

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

44ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
6 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1992 - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

44ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

6 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1992 - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου 1992

- 09.00-10.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
- 10.30-10.45 Διάλειμμα-Καφές
- 10.45-12.15 Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
- 12.15-12.30 Διάλειμμα-Καφές
- 12.30-14.30 Τακτική Γενική Συνέλευση της ΕΝΕ
- 16.00-17.00 Διάλεξη υποτρόφου της ΕΝΕ
- 17.00-18.40 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
- 18.40-19.00 Διάλειμμα - Καφές
- 19.00-20.00 Διάλεξη ξένου ομιλητή
- 21.30 Δείπνο στο Ναυτικό Όμιλο Θεσσαλονίκης

Εκδόσεις
ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ

Α. Σπύνης - Σ. Χατζηπόπουλου Ο.Ε.
Αρμενοπούλου 16, 54635, Θεσσαλονίκη
☎ 212057, fax 205335

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου 1992

- 09.00-10.30** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
- 09.00-09.10** Προεδρείο: **Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ - Δ. ΓΡΕΚΑΣ**
(1) ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ
Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Δ. ΠΑΠΑΝΤΟΣ, Χ. ΠΟΥΣΣΕΦ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν. Βέροιας, Βέροια
- 09.10-09.20** **(2) ΒΡΑΧΙΟΝΙΟ-ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗ (Α-Φ) ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΥΠΟΔΟΡΙΩΣ**
Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Κ. ΤΣΑΛΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΜΠΑΛΟΓΛΟΥ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Ι. ΔΑΔΟΥΚΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Δ' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. - Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" Θεσσαλονίκης.
- 09.20-09.30** **(3) ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΣ ή ΣΦΑΓΙΤΙΔΙΚΟΣ ΔΙΑΥΛΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ?**
Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, Β. ΚΑΛΠΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΦΥΤΙΛΗ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
ΜΤΝ Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσ/νίκη
- 09.30-09.40** **(4) ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (Ι.Υ) ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΙΚΡΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D (1α-OH₂D₃) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ (ΔΥΠΘ) ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΙΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ)**
Ν. ΤΣΙΑΝΑΣ*, Θ. ΓΚΑΛΕΑΣ**

Μ.Τ. Νεφρού*, Β' Παθολογική Κλινική** Γ.Ν.Ν. Τρικάλων.

09.40-09.50

Συζήτηση

09.50-10.00

(5) ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ - ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ: ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΙΚΟ ΣΤΕΙΛΕΟ

Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Ν. ΧΑΤΖΗΣΑΒΒΑΣ, Π. ΒΟΛΟΝΑΚΗΣ, Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Ν. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ*

Α' Παθολογική Κλινική και Χειρουργική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείο "Ο Αγ. Δημήτριος" Θεσ/νίκη.

10.00-10.00

(6) ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΦΗΚ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΔΕΣΕΩΝ

Σ. ΣΠΑΙΔΑ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκη

10.10-10.20

(7) ΣΑΡΑΝΤΑ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

10.20-10.30

Συζήτηση

10.30-10.45

Διάλειμμα - Καφές

10.45-12.15

Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας

Θέμα: «ΑΓΓΕΙΠΙΔΕΣ - ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΠΙΔΕΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ ANCA»

Συντονιστής: **Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ**

Εισηγητές: **Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ**

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ

Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ

12.15-12.30

Διάλειμμα - Καφές

12.30-14.30

Τακτική Γενική Συνέλευση της ΕΝΕ

- 16.00-17.00** **Διάλεξη Υποτρόφου της ΕΝΕ**
Θέμα: «ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΟ-
ΘΗΛΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑ-
ΘΑΡΣΗ: IN VITRO ΜΕΛΕΤΕΣ»
 Ομιλητής: **Η. ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ**
 Προεδρείο: **Γ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ**
- 17.00-18.30** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
 Προεδρείο: **Λ. ΔΟΥΜΑΣ - Κ. ΠΛΑΤΣΑΚΗΣ**
- 17.00-17.10** **(8) ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑ-**
ΣΤΟΛΕΑ ΤΗΣ C1-ΕΣΤΕΡΑΣΗΣ (C1-ΙΝΗ)
ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥ-
ΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ
(ΣΕΛ) ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ
 ΧΡ. ΙΑΤΡΟΥ, Ν. ΚΑΠΕΡΩΝΗΣ, Ν. ΑΦΕΝΤΑΚΗΣ,
 Δ. ΠΕΤΡΑΣ, Γ. ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού
 Νοσοκομείου Αθηνών
- 17.10-17.20** **(9) ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙ-**
ΜΙΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟ-
ΓΝΩΣΗ
 Γ. ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ν.
 ΧΑΤΖΗΣΑΒΒΑΣ, Μ. ΡΟΓΚΩΤΗ, Μ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ,
 Μ. ΚΛΗΡΙΔΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ
 Α' Παθολογική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείο "Ο Αγ.
 Δημήτριος", Θεσ/νίκη.
- 17.20-17.30** **(10) ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΟΛΙΓΟΥΡΙΚΗ**
ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ)
ΑΠΟ ΗΡΩΙΝΗ
 Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ν. ΧΑΤΖΗΣΑΒΒΑΣ, Π. ΒΟΛΟ-
 ΝΑΚΗΣ, Δ. ΧΑΤΖΗ, Δ. ΜΠΟΥΤΕΛ, Α. ΔΗΜΗ-
 ΤΡΙΑΔΗΣ
 Α' Παθολογική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείο "Ο Αγ.
 Δημήτριος", Θεσ/νίκη.
- 17.30-17.40** **(11) ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**
(ΟΝΑ) ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ
 Σ. ΣΠΑΙΑ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑ-
 ΚΗΣ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Β. ΡΑΙΚΟΥ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
 Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ,
 Θεσσαλονίκη.

