



**ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» (Ε.Ε.Π.Ν.Ε.)**

**ΚΥΚΛΟΣ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ - 21 ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ/WEBINARS
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
ΑΠΟ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**

ΤΕΤΑΡΤΗ 4 ΜΑΡΤΙΟΥ 2026

13ο Διαδικτυακό Σεμινάριο - Ώρα έναρξης 18:30

ΕΓΓΡΑΦΕΣ - ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ:

<https://www.evangelismos-hosp.gr/index.php/ekraideftika-programmata-epistimonikon-tmimaton/tetarti-2025-2026-21-webinars>

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη: Ε. Αλεξίου,
Νευρολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.

Προεδρείο: Ε. Αλεξίου

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**Ασθενής με οξεία εγκατάσταση αφασίας και απεικόνιση εικόνας
διάχυτου εγκεφαλικού οιδήματος αριστερού ημισφαιρίου.
Διαφορική προσέγγιση και τελική διάγνωση**

Παρουσίαση:

Λούκου Σοφία, Ιατρός, Ειδικευόμενη στο Νευρολογικό Τμήμα

Διαφορική Διάγνωση - Σχολιασμός:

Κοσμόπουλος Κωνσταντίνος, Ιατρός, Ειδικευόμενος στο Νευρολογικό Τμήμα

Άνδρας 62 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας τον Αύγουστο του 2025, λόγω οξείας εγκατάστασης αφασικών διαταραχών από 9ημέρου. Λόγω της συμπτωματολογίας, είχε νοσηλευτεί αρχικά σε έτερο νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου με

ανάδειξη διάχυτης υπόπυκνης αλλοίωσης, κυρίως βρεγματοϊνικά αριστερά και αντιμετωπίστηκε ως ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΙΑΕΕ), με οδηγίες για λήψη salospir.

Λόγω επιδεινούμενης νευρολογικής σημειολογίας, προσήλθε στα επείγοντα με κεφαλαλγία, βραδυψυχισμό, μειωμένη συνεργασία και από τη νευρολογική του εξέταση παρατηρήθηκε ολικού τύπου αφασία (εκπομπής και κατανόησης) και δεξιά ημιανοψία. Οι οικείοι ανακάλεσαν ότι από 20ημέρου τουλάχιστον, ο ασθενής παρουσίαζε διαταραχή συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας του, καθώς και πολλά λάθη στις καθημερινές εκτελεστικές του δραστηριότητες. Ελήφθησαν αιματολογικές εργαστηριακές εξετάσεις χωρίς παθολογικά ευρήματα, χωρίς αυξημένους δείκτες φλεγμονής και ο ασθενής υποβλήθηκε σε νέα CT εγκεφάλου με σκιαγραφικό, όπου περιγράφεται εκτεταμένο αγγειογενές οίδημα αριστερά κροταφικά και ινιακά με συνοδά πιεστικά φαινόμενα επί της αριστερής πλάγιας κοιλίας και μόλις υποσημαινόμενη μετατόπιση της μέσης γραμμής.

Κατά τη μεταφορά του στην κλινική, διαπιστώθηκε εμπύρετο (38.1°C). Λόγω της κλινικής εικόνας με εστιακή νευρολογική σημειολογία και πυρετική κίνηση, διενεργήθηκε οσφουονωτιαία παρακέντηση (ΟΝΠ) η οποία ήταν ακυτταρική με ήπια αύξηση του ολικού λευκώματος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) της τάξης του ~ 82mg/dL, και φυσιολογικό λόγο σακχάρου στον ορό και στο ΕΝΥ. Στάλθηκε περαιτέρω έλεγχος με film array, ανοσοφαινότυπο και κυτταρολογική εξέταση στο ΕΝΥ τα αποτελέσματα των οποίων ήταν αρνητικά. Εστάλη επίσης εκτενής εργαστηριακός έλεγχος συμπεριλαμβανομένου ανοσολογικού, ιολογικού και μικροβιακού, καθώς και έλεγχος αυτοάνοσων και παρανεοπλασματικών εγκεφαλίτιδων, anti-MOG σε ορό και ΕΝΥ, τα αποτελέσματα των οποίων απέβησαν όλα αρνητικά. Ακόμα, διενεργήθηκε ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, με εικόνα διάχυτης εγκεφαλοπάθειας και επιληπτικών εκφορτίσεων. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια αντιική αγωγή με ακυκλοβίρη και αντικρισική αγωγή με λεβετιρακετάμη, με φτωχή ανταπόκριση.

Ο ασθενής την 4^η ημέρα νοσηλείας του, παρουσίασε περαιτέρω επιδείνωση με αιμωδία και μυϊκή αδυναμία δεξιού άνω άκρου, παραμονή της δεξιάς ημιανοψίας και επιδείνωσης της αφασίας, με αδυναμία πλέον εκτέλεσης ακόμα και απλών εντολών. Εξακολουθούσε να παρουσιάζει καθημερινά εμπύρετο, ενώ ο ασθενής είχε πλέον και όψη πάσχοντος. Υποβλήθηκε σε επείγουσα επαναληπτική CT καθώς και φλεβογραφία εγκεφάλου, χωρίς παθολογικά ευρήματα από τους φλεβώδεις κόλπους, ενώ το διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα αριστερού ημισφαιρίου δεν παρουσίαζε κάποια διαφοροποίηση.

Την επόμενη ημέρα, διενεργήθηκε επειγόντως μαγνητική τομογραφία και αγγειογραφία εγκεφάλου, όπου περιγράφεται εικόνα διάχυτου εγκεφαλικού οιδήματος AP εγκεφαλικού ημισφαιρίου και παρουσία πιεστικών φαινομένων. Μετά τη χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας, παρατηρούνται κατά τόπους εστίες με δακτυλιοειδή ενίσχυση σήματος καθώς και σκιαγραφική ενίσχυση του φλοιού κροταφοβρεγματοϊνικά, στον υπόκαμπο και στον AP κερκοφόρο πυρήνα. Ελέγχονται επίσης μικροαιμορραγικές εστίες AP βρεγματοϊνικά και στον AP κερκοφόρο πυρήνα στην ακολουθία SWI. Τα παραπάνω ευρήματα θα μπορούσαν να αφορούν σε εγκεφαλίτιδα. Από τη μαγνητική αγγειογραφία δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα.

Βάσει του εμμένοντος και επιδεινούμενου οιδήματος, ο ασθενής τέθηκε σε 5ημερο ενδοφλέβιο σχήμα μεθυλπρεδνιζολόνης (1g/ημερησίως) με άμεση κλινική ανταπόκριση. Υποχώρησε η κεφαλαλγία, ο ασθενής δεν είχε πλέον όψη πάσχοντος, ενώ από την υπόλοιπη νευρολογική του σημειολογία παρατηρήθηκε ήπια βελτίωση στην αφασία, με διατήρηση αυτόματου λόγου και δυνατότητα εκτέλεσης απλών εντολών.

Λόγω παραμονής έντονου διαφοροδιαγνωστικού προβληματισμού, αποφασίστηκε περαιτέρω έλεγχος με βιοψία εγκεφάλου, τα αποτελέσματα της οποίας ήταν μη διαγνωστικά και μη ειδικά.

Τελικά, την 25^η ημέρα νοσηλείας, διενεργήθηκε διαγνωστική εξέταση η οποία και έθεσε τη διάγνωση.