

Χ. Μπακόπουλος, Θ. Καρπάθιος, Ι. Παναγιώτου, Πολυξένη Νικολαΐδου, Ι. Μεσσαριτάκης, Φ. Ανδρουλάκης, Π. Δημητρίου και Ν. Ματσανιώτης.

Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΝΩΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΘΗΝΑ.

6.23 Αξιολόγηση 200 διαδοχικών νεφρικών μεταμοσχεύσεων.

Μ. Παπαδημητρίου, Α. Αντωνιάδης, Ε. Αλεξόπουλος, Ζ. Πολυμενίδης, Μ. Δανιηλίδης, Τ. Νάτσε, Γ. Σακελλαρίου, Δ. Μέμμος, Θ. Γερασιμίδης, Β. Ρώμης, Χ. Σμπαρούνης και Π. Μεταξάς.

Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» - ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

6.31 Θεραπεία με μινοξιδίνη σε περιπτώσεις βαρειάς αρτηριακής Υπέρτασης.

Σ. Βαφειάδης, Σ. Καραγιαννάκης και Ε. Κλαυδιανός.

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Μ.Τ.Σ., ΑΘΗΝΑ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΔΙΑΛΕΙΜΑ

7.00 ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ.

**29η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

1 ΜΑΡΤΙΟΥ 1985

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΑΘΗΝΑ**

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚ/ΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ν. Παπαδόδημας — Κ. Σόμπολος**

- 4.45 Διμηνιαία αλλαγή του συνδετικού σωλήνα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.).

Α. Κατιρτζόγλου, Θ. Μουντοκαλάκης, Ν. Καλλιβρετάκης, Ε. Πρασά και Α. Συμβουλίδης.

Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΝ)ΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ.

- 4.53 Η εμπειρία μας από τη χειρουργική τοποθέτηση μόνιμων περιτοναϊκών καθετήρων (40 περιπτώσεις).

Ν. Ντόμπρος, Δ. Οικονομόπουλος, Μ. Τούμπουρας, Η. Μπαλάσκας, Π. Τσακμάκας και Αχ. Τουρκαντώνης.
ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΤΗΣ Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ — Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

- 5.01 Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση σε ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών.

Α. Αγραφιώτης, Α. Κατιρτζόγλου, Δ. Σταματιάδης, Ν. Καλλιβρετάκης, Σ. Μιχαήλ και Θ. Μουντοκαλάκης.

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΕΝΙΚΟ ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ — Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΝ)ΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- 5.15 Αρχική εμπειρία από την εφαρμογή της συνεχούς αρτηριοφλεβικής αιμοδιήθησης (ΣΑΦΑ) σε βαριά πάσχοντες ασθενείς.

Κ. Σόμπολος, Μ. Διαρμισάκης, Κ. Ράμμος, Α. Μηλιώνης, και Π. Σπύρου.

Μ.Τ.Ν. και Μ.Ε.Θ., ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

- 5.23 Οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε κεραυνόβολο ελονοσία από PL. FALCIPARUM. Αντιμετώπιση με περιτοναϊκή διύλιση. **Σ. Αντωνίου, Α. Δημητριάδης, Γ. Κωνσταντινίδης και Ε. Μαλακά.**
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

- 5.31 Τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας επί συνδρόμου LAURENCE — MOON — BIEDL, σε ενήλικη ασθενή.

Σ. Βαφειάδης, Ε. Κλαυδιανός, Σ. Καραγιαννάκης και Θ. Κετσάς.
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Μ.Τ.Σ., ΑΘΗΝΑ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- 5.45 Το μυελόγραμμα στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Ε. Οικονόμου, Μ. Παππάς και Κ. Χ. Σιαμόπουλος.

ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ, ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, ΙΩΑΝΝΙΝΑ.

- 5.53 Η εμφάνιση των νεφρικών κύστεων με την επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας. Μελέτη με υπερηχοτομογραφική μέθοδο.

Γ. Βαγιωνάς, Ε. Κοκολίνα — Σίμογλου, Π. Αλιβάνης και Σ. Φαλτσής.
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, Β' ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «Η ΠΑΝΑΓΙΑ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

- 6.01 Επίκτητη κυστική νόσος των νεφρών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Δ. Μέμμος, Α. Καλπακτσίδου — Βακιάνη, Α. Οικονόμου, Ε. Πασχαλίδου, Χ. Χ' Δημητρίου, Γ. Σακελλαρίου και Μ. Παπαδημητρίου.

Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΝ)ΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ — ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

- 6.15 Κυστεορρητηρική παλινδρόμηση και νυκτερινή ενούρηση.

29η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

1 ΜΑΡΤΙΟΥ 1985
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΑΘΗΝΑ

Διμηνιαία αλλαγή του συνδετικού σωλήνα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.)

Α. ΚΑΤΙΡΤΖΟΓΛΟΥ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ,
Ν. ΚΑΛΛΙΒΡΕΤΑΚΗΣ, Ε. ΠΡΑΣΣΑ και Α. ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΗΣ

Η τεχνική που εφαρμόζεται στη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.) σχεδιάστηκε με σκοπό η μέθοδος να είναι απλή, ασφαλής και να προστατεύει τον ασθενή από εξωγενείς περιτονίτιδες.

Ορισμένα στοιχεία της τεχνικής καθιερώθηκαν αρκετά εμπειρικά, με βάση τα πρώτα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν στη Σ.Φ.Π.Κ. και χωρίς προηγούμενη ικανή εμπειρία, γι' αυτό και δυνητικά μπορούν να τροποποιηθούν. Με αυτό το σκεπτικό θελήσαμε να μελετήσουμε αν η αλλαγή του συνδετικού σωλήνα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Σ.Φ.Π.Κ. μπορεί να γίνει κάθε δύο μήνες, αντί για την καθιερωμένη ανά μήνα αλλαγή, χωρίς αυτό να έχει επιπτώσεις κυρίως στη συχνότητα της περιτονίτιδας.

Σε ομάδα 8 ασθενών τυχαίας επιλογής (4 άνδρες και 4 γυναίκες μέσης ηλικίας 53, $6 \pm 8,5$ έτη) που υποβάλλονταν σε Σ.Φ.Π.Κ. εφαρμόσαμε διμηνιαία αλλαγή του συνδετικού σωλήνα για χρονική διάρκεια 9 μηνών. Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν άλλοι 10 τυχαίας επιλογής ασθενείς (6 άνδρες και 4 γυναίκες μέσης ηλικίας 52, $8 \pm 9,5$ έτη) των οποίων η αλλαγή συνέχιζε για το ίδιο χρονικό διάστημα να γίνεται κάθε μήνα. Ο αριθμός των επεισοδίων περιτονίτιδας στις δύο ομάδες ήταν 5 και 6 σε διάρκεια 72 και 90 μηνών θεραπείας αντίστοιχα, δηλ. συχνότητα 1 επεισόδιο κάθε 14,4 και 15 μήνες θεραπείας ασθενούς αντίστοιχα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, όταν οι ασθενείς της ομάδας με διμηνιαία αλλαγή έκαναν αλλαγή του συνδετικού σωλήνα κάθε μήνα, είχαν σημειωθεί σ' αυτούς 5 επεισόδια περιτονίτιδας σε διάρκεια 75 μηνών, δηλ. 1 επεισόδιο κάθε 15 μήνες θεραπείας ασθενούς. Τέλος, στην ίδια ομάδα δεν υπήρξαν ιδιαίτερα τεχνικά προβλήματα στις συνδέσεις και αποσυνδέσεις των σάκων με τα περιτοναϊκά διαλύματα, ούτε ρήξη ή ανωμαλία στη λειτουργία του κοχλιωτού άκρου του συνδετικού σωλήνα. Τα αποτελέσματά μας υποδηλώνουν ότι η διμηνιαία αλλαγή του συνδετικού σωλήνα δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο περιτονίτιδας ενώ μειώνει το κόστος, αυξάνει τον οφέλιμο χρόνο για τον άρρωστο και περιορίζει το χρόνο απασχόλησης των αδελφών των μονάδων Σ.Φ.Π.Κ.

Από την Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης της Α' Παθολογικής Κλινικής και την Α' Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Η εμπειρία μας από την χειρουργική τοποθέτηση μόνιμων περιτοναϊκών καθετήρων (40 περιπτώσεις)

Ν. ΝΤΟΜΠΡΟΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΤΟΥΜΠΟΥΡΑΣ
ΗΛ. ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ, Π. ΤΣΑΚΜΑΚΑΣ
και ΑΧ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Από τον Ιούλιο του 1983 μέχρι και τον Ιανουάριο του 1985, 40 μόνιμοι περιτοναϊκοί καθετήρες τοποθετήθηκαν χειρουργικά σε 36 ασθενείς. Οι 34 ασθενείς υποβλήθηκαν σε Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση. Οι 33 απ' αυτούς έπασχαν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και ο ένας από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ανθεκτική στην πλήρη φαρμακευτική αγωγή. Οι δύο ασθενείς έπασχαν από καρκίνο των ωοθηκών και υποβλήθηκαν σε ενδοπεριτοναϊκή έγχυση αντινεοπλασματικών φαρμάκων.

