

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

58n ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

24 - 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1999
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

58ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

24 - 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1999
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ

*Η 58η Επιστημονική Συνάντηση της ΕΝΕ
αφιερώνεται
στη μνήμη του Γ. Παπαδάκη*

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τετάρτη 24 Νοεμβρίου 1999

10.10-12.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
12.00-12.30	Διάλειμμα - Καφές
12.30-14.00	Γενική Συνέλευση ΕΝΕ
18.30-19.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
19.30-20.15	Διάλεξη στη μνήμη Δ. Βαλιτί
21.30	Δείπνο ΕΝΕ

Πέμπτη 25 Νοεμβρίου 1999

09.00-11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.00-11.30	Διάλειμμα - Καφές
11.30-13.30	Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τετάρτη 24 Νοεμβρίου 1999

- 10.10-12.00** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Γ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΥΔΑΚΗ
Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΗ
- 10.10-10.20** ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ
Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Σ. ΜΑΡΙΝΑΚΗ¹, Π. ΠΑΠΠΑΣ², Κ.
ΡΕΒΕΝΑΣ², Μ. ΔΑΡΕΜΑ¹, Θ. ΧΗΡΑΣ¹, Λ. ΝΑΚΟ-
ΠΟΥΛΟΥ³, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα "Γρ. Βοσνίδης" και ²Ακτινολο-
γικό Εργαστήριο Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών,
³Παθολογοανατομικό εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών
- 10.20-10.30** ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑ-
ΤΙΚΟΥ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΝΕ-
ΦΡΩΝ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
ΠΝΕΥΜΟΝΑ
ΓΑΒΡ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, ΑΝ. ΜΠΑΚΙΡΑΣ, ΔΗΜ. ΜΑΛ-
ΤΕΖΟΣ, Κ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΧ. ΤΖΙΡΑΚΗΣ,
Ν.Η. ΠΑΠΑΔΟΔΗΜΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Τζανείου, Γ.Π.Ν. Πειραιά

- 10.30-10.40** ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΑΛΑΣΙΚΛΟΒΙΡΗΣ
Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Θ. ΧΗΡΑΣ¹, Μ. ΔΑΡΕΜΑ¹, Σ. ΜΑΡΙΝΑΚΗ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ², Κ. ΡΕΒΕΝΑΣ³, Κ. ΑΡΩΝΗ², Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα "Γρ. Βοσνίδης" και ²Ακτινολογικό εργαστήριο Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ³Παθολογοανατομικό εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών
- 10.40-10.50** ΒΑΡΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
Γ. ΣΤΑΥΓΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ¹, Ε. ΦΑΣΟΥΛΑ¹, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ¹, Κ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ¹, Ε. ΠΑΤΕΛΑΡΟΣ², Φ. ΣΟΤΣΙΟΥ³
¹Νεφρολογική και ²Α' Παθολογική Κλινική 401 Γ.Σ.Ν.Α., ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα
- 10.50-11.00** ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ & ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΦΘΑΛΜΟ
Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΓΑΛΑΝΗΣ
Τμήμα τεχνητού νεφρού Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λάρισας
- 11.00-11.10** ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΜΥΕΛΩΔΟΥΣ ΜΟΙΡΑΣ-ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΩΝΟΦΘΙΣΗΣ ΜΕ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ¹, Β. ΚΟΥΜΟΥΣΤΙΩΤΗΣ¹, Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ¹, Α. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ², Δ. ΧΟΝΔΡΟΣ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα και ²Κέντρο Υπολογιστικής Τομογραφίας Γ.Π.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

- 11.10-11.20** ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΤΥΠΟΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (ΠΚΝΕ)
Ν. ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Τ. ΤΣΙΤΣΙΟΣ¹, Θ.Κ. ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ², Ε. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ, Μ. ΣΤΑΜΠΟΛΙΔΟΥ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹
¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΓΝΝ Κομοτηνής, ²Εργαστήριο Υγιεινής Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ
- 11.20-11.30** ΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ ΔΕΝ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ
ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Θ. ΧΗΡΑΣ, Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Κ. ΡΕΒΕΝΑΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα
- 11.30-11.40** ΕΠΟΧΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ, ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
Α. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ*, Π. ΓΟΥΔΑΣ*, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ**, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ**, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ***, Δ. ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ***, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ****, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ****
*ΜΤΝ Νοσοκομείων "Άγιος Ανδρέας" Πατρών, **"Αμαλία Φλέμινγκ" Αθηνών, ***"Γ. Γεννηματάς" Αθηνών, ****"Ευαγγελισμός" Αθηνών
- 11.40-12.00** Συζήτηση
- 12.00-12.30** Διάλειμμα - Καφές

- 12.30-14.00 Γενική Συνέλευση ΕΝΕ
- 18.30-19.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Γ. ΒΙΣΒΑΡΔΗΣ
Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ
- 18.30-18.40 ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡ-
ΔΙΠΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ) ΜΕΤΑ ΑΓ-
ΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡ-
ΤΗΡΙΩΝ
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Θ. ΜΠΙΣΧΙΝΙΩΤΗΣ, Π. ΠΑΓΚΙ-
ΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΑΛΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Γ. ΑΝΤΩ-
ΝΙΑΔΗ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Θεσ-
σαλονίκης
- 18.40-18.50 Ο ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ TGF-β1 ΣΤΗ ΜΕΤΑ-
ΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ
Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, Θ. ΤΣΑΜΑΝΤΑΣ¹, Σ. ΤΣΑΚΑΣ,
Δ. ΚΑΡΑΒΙΑΣ², Φ. ΣΟΤΣΙΟΥ³, Σ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΗ,
Χ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗ,
Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Ι. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ²,
Ι.Γ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ
Νεφρολογική Κλινική, ¹Παθολογοανατομικό Εργα-
στήριο, ²Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νο-
σοκομείο Πατρών, ³Παθολογοανατομικό Εργαστή-
ριο, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»
- 18.50-19.00 ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΧΟΡΗΓΗ-
ΣΗΣ ΠΤΑΚΟΝΑΖΟΛΗΣ, ΛΟΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ
ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕ-
ΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ
ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑ-
ΚΗ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ,

Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ,
Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ. Ιππο-
κράτειο Γ.Π.Ν.Θ., *Παθολογοανατομικό Εργαστή-
ριο Ιπποκρατείου Γ.Π.Ν.Θ.

- 19.00-19.10 ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΜΥΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ-ΠΑΓΚΡΕΑ-
ΤΟΣ
Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΧΕ-
ΛΙΩΤΗ, Π. ΤΣΑΠΟΓΑΣ, Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ,
Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Ν. ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, Α. ΚΩ-
ΣΤΑΚΗΣ
Τμήματα Νεφρολογικό, Μεταμοσχευτικό και Ακτι-
νολογικό, Α'ΠΠΚ Πανεπιστημίου Αθήνας, "Λαϊκό"
Νοσοκομείο, Αθήνα
- 19.10-19.20 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΓΑΛΑΚΤΩΜΑΤΩ-
ΔΟΥΣ ΜΟΡΦΗΣ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ ΣΤΗ
ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ
ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Ε.
ΧΕΛΙΩΤΗ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ,
Π. ΓΟΥΝΑΡΗ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ
Τμήματα Νεφρολογικό και Μεταμοσχεύσεων, "Λαϊ-
κό" Νοσοκομείο, Αθήνα
- 19.20-19.30 Συζήτηση
- 19.30-20.15 Διάλεξη στη μνήμη Δ. Βαλιή
Θέμα: Αντιγόνα Μεταμόσχευσης
Ομιλήτρια: Α. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ - ΓΚΙΟΚΑ
Προεδρείο: Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ
- 21.30 Δείπνο Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

Πέμπτη 25 Νοεμβρίου 1999

- 09.00-11.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Κ. ΠΕΡΑΚΗΣ
Ν. ΚΟΤΣΑΔΑΜΗΣ
- 09.00-09.10 ΕΚΤΟΠΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕ-
ΤΗΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ - Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ
ΑΜΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ
ΘΕΣΗΣ ΤΟΥ
Ν. ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, ΤΗΛ.
ΤΣΙΤΣΙΟΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νομαρχιακού
Νοσοκομείου Κομοτηνής
- 09.10-09.20 Η ΑΙΜΑΤΙΚΗ ΡΟΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ
ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΚΤ/Ν
ΑΝ. ΓΑΛΗΝΑΣ, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ, Ε. ΤΖΑΜΟΥ, Α. ΠΑ-
ΤΡΙΚΑΡΕΑ, Π. ΑΝΑΣΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ
- 09.20-09.30 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΤΗΣ DOQI ΓΙΑ
ΤΗΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΦΑ, ΕΛΛΗ ΚΟ-
ΛΙΟΥΣΗ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΧΑΣΙΩΤΗΣ, ΑΦΡΟ-
ΔΙΤΗ ΚΑΤΣΑΡΑΚΗ, Δ. ΜΠΟΥΓΙΑΣ, ΙΩΑΝΝΑ
ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογική Κλινική Περιφερειακού Πανεπιστημίου
Νοσοκομείου Ιωαννίνων

- 09.30-09.40 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ, ΦΥΛΟΥ, ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝ-
ΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΦΑ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ
ΚΑΤΣΑΡΑΚΗ, ΕΛΛΗ ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Γ. ΧΑΣΙΩΤΗΣ,
Δ. ΜΠΟΥΓΙΑΣ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Χ. ΠΑΠΠΙΑΣ,
Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογική Κλινική Περιφερειακού Πανεπιστημια-
κού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
- 09.40-09.50 IN VITRO ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΙΤΑΛΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΦΠΚ
(Νέες Απόψεις στη ΣΦΠΚ με σκοπό τη αντιμετώπι-
ση της περιτονίτιδας)
ΑΝ. ΓΑΛΗΝΑΣ, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ, Π. ΑΝΑΣΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ
- 09.50-10.00 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΗ ΜΗΝΕΣ ΣΦΠΚ
ΑΝ. ΓΑΛΗΝΑΣ, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ, Ε. ΤΖΑΜΟΥ, Α. ΠΑ-
ΤΡΙΚΑΡΕΑ, Π. ΑΝΑΣΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ
- 10.00-10.10 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙ-
ΔΡΑΣΗΣ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΕ-
ΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ Ca (1,6 mmol/l) ΣΕ ΑΙΜΟ-
ΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΪΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Ε.
ΒΑΡΥΠΑΤΗ, Ι. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ,
Γ. ΠΑΠΑΘΩΜΑΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσα-
λονίκης

- 10.10-10.20 **ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ - ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ - ΒΑΡΥΣ ΥΠΟ-ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΦΓΚ**
Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Π. ΒΟΛΟΝΑΚΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΟΥ
Μονάδα ΣΦΓΚ, Α' Παθολ. Κλινική. ΝΓΝ Θεσ/νίκης "Άγιος Δημήτριος"
- 10.20-10.30 **ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, ΕΛΛΗ ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Α. ΑΝΔΡΙΚΟΣ*, ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΦΑ, ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΓΚΟΥΒΑ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ*, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογικές Κλινικές Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και *Περιφερειακού Νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα» Ιωαννίνων
- 10.30-10.40 **ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ Ρ.Τ.Φ.Ε. ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ Σ.Φ.Π.Κ.**
ΑΙΜΙΛΙΟΣ ΑΝΔΡΙΚΟΣ, ΦΙΛΙΠΠΑΣ ΣΙΑΚΚΑΣ*, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΣΙΜΟΓΙΑΝΝΗΣ*, ΜΙΧΑΗΛ ΠΑΠΠΑΣ
Νεφρολογική Κλινική - Χειρουργική Κλινική* Π.Γ.Ν.Ι. "Γ. Χατζηκώστα"
- 11.00-11.30 **Διάλειμμα - Καφές**
- 11.30-13.30 **Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας**
Θέμα: Παρελθόν, παρόν και μέλλον της Νεφρολογίας στη χώρα μας
Συντονιστής: Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ
Εισηγητές: Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ
 Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ
 Α. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ
 Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Σ. ΜΑΡΙΝΑΚΗ¹, Π. ΠΑΠΠΑΣ², Κ. ΡΕΒΕΝΑΣ²,
Μ. ΔΑΡΕΜΑ¹, Θ. ΧΗΡΑΣ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ³, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα "Γρ. Βοσνίδης" και ²Ακτινολογικό Εργαστήριο Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ³Παθολογοανατομικό εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών

Μεταστάσεις καρκινώματος του πνεύμονος στους νεφρούς δεν ανευρίσκονται συχνά και σπάνια προκαλούν διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας. Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς που εμφάνισε Ο.Ν.Α. με διήθηση αμφοτέρων των νεφρών από καρκίνωμα πνεύμονος και θρόμβωση των νεφρικών φλεβών άμφω.

