

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

**25 ΧΡΟΝΙΑ Ε.Ν.Ε.**

**50<sup>n</sup> ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

---

**28-29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1995  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ  
ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

**25 ΧΡΟΝΙΑ Ε.Ν.Ε.**

**50<sup>n</sup> ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

---

**28-29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1995  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ  
ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

### Τρίτη 28 Νοεμβρίου 1995

---

09.30-11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
11.00-11.15	Διάλειμμα.
11.15-12.45	Στρογγύλη Τράπεζα.
18.30-19.45	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
19.45-20.00	Διάλειμμα.
20.00-20.45	Διάλεξη.
21.30	Δείπνο.

---

### Τετάρτη 29 Νοεμβρίου 1995

---

09.30-10.45	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
10.45-11.00	Διάλειμμα.
11.00-14.00	Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

---

**Τρίτη 28 Νοεμβρίου 1995**

---

- 09.30-11.00** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**  
Προεδρείο: Δ. ΜΕΜΜΟΣ  
Μ. ΕΛΙΣΑΦ
- 09.30-09.40** **ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.**  
ΠΑΤΣΙΑΣ Χ., ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Π., ΠΙΕΡΙΔΗΣ Α.  
Τμήματα Νεφρολογίας και Γενικής Χειρουργικής Γεν. Νοσ. Λευκωσίας.
- 09.40-09.50** **ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΕΚΤΟΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ (ΠΥΠ). ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΤΟΥ ΠΥΠ.**  
Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Β. ΚΑΡΑΛΗ<sup>2</sup>, Φ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Ν. ΠΟΝΤΙΚΙΔΗΣ<sup>5</sup>, Α. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ<sup>2</sup>, Θ. ΦΡΑΓΚΙΑ<sup>4</sup>, Δ. ΜΠΟΤΣΙΟΣ<sup>2</sup>, Γ. ΚΡΑΣΣΑΣ<sup>5</sup>, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ<sup>1</sup>.  
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού<sup>1</sup>, Δ' Χειρουργικό Τμήμα<sup>2</sup>, Παθολογικό Τμήμα<sup>3</sup> και Μικροβιολογικό Εργαστήριο<sup>4</sup> ΓΠΝ "Τ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", Ενδοκρινολογικό Τμήμα Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ<sup>5</sup> Θεσ/νίκης.
- 09.50-09.55** **Συζήτηση.**
- 09.55-10.05** **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΕΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ (ΔΥΠΘ) ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ 1αΟΗ ΒΙΤΑΜ. D<sub>3</sub> ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΑΚ).**

- Π. ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗ-ΜΗΤΡΙΟΥ.  
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- 10.05-10.15 ΚΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ.**  
Α. ΠΑΝΤΕΛΗ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.  
Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- 10.15-10.20 Συζήτηση.**
- 10.20-10.30 ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ GITELMAN.**  
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ  
Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- 10.30-10.40 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΥΡΕΟΤΟΞΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙ- ΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ ΣΕ ΛΕΥΚΟ ΕΛΛΗΝΑ ΑΝΔΡΑ.**  
Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Π. ΝΤΑΓΚΟΥΝΑΚΗ, Α. ΜΙΧΑΛΙΑΔΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Π. ΜΑΝΤΑ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.  
Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.
- 10.40-10.50 ΣΧΕΣΗ  $\beta_2$  - ΜΙΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟ- ΛΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗ- ΡΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.**  
Μ. ΣΟΝΙΚΙΑΝ-ΣΚΑΡΑΚΗ, Θ. ΜΑΓΙΟΠΟΥΛΟΥ- ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΟΥ, Δ. ΒΑΛΗΣ, Τ. ΔΡΥΕΚΕ.

Νεφρολογικό Τμήμα INSERM U90 Νοσομείου Necker Παρισιών.  
Ερευνητικό Νεφρολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής Ιπποκρατείου Γ. Ν. Αθηνών.  
Μονάδα Τ.Ν. Νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ».

- 10.50-11.00 Συζήτηση.**
- 11.00-11.15 Διάλειμμα.**
- 11.15-12.45 Στρογγύλη Τράπεζα.**  
**Θέμα: «ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ».**  
Συντονιστής: Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ.  
Ομιλητές: Ι. Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ,  
Α. ΠΑΤΡΙΚΑΡΕΑ,  
Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ.
- 18.30-19.45 Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**  
Προεδρείο: Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ  
Χ. ΙΑΤΡΟΥ
- 18.30-18.40 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΑΥΤΟΑΝΤΙ- ΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟ- ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (ANCA) ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ.**  
ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ Ν.\*, ΚΑΤΣΟΥΝΑΡΟΣ Μ.\*\*,  
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α.\*\*\*, ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗ Ε.\*\*\*,  
ΤΣΑΜΠΑΖΗΣ Μ.\*\*, ΣΟΜΠΟΛΟΣ Κ\*.  
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού \*-Α, Β' Παθολογική Κλινική\*\* και Α', Β' Πνευμονολογική Κλινική\*\*\* Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Θεσσαλονίκης.
- 18.40-18.50 ΣΤΑΘΕΡΑ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΥΚΛΟΦΟ-**

**ΡΟΥΝΤΩΝ 29kD-ANCA<sub>s</sub> ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΣΕ ΜΑΚΡΑ  
ΥΦΕΣΗ.**

N. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ\*, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ\*, G. FRASCA\*\*,  
V. BONOMINI\*\*.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Π.Ν. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟ-  
ΛΑΟΥ» και INSTITUTE OF NEPHROLOGY, ST  
ORSOLA UNIVERSITY HOSPITAL BOLOGNA  
ITALY\*\*.

**18.50-18.55 Συζήτηση.**

**18.55-19.05 ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 12  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ  
ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ (ΘΘΠ).**

ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ Κ.<sup>1</sup>, ΝΑΤΣΕ Τ.<sup>1</sup>, ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Χ.<sup>2</sup>,  
ΦΡΑΓΚΙΑ Θ.<sup>2</sup>, ΦΑΣΣΑΣ Α.<sup>3</sup>, ΣΟΜΠΟΛΟΣ Κ.<sup>1</sup>

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού<sup>1</sup>, Αιματολογικό Εργαστήριο<sup>2</sup>  
και Αιματολογικό Τμήμα<sup>3</sup> ΓΠΝ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»  
Θεσσαλονίκης.

**19.05-19.15 ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ  
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ  
ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΘΥΜΩΜΑ.**

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Γ.  
ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, ΦΛ. ΣΟΤΣΙΟΥ, Α.  
ΜΠΙΛΛΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα και παθολογοανατομικό  
Εργαστήριο του Νοσοκομείου «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

**19.15-19.20 Συζήτηση.**

**19.20-19.30 ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ  
ΣΥΝΔΡΟΜΟ CHARCOT-MARIE-TOOTH.**

ΠΑΓΚΙΔΗΣ Π., ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ Φ., ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ Β.,  
ΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν., ΒΑΓΓΩΝΑΣ Γ.

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ

Θεσσαλονίκης.

**19.30-19.40 ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ  
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ  
ΣΕ ΞΕΝΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΚΑΤΑ  
ΤΗΝ 9ΕΤΙΑ 1985-1993. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟ ΜΙΑ  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ.**

Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ για την Ε.Ν.Ε.

**19.40-19.45 Συζήτηση.**

**19.45-20.00 Διάλειμμα.**

**20.00-20.45 Διάλεξη.  
«ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ»**

Ομιλητής: Γ. Κ. ΔΑΪΚΟΣ

Προεδρείο: ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.

**21.30 Δείπνο.**

---

**Τετάρτη 29 Νοεμβρίου 1995**

---

- 09.30-10.45** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**  
Προεδρείο: Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ  
Μ. ΠΑΠΠΑΣ
- 09.30-09.40** **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΝΙΜΕΣΟΥΛΙΔΗΣ.**  
Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΓΑΛΗΝΑΣ, Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ, ΕΜ. ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ  
Από τό Νεφρολογικό καί το Δ' Παθολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».
- 09.40-09.50** **ΔΙΑΜΕΣΟΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗΣ.**  
Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Ν. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ\*, Θ. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ\*, Ι. ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ\*.  
Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.  
\* Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.
- 09.50-09.55** **Συζήτηση.**
- 09.55-10.05** **ΟΝΑ ΑΠΟ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΣΗ.**  
Μ. Α. ΣΙΩΝ, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Ε. ΤΟΥΛΗΣ, Α. ΚΟΥΝΑΝΗΣ, Κ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, Δ. ΠΡΟΚΟΠΙΔΗΣ, Γ. ΣΙΑΚΑΣ.  
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ - ΑΧΕΠΑ - Θεσσαλονίκη.

- 10.05-10.15** **ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΛΟΥΚΟΝΑΖΟΛΗ.**  
 ΖΑΒΡΟΣ Μ. ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Κ. ΠΙΕΡΙΔΗΣ Α.  
 Τμήματα Νεφρολογίας και Μικροβιολογίας Γεν. Νοσ. Λευκωσίας.
- 10.15-10.20** **Συζήτηση.**
- 10.20-10.30** **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΥΛΩΝ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ.**  
 Σ. ΣΠΑΪΑ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ.  
 Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ - Θεσσαλονίκη.
- 10.30-10.40** **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΓΑΓΓΛΙΟΣΙΔΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.**  
 Μ.Α. ΔΑΡΔΑΜΑΝΗΣ, Ε. ΠΟΥΪΑΝΟΥ, Α. ΑΝΔΡΙΚΟΣ, Ι. ΚΩΣΤΙΜΠΑ, Α. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ και Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.  
 Νεφρολογικά Τμήματα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» και Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.
- 10.40-10.45** **Συζήτηση.**
- 10.45-11.00** **Διάλειμμα.**
- 11.00-14.00** **Γενική Συνέλευση  
 Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας**

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ



**ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ.****ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

ΠΑΤΣΙΑΣ Χ., ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ Π., ΠΙΕΡΙΔΗΣ Α.

Τμήματα Νεφρολογίας και Γενικής Χειρουργικής Γεν. Νοσ. Λευκωσίας.

