



Ελληνικός  
Οργανισμός  
Εγκεφαλικών

Φίλες, φίλοι και μέλη του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών,

Μια γεμάτη χρονιά φτάνει στο τέλος της και με αισιοδοξία ατενίζουμε το μέλλον.

Το 2021 ήταν ένα έτος που η COVID-19 μονοπώλησε το ενδιαφέρον της κοινωνίας και των συστημάτων υγείας. Ωστόσο με το μαζικό εμβολιασμό υπάρχει η αισιοδοξία ότι η πανδημία φτάνει σύντομα στο τέλος της. Τα βλέμματα θα στραφούν και πάλι στα νοσήματα που αποτελούν «χρόνιες πανδημίες» όπως τα εγκεφαλικά επεισόδια, η αρτηριακή υπέρταση, ο διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, η κολπική μαρμαρυγή, η παχυσαρκία.

Τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν παγκοσμίως τη δεύτερη αιτία θανάτου και πρώτη αιτία αναπηρίας στους ενήλικες και χρειάζονται τη δέουσα προσοχή, με στόχο την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση. Ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών, μέσα σε μια δύσκολη συγκυρία για την επιστημονική κοινότητα αλλά και την κοινωνία λόγω της πανδημίας, για άλλη μια χρονιά μέσα από συνεχείς δράσεις προσπάθησε και ελπίζουμε ότι κατάφερε να συμβάλει στην ενημέρωση του κοινού και στην εκπαίδευση των Ιατρών αλλά και των υπόλοιπων Επαγγελματιών Υγείας που αποτελούν τον πυρήνα της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών.

Το ετήσιο [Πανελλήνιο Συνέδριό](#) μας, η συνεχής παρουσία του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών σε κομβικά [Επιστημονικά Συνέδρια](#), η διοργάνωση της ετήσιας σειράς των [webinars](#), η [συνεργασία](#) με Επιστημονικές Εταιρείες και Φορείς, προήγαγαν τη διεπιστημονική συνεργασία και την δια βίου εκπαίδευση. Η διοργάνωση της [Εκστρατείας Ενημέρωσης](#) στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας Εγκεφαλικών συνέβαλε στην ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του κοινού. Η συνεχής δράση όλων των μελών του Ελληνικού Οργανισμού συμβάλει στην καθημερινή βελτίωση της πρόληψης και στη σύγχρονη αντιμετώπιση των εγκεφαλικών στα Ελληνικά Νοσοκομεία. Όλο και περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται με ενδοφλέβια θρομβόλυση και πλέον, και με μηχανική θρομβεκτομή, με στόχο ο αριθμός αυτός να αυξάνεται συνεχώς αγγίζοντας τα διεθνή standards. Οι δράσεις μας συνεχίζονται και τη νέα χρονιά, ενσωματώνοντας ακόμα περισσότερους επαγγελματίες υγείας αλλά και ασθενείς και τις οικογένειές τους με στόχο τη βελτίωση της πρόληψης και της αντιμετώπισης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στη χώρα μας.

Η χρονιά αυτή φεύγει φορτισμένα, κάτω από το βάρος της πανδημίας. Θα θέλαμε όμως να μεταφέρουμε ένα μήνυμα αισιοδοξίας για τη χρονιά που έρχεται. Στο

κλείσιμο του έτους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εσάς τα μέλη και τους φίλους του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών για τη συμμετοχή, τη συνεργασία, την εμπιστοσύνη και τη συμπόρευση.

Τέλος, θα θέλαμε να τιμήσουμε τους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και τις οικογένειές τους για τον απαιτητικό αγώνα που δίνουν καθημερινά. Τους συγχαίρουμε για τη δύναμή τους να παλεύουν και να στοχεύουν σε μια ποιοτική ζωή μετά το εγκεφαλικό και δεσμευόμαστε ότι ο Ελληνικός Οργανισμός Εγκεφαλικών θα συνεχίσει να συμβάλει στη βέλτιστη αντιμετώπιση και αποκατάσταση μετά το εγκεφαλικό με κέντρο τον ασθενή και την οικογένειά του.

---

Στις 3 Δεκεμβρίου, στην Παγκόσμια Ημέρα Ατόμων με Αναπηρία, η Γενική Γραμματέας του Οργανισμού μας [Ελένη Κορομπόκη](#), φιλοξενήθηκε στη [Μονάδα Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών](#) της [Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Προσώπων](#) (ΕΛΕΠΑΠ). Είχε τη χαρά να γνωρίσει την εξαιρετική ομάδα των Νευροψυχολόγων, τους χώρους που λαμβάνει χώρα η Νευροψυχολογική Αποκατάσταση, και συζήτησε με την κ. [Χρισταλένα Καττάμη](#), Συμβουλευτική Ψυχολόγο Αποκατάστασης και Υπεύθυνη της Μονάδας Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών ΕΛΕΠΑΠ σχετικά με τη μεθοδολογία, τις προοπτικές, και τα προβλήματα στο χώρο της αποκατάστασης.