Περιγραφή περίπτωσης. Άνδρας 52 ετών με μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα δεξιού πνεύμονα από 5μήνου και εγκεφαλικές και οστικές μεταστάσεις από 2μήνου εισήχθη στο τμήμα μας λόγω μακροσκοπικής αιματουρίας και oligουρίας από 24ώρου, των οποίων προηγήθηκε οξύ, έντονο άλγος νεφρικών χωρών άμφω και πυρετός. Αντικειμενικά επρόκειτο περί ασθενούς βαρέως πάσχοντος με θερμοκρασία 38°C, δύσπνοια και ταχύπνοια, αρτηριακή υπόταση (ΑΠ: 90/60 mmHg), ταχυκαρδία (σφύξεις: 120/1'), παχείς υγρούς δεξιάς πνευμονικής βάσεως, υπόσκληρο ήπαρ, ελάχιστα αιματηρά ούρα και κεντρική φλεβική πίεση 9 cm H₂O. Ο ασθενής παραπονείτο για έντονο άλγος στις νεφρικές χώρες. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε Ht: 10.4g%, Λευκά: 17400/ml (Π: 89.1%, Λ: 5.4%, Μ: 5.5%) Αιμοπετάλια: 210000/ml, σάκχαρο: 115 mg%, κρεατινίνη: 6.6 mg%, ουρία: 136 mg%, Na: 135 mEq/L, K: 6.1 mEq/L, Ca: 8.4 mg%, SGOT: 14U/L, SGPT: 9U/L, χοληρυθρίνη: 0.8 mg%, ουρικό οξύ: 6.2 mg%, LDH: 485 U/L, PT: 14'', APTT: 29'', ινωδογόνο: 300 mg% και pO₂: 70 mmHg. Η ακτινογραφία θώρακα έδειξε διηθήσεις δεξιάς πνευμονικής βάσης με συνοδό ατελεκτασία και πλευρική συλλογή, το ΗΚΓ φλεβοκομβική ταχυκαρδία, το ΕCHO καρδιάς μέτρια περικαρδιακή συλλογή και το ΕCHO κοιλίας ανομοιογενή διόγκωση των νεφρών άμφω με ασαφопоίηση των κάτω πόλων, μικρή διάταση των πνευλοκαλυκικών συστημάτων άμφω και διογκωμένους παραορτικούς λεμφαδένες. Τοποθετήθηκαν αυτοσυγκρα-

τούμενοι ουρητηρικοί καθητήρες (pig-tails) άμφω χωρίς όμως ανταπόκριση και ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με εξωνεφρική κάθαρση και χορήγηση ηπαρίνης, αντιβιοτικών και αναλγητικών. Ακολούθως διενεργήθηκε διαδοχικά ο παρακάτω έλεγχος: 1^ο. Δυναμικό σπινθηρογράφημα νεφρών (DTPA). Έδειξε μειωμένη αιμάτωση με απουσία αποχετευτικής φάσεως άμφω και φωτοπενικές περιοχές στο μέσο και κάτω τριτημόριο αμφοτέρων των νεφρών. 2^ο. Doppler νεφρικών αγγείων. Έδειξε θρόμβωση των νεφρικών φλεβών άμφω, αυξημένες αντιστάσεις ροής στους αρτηριακούς κλάδους των άνω πόλων και σιγή στους τμηματικούς κλάδους των κάτω πόλων. 3^ο. Ενδαρτηριακή αγγειογραφία νεφρών. Έδειξε μειωμένη αρτηριακή ροή στους κλάδους των άνω πόλων και σιγή στους κλάδους των κάτω πόλων. 4^ο. Αξονική τομογραφία κοιλίας. Έδειξε ευμεγέθεις υποοπικνωτικές εξεργασίες στους κάτω πόλους αμφοτέρων των νεφρών συμβατές με δευτεροπαθείς εντοπίσεις και διογκωμένους παραορτικούς λεμφαδένες. 5^ο. Μαγνητική τομογραφία κοιλίας. Έδειξε ευρήματα συμβατά με δευτεροπαθείς εναποθέσεις στους κάτω πόλους των νεφρών, στην ουρά του παγκρέατος και στους παραορτικούς λεμφαδένες. 6^ο. Βιοψία, δια λεπτής βελόνης, των εξεργασιών των κάτω πόλων αμφοτέρων των νεφρών. Η ιστολογική εξέταση των δειγμάτων έδειξε νεκρωμένο ιστό με εστίες ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος, συνιστάμενο από ψευδοσωληνώδεις σχηματισμούς και διαχύτως αναπτυσσόμενα καρκινικά κύτταρα με ικανή ατυπία, πολυμορφία και αρκετές σε αριθμό μτώσεις.

Ο ασθενής παρά την υποστηρικτική αγωγή παρουσίασε ταχεία επιδείνωση της γενικής του κατάστασης με συνεχιζόμενο πυρετό, επιδεινούμενη δύσπνοια και υποξαιμία, εκδηλώσεις από το ΚΝΣ, συνεχώς αυξανόμενη περικαρδιακή συλλογή και την εικοστή ημέρα της νοσηλείας του κατέληξε.

Συμπερασματικά πρόκειται για σπάνια περίπτωση ασθενούς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια προκληθείσα από μεταστάσεις μη μικροκυτταρικού καρκινώματος πνεύμονος και στους δύο νεφρούς με συνοδό θρόμβωση των νεφρικών φλεβών.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΩΝ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΓΑΒΡ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, ΑΝ. ΜΠΑΚΙΡΑΣ, ΔΗΜ. ΜΑΛΤΕΖΟΣ, Κ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, ΑΧ. ΤΖΙΡΑΚΗΣ, Ν.Η. ΠΑΠΑΔΟΔΗΜΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Τζανείου Γ.Π.Ν. Πειραιά

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς ηλικίας 75 ετών με αμφοτερόπλευρο μεταστατικό πλακώδες καρκίνωμα νεφρών από πρωτοπαθές Ca αρ. πνεύμονα που εκδηλώθηκε με μακροσκοπική αιματοουρία.

Το Δεκέμβριο του 1996 ο ασθενής που ήταν βαρύς καπνιστής με ιστορικό αρτ. υπέρτασης από 10ετίας και παροδικού ΑΕΕ προ δετίας, ενεφάνισε καταβολή, απώλεια βάρους και πυρετική κίνηση. Το Φεβρουάριο του 1997 υπεβλήθη σε διερεύνηση που περιλάμβανε C/T Θώρακος Άνω και Κάτω Κοιλίας. Διαπιστώθηκε ενδοβρογχική μάζα αρ. κάτω λοβού και το Μάρτιο του 1997 υποβλήθηκε σε αριστερή κάτω λοβεκτομή. Δεν ευρέθησαν διηθημένοι επιχώριοι ή μεσοθωρακικοί λεμφαδένες. Η εκτομή θεωρήθηκε θεραπευτική και ιστολογικά ο όγκος ήταν πλακώδες καρκίνωμα.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς υπήρξε καλή έως τον Απρίλιο του 1998 οπότε ενεφάνισε διαλείπουσα ανώδυνο μακροσκοπική αιματοουρία. Υπερηχογραφικά διαπιστώθηκε μικρό μάρφωμα στον άνω πόλο του δεξιού νεφρού και μεγάλου βαθμού πάχυνση του δεξιού πλάγιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως με προσεκβολή ως επί θηλώματος. Η κυστεοσκόπηση απέβη αρνητική αλλά C/T που ακολούθησε έδειξε διηθητική εξεργασία τόσο στο δεξιό όσο και στο αριστερό νεφρό, η δε κυτταρολογική εξέταση ούρων απέβη θετική για κακοίθεια με εικόνα συμβατή με μεταστατικό πλακώδες καρκίνωμα.

Ενώ οι εκδηλώσεις του καρκίνου του πνεύμονα που σχετίζονται άμέσως ή έμμέσως με τους νεφρούς και τη νεφρική λειτουργία (δευτεροπαθείς σπειραματονεφρίτις, παρανεοπλασματική έκκριση ορμονών) δεν είναι σπάνιες, η μεταστατική προσβολή των νεφρών είναι εξαιρετικά σπάνια και για το λόγο αυτό παρουσιάζεται το περιστατικό.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΑΛΑΣΙΚΛΟΒΙΡΗΣ

Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Θ. ΧΗΡΑΣ¹, Μ. ΔΑΡΕΜΑ¹, Σ. ΜΑΡΙΝΑΚΗ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ², Κ. ΡΕΒΕΝΑΣ³, Κ. ΑΡΩΝΗ², Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα "Γρ. Βοσνίδης" και ³Ακτινολογικό εργαστήριο Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ²Παθολογοανατομικό εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών

Η βαλασικλοβίρη (valacyclovir) είναι ένας αντι-ϊικός παράγοντας που ασκεί τη δράση του δια μετατροπής του σε ασικλοβίρη (acyclovir). Η τελευταία ταχέως αποβάλλεται στα ούρα και λόγω μικρής διαλυτότητας μπορεί, όταν χορηγείται ενδοφλεβίως, να προκαλέσει Ο.Ν.Α. με εναπόθεση κρυστάλλων στα νεφρικά σωληνάρια και διάμεση φλεγμονή. Η από του στόματος χορήγηση ασικλοβίρης σπάνια προκαλεί Ο.Ν.Α. με αυτό το μηχανισμό.

Περιγραφή περίπτωσης. Άνδρας 34 ετών, φορέας β-μεσογειακής αναιμίας, προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο λόγω γενικευμένου κηλιδωβλατιδώδους εξανθήματος, διανοητικής σύγχυσης, υπνηλίας και εμέτων. Εκτός από το εξάνθημα, η αντικειμενική εξέταση ήταν αρνητική για παθολογικά ευρήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος από μεν το αίμα έδειξε αναιμία (Ht: 30.5%, Hb: 10.5 g%) ηωσινοφιλία (Hωσιν.: 660/ml), βαρεία νεφρική ανεπάρκεια (κρεατ.: 11.6 mg%, ουρία: 361 mg%), μεταβολική οξέωση (HCO₃⁻: 17 mEq/L) και υπερκαλιαιμία (Κ: 6.3 mEq/L) από δε τα ούρα αιματουρία (ερυθρά: 10-12/κοπ) μη σπειραματικής προέλευσης, άσπρη πυουρία (πυοσφ.: 6-8/κοπ), κοκκιώδες και επιθηλιακούς κυλίνδρους (4-6/κοπ), άφθονα σωληνάρια επιθηλιακά κύτταρα και μη σημαντική λευκωματουρία (Λευκ.: 250 mg/L). Το ΕCHO κοιλίας έδειξε μεγάλους νεφρούς (14 cm) με υπερηχογένεια φλοιού και χωρίς πυελοκαλυκτικές διατάσεις ενώ η ακτινογραφία θώρακος και το ΗΚΓ ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Από το ιστορικό διαπιστώθηκε ότι προ 12ημέρου ο ασθενής παρουσίασε υψηλό πυρετό και τρεις ημέρες μετά εμφάνισε φλυκταινώδες εξάνθημα που χαρακτηρίστηκε ως ανεμευλογιά, για την οποία έλαβε 1000 mg βαλασικλοβίρης ημερησίως σε διαιρεμένες δόσεις. Την πέμπτη ημέρα της χορήγησης του φαρμάκου παρουσίασε εξάνθημα, κα-

κουκία, αδυναμία και την επομένη τάση για έμετο. Μεταβολές του ημερήσιου όγκου των ούρων δεν αναφέρθηκαν. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά (διόρθωση υπερκαλιαιμίας και μεταβολικής οξέωσης) και την επόμενη ημέρα της εισαγωγής του υποβλήθηκε σε βιοψία δέρματος και διαδερμική βιοψία νεφρού, ενώ ταυτόχρονα του χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη IV σε δόση 75 mg ημερησίως. Η ιστολογική εξέταση του δέρματος έδειξε σπογγίωση της επιδερμίδας, οίδημα στο χόριο και φλεγμονώδεις περιαγγειακές διηθήσεις από λεφοκύτταρα και πωσινόφιλα, ενώ ο ανοσοφθορισμός ήταν αρνητικός. Από την ιστολογική εξέταση του νεφρού διαπιστώθηκαν οίδημα και λεμφοπλασματοκυτταρικές διηθήσεις του διάμεσου ιστού, βελονοειδείς κρύσταλλοι στον αυλό αρκετών ουροφόρων σωληναρίων και αλλοιώσεις οξείας σωληνάριακής νέκρωσης. Τα αγγεία και τα σπειράματα ήταν φυσιολογικά και ο ανοσοφθορισμός αρνητικός. Ο ορολογικός έλεγχος του ασθενούς έδειξε αύξηση της IgE (199 iu/ml), των IgM αντισωμάτων κατά του ιού V-Z (540.2 iu/ml) και των IgG αντισωμάτων κατά του ιού HSV (142.2 iu/ml). Από την τρίτη ημέρα της νοσηλείας του (δεύτερη ημέρα μετά την έναρξη της πρεδνιζολόνης) ο ασθενής εμφάνισε σαφή βελτίωση του εξανθήματος, προοδευτική αύξηση του ρυθμού διούρησης και μείωση της κρεατινίνης του ορού και της ουρίας αίματος. Από την έβδομη ημέρα της νοσηλείας άρχισε προοδευτική μείωση της πρεδνιζολόνης και τη δέκατη ημέρα εξήλθε του νοσοκομείου με κρεατινίνη ορού 2,1 mg% και χωρίς εξάνθημα. Ένα μήνα μετά είχε φυσιολογική νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη 1 mg% και ουρία 35 mg%).