Οι καθετήρες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, ένας τύπου Tenckhoff και 39 τύπου Toronto Western Hospital (TWH). TWH - παιδιατρικοί: τρεις, TWH-1: οκτώ και TWH-2: 28. Η τοποθέτησή τους έγινε χειρουργικά, με τοπική αναισθησία, με παράμεση περιορισμένη διορθική τομή.

Η επιβίωση των καθετήρων (actuarial survival), όπως υπολογίστηκε με την μέθοδο πινάκων ζωής (life table analysis) ανέρχεται στο 84% στους 14,5 μήνες. Δεν παρατηρήθηκε καμιά διάτρηση ενοκουλιακών οργάνων ή μόλυνση του εγχειρητικού τραύματος ή διαρροή του υγρού κάθαρσης γύρω από τον καθετήρα. Από τις άλλες επιπλοκές παρατηρήθηκαν: Τρεις (7,5%) αποφράξεις (δύο οφειλόμενες στο επίπλου και μία σε μεγάλο θρόμβο ινικής), έξι (15%) μετακινήσεις του ενδοπεριτοναϊκού άκρου του καθετήρα με συνοδό μονοδρομική απόφραξη, δύο μολύνσεις του σημείου εξόδου του καθετήρα, δύο μικρά αιματώματα του εγχειρητικού τραύματος, μία μόλυνση της υποδόριας σύραγγας, μία έξοδος του δακτυλίου από άσπωση και μία μικρή μετεγχειρητική κήλη τομής. Χρειάστηκε να αντικατασταθούν τέσσερις καθετήρες.

Η εμπειρία μας, δείχνει ότι η χειρουργική τοποθέτηση των μόνιμων περιτοναϊκών καθετήρων, τύπου TWH, με παράμεση διορθική τομή, έχει σαν αποτέλεσμα πολύ καλή επιβίωση και μικρό ποσοστό επιπλοκών.

Από την Νεφρολογική Κλινική του Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου, Αθήνα
και από την Β' Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών,
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση σε ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών

Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Α. ΚΑΤΙΡΤΖΟΓΛΟΥ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ,
Ν. ΚΑΛΛΙΒΡΕΤΑΚΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ και Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ

Για την αντιμετώπιση του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας από πολυκυστική νόσο των νεφρών (Π.Ν.) προτιμάται η περιοδική αιμοκάθαρση αντί της περιτοναϊκής κάθαρσης, εξ αιτίας των μηχανικών δυσκολιών που θεωρητικά προβάλλει η νόσος στην τελευταία. Με σκοπό την επανεκτίμηση αυτής της άποψης μελετήσαμε την εφαρμογή της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (Σ.Φ.Π.Κ.) σε 8 ασθενείς με Π.Ν. (4 άνδρες και 4 γυναίκες με μέση ηλικία 51 ± 12 έτη). Σε τέσσερις ασθενείς η μεταφορά τους από τη χρόνια αιμοκάθαρση κρίθηκε αναγκαία εξ αιτίας πολλαπλών αποτυχιών στις αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες. Στους υπόλοιπους ασθενείς η ένταξή τους σε πρόγραμμα Σ.Φ.Π.Κ. γίνθηκε με κριτήριο τον τόπο κατοικίας και την προσωπική επιθυμία τους.

Κατά τη χρονική περίοδο που οι ασθενείς υποβάλλονται σε Σ.Φ.Π.Κ. (από 2 έως 17 με μέσο όρο 8,3 μήνες) παρουσιάζουν πλήρη (οι πέντε ασθενείς) ή μερική (οι υπόλοιποι τρεις) αποκατάσταση της δραστηριότητάς τους και ικανοποιητικό βιοχημικό έλεγχο χωρίς στατιστική απόκλιση από τις αντίστοιχες τιμές του γενικού πληθυσμού των ασθενών που αντιμετωπίζονται με την μέθοδο. (Στους 6 μήνες: Hct $41,3 \pm 11,0\%$, ουρία αίματος $1,39 \pm 0,48$ gr%, Κρεατινίνη ορού $10,9 \pm 1,3$ mg%, Ca ορού $9,6 \pm 0,8$ mg%, P ορού $6,7 \pm 0,6$ mg%, Λευκωματίνη ορού $3,3 \pm 0,6$ gr%, Χοληστερίνη ορού 251 ± 29 mg%).