- 17.40-17.50** **Συζήτηση**
- 17.50-18.00** **(12) Η ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ**
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕ-
ΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ) ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΥΡΟΣ
ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ (RDW)
 Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Α. ΓΑΝΟΧΩΡΙΤΗΣ², Δ.
 ΓΑΛΑΝΗΣ¹, Κ. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ-ΛΙΤΣΑΚΟΥ¹ ΚΑΙ
 Π. ΤΣΙΑΝΑΚΑΣ¹
 1. Τμήμα Τεχνητού Νεφρού,
 2. Κέντρο Αιμοδοσίας,
 Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.
- 18.00-18.10** **(13) ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΚΑΛ-**
ΣΙΝΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ
ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
 Α. ΓΕΡΑΚΗΣ Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΗ, Χ.
 ΤΡΙΓΩΝΗ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Ν.
 ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.
 Νεφρολογικό και Ενδοκρινολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν.
 "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.
- 18.10-18.20** **(14) ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ**
ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΔΥΟ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ:
ΜΕ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΕ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ
 Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΠΑΠΑ-
 ΓΕΩΡΓΑΚΗΣ, Α. ΜΕΛΠΙΔΟΥ, Λ. ΡΑΛΛΙΔΗΣ, Ν.
 ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ι. ΑΝΑ-
 ΓΝΩΣΤΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
 Νεφρολογικό, Βιοχημικό και Β' Καρδιολογικό
 Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

18.20-18.30 (15) Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ (ΠΙΜΑ) ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ (Πρόδρομη Ανακοίνωση)
Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ
Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Οργάνων, ΑΠΘ, Γ. Π. Ν. Θ. Ιπποκράτειο.

18.30-18.40 Συζήτηση

18.40-19.00 Διάλειμμα - Καφές

19.00-20.00 Διάλεξη

Θέμα: «BIONIC EVOLUTION OF RENAL REPLACEMENT THERAPY»

Ομιλητής: V. BONOMINI

Προεδρείο: Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ

Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Δ. ΠΑΠΑΝΤΟΣ, Χ. ΠΟΥΣΣΕΦ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν. Βέροιας. Βέροια

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσουμε τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (ΑΚ) σε ηλικιωμένους και νέους νεφροπαθείς. Μελετήθηκαν, για 12 μήνες, δύο ομάδες ασθενών που υποβάλλονταν σε ΑΚ με Τ.Ν. 3 φορές την εβδομάδα. Η ομάδα Α αποτελούνταν από 20 άτομα ηλικίας πάνω από 65 χρόνων και η ομάδα Β αποτελούνταν από 13 άτομα ηλικίας κάτω από 45 χρόνων. Καρδιακή ανεπάρκεια παρουσίαζαν 45% από τους ηλικιωμένους και 22% από τους νέους. Υπέρτροφία της αριστεράς κοιλίας 40% και 7.5% αντίστοιχα. Ισχαιμία μυοκαρδίου και επεισόδια σπθιάγχης παρουσίαζαν σε ποσοστά 25% και 20% αντίστοιχα μόνον οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Ο μέσος χρόνος εβδομαδιαίας ΑΚ στους ηλικιωμένους ήταν 11.7 ± 0.8 και στους νέους 12.2 ± 1 ώρες. Η ροή αίματος κατά την ΑΚ ήταν στους ηλικιωμένους 200 ± 10 ml/min και στους νέους 240 ± 25 ml/min ενώ η ροή του διαλύματος ήταν σε όλους 500 ml/min. Η ΑΚ γινόταν σε όλους με διάλυμα οξείκων. Οι μέσες τιμές των παραμέτρων που μετρήθηκαν κάθε μήνα πριν την ΑΚ για τους ηλικιωμένους και νέους ήταν αντίστοιχα: Cr 12 ± 0.6 και 16 ± 4 mg%, Urea 178 ± 8 και 196 ± 10 mg% K 5.3 ± 0.4 και 5.6 ± 0.2 mEq/l, Ca 8.4 ± 0.5 και 8.2 ± 0.9 mg%, P 5.5 ± 0.6 και 6.9 ± 1.2 mg% και Ht 28 ± 1 και 29 ± 2 %. Η μέση τιμή της απώλειας βάρους κατά την ΑΚ ήταν στους ηλικιωμένους 2 ± 0.6 Kg και στους νέους 2.5 ± 1 Kg. Κατά την ΑΚ παρατηρήθηκαν πτώση της συστολικής αρτ. πίεσης κατά 15 ± 10 στους ηλικιωμένους και κατά 19 ± 14 mmHg στους νέους, και της διαστολικής κατά 5 ± 3 και 4 ± 3 mmHg αντίστοιχα. Επεισόδια συνήθους υπότασης παρατηρήθηκαν στο 40% των ηλικιωμένων και στο 15% των νέων και η μέση τιμή του φυσιολογικού ορού που χορηγήθηκε για την αντιμετώπισή τους ήταν 315 ± 300 ml και 250 ± 200 ml αντίστοιχα. Τα συμπτώματα που εμφανίσθηκαν κατά τη διάρκεια της ΑΚ ήταν: Κεφαλαλγία 30% και 7.5%, Ναυτία-έμετοι 35% και 7.5%, Κράμπες 30% και 15%, Καρδιακές αρρυθμίες 7.5% και 4% αντίστοιχα στους ηλικιωμένους και νέους ασθενείς.

Συμπερασματικά: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αν και είναι πιο προσεκτικοί και υπάκουοι στις οδηγίες εμφανίζουν μικρότερη ανοχή στην αιμοκάθαρση και χρίζουν ηπιότερης αντιμετώπισης.

ΒΡΑΧΙΟΝΙΟ-ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗ (Α-Φ) ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΗΣ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΥΠΟΔΟΡΙΩΣ

Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Κ. ΤΣΑΛΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΜΠΑΛΟΓΛΟΥ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Ι. ΔΑΔΟΥΚΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Δ' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. - Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" Θεσσαλονίκης.

Σε 9 ασθενείς (6 γυναίκες και 3 άνδρες, μέσης ηλικίας 53 ετών) με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, δημιουργήθηκαν 9 Α-Φ επικοινωνίες μεταξύ βραχιονίου αρτηρίας και βασιλικής φλέβας στην περιοχή του αγκώνα με μετάθεση της βασιλικής φλέβας υποδορίως. Σε 8 από τους ασθενείς είχε προηγηθεί ανεπάρκεια της προϋπάρχουσας Α-Φ επικοινωνίας. Ο χρόνος παρακολούθησης κυμάνθηκε από 1 μέχρι 13 μήνες.

Η τεχνική είναι απλή χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Για τη δημιουργία της Α-Φ επικοινωνίας γίνεται παρασκευή της βασιλικής φλέβας σ' όλο το μήκος της μέχρι τη μασχαλιαία κοιλότητα και τελικο-πλάγια αναστόμωσή της με τη βραχιόνιο αρτηρία.

Οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν ήταν διαπύση του χειρουργικού τραύματος και θρόμβωση της φλέβας σε μια ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη και εμφάνιση συνδρόμου υποκλοπής σ' έναν ασθενή που αντιμετώπισθηκε χειρουργικά. Κανένας από τους ασθενείς δεν παρουσίασε συμπτωματολογία καρδιακής ανεπάρκειας. Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης οι 8 από τις 9 Α-Φ επικοινωνίες παραμένουν βατές και λειτουργούν καλά προσφέροντας τη δυνατότητα επίθεσης αιμοκάθαρσης με υψηλή παροχή αίματος.