Συμπερασματικά, η per os χορήγηση βαλασικλοβίρης μπορεί να προκαλέσει βαρεία Ο.Ν.Α. οφειλόμενη σε διαμεσο-σωληνάριακή νεφρίτιδα καθώς και εναπόθεση κρυστάλλων στα ουροφόρα σωληνάρια.

ΒΑΡΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΜΕΣΑΛΑΖΙΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Γ. ΣΤΑΥΓΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ¹, Ε. ΦΑΣΟΥΛΑ¹, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ¹, Κ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ¹, Ε. ΠΑΤΕΛΑΡΟΣ², Φ. ΣΟΤΣΙΟΥ³

¹Νεφρολογική και ²Α' Παθολογική Κλινική 401 Γ.Σ.Ν.Α., ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Η μεσαλαζίνη (5-αμινοσαλικυλικό οξύ) χρησιμοποιείται ευρέως, από 15ετίας περίπου, στη θεραπεία των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα), τόσο στην οξεία φάση όσο και τη μακροχρόνια θεραπεία συντηρήσεως.

Η θεραπεία με μεσαλαζίνη μπορεί να προκαλέσει διάμεση νεφρίτιδα. Η συχνότητα της επιπλοκής αυτής είναι άγνωστη, αλλά κλινικά σημαντική νεφρική προσβολή παρατηρείται σε λιγότερους από 1 ανά 500 ασθενείς. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί διεθνώς λιγότερες από 20 περιπτώσεις χρόνιας εξελισσόμενης διάμεσης νεφρίτιδας ενώ κλασική οξεία φαρμακευτική διάμεση νεφρίτιδα είναι ασυνήθης. Η νεφρική πρόγνωση φαίνεται να σχετίζεται με το χρόνο διάγνωσης της διαμεσοσωληνιακής βλάβης, σε σχέση με τη διάρκεια χορήγησης της μεσαλαζίνης, ενώ η αξία των ανοσοκατασταλτικών, σε συνδυασμό με τη διακοπή του φαρμάκου, παραμένει αδιευκρίνιστη.

Παρουσιάζονται 2 περιπτώσεις ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, που εμφάνισαν σοβαρή διάμεση νεφρίτιδα μετά από 1 και 22 μήνες θεραπείας με μεσαλαζίνη, αντίστοιχα, αλλά παρουσίασαν διαφορετική κλινική πορεία.

Η πρώτη περίπτωση αφορά ασθενή 19 ετών που, κατά τη νοσηλεία του για ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και μετά από 4 εβδομάδες θεραπείας με μεσαλαζίνη (1.5 g per os και 4 g enema ημερησίως), παρουσίασε ολιγουρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη 6.0 mg/dl). Δεν υπήρχαν αξιολογικά κλινικά συμπτώματα ή σημεία και ιδιαίτερα ευρήματα από τα ούρα (5-6 σπειραματικά ερυθρά και 16-18 λευκοκύτταρα κ.ο.κ., σπάνιοι λευκοκυτταρικοί κύλινδροι και λεύκωμα 30 mg/dl) ενώ το υπερηχογράφημα νεφρών έδειξε εικόνα οξείας παρεγχυματικής βλάβης. Η νεφρική ανεπάρκεια αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, διακόπηκε η μεσαλαζίνη και έγινε βιοψία νεφρού που έδειξε

σοβαρή οξεία διάμεση νεφρίτιδα. Άρχισε θεραπεία με κορτικοειδή (ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης 0.5 g iv επί 3ημερο και στη συνέχεια 48 mg per os ημερησίως) και η νεφρική λειτουργία βελτιώθηκε μέχρι πλήρους αποκαταστάσεως, 2 εβδομάδες αργότερα. Τα κορτικοειδή μειώθηκαν και διακόπηκαν μετά από 6 συνολικά εβδομάδες θεραπείας. Ένα μήνα αργότερα, η νεφρική λειτουργία παρέμενε φυσιολογική (κρεατινίνη 1.0 mg/dl), δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα στα ούρα και η πρωτοπαθής νόσος ήταν σε πλήρη ύφεση.

Η δεύτερη περίπτωση αφορά ασθενή 37 ετών, με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας υπό θεραπεία με μεσαλαζίνη (1.5g per os ημερησίως) από 22μήνου, που νοσηλεύτηκε για διερεύνηση νεφρικής ανεπάρκειας (κρεατινίνη 8.7 mg/dl), η οποία διαπιστώθηκε στα πλαίσια ελέγχου γενικών συμπτωμάτων και αναιμίας. Ο τελευταίος, προ 15μήνου, έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας ήταν φυσιολογικός. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα συστηματικού νοσήματος, ο έλεγχος των ούρων έδειξε μικρού βαθμού λευκωματουρία (560 mg/24ωρο), χωρίς ενεργό ίζημα, και το υπερηχογράφημα νεφρών έδειξε φυσιολογικό μέγεθος, ηχώγένεια και πάχος φλοιού. Έγινε βιοψία νεφρού που έδειξε σοβαρή οξεία διαμεσοσωληνιακή νεφρίτιδα, με ισχαιμικές σπειραματικές αλλοιώσεις και αρνητικό ανοσοφθορισμό. Διακόπηκε η μεσαλαζίνη και άρχισε θεραπεία με κορτικοειδή (ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης 1g iv επί 3ημερο και στη συνέχεια 48 mg per os ημερησίως). Μετά από 1 μήνα θεραπείας, επειδή η νεφρική λειτουργία δεν βελτιώθηκε ικανοποιητικά (κρεατινίνη 6.9 mg/dl), προστέθηκε κυκλοφωσφαμίδη 100 mg per os ημερησίως. Δυο μήνες αργότερα, η νεφρική λειτουργία βελτιώθηκε περισσότερο (κρεατινίνη 4.8 mg/dl), τα κορτικοειδή μειώθηκαν σταδιακά και η κυκλοφωσφαμίδη διακόπηκε μετά από 1 μήνα. Στον τελευταίο έλεγχο, 4 μήνες μετά τη βιοψία και υπό κορτικοειδή, η νεφρική λειτουργία είχε σταθεροποιηθεί στα προηγούμενα επίπεδα ενώ η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου εξακολούθησε να ευρίσκεται σε ύφεση.

Συμπερασματικά, σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που λαμβάνουν μεσαλαζίνη, επιβάλλεται ο περιοδικός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας για την πρώιμη διάγνωση της διάμεσης νεφρίτιδας και η άμεση διακοπή του φαρμάκου όταν παρατηρηθεί αύξηση της

κρεατινίνης. Σε περίπτωση καθυστερημένης διάγνωσης, η νεφρική βλάβη είναι συνήθως μη αναστρέψιμη και οδηγεί σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ακόμη και αν η διακοπή του φαρμάκου συνδυαστεί με ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ & ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΦΘΑΛΜΟ Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΓΑΛΛΗΝΗΣ Τμήμα τεχνητού νεφρού Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λάρισας

Νεαρός ασθενής 16 χρόνων προσήλθε στη μονάδα μας πάσχων από νεφρική ανεπάρκεια, που αντιμετωπίστηκε με 6 (έξι) συνεδρείες αιμοκάθαρσης.

Ο ασθενής έπασχε τόσο από το σύνδρομο LAURENCE MOON όσο και από το σύνδρομο BARDET-BIEDL. Αμφότερα χαρακτηρίζονται από ατροφία του αμφιβληστροειδή, πνευματική καθυστέρηση και υπογοναδισμό.

Η οπαστική παραπληγία και η αταξία είναι τα προέρχοντα χαρακτηριστικά του συνδρόμου LAURENCE-MOON, ενώ η πολυδακτυλία και η παχυσαρκία του συνδρόμου BARDET-BIEDL.

Επί τη ευκαιρία της περίπτωσης μας ανασκοπούμε όλες τις νεφρικές παθήσεις με εκδηλώσεις από τον οφθαλμό.

ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΜΥΕΛΩΔΟΥΣ ΜΟΪΡΑΣ-ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΩΝΟΦΘΙΣΗΣ ΜΕ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ¹, Β. ΚΟΥΜΟΥΣΤΙΩΤΗΣ¹, Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ¹, Α. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ², Δ. ΧΟΝΔΡΟΣ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα και ²Κέντρο Υπολογιστικής Τομογραφίας Γ.Π.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

Περίληψη: Το σύμπλεγμα κυστικής νόσου της μυελώδους μοίρας των νεφρών και οικογενούς νεανικής νεφρωνόφθισης αποτελεί μία γενετικά ετερογενή ομάδα κληρονομικών διαμεσοσωληνριακών νεφροπαθειών. Η κυστική νόσος της μυελώδους μοίρας διαγιγνώσκεται συνήθως στους ενήλικες, ενώ η οικογενής νεανική νεφρωνόφθιση παρατηρείται κατά κανόνα στα παιδιά, συνοδεύεται δε συχνά και από άλλες γενετικές διαταραχές, όπως μελαγχρωματική αμφιβληστροειδοπάθεια, εγκεφαλικές και παρεγκεφαλιδικές διαταραχές (πνευματική καθυστέρηση, νυσταγμός, αταξικό βάδισμα κ.ά.), ηπατική ίνωση και οστικές παραμορφώσεις. Κατωτέρω, περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με χαρακτηριστικά και των δύο αυτών νεφρικών παθήσεων, η οποία παρουσιάζεται λόγω της σπανιότητας του συνδυασμού τους, αλλά και διότι αποτελούν σπάνιο αίτιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στους ενήλικες.

Επρόκειτο για άντρα, 33 ετών, ο οποίος τον Αύγουστο 1999 εμφάνισε επεισόδιο ουρικής αρθρίτιδας και στη συνέχεια διαπιστώθηκε προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια (ουρία αίματος 221 mg%, κρεατινίνη ορού 7,5 mg%) και αναιμία (Ht 32%). Στο ιστορικό του αναφέρεται οριζόντιος συγγενής νυσταγμός με σημαντική μείωση της οπτικής οξύτητας, αταξικό βάδισμα και κυφωσκολίωση προς τα δεξιά. Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε, εκτός από τα παραπάνω, μικρού βαθμού πνευματική καθυστέρηση σε σχέση με την ηλικία του και φυσιολογική αρτηριακή πίεση (130/80 mmHg). Οι λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις ήταν φυσιολογικές και τα ούρα δεν είχαν παθολογικά ευρήματα. Η οφθαλμολογική εξέταση έδειξε αποχρωματισμό του αμφιβληστροειδή και μεγάλη μείωση της οπτικής οξύτητας (1/10 της φυσιολογικής) και στους δύο οφθαλμούς. Το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογρα-

φία των νεφρών έδειξαν πολλαπλές κύστες στη φλοιομυελώδη μοίρα, η δε αξονική και μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου υποπλασία του σκώληκα της παρεγκεφαλίτιδας και διεύρυνση της 4ης κοιλίας.

Η περίπτωση αυτή υποδηλώνει ότι, σε ενήλικες ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και γενετικές εξωνεφρικές εκδηλώσεις, κυρίως από το κεντρικό νευρικό σύστημα, πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η πιθανή παρουσία κυστικής νόσου της μυελώδους μοίρας και/ή νεανικής οικογενούς νεφρωνόφθισης.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΤΥΠΟΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (ΠΚΝΕ)

N. ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Τ. ΤΣΙΤΣΙΟΣ¹, Θ.Κ. ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ², Ε. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ, Μ. ΣΤΑΜΠΟΛΙΔΟΥ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹

¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΓΝΝ Κομοτηνής, ²Εργαστήριο Υγιεινής Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ

Η πολυκυστική νόσος είναι βασικά κληρονομούμενη και σε σημαντικό ποσοστό ασθενών οδηγεί σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ). Η πρόοδος της νεφρικής βλάβης ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και φαίνεται να επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες. Στη μελέτη αυτή έγινε εκτίμηση της επίδρασης της διαίτας όσον αφορά την περιεκτικότητά της σε λεύκωμα, της παρουσίας υπέρτασης, λοιμώξεων του ανώτερου ουροποιητικού και επεισοδίων οξείας νεφρικής ανεπάρκειας στην πρόοδο της νεφρικής βλάβης.

Μελετήθηκαν 80 ασθενείς με ΠΚΝΕ από τους οποίους οι 25 είχαν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ηλικίας από 28 έως 56 χρόνων (Mean \pm SD = 42.8 \pm 6.7), 18 άνδρες και 7 γυναίκες (Ομάδα Α) και 55 επίσης με ΠΚΝΕ και φυσιολογική νεφρική λειτουργία, ηλικίας από 16 έως 59 (Mean \pm SD = 34.4 \pm 10.9), 22 άνδρες και 33 γυναίκες (Ομάδα Β). Οι δύο ομάδες ασθενών (Α και Β) δε διέφεραν σημαντικά όσον αφορά στην ηλικία τους ($p = NS$).

