

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

64ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

21 - 22 Νοεμβρίου 2002

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΑ PALACE

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 21 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2002

15.00 - 17.30	Ελεύθερες ανακοινώσεις*
17.30 - 18.00	Διάλειμμα
18.00 - 20.30	Ελεύθερες ανακοινώσεις
22.00	Δείπνο (βράβευση)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 22 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2002

09.00 - 11.00	Εκδήλωση Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (ΕΣΕ)**
11.00 - 11.30	Διάλειμμα
11.30 - 13.30	Εκδήλωση Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (ΕΣΕ)**
13.30 - 14.30	Γενική Συνέλευση
17.00 - 19.00	Εκδήλωση Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (ΕΣΕ)**

* Οι ελεύθερες ανακοινώσεις θα έχουν διάρκεια 7 λεπτά έκαστη. Θα ακολουθήσει συζήτηση διάρκειας ενός λεπτού.

** Θα χορηγηθούν πιστοποιητικά παρακολούθησης στους ειδικευμένους νεφρολόγους, εφόσον παρακολουθήσουν συνολικά το πρόγραμμα της εκδήλωσης και παραδώσουν συμπληρωμένο το Δελτίο Αξιολόγησης της ΕΣΕ. Ο έλεγχος του χρόνου παρακολούθησης θα γίνει με ειδικές κάρτες.

15.00 - 17.30 Ελεύθερες ανακοινώσεις

Προεδρεία: Π. Ανάσης, Π. Κουκούδης

1. Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-ΧΑ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΟΣ ΤΗΣ ΤΙΝΖΑΡΑΡΙΝ(Τ) ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
Γ. Κυριακόπουλος, Β. Λαμπίρη και Ε. Μαυροπούλου
Νεφρολογικό και Αιματολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσας
2. ΜΕΛΕΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
Γ. Μπριστογιάννης², Β. Κολλοκάκη², Αν. Πουθόπουλος¹, Δημ. Γεωργακοπούλου¹
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Καθαμάτας¹, Πτυχιούχος Σχολής Διοίκησης & Οικονομίας-Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας ΤΕΙ Αθηνών²
3. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Δ.Χ. Καϊτελίδου¹, Ε. Σακκά², Π. Βαμβακάρη², Σ. Τριγώνης², Π.Ν. Ζηρογιάννης², Λ.Λ. Λιαρόπουλος¹
¹Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Γ. Γεννηματάς
4. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Δ.Χ. Καϊτελίδου, Α. Φατούρου², Γ. Τριανταφύλλης², Η. Κυρίτσας², Μ. Πηλάκη², Π.Ν. Ζηρογιάννης², Λ.Λ. Λιαρόπουλος¹
Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Γ. Γεννηματάς
5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΝΑ ΜΕ DARBEPOETIN ALFA (εμπειρία 10 μηνών)
Γ. Μπριστογιάννης, Αν. Πουθόπουλος, Δημ. Γεωργακοπούλου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Καθαμάτας
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ DARBEPOETIN
Ν. Κακλαμάνης, Χ. Τσεντίδης, Ν. Σαββίδης, Σ. Παπαχριστοδούλου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Σάμου
7. ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ (ΔΦ) ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΚ)
Γ. Τσιρπανλής¹, Π. Μπάγκος², Δ. Ιωάννου³, Α. Μπλέτα³, Α. Κακίρη⁴, Ι. Μαρίνου⁴, Α. Λαγγουράνης¹, Σ. Χατζηπαναγιώτου⁴ και Χ. Νικοδήου⁴

- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ. Π. Νοσοκομείο Αλεξάνδρα¹, Τομέας Κυτταρικής Βιολογίας και Βιοφυσικής, Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών², Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Κλινική Δραγίνη³, Τμήμα Βιοπαθολογίας, Αγι-νίτσιο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών⁴, Αθήνα*
8. ΤΡΙΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΓΝ ΠΑΤΡΩΝ
Ε. Παπαχρήστου, Μ. Καθοντζή, Ε. Σαββιδάκη, Π. Καθλιακμάνη, Δ. Γούμενος, Ι.Γ. Βλαχογιάννης
Πανεπιστήμιο Πατρών, Παθολογικός Τομέας, Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
 9. ΤΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Ν. Κακλαμάνης, Ν. Σαββίδης, Σ. Παπαχριστοδούλου, Χ. Τσεντίδης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Σάμου
 10. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Α.Κ. Μπαρμπούτης, Ι.Η. Τσοουνίδης, Α.Ν. Λαζαρίδης, Β.Α. Χατζηπανταζή, Γ.Π. Νιαβής
Νεφρολογικό τμήμα-Μονάδα Τεχνητής Αιμοκάθαρσης ΓΝΝ Σερών, ΜΕΘ ΓΝΝ Σερών
 11. ΑΥΞΗΣΗ ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΑΜΚ) ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΗΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
Θ. Αγραφιώτης¹, Δ. Μουτζούρης¹, Α. Ζέρβα¹, Ε. Σταυρουδάκη¹, Α. Κόκκωνα¹, Ν. Λαγογιάννης²
Νεφρολογικό τμήμα¹ και τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης² Γενικού Νοσοκομείου, "Ασκληπείο Βούλας" - Αθήνα
 12. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ, ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ (Α/Κ) ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ "ΣΠΕΙΡΟΕΙΔΟΥΣ" ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ.
Σ. Σπαθα¹, Σ. Πατσάλας¹, Χ. Θεωδόρογλου-Γαζιώτη², Ν. Ασκηλίδης¹, Η. Ιωαννίδης¹, Μ. Παζαρηόγλου¹, Γ. Βαγιωνάς¹
Νεφρολογικό Κλινική, Β' Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης¹, Τμήμα Ακτινολογικού Εργαστηρίου-Αξονικός Τομογράφος, Β' Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης²
 13. Η ΧΡΗΣΗ SILDENAFIL ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ
Μ. Μαϊηλάρα, Π. Σπανού, Α. Σαργιαννίδου, Κ. Τσιρώνη, Κ. Σκλησιόδης
Γενικό νομαρχιακό Νοσοκομείο Κατερίνης, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

14. ΠΛΗΚΤΡΟΔΑΚΤΥΛΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.
Α. Αβδελίδου, Κ. Τασιοπούλου, Μ. Νικοδημοπούλου, Ι. Καθεβρόσογλου, Σ. Βασιλείου, Ο. Γαμβρός, Δ. Γρέκας, Α. Τουρκαντώνης
Α΄ Παθολογική Κλινική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
15. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΝΑ⁺ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΟΡΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΥΟ ΩΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ
Δ. Γρέκας, Σ. Λιάκος, Ε. Πατρίκογλου, Ι. Καθεβρόσογλου, Α. Ακριτίδου, Κ. Τασιοπούλου, Σ. Βασιλείου, Α. Τουρκαντώνης
Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
16. ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΛΩΠΕΚΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ, ΤΗΣ ΤΙΝΖΑΠΑΡΙΝΗΣ
Ε. Σαρρής, Ε. Τσελέ¹, Γ. Μπαγιατούδη, Δ. Σταυριανάκη, Κ. Σαθηγιγίδης, Μ. Σιακωτός
Νεφρολογικό και Δερματολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής
17. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ν. Ασκηπίδης, Η. Ιωαννίδης, Σ. Σπαΐα, Μ. Παζαρηόγλου, Σ. Πατσάλας, Γ. Βαγιωνάς
Νεφρολογική Κλινική Β΄ Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκης
18. ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ (ΝΟΣΟΣ ΚΙΕΝΒΟΣΚ΄Σ) ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ
Δ. Μουτζούρης¹, Α. Ζέρβα¹, Β. Ψυχογιός², Π. Κίννας², Ν. Λαγογιάννης³, Ε. Σταυρουθιάκη⁴ και Θ. Αγραφιώτης¹.
Νεφρολογικό τμήμα¹, Μονάδα Άκρας Χείρας Ε΄ Ορθοπαιδικού τμήματος² και τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης³ Γενικού Νοσοκομείου "Ασκληπιείο Βούλας"-Αθήνα
19. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΜΚ ΚΑΙ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ, ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ, ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ, ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΑ Η΄ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΑ ΩΣ ΜΙΑ-ΣΥΝΔΡΟΜΗ: ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΙ;
Α. Ζέρβα¹, Δ. Μουτζούρης¹, Α. Ποταμιάνου², Κ. Κορωνάος³, Δ-Α. Μουτζούρης¹, Χ. Ζαχαρόγιαννης¹, Α. Κόκκινα¹, Ε. Τσιρόγλου², Θ. Αγραφιώτης¹
Νεφρολογικό¹ Τμήμα και Αιματολογικό², Ακτινολογικό³ Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου "Ασκληπιείο Βούλας", Αθήνα
20. ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ
Φ. Καρακάσης, Κ. Κακαλήτρη, Σ. Καπνίσης, Ε. Τζιβίσκου, Μ. Γιαννοπούλου, Σ. Ζιάκκα, Α. Καραμπάτσος, Α. Παπαδημητρίου¹, Ν. Παπαγαθάνης

- Νεφρολογικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο και Νοσοκομείο Ερρίκος-Ντυνάν¹*
- 17.30 - 18.00 Διάλειμμα
- 18.00 - 20.30 Ελεύθερες ανακοινώσεις
Προεδρείο: Ν. Καθηβρεττάκης, Φ. Παπουλίδου
21. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΟΞΑΛΟΥΡΙΑ ΤΥΠΟΥ Ι ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 14 ΕΤΩΝ
Δ.Ν. Σταματιάδης, Σ. Λιονάκη, Π. Γούναρη, Ι. Μπόκος, Α. Κωστάκης, Χ.Π. Σταθάκης
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Π.Γ.Ν.Α "Λαϊκό"
22. ΜΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ECΝΟΣ ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
Κ. Λάμνισου¹, Ε. Ψαρά¹, Γ. Στάικος¹, Ε. Σακκά², Σ. Τριγώνης², Κ. Δέλλας³, Π.Ν. Ζηρογιάννης²
¹Τομέας Γενετικής & Βιοτεχνολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ³Τμήμα Μοριακής Γενετικής, Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου
23. ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΣΤΕΝΟΤΡΟΦΟΜΟΝΑΣ ΜΑΛΤΟΡΗΛΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΦΠΚ: ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Κ. Τζανέτου¹, Γ. Τριανταφύλλης², Δ. Τσούτσος², Δ. Πετροπούλου¹, Δ.Γ. Γκαντέρης¹, Ε. Καραμπελιά², Π. Ζηρογιάννης², Ε. Μαθόμου-Λαδά¹
¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς"
24. PSEUDOMONAS (FLAVIMONAS) ORYZIHABITANS: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΣΦΠΚ
Σ. Παπακωνσταντίνου¹, Ε. Ντουνούση¹, Κ. Ιωάννου¹, Α. Καρυώτη², Ν. Κοτζαδάκης¹, Ι. Τσοικνικός¹, Α. Κεθεσίδη¹, Β. Παπαδόπουλος³, Δ. Τσακίρης¹
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας¹, Μικροβιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας², Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας³
25. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Σ. Παναγιώτσος, Κ. Κανταρτζή, Δ. Μπαχαράκη, Π. Κρίκη, Ε. Γιαννάτος, Η. Θώδης, Π. Πασαδάκης, Β. Βαργεμέζης
Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

26. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΣΦΟΠΕΚ ΠΟΥ ΑΠΕΒΙΩΣΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΕΤΙΛΕΦΡΙΝΗΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΗΣ ΥΠΟΤΑΣΗΣ.
Δ.Ν. Σταματιάδης, Π. Γούναρη, Α. Μπαλιτσόρη, Σ. Λιονάκη, Ι. Μπόκος, Χ.Π. Σταθάκης
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Π.Γ.ΝΑ "Λαϊκό"
27. ΚΡΥΟΪΝΩΔΟΓΟΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΣΦΠΚ ΜΕ ΠΟΡΦΥΡΑ ΗΕΝΟCH-SCHONLEIN
Ε. Αλεξόπουλος, Δ. Κιρμιζής, Γ. Βισβάρδης, Α. Φυθιάκτου¹, Ν. Φθάρης², Δ. Μέμμος
Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Εργαστήριο Ανοσολογίας¹ και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο², ΓΠΝΘ Ιπποκράτειο
28. ΤΟ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ STRESS ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ
Ειρ. Κωνσταντινίδου¹, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Δ. Περέρα², Α. Τριανταφύλλου², Β. Φιλιόπουλος¹, Ε. Σταματάκη¹, Α. Κωστάκης¹, Χ.Π. Σταθάκης¹
¹Μεταμοσχευτικό Κέντρο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, Αθήνα, ²Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
29. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ;
Π. Ανάσης, Κ. Ανδρικόπουλου, Α. Τζουγανάτου, Κ. Συργιάννης, Χ. Πεθεκάνος, Κ. Τσελέπη, Γ. Σοθιωμού
Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Σπάρτης, Χειρουργικό Τμήμα ΓΝ Σπάρτης
30. ΝΟΣΟΣ FABRY. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Έ. Κοθιούση, Α. Ανδρικός, Ρ. Καθαϊτζίδης, Δ. Πατσιούρας, Μ. Οικονόμου, Μ. Ρίζου, Κ.Π. Κατωπόδης, Μ. Παππάς, Κ.Χ. Σαμόπουλος
Νεφρολογικές Κλινικές Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και Γενικού Νοσοκομείου "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων
31. ΜΑΛΤ ΛΕΜΦΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Α. Σταυρουθόπουλος, Σ. Κατούδας, Α. Γεωργακόπουλος, Ι. Κακόβας
Νεφρολογικό Τμήμα "Ιπποκράτειου" Π.Γ.Ν. Αθηνών
32. ΜΕΜΒΡΑΝΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN
Α. Φατούρου¹, Ε. Σακκά¹, Η. Κυρίτης¹, Ν. Αφεντάκης¹, Κ. Τζανέτου², Χ. Βουρλάκου³, Γ. Τζιούφρας⁴, Π.Ν. Ζηρογιάννης¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ²Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ³Νεφροπαθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός"

33. Η ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΚΑΛΟΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
Φ. Καρακάσης, Σ. Κουντούρης, Σ. Ζιάκκα, Χ. Δουδηγεράκης, Σ. Καπνίσης, Ε. Τζιβίσκου, Α. Καραμπάτσος, Ν. Παπαγαλιάνης
Νεφρολογικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο
34. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
Ι. Τσοικνικός, Κ. Ιωάννου, Ε. Ντουρούση, Σ. Παπακωνσταντίνου, Α. Κελεσιδής, Ν. Κατσαδάκης, Δ. Τσακίρης
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας
35. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ.
Μ. Μαθηϊάρα, Α. Τσιαντούλας, Α. Παρισιάδου, Χ. Καρυπίδης, Κ. Σκλησιδής, Ο. Λιάμος
Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κατερίνης
36. ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΧΑΛΑΡΟΔΕΡΜΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
Χ. Χριστοδουλίδου¹, Γ. Κουτρούμπας¹, Φ. Σότσιου², Κ. Σκρεπετού³, Α. Παντελιδάκη², Λ. Δαμιανού¹, Ν. Νικοησοπούλου¹, Β. Χατζηκωνσταντίνου¹
Νεφρολογικό¹, Παθολογοανατομικό² και Δερματολογικό³ τμήμα Π.Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα
37. Η ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ ΙΙ.
Γ. Ράμμος, Π. Τσεκέ, Δ. Φάνη, Δ. Δημόπουλος
Παθολογική Κλινική Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ναυπλίου
38. ΡΙΝΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ
Π. Βαμβακάρη¹, Ε. Σαμπατάκου², Γ. Τσουφάκης¹, Ζ. Πάππος³, Δ. Πετροπούλου⁴, Φθ. Σότσιου⁵, Π.Ν. Ζηρογιάννης¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ³ΩΡΛ Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ⁴Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ⁵Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Ο Ευαγγελισμός"

22.00 Δείπνο (βράβευση)

1Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΕΣΕ)

- 09.00 - 11.00 ΣΣΤ Παθολογία των διαταραχών του εξωκυτταρίου όγκου
 Συντονιστής: *Κ. Σαρμόπουλος*
- Εισηγητές:
Ν. Παπαγαλιάνης
 Χειρισμός του νατρίου και του νερού από το νεφρό
- Ε. Κουλουρίδης*
 Κλινικά σύνδρομα διαταραχών του νατρίου (οιδήματα)
- Κ. Σόμπολος*
 Κλινικά σύνδρομα διαταραχών του νερού (υπό και υπερνατρημία)
- Συζήτηση 20'
- 11.00 - 11.30 Διάλειμμα
- 11.30 - 13.30 ΣΣΤ - Χειρισμός των υδρογονοιδόντων των διττανθρακικών και του καλίου
 Συντονιστής: *Μ. Ελισάφ*
- Εισηγητές:
Κ. Μαυροματίδης
 Χειρισμός των υδρογονοιδόντων και των διττανθρακικών
- Σ. Παναγιώτσος*
 Χειρισμός του καλίου
- Γ. Μουστάκας*
 Κλινικά σύνδρομα διαταραχών του καλίου
- Συζήτηση 20'
- 13.30 - 14.30 **ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ**
- 17.00 - 19.00 ΣΣΤ - Χειρισμός του ασβεστίου και του φωσφόρου από το νεφρό
 Συντονιστής: *Δ. Μέμμος*
- Εισηγητές:
Ν. Αφεντάκης
 Φυσιολογία
- Θ. Αποστόλου*
 Κλινικά σύνδρομα των διαταραχών ασβεστίου
- Α. Γεράκης*
 Κλινικά σύνδρομα των διαταραχών φωσφόρου
- Συζήτηση 20'

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-ΧΑ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΟΣ ΤΗΣ ΤΙΝΖΑΡΑΡΙΝ(Τ) ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Γ. Κυριακόπουλος, Β. Λαμπίρη και Ε. Μαυροπούλου

Νεφρολογικό και Αιματολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσας

Η χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη Τ χρησιμοποιείται ως αντιπηκτικό στην αιμοκάθαρση. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να ελέγξουμε την αποτελεσματικότητα της εφάπαξ χορήγησης της Τ στην αιμοκάθαρση. Μελετήσαμε 54 ασθενείς, εξ αυτών 45 ήλμβαναν 3500 I.U. (Α ομάδα) και 9 ασθενείς 4500 I.U. (Β ομάδα). Κατά την έναρξη και στο τέλος της τρίτης ώρας ελήφθη αίμα προς προσδιορισμό της αντι-Χα δραστηριότητας, του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (α PTT) και τα ευρήματα συσχετίστηκαν με τις I.U.T ανά kg β.σ. και μεταξύ τους. Η αντι-Χα δραστηριότητα στο πλάσμα μετρήθηκε χρωματομετρικώς στα 405 nm (STAGO, Rotachrom HBPM/LMWH). Η αντι-Χα δραστηριότητα την 3η ώρα κυμάνθηκε στην Α ομάδα από 0,12-0,82 I.U./ml με μέση τιμή $0,52 \pm 0,17$ I.U./ml και στη Β ομάδα από 0,30-0,97 I.U./ml με μέση τιμή $0,53 \pm 0,21$ I.U./ml. Σε 2 από τους ασθενείς της Α ομάδος ευρέθησαν χαμηλές τιμές (0,07 και 0,12 I.U./ml). Μετά την αύξηση της χορηγούμενης Τ σε 4500 I.U. η αντι-Χα δραστηριότητα ανήλθε σε 0,32 I.U./ml και σε 0,36 I.U./ml αντιστοίχως. Η δόσοηγία σε I.U.T. ανά kg β.σ. κυμάνθηκε στην Α ομάδα από 36,45-92,10 με μέση τιμή $57,97 \pm 14,34$ και στη Β ομάδα από 52,32-95,74 με μέση τιμή $68,97 \pm 14,75$. Στους περισσότερους ασθενείς ευρέθη αύξηση του aPTT. Συμπερασματικά με μέση τιμή 60 I.U.T. ανά kg β.σ. επιτυχάνουμε μέση αντι-Χα δραστηριότητα 0,52 I.U./ml που είναι επαρκής για την επίτευξη καταλληλού πηκτικής κατάστασης χωρίς ανεπιθύμητες υπερδοσοηγίες.

ΜΕΛΕΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Γ. Μηριστογιάννης², Β. Κοθικόκη², Αν. Πουλιόπουλος¹, Δημ. Γεωργακοπούλου¹
 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Καθαμάτας¹, Πτυχιούχος Σχολής
 Διοίκησης & Οικονομίας-Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας ΤΕΙ Αθηνών²

Η συντελούμενη τα τελευταία χρόνια αιματώδης ανάπτυξη της Ιατρικής Επιστήμης έχει σαν αποτέλεσμα αφ' ενός μεν την επιβίωση (και ταυτόχρονα συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής) ασθενών με χρόνια νοσήματα, όπως οι νεφροπαθείς, αφ' ετέρου δε το συνεχώς σγκοούμενο κόστος των Υπηρεσιών Υγείας που προβληματίζει τα Εθνικά Συστήματα Υγείας και των πλέον οικονομικά εύρωστων χωρών.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μελετηθεί το λειτουργικό κόστος μιας νοσοκομειακής MTN, όπως είναι η MTN του Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Καθαμάτας.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε, για έτος 2001, το λειτουργικό κόστος της MTN του Νοσοκομείου μας, μιας Μονάδος δυναμικότητας περίπου 80 μονίμων νεφροπαθών που λειτουργεί σε τρεις βάρδιες ημερησίως. Το μόνιμο προσωπικό αριθμεί 27 εργαζόμενους, ήτοι τρεις ιατρούς νεφρολόγους, 22 νοσηλευτές-τριες, μία βοηθό θαλάμου και ένα τραυματιοφορέα. Χρησιμοποιούνται 21 μηχανήματα αιμοκάθαρσης σε 18 θέσεις με πολυθρόνες αιμοκάθαρσης, με σύστημα επεξεργασίας νερού διπλής αντίστροφης όσμωσης. Κατά το έτος 2001 εκτελέσθηκαν 12371 συνεδρίες κησασικής αιμοκάθαρσης και χρησιμοποιήθηκαν 12421 φίλτρα, που κατά 96% ανήκαν στην κατηγορία Α. Για τη μελέτη του συνολικού λειτουργικού κόστους ελήφθη υπόψη αφ' ενός το σταθερό κόστος, όπως αυτό προκύπτει από το άθροισμα των δαπανών μισθοδοσίας του προσωπικού και της ετήσιας απόσβεσης του μηχανολογικού και λοιπού εξοπλισμού, και αφ' ετέρου το μεταβλητό κόστος, όπως αυτό προκύπτει από το άθροισμα των δαπανών για κάθε αναλώσιμο υλικό και κάθε υπηρεσίας και συντήρησης που απαιτείται για την εύρυθμη λειτουργία της MTN. Από τον ετήσιο αριθμό συνεδριών αιμοκάθαρσης, αφού αφαιρέθηκαν αυτές των απόρων, υπολογίστηκε το συνολικό εισπραχθέν ποσό από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, που αποτελεί και την μοναδική πηγή εσόδων για την MTN.

Αποτελέσματα: Το συνολικό ετήσιο κόστος της MTN για το έτος 2001 υπολογίστηκε στο ποσό των 1.880.000 ευρώ, και αποτελεί το άθροισμα του σταθερού κόστους 510.000 ευρώ και μεταβλητού κόστους 1.370.000 ευρώ. Τα συνολικά ετήσια έσοδα υπολογίστηκαν στο ποσό των 1.786.000 ευρώ. Εκ των ανωτέρω προκύπτει κόστος ανά συνεδρία 152 ευρώ έναντι 146,74 ευρώ που αποδίδεται από τον ασφαλιστικό οργανισμό. Το συνολικό έλλειμμα για το Νοσοκομείο μας για την χρήση 2001 έφθασε τα 94.000 ευρώ.

Συμπεράσματα: Το κόστος λειτουργίας στις νοσοκομειακές MTN, έστω οριακά υπερβαίνει τα έσοδα από την λειτουργία των. Το έλλειμμα που προκύπτει θα πρέπει να καλυφθεί αφ' ενός από μείωση των ελαστικών δαπανών και αφ' ετέρου από την αύξηση του νοσηλίου.

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δ.Χ. Καϊτελίδου¹, Ε. Σακκά², Π. Βαμβακάρη², Σ. Τριγώνης², Π.Ν. Ζηρογιάννης²,
 Λ.Λ. Λιαρόπουλος¹

¹Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Γ. Γεννηματάς

Από τα σημαντικότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας, τα τελευταία χρόνια, είναι η αύξηση των δαπανών συνεπεία δημογραφικών χαρακτηριστικών (γήρανση πληθυσμού, μεγάλη επιπτώση χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών) αλλά και λόγω της ταχύτατης ανάπτυξης και διάχυσης των νέων τεχνολογιών υγείας. Προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, η κατανομή των πόρων θα πρέπει να γίνεται με οικονομικά αποδοτικό τρόπο και με στόχο τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους. Στη χώρα μας, οι προσπάθειες εντοπισμού και αξιολόγησης των οικονομικών συνεπειών διαφόρων παρεμβάσεων υγείας, προκειμένου να τεθούν οι βασικές προτεραιότητες και να χαραχθεί ορθολογικά η ευρύτερη πολιτική υγείας, είναι ελάχιστες.

Η μελέτη, έχει ως στόχο την οικονομική αποτίμηση του κόστους, με το οποίο επιβαρύνεται ο υγειονομικός τομέας (health sector cost), λόγω της ενδονοσοκομειακής αιμοκάθαρσης. Υπολογίσαμε το συνολικό κόστος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης, καθώς και το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας στο Νεφρολογικό Τμήμα, προκειμένου να υπολογιστεί το αντίστοιχο των επιπλοκών από τη θεραπεία.

Ο υπολογισμός και των δύο ειδών κόστους έγινε με στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τη MTN και από το Νεφρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου. Για τον υπολογισμό του κόστους της αιμοκάθαρσης καταγράφηκε η χρήση όλων των υλικών, φαρμάκων, εξετάσεων κ.λπ. κατά τη διάρκεια ενός έτους, διάστημα στο οποίο πραγματοποιήθηκαν περίπου 7.000 τακτικές και έκτακτες συνεδρίες αιμοκάθαρσης, ενώ για το κόστος του Νεφρολογικού Τμήματος συλλογήστηκαν όλα τα είδη κόστους για τη νοσηλεία των ασθενών κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Ο υπολογισμός του κόστους έγινε με βάση τη μικροοικονομική αποτίμηση όλων των παραγόντων που το διαμορφώνουν.

Αποτελέσματα: α) Το συνολικό κόστος μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης υπερβαίνει τα 180 € (περίπου 62.000 δρχ.) με βασικό διαμορφωτή το κόστος των υγειονομικών υλικών (53% του συνόλου). Το συνολικό κόστος/ ημέρα νοσηλείας στο Νεφρολογικό Τμήμα υπολογίστηκε περίπου σε 229 € (78.000 δρχ.). Από το σύνολο των ασθενών της MTN, νοσηλεύθηκε το 46,1% και η μέση διάρκεια νοσηλείας/ασθενή είναι 8,5 ημέρες (95% ΔΕ: 3,2 - 13,7, σταθερή απόκλιση: 8,3 και σύμφωνα με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov η μεταβλητή ακολουθεί κανονική κατανομή). Το συνολικό κόστος της συγκεκριμένης θεραπείας για την Ελλάδα ανερχόταν το 1999 περίπου σε 171,8 εκατ. € (58,5 δις δρχ.), αποτελώντας περίπου το 2% των συνολικών δαπανών υγείας της χώρας.

ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Δ.Χ. Καϊτελίδου², Α. Φατούρου², Γ. Τριανταφύλλης², Η. Κυρίτσας², Μ. Πηλατάκη², Π.Ν. Ζηρογιάννης², Λ.Α. Λαρόπουλος¹

Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ³Γ. Γεννηματάς

Σκοπός της μελέτης ήταν ο υπολογισμός του κόστους, που προκύπτει για την κοινωνία, από τη μείωση ή την απώλεια παραγωγικότητας των ασθενών και των συγγενών τους (patient and family cost), λόγω της ενδονοσοκομειακής αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω 128 ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν σε ισάριθμους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΧΑ), σε δημόσιες και ιδιωτικές ΜΤΝ.

Υπολογίστηκε το κόστος που προκύπτει από την: (α) πρόωρη θνητότητα (κόστος θνητότητας) και (β) απώλεια παραγωγικότητας (κόστος νοσηρότητας) των ασθενών που υποβάλλονται σε ΧΑ. Για τον προσδιορισμό του κόστους χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Τα δυνητικώς αποθεσθέντα έτη ζωής (Potential years of life lost) ήταν για το έτος 1999, 15.180 για το σύνολο των θανάτων, ενώ τα χαμένα παραγωγικά χρόνια αναμενόμενης ζωής ήταν, σύμφωνα με τη μέθοδο του ανθρώπινου κεφαλαίου, 2.046, που οδήγησαν σε απώλεια παραγωγικότητας 3,5 δις δρχ. περίπου (9,9 εκατ. ευρώ) (προεξοφητικό επιτόκιο $r = 3\%$). Το συνολικό κόστος νοσηρότητας προέκυψε: 1) από την απώλεια παραγωγικότητας των ασθενών και των συνοδών τους κατά την ημέρα της αιμοκάθαρσης, 2) από τη μειωμένη αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της εργασίας και 3) από την πρόωρη συνταξιοδότηση των ασθενών λόγω της νόσου.

Η συνολική απώλεια παραγωγικότητας των ασθενών και των συνοδών τους λόγω νοσηρότητας (morbidity cost) ξεπέρασε για το έτος 1999 τα 90 δις δρχ. (συνυπολογιζόμενης και της απώλειας παραγωγικότητας λόγω πρόωρης συνταξιοδότησης). Επίσης, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της πρόωρης συνταξιοδότησης και του τύπου διαμονής, του επαγγέλματος και του εκπαιδευτικού επιπέδου των ασθενών ($p < 5\%$).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΝΑ ΜΕ DARBEROETIN ALFA (εμπειρία 10 μηνών)

Γ. Μπριστογιάννης, Αν. Πουλιόπουλος, Δημ. Γεωργακοπούλου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γεν. Νομ. Νοσοκομείου Καθαμάτας

Η ανακάλυψη και η κλινική χρήση της ερυθροποιητίνης (r-HuEPO) υπήρξε σημαντικός σταθμός στην θεραπεία της αναιμίας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας αρχικά, και της αναιμίας άλλων χρόνιων νοσημάτων ακολούθως. Η προσπάθεια απλούστευσης του δοσολογικού σχήματος (συντότητα δόσης και οδός χορήγησης) οδήγησε και μείωσης του κόστους της θεραπείας, οδήγησε στην ανακάλυψη νέων μορφών, όπως η νέα πρωτεΐνη διέγερσης της ερυθροποίησης darbepoetin alfa.

Σκοπός της εργασίας είναι να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η ανοχή στην darbepoetin alfa, κατά την θεραπεία της αναιμίας του τελικού σταδίου ΧΝΑ.

Υλικό-Μέθοδος: Επελέγησαν και μελετήθηκαν οκτώ ενήλικες ασθενείς σε χρόνο τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης (6 άνδρες και 2 γυναίκες), ηλικίας 51-84 ετών, σε αιμοκάθαρση από 14-89 μήνες, κλινικά σταθεροί, με επαρκή αποθέματα σιδήρου, και με σταθερή τιμή αιμοσφαιρίνης (εντός των ορίων 10-13 g/dl) και σταθερή εβδομαδιαία δοσολογία r-HuEPO κατά τις τελευταίες 8 εβδομάδες. Στους ασθενείς αντικαταστάθηκε η r-HuEPO με darbepoetin alfa μια φορά εβδομαδιαίως χορηγούμενη στο τέλος της συνεδρίας αιμοκάθαρσης, και μελετήθηκαν για χρονικό διάστημα 10 μηνών τόσο η αποτελεσματικότητα της θεραπείας όσον και τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

Αποτελέσματα: Ένας από τους οκτώ ασθενείς απεσύρθη της μελέτης λόγω αιτίου μη σχετιζόμενου με την θεραπεία (θάνατος από σπληνία). Όλοι ανέχθηκαν καλά την θεραπεία και ουδείς ανέφερε ανεπιθύμητη ενέργεια σχετιζόμενη με το φάρμακο. Στο τέλος του χρόνου παρακολούθησης η δοσολογία της darbepoetin alfa, όπως αυτή προέκυπε μετά την μετατροπή της r-HuEPO, βρέθηκε μειωμένη σε πέντε ασθενείς από 16.7-50% με διατήρηση της αιμοσφαιρίνης εντός των προκαθορισμένων ορίων 10-13 g/dl. Σε δύο ασθενείς δεν υπήρξε μεταβολή. Η συνολική δοσολογία για όλους τους ασθενείς μειώθηκε κατά 34% στο τέλος του χρόνου παρακολούθησης το δε κόστος της αγωγής, ενώ αρχικά (κατά την μεταφορά από r-HuEPO σε darbepoetin alfa) αυξήθηκε κατά 23%, με την επεθούσα μείωση της συνολικής δοσολογίας βρέθηκε τελικώς μειωμένο κατά 18%.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία της αναιμίας του τελικού σταδίου ΧΝΑ με darbepoetin alfa, αν και μελετήθηκε σε μικρό αριθμό ασθενών, κρίνεται αποτελεσματική, καλά ανεκτή και ασφαλή, μειώνοντας εμφανώς το κόστος της αγωγής.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ DARBEROETIN

Ν. Κακλαμάνης, Χ. Τσεντίης, Ν. Σαββίδης, Σ. Παπαχριστοδούλου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Σάμου

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της darberoeitin στην θεραπεία της αναιμίας της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

Σε 11 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (6 άνδρες και 5 γυναίκες), ηλικίας από 32 έως 70 ετών, αντικαταστάθηκε η ερυθροποιητίνη από darberoeitin, σε αναλογία 200iu/1μgr την εβδομάδα, η οποία τροποποιούνταν στη συνέχεια ανάλογα με τις τιμές της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη.

Κατεγράφησαν η μέση εβδομαδιαία δόση, η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης, η φερριτίνη και η χορηγηθείσα ποσότητα σιδήρου, 4 μήνες πριν και 4 μήνες μετά την αλλαγή του φαρμάκου, καθώς και η αρτηριακή πίεση στην έναρξη κάθε συνεδρίας και οι ανεπιθύμητες ενέργειες, που θα μπορούσαν να αποδοθούν στο φάρμακο.

Αποτελέσματα:

	ΕΡΟΕΤΙΝ	DARBEROETIN
ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	11.55 gr/dl	11.85 gr/dl
ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	35.44 %	36.86%
ΣΙΔΗΡΟΣ	2.08 amp/μήνα	2.58amp/μήνα
ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ	286.58ng/ml	250.13ng/ml
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΔΟΣΗ	7083iu (35.76 μgr)	32.6 μgr

Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες, ούτε μεταβολή της Αρτηριακής Πίεσης. Συμπερασματικά, η Darberoeitin είναι ένα ασφαλές φάρμακο για τη θεραπεία της αναιμίας αιμοκαθαυμένων ασθενών, η δε αιμοποιητική της ικανότητα φαίνεται να είναι ισχυρότερη της αναμενόμενης, διότι με μικρότερη αναλογικά δόση επετεύχθησαν μεγαλύτερες τιμές αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη.

ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ (ΔΦ) ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΚ)

Γ. Τσιρπανλής¹, Π. Μπάγκος², Δ. Ιωάννου³, Α. Μηλέτα³, Α. Κακίρη⁴, Ι. Μαρίνου⁴, Α. Λαγγουράνης¹, Σ. Χατζηπαναγιώτου⁴ και Χ. Νικοηίδου⁴

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ. Π. Νοσοκομείο Αλεξάνδρα¹, Τομέας Κυτταρικής Βιολογίας και Βιοφυσικής, Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών², Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Κλινική Δραγλίη³, Τμήμα Βιοπαθολογίας, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών⁴, Αθήνα

Εισαγωγή. Η επαναληψιμότητα μέτρησης των ΔΦ -όταν χρησιμοποιούνται ως δείκτες πρόγνωσης της αθηρωμάτωσης ή της νοσπρόπτωσης/θνησιμότητας- στους ασθενείς υπό ΑΚ, θα μπορούσε να αμφισβητηθεί, επί υπάρξεως σημαντικών χρονικών διακυμάνσεων στις τιμές τους.

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν α) Η εκτίμηση των διακυμάνσεων 4 ΔΦ, μετά από διαδοχικές μετρήσεις, σε ασθενείς υπό ΑΚ β) Η διερεύνηση της συσχέτισης των τυχόν διακυμάνσεων, με κλινικά συμβάματα (ΚΣ) που προκαλούν φλεγμονή, την ίδια χρονική περίοδο.

Μέθοδος. Σε 38 ασθενείς (20 Α, 18 Γ, 66.32±11.87 χρόνων, υπό ΑΚ 44.76±46.47 μήνες) μετρήθηκαν 16 φορές στον καθένα (κάθε εβδομάδα επί 4 μήνες) η C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (CRP), το Αμυλοειδές Α του ορού (SAA) με άνοση-νεφελομετρία υψηλής ευαισθησίας, η Ιντερλευκίνη-6 (IL-6) με ELISA και η Λευκωματίνη ορού (Alb) με χρωματογραφική μέθοδο. Την ημέρα της αιμοηψίας γινόταν καταγραφή των ΚΣ της προηγούμενης εβδομάδας που θα μπορούσαν να προκαλέσουν φλεγμονή (θρομβώσεων, χειρουργικών επεμβάσεων κ.τ.λ.). Έγινε ανάλυση διασποράς με ANOVA για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.

Αποτελέσματα. Η μεταβλητότητα των τιμών (549 τιμές για CRP, 549 για SAA, 547 για IL-6 και 549 για Alb) ήταν μεγάλη. Το ποσοστό μεταβλητότητας του δείγματος που εξηγήθηκε όταν στο στατιστικό μοντέλο εισήχθησαν οι παράγοντες Ασθενής (Α), Εβδομάδα Αιμοηψίας (ΕΑ) και ΚΣ ήταν υψηλό: Adjusted R square (R²) 0.6377, 0.6923 και 0.4207 για CRP, SAA και IL-6. Καθένας από τους 3 παράγοντες συμμετείχε σημαντικά (p < 10⁻⁴ και για τους τρεις) στην εξήγηση της μεταβλητότητας. Η προσαρμοσμένη επίδραση του παράγοντα ΕΑ ήταν σημαντική (p < 0.0175, 0.0003 και 0.0015 για την μεταβλητότητα των τιμών CRP, SAA και IL-6 με τη συντηρητική εκτίμηση κατά BOKI). Όταν από το στατιστικό μοντέλο αφαιρέθηκε ο παράγοντας ΚΣ το R² μειώθηκε αθρόα παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα (0.5382 για το CRP, 0.5879 για το SAA και 0.4046 για την IL-6) και το ίδιο συνέβη με την σημαντικότητα της προσαρμοσμένης επίδρασης του παράγοντα ΕΑ (p < 0.0233, 0.0011 και 0.0017 για CRP, SAA και IL-6). Για την Alb το R² δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά την αφαίρεση του παράγοντα ΚΣ (0.5918 και 0.5901 αντίστοιχα). Ο παράγοντας ΚΣ δεν συμμετείχε σημαντικά στην εξήγηση της μεταβλητότητας της Alb (p= 0.0763), σε αντίθεση με την προσαρμοσμένη επίδραση του παράγοντα ΕΑ που ήταν και εδώ σημαντική (p < 0.0001).

Συμπεράσματα. Οι τιμές των ΔΦ, στους ασθενείς υπό ΑΚ, μεταβάλλονται σημαντικά ανάλογα με τη χρονική στιγμή μέτρησης τους. Τα ΚΣ που προκαλούν φλεγμονή, ευθύνονται για μέρος μόνο της μεταβλητότητας των τιμών (εκτός της Alb που δεν επηρεάζεται) που όμως παραμένει σημαντική και όταν αυτά εξαιρεθούν. Οι διαπιστώσεις αυτές θέτουν υπό αμφισβήτηση την επαναληψιμότητα των μετρήσεων για αυτούς τους παράγοντες (τουλάχιστο σε μία μόνο μέτρηση, μια τυχαία χρονική στιγμή).

ΤΡΙΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΓΝ ΠΑΤΡΩΝ

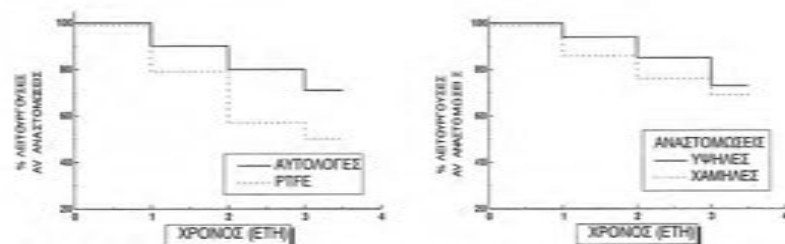
Ε. Παπαχρήστου, Μ. Καθιαντζή, Ε. Σαββιδάκη, Π. Καθλιακμάνη, Δ. Γούμενος, Ι.Γ. Βήλαχογιάννης

Πανεπιστήμιο Πατρών, Παθολογικός Τομέας, Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η σωστή λειτουργία και η μακρά επιβίωση της αγγειακής προσπέλασης είναι ουσιώδους σημασίας για την ποιότητα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και της ζωής των αιμοκαθαρομένων ασθενών. Ο προγραμματισμός της διενέργειας αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας γίνεται στο κέντρο μας με βάση την κλινική εξέταση του ασθενούς και τα ευρήματα της απλής ακτινογραφίας μαλακών μοριών, το triplex αγγείων και τη φλεβογραφία των άνω άκρων. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της μακροχρόνιας λειτουργικότητας της αγγειακής προσπέλασης σε σχέση με το είδος αυτής, καθώς και η αναζήτηση παραμέτρων που την επηρεάζουν.

Μελετήθηκαν 93 ασθενείς (57 άνδρες, 36 γυναίκες), που υποβλήθηκαν σε διενέργεια 97 επεμβάσεων αυτόλογης αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας (49 χαμηλών τύπου Brescia-Cimino, 48 υψηλών) και σε τοποθέτηση 14 συνθετικών μοσχευμάτων τύπου PTFE, στο Νεφρολογικό Κέντρο τη χρονική περίοδο μεταξύ των ετών 1990 και 1999.

Τα αποτελέσματα της επιβίωσης των αναστομών ανά κατηγορία παρουσιάζονται στα παρακάτω διαγράμματα:



Οι αιτίες απόφραξης της αγγειακής προσπέλασης ήταν θρόμβωση (76%), στένωση αναστόμωσης (10%), σύνδρομο υποκλεισής (5%), ανεύρυσμα (5%), ροίμωξη (2%) και αιμορραγία (2%). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης της αγγειακής προσπέλασης σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 55 ετών, και σε μη διαβητικούς ασθενείς. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην επιβίωση της αγγειακής προσπέλασης μεταξύ των δύο φύλων.

Συμπέρασμα: Με τα ανωτέρω αποτελέσματα αναδεικνύεται η σημασία των διαφόρων τεχνικών και υλικών στην επιβίωση των A-V αναστομών. Τα συνθετικά μοσχεύματα τύπου PTFE έχουν ικανοποιητική τριετή επιβίωση και αποτελούν σημαντική λύση σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών. Υπογραμμίζεται η καταλυτική επίδραση του μεταβολικού παράγοντα, δεδομένης της καλής νοσηλευτικής φροντίδας, στην λειτουργία αυτών. Το πεπερασμένο της λειτουργικότητας καθιστά αναγκαίο τον σωστό και εξατομικευμένο προεγχειρητικό έλεγχο του ασθενούς, με σκοπό την εξασφάλιση μακροχρόνιας επιβίωσης της αγγειακής προσπέλασης και ικανοποιητικής ποιότητας ζωής.

ΤΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ν. Κακλιαμάνης, Ν. Σαββίδης, Σ. Παπαχριστοδούλου, Χ. Τσεντιδής
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νοσοκομείου Σάμου

Η τοποθέτηση δίαυλου καθετήρα στην υποκλειδία φλέβα αποτελεί μια αποτελεσματική λύση για προσωρινή αιμοκάθαρση, αλλά συνοδεύεται από σοβαρές άμεσες και αργότερες επιπλοκές (αιμοθώρακας, πνευμοθώρακας, αρρυθμίες, στένωση άνω κοίτης φλέβας κ.α.), με αποτέλεσμα σήμερα να αποφεύγεται και να θεωρείται καταλληλότερη η έσω σφαγίτιδα.

Η περίπτωση που περιγράφεται αφορά σε γυναίκα ηλικίας 79 ετών, η οποία εισήχθη στο νοσοκομείο με βαριά ουραιμική συνδρομή και αποφασίστηκε η άμεση έναρξη αιμοκάθαρσης. Η ασθενής έπασχε από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια τελικού σταδίου, οφειλόμενη σε χρόνια πνευμονοφρίτιδα και της είχε συσταθεί προ εξαμήνου να ενταχθεί σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, αλλά είχε αρνηθεί κατηγορηματικά. Τοποθετήθηκε δίαυλος καθετήρας από ποθουραιθιόνη στην αριστερή υποκλειδία φλέβα, ελέγχθηκε ακτινολογικά και λειτουργούσε ικανοποιητικά.

Μετά μία εβδομάδα, διαπιστώθηκε εκροή υπόλευκου υγρού με θολερή όψη, από το σημείο εξόδου του καθετήρα. Πάρθηκε καλλιέργεια, αντικαταστάθηκε ο καθετήρας και χορηγήθηκε συνδυασμός βανκομυκίνης και αμικισίνης.

Δέκα ημέρες αργότερα η ασθενής παρουσίασε κώφωση, η οποία παραμένει, και στη συνέχεια ψυχωακό επεισόδιο, για το οποίο λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Δεν είχε κλινικά ή εργαστηριακά σημεία ροίμωξης, η καλλιέργεια ήταν στείρα, αλλά το υγρό συνέχισε να εκρέει. Ελήφθη νέο δείγμα, το οποίο εστάθη για καλλιέργεια, μικροσκοπική και βιοχημική εξέταση. Η καλλιέργεια ήταν στείρα, στη μικροσκοπική εξέταση δεν βρέθηκαν πυσσφαίρια, η δε βιοχημική εξέταση έδειξε: σάκχαρο= 85mg/dl, LDH=225iu/L, ολικά λευκώματα=5,0gr/dl, λευκωματίνη=2.0 gr/dl, κολλοστερίνη=60mg/dl, τριγλυκερίδια=975mg/dl.

Έγιναν ακτινογραφία και αξονική τομογραφία θώρακος με φυσιολογικά ευρήματα.

Θεωρούμε, ότι επρόκειτο για εκροή λέμφου από το σημείο εξόδου του καθετήρα, λόγω τρώσης του μείζονος θωρακικού πόρου κατά την τοποθέτηση του καθετήρα.

Η περίπτωση παρουσιάζεται λόγω της σπανιότητας της επιπλοκής και του μη ψυχραιμου τρόπου αντιμετώπισης, ο οποίος προκάλεσε στη ασθενή περισσότερες και σοβαρότερες βλάβες, από όσες η ίδια η επιπλοκή.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Α.Κ. Μπαρμπούτης, Ι.Η. Τσοσουνίδης, Α.Ν. Λαζαρίδης, Β.Α. Χατζηπανταζή, Γ.Π. Νιαβής
Νεφρολογικό τμήμα-Μονάδα Τεχνητής Αιμοκάθαρσης ΓΝΝ Σερρών, ΜΕΘ ΓΝΝ Σερρών

Εισαγωγή: Η Αγγειακή Προσπέλαση (ΑΠ) δικαίως θεωρείται από πολλούς ως η "Αχίλλειος Πτέρυγα" της αιμοκάθαρσης. Τεράστια ποσά δαπανώνται για την διόρθωσή της και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της και, ασφώς, αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος κάθε νεφρολογικής ομάδας, δεδομένου ότι η ΑΠ αποτελεί σημείο καίριας ευθύνης των ιατρών των ΜΤΝ σε κάθε κέντρο αιμοκάθαρσης.

Σκοπός της εργασίας: Ήταν η μελέτη των επιπλοκών και της συχνότητας αυτών στα διάφορα είδη των ΑΠ με στόχο την καλύτερη και ασφαλέστερη επιλογή του είδους της ΑΠ για κάθε συγκεκριμένο άρρωστο και την πρόληψη των επιπλοκών της.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκε η πορεία και οι επιπλοκές των ΑΠ 95 ασθενών (38 γυν.) κατά την περίοδο 1997-2001. Οι 77 από αυτούς βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης, ένας υποβλήθηκε σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, ένας άλλος διεκοιμήθη σε άλλο κέντρο αιμοκάθαρσης και οι υπόλοιποι 16 κατέληξαν.

Το σύνολο των ασθενών διαχωρίστηκε σε 4 ομάδες ανάλογα με τον τύπο της ΑΠ. Στη συνέχεια απομονώθηκε ομάδα Διαβητικών (17 ασθ) στην οποία, έγινε, επίσης ο ως άνω διαχωρισμός. Μελετήθηκε ο αριθμός των επεισοδίων των επιπλοκών και το είδος αυτών και στις δύο ομάδες και έγινε σύγκριση μεταξύ τους. Εφαρμόστηκε στοιχειώδης στατιστική επεξεργασία.

Αποτελέσματα: Από τους υπό μελέτη ασθενείς, στο Σύνολο και στην ομάδα των Διαβητικών 48/95 (50.5%) και 8/17 (47%) αντιστοίχως δεν παρουσίασαν προβλήματα. Οι υπόλοιποι 47/95 (49.5%) και αντιστοίχως 9/17 (53%) παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο επιπλοκής (Διαφορά στατιστικώς μη σημαντική). Η διαφορά επιπλοκών μεταξύ του Συνόλου και των Διαβητικών στην ομάδα Α-V f είναι, επίσης, μη σημαντική. Στατιστικώς σημαντική διαφορά επιπλοκών ανευρίσκεται μεταξύ του Συνόλου και των Διαβητικών στις ομάδες τεχνητών ΑΠ, εις βάρος των Διαβητικών ($p < 0.001$). Ο μεγαλύτερος αριθμός επιπλοκών αφορά επεισόδια θρόμβωσης και σε δεύτερη μοίρα λοιμώξεις. Η διαφορά των ως άνω επιπλοκών στην ομάδα Α-V f του Συνόλου και των Διαβητικών είναι στατιστικώς μη σημαντική, ενώ φαίνεται σημαντική στις ομάδες τεχνητών ΑΠ, με υπεροχή στην ομάδα των Διαβητικών.

Συμπερασματικά: Στους Διαβητικούς θα πρέπει να γίνονται προσπάθειες δημιουργίας Α-V f σε πρωμώτερα στάδια ΧΝΑ, έτσι ώστε να αποφεύγεται οξεία ή μόνιμη ΑΠ τεχνητών τύπων.

ΑΥΞΗΣΗ ΑΠΟΔΙΔΟΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΑΜΚ) ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΗΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
Θ. Αγραφιώτης¹, Δ. Μουτζούρης¹, Α. Ζέρβα¹, Ε. Σταυρουδάκη¹, Α. Κόκκωνα¹, Ν. Λαγογιάννης².

Νεφρολογικό τμήμα¹ και τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης² Γενικού Νοσοκομείου, "Ασκληπιείο Βούλας" - Αθήνα

Εισαγωγή: Παρά τη μεγιστοποίηση στη τροποποίηση των κλασικών παραγόντων επάρκειας κάθαρσης, η αποδιδόμενη ΑΜΚ εξακολουθεί να παρουσιάζει περιθώρια αύξησης. Προς τούτο, νέες μέθοδοι επιζητούνται, στηριζόμενες στην αυξανόμενη γνώση μας επί της κινητικής της ουρίας.

Σύμφωνα με την πρόσφατη θεωρία περί πολυδιαμερισματικής "εν παραλλήλω" κινητικής-κατανομής ουρίας, το κάθε όργανο του ανθρώπινου σώματος αποτελεί ξεχωριστό διαμέρισμα κατανομής ουρίας. Η κάθαρση ουρίας των οργάνων-διαμερισμάτων εξαρτάται από τη σκέψη του όγκου τους προς την αιματική τους ροή.

Το διαμέρισμα των μυών, λόγω μεγάλου όγκου αλλά χαμηλής αιματικής άρδευσης, καθυστερεί σε κάθαρση. Έτσι, στους μυς δημιουργείται εγκλιβισμός ουρίας, η οποία αναπνύει στο τέλος της συνεδρίας περιορίζοντας την αποδιδόμενη ΑΜΚ.

Η σκέψη μας: Η προκλητή αύξηση της μυϊκής αιμάτωσης κατά την ΑΜΚ, πιθανώς, θα βελτιώσει την τοπική απομάκρυνση ουρίας, μειώνοντας τον εγκλιβισμό της και, επακόλουθα, θα αυξήσει τη συνολική αποδιδόμενη ΑΜΚ.

Σκοπός: Τη θεωρητική αυτή άποψή μας είχαμε την ευκαιρία να θέσουμε σε in vivo διερεύνηση. Σε παραπληγικό νεφροσθλή υπό ΤΝ, συντονίσαμε όπως, η προγραμματισμένη ηλεκτροθεραπεία με γαλβανικό ρεύμα (νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση) στα πηλαία φυσιοθεραπείας του, εφαρμόζεται κατά την τελευταία ώρα των συνεδριών ΑΜΚ. Η αναμενόμενη αύξηση της αιμάτωσης των, υπό ηλεκτρική διεγερσιμότητα, μυών μελετήθηκε ως προς την επίπτωση της στον περιορισμό του περιφερικού (μυϊκού) εγκλιβισμού ουρίας και στη βελτίωση της αποδιδόμενης ΑΜΚ.

Ασθενής: 53 ετών, νόσος Wegener υπό κορτικοειδή+κυκλοφωσφαμίδη. Σε τρισεβδομαδιαία ΑΜΚ μέσω fistulae, από τριμήνου. Παραπληγία από μηνός, λόγω επι-ενδο-ακτινίου αιματώματος που αντιμετωπίστηκε νευροχειρουργικά, χωρίς αποτέλεσμα. Εφαρμογή ηλεκτροθεραπείας κάτω άκρων.

Μέθοδοι: ΑΜΚ-3h, αιμοφόνη 1,8m², ροή αίματος 340 και διαλύματος 600 ml/min. Ηλεκτροθεραπεία (H/Θ) με φορητή συσκευή Dynamed Plus της Bosh: Γαλβανικό ρεύμα 70 mA, ώσης 19 και παύσης 200 msec, σε μιστενόντια έκφυση-κατάφυση περωναίου, ηρ. κνημιαίου και τετρακέφαλου, 30' ανά άκρο. Μελετήθηκαν, διαδοχικά, 3 συνεδρίες ΑΜΚ με και 3 χωρίς H/Θ. Μέτρηση ουρίας ανά ώρα και 30' μετά τη λήξη της ΑΜΚ.

Αποτελέσματα (paired t-test): Με παρατήρηση πτώση ουρίας κατά τις 2 πρώτες ώρες, διαπιστώθηκε σημαντική πτώση κατά την 3η ώρα ΑΜΚ, μόνο στις συνεδρίες με σύγχρονη H/Θ (30,3% vs 15,5%, P=0,03, για συνεδρίες με και χωρίς H/Θ αντίστοιχα). Φαινόμενο αναπλήρωσης R: 15,4±7,0 vs 23,5±3,5% P=0,055, για ΑΜΚ με και χωρίς H/Θ αντίστοιχα. Αποδιδόμενη ΑΜΚ (spkt/V): με H/Θ=1,32±0,07, χωρίς H/Θ=1,15±0,01 (P=0,042). Παρόμοια, spRkt/V (συνολοηγοισμός R): με H/Θ=1,17±0,09, χωρίς H/Θ=0,97±0,02 (P=0,038). Εγκλιβισμός ουρίας σημαντικά μικρότερος σε ΑΜΚ με H/Θ, υπολογιζόμενος ως χρόνος περιφερικής κάθαρσης ασθενούς (tpr) και ως συντελεστής απόκλισης κάθαρσης (u-slope) (tpr: 22,4±10,9 vs 36,7±5,48 min, P=0,049 και u-slope: 0,27±0,15 vs 0,46±0,10 h, P=0,042, για ΑΜΚ με και χωρίς H/Θ αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Με τις επικυλιζόμενες-περιορισμούς που θέτει ο μικρός αριθμός παρατηρήσεων και επί ενός (παραπληγικού) ασθενούς, προκύπτει ότι, η ηλεκτρική διέγερση των μυών περιορίζει τον εγκλιβισμό ουρίας και αυξάνει την αποδιδόμενη ΑΜΚ.

Η προτεινόμενη μέθοδος, της νευρομυϊκής ηλεκτρικής διέγερσης, μπορεί, επί του παρόντος, να δοκιμαστεί σε νεφροσθλές υπό ΤΝ, στους οποίους η H/Θ αποτελεί μέρος προγράμματος φυσιοθεραπείας τους. Η εφαρμογή σε γενικό αιμοκαθαίρσιμο πληθυσμό μένει να μελετηθεί, εάν εξασφαλισθούν οι προϋποθέσεις της Διακήρυξης του Εθνικού Περὶ Ερευνῆς ἐπὶ Ἀνθρώπων.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ, ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΟΥΣ (Α/Κ) ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ "ΣΠΕΙΡΟΕΙΔΟΥΣ" ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ.

Σ. Σπαϊά¹, Σ. Πατσάθας¹, Χ. Θεωδόρογλου-Γαζιώτη², Ν. Ασκηπίδης¹, Η. Ιωαννίδης¹, Μ. Παζαρλόγλου¹, Γ. Βαγιωνάς¹

Νεφρολογικό Κλινική, Β' Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης¹, Τμήμα Ακτινολογικού Εργαστηρίου-Αξονικός Τομογράφος, Β' Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης²

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η στεφανιαία νόσος εκφράζεται με μια ποικιλία συμπτωμάτων και η διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με κλινικά έκδηλη συμπτωματολογία, είναι αρκετά εύκολη.

Η πρόκληση όμως τίθεται για τους ασυμπτωματικούς ασθενείς, όπου είναι απαραίτητο να εκτιμηθεί η έκταση του προβλήματος με μια μη επεμβατική αξιόπιστη μέθοδο.

Την τελευταία δεκαετία στη βιβλιογραφία έχει μελετηθεί, με τη χρήση αξονικής τομογραφίας η έκταση και η κλινική σημασία των επασβεστώσεων των στεφανιαίων αγγείων στο γενικό πληθυσμό, ενώ ελάχιστα αναφορές υπάρχουν για τους Α/Κ ασθενείς.

Μέθοδος: Ελέγξαμε 33 ασυμπτωματικούς Α/Κ ασθενείς της Μονάδας μας (20 Α, 13 Π) ηλικίας 59,7 ± 10,6 ετών και διάρκειας αιμοκάθαρσης 55 ± 42,5 μήνες για παρουσία επασβεστώσεων των στεφανιαίων αγγείων, με τη μέθοδο της "σπειροειδούς" αξονικής τομογραφίας (Tomoscan Philips). Μετρήσαμε το "στεφανιαίο σκαρ ασβεστίου" (coronary calcification score, CCS), με τη μέθοδο Agatston/επιφάνεια επασβεστωμένου στεφανιαίου αγγείου(mm²) Χ την πυκνότητα της επασβεστώσεως (Hounsfield units). Οι λήψεις σε όλους τους ασθενείς έγιναν από τον ίδιο παρατηρητή. Μετρήθηκαν και συσχετίστηκαν οι κάτωθι παράμετροι: Ηλικία, φύλο, διάρκεια Α/Κ, Hct, Hb, TChol, TG, HDL, Lp(a), Ινωδογόνο, CRP, iCa, P, CaXp, iPTH, Cl ουρίας, ο τύπος και η ποσότητα των δεσμευτικών του φωσφόρου που έλαβαν από την έναρξη της υποκατάστασης, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και το υπερηχογράφημα της καρδιάς, ο διαβήτης, η υπέρταση, και το κάπνισμα.

Αποτελέσματα: Από τον έλεγχο που έγινε διαπιστώθηκε ότι οι 17 ασθενείς (10 Α, 7 Π) παρουσίαζαν επασβεστώσεις των στεφανιαίων αγγείων, με CCS από 1252,00 έως 25313 με μ.τ. 6778 ± 6295. Οι δυο ομάδες (με επασβεστώσεις και χωρίς επασβεστώσεις) διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη διάρκεια αιμοκάθαρσης (71,7 ± 46 vs 37,3 ± 29μήνες, p< 0,02), τα επίπεδα PTH (348,3 ± 379,3 vs 102 ± 68 ng/L, p< 0,05) και τη συνοδική ποσότητα Al(OH)₃ που έλαβαν από την έναρξη της υποκατάστασης (3,1 ± 2,9 vs 1,2 ± 1,4 Kgr, p< 0,05). Δεν παρατηρήσαμε συσχέτιση με τη συνοδική ποσότητα του CaCO₃ που έλαβαν οι ασθενείς. Παρατηρήσαμε μια οριακά σημαντική διαφορά στην ηλικία και στα επίπεδα P, μεταξύ των δυο ομάδων. Παρομοίως το μέγεθος του CCS συσχετίστηκε θετικά με τη διάρκεια αιμοκάθαρσης, επίπεδα PTH και τη ποσότητα του Al(OH)₃. Δεν διαπιστώθηκαν μεταβολές ως προς τις άλλες παραμέτρους.

Συμπεράσματα: 1) 51,5% των ασυμπτωματικών Α/Κ ασθενών παρουσίαζαν επασβεστώσεις των στεφανιαίων αγγείων. 2) Η ύπαρξη επασβεστώσεων συσχετίζεται με τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και λιγότερο με την ηλικία του ασθενούς. 3) Στη δική μας μελέτη δε διαπιστώσαμε συσχέτιση των επασβεστώσεων με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες που έχουν περιγραφεί για το γενικό πληθυσμό (ηλικία, CRP, ινωδογόνο, λιπιδαιμικό προφίλ). 4) Στη μελέτη μας το CCS συσχετίζεται με τα επίπεδα PTH και την ποσότητα Al(OH)₃ γεγονός που αντανακλά αρρύθμιστο ή δύσκολο ρυθμιζόμενο γινόμενο CaXp, το οποίο φαίνεται να είναι και ο ισχυρότερος επιβαρυντικός παράγοντας. 5) Αντίθετα δε διαπιστώσαμε συσχέτιση του CCS με τη ποσότητα CaCO₃ που έλαβαν οι ασθενείς της μελέτης μας. 6) Η χρήση της αξονικής τομογραφίας αποτελεί εύχρηστη μη παρεμβατική μέθοδο εντόπισης επασβεστώσεων των στεφανιαίων αγγείων. Χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση και έλεγχος για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Η ΧΡΗΣΗ SILDENAFIL ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ

Μ. Μαηλιάρη, Π. Σπανού, Α. Σαργιαννίδου, Κ. Τσιρώνη, Κ. Σκλησιπιδής
Γενικό νομαρχιακό Νοσοκομείο Κατερίνης, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Η σεξουαλική ανεπάρκεια είναι συνήθης επιπλοκή στους χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται σεξουαλική δυσλειτουργία στο 30% των χρόνιων ουραιμικών και σε ποσοστό >50% των αιμοκαθαιρομένων. Η παρούσα μελέτη έγινε με σκοπό να ελεγχθεί η ικανότητα του sildenafil να επαναφέρει τη φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα στους νεφροπαθείς μας. Στους 32/50 (64%) άνδρες ασθενείς της μονάδας μας μοιράστηκε σχετικό ερωτηματολόγιο. Σε 10/32(31%) που επιβεβαιώθηκε πως έχουν σεξουαλική ανεπάρκεια και με δική τους συναίνεση χορηγήθηκε sildenafil σε δόση των 50mg μια φορά την εβδομάδα εκτός ημερών συνεδρίας επί ένα εξάμηνο. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν :58,8 έτη (διακύμανση 41-73 έτη) και η μέση διάρκεια στην αιμοκάθαρση :55,2 μήνες (SD:37,71 μήνες). Η μέση τιμή του αιματοκρίτη των ασθενών μας ήταν:35,2% (SD:2,39%), της ουρίας :178,5mg% (SD:9,64mg%), της κρεατινίνης:11,24mg% (SD:2,84mg%), του φωσφόρου:6,06mg% (SD:1,46mg), του ασβεστίου:9,61mg% (SD:0,74mg%), της λευκωματίνης:4,5g%(SD:0,27g%) και της παραθορμόνης:129,5 pg/ml(SD:138,77pg/ml). Όλοι ελάμβαναν αντιυπερτασική θεραπεία (αναστολείς των διούρων Ca,β-blockers και α-MEA) και σε ποσοστό 30%(3/10) αγχολυτικά. Από ισχαιμία μυοκαρδίου έπασχαν 4/10(40%) και καρδιακή ανεπάρκεια 1/10(10%)(EF<40%). Αποτελέσματα: όλοι οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση στη σεξουαλική δραστηριότητα και επιθυμία. Οι 2/10(20%) ανέφεραν έξαψη και πονοκέφαλο σαν ανεπιθύμητες ενέργειες. Κανένας δεν εμφάνισε σοβαρή υπόταση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και καμία AVF επικοινωνία δεν θρομβώθηκε. Σε 2/10(20%) μειώθηκε η δόση των αντιυπερτασικών που ελάμβαναν. 1/10(10%) εμφάνισε ήπιο ΑΕΕ, 72 ώρες μετά τη χρήση και δεν αποδόθηκε στη λήψη του.

Συμπεραίνουμε πως η χρήση sildenafil είναι ασφαλής και προσφέρει σημαντική βοήθεια σε ένα τόσο σοβαρό θέμα των αιμοκαθαιρομένων. Εξασφαλίζει φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα με αποτέλεσμα αρμονική οικογενειακή ζωή και βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας τους.

ΠΛΗΚΤΡΟΔΑΚΤΥΛΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Α. Αβδελίδου, Κ. Τασιοπούλου, Μ. Νικοδημοπούλου, Ι. Καλεβρόσογλου, Σ. Βασιλείου, Ο. Γαμβρός, Δ. Γρέκας, Α. Τουρκαντώνης

Α' Παθολογική Κλινική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Τα ακτινολογικά ευρήματα του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, συμπεριλαμβάνουν κυρίως την υποπεριοστική απορρόφηση των φαλλάγγων, την εικόνα 'αλιτοπίπερου' στα οστά του θόλου του κρανίου, το σκιματισμό κύστεων και τις ελασβετώσεις μαλακών μορίων. Η πηλεκτροδοκτυλία έχει περιγραφεί ως σπάνιο εύρημα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση και συνδέθηκε με περιπτώσεις δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

Περιγραφή πρώτου περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή ηλικίας 29 ετών, ο οποίος υποβάλλεται σε εξωνεφρική κάθαρση από 10/7/1993. Από τον Απρίλιο του 2001, οι κλινικές εκδηλώσεις του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, ήταν έκδηλες ενώ εμφανίσθηκε προοδευτικά, και τουλάχιστον από τριετίας, διόγκωση των ονυχοφόρων φαλλάγγων των δακτύλων. Τον Νοέμβριο του 2001 η τιμή της παραθορμόνης (iPTH) ήταν 2914 pg/ml (φ.τ. 7,6-49,5 pg/ml). Από υπερηχογραφικό έλεγχο παρατηρήθηκε διόγκωση των παραθυρεοειδών (δεξιά κάτω, με διαστάσεις 10x10x17mm, και αριστερά κάτω, με διαστάσεις 8x4x11mm). Από το σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών με ^{99m}Tc αποκαλύφθηκε παθολογικά αυξημένη καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στον κάτω πόλο, τόσο του αριστερού όσο και του δεξιού λοβού του θυρεοειδούς αδένος, ορατή τόσο στην πρώτη όσο και στην όψη η ήψη. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε υφολική παραθυρεοειδεκτομή στις 3/4/02. Μετεγχειρητικά παρουσίασε παρατεταμένη υπασβεσταίμια, η οποία αποκαταστάθηκε προοδευτικά μετά τη χορήγηση Ca++ iv και στη συνέχεια per os. Η βιοψία έδειξε διάχυτη υπερπλησία των παραθυρεοειδών αδένων. Η τιμή της παραθορμόνης παρουσίασε προοδευτική ελάττωση.

Περιγραφή δεύτερου περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή ηλικίας 59 ετών, με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, λόγω πολυκυστικής νόσου των νεφρών, υπό αιμοκάθαρση από 26/9/79. Οι κλινικές και ακτινολογικές εκδηλώσεις του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, ήταν εμφανείς από το 1985 και ο ασθενής υποβλήθηκε διαδοχικά σε παραθυρεοειδεκτομή (1985) με στοιχειακή διάχυτη υπερπλησία των τεσσάρων παραθυρεοειδών και αφαίρεση 5ου παραθυρεοειδούς (21/3/94) με ιστολογική εικόνα δευτεροπαθούς υπερπλησίας υπεράριθμου παραθυρεοειδικού σωματίου. Στις 22/2/96, ενώ ο ασθενής παρουσίαζε έντονα οστικά άλγη και παραμόρφωση του σκελετού, διαπιστώθηκε η ύπαρξη θερμής βλάβης στον κάτω πόλο του δεξιού λοβού, του θυρεοειδούς αδένος (πιθανό νέο αδένωμα) με τιμές παραθορμόνης >1500pg/ml. Από την ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος αποδείχθηκε ότι επρόκειτο για δευτεροπαθή υπερπλησία υπεράριθμου (έκτου) παραθυρεοειδικού σωματίου. Κατά την τελευταία πενταετία της νοσηλείας του παρουσίασε πηλεκτροδοκτυλία όλων των δακτύλων αμφοτερόπλευρα, η οποία δεν διορθώθηκε μετά τις επεμβάσεις παραθυρεοειδεκτομής, ενώ παρατηρήθηκε ύφεση των οστικών άλγων και προοδευτική ελάττωση της τιμής της παραθορμόνης.

Συμπερασματικά: Η εμφάνιση της πηλεκτροδοκτυλίας αποτελεί ασυνήθιστη εκδήλωση του σοβαρού δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού και υποκαρεί ελάχιστα μετά τη διενέργεια παραθυρεοειδεκτομής.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ Na⁺ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΟΡΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΥΟ ΩΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Δ. Γρέκας, Σ. Λιάκος, Ε. Πατρίκαλου, Ι. Καλεβρόσογλου, Α. Ακρτίδου, Κ. Τασιοπούλου, Σ. Βασιλείου, Α. Τουρκαντώνης

Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: η μελέτη έγινε προκειμένου να διερευνηθεί η μεταβολή της συγκέντρωσης του φωσφόρου του ορού σε σχέση με τη μεταβολή της συγκέντρωσης του Na⁺ στο διάλυμα αιμοκάθαρσης.

Ασθενείς-Μέθοδος: στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 10 άρρενες ασθενείς, μη διαβητικοί, μέσης ηλικίας 52±3,9 ετών (από 32 έως 73 ετών), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χρόνια αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά σε αιμοκάθαρση με διάλυμα υψηλής συγκέντρωσης Na⁺ 145mmol/l (Na145) και 2 εβδομάδες μετά με διάλυμα χαμηλής συγκέντρωσης Na⁺ 135mmol/l (Na135). Προσδιορίσθηκαν, πριν την αιμοκάθαρση (χρόνος T0), στο τέλος της συνεδρίας (T1) και 2 ώρες μετά το τέλος της συνεδρίας (T2), οι εξής παράμετροι: Hct, MCV, K⁺ ορού, Na⁺ ορού, P ορού, ουρία, οστικά λευκώματα, ινσουλίνη, αλδοστερόνη, οσμωτική πίεση ορού, pH και ενδοερυθροκυτταρικό Na⁺ και K⁺. Αποτελέσματα: Η διαφορά στα επίπεδα φωσφόρου του ορού δεν ήταν σημαντική στο τέλος της αιμοκάθαρσης (Na145: 2,94±0,75 και Na135: 2,92±0,81mg/dl), ενώ 2 ώρες μετά ο φωσφόρος του ορού ήταν σημαντικά υψηλότερο για Na145 (Na145: 4,54±0,99 και Na135: 3,53±0,88mg/dl, αντίστοιχα, p<0,05). Σημαντική διαφορά (p<0,05) παρατηρήθηκε επίσης και στις παραμέτρους Na⁺ ορού, οσμωτική πίεση ορού, ενδοερυθροκυτταρικό K⁺, K⁺ ορού και αλδοστερόνη, μεταξύ Na145 και Na135 στους χρόνους T1 και T2.

Συμπεράσματα: 1. Η συγκέντρωση φωσφόρου ορού βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερη 2 ώρες μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης (T2) με διάλυμα υψηλής συγκέντρωσης Na⁺ (Na145). 2. Φαίνεται ότι η μεταβολή της οσμωτικής πίεσης και η ανακατανομή του K⁺ μεταξύ ενδοκυττάρου και εξωκυττάρου χώρου συνδέεται με την αύξηση του φωσφόρου του ορού μετά το τέλος της αιμοκάθαρσης.

ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΛΩΠΕΚΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ, ΤΗΣ ΤΙΝΖΑΠΑΡΙΝΗΣ

Ε. Σαρρής, Ε. Τσελέ¹, Γ. Μπαγιατούδη, Δ. Σταυριανάκη, Κ. Σαθηγιγίδης, Μ. Σιακωτός
Νεφρολογικό και Δερματολογικό¹ Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής

Παρουσιάζεται η περίπτωση αιμοκαθαίρομένου ασθενούς ο οποίος παρουσίασε διάχυτη αλωπεκία σαν παρενέργεια σε χορήγηση οικευσόματος ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ) της τινζαπαρίνης. Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 66 ετών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου επί εδδφους σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, ευρισκόμενο σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης από τον Μάρτιο του 2000. Ο ασθενής άρχισε να παρουσιάζει προοδευτικά αυξανόμενη τριχόπτωση ακριβώς 1 χρόνο μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης.

Στο ιστορικό αναμνηστικό υπήρχε ΣΔ τύπου II από εικοσαετίας, ρυθμιζόμενος με ινσουλίνη τα τελευταία 6 χρόνια. Το 1997 παρουσίασε μέτρια αρτηριακή υπέρταση και διαπιστώθηκε έκπτωση νεφρικής λειτουργίας και διαβητική αμφιβλαστροειδοπάθεια. Τρία χρόνια αργότερα εντάχθηκε σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης.

Το πρόγραμμα αιμοκάθαρσης περιελάμβανε 4ωρη συνεδρία, με φίλτρο high flux και διάλυμα διττανθρακικών. Η ανταπτική αγωγή τους πρώτους 9 μήνες επιτυγχάνετο με την χορήγηση 4.000 iu αντι-Χα ενοξαπαρίνης, ενώ 3 μήνες πριν εμφανίσει την τριχόπτωση, διεκόπη η ενοξαπαρίνη και άρχισε η χορήγηση 4.000 iu αντι-Χα τινζαπαρίνης. Στο τέλος των συνεδριών 1 φορά το μήνα χορηγείτο iv σοκροζικός αϊδηρος σε δόση 100mg και ερυθροποιητίνη (iHuEPO) 1000 iu iv τρεις φορές την εβδομάδα. Η φαρμακευτική αγωγή επίσης περιελάμβανε την λήψη ins Humulin NPH, ασπιρίνης, διπυριδαμόλης και ανθρακικού ασβεστίου.

Λόγω της αλωπεκίας παραπέμφθηκε στο δερματολογικό τμήμα του νοσοκομείου μας και κατά την κλινική εξέταση ευρέθη μη σαφώς οφρισόμενη, μη οδυνητική περιοχή με εκσεσημασμένη αλλοία όα παντελή έλλειψη τριχών κατά την δεξιά βρεγματική χώρα. Καθ όλο το τρατώ της κεφαλής, ακόμη και η ελσφρά έλλση των τριχών προκαλούσε εύκολη τριχόπτωση. Ελήφθη βιοψία από την πάσχουσα περιοχή και η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε ατροφικό θύλακο στο θηλώδες χόριο με διευρυμένο στόμιο, πλήρης με τεμάχια κερατίνης. Υπήρχε επίσης ήπια διάμεση φλεγμονώδης διήθηση από λεμφοκύτταρα και πλωινόφιλα. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με τοξική δράση φαρμακευτικής ουσίας.

Κατά τις επόμενες ημέρες σημειώθηκε μαζική απόπτωση μαύρων και γκριζών τριχών, ώστε τελικά απέμειναν αραιές λευκές τρίχες στο τρατώ της κεφαλής. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν τα ακόλουθα: Hb 12,4 g/dl, Λευκά 7.760 με φυσιολογικό τύπο, αιμοπετάλια 204.000, φερριτίνη 425ng/ml, χρόνος Quik 11,21 με μάρτυρα 11,31, APTT 301, οάκκαρο 131mg/dl, ουρία 171mg/dl, κρεατίνη 6,6 mg/dl, AST 12U, ALT 8U, ALP121 IU/L (80-306), Ρευκώματα 75 g/l (αλβουμίνη 44 g/l), IPTH 129 pg/ml (normal 10-65), Na 137mmol/l, K 5.9mmol/l, Ca++ 8.2mg/dl, φωσφόρος 6.3 mg/dl, βιταμίνη B12 412ng/ml (normal 160-1.000), φερριτίνη 425ng/ml (28-397), φυλλικό οξύ 4,7ng/ml, TSH, T3, T4 φυσιολογικά, αντιθυρεοειδικά αντισώματα αρνητικά, ANA, anti DNA αρνητικά.

Η μαζική τριχόπτωση θεωρήθηκε ανεπιθύμητη ενέργεια κάποιου φάρμακου. Από την συνοδική αγωγή του ασθενούς η ηπαρίνη και η ερυθροποιητίνη έχουν αναφερθεί ότι προκαλούν τελογενή τριχόπτωση. Με δεδομένα α) ότι η ερυθροποιητίνη, είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση της αναιμίας των αιμοκαθαίρομένων, β) την πρόσφατη αλλογία του οικευσόματος της ηπαρίνης και γ) την απουσία παρενεργειών της αρχικώς χορηγηθείσας ΗΧΜΒ, αποφασίσθηκε να αντικατασταθεί η τινζαπαρίνη από την ενοξαπαρίνη.

Η κλινική ανταπόκριση ήταν θεαματική, η τριχόπτωση σταμάτησε αμέσως και για τον λόγο αυτό κανένα άλλο φάρμακο δεν αντικαταστάθηκε ή διακόπηκε. Ο ασθενής συνέχισε την αιμοκάθαρση με ενοξαπαρίνη και 6 μήνες αργότερα ελήφθη νέα βιοψία από το τρατώ της κεφαλής. Η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε επιδερμίδα φυσιολογική, χωρίς ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις. Στο χόριο υπήρχαν θυλάκια τριχών χωρίς στοιχεία στρωφίας, φλεγμονώδους διηθήσεως η πλώσεως. Στον διάμεσο ιστό δεν υπήρχαν φλεγμονώδεις οβροίσεις η στοιχεία αγγείωσης. Για λόγους ηθικής και δεοντολογίας, δεν έγινε δοκιμασία προκλήσεως πάλι με την τινζαπαρίνη. Δεκαοκτώ μήνες αργότερα ο ασθενής παρουσιάζει μια συνεχιζόμενη επανέκφυση τριχών και πλήρη αποκατάσταση του τρατώ που είχε πριν το επεισόδιο.

Η τινζαπαρίνη δεν έχει αναφερθεί μέχρι τώρα σαν αιτία αλωπεκίας (επικοινωνία με την παρασκευάστρια εταιρεία και αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας).

Η θεαματική κλινική βελτίωση του ασθενούς, η αναστροφή της ιστοπαθολογικής εικόνας και η πλήρης αποκατάσταση του τρατώ παρά την συνεχιζόμενη χορήγηση της ενοξαπαρίνης συγκλίνουν στην άποψη ότι η τινζαπαρίνη πρέπει να θεωρηθεί ως η αιτία της αλωπεκίας.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ν. Ασκηπίδης, Η. Ιωαννίδης, Σ. Σπαΐα, Μ. Παζαρλόγλου, Σ. Πατσάλας, Γ. Βαγιωνάς
Νεφρολογική Κλινική Β' Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκης

Η υπερασβεστιαμία λόγω νεφρικής οστεοδυστροφίας αλλο και κακοήθειας είναι συχνή επιπλοκή των αιμοκαθαίρομένων ασθενών. Η χρήση των διφωσφονικών στην αντιμετώπισή της, αν και αναφέρεται σποραδικά στη βιβλιογραφία, δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Περιγράφουμε τη χρήση διφωσφονικών σε πέντε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς.

Ασθενείς-Μέθοδος: Μελετήθηκαν πέντε αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς (3 Α, 2 Γ), δύο με υπερασβεστιαμία λόγω κακοήθειας και τρεις με υπερασβεστιαμία λόγω νεφρικής οστεοδυστροφίας, οι οποίοι δεν απάντησαν σε άλλους θεραπευτικούς χειρισμούς. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $62,8 \pm 15,2$ έτη, ενώ η μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης ήταν $49,2 \pm 36,6$ μήνες. Ελήχθηκαν τα επίπεδα Ca και P ορού, οι βιοχημικοί δείκτες οστικού μεταβολισμού πριν και μετά τη χορήγηση διφωσφονικών, καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Στους ασθενείς με κακοήθεια χορηγήθηκε αρχικά per os αιθεδρονάτη, και αργότερα παμιδρονάτη 15 mg ΕΦ. Οι άλλοι τρεις ασθενείς έλαβαν εξ αρχής παμιδρονάτη 15 mg ΕΦ. Έγιναν τακτικοί προσδιορισμοί Ca και P για την εκτίμηση του αποτελέσματος και τον προσδιορισμό του χρόνου της επόμενης δόσης.

Αποτελέσματα: Η από του στόματος χορήγηση διφωσφονικών συνοδεύονταν από γαστρεντερικά ενοχλήματα σε όλους τους ασθενείς, ενώ η ενδοφλέβια χορήγηση ήταν γενικά καλά ανεκτή. Κλινικά έκδηλες κρίμπες παρατηρήθηκαν σε 2 ασθενείς, ενώ αληθής υποασβεστιαμία ή υποφωσφαταιμία δεν παρατηρήθηκαν σε κανένα ασθενή.

Τα μέσα επίπεδα Ca προ της χορήγησης ήταν $1,44 \pm 0,16$ mmol/l. Αν και τα επίπεδα Ca μειώθηκαν σε όλους τους ασθενείς, η απάντηση ήταν διαφορετική σε κάθε ασθενή. Οι ασθενείς με κακοήθεια απάντησαν γρηγορότερα (σε 5 ημέρες έναντι 8 ημερών των υπολοίπων) και για περισσότερο χρονικό διάστημα (20 ημέρες έναντι 15 ημερών των υπολοίπων).

Συμπεράσματα: Τα διφωσφονικά είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά σε κάθε περίπτωση υπερασβεστιαμίας που οφείλεται σε κακοήθεια, ενώ η θέση τους στον χειρισμό της υπερασβεστιαμίας στη νεφρική οστεοδυστροφία χρειάζεται εκτενέστερη μελέτη, αλλο ο ρόλος τους δεν μπορεί να αποκλειστεί.

ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΜΗΝΟΕΙΔΟΥΣ (ΝΟΣΟΣ KIENBOCK'S) ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ

Δ. Μουτζούρης¹, Α. Ζέρβα¹, Β. Ψυχογιός², Π. Κίννας², Ν. Λαγογιάννης³, Ε. Σταυρουθιάκη⁴ και Θ. Αγραφιώτης¹

Νεφρολογικό τμήμα¹, Μονάδα Άκρας Χείρας Έ Ορθοπαιδικού τμήματος² και τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης³ Γενικού Νοσοκομείου "Ασκληπιείο Βούλας"-Αθήνα

Εισαγωγή: Η άσηπτη νέκρωση του μηνοειδούς (νόσος Kienbock's) θεωρείται ότι οφείλεται σε πλημμελή αιμάτωση του οσταρίου, λόγω ανατομικής δυσπλασίας της σύστοιχης αρτηριακής διακλάδωσης.

Επιγενείς καταστάσεις όπως, η αθηρωμάτωση η αμυλοείδωση κ.α., αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες που επιδεινώνουν σταδιακά (περιγράφονται τέσσερα στάδια εξέλιξης κατά Lichtman) την οστική ισχαιμία, με αποτέλεσμα τη νέκρωση και την αρχιτεκτονική αποδιοργάνωση του οσταρίου και των συναφών αρθρώσεών του.

Η συχνότητα της νόσου δεν έχει προσδιορισθεί.

Ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης, η συμπτωματολογία της, προσομοιάζουσα μερικά προς την κλινική εικόνα συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα, περιλαμβάνει διαβαθμούμενο άλγος, επιτενόμενο κατά τις κινήσεις της άκρας χείρας, δυσχέρεια χειρονακτικής ή γραφικής εργασίας, δυσκαμψία, υποκινητικότητα και οίδημα δακτύλων, κυρίως του αντίχειρα και ανικανότητα λεπτών χειρισμών. Για παρόμοια συμπτωματολογία στη δεξιά άκρα χείρα (άκρο χωρίς αγγειακή προσπέλαση) από 7μήνου, που αποδόθηκε σε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, παραπέμφθηκε στο τμήμα μας αιμοκαθαίρομενος για χειρουργική αντιμετώπιση.

Ασθενής: 68 ετών, σε αιμοκάθαρση από 5ετίας, πρωτοπαθής νεφροπάθεια νεφρογενετικής αιτιολογίας, αποδιδόμενη καθαρή επαρκής (Κτ/Υ 1,32, iPTH 188 pg/ml), σε καλή γενική κατάσταση.

Κατά την αξιολόγηση του ασθενούς, το ΗΜΓράφημα κατέγραψε παθολογική αγωγιμότητα κινητικού κλάδου του μέσου νεύρου πάνω από το μηνοειδές (latency 6,05 msec, Κ.Φ. ? 3,8), αλλά απόλυτα φυσιολογική αισθητική αγωγιμότητα του όθου μέσου νεύρου (latency 1,47 msec, Κ.Φ. ? 3,2), αποκλείοντας τη διάγνωση συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Η ακτινογραφία άκρας χείρας ανέδειξε πυκνωτική-ακτινυτική αθηλοποίηση χωρίς καθίζηση του οστικού όγκου του μηνοειδούς (στάδιο II κατά Lichtman νόσου Kienbock's).

Αντιμετώπιση: Με μικροχειρουργική επέμβαση, από τη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χείρας, έγινε εμφύτευση στο μηνοειδές έμμοχου μοσχεύματος από το περιφερικό άκρο της κερκίδας.

Αποτελέσματα: Η προκλητή επαναγγείωση του μηνοειδούς συνοδεύτηκε από βαθμιαίο περιορισμό της κλινικής συμπτωματολογίας και από φυσιολογοποίηση της ακτινολογικής απεικόνισης του μηνοειδούς. Δεκατέσσερις μήνες μετά την επέμβαση σημειώνεται απουσία άλγους και ποήλι ικανοποιητική κινητική λειτουργικότητα της άκρας χείρας.

Σχόλιο: Η πιθανότητα της (σπάνιας) νόσου Kienbock's θα πρέπει να εξετάζεται σε ελλιπή συμπτωματολογία "συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα" ή σε περιπτώσεις που το ΗΜΓράφημα δεν πιστοποιεί βλάβη καρπιαίου σωλήνα.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΑΜΚ ΚΑΙ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ, ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ, ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ, ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΑ Η΄ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΑ ΩΣ ΜΙΑ-SYNDROME: ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΙ;

Α. Ζέρβα¹, Δ. Μουτζούρης¹, Α. Ποταμιάνου², Κ. Κορωναίος³, Δ-Α. Μουτζούρης⁴, Χ. Ζαχαρόγιαννης¹, Α. Κόκκωνας¹, Ε. Τσιρόγλου², Θ. Αγραφιώτης¹

Νεφρολογικό¹ Τμήμα και Αιματολογικό², Ακτινολογικό³ Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου "Ασκληπιείο Βούλας", Αθήνα

Εισαγωγή: Έχει αποδειχθεί ότι, η Υποθρεψία, η Φλεγμονή και η Αθηρωμάτωση αποτελούν παράγοντες κινδύνου νεφροπάθειας θνητότητας των αιμοκαθαίρομενων.

Υποστηρίζεται ότι, οι παράγοντες αυτοί επιτείνονται από ανεπαρκή ΑΜΚ ή αντίθετα ευθύνονται για αυτήν.

Σκοπός: Ποια η σχέση Επάρκειας ΑΜΚ και Υποθρεψίας, Φλεγμονής Αθηρωμάτωσης, μεμονωμένα και συνδυαστικά ως MIA-syndrome. Τι προκαλεί τι;

Ασθενείς-Μέθοδοι: Παρακολουθήσαμε, για 18 μήνες κατά μέσο όρο, 65 αιμοκαθαίρομενους.

Η θρέψη εκτιμήθηκε με τη μέθοδο υποκειμενικής σφαιρικής αξιολόγησης (ISGA), με προσδιορισμό της μάζας σώματος και με παρακολούθηση της αθροιστικής και CPK ορού.

Η φλεγμονή αξιολογήθηκε με παρακολούθηση της στάθμης CRP, φερριτίνης πλάσματος και LDH ορού και προσδιορισμό των IL-1α, -1β, -2 -6 και TNFα.

Η Αθηρωμάτωση (ως παρουσία αθηρωματικών πλάκων) εκτιμήθηκε με triplex μεγάλων αγγείων (καρτιίδες, υποκλειθίοι, σαρτή, κ. λαγόνιοι, μριαίοι) στους 47 και με C/T ή αγγειογραφία στους 18 ασθενείς.

Σε όλες τις περιπτώσεις η παρακολούθηση των αιματολογικών-βιοχημικών παραμέτρων, της αποδιδόμενης ΑΜΚ (Κτ/Υ - Daugirdas III) και της δραστηριότητας της ΑΜΚ (Κτ/Υ/h) αφορούσε καταγραφή, κατά μέσο όρο, 18 μηνιαίων ελέγχων.

Στο 50,8% των ασθενών, με τυχαία επιλογή, μετρήθηκαν επίσης οι παράγοντες πήξης Ινωδογόνο, D-dimer, PT, INR, aPTT) και οι βιοχημικοί δείκτες οξειδωτικού stress (oxLDL) και καρδιαμυϊκής βλάβης (τροπονίνη T και I).

Αποτελέσματα: Σε 20 ασθενείς (30,8%) διαπιστώθηκε ελαφρά έως σοβαρή υποθρεψία ISGA 1-3). Φλεγμονή εμφανίσαν 26 ασθενείς (40%), ενώ αθηρωμάτωση 40 (61,5%). Σε 14 ασθενείς (21,5%) καταγράφηκε παρουσία και των τριών (υποθρεψία + φλεγμονή + αθηρωμάτωση, MIA-syndrome), ενώ 15 (23,1%) ήταν παντελώς ελεύθεροι αυτών των παραγόντων κινδύνου.

Οι υποθρεπτικοί ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερη θνητότητα (P=0,003), αλλά η αποδιδόμενη ΑΜΚ και η δραστηριότητα ΑΜΚ δεν διέφεραν από τις αντίστοιχες, τόσο των ασθενών με καλή θρέψη, όσο και εκείνων χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου.

Κατά τη μονοδιάστατη λογιστική ανάλυση κατά φθίνουσα εξάρτηση όλων των μελετηθεισών παραμέτρων και των δεκτικών πηκτικότητας, οξειδωτικού stress και καρδιαμυϊκής βλάβης, ο Κτ/Υ δεν αναδείχθηκε ως παράγων κινδύνου υποθρεψίας. Δεν προκύπτει, ουγενώς, επίπτωση της Υποθρεψίας επί της Επάρκειας ΑΜΚ, ούτε το αντίστροφο.

Οι ασθενείς με φλεγμονή παρουσίασαν υψηλότερη θνητότητα (P=0,02), αλλά η αποδιδόμενη ΑΜΚ και η δραστηριότητα ΑΜΚ δεν διέφεραν από τις αντίστοιχες, τόσο των ασθενών χωρίς φλεγμονή, όσο και εκείνων χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου.

Κατά την ως άνω μονοδιάστατη ανάλυση, ο Κτ/Υ δεν αναδείχθηκε ως παράγων κινδύνου φλεγμονής, δεν προκύπτει, ουγενώς, επίπτωση της Φλεγμονής επί της Επάρκειας ΑΜΚ, ούτε το αντίστροφο.

Οι ασθενείς με αθηρωμάτωση παρουσίασαν υψηλότερη θνητότητα (P=0,01) και, με παρόμοια δραστηριότητα ΑΜΚ, χαμηλότερη αποδιδόμενη ΑΜΚ, τόσο σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς αθηρωμάτωση (P=0,009), όσο και με τους ασθενείς χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου (P < 0,05).

Κατά τη μονοδιάστατη λογιστική ανάλυση κατά φθίνουσα εξάρτηση, ο Κτ/Υ αναδείχθηκε ως παράγων κινδύνου αθηρωμάτωσης (wald X² =5,106 P=0,024), κάτι όμως που δεν προέκυψε κατά την πολλαπλή λογιστική ανάλυση.

Διαπιστώθηκε, ουγενώς, επίπτωση της Αθηρωμάτωσης επί της Επάρκειας ΑΜΚ και το αντίστροφο μόνο ως μονοδιάστατη εξάρτηση.

Οι ασθενείς με MIA-syndrome παρουσίασαν υψηλότερη θνητότητα (P=0,000...) και, με παρόμοια δραστηριότητα ΑΜΚ, χαμηλότερη αποδιδόμενη ΑΜΚ, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς κανένα παράγοντα κινδύνου (P=0,049).

Ο Κτ/Υ δεν αναδείχθηκε ως παράγων κινδύνου ανάπτυξης MIA-syndrome (μονοδιάστατη ανάλυση).

Διαπιστώθηκε, ουγενώς, επίπτωση του MIA-syndrome επί της Επάρκειας ΑΜΚ, όχι όμως το αντίστροφο.

Συμπεράσματα: Η Υποθρεψία και η Φλεγμονή αποτελούν παράγοντες θνητότητας, αλλά δεν έχουν επίπτωση επί της Επάρκειας ΑΜΚ, η οποία (αντίστροφα) δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου Υποθρεψίας και Φλεγμονής. Συνεπώς, δεν προκύπτει ότι, η αύξηση της αποδιδόμενης ΑΜΚ, ως προς Κτ/Υ-ουρία, μπορεί να περιορίσει τους δύο αυτούς παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, εάν η αύξηση της αποδιδόμενης ΑΜΚ, όχι ως προς Κτ/Υ-ουρία, αλλά ως προς φλεγμονώδεις παράγοντες, μπορεί να περιορίσει Υποθρεψία-Φλεγμονή μένει προς διερεύνηση.

Η Αθηρωμάτωση, εκτός από παράγων θνητότητας, προκαλεί πώση της αποδιδόμενης ΑΜΚ (Επάρκειας) μέσω (πιθανώς) χαμηλής παροχής A-V fistulae ή καρδιαγγειακής αστάθειας ή υψηλού περιφερικού εγκλωβισμού ουρίας (δερειυνόσοι). Η χαμηλή επάρκεια ΑΜΚ αποτελεί παράγοντα Αθηρωμάτωσης μόνον ως μονοδιάστατη εξάρτηση.

Το MIA-syndrome προκαλεί υψηλότερη θνητότητα και πώση της Επάρκειας ΑΜΚ, η οποία (όμως) δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης MIA-syndrome.

ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Φ. Καρακάσης, Κ. Κακαλιέτρη, Σ. Καπνίσης, Ε. Τζιβίσκου, Μ. Γιαννοπούλου, Σ. Ζιάκκα, Α. Καραμπάτσος, Α. Παπαδημητρίου¹, Ν. Παπαγαλιάνης
Νεφρολογικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ Κοργιαλένιο-Μπενάκειο και Νοσοκομείο Ερρίκος-Ντυνάν¹

Για το κατά πόσον η θεραπεία με πλάσμαφαίρεση είναι ευεργετική στο παρανεοπλασματικό σύνδρομο παρεγκεφαλίδης παρουσιάζουμε τα ακόλουθα δύο περιστατικά.

Ασθενής, γυναίκα 69 ετών, παρουσιάζει από έτους ζάλη, πονοκεφάλους, επιδεινούμενη αδυναμία βόδισης και δυσαρθρία. Πρό 8μήνου διαπιστούται Ca μήτρας και υποβάλλεται σε χειρουργική αφαίρεση της μήτρας. Η κλινική της όμως συμπτωματολογία επιδεινώνεται οπότε σε εργαστηριακό έλεγχο ευρίσκονται:

Anti-Yo : θετικά

Anti-Hu : αρνητικά

MRI εγκεφάλου: Ευρήματα κεντρικού και περιφερικού τύπου ατροφίας.

Η ασθενής υπεβλήθη σε 6 συνεδρίες πλάσμαφαίρεσης-ανοσοπροσρόφησης (3 φορές την εβδομάδα) και σε 2 επιπλέον συνεδρίες απλής πλάσμαφαίρεσης με αλληγή 1,2lt πλάσματος κάθε φορά. Η ασθενής για ένα 4ωρο μετά κάθε συνεδρία εμφάνιζε βελτίωση της γενικής της εικόνας αλλά κατόπιν μετέπητε στην ίδια κατάσταση. Δεν παρουσιάσθηκε επίσης καμία διαφορά στο κλινικό αποτέλεσμα μεταξύ των δύο χρησιμοποιηθέντων μεθόδων δηλ. της ανοσοπροσρόφησης και της απλής πλάσμαφαίρεσης.

Τό δεύτερο περιστατικό αφορά επίσης γυναίκα, 64 ετών, με από έτους έκπτωση του Κ.Ν.Σ συνεχώς επιδεινούμενη με διαταραχή των ανωτέρων εγκεφαλικών λειτουργιών, αδυναμία ορθοστάτησης και ρυθμικές, στερεότυπες χαμηλού εύρους και συνεχείς κινήσεις του προσώπου και των άκρων. Πρό 2μήνου διαπιστούται Ca μήτρας και υποβάλλεται σε χειρουργική αφαίρεση μήτρας με νευρολογική σημειολογία συνεχώς επιδεινούμενη και η οποία απεδόθη σε παρανεοπλασματικό σύνδρομο.

Εργαστηριακός έλεγχος:

MRI εγκεφάλου: Αρτηριοσκληρωτική εγκεφαλοπάθεια και κεντρικού και περιφερικού τύπου εγκεφαλική ατροφία.

Η ασθενής υπεβλήθη σε 5 συνεδρίες απλής πλάσμαφαίρεσης χωρίς όμως βελτίωση της κλινικής της εικόνας.

Συνεπώς η απλή πλάσμαφαίρεση ή ο συνδυασμός της με ανοσοπροσρόφηση δεν φαίνονται να είναι μέθοδοι εκλογής για την θεραπεία των παρανεοπλασματικών συνδρόμων.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΟΞΑΛΟΥΡΙΑ ΤΥΠΟΥ I ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 14 ΕΤΩΝ

Δ.Ν. Σταματιάδης, Σ. Λιονάκη, Π. Γούννη, Ι. Μπόκος, Α. Κωστάκης, Χ.Π. Σταθάκης
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Π.Γ.Ν.Α "Λαϊκό"

Η πρωτοπαθής υπεροξαλιουρία (PHO) είναι σπάνια μεταβολική διαταραχή, κληρονομικώς μεταβιβαζόμενη με τον αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οφείλεται σε έλλειψη ενός από τα δυο ένζυμα, τα οποία εμπλέκονται στο μεταβολισμό του γλυκοξικού οξέος. Ενζυμική ανεπάρκεια στα τμήματα του μεταβολικού δρόμου οδηγεί σε υπερπαραγωγή οξαλικού οξέος και των αλάτων του με αποτέλεσμα την άθροιση τους στα ούρα, το πλάσμα και τους ιστούς. Η νόσος παρουσιάζει ετερογένεια στη φαινοτυπική της έκφραση. Οδηγεί σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και συστηματική οξάλωση με εναπόθεση αλάτων οξαλικού ασβεστίου στα συμπαγή όργανα, τα αγγεία και τον σκελετό.

Ασθενής ηλικίας 14 ετών προσεκομίσθη στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

Το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς ανέφερε πρωτοπαθή υπεροξαλιουρία τύπου I, με υπολειπόμενη δραστηριότητα του ενζύμου 3,8 % με σημαντική ανταπόκριση στη χορήγηση πυριδοξίνης. Μέχρι την ηλικία των εννέα ετών ο ασθενής αναφέρεται να έχει καθαρή κρεατινίνη 110 ml/min με φυσιολογική μορφολογία και μέγεθος νεφρών. Τα επόμενα πέντε έτη, διεκόπη τόσο η παρακολούθησή τους ασθενούς όσο και η χορήγηση της βιταμίνης B6.

Ο ασθενής διατηρούσε υπολειπόμενη διούρηση της τάξης των 1000 ml με οξαλικό πλάσματος 85,7 μmol/L. Ετέθη σε εντατικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης : 6 συνεδρίες την εβδομάδα, 6 ώρες ανά συνεδρία, φίλτρο AN69 με επιφάνεια 2,15 m², KUF : 65ml/h, ΚΟΑ :1100, για δέκα μήνες οπότε και ανεχώρησε για να υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος- νεφρού.

Η φαρμακευτική αγωγή του είχε ως εξής:

Ανθρακικό ασβέστιο 1800 mg/24ωρο per os, sevelamer hydrochloride 2400 mg/24ωρο per os από το δεύτερο μήνα παρακολούθησης, 1250mg πυριδοξίνης ανά 24ωρο per os, ερυθροποιητίνη 9000 IU / εβδομάδα, 1,25(OH)2D3 1μg iv τρεις φορές την εβδομάδα από τον τρίτο μήνα παρακολούθησης.

Η μέτρηση των οξαλικών του ορού έδειξε σημαντική μείωση (85,7 vs 15,5 μmol/L), με διακύμανση στα επίπεδα ενός αιμοκαθαιρόμενου χωρίς την ενζυμική αυτή διαταραχή. Οι δείκτες οστεοδυστροφίας εμφάνισαν βελτίωση και ο ασθενής παρουσίασε αύξηση του ύψους κατά 9 cm, από την 75η στη 93η εκατοστιαία θέση για το φύλο και την ηλικία του. (Pomerance HH: Growth Standards in children. New York, Harper and Row, 1979)

Συμπέρασμα : Η μεταμόσχευση νεφρού ή νεφρού-ήπατος και μελλοντικά η γενετική υποκατάσταση αποτελούν την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς οξάλωσης. Για το ενδιάμεσο όμως διάστημα, το κλασικό σχήμα εξωνεφρικής κάθαρσης είναι ανεπαρκές για ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και γι αυτό απαιτείται εντατική αιμοκάθαρση. Μια τέτοια στρατηγική είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί μακροχρονίως ωστόσο είναι σκόπιμο να εφαρμοσθεί στο διάστημα πριν από προγραμματισμένη μεταμόσχευση.

ΜΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ *ecNOS* ΜΕ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Κ. Λάμνισου¹, Ε. Ψαρά¹, Γ. Στάικος¹, Ε. Σακκά², Σ. Τριγώνης², Κ. Δέλλας³, Π.Ν. Ζηρογιάννης²
¹Τομέας Γενετικής & Βιοτεχνολογίας, Τμήμα Βιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ³Τμήμα Μοριακής Γενετικής, Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου

Η ενδοθηλιακή συνθεσία του NO κωδικοποιείται από το γονίδιο *ecNOS*, που εδράζεται στο χρωμόσωμα 7. Δύο αλληλομόρφοι της γενετικής αυτής θέσης έχουν εντοπιστεί στο εσώνιο 4, το μεγαλύτερο αποτελείται από 5 επαναλήψεις 27 βάσεων και ονομάζεται b (*NOSb*), ενώ το μικρότερο αποτελείται από 4 επαναλήψεις των 27 βάσεων και ονομάζεται a (*NOSa*). Υποστηρίζεται ότι ο γονότυπος aa είναι σπάνιος και σε κάποιους πληθυσμούς, όπως οι Ιάπωνες, έχει θεωρηθεί ότι σχετίζεται με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

Μελέτησαμε τον πολυμορφισμό του γονιδίου *ecNOS4* στον Ελληνικό πληθυσμό σε 105 υγιή άτομα και σε 95 ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι οι συχνότητες των τριών γονοτύπων bb, ba, aa στον Ελληνικό πληθυσμό είναι 0,69, 0,28, 0,03, αντίστοιχα, και συμβαδίζουν με τις συχνότητες που έχουν παρατηρηθεί σε άλλους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς για τον ίδιο πολυμορφισμό. Οι συχνότητες των αντίστοιχων γονοτύπων στους ασθενείς είναι 0,674, 0,263, 0,063. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων (δοκιμασία ομοιότητας Χ²) στον πληθυσμό μας όσον αφορά τον πολυμορφισμό αυτό. Συμπεραίνουμε ότι, αντίθετα με τα αποτελέσματα που έχουν αναφερθεί από Ασιατικούς πληθυσμούς, στον Ελληνικό πληθυσμό (Καυκάσιοι) η γενετική θέση *ecNOSa* δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA* ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΦΠΚ: ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κ. Τζανέτου¹, Γ. Τριανταφύλλης², Τσούτσος², Δ. Πετροπούλου¹, Δ. Γ. Γκαντέρης¹, Ε. Κορομπελιά², Π. Ζηρογιάννης², Ε. Μαλάμου-Λαδά¹

¹Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς"

Η *S. maltophilia* είναι Gram-αρνητικό βακτηρίδιο του περιβάλλοντος, το οποίο έχει συνδεθεί με συνεχώς διευρυνόμενο φάσμα κλινικών συνδρόμων, ιδίως σε ανοσοκατασταθμένους και νοσοκομειακούς ασθενείς. Λίγες μόνο περιπτώσεις περιτονίτιδας από *S. maltophilia* έχουν αναφερθεί σε ασθενείς που υποβάλλονται σε Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ). Παρουσιάζουμε 4 ασθενείς με περιτονίτιδα από *S. maltophilia* κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 ετών, την ευαισθησία των απομονωθέντων στελεχών στα αντιβιοτικά, τα θεραπευτικά σχήματα που χορηγήθηκαν και την έκβαση της θεραπείας. Όλα τα στελέχη που απομονώθηκαν ήταν ευαίσθητα στις trimethoprim-sulfamethoxazole και ticarcillin-clavulanate. Οι 3 από τους 4 ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην αντιμικροβιακή αγωγή και μόνο ο ένας από τους 4 δεν απάντησε στο διπλό αντιμικροβιακό σχήμα, με αποτέλεσμα την αφαίρεση του καθετήρα. Παράγοντες κινδύνου, εκτός από τη νεφρική ανεπάρκεια και την ύπαρξη μόνιμου καθετήρα, δεν τυποποιήθηκαν. Δευτεροπαθείς περιτονίτιδες από βακτήρια και μύκητες, λόγω μακράς χορήγησης αντιβιοτικών, δεν παρατηρήθηκαν σε κανέναν από τους ασθενείς. Συμπερασματικά, πιστεύουμε ότι η έγκαιρη χορήγηση του κατάλληλου συνδυασμού αντιβιοτικών θα μπορούσε να οδηγήσει σε επιτυχή αντιμετώπιση της περιτονίτιδας από *S. maltophilia*, χωρίς να καταστεί αναγκαία η αφαίρεση του περιτοναϊκού καθετήρα, η αντικατάσταση του οποίου θα πρέπει να περιορίζεται στις ανθεκτικές μόνο στη θεραπεία περιπτώσεις.

PSEUDOMONAS (FLAVIMONAS) ORYZIHABITANS: ΕΝΑ ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΣΦΠΚ

Σ. Παπακωνσταντίνου¹, Ε. Ντουρούση¹, Κ. Ιωάννου¹, Α. Καρυώτη², Ν. Κοτζαδάμης¹, Ι. Τσοικηλάκης¹, Α. Κελεσιδής¹, Β. Παπαδόπουλος³, Δ. Τσακίρης¹
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας¹, Μικροβιολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας², Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας³

Η *Pseudomonas (Flavimonas) oryzae* είναι ένας Gram(-) βάκιλλος, σπάνια παθογόνος για τον άνθρωπο, ο οποίος απομονώνεται από διάφορα αντικείμενα σε υγρό περιβάλλον. Προκαλεί κυρίως ενδοσσοκομειακές λοιμώξεις σε ανοσοκατασταθμένους ασθενείς αν και αναφέρονται λοιμώξεις και στο γενικό πληθυσμό. Από το 1977 έχουν αναφερθεί 80 περίπου περιπτώσεις λοιμώξεων από *Pseud.oryzae*, που σχετίζονται με εμφυτευμένα ξένα σώματα (Hickman-καθετήρες, Tenckhoff-καθετήρες, τεχνητές αρθρώσεις). Συχνότερα προκαλούνται σπληνίτις, πνευμονίες, λοιμώξεις μαλακών μορίων και περιτονίτιδες. Σε ασθενείς υπό ΣΦΠΚ έχουν ανακοινωθεί μόνο τέσσερις (4) περιπτώσεις περιτονίτιδας διεθνώς.

Περιγράφεται η πρώτη περίπτωση περιτονίτιδας από *Pseudomonas oryzae*, που έχουμε υπόψη μας, σε ασθενή υπό ΣΦΠΚ, στην Ελλάδα. Άνδρας 22 ετών που υποβάλλεται σε ΣΦΠΚ από έτους, λόγω ΤΣΧΝΑ αγνώστου αιτιολογίας, ο οποίος ήταν σε αγωγή με βανκομυκίνη εξαιτίας πρόσφατης περιτονίτιδας από *Micrococcus*, προσήλθε με ρίγος, υψηλό πυρετό, χαμηλή ΑΠ, διάχυτο κοιλιακό άλγος και θοή περιτοναϊκό έκπληγμα. Επαναχορηγήθηκε δόση εφόδου βανκομυκίνης και ξεκίνησε αγωγή με αμικασίνη. Η κλινική εικόνα παρέμεινε επιβαρυνμένη έως και 72 ώρες μετά την είσοδο. Η καθημέρα περιτοναϊκού υγρού ανέπτυξε *Pseudomonas oryzae* και με βάση το αντιβιογράμμο η αγωγή τροποποιήθηκε σε κεφτριαξόνη ενδοπεριτοναϊκά και αμικασίνη ενδοφλεβίως. Έξι ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας εξήλθε με διαυγή περιτοναϊκό υγρό με σύσταση για συνέχιση της αγωγής για περαιτέρω 21 ημέρες. Δύο μήνες μετά, παραμένει ασυμπτωματικός χωρίς απώλεια υπερδιήθησης, επιβεβαιώνοντας επιτυχή συντηρητική αντιμετώπιση.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΠΟΥ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Σ. Παναγιώτσος, Κ. Κανταρτζή, Δ. Μπαχαράκη, Π. Κρίκη, Ε. Γιαννάτος, Η. Θώδης, Π. Πασιδάκης, Β. Βαργεμέλης
Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική ΔΠΘ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Οι δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν στην κλινική έκβαση των ασθενών σε εξωνεφρική κάθαρση αντιμετωπίζουν ως ανταγωνιστικές τις δύο μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας {Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ) και Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (ΑΚ)}. Πρόσφατα έχει διατυπωθεί η άποψη ότι αν οι δύο μέθοδοι χρησιμοποιηθούν ως συμπληρωματικές θα βελτιώσουν την κλινική έκβαση των ασθενών με τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.

Με σκοπό τη διερεύνηση του αποτελέσματος του συνδυασμού των μεθόδων υποκατάστασης μελετήθηκε αναδρομικά η 5ετής επιβίωση 33 ασθενών (με μέση ηλικία 55 ± 15 έτη), οι οποίοι εντάχθηκαν αρχικά σε ΣΦΠΚ και μεταφέρθηκαν σε Αιμοκάθαρση, σε σύγκριση με την επιβίωση των ασθενών που παρέμειναν στη ΣΦΠΚ (134 ασθενείς, με μέση ηλικία 64 ± 11 έτη) αλλά και αυτών που εντάχθηκαν και παρέμειναν στην ΑΚ (132 ασθενείς με μέση ηλικία 48 ± 16 έτη). Όλοι οι ασθενείς εντάχθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση από την ίδια ομάδα γιατρών με κοινά κριτήρια ένταξης. Οι κύριες αιτίες της μεταφοράς των ασθενών ήταν η υποτροπιάζουσα περιτονίτιδα και η απώλεια της υπερδιήθησης. Ο υπολογισμός της επιβίωσης των τριών ομάδων έγινε με τη μέθοδο Kaplan-Meier και η σύγκρισή τους με τη μέθοδο Log-Rank. Επίσης μελετήθηκε η ύπαρξη ανεξαρτήτων παραγόντων κινδύνου με την εφαρμογή του αναλογικού μοντέλου επιβίωσης κατά Cox (Cox Regression), στο οποίο εκτός από τη μέθοδο υποκατάστασης περιελήφθησαν ως συμμεταβλητές η ηλικία, το φύλο, η συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη και καρδιαγγειακής νοσηρότητας όπως και οι τιμές της αιμοσφαιρίνης, της λευκωματίνης, της συστολικής και διαστολικής Α.Π.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικά αυξημένη επιβίωση στην ομάδα των ασθενών που μεταφέρθηκαν στην ΑΚ σε σχέση με τους ασθενείς που παρέμειναν στη ΣΦΠΚ (Log Rank test $p = 0,0000$), ενώ δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στη σύγκρισή τους με τους ασθενείς που εντάχθηκαν και συνεχίζουν την Αιμοκάθαρση.

Αν και η παρούσα μελέτη είναι αναδρομική, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η έγκαιρη μεταφορά των ασθενών υπό ΣΦΠΚ, επί παρουσίας επιπλοκών της μεθόδου, σε αιμοκάθαρση μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την κλινική έκβασή τους.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΣΦΟΠΕΚ ΠΟΥ ΑΠΕΒΙΩΣΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΕΤΙΛΕΦΡΙΝΗΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΗΣ ΥΠΟΤΑΣΗΣ.

Δ.Ν. Σταματιάδης, Π. Γούνταρη, Α. Μπαλιτσάρη, Σ. Λιονάκη, Ι. Μπόκος, Χ.Π. Σταθάκης
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Π.Γ.ΝΑ "Λαϊκό"

Είναι γνωστό ότι με την ΣΦΟΠΕΚ μπορεί να ελεγχθεί η υπέρταση, όμως μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε συμπτωματική υπόταση. Η χορήγηση υγρών και αλατιού έχουν προταθεί ως θεραπευτική αντιμετώπιση της υπότασης.

Άνδρας 74 ετών υπέρτασικός με άγνωστη πρωτοπαθή νόσο, 4 μήνες μετά από την ένταξη του σε ΣΦΟΠΕΚ ελέγχθηκε σταδιακά η υπέρταση του και η αντιυπερτασική του αγωγή διεκόπη. Στον τελευταίο τακτικό του έλεγχο (10 μήνες μετά την ένταξη του), ο ασθενής βρισκόταν σε πολύ καλή γενική κατάσταση, υποβαλλόταν σε 4 ισότονες αλληλαγές των 2 λίτρων καθημερινά (με uF=700-1700 ml/ημέρα), είχε ΑΠ=140/80, πταν χωρίς οίδημα και ο εργαστηριακός του έλεγχος είχε καταδείξει τα ακόλουθα Ht=33%, WBC=9300/mm, PLT=244.000/mm, Glu=92mg/dl, Ur-a=168mg/dl, Cr=10.7 mg/dl, NA=144mEq/L, K=4.9 mEq/L, Ca=4.7mEq/L, P=7.9 mg/dl, TotProt=7.8g/dl ενώ η ηπατική βιοχημεία του ήταν φυσιολογική. Επίσης ελάμβανε φωσφοροδεσμευτικά, συμπλήρωμα σιδήρου από το στόμα, στατίνη και ερυθροποιητίνη υποδορίως.

Ο ασθενής προσήλθε αιφνιδίως με συμπτωματική υπόταση (ύπτια θέση ΑΠ=85/60, καθιστή θέση ΑΠ=70/50) εργαστηριακά ευρήματα παρόμοια με τα προαναφερθέντα, μικρού βαθμού περικαρδική συλλογή σταθερή καρδιακή λειτουργία και χωρίς ένδειξη ροιμώξεως. Χορηγήθηκε φυσιολογικός όρος και μετά από 3 ημέρες το σωματικό του βάρος αυξήθηκε κατά 2,5 κιλά χωρίς βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Τότε χορηγήθηκε υδροχλωρική ετιλεφρίνη 10 mg 3 φορές ημερησίως. Ακολούθησε βελτίωση της κλινικής του κατάστασης (ΑΠ=100/80) και ενώ ήταν έτοιμος να εξέλθει του νοσοκομείου παρουσίασε κοιλιακό άλγος με εικόνα ειλεού, αιματηρές κενώσεις και αιματηρό στομαχικό περιεχόμενο. Η ΑΠ του ασθενή ήταν 55mmHg και για να διατηρηθεί του χορηγήθηκε φυσιολογικός όρος και Dopamine. Ο έλεγχος του ασθενή δεν κατέδειξε καρδιακή δυσλειτουργία ούτε αθρόα απώλεια αίματος (αιματοκρίτης 34%) η ροιμώξη. Το περιτοναϊκό υγρό ήταν θολό με κύτταρα <50 και στείρο. Λόγω της ραγδαίας επιδείνωσης της οξείας κοιλίας ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου διαπιστώθηκε εκτεταμένη θρόμβωση μεσεντερίου αρτηρίας. Ο ασθενής δεν επιβίωσε του χειρουργείου.

Πολλοπλά ερωτήματα υπάρχουν όσον αφορά την αιτιολογία και την θεραπεία της εμμένουσας υπότασης σε περιτοναϊκούς ασθενείς. Η παθοφυσιολογία του φαινομένου είναι ασαφής και η βιβλιογραφία φτωχή. Στο περιστατικό μας ένα ήπιο αγγειοσπαστικό φάρμακο θεωρήθηκε απαραίτητο, αφού η φόρτιση με νάτριο και νερό απέτυχε. Η αρχική καλή ανταπόκριση που ακολουθήθηκε από μια βαρεία κατάσταση του άρρωστου, μπορεί να ήταν το επακόλουθο της χαμηλής αρτηριακής πίεσης σε συνδυασμό με την χορήγηση των αγγειοσπαστικών, με αποτέλεσμα την εκτεταμένη θρόμβωση της μεσεντερίου αρτηρίας.

Τίθεται λοιπόν το ερώτημα, ποια θα πρέπει να είναι η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπότασης των ασθενών σε ΣΦΟΠΕΚ εφόσον δεν ανταποκρίνονται στην αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου;

ΚΡΥΟΙΝΩΔΟΓΟΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΣΦΠΚ ΜΕ ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCCH-SCHONLEIN

Ε. Αλεξόπουλος, Δ. Κιρμιζής, Γ. Βισβάρδης, Α. Φυλάκτου¹, Ν. Φιλάρης², Δ. Μέμμος
Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Εργαστήριο Ανοσολογίας¹ και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο², ΓΠΝΘ Ιπποκράτειο

Η κρυοινωδογοναιμία (ΚΙ) αποτελεί μια σπάνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό κρυοζήματος και κλινικές εκδηλώσεις που ποικίλουν από απουσία συμπτωμάτων έως θρομβοεμβολικά φαινόμενα από το δέρμα και τα σπλάγχνα. Παρουσιάζουμε την περίπτωση γυναίκας ηλικίας 60 ετών με ΧΝΑ τελικού σταδίου υπό συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) κατά τα δύο τελευταία έτη, με πρωτοπαθές νόσημα πορφύρα Henoch-Schonlein. Η ασθενής προσήλθε με δεκαδική πυρετική κίνηση, αρθραλγίες, αίσθημα κακουχίας, άλγος στην δεξιά γαστροκνημία και ισχαιμική νέκρωση της τελικής φάλαγγας δύο δακτύλων. Κατά την εισαγωγή της διαπιστώθηκε ΑΠ=180/90 mmHg, Θ=37,3C και ψηλαφητές σφύξεις σ' όλη τα άκρα. Από τον έλεγχο του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος του ηπιακού μηχανισμού ήταν φυσιολογικός. Ο έλεγχος για ιογενείς ροιμώξεις απέβη αρνητικός. Από τον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν αντιπυρηνικά αντισώματα θετικά (1:80), αντι-dsDNA αρνητικά, ANCA αρνητικά, αντιπηκτικό του πύκου αρνητικό, αντικαρδιολιπινικά αντισώματα αρνητικά και φυσιολογικά επίπεδα συμπληρώματος του ορού. Τα επίπεδα ομοκυστεΐνης του ορού ήταν επίσης εντός φυσιολογικών ορίων. Η οστεομετρική βιοψία έδειξε φυσιολογικά ευρήματα. Διαπιστώθηκε επίσης άμεση δοκιμασία Coombs θετική, υψηλά επίπεδα CRP (150 mg/L) και αυξημένα επίπεδα κρυοσφαιρινών (IgG, R τύπου) στον ορό. Ο έλεγχος για κρυοινωδογόνο στο πλάσμα απέβη έντονα θετικός.

Η διάγνωση της ΚΙ ετέθη και η ασθενής ξεκίνησε αγωγή με πρεδνιζολόνη, κυκλοφωσφαμίδη και συνεδρίες πλάσμαφαίρεσης. Οι φάλαγγες των δακτύλων με τις περιχαρακωμένες ισχαιμικές νέκρωσεις χρειάστηκαν ακρωτηριασμό. Με την θεραπεία, τα συμπτώματα εμφάνισαν ύφεση, ενώ και οι κρυοπρωτεΐνες σύντομα έγιναν μη ανιχνεύσιμες.

ΤΟ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ STRESS ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Ειρ. Κωνσταντινίδου¹, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Δ. Περρέας², Α. Τριανταφύλλου², Β. Φιλιδίου¹, Ε. Σταματάκη¹, Α. Κωστάκης¹, Χ.Π. Σταθάκης¹

¹Μεταμοσχευτικό Κέντρο "Λαϊκού" Νοσοκομείου, Αθήνα, ²Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Είναι γνωστό ότι το οξειδωτικό stress αποτελεί βλαπτική κατάσταση για τον ανθρώπινο οργανισμό και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεση πλήθους εκφυλιστικών καταστάσεων (πχ αθηρωμάτωση, νευροεκφύλιση, καρκίνος). Σε ό,τι αφορά την εμπλοκή του στη νεφρική λειτουργία κατά την απώτερη μετά τη μεταμόσχευση νεφρού περίοδο υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης νεφρικής λειτουργίας και βαθμού οξειδωτικού stress σε σταθεροποιημένους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού.

Μελετήθηκαν 20 ασθενείς, μέσης ηλικίας 46,3 ετών, οι οποίοι ευρίσκοντο κατά μέσο όρο 7,1 έτη μετά τη μεταμόσχευση νεφρού. Σε όλους τους ασθενείς προσδιορίσθηκαν τα επίπεδα της μαλονδιαλδεϋδής (MDA) του ορού, που αποτελεί δείκτη οξειδωσης των λιπαρών οξέων και κατ'επέκταση δείκτη του οξειδωτικού stress, πριν και κατά τη διάρκεια 12 μηνών θεραπείας με φλουβαστατίνη. Η φλουβαστατίνη έχει αντιοξειδωτική δράση, που αποδίδεται στην απομάκρυνση της παθιακής LDL από την κυκλοφορία και τη σύνδεσή της με τα φωσφολιπίδια της επιφάνειας του μορίου της LDL, σύνδεση που προστατεύει τον πυρήνα του μορίου από την είσοδο οξειδωτικών ουσιών. Η επίδραση του οξειδωτικού