**Κυρία Καττάμη, σας ευχαριστούμε θερμά για τη φιλοξενία! Τι εννοούμε λέγοντας "ολιστική νευροψυχολογική αποκατάσταση";**

Εμείς σας ευχαριστούμε για την επίσκεψη, κ. Κορομπόκη! Η ολιστική νευροψυχολογική αποκατάσταση μετά από επίκτητη εγκεφαλική βλάβη αφορά ένα σύνολο ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ταυτόχρονη αντιμετώπιση των νοητικών ελλειμμάτων, αλλά και των συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, στο πώς αυτές αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα αλλά και τη δυνατότητα προσαρμογής και επανένταξης.

Επιπλέον, στοχεύει στη σταδιακή επίγνωση καθώς και στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας, στον επαναπροσδιορισμό των στόχων και του νοήματος ζωής. Αναπόσπαστο μέρος της παρέμβασης αποτελεί η ενημερότητα και στήριξη της οικογένειας και των φροντιστών. Το πρόγραμμα ακολουθεί τη δομή, τα ψυχομετρικά εργαλεία, τις θεραπευτικές μεθόδους και τις συστηματικές γνωστικές ασκήσεις του Brain Injury Day Treatment Program του Rusk Institute of Rehabilitation Medicine, New York University Medical Center, τα οποία έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και σε άτομα με εγκεφαλικές βλάβες στην Ελλάδα. Είχα την ευκαιρία, να εργαστώ για τέσσερα χρόνια στην ομάδα του ιδρυτή της ολιστικής Νευροψυχολογικής Αποκατάστασης Εγκεφαλικών βλαβών Yehuda. Ben Yishay, στην Αμερική, ο οποίος μάλιστα υποστήριξε, εκπαίδευσε και επέβλεψε την ομάδα των νευροψυχολόγων τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της Μονάδας.

### **Γιατί χρειάζονται οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο νευροψυχολογική αποκατάσταση? Ποιοι ασθενείς θα ωφεληθούν περισσότερο;**

Μετά από ένα ΑΕΕ το 80% -85% θα εμφανίσει κινητικές δυσκολίες, το 40% -50% θα εμφανίσει σωματαιοσθητικές δυσκολίες, ένα 20%-25% θα έχει διαταραχές στο λόγο (αφασία εκπομπής ή/και πρόσληψης), το 15%-20% θα εμφανίσει διαταραχές στην οπτικοχωρική αντίληψη (οπτική παραμέληση/ημιανοψία), το 25%-30% θα εμφανίσει διαταραχές στην ταχύτητα επεξεργασίας/προσοχή, ένα 15%-25% θα έχει διαταραχές στη μνήμη και τέλος ένα 25%-30% θα εμφανίσει διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες (προγραμματισμός, λήψη απόφασης, οργάνωση, καθορισμός προτεραιοτήτων και νοητική ευελιξία). Οι αλλαγές στην κίνηση και στην ομιλία είναι εμφανείς και υπάρχει θεραπευτική κάλυψη από τις ανάλογες ειδικότητες από πολύ νωρίς, ωστόσο τα ελλείμματα στις νοητικές λειτουργίες δεν αναγνωρίζονται εύκολα, ενώ οι αλλαγές στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά αποτελούν μεγάλες προκλήσεις στην καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών με ΑΕΕ.

Είναι σημαντικό να επισημάνουμε και την επιρροή της νοητικής κόπωσης δηλαδή των εξασθενημένων νοητικών αντοχών αλλά και της δυσκολίας ως προς την έλλειψη ενεργοποίησης και την απάθεια, δηλαδή τη δυσκολία στην έναρξη, διατήρηση και ολοκλήρωση στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς. Επιπλέον, συχνά οι ασθενείς μετά από ΑΕΕ εμφανίζουν άρση αναστολών, δηλαδή αδυναμία σκόπιμου ελέγχου του συναισθήματος και της συμπεριφοράς με τη μορφή παρορμητικότητας, συναισθηματικού και γνωστικού κατακλυσμού, ευερεθιστότητας, εκνευρισμού με αιφνίδιες εξάρσεις οργής ή/και βίας, καχυποψίας και εμμονών, που χρίζουν εξειδικευμένης παρέμβασης. Μετά από ένα ΑΕΕ μπορεί επιπλέον να παρατηρηθούν διαταραχές της διάθεσης όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές των κινήτρων. Τέλος, είναι σημαντικό να επισημάνουμε την έλλειψη επίγνωσης των ασθενών ως προς τις δυσκολίες τους, κάτι το οποίο δυσχεραίνει τόσο την αναγνώριση αυτών όσο και την αποδοχή υποστήριξης από το περιβάλλον τους.