Από την εμπειρία μας συμπεραίνουμε ότι η τεχνική αυτή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σαν μέθοδος Α-Φ επικοινωνίας δεύτερης και τρίτης επιλογής αποφεύγοντας τη χρήση προθέσεων, όσο και σαν μέθοδος πρώτης επιλογής σε άτομα με μη ικανοποιητικού μεγέθους αγγεία.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΣ ή ΣΦΑΓΓΙΔΙΚΟΣ ΔΙΑΥΛΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ?

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, Β. ΚΑΛΠΑΚΙΔΗΣ, Χ. ΦΥΤΙΛΗ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
ΜΤΝ Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου", Θεσ/νίκη

Την τελευταία 4ετία (1989-1992) στη ΜΤΝ του Νοσοκομείου μας τοποθετήθηκαν 115 υποκλειδίοι καθετήρες (ΥΚ) διπλού αυλού σε 98 ασθενείς και 80 αντίστοιχοι σφαγγιδικοί καθετήρες (ΣΚ) σε 76 ασθενείς προκειμένου να επιτελεστεί αιμοκάθαρση, αιμοδιύση ή πλασμαφαίρεση. Η μέση διάρκεια παραμονής των υποκλειδίων καθετήρων ανήλθε σε 15.2 ± 13.7 ημέρες (1-60) και η αντίστοιχη των σφαγγιδικών σε 22.7 ± 22 ημέρες (1-90). Οι επιπλοκές κατά την τοποθέτηση των ΥΚ ήταν αιμοθώρακας (1), πνευμοθώρακας (1), τρώση υποκλειδίας αρτηρίας (1) και οξεία θρόμβωση της υποκλειδίας φλέβας (3) ενώ στο 6.1% των περιπτώσεων υπήρξε αδυναμία προσπέλασης. Τοπικό αιμάτωμα σε 2 περιπτώσεις ήταν η μόνη επιπλοκή που παρατηρήθηκε κατά την τοποθέτηση των ΣΚ ενώ η αδυναμία προσπέλασης ανήλθε σε 5.2%. Αντικατάσταση ΥΚ για ποικίλους λόγους έγινε 75 φορές και ΣΚ 15 φορές. Στις περισσότερες περιπτώσεις ΥΚ η βατότητα εξασφαλίστηκε με τη χορήγηση διαλύματος ηπαρίνης σε στάγδην έγχυση ενώ στους αντίστοιχους ΣΚ η βατότητα εξασφαλίστηκε μόνο με τοπική έγχυση ηπαρίνης, 2500 IU σε κάθε αυλό. Καλλιέργεια άκρου καθετήρων έγινε σε 20 περιπτώσεις ΥΚ (9 θετικές) και σε 12 περιπτώσεις ΣΚ (8 θετικές). Σε 8 από τους 10 ασθενείς με ΥΚ που υποβλήθηκαν σε φλεβογραφία, τουλάχιστον 6 μήνες μετά την αφαίρεση του καθετήρα, διαπιστώθηκε ποικίλου βαθμού στένωση της υποκλειδίας φλέβας.

Από την εμπειρία μας αυτή συμπεραίνουμε ότι η χρησιμοποίηση της έσω σφαγγιδίας φλέβας για την τοποθέτηση διάυλου καθετήρα αιμοκάθαρσης είναι ασφαλέστερη και λιγότερο προβληματική από την αντίστοιχη της υποκλειδίας φλέβας.

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (I.V) ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΙΚΡΩΝ ΔΟΣΕΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D (1α-OHD3) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ (ΔΥΠΘ) ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΙΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ)

N. ΤΣΙΑΝΑΣ*, Θ. ΓΚΑΛΕΑΣ**

M.T. Νεφρού*, Β' Παθολογική Κλινική** Γ.Ν.Ν. Τρικάλων.

Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της 1α-OHD3, στην αντιμετώπιση του ΔΥΠΘ, την χορηγήσαμε σε μικρές δόσεις I.V. σε 12 ασθενείς (5Α-7Γ) ηλικίας 39-67 ετών, που υποβάλλονταν σε ΑΜΚ για 30-144 μήνες (μέση τιμή 83.2±44.5) και οι οποίοι είχαν αναπτύξει ΔΥΠΘ. Σαν κριτήρια ΔΥΠΘ ελήφθησαν η κλινική εικόνα, η ακτινολογική μελέτη και οι αυξημένες τιμές αλκαλικής φωσφατάσης (SAP) και ολικής παραθορμόνης (i-PTH). Όλοι οι ασθενείς μας υποβάλλονταν σε ΑΜΚ με διαλύματα περιεκτικότητας 3mEq/L και ελάμβαναν σαν δεσμωτικό του φωσφόρου ανθρακικό ασβέστιο σε μέση ημερήσια δοσολογία 2.8 γρ (2.2-5.6). Η χορήγηση της 1α-OHD3 εγένετο στο τέλος κάθε ΑΜΚ σε δοσολογία 1-1.5 μg/ΑΜΚ και με σκοπό την διατήρηση των τιμών Ca ορού μεταξύ 8.5-10.5 mg% και P ορού μεταξύ 3.5-5.5 mg%. Ανά δεκαήμερο ελαμβάνοντο δείγματα αίματος για έλεγχο Ca, P, SAP ενώ η i-PTH μετρήθηκε στην αρχή και στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Μετά παρέλευση 20 εβδομάδων οι τιμές της περιόδου παρακολούθησης. Μετά παρέλευση 20 εβδομάδων οι τιμές της i-PTH μειώθηκαν από 1019.1±422.9 σε 554.8±354.8 (p<0.01) ενώ οι αντίστοιχες της SAP από 299.1±197 σε 163.9±118.4 (p<0.05). Οι τιμές του Ca ορού ανήλθαν από 8.4±0.4 σε 9.3±0.55 (p<0.01) ενώ αυτές του P ορού από 4.95±0.4 σε 5.25±0.6 (N.S.). Κατά τη διάρκεια της μελέτης ένας ασθενής μας εμφάνισε υπερασβεσταιμία, ενώ σε έναν άλλον αυξήθηκε το γινόμενο Ca x P ελαφρά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: 1) Η 1α-OHD3 όταν χορηγηθεί σε μικρές δόσεις I.V. είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του ΔΥΠΘ, προκαλώντας μείωση των τιμών i-PTH και SAP. 2) Η χορήγησή της είναι ασφαλής διότι βελτιώνει τον ΔΥΠΘ ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΜΚ χωρίς να προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες (υπερασβεσταιμία - υπερφωσφαταιμία).

ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ - ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ: ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΙΚΟ ΣΤΕΙΛΕΟ

Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Ν. ΧΑΤΖΗΣΑΒΒΑΣ, Π. ΒΟΛΟΝΑΚΗΣ, Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Ν. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ, Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ*
Α' Παθολογική Κλινική και Χειρουργική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείο "Ο Αγ. Δημήτριος" Θεσ/νίκη.

Στη ΣΦΠΚ, η μετατόπιση του ενδοπεριτοναϊκού τμήματος του καθετήρα και η μονόδρομη προς τα έξω δυσλειτουργία ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για την αντικατάσταση καθετήρων. Η χρήση μεταλλικού στείλεου, για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του καθετήρα, γενικά δεν συνιστάται αν και έχει επιχειρηθεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ευθείς καθετήρες Tenckhoff μ' ένα cuff (Am J Kidney Dis 1990).

Στην περίοδο Ιαν. 1984 - Σεπ. 1992 εντάξαμε σε ΣΦΠΚ 80 ασθενείς (79 για ΧΝΑ τελικού σταδίου και ένας για συμφορητική μυοκαρδιοπάθεια). Σε 58 από αυτούς τοποθετήθηκαν χειρουργικά και με διαορθική προσπέλαση 64 ακτινοσκοπικοί ευθείς καθετήρες Tenckhoff μ' ένα "εν τω βάθει cuff". Οι 39 (ΟΜ.Α) είχαν μήκος ενδοπεριτοναϊκού τμήματος 20 cm και οι 25 (ΟΜ.Β) 14.8 cm. Μετακίνηση εκτός πνεύλου με δυσλειτουργία προς τα έξω διαπιστώθηκε από μια φορά σε 21 καθετήρες (33%), σε 15 (38%) της ΟΜ.Α και 6 (24%) της ΟΜ.Β. Μία περίπτωση ανατάχθηκε αυτόματα ενώ στις υπόλοιπες επιχειρήθηκε διόρθωση της θέσης με μεταλλικό στείλεο (υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο σε 5 περιπτώσεις). Ο στείλεός αφού διαπερνούσε ενδοαυτικά το επίπεδο του cuff προωθούνταν με κατεύθυνση έναν από τους λαγόνιους βόθρους "παρασύροντας" τον καθετήρα. Μετά από κάθε χειρισμό χορηγούνταν ενδοπεριτοναϊκά 80 mg Gentamycin σε μία δόση. Η ανάταξη ήταν επιτυχής σε 15 περιπτώσεις (75%) ενώ 3 καθετήρες της ΟΜ.Α και ένας της ΟΜ.Β χρειάστηκε να αντικατασταθούν. Οι χειρισμοί δεν συνοδεύτηκαν από επιπλοκές (αιμορραγία ή περιτονίτιδα) παρά μόνο από πόνο στο κοιλιακό τοίχωμα.

Η τεχνική της αποκατάστασης με μεταλλικό στείλεο δυσλειτουργούντων περιτοναϊκών καθετήρων εξ αιτίας της μετατόπισής τους είναι απλή, ασφαλής και αποτελεσματική κυρίως όταν γίνεται υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο. Καθετήρες με ενδοπεριτοναϊκό τμήμα μικρού μήκους παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό μετατοπίσεων, ενώ οι χειρισμοί ανάταξης είναι αποτελεσματικότεροι.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΦΠΚ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΔΕΣΣΕΩΝ

Σ. ΣΠΑΪΔΑ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης

Μετά 15ετία περίπου ευρείας εφαρμογής της ΣΦΠΚ, η περιτονίτιδα εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές της και μία από τις κύριες αιτίες αποτυχίας της μεθόδου. Σε συνεχή εξέλιξη βρίσκονται προσπάθειες βελτίωσης της τεχνικής με τελικό στόχο τη σημαντική μείωση της συχνότητας της περιτονίτιδας.

Στη μελέτη μας παρουσιάζουμε τη σύγκριση 2 συστημάτων διαφορετικών συνδέσεων στους ασθενείς της μονάδας ΣΦΠΚ της κλινικής μας και την επίπτωσή τους στη συχνότητα της περιτονίτιδας. Μελετήσαμε 38 ασθενείς που ήταν σε πρόγραμμα υποκατάστασης από 6 έως 36 μήνες. Σ' όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε καθετήρας TWH-II και κατόπιν έγινε καταμερισμός τους σε 2 ομάδες: την ομάδα Α που χρησιμοποιούσε σύστημα Ο (CAPD SAFE LOCK FREEDOM SET) και την ομάδα Β που χρησιμοποιούσε παραλλαγή του συστήματος Ο με παράλληλη μείωση του αριθμού των συνδέσεων (CAPD SAFE LOCK - DISPOSABLE FREEDOM SET). Συγκεκριμένα στην ομάδα Α στο χρόνο αλλαγής έπρεπε να γίνουν 4 συνδέσεις και 3 αποσυνδέσεις, ενώ στην ομάδα Β χρειαζόνταν μόνο 2 συνδέσεις. Όλοι οι ασθενείς χρησιμοποιούσαν τον ίδιο τύπο διαλύματος και εκπαιδεύτηκαν με τον ίδιο τρόπο αντισηψίας και περιποίησης του σημείου εξόδου.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α σε 26 ασθενείς ηλικίας κατά Μ.Ο. 63 έτη και μέσο όρο διάρκειας στη ΣΦΠΚ 13.5 μήνες, αναφέρθηκαν 21 επεισόδια περιτονίτιδας (1 επεισόδιο/16.7 μήνες) και 2 φλεγμονές του σημείου εξόδου. Στην ομάδα Β, σε 16 ασθενείς ηλικίας κατά Μ.Ο. 57.5 έτη και διάρκειας στη ΣΦΠΚ 9.6 μήνες παρατηρήθηκαν 5 επεισόδια περιτονίτιδας (1 επεισόδιο/24.2 μήνες) και 2 φλεγμονές του σημείου εξόδου. Το μορφωτικό επίπεδο των αρρώσιων ήταν παρόμοιο στις δύο ομάδες, ενώ το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν μόνοι τους τη μέθοδο ήταν για την ομάδα Α 27%, ενώ για την ομάδα Β 56%.

