

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

51η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**14 ΜΑΡΤΙΟΥ 1996
ΑΘΗΝΑ
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

51η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**14 ΜΑΡΤΙΟΥ 1996
ΑΘΗΝΑ
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 14 Μαρτίου 1996

09.30-11.10	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
11.10-11.30	Διάλειμμα.
11.30-13.00	Στρογγύλη Τράπεζα.
17.30-18.00	Διάλεξη.
18.00-18.15	Διάλειμμα.
18.15	Γενική Συνέλευση - Αρχαιρεσίες Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας
21.30	Δείπνο.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 14 Μαρτίου 1996

- 09.30-11.00** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**
Προεδρείο: Κ. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΙΔΗΣ
Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ
- 09.30-09.40** **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΥCΛΟVΙR.**
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, *Κ. ΜΠΑΣΙΟΥΚΑΣ, Ύ. ΔΗΜΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, * Ι. ΧΑΤΖΗΣ, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.
Νεφρολογικό Τμήμα, *Δερματολογική Κλινική και ΎΠαθολογοανατομικό Εργαστήριο Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.
- 09.40-09.50** **ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.**
Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, ΧΡ. ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.
Νεφρολογικό Τμήμα ΓΠΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».
- 09.50-09.55** **Συζήτηση.**
- 09.55-10.05** **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ Α-Φ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΜΕ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΠΑ.**
Χ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗ, Ι. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΨΗΜΕΝΟΣ.
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Υπερηχογραφικό Τμήμα, Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου Αθηνών.

10.05-10.15 **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ.**

Χ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Ι. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΚΕΛΕΚΗΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛ, Ν. ΠΟΜΩΝΗ, Γ. ΨΗΜΕΝΟΣ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Υπερηχογραφικό Τμήμα, Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου Αθηνών.

10.15-10.20 **Συζήτηση.**

10.20-10.30 **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΥΔΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΦΩΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΟΜΕΤΡΙΑ.**

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Α. ΡΟΥΣΑΚΗΣ, Ι. ΠΑΠΠΑΣ, Δ. ΒΑΛΗΣ

Νεφρολογική Μονάδα και Τμήμα Ιατρικών Απεικονίσεων Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ» Αθήνα.

10.30-10.40 **ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΩΓΕΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟΖΥΓΟ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ.**

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Μ. ΤΖΙΛΙΑΝΟΣ, ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ ΠΑΝΔΗ, ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΡΟΚΙΔΑ, Σ. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ, Χ. ΧΡΙΣΤΟΠΙΑΝΝΗΣ, ΙΩΑΝΝΑ ΑΓΓΕΛΕΤΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΑΝΤΑ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Αιμοδοσίας Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας.

10.40-10.45 **Συζήτηση.**

10.45-10.55 **ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.**

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ι. ΜΑΛΕΓΚΟΣ, Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Κ. ΝΤΑΪΤΖΙΚΗΣ, Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Β. ΜΑΡΤΕΛΛΟΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

10.55-11.05 **ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΦΑΙΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ Ι.Υ. ΧΟΡΗΓΗΣΗ 1α (OH) D3.**

Χ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, *Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Α. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. ΓΚΟΣΙΟΣ*, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Νεφρολογικά Τμήματα Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και *Νοσοκομείου Αγρινίου και Τμήμα Αξονικού Τομογράφου Γενικού Νοσοκομείου «Γ. ΧΤΖΗΚΩΣΤΑ» Ιωαννίνων.

11.05-11.10 **Συζήτηση.**

11.10-11.30 **Διάλειμμα.**

11.30-13.00 **Στρογγύλη Τράπεζα. Θέμα: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ**

Συντονιστής: Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Ομιλητές: Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Χ. ΙΑΤΡΟΥ

Σ. ΜΙΧΑΗΛ

Ι. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ

- 17.30-18.00 Διάλεξη.
Θέμα: ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙ-
ΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΩΝ: ΑΠΟ ΤΟ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.
Ομιλητής: Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ
Προεδρείο: Ι. Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ
- 18.00-18.15 Διάλειμμα.
- 18.15 Γενική Συνέλευση
Απολογισμός Απερχομένου Δ.Σ.
Αρχαιρεσίες.
- 21.30 Δείπνο.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ACYCLOVIR.