Στους ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία διαπιστώθηκε ότι: α) Η παρουσία λοιμώξεων του ανώτερου ουροποιητικού σχετίζονταν θετικά με τη μεταβολή της κρεατινίνης του ορού στην πορεία του χρόνου ($p < 0.02$) και την τελική κρεατινίνη ($p < 0.02$), β) η ύπαρξη υπέρτασης σχετίζονταν θετικά με την ηλικία ($p < 0.04$), τη μεταβολή της κρεατινίνης ($p < 0.0001$) και την τελική κρεατινίνη του ορού ($p < 0.0001$) και γ) η διαίτα είχε αρνητική συσχέτιση με την τελική κρεατινίνη του ορού ($p < 0.02$). Αντίστοιχα στους ασθενείς με ΧΝΑ διαπιστώθηκε ότι: α) Τα αρχικά επίπεδα της κρεατινίνης σχετίζονταν αρνητικά με την παρουσία υπέρτασης ($p < 0.01$), όπως επίσης αρνητικά σχετίζονταν και μ' αυτά της τελικής κρεατινίνης του ορού ($p < 0.04$) και β) δε διαπιστώθηκαν άλλες συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων που μελετήθηκαν.

Τέλος στους ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία κατά την ανάλυση των πολλαπλών συσχετίσεων διαπιστώθηκε ότι η μεταβολή της κρεατινίνης στη διάρκεια της παρακολούθησης ήταν ανεξάρτητα σχετιζόμενη με τη διαίτα και μάλιστα αρνητικά ($p < 0.006$), οι λοιμώξεις του ανώτερου ουροποιητικού θετικά ($p < 0.02$), όπως θετικά σχετίζονταν και η παρουσία υπέρτασης ($p < 0.0005$). Στους ασθενείς με ΧΝΑ λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή των πολλαπλών συσχετίσεων. Όσον αφορά στη νεφρική επιβίωση μεταξύ αυτών που είχαν φυσιολογική νεφρική λειτουργία διαπιστώθηκε ότι το 50% των περιπτώσεων έφθασε σε τελικό στάδιο ΧΝΑ μέσα σε 230 μήνες (median survival), ενώ αντίστοιχα μεταξύ αυτών που είχαν ΧΝΑ το 50% των ασθενών έφθασε σε τελικό στάδιο ΧΝΑ σε 75 μήνες.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η παρουσία υπέρτασης σχετίζονταν θετικά με την πρόοδο της νεφρικής βλάβης σε ασθενείς με ΠΚΝΕ και φυσιολογική νεφρική λειτουργία ή ΧΝΑ, όπως επίσης θετικά σχετίζονταν και η παρουσία λοιμώξεων του ανώτερου ουροποιητικού και η κακή διαίτα με την πρόοδο της νεφρικής βλάβης όταν η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική κατά την έναρξη παρακολούθησης, όχι όμως και σ' αυτούς με ΧΝΑ.

ΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ ΔΕΝ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Θ. ΧΗΡΑΣ, Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Κ. ΡΕΒΕΝΑΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης II (αΜΕΑ) επιβραδύνουν την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας σε διάφορες νεφρικές παθήσεις και κυρίως σε ασθενείς με νόσους του σπειράματος ή σακχαρώδη διαβήτη, ενώ λιγότερο από όλους θεωρείται ότι ωφελούνται οι ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών.

Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση των αΜΕΑ στην εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών. Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρελθόντος (retrospective cohort study) στην οποία συμπεριελήφθησαν 35 ασθενείς με πολυκυστική νόσο, 12 άνδρες και 23 γυναίκες, μέσης ηλικίας 49,3 ετών, οι οποίοι παρακολουθούντο στο εξωτερικό νεφρολογικό ιατρείο του Λαϊκού Νοσοκομείου επί 4,1 ± 0,4 έτη, κατά τη χρονολογική περίοδο 6/1987-9/1999. Οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, 14 άτομα τα οποία ελάμβαναν αΜΕΑ ως αντιυπερτασική αγωγή επί 5,3 ± 0,7 έτη και 21 άτομα τα οποία δεν ελάμβαναν αΜΕΑ. Μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία, τη νεφρική λειτουργία, τον αιματοκρίτη, τη διάρκεια παρακολούθησης, την αρτηριακή πίεση, τη συχνότητα πρωτεϊνουρίας ή αιματουρίας. Επίσης οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες ανά 10ετία ηλικιών, καθώς και ανάλογα με το φύλο και την υπολογιζόμενη κάθαρση κρεατινίνης. Ο διπλασιασμός της αρχικής τιμής της κρεατινίνης ορού ή η ένταξη σε εξωνεφρική κάθαρση θεωρήθηκαν τελικά σημεία αξιολόγησης και υπολογίσθηκε η επίπτωσή τους.

Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε ότι, στους ασθενείς με πολυκυστική νόσο ο δείκτης επίπτωσης διπλασιασμού της κρεατινίνης ή ένταξης σε εξωνεφρική κάθαρση ήταν 0,11-16 περιπτώσεις ανά 146,2 ανθρωποέτη παρακολούθησης, 0,12 στην ομάδα που ελάμβαναν αΜΕΑ και 0,10 στην ομάδα που δεν ελάμβαναν αΜΕΑ. Η επίπτω-

ση των τελικών σημείων αξιολόγησης αυξήθηκε με την αύξηση της ηλικίας για το σύνολο των ασθενών και έμεινε σταθερή από την ηλικία των 40 ετών και πάνω. Στην ομάδα των ασθενών που ελάμβαναν αΜΕΑ τα άτομα ηλικίας 50-59 ετών και στην ομάδα που δεν ελάμβαναν αΜΕΑ τα άτομα 60 ετών και πάνω εμφάνισαν δείκτες επίπτωσης, οι οποίοι ήταν υψηλότεροι από τους αντίστοιχους μέσους δείκτες κάθε ομάδας. Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισαν οι άνδρες που ελάμβαναν αΜΕΑ, καθώς και οι ασθενείς εκείνοι που είχαν σοβαρότερη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κάθαρση κρεατινίνης ≤ 45 ml/min).

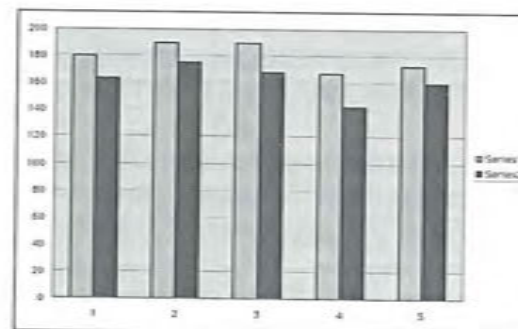
Συμπερασματικά, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι αΜΕΑ δεν επηρεάζουν την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας στην πολυκυστική νόσο των νεφρών και ότι μάλλον πρέπει να αποφεύγονται στους άνδρες > 50 ετών με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία.

ΕΠΟΧΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ, ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
 Α. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ*, Π. ΓΟΥΔΑΣ*, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ**, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ**, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ***, Δ. ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ***, Α. ΜΠΙΛΗΣ****, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ****

*ΜΤΝ Νοσοκομείων "Άγιος Ανδρέας" Πατρών, **"Αμαλία Φλέμινγκ" Αθηνών, ***"Γ. Γεννηματάς" Αθηνών, ****"Ευαγγελισμός" Αθηνών

Η καθαριστική ικανότητα του δέρματος είναι γνωστή από την αρχαιότητα και για αιώνες αποτελούσε την πλέον διαδεδομένη εναλλακτική οδό κάθαρσης σε περιπτώσεις ανεπάρκειας των νεφρών. Η μέσω του δέρματος κάθαρση επιτυγχάνεται με διάφορες μεθόδους πρόκλησης εφίδρωσης ή/και υπεραιμίας του. Η βιβλιογραφία είναι πλουσιότατη πάνω σε αυτό το θέμα αρχίζοντας από τα πρώτα γραπτά κείμενα και καταλήγοντας στο τέλος της δεύτερης μ.Χ. χιλιετίας. Η παρούσα όμως μελέτη αφορά στη μη προκλητή δερματική κάθαρση, κάτι το οποίο αναφέρεται για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία.

Με σκοπό να διερευνήσουμε αυτή την ικανότητα του δέρματος συλλέγησαν στοιχεία από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των νοσοκομείων "Άγιος Ανδρέας", "Αμαλία Φλέμινγκ", "Γενικό Κρατικό" και "Ευαγγελισμός". Συγκεκριμένα συλλέγησαν βιοχημικές εξετάσεις προ των τακτικών αιμοκαθάρσεων 161 αιμοκαθαρομένων ασθενών κατά τους μήνες Ιανουάριο, Φεβρουάριο, Μάρτιο, Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο, για τα έτη 1997, 1998 και 1999. Έγινε σύγκριση των τιμών ουρίας, κρεατινίνης, νατρίου και καλίου των ασθενών κατά τους μήνες της χειμερινής και της θερινής περιόδου. Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος Double paired test σε 934 ζεύγη τιμών ώστε να έχουν τα αποτελέσματα τη μεγαλύτερη δυνατή εγκυρότητα. Βρέθηκε διαφορά στις μέσες τιμές ουρίας αίματος των ασθενών κατά 16 mg/dl (μέση τιμή ουρίας χειμώνα 182 mg/dl, μέση τιμή ουρίας θέρους 166 mg/dl, $p < 0.00001$) (πίνακας). Διαφορές στις συγκεντρώσεις των άλλων ουσιών δεν βρέθηκαν ή ήταν στατιστικά ασήμαντες.



Σύγκριση μέσων τιμών ουρίας ασθενών προ τακτικής αιμοκάθαρσης σε θερινούς και χειμερινούς μήνες.

1. Η διαφορά θερμοκρασίας χειμώνα - θέρους στη χώρα μας είναι της τάξεως των 20°C.
2. Η εφίδρωση τριπλασιάζεται με κάθε αύξηση της επιφανειακής θερμοκρασίας στο δέρμα κατά 10°C, έως κορεσμού των αδένων.
3. Η συγκέντρωση ουρίας στον ιδρώτα είναι 1,5 έως 2 φορές αυτής του αίματος σε υγιείς και ουραιμικούς ασθενείς.
4. Κατά τους θερινούς μήνες ο μέσος άνθρωπος αποβάλλει 1,5 έως 2 λίτρα ιδρώτα το 24ωρο.

Βασισμένοι στα αποτελέσματα της μελέτης μας και στα παραπάνω επιχειρήματα καταλήγουμε ότι το δέρμα υποκαθιστά σε μικρό βαθμό τους νεφρούς σε ουραιμικούς ασθενείς, μέσω της εφίδρωσης, στα πλαίσια και μόνο της θερμορυθμιστικής του λειτουργίας κατά τους θερινούς μήνες. Μία τέτοια λειτουργία δεν εξαντλεί την καθαριστική ικανότητα του δέρματος η οποία, τουλάχιστον για την αποβολή ύδατος, ξεπερνά ακόμα και τους υγιείς νεφρούς.

Το δέρμα υποβοηθά στην κάθαρση των ουραιμικών ασθενών ακόμα και εν αγνοία μας. Η άποψη αυτή αναφέρεται στα γραπτά αρχαίων Ελλήνων ιατρών, όμως αγνοείται από τη σύγχρονη επιστημονική κοινότητα. Παρόλο που η συνήθης αντίληψη για τη βιβλιογραφική διερεύνηση αφορά στις τελευταίες δεκαετίες μόνο, δεν πρέπει σε κανένα βαθμό να υποτιμάται η γνώμη παλαιότερων διαγνοτών καθώς παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της «επανα-ανακάλυψης του τροχού» αρκετές φορές στον ρου της ιστορίας.

ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ) ΜΕΤΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Θ. ΜΠΙΣΧΙΝΙΩΤΗΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΑΛΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Γ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκης

Η εμφάνιση περικαρδίτιδας στους ασθενείς της ΣΦΠΚ είναι σπάνια και συνήθως οφείλεται σε ανεπαρκή κάθαρση ή/και υπερφόρτωση με υγρά. Παρουσιάζουμε περίπτωση αυτοάνοσης περικαρδίτιδας σε ασθενή υπό ΣΦΠΚ η οποία αποδόθηκε σε καρδιακή βλάβη κατά τη διάρκεια διάδερμικής αγγειοπλαστικής των στεφανιαίων.

Πρόκειται για ασθενή 60 ετών ο οποίος πάσχει από ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη από 25 χρόνια, αρτηριακή υπέρταση από 8 χρόνια και ο οποίος λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής αναπέρκειας υποβάλλεται σε ΣΦΠΚ από το 1994. Μέχρι το τέλος του 1998 ήταν σε πολύ καλή γενική κατάσταση με 4 αλλαγές το 24ωρο, ικανοποιητική υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία και καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων. Στη συνέχεια, επειδή εμφάνισε επανειλημμένα επεισόδια ασταθούς στηθάγχης ανθεκτικά στη φαρμακευτική αγωγή, υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων με τοποθέτηση υδροαγγειακής πρόθεσης (stent) στη δεξιά στεφανιαία και στην περισπώμενη αρτηρία. Η γενική του κατάσταση βελτιώθηκε και ήταν ελεύθερος στηθάγχης ακόμη και μετά μέτρια κόπωση, όταν αιφνιδίως και περίπου πέντε μήνες μετά την επέμβαση, εμφάνισε προκάρδια δυσφορία, αδυναμία, αύξηση του σωματικού του βάρους και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια.