Συμπερασματικά, η εξέλιξη της τεχνικής για την εφαρμογή της ΣΦΠΚ και πιά συγκεκριμένα η μείωση και βελτίωση των συνδέσεων μπορεί να αποδειχθεί σημαντικότερη στην ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της περιτονίτιδας και στη μακροχρόνια επιβίωση της μεθόδου.

ΣΑΡΑΝΤΑ ΜΗΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Από το 1989 μέχρι σήμερα 41 ασθενείς (27 άνδρες και 14 γυναίκες), εντάχθηκαν σε πρόγραμμα ΣΦΠΚ. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62 χρόνια και η μέση διάρκεια της ΣΦΠΚ 12 μήνες (1μ-36μ). Από το σύνολο των ασθενών οι 19 (46%) είχαν διαβητική νεφροπάθεια και το 43% ήταν υπερήλικες (ηλικία > 65 χρόνια).

Όλοι οι καθετήρες ήταν TWH-II και τοποθετήθηκαν χειρουργικά με παράμεση διορθική προσπέλαση. Πρώιμη διαρροή, αλλά πρόσκαιρη, αντιμετωπίσαμε στο 20% των ασθενών, ενώ στο 17% χρειάστηκε κάποια διόρθωση της θέσεως του καθετήρα το πρώτο 48ωρο μετά την τοποθέτησή του.

Δύο ασθενείς άλλαξαν μονάδα, μία μεταμοσχεύθηκε και έξι (14%), μετακινήθηκαν στην αιμοκάθαρση για διάφορα προβλήματα. Στους 40 μήνες 11 ασθενείς απεβίωσαν (26%). Κύριες αιτίες θανάτου ήταν τα καρδιαγγειακά επεισόδια (6 ασθενείς, ποσοστό 54%) και η λοίμωξη (2 ασθενείς, ποσοστό 18%).

Στους 41 ασθενείς και σε 472 μήνες ασθενών, αντιμετωπίσαμε 26 επεισόδια οξείας περιτονίτιδος, με συχνότητα ένα επεισόδιο ανά 18 μήνες x ασθενή.

Τέλος από τις κυριώτερες επιπλοκές αναφέρουμε την όψιμη διάτρηση του εντέρου σε δύο ασθενείς, και τη γάγγραινα των κάτω άκρων σε δύο διαβητικούς ασθενείς (5%).

Η συχνότητα της περιτονίτιδος, αλλά και η επιβίωση δεν διέφερε μεταξύ διαβητικών και μη ασθενών.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι η ΣΦΠΚ είναι μία χρήσιμη εναλλακτική μέθοδος θεραπείας του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και μάλιστα για διαβητικούς και υπερήλικες ασθενείς. Η μείωση της συχνότητας της περιτονίτιδος, η βελτίωση της τεχνικής, και η αυξανόμενη εμπειρία, θα συμβάλλουν στη μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών και της μεθόδου.

ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΤΗΣ C1-Ε-ΣΤΕΡΑΣΗΣ (C1-INH) ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ (ΣΕΛ) ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ

ΧΡ. ΙΑΤΡΟΥ, Ν. ΚΑΠΕΡΩΝΗΣ, Ν. ΑΦΕΝΤΑΚΗΣ, Δ. ΠΕΤΡΑΣ, Γ. ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

Το Αγγειοίδημα συνδέεται με συγγενή ανεπάρκεια C1-Inh, η οποία με τη σειρά της συσχετίζεται με συχνότερη εμφάνιση ΣΕΛ. Επίκτητη όμως ανεπάρκεια του C1-Inh συνήθως συνυπάρχει σε λεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές της Β σειράς και σπανιότατα σε άλλα νοσήματα.

Περιγράφεται ασθενής με ΣΕΛ, που εμφάνισε αγγειοίδημα ενώ συγχρόνως διαπιστώθηκε επίκτητη ανεπάρκεια του C1-Inh. Από την προσιτή σε μας βιβλιογραφία δεν αναφέρεται παρόμοια περίπτωση. Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 28 ετών, που διακομίσθηκε στην Κλινική μας από Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας (Π.Γ.Ν.Α.) λόγω ολιγουρικής οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και στην οποία ο αρχικός κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος έθεσε τη διάγνωση του ΣΕΛ.

Η ασθενής εντάχθηκε σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης λίγο μετά τη διακομίδα της. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της εμφάνισε επεισόδια έντονης εισπνευστικής δυσχέρειας - δύο φορές απαιτήθηκε διασωλήνωση - με οίδημα τραχήλου και προσώπου, τα οποία αρχικά αποδόθηκαν στη χορήγηση αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου, που δόθηκε στην ασθενή για ρύθμιση της συνυπάρχουσας αρτηριακής υπέρτασης.

Επειδή όμως παρά τη διακοπή του φαρμάκου η ασθενής επανεμφάνισε παρόμοιο επεισόδιο, η διερεύνηση, που επακολούθησε έδειξε την ανεπάρκεια του C1-Inh και συγχρόνως μειωμένα επίπεδα των παραγόντων C2, C4 και C1q του συμπληρώματος (ευρήματα συμβατά με επίκτητη ανεπάρκεια του C1-Inh).

Θεραπευτικά αντιμετωπίσθηκε με σχετικά υψηλές δόσεις δαναζόλης (η βασική νόσος αντιμετωπίσθηκε με κορτικοειδή, κυκλοφωσφamide και π्लाσμαφαίρεση) με αποτέλεσμα αύξηση των επιπέδων του C1-Inh και μη επανεμφάνιση του αγγειονευρωτικού οιδήματος παρά την επαναχορήγηση αργότερα αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου. Παρά την ανωτέρω αγωγή η ασθενής μετά 2μηνη νοσηλεία κατέληξε λόγω εγκεφαλικού εμφράκτου.

ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Γ. ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ν. ΧΑΤΖΗΣΑΒΒΑΣ, Μ. ΡΟΓΚΩΤΗ, Μ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, Μ. ΚΛΗΡΙΔΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ

Α' Παθολογική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείο "Ο Αγ. Δημήτριος", Θεσ/νίκη.

Η υποκαλιαιμία είναι μια συχνή ηλεκτρολυτική διαταραχή που ενοχοποιείται συχνά για τον αιφνίδιο θάνατο κυρίως ηλικιωμένων ατόμων. Ποιοί παράγοντες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια δυναμικά επικίνδυνη υποκαλιαιμία και γιατί; Η απάντηση θα ήταν σημαντική για την πρόληψη.