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, *Κ. ΜΠΑΣΙΟΥΚΑΣ, *Σ. ΔΗΜΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, *Ι. ΧΑΤΖΗΣ, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα, *Δερματολογική Κλινική και *Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Το Acyclovir θεωρείται γενικά ασφαλές και αποτελεσματικό αντιικό φάρμακο και χωρίς σοβαρές παρενέργειες από τους νεφρούς. Ωστόσο, αναστρέψιμη οξεία νεφρική ανεπάρκεια η οποία νά οφείλεται είτε σε διάμεση νεφρίτιδα εξ υπερευαισθησίας είτε σε αποφρακτική νεφροπάθεια λόγω κρυσταλλουρίας έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Περιγράφουμε δύο περιπτώσεις οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μη οδηγούριας μετά από ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου σε συνιστώμενο δοσολογικό σχήμα και διαδικασία χορήγησης. Οι ασθενείς είχαν ανεμοβλογιά και φυσιολογική νεφρική λειτουργία πριν την χορήγηση του φαρμάκου. Στο τέλος της έγκυσης του φαρμάκου οι ασθενείς εμφάνισαν εμέτους και έντονο πόνο στην οσφυ, ενώ την επόμενη ημέρα αυξήθηκε η κρεατινίνη του ορού με μικρότερη αύξηση της ουρίας. Την 5η ημέρα της νοσηλείας, ο ένας από τους ασθενείς με κρεατινίνη ορού 3,2 mg/dl υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού στην οποία δεν βρέθηκαν ουσιώδη ευρήματα από τα σπειράματα και τον διάμεσο ιστό, πλην του ότι σε ένα μικρό τμήμα της μυελώδους μοίρας παρατηρήθηκαν ήπιες βαρύτητας στοιχεία αποδρομής-αναγέννησης σωληνιαρικής βλάβης. Η γενική εξέταση των ούρων δέν ήταν διαγνωστική ενώ η λευκωματουρία ανήλθε στο ποσό του 1.0 g/24ωρο. Μετά την διακοπή του φαρμάκου και με την συντηρητική θεραπεία η νεφρική λειτουργία των ασθενών αποκαταστάθηκε πλήρως.

Συμπερασματικά: η κλινικοεργαστηριακή εικόνα, τα φτωχά ευρήματα της βιοψίας και η ταχεία βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας μετά την διακοπή του φαρμάκου οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πιθανά και άλλος παθολογοφυσιολογικός μηχανισμός πέραν των προαναφερθέντων μπορεί να ευθύνεται για την εγκατάσταση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μετά την ενδοφλέβια χορήγηση Acyclovir. Ένας τέτοιος μηχανισμός είναι η εμφάνιση νεφρικών αιμοδυναμικών διαταραχών όπως πρόσφατα έχουν αναφερθεί σε πειραματικά μοντέλα.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα ΓΠΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Με σκοπό να αξιολογήσουμε την έκβαση των ηλικιωμένων ασθενών (≥ 65 χρόνων) και την τεχνική της ΣΦΠΚ, μελετήσαμε αναδρομικά 54 ασθενείς (34 άνδρες, 20 γυναίκες), ηλικίας 65-87 (μέση $70,7 \pm 5,3$) χρόνων, που υποβλήθηκαν στη θεραπεία αυτή από τον Μάιο 1983 μέχρι τον Δεκέμβριο 1995.