Σε σύνολο 66 μηνών εφαρμογής της μεθόδου στους ασθενείς αυτούς δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα τεχνικά προβλήματα. Σημειώθηκαν 2 περιπτώσεις πρώιμης διαρροής από το στόμιο εξόδου του περιτοναϊκού καθετήρα και δύο επεισόδια περιτονίτιδας. Τα πρώτα αυτά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ασθενείς με Π.Ν. μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία με Σ.Φ.Π.Κ. και ότι για την ένταξή τους στη μέθοδο θα πρέπει να ισχύουν τα ίδια κριτήρια όπως και για τους υπόλοιπους νεφροπαθείς.

Αρχική εμπειρία από την εφαρμογή της συνεχούς
αρτηριοφλεβικής αιμοδιήθησης (ΣΑΦΑ)
σε βαριά πάσχοντες ασθενείς

Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Μ. ΔΙΑΡΜΙΣΑΚΗΣ, Κ. ΡΑΜΜΟΣ
Α. ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Π. ΣΠΥΡΟΥ

Η τεχνική της ΣΑΦΑ εφαρμόστηκε σε 4 ασθενείς () μέσης ηλικίας 66,5 χρονών (57 - 84), που εμφάνιζαν ολιγοανουρία με υπερυδάτωση ή και ουραιμία. Όλοι οι ασθενείς ήταν βαριά πάσχοντες (2 σηπτικό shock, 2 μετά καρδιοχειρουργική επέμβαση) και παρουσίαζαν καρδιαγγειακή αστάθεια. Σαν αγγειακή προσπέλαση χρησιμοποιήθηκαν σ' όλες τις περιπτώσεις τα μηριαία αγγεία. Η χρονική διάρκεια της ΣΑΦΑ, που γίνονταν με Hemofilter Gambro τύπου 101 ή 55, κυμάνθηκε από 22-57 ώρες. Ο ρυθμός υπερδιήθησης ανέρχονταν σε 6,0 - 10,5 ml/min χωρίς αντλία αίματος και σε 30 ml/min με τη βοήθεια αντλίας. Η αντικατάσταση των απωλειών γίνονταν από το φλεβικό σκέλος της εξωσωματικής κυκλοφορίας με τη χρήση ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων.

Η αντιμετώπιση της υπερυδάτωσης υπήρξε πετυχημένη και στις 4 περιπτώσεις ενώ για την αντιμετώπιση της ουραιμίας σε μια περίπτωση χρησιμοποιήθηκε και περιτοναϊκή κάθαρση. Ένας μόνο από τους ασθενείς επανέκτησε νεφρική λειτουργία. Από την αρχική αυτή εμπειρία συμπεραίνεται ότι η τεχνική της ΣΑΦΑ αποτελεί πολύτιμο όπλο στην αντιμετώπιση της υπερυδάτωσης ή και ουραιμίας σε βαριά πάσχοντες ασθενείς με καρδιαγγειακή αστάθεια.

Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια σε κεραυνοβόλο Ελονοσία
από PL. FALCIPARUM. Αντιμετώπιση
με περιτοναϊκή διύλιση.

Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Γ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ
Ε. ΜΑΛΑΚΑ

Περιγράφεται περίπτωση ολιγουρικής Οξείας Νεφρικής Ανεπάρκειας, που αντιμετωπίστηκε με περιτοναϊκή διύλιση σε ασθενή 52 χρόνων με ελονοσία από PL. FALCIPARUM και ενδείξεις ραβδομυόλυσης. Συνυπήρχαν υψηλή παρασιταίμια 1.800.000 παρασίτων κ.κ.χ. αίματος με το 90% των ερυθροκυττάρων να περιέχουν παράσιτα, εγκεφαλοπάθεια, προσβολή του γαστρεντερικού, ενδείξεις διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, και βαρεία μαζική αιμόλυση. Η εφαρμογή συνεχούς και εντατικής περιτοναϊκής διύλισης μαζί με τη γενική υποστηρικτική θεραπεία οδήγησαν στην αποκατάσταση του ασθενούς.