Στα χρόνια 1984-1995 χειρουργήθηκαν επιτυχώς 52 ασθενείς με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. Σε πληθυσμό 580.000 Ελληνοκυπρίων, ο αριθμός νέων περιστατικών χειρουργικά αποδεδειγμένων, αναλογεί σε ~ 5 ανά έτος δηλ. 1/100.000.

Υπήρχαν 35 γυναίκες και 17 άνδρες. Η μέση ηλικία κατά την παραθυρεοειδεκτομή ήταν 51 χρόνια (16-71). 31 ασθενείς (59,6%) παρουσίασαν με νεφρολιθίαση, 12 ασθενείς (23,1%) με ασυμπτωματική υπερασβεσταιμία, 6 ασθενείς με οστικά ενοχλήματα και κώδη οστεΐτιδα, 2 με παγκρεατίτιδα και 1 με υπερασβεσταιμική κρίση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Προεγχειρητικά όλοι οι ασθενείς είχαν υπερασβεσταιμία ( $12.18 \pm 1.06$ ), η οποία διορθώθηκε μετεγχειρητικά ( $9.22 \pm 0.36$ ). Μετρήσεις παραθορμόνης με mid-terminal assay μέχρι το 1994 έδωσαν υψηλή παραθορμόνη σε μόνο 77% των ασθενών, ενώ με intact PTH assay, υψηλή παραθορμόνη ευρίσκεται έως τώρα σε 100% των ασθενών.

Κατά το χρόνο της διάγνωσης και της παραθυρεοειδεκτομής 14 ασθενείς (27%) είχαν ήδη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με κρεατινίνη ορού από 1.6-8.0 mg. Ανεξάρτητα από την επιτυχή εγχείρηση 6 ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια παρουσίασαν επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και 3 από αυτούς έχουν αποθάνει σε αιμοκάθαρση μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Στους υπόλοιπους 8 ασθενείς η νεφρική ανεπάρκεια παραμένει στάσιμος ή έχει βελτιωθεί. Στους 38 ασθενείς με φυσιολογική λειτουργία των νεφρών δεν παρατηρήθηκε καμία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Τα χειρουργικά ευρήματα ήταν ένα αδένωμα σε 45 ασθενείς (86,5%), πρωτοπαθής υπερπλασία και των τεσσάρων αδένων σε 5 ασθενείς (9,6%) και δύο αδενώματα σε 2 ασθενείς.

Μετά από την επιτυχή παραθυρεοειδεκτομή κανένας από τους 31 ασθενείς με νεφρολιθίαση δεν παρουσίασε νέους λίθους, ενώ οι 6 ασθενείς με κώδη οστεΐτιδα παρουσίασαν σημαντική βελτίωση. Οι 2 ασθενείς με παγκρεατίτιδα σταθεροποιήθηκαν και ο ασθενής με την ΟΝΑ και υπερασβεσταιμική κρίση βελτιώθηκε.

Συμπεραίνεται ότι έγκαιρη διάγνωση και επιτυχής παραθυρεοειδεκτομή είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλή εξέλιξη των ασθενών με

πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. Η ΧΝΑ παραμένει η πλέον σοβαρή επιπλοκή και σε ένα μικρό αριθμό ασθενών αυτή εξελίσσεται σε τελικό στάδιο ανεξαρτήτως της επιτυχούς χειρουργικής.

## ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΕΚΤΟΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ (ΠΥΠ). ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΤΟΥ ΠΥΠ.

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Β. ΚΑΡΑΛΗ<sup>2</sup>, Φ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ<sup>3</sup>, Ν. ΠΟΝΤΙΚΙΔΗΣ<sup>5</sup>, Α. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ<sup>2</sup>, Θ. ΦΡΑΓΚΙΑ<sup>4</sup>, Δ. ΜΠΟΤΣΙΟΣ<sup>2</sup>, Γ. ΚΡΑΣΣΑΣ<sup>5</sup>, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ<sup>1</sup>.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού<sup>1</sup>, Δ' Χειρουργικό Τμήμα<sup>2</sup>, Παθολογικό Τμήμα<sup>3</sup> και Μικροβιολογικό Εργαστήριο<sup>4</sup> ΓΠΝ "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", Ενδοκρινολογικό Τμήμα Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ<sup>5</sup> Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση των επιπέδων του ολικού ασβεστίου και της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, καθώς και της συχνότητας εμφάνισης νεφρολιθίασης, υπέρτασης και οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (ΟΝΑ), σε ασθενείς με υπερασβεσταιμία από ποικίλα αίτια και ασθενείς με υπερασβεσταιμία από ΠΥΠ. Καταγράφηκαν 18 ασθενείς (Ομάδα Α) ηλικίας από 16-78 χρόνων (Δ.Τ=64) που είχαν υπερασβεσταιμία από ποικίλες αιτίες (5 λόγω νεοπλασιών, 7 λόγω πολλαπλού μυελώματος, μία λόγω οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας και δύο λόγω υπερθυρεοειδισμού) και συγκρίθηκαν με 30 ασθενείς (Ομάδα Β) ηλικίας από 23-90 χρόνων (Δ.Τ=52) που είχαν υπερασβεσταιμία από πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.

Μία ασθενής από κάθε ομάδα είχε γνωστή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι ασθενείς της ομάδας Α προσήλθαν στο Νοσοκομείο με ποικίλα συμπτώματα ή ευρήματα, τα οποία αποτελούσαν σημεία η κλινικές εκδηλώσεις της κυρίας νόσου, στην οποία οφείλονταν και η υπερασβεσταιμία, εκτός από έναν στον οποίο η υπερασβεσταιμία διαπιστώθηκε σε τυχαίο εργαστηριακό έλεγχο. Οι ασθενείς της ομάδας Β προσήλθαν στο Νοσοκομείο για νεφρολιθίαση (15/30), για διερεύνηση τυχαίας διαπίστωσης υπερασβεσταιμίας (3/30), λόγω γιγαντοκυτταρικού όγκου και επουλίδων (2/30) και λόγω διαφόρων άλλων αιτιών οι υπόλοιποι (10/30).

Στους ασθενείς της ομάδας Α τα επίπεδα ολικού ασβεστίου του ορού (διορθωμένα σε σχέση με τα επίπεδα των λευκωμάτων του ορού) κυμαίνονταν από 12,2-18,9 (n=14, ΜΟ±ΣΑ=15,52±2,05), ενώ της αλκαλικής φωσφατάσης από 55-633 U/L (n=14, ΜΟ±ΣΑ=196±181). Εξ απ' αυτούς είχαν υπέρταση, μία νεφρολιθίαση και δώδεκα εμφάνισαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια (οι 2 από δύο φορές και ο ένας από τρεις), με ανώτερη τιμή κρεατινίνης ορού που κυμάνθηκε από 2,1-12,1 mg/dl (n=12,

MO±ΣΑ=4,1±3,0) και ένας μόνο υποβλήθηκε σε 4 συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Τελικά 3 ασθενείς λάθηκαν, ένας βελτιώθηκε, ενώ οι υπόλοιποι 11 απεβίωσαν. Τα επίπεδα ολικού ασβεστίου του ορού (διορθωμένα σε σχέση με τα επίπεδα των λευκωμάτων του ορού) στους 29 ασθενείς της ομάδας Β, που είχαν φυσιολογική νεφρική λειτουργία κυμαίνονταν από 10,4-17,8 mg/dl (MO±ΣΑ=13,8±1,9), ενώ της αλκαλικής φωσφατάσης από 33-797 U/L (MO±ΣΑ=180±180). Οκτώ ασθενείς είχαν υπέρταση, 17 νεφρολιθίαση και ένας εμφάνισε οξεία νεφρική ανεπάρκεια κατά τη νοσηλείας του και υποβλήθηκε σε 5 συνεδρίες αιμοκάθαρσης ενώ όλοι αποκατέστησαν φυσιολογικές τιμές ασβεστίου μετά την παραθυροειδεκτομή (MO±ΣΑ=9,2±1,9).

Κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε, σημαντικά υψηλότερη τιμή ασβεστίου στην Ομάδα Α (p<0,01) και σημαντικά υψηλότερη συχνότητα νεφρολιθίασης στην ομάδα Β (χ<sup>2</sup>=10,41, p<0,01), ενώ δεν διέφεραν τα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού (p=NS) και της υπέρτασης (p=NS) μεταξύ των δύο ομάδων. Η εμφάνιση ΟΝΑ ήταν συχνότερη στην Ομάδα Α (χ<sup>2</sup>=12,08, p<0,0001).

Συμπεραίνεται ότι η υπερασβεσταιμία από αιτίες εκτός του ΠΥΠ, που συνήθως οφείλεται σε κακοήθη νοσήματα, εμφανίζεται με υψηλότερες τιμές ολικού ασβεστίου ορού, σε σχέση με τις αντίστοιχες του ΠΥΠ και συνοδεύεται σπανιότερα από νεφρολιθίαση. Σε τέτοιες περιπτώσεις η εμφάνιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας φαίνεται να είναι συχνότερη.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΕΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ (ΔΥΠΘ) ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ 1αΟΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D<sub>3</sub> ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΑΚ).