Κατά την 12ετή αυτή περίοδο της μελέτης, η ΣΦΠΚ χρειάστηκε να διακοπεί σε 8 ασθενείς (14,8%) κυρίως λόγω περιτονίτιδας. Έξη από τους ασθενείς αυτούς εντάχθηκαν σε αιμοκάθαρση και 2 απέθαναν. Από τους υπόλοιπους 46, στο τέλος της περιόδου παρακολούθησής τους (Ιανουάριος 1996) που ανήλθε σε $28,9 \pm 24,4$ μήνες, 11 ασθενείς (20,4% του συνόλου) συνέχισαν τη ΣΦΠΚ και άλλοι είχαν αποθάνει (συνολική θνητότητα 69,5%) κυρίως λόγω καρδιαγγειακών αιτιών. Η αθροιστική επιβίωση των ασθενών στο τέλος του 2ου και 5ου χρόνου της θεραπείας ήταν 57% και 19,7% και της τεχνικής 91% και 71,7% αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ($p < 0,005$) της επιβίωσης των ασθενών με την υπολειπόμενη διούρηση, την προϋπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο και την λευκωματίνη του ορού, καθώς και σημαντική αρνητική συσχέτιση ($p < 0,05$) με τη συχνότητα της περιτονίτιδας και της φλεγμονής της υποδόριας σήραγγας. Από τη σύγκριση των ηλικιωμένων με τους νεότερους σε ηλικία 109 ασθενείς που εντάχθηκαν σε ΣΦΠΚ την ίδια χρονική περίοδο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα των επιπλοκών από τον καθετήρα (περιτονίτιδα, φλεγμονή της υποδόριας σήραγγας, κήλες κ.α.), αλλά η αθροιστική επιβίωση των ηλικιωμένων μετά το δεύτερο χρόνο της θεραπείας ήταν μικρότερη απ' αυτή των υπολοίπων ασθενών (57% και 79%, αντίστοιχα, $p < 0,05$).

Συμπερασματικά, η λειτουργία της ΣΦΠΚ στους ηλικιωμένους ασθενείς ήταν ικανοποιητική, αλλά η επιβίωσή τους σημαντικά μικρότερη από εκείνη των νεωτέρων ασθενών.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ Α-Φ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΜΕ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΠΑ.

Χ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛ, Ι. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΨΗΜΕΝΟΣ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Υπερηχογραφικό Τμήμα, Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου Αθηνών.

Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων της υπερηχογραφίας με έγχρωμο και παλμικό Doppler σε ασθενείς με κλινική εικόνα και βιοχημικά ευρήματα μειωμένης κάθαρσης που αποδόθηκε σε δυσλειτουργία της Α-Φ αναστόμωσης.

Η μελέτη περιλαμβάνει 25 ασθενείς που εξετάστηκαν τους τελευταίους 18 μήνες εκ των οποίων οι έξη χρησιμοποιήθηκαν σαν μάρτυρες. Στους υπόλοιπους 19 η αιμοδυναμική υπερηχογραφία ανέδειξε: α) Στένωση του φλεβικού σκέλους σε 6 ασθενείς, β) θρόμβωση σε 5, γ) Συνύπαρξη στένωσης και θρόμβωσης σε 4, δ) Στένωση της υποκλειδίου/ανωνύμου φλέβας σε 3, ε) Ανεύρεση ψευδοανευρυσμάτων σε 1, στ) Αιμοδυναμικές διαταραχές από χαμηλή παροχή σε 2, ζ) Δημιουργία νέας πατρογενούς μετατραυματικής Α-Φ αναστόμωσης σε 3.

Τα ανωτέρω ευρήματα αποτελέσαν κριτήριο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση με: 1) Αλλαγή σημείων παρακέντησης της Fistula (σε 8 ασθενείς), 2) Ένταξη σε αιμοκάθαρση με διάλυμα διττανθρακικών σε 2, 3) Αγγειοπλαστική της υποκλειδίου/ανωνύμου φλέβας σε 3, 4) Δημιουργία νέας Α-Φ αναστόμωσης σε 5 ασθενείς με θρόμβωση και πλήρη απόφραξη, 5) Ένταξη σε CAPD μίας ασθενούς ελλείπει άλλης αγγειακής προσπάθειας.

Μετά τη διάγνωση και την ανάλογη θεραπευτική παρέμβαση σε όλους τους ασθενείς αποκαταστάθηκαν οι κλινικοί και βιοχημικοί δείκτες επαρκούς αιμοκάθαρσης.

