεις επιληψίας. **Συγκεντρωτική λίστα ανεπιθύμητων ενεργειών:** Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, που αναφέρονται σε κλινικές μελέτες (επί ενήλικων, εφήβων, παιδιών και βρεφών ηλικίας >1 μηνός) και από την εμπειρία μετά την κυκλοφορία του προϊόντος, ταξινομούνται στον κατάλληλο πίνακα ανά Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα και ανά συχνότητα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάζονται με σειρά φθίνουσας σοβαρότητας και η συχνότητα ορίζεται ως εξής: πολύ συχνές (≥1/10), συχνές (≥1/100 έως <1/10), όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100), σπάνιες (≥1/10.000 έως <1/1.000) και πολύ σπάνιες (<1/10.000).

| Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA     | Κατηγορία Συχνότητας                                                         |          |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                    | Πολύ συχνές                                                                  | Συχνές   | Όχι συχνές                                                                                                                                                                                                                         | Σπάνιες                                                                                                                                        |
| Λοιμώξεις και παρα-οιτώσεις                                        | Ρινορραγία/ιγίτιδα                                                           |          |                                                                                                                                                                                                                                    | Λοιμώξη                                                                                                                                        |
| Διαταραχές του αιμοπο-ιτικού και του λεμμο-ιτικού συστήματος       |                                                                              |          | Θρομβοπενία, λευ-κοπενία                                                                                                                                                                                                           | Πανκυταροπενία, ουδετεροπενία ακοκκυ-ταραιμία                                                                                                  |
| Διαταραχές του ανοσοπο-ιτικού συστήματος                           |                                                                              |          |                                                                                                                                                                                                                                    | Αντίδραση στο φάρμακο με πρωτοφίλια και συ-στημικά συμπτώματα (DRESS). Υπερευαίσθη-σία (συμπεριλαμβανομέ-νου αγγειοεμφύλματος και αναφυλαξίας) |
| Διαταραχές του μεταβολι-σμού και της βλάβης Ψυχιατρικές διαταραχές |                                                                              | Ανορεξία | Απώλεια βάρους, αυξη-ση σωματικού βάρους                                                                                                                                                                                           | Υπονατριαιμία                                                                                                                                  |
|                                                                    | Κατάθλιψη, εγθροπία/ επιθετικότητα, άγχος, αδύνα, νευρική/τα/ ευερεθιστότητα |          | Απώλεια αυτοκτονίας, ιδεασμός αυτοκτονίας, ψυχιατρική διαταραχή, μη φυσιολογική συμπερι-φορά, ψευδοσθένος, θυμός, συχνητή κατάσταση, κρίση πανι-κού, συναισθηματική αστάθεια / διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, διέγερση | Αυτοκτονία, διαταραχή προσωπικότητας, μη φυσιολογικές σκέψεις, παραλήρημα                                                                      |

|                                                                           |                     |                                                        |                                                                                                  |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Διαταραχές του νευρικού συστήματος                                        | Υψηλμία, κεφαλαλγία | Σπασμοί, διαταραχή ισορροπίας, ζάλη, λιθρα-γός, τρόμος | Αμνησία, επηρεασμένη μνήμη μη φυσιολογικές συντονισμός/αταξία, παρουσθία, διαταραχή στην προσοχή | Χαροειδωστική, δυσκι-νερία, υπερκινησία, διαταραχή της βάδισης, εγκαρλωσθείσα, επιδεί-νωση των επιληπτικών κρίσεων |
| Οφθαλμικές διαταραχές                                                     |                     |                                                        | Διπλωπία, θάμβος όρασης                                                                          |                                                                                                                    |
| Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου                                    | Ίλιγγος             |                                                        |                                                                                                  |                                                                                                                    |
| Καρδιακές διαταραχές                                                      |                     |                                                        |                                                                                                  | Παρατεταμένο διάστημα QT στο ηλεκτροκαρδιο-γράφημα                                                                 |
| Διαταραχές του αναπνευστικού συστήμα-τος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου |                     | Βήχας                                                  |                                                                                                  |                                                                                                                    |
| Διαταραχές του γαστρεντερικού                                             |                     | Κούραση, άγχος, διάρροια, δυσπεψία, έμετος, ναυτία     |                                                                                                  | Παγκρεατίτιδα                                                                                                      |
| Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων                                   |                     |                                                        | Μη φυσιολογικές τιμές δοκιμασιών ηπατικής λειτουργίας                                            | Ηπατική ανεπάρκεια, ηπατίτιδα                                                                                      |
| Διαταραχές του νεφρικού και του ουροποιητικού συστήματος                  |                     |                                                        |                                                                                                  | Οξεία νεφρική βλάβη                                                                                                |
| Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού                           |                     | Εξάνθημα                                               | Αλωπεκία, έκζεμα, κνησμός                                                                        | Τοξική επιδερμική νεκρόλυση, σύνδρομο Stevens-Johnson, πολύμορφο ερύθημα                                           |
| Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού          |                     |                                                        | Μυϊκή αδυναμία, μυαλγία                                                                          | Ραβδομυόλυση και αυξημένη κρεατινοφι-φοσκάνση αίματος*                                                             |
| Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης                     |                     | Αδυναμία/ κόπωση                                       |                                                                                                  |                                                                                                                    |
| Κακώσεις, δηλητηριάσεις και επιπλοκές θεραπευτι-κών χειρισμών             |                     |                                                        | Κάκωση                                                                                           |                                                                                                                    |

\* Ο επιπολασμός είναι σημαντικά μεγαλύτερος στους ίδιων ασθενείς όταν συγκρίνονται με μη ίδιων ασθενείς.

**Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Ο κίνδυνος πρόκλησης ανορεξίας είναι υψηλότερος όταν η λεβετιρακετάμη συγχρησιάζεται με την τοπιραμίδα. Σε αρκετές περιπτώσεις αλωπεκίας, παρατηρήθηκε αποκατάσταση της τριχοφυΐας μετά τη διακοπή της λεβετιρακετάμης. Σε ορισμένα περιστατικά πανκυταροπενίας εντοπίστηκε καταστολή του μυελού των οστών. Περιπτώσεις εγκαρλωσθείσας γενικά εμφανιζόταν στην αρχή της θεραπείας (λίγες ημέρες έως λίγους μήνες) και ήταν ανατρέξιμες μετά τη διακοπή της θεραπείας. **Παιδιατρικός πληθυσμός:** Εκτός νεογνία (190), συνολικά, ασθενείς ηλικίας από 1 μηνός έως μικρότερους των 4 ετών υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λεβετιρακετάμη σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο και ανοικτές μελέτες επέκτασης. Εξήντα από τους ασθενείς αυτούς υποβλήθηκαν σε θεραπεία με την λεβετιρακετάμη σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες. Συνολικά εξακόσια οκτώ (645) ασθενείς ηλικίας από 4-16 ετών υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λεβετιρακετάμη σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο και ανοικτές μελέτες επέκτασης, ενώ 233 από τους ασθενείς αυτούς υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λεβετιρακετάμη σε ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες. Και στα δύο αυτά παιδιατρικά ηλικιακά εύρη, τα δεδομένα από συμπληρωμένα από την εμπειρία με τη χρήση της λεβετιρακετάμης μετά την κυκλοφορία στην αγορά. Επιπροσθέτως, 101 βρέφη ηλικίας μικρότερης των 12 μηνών εκτέθηκαν μέσα στα πλαίσια μιας μετεγχειρητικής μελέτης ασφαλείας. Δε δημοσιουργήθηκαν πρόσθετοι λόγοι ανησυχίας για την ασφαλεία της λεβετιρακετάμης για βρέφη μικρότερα των 12 μηνών με επιληψία. Γενικά, τα χαρακτηριστικά των ανεπιθύμητων ενεργειών της λεβετιρακετάμης είναι παρόμοια ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα και ανεξάρτητα από την συγκεκριμένη ένδειξη επιληψίας. Τα αποτελέσματα ασφαλείας ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο κλινικών μελετών σε παιδιατρικούς ασθενείς συνδυάζονται με τα χαρακτηριστικά ασφαλείας της λεβετιρακετάμης σε ενήλικες, εκτός από τις αντιδράσεις συμπεριφοράς και τις ψυχιατρικές ανεπιθύμητες αντιδράσεις, οι οποίες ήταν συχνότερες σε παιδιά από ό,τι σε ενήλικες. Έμετος (πολύ συχνός, 11,2%), διέγερση (συχνή, 3,4%), διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης (συχνές, 2,1%), αστάθεια συναισθημάτων (συχνή, 1,7%), επιθετικότητα (συχνή, 8,2%), μη φυσιολογική συμπεριφορά (συχνή, 5,6%), και λιθραγός (συχνός, 3,9%) αναφερόταν συχνότερα σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 4 έως 16 ετών σε σύγκριση με τους ασθενείς άλλης ηλικίας ή σε σύγκριση με τα συνολικά χαρακτηριστικά ασφαλείας. Ευερεθιστότητα (πολύ συχνή, 11,7%) και μη φυσιολογικός συντονισμός (συχνός, 3,3%) αναφερόταν συχνότερα στα βρέφη και στα παιδιά ηλικίας από 1 μηνός έως κάτω των 4 ετών σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες ή σε σύγκριση με τα συνολικά χαρακτηριστικά ασφαλείας. Μια διπλή-τυφή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη ασφαλείας σε παιδιατρικούς ασθενείς με σχεδιασμό για την απόδειξη μη καταπρεσμένης, αξιολογώντας τις δράσεις της λεβετιρακετάμης στη γνωσιακή και νευροφυσιολογική λειτουργία, σε παιδιά ηλικίας 4 έως 16 ετών με επιληπτικές κρίσεις εστιακής έναρξης. Το συμπτωμά της μελέτης ήταν ότι η λεβετιρακετάμη δε διέφερε (δεν υποστήριξε) έναντι του εικονικού φαρμάκου στη μεταβολή από την έναρξη στη βαθμολογία των Παραμέτρων Προσοχής και Μνήμης, και στη δοκιμασία εκτίμησης της μνήμης (Memory SCREEN Composite), στον πληθυσμό σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και την ολισθηματική λειτουργία έδειξαν επιδείνωση στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία με τη λεβετιρακετάμη στην παράμετρο της επιθετικής συμπεριφοράς που μετρήθηκε με τυποποιημένο και συστηματικό τρόπο με χρήση έγκυρου εργαλείου (CBCL - Achenbach Child behavior Checklist, Κατάλογος Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς ACHENBACH). Εντούτοις, οι ασθενείς, που πήραν τη λεβετιρακετάμη σε μακροχρόνια ανοικτή μελέτη παρακολούθησης, δεν παρουσίασαν επιδείνωση, κατά μέσο όρο, στη συμπεριφορά τους και στη συναισθηματική τους λειτουργία. Συγκεκριμένα δεν επιδεινώθηκαν οι παράμετροι επιθετικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με την έναρξη. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχής παρακολούθηση της σχέσης φάρμακο-κίνδυνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενος ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς: Εθνικός Οργανισμός φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ: + 30 213 2040380/337, fax: + 30 210 6549585, Ιστοτόπος: <http://www.eof.gr>. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl Αυστρία. **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Levetiracetam/Sandoz 500 mg: 122809/30-11-2018, Levetiracetam/Sandoz 1000 mg: 122812/30-11-2018. **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 15 Απριλίου 2013. Ημερομηνία ανανέωσης της άδειας: 30 Νοεμβρίου 2018, **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 8 Ιουλίου 2021



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                                   |         |
|-----------------------------------|---------|
| Χαιρετισμός Προέδρου              | σελ. 5  |
| Οργάνωση                          | σελ. 7  |
| Επιστημονικό Πρόγραμμα            | σελ. 9  |
| Ομιλητές - Προεδρεία              | σελ. 25 |
| Γενικές Πληροφορίες               | σελ. 32 |
| Δορυφορικά Συμπόσια και Διαλέξεις | σελ. 37 |
| Χορηγοί                           | σελ. 38 |
| Αναρτημένες Ανακοινώσεις          | σελ. 39 |
| Κατάλογος Συγγραφέων              | σελ. 66 |



## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Εκ μέρους του Πανελληνίου Επιστημονικού Συλλόγου κατά της Επιληψίας (Π.Ε.Σ.Ε.), ο οποίος παραμένει πιστός στο ραντεβού του κάθε χρόνο, με ιδιαίτερη τιμή και χαρά σας καλωσορίζω στο 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Επιληψίας.



Μετά από ένα μεγάλο διάστημα κοινωνικής αποστασιοποίησης λόγω της πανδημίας που επέβαλλε την πραγματοποίηση συνεδρίων αποκλειστικά με διαδικτυακό τρόπο, επιστρέφουμε στις δια ζώσης εργασίες της ετήσιας επιστημονικής μας εκδήλωσης, με δυνατότητα online παρακολούθησης.

Εχουμε την ευκαιρία λοιπόν φέτος, μετά το περυσινό επιτυχημένο διαδικτυακό Συνέδριο, να ανταμώνουμε στην όμορφη Θεσσαλονίκη. Η ενεργός συμμετοχή στο Συνέδριο αποτελεί ανέκαθεν την κινητήριο δύναμη για την προαγωγή και την εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης που γίνεται μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της ανταλλαγής απόψεων και εμπειριών.

Θέλω να ευχαριστήσω τους διακεκριμένους ομιλητές για την ενθουσιώδη προσπάθεια τους για την επιτυχία αυτού του Συνεδρίου, καθώς και τους χορηγούς μας οι οποίοι για άλλη μια φορά δείχνουν έμπρακτα την στήριξη τους στη διάδοση της επιστημονικής γνώσης.

Ελπίζουμε το συνέδριο αυτό, και μετά την επιτυχία που είχαν τα προηγούμενα συνέδρια του ΠΕΣΕ, να ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας και να ενημερωθείτε για τα νεότερα δεδομένα στον τομέα της επιληψίας.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής

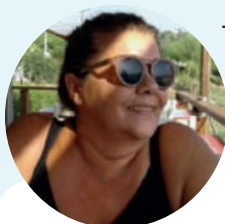
**Αθανάσιος Κοβάνης**  
**Πρόεδρο Π.Ε.Σ.Ε.**





## ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

της Αναστασίας (Τάτας) Βάσσου



Το 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Επιληψίας είναι αφιερωμένο στην Αναστασία (Τάτα) Βάσσου.

Η Τάτα «έφυγε» νωρίς στις 25 Ιουνίου 2021, σκορπώντας απέραντη θλίψη σε όλους όσοι τα τελευταία χρόνια είχαν την χαρά να συνεργαστούν μαζί της.

Εως την τελευταία στιγμή, εργαζόταν για την διεξαγωγή του ετήσιου Συνεδρίου του Πανελλήνιου Επιστημονικού Συλλόγου κατά της Επιληψίας.

Κατά τη διάρκεια της ζωής της, η Τάτα υπηρέτησε με συνέπεια τους σκοπούς του Πανελλήνιου Επιστημονικού Συλλόγου κατά της Επιληψίας (Π.Ε.Σ.Ε.) και βρέθηκε στο πλευρό των ατόμων με επιληψία, με αγάπη.

Ήταν η στυλοβάτης του ΠΕΣΕ και της Ελληνικής Εθνικής Ενωσης κατά της Επιληψίας (ΕΕΕΕ). Ήταν επί δεκαετίες ο άριστος συνεργάτης του Προέδρου του ΠΕΣΕ και η «ψυχή» των επιστημονικών εκδηλώσεων.

Ως ελάχιστη ένδειξη ευγνωμοσύνης, η Οργανωτική Επιτροπή του 15<sup>ου</sup> Πανελλήνιου Συνεδρίου Επιληψίας, αποφάσισε να αφιερώσει τις τριήμερες εργασίες του στην Τάτα, η οποία πάλεψε για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με την επιληψία.

Ο Πανελλήνιος Επιστημονικός Σύλλογος κατά της Επιληψίας την ευχαριστεί, την ευγνωμονεί και δεσμεύεται ότι θα συνεχίσει να εργάζεται για έναν κόσμο χωρίς προκαταλήψεις και στιγματισμό.



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ



Μαυροματαίων 2, Αθήνα - Ελλάδα, Τ.Κ. 106 82  
Τηλ.: +30 (210) 7705785 • Fax: +30 (210) 7705785  
Email: [info@grlae.gr](mailto:info@grlae.gr)

### Διοικητικό Συμβούλιο Π.Ε.Σ.Ε.

Πρόεδρος: Κοβάνης Αθανάσιος  
Αντιπρόεδρος: Γαργάνης Κυριάκος  
Γ. Γραμματέας: Κιμισκίδης Βασίλειος  
Ταμίας: Γιαννακόδημος Στυλιανός  
Μέλος: Μαρούλα Σοφία

### Οργανωτική Επιτροπή

Γαργάνης Κυριάκος  
Γιαννακόδημος Στυλιανός  
Κιμισκίδης Βασίλειος  
Κοβάνης Αθανάσιος  
Μαρούλα Σοφία

### Επιστημονική Επιτροπή

Ασπροδίνη Ευτυχία  
Γαργάνης Κυριάκος  
Γιαννακόδημος Στυλιανός  
Γκατζώνης Στυλιανός  
Ευαγγελίου Αθανάσιος  
Ζαφειρίου Δημήτριος  
Κάζης Δημήτρης  
Κιμισκίδης Βασίλειος  
Κοβάνης Αθανάσιος

Κυρώξης Ανδρέας  
Κωστόπουλος Γιώργος  
Μαρούλα Σοφία  
Μπονάκης Αναστάσιος  
Ντινόπουλος Αργύρης  
Πανδής Διονύσης  
Παπαβασιλείου-Συρίγου Αντιγόνη  
Ψαρροπούλου Αικατερίνη

Time to shine

**Trittico®**

Υδροχλωρική Τραζοδόνη

PR.TAB 150MG/TAB BTx14

PR.TAB 300MG/TAB BTx30

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΝ-ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ

**innovis**  
Future health today

Innovis Pharma A.E.B.E.  
Λεωφ. Κηφισίας 44  
Μαρούσι 151 25  
T: +30 216 20 05 600  
F: +30 210 66 64 804  
info@innovispharma.gr  
www.innovispharma.gr



**ANGELINI**

Angelini Pharma Hellas A.B.E.E.  
Ρούπελ 4 & 17<sup>ο</sup> χλμ.  
Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας  
Ν.Κηφισιά 145 64  
T: +30 210 62 69 200  
F: +30 210 80 71 688  
info@angelinipharma.gr  
www.angelinipharma.gr

Τρόπος διάθεσης προϊόντων : Με ιατρική συνταγή

Λιανική τιμή (Δελτίο τιμών: Φεβρουάριος 2021)

PR.TAB 150MG/TAB BTx14 18,60 €

PR.TAB 300MG/TAB BTx30 18,22 €

Tri-II\_K01-0521

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή  
και Αναφέρετε

**ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
**ΟΛΑ** τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «Κίτρινη Κάρτα»

Παίρνει τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την  
Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος η οποία  
υπάρχει διαθέσιμη από την εταιρεία. εφόσον ζητηθεί.





## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Παρασκευή, 24 | 9 | 2021**

|               |                                                                                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:50 - 09:00 | Έναρξη Συνεδρίου - Καλωσόρισμα                                                            |
| 09:00 - 10:30 | <b>ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΕΓ)</b><br>Προεδρείο: <b>Δ. Πανδής</b>                        |
| 09:00 - 09:20 | Στην παιδική & νεογνολογική ηλικία<br><b>Α. Παπαβασιλείου</b>                             |
| 09:20 - 09:40 | Διαγνωστικές Παγίδες<br><b>Α. Μπονάκης</b>                                                |
| 09:40 - 10:00 | Σε επείγουσες καταστάσεις<br><b>Δ. Κάζης</b>                                              |
| 10:00 - 10:20 | Βασικές αρχές διενέργειας του ΗΕΓ<br><b>Δ. Βελής</b>                                      |
| 10:20 - 10:30 | Συζήτηση                                                                                  |
| 10:30 - 10:45 | <b>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ</b>                                                                          |
| 10:45 - 12:15 | <b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ</b><br>Προεδρείο: <b>Κ. Γαργάνης, Στ. Γκατζώνης</b> |
| 10:45 - 11:05 | Βέλτιστο πρωτόκολλο<br><b>Ε. Καψαλάκη</b>                                                 |
| 11:05 - 11:25 | Ο ρόλος της Δομικής απεικόνισης<br><b>Κ. Κούσκουρας</b>                                   |
| 11:25 - 11:45 | Ο ρόλος της Λειτουργικής απεικόνισης εγκεφάλου<br><b>Μ. Γαβρά</b>                         |
| 11:45 - 12:05 | Νεότερα νεύρο επιστημονικά δεδομένα στη μάχη κατά της επιληψίας<br><b>Π. Μπαμίδης</b>     |
| 12:05 - 12:15 | Συζήτηση                                                                                  |



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Παρασκευή, 24 | 9 | 2021**

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12:15 - 13:45 | <b>ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ</b><br>Προεδρείο: <b>Ι. Γεωργίου, Α. Μπονάκης</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 12:15 - 12:35 | Τι πρέπει να γνωρίζει ο κλινικός για τον γενετικό έλεγχο<br><b>Ι. Ζαγανάς</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12:35 - 12:55 | Νέα γονίδια στην επιληψία<br><b>Ι. Γεωργίου</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 12:55 - 13:15 | Γενετικές και μεταβολικές αιτίες της επιληψίας<br><b>Μ. Σπηλιώτη</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 13:15 - 13:35 | Γενετικά μη επιληπτικά επεισόδια και επιληψία στην παιδική ηλικία<br><b>Β. Ζούβελου</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 13:35 - 13:45 | Συζήτηση                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 13:45 - 14:30 | Δορυφορικό Συμπόσιο                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 14:30 - 15:30 | <b>ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 15:30 - 16:00 | <b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (ΑΑ01 - ΑΑ10)</b><br>Προεδρείο: <b>Χ. Κότσαλης, Α. Κυρώζης</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ΑΑ01          | ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΚΕΤΟΓΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ: ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥΣ ΜΑΣ ΣΤΟΧΟΥΣ<br>Γώγου Μ. <sup>1,2</sup> , Pujar S. <sup>1</sup> , Simpson Z. <sup>1</sup> , Schoeler N. <sup>3</sup> , Cross J. H. <sup>1,3</sup> , Eltze C. <sup>1</sup><br><sup>1</sup> Neurology Department, Great Ormond Street Hospital for Children, NHS Trust, Great Ormond Street, London, WC1N 3JH, UK<br><sup>2</sup> Neurology Department, Evelina London Children's Hospital, NHS Trust, Westminster Bridge Road, London, SE1 7EH, UK<br><sup>3</sup> Clinical Neurosciences, Institute of Child Health, 30 Guilford St, London, WC1N 1EH, UK |



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή, 24 | 9 | 2021

AA02 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ STATUS EPILEPTICUS ΣΕ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ADCK3- ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Q10

Tsalouchidou P.<sup>1</sup>, Fiolaki A.<sup>2</sup>, Antoniadis K.<sup>3</sup>, Kubica M.<sup>1</sup>, Zahnert F.<sup>1</sup>, Knake S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Epilepsy Centre Hessen, Philipps-University Marburg, Department of Neurology Marburg, Germany*

<sup>2</sup> *Metropolitan Hospital, Athens, Greece*

<sup>3</sup> *Agia Sofia Children's Hospital, Athens, Greece*

AA03 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Αλεξανδράτου Ι.<sup>2</sup>, Πατρικέλης Π.<sup>1</sup>, Βερεντζιώτη Α.<sup>1</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>1</sup>, Φασιλής Θ.<sup>1</sup>, Πούρλου Χ.<sup>2</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>1</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Μονάδα Χειρουργικής Θεραπείας της Επιληψίας, Α' Ν/Χ Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»*

<sup>2</sup> *Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»*

AA04 ΟΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΦΑΙΝΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Σεβαστοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Δαδούπη Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη*

AA05 ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Σεβαστοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Δαδούπη Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη*

AA06 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΜΠΡΙΒΑΡΑΚΕΤΑΜΗ - ΛΑΚΟΣΑΜΙΔΗ

Πορφύρη Γ.-Ν.<sup>1</sup>, Καραλής Φ.<sup>1</sup>, Αθανασιάδου Μ.<sup>1</sup>, Κοκκώνη Σ.<sup>2</sup>, Rudolf J., Δερετζή Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου*

<sup>2</sup> *Α' Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου*



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή, 24 | 9 | 2021

- AA07      ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΝΟΔΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΟΓΟΝΩΝ ΜΟΡΦΩΜΑΤΩΝ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΚΛΗΗ  
Tsalouchidou P.<sup>1</sup>, Zöllner J. Ph.<sup>2</sup>, Zahnert F.<sup>1</sup>, Habermehl L.<sup>1</sup>,  
Strzelczyk A.<sup>2</sup>, Rosenow F.<sup>2</sup>, Knake S.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Epilepsy Center Hessen, Department of Neurology, Philipps  
University Marburg, Marburg, Germany*  
<sup>2</sup> *Epilepsy Center Frankfurt Rhine-Main and Department  
of Neurology, Goethe University Frankfurt, Frankfurt am Main,  
Germany*
- AA08      ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2009 - 2019  
Κομπόλης Α.<sup>1</sup>, Βερεντζιώτη Α.<sup>2</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>2</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>2</sup>,  
Πατρικέλης Π.<sup>2</sup>, Φασιλές Θ.<sup>2</sup>, Αλεξανδράτου Ι.<sup>3</sup>, Πούρκου Χ.<sup>3</sup>,  
Φυτράκη Α.<sup>2</sup>, Κορφιάς Σ.<sup>2</sup>, Πολίτης Κ.<sup>1</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> *Τμήμα Στατιστικής Και Ασφαλιστικής Επιστήμης,  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς.*  
<sup>2</sup> *Μονάδα Χειρουργικής Επιληψίας. Α' Ν/Χ Κλινική ΕΚΠΑ,  
Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»*  
<sup>3</sup> *Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»*
- AA09      Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ PET/CT ΜΕ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ  
ΚΑΙ "ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ" ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ MRI ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΜΑΚΤΗ  
ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΟΓΟΝΟΥ ΖΩΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΣΤΙΑΚΗ  
ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΜΦΑΝΩΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΟΜΕΝΗ ΒΛΑΒΗ  
Στεφάνου Δ.Ε.<sup>1\*</sup>, Γαργάνης Κ.<sup>2</sup>, Κυρώζης Α.<sup>3</sup>, Πελεχρίνη Μ.<sup>1</sup>,  
Κεραμίδα Α.<sup>3</sup>, Πανδής Δ.<sup>3</sup>, Γκίκα Α.<sup>3</sup>, Τσιμακίδη Χ.<sup>3</sup>,  
Τσαουσίδης Η.<sup>4</sup>, Κατσαρός Β.<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup> *Τμήμα Προηγμένων Απεικονιστικών Μεθόδων,  
Μονάδα Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού,  
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα*  
<sup>2</sup> *Μονάδα Επιληψίας & Καταγραφής Κρίσεων,  
Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη*  
<sup>3</sup> *Α' Νευρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,  
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*  
<sup>4</sup> *Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα*



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή, 24 | 9 | 2021

- AA10 ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΠΟΦΟΛΗΣ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ WADA ΤΕΣΤ ΣΕ ΠΡΟ-ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ  
ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ  
Βερεντζιώτη Α.<sup>1</sup>, Κρατημένος Θ.<sup>2</sup>, Κατσαρός Β.<sup>3</sup>, Στράτου Δ.-Ε.<sup>3</sup>,  
Πελεχρίνη Μ.<sup>3</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>1</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>1</sup>, Φαρσάρης Δ.<sup>2</sup>,  
Κορφιάς Σ.<sup>1</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Α' Νευροχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»  
<sup>2</sup> Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας,  
Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»  
<sup>3</sup> Τμήμα Προηγμένων Απεικονιστικών Μεθόδων,  
Μονάδα Απεικόνισης  
<sup>4</sup> Μαγνητικού Συντονισμού, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

### 16:00 - 17:30 **ΒΑΣΙΚΕΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

Προεδρείο: **Γ. Κωστόπουλος, Δ. Βελής**

16:00 - 16:20 Βασικοί μηχανισμοί γενικευμένης επιληψίας  
**Α. Γαλανοπούλου**

16:20 - 16:40 Βασικοί μηχανισμοί εστιακής επιληψίας  
**Ε. Ασπροδίνη**

16:40 - 17:00 Βασικοί μηχανισμοί επιληπτογένεσης  
**S. L. Moshe**

17:00 - 17:20 Πλαστικότητα ανώριμου ΚΝΣ όπως διαφαίνεται με δύο μοντέλα:  
πειραματικές επιληπτικές κρίσεις και προγεννητική έκθεση  
στην αιθανόλη  
**Κ. Ψαρροπούλου**

17:20 - 17:30 Συζήτηση

17:30 - 18:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**





## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Παρασκευή, 24 | 9 | 2021**

18:00 - 19:00

### **DEBATE - I**

Αντιμετώπιση της πρώτης επιληπτικής κρίσης:  
Αντιεπιληπτική αγωγή;  
Προεδρείο: **A. Αγαθονίκου**

ΥΠΕΡ: **Στ. Γιαννακόδημος**  
ΚΑΤΑ: **A. Κοβάνης**

19:00 - 19:45

Δορυφορική Διάλεξη

19:45 - 20:25

### **Εναρκτήρια Συνεδρία**

Προεδρείο: **A. Κοβάνης, B. Κιμισκίδης**

Εις μνήμην της Αναστασίας (Τάτας) Βάσσου  
**A. Κοβάνης**

Συνείδηση και ελεύθερη βούληση  
**AΘ. Ντινόπουλος**



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σάββατο, 25 | 9 | 2021**

### 08:30 - 10:00 **ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

Προεδρείο: **Ε. Δαρδιώτης, Κ. Βούδρης**

08:30 - 08:50 Κλινική διάγνωση της αυτοάνοσης επιληψίας  
**Α. Κυρώζης**

08:50 - 09:10 Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και Διαγνωστική προσέγγιση  
**Στ. Καραχριστιανού**

09:10 - 09:30 Συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα και επιληψία  
**Κ. Τερζούδη**

09:30 - 09:50 Η αντιμετώπιση της αυτοάνοσης επιληψίας  
**Σ. Μαρκούλα**

09:50 - 10:00 Συζήτηση

10:00 - 11:00 Δορυφορικό Συμπόσιο

11:00 - 11:15 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

### 11:15 - 12:45 **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ**

Προεδρείο: **Δ. Βελής, Κ. Γαργάνης**

11:15 - 11:35 Φαρμακοανθεκτικότητα και «Ψευδοφαρμακοανθεκτικότητα»  
στις εστιακές επιληψίες  
**Α. Arzimanoglou**

11:35 - 11:55 Προ-χειρουργική αξιολόγηση και εντόπιση επιληπτογόνου εστίας  
**Στ. Γκατζώνης**

11:55 - 12:15 MOGHE (Mild Malformation with Oligodendroglia Hyperplasia):  
Ηλεκτροκλινικοί & απεικονιστικοί φαινότυποι και η χειρουργική  
της αντιμετώπιση  
**Κ. Γαργάνης**

12:15 - 12:35 Χειρουργική εκτομής επιληπτογόνου ιστού vs νευροτροποποιητικές  
προσεγγίσεις  
**Ν. Φόρογλου**

12:35 - 12:45 Συζήτηση



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο, 25 | 9 | 2021

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12:45 - 13:15 | Δορυφορική Διάλεξη                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 13:15 - 14:45 | <b>ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ</b><br>Προεδρείο: <b>Μ. Σπηλιώτη, Αρ. Ντινόπουλος</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 13:15 - 13:35 | Επιληψία και Τρίτη ηλικία<br><b>Δ. Πανδής</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 13:35 - 13:55 | Επιληψία σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας<br><b>Μ. Στεφανάτου</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13:55 - 14:15 | Επιληψία και νευροεκφυλιστικά νοσήματα<br><b>Ξ. Φιτσιώρης</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 14:15 - 14:35 | Επιληψία και Κετογόνος δίαιτα<br><b>Α. Ευαγγελίου</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 14:35 - 14:45 | Συζήτηση                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 14:45 - 15:45 | Μεσημβρινή Διακοπή                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 15:45 - 16:30 | <b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (ΑΑ11 - ΑΑ26)</b><br>Προεδρείο: <b>Β. Θεοδώρου, Κ. Τερζούδη</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ΑΑ11          | ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΒΓ<br>Χατζηκυριάκου Ε. <sup>1</sup> , Σπηλιώτη Μ. <sup>2</sup> , Γρόση Ε. <sup>3</sup> , Τραϊανού Α. <sup>4</sup> ,<br>Παύλου Ε. <sup>5</sup> , Κιμισκίδης Β. <sup>6</sup><br><sup>1</sup> Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ, Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ.<br>ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο<br>Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<br><sup>2</sup> Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική,<br>Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο<br>Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη<br><sup>3</sup> Ειδικευόμενη Ιατρός, Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ,<br>Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,<br>Θεσσαλονίκη<br><sup>4</sup> Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Κλινική Νευροψυχολόγος,<br>Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,<br>Θεσσαλονίκη |



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο, 25 | 9 | 2021

<sup>5</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής  
Νευρολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ,  
Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,  
Θεσσαλονίκη

<sup>6</sup> Καθηγητής Νευρολογίας - Κλινικής Νευροφυσιολογίας,  
Διευθυντής Α' Νευρολογικής Κλινικής, Α' Νευρολογική Κλινική,  
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,  
Θεσσαλονίκη

AA12 ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ  
Νατσής Κ.<sup>1</sup>, Παπαστογιάννης Τ.<sup>2</sup>, Καλύβας Α.<sup>2</sup>, Θεοχάρη Ε.<sup>2</sup>,  
Παπαμιχάλης Ε.<sup>1</sup>, Κουρτέση Γ.<sup>1</sup>, Γέρκου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ειδικός Νευρολόγος - Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου  
Σερρών

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη/ος Νευρολογίας - Νευρολογική Κλινική Γενικού  
Νοσοκομείου Σερρών

AA13 ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ  
Νατσής Κ.<sup>1</sup>, Καλύβας Α.<sup>2</sup>, Θεοχάρη Ε.<sup>2</sup>, Παπαστογιάννης Τ.<sup>2</sup>,  
Παπαμιχάλης Ε.<sup>1</sup>, Κουρτέση Γ.<sup>1</sup>, Γέρκου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ειδικός Νευρολόγος - Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου  
Σερρών

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη/ος Νευρολογίας - Νευρολογική Κλινική Γενικού  
Νοσοκομείου Σερρών

AA14 ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΕΣ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ ΩΣ Η ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΟΥΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ  
ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΟΥ

Νατσής Κ., Θεοχάρη Ε., Καλύβας Α., Παπαστογιάννης Τ.,  
Νέμτσας Π., Κουρτέση Γ., Παπαμιχάλης Ε., Γέρκου Α.

<sup>1</sup> Νευρολογική κλινική ΓΝ Σερρών

<sup>2</sup> Ιδιώτης Νευρολόγος



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο, 25 | 9 | 2021

- AA16 ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΙΘΑΝΟΛΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΟΕΙΔΩΝ ΕΚΦΟΡΤΙΣΕΩΝ ΜΕΣΟΚΡΙΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΕ ΚΡΟΤΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ ΙΠΠΟΚΑΜΠΟΥ ΕΠΙΜΥΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ  
Ευαγγελάκη Μ.-Ε.<sup>1</sup>, Ψαρροπούλου Α.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- AA17 ΜΥΟ - ΟΦΘΑΛΜΟ - ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ (MUSCLE EYE BRAIN DISEASE - MEB): ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ΗΛΕΚΤΡΟΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ  
Λιούτα Ε.<sup>1</sup>, Γρόση Ε.<sup>1</sup>, Παπαγιάννης Ι.<sup>1</sup>, Φροντιστής Α.<sup>1</sup>, Πιτυρίγκας Ε.<sup>1</sup>, Σπηλιώτη Μ.<sup>1</sup>, Κιμισκίδης Β.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Α' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- AA18 ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ - ΚΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ (CSWS)  
Μόρτος Δ.<sup>1</sup>, Χάμκο Γ.<sup>2</sup>, Παπανικολάου Χ.<sup>2</sup>, Μαρκούλα Σ.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων  
<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- AA19 ΑΤΥΠΗ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 8 ΕΤΩΝ  
Τσιμακίδη Χ.<sup>1</sup>, Γκούγκα Δ.<sup>1</sup>, Μεσημβρινός Σ.<sup>1</sup>, Φανουράκη Σ.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Μαργέτη Σ.<sup>1</sup>, Ντινόπουλος Α.<sup>2</sup>, Κότσαλης Χ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης  
<sup>2</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ «Αττικό»
- AA20 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΑΝΔΕΙΟΥ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ  
Γκούγκα Δ.<sup>1</sup>, Τσιμακίδη Χ.<sup>1</sup>, Καούρα Α.<sup>1</sup>, Ριζωνάκη Κ.<sup>1</sup>, Μαργέτη Σ.<sup>1</sup>, Παρασκευουλάκος Ε.<sup>1</sup>, Κότσαλης Χ.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο, 25 | 9 | 2021

- AA21      ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΠΤΟΜΟΡΦΕΣ ΕΚΦΟΡΤΙΣΕΙΣ  
ΣΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ  
Πούρλου Χ.<sup>1</sup>, Βερεντζιώτη Α.<sup>2</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>2</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>2</sup>,  
Αλεξανδράτου Ι.<sup>1</sup>, Πελεχρίνη Μ.<sup>3</sup>, Κατσαρός Β.<sup>3</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ευαγγελισμός  
<sup>2</sup> Α' Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,  
ΓΝΑ Ευαγγελισμός  
<sup>3</sup> Γενικό Αντικαρκινικό και Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών  
«Άγιος Σάββας», Τμήμα Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού
- AA22      ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOOSE - ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΜΟΡΦΗ  
ΜΥΟΚΛΟΝΙΚΗΣ - ΑΤΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ  
Τσιαντή Π.<sup>2</sup>, Τσιαντής Γ.<sup>3</sup>, Μαμώλης Π.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Ειδικευόμενος Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ι. Γ. Χατζηκώστα,  
Ιωάννινα, Ελλάδα  
<sup>2</sup> Ειδικευόμενη Νευρολογικής Κλινικής, Τζάνειο Νοσοκομείο,  
Πειραιάς, Ελλάδα  
<sup>3</sup> Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα
- AA23      Η ΔΙΨΑ ΩΣ ΑΥΡΑ. ΕΝΔΕΙΞΗ ΠΛΑΓΙΩΣΗΣ; ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ  
Βερεντζιώτη Α., Στεφανάτου Μ., Σερκετζή Σ., Αλεξανδράτου Ι.,  
Πούρλου Χ., Πατρικέλης Π., Αλεξούδη Α., Γκατζώνης Σ.  
Μονάδα Χειρουργικής της Επιληψίας, Α' Νευροχειρουργική Κλινική  
ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»
- AA24      ΜΕΛΕΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΟΚΡΙΤΙΚΩΝ  
ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ 36 ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ  
Δημητρίου Μ., Αφράντου Θ., Σμυρνή Ν., Γρηγοριάδης Ν.  
Β' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη





## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο, 25 | 9 | 2021

AA25 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΕ ΦΛΟΙΟ ΙΣΤΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΜΥΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΠΡΟΚΛΗΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ STATUS EPILEPTICUS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ Βλάχικου Α.-Μ.<sup>1</sup>, Καλογερόπουλος Κ.<sup>2</sup>, Φίλιου Μ.<sup>1</sup>, Ψαρροπούλου Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

AA26 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΑΝΟΛΗ ΣΕ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΕ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΕΠΙΜΥΕΣ Κουκοβίνη Τ.\*, Παλιάγκα Α.\* και Ψαρροπούλου Α.