Μελετήθηκαν 24 άτομα (12Α, 12Γ) με κάλιο ορού <2.8 mEq/L που αντιστοιχούσαν στο 0.8% των νοσηλευθέντων. Η μ. ηλικία ήταν 72.4 χρ. (26-95) ενώ το 80% ήταν ηλικιωμένοι (> 65 χρ.). Εξι άτομα (25%) έπαιρναν δακτυλίτιδα. Για την υποκαλιαιμία ενοχοποιήθηκαν μόνο ή συνδυασμένα: διουρητικά (7 ασθ.), διάρροιες (7), κορτικοστεροειδή (4), πολυουρική ΟΝΑ (2), Conn (2), πολυουρία σε ΣΔ (2), διάμεση νεφρίτιδα (2), έμετοι, καθαρτικά, ειλεός, περιτοναϊκή κάθαρση. Οι 14 στους 20 ασθενείς είχαν pH>7.45. Δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ pH και K (r=-0.23). Συνοδές ηλεκτρολυτικές διαταραχές ήταν υποασβεσταιμία (6), υπονατρίαμία (3) και υπερνατρίαμία (1). Μόνο 12 ασθ. (50%) είχαν κύμα U στο ΗΚΓ και 3 από αυτούς (όλοι με δακτυλίτιδα) παρουσίασαν κοιλιακή μαρμαρυγή που ανατάχθηκε στους 2. Η θνητότητα ήταν 25% (1 ασθ. από υποκαλιαιμία, 2 πιθανώς από υποκαλιαιμία και 3 από σφαιμία).

Επικίνδυνη υποκαλιαιμία μπορεί να εκδηλωθεί κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα που παίρνουν διουρητικά ή κορτικοστεροειδή και/ή έχουν διάρροιες. Η συνεχής παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, ειδικά σε ασθενείς με δακτυλίτιδα είναι καθοριστική για την πρόγνωση της υποκαλιαιμίας.

ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΟΛΙΓΟΥΡΙΚΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΑΠΟ ΗΡΩΙΝΗ

Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ν. ΧΑΤΖΗΣΑΒΒΑΣ, Π. ΒΟΛΟΝΑΚΗΣ, Δ. ΧΑΤΖΗ, Δ. ΜΠΟΥΤΕΛ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ

Α' Παθολογική Κλινική, Ν.Γ. Νοσοκομείο "Ο Αγ. Δημήτριος", Θεσ/νίκη.

Μη τραυματική ραβδομυόλυση και ΟΝΑ από ηρωίνη είναι εξαιρετικά ασυνήθης για τη χώρα μας. Για την παθογένεια του συνδρόμου ενοχοποιείται κυρίως η παρατεταμένη πίεση των μυών και η συμπίεση του υποκείμενου αγγειακού δικτύου από το βάρος του σώματος κατά την περίοδο του stupor με αποτέλεσμα ισχαιμική βλάβη, ραβδομυόλυση, μυοσφαιρινουρία και ΟΝΑ. Σπάνια ενοχοποιείται η άμεση τοξική επίδραση ή αλλεργική αντίδραση στην ηρωίνη.

Περιγράφεται περίπτωση ολιγουρικής ΟΝΑ από ραβδομυόλυση σε άνδρα 30 χρόνων, χρήση ηρωίνης από 10ετίας. Ο ασθενής μετά από ενδομυϊκή χρήση ηρωίνης και παρατεταμένη κατάκλιση-πίεση του αριστερού ημμορίου του σώματος παρουσίασε άλγος και οίδημα κατά μήκος του αρ. γλουτού και κάτω άκρου. Εισήχθη σε χειρουργική κλινική ως "θρομβοφλεβίτιδα" αλλά 2 ημέρες αργότερα διαπιστώθηκε ολιγουρική ΟΝΑ (κρεατινίνη ορού 7.1 mg/dl). Κατά την αντικειμενική εξέταση το άκρο ήταν έντονα οίδηματώδες υπό τάση και επώδυνο όπως και οι γλουτιαίοι μύες. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε εκσεσημασμένη αύξηση των επιπέδων των μυικών ενζύμων του ορού (αλδολάση, CPK, LDH, SGOT). Την 4η ημέρα ο ασθενής είχε ουρία 309 mg/dl, κρεατινίνη 11.8 mg/dl, Κ 6.0 mEq/L, Na 116 mEq/L, Ca 7.5 mg/dl, P 5.7 mg/dl και ουρικό οξύ 12 mg/dl. Αντιμετωπίστηκε με περιτοναϊκή κάθαρση επί 15 ημέρες, αρχικά με όγκους 20-30 lit/ημέρα. Μετά από μία αρχική φάση με παραπέρα αύξηση ουρίας, κρεατινίνης και φωσφόρου (10.6 mg/dl), εγκαταστάθηκε πολυουρική φάση την 18η ημέρα με πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας την 33η ημέρα.

Πρόκειται για περίπτωση ραβδομυόλυσης από παρατεταμένη πίεση μυικών μαζών που παρά την ταχεία εγκατάσταση ΟΝΑ, την παρατεταμένη ολιγουρία και τον υπερκαταβολικό χαρακτήρα είχε ικανοποιητική έκβαση με περιτοναϊκή κάθαρση.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ

Σ. ΣΠΑΪΑ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη.

Η ΟΝΑ είναι αναμφίβολα ένα από τα πιο ενδιαφέροντα και συχνά σύνδρομα που απασχολούν τον κλινικό γιατρό. Αίτιο ενός σημαντικού ποσοστού ΟΝΑ αποτελεί και η ραβδομυόλυση. Ιδιαίτερα τα μη τραυματικά αίτια της ραβδομυόλυσης ενοχοποιούνται σήμερα για το 5-25% των περιπτώσεων ΟΝΑ και συχνά διαλάθουν της προσοχής.

Περιγράφεται ένα περιστατικό ΟΝΑ που διακομίσθηκε στην κλινική μας από Παθολογική Κλινική. Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 72 ετών με ιστορικό χρόνιας χρήσης υπακτικών φαρμάκων. Ο ασθενής νοσηλεύεται για διάχυτα κοιλιακά άλγη χρόνια δυσκοιλιότητα και παραπέμφθηκε σε μας για βαρεία νεφρική ανεπάρκεια. Η διάγνωση της ΟΝΑ από ραβδομυόλυση, λόγω βαρείας υποκαλιαιμίας, από κατάχρηση υπακτικών τέθηκε με βάση το ιστορικό του ασθενούς και τα εργαστηριακά ευρήματα, (αλδολάση↑ φωσφόρος↑ ασβέστιο↓ LDH↑ CPK↑ PTH↓ μυοσφαιρινουρία).

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και αποκατέστησε πλήρως τη νεφρική του λειτουργία.