Αρχικά θεωρήθηκε ότι επρόκειτο για ουραιμική περικαρδίτιδα και αντιμετωπίστηκε με εντατικοποίηση της κάθαρσης και αφαίρεση υγρών. Παρά την μείωση όμως του βάρους και την υποχώρηση της πνευμονικής συμφόρησης του ασθενούς, το προκάρδιο άλγος και η περικαρδιακή συλλογή επιδεινώθηκαν. Για τον λόγο αυτό τέθηκε η

υπόνοια αυτοάνοσης μετατραυματικής περικαρδίτιδας και ο ασθενής άρχισε αγωγή με κορτικοστεροειδή με αποτέλεσμα θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας και πλήρη υποχώρηση της περικαρδιακής συλλογής εντός μιας εβδομάδος.

Σήμερα ο ασθενής είναι σε πολύ καλή γενική κατάσταση, ελεύθερος στηθάγχης. Κατά τον πρόσφατο επανέλεγχό του με σπινθηρογράφημα με θάλλιο 201 έξι μήνες μετά την αγγειοπλαστική, διαπιστώθηκε φυσιολογική αιμάτωση του μυοκαρδίου από την δεξιά στεφανιαία, ενώ στην περιοχή άρδευσης της περισπώμενης υπάρχει μετρίου βαθμού υπολειπόμενη ισχαιμία.

Στη διαφορική διάγνωση της περικαρδιακής συλλογής των νεφροπαθών, η πιθανότητα αυτοάνοσης περικαρδίτιδας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ιδιαίτερα όταν υπάρχει ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, περικαρδιοτομής ή παρέμβασης στις στεφανιαίες αρτηρίες.

Ο ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ TGF-β₁ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, Θ. ΤΣΑΜΑΝΤΑΣ¹, Σ. ΤΣΑΚΑΣ, Δ. ΚΑΡΑΒΙΑΣ², Φ. ΣΟΤΣΙΟΥ³, Σ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΗ, Χ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗ, Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Ι. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ², Ι.Γ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ

Νεφρολογική Κλινική, ¹Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ²Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Ο αυξητικός παράγοντας TGF-β₁ εμπλέκεται στη διαδικασία ίνωσης του νεφρικού παρεγχύματος. Αυξημένα επίπεδα TGF-β₁ στα ούρα έχουν συσχετιστεί με σημαντικές βλάβες σε ορισμένους τύπους σπειραματονεφριτίδων.

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των επιπέδων TGF-β₁ σε ορό και ούρα, σε μεταμοσχευμένους ασθενείς, σε σχέση με τον χρόνο από τη νεφρική μεταμόσχευση καθώς και με τη λειτουργία του μοσχεύματος.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα επίπεδα TGF-β₁ στον ορό και στα ούρα, σε 22 μεταμοσχευμένους ασθενείς (ομάδα Α (n = 16) με χρόνο από τη μεταμόσχευση > 3 μηνών και ομάδα Β (n = 6) με χρόνο από τη μεταμόσχευση < 3 μηνών). Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 10 φυσιολογικά άτομα. Ο προσδιορισμός των επιπέδων TGF-β₁ έγινε με ανοσοενzymική μέθοδο (ELISA).

Σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε βιοψία του νεφρικού μοσχεύματος μελετήθηκε ανοσοϊστοχημικά η έκφραση του TGF-β₁.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα TGF-β₁ στον ορό δεν διέφεραν μεταξύ μεταμοσχευμένων ασθενών και μαρτύρων. Τα επίπεδα TGF-β₁ στα ούρα των ασθενών της ομάδας Α ήταν σημαντικά υψηλότερα από αυτά των μαρτύρων (590 ± 26 vs 125 ± 40 ng/24h, p < 0,05). Τα επίπεδα TGF-β₁ στα ούρα των ασθενών της ομάδας Β παρουσίασαν σημαντική προοδευτική μείωση κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 μηνών από την μεταμόσχευση (από 1751 ± 744 σε 601 ± 14 ng/24h, p < 0,005) και πλησίασαν εκείνα των ασθενών της ομάδας Α. Στις νεφρικές βιοψίες ο TGF-β₁ ανιχνεύθηκε στα ουροφόρα σω-

ληνάρια και στο διάμεσο ιστό. Έντονη έκφραση του TGF-β₁ παρατηρήθηκε σε μια περίπτωση οξείας απόρριψης του μοσχεύματος.

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα TGF-β₁ στα ούρα ληπτών νεφρικού μοσχεύματος είναι πολύ υψηλά άμεσα μετεγχειρητικά, μειώνονται δε προοδευτικά και σταθεροποιούνται σε επίπεδα υψηλότερα των φυσιολογικών, αντανακλώντας τις διεργασίες ανοσολογικές ή μη που συμβαίνουν στο μόσχευμα κατά τη φάση συντήρησης και επαναίματώσης. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για τη διασαφήνιση των μηχανισμών συμμετοχής τους.

ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΙΤΡΑΚΟΝΑΖΟΛΗΣ, ΛΟΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν.Θ.,
*Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Γ.Π.Ν.Θ.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ασθενούς με νεφρικό μόσχευμα η οποία, 14 χρόνια μετά τη ΝΜ, εμφάνισε μυοπάθεια από συγχορήγηση ιτρακοναζόλης, λοβαστατίνης και κυκλοσπορίνης και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς.

Η ασθενής ΑΠ, 63 ετών, που βρισκόταν σε πρόγραμμα ΧΠΑ από 26.6.1984 υπεβλήθη σε πτωματική ΝΜ (2^η ΝΜ) στις 22.10.1985, πήρε διπλή ανοσοκατασταλτική αγωγή με μεθυλοπρεδνιζολόνη (ΜΠΖ) και κυκλοσπορίνη Α (CsA) και είχε ομαλή κίνηση πορεία (Scr: 1.0 mg/dl) επί επτά χρόνια. Τον 8ο χρόνο μετά τη ΝΜ, λόγω υπερχοληστερολαιμίας (ολική χοληστερόλη > 220 mg/dl) άρχισε θεραπεία με λοβαστατίνη σε δόση αρχικά 10 mg/24h και μετά 6 μήνες 20 mg/24h και απάντησε ικανοποιητικά. Τον 10ο χρόνο μετά τη ΝΜ, στην αγωγή προστέθηκε βαρφαρίνη μετά από επεισόδιο οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου. Στις 20.11.1998 έγινε βιοψία και ιστική καλλιέργεια υποδόριων οζιδίων και βλατιδων της (ΑΡ) κνήμης, που επέμεναν από έτους, που έδειξε μύκητες (*Candida sp.*) και στις 7.12.1998 η ασθενής άρχισε αγωγή με ιτρακοναζόλη po σε δόση 200 mg/24h. Ένα μήνα μετά την έναρξη της αντιμυκητιασικής αγωγής (12.1.1999) και ενώ η ασθενής έπαιρνε ταυτόχρονα CsA (100 mg/24h), λοβαστατίνη (20 mg/24h) και βαρφαρίνη προσήλθε στα ΕΙ με έντονη μυϊκή αδυναμία, μεγάλη δυσκολία στην έγερση και τη βάδιση, οσφυαλγία και υπόταση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν τρανσαμινασαιμία (SGOT: 674 IU/L, SGPT: 651 IU/L), άνοδος της CPK (12200 IU/L με φτ 25-170 IU/L), της LDH (1807 IU/L φτ 225-440 IU/L), παράταση του PT (Μ: 12", Α: 30"), του PTT (Μ:33", Α: 66") ενώ η νεφρική λειτουργία παρά την

άνοδο των επιπέδων Csa στο αίμα (επίπεδα CsA: 137 μg/L, μονοκλωνικό RIA) ήταν φυσιολογική (Scr: 0.8 mg/dl) και ο καρδιολογικός έλεγχος για ισχαιμία μυοκαρδίου αρνητικός. Με τη διάγνωση της μυοπάθειας από τις αλληλεπιδράσεις των παραπάνω φαρμάκων διακόπηκε άμεσα η λοβαστατίνη και η ιτρακοναζόλη και σταδιακά η CsA. Η βιοψία δέρματος – μυός επιβεβαίωσε την διάγνωση ενώ σταδιακά μέσα σε 15 ημέρες υποχώρησαν τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα της μυοπάθειας. Λόγω επιμονής της δερματικής λοίμωξης, εμφάνισης λοίμωξης αναπνευστικού και του προηγούμενου ιστορικού ακολούθησε θεραπευτική αντιμετώπιση με συνδυασμό αντιμυκητιασικής (αμφοτερικίνη) Β 0.5-3 mg/Kg ΒΣ/24 h i.v x 15 ημέρες και φλουκοναζόλη 200 mg/24h i.v x 7 ημέρες και κλοξακιλλίνη 1g/24h p.o x 1 μήνα) με αποτέλεσμα την βελτίωση της κλινικής εικόνας της ασθενούς. Η ασθενής συνέχισε θεραπεία με κλαριθρομυκίνη σε δόση 500 mg/24h για άλλους 3 μήνες και σε επανειλημμένο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο το τελευταίο εξάμηνο παρουσιάζει φυσιολογικές τιμές των μυϊκών ενζύμων, πλήρη ύφεση των δερματικών βλαβών, αρνητικές καλλιέργειες για κοινά μικρόβια και μυκοβακτηρίδια TBC και φυσιολογική νεφρική λειτουργία (Scr: 0.9 mg/dl) ενώ παίρνει μόνο ΠΖ σε δόση 5 mg/24h και αντιυπερτασική αγωγή με φουρεσεμίδη και μετοπρολόλη.

Συμπερασματικά, η συνδυασμένη χορήγηση ιτρακοναζόλης και λοβαστατίνης σε μεταμοσχευμένους ασθενείς που παίρνουν ταυτόχρονα και Csa μπορεί να προκαλέσει βαρεία μυοπάθεια που είναι όμως αναστρέψιμη εφ' όσον διαγνωσθεί έγκαιρα και γίνουν οι κατάλληλοι θεραπευτικοί χειρισμοί.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΜΥΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ-ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

I.N. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ, Π. ΤΣΑΠΟΓΑΣ, Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ, Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Ν. ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ

Τμήματα Νεφρολογικό, Μεταμοσχευτικό και Ακτινολογικό, Α'ΓΠΚ Πανεπιστημίου Αθήνας, "Λαϊκό" Νοσοκομείο, Αθήνα

Το διαβητικό μυϊκό έμφρακτο είναι μία σπάνια επιπλοκή, που εμφανίζεται σε ασθενείς με μακροχρόνιο και μη καλά ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη, συνήθως τύπου II. Από τη βιβλιογραφική αναζήτηση μπορέσαμε και βρήκαμε μόνο 22 αναφορές τέτοιων περιστατικών μέχρι το Δεκέμβριο του 1998.

Περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας, ηλικίας 29 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II από 20ετίας και αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια και νεφροπάθεια. Η ασθενής αυτή 4 μήνες μετά από ταυτόχρονη μεταμόσχευση παγκρέατος-νεφρού εμφάνισε διαβητικό μυϊκό έμφρακτο.

Η ασθενής παρουσιάσθηκε αναφέροντας αιφνίδια εισβολή άλγους στη δεξιά γαστροκνημία και επακόλουθη εμφάνιση οιδήματος και σκληρίας στην περιοχή από 10ημέρου, ευρήματα που διαπιστώθηκαν και κατά την αντικειμενική εξέταση. Μετά τη μεταμόσχευση ήταν ευγλυκαιμική και με κρεατινίνη ορού 1.3 mg/dl. Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία συνίστατο σε συνδυασμό: mycophenolate mofetil 1 g, tacrolimus 4 mg και μεθυλπρεδνιζολόνη 4 mg ημερησίως. Η απλή ακτινογραφία κνήμης που έγινε ήταν φυσιολογική και η υπερηχητική αγγεογραφία των σύστοιχων αγγείων δεν έδειξε σημεία θρόμβωσης ή απόφραξης. Η μαγνητική τομογραφία κνήμης ανέδειξε υψηλή ένταση σήματος σε εικόνες T2 τμήματος του δεξιού γαστροκνήμιου μύος, μικρού τμήματος του δεξιού υποκνημιδίου μύος και του ανωτέρου τμήματος του δεξιού βραχέως περονιαίου μύος, ευρήματα συμβατά με τη διάγνωση διαβητικού μυϊκού εμφράκτου. Η ασθενής δεν ήταν τοξική και παρατηρήθηκε αυτόματη ύφεση των συμπτωμάτων και σημείων μετά την πάροδο 4 εβδομάδων. Η αντιμετώπιση ήταν κατά βάση

υποστηρικτική με χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και ανάπαυση.