(\*ισοδύναμη συμμετοχή)

Εργαστήριο Φυσιολογίας Ανθρώπου και Ζώων, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

### 16:30 - 18:00 STATUS EPILEPTICUS - ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Προεδρείο: **Α. Κοβάνης, Σ. Μαρούλα**

16:30 - 16:50 Convulsive and Non-convulsive status epilepticus: children  
**Π. Δραγούμη**

16:50 - 17:10 Convulsive and Non-convulsive status epilepticus: adults  
**A. Ristic**

17:10 - 17:30 Η διαφορική διάγνωση μεταξύ NCSE και μη επιληπτικής εγκεφαλοπάθειας  
**P. Dimova**

17:30 - 17:50 Φαρμακοανθεκτικό status epilepticus  
**Δ. Ζαφειρίου**

17:50 - 18:00 Συζήτηση



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σάββατο, 25 | 9 | 2021**

|               |                                                                                                 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18:00 - 18:30 | <b>ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ</b>                                                                                |
| 18:30 - 19:00 | Δορυφορική Διάλεξη                                                                              |
| 19:00- 20:30  | <b>ΦΑΡΜΑΚΑ</b>                                                                                  |
|               | Προεδρείο: <b>B. Κιμισκίδης, M. Bialer</b>                                                      |
| 19:00 - 19:20 | Επιλογή αντιεπιληπτικών φαρμάκων στην επιληψία<br><b>E. Perucca</b>                             |
| 19:20 - 19:40 | Αναδυόμενα αντιεπιληπτικά φάρμακα<br><b>M. Bialer</b>                                           |
| 19:40 - 20:00 | Τοξικότητα και ανοχή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων:<br>Η Κλινική σημασία<br><b>B. Κιμισκίδης</b> |
| 20:00 - 20:10 | Διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής στα παιδιά<br><b>A. Κοβάνης</b>                              |
| 20:10 - 20:20 | Διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής στους ενήλικες<br><b>Σ. Γιαννακόδημος</b>                    |
| 20:20 - 20:30 | Συζήτηση                                                                                        |



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Κυριακή, 26 | 9 | 2021**

---

### 08:30 - 10:00 **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝ - ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ**

---

Προεδρείο: **Σ. Μαρκούλα, Β. Θεοδώρου**

08:30 - 08:50 Αυτοκτονικός ιδεασμός και επιληψία  
**Η. Τζαβέλλας**

08:50 - 09:10 Κατάθλιψη - Νευροβιολογικό υπόστρωμα  
**Σ. Ζαφείρης**

09:10 - 09:30 Αγχος και διαταραχές συμπεριφοράς στην επιληψία  
**Θ. Αφράντου**

09:30 - 09:50 Ψύχωση και επιληψία  
**Π. Πολυχρονόπουλος**

09:50 - 10:00 Συζήτηση

---

### 10:00 - 11:30 **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ**

---

Προεδρείο: **Δ. Κάζης, Β. Κιμισκίδης**

10:00 - 10:20 SUDEP  
**P. Ryvlin**

10:20 - 10:40 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας στα παιδιά  
**Ε. Παυλίδου**

10:40 - 11:00 Σωματικές επιπτώσεις  
**Π. Βοργιά**

11:00 - 11:20 Νοητικές επιπτώσεις  
**D. Sotik**

11:20 - 11:30 Συζήτηση

11:30 - 12:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**



## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Κυριακή, 26 | 9 | 2021**

---

### 12:00 - 13:30 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Β. Κιμισκίδης, Δ. Ζαφειρίου**

12:00 - 12:20 Post-traumatic epilepsies

**S. Basic**

12:20 - 12:40 Post stroke epilepsies

**A. Guekht**

12:40 - 13:00 Brain tumors and epilepsy

**M. Walker**

13:00 - 13:20 Post-infection epilepsy

**N. Specchio**

13:20-13:30 Συζήτηση

---

### 13:30 - 15:00 ΜΙΜΗΤΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Προεδρείο: **Κ. Γαργάνης, Κ. Σκιαδάς**

13:30 - 13:50 Ημικρανία

**Δ. Δ. Μητσικώστας**

13:50 - 14:10 Ψυχογενείς κρίσεις

**Σ. Μαρκούλα**

14:10 - 14:30 Αγγειακά εγκεφαλικά

**Θ. Τέγος**

14:30 - 14:50 Διαταραχές κινητικότητας

**Δ. Κάζης**

14:50 - 15:00 Συζήτηση

15:00 - 15:15 Λήξη Συνεδρίου



# VOTUBIA®

— everolimus —



ΔΙΣΚΙΑ: VOTUBIA® 2,5 mg • VOTUBIA® 5 mg • VOTUBIA® 10 mg | ΔΙΑΣΠΕΙΡΟΜΕΝΑ ΔΙΣΚΙΑ: VOTUBIA® 2 mg • VOTUBIA® 3 mg • VOTUBIA® 5 mg



**Κ.Α.Κ. Novartis (Hellas) Α.Ε.Β.Ε.**  
12<sup>ο</sup> χλμ. Εθνικής Οδού  
Αθηνών - Λαμίας,  
14451 Μεταμόρφωση,  
Τηλ.: +30 210 281 1712

**Γραφείο Θεσσαλονίκης:**  
12<sup>ο</sup> χλμ. Θεσσαλονίκης -  
Νέων Μουδανιών,  
570 01 Θέρμη,  
Τηλ.: +30 2310 424 039



**INNOVISPHERMA Α.Ε.Β.Ε.**  
Λ. Κηφισίας 44, 151 25, Μαρούσι Αττικής  
Τ: +30 216 200 5600 | Φ: +30 210 6664 804  
[www.innovispharma.gr](http://www.innovispharma.gr)

Η προώθηση του φαρμάκου στην Ελλάδα  
πραγματοποιείται από την εταιρεία InnovisPharma Α.Ε.Β.Ε.

**ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: +30 210 2828812**

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή  
και Αναφέρετε

**ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες  
για **ΟΛΑ** τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

Vtb-K02-0321



## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Basic Silvio</b>     | Head of the Department of Neurology at the University Hospital Dubrava in Zagreb, Head of the Referral Centre of Croatian Ministry of Health for preoperative assessment of patients with pharmacoresistant epilepsy, Professor of Neurology at the University of Applied Health Sciences in Zagreb, Assistant Professor of Neurology at the University of Osijek and at the University of Mostar (Bosnia and Herzegovina), President of the Croatian League Against Epilepsy |
| <b>Bialer Meir</b>      | Professor of Pharmacy at the School of Pharmacy, Faculty of Medicine, The Hebrew University of Jerusalem, Israel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Dimova Petia</b>     | Assoc. Professor, Neurologist & Child Neurologist, Epilepsy Center, Department of Neurosurgery, St. Ivan Rilski University Hospital, Sofia, Bulgaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Guekht Alla</b>      | Professor of Neurology of the Russian National Research Medical University, Director of the Moscow Research and Clinical Center for Neuropsychiatry                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Moshé Solomon</b>    | MD, Charles Frost Chair in Neurosurgery and Neurology, Professor of Neurology, Neuroscience & Pediatrics Vice-Chair, Department of Saul R. Korey Neurology, Director, Isabelle Rapin Division of Child Neurology, Director, Clinical Neurophysiology, Albert Einstein College of Medicine                                                                                                                                                                                     |
| <b>Perucca Emilio</b>   | Professor of Medical Pharmacology, Clinical Pharmacology Unit, Department of Internal Medicine and Therapeutics, University of Pavia, Pavia, Italy, Director, Clinical Trial Center, C Mondino National Neurological Institute, Pavia, Italy                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Ristic Alexander</b> | Neurologist, Clinic for Neurology, Clinical Center of Serbia, Serbia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Ryvlin Philippe</b>  | Professor of Neurology, Lyon University, Paris, France                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sokic Dragoslav</b>  | Professor of Neurology Clinic of Neurology CCS, Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |





## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

|                             |                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Specchio Nicola</b>      | Head of the Epilepsy Unit in the Department of Neuroscience at Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy                                                                                                          |
| <b>Walker Mathew</b>        | Professor of Neuroscience and Psychology at the University of California, Berkeley, Founder and Director of the Center for Human Sleep Science                                                                        |
| <b>Αγαθονίκου Αλέξης</b>    | Νευρολόγος, Διευθυντής, Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Κ.Α.Τ. Αθηνών, Αθήνα                                                                                                                                          |
| <b>Αρζιμάνογλου Αλέξης</b>  | Head, Department of Paediatric Clinical Epileptology, Sleep and Functional Neurology, University Hospitals of Lyon, France                                                                                            |
| <b>Ασπροδίνη Ευτυχία</b>    | Φαρμακοποιός, PhD, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα                                                                                                              |
| <b>Αφράντου Θεοδώρα</b>     | Νευρολόγος, Επιμελήτρια Α', Β' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη                                                                                                                      |
| <b>Βελής Δημήτριος</b>      | Neurologist and Clinical Neurophysiologist, Emeritus Consultant of Epilepsy Surgery, RONA Associate, Amsterdam, The Netherlands                                                                                       |
| <b>Βοργιά Πελαγία</b>       | Νευρολόγος, Εργαστήριο Νευρολογίας / Νευρογενετικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο                                                                                                                     |
| <b>Βούδρης Κωνσταντίνος</b> | Παιδίατρος - Παιδονευρολόγος, Διευθυντής Νευρολογικού Τμήματος Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα                                                                                                           |
| <b>Γαβρά Μάρω</b>           | Α' Καθηγήτρια Παιδίατρος, εξειδικευμένη Ακτονοδιαγνώστρια και Νευροακτινολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα                                                                                     |
| <b>Γαλανοπούλου Αριστέα</b> | MD, PhD, FANA, FAES, Professor, Saul R. Korey Department of Neurology, Dominick P. Purpura Department of Neuroscience, Isabelle Rapin Division of Child Neurology, Albert Einstein College of Medicine, Bronx NY, USA |



## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

|                              |                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Γαργάνης Κυριάκος</b>     | Νευρολόγος - Επιληπτολόγος, Κέντρο Επιληψίας, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη                                                                                                             |
| <b>Γεωργίου Ιωάννης</b>      | Καθηγητής Ιατρικής Γενετικής και Κλινικής Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα                                                              |
| <b>Γιαννακόδημος Στέλιος</b> | Νευρολόγος - Επιληπτολόγος, Συνεργάτης Νευρολόγος Θεραπευτηρίου «Υγεία», Αθήνα                                                                                                                |
| <b>Γκατζώνης Στυλιανός</b>   | Νευρολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Α' Ν/Χ Κλινική, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα                                                               |
| <b>Δαρδιώτης Ευθύμιος</b>    | Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας Τομέας Νευρολογίας & Αισθητηρίων Οργάνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα                                            |
| <b>Δραγούμη Πηνελόπη</b>     | Παιδιάτρος - Παιδονευρολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Α' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη                                                              |
| <b>Ευαγγελίου Αθανάσιος</b>  | Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Διευθυντής Δ' Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη        |
| <b>Ζαγανάς Ιωάννης</b>       | Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας, Τομέας Νευρολογίας και Αισθητηρίων Οργάνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο                                            |
| <b>Ζαφείρης Σπυρίδων</b>     | Νευρολόγος, Ρέθυμνο                                                                                                                                                                           |
| <b>Ζαφειρίου Δημήτριος</b>   | Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Διευθυντής 1ης Παιδιατρικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη |
| <b>Ζούβελου Βασιλική</b>     | Παιδιάτρος - Παιδονευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης του Παιδιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα                                                                                                 |



## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

|                                    |                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Θεοδώρου Βιργινία</b>           | Νευρολόγος- Παιδονευρολόγος, Διευθύντρια<br>Νευρολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο Παίδων<br>«Η Αγία Σοφία», Αθήνα                                                                                  |
| <b>Κάζης Δημήτριος</b>             | Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας,<br>Γ' Πανεπιστημιακή Κλινική ΑΠΘ,<br>Γενικό Νοσοκομείο<br>«Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη                                                                    |
| <b>Καραχριστιανού Στυλιανή</b>     | Νευρολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νευρολογική<br>Κλινική Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης,<br>Θεσσαλονίκη                                                                                            |
| <b>Καψαλάκη Ευτυχία</b>            | Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ακτινοδιαγνωστικής,<br>Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,<br>Λάρισα                                                                                               |
| <b>Κιμισκίδης Βασίλειος Κ.</b>     | Καθηγητής Νευρολογίας - Κλινικής<br>Νευρο-φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής,<br>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,<br>Διευθυντής 1ης Νευρολογικής Κλινικής,<br>Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη        |
| <b>Κοβάνης Αθανάσιος</b>           | Παιδονευρολόγος, Τ. Συντονιστής Διευθυντής,<br>Νευρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων<br>«Η Αγία Σοφία», Τέως Πρόεδρος, International Bureau<br>Of Epilepsy (Ibe), Πρόεδρος ΠΕΣΕ Και ΕΕΕΕ, Αθήνα |
| <b>Κότσαλης Χαράλαμπος</b>         | Νευρολόγος - Παιδονευρολόγος, Συντονιστής<br>Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής,<br>Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα                                                                     |
| <b>Κούσκουρας<br/>Κωνσταντίνος</b> | Επίκουρος Καθηγητής Ακτινολογίας ΑΠΘ,<br>Εργαστήριο Ακτινολογίας - Ακτινοδιαγνωστικής,<br>Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη                                                                            |
| <b>Κυρῶζης Ανδρέας</b>             | Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας,<br>Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών, Υγείας,<br>Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,<br>Α' Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα            |
| <b>Κωστόπουλος Γεώργιος</b>        | Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας,<br>Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,<br>Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα                                                                                       |



## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

|                                       |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Μαρκούλα Σοφία</b>                 | Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας,<br>Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,<br>Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα                                                                                           |
| <b>Μητσικώστας Δημήτριος Δ.</b>       | Καθηγητής Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική,<br>Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό<br>Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Πρόεδρος της Ελληνικής<br>Εταιρείας Κεφαλαλγίας                          |
| <b>Μπαμίδης Παναγιώτης</b>            | Καθηγητής Ιατρικής Φυσικής και Πληροφορικής στην<br>Ιατρική Εκπαίδευση, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής,<br>Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,<br>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,<br>Θεσσαλονίκη |
| <b>Μπονάκης Αναστάσιος</b>            | Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής,<br>Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,<br>Υπεύθυνος Εργαστηρίου Επιληψίας,<br>Β' Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό<br>Γενικό Νοσοκομείο «Αττικό», Αθήνα    |
| <b>Ντινόπουλος Αθανάσιος</b>          | Ομότιμος Καθηγητής Ανατομικής, Ιστολογίας<br>και Εμβρυολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας,<br>Τμήμα Κτηνιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο<br>Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη                                      |
| <b>Ντινόπουλος Αργύρης</b>            | Παιδονευρολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής<br>Νευρολογίας, ΕΚΠΑ, Γ' Παιδιατρική Κλινική,<br>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα                                                                 |
| <b>Πανδής Διονύσης</b>                | Νευρολόγος, Α' Νευρολογική Κλινική,<br>Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,<br>Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα                                                                                        |
| <b>Παπαβασιλείου Αντιγόνη</b>         | Διευθύντρια Παιδονευρολογικής Κλινικής,<br>ΙΑΣΩ Παιδων, Αθήνα                                                                                                                                             |
| <b>Παυλίδου Ευτέρπη</b>               | Παιδιάτρος - Παιδονευρολόγος, Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ,<br>Θεσσαλονίκη                                                                                                                                                |
| <b>Πολυχρονόπουλος<br/>Παναγιώτης</b> | Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας,<br>Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό<br>Νοσοκομείο Ρίου, Πάτρα                                                                                                       |



## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ

|                               |                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Σκιαδάς Κωνσταντίνος</b>   | Παιδίατρος - Παιδονευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης «ΙΑΣΩ Παίδων» και Παιδιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα                                                                             |
| <b>Σπηλιώτη Μάρθα</b>         | Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Α' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη |
| <b>Στεφανάτου Μαρία</b>       | Νευρολόγος, Αθήνα                                                                                                                                                                       |
| <b>Τέγος Θωμάς</b>            | Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη                                  |
| <b>Τερζούδη Κατερίνα</b>      | Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη                                                                |
| <b>Τζαβέλλας Ηλίας</b>        | Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα                                                                                                                           |
| <b>Φιτσιώρης Ξενοφών</b>      | Νευρολόγος, Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη                                                                                              |
| <b>Φόρογλου Νικόλαος</b>      | Αναπληρωτής Καθηγητής Νευροχειρουργικής Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Α' Νευροχειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη                                                  |
| <b>Ψαρροπούλου Αικατερίνη</b> | Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών (ΒΕΤ), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα                                                                  |



# BRAIN THERAPEUTICS

FOCUS ON CNS

Επτανήσου 8, 163 41 Ηλιούπολη, Αθήνα  
Τηλ.: +30 210 9931 458

[info@braintherapeutics.gr](mailto:info@braintherapeutics.gr) - [www.braintherapeutics.gr](http://www.braintherapeutics.gr)



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Το 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιληψίας θα πραγματοποιηθεί στη Θεσσαλονίκη, στο Ξενοδοχείο Electra Palace (Αριστοτέλους 9, Τ.Κ. 546 24) στις 24 - 26 Σεπτεμβρίου 2021 σε υβριδική μορφή.

**Οι εργασίες του 15<sup>ου</sup> Συνεδρίου Επιληψίας θα διεξαχθούν σύμφωνα με τα ισχύοντα μέτρα για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου Covid - 19.**

**Για την είσοδο στο χώρο του Συνεδρίου, απαιτείται η επίδειξη έγκυρου πιστοποιητικού εμβολιασμού ή πιστοποιητικού νόσησης ή έγκυρης βεβαίωσης αρνητικού αποτελέσματος rapid test σαράντα οκτώ (48) ωρών ή PCR test εβδομήντα δύο (72) ωρών πριν την προσέλευση.**

**Η χρήση μάσκας προσώπου είναι υποχρεωτική.**

### ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

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

### ΕΓΓΡΑΦΗ

Πραγματοποιήστε την εγγραφή σας εδώ: [www.epilepsycongress.gr](http://www.epilepsycongress.gr)

### ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (δια ζώσης)

#### ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

#### ΚΟΣΤΟΣ (συμπ. ΦΠΑ)

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| Ειδικευμένοι Ιατροί-μη Μέλη Π.Ε.Σ.Ε. | 248,00 € |
| Ειδικευόμενοι Ιατροί                 | 62,00 €  |
| Νοσηλεύτές                           | 49,60 €  |





## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

*Η εγγραφή στο συνέδριο για ειδικευμένους, ειδικευόμενους και νοσηλευτές περιλαμβάνει:*

- Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος
- Επίσκεψη στον Εκθεσιακό Χώρο
- Συνεδριακό Υλικό
- Διαλείμματα καφέ
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης

### ΚΟΣΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ (live streaming)

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ                | ΚΟΣΤΟΣ<br>(συμπ. ΦΠΑ) |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Ειδικευμένοι Ιατροί               | 62,00 €               |
| Ειδικευόμενοι Ιατροί              | 49,60 €               |
| Νοσηλευτές                        | 37,20 €               |
| Φοιτητές / Μεταπτυχιακοί Φοιτητές | Δωρεάν                |

*Η εγγραφή στο συνέδριο περιλαμβάνει:*

- Παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος μέσω live streaming και πρόσβαση με προσωπικό κωδικό για τον κάθε συμμετέχοντα
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης
- Πρόσβαση στο υλικό του συνεδρίου on demand

### ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Χορηγούνται 22 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CMECPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Στην καταμέτρηση των ωρών δεν προσμετρούνται τα Δορυφορικά Συμπόσια και τα διαλείμματα.



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι δικαιούνται σύμφωνα με τη διάταξη του ΕΟΦ (81867/19- 11-2012) Πιστοποιητικό Παρακολούθησης, εφ' όσον έχουν συμπληρώσει το 60% των συνολικών ωρών παρακολούθησης του Συνεδρίου και έχουν συμπληρώσει το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης.

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα δοθεί ηλεκτρονικά μετά το πέρας των εργασιών της Επιστημονικής Εκδήλωσης.

### ΕΠΙΣΗΜΗ ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

### ΕΠΙΣΗΜΟ APP ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

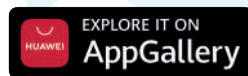
Κατεβάζοντας την επίσημη εφαρμογή του 15<sup>ου</sup> Πανελλήνιου Συνεδρίου Επιληψίας έχετε τη δυνατότητα να περιηγηθείτε στις διάφορες συνεδρίες, να αναζητήσετε ομιλητές ή να διαμορφώσετε το δικό σας προσωπικό πρόγραμμα αποθηκεύοντας τις συνεδρίες που θα θέλατε να παρακολουθήσετε. Χρησιμοποιήστε την εφαρμογή από όλες τις φορητές συσκευές (IOS, Android, Huawei), αναζητήστε τους ομιλητές και τα θέματα που σας ενδιαφέρουν, καθώς και χρήσιμες πληροφορίες και ενημερωθείτε άμεσα για όλα τα νέα δεδομένα.



IOS App Store



ANDROID Google Play



HUAWEI App Gallery





## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ (SOCIAL MEDIA) ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Μείνετε... συντονισμένοι και ενημερωμένοι για το Συνέδριο, μέσω του Social Media kit:



Facebook page

Facebook event



Twitter profile



Instagram profile

### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ (PCO):**

**MYRTALY CONGRESS IKE**

Πλ. Νεομάρτυρος Ιωάννου 2,

Ιωάννινα, ΤΚ: 452 21

T: 26510 73519, 6948 649559

E: [info@myrtalycongress.gr](mailto:info@myrtalycongress.gr)

W: <https://myrtalycongress.gr>

# Seizpat

Lacosamide



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

**Λιανικές Τιμές:**

SEIZPAT F.C.TAB 100MG/TAB BTx 56: 57,05 €

SEIZPAT F.C.TAB 150MG/TAB BTx 56: 79,07 €

SEIZPAT F.C.TAB 200MG/TAB BTx 56: 105,26 €

SEIZPAT F.C.TAB 50MG/TAB BTx 14: 7,27 €

Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος ή απευθυνθείτε στην εταιρεία: Generics Pharma Hellas ΕΠΕ

Αγίου Δημητρίου 63 • 174 56 Άλιμος • Τηλ.: 210 99.36.410

Τρόπος Διάθεσης: Με ιατρική συνταγή.