Με την ευκαιρία της παρουσίας γίνεται και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Η ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ) ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΥΡΟΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ (RDW)

Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Α. ΓΑΝΟΧΩΡΙΤΗΣ², Δ. ΓΑΛΑΝΗΣ¹, Κ. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ-ΛΙΤΣΑΚΟΥ¹ ΚΑΙ Π. ΤΣΙΑΝΑΚΑΣ¹

1. Τμήμα Τεχνητού Νεφρού. 2. Κέντρο Αιμοδοσίας. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.

Στην πρώτη φάση της σιδηροπενίας που έχουμε εξάντληση των αποθεμάτων σιδήρου ο μέσος όγκος ερυθρών (MCV) είναι φυσιολογικός, υπάρχει όμως μεγάλη διακύμανση του μεγέθους των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η πρώιμος αύξηση του εύρους κατανομής των ερυθρών (RDW) χρησιμοποιήθηκε στην ανεύρεση της σιδηροπενίας. Τιμές RDW μεγαλύτερες από 15 θεωρήθηκαν ότι συνοδεύονται με ελαττωμένα αποθέματα σιδήρου. Οι τιμές της φερριτίνης χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτης των αποθεμάτων σιδήρου. Εξετάσαμε δείγματα αίματος από 40 ασθενείς που ευρίσκονταν σε τελικό στάδιο ΧΝΑ και υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Το RDW προσδιορίστηκε με αυτόματο αναλυτή και η φερριτίνη του ορού με μέθοδο μικρο ELISA.

Από τον προσδιορισμό της φερριτίνης διαπιστώθηκε ότι 11 ασθενείς είχαν χαμηλές τιμές (<30 μg/l). Εξ αυτών οι 2 είχαν φυσιολογικό RDW και η ευαισθησία του δείκτη είναι 82%. Από τους υπόλοιπους 29 ασθενείς με φυσιολογικές τιμές φερριτίνης οι 14 παρουσίαζαν υψηλές τιμές του δείκτη RDW. Η ειδικότητα είναι 52%. Από τους 17 ασθενείς με φυσιολογικό RDW οι 15 είχαν φυσιολογικές τιμές φερριτίνης. Η αρνητική πρόβλεψη είναι 88%. Η θετική πρόβλεψη όμως είναι 39%. Από τους 23 με μεγάλο RDW μόνο οι 9 είχαν χαμηλές τιμές φερριτίνης.

Τα αποτελέσματα βεβαιώνουν ότι ο δείκτης RDW αποτελεί μία ευαίσθητο όχι όμως ειδική εξέταση για την ανεύρεση της σιδηροπενίας. Η εξέταση αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί στην επιλογή ασθενών (RDW > 15) για τον προσδιορισμό της φερριτίνης.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΗ, Χ. ΤΡΙΓΩΝΗ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Ν. ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ. Νεφρολογικό και Ενδοκρινολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.

Η μέτρηση της οστεοκαλσίνης του ορού (bone gla protein, BGP) με τη συνήθη μέθοδο των πολυκλωνικών αντισωμάτων είναι αξιόπιστος δείκτης της οστεοβλαστικής δραστηριότητας, αλλά σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) μειονεκτεί διότι, πλην της ακέραιας οστεοκαλσίνης (iBGP), προσμετρούνται και διάφορα κλάσματα της. Πρόσφατα όμως αναπτύχθηκε νέα μέθοδος που χρησιμοποιεί μονοκλωνικά αντισώματα και υποστηρίζεται ότι προσδιορίζει μόνο την iBGP. Επειδή για τη μέθοδο αυτή δεν υπάρχουν ακόμα βιβλιογραφικά δεδομένα μελετήσαμε 72 ασθενείς (37 άνδρες, 35 γυναίκες), ηλικίας 23-89 ετών, με ποικίλης βαρύτητας ΧΝΑ (κρεατινίνη ορού 1,4 - 13,5 mg%). Κανένας από τους ασθενείς δεν ήταν διαβητικός, δεν είχε υποβληθεί σε παραθυρεοειδεκτομή ή εξωνεφρική κάθαρση, δεν είχε νεφρωσικού εύρους λευκωματουρία, ούτε έπαιρνε φάρμακα που επηρεάζουν τον οστικό μεταβολισμό (δεσμευτικά του φωσφόρου, σκευάσματα βιτ. D, αντιεπιληπτικά ή κορτικοειδή. Σε όλους τους ασθενείς μελετήθηκαν: η BGP του ορού και με τις δύο μεθόδους (πολυκλωνικών ή μονοκλωνικών αντισωμάτων) η ακέραια παραθορμόνη του ορού (iPTH), το ολικό ασβέστιο, ο φωσφόρος, η αλκαλική φωσφατάση, η κρεατινίνη και τα λευκώματα του ορού, το λεύκωμα των ούρων 24ώρου και η κάθαρση κρεατινίνης. Επί πλέον, σε όσους ασθενείς η κρεατινίνη ορού ήταν άνω των 4 mg% ούρων 24ώρου, υπολογίστηκε και η κάθαρση της ουρίας. Η μονοκλωνική οστεοκαλσίνη μετρήθηκε επίσης σε 80 άτομα του γενικού πληθυσμού (42 άνδρες και 38 γυναίκες) ηλικίας 21 - 72 ετών, που χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Η μέση τιμή (± σταθ. απόκλιση) της iBGP ήταν 121.2 ± 212 ng/ml στους ασθενείς και 20.4 ± 8.7 ng/ml στους μάρτυρες (p < 0.001). Η συσχέτιση των τιμών της iBGP των ασθενών με τους δείκτες της νεφρικής λειτουργίας ήταν στατιστικά σημαντική, αλλά η συσχέτιση αυτή ήταν ισχυρότερη όταν οι μετρήσεις έγιναν με τη μέθοδο των πολυκλωνικών (p < 0.001) παρά με εκείνη των μονοκλωνικών αντισωμάτων (p < 0.01), πιθανώς διότι με την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας αυξάνονταν τα προσμετρώμενα κλάσματα της BGP. Παρατηρήθηκε επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση

($p < 0.001$) μεταξύ των τιμών της BGP (που βρέθηκαν και με τις δύο μεθόδους προσδιορισμού της) αφ' ενός και των τιμών της iPTH, του φωσφόρου και της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού αφ' ετέρου.