Τα νοητικά ελλείμματα και συμπεριφορικά/συναισθηματικά επακόλουθα τόσο στην

οξεία/υποξεία όσο και στη χρόνια φάση αν και εντοπίζονται από τους θεράποντες ιατρούς, δεν αντιμετωπίζονται, ωστόσο, με τις παρεχόμενες θεραπείες αποκατάστασης, αφήνοντας τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τους φροντιστές στην άγνοια και σε μια αγωνιώδη και μοναχική προσπάθεια να κατανοήσουν τι έχει συμβεί και πώς να συνεχίσουν.

Όσες προσπάθειες και να έχουν γίνει για τον προσδιορισμό των προγνωστικών παραμέτρων που καθιστούν ένα άτομο μετά από ΑΕΕ καλό υποψήφιο για πρόγραμμα νευροψυχολογικής αποκατάστασης, δεν μπορούμε να φτάσουμε σε συμπέρασμα, λόγω της μοναδικότητας και της πολυπαραγοντικότητας του κάθε ΑΕΕ, του ατόμου που το έχει υποστεί, του οικογενειακού και κοινωνικού εργασιακού πλαισίου, των ρόλων που επιθυμεί να επανενταχθεί και τέλος των συνθηκών του περιβάλλοντος και των δυνατοτήτων αποκατάστασης που έχει πρόσβαση.

Στη Μονάδα Νευροψυχολογίας και Αποκατάστασης Εγκεφαλικών Βλαβών βασιζόμαστε σε ενδελεχή νευροψυχολογική εκτίμηση, η οποία σε συνδυασμό με το ιστορικό και τα απεικονιστικά ευρήματα, την κλινική παρατήρηση και τις πληροφορίες από τους φροντιστές παρέχει τη συνολική εικόνα του ασθενή. Είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι οι παρεμβάσεις διαμορφώνονται ανάλογα με το εξατομικευμένο προφίλ των ασθενών μετά από ΑΕΕ και το στάδιο της αποκατάστασής τους.

Ιδανικά, η νευροψυχολογική παρέμβαση θα μπορούσε να ξεκινήσει μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο ή από μια κλειστή αποκαταστασιακή δομή, με την προϋπόθεση ο ασθενής να είναι αυτοεξυπηρετούμενος, να υπάρχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο εγρήγορσης και αντοχής και στοιχειώδους λεκτική επικοινωνία, ώστε να μπορεί να παρακολουθήσει ένα ομαδικό πρόγραμμα 3 με 5 ωρών την ημέρα.



**Κυρία Καττάμη, ποια είναι η εμπειρία σας σχετικά με την έκβαση των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο?**

Η μέχρι τώρα εμπειρία μας, κ. Κορομπόκη, έχοντας υποστηρίξει ένα σημαντικό αριθμό ασθενών με ΑΕΕ, μας έχει δείξει ότι η έκβαση των ασθενών με ΑΕΕ μετά από νευροψυχολογική αποκατάσταση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κάθε ασθενής με ΑΕΕ είναι μοναδικός. Το είδος της βλάβης, η ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό

υπόβαθρο, το προφίλ του ασθενή προ του ΑΕΕ, το κίνητρο, οι εκάστοτε στόχοι επανένταξης και η χρονιότητα της βλάβης είναι διαφορετικά και επηρεάζουν εξίσου την πορεία της αποκατάστασης. Τα τελευταία 2 χρόνια παρατηρούμε μια αύξηση των ασθενών με ΑΕΕ που έρχονται στη Μονάδα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (6-8 μήνες) μετά το ΑΕΕ, κάτι που φαίνεται να συμβάλλει στην καλύτερη έκβαση της αποκατάστασης και ποιότητα ζωής. Στα 14 χρόνια λειτουργίας της Μονάδας ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΑΕΕ έχει επιστρέψει σταδιακά στο εργασιακό πλαίσιο με τις απαραίτητες προσαρμογές και την εξειδικευμένη καθοδήγηση, ενώ άλλοι απασχολούνται σε εθελοντική βάση σε τομείς που τους ενδιαφέρουν. Αρκετοί ασθενείς έχουν επανενταχθεί στους κοινωνικούς και οικογενειακούς τους ρόλους, ενώ κάποιοι άλλοι χρειάζονται και θα χρειάζονται συνεχή υποστήριξη από κάποιο οικείο πρόσωπο. Ο απώτερος στόχος της νευροψυχολογικής αποκατάστασης είναι η καλύτερη δυνατή καθημερινή λειτουργικότητα για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες, δυνατότητες, στόχους και επιθυμίες που είναι σημαντικές για τον ίδιο και την οικογένειά του. Η συνεργασία ανάμεσα στους θεράποντες Ιατρούς, τους Θεραπευτές όλων των ειδικοτήτων και των Νευροψυχολόγων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα βέλτιστα αποτελέσματα.