Π. ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Χορηγήθηκε 1αΟΗ βιταμίνη D<sub>3</sub> ενδοφλέβια σε 11 μη επιλεγμένους ασθενείς υπό ΑΚ με τεχνικό νεφρό. Όλοι είχαν βαρύ ΔΥΠΘ (ακέραιο μόριο παραθορμόνης iPTH>500pg/ml, φ.τ: 0-60 pg/ml) που επιβεβαιώθηκε με οστική βιοψία. Η μελέτη περιλάμβανε προσδιορισμό του ασβεστίου (Ca), φωσφόρου (P), iPTH, ιοντισμένου ασβεστίου (iCa) κάθε μήνα καθώς και Αλουμίνιο (Al) ορού και ακτινογραφίες άκρων χειρών με μαστογράφο κάθε τρίμηνο. Στην αρχή και στο τέλος της μελέτης προσδιορίστηκε η καμπύλη iCa/iPTH σε δύο συνεδρίες ΑΚ, μιας με χαμηλό Ca διαλύματος (0,5 mmol/L) και μιας με υψηλό Ca διαλύματος ΑΚ (2mmol/L) και αιμοληψίες κάθε 30 λεπτά. Η διάρκεια (M±SD) της μελέτης ήταν 10±3,6 μήνες (4-18). Η αρχική δόση της 1αΟΗ D<sub>3</sub> ήταν 2-3 mg/συνεδρία ΑΚ και τροποποιείτο ανάλογα με τα επίπεδα του Ca και του P. τα επίπεδα της iPTH μειώθηκαν σε όλους τους ασθενείς. Παρατηρήθηκαν (M±SD) 0,14±0,16 επεισόδια υπερασβεσταιμίας/μήνα και 0,58±0,3 επεισόδια υπερφωσφαταιμίας/μήνα. (Όλοι οι ασθενείς έλαβαν Al(OH)<sub>3</sub>). Τιμές στην αρχή και στο τέλος της μελέτης: iPTH (προ): 933±375 pg/ml, iPTH (μετά): 677±492 pg/ml (p=NS), set point (προ): 1,18±0,07 mmol/L, set point (μετά): 1,14±0,06 mmol/L, (p<0,04), slope (προ): -104±556, slope (μετά): -583±364 (p<0,006). Δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά (πριν/μετά) στις τιμές των: Ca, iCa, P, Αλκαλικής Φωσφατάσης και Al ορού. Μετά από αρχική βελτίωση όλων των ασθενών, σε 5 (ομάδα Α) παρατηρήθηκε επιδείνωση του ΔΥΠΘ που οδήγησε σε διακοπή της θεραπείας. Σε 6 ασθενείς (ομάδα Β) παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του ΔΥΠΘ (iPTH < 250 σε 4 ασθενείς).

Αρχική τιμή iPTH ομάδος Α: 998±509 pg/ml, ομάδος Β: 879±256 pg/ml, αρχική τιμή iCa ομάδος Α: 1,20±0,04 mmol/L και ομάδος Β: 1,14±0,07 mmol/L, αρχική τιμή P ομάδος Α: 6.9±1,3 mg% και ομάδος Β: 5,3±0,6 mg% (p<0,02).

Συμπεραίνεται ότι η ενδοφλέβια χορήγηση 1αΟΗ βιταμίνης D<sub>3</sub> είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του ΔΥΠΘ, τουλάχιστον στην αρχική φάση. Η μακροχρόνια απάντηση ποικίλει. Έτσι σε ορισμένους ασθενείς η iPTH αποκαθίσταται σε φυσιολογικά επίπεδα ενώ σε άλλους απαιτείται παραθυρεοειδεκτομή. Η αρχική τιμή iPTH δεν φαίνεται να ξεχωρίζει τους απαντητές από τους μη απαντητές. Τάση προς υψηλό αρχικό Ca αλλά κυρίως υψηλό P μπορεί να επιπέσει τον έγκαιρο διαχωρισμό των μη απαντητών.

#### **ΚΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ.**

Α. ΠΑΝΤΕΛΗ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η ανεύρεση αυξημένων τιμών κλασματικής απέκκρισης μαγνησίου σε υπομαγνησιακούς ασθενείς είναι ενδεικτική απρόσφορης μαγνησιουρίας. Ωστόσο, δεν είναι καθορισμένες οι τιμές της κλασματικής απέκκρισης μαγνησίου, τόσο σε φυσιολογικά άτομα, όσο και σε υπερμαγνησιακούς ασθενείς. Σκοπός της μελέτης μας ήταν ο προσδιορισμός της κλασματικής απέκκρισης του μαγνησίου σε φυσιολογικά άτομα και σε ασθενείς με υπομαγνησιαιμία ποικίλης αιτιολογίας. Μελετήθηκαν 24 φυσιολογικά άτομα ηλικίας 16-78 ετών και 46 ασθενείς με υπομαγνησιαιμία (μαγνήσιο ορού <1.30 mEq/L) ηλικίας 45-77 ετών. Η μέση τιμή της κλασματικής απέκκρισης του μαγνησίου στα φυσιολογικά άτομα ήταν 1.92% (εύρος 0.6-3.6%). Η μέση τιμή της κλασματικής απέκκρισης του μαγνησίου στους ασθενείς με υπομαγνησιαιμία που οφείλονταν σε εξωνεφρικά αίτια (μειωμένη πρόσληψη, είσοδος μαγνησίου στα κύτταρα και εξωνεφρικές απώλειες μαγνησίου) ήταν 1.5% (εύρος 0.7-2%). Αντίθετα η μέση τιμή της κλασματικής απέκκρισης μαγνησίου στους ασθενείς με υπομαγνησιαιμία στους οποίους η αυξημένη νεφρική απώλεια μαγνησίου ήταν ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας των μειωμένων επιπέδων του μαγνησίου στον ορό ήταν 15% (εύρος 4-48%).

Συμπερασματικά, ο προσδιορισμός της κλασματικής απέκκρισης μαγνησίου είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για τη διαφορική διάγνωση των αιτιών της υπομαγνησιαιμίας. Μια τιμή κλασματικής απέκκρισης μαγνησίου μεγαλύτερη από 2% είναι ενδεικτική απρόσφορης μαγνησιουρίας.

**ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ GITELMAN.**  
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Μ. ΕΛΙΑΦ, Κ. Χ.  
ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού  
Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Τό σύνδρομο Gitelman θεωρείται σαν η υποσβεστική μορφή του συνδρόμου Bartter και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση υποκαλιαιμίας και καλιουρίας, υπομαγνησαιμίας και μαγνησιουρίας, μεταβολικής αλκάλωσης, υποσβεστιουρίας υπερρενιναιμίας και υπεραλδοστερονισμού. Μέχρι τώρα στη βιβλιογραφία δεν έχει αναφερθεί υποφωσφαταιμία σε ασθενείς με αυτό το σύνδρομο. Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς ηλικίας 27 ετών με σύνδρομο Gitelman που εμφάνισε σημαντικού βαθμού υποφωσφαταιμία. Η ασθενής προσήλθε στην Κλινική μας για διερεύνηση υποκαλιαιμίας η οποία αποκαλύφθηκε κατά τη διάρκεια εργαστηριακού ελέγχου εξαπίας ενός μακροχρόνιου ιστορικού κόπωσης, καταβολής και μυαλγιών. Ο εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς κατά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο έδειξε: υποκαλιαιμία ( $K^+$  ορού: 3mmol/L) με απρόσφορη καλιουρία (FEK<sup>+</sup>: 19% TTKG:18), υπομαγνησαιμία ( $Mg^{++}$  ορού: 0.54 mmol/L) με απρόσφορη μαγνησιουρία (FEMg<sup>++</sup>: 4.8% TTKG:18), υποσβεστιουρία (FECa<sup>++</sup>: 0.2%), σχέση Ca<sup>++</sup>/κρεατινίνης: 0.02), μεταβολική αλκάλωση (pH: 7.54, PCO<sub>2</sub>: 45 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 34 mm/L), υποφωσφαταιμία (PO<sub>4</sub><sup>-</sup> ορού: 2 mg/dl) με απρόσφορη φωσφατουρία (FEPO<sub>4</sub><sup>-</sup>: 27.8%, TmPO<sub>4</sub>/GFR: 0.76 mmol/l), υπερρενιναιμία (PRA: 13.2 ng/d/ml/h) και υπεραλδοστερονισμό (αλδοστερόνη ορού: 490 ng/L). Η διόρθωση της υποκαλιαιμίας και της μεταβολικής αλκάλωσης με την από του στόματος χορήγηση KCl δεν μείωσε την απρόσφορη φωσφατουρία και δεν επανέφερε τα επίπεδα των φωσφόρου στα φυσιολογικά. Ωστόσο, η διόρθωση της υπομαγνησαιμίας με την από του στόματος χορήγηση ασπαρτικού Mg προκάλεσε σημαντική αύξηση των επιπέδων του φωσφόρου (3 mg/dl), με παράλληλη μείωση της απρόσφορης φωσφατουρίας.

Συμπερασματικά, η υποφωσφαταιμία θα πρέπει να θεωρείται ως μία ακόμα ηλεκτρολυτική διαταραχή σε ασθενείς με σύνδρομο Gitelman.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΥΡΕΟΤΟΞΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗΣ ΠΑΡΑΛΥΣΗΣ ΣΕ ΛΕΥΚΟ ΕΛΛΗΝΑ ΑΝΔΡΑ.**

Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Π. ΝΤΑΓΚΟΥΝΑΚΗ, Α. ΜΙΧΑΛΙΑΔΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ,  
Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Π. ΜΑΝΤΑ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.

Η θυρεοτοξική υποκαλιαιμική περιοδική παράλυση αποτελεί εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή του υπερθυρεοειδισμού σε άτομα της λευκής φυλής. Περιγράφεται περίπτωση θυρεοτοξικής υποκαλιαιμικής περιοδικής παράλυσης σε λευκό Έλληνα άνδρα.

Πρόκειται για ασθενή, ηλικίας 43 ετών από την Βοιωτία, ο οποίος δύο μήνες πριν από την εισαγωγή του στο νεφρολογικό τμήμα του Νοσοκομείου είχε νοσηλευθεί σε νευρολογική κλινική για διερεύνηση επανειλημμένων επεισοδίων έντονης μυϊκής αδυναμίας κάτω άκρων κατά τους τελευταίους 7-8 μήνες. Εξήλθε με τη διάγνωση «ατονικές κρίσεις επιληψίας» και υπό θεραπεία με Βαλπροϊκό Νάτριο και Κλοζαζήμ. Διεκομίσθη στο τμήμα μας από επαρχιακό νοσοκομείο, όπου εισήχθη εκτάκτως λόγω επεισοδίου χαλαρής παράλυσης κάτω και άνω άκρων διάρκειας 7-8 ωρών. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της παράλυσης διαπιστώθηκε υποκαλιαιμία (Κάλιο ορού 1.9 mEq/l).