Το ενδιαφέρον της περίπτωσης στηρίζεται στο γεγονός ότι σπάνια αναφέρεται στη βιβλιογραφία η συνύπαρξη τόσο μεγάλου αριθμού επιπλοκών της ελονοσίας από PL. FALCIPARUM στον ίδιο άρρωστο και ποτέ δεν ενοχοποιήθηκε η ραβδομυόλυση σαν επιπλοκή της ελονοσίας και ενδεχόμενη αιτία της Οξείας Νεφρικής Ανεπάρκειας. Ακόμη γιατί η έκβαση ήταν ικανοποιητική με λιτή αντιμετώπιση: Χλωροκίνη, μεταγγίσεις πρόσφατου αίματος και περιτοναϊκή διύλιση.

Τελικό στάδιο χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας επί Συνδρόμου Laurence – Moon – Biedl, σε ενήλικη ασθενή

Σ. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ, Ε. ΚΛΑΥΔΙΑΝΟΣ, Σ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ,
Θ. ΚΕΤΣΕΑΣ

Περιγράφεται σπάνια περίπτωση Συνδρόμου Laurence – Moon – Biedl, που διαγνώσθηκε σε γυναίκα 33 ετών η οποία προσήλθε με μη αναστρέψιμη νεφρική ανεπάρκεια, τελικού σταδίου, από ακαθόριστη πρωτοπαθή νεφρική νόσο. Η ασθενής είχε γεννηθεί με συγγενείς ανωμαλίες των δακτύλων και συγκλίνοντα στραβισμό. Από τη νηπιακή ηλικία της είχαν διαπιστωθεί παχυσαρκία, μικρού βαθμού πνευματική καθυστέρηση και ημεραλωπία που αργότερα επιδεινώθηκε σημαντικά. Η ασθενής εντάχθηκε στο πρόγραμμα περιοδικής εξυμνεφρικής αιμοθάρσεως με ομαλή εξέλιξη.

Το μυελόγραμμα στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση

ΕΦΗ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Σε 30 αιμοκαθαρόμενους ασθενείς με μέση ηλικία 54.2 έτη (φάσμα 18–77 έτη) μελετήθηκαν αντίστοιχα μυελόγραμμα, ενώ συγχρόνως εκτιμήθηκε η εικόνα του περιφερικού αίματος και ο σίδηρος (Fe) του ορού. Η μέση τιμή του Αιματοκρίτη (Ht) ήταν 22.2% και του Fe του ορού 71 mg% (φάσμα 28 – 172). Η μικροσκοπική εξέταση του περιφερικού αίματος αποκάλυψε μια ποικιλία διαταραχών της μορφολογίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων ενώ σε 5 ασθενείς τέθηκε η διάγνωση της υποχρωμίας. Τα παρασκευάσματα του μυελού ήταν φυσιολογικά σε κυτταροβρέθεια σε ποσοστό 80% ενώ στο υπόλοιπο 20% υπήρχε μέτρια υποπλασία. Η σχέση μυελικής/ερυθράς σειράς ήταν παθολογική σε ποσοστό 13,3%. Σε 30% των ασθενών οι σιδηραποθήκες βρέθηκαν τελείως κενές ενώ 16,6% εμφάνισαν ήχη αιμοσιδηρίνης και ποσοστό σιδηροβλαστών από 1–13%. Σε 10% των ασθενών ο Fe του μυελού βρέθηκε αυξημένος έξω και ενδοκυττάρια. Σε 5 ασθενείς διαγνώσθηκε μεγαλοβλαστική εκτροπή ενώ διάφορες αντιδραστικές εικόνες του μυελού βρέθηκαν σε άλλους 5 ασθενείς. Σε ασθενείς που βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση για περισσότερο από 16 μήνες και δεν πολυμεταγγίζονταν οι σιδηραποθήκες του μυελού (σιδηροβλάστες–αιμοσιδηρίνη) βρέθηκαν πολύ μειωμένες σε σχέση με τους αιμοκαθαρόμενους για μικρό χρονικό διάστημα. Ο Fe του ορού δεν συσχετιζόταν με το χρόνο αιμοκάθαρσης των ασθενών, και συσχετιζόταν με τα επίπεδα των σιδηραποθηκών για τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για πάνω από 2 χρόνια.

Συμπερασματικά: το μυελόγραμμα αποτελεί χρήσιμη μέθοδο για την εκτίμηση της αναιμίας των αιμοκαθαρόμενων ασθενών όταν οι άλλες μη επεμβατικές εξετάσεις είτε δεν βοηθούν είτε δεν είναι διαθέσιμες.