### **Εκτός από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή με εγκεφαλικό, προσφέρετε υποστήριξη και στην οικογένεια?**

Συνήθως οι φροντιστές είναι οι πρώτοι που διαπιστώνουν τις αλλαγές στον ασθενή, προσπαθούν να τις διαχειριστούν και προσδοκούν τη γρήγορη επάνοδο στην καθημερινότητα. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές παραμένουν αβοήθητοι και απομονωμένοι και καταλήγουν να βρίσκονται στα όρια των φυσικών, συναισθηματικών και οικονομικών αντοχών τους.

Στην Μονάδα αναπόσπαστο μέρος των παρεμβάσεων αποτελεί η υποστήριξη της οικογένειας και των φροντιστών με συμβουλευτικές συνεδρίες που στοχεύουν στην ενημερότητα, στη συνέργεια διεκπεραίωσης και γενίκευσης των στόχων, στη διαχείριση των καταστάσεων που προκύπτουν, στην υποστήριξη στο δύσκολο βίωμα της «αμφιλεγόμενης απώλειας» (ambiguous loss), στη προσαρμογή στις νέες συνθήκες και στη διερεύνηση, καθορισμό και αποδοχή μελλοντικών ρεαλιστικών αποφάσεων.

### **Δε θα έπρεπε η νευροψυχολογική αποκατάσταση να καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία;**

Η ολιστική νευροψυχολογική παρέμβαση είναι σημαντικό να καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία για τουλάχιστον ένα χρόνο, όχι μόνο γιατί βοηθά στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και γιατί μακροπρόθεσμα είναι οικονομικά πιο προσοδοφόρα για όλη τη κοινωνία, αν αναλογιστούμε το κόστος της μη επανόδου στην εργασία του ίδιου του ασθενούς, την αδυναμία συμβολής στην καθημερινή λειτουργικότητα, το κόστος των συνεχών ιατρικών επισκέψεων και ψυχοθεραπειών, την ανάγκη συνεχούς επίβλεψης και την αλλαγή του ρόλων των

μελών της οικογένειας.

### **Τι συμβαίνει στις χώρες του εξωτερικού?**

Σε αρκετές χώρες του δυτικού κόσμου η συμβολή της νευροψυχολογικής αξιολόγησης και παρέμβασης είναι αναγνωρισμένη και στα περισσότερα κέντρα αποκατάστασης, είτε είναι κλειστής νοσηλείας είτε εξωτερικής περίθαλψης, συμπεριλαμβάνονται αντίστοιχες υπηρεσίες για την ενίσχυση των νοητικών ελλειμμάτων των ασθενών και τη διαχείριση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών τους. Επίσης, στα περισσότερα νοσοκομεία, ιδιωτικού ή δημόσιου χαρακτήρα, λειτουργούν ειδικευμένες μονάδες εγκεφαλικών επεισοδίων, οι οποίες στελεχώνονται από Επαγγελματίες Υγείας με εξειδίκευση στον τομέα αυτό, με στόχο την ολιστική θεραπεία των ασθενών και τη βέλτιστη περίθαλψη τους. Στα πλαίσια αυτά πραγματοποιούνται κατά κανόνα νευροψυχολογικές εκτιμήσεις σε διαφορετικά χρονικά σημεία της νοσηλείας τους καθώς και σύντομες συνεδρίες γνωστικής ενδυνάμωσης, συνήθως με τη χρήση εξειδικευμένων ηλεκτρονικών προγραμμάτων, ενώ στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας οι Νευροψυχολόγοι συμμετέχουν στο σχεδιασμό των εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων που θα ακολουθήσουν οι ασθενείς με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Παρόλα αυτά, σε πολλές χώρες του κόσμου δεν ισχύουν, δυστυχώς, όλα τα προαναφερθέντα και η αναγνώριση της νευροψυχολογικής αποκατάστασης είναι πολύ περιορισμένη.