Στο ιστορικό ο ασθενής ανέφερε 15 επεισόδια αιμοδιδίων και έντονης μυϊκής αδυναμίας άνω και κυρίως κάτω άκρων, διάρκειας 1-4 ωρών. Τα επεισόδια αυτά συνέβαιναν κατά τις βραδυνές ώρες και υψιέντο χωρίς υπολειμματικές διαταραχές. Των επεισοδίων προηγείτο (κατά τη διάρκεια της ημέρας) μυϊκή κόπωση ή έκθεση σε ψύχος. Επίσης ανέφερε μείωση του σωματικού βάρους κατά 7 kg τον τελευταίο χρόνο. Από την αντικειμενική εξέταση τα κύρια ευρήματα ήταν φλεβοκομβική ταχυκαρδία και λεπτός τρόμος των ακρών χειρών. Κατά τη νοσηλεία του ετέθη η διάγνωση της νόσου του Graves. Θεραπευτικώς χορηγήθηκε προπρανολόλη και καρβιμαζόλη. Μέχρι σήμερα, δηλ. 8 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, ο ασθενής παραμένει πλήρως ασυμπτωματικός, το σωματικό του βάρος έχει αυξηθεί κατά 12 kg και τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών στο αίμα είναι στα φυσιολογικά όρια.

Από την ανάλυση των βιβλιογραφικών επί του θέματος δεδομένων προκύπτει ότι 85-90% των περιπτώσεων θυρεοτοξικής υποκαλιαιμικής περιοδικής παράλυσης, που έχουν περιγραφεί, αφορά Ιάπωνες. Η συχνότητα της θυρεοτοξικής περιοδικής παράλυσης υπολογίζεται στο 0.1-0.2% και στο

1.9-8.8% των περιπτώσεων υπερθυρεοειδισμού στους λευκούς και Ιάπωνες αντίστοιχα <sup>(1,2)</sup>. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν δημοσιευθεί 107 συνολικά περιπτώσεις ασθενών από τους οποίους μόνο 36 ήταν λευκοί. Στις υπόλοιπες δυτικές χώρες έχουν περιγραφεί ελάχιστες περιπτώσεις, οι περισσότερες των οποίων αφορούν ασθενείς ασιατικής καταγωγής. Στην Ελλάδα, εξ' όσων τουλάχιστον γνωρίζουμε, δεν έχει μέχρι σήμερα δημοσιευθεί περίπτωση θυρεοτοξικής περιοδικής παράλυσης.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nora NA et al. Hypokalemic Thyrotoxic Periodic Paralysis. Am J. Kidney Dis 1989, 3: 247-249
2. Kipatrik RE et al. Thyrotoxic Hypokalemic Periodic Paralysis: Report of four cases in Black American Males Thyroid 1994, 4: 441-445.

#### ΣΧΕΣΗ $\beta_2$ -ΜΙΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΞΕΩΣΗΣ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.

Μ. ΣΟΝΙΚΙΑΝ-ΣΚΑΡΑΚΗ, Θ. ΜΑΓΙΟΠΟΥΛΟΥ-ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΟΥ, Δ. ΒΑΛΗΣ, Τ. ΔΡΥΕΚΕ.

Νεφρολογικό Τμήμα INSERM U90 Νοσομείου Necker Παρισίων.

Ερευνητικό Νεφρολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής Ιπποκράτειου Γ. Ν. Αθηνών.

Μονάδα Τ.Ν. Νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ».

Η αμιλοειδωση που συνδέεται με τη  $\beta_2$ -μικροσφαιρίνη ( $\beta_2M$ ) αναγνωρίζεται πλέον σαν συχνή και σημαντική επιπλοκή στους ουραιμικούς και μάλιστα στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς. Η αύξηση των επιπέδων της  $\beta_2M$  στο πλάσμα θεωρείται βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη του συνδρόμου. Η μειωμένη νεφρική αποβολή της πρωτεΐνης αποτελεί την κύρια αλλ' όχι και την μοναδική εξήγηση της αύξησής της στην ουραιμία. Έτσι εξετάστηκε για πρώτη φορά η σχέση της  $\beta_2M$  με ένα ανεξερεύνητο ως τώρα παράγοντα, τη μεταβολική οξέωση, σε *in vivo*, *ex vivo* και *in vitro* μελέτες.

1α. Σε ομάδα 12 ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου αμέσως πριν από την ένταξη σε ΤΝ διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των συγκεντρώσεων  $\beta_2M$  και διπτανθρακικών ( $HCO_3$ ) πλάσματος ( $r=-0,72$  -  $p<0,01$ ), με απουσία συσχέτισης μεταξύ  $\beta_2M$  και κρεατινίνης (Creat). Εν τούτοις, η αναμενόμενη θετική συσχέτιση  $\beta_2M$ -Creat διαπιστώθηκε σε ομάδα 36 ασθενών με ελαφρότερου βαθμού ΧΝΑ ( $r=0,651$  -  $p<0,001$ ).

1β. Σε 8 ουραιμικούς ασθενείς, σε ΤΝ από  $42 \pm 12$  μήνες, αιμοκαθαρόμενους με μεμβράνη κουπροφάνης και με διάλυμα οξεικών (4) ή διπτανθρακικών (4), έγινε για 6 εβδομάδες διασταυρούμενη αλλαγή (cross-over) του ρυθμιστικού διαλύματος. Σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση με διπτανθρακικά, στην αιμοκάθαρση με οξεικά ήταν χαμηλότερα τα επίπεδα του pH του αίματος ( $p<0,01$ ) και των  $HCO_3$  πλάσματος ( $p<0,01$ ) και ψηλότερα τα επίπεδα της  $\beta_2M$  ( $p<0,05$ ).

2. Μεταβολική οξέωση που προκλήθηκε σε 6 υγιείς εθελοντές που έλαβαν *per os*  $NH_4Cl$  για 5 ημέρες. Η έκφραση του mRNA της  $\beta_2M$  στα λεμφοκύτταρα των ατόμων την πέμπτη ημέρα της μελέτης ήταν αυξημένη σε σχέση με την πρώτη ( $p<0,05$ ), υπό παράλληλη σημαντική μείωση του pH και των  $HCO_3$  στο αίμα.

3. Μετά καλλιέργεια αιμοποιητικών κυτάρων U937 στους  $37^\circ C$ , έγινε επώαση αυτών *in vitro* στους  $4^\circ C$  σε δύο pH: 7,34 και 5,10 αντίστοιχα για

1,6 και 60 min. Στο χαμηλό pH διαπιστώθηκε μείωση της κυτταρικής έκφρασης της ελεύθερης  $\beta_2\text{M}$  και της ενωμένης με αντιγόνα HLA 1ης τάξης, υπό παράλληλη μεγαλύτερη συγκέντρωση  $\beta_2\text{M}$  στο υπερκείμενο υγρό της επώασης, λόγω πιθανής αποδέσμευσής της από το σύμπλεγμα HLA 1ης τάξης.

Το σύνολο των μελετών αυτών αποτελεί την πρώτη μαρτυρία σε κλινικό και πραγματικό επίπεδο ότι η μεταβολική οξείωση συντελεί στην αύξηση της κυτταρικής σύνθεσης και απελευθέρωσης  $\beta_2\text{M}$ , με δυνητικές δυσμενείς απρόσμενες συνέπειες στην αμυλοείδωση της νεφρικής ανεπάρκειας.

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (ANCA) ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ.

ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ Ν.\*, ΚΑΤΣΟΥΝΑΡΟΣ Μ.\*\*, ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α.\*\*\*, ΒΛΑΧΟΠΙΑΝΝΗ Ε.\*\*\*, ΤΣΑΜΠΑΖΗΣ Μ.\*\*, ΣΟΜΠΟΛΟΣ Κ.\*.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού \*-Α, Β' Παθολογική Κλινική\*\* και Α', Β' Πνευμονολογική Κλινική\*\*\* Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Θεσσαλονίκης.

Μελετήθηκαν 18 ασθενείς με κυκλοφορούντα ANCA και νεφρική συμμετοχή. Σε 11 ανιχνεύθηκε ο διάχυτος κυτταροπλασματικός τύπος (cANCA) και σε 7 ο «περιπυρηνικός» τύπος (pANCA). Ο αντιγονικός στόχος εναντίον του οποίου κατευθύνονταν τα cANCA ήταν η πρωτεΐνωση 3 (29kD-ANCA) και η υποκείμενη νόσος ήταν κοκκιωμάτωση Wegener (KW). Αντίθετα ως αντιγονικός στόχος των pANCA αναγνωρίστηκε η μυελοπεροξειδάση (MPO-ANCA) και η υποκείμενη νόσος ήταν Μικροσκοπική πολυαρθρηπίδα (ΜΠΑ, N=5) και KW (2 ασθενείς).

Η συμμετοχή του ανώτερου και/ή κατώτερου αναπνευστικού συστήματος με σημαντικό βαθμού αιμοπτύσεις ήταν συχνότερη στους ασθενείς με 29kD-ANCA. Η ιστολογική εικόνα της εστιακής νεκρωτικής ανοσοοπενικής σπειραματονεφρίτιδας με μύνοειδείς σχηματισμούς διαπιστώθηκε σε 14 από τους 16 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στο ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο που περιελάμβανε κορτικοστεροειδή, κυκλοφωσφαμίδη και πλάσμαφαίρεση (15/18). Ένας μόνο ασθενής κατέληξε 24 μήνες μετά την έναρξη της νόσου, ενώ 3 εντάχθηκαν σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης (μέσος χρόνος παρακολούθησης  $52.9 \pm 39$  μήνες).