LAC-2021-0005-SEP21

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε  
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα  
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



**VIATRIS**



## ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Δορυφορική Διάλεξη  
της εταιρείας

**Παρασκευή, 24 | 9 | 2021**

**13:45 - 14:30**

**BIOCODEX**

Refractory encephalopathic epilepsies, from literature  
to physicians experience  
Chair: **D. Zafiriou**

13:45 - 14:05 Lennox-Gastaut syndrome and other  
rare encephalopathic epilepsies

**A. Dinopoulos**

14:05 - 14:25 Focus on Dravet syndrome & Stiripentol

**D. Zafiriou**

14:25 - 14:30 Discussion

Δορυφορική Διάλεξη  
της εταιρείας

**Παρασκευή, 24 | 9 | 2021**

**19:00 - 19:45**



arriani  
pharmaceuticals

Προεδρείο: **Στ. Γιαννακόδημος**

1ος Ομιλητής: **Δ. Πανδής**

2ος Ομιλητής: **Κ. Γαργάνης**

Δορυφορική Διάλεξη  
της εταιρείας

**Σάββατο, 25 | 9 | 2021**

**10:00 - 11:00**



Αποτελεσματικότητα έναντι Ανοχής στη θεραπεία  
της επιληψίας

Προεδρείο: **Β.Κ. Κιμισκίδης**

10:00 - 10:10 Ανησυχίες των ατόμων που ζούνε  
με Επιληψία - **Β.Κ. Κιμισκίδης**

10:10 - 10:30 Θεραπευτικοί στόχοι στην Επιληψία -  
Αποτελεσματικότητα - **Α. Τερζούδη**

10:30 - 10:50 Θεραπευτικοί στόχοι στην Επιληψία - Ανοχή  
**Δ. Κάζης**

10:50 - 11:00 Ερωτήσεις - Συμπεράσματα

Δορυφορική Διάλεξη  
της εταιρείας

**Σάββατο, 25 | 9 | 2021**

**12:45 - 13:15**



Προεδρείο: **Α. Αγαθονίκου**

Λακοσαμίδα: Μια καινούργια ένδειξη  
**Σ. Γκατζώνης**

Δορυφορική Διάλεξη  
της εταιρείας

**Σάββατο, 25 | 9 | 2021**

**18:30 - 19:00**



Προεδρείο: **Στ. Γιαννακόδημος**

Οζώδης Σκλήρυνση και Επιληψία  
**Δ. Κάζης**





## ΧΟΡΗΓΟΙ

Η Οργανωτική Επιτροπή του 15<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Επιληψίας  
ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την υποστήριξή τους:



arriani  
pharmaceuticals

BIOCODEX



BRAIN  
THERAPEUTICS  
FOCUS ON CNS

B:OMARIN

CORMED  
INTERNATIONAL



FarmaSyn SA  
PHARMACEUTICALS

innovis  
Future health today

PTC  
THERAPEUTICS  
measured by moments



VIATRIS



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ





AA01 - Θεραπεία της Επιληψίας και συννοσηρότητες

**ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ  
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΚΕΤΟΓΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ:  
ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥΣ ΜΑΣ ΣΤΟΧΟΥΣ**

Γώγου Μ.<sup>1,2</sup>, Pujar S.<sup>1</sup>, Simpson Z.<sup>1</sup>, Schoeler N.<sup>3</sup>, Cross J. H.<sup>1,3</sup>, Eltze C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Neurology Department, Great Ormond Street Hospital for Children,  
NHS Trust, Great Ormond Street, London, WC1N 3JH, UK

<sup>2</sup> Neurology Department, Evelina London Children's Hospital, NHS Trust,  
Westminster Bridge Road, London, SE1 7EH, UK

<sup>3</sup> Clinical Neurosciences, Institute of Child Health, 30 Guilford St, London, WC1N 1EH, UK

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα αποτελούν την 1η γραμμή αντιμετώπισης της επιληψίας αλλά συχνά συνδέονται με ανεπιθύμητες ενέργειες. Η κετογονική δίαιτα είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή σε παιδιά με φαρμακοανθεκτική επιληψία. Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε κατά πόσον είναι εφικτή η ελάττωση του συνολικού αριθμού αντιεπιληπτικών φαρμάκων σε παιδιά και εφήβους μετά την έναρξη κετογονικής διαίτας αλλά και από ποιους παράγοντες εξαρτάται.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η μελέτη μας στηρίχθηκε στη συλλογή κλινικών δεδομένων από ηλεκτρονική βάση ασθενών Παιδιατρικού Νοσοκομείου στο Ην. Βασίλειο. Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε παιδιά και εφήβους που ξεκίνησαν κετογονική δίαιτα κατά το διάστημα Ιανουάριος 2013-Ιούνιος 2018 και τη συνέχισαν για τουλάχιστον 6 μήνες. Ως πρωτεύον σημείο έκβασης ορίστηκε το ποσοστό των ασθενών στους οποίους ήταν εφικτή η διακοπή τουλάχιστον 1 αντιεπιληπτικού φαρμάκου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα συνολικά 104 παιδιά που ξεκίνησαν κετογονική δίαιτα κατά το διάστημα αυτό 71 πληρούσαν τα κριτήρια και συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση μας. Η διάμεση ηλικία εμφάνισης επιληψίας ήταν 5 μήνες, η διάμεση ηλικία κατά την έναρξη της διαίτας ήταν 58,5 μήνες και η μέση διάρκεια θεραπείας 27,7 (+/-19,4) μήνες. Ο διάμεσος αριθμός αντιεπιληπτικών φαρμάκων κατά την έναρξη της διαίτας ήταν 2. Η διακοπή τουλάχιστον 1 αντιεπιληπτικού φαρμάκου επιχειρήθηκε σε 54 ασθενείς (76%) και ήταν εφικτή σε 34/54 (62,3%). Στους 13 από αυτούς (41%) διακόπηκαν όλα τα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Σύμφωνα με το μοντέλο πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης η ηλικία εμφάνισης της επιληψίας και η ηλικία έναρξης κετογονικής διαίτας παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με την επιτυχή διακοπή (θετική και αρνητική, αντίστοιχα), ενώ ο βαθμός ελέγχου των κρίσεων (3 μήνες μετά την έναρξη της διαίτας) έτεινε να επηρεάζει θετικά την προσπάθεια διακοπής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ελάττωση του αριθμού των αντιεπιληπτικών φαρμάκων είναι ένας εφικτός στόχος σε παιδιά και εφήβους μετά την έναρξη κετογονικής διαίτας και δε φαίνεται να εξαρτάται απόλυτα από το βαθμό ελέγχου των κρίσεων. Αυτό είναι κάτι που οι παιδονευρολόγοι και επιληπτολόγοι μπορούν να λάβουν υπόψη και να επιχειρούν προκειμένου να περιορίσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.



## AA02 - Θεραπεία της Επιληψίας και συννοσηρότητες

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ STATUS EPILEPTICUS ΣΕ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ADCK3 - ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Q10

Tsalouchidou P.<sup>1</sup>, Fiolaki A.<sup>2</sup>, Antoniadou K.<sup>3</sup>, Kubica M.<sup>1</sup>, Zahnert F.<sup>1</sup>, Knake S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Epilepsy Centre Hessen, Philipps-University Marburg, Department of Neurology Marburg, Germany

<sup>2</sup> Metropolitan Hospital, Athens, Greece

<sup>3</sup> Agia Sofia Children's Hospital, Athens, Greece

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η AarF domain containing kinase 3 gene (ADCK3) - σχετιζόμενη έλλειψη του συνενζύμου Q10 (CoQ10) είναι ένα σπάνιο μιτοχονδριακό νόσημα, το οποίο εμφανίζεται με παρεγκεφαλιδική αταξία και επιληψία. Η ασθένεια ακολουθεί συνήθως αυτοσωματικό υπολειπόμενο πρότυπο κληρονομικότητας. Τα λίγα μέχρι στιγμής δημοσιευμένα περιστατικά, εμφανίζουν παρόμοια κλινική εικόνα, ηλεκτροεγκεφαλογραφικά και απεικονιστικά ευρήματα.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά ασθενών, θηλυκού γένους, με ADCK3 έλλειψη CoQ10, που προσήλθαν με εικόνα εστιακού status epilepticus στο κέντρο επιληψίας της Εσσης, στο Μάρμπουργκ της Γερμανίας. Οι ασθενείς ήταν αδελφές, γερμανικής καταγωγής, οι γονείς των οποίων ήταν συγγενείς τρίτου βαθμού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πρώτη ασθενής προσήλθε το 2020 σε ηλικία 47 ετών με μυοκλονίες των άνω και κάτω άκρων από τριημέρου. Η νόσος πρωτοεμφανίστηκε σε ηλικία 26 ετών, όταν η ασθενής υπέστη αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και status epilepticus με έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με Carbamazepine, ενώ η παρεγκεφαλιδική αταξία εμφανίστηκε σε ηλικία 45 ετών. Λόγω της συνεχούς επιδείνωσης των μυοκλονιών χορηγήθηκαν υπό συνεχές ηλεκτροεγκεφαλογραφικό monitoring: Levetiracetam 3000mg/d, Lacosamid 400 mg/d και στην συνέχεια Briviracetam 400 mg/d και Perampanel 8mg/d. Κατόπιν χορηγήθηκε προποφόλη λόγω φαρμακοανθεκτικού μυοκλονικού status epilepticus και ακολούθησε η διασωλήνωση της ασθενούς σε διάστημα ενός μηνός από την εισαγωγή της. Στο πλαίσιο της διερεύνησης, πραγματοποιήθηκε γενετικός έλεγχος στον οποίο διεγνώσθη η ADCK3 σχετιζόμενη έλλειψη CoQ10. Ακολούθησε η χορήγηση CoQ10 3000 mg/d με αποτέλεσμα την άμεση βελτίωση της κλινικής και ηλεκτροεγκεφαλογραφικής εικόνας και αποσωλήνωση της ασθενούς εντός εβδομάδος. Η δεύτερη ασθενής προσήλθε το 2021 σε ηλικία 43 ετών με εστιακό status epilepticus, με γνωστή επιληψία και προοδευτική παρεγκεφαλιδική αταξία από διετίας και ήδη διαγνωσμένη έλλειψη CoQ10, υπό αγωγή με CoQ10 600 mg/d και Carbamazepine 800mg/d. Η ασθενής παρουσίασε κλινική εικόνα συνδρόμου Anton και σταδιακή υποχώρηση αυτού μετά τη χορήγηση υψηλών δόσεων CoQ10 (3000 mg/d), Briviracetam 400 mg/d. Στο εγκεφαλογράφημα παρατηρήθηκαν και στις δύο ασθενείς συνεχείς και ασυνεχείς εστιακές εκφορτιστές σε μορφή spike- και sharp wave ινιακά και βρεγματικά άμφω καθώς επίσης εικόνα εγκεφαλοπάθειας. Οι μεσοκρυστικές επιληπτικές εκφορτίσεις επέμεναν και μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Στη μαγνητική τομογραφία παρατηρήθηκε παρεγκεφαλιδική ατροφία, ατροφία εγκεφαλικού στελέχους καθώς και εστιακές αλλοιώσεις στις ακολουθίες DWI και Flair, στην πρώτη ασθενή στον μετωπιαίο λοβό ενώ στην δεύτερη στον ινιακό λοβό άμφω. Οι απεικονιστικές αλλοιώσεις υποχώρησαν 30-40 ημέρες μετά τη θεραπεία του status.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η σημαντική κλινική βελτίωση μετά την χορήγηση υψηλών δόσεων συνενζύμου Q10 σε ασθενείς με ADCK3 σχετιζόμενη έλλειψη CoQ10 υποδεικνύει μία εν δυνάμει αποτελεσματική θεραπευτική νόσο. Στην έγκαιρη διάγνωση συμβάλλουν τα κοινά ηλεκτροεγκεφαλογραφικά και απεικονιστικά ευρήματα που μπορούν να θέσουν την υποψία της νόσου όπως περιγράφεται στη βιβλιογραφία και σε άλλους ασθενείς με αυτό το μιτοχονδριακό νόσημα.



ΑΑ03 - Θεραπεία της Επιληψίας και συννοσηρότητες

**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ**

Αλεξανδράτου Ι.<sup>2</sup>, Πατρικέλης Π.<sup>1</sup>, Βερεντζιώτη Α.<sup>1</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>1</sup>, Φασιλής Θ.<sup>1</sup>,  
Πούρλου Χ.<sup>2</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>1</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μονάδα Χειρουργικής Θεραπείας της Επιληψίας,

Α' Ν/Χ Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χειρουργική θεραπεία της επιληψίας θεωρείται μια τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση για σημαντικό ποσοστό ασθενών με ανθεκτική στα φάρμακα επιληψία. Βραχυπρόθεσμα τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας θεωρούνται ικανοποιητικά και ενίοτε θεραπευτικά, ιδίως για ορισμένα σύνδρομα όπως η επιληψία του έσω κροταφικού λοβού, δομικές επιληψίες εστιακής έναρξης με καλά περιγεγραμμένη και περιορισμένη φλοιική βλάβη κ.α.

Ερώτημα αποτελεί η μακροχρόνια έκβαση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική θεραπεία της επιληψίας, Θεωρητικό υπόβαθρο του ερωτήματος είναι η παγιωμένη πλέον αντίληψη της ύπαρξης δικτύου επιληπτογένεσης και όχι απλώς μιας επιληπτογούς «εστίας» ή έστω ζώνης, αλλά και η έννοια του επιληπτικού εγκεφάλου δηλαδή της ύπαρξης μιας πλέον γενικευμένης παθολογίας που υπόκειται της εκδήλωσης κρίσεων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και η παρουσίαση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων της χειρουργικής αντιμετώπισης της επιληψίας στο νευροψυχολογικό τομέα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εγινε αναζήτηση στο PubMed και στη προσιτή μέσω βασικών μηχανών αναζήτησης αγγλόφωνη βιβλιογραφία με λέξεις κλειδιά: "χειρουργική της επιληψίας", "μακροχρόνια αποτελέσματα", "νευροψυχολογία".

Βρέθηκαν 2549 μελέτες και επελέγησαν τελικά 11 μελέτες με βάση τα εξής κριτήρια:

- μελέτες >20 ατόμων
- ασθενείς ηλικίας >16 ετών
- μετεγχειρητικός έλεγχος >5 ετών
- αναφορά νευροψυχολογικών εκτιμήσεων

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατόπιν μακροχρόνιας μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών, σημειώνεται σταθερότητα των γνωστικών λειτουργιών παρά την αρχική άμεση επιδείνωση μετά το χειρουργείο. Σημαντικό επιβαρυντικό ρόλο στην περαιτέρω εξασθένηση της μνήμης αποτελεί η αδυναμία ελέγχου των επιληπτικών κρίσεων και η ηλικία κατά την επιτέλεση του χειρουργείου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Καθώς η χειρουργική προσέγγιση της επιληψίας εξακολουθεί να αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο που επιλέγεται καθυστερημένα, φαίνεται ότι η καθυστέρηση αυτή έχει αρνητική επίδραση σε παραμέτρους που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και το νευροψυχολογικό μακροπρόθεσμο προφίλ των ασθενών.



## ΑΑ04 - Θεραπεία της Επιληψίας και συννοσηρότητες

### ΟΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΦΑΙΝΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Σεβαστοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Δαδούπη Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η φαινοβαρβιτάλη, βάσει του WHO, είναι φάρμακο πρώτης εκλογής στη θεραπευτική αντιμετώπιση υποτροπιάζουσών επιληπτικών κρίσεων σε παιδιά, ενώ χρησιμοποιείται και στους ενήλικες. Είναι από τα φθηνότερα φάρμακα κατά της επιληψίας και χορηγείται ενδοφλέβια, ενδομυϊκά και από στόματος, πράγμα που καθιστά ευκολότερη τη χρήση του. Ωστόσο, η παρατεταμένη ή λανθασμένη χρήση του μπορεί να μας φέρει αντιμέτωπους με διάφορες δυσάρεστες παρενέργειες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των παρενεργειών της φαινοβαρβιτάλης κατά τη χρήση της σε άτομα με επιληψία ή ιστορικό επιληπτικών κρίσεων.

**ΥΛΙΚΑ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση δημοσιευμένων άρθρων στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed καθώς και σε επιστημονικά συγγράμματα σχετικά με τις παρενέργειες της φαινοβαρβιτάλης σε ασθενείς με επιληψία ή ιστορικό επιληπτικών κρίσεων. Λέξεις κλειδιά: Επιληψία, φαινοβαρβιτάλη, επιληπτικές κρίσεις, φαρμακευτική θεραπεία και ο συνδυασμός αυτών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι παρενέργειες της φαινοβαρβιτάλης είναι σωματικού, ψυχικού και συμπεριφορικού επιπέδου και επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, όπως τη δόση. Η γνώση αυτών είναι καταλυτικός παράγοντας στην επιλογή της θεραπείας από την θεραπευτική ομάδα, στον καλύτερο έλεγχο της ποιότητας ζωής του ασθενή και στη καλύτερη συνεργασία μεταξύ αυτού, των επαγγελματιών υγείας και του φροντιστή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται αντιμέτωποι με ασθενείς με επιληψία ή με άτομα με επιληπτικές κρίσεις, αλλά και οι φροντιστές αυτών των ατόμων οφείλουν να γνωρίζουν την δράση της φαινοβαρβιτάλης και να μπορούν να αναγνωρίσουν τις ανεπιθύμητες επιδράσεις της, με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας και της θεραπείας εντός και εκτός του νοσοκομείου.



## AA05 - Θεραπεία της Επιληψίας και συννοσηρότητες

### ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Σεβαστοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Δαδούπη Ν.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επιληπτική κρίση είναι ένα συχνό επεισόδιο ανώμαλης ηλεκτρικής δραστηριότητας στην περιοχή του εγκεφάλου, με βασικότερα συμπτώματα την απώλεια αισθήσεων και την σπαστικότητα. Δυστυχώς το πότε θα συμβεί και πως θα πυροδοτηθεί μία επιληπτική κρίση είναι κάτι που δεν μπορεί να προσδιοριστεί πλήρως. Γι'αυτόν τον λόγο και ακριβώς επειδή πολλές φορές δεν μπορούμε να ελέγξουμε το περιβάλλον του ατόμου με επιληψία, προκειμένου να διαχειριστούμε σωστά μια κρίση, είναι απαραίτητο να έχουμε όλοι τις βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών για την σωστή αντιμετώπιση της.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των ενεργειών στις οποίες πρέπει να προβεί κανείς, επαγγελματίας υγείας και μη, προκειμένου να βοηθήσει εγκαίρως ένα άτομο κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης, καθώς και μετά το πέρας αυτής.

**ΥΛΙΚΑ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση δημοσιευμένων άρθρων στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed καθώς και σε επιστημονικά συγγράμματα σχετικά με τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να εφαρμοστούν σε ένα επεισόδιο επιληπτικής κρίσης. Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες λέξεις κλειδιά: Επιληψία, επιληπτική κρίση, πρώτες βοήθειες, αντιμετώπιση και ο συνδυασμός αυτών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μία γενικευμένη κρίση ανάλογα με τον χρόνο διάρκειάς της μπορεί να θεωρηθεί ακίνδυνη - απλή επιληπτική κρίση- ή επικίνδυνη -status epilepticus- για την υγεία του ατόμου. Οι περισσότερες κρίσεις τελειώνουν σε λίγα λεπτά από μόνες τους και συνήθως δεν μπορεί κανείς να κάνει κάτι για να την σταματήσει, εκτός αν χορηγηθούν ειδικά φάρμακα με εντολή ιατρού. Συνεπώς κύριο και βασικό μέλημα είναι να προστατευθεί ο παθόντας από τις συνέπειες της επιληπτικής κρίσης, οι οποίες είναι η εισρόφηση και οι ενδεχόμενοι τραυματισμοί.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κρίση επιληψίας είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο και ακριβώς επειδή ο καθένας μας μπορεί να συναντήσει ένα τέτοιο περιστατικό στη καθημερινότητα του, κρίνεται αναγκαίο να γνωρίζουμε όλοι πρώτες βοήθειες με σκοπό να προστατέψουμε και να βοηθήσουμε τον οποιονδήποτε παθόντα.



AA06 - Θεραπεία της Επιληψίας και συννοσηρότητες

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΜΠΡΙΒΑΡΑΚΕΤΑΜΗ  
- ΛΑΚΟΣΑΜΙΔΗ**

Πορφύρα Γ.-Ν.<sup>1</sup>, Καραλής Φ.<sup>1</sup>, Αθανασιάδου Μ.<sup>1</sup>, Κοκκώνη Σ.<sup>2</sup>, Rudolf J., Δερετζή Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

<sup>2</sup> Α' Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μπριβαρακετάμη και η λακοσαμίδη αποτελούν νέα αντιεπιληπτικά φάρμακα τα οποία ενδείκνυνται ως θεραπεία για την αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων εστιακής έναρξης, με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση. Όσον αφορά τη μπριβαρακετάμη, ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο με παρόμοια δομή και δραστηριότητα αυτών της λεβετιρακετάμης, έχει συνδεθεί με σπάνιες περιπτώσεις φαρμακοεπαγόμενης ηπατικής βλάβης. Υπάρχουν λίγες βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με ηπατοτοξικότητα επαγόμενη από τη λακοσαμίδη.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Περιγράφουμε ασθενή (γυναίκα) 31 ετών με ιστορικό φαρμακοανθεκτικής επιληψίας, που ανέπτυξε κλινικά ασυμπτωματική τρανσαμινασαιμία (SGOT έως 68 U/l, SGPT έως 248 U/l, γ-GT έως 429 U/l) κατόπιν συγχορήγησης μπριβαρακετάμης και λακοσαμίδης.

Λόγω αυτής της ανεπιθύμητης ενέργειας, αρχικώς διεκόπη η χορήγηση της λακοσαμίδης. Ωστόσο λόγω εμμένουσας ανοδικής πορείας των ηπατικών ενζύμων, αποφασίστηκε η σταδιακή μείωση δόσεων και εν τέλει η διακοπή της χορήγησης της μπριβαρακετάμης. Με αυτές τις παρεμβάσεις, καταγράφηκε, μία σημαντική μείωση των τιμών των ηπατικών ενζύμων (SGOT έως 18 U/l, SGPT έως 57 U/l, γ-GT 120 U/l).

Για τον έλεγχο των κρίσεων έγινε σταδιακή τιτλοποίηση αγωγής με οξκαρβαζεπίνη, με τελική δόση τα 900 mg, με καλή κλινική ανταπόκριση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Πρέπει να υπάρχει φαρμακοεπαγρύπνιση σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες από τη χορήγηση των νεότερων αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, προτείνεται η συστηματική αντιμετώπιση με διαδοχική απόσυρση των αντιεπιληπτικών και η έναρξη νέας αντιεπιληπτικής θεραπείας.