Η εμφάνιση των νεφρικών κύστεων με την επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας. Μελέτη με υπερηχοτομογραφική μέθοδο

Γ. ΒΑΓΓΩΝΑΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ – ΣΙΜΟΓΛΟΥ,
Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Σ. ΦΑΛΤΣΗΣ

Το 1977 ο Dunnill και οι συνεργάτες του βρήκαν για πρώτη φορά, σε νεκροτομικό υλικό 30 αιμοκαθαριόμενων αρρώστων, 14 περιπτώσεις με νεφρικές κύστες.

Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν με υπερήχους οι νεφροί 44 αρρώστων, ηλικίας από 18 μέχρι 73 χρόνων (Μ.Ο.: 47), με διάφορο βαθμό χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Από τους αρρώστους αυτούς οι 11 είχαν αντιρροπούμενη νεφρική ανεπάρκεια (Α.Ν.Α.), κρεατινίνη ορού < 6 mg%, οι 14 είχαν μη Α.Ν.Α., κρεατινίνη ορού > 6 mg% και τέλος οι 19 άρρωστοι ήταν σε πρόγραμμα περιοδικής αιμοκάθαρσης. Η συχνότητα των κυστικών αλλοιώσεων, που καθορίστηκε με υπερήχους, ήταν 15/44, 2/11 αρρώστους με Α.Ν.Α., 7/14 με μη Α.Ν.Α. και 6/19 αιμοκαθαριόμενους. Μονήρεις κύστες παρατηρήθηκαν σε 7/44 και περισσότερες από μία σε 8/44. Το μέγεθος των κύστεων ήταν από 1 έως 6,9 εκ. (Μ.Ο.: 1,8). Το μέγεθος των νεφρών (επιμήκης διάμετρος) στους αρρώστους με Α.Ν.Α. ήταν από 7 – 13,5 εκ. (Μ.Ο.: 10,1), σ' εκείνους με την μη Α.Ν.Α. από 6 – 12 εκ. (Μ.Ο.: 9) και στους αιμοκαθαριόμενους από 5 – 12,8 εκ. (Μ.Ο.: 7,5). Από το υλικό μας αποκλείστηκαν άρρωστοι με πολυκυστική νόσο των νεφρών (Π.Κ.Ν.) ή με κληρονομικό αυτής και με ιστορικό νεφρικής φυματίωσης.

Σαν μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 18 άρρωστοι με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, ηλικίας 17–58 χρόνων (Μ.Ο.: 42) και μέγεθος νεφρών από 9,5–13,5 εκ. (Μ.Ο.: 12,1). Η συχνότητα κύστεων σ' αυτούς ήταν 3/18.

Με τους υπερήχους διαπιστώνεται η ύπαρξη νεφρικών κύστεων που δεν είναι δυνατόν να φανούν με πηλεονεφροτομογραφία.

Η συχνότητα εμφάνισης των κύστεων αυξάνει με την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και ιδιαίτερα όταν η νεφρική ανεπάρκεια μεταπέσει σε μη αντιρροπούμενο στάδιο.

Η μεγαλύτερη συχνότητα κύστεων εμφανίζεται στη νεφρική ανεπάρκεια πηλεονεφρικού τύπου.

Η συχνότητα εμφάνισης των κύστεων στη μη αντιρροπούμενη νεφρική ανεπάρκεια και στους αιμοκαθαριόμενους είναι περίπου η ίδια για κύστες μεγαλύτερες από 1 εκ.

Οι κυστικές αυτές αλλοιώσεις πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από τις πολλαπλές κύστες του νεφρού και την Π.Κ.Ν.

Επίκτητη κυστική νόσος των νεφρών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση

Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Α. ΚΑΛΠΑΚΤΣΙΔΟΥ–ΒΑΚΙΑΝΗ,
Α. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Ε. ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ, Χ. Χ' ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,
Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Μελετήθηκαν με οπτικό μικροσκόπιο πολλαπλές τομές από 72 νεφρούς 53 ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, που υποβλήθηκαν σε νεφρεκτομή κατά την διάρκεια της μεταμόσχευσης νεφρού (περίοδος 1968–1975), ενώ σπανιότερες ενδείξεις ήταν μη ρυθμιζόμενη αρτηριακή υπέρταση και κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς που έπασχαν από πολυκυστική νόσο. Σε 28 ασθενείς διαπιστώθηκε η ύπαρξη κύστεων μεγέθους μέχρι 1,6 cm που εντοπιζόνταν στο φλοιό και το μυελό και ήταν πολύχρωρες ή μονόχρωρες με επιθήλιο κυθικό ή αποπλατυσμένο. Σε 10 ασθενείς βρέθηκαν 11 αδενώματα. Σε 5 περιπτώσεις επρόκειτο για αδενώματα από διαλυγή κύτταρα (2 αδενοκαρκινώματα). Τα υπόλοιπα 6 ήταν μικροθηλώδη από σκοτεινόχροα κύτταρα. Σε 7 ασθενείς που είχαν αδενώματα συνυπήρχαν και κύστες. Σε 2 περιπτώσεις διαπιστώθηκε η δημιουργία θηλωδών προσεκβολών μέσα σε κύστες.