Οι δύο διαφορετικοί τύποι των ANCA (c & p) που ανιχνεύονται σε ασθενείς με συστηματική αγγειίτιδα φαίνεται να χαρακτηρίζουν διαφορετικές νοσολογικές οντότητες με παρόμοια όμως κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά και ευνοϊκή απάντηση στην ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

### ΣΤΑΘΕΡΑ ΥΨΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ 29kD-ANCA<sub>s</sub> ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΣΕ ΜΑΚΡΑ ΥΦΕΣΗ.

N. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ\*, K. ΣΟΜΠΟΛΟΣ\*, G. FRASCA\*\*, V. BONOMINI\*\*.  
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Π.Ν. «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» και INSTITUTE OF NEPHROLOGY, ST ORSOLA UNIVERSITY HOSPITAL BOLOGNA ITALY\*\*.

Τα κυκλοφορούντα αντισώματα κατά συστατικών του κυτταροπλάσματος των ουδετεροφίλων (ANCA<sub>s</sub>) που ανιχνεύονται στον ορό ασθενών με συστηματική αγγειίτιδα θεωρείται ότι σχετίζονται με την παθογένεια και τη δραστηριότητα της νόσου.

Στην μελέτη αυτή παρουσιάζουμε 2 γυναίκες (52 και 58 ετών) με συστηματική αγγειίτιδα και ανοσοπενική νεκρωτική σπειραματονεφρίτιδα με μιννοειδείς σχηματισμούς. Η διάγνωση της υποκειμένης νόσου (Κοκκιωμάτωση Wegener) στηρίχθηκε στα κλινικά και ιστολογικά ευρήματα, καθώς και στην ανίχνευση κυκλοφορούντων 29kD-ANCA<sub>s</sub>. Και οι 2 ασθενείς υποβλήθηκαν στο ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο που περιελάμβανε πλάσμαφαίρεση, κορτικοειδή και κυκλοφωσφαμιδη. Πλήρης ύφεση των συστηματικών εκδηλώσεων της νόσου και βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας σημειώθηκε μέσα στις πρώτες 4 και 8 εβδομάδες αντίστοιχα.

Η ανίχνευση των cANCA (σε μία ασθενή κατά την έναρξη και στην άλλη κατά την πορεία της νόσου) έγινε με τη μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού, ενώ η αναγνώριση του αντιγονικού στόχου (πρωτεΐνωση 3=29kD-ANCA<sub>s</sub>) και ο ποσοτικός προσδιορισμός των επιπέδων με ανοσοενzymική μέθοδο στερεάς φάσης (ELISA assay). Τα επίπεδα των κυκλοφορούντων 29kD-ANCA, σε συνεχείς μετρήσεις καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης που ήταν 68 μήνες και στις δύο ασθενείς, παρουσίασαν μη σημαντικές αυξομειώσεις και παρέμειναν σε σταθερά υψηλά επίπεδα, ενώ η νόσος ήταν σε μακρά ύφεση. Το γεγονός αυτό δεν αποτέλεσε «οδηγό σημείο» για τη συνέχιση της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας. Συνολικά οι δύο ασθενείς παρουσίασαν 3 επεισόδια υποτροπής της νόσου τα οποία όμως δεν συνοδεύτηκαν από ανάλογη μεταβολή των επιπέδων των ANCA<sub>s</sub>.

Οι δύο αυτές περιπτώσεις δείχνουν ότι η παρουσία κυκλοφορούντων 29kD-ANCA στον ορό ασθενών με συστηματική αγγειίτιδα και νεφρική συμμετοχή δεν αποτελεί πάντοτε αξιόπιστο δείκτη της δραστηριότητας της νόσου.

### ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 12 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ (ΘΘΠ).

ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ Κ.<sup>1</sup>, ΝΑΤΣΕ Τ.<sup>1</sup>, ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ Χ.<sup>2</sup>, ΦΡΑΓΚΙΑ Θ.<sup>2</sup>, ΦΑΣΣΑΣ Α.<sup>3</sup>, ΣΟΜΠΟΛΟΣ Κ.<sup>1</sup>

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού<sup>1</sup>, Αιματολογικό Εργαστήριο<sup>2</sup> και Αιματολογικό Τμήμα<sup>3</sup> ΓΠΝ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» Θεσ/νίκης.

Η μελέτη αφορά σε 12 περιπτώσεις ασθενών (4Α, 8Γ), ηλικίας 18 έως 75 χρόνων (Δ.Τ.=40), με θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (ΘΘΠ), που αντιμετωπίστηκαν στο Νοσοκομείο μας την τελευταία δετία. Τα κλινικά τους ευρήματα περιελάμβαναν: α) Αιμορραγικές εκδηλώσεις (12/12), β) δερματικό εξάνθημα (8/12), γ) συμμετοχή του ΚΝΣ (8/12), δ) πυρετό (8/12) και ε) ολιγουρία (2/12). Όλοι οι ασθενείς είχαν σπασμοκύτταρα στο περιφερικό αίμα. Η κατώτερη τιμή των αιμοπεταλίων τους κυμάνθηκε από 8000-8700κ.κ.χ. (ΜΟ±ΣΑ=31375±24054), ενώ τα ανώτερα επίπεδα της γαλακτικής δεϋδρογενάσης (LDH) κυμάνθηκαν από 321 έως 3890 U/L και της χολερυθρίνης από 1,4 έως 7,8 mg/dl. Οι 6 από τους 12 ασθενείς είχαν αυξημένα προϊόντα διάσπασης ινωδογόνου στον ορό (>20μg/ml), ενώ τα επίπεδα του ινωδογόνου του ορού ήταν φυσιολογικά σ' όλους τους ασθενείς. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) εμφάνισαν 5 ασθενείς με μέση ανώτερη τιμή κρεατινίνης ορού 2,36±0,8 mg/dl.

Όλοι αντιμετωπίστηκαν με κοινό πρωτόκολλο θεραπείας που περιελάμβανε τη χορήγηση πρεδνιζολόνης (150 mg/ημέρα), ασπιρίνης (375 mg/ημέρα), διπυριδαμόλης (225 mg/ημέρα) και ηπαρίνης (15000 IU/ημέρα). Όλοι υποβλήθηκαν σε πλάσμαφαίρεση που είχε σαν στόχο την ανταλλαγή τουλάχιστον 5 όγκων πλάσματος/ασθενή. Μετά τη διακοπή της πλάσμαφαίρεσης σ' όλους χορηγήθηκε φρέσκο πλάσμα, αρχικά σε δόση 4 μονάδων/ημέρα για 4-8 ημέρες και στη συνέχεια 2-3 μονάδων δια 2-3 ημέρες.

Μ' αυτό το θεραπευτικό σχήμα 11 από τους 12 ασθενείς ιάθηκαν, ενώ ένας κατέληξε 17 ημέρες μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο. Κατά το πέρας της θεραπείας με πλάσμαφαίρεση τα αιμοπετάλια είχαν αυξηθεί σ' όλους τους ασθενείς (ΜΟ±ΣΑ=190809±120087). Η νόσος υποτροπιάσε σε 2 περιπτώσεις, στην πρώτη δύο φορές (μετά 4 και 8 μήνες από την πρώτη εκδήλωση της νόσου) και στη δεύτερη μετά 8 μήνες από την πρώτη εκδήλωση της νόσου. Η μία απ' αυτές αντιμετωπίστηκε επιτυχώς, ενώ η δεύτερη μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο καθυστερημένα και κατέληξε μετά



από 2 ημέρες από διάχυτη αγγειακή πήξη. Σήμερα μετά από παρακολούθηση διάρκειας 14 έως 60 μηνών ( $MO \pm SA = 41,3 \pm 16,3$  Δ.Τ. = 23 μήνες), οι 10 ασθενείς που επέζησαν είναι υγιείς χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Από την εμπειρία μας αυτή συμπεραίνουμε ότι στην αντιμετώπιση της ΘΘΠ ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με κορτιζόνη, αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα μαζί με πλάσμαφαίρεση και χορήγηση φρέσκου πλάσματος έχει ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα.

#### **ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΘΥΜΩΜΑ.**

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, ΦΛ. ΣΟΤΣΙΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα και παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Νοσοκομείου «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Η εμφάνιση νεφρωσικού συνδρόμου (ΝΣ) σε ασθενείς με θύμωμα είναι σπάνια, στη δε προσή σε μας βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί μέχρι τώρα μόνον 11 ασθενείς. Σε 7 απ' αυτούς το ΝΣ οφείλονταν σε νόσο των ελαχίστων αλλοιώσεων και σε όλους, πλην ενός, εκδηλώθηκε 1-14 χρόνια μετά την αφαίρεση του θυμώματος. Παρακάτω περιγράφουμε μια ασθενή 48 ετών η οποία τον Φεβρουάριο του '91 εμφάνισε τυπική εικόνα ΝΣ και αύξηση της κρεατινίνης ορού σε 3 mg%. Η βιοψία νεφρού έδειξε ήπιες σπειραματικές αλλοιώσεις χωρίς σκληρυντικές βλάβες. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της διαπιστώθηκε μάζα 5x5 εκ. στο πρόσθιο άνω αριστερό ημιθώρακιο η οποία αφαιρέθηκε (Απρίλης '91) και διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για κακόηθες θύμωμα. Δύο μήνες αργότερα, λόγω επιμονής του ΝΣ, η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με κορτικοειδή, στα οποία αργότερα προστέθηκε και αζαθειοπρίνη (50 mg/ημ.), με αποτέλεσμα μερική μόνο και πρόσκαιρη ύφεση της λευκοματουρίας. Τον Σεπτέμβριο του '92 εμφάνισε μεταστατικό οζίδιο 1x1 εκ. στο δεξιό πνεύμονα και υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα. Τον Δεκέμβριο του '92, λόγω ταχείας επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, η ασθενής εντάχθηκε σε χρόνια αιμοκάθαρση. Έκτοτε και μέχρι τώρα είναι ασυμπτωματική και σε καλή κατάσταση, αλλά το μέγεθος του αρχικού μεταστατικού οζιδίου έχει αυξηθεί και έχουν εμφανιστεί, άλλα δύο στο δεξιό ημιθώρακιο και ένα στο αριστερό ημιθώρακιο.