### **Σας ευχαριστούμε πολύ, κ. Καττάμη, για την αναλυτική παρουσίαση του πλούσιου έργου σας. Συγχαρητήρια και καλή επιτυχία!**

Εμείς σας ευχαριστούμε θερμά που αναδεικνύετε τις προσπάθειές μας, κ. Κορομπόκη!

---

Στις 7 Δεκεμβρίου πραγματοποιήθηκε το 3ο φετινό webinar μας με θέμα την αποκατάσταση μετά από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η [Ανδρονίκη Πλωμαρίτογλου](#), Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νευρολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο «Υγεία» και Ταμίας του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών, συζήτησε για τους τρόπους με τους οποίους μπορούμε να βοηθήσουμε τους ασθενείς με σπαστικότητα, ενώ η [Αιμιλία Μίχου](#), Επίκουρη Καθηγήτρια Λογοθεραπείας του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών και επίτιμη Λέκτορας της Σχολής Ιατρικών Επιστημών του Manchester University, εστίασε στους ασθενείς με δυσφαγία. Στη συζήτηση, την οποία συντόνισε ο [Βασίλειος Παπαβασιλείου](#), Παθολόγος στο Leeds Stroke Center, συμμετείχε επίσης ο [Σεραφείμ Νανάς](#), Καθηγητής Παθολογίας & Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ και η [Σοφία Μαρκούλα](#), Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ευχαριστούμε θερμά και πάλι τους συμμετέχοντες για το πλούσιο σεμινάριο.



---

Στις 11 Ιανουαρίου θα πραγματοποιηθεί το 4ο φετινό webinar μας με θέμα την αναστροφή της δράσης των αντιπηκτικών σε ασθενείς με ενδοκράνια αιμορραγία. Η [Ελένη Κορομπόκη](#), Παθολόγος στη Θεραπευτική Κλινική ΕΚΠΑ θα συζητήσει σχετικά με την αναστροφή των ανταγωνιστών της βιταμίνης Κ, ενώ ο [Λεωνίδας Παλαιοδήμος](#), Παθολόγος και Επίκουρος Καθηγητής στο Albert Einstein College of Medicine, θα εστιάσει στην αναστροφή των νεότερων αντιπηκτικών. Στη συζήτηση την οποία θα συντονίσει η Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας [Ελένη Αρναούτογλου](#), θα συμμετέχουν επίσης η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αιματολογίας & Θρομβοεμβολικών Παθήσεων ΑΠΘ [Γεώργια Καϊάφα](#), ο Καθηγητής Βιοχημείας- Κλινικής Χημείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Πρόεδρος του [ΙΜΕΘΑ](#) [Αλέξανδρος Τσελέπης](#), και ο Παθολόγος-Εντατικολόγος [Γεώργιος Καρλής](#).

Εγγραφείτε [εδώ](#) και συμμετέχετε και εσείς ενεργά στη διαδικτυακή συζήτηση .

**Meet the experts** Webinars 2021-2022**Αναστροφή αντιπηκτικών  
σε ενδοκράνια αιμορραγία**

Τρίτη 11/1/2022 ώρα 17:00 – 18:30

**Συντονιστής:**

Ε. Αρναούτογλου

**Panellists:**

Α. Τσελέπης, Γ. Καρλής, Γ. Καϊάφα

**Ομιλητές:**Ασθενής υπό ασενοκουμαρόλη και ενδοκράνια  
αιμορραγία: πως μπορώ να την βοηθήσω

Ε. Κορομπόκη

Ασθενής υπό DOAC και ενδοκράνια αιμορραγία:  
πως μπορώ να την βοηθήσω

Α. Παλαισιόδημος

Πληροφορίες - Γραμματεία:

KEFM - CONGRESS WORLD

Οργάνωση Συνεδρίων, Μεταλαοκοπούλου 27, 11528 Αθήνα

Τηλ. 210 72 10001, Fax: 210 72 10051, E-mail: info@congressworld.gr

Όπως κάθε μήνα, η [Ματίλντα Φλωρεντίν](#), Παθολόγος στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, παρουσιάζει επιλεγμένες, πρόσφατα δημοσιευμένες, ερευνητικές εργασίες, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω.