Συμπερασματικά η έγχρωμη αιμοδυναμική υπερηχογραφία Doppler είναι αναίμακτη και ακίνδυνη απεικονιστική μέθοδος για την χαρτογράφηση και αιμοδυναμική εκτίμηση των επιπλοκών της Α-Φ αναστόμωσης. Αποτελεί την πρώτη και συχνά μοναδική διαγνωστική προσέγγιση που αποβλέπει στην έγκαιρη και επιτυχή αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας της Α-Φ αναστόμωσης των ασθενών υπό ΧΠΑ. Συμβάλει στην παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΑΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ.

Χ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Ι. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΚΕΛΕΚΗΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛ, Ν. ΠΟΜΩΝΗ, Γ. ΨΗΜΕΝΟΣ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Υπερηχογραφικό Τμήμα, Ευγενιδείου Θεραπευτηρίου Αθηνών.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η αναδρομική ανάλυση των αποτελεσμάτων της εμπειρίας μας στην Αγγειοπλαστική Με Μπαλόνι (ΑΜΜ) με και χωρίς τοποθέτηση ενδαγγειακού νάρθηκα «Stent» (ΕΝ), σε συμπτωματική στένωση της υποκλειδίου/ανωνώμου φλέβας με ομόπλευρο βαπή Fistula.

Μελετήθηκαν συνολικά 6 ασθενείς. Η φλεβική στένωση διεγνώσθη κλινικά και επιβεβαιώθηκε με υπερηχογράφημα (Triplex) και φλεβογραφία. Πλήρης απόφραξη παρατηρήθηκε σε 2 ασθενείς, ενώ στένωση υψηλού βαθμού στην υποκλειδίου φλέβα είχαν 2 άλλοι ασθενείς και στένωση υποκλειδίου και ανωνύμου φλέβας 2 ακόμα ασθενείς.

Στις στενώσεις της υποκλειδίου φλέβας έγινε ΑΜΜ διαμέτρου 6 mm και στις στενώσεις υποκλειδίου και ανωνύμου φλέβας μετά τη διάνοιξη με ΑΜΜ τοποθετήθηκε ΕΝ 7 έως 9 mm. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές. Και οι 4 ασθενείς έλαβαν τικλοπιδίνη μακροπρόθεσμα. Η βατότης της υποκλειδίου/ανωνώμου φλέβας ελέγχεται με υπερηχογράφημα (Triplex) ανά 2μηνο. Η παρακολούθηση των ασθενών κυμάνθηκε από 2 έως 10 μήνες. Βατότητα παρατηρήθη και στους 4 ασθενείς με σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και ικανοποιητική αιμοκάθαρση. Ένας ασθενής παρουσίασε μικρή επαναστένωση της ανωνύμου 10 μήνες μετά την αρχική διάνοιξη, 50% του αρχικού αυλού, κατόπιν της ΑΜΜ και τοποθέτησης ΕΝ με ελαφρά υποτροπή του οιδήματος. Στον ασθενή αυτό επαναλήφθηκε η ΑΜΜ με επιτυχία.

Συμπερασματικά η ΑΜΜ με ή χωρίς τοποθέτηση ΕΝ σε περιπτώσεις συμπτωματικής στενώσεως της υποκλειδίου/ανωνώμου φλέβας με ομόπλευρο Fistula είναι ασφαλής και μεσοπρόθεσμα αποτελεσματική στο να παρατείνει τη βιωσιμότητα της Fistula, ενώ αποφεύγεται η χειρουργική επέμβαση. Επιπρόσθετα η περιοδική παρακολούθηση με έγχρωμο και παλμικό Doppler για το ενδεχόμενο επαναστένωσης είναι μέθοδος εύχρηστη και αξιόπιστη.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΥΔΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΦΩΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΟΜΕΤΡΙΑ.

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Α. ΡΟΥΣΑΚΗΣ, Ι. ΠΑΠΠΑΣ, Δ. ΒΑΛΗΣ

Νεφρολογική Μονάδα και Τμήμα Ιατρικών Απεικονίσεων Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ» Αθήνα.