Η παρούσα περίπτωση πέραν του σπανίου συνδυασμού ΝΣ και θυμώματος, παρουσιάζει ως ασυνήθη χαρακτηριστικά: α) την ταυτόχρονη εμφάνιση των δύο παθήσεων και β) την εγκατάσταση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας παρά την απουσία σημαντικών σπειραματικών αλλοιώσεων.

### ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ CHARCOT-MARIE-TOOTH.

ΠΑΓΚΙΔΗΣ Π., ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ Φ., ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ Β., ΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν., ΒΑΓΙΩΝΑΣ Γ.

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Το σύνδρομο Charcot-Marie-Tooth (C.M.T) είναι μία αγνώστου αιτιολογίας, κληρονομική, περιφερική νευροπάθεια, μεταβιβαζόμενη με τον αυτοσωματικό, επικρατούντα χαρακτήρα. Μέχρι σήμερα στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί δέκα τέσσερα περιστατικά του συνδρόμου τα οποία είχαν και νεφρική συμμετοχή.

Η περίπτωση μας αφορά άνδρα ηλικίας 42 ετών, ο οποίος εμφάνισε το σύνδρομο σε ηλικία 11 ετών. Κατά την προσέλευσή του στην κλινική μας παρουσίασε αρτηριακή υπέρταση, λευκωματουρία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ήπιου βαθμού (κρεατινίνη: 2,1 mg/dl). Συγχρόνως εμφάνιζε κοιλοποδία, με εμφάνιση των κάτω άκρων δίκην ανειραμμένης ψιάλης, λόγω ατροφίας των κνημιαίων και περωναίων μυών. Από τη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε επίσης κατάργηση των τενοντίων αντανακλαστικών των άνω και κάτω άκρων, με υπαισθησία των περιφερικών τους τμημάτων. Οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες του ασθενούς ήταν φυσιολογικές.

Η βιοψία του νεφρού αποκάλυψε εστιακή, τμηματική σπειραματονεφρίτιδα. Η αντιμετώπιση του ασθενούς ήταν συντηρητική. Η εξέλιξη προς τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ήταν ταχεία (30 μήνες). Η γενική κατάσταση του ασθενούς επέτρεψε την ένταξή του σε πρόγραμμα συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης, όπου και παραμένει τους τελευταίους 6 μήνες σε καλή γενική κατάσταση.

Η περίπτωση παρουσιάζεται για τη σπανιότητα του συνδρόμου, όπου η νεφρική συμμετοχή, χαρακτηρίζεται από λευκωματουρία με ή χωρίς μικροσκοπική αιματουρία και βλάβες εστιακής σπειραματονεφρίτιδας.

### ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΣΕ ΞΕΝΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 9ΕΤΙΑ 1985-1993. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΠΟ ΜΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ.

Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ για την Ε.Ν.Ε.

**Σκοπός:** Η καταγραφή και ανάλυση των δημοσιεύσεων Νεφρολογικού περιεχομένου από Έλληνες συγγραφείς που εργάζονται στην Ελλάδα, σε Ξένα Περιοδικά και η σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες δημοσιεύσεις άλλων Ευρωπαϊκών Κρατών.

**Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων EMBASE CD: NEPHROLOGY 1985-1993, που περιέχει όλα τα άρθρα 25 Περιοδικών Νεφρολογικού περιεχομένου καθώς και ποικίλα άρθρα από 3475 άλλα Περιοδικά, απ' όπου καταγράφηκαν με τη χρήση των λέξεων «κλειδιά» (KIDNEY, PERITONEAL DIALYSIS - PD -, HEMODIALYSIS - HD -, GLOMERULONEPHRITIS - GN -) οι περιλήψεις των δημοσιεύσεων Ελλήνων συγγραφέων (ανασκοπήσεις, άρθρα, γράμματα στον Εκδότη κ.α.) της 9ετίας 1985 - 1993. Για σύγκριση καταγράφηκαν οι αντίστοιχες δημοσιεύσεις από 14 Ευρωπαϊκά Κράτη (13 Κράτη της Ε.Ο.Κ. και Αυστρία), 4 γειτονικά μας Κράτη (Βουλγαρία, Ουγγαρία, Ρουμανία, Τουρκία) και μία Πόλη των Η.Π.Α. (Νέα Υόρκη). Η προέλευση των δημοσιεύσεων πιστοποιήθηκε από τη διεύθυνση αλληλογραφίας.

**Αποτελέσματα:** Οι συνολικές δημοσιεύσεις των Ελλήνων συγγραφέων στην ηλεκτρονική αυτή βάση δεδομένων για το διάστημα 1985 - 1993 ανέρχονταν σε 704 ενώ αυτές με Νεφρολογικό περιεχόμενο (λέξεις KIDNEY+HD+PD+GN) σε 264. Οι συνολικές δημοσιεύσεις των συγγραφέων των άλλων Κρατών και οι αντίστοιχες με Νεφρολογικό περιεχόμενο ανέρχονταν σε: 2302/758 για την Αυστρία, 3533/1117 για το Βέλγιο, 5737/1567 Σουηδία, 305/117 Πορτογαλία, 703/144 Ιρλανδία, 3445/1015 Δανία, 23/6 Λουξεμβούργο, 6664/2020 Ολλανδία, 238/63 Βουλγαρία, 681/225 Ουγγαρία, 111/14 Ρουμανία, 986/342 Τουρκία, 17590/5792 Γερμανία, 13381/4283 Ιταλία, 6354/2625 Ισπανία, 15676/4872 Γαλλία, 29141/6398 Αγγλία και 5180/1420 για την Νέα Υόρκη. Οι συνολικές δημοσιεύσεις αλλά και οι δημοσιεύσεις Νεφρολογικού περιεχομένου σχετίζονταν με τον πληθυσμό ( $r=0.72$ ,  $p=0.0004$  και  $r=0.79$ ,  $p=0.00004$  αντίστοιχα) και τον προϋπολογισμό των Κρατών ( $r=0.84$ ,  $p=0.0001$  και  $r=0.88$ ,  $p=0.00003$  αντίστοιχα). Οι δημοσιεύσεις με τη λέξη KIDNEY

ανέρχονταν περίπου στο 20-25% των συνολικών δημοσιεύσεων για τα περισσότερα Κράτη που μελετήθηκαν (M.O.=22,4±4,1%, για την Ελλάδα 24,3%), με εξαίρεση τη Ρουμανία (11,7%). Επειδή θεωρήθηκε ότι η καταχώρηση των δημοσιευμάτων με βάση τη λέξη KIDNEY είχε ομοιόμορφη % αναλογία για τα περισσότερα Κράτη καταγράφηκαν και αναλύθηκαν και άλλες δημοσιεύσεις με τη χρήση διαφορετικών λέξεων «κλειδιά» όπως HEART, HYPERTENSION, LIVER, LUNG, BRAIN. Από την καταγραφή αυτή φάνηκε ότι η καταχώρηση των δημοσιεύσεων στη συγκεκριμένη βάση δεδομένων γίνεται κατά τρόπο αναλογικό. Οι δημοσιεύσεις με τη λέξη PD αφορούσαν στο 0-4,8% του συνολικού αριθμού των δημοσιεύσεων (M.O.=1,1±4,0%,) για την Ελλάδα 4,8%, οι δημοσιεύσεις με τη λέξη HD αφορούσαν στο 0,9-10,8% του συνολικού αριθμού των δημοσιεύσεων (M.O.=4,5±2,6%) για την Ελλάδα 7,6%) και αυτές με τη λέξη GN το 0,6-4,3% του συνόλου (M.O.=1,6±1,0%) για την Ελλάδα 0,7%. Το % ποσοστό των δημοσιεύσεων με τις λέξεις PD και HD, σε σχέση με το σύνολο των δημοσιεύσεων ανέρχονταν για την Ελλάδα σε 12,5% ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των άλλων Κρατών ήταν 5,7%. Οι δημοσιεύσεις των Ελλήνων συγγραφέων στα Περιοδικά Kidney Intern, AJKD, Clin Nephrol, Nephron, Nephrol Dial Transplant, Am J Nephrol και Peritoneal Dial Int, κατά το διάστημα 1985-1993 ανέρχονταν σε 64 και ήταν περισσότερες σε αριθμό από τις αντίστοιχες της Πορτογαλίας (22), της Ιρλανδίας (13), του Λουξεμβούργου (1), της Βουλγαρίας (9), της Ουγγαρίας (15), της Ρουμανίας (0) και της Τουρκίας (45). Οι δημοσιεύσεις αυτές των Ελλήνων συγγραφέων είχαν καλύτερο impact factor σε σχέση με τις δημοσιεύσεις των συγγραφέων των πέντε Κρατών.

Οι 264 δημοσιεύσεις των Ελλήνων με Νεφρολογικό περιεχόμενο εκτυπώθηκαν και αναλύθηκαν στη συνέχεια. Από την ανάλυση βρέθηκαν 213 δημοσιεύσεις με αμιγές Νεφρολογικό περιεχόμενο (ελάττωση κατά 19,3%) δεδομένου ότι 31 δημοσιεύσεις είχαν Ουρολογικό περιεχόμενο, 18 διάφορα περιεχόμενα (μη αμιγώς Νεφρολογικά), ενώ υπήρχαν και δύο διπλές εγγραφές. Τελικά από τις 213 αυτές δημοσιεύσεις Νεφρολογικού περιεχομένου (123 KIDNEY + 32 PD + 53 HD + 5 GN) οι 168 προέρχονταν από Πανεπιστημιακά Τμήματα και οι λοιπές 45 από Νοσοκομειακά Τμήματα του ΕΣΥ-ΙΚΑ. Η Αθήνα και η Θεσ/νίκη είχαν τον ίδιο αριθμό δημοσιεύσεων. Κατά την καταγραφή βρέθηκαν ακόμη να υπάρχουν καταχωρημένα στη βάση δεδομένων και 6 Ελληνικά Περιοδικά, ενώ μεγαλύτερος αριθμός καταχωρημένων περιοδικών βρέθηκε για την Πορτογαλία

(11), Βουλγαρία (10), Ουγγαρία (13), Ρουμανία (15) και Τουρκία (20).