### **Efficacy and Safety of Ticagrelor and Aspirin in Patients With Moderate Ischemic Stroke: An Exploratory Analysis of the THALES Randomized Clinical Trial**

[JAMA Neurol 2021;78\(9\):1091-1098](#)

Οι υπάρχουσες μελέτες με διπλή αντιαθρομβωτική αγωγή δεν συμπεριέλαβαν ασθενείς με μέτριας βαρύτητας αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ). Η μελέτη THALES (Acute Stroke or Transient Ischaemic Attack Treated With Ticagrelor and ASA for Prevention of Stroke and Death) συμπεριέλαβε τέτοιους ασθενείς, ωστόσο στα αποτελέσματα της μελέτης δεν έγινε ειδική αναφορά σε αυτό τον πληθυσμό. Η μελέτη THALES ήταν μια πολυκεντρική μελέτη στην οποία ασθενείς με ΑΕΕ τυχαιοποιήθηκαν σε θεραπεία με ticagrelor (180 mg δόση φόρτισης την πρώτη ημέρα και ακολούθως 90 mg 2 φορές/ημέρα τις ημέρες 2-30) ή εικονικό φάρμακο εντός 24 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν



ασπιρίνη 300-325 mg την πρώτη μέρα και 75-100 mg τις ημέρες 2-30. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για επιπλέον 30 ημέρες. Η συγκεκριμένη ανάλυση της μελέτης THALES διερεύνησε την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού ticagrelor-ασπιρίνης σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας AEE [σκορ 4-5 στην κλίμακα NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale; NIHSS)]. Συγκεκριμένα, συγκρίθηκαν οι ασθενείς με μέτριας βαρύτητας AEE με τους ασθενείς με ηπιότερο AEE (σκορ NIHSS 0-3). Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η εμφάνιση AEE ή θανάτου τις πρώτες 30 ημέρες και κύριο καταληκτικό σημείο ασφάλειας ήταν η εμφάνιση βαριάς αιμορραγίας. Συνολικά συμπεριελήφθησαν 9983 ασθενείς (3312 με μέτριας βαρύτητας AEE και 6671 με ήπιο AEE). Η μέση ηλικία ήταν περίπου τα 64,5 έτη και στις δύο ομάδες και οι γυναίκες αντιπροσώπευαν περίπου το 38% του πληθυσμού σε καθεμιά από τις ομάδες. Η εμφάνιση του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας AEE ήταν 7,6% στην ομάδα του ticagrelor και 9,1% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου [hazard ratio (HR) 0.84; 95% CI 0.66-1.06]. Τα αντίστοιχα ποσοστά στους ασθενείς με ήπιο AEE ήταν 4,7% και 5,7% (HR 0.82; 95% CI 0.66-1.01) (P for interaction = 0.88). Σοβαρή αιμορραγία παρατηρήθηκε σε 8 ασθενείς (0,5%) στην ομάδα του ticagrelor και σε 4 ασθενείς (0,2%) στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου στους ασθενείς με μέτριας βαρύτητας AEE, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στους ασθενείς με ήπιο AEE ήταν 0,5% (16 ασθενείς) και 0,1% (3 ασθενείς) (P for interaction = 0.26). Στους ασθενείς με μέτριας βαρύτητας AEE εμφανίσθηκαν νέα AEE που κατέλειπαν αναπηρία στο 5,9% των ασθενών στην ομάδα του ticagrelor και στο 7% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου [odds ratio (OR) 0.83; 95% CI 0.63-1.10] στις 30 ημέρες από το αρχικό επεισόδιο. Παρόμοια ήταν τα ποσοστά και στους ασθενείς με ήπιο AEE (OR 0.78; 95% CI 0.59-1.03). Συμπερασματικά, η συγχορήγηση ticagrelor-ασπιρίνης ήταν επωφελής σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας AEE, χωρίς να αυξηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ενδοκράνιας ή άλλης σοβαρής αιμορραγίας.

### **Ischemic Benefit and Hemorrhage Risk of Ticagrelor-Aspirin Versus Aspirin in Patients With Acute Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack**

[Stroke. 2021;52:3482-3489](#)

Στη μελέτη THALES η προσθήκη ticagrelor έναντι εικονικού φαρμάκου στη θεραπεία με ασπιρίνη σε ασθενείς με οξύ ήπιο προς μέτριο AEE ή υψηλού κινδύνου παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ελάττωσε τα AEE και τους θανάτους, αλλά αύξησε τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής αιμορραγίας. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης συμπεριέλαβε τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια και τους θανάτους, τα οποία όμως προσμετρήθηκαν και στο πρωτεύον σημείο ασφαλείας της μελέτης. Η παρούσα υποανάλυση της μελέτης THALES προσπάθησε να διακρίνει το ισχαιμικό όφελος από τον αιμορραγικό κίνδυνο και να διερευνήσει αν υπάρχουν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών με δυσανάλογο όφελος ή κινδύνους. Μεταξύ 11016 ασθενών (5523 στην ομάδα ticagrelor-ασπιρίνης και 5493 στην ομάδα της ασπιρίνης) παρατηρήθηκαν μείζονα ισχαιμικά συμβάντα σε 294 ασθενείς (5,3%) στην ομάδα

