

Metodologia: Recrutaram-se, prospectivamente, na Consulta de Epilepsia 100 doentes (66 mulheres e 34 homens), com idade média de 34 anos, em tratamento anti-epiléptico prolongado (mínimo: 1 ano).

Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, género, síndrome epiléptica, epilepsia controlada/ refractária, AE, concentrações séricas de GGT, colesterol total (CT), colesterol HDL (c-HDL), colesterol LDL (c-LDL), triglicéridos (TG), apolipoproteínas A1 (ApoA1) e B (ApoB), CT/cHDL, cLDL/cHDL. Constituíram-se os seguintes grupos: carbamazepina (CBZ) em monoterapia (n=21), CBZ com AE não indutores (n=22), valproato de sódio (VPA) em monoterapia (n=19), VPA com CBZ (n=21), VPA com outros indutores (n=9), VPA com AE não indutores (n=3), novos AE (n=3), CBZ com outros AE indutores (n=2).

A análise estatística foi feita usando o Epi Info.

Resultados: Não houve diferenças significativas quanto à idade, sexo, síndrome epiléptica e controlo da epilepsia entre os vários grupos terapêuticos.

Observou-se que, nos grupos da CBZ em monoterapia ou em politerapia (excepto VPA), as razões CT/HDL e LDL/HDL e as concentrações de TG foram mais elevadas em comparação com o grupo VPA-monoterapia. Esse aumento correlacionou-se significativamente com valores elevados de GGT ($p=0.0003$; $p=0.004$; $p=0.02$, respectivamente, para CBZ-monoterapia; $p=0.001$; $p=0.002$; $p=0.03$ para CBZ politerapia).

O grupo do VPA em monoterapia teve as concentrações mais baixas de CT, c-HDL e LDL/HDL, mas sem significado estatístico.

Em relação às apolipoproteínas não se encontrou diferenças entre os diferentes grupos de AE.

Discussão: Estes resultados permitem mostrar que a CBZ está associada a valores de CT/HDL, LDL/HDL e TG mais elevados, o que se correlaciona significativamente com o aumento da GGT, colocando os doentes em tratamento com CBZ e GGT elevada em grupo de risco para eventos vasculares. Não se observou uma associação estatisticamente significativa do tratamento com CBZ com aumento da apoB, sugerindo não ser este o mecanismo, pelo menos principal, de aumento do c-LDL.

CO16. Mapeamento funcional por EEG e Ressonância Magnética Funcional na avaliação para Cirurgia da Epilepsia

Alberto Leal^{1,2}, Mário Secca³, Pedro Cabral², Nuno Canas², Ana Dias⁴, José P Vieira⁴, Eulália Calado⁴, Paula Breia⁵, Constança Jordão²

1-Serviço de Neurofisiologia, Hospital Júlio de Matos; 2-Grupo de Cirurgia da Epilepsia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 3-Departamento de Física, Universidade Nova de Lisboa; 4-Serviço de Neuropediatria, Hospital Dona Estefânia; 5-Serviço de Neurologia, Hospital Garcia da Horta
a.leal@netcabo.pt

Introdução: Um número significativo de doentes com epilepsias focais são refractários à terapêutica farmacológica, motivando o recurso à alternativa cirúrgica. A cirurgia da epilepsia pode ser altamente eficaz quando os dados neurofisiológicos e imagiológicos são concordantes, fornecendo uma boa localização da área epileptogénica. Esta concordância é no entanto difícil de obter devido à deficiente resolução espacial dos registos EEG.

O registo do efeito BOLD associado à ocorrência da actividade epiléptica promete melhorar significativamente a capacidade para localizar de forma detalhada os focos epilépticos,

contribuindo para melhorar os resultados cirúrgicos. A técnica não foi no entanto validada nesta aplicação, não sendo ainda conhecida a melhor metodologia para integrar o EEG e RMf, nem o real poder da técnica neste campo.

Objectivos: Descrever os resultados e validação preliminar obtidos na aplicação da técnica de EEG/RMf a doentes avaliados no programa de Cirurgia da Epilepsia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Metodologia: Oito doentes (9-32 anos) em avaliação para cirurgia da Epilepsia no CHLO foram submetidos a protocolo de registo EEG/RMf complementar a estudo por RM estrutural convencional. As sequências funcionais incluíram blocos de 100 imagens EPI de todo o cérebro, obtidas a cada 3 segundos, enquanto se registava continuamente o EEG. Uma sequência T1 3D de alta resolução foi também obtida. Posteriormente realizou-se registo EEG de alta resolução (64 canais) para melhorar a amostragem espacial dos paroxísmos no escalpe.

Resultados: Obtivemos activações BOLD significativas associadas à ocorrência dos paroxísmos epilépticos na totalidade dos doentes, sendo que em 6 de 8 a maior activação ocorreu na proximidade da área sugerida pelo EEG. Nos restantes doentes as activações ocorreram somente em regiões distantes. Na maioria dos doentes observamos múltiplas áreas de activação sugerindo que o método poderá originar um número significativo de falsos positivos o que dificulta a interpretação. Um problema adicional da existência de múltiplos focos resulta da incapacidade da RMf em estabelecer uma ordem de activação relativa das várias áreas. A integração da informação BOLD com o EEG de alta resolução clarificou a dinâmica de activação das várias áreas cerebrais, contribuindo para reduzir o problema dos falsos positivos.

Em um doente os resultados pós-cirúrgicos estiveram de acordo com os sugeridos pela imagiologia funcional.

Conclusões: A imagiologia funcional EEG/RMf é um método poderoso de melhorar a focalização das áreas epileptogénicas, em especial se associada ao EEG de alta resolução dos paroxísmos epilépticos registados no escalpe.

CO17. Padrões EEG e reactividade no Coma: significado prognóstico

Miguel Gago¹, Amélia Mendes¹, Georgina Sousa², Mendes-Ribeiro JA²

1-Serviço de Neurologia, Hospital de S. João, Porto E.P.E.; 2-Serviço de Neurofisiologia, Hospital de São João E.P.E
miguelgago@yahoo.com

Introdução: O significado prognóstico dos diferentes padrões de EEG e de reactividade no coma permanece pouco definido na literatura. A identificação de elementos preditivos de sobrevida/morte tem implicações médicas óbvias.

Objectivo: Avaliar os diferentes padrões EEG e reactividade a estímulos dolorosos/auditivos em doentes em coma internados em Unidades de Cuidados Intermédios/Intensivos e sua correlação com sobrevida/morte à data de alta de respectiva unidade.

Métodos: Foram revistos EEGs de doentes em coma (ECG<8) de Janeiro/2005-Julho/2006. Excluíram-se <14 anos, e uso de tiopental como anestésico. Utilizou-se classificação EEG de coma de Young. A actividade EEG associada a reactividade a estímulos dolorosos/auditivos foi classificada como: I(aumento de amplitude com lentificação), II(aumento de amplitude com actividade rápidas), IIIa(supressão/atenuação sem activi-