**Συμπεράσματα:** Οι δημοσιεύσεις Νεφρολογικού περιεχομένου από Έλληνες συγγραφείς σε ξένα Περιοδικά: α) υπερέχουν σε αριθμό και έχουν καλύτερο Impact factor από τις αντίστοιχες των συγγραφέων της Πορτογαλίας, Ιρλανδίας, Λουξεμβούργου, Ουγγαρίας, Βουλγαρίας και Ρουμανίας ενώ υπολείπονται σε αριθμό της Τουρκίας με καλύτερο όμως Impact factor. β) σε σχέση με άλλα Κράτη, αφορούν κατά μεγάλο μέρος στις μεθόδους κάθαρσης γ) ελάχιστα Ελληνικά Ιατρικά Περιοδικά είναι εγγεγραμμένα στη βάση αυτή δεδομένων και δ) τα Πανεπιστημιακά Νεφρολογικά Τμήματα δημοσιεύουν πολύ περισσότερο σε Ξένα Περιοδικά από τα αντίστοιχα του ΕΣΥ.

### ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΝΙΜΕΣΟΥΛΙΔΗΣ.

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΓΑΛΗΝΑΣ, Γ. ΥΦΑΝΤΗΣ, ΕΜ. ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Από τό Νεφρολογικό και το Δ' Παθολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Η νιμεσουλίδη (Mesulid) ένα νέο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες (ΜΣΑ), υποστηρίζεται ότι έχει μικρό κίνδυνο νεφροτοξικότητας σε σύγκριση με τα παλαιότερα ΜΣΑ διότι δεν αναστέλλει σημαντικά την δράση των προσταγλανδινών, η δε αντιφλεγμονώδης δράση του αποδίδεται σε αναστολή της απελευθέρωσης των ελευθέρων ριζών οξυγόνου και άλλους μηχανισμούς. Εν τούτοις, πρόσφατα νοσηλεύσαμε μια περίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μετά από λήψη νιμεσουλίδης που αποτελεί ίσως την πρώτη καταγεγραμμένη στη βιβλιογραφία. Επρόκειτο για γυναίκα 68 ετών η οποία τον Ιούλιο του '95 νοσηλεύθηκε στο Δ' Παθολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας για παρατεταμένο εμπύρετο νόσημα που διαπιστώθηκε ιστολογικά ότι ήταν κροταφική αρτηρίτις. Η ασθενής η οποία μέχρι τότε είχε φυσιολογική νεφρική λειτουργία, τέθηκε σε θεραπεία με κορτικοειδή και νιμεσουλίδη (100 mg), εμφάνισε καταβολή, ανορεξία, εμέτους και μείωση της διούρησης, εργαστηριακώς δε αύξηση της ουρίας του αίματος (115 mg%), της κρεατινίνης (μέχρι 8 mg%) και του καλίου του ορού (5,8 mEq/L), καθώς και λευκωματουρία (1,5g/24ωρο). Η ασθενής διακομίστηκε στο τμήμα μας και 8 μέρες μετά τη λήψη της νιμεσουλίδης υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, η οποία έδειξε χρόνιες ισχαιμικές βλάβες των σπειραμάτων και ενεργό διάμεση φλεγμονή του τύπου των ΜΣΑ. Θεραπευτικώς, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και η νεφρική λειτουργία βελτιώθηκε προοδευτικά (κρεατινίνη ορού 1,7mg%).

Η περίπτωση αυτή υποδηλώνει ότι, σε ηλικιωμένους τουλάχιστον (ή βεβαρυμένους με άλλους παράγοντες κινδύνου) ασθενείς η νιμεσουλίδη πρέπει να χρησιμοποιείται με περίσκεψη διότι μπορεί να προκαλέσει, όπως και τα άλλα ΜΣΑ, οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

### ΔΙΑΜΕΣΟΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗΣ.

Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Ν. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ\*, Θ. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ\*, Ι. ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ\*.

Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.

\* Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.

Η μεσαλαζίνη (5-αμινοσαλικυλικό οξύ, 5-ASA) θεωρείται φάρμακο εκλογής της ελκώδους κολίτιδας διότι παρατείνει το χρόνο ύφεσης και ελαττώνει τη δραστηριότητα της νόσου ακόμη και κατά τη διάρκεια των εξάρσεων. Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις διαμεσοσωληναριακής νεφροπάθειας από χορήγηση μεσαλαζίνης δεδομένου ότι η πρόκληση διάμεσης νεφρίτιδας δεν αναφέρεται στις εκδηλώσεις της νόσου, ούτε περιλαμβάνεται μεταξύ των γνωστών παρενεργειών του φαρμάκου, παρά μόνο σε μεμονωμένες περιπτώσεις κατά την τελευταία 5ετία. Ο πρώτος ασθενής, Κ.Σ., ηλικίας 21 ετών, εισήχθη στο Νεφρολογικό Τμήμα για διερεύνηση από τριμήνου «άσπιτης πνυουρίας». Ο ασθενής προ 5μήνου είχε επισκεφθεί γαστρεντερολόγο και είχε τεθεί σε αγωγή με μεσαλαζίνη και υποκλισμούς κορτιζόνης με την υπόνοια ελκώδους κολίτιδας. Η παραπάνω αγωγή είχε διακοπεί λίγες μέρες πριν την ανεύρεση της «πνυουρίας». Ο έλεγχος έδειξε την παρουσία λεμφοκυττάρων και μονοκυττάρων στα ούρα ενώ η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική. Έγινε βιοψία νεφρού που έδειξε αλλοιώσεις διαμεσοσωληναριακής νεφρίτιδας με ήπια στοιχεία χρονιότητας. Ο ασθενής στη διάρκεια της νοσηλείας του υποβλήθηκε επίσης σε ορθοσπιννομυελόσκόπηση και ελήφθησαν βιοψίες σπιννοειδούς και ορθού. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με ελκώδη κολίτιδα. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με κορτικοστεροειδή και αζαθειοπρίνη οπότε η λεμφοκυτταραιμία υποχώρησε θεαματικά. Ο δεύτερος ασθενής Β.Λ., ηλικίας 58 ετών, εισήχθη για διερεύνηση πρόσφατα διαγνωσθείσας νεφρικής ανεπάρκειας (κρεατινίνη ορού 5 mg/dl) και υπέρτασης. Πριν ενάμιση έτος είχε τεθεί η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας και ο ασθενής είχε λάβει αγωγή με μεσαλαζίνη για ένα έτος. Υπερπχογραφικός έλεγχος έδειξε μικρούς σχετικά νεφρούς (9cm) και λέπτυνση του φλοιού τους. Η βιοψία νεφρού έδειξε στοιχεία χρόνιας διαμεσοσωληναριακής νεφροπάθειας με δευτεροπαθείς εστιακές σπειρα-

ματικές αλλοιώσεις. Συμπερασματικά και σύμφωνα με την πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία, ηπιθανότητα πρόκλησης διάμεσης νεφρίτιδας από μεσαλαζίνη είναι δεδομένη. Η νεφρική λειτουργία πρέπει να παρακολουθείται τακτικά στη διάρκεια της θεραπείας προκειμένου να γίνεται πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της σοβαρής αυτής επιπλοκής.

#### **ΟΝΑ ΑΠΟ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΣΗ.**

Μ. Α. ΣΙΩΝ, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ, Ε. ΤΟΥΛΗΣ, Α. ΚΟΥΝΑΝΗΣ, Κ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, Δ. ΠΡΟΚΟΠΙΔΗΣ, Γ. ΖΙΑΚΑΣ.

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ - ΑΧΕΠΑ -Θεσσαλονίκη.

Η οξεία μη τραυματική ραβδομυόλυση με επακόλουθη οξεία νεφρική ανεπάρκεια προκαλείται από διάφορες αιτίες. Σπάνια αιτία μη τραυματικής ραβδομυόλυσης είναι η λοίμωξη από σαλμονέλλα.

Άνδρας ηλικίας 55 ετών, διακομίστηκε για οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι ο άρρωστος δεν είχε επαφή με το περιβάλλον, είχε βαριά οξέωση και ανουρία. Στην περιοχή των γλουτών υπήρχαν εκτεταμένα έλκη κατακλίσεως. Στο ιστορικό αναφερόταν υψηλός πυρετός και ληθαργική κατάσταση από 10ημέρου.

Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν συμβατά με οξεία νεφρική ανεπάρκεια από ραβδομυόλυση. ο δε πυρετός αποδείχθηκε ότι οφειλόταν σε λοίμωξη από σαλμονέλλα enteritidis.

Ο άρρωστος αντιμετωπίστηκε με εξωνεφρική κάθαρση και παράλληλη θεραπεία της σαλμονέλλωσης και σε σύντομο χρονικό διάστημα επανήλθε σε σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα.

Οι οξείες λοιμώξεις όταν μάλιστα συνοδεύονται από παρατεταμένη κατάκλιση, αφυδάτωση και υπόταση, πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της Ο.Ν.Α.

### ΚΡΥΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΛΟΥΚΟΝΑΖΟΛΗ.

ΖΑΒΡΟΣ Μ. ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Κ. ΠΙΕΡΙΔΗΣ Α.

Τμήματα Νεφρολογίας και Μικροβιολογίας Γεν. Νοσ. Λευκωσίας.