AA07 - Νευροαπεικόνιση και επιληψία

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΝΟΔΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΟΓΟΝΩΝ ΜΟΡΦΩΜΑΤΩΝ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΚΗΛΗ

Tsalouchidou P.<sup>1</sup>, Zöllner J. Ph.<sup>2</sup>, Zahnert F.<sup>1</sup>, Habermehl L.<sup>1</sup>,  
Strzelczyk A.<sup>2</sup>, Rosenow F.<sup>2</sup>, Knake S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Epilepsy Center Hessen, Department of Neurology, Philipps University Marburg, Marburg,  
Germany

<sup>2</sup> Epilepsy Center Frankfurt Rhine-Main and Department of Neurology, Goethe University Frankfurt,  
Frankfurt am Main, Germany

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι κροταφικές εγκεφαλοκήλες (ΚΕ) μια σπάνια, αλλά συνεχώς αναγνωριζόμενη δομική ανωμαλία, η οποία συναντάται στο 4 - 9,6% των ασθενών με κροταφική επιληψία. Οι ΚΕ συνδέονται αιτιολογικά με καλοήγη ενδοκράνια υπέρταση, αυξημένο BMI, χρόνια φλεγμονή και τραύμα. Ωστόσο δεν είναι πάντα επιληπτιογόνες, αφού ανιχνεύονται σε ασθενείς με εξωκροταφική επιληψία καθώς επίσης και σε υγιή πληθυσμό. Βάσει παθολογοανατομικών παρασκευασμάτων παρατηρείται η συνύπαρξη τους με άλλα επιληπτιογόνα μορφώματα, τα οποία μπορεί να μην είναι πάντα ανιχνεύσιμα στην μαγνητική τομογραφία, όπως π.χ. οι φλοιικές δυσπλασίες. Την ανίχνευση MRI-αρνητικών δομικών αλλοιώσεων μπορεί να διευκολύνει το πρόγραμμα μορφομετρικής ανάλυσης (Morphometric Analysis Program v.2018, MAP18). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανίχνευση συνοδών επιληπτιογόνων μορφωμάτων σε ασθενείς με κροταφικές εγκεφαλοκήλες και συσχέτιση αυτών με την επιληπτογόνο ζώνη.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** 28 3D-T1 μαγνητικές τομογραφίες ατόμων με γνωστές κροταφικές εγκεφαλοκήλες εξετάστηκαν αναδρομικά ως προς την ύπαρξη συνοδών επιληπτιογόνων μορφωμάτων. Το 68% (n=19) των ασθενών είχαν κροταφική επιληψία, το 21% (n=6) εξωκροταφική επιληψία και 11% (n=3) ήταν υγιείς. Για την ανίχνευση συνοδών αυτών πραγματοποιήθηκε μακροσκοπική ανάλυση των μαγνητικών τομογραφιών καθώς επίσης και μορφομετρική ανάλυση αυτών μέσω full image processing με το πρόγραμμα MAP18.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο 46% (n=13) των μαγνητικών τομογραφιών μπόρεσε να ανιχνευθεί συνοδό πιθανά επιληπτιογόνο μόρφωμα, ενώ μετά τη χρήση του MAP18 το ποσοστό ανίχνευσης ανήλθε στο 68% (n=18). Στο 7% (n=2) παρατηρήθηκε υποψία σκλήρυνσης υποκάμπτου, στο 55% (n=10) υποψία φλοιικής δυσπλασίας, στο 21% (n=6) άλλο δομικό εύρημα, ενώ στο 55% (n=10) δεν ανιχνεύθηκε συνοδό δομικό εύρημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συνύπαρξη ΚΕ με άλλα επιληπτιογόνα μορφώματα όπως φλοιικές δυσπλασίες μπορεί να υποστηρίζει την υπόθεση παρουσίας αναπτυξιακής διαταραχής του φλοιού ως επιπρόσθετη πιθανή αιτιολογία τους. Στον προεγχειρητικό επιληπτιολογικό έλεγχο ασθενών με ΚΕ και φαρμακοανθεκτική κροταφική επιληψία είναι σημαντική η ανίχνευση συνοδών επιληπτιογόνων μορφωμάτων για την ακριβέστερη αξιολόγηση της επιληπτιογόνου ζώνης και συνεπώς την καλύτερη μετεγχειρητική πρόγνωση.





## AA08 - Κοινωνικός αντίκτυπος της Επιληψίας

### ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2009 - 2019

Κομπόλης Α.<sup>1</sup>, Βερεντζιώτη Α.<sup>2</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>2</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>2</sup>, Πατρικέλης Π.<sup>2</sup>,  
Φασιλίδης Θ.<sup>2</sup>, Αλεξανδράτου Ι.<sup>3</sup>, Πούρλου Χ.<sup>3</sup>, Φυτράκη Α.<sup>2</sup>, Κορφιάς Σ.<sup>2</sup>,  
Πολίτης Κ.<sup>1</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Στατιστικής Και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

<sup>2</sup> Μονάδα Χειρουργικής Επιληψίας. Α' Ν/Χ Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup> Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «ο Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο στιγματισμός και η κοινωνική απομόνωση των ασθενών με επιληψία αποτελεί ένα παγκόσμιο και διαχρονικό πρόβλημα με ρίζες στην άγνοια και στη προκατάληψη. Πρωτοβουλίες και δράσεις έχουν αναληφθεί για την εξάλειψη αυτού του φαινομένου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η διαπίστωση της αλλαγής στάσης της Ελληνικής Κοινωνίας απέναντι στους ασθενείς με Επιληψία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ενα ερωτηματολόγιο 101 ερωτήσεων συμπληρώθηκε από ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ειδικού τεταρτοβάθμιου κέντρου το 2009 και το 2019. Μια υποκατηγορία ερωτήσεων έθιγε το θέμα του στιγματισμού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 96 ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο το 2019 (61.5% άνδρες) Μ.Ο ηλικίας 38.45 (16-76) και Δ.Τ=38, και 91 ασθενείς το 2009 (52,7% γυναίκες) με Μ.Ο. ηλικίας 31.29.

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα προέκυψαν για τα κάτωθι.

Το 2019 είχε μειωθεί η ενόχληση από τη λέξη «επιληπτικός» τουλάχιστον στο 30% των ασθενών. Ανω του 10% των ασθενών βίωνε λιγότερα εμπόδια στην ανεύρεση εργασίας λόγω της επιληψίας.

Το ποσοστό των ασθενών που ήταν έγγαμοι αυξήθηκε το 2019 κατά 15,4%.

Μείωση των ασθενών που νοιώθουν ανασφάλεια εξ' αιτίας των κρίσεων >10% για το 2019.

Μείωση του ποσοστού των ασθενών που θεωρούν ότι η επιληψία τους επηρεάζει τις σχέσεις τους με το άλλο φύλλο >8%.

Το 2019 το ποσοστό ανεργίας των ασθενών με επιληψία ήταν  $11.7+2.13=13.83\%$ , ποσοστό χαμηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε διάστημα 10 ετών διαπιστώνεται στην Ελληνική κοινωνία -μέσα από ένα δείγμα ασθενών- στατιστικά σημαντική βελτίωση παραμέτρων που σχετίζονται με την επιληψία και το στίγμα της νόσου.



## AA09 - Νευροαπεικόνιση και επιληψία

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ PET/CT ΜΕ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ “ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ” ΑΚΟΛΟΥΘΙΕΣ MRI ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΜΑΚΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΟΓΟΝΟΥ ΖΩΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΣΤΙΑΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΜΦΑΝΩΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΟΜΕΝΗ ΒΛΑΒΗ

Στεφάνου Δ.Ε.<sup>1</sup>, Γαργάνης Κ.<sup>2</sup>, Κυρώζης Α.<sup>3</sup>, Πελεχρίνη Μ.<sup>1</sup>, Κεραμίδα Α.<sup>3</sup>, Πανδής Δ.<sup>3</sup>, Γκίκα Α.<sup>3</sup>, Τσιμακίδη Χ.<sup>3</sup>, Τσαουσίδης Η.<sup>4</sup>, Κατσάρος Β.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Προηγμένων Απεικονιστικών Μεθόδων, Μονάδα Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

<sup>2</sup> Μονάδα Επιληψίας & Καταγραφής Κρίσεων, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Α' Νευρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>4</sup> Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

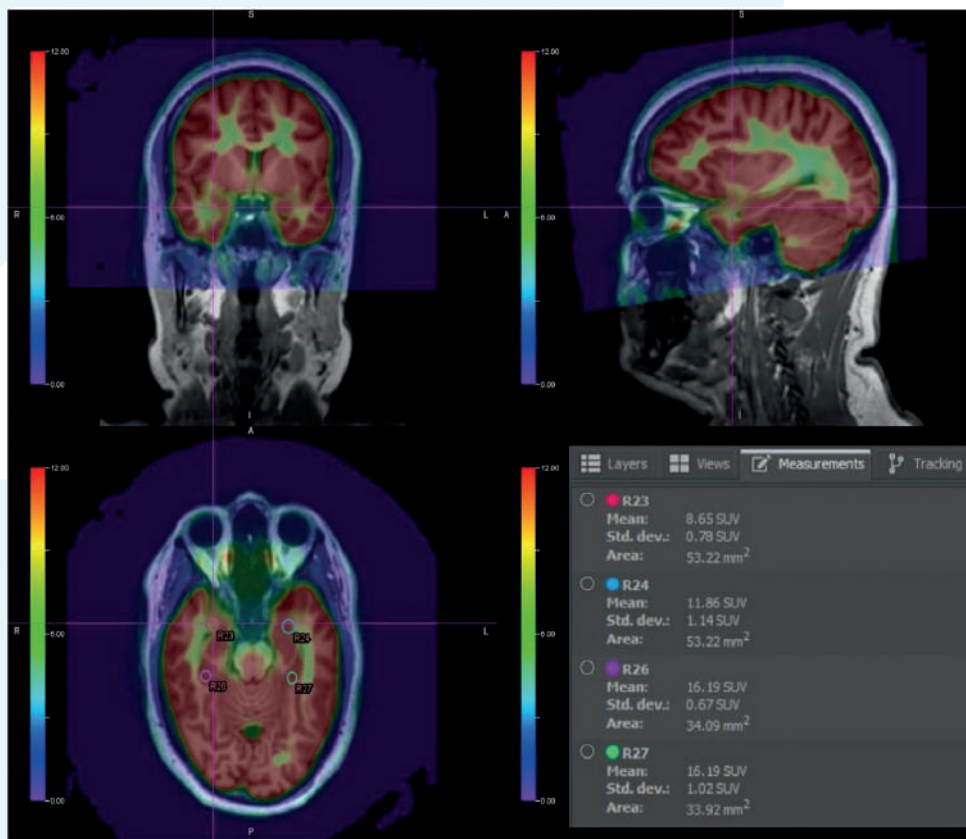
**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη της συμβολής της συγκαταχώρησης PET/CT εγκεφάλου με μορφολογικές και “λειτουργικές” ακολουθίες MRI στην αναίμακτη εντόπιση επιληπτογόνου ζώνης.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Παρουσιάζουμε δεξιόχειρα γυναίκα ασθενή 39 ετών με εστιακή επιληψία από 4ετίας. Οι κρίσεις εκδηλώνονται συνήθως με αύρα αισθήματος “αδειάσματος στον θώρακα”, συχνά με αίσθημα παλμών και ενίοτε από “θολή όραση, δύσκολο να περιγραφεί επακριβώς”. Ακολουθεί διαταραχή συνείδησης, άλλοτε πλήρης και άλλοτε μερική, με παράλληλη εμφάνιση άλλοτε τονικής σημειολογίας των άκρων και άλλοτε αυτοματισμών άνω άκρων, ενίοτε με ηπίως υπερκινητικό χαρακτήρα, χωρίς σαφή πλαγίωση. Η MRI δεν ανέδειξε σαφή παθολογία, αλλά η ογκομετρική ανάλυση ανέδειξε διόγκωση αμφοτέρων των αμυγδαλών, κυρίως δεξιά. Η λειτουργική MRI με δοκιμασίες (task-based fMRI) καθώς και η δεσμιδογραφία (DTI-FT) ανέδειξαν ενεργοποιήσεις στην καλυπτρική μοίρα της αριστερής κάτω μετωπιαίας έλικας και μεγαλύτερο πάχος του αριστερού τοξοειδούς δεματίου συγκριτικά με το δεξιό, ευρήματα ενδεικτικά πλαγίωσης του λόγου αριστερά. Πολύμερη video-HEF καταγραφή, ανέδειξε επιληπτογόνο δίκτυο που πιθανότατα περιλαμβάνει δεξιά πρόσθια κροταφική/κροταφοπολική και βασική-κατώτερη/πλάγια κροταφοϊνιακή μοίρα. Το EEG-fMRI ανέδειξε ευρήματα παρόμοιας τοπογραφίας. Συνεστήθη περαιτέρω έλεγχος με PET/CT για περαιτέρω διερεύνηση των υποπτων περιοχών. Στο PET/CT χορηγήθηκε 18F-FDG ενδοφλεβίως και τα επίπεδα γλυκόζης ήταν 106mg/dl, έγινε συγκαταχώρηση με την MRI χρησιμοποιώντας ειδικό λογισμικό (Imagilys/BrainMagix) και επικεντρωμένη επαναξιολόγηση. Η PET/MRI ανέδειξε περιοχή υπομεταβολισμού στον δεξιό κροταφικό πόλο συγκριτικά με τον αριστερό (εικόνα, ΔSUV = 26-39%), εύρημα συμβατό με παρουσία επιληπτογόνου εστίας/ζώνης, χωρίς αντίστοιχα ευρήματα κροταφοϊνιακά. Η Perfusion-MRI ανέδειξε rCBF και rCBV ελαττωμένα κατά 45% και 42% αντίστοιχα πρόσθια κροταφικά, ενδεικτικά υπομεταβολισμού επίσης. Στην DTI-FT παρατηρήθηκε διαταραχή της μορφολογίας «υπό μορφή τρίαινας» στην περιοχή της συμβολής του στελέχους του δεξιού αγκιστροειδούς δεματίου και του προσθίου τμήματος του κάτω μετωποϊνιακού δεματίου (πρόσθια κροταφικά) με υπερδιπλασιασμό της κλασματικής ανισοτροπίας (FA) συγκριτικά με αριστερά. Εστιασμένη ογκομέτρηση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με διαταραχή αρχιτεκτονικής και υποψία φλοιώδους δυσπλασίας δεξιού κροταφικού πόλου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η συγκαταχώρηση PET/CT με μορφολογικές και “λειτουργικές” ακολουθίες MRI ανέδειξε παθολογικά ευρήματα σε δεξιές πρόσθιες κροταφικές περιοχές αλλά όχι σε σύστοιχες κροταφοϊνιακές, ενισχύοντας την υπόθεση ότι η επιληπτογόνος εστία/ζώνη βρί-



σκεται δεξιά πρόσθια κροταφικά και συμβάλλοντας σημαντικά στην απόφαση να επιχειρηθεί εμφύτευση ενδοκρανίων ηλεκτροδίων στις περιοχές αυτές προς επιβεβαίωση της υπόθεσης και χειρουργική εκτομή.





## AA10 - Επιληψία: Διαγνωστική προσέγγιση

### ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΠΟΦΟΛΗΣ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ WADA ΤΕΣΤ ΣΕ ΠΡΟ-ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Βερεντζιώτη Α.<sup>1</sup>, Κρατημένος Θ.<sup>2</sup>, Κατσαρός Β.<sup>3</sup>, Στράτου Δ.-Ε.<sup>3</sup>, Πελεχρίνη Μ.<sup>3</sup>,  
Αλεξούδη Α.<sup>1</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>1</sup>, Φαρσάρης Δ.<sup>2</sup>, Κορφιάς Σ.<sup>1</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Νευροχειρουργική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>2</sup> Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

<sup>3</sup> Τμήμα Προηγμένων Απεικονιστικών Μεθόδων, Μονάδα Απεικόνισης

<sup>4</sup> Μαγνητικού Συντονισμού, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ενδοκαρωτιδική έγχυση αμοβαρβιτάλης (Wada δοκιμασία) θεωρείται επί σειρά ετών πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο για την πλαγίωση της μνήμης και του λόγου, κατά τη διάρκεια του προεγχειρητικού ελέγχου ασθενών με φαρμακοανθεκτική επιληψία. Οι αυξανόμενες δυσκολίες εύρεσης της αμοβαρβιτάλης, οδήγησαν στη χρήση εναλλακτικών ουσιών διεξαγωγής της δοκιμασίας, όπως η χρήση προποφόλης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρήσης προποφόλης όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. ως εναλλακτική της αμοβαρβιτάλης, σε σειρά ασθενών με κροταφική ανθεκτική στα φάρμακα επιληψία.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν τα αποτελέσματα χρήσης προποφόλης στη δοκιμασία Wada, σε έντεκα ασθενείς με κροταφική επιληψία. Επρόκειτο για ασθενείς που προσήλθαν στη μονάδα επιληψίας του νοσοκομείου Ευαγγελισμός την διετία 2019-2020.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκ των έντεκα ασθενών, οι 9 υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 40.8 έτη, με μέση διάρκεια νόσου τα 21 έτη. Πραγματοποιήθηκαν 12 δοκιμασίες Wada. Η μέση δόση προποφόλης που χορηγήθηκε ήταν 7.3 ml, ενώ δεν εμφανίστηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα ή αλλεργική αντίδραση κατά την έγχυση, πλην ήπιας παροδικής ζάλης σε έναν ασθενή. Μετεγχειρητικά, ουδείς εμφάνισε έλλειμμα στο λόγο ή μείζονα προσβολή της μνημονικής λειτουργίας. Στους ασθενείς που διενεργήθη και λειτουργική μαγνητική fMRI, καταγράφηκε συμβατότητα των αποτελεσμάτων με τη δοκιμασία Wada στο 60% των περιπτώσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χορήγηση προποφόλης φαίνεται να είναι αποτελεσματική για τη διενέργεια δοκιμασίας Wada, χωρίς μείζονες παρενέργειες και αποτελεί ικανοποιητική εναλλακτική διαγνωστική προσέγγιση.