Συζητείται η σημασία των ιστολογικών αυτών ευρημάτων και γίνεται συσχέτιση με κλινικές παραμέτρους.

Κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση και νυκτερινή ενοούρηση

**Χ. ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ, Ι. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ,
ΠΟΥΛΞΕΝΗ ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, Ι. ΜΕΣΣΑΡΙΤΑΚΗΣ,
Φ. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΑΚΗΣ, Π. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,
Ν. ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ**

Ενώ η βιβλιογραφία για τη συχνότητα των οργανικών ανωμαλιών του ουροποιητικού συστήματος σε παιδιά με πρωτοπαθή νυκτερινή ενοούρηση είναι εκτεταμένη, πληροφορίες για τη συχνότητα της νυκτερινής ενοούρησης σε παιδιά με ανωμαλίες του ουροποιητικού, όπως κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση, λείπουν εντελώς. Σε 67 παιδιά 5–14 ετών με πρωτοπαθή κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση (50 ετερόπλευρη, 17 αμφοτερόπλευρη) διερευνήθηκε η συχνότητα της πρωτοπαθούς νυκτερινής ενοούρησης. 26 ήταν αγόρια και 41 κορίτσια. 49 ήταν 5–9 ετών και 18 10–14 ετών. 49 είχαν κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση I ή II βαθμού και 18 III–V. 367 φυσιολογικά παιδιά 5–14 ετών (162 αγόρια, 205 κορίτσια) χρησιμοποιήθηκαν για μάρτυρες. Από τα 67 παιδιά με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση τα 23 (34%) είχαν νυκτερινή ενοούρηση ενώ από τα 367 φυσιολογικά παιδιά μόνο 26 (7%) είχαν νυκτερινή ενοούρηση ($p < 0.001$). Η συχνότητα της νυκτερινής ενοούρησης ήταν υψηλότερη σε παιδιά με βαρύτερη μορφή κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης (44%) και αμφοτερόπλευρη (47%) σε σχέση με παιδιά που είχαν ελαφρότερη μορφή (31%) και ετερόπλευρη (30%). Στην ομάδα των φυσιολογικών παιδιών παρατηρήθηκε μείωση στη συχνότητα της νυκτερινής ενοούρησης από 9% που ήταν στις ηλικίες 5–9 ετών σε 4.5% στις ηλικίες 10–14 ετών, ενώ ανάλογη μείωση δεν παρατηρήθηκε στις αντίστοιχες ηλικίες των παιδιών με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση (35% και 33%).

Συμπερασματικά: η συχνότητα της πρωτοπαθούς νυκτερινής ενοούρησης σε παιδιά με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση είναι 5 φορές περίπου μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα φυσιολογικά παιδιά, δεν μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και είναι αυξημένη σε παιδιά με βαριά και αμφοτερόπλευρη κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση.

Αξιολόγηση 200 διαδοχικών νεφρικών μεταμοσχεύσεων

**Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ,
Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Ζ. ΠΟΥΛΜΕΝΙΔΗΣ, Μ. ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ,
Τ. ΝΑΤΣΕ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ,
Θ. ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗΣ, Β. ΡΩΜΠΗΣ,
Χ. ΣΜΠΑΡΟΥΝΗΣ, Π. ΜΕΤΑΞΑΣ**