ticagrelor-ασπιρίνης και σε 359 ασθενείς (6,5%) στην ομάδα της ασπιρίνης (απόλυτη ελάττωση κινδύνου 1,19%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,31-2,07%). Μείζονες αιμορραγίες εμφάνισαν 22 ασθενείς (0,4%) στην ομάδα που έλαβε ticagrelor και 6 ασθενείς (0,1%) στην ομάδα της μονοθεραπείας με ασπιρίνη (απόλυτη αύξηση κινδύνου 0,29%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,10-0,48%). Επομένως, υπήρχε καθαρό κλινικό όφελος από την προσθήκη ticagrelor στην ασπιρίνη. Σημειώνεται ότι τα ευρήματα ήταν όμοια σε διάφορες προκαθορισμένες ομάδες ασθενών και σε ασθενείς με διαφορετικούς βαθμούς αναπηρίας. Συγκεκριμένα, για κάθε 1000 ασθενείς που θεραπεύθηκαν με συνδυασμό ticagrelor-ασπιρίνης, αποφεύχθηκαν 12 μείζονα ισχαιμικά συμβάντα και εμφανίσθηκαν 3 μείζονες αιμορραγίες σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με ασπιρίνη. Συμπερασματικά, σε ασθενείς με ήπιο προς μέτριο AEE ή υψηλού κινδύνου παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο το ισχαιμικό όφελος από τη συγχορήγηση ticagrelor-ασπιρίνης για 30 ημέρες υπερτερεί από τον κίνδυνο εμφάνισης αιμορραγίας.

### **Left Ventricular Dysfunction Among Patients With Embolic Stroke of Undetermined Source and the Effect of Rivaroxaban vs Aspirin: A Subgroup Analysis of the NAVIGATE ESUS Randomized Clinical Trial**

[JAMA Neurol. doi:10.1001/jamaneurol.2021.3828](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.3828)

Δεν έχει αποσαφηνισθεί αν η αντιπηκτική αγωγή υπερτερεί της ασπιρίνης ως προς την ελάττωση των υποτροπιάζοντων AEE σε ασθενείς με πρόσφατο εμβολικό εγκεφαλικό απροσδιόριστης προέλευσης (embolic stroke of undetermined source; ESUS) και δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Το ερώτημα αυτό διερευνήθηκε σε μια post-hoc ανάλυση της μελέτης NAVIGATE ESUS. Η μελέτη αυτή συμπεριέλαβε ασθενείς (N=7213)  $\geq$  50 ετών με απεικονιστικά επιβεβαιωμένο ESUS 7 ημέρες ως και 6 μήνες πριν την ένταξή τους στη μελέτη. Οι 7107 (98,5%) συμμετέχοντες είχαν εκτίμηση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας κατά την έναρξη της μελέτης και συμπεριελήφθησαν στη συγκεκριμένη υποανάλυση. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε αγωγή με rivaroxaban 15 mg ή 100 mg ασπιρίνης μια φορά τη μέρα. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η εμφάνιση υποτροπιάζοντος AEE ή συστηματικής εμβολής και δευτερεύοντα σημεία ήταν η εμφάνιση υποτροπιάζοντος AEE, συστηματικής εμβολής, εμφράγματος του μυοκαρδίου ή καρδιαγγειακής θνητότητας μετά από μέση παρακολούθηση 10,4 μηνών. Δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας ανευρέθηκε σε 502 ασθενείς (7,1%). Η μέση ηλικία τους ήταν 67 έτη και το 26% αυτών ήταν γυναίκες. Μεταξύ των ασθενών αυτών ο ετήσιος ρυθμός εμφάνισης του πρωτεύοντος καταληκτικού σημείου (annualized primary event rates) ήταν 2,4% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,1-5,4) στην ομάδα του rivaroxaban έναντι 6,5% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 4,0-11,0) στην ομάδα της ασπιρίνης. Επομένως, οι ασθενείς που έλαβαν rivaroxaban έναντι ασπιρίνης είχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης υποτροπιάζοντος AEE ή συστηματικής εμβολής [hazard ratio (HR) 0.36; 95% CI 0.14-0.93]. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων στους ασθενείς χωρίς δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Ομοίως, η χορήγηση

rinaoxaban φάνηκε να υπερτερεί και στο δευτερεύον καταληκτικό σημείο συγκριτικά με την ασπιρίνη σε ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Πιθανά, λοιπόν, οι ασθενείς με ESUS και δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας να επωφελούνται από τη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής έναντι ασπιρίνης.