## AA11 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ KBG

Χατζηκυριάκου Ε.<sup>1</sup>, Σπηλιώτη Μ.<sup>2</sup>, Γρόση Ε.<sup>3</sup>, Τραϊανού Α.<sup>4</sup>, Παύλου Ε.<sup>5</sup>, Κιμισκίδης Β.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ, Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευρολογίας, Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Ειδικευόμενη Ιατρός, Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Κλινική Νευροψυχολόγος, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>5</sup> Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Παιδιατρικής Νευρολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>6</sup> Καθηγητής Νευρολογίας - Κλινικής Νευροφυσιολογίας, Διευθυντής Α' Νευρολογικής Κλινικής, Α' Νευρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο KBG (OMIM #148050) είναι μια σπάνια, αυτοσωμική, επικρατής, γενετική διαταραχή με ποικίλα χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι η νοητική υστέρηση, η καθυστέρηση της ανάπτυξης, το κοντό ανάστημα, η μακροδοντία των άνω κεντρικών κοπτήρων, οι δυσμορφίες του προσώπου, και οι νευρολογικές διαταραχές. Οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου ANKRD11, το οποίο εδράζεται στο χρωμόσωμα 16q24.3. Στην παρούσα εργασία, η οποία αποτελεί την πρώτη γνωστή καταγραφή ασθενούς με KBG σύνδρομο στην Ελλάδα, θα δοθεί έμφαση στα νευρολογικά συμπτώματα της νόσου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Γυναίκα, 20 ετών, προσήλθε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ για διερεύνηση γενικευμένων τονικοκλονικών επιληπτικών κρίσεων, με έναρξη κατά την παιδική ηλικία και συνοδό βαριά νοητική υστέρηση. Η ασθενής έχει χαρακτηριστικό κοντό ανάστημα, δυσμορφίες προσώπου και μακροδοντία. Είχε τεθεί υπό θεραπεία με αυξητική ορμόνη επί 2 έτη και από το ιστορικό της αναφέρονται συχνές ωτίτιδες και νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα. Η ηλεκτροεγκεφαλογραφική καταγραφή ανέδειξε επιληπτικές εκφορτίσεις έναρξης από τη δεξιά οπίσθια και αριστερή κροταφική χώρα. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου κατέδειξε διάχυτη εγκεφαλική ατροφία και η φασματοσκοπία παθολογικά επίπεδα γλουταμίνης. Κατά τη νευροψυχολογική εκτίμηση παρατηρήθηκε σημαντική δυσκολία στην κατανόηση, στο λόγο, την καθημερινή λειτουργικότητα και την προσαρμογή. Λόγω της κλινικής εικόνας η ασθενής υπεβλήθη σε γενετικό έλεγχο με την τεχνική Whole Genome Sequencing από τον οποίο ανιχνεύθηκε η μετάλλαξη του γονιδίου ANKRD11 σε ετεροζυγωτία. Δεν παρατηρήθηκε ύφεση των κρίσεων υπό μονοθεραπεία ή συνδυασμό των ευρέως χρησιμοποιούμενων αντιεπιληπτικών, πολλά εκ των οποίων δημιούργησαν διαταραχές συμπεριφοράς. Τονίζεται πως η περαμπανέλη (με σταδιακή αύξηση έως 10mg ημερησίως) ήταν η μόνη φαρμακευτική αγωγή που οδήγησε σε σημαντική μείωση της συχνότητας και της διάρκειας των κρίσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα άτυπα κλινικά σημεία του KBG συνδρόμου, τα οποία συχνά αλληλεπικαλύπτονται με άλλες παθήσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε υποδιάγνωσή του. Στην παρούσα εργασία τονίζονται τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συνδρόμου με σκοπό την έγκαιρη εντόπιση και αντιμετώπιση μη διεγνωσμένων ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: KBG σύνδρομο, Γονίδιο ANKRD11, Επιληψία

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

Swols DM, Foster J, Tekin M, KBG Syndrome. Orphanet J Rare Dis. 2017;12:183

Samanta D, Williw E, Electroencephalographic findings in KBG syndrome: a child with novel mutation in ANKRD11 gene. Acta Neurol Belg 2015;115:779-82

Skjei KL, Martin MM, Slavotinek AM KBG syndrome: report of twins, neurological characteristics, and delineation of diagnostic criteria. Am J Med





## ΑΑ12 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Νατσής Κ.<sup>1</sup>, Παπαστογιάννης Τ.<sup>2</sup>, Καλύβας Α.<sup>2</sup>, Θεοχάρη Ε.<sup>2</sup>, Παπαμιχάλης Ε.<sup>1</sup>,  
Κουρτέση Γ.<sup>1</sup>, Γέρκου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ειδικός Νευρολόγος, Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη/ος Νευρολογίας, Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η απώλεια συνείδησης είναι μια συχνή κλινική οντότητα με επίπτωση περίπου 30% σε ασθενείς άνω των 70 ετών. Μπορεί να οφείλεται σε καρδιολογικά, σπανιότερα νευρολογικά, μεταβολικά αίτια ή είναι απότοκο υπερδοσολογίας φαρμάκων. Από τα νευρολογικά αίτια σημαντικότερα είναι τα επιληπτικά επεισόδια με ή χωρίς σπασμούς, τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και η απότομη αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης, ενώ καρδιολογικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι αρρυθμίες (βραδυκαρδία, παροξυσμική ταχυκαρδία, σύνδρομο Adams-Stokes), οι δομικές καρδιοπάθειες και το χαμηλό κλάσμα εξώθησης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ασθενής ηλικίας 76 ετών διεκομίσθη στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης κατά τη διάρκεια του οποίου ήταν κυανωτικός, με κλειστούς οφθαλμούς, χωρίς αναφερόμενους σπασμούς και μέση καρδιακή συχνότητα 130 σφύξεις/λεπτό. Κατά την κλινική εξέταση ήταν έντονα διεγερτικός με απουσία επικοινωνίας και χωρίς εμφανή εστιακή νευρολογική σημειολογία. Στο ατομικό αναμνηστικό περιγράφονται στεφανιαία νόσος με bypass προ 11 ετών, αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Η MRI εγκεφάλου και το EEG δεν ανέδειξαν παθολογικά ευρήματα. Από τον καρδιολογικό έλεγχο προέκυψε φλεβοκομβικός ρυθμός με διαταραχή ενδοκοιλιακής αγωγιμότητας, LBBB και κλάσμα εξώθησης 45%. Το Holter καταγραφής καρδιακού ρυθμού δεν ανέδειξε κλινικά σημαντική αρρυθμία. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές τροπονίνης, γαλακτικών, CPK και LDH με σταδιακή επάνοδο στα φυσιολογικά επίπεδα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η απουσία εμφανών σπασμών κατά τη διάρκεια του επεισοδίου, τα φυσιολογικά ευρήματα από την MRI και το ΗΕΓ σε συνδυασμό με τη διαταραχή αγωγιμότητας που καταγράφηκε στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και τις αυξημένες τιμές τροπονίνης και μυοκαρδιακών ενζύμων, συνηγορούν υπέρ καρδιογενούς παρά επιληπτικής αιτιολογίας του επεισοδίου του ασθενούς. Τα επιληπτικά επεισόδια χωρίς σπασμούς θα πρέπει να τίθενται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με απώλεια συνείδησης, ειδικά όταν ο καρδιολογικός έλεγχος αποβαίνει αρνητικός, καθώς με την κατάλληλη αντιεπιληπτική αγωγή περιορίζεται σημαντικά η πιθανότητα υποτροπής.



## AA13 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Νατσής Κ.<sup>1</sup>, Καλύβας Α.<sup>2</sup>, Θεοχάρη Ε.<sup>2</sup>, Παπαστογιάννης Τ.<sup>2</sup>, Παπαμιχάλης Ε.<sup>1</sup>,  
Κουρτέση Γ.<sup>1</sup>, Γέρκου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ειδικός Νευρολόγος, Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη/ος Νευρολογίας, Νευρολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Σερρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επιληπτική κρίση ως πρώτη εκδήλωση οξέως ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) αναφέρεται ότι συμβαίνει στο 0,16% των ασθενών<sup>1</sup>. Στην οξεία φάση ενός ισχαιμικού ΑΕΕ (24ώρες) το ποσοστό εμφάνισης επιληπτικής κρίσης έχει αναφερθεί στο 2,4%<sup>2</sup>. Συνολικά επιληπτικοί σπασμοί ακολουθούν το 7% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων<sup>3</sup>. Στο 22% των παιδιών με ισχαιμικό ΑΕΕ η επιληπτική κρίση ήταν η πρώτη εκδήλωση του επεισοδίου<sup>4</sup>. Τυπικά οι επιληπτικοί σπασμοί μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν εστιακή έναρξη που σχετίζεται με το σημείο τη βλάβης και στη συνέχεια μπορεί ή όχι να γενικευτούν.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Άνδρας 49 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης προσέρχεται στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου κλονικών σπασμών αριστερού άνω άκρου διάρκειας λίγων δευτερολέπτων και στη συνέχεια αδυναμία αριστερού άνω άκρου. Κατά την αντικειμενική νευρολογική εξέταση δεν διαπιστώθηκε κάποιο έλλειμμα. Κατά την παραμονή στο ΤΕΠ παρουσιάστηκε επεισόδιο σπασμών με έναρξη ως απλή εστιακή κλονική σύσπαση αριστερού άνω άκρου με δευτεροπαθή γενίκευση σε γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς και διάρκεια ενός λεπτού. Ακολούθησε μετακριτική σύγχυση και παράλυση αριστερού άνω και κάτω άκρου με σταδιακή αποκατάσταση σε διάστημα 30 λεπτών. Στην επείγουσα CT εγκεφάλου διαπιστώθηκε ύπαρξη ισχαιμικού εμφράκτου ινιακά δεξιά, ενώ η επαναληπτική CT εγκεφάλου σε 24 ώρες ανέδειξε δύο νέα ισχαιμικά έμφρακτα στο δεξιό ημιωοειδές κέντρο και κροταφικά δεξιά. Ο αιματολογικός/βιοχημικός έλεγχος ανέδειξε εκσεσημασμένη αύξηση της τιμής γλυκόζης ορού (579mg/dl). Χορηγήθηκε λακοσαμίδα 200 mg εφάπαξ ενδοφλεβίως και στη συνέχεια συστηματικά λακοσαμίδα 100mg δις ημερησίως χωρίς υποτροπή των επιληπτικών επεισοδίων. Συνολικά, ο ασθενής τέθηκε σε αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, αντιεπιληπτική αγωγή, αντιδιαβητική αγωγή και στατίνη και εξήλθε χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ο ασθενής υπέστη ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το οποίο παρουσιάστηκε με πρώτη εκδήλωση μια επιληπτική κρίση στα πλαίσια εκσεσημασμένης υπεργλυκαιμίας. Η επιληπτική κρίση είχε σαν επακόλουθο μετακριτική παράλυση Todd με διάρκεια 30 λεπτών και ήταν η μοναδική κλινική εκδήλωση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα αγγειακά επιληπτικά επεισόδια είναι συχνός παράγοντας πρόκλησης σπασμών και η πιο σημαντική αιτία επιληπτικής κρίσης μετά την ηλικία των 60 ετών. Αν και είναι σπάνια η επιληπτική κρίση σαν πρώτη και μοναδική εκδήλωση ενός ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, αυτό θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση. Ως εκ τούτου σε κάθε επεισόδιο επιληπτικής κρίσης θα πρέπει να γίνεται εκτενής απεικονιστικός έλεγχος προς αναζήτηση της αιτίας.





## AA14 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΕΣ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ ΩΣ Η ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΟΥΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΟΥ

Νατοής Κ., Θεοχάρη Ε., Καλύβας Α., Παπαστογιάννης Τ., Νέμτσας Π.,  
Κουρτέση Γ., Παπαμιχάλης Ε., Γέρκου Α.

<sup>1</sup> Νευρολογική κλινική ΓΝ Σερρών

<sup>2</sup> Ιδιώτης Νευρολόγος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι επιληπτικές κρίσεις του κροταφικού λοβού μπορεί να είναι εστιακές με διατήρηση ή όχι του επιπέδου συνείδησης ή εστιακές κρίσεις με αμφοτερόπλευρους σπασμούς. Συνήθως διαρκούν περισσότερο από 90 δευτερόλεπτα και σε μεγάλο ποσοστό προηγείται αύρα και έπεται μετακριτική αμνησία. Χαρακτηριστικές είναι οι αύρες του “ανιόντος επιγαστρικού αισθήματος”, δυσμνησιακά φαινόμενα του τύπου του “deja vu” ή και πιο σύνθετες βιωματικές εμπειρίες. Οι χαρακτηριστικές αύρες με οσφρητικές ψευδαισθήσεις είναι πιο σπάνιες, ενώ αύρες με ακουστικές ψευδαισθήσεις υποδηλώνουν εμπλοκή του ακουστικού φλοιού. Μπορεί να είναι ιδιοπαθείς ή συμπτωματικές. Οι συμπτωματικές κρίσεις του κροταφικού λοβού οφείλονται σε δομικές βλάβες οι οποίες μπορεί να είναι γενετικές όπως η εσωκροταφική σκλήρυνση, νεοπλάσματα, αγγειακές δυσπλασίες ή επίκτητες βλάβες όπως τραυματικές ουλές. Παρακάτω σας παρουσιάζουμε το κλινικό περιστατικό μιας έφηβης που διαγνώστηκε με συμπτωματική κροταφική επιληψία, συνεπεία μεγάλης αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας (AVM) του αριστερού ημισφαιρίου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Εφηβη 16 ετών παραπέμφθηκε στο ΓΝ Σερρών λόγω αναφερόμενης κεφαλαλγίας και ζάλης από τετραήμερου. Από το ατομικό της αναμνηστικό είχε ακουστικές ψευδαισθήσεις και κεφαλαλγία από τριετίας για τα οποία παρακολουθούταν από παιδοψυχίατρο αλλά δεν ελάμβανε την αγωγή που της είχαν συστήσει. Κατά την νευρολογική εξέταση η ασθενής είχε υπερευαισθησία της δεξιάς μεριάς του σώματος και αναφερόμενες σύνθετες ακουστικές ψευδαισθήσεις. Στο πλαίσιο της διερεύνησης, διενεργήθηκε MRI εγκεφάλου η οποία ανέδειξε ενδοεγκεφαλική βλάβη μετωποκροταφικά αριστερά με χαρακτηριστικά αγγειακής δυσπλασίας (AVM). Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με λακοσαμίδα με μείωση της συχνότητας και της διάρκειας των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Εν συνεχεία παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Συμπέρασμα:** Είναι πολύ σημαντικό κάθε ασθενής που εμφανίζει ένα ψυχιατρικό σύμπτωμα να διερευνάται πρώτα για οργανικά αίτια του συμπτώματος αυτού. Εστιακές κρίσεις ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου μπορεί να εμφανίζονται με συμπτώματα που μπορεί να παραπέμπουν σε άλλα νοσήματα. Η αρτηριοφλεβώδης δυσπλασία είναι μια συγγενής ανωμαλία στην διάπλαση των αγγείων του εγκεφάλου. Μπορεί να μην προκαλεί συμπτώματα ή να εκδηλωθεί με κεφαλαλγία, επιληπτικές κρίσεις, νευρολογικό έλλειμμα ανάλογο με την εντόπιση της ή και ενδοεγκεφαλική αιμορραγία που αποτελεί τον μεγαλύτερο



## AA16 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΙΘΑΝΟΛΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΟΕΙΔΩΝ ΕΚΦΟΡΤΙΣΕΩΝ ΜΕΣΟΚΡΙΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΕ ΚΡΟΤΑΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ ΙΠΠΟΚΑΜΠΟΥ ΕΠΙΜΥΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Ευαγγελάκη Μ.-Ε.<sup>1</sup>, Ψαρροπούλου Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Το «εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο» (FAS) περιλαμβάνει την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων, με ασαφείς μηχανισμούς. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της προγεννητικής έκθεσης στην αιθανόλη στα χαρακτηριστικά επιληπτοειδών εκφορτίσεων τομών υποκάμπου και οι πιθανές αναπτυξιακές μεταβολές, και εξετάστηκε με την χρήση δύο μοντέλων που ενεργοποιούν διαφορετικούς νευρωνικούς μηχανισμούς (ενεργοποίηση NMDA υποδοχέων ή μπλοκ διαύλων καλίου).

Θηλυκοί Sprague-Dawley επίμυες εκτέθηκαν σε αιθανόλη (x15ημέρες, διαλυμένη σε πόσιμο νερό σε αναλογία 15% v/v) πριν ακολουθήσει διασταύρωση με αρσενικούς φυσιολογικούς αλλά και καθόλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι απόγονοι χαρακτηρίστηκαν ως PAE (prenatal alcohol exposure) και χρησιμοποιήθηκαν για την παρασκευή τομών υποκάμπου στις ηλικίες 21-35 (νεαρά) και 90-120 (ενήλικα) ημερών μεταγεννητικά, με μάρτυρες φυσιολογικούς επίμυες ίδιας ηλικίας (Normal, N). Διαβροχή των τομών με τεχνητό εγκεφαλονωτιαίο υγρό άνευ μαγνησίου (Mg<sup>2+</sup>-free ACSF) ή με προσθήκη 4-AP (50μM) προκάλεσε την εμφάνιση αυθόρμητων εκφορτίσεων πεδίου μεσοκριτικού τύπου (IEDs), τα χαρακτηριστικά των οποίων μελετήθηκαν με εξωκυττάρια ηλεκτροφυσιολογικές καταγραφές στη πυραμιδική στοιβάδα της CA1 περιοχής κροταφικών και διαφραγματικών τομών υποκάμπου.

Διαβροχή με Mg<sup>2+</sup>-free ACSF προκάλεσε την εμφάνιση αυθόρμητων IEDs σε 57N και 74PAE τομές υποκάμπου. Οι συχνότητες των IEDs σε κροταφικές τομές ενήλικων πειραματόζων (N, PAE) ήταν σημαντικά υψηλότερες αυτών από νεαρά ( $p < 0.0001$ ), αντίθετα οι διαφραγματικές δεν παρουσίασαν ανάλογες αναπτυξιακές διαφορές. Γενικά οι κροταφικές τομές παρουσίαζαν ψηλότερες τιμές IED συχνότητων από τις διαφραγματικές με εξαίρεση την ομάδα νεαρών PAE τομών, όπου συνέβαινε το αντίθετο ( $p < 0.05$ ). Η διάρκεια των IEDs ήταν σημαντικά μικρότερη σε διαφραγματικές από ότι σε κροταφικές τομές (όλες οι ομάδες), και επιπλέον μειώθηκε αναπτυξιακά στις PAE αλλά όχι στις N τομές.

Διαβροχή με 4-AP (50μM) προκάλεσε την εμφάνιση αυθόρμητων IEDs σε όλες τις τομές (34N, 26PAE), με IED-συχνότητες ψηλότερες στις κροταφικές από ότι στις διαφραγματικές τομές (όλες οι ομάδες), και αναπτυξιακή αύξηση στις πρώτες αλλά όχι στις δεύτερες. Η διάρκεια των IEDs ήταν παρόμοια μεταξύ κροταφικών και διαφραγματικών τομών (όλες οι ομάδες) και παρουσίαζε αναπτυξιακή μείωση μόνο στις N τομές. Η διάρκεια των IEDs ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στις κροταφικές τομές ενήλικων PAE ζώων από ότι στις N ( $p = 0.003$ ).

Συμπερασματικά, η προγεννητική έκθεση σε αιθανόλη προκαλεί ανιχνεύσιμες in vitro διαφορές σε επιληπτοειδείς εκφορτίσεις των δύο πόλων του υποκάμπου, αλλά και στις αναπτυξιακές τους μεταβολές. Επιπλέον, οι διαφορές (μεταξύ N και PAE πειραματόζων) εξαρτώνται από τον μηχανισμό πρόκλησης των εκφορτίσεων, ευρήματα τα οποία αναμένεται να συνεισφέρουν στη κατανόηση των μηχανισμών αυξημένης διεγερσιμότητας σε άτομα που υποφέρουν από FAS, αλλά και στις ιπποκάμπειες λειτουργίες που πιθανόν επηρεάζονται.



## AA17 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### **ΜΥΟ – ΟΦΘΑΛΜΟ – ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ (MUSCLE EYE BRAIN DISEASE - MEB): ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ΗΛΕΚΤΡΟΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Λιούτα Ε.<sup>1</sup>, Γρόση Ε.<sup>1</sup>, Παπαγιάννης Ι.<sup>1</sup>, Φροντιστής Α.<sup>1</sup>, Πιτυρίγκας Ε.<sup>1</sup>, Σηλιώτη Μ.<sup>1</sup>,  
Κιμισκίδης Β.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Η Μυο – οφθαλμο – εγκεφαλοπάθεια (Muscle eye brain disease - MEB) μαζί με το σύνδρομο Walker-Warburg και τη συγγενή μυϊκή δυστροφία Fukuyama, είναι μια ετερογενής ομάδα σπάνιων νοσημάτων που αντιπροσωπεύουν ενδιάμεσες διαταραχές ανάμεσα στις συγγενείς μυϊκές δυστροφίες και στις διαταραχές της νευρωνικής μετανάστευσης.

Η MEB συγκαταλέγεται σε αυτή την ετερογενή φαινοτυπικά ομάδα των συγγενών μυϊκών δυστροφιών, και συγκεκριμένα στην κατηγορία των δυστρογλυκανοπαθειών. Οφείλεται σε ανώμαλη γλυκοζυλίωση της α-δυστρογλυκάνης στους μύς και στον εγκέφαλο και παρουσιάζει αυτοσωμικό υπολειπόμενο τύπο κληρονομικότητας. Χαρακτηρίζεται από συγγενή μυϊκή δυστροφία, οφθαλμικές ανωμαλίες, αναπτυξιακές διαταραχές, και διαταραχή στην εγκεφαλική διαμόρφωση (lissencephaly type 2). Περιγράφεται η περίπτωση άρρενος ασθενούς 32 ετών με νόσο MEB, που κλινικά εμφανίζει σοβαρή μυϊκή αδυναμία, νοητική υστέρηση, προτεταμένο μέτωπο, περιορισμένη κινητικότητα λόγω συγκάμψεων κάτω άκρων, ατροφίες και κλόνο κάτω άκρων. Εμφανίζει επίσης οφθαλμολογικές διαταραχές όπως συγγενή μυωπία, νεανικό καταρράκτη, αμφοτερόπλευρη οπτική ατροφία και φαρμακοανθεκτική επιληψία. Η έναρξη των επιληπτικών επεισοδίων χρονολογείται στην ηλικία των 9 ετών με γενικευμένες και εστιακές επιληπτικές κρίσεις που στην παιδική ηλικία ελέγχονταν ικανοποιητικά με μονοθεραπεία, ενώ αργότερα ανέπτυξε φαρμακοανθεκτικότητα. Κατά την εισαγωγή του στην κλινική μας, παρουσίαζε καθημερινά επιληπτικά επεισόδια, διάρκειας μικρότερης από 1 min, με βολβοστροφή και συνοδό ταχυκαρδία, με ή χωρίς συνοδό τονική θέση των άνω άκρων. Η MRI εγκεφάλου του ανέδειξε υποπλασία παρεγκεφαλίδας και του στελέχους, διάταση του κοιλιακού συστήματος και λισγκεφαλία. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημά του ήταν συμβατό με επιληπτική εγκεφαλοπάθεια και εμφανίζει βραδείες δραστηριότητες θ και δ, χωρίς βασική δραστηριότητα που διακόπτονται από γενικευμένες εκφορτίσεις συμπλέγματος βραδείας αιχμής-κύματος με υψηλότερο δυναμικό στις μετωποκεντρικές περιοχές αμφοτερόπλευρα. Τέθηκε σε συνδυασμό 4 αντιεπιληπτικών φαρμάκων με βαλπροϊκό οξύ, μπριβρακετάμη, λακοσαμίδη και ζονισαμίδη προκειμένου να ελεγχθούν οι κρίσεις του. Από τη βιβλιογραφία, σε ασθενείς με δυστρογλυκανοπάθειες περιγράφονται εστιακές κρίσεις με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, μυοκλονικές κρίσεις, γενικευμένες τονικο-κλονικές κρίσεις ενώ έχουν γίνει θεραπευτικές δοκιμές με ΑΕΦ όπως λεβετιρακετάμη, λαμοτριγίνη, βαλπροϊκό οξύ, βιγκαμπατρίνη, καρβαμαζεπίνη. Η επιληψία δεν είναι συχνή κλινική εκδήλωση στη MEB, ενώ σπάνια είναι φαρμακοανθεκτική και δεν έχουν προσδιορισθεί τα ηλεκτροκλινικά της χαρακτηριστικά. Οφείλεται στις δομικές εγκεφαλικές ανωμαλίες ανάπτυξης του εγκεφάλου λόγω των διαταραχών της νευρωνικής μετανάστευσης κατά την εμβρυογένεση. Η διάγνωση της MEB βασίζεται στα κλινικά ευρήματα, στην απεικόνιση του εγκεφάλου, στη μυϊκή βιοψία και στο μοριακό γενετικό έλεγχο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:** Λόγω της φαινοτυπικής ετερογένειας της MEB, χρειάζονται περισσότερες μελέτες προς την κατεύθυνση ταυτοποίησης του ηλεκτροκλινικού φαινοτύπου καθώς και του μοριακού γονοτύπου προκειμένου να αναπτυχθούν εξατομικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της επιληψίας.