Από τον Ιούλιο 1968 μέχρι τον Φεβρουάριο 1985 διενεργήθηκαν 200 συνολικά νεφρικές μεταμοσχεύσεις σε 188 ασθενείς της Κλινικής (129 άνδρες). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 33,9 χρόνια (11–58 χρόνια) και η μέση διάρκεια παρακολούθησης του με λειτουργούν μοσχευμα 46 μήνες (2–198 μήνες). Τα μοσχεύματα προέρχονταν από ζωντανό συγγενή δότη σε 159, από πτωματικό δότη σε 39 και από μη συγγενή ζωντανό δότη σε 2 περιπτώσεις. Το πρωτόκολλο ανοσοκαταστολής περιλάμβανε κορτικοστεροειδή, αζαθειοπρίνη ή κυκλοφωσφαμίδη, αντιλεμφοκυτταρική σφαιρίνη και κυκλοσπορίνη Α. Ο έλεγχος των ασθενών περιλάμβανε τακτικό αιματολογικό, βιοχημικό, ανοσοβιολογικό και ραδιοισοτοπικό έλεγχο της λειτουργίας του μοσχεύματος και τελευταία την μελέτη των υποπληθυσμών των λεμφοκυττάρων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η ολική αθροιστική επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων μετά από 1 και 5 χρόνια ήταν 96%–85% και 89%–75% αντίστοιχα. Οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν ήταν αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, οπίσθιος φλοιώδης καταράκτης, γαστρορραγία, άσηπτη νέκρωση οστών, ηπατική δυσλειτουργία και βαρείες λοιμώξεις. Κύρια αιτία θανάτου στη παλιότερη σειρά ασθενών υπήρξαν η σήψη, η ηπατική νόσος με ή χωρίς γαστρορραγία και η απόρριψη ενώ στους νεότερους ασθενείς τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τα κακοήγη νεοπλασμάτα. Η αποκατάσταση των ασθενών ήταν πλήρης ή μερική στο 88% των περιπτώσεων. Ένδεκα ασθενείς (6%) είναι ανάκτονοι για εργασία. Επί πλέον 4 γυναίκες και 3 άνδρες με φυσιολογική νεφρική λειτουργία απόκτησαν 10 φυσιολογικά παιδιά μετά την μεταμόσχευση.

Συμπερασματικά, η νεφρική μεταμόσχευση αποτελεί καθιερωμένη μέθοδο θεραπείας ασθενών με τελικό στάδιο ΧΝΑ. Η ορθολογιστική χρήση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και ο τακτικός κλινικός, εργαστηριακός και ανοσοβιολογικός έλεγχος προλαμβάνουν την αυξημένη συχνότητα των επιπλοκών. Επί πλέον η προσφερόμενη ποιότητα ζωής είναι σημαντικά καλλίτερη από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

Θεραπεία με μινοξιδίλη σε περιπτώσεις βαρείας αρτηριακής υπερτάσεως

Σ. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ, Σ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, Ε. ΚΛΑΥΔΙΑΝΟΣ

Χορηγήσαμε τη Μινοξιδίλη σε συνδυασμό με β-αδρενεργικό αποκλειστή και διουρητικό, σε 15 ασθενείς, οκτώ άνδρες, ηλικίας 62.6 ± 10.2 και επτά γυναίκες, ηλικίας 55 ± 14.3 ετών, που έπασχαν από βαρεία αρτηριακή υπέρταση η οποία ήταν γνωστή ήδη από 8.9 ± 7.5 έτη και ανερχόταν σε $Mx = 211 \pm 20.8$ mmHg και $Mn = 113 \pm 9$ mmHg, στην ύπτια θέση, υπό συστηματική θεραπεία με άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα.

Δέκα μέρες μετά την έναρξη της χορηγήσεως μινοξιδίλης, οι αντίστοιχες τιμές της Α.Π. των ασθενών μειώθηκαν για τη Mx σε 163 ± 14.7 και για τη Mn σε 91.5 ± 0.8 mmHg ($p < 0.001$), χωρίς εκδήλωση ορθοστατικού συνδρόμου. Τρεις ασθενείς παρουσίασαν περιφερικά οιδήματα, ταχυκαρδία με αίσθημα παλμών, μία δε ασθενής από αυτούς παρουσίασε και υπερτρίχωση του προσώπου και των αντιβραχίων. Στους υπόλοιπους 12 ασθενείς, που εξακολούθησαν τη θεραπεία με μινοξιδίλη οι τιμές της Α. Π. παραμείνανε και μετά από ένα μήνα, βελτιωμένες ($p < 0,01$ έως $p < 0.001$). Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε εργαστηριακή διαταραχή από το περιφερικό αίμα και από τη νεφρική ή την ηπατική λειτουργία του.

Από τα πιο πάνω πρόδρομα αποτελέσματα, συνάγομε ότι η μινοξιδίλη αποτελεί ένα ισχυρό αγγειοδιασταλτικό αντιυπερτασικό φάρμακο, η χορήγηση του οποίου απαιτεί επιλογή των περιπτώσεων και συστηματική ιατρική παρακολούθηση εξ αιτίας των συχνών παρενεργειών του, που όμως είναι αναστρέψιμες.