Βιοψία μύος δεν έγινε, διότι στις περιπτώσεις αυτές συνδέεται με υψηλή συχνότητα επιπλοκών, ενώ προσφέρει ελάχιστα στη διαγνωστική προσέλαση του ασθενούς. Η διάγνωση ετέθη με βάση την κλινική και ακτινολογική εικόνα, οι οποίες ήταν τυπικές και αφού αποκλείσθηκαν άλλες παρεμφερείς παθολογικές καταστάσεις (εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, οστεομυελίτιδα, μυοσίτιδα, απόστημα, συμπαγής όγκος).

Έξι μήνες αργότερα η ασθενής παραμένει ευγλυκαιμική και με καλή νεφρική λειτουργία. Στο διάστημα αυτό παρουσίασε δύο υποτροπές του αρχικού επεισοδίου πολύ μικρότερης διάρκειας και έντασης, που αντιμετωπίσθηκαν επίσης συμπτωματικά.

Εκτός της περιπτώσεως που αναφέρομε, δεν μπορέσαμε να βρούμε καμία αναφορά διαβητικού ασθενούς με μεταμόσχευση νεφρού-παγκρέατος και διαβητικό μυϊκό έμφρακτο. Η επιπλοκή όμως αυτή, η οποία θεωρείται ότι οφείλεται κυρίως στη μικροαγγειοπάθεια του σακχαρώδη διαβήτη, μολονότι σπάνια, δεν αποκλείεται η συχνότητά της να υποεκτιμάται, γιατί διαφεύγει από τη διαγνωστική σκέψη.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΓΑΛΑΚΤΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΜΟΡΦΗΣ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ ΣΤΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΓΟΥΝΑΡΗ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ

Τμήματα Νεφρολογικό και Μεταμοσχεύσεων, "Λαϊκό" Νοσοκομείο, Αθήνα

Η κυκλοσπορίνη Α έχει ενοχοποιηθεί ως ένας από τους παράγοντες που συνεισφέρουν στη συχνά παρατηρούμενη αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης ορού σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού. Η μορφή της κυκλοσπορίνης που παρασκευάζεται με την τεχνολογία της μικρογαλακτωματοποίησης, το Sandimmun Neoral, είναι γνωστό ότι βελτιώνει τη βιοδιαθεσιμότητα και μειώνει τη μεταβλητότητα των επιπέδων της κυκλοσπορίνης στο αίμα. Τα πλεονεκτήματα αυτά στην φαρμακοκινητική της θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης ορού. Προκειμένου να εξετάσουμε την υπόθεση αυτή μελετήσαμε 150 ασθενείς, 94 άνδρες και 56 γυναίκες, μέσης ηλικίας 44,9 ετών, με ικανοποιητική νεφρική λειτουργία, $n 60,3 \pm 26,6$ μήνες μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, οι οποίοι ελάμβαναν ως ανοσοκατασταλτική θεραπεία κυκλοσπορίνη, κυρίως σε συνδυασμό με μεθυλπρεδνιζολόνη - αζαθειοπρίνη. Στους ασθενείς αυτούς, που ευρίσκοντο σε σταθερή κλινικοεργαστηριακή κατάσταση, αξιολογήθηκαν πριν από τη χορήγηση του Neoral και 1, 3, 6, 12, 18 και 24 μήνες μετά η κρεατινίνη ορού, η χοληστερόλη, η ημερήσια δόση και τα πρωϊνά επίπεδα της κυκλοσπορίνης στο ολικό αίμα πριν από την επόμενη δόση.

Μετά τη χορήγηση του Neoral παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της χοληστερόλης ορού το 12ο μήνα (μέσος όρος 5,3%), που διατηρήθηκε και το 18ο μήνα (7,3%). Συγκεκριμένα η μέση τιμή της χοληστερόλης ήταν το 12ο μήνα $243,9 \pm 3,9$ mg/dl από $235,6 \pm 3,7$ ($p < 0,05$) και το 18ο μήνα $247,2 \pm 3,8$ mg/dl από $235,6 \pm 3,7$ ($p < 0,01$). Η χοληστερόλη επηρεάστηκε περισσότερο μετά τη χορήγηση του Neoral στην υποομάδα των ασθενών,

που ελάμβαναν κυκλοσπορίνη > 4 mg/Kg ΒΣ/ημέρα τον 6ο (15,3%) και το 18ο μήνα (20,8%). Τα επίπεδα της κυκλοσπορίνης αυξήθηκαν από τον 3ο μήνα λήψης του Neoral (15,9%), αύξηση που συνεχίστηκε μέχρι τον 24ο μήνα (23,4%), από $132,5 \pm 3,4$ ng/ml σε $140,2 \pm 2,4$ ($p < 0,01$), $149,0 \pm 3,3$ ($p < 0,001$) και $153,4 \pm 2,9$ ($p < 0,001$) τον 6ο, 12ο, 18ο και 24ο μήνα αντίστοιχα. Η ημερήσια δόση του Neoral μειώθηκε σημαντικά κατά το 12ο μήνα, $202,2 \pm 4,6$ mg/dl από $209,8 \pm 5,2$ ($p < 0,01$). Μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε στην κρεατινίνη ορού το 12ο μήνα, $1,69 \pm 0,04$ mg/dl από $1,67 \pm 0,04$ ($p < 0,01$).

Συμπερασματικά, η χρήση του Neoral στους μεταμοσχευμένους ασθενείς οδηγεί σε μικρή αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης ορού, μικρότερη αναλογικά από την αντίστοιχη αύξηση των επιπέδων της κυκλοσπορίνης.

ΕΚΤΟΠΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ - Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΟΥ

Ν. ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, ΤΗΛ. ΤΣΙΤΣΙΟΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κομοτηνής

Οι συνήθεις επιπλοκές από τη χρήση των φλεβικών καθετήρων αιμοκάθαρσης είναι πλέον αρκετά γνωστές και πολλές φορές αναμενόμενες, ενώ τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται και ορισμένες σπανιότερες. Η περίπτωση που περιγράφεται αφορά σε γυναίκα που έπασχε από τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας εξ αιτίας πολυκυστικής νόσου τύπου ενθλίκων, η οποία στα πλαίσια της δημιουργίας αγγειακού δικτύου προσπέλασης υποβλήθηκε σε επανειλημμένες επεμβάσεις για δημιουργία εσωτερικών αρτηριοφλεβικών αναστομώνσεων και της τοποθετήθηκαν πολλά συνθετικά αγγειακά μοσχεύματα στα άνω άκρα. Παράλληλα της τοποθετήθηκαν κατ' επανάληψη φλεβικοί καθετήρες αιμοκάθαρσης στις υποκλειδίες φλέβες, ωστόσο και πάλι η ασθενής βρέθηκε χωρίς αγγειακή προσπέλαση και με έντονο επίφλεβο υπερκλειδία και υποκλειδία άμφω. Για τους λόγους αυτούς αποφασίστηκε και πάλι η τοποθέτηση φλεβικού καθετήρα από πολυουρεθάνη στην αριστερά υποκλειδία (χωρίς να ελεχθεί ακτινολογικά η ακριβής θέση του), δια του οποίου εξασφαλίστηκε παροχή αίματος, τέτοια ώστε να παρέχεται στην ασθενή ικανοποιητική κάθαρση, με μικρή μόνο παράταση της διάρκειας κάθε συνεδρίας (αρχικά κατά 15 min και στη συνέχεια κατά 45min ανά συνεδρία). Μετά από 15 μήνες λειτουργίας ο καθετήρας έπαψε να λειτουργεί ικανοποιητικά και για το λόγο αυτό αντικαταστάθηκε από μόνιμο φλεβικό καθετήρα σιλικόνης στην ίδια θέση, με τη βοήθεια συρμάτινου οδηγού. Επειδή και πάλι η παροχή αίματος δεν ήταν ικανοποιητική διερευνήθηκε ακτινολογικά η θέση τους καθετήρα και διαπιστώθηκε ότι αυτός δεν βρίσκονταν στην αριστερά υποκλειδία, αλλά στην αριστερά έσω μαστική φλέβα.

Η περίπτωση αυτή περιγράφεται τόσο για τη σπανιότητά της (η πρώτη της διεθνούς βιβλιογραφίας), όσο και για την καθυστερημένη

ακτινολογική διερεύνηση της λαθεμένης θέσης του καθετήρα, παρά το γεγονός ότι η παρεχόμενη κάθαρση στην ασθενή ήταν ικανοποιητική.

**Η ΑΙΜΑΤΙΚΗ ΡΟΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΚΤ/Ν
ΑΝ. ΓΑΛΗΝΑΣ, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ, Ε. ΤΖΑΜΟΥ, Α. ΠΑΤΡΙΚΑΡΕΑ, Π.
ΑΝΑΣΗΣ**

Νεφρολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ

Στην πράξη η πραγματική ροή του αίματος στον αιματικό χώρο ενός μηχανήματος τεχνητού νεφρού είναι διαφορετική απ' αυτήν, που πραγματικά επιτυγχάνεται κατά την διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης (Α/Κ). Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η διάσπαση πραγματικών και υπολογισμένων τιμών του δείκτη ΚΤ/Ν και η υπερεκτίμηση της προσλαμβανόμενης δόσης αιμοκάθαρσης.

Τα τελευταία χρόνια σε μια προσπάθεια αύξησης του δείκτη ΚΤ/Ν σε παραδεκτές τιμές ($> 1,2$), οι ειδικοί στις μονάδες αιμοκάθαρσης αυξάνουν ή την επιφάνεια του φίλτρου ή τον χρόνο της συνεδρίας, παραβλέποντας την πιθανότητα ύπαρξης χαμηλής αιματικής ροής, που περιορίζει αρκετά την κάθαρση ουσιών.

Σε μια προσπάθεια εκτίμησης της συμμετοχής της αιματικής ροής στην προσλαμβανόμενη δόση αιμοκάθαρσης, επελέγησαν 20 ασθενείς (12 άντρες και 8 γυναίκες), ηλικίας 54 ± 7 ετών με δείκτη ΚΤ/Ν $< 1,2$. Σ' όλους αυτούς τους ασθενείς διατηρώντας την αντλία του αίματος σε ενδεικτική ροή 400 ml/min μετρήθηκε η πραγματική αιματική ροή στο εξωσωματικό κύκλωμα του μηχανήματος αιμοκάθαρσης με τρεις τρόπους (Δοκιμασία φυσσαλίδας, Εξίσωση υπολογισμού αιματικής ροής και Ηλεκτρομαγνητικό ροόμετρο Copenhagen). Διεπιστώθη ότι: α) η πραγματική αιματική ροή (διακύμανση από 371-423 ml/min) διέφερε σημαντικά από την αναγραφόμενη στην αντλία του μηχανήματος για 14/20 ασθενείς. β) Οι 11/20 ασθενείς είχαν αιματική ροή στο εξωσωματικό κύκλωμα που κυμαινόταν μεταξύ 371-395 ml/min και γ) Η μέτρηση της αιματικής ροής με την φυσσαλίδα του αέρος είναι εξαιρετικά δύσκολη στην εφαρμογή της.