## AA18 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ-ΚΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΥΠΝΟ (CSWS)

Μόρτος Δ.<sup>1</sup>, Χάμκο Γ.<sup>2</sup>, Παπανικολάου Χ.<sup>2</sup>, Μαρκούλα Σ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

<sup>2</sup> Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ο ύπνος αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ανθρώπου. Ο σκοπός του παραμένει μυστήριο, αν και είναι απαραίτητος στα παιδιά για την φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου τους. Επομένως, η συνεχής επιληπτική δραστηριότητα κατά τον ύπνο, θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαταραχή της νευρωνικής ανάπτυξης και σε ψυχοκινητική επιβράδυνση, εικόνα χαρακτηριστική της επιληπτικής εγκεφαλοπάθειας με συμπλέγματα αιχμής-κύματος κατά τον ύπνο (CSWS).

**ΣΚΟΠΟΣ:** η παρουσίαση ασθενούς με επιληπτική εγκεφαλοπάθεια με συμπλέγματα αιχμής-κύματος κατά τη διάρκεια του ύπνου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής 10 ετών προσήλθε λόγω τονικών επιληπτικών κρίσεων και γενικευμένων τονικοκλονικών. Σύμφωνα με το ιστορικό του, οι επιληπτικές κρίσεις ξεκίνησαν από την ηλικία των 4 ετών και είχε κάνει 4 Status Epilepticus ενώ είχε νοσηλευτεί και σε ΜΕΘ για ένα από αυτά.

Σε μαγνητική τομογραφία προ 5 ετών παρουσιάζει διεύρυνση του δεξιού κροταφικού κέρατος. Σε εγκεφαλογράφημα ύπνου, στα πλαίσια 24ωρης μακροχρόνιας καταγραφής, αναδείχθηκε συνεχής παρουσία συμπλεγμάτων αιχμής-κύματος σε όλη τη διάρκεια του ύπνου. Ο ασθενής λάμβανε αιθοσοξυμίδη, βαλπροϊκό οξύ και λεβετιρακετάμη και μετά τη διάγνωση ετέθη σε 10ήμερο σχήμα κορτιζόνης και προσετέθη κλομαζάμη.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Η επιληπτική εγκεφαλοπάθεια με συμπλέγματα αιχμής-κύματος κατά τον ύπνο αποτελεί σπάνιο σύνδρομο και αφορά κυρίως αγόρια ηλικίας περίπου 4 ετών. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη και μάλλον είναι γενετικής αρχής χωρίς να αποκλείεται δομική αλλοίωση. Χαρακτηρίζεται ηλεκτροεγκεφαλογραφικά από συμπλέγματα αιχμών-κυμάτων κυρίως κατά την είσοδο στον ύπνο, επιληπτικές κρίσεις και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Οι επιληπτικές κρίσεις στο σύνδρομο αυτό μπορεί να είναι ποικίλες έως και γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί και επισυμβαίνουν κυρίως στον ύπνο. Οι επιληπτικές κρίσεις εξαφανίζονται ή μειώνονται σημαντικά κατά την εφηβεία. Το σοβαρότερο από τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση. Η διάγνωση βασίζεται στην ηλεκτροεγκεφαλική καταγραφή κατά τον ύπνο. Παράλληλα, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί γενετικός και μεταβολικός έλεγχος αλλά και μαγνητική τομογραφία για τον αποκλεισμό δομικών διαταραχών. Δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες για την θεραπεία, αν και έχουν μεμονωμένα δείξει αποτελεσματικότητα διάφορα φάρμακα.

Ο θεραπευτικός στόχος θα πρέπει να αφορά στην βελτίωση των ηλεκτροεγκεφαλογραφικών διαταραχών, καθώς έλλειψη απάντησης στη αγωγή αποτελεί δείκτη μόνιμης γνωσιακής διαταραχής. Θετικά φαίνεται να είναι τα αποτελέσματα χορήγησης κορτικοστεροειδών.



## ΑΑ19 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΑΤΥΠΗ ΦΑΡΜΑΚΟΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 8 ΕΤΩΝ

Τσιμακίδη Χ.<sup>1</sup>, Γκούγκα Δ.<sup>1</sup>, Μεσημβρινός Σ.<sup>1</sup>, Φανουράκη Σ.<sup>1</sup>, Αργυρόπουλος Θ.<sup>1</sup>,  
Μαργέτη Σ.<sup>1</sup>, Ντινόπουλος Α.<sup>2</sup>, Κότσαλης Χ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Παιδων Πεντέλης

<sup>2</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ «Αττικό»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Φαρμακοανθεκτική ορίζεται η επιληψία κατά την οποία οι κρίσεις δεν ελέγχονται μετά από χρήση δύο τουλάχιστον ενδεδειγμένων αντιεπιληπτικών φαρμάκων σε συνδυασμό ή ως μονοθεραπεία, τα οποία έχουν χορηγηθεί σε επαρκείς δόσεις και για αρκετό χρονικό διάστημα. Αντιστοιχεί στο 1/3 περίπου των ενηλίκων με επιληψία και στο 20-25% των παιδιών. Σε περιπτώσεις πρώιμης εμφάνισης φαρμακοανθεκτικής επιληψίας ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχοκινητικής καθυστέρησης αλλά και SUDEP είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς ηλικίας 8 ετών, με φυσιολογικό περιγεννητικό ιστορικό και ψυχοκινητική εξέλιξη, μεταβολικό και απεικονιστικό έλεγχο αρνητικό για υποκείμενη νόσο. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρονται πυρετικοί σπασμοί του πάτερα καθώς και δυο επιληπτικές κρίσεις σε ηλικία μεγαλύτερη από 30 ετών, μετά τις οποίες έγινε έναρξη αντιεπιληπτικής αγωγής. Η ασθενής μας σε ηλικία 3 ετών, παρουσίασε επεισόδια μονηρών τιναγμάτων κεφαλής καθώς και επεισόδια διαταραχής επίπεδου συνείδησης με προσήλωση βλέμματος και αυτοματισμούς άκρας χείρας. Μεγαλώνοντας παρουσίασε τονικές και γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις στη διάρκεια του ύπνου, ενώ παράλληλα διαπιστώθηκαν μαθησιακές δυσκολίες.

Κατά την προσέλευσή της στην κλινική σε ηλικία 7 ½ ετών, παρουσίαζε εικόνα Non Convulsive Status Epilepticus η οποία επιβεβαιώθηκε και ηλεκτροεγκεφαλογραφικά, ενώ ήταν υπό αγωγή με βαλπροϊκό, αιθουσοξιμίδη και κλοβαζάμη. Αντιμετωπίστηκε αρχικά με κλοναζεπάμη ενδοφλεβίως χωρίς ανταπόκριση ενώ και η χορήγηση διαζεπάμης υπό ηλεκτροεγκεφαλογραφική καταγραφή δεν μετέβαλε το διάγραμμα. Ακολούθησε χορήγηση κορτικοστεροειδών ενδοφλεβίως με βελτίωση της κλινικής και ηλεκτροεγκεφαλογραφικής εικόνας αλλά εξακολούθουσαν να καταγράφονται γενικευμένες εκφορτίσεις αιχμής-πολυαιχμής κύματος, συχνότητας 2.5Hz κυρίως στον ύπνο (CSWS). Λόγω υποτροπής κατά τη μείωση της κορτιζόνης, αποφασίστηκε η χορήγηση γ-σφαιρίνης. Παρουσιάστηκε βελτίωση του ΗΕΓ και συνεχίστηκε η θεραπεία με επαναληπτικά σχήματα γ-σφαιρίνης. Ωστόσο, δεν επιτεύχθηκε πλήρης έλεγχος των κρίσεων, καθώς συνέχιζε να παρουσιάζει τονικές κρίσεις κατά την υπνηλία και τον ύπνο και προστέθηκε λαμοτριγίνη.

Στα πλαίσια της περαιτέρω διερεύνησης έγινε νέα MRI εγκεφάλου η οποία ήταν φυσιολογική, καθώς και WES, το οποίο ανέδειξε παραλλαγή του γονιδίου CACNA1H, αβέβαιης κλινικής σημασίας.

Στην παρούσα φάση, η ασθενής βρίσκεται σε τιτλοποίηση της δόσης λαμοτριγίνης με μείωση της συχνότητας των κρίσεων και σχετική βελτίωση του ΗΕΓ με φυσιολογικό διάγραμμα εγρήγορης, αλλά επιμονή των γενικευμένων εκφορτίσεων στην υπνηλία και τον ύπνο. Παράλληλα η ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες χωρίς σαφή νοητική επιβάρυνση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το παρόν περιστατικό άφορα περίπτωση φαρμακοανθεκτικής επιληψίας με ιδιαίτερη κλινική εικόνα η οποία δεν αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο επιληπτικό σύνδρομο, ενώ ταυτόχρονα παραμένουν ανεπηρεάστες οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες, παρόλο που η ασθενής εξακολουθεί να παρουσιάζει ηλεκτροεγκεφαλογραφικά και κλινικά ευρήματα.





## AA20 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΡΟΛΑΝΔΕΙΟΥ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΜΕ ΑΤΥΠΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Γκούγκα Δ.<sup>1</sup>, Τσιμακίδη Χ.<sup>1</sup>, Καούρα Α.<sup>1</sup>, Ριζωνάκη Κ.<sup>1</sup>, Μαργέτη Σ.<sup>1</sup>,  
Παρασκευουλάκος Ε.<sup>1</sup>, Κότσαλης Χ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική Γ.Ν. Παιδων Πεντέλης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Αυτοπεριοριζόμενη Επιληψία με Κεντροκροταφικές Αιχμές (Ρολάνδειος Επιληψία) είναι καλόηθες επιληπτικό σύνδρομο της παιδικής ηλικίας και αντιστοιχεί στο 20-25% των περιπτώσεων παιδικής επιληψίας. Οι κρίσεις εμφανίζονται άνω των 3 ετών και συνήθως στα 8-9 έτη και υποχωρούν στην εφηβεία. Στις περιπτώσεις που χρειάζεται θεραπεία, ένα από τα φάρμακα εκλογής είναι η καρβαμαζεπίνη. Ατυπη κλινική εικόνα και εξέλιξη εμφανίζεται σε 10-20% των περιπτώσεων.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ασθενής με ιστορικό εργώδους τοκετού και φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη, εμφάνισε σε ηλικία 4 ετών κατά την εγρήγορση επεισόδια με περιστοματική αιμωδία, κυάνωση και δυσαρθρία. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται καλοήθους επιληψία στην πατρική οικογένεια. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ανέδειξε επιληπτογενείς εκφορτίσεις με αιχμές υψηλού δυναμικού στην αριστερή κροταφοβρεγματική περιοχή ενώ η αντικειμενική νευρολογική εξέταση και ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος που περιελάμβανε και MRI εγκεφάλου ήταν φυσιολογικός. Εγινε έναρξη αγωγής με καρβαμαζεπίνη. Επαναληπτικό ΗΕΓ 7 μήνες αργότερα, ανέδειξε αιχμές ρολανδείου μορφολογίας τόσο στην αριστερή όσο και στη δεξιά κροταφοβρεγματική περιοχή και επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της ρολανδείου επιληψίας.

Η ανταπόκριση στην αγωγή ήταν καλή, εμφάνιζε ωστόσο ήπιες διαταραχές συμπεριφοράς και μαθησιακές δυσκολίες. Σε ηλικία 6 ετών παρουσίασε επεισόδιο πολλαπλών εμέτων και διαταραχής επιπέδου συνείδησης στην εγρήγορση διάρκειας ωρών, το οποίο επαναλήφθηκε ένα χρόνο αργότερα. Μετά από πλήρη έλεγχο των κρίσεων για 3 χρόνια, σε προσπάθεια μείωσης της δόσης σε ηλικία 10 ετών, εμφάνισε επεισόδιο σύγχυσης και πτώσης επιπέδου συνείδησης διάρκειας αρκετών ωρών. Το ΗΕΓ είχε εικόνα CSWS. Εγινε διακοπή της καρβαμαζεπίνης και προσθήκη βαλπροϊκού νατρίου. Στα επόμενα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα παρέμεναν ρολάνδειες εκφορτίσεις με άτυπη μορφολογία και ενίοτε με γενίκευση. Οι κρίσεις ελέγχθηκαν πλήρως και βελτιώθηκε η συμπεριφορά του παιδιού καθώς και οι μαθησιακές δυσκολίες. Σε ηλικία 13 ετών σε προσπάθεια μείωσης του φαρμάκου, εμφάνισε γενικευμένη επιληπτική κρίση στη διάρκεια του ύπνου για πρώτη φορά. Το ΗΕΓ ανέδειξε γενικευμένες εκφορτίσεις αιχμής-πολυαιχμής - κύματος τόσο στην εγρήγορση όσο και στον ύπνο. Η δόση επανήλθε, παρέμεινε ελεύθερος κρίσεων, αλλά ως την ηλικία των 16 ετών στο ΗΕΓ εξακολουθούσαν να καταγράφονται ρολάνδειο μορφολογίας εκφορτίσεις σε συνδυασμό με γενικευμένες ριπές αιχμής/κύματος κυρίως στον ύπνο. Οριστική διακοπή της αγωγής έγινε σε ηλικία 18 ετών και έως σήμερα σε ηλικία 21 ετών παραμένει ελεύθερος κρίσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Το ενδιαφέρον έγκειται στην άτυπη πορεία της Ρολανδείου επιληψίας με ποικιλομορφία κρίσεων και ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ευρημάτων και στην εμφάνιση CSWS κατά τη μείωση της καρβαμαζεπίνης, παρά την μακροχρόνια καλή ανταπόκριση και ανοχή στο φάρμακο.





AA21 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΠΤΟΜΟΡΦΕΣ  
ΕΚΦΟΡΤΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ**

Πούρλου Χ.<sup>1</sup>, Βερεντζιώτη Α.<sup>2</sup>, Αλεξούδη Α.<sup>2</sup>, Στεφανάτου Μ.<sup>2</sup>, Αλεξανδράτου Ι.<sup>1</sup>,  
Πελεχρίνη Μ.<sup>3</sup>, Κατσαρός Β.<sup>3</sup>, Γκατζώνης Σ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Νευρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

<sup>2</sup> Α' Νευροχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Ευαγγελισμός

<sup>3</sup> Γενικό Αντικαρκινικό και Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αγιος Σάββας»,  
Τμήμα Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Επεισοδική Αταξία (Episodic Ataxia, EA) περιλαμβάνει μια ομάδα διαταραχών οι οποίες συνήθως κληρονομούνται με αυτοσωμικό επικρατές πρότυπο. Έχουν περιγραφεί 8 υπότυποι. Συχνότερος είναι ο τύπος 2 (EA2), όπου συνυπάρχει επιληψία και ο οποίος προκαλείται από μετάλλαξη στο γονίδιο CACNA1A που κωδικοποιεί μια υπομονάδα του διαύλου ασβεστίου. Η επίπτωση της νόσου υπολογίζεται σε λιγότερο από 1/100.000, ωστόσο πιθανώς υποεκτιμάται λόγω της ανάγκης για επιβεβαίωση μέσω γενετικού ελέγχου.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Θήλυ 27 ετών αναφέρει επαναλαμβανόμενα επεισόδια αστάθειας, διαταραχής συνέργειας και δυσαρθρίας από 5ετίας διάρκειας 1-2 ωρών. Με αφορμή ένα βαριά παθολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) ετέθη η διάγνωση της επιληψίας και χορηγήθηκε αντιεπιληπτική αγωγή. Το ΗΕΓ παρουσίασε βελτίωση ωστόσο τα επεισόδια συνεχίστηκαν. Η εξέταση της ασθενούς κατά την ώρα του επεισοδίου έθεσε κλινικά τη διάγνωση της επεισοδικής αταξίας και η αγωγή με ακεταζολαμίδη απάλλαξε πλήρως την ασθενή από τα επεισόδια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επιληψία παραμένει μια κλινική διάγνωση. Η επεισοδική αταξία είναι μια σπάνια νόσος που συνδυάζει δύο τύπους κλινικών επεισοδίων που απαιτούν συνδυαστική θεραπεία.



## AA22 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΑΤΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΠΤΟΜΟΡΦΕΣ ΕΚΦΟΡΤΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ

Τσιαντή Π.<sup>2</sup>, Τσιαντής Γ.<sup>3</sup>, Μαμώλης Π.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ειδικευόμενος Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Ι. Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Ειδικευόμενη Νευρολογικής Κλινικής, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς, Ελλάδα

<sup>3</sup> Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το σύνδρομο Doose αποτελεί μία ιδιαίτερη μορφή επιληψίας της πρώιμης παιδικής ηλικίας που εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 1/10.000 παιδιά (1-2% της παιδικής επιληψίας), με μεγαλύτερη συχνότητα στους άρρενες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάδειξη των κλινικών και ηλεκτροεγκεφαλικών χαρακτηριστικών του συνδρόμου, που το καθιστούν μοναδικό ως επιληπτικό σύνδρομο.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η έρευνα βασίστηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά την οποία έγινε αξιολόγηση των ερευνών που εντοπίστηκαν και όσες εντάσσονται ορθώς στον σκοπό της εργασίας έλαβαν ανάλυση και καταγραφή των αποτελεσμάτων τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το σύνδρομο Doose, ή μυοκλονική-ατονική επιληψία, έχει συσχετιστεί με πολλούς διαφορετικούς τύπους επιληπτικών κρίσεων. Συνήθετα εκδηλώνεται με μυοκλονικές κρίσεις, οι οποίες συνίστανται σε ξαφνικές ακούσιες κινήσεις και με ατονικές κρίσεις, που συνοδεύονται από αιφνίδια απώλεια του μυϊκού τόνου, ωστόσο ο ασθενής ανακάμπτει γρήγορα την ισορροπία του και δεν πέφτει. Οι ατονικές επιληπτικές κρίσεις συχνά προηγούνται των μυοκλονικών. Αξονικές τονικές και τονικοκλονικές κρίσεις μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της νόσου, ενώ όλοι οι τύποι κρίσεων μπορεί να οδηγήσουν σε επιληπτική κατάσταση. Με την πάροδο του χρόνου, οι επιληπτικές κρίσεις εμφανίζονται συχνότερα τις πρώτες πρωινές ώρες κατά τη διάρκεια του ύπνου από ότι κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η αιτιολογία του συνδρόμου δεν είναι πλήρως γνωστή, αλλά φαίνεται ότι διάφορες γενετικές και δομικές ανωμαλίες μπορεί να αποτελούν τη βάση της διαταραχής. Η διάγνωση γίνεται με τη λήψη ιστορικού και τη κλινική εξέταση, ενώ θα τεθεί με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), το οποίο μπορεί αρχικά να είναι φυσιολογικό, αλλά στη πλειονότητα παρουσιάζει γενικευμένη δραστηριότητα αιχμής-κύματος με σύντομες ριπές 2-5 Hz. Αντίθετα, η MRI εγκεφάλου είναι συνήθως φυσιολογική. Όσον αφορά τη θεραπεία, τα κορτικοστεροειδή, το βαλπροϊκό και η αιθουσοξυμίδη έχουν περιγραφεί ως μερικά αποτελεσματικά φάρμακα για τον έλεγχο των σπασμών ενώ η λεβετιρακετάμη και η ζονισαμίδη φαίνονται να υπερτερούν. Η κετογόνη διαίτα έχει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και πρέπει να ξεκινάει όσο το δυνατόν νωρίτερα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα παιδιά με σύνδρομο Doose εμφανίζουν τη πρώτη τους επιληπτική κρίση σε ηλικία 2-6ετών και περίπου το 1/3 αυτών έχουν φαρμακοανθεκτική επιληψία με επίμονες κρίσεις. Τα παιδιά των οποίων οι επιληπτικές κρίσεις δεν εξαφανίζονται ή αυτά με τονικές κρίσεις και επαναλαμβανόμενη επιληπτική κατάσταση χωρίς σπασμούς μπορεί να αποκτήσουν ποικίλου βαθμού διανοητική αναπηρία. Η σωματική ανάπτυξη συνήθως βελτιώνεται όταν ελέγχονται οι επιληπτικές κρίσεις, με μερικά παιδιά να επιστρέφουν στην κανονική λειτουργία. Συνεπώς, η έγκαιρη διάγνωση, η αναζήτηση και λήψη αποτελεσματικών και άμεσων θεραπευτικών μέτρων αποτελούν σημαντική πρόκληση για μελλοντικές έρευνες ώστε να βελτιωθεί η πορεία και η ποιότητα ζωής των ασθενών.