**Thrombectomy for anterior circulation stroke beyond 6 h from time last known well (AURORA): a systematic review and individual patient data meta-analysis**  
[www.thelancet.com.https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01341-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01341-6)

Οι μελέτες που διερεύνησαν το όφελος της θρομβεκτομής σε απόφραξη μεγάλων αγγείων της πρόσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας συμπεριέλαβαν ασθενείς με δυνητικά βιώσιμο εγκεφαλικό ιστό, οι οποίοι εντάχθηκαν πέραν των 6 ωρών και μέχρι και 24 ώρες από την τελευταία φορά που κάποιος τους είδε καλά. Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση [Analysis Of Pooled Data From Randomized Studies Of Thrombectomy More Than 6 Hours After Last Known Well (AURORA)] διερεύνησε το όφελος της θρομβεκτομής συνολικά και σε προκαθορισμένες ομάδες ασθενών. Πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η αναπηρία βάσει της τροποποιημένης κλίμακας Rankin (modified Rankin Scale, mRS) στις 90 ημέρες και το κύριο σημείο ασφάλειας ήταν η συμπτωματική ενδοκράνια αιμορραγία και η θνητότητα στο ίδιο διάστημα. Συνολικά συμπεριελήφθησαν 505 άτομα (N=266 που υποβλήθηκαν σε θρομβεκτομή, N=239 ομάδα ελέγχου, μέση ηλικία 68,6 έτη, 51,3% γυναίκες) από 6 μελέτες που κρίθηκαν κατάλληλες. Η ανάλυση έδειξε όφελος από τη θρομβεκτομή ως προς το πρωτεύον καταληκτικό σημείο [odds ratio (OR) 2.42; 95% CI 1.76-3.33;  $p < 0.0001$ ], το οποίο διατηρήθηκε και μετά από προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, βαρύτητα του ΑΕΕ, έκταση του εμφράκτου στην αρχική αξονική τομογραφία εγκεφάλου και διάστημα μεταξύ του χρόνου έναρξης των συμπτωμάτων και της τυχαιοποίησης) (OR 2.54; 95% CI 1.83-3.54;  $p < 0.0001$ ). Η θρομβεκτομή συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες (mRS 0-2) σε σύγκριση με τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή (45,9% έναντι 19,3%,  $p < 0,0001$ ). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τη θνητότητα και τις συμπτωματικές ενδοκράνιες αιμορραγίες. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε ετερογένεια ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα μεταξύ των επιμέρους υποομάδων, οι οποίες ορίστηκαν βάσει ηλικίας, φύλου, βαρύτητας ΑΕΕ, σημείου απόφραξης του αγγείου, Alberta Stroke Program Early CT Score και συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν ισχυρότερο στους ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν στις 12-24 ώρες σε σύγκριση με αυτούς που τυχαιοποιήθηκαν στις 6-12 ώρες. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι υπάρχει όφελος από την εφαρμογή ενδαγγειακής θρομβεκτομής σε ασθενείς με ενδείξεις αναστρέψιμης εγκεφαλικής ισχαιμίας στο χρονικό παράθυρο των 6-24 ωρών. Ο ακριβής χρόνος και ο τρόπος με τον οποίο προσέρχεται ο ασθενής εντός αυτού του χρονικού διαστήματος δεν θα πρέπει να αποτρέπουν την εφαρμογή θρομβεκτομής.

---

Τέλος, σας ενθαρρύνουμε να πλαισιώσετε τον Ελληνικό Οργανισμό Εγκεφαλικών και να συνδράμετε στο [στόχο](#) μας να μειώσουμε την επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στην Ελλάδα και την Κύπρο μέσω της αποτελεσματικότερης πρόληψης, αντιμετώπισης και αποκατάστασης.

Πληροφορίες για την διαδικασία και τις προϋποθέσεις εγγραφής ως μέλος του Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών μπορείτε να βρείτε στο [www.stroke.gr](http://www.stroke.gr), και ειδικότερα [εδώ](#).

---



Από όλους μας στον Ελληνικό Οργανισμό Εγκεφαλικών, εγκάρδιες ευχές για τη Χριστουγεννιάτικη περίοδο και ένα νέο έτος με υγεία, ευημερία και πρόοδο!

Γεώργιος Ντάιος

Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών



[Subscribe to this newsletter](#)

Follow us:

 LinkedIn

 Twitter

 Facebook

 Email

 Website

**Share this newsletter:**

 Share

 Tweet

 Share

 Forward