Ο ασθενής Σ.Δ. ηλικίας 49 ετών υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού στις 16.7.1987. Δότις η μητέρα του. Μετεγχειρητικά η νεφρική λειτουργία σταθεροποιήθηκε σε 3 mg% σε τριπλό σχήμα ανοσοκαταστολής. Τον 8/1991 παρουσίασε μυκητίαση των κάτω άκρων, τον 6/1992 βρογχοπνευμονία και τον 1/1993 υποδόριο φλεγμονή πλησίον του μοσχεύματος που χρειάστηκε παροχέτευση. Το 1994 η κρεατινίνη ανήλθε στα 7mg% και το Σεπτέμβριο του 1994 χορηγήθηκε SoluMedrol 1g IV για τρεις συνεχόμενες ημέρες. Ανάλυση για HIV ήταν αρνητική. Τον Οκτώβριο του 1994 άρχισε κεφαλαλγία και ο ασθενής εισίχθηκε στις 2/12/1994 με πυρετό και γενική αδυναμία. Στις 12/12/1994 παρουσιάσθηκε αστάθεια βαδίσματος και εμετοί. Μετά από αξονική τομογραφία του εγκεφάλου έγινε παρακέντηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού η οποία έδειξε αυξημένη ενδοκρανική πίεση και όχι διαυγές ENY. Κρυπτόκοκκος Neofortians εντοπίσθηκε μικροσκοπικώς και επιβεβαιώθηκε σε καλλιέργεια. Στους επόμενους 9 μήνες έγιναν 7 παρακεντίσεις με τα ακόλουθα ευρήματα:

Ημερομηνία	Σάκχαρο	Πρωτεΐνη	Κύτταρα ENY	Καλλιέργεια
16/12/94	5mg%	71mg%	60	Θετική++
27/12/94	19	73	60	Θετική+
			30	
23/1/95	47	46	Λ=95% Ο=5%	Αρνητική Θετική σε 2 εδδ.
			40	
3/3/95	35	105	Λ=75% Ο=25%	Αρνητική
			60	
4/4/95	18	194	Λ=95% Ο=5%	Αρνητική
			15	
31/5/95	35	200	Λ=100%	Αρνητική
			12	
6/9/95	36	153	Λ=40% Ο=0%	Αρνητική

Στις 16/12/94 άρχισε θεραπεία σε εφ Φλουκοναζόλη, 200 mg ημερησίως και η κλινική βελτίωση ήταν εντυπωσιακή με πλήρη εξαφάνιση της ασάθειας, των εμετών, του πυρετού και της κεφαλαλγίας εντός 72 ωρών. Συνεχίσθηκε ενδοφλέβια θεραπεία 200mg ανά δεύτερη ημέρα μέχρι και μετά την παρακέντηση του ENY στις 3/3/95 ότι η θεραπεία διεκόπηκε λόγω της καλής κλινικής εικόνας και της εξαφάνισης του κρυπτόκοκκου σε καλλιέργεια του ENY. Στις 4/5/95, νέα παρακέντηση ENY έδειξε μειωμένο σάκχαρο 18mg% και ξαναρχισε εφ θεραπεία μέχρι 8/6/95. Έκτοτε συνεχίζεται θεραπεία συντήρησης με Φλουκοναζόλη 100 mg από το στόμα ημερησίως και ο ασθενής παραμένει καλά.

Περιγράφεται επιτυχής θεραπεία ασυνήθιστης κρυπτοκοκκικής μηνιγγίτιδας με εφ και από το στόμα Φλουκοναζόλης σε μεταμοσχευμένο ανοσοκατασταλμένο ασθενή, αρνητικό για HIV. Ολική θεραπεία για 10 μήνες.

### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΥΛΩΝ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ.

Σ. ΣΠΑΪΔΑ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ.

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ - Θεσσαλονίκη.

Η δημιουργία θρόμβου, η κακή παροχή ή η δυσχερής επαναφορά αποτελούν τα συνθεσιότερα προβλήματα κατά την χρήση των υποκλειδίων καθετήρων διπλού αυλού, που χρησιμοποιούνται ευρέως σήμερα για την προσωρινή ή μόνιμη ένταξη των ασθενών σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης. Στην παρούσα μελέτη ελέγξαμε προοπτικά και συγκρίναμε την αποτελεσματικότητα της τοπικής χρήσης της κλασσικής ηπαρίνης με την χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη (ΧΜΒΗ), στην διατήρηση της βατότητας των υποκλειδίων καθετήρων.

**Υλικό-Μέθοδος.** Από τον Ιανουάριο του 1993 μέχρι τον Ιούνιο του 1995, σε 105 ασθενείς τοποθετήθηκαν 170 δίαυλοι καθετήρες. Οι λόγοι τοποθέτησης ήταν α) ένταξη σε Τ.Ν. (60), β) θρόμβωση ή ανεπάρκεια της Α-Φ επικοινωνίας (27), γ) ΟΝΑ(20), δ) θρόμβωση από άλλο πρόβλημα προηγούμενου καθετήρα (63). Αμέσως μετά την τοποθέτηση ο καθετήρας εντασσόταν τυχαία σε δύο ομάδες. Στην **ομάδα Α**, όπου στο τέλος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης γινόταν έγχυση σε κάθε σκέλος κλασσικής ηπαρίνης πυκνότητας 5000 IU/ml, σε ποσότητα ίση με τον όγκο κάθε σκέλους, και στην **ομάδα Β**, όπου τα σκέλη ηπαρινίζονταν με αντίστοιχη ποσότητα αδιάλυτης ηπαρίνης ΧΜΒ (Tinzaparin). Τελικά από την μελέτη αποκλείστηκαν 28 καθετήρες που αφαιρέθηκαν σε διάστημα μικρότερο της εβδομάδας για λόγους άλλους εκτός επιπλοκών.

**Αποτελέσματα.** Ελέχθηκαν 142 καθετήρες (74 στην ομάδα Α και 68 στην ομάδα Β) που τοποθετήθηκαν σε 80 ασθενείς. Άμεσες επιπλοκές τοποθέτησης ήταν αιμάτωμα από τρώση της υποκλειδίου αρτηρίας, (1), ήπια αιμορραγία από το σημείο εισόδου (5), αρρυθμία αμέσως μετά την εισαγωγή (1), αιμοθώρακας (1), πνευμονοθώρακας (1). Ο μέσος χρόνος λειτουργίας ήταν παρόμοιος και στις δύο ομάδες,  $33.6 \pm 59.9$  (6-420) ημέρες για την ομάδα Α και  $34 \pm 31.87$  (5-162) για την ομάδα Β.

Στην ομάδα Α αντικαταστάθηκαν 32 καθετήρες (44%) για λόγους λειωμένης βατότητας, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά μικρότερο στην ομάδα Β που χρειάστηκε να αντικατασταθούν 18 καθετήρες (26%).

$p < 0.05$ . Ο χρόνος λειτουργίας των αντικατασταθέντων καθετήρων ήταν  $20.53 \pm 17$ (7-80) για την ομάδα Α και  $26.38 \pm 17$ (5-57) ημέρες για την ομάδα Β και δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Τα ποσοστά αφαίρεσης του καθετήρα λόγω εμπύρετου ήταν ανάλογα και στις δύο ομάδες, ενώ το απομονωθέν μικρόβιο σ' όλες τις περιπτώσεις θετικών καλλιέργειών ήταν σταφυλόκοκκος.

**Συμπερασματικά.** Φαίνεται ότι η τοπική χρήση ΧΜΒΗ εξασφαλίζει αποτελεσματικότερα την βατότητα των δίαυλων υποκλειδίων καθετήρων που χρησιμοποιούνται στην αιμοκάθαρση.

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΓΑΓΓΛΙΟΣΙΔΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ.

Μ.Α. ΔΑΡΔΑΜΑΝΗΣ, Ε. ΠΟΥΪΑΝΟΥ, Α. ΑΝΔΡΙΚΟΣ, Ι. ΚΩΣΤΙΜΠΑ, Α. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ και Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Νεφρολογικά Τμήματα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» και Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Η ουραιμική περιφερική νευροπάθεια παρά τη βελτίωση που παρουσιάζει μετά την έναρξη εξωνεφρικής κάθαρσης, εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Προσπάθειες φαρμακευτικής αντιμετώπισης έχουν γίνει με τη χορήγηση γαγγλιοσιδών με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα. με σκοπό να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα του παραπάνω φαρμάκου μελετήθηκαν 22 ασθενείς ηλικίας  $55.5 \pm 10$  έτη, που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση για διάστημα  $62 \pm 38$  μήνες. Σ' όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν ενδοφλέβια και για διάστημα  $21 \pm 4$  μήνες, 20mg γαγγλιοσιδης (chronassial), τρεις φορές την εβδομάδα μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης. Στη ομάδα ελέγχου την οποία αποτελούσαν 12 ασθενείς ηλικίας  $53 \pm 10$  έτη με διάρκεια αιμοκάθαρσης  $71 \pm 37$  μήνες χορηγήθηκε Placebo. Στους ασθενείς που πήραν το φάρμακο και στην ομάδα ελέγχου, έγινε κλινική και ηλεκτροφυσιολογική εκτίμηση πριν την έναρξη θεραπείας, ένα και 2 χρόνια μετά. Τόσο στους 12 όσο και στους 24 μήνες θεραπείας δεν παρατηρήθηκε βελτίωση της ουραιμικής νευροπάθειας ούτε με την ηλεκτροφυσιολογική μελέτη ούτε με την εκτίμηση της κλινικής εικόνας. Δεν παρατηρήθηκε όμως και επιδείνωση τόσο στους ασθενείς που πήραν το φάρμακο όσο και στους μάρτυρες. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν αναφέρθηκαν, ούτε παρατηρήθηκαν.

Συμπερασματικά, η χορήγηση γαγγλιοσιδών στην ουραιμική νευροπάθεια δεν είναι αποτελεσματική σε μικρές τουλάχιστον δόσεις.

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