ΑΑ23 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

**Η ΔΙΨΑ ΩΣ ΑΥΡΑ. ΕΝΔΕΙΞΗ ΠΛΑΓΙΩΣΗΣ;  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Βερεντζιώτη Α., Στεφανάτου Μ., Σερκετζή Σ., Αλεξανδράτου Ι., Πούρλου Χ.,  
Πατρικέλης Π., Αλεξούδη Α., Γκατζώνης Σ.

Μονάδα Χειρουργικής της Επιληψίας, Α' Νευροχειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ,  
Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η αναζήτηση κλινικών κρισικών σημείων ιδίως πρώιμων, έχουν σημαντική κλινική χρησιμότητα στον προεγχειρητικό έλεγχο της ανθεκτικής στα φάρμακα εστιακής έναρξης επιληψίας, όπου ο προσδιορισμός του δικτύου επιληπτογένεσης αποτελεί τον βασικό στόχο.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ:** Ασθενής 22 ετών με δομική επιληψία εστιακής έναρξης εκ του κροταφικού λοβού δεξιά ανέφερε ως αύρα το αίσθημα δίψας.

Η βίντεο-ΗΕΓ καταγραφή επιβεβαίωσε την επαναλαμβανόμενη λήψη ύδατος κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Το δεξιό ημισφαίριο αποδείχθηκε ως μη κυρίαρχο.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Λίγες είναι οι αναφορές για την περικριστική λήψη ύδατος στη βιβλιογραφία. Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι δεν έχει εντοπιστική αξία, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι πρόκειται για σύμπτωμα του αυτονόμου και υποδεικνύει το μη επικρατούν ημισφαίριο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η δίψα ως πρώιμο κρισικό σύμπτωμα και η περικριστική λήψη ύδατος αποτελούν ενδεχομένως κλινικό σημείο πλαγίωσης υπέρ του μη επικρατούντος ημισφαιρίου.



## AA24 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΜΕΛΕΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΟΚΡΙΤΙΚΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ 36 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΥΠΤΟΓΕΝΗ ΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Δημητρίου Μ., Αφράντου Θ., Σμυρνή Ν., Γρηγοριάδης Ν.

Β' Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός τη παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση των μορφολογικών χαρακτηριστικών των μεσοκριτικών ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ευρημάτων ασθενών με νέας έναρξης και χρόνια κρυπτογενή κροταφική επιληψία, προκειμένου να εκτιμηθεί η διαγνωστική τους αξία στην έναρξη και στην πορεία της νόσου.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά σε χρονικό διάστημα 3 ετών (Μάρτιος 2018 - Μάρτιος 2021) 36 ΗΕΓ με μεσοκριτικά ευρήματα (ΜΚΕ), του εργαστηρίου της Β' Νευρολογικής Κλινικής, ασθενών με εστιακές κρίσεις με δ/χη συνείδησης κροταφικής προέλευσης κρυπτογενούς αιτιολογίας. Τα μεσοκριτικά ευρήματα χαρακτηρίστηκαν ως επιληπτόμορφα ή μη επιληπτόμορφα. Ομάδα Α.Επιληπτόμορφα ΜΚΕ: α) ρυθμική θ βραδεία δραστηριότητα σε σειρές, β) βραδέα αιχμηρά κύματα, γ) σύμπλεγμα αιχμής-κύματος. Ομάδα Β. Μη τυπικά επιληπτόμορφα ΜΚΕ: α) παροξυσμική βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ανωμαλία ετερόπλευρα, β) παροξυσμική βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ανωμαλία αμφοτερόπλευρα. Οι δύο υποομάδες διαχωρίστηκαν σε ασθενείς με χρόνια επιληψία (κατά πλειοψηφία με πρόσφατη κρίση) και σε ασθενείς με νέας έναρξης επιληψία (με πρόσφατη επιληπτική κρίση εντός 72h). Επίσης έγινε διαχωρισμός των ασθενών σε σχέση με την λήψη αγωγής ή μη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα 36 ΗΕΓ διαχωρίστηκαν σε 2 ομάδες: Ομάδα Α. Επιληπτόμορφα ΜΚΕ: 19 ΗΕΓ Ομάδα Β. Μη τυπικά επιληπτόμορφα ΜΚΕ: 17 ΗΕΓ. Ειδικότερα τα μορφολογικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα: Ομάδα Α.: βραδέα αιχμηρά κύματα (13/19), σύμπλεγμα αιχμής κύματος (4/19) και ρυθμική βραδεία δραστηριότητα (2/19). Ομάδα Β: η βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ανωμαλία επικρατεί (14/17) με ένα μικρό ποσοστό να εμφανίζει αμφοτερόπλευρη ανωμαλία (3/17). Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των 36 ΗΕΓ σε σχέση με τις παραμέτρους της νόσου:

1. Εναρξη της νόσου: 10 ΗΕΓ - ασθενείς με νέας έναρξης επιληψία( με συχνότερο εύρημα τα βραδέα αιχμηρά κύματα (5/10)) και 26 ΗΕΓ - ασθενείς με χρόνια επιληψία (με συχνότερο εύρημα την βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ετερόπλευρη ανωμαλία (10/26))
2. Πρόσφατη επιληπτική κρίση: 18 ΗΕΓ-ασθενείς με πρόσφατη κρίση: με βραδέα αιχμηρά (6/18) και βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ετερόπλευρη ανωμαλία (6/18)
3. Αντιεπιληπτική αγωγή: 29 υπό αγωγή: βραδέα αιχμηρά (10/29) και βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ετερόπλευρη ανωμαλία (10/29). 7 χωρίς αγωγή (είτε λόγω νέας επιληψίας (4/7) είτε λόγω διακοπής (3/7)), εκ των οποίων: 4 με βραδεία πολύμορφη αιχμηρόμορφη ανωμαλία ετερόπλευρα και 3 με βραδέα αιχμηρά κύματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από την ανάλυση των μορφολογικών χαρακτηριστικών των ΗΕΓ με επιληπτόμορφα ΜΚΕ, τα βραδέα αιχμηρά κύματα στην πρόσθια κροταφική περιοχή είναι το πιο συχνό εύρημα σε νέας έναρξης κρυπτογενή κροταφική επιληψία. Σε σχέση με τις υπόλοιπες παραμέτρους της νόσου δηλ. την πρόσφατη κρίση και την αντιεπιληπτική αγωγή, δεν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με τις υποομάδες των μεσοκριτικών ΗΕΓ ευρημάτων. Η ανεύρεση επιληπτόμορφων ανωμαλιών υπό την μορφή βραδών αιχμηρών κυμάτων, έχει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της κροταφικής επιληψίας κρυπτογενούς αιτιολογίας και πιθανώς μπορεί να αποτελέσει παράμετρο στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου.



AA25 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

**ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ  
ΣΕ ΦΛΟΙΟ ΙΣΤΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΕΠΙΜΥΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΠΡΟΚΛΗΤΟ  
ΕΠΙΣΟΔΙΟ STATUS EPILEPTICUS ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

Βλάικου Α.-Μ.<sup>1</sup>, Καλογερόπουλος Κ.<sup>2</sup>, Φίλιου Μ.<sup>1</sup>, Ψαρροπούλου Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών,  
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας Ζώων και Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών,  
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Η διερεύνηση των μακροπρόθεσμων αλλαγών στην λειτουργία του ΚΝΣ, μετά από μια πειραματική παρατεταμένη και γενικευμένη κρίση, τύπου Status Epilepticus (SE), κατά την ανάπτυξη είναι κομβικό σημείο της έρευνας του εργ. Φυσιολογίας. Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η πιθανή μεταβολή δεικτών μιτοχονδριακού μεταβολισμού σε φλοιό εγκεφάλου ενήλικων επίμυων, >40 ημέρες μετά από την πρόκληση SE κατά την ανάπτυξη.

Sprague-Dawley επίμυες ηλικίας 20 ημερών ενέθηκαν ενδοπεριτοναϊκά με διάλυμα πεντυλενετετραζόλης σε φυσιολογικό ορό (δόση 70mg/kg) και εμφάνισαν γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις με απώλεια ισορροπίας (στάδιο 5 της κλίμακας Racine) για τουλάχιστον 20 λεπτά (οπτική παρακολούθηση >3ωρών, κατόπιν επιστροφή στους κλωβούς). Σαράντα ημέρες αργότερα αποκεφαλίστηκαν μετά από εισπνεόμενη αναισθησία (αιθέρας), απομονώθηκε ο φλοιός και καταψύχτηκε στους -80oC (SE επίμυες, n=7). Εγκεφαλικός φλοιός από πειραματόζωα ίδιας ηλικίας προετοιμάστηκε με τον ίδιο τρόπο (μάρτυρες, Normal, N, n=5).

Για τη σύγκριση των ομάδων SE και N πραγματοποιήθηκε ανοσοαποτύπωση κατά Western για επιλεγμένες υπομονάδες από κάθε σύμπλοκο (CI, CII, CIII, CIV, CV) της οξειδωτικής φωσφορυλίωσης στα μιτοχόνδρια Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων της πρωτεΐνης UQCRC2 στο σύμπλοκο III (CIII) της οξειδωτικής φωσφορυλίωσης σε φλοιούς SE (n=7) σε σχέση με μάρτυρες (n=5) (Mann Whitney test, \*p=0.048).

Τα αποτελέσματα δείχνουν μακροπρόθεσμες -και πιθανόν μόνιμες- μεταβολικές αλλαγές στον φλοιό, μετά από επιληπτικές κρίσεις κατά την ανάπτυξη, που μπορούν δυνητικά να επηρεάσουν την διεγερσιμότητα των νευρωνικών δικτύων και την συμπεριφορά εν γένει (μνήμη, μάθηση κλπ.), λειτουργίες που δεν συνδέονται άμεσα με το δυναμικό έκλυσης επιληπτικών κρίσεων και αναδεικνύουν ένα πιθανό ρυθμιστικό ρόλο των μιτοχονδρίων του φλοιού που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.



## AA26 - Επιληπτικές Κρίσεις και σύνδρομα

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΑΝΟΛΗ ΣΕ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΕ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΕΠΙΜΥΕΣ

Κουκοβίνη Τ.\* , Παλιάγκα Α.\* και Ψαρροπούλου Α.

(\*ισοδύναμη συμμετοχή)

Εργαστήριο Φυσιολογίας Ανθρώπου και Ζώων, Τμήμα Βιολογικών Εφαρμογών και Τεχνολογιών,  
Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Η προγεννητική έκθεση στην αιθανόλη σχετίζεται με ένα μεγάλο αριθμό νευρολογικών προβλημάτων, τα οποία σχετίζονται με τον χρόνο και την βαρύτητα της έκθεσης κατά την εγκυμοσύνη, και έχει αποδειχτεί από κλινικές μελέτες ότι αναμεσα σε άλλα, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων. Πειραματικά, η συσχέτιση δεν έχει εξεταστεί ευρέως και πάντως όχι στο «ήπιο» μοντέλο που χρησιμοποιούμε, το οποίο ωστόσο έχει δείξει αλλαγές στην νευρωνική διεγερσιμότητα *in vitro*. Στην παρούσα εργασία εξετάσαμε τα χαρακτηριστικά προκλητών φαρμακολογικά επιληπτικών κρίσεων, τόσο σε αναπτυσσόμενους όσο και σε ενήλικους επίμυες μετά από Προγεννητική έκθεση στην αιθανόλη (prenatal alcohol exposure, PAE) και τα συγκρίναμε με αυτά υγιών επίμυων (normal, N) ίδιας ηλικίας.

Νεαροί άτοκοι ενήλικες θηλυκοί Sprague-Dawley επίμυες έλαβαν διάλυμα αιθανόλης (πρώτα 10%v/v, μετά 15%) για δύο εβδομάδες ως την μόνη πηγή νερού και η έκθεση (15%) συνεχίστηκε καθ'όλη την διάρκεια της αναπαραγωγής και της κύησης. Μετά την γέννα η συγκέντρωση μειώθηκε σταδιακά και μηδενίστηκε την 15η ημέρα. Στην συνέχεια προκλήθηκαν επιληπτικοί σπασμοί με χορήγηση i.p. του GABAA ανταγωνιστή πεντυλενετετραζόλης (PTZ) σε σταδιακά αυξανόμενη συγκέντρωση (50-70-80 mg/kg) μέχρι την εμφάνιση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών με απώλεια ισορροπίας. Οι επίμυες παρατηρήθηκαν για 4 ώρες μετά την πρόκληση κρίσης και μετά επιστράφηκαν στους κλωβούς τους. Οι κρίσεις προκλήθηκαν κατά την 20η μέρα μετά την γέννηση (Young, Y) και κατά την 60η (Adult, A) Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά n=161 επίμυες εκ των οποίων οι n=71 ήταν Y (PAE, n=28 Αρσενικοί, n=17 Θηλυκοί, N, n=13 Αρσενικοί, n=13 Θηλυκοί) και οι n=67 ήταν A (PAE, n=22 Αρσενικοί, n=19 Θηλυκοί, N, n=30 Αρσενικοί, n=19 Θηλυκοί). Τα ευρήματα αναλύθηκαν στατιστικά με το Fisher's exact test (ή το Chi-square test) καθώς και με το student's t-test (για μη-συζευγμένα δείγματα, unpaired samples).

Για την αξιολόγηση των κρίσεων (στάδια, διάρκεια) χρησιμοποιήθηκαν αρχικά υπάρχουσες κλίμακες<sup>1</sup> αλλά στην συνέχεια δημιουργήσαμε μια νέα τροποποιημένη κλίμακα δεδομένου ότι οι παρατηρήσεις μας ήταν λεπτομερέστερες από τις ήδη υπάρχουσες περιγραφές, πιθανόν σε σχέση επίσης με την ηλικία και την PAE των πειραματόζωων. Η προκαταρκτική ανάλυση των ευρημάτων δείχνει διαφορές μεταξύ N και PAE ζώων στα χαρακτηριστικά των κρίσεων, οι οποίες επιπλέον είναι συνάρτηση τόσο της ηλικίας κατά την κρίση (Y, A) όσο και του φύλου του ζώου (A, Θ), και θα παρουσιαστούν αναλυτικά κατά το συνέδριο.

Συμπερασματικά, τα προκαταρκτικά ευρήματά μας δείχνουν ότι ήπια κατανάλωση αιθανόλης καθόλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να επηρεάσει το δυναμικό έκλυσης επιληπτικών κρίσεων στους απογόνους με επιπλέον συσχέτιση με το φύλο και την ωρίμανση του ΚΝΣ.

<sup>1</sup> Racine 1972, Pinel and Rovner 1978, Lüttjohann et al. 2009, Jana Velísková and Libor Velíšek 2017, Jan Van Erum et al. 2019





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

|                  |                 |                  |                   |
|------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| AA02             | Antoniadi K.    | AA03, AA08,      | Γκατζώνης Σ.      |
| AA01             | Cross J. H.     | AA10, AA21, AA23 |                   |
| AA01             | Eltze C.        | AA09             | Γκίκα Α.          |
| AA02             | Fiolaki A.      | AA19, AA20       | Γκούγκα Δ.        |
| AA07             | Habermehl L.    | AA24             | Γρηγοριάδης Ν.    |
| AA02, AA07       | Knake S.        | AA11, AA17       | Γρόση Ε.          |
| AA02             | Kubica M.       | AA01             | Γώγου Μ.          |
| AA01             | Pujar S.        | AA04, AA05       | Δαδούπη Ν.        |
| AA07             | Rosenow F.      | AA06             | Δερετζή Γ.        |
| AA06             | Rudolf J.       | AA24             | Δημητρίου Μ.      |
| AA01             | Schoeler N.     | AA16             | Ευαγγελάκη Μ.-Ε.  |
| AA01             | Simpson Z.      | AA12, AA13, AA14 | Θεοχάρη Ε.        |
| AA07             | Strzelczyk A.   | AA25             | Καλογερόπουλος Κ. |
| AA02, AA07       | Tsalouchidou P. | AA12, AA13, AA14 | Καλύβας Α.        |
| AA02, AA07       | Zahnert F.      | AA20             | Καούρα Α.         |
| AA07             | Zöllner J. Ph.  | AA06             | Καραλής Φ.        |
| AA06             | Αθανασιάδου Μ.  | AA09, AA10, AA21 | Κατσαρός Β.       |
| AA03, AA08,      |                 | AA09             | Κεραμίδα Α.       |
| AA21, AA23       | Αλεξανδράτου Ι. | AA11, AA17       | Κιμισκίδης Β.     |
| AA03, AA08,      |                 | AA06             | Κοκκώνης Σ.       |
| AA10, AA21, AA23 | Αλεξούδη Α.     | AA08             | Κομπόλης Α.       |
| AA19             | Αργυρόπουλος Θ. | AA08, AA10       | Κορφιάς Σ.        |
| AA24             | Αφράντου Θ.     | AA19, AA20       | Κότσαλης Χ.       |
| AA03, AA08,      |                 | AA26             | Κουκοβίνη Τ.      |
| AA10, AA21, AA23 | Βερεντζιώτη Α.  | AA12, AA13, AA14 | Κουρτέση Γ.       |
| AA25             | Βλάικου Α.-Μ.   | AA10             | Κρατημένος Θ.     |
| AA09             | Γαργάνης Κ.     | AA09             | Κυρώζης Α.        |
| AA12, AA13, AA14 | Γέρκου Α.       | AA17             | Λιούτα Ε.         |



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

|                  |                    |                  |                  |
|------------------|--------------------|------------------|------------------|
| AA22             | Μαμώλης Π.         | AA03, AA08,      |                  |
| AA19, AA20       | Μαργέτη Σ.         | AA10, AA21, AA23 | Στεφανάντου Μ.   |
| AA18             | Μαρκούλα Σ.        | AA09             | Στεφάνου Δ.Ε.    |
| AA19             | Μεσημβρινός Σ.     | AA10             | Στράτου Δ.-Ε.    |
| AA18             | Μόρτος Δ.          | AA11             | Τραϊανού Α.      |
| AA12, AA13, AA14 | Νατσή Σ.           | AA09             | Τσαουσίδης Η.    |
| AA14             | Νέμτσας Π.         | AA09, AA19, AA20 | Τσιμακίδη Χ.     |
| AA19             | Ντινόπουλος Α.     | AA22             | Τσιαντή Π.       |
| AA26             | Παλιάγκα Α.        | AA22             | Τσιαντής Γ.      |
| AA09             | Πανδής Δ.          | AA19             | Φανουράκη Σ.     |
| AA17             | Παπαγιάννης Ι.     | AA10             | Φαρσάρης Δ.      |
| AA12, AA13, AA14 | Παπαμιχάλης Ε.     | AA03, AA08       | Φασιλής Θ.       |
| AA18             | Παπανικολάου Χ.    | AA25             | Φίλιου Μ.        |
| AA12, AA13, AA14 | Παπαστογιάννης Τ.  | AA17             | Φροντιστής Α.    |
| AA20             | Παρασκευουλάκος Ε. | AA08             | Φυτράκη Α.       |
| AA03, AA08, AA23 | Πατρικέλης Π.      | AA18             | Χάμκο Γ.         |
| AA11             | Παύλου Ε.          | AA11             | Χατζηκυριάκου Ε. |
| AA09, AA10, AA21 | Πελεχρίνη Μ.       | AA16, AA25, AA26 | Ψαρροπούλου Α.   |
| AA17             | Πιτυρίγκας Ε.      |                  |                  |
| AA08             | Πολίτης Κ.         |                  |                  |
| AA06             | Πορφύρη Γ.-Ν.      |                  |                  |
| AA03, AA08,      |                    |                  |                  |
| AA21, AA23       | Πούλου Χ.          |                  |                  |
| AA20             | Ριζωνάκη Κ.        |                  |                  |
| AA04, AA05       | Σεβαστοπούλου Ε.   |                  |                  |
| AA23             | Σερκετζή Σ.        |                  |                  |
| AA24             | Σμυρνή Ν.          |                  |                  |
| AA11, AA17       | Σπηλιώτη Μ.        |                  |                  |

*measured* by *moments*



At PTC Therapeutics, it is our mission to provide access to unmet medical need.

PTC is a science-driven, global biopharmaceutical company focused on the discovery, development and commercialization of clinically differentiated medicines that provide benefits to patients with rare disorders. PTC's ability to globally commercialize products is the foundation that drives investment in a robust and diversified pipeline of transformative medicines and our mission to provide access to best-in-class treatments for patients who have an unmet medical need.

To learn more about PTC, follow us on Facebook, on Twitter at @PTCBio, and on LinkedIn.

A woman with long brown hair, wearing a mustard yellow puffer jacket, a light pink knit beanie, and black boots, is holding a baby. The baby is wearing a grey knit beanie and a grey sweater. They are standing on a long wooden pier that extends into a calm body of water. In the background, there are mountains under a clear sky. The scene is peaceful and serene.

# Healthcare with Passion and Conviction