Συμπερασματικά, σε ασθενείς με ΧΝΑ η μέτρηση της BGP με μονοκλωνικά αντισώματα φαίνεται υπερτερεί από τη μέχρι τώρα χρησιμοποιούμενη μέθοδο προσδιορισμού της με πολυκλωνικά αντισώματα διότι αποφεύγεται ο συνυπολογισμός των κλασμάτων της BGP που αθροίζονται στο πλάσμα των ασθενών με μειωμένη νεφρική λειτουργία.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΔΥΟ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΜΕ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΑΚΗΣ, Α. ΜΕΛΠΙΔΟΥ, Λ. ΡΑΛΛΙΔΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό, Βιοχημικό και Β' Καρδιολογικό Τμήμα
Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η συγκριτική μελέτη των λιπιδίων του ορού σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Στ. Ν) και σε ασθενείς με νεφρωσικό σύνδρομο (Ν. Σ.). Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 40 άνδρες ασθενείς (Ομάδα Ι) μέσης ηλικίας 49.6 ± 11.4 ετών, που έπασχαν από έμφραγμα του μυοκαρδίου και 19 ασθενείς (άνδρες 12, γυναίκες 7), μέσης ηλικίας 45.2 ± 14.6 ετών, που έπασχαν από Ν.Σ. (Ομάδα ΙΙ). Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 27 υγιή άτομα (άνδρες 19, γυναίκες 7) μέσης ηλικίας 42 ± 14 ετών (Ομάδα ΙΙΙ). Κανένας από τους ασθενείς με Ν.Σ. δεν είχε κλινικές ή ηλεκτροκαρδιογραφικές ενδείξεις στεφανιαίας νόσου και η νεφρική τους λειτουργία ήταν φυσιολογική (κρεατινίνη ορού 1.0 ± 0.4 mg/dL). Σε όλους τους ασθενείς προσδιορίστηκαν η χοληστερίνη (ολική, HDL, LDL), τα τριγλυκερίδια, οι απολιποπρωτείνες Α1 (ApoA1) και Β (ApoB) και η λιποπρωτεΐνη (α) [Lp(a)] του ορού, οι δε μέσες τιμές τους αναγράφονται στον ακόλουθο πίνακα:

Ομάδες	Λιπιδαιμικές παράμετροι ορού (mg%, μέση τιμή \pm στ. απόκλιση)						
	Ολική χοληστ.	Τριγλ.	HDL Χολ.	LDL Χολ.	ApoA1	ApoB	Lp(a)
I(Στ. Ν.)	245.0 ± 59.4	236.4* ± 194.0	35.0 ± 10.0	173.0 ± 49.5	129.5 ± 32.5	107.7 ± 29.5	26.2 ± 20.0
II(Ν.Σ.)	348.0* ± 867.0	258.8* ± 164.0	27.4 ± 15.0	267.5* ± 71.4	118.8 ± 54.5	148.6* ± 54.6	44.8* ± 27.3
III(Μάρτ.)	221.4 ± 64.6	126.7 ± 73.0	37.8 ± 12.5	163.7 ± 52.6	123.7 ± 28.5	101.4 ± 32.5	21.4 ± 16.5

* $p < 0.001$

Αξιοσημείωτο είναι ότι τιμές Lp(a) άνω των 30 mg% είχε το 68.4% των ασθενών με Ν.Σ., αλλά μόνο το 35% των ασθενών με Στ. Ν ($p < 0.05$) και το 26% των μαρτύρων.

Συμπερασματικά, οι νεφρωσικοί ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερες διαταραχές των λιπιδίων του ορού (κυρίως της ολικής και της LDL-χοληστερίνης και της Lp(a) του ορού) από τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, αυτό δε ενδέχεται να συμβάλλει στην αυξημένη συχνότητα Στ.Ν. που υποστηρίζεται ότι εμφανίζουν οι ασθενείς αυτοί.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ (ΠΜΑ) ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ (Πρόδρομη Ανακοίνωση)

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Οργάνων, ΑΠΘ, Γ. Π. Ν. Θ. Ιπποκράτειο.

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανισθεί αντικρουόμενες απόψεις για τη χρησιμότητα των μεταγγίσεων στις μεταμοσχεύσεις νεφρού. Από τον Ιούνιο του 1989 έως τον Μάιο του 1992 έγιναν 61 μεταμοσχεύσεις από συγγενή ζώντα δότη (ΣΖΔ). Σε 34 από αυτές (πρώτη μεταμόσχευση) μελετήθηκαν αναδρομικά η νεφρική λειτουργία και οι απορρίψεις του 1ου εξαμήνου. Οι ασθενείς αυτοί ήταν απλοταυτόσημοι με τον ΣΖΔ, δεν έπασχαν από συστηματικό νόσημα, τα κυτταροτοξικά αντισώματα του τελευταίου εξαμήνου πριν τη μεταμόσχευση ήταν <5%, δεν είχαν υποβληθεί σε άλλη επέμβαση μετά τη μεταμόσχευση και είχαν πάρει τριπλή ανοσοκαταστολή. Με βάση τον αριθμό των ΠΜΑ οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Ομάδα Α: 0 μεταγγίσεις (ασθενείς 13), Β: 1-2 μεταγγίσεις (ασθενείς 12) και Γ: ≥3 μεταγγίσεις (ασθενείς 9). Η κρεατινίνη ορού (ΚΟ) τον 1ο μήνα μετά τη μεταμόσχευση ήταν 2.07 ± 1.02 , 1.88 ± 0.72 και 1.9 ± 1.05 στις ομάδες Α, Β, Γ αντίστοιχα (P : NS), η ΚΟ του 6ου μήνα ήταν 1.8 ± 0.5 , 1.6 ± 0.3 και 1.7 ± 0.3 στις ομάδες Α, Β και Γ αντίστοιχα (p: NS). Η ομάδα Α είχε 8 απορρίψεις (0.61 ανά ασθενή), η Β 9 απορρίψεις (0.7 ανά ασθενή) και η Γ 1 απόρριψη (0.11 ανά ασθενή). Ο αριθμός απορρίψεων ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερος στην Ομάδα Γ συγκριτικά με την Ομάδα Α και Β (p=0.024 και p=0.005 αντίστοιχα). Μια ασθενής της Ομάδας Α απεβίωσε. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι ≥3 ΠΜΑ σχετίζονται με ελαπωμένο αριθμό απορρίψεων στις μεταμοσχεύσεις από απλοταυτόσημο ΣΖΔ υπό τριπλή ανοσοκαταστολή το πρώτο εξάμηνο μετά τη μεταμόσχευση και συνεπώς αποτελούν σοβαρό παράγοντα μεταβολής της ανοσιακής απάντησης του νεφροπαθούς.