Με την απορροφησιομετρία διπλοενεργειακής δέσμης φωτονίων (DEXA) είναι δυνατή η άμεση και αντικειμενική εκτίμηση της σύστασης του σώματος σε οστά, λίπος και άλιπους μαλακούς ιστούς, που αποτελούνται κυρίως από μυς, σπλάχνα και νερό. Γιά να διαπιστωθεί εάν η μέθοδος αυτή μπορεί να ανιχνεύσει με αξιοπιστία τις μεταβολές της υδατικής κατάστασης του σώματος μελετήσαμε 52 ασθενείς, 23 γυναίκες και 29 άνδρες, ηλικίας 59 ± 13 ετών (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση επί 41 ± 40 μήνες. Σε όλους τους ασθενείς έγινε μέτρηση της σύστασης του σώματος με DEXA προ και μετά μία συνεδρία αιμοκάθαρσης, που έγινε με κλασσική αιμοκάθαρση με διτανθρακικά σε 39 ασθενείς και με βιοδιήθηση σε 13.

Μέρη σώματος	Προ αιμοκάθ.	Μετά αιμοκάθ.	Μεταβολή	p
Οστά (γρ)	2.313 \pm 560	2.298 \pm 572	-0,6%	NS
Λίπος (γρ)	22.405 \pm 9.140	22.495 \pm 9.153	0,4%	NS
Άλιποι μαλακοί ιστοί (γρ)	44.415 \pm 8.890	41.883 \pm 8.331	-5,7%	<0,0001

Από την σύγκριση των αποτελεσμάτων προ και μετά την συνεδρία της αιμοκάθαρσης (πίνακας), πρόέκυψε ότι οι τιμές του λίπους και της μάζας των οστών που, ως γνωστόν, δεν επηρεάζονται από την απώλεια των υγρών κατά την αιμοκάθαρση, παρέμειναν αμετάβλητες. Η μάζα των άλιπων μαλακών ιστών μειώθηκε κατά $2,626 \pm 1.109$ γρ και μάλιστα η μείωση αυτή συσχετίσθηκε πολύ στενά ($r=0,85$, $p<0,001$) με την απώλεια των υγρών του σώματος κατά την συνεδρία της αιμοκάθαρσης που ήταν, σύμφωνα με τις ενδείξεις των ζυγών, $2,532 \pm 1.310$ γρ. Τα παραπάνω αποτελέσματα ήταν ανεξάρτητα από παράγοντες που επηρεάζουν την σύσταση του σώματος, όπως τό φύλο, η ηλικία, ο δείκτης σωματικής μάζας των ασθενών.

νών (βάρους/ύψους²) ή από παραμέτρους που καθορίζουν τον τρόπο μετακίνησης των υγρών, όπως ο ρυθμός υπερδιήθησης και η μέθοδος αιμοκάθαρσης (βιοδιήθηση ή κλασσική αιμοκάθαρση).

Συμπερασματικά, η μέθοδος DEXA ανιχνεύει με αξιοπιστία τις μεταβολές της υδατικής κατάστασης των αιμοκαθαρισμένων ασθενών και ίσως αποδειχθεί χρήσιμη σε περιπτώσεις ασθενών στις οποίες δεν αρκεί η συνήθης κλινική εξέταση.

ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΞΩΓΕΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟΖΥΓΟ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ.

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Μ. ΤΖΙΛΙΑΝΟΣ, ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ ΠΑΝΔΗ, ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΡΟΚΙΔΑ, Σ. ΚΟΥΛΟΥΡΗΣ, Χ. ΧΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΙΩΑΝΝΑ ΑΓΓΕΛΕΤΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΑΝΤΑ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Αιμοδοσίας Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας.

Περίληψη

Δέκα χρόνια μετά την εφαρμογή της ερυθροποιητίνης στην αντιμετώπιση της αναιμίας των ασθενών τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, είναι πλέον τεκμηριωμένη η επάρκεια της ορμόνης στην θεραπεία της αναιμίας αλλά και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, των εν λόγω ασθενών⁽¹⁾.

Ένα μικρό όμως ποσοστό ασθενών (5-10%) δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις συνηθισμένες δόσεις της ορμόνης, οι οποίες κυμαίνονται από 75-150 U/Kgr Β.Σ. /εβδομάδα. Η αύξηση της δόσης σε 200 U/Kgr Β.Σ./εβδομάδα μπορεί να οδηγήσει σε ανταπόκριση ενός ακόμη μικρού ποσοστού ασθενών. Η μη ανταπόκριση πέραν αυτής της δόσης μπορεί να ορισθεί, αυθαίρετα, ως **αντίσταση** στην δράση της ορμόνης⁽²⁾.

Οι συνηθέστερες αιτίες μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στην δράση της ερυθροποιητίνης είναι η έλλειψη σιδήρου, η απώλεια αίματος, η παρουσία λοίμωξης ή κακοήθειας, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, η τοξικότητα από αλουμίνιο, η έλλειψη θιαμίνης Β12 και φυλλικού οξέος, η αιμόλυση, η δυσλειτουργία του μυελού των οστών και η παρουσία ενζυματικών ανωμαλιών των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή αιμοσφαιρινοπαθειών⁽³⁾.

Με σκοπό να προσδιορισθεί η ερυθροποιητική ανταπόκριση, στην εξωγενή χορήγηση ερυθροποιητίνης αρρώστων τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, οι οποίοι έπασχαν συγχρόνως από ετερόζυγο β-Μεσογειακή αναιμία, μελετήθηκαν οκτώ (8) άρρωστοι (4Α και 4Γ) ηλικίας 60.8±9.9 (47-72) ετών, οι οποίοι ήταν σταθεροποιημένοι σε τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης για 33.2±20.7 (6-66) μήνες.

Σέ όλους τούς αρρώστους χορηγήτο, υποδόρια ερυθροποιητίνη (Eprex, Janssen-Cilag) σε δόση 151.1±63.7 (49.4-206.8) U/Kgr Β.Σ./εβδομάδα, με στόχο να επτευχθεί άνοδος του αιματοκρίτη στο επίπεδο του 30-33%.

Η αγωγή αυτή εφαρμόστηκε για χρονικό διάστημα 9.6 ± 4.8 (4-16) μήνες. Μετρήθηκαν ο αιματοκρίτης (Ht), η αιμοσφαιρίνη (Hb), η αιμοσφαιρίνη A2 (Hb-A2), η αιμοσφαιρίνη F (Hb-F), ο μέσος όγκος ερυθρών (MCV), η μέση περιεκτικότητα αιμοσφαιρίνης (MCH), ο σίδηρος του ορού (Fe) και η φερριτίνη του ορού (Ferrit.).

Τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής: $Ht = 26.2 \pm 2.86$ (22.5-30.2)%, $Hb = 8.31 \pm 0.87$ (6.8-9.8) gr/dl, $Hb-A2 = 4.87 \pm 0.35$ (4.2-5.4)%, $Hb-F = 0.88 \pm 0.17$ (0.6-1.2)%, $MCV = 70.5 \pm 3.42$ (65-76) fL, $MCH = 22.37 \pm 1.19$ (20.5-23.9) pg, $Fe = 93.25 \pm 53.6$ (55-200) γ, $Ferrit. = 564.97 \pm 490.83$ (5.6-1416) ng/ml.

Είναι εμφανές ότι κανείς από τους αρρώστους δεν έφθασε τον αιματοκρίτη στόχο, πλην μιάς άρρωστης ($Ht = 30.2\%$) η οποία έπασχε από πολυκυστική νόσο, επίσης κανείς πλην ενός, δεν παρουσίαζε έλλειψη σιδήρου ($Ferrit. = 5.6$ ng/ml), σύμφωνα με τα σήμερα αποδεκτά²³.

Η συσχέτιση της χορηγούμενης δόσης ερυθροποιητίνης με κάθε μία από τις προσδιορισθείσες παραμέτρους έδειξε ότι υπήρχε αρνητική εξάρτηση μεταξύ της ερυθροποιητίνης (rHuEPO) και του Ht (Ht vs rHuEPO: $r = -0.35$, $p = 0.4$, NS), της Hb (Hb vs rHuEPO: $r = -0.35$, $p = 0.3$, NS), και της Hb-F ($Hb-F$ vs rHuEPO: $r = -0.3$, $p = 0.4$ NS), η έλλειψη στατιστικής σημαντικότητας προφανώς οφείλεται στον μικρό αριθμό παρατηρήσεων ($n = 8$). Καμία επίδραση της ερυθροποιητίνης δεν διαπιστώθηκε στα επίπεδα της Hb-A2 ($Hb-A2$ vs rHuEPO: $r = 0.05$, $p = 0.9$, NS). Αντίθετα διαπιστώθηκε, ισχυρή, θετική μέση περιεκτικότητα αιμοσφαιρίνης (MCV vs rHuEPO: $r = 0.77$, $p = 0.002$ και MCH vs rHuEPO: $r = 0.73$, $p = 0.003$, αντίστοιχα).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι οι άρρωστοι τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας, οι οποίοι πάσχουν συγχρόνως από ετερόζυγο β-Μεσογειακή αναιμία, παρουσιάζουν ανεπιτυχή ερυθροποίηση στην χορήγηση των συννηθισμένων δόσεων ερυθροποιητίνης και ότι η μακροχρόνια χορήγηση της ορμόνης, στις δόσεις αυτές, δεν φαίνεται να επηρεάζει θετικά την σύνθεση αιμοσφαιρίνης F, αντίθετα είναι σε θέση να προκαλέσει υπέρχρωμη μεγαλοβλαστική αντίδραση στο περιφερικό αίμα.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ι. ΜΑΛΕΓΚΟΣ, Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Κ. ΝΤΑΪΤΖΙΚΗΣ, Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Β. ΜΑΡΤΕΛΛΟΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Υπάρχουν περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα για την συχνότητα ιστολογικών αλλοιώσεων νεφρικής οστεοδυστροφίας (Ν.Ο) και τη συσχέτιση τους με τα επίπεδα της παραθορμόνης ορού (iPTH) στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), οι οποίοι δεν υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Γι' αυτό μελετήσαμε προοπτικά 41 ασθενείς (ασθ), 29 άνδρες και 12 γυναίκες, 53 ± 12 ετών, που είχαν γνωστή ΧΝΑ από 44 ± 36 μήνες πριν την οστική βιοψία, με κρεατινίνη ορού 4 ± 1.6 mg%. Κανένας ασθ. δεν είχε υποβληθεί σε εξωνεφρική κάθαρση ή παραθυρεοειδεκτομή ούτε είχε λάβει κορτικοειδή ή σκευάσματα Αλουμινίου (Al). Σε όλους τους ασθ. έγινε οστική βιοψία και μετρήθηκαν το ακέραιο κλάσμα της iPTH, καθώς και άλλοι βιοχημικοί δείκτες. Η αξιολόγηση της διαγνωστικής σημασίας των τιμών της iPTH του ορού σε σχέση με τα ευρήματα της βιοψίας οστού έγινε με τον προσδιορισμό της ευαισθησίας, της ειδικότητας και της θετικής διαγνωστικής αξίας της iPTH, δηλαδή της πιθανότητας να υπήρχε ΔΥΠΘ ή ΜΟΝ αν οι τιμές της iPTH ήταν ψηλότερες του φυσιολογικού (> 65 pg/ml). Κλινικά 1 ασθ. παρουσίαζε έντονο κνησμό και 7 ασθ. ήπια οστικά άλγη. Ιστολογικά, σε 26 ασθ. υπήρχαν ιστολογικές αλλοιώσεις δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ, 63%), σε 10 ασθ. μικτή οστική νόσος (ΜΟΝ, 24%) ενώ 6 ασθ. είχαν φυσιολογικό οστόν (13%). Σε 2 ασθ. με ΜΟΝ υπήρχε τοξική εναπόθεση Al. Από την ανάλυση των δεδομένων παρατηρήθηκε ότι η παρουσία Ν.Ο. δεν εξαρτάτο από τον βαθμό και την διάρκεια της ΧΝΑ. Η εμφάνιση ΔΥΠΘ ή ΜΟΝ ήταν πιθανή όταν η iPTH ήταν > 65 pg/ml (ευαισθησία, ειδικότητα και θετική διαγνωστική αξία 92%, 75% και 89% αντίστοιχα).

Συμπερασματικά α) Σε 87% των ασθ. με ΧΝΑ υπήρχαν ιστολογικά ευρήματα Ν.Ο. χωρίς σημαντικά κλινικά ευρήματα, ενώ 5% των ασθ. εμφάνιζαν εναπόθεση Al σε $> 25\%$ της οστικής επιφάνειας χωρίς να έχουν λάβει σκευάσματα Al. β) Η διαγνωστική αξία της iPTH ορού για την παρουσία ΔΥΠΘ ή ΜΟΝ στους ασθ. αυτούς είναι ικανοποιητική αλλά δεν είναι σε θέση να υποκαταστήσει τη διαγνωστική σημασία της βιοψίας οστού.

ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΦΑΙΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ Ι.Ν. ΧΟΡΗΓΗΣΗ 1α (OH) D3.

Χ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, *Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Α. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. ΓΚΟΣΙΟΣ*, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Νεφρολογικά Τμήματα Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και *Νοσοκομείου Αγρινίου και Τμήμα Αξονικού Τομογράφου Γενικού Νοσοκομείου «Γ. ΧΤΖΗΚΩΣΤΑ» Ιωαννίνων.

Οι φαιοί όγκοι είναι σήμερα μία σχετικά ασυνήθης εκδήλωση του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΑΚ). Περιγράφουμε περίπτωση ανάπτυξης φαιών όγκων σε αιμοκαθαιρόμενη ασθενή οι οποίοι παρουσίασαν υποστροφή μετά i.v. χορήγηση βιταμίνης D. Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 27 ετών, που υποβάλλεται σε ΑΚ από 5ετίας. Η ασθενής παρουσίαζε άλγος στη δεξιά και' ισχίον άρθρωση και δυσχέρεια στη βάδιση το τελευταίο εξάμηνο. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε λυτική εξεργασία στο δεξιό λαγόνιο οστόν (10x9 cm) χωρίς διάσπαση του περιosteού και ύπαρξη λυτικών εξεργασιών στο αριστερό ηθικό (3x2 cm), στο δεξιό κλάδο της κάτω σιαγώνας (3x3 cm) καθώς και δύο μικρότερες στο αριστερό ανώνυμο οστόν και μία στον αριστερό κλάδο της κάτω σιαγώνας. Παράλληλα η ασθενής είχε υψηλά επίπεδα παραθορμόνης (iPTH 1-84)=935 pg/ml, και αλκαλικής φωσφατάσης (ALP) =945 IU/l, ενώ διατηρούσε εντός φυσιολογικών ορίων τα επίπεδα ασβεστίου, φωσφόρου και μαγνησίου. Στην ασθενή έγινε ανοικτή βιοψία οστού. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ευρήματα συμβατά με φαιό όγκο. Νεοπλασματικά κύτταρα δεν ανευρέθησαν. Η ασθενής τέθηκε σε i.v. χορήγηση βιταμίνης D [1α(OH)D3] σε δόση 2-4mg μετά από κάθε συνεδρία ΑΚ, με προσαρμογή της δόσης ανάλογα με τον εβδομαδιαίο έλεγχο ασβεστίου και φωσφόρου. Μετά από 12 μήνες θεραπεία παρατηρήθηκαν: α) βελτίωση του ΔΥΠΘ [iPTH1-84 = 367 pg/ml, ALP=557 IU/l, β) επασθέσωση της λυτικής εστίας στο δεξιό κλάδο της κάτω σιαγώνας, ενώ οι υπόλοιπες λυτικές βλάβες δεν ανεδείχθησαν, γ) κλινική βελτίωση των συμπτωμάτων της ασθενούς.

Συμπερασματικά: η μακροχρόνια i.v. χορήγηση βιταμίνης D έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση του ΔΥΠΘ και παράλληλα υποστροφή των φαιών όγκων.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