Η βελτίωση της αιματικής ροής σε όλους τους ασθενείς (μεγαλύτερη διάμετρος βελόνης Fistulae, χειρουργική διόρθωση αγγειακής προσπέλασης, ρύθμιση της αιματικής αντλίας του μηχανήματος σε υψηλότερες παροχές) οδήγησε σε βελτίωση του δείκτη ΚΤ/Ν κατά 6-12% σε 17/20 ασθενείς και μόνο 3/10 ασθενείς χρειάστηκε να

αλλάξουν ή την διάρκεια της συνεδρίας τους ή επιφάνεια τους φίλτρου τους.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΤΗΣ ΔΟQI ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΦΑ, ΕΛΛΗ ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΧΑΣΙΩΤΗΣ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΚΑΤΣΑΡΑΚΗ, Δ. ΜΠΟΥΓΙΑΣ, ΙΩΑΝΝΑ ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογική Κλινική Περιφερειακού Πανεπιστημίου Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Με σκοπό να διαπιστώσουμε αν οι οδηγίες της ΔΟQI για την εκτίμηση της αποδιδόμενης δόσης της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ) μπορούν να εφαρμοσθούν εύκολα στην καθ' ημέρα πράξη, μελετήσαμε 38 ασθενείς (30 άνδρες, 8 γυναίκες) ηλικίας 30-82 ετών, οι οποίοι βρίσκονταν σε χρόνια πρόγραμμα ΑΜΚ για 35.2 ± 27.7 (εύρος 6-124) μήνες. Δόθηκαν οδηγίες τόσο για τους χρόνους λήψης των δειγμάτων αίματος για να προσδιορισθεί η συγκέντρωση της ουρίας, όσο και για την καταγραφή των παραμέτρων οι οποίες χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της αποδιδόμενης δόσης της ΑΜΚ όπως αυτή εκφράζεται με τους δείκτες (ποσοστό πτώσης της ουρίας) URR και Kt/V (sp (απλής) και dp (διπλής) δεξαμενής). Η πιο πάνω διαδικασία έγινε χωρίς οι ασθενείς να αλλάξουν συνθήκες κατά τη διάρκεια της ΑΜΚ. Τα αποτελέσματα δεν υπήρξαν ικανοποιητικά (URR < 60% για το 80% των ασθενών και Kt/V-sp, Kt/V-dp 1.03 ± 0.05 και 0.92 ± 0.08 αντίστοιχα). Επειδή θεωρήσαμε ότι η προσφερόμενη ΑΜΚ δεν είναι ικανοποιητική, η μελέτη επαναλήφθηκε στους ίδιους ασθενείς με τις ίδιες συνθήκες ΑΜΚ αφού πρώτα ελέγξαμε: (α) το μηχανήμα της ΑΜΚ ως προς τη σωστή λειτουργία των δεικτών παροχής αίματος, διαλύματος, αγωγιμότητας, ηπερδιήθησης και διαμεμβρανικής πίεσης, (β) την αγγειακή προσπέλαση ως προς το βαθμό της επανακυκλοφορίας (βάση οδηγιών ΔΟQI). Επίσης τονίστηκε ιδιαίτερα τόσο στο νοσηλευτικό όσο και στο ιατρικό προσωπικό η σωστή τήρηση των οδηγιών της ΔΟQI που αφορούν: παροχή αίματος, διάρκεια ΑΜΚ, ακριβή χρόνο λήψης δειγμάτων αίματος, σωστή καταγραφή σωματικού βάρους κλπ. Τα αποτελέσματα στη επανάληψη της μελέτης ήταν: URR $69.0 \pm 5.1\%$, Kt/V-sp 1.43 ± 0.20 με απλή και Kt/V-dp 1.25 ± 0.17 με διπλή δεξαμενή.

Συμπέρασμα: ο υπολογισμός της αποδιδόμενης δόσης της ΑΜΚ

στην καθ' ημέρα κλινική πράξη, όπως αυτή προτείνεται μέσω των οδηγιών της ΔΟQI, εξαρτάται από την παρέμβαση διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι είναι και ανεξάρτητοι και εξαρτώμενοι μεταξύ τους. Οι κυριότεροι είναι η χρονική ακρίβεια εκτέλεσης των πράξεων και ο ανθρώπινος παράγων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ, ΦΥΛΟΥ, ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΦΑ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΚΑΤΣΑΡΑΚΗ, ΕΛΛΗ ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Γ. ΧΑΣΙΩΤΗΣ, Δ. ΜΠΟΥΓΙΑΣ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογική Κλινική Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Σύμφωνα με τις οδηγίες της DOQI, τα κατώτερα αποδεκτά όρια στους δείκτες που εκφράζουν την αποδιδόμενη δόση της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ) είναι: URR \geq 65%, Kt/V-sp 1.3 και Kt/V-dp 1.1. Μελέτες αναφέρουν ότι παράγοντες που εξαρτώνται από τον ασθενή όπως φύλη, φύλο, ηλικία, διάρκεια ΑΜΚ, αλβουμίνη ορού, βάρος σώματος, αιματοκρίτης κλπ. φαίνεται ότι επηρεάζουν την αποδιδόμενη δόση της ΑΜΚ. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσουμε τη συσχέτιση μεταξύ των δεικτών υπολογισμού της επάρκειας της ΑΜΚ και των διαφόρων ανθρωπομετρικών παραμέτρων σε ασθενείς που λαμβάνουν συνήθη (standard) ΑΜΚ. Μελετήσαμε 38 ασθενείς (30 άνδρες, 8 γυναίκες) ηλικίας 30-82 ετών, οι οποίοι βρίσκονταν σε χρόνια πρόγραμμα ΑΜΚ για 35.2 ± 27.7 (εύρος 6-124) μήνες και σταθεροποιημένοι το τελευταίο έμμηνο. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνήθη ΑΜΚ [παροχή αίματος 300 ml/min, παροχή διαλύματος 500 ml/min αγωγιμότητα 14.0 mSm, διάλυμα ΑΜΚ διπανθρακικό, διάρκεια ΑΜΚ 240 min, μεμβράνη φίλτρου ΑΜΚ αιμοφάνη ή πολυσουλφόνη low flux και επιφάνεια μεμβράνης φίλτρου 1.5 ± 0.2 (εύρος 1.3-2.0) m²]. Υπολογίστηκαν οι δείκτες URR και Kt/V-sp, Kt/V-dp σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες της DOQI και στη συνέχεια συσχετίστηκαν με ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως: φύλο, βάρος σώματος (ξηρό) (ΒΣ), επιφάνεια σώματος (BSA), δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ) και το δείκτη W/H. Επιπρόσθετα, οι δείκτες URR, Kt/V-sp και Kt/V-dp συσχετίστηκαν με την ηλικία, τη διάρκεια της ΑΜΚ, τον αιματοκρίτη και την αλβουμίνη του ορού. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν με στατιστικά σημαντική διαφορά υψηλότερους δείκτες επάρκειας ΑΜΚ από τους άνδρες (URR $p < 0.001$, Kt/V-

sp $p < 0.001$). Από τους υπόλοιπους δείκτες που μελετήθηκαν τόσο σε απλή, όσο και σε πολυπαραγοντική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση των δεικτών επάρκειας ΑΜΚ με το ΒΣ, ΒΜΙ και BSA.

Συμπερασματικά, η συνταγογράφηση και συνεπώς η αποδιδόμενη δόση της ΑΜΚ θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη, εκτός από το φύλο, και το ξηρό βάρος του σώματος του ασθενή, επειδή φαίνεται ότι αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που επηρεάζει την αποδιδόμενη δόση της ΑΜΚ.

IN VITRO ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΤΑΛΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΦΠΚ

(Νέες Απόψεις στη ΣΦΠΚ με σκοπό τη αντιμετώπιση της περιτονίτιδας)

ΑΝ. ΓΑΛΗΝΑΣ, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ, Π. ΑΝΑΣΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ

Την τελευταία δεκαετία η έρευνα πάνω στην ανάπτυξη νέων συνδυαστικών συστημάτων ήταν πολύ περιορισμένη. Διεθνώς μόνο δύο νέα συνδυαστικά συστήματα εμφανίσθηκαν, ένα Ελληνικό (Σύστημα F/T) και ένα Ιταλικό (Σύστημα Periline), εισάγοντας νέες απόψεις στην πρόληψη της περιτονίτιδας της ΣΦΠΚ.

Το Ελληνικό σύστημα F/T, βασισμένο στην αρχή της «εκ τω έσω αντισηψίας μετά το πέρας όλων των συνδέσεων» δοκιμάστηκε in vitro με τεχνική, που αναπτύχθηκε παρ' ημίν και αποδείχθηκε ασφαλές τόσο ως προς την πρόληψη της περιτονίτιδας, όσο και ως προς την είσοδο του αντισηπτικού (Ρονιδόνη) στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Το Ιταλικό σύστημα Periline, χρησιμοποιώντας ένα κάθετο άξονα στήριξης εισάγει «την αρχή του περιορισμού του περιβάλλοντος χώρου» χρησιμοποιώντας αντισηπτικό (Hydrochlorite), που συγκρατείται μέσα σε μια διαφανή κάψα στην οποία είναι βυθισμένα τα συνδυαστικά στόμια. Το συνδυαστικό αυτό σύστημα έχει δοκιμασθεί με επιτυχία «in vitro» με μέθοδο που ανέπτυξε ο κατασκευαστής του.

Στην παρούσα μελέτη, διεσταυρώθηκαν οι δύο «in vitro» μέθοδοι μελέτης των συστημάτων, έτσι ώστε το Σύστημα F/T να τεθεί υπό την Ιταλική δοκιμασία και το Σύστημα Periline να ελεγχθεί με την Ελληνική μέθοδο.

Έγιναν λοιπόν 10 δοκιμασίες με κάθε συνδυαστικό σύστημα, κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν τοξικά εναιωρήματα μικροβίων (10^7 - 10^{11} βακτηρίδια/ml) για την επιμόλυνση των συνδυαστικών άκρων των αγωγών. Όλες οι καλλιέργειες ($2 \times 10 = 20$) που ελήφθησαν από τον σάκκο του παριστάνοντα την περιτοναϊκή κοιλότητα ήταν αρνητικές, τόσο για το Ελληνικό όσο και για το Ιταλικό Σύστημα. Μια μόο καλλιέργεια του υγρού από το Ελληνικό σύστημα ήταν θετική σε δύο μικρόβια (Proteus Mir., Staphylococcus Aur.) διαφορετικά απ' αυτά της επιμόλυνσης (Pseudomonas Aer.), γεγονός που θεωρήθηκε επιμόλυνση.

Φαίνεται ότι τα νεότερα συστήματα αντιμετωπίζοντας την παθογένεια της περιτονίτιδας στη ΣΦΠΚ με διαφορετική φιλοσοφία, μπορούν να περιορίσουν την συχνότητα της περιτονίτιδας στους ασθενείς της ΣΦΠΚ.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΗ ΜΗΝΕΣ ΣΦΠΚ

ΑΝ. ΓΑΛΗΝΑΣ, Ι. ΓΡΙΒΕΑΣ, Ε. ΤΖΑΜΟΥ, Α. ΠΑΤΡΙΚΑΡΕΑ, Π. ΑΝΑΣΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα 417 ΝΙΜΤΣ

Στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο διατροφικός περιορισμός πρόσληψης πρωτεϊνών, η ουραιμική ανορεξία, η υποκείμενη νόσος, τα χορηγούμενα φάρμακα και η απώλεια της ικανότητας των νεφρών να διατηρήσουν την ομοιόσταση του ύδατος, οδηγεί σε διαταραχές του μεταβολισμού και σε περίσσεια ύδατος. Έτσι, ασθενείς που υποκαθιστούν τη νεφρική λειτουργία πάσχουν (στην αρχή τουλάχιστον) από διαταραχές της θρέψης με κύρια εκδήλωση την παθολογική σύσταση του σώματός τους.

Σήμερα, δεν είναι γνωστό ακόμη αν η ΣΦΠΚ βελτιώνει σ' όλους τους ασθενείς τις διαταραχές της θρέψης. Εξάλλου τα προτεινόμενα μέχρι πριν λίγο καιρό μέτρα εκτίμησης της θρέψης των ασθενών (Αμινοξέα πλάσματος και μυών, Λευκωματίνη ορού, Μυϊκή πρωτεΐνη κ.λπ.) απέτυχαν ή βρίσκονται υπό αμφισβήτηση αναδεικνύοντας την υποκειμενική συνολική εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης σαν το σημαντικότερο εργαλείο.

Χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο της Bioimpedance για να εκτιμήσουμε την κατάσταση της θρέψης 10 ασθενών με τελικό στάδιο ΧΝΑ (6 γυναίκες και 4 άντρες), ηλικίας 62 ± 4 ετών, προ της ένταξής των σε ΣΦΠΚ και μετά έξη μήνες από την έναρξη της θεραπείας τους. Όλοι οι ασθενείς χρησιμοποίησαν για τη θεραπεία τους κοινά διαλύματα γλυκόζης 1,5% και 4,5% και ετέθησαν σε δίαιτα 1,3 γρ. πρωτεΐνης/KgBΣ και 42 kcal/KgBΣ το 24ωρο.

Έτσι, μετρήθηκαν διάφοροι ηλεκτρομαγνητικοί παράμετροι (Reactance, Resistance, Distance, Phase Angle) του σώματος των ασθενών μας, όταν η ενδογενής κάθαρση κρεατινίνης τους ήταν $< 5 \text{ ml/min. } 1,73 \text{ m}^2$. Οι ίδιες μετρήσεις έγιναν έξη μήνες μετά την εφαρμογή της ΣΦΠΚ, όταν οι δείκτες επάρκειας της μεθόδου κυμαινόταν σε παραδεκτά σχετικά όρια (nPCR - 0,7 - 1,1 gr/Kg.H και εβδομαδιαίο KT/V = 1,4-2,4), οπότε διεπιστώθη η βελτίωση των με-

τρουμένων, με την Bioimpedance, παραμέτρων της σύστασης του σώματος σε 7/10 ασθενείς. Οι υπόλοιποι 3/10 ασθενείς παρουσίαζαν διαταραγμένες τις ηλεκτρομαγνητικές παραμέτρους της μεθόδου (και ιδιαίτερα την Distance) σε συνδυασμό με τις χαμηλότερες τιμές nPCR και εβδομαδιαίο KT/V.

Φαίνεται ότι, η Bioimpedance μπορεί έστω και στοιχειωδώς επί του παρόντος να ανιχνεύσει πρώιμα τις διαταραχές θρέψης των ασθενών σε ΣΦΠΚ και να επιπρέπει έτσι μια έγκαιρη, υπέρ του ασθενούς, θεραπευτική παρέμβαση

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ Ca (1,6 mmol/l) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΪΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Ε. ΒΑΡΥΠΙΑΤΗ, Ι. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΠΑΠΑΘΩΜΑΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Η συνήθης περιεκτικότητα των διαλυμάτων αιμοκάθαρσης σε ασβέστιο (1,75 mmol/l) είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υπερασβεστιαιμία σε συνδυασμό με τη λήψη φωσφοροδεσμευτικών που περιέχουν Ca. Η προσπάθεια αντιμετώπισής της με διαλύματα χαμηλής περιεκτικότητας (1,5 mmol/l, 1,25 mmol/l) οδηγεί σε αρνητικό ισοζύγιο Ca και αύξηση της παραθορμόνης. Στην παρούσα μελέτη ελέγξαμε τη μακροχρόνια επίδραση διαλύματος αιμοκάθαρσης περιεκτικότητας 1,6 mmol/l σε ασβέστιο.

Μέθοδος: 27 σταθεροί ασθενείς υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση με διάλυμα Ca 1,6 mmol/l για ένα διάστημα 6 μηνών. Η παραθορμόνη (iPTH), οστεοκαλσίνη (BCG), αλκαλική φωσφατάση (ALP) ελέγχονταν ανά δίμηνο. Ca και P ελέγχονταν ανά 15νθήμερο και τα δεσμευτικά του φωσφόρου μεταβάλλονταν ανάλογα ώστε οι τιμές ασβεστίου και φωσφόρου να παραμείνουν σε αποδεκτά όρια. Οι συνθήκες αιμοκάθαρσης παρέμειναν σταθερές, ενώ γινόταν καταγραφή των μεταβολών της αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια των συνεδριών. Το A1 στον ορό προσδιορίστηκε στην έναρξη της μελέτης, ενώ έγινε πλήρης βιοχημικός έλεγχος. 17 ασθενείς είχαν iPTH σε αποδεκτά επίπεδα και αποτέλεσαν την ομάδα Α, ενώ 7 ασθενείς είχαν Β'ΥΠΙΘ και ελάμβαναν μεταβολίτες της Βιταμίνης D (Ομάδα Β).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας Α σε έξι μήνες αύξησαν σημαντικά τα επίπεδα παραθορμόνης (από 86 ± 65 σε 206 ± 37 pg/ml, $p < 0,001$), οστεοκαλσίνης (από 90 ± 17 σε 119 ± 84 ng/ml, $p < 0,001$) και αλκαλικής φωσφατάσης (από 169 ± 54 σε 209 ± 105 U/l, $p < 0,001$), ενώ τα επίπεδα Ca και P παρέμειναν σταθερά. Ωστόσο οι 4 ηλικιωμένοι διαβητικοί της ομάδας Α δεν παρουσίασαν καμία μεταβολή των παραμέτρων, ενώ παρόμοια συ-

μπεριφέρθηκαν οι μη διαβητικοί ασθενείς ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Στους 7 ασθενείς της ομάδας Β δεν παρουσιάστηκαν μεταβολές. Η καταγραφή των υποτασικών επεισοδίων δεν κατέδειξε σημαντικές διαφορές συγκρινόμενη με το προηγούμενο διάστημα.

Συμπεράσματα: Η χρήση διαλύματος με χαμηλότερη περιεκτικότητα σε Ca (1,6 mmol/l) οδήγησε τους μη διαβητικούς αιμοκαθαίρομενους ασθενείς σε αύξηση της i-PTH μέσα στα αποδεκτά όρια.

– Η χρήση διαλυμάτων περιεκτικότητας 1,6 mmol/l σε Ca, στην ομάδα των ασθενών με αδυναμική νόσο είναι δυνατό να αποτελέσει ερέθισμα για την έκκριση της παραθορμόνης και κατ' επέκταση δραστηριοποίηση του οστικού μεταβολισμού, όπως διαπιστώθηκε από τις παράλληλες αυξήσεις οστεοκαλσίνης και αλκαλικής φωσφατάσης.

– Η λήψη βιτ. D στα πλαίσια δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού εμπόδισε την περαιτέρω αύξηση της έκκρισης PTH.

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ – ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ – ΒΑΡΥΣ ΥΠΟΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΦΠΚ

Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Π. ΒΟΛΟΝΑΚΗΣ,
Χ. ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΟΥ

Μονάδα ΣΦΠΚ, Α' Παθολ. Κλινική, ΝΓΝ Θεσ/νίκης "Άγιος Δημήτριος"

Η τιμή της παραθορμόνης (ΡΤΗ) στον ορό των ασθενών με ΧΝΑ, μπορεί να παρουσιάσει διάφορες μεταβολές ανάλογα με την μεταβολική κατάσταση του οργανισμού τους, όσον αφορά το ασβέστιο, τον φωσφόρο, το μαγνήσιο, το αργίλιο και τα επίπεδα της βιταμίνης D. Στις περιπτώσεις χαμηλού οστικού μεταβολισμού, η παραθορμόνη μπορεί να εμφανίζεται χαμηλή, είτε σε απόλυτη τιμή, είτε σε σχέση με την αναμενόμενη για χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς, στον οποίο σημειώθηκε προοδευτική ελάττωση της ΡΤΗ μέχρι μηδενισμού της.

Πρόκειται για άντρα 66 ετών, με αποφρακτική νεφροπάθεια σε συγγενή μονόνεφρο, που εντάχθηκε σε ΣΦΠΚ το 1985. Υποβαλλόταν σε πρόγραμμα 6-8 L/ημ με διαλύματα που περιείχαν Ca 3,5 mEq/L και Mg 0,75 mEq/L και διατηρούσε υπερδιήθηση από 2-2.4 L/24ωρο. Έως το 1993, ο ασθενής, με επαρκή κάθαρση, παρουσίαζε τάση για υπασβεσταιμία, υπερφωσφαταιμία και ελάμβανε Al(OH)₃ 2.4 gr/ημ. Σε αυτό το διάστημα η τιμή ΡΤΗ ήταν δεκαπλάσια και διπλάσια της ανώτερης φυσιολογικής τιμής. Ο οστικός ακτινολογικός έλεγχος έδειξε άτυπες ήπιες αλλοιώσεις φαλάγγων χειρών. Από το 1993 έως το 1996 διατηρήθηκε η υπερφωσφαταιμία, ενώ το Ca βελτιώθηκε μέχρι οριακά αυξημένης τιμής. Σε αυτό το διάστημα ο ασθενής έπαιρνε διαδοχικά CaCO₃ (1.2 gr/ημ) και Al(OH)₃ (2.4 gr/ημ).

Από το Φεβρουάριο του 1996 άρχισε συμπτωματολογία με αρθραλγίες μεγάλων αρθρώσεων, πνευλικής ζώνης και οσφύος, οσταλγίες, μυαλγίες και προοδευτικώς εγκαθίσταται μυοπάθεια. Συνυπήρχε υπνηλία και βραδυψυχισμός. Σε αυτή τη φάση το Al(OH)₃ είχε αντικατασταθεί με CaCO₃. Εργαστηριακώς διαπιστώθηκε οριακή υπερασβεσταιμία (9.7 – 10.5 mg%) με υπερφωσφαταιμία (6.3 – 7.1

mg%). Η αλκαλική φωσφατάση ήταν στα κατώτερα φυσιολογικά όρια ενώ η ΡΤΗ ήταν σημαντικά κάτω από τα φυσιολογικά όρια 3.7 pg/ml (φτ 12-72). Στο επόμενο εξάμηνο η τιμή της ΡΤΗ μηδενίστηκε. Ο προσδιορισμός αργιλίου ορού και η δοκιμασία δεσφερριζαμίνης ήταν ενδεικτικά τοξίκωσης από αργίλιο και διενεργήθηκε οστική βιοψία. Ο ασθενής απεβίωσε αιφνιδίως τον Οκτώβριο του 1998 και πριν έλθει το αποτέλεσμα της βιοψίας που επιβεβαίωσε τη διάγνωση.

Πρόκειται λοιπόν, ουσιαστικά για ένα περιστατικό επίκτητου μη χειρουργικού υποπαραθυρεοειδισμού με μηδενισμό της τιμής ΡΤΗ. Συζητούνται οι πιθανοί λόγοι και μηχανισμοί που συνέβαλαν στη δημιουργία του συνδρόμου.

ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, ΕΛΛΗ ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Α. ΑΝΔΡΙΚΟΣ*, ΟΛΓΑ ΜΠΑΛΑΦΑ, ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΓΚΟΥΒΑ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ*, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογικές Κλινικές Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και *Περιφερειακού Νοσοκομείου «Γ. Χατζηκώστα» Ιωαννίνων

Μελετήσαμε τα επίπεδα του μαγνησίου του ορού στους ασθενείς μας που υποβάλλονται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) με διαλύματα συγκέντρωσης μαγνησίου 0.75 mmol/L και 0.5 mmol/L. Το υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν 34 ασθενείς ηλικίας 31-71 ετών που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ για τουλάχιστον 6 μήνες και διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης 27.9 (εύρος 7-14) μήνες. Η μέση τιμή των επιπέδων του μαγνησίου (μετά τη διόρθωση για το βαθμό της υποαλβουμιναιμίας) στους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν διαλύματα συγκέντρωσης μαγνησίου 0.75 mmol/L ήταν υψηλότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη των ασθενών που χρησιμοποιούσαν διαλύματα συγκέντρωσης μαγνησίου 0.5 mmol/L. Ωστόσο, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις άλλες παραμέτρους που μετρήθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών, αν και τα επίπεδα της παραθορμόνης ήταν σχετικά αυξημένα στους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν διαλύματα με συγκέντρωση μαγνησίου 0.5 mmol/L. Τα επίπεδα του μαγνησίου στον ορό συσχετιζόταν ασθενώς με τα επίπεδα της προαλβουμίνης του ορού και στις δύο ομάδες ασθενών. Η επίπτωση της υπερμαγνησιαιμίας ήταν αυξημένη στους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν διαλύματα 0.75 mmol/L μαγνησίου σε σύγκριση με τους ασθενείς που χρησιμοποιούσαν διαλύματα 0.5 mmol/L μαγνησίου [13/19 68,4% έναντι 2/15 (13,3%)].

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι τα επίπεδα της παραθορμόνης του ορού και οι παράμετροι διατροφής πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην επιλογή της συγκέντρωσης των διαλυμάτων που πρέπει να χρησιμοποιούνται. Επιπρόσθετα, είναι

απαραίτητη η προσεκτική παρακολούθηση των επιπέδων του μαγνησίου στους ασθενείς σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΕΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ P.T.F.E. ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ Σ.Φ.Π.Κ.

ΑΙΜΙΛΙΟΣ ΑΝΔΡΙΚΟΣ, ΦΙΛΙΠΠΑΣ ΣΙΑΚΚΑΣ*, ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΣΙΜΟΓΙΑΝΝΗΣ*, ΜΙΧΑΗΛ ΠΑΠΠΑΣ

Νεφρολογική Κλινική – Χειρουργική Κλινική* Π.Γ.Ν.Ι. "Γ. Χατζηκώστα"

Η λαπαροσκοπική πλαστική χρησιμοποιήθηκε σε ασθενή σε Σ.Φ.Π.Κ. η οποία παρουσίασε δυσλειτουργία του περιτοναϊκού καθετήρα λόγω αλλαγής θέσης και ευμεγέθη μετεγχειρητική κοιλιοκήλη.

Η πλαστική έγινε με εμφύλωμα Polytetrafluoroethylene dual mesh, το οποίο τοποθετήθηκε ενδοπεριτοναϊκά και με ραφές ολικού πάχους καθλώθηκε στο κοιλιακό τοίχωμα γύρω από το κηλικό στόμιο, ώστε να καλυφθεί πλήρως ο κηλικός σάκκος, ο οποίος δεν αφαιρέθηκε. Συγχρόνως έγινε λαπαροσκοπική διόρθωση της θέσης του καθετήρα Tenchoff με καθήλωση στο οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας.

Μετά την χειρουργική επέμβαση η ασθενής επανεντάχθη σε ΣΦΠΚ χωρίς να είναι αναγκαία η μετακίνησή της σε περιοδική αιμοκάθαρση. Ο περιτοναϊκός καθετήρας απέκτησε άριστη λειτουργικότητα ενώ η ασθενής μετά από 8 μήνες παρακολούθηση δεν εμφάνισε κανένα πρόβλημα.



Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗΣ Ο.Ε.

Έδρα : Βιβλιοπωλείο: Μικράς Ασίας 76, Γουδί, Τηλ.: 7798 654
 Εργοστάσιο : Λεωρικού & Αγ. Αικατερίνης 17, Αγ. Δημήτριος
 Τηλ.: 9934 580, 9942 382 - Τηλ. και Fax: 9940 317
 Αποθήκη : Πλατεία Παίδων 3, Γουδί, Τηλ.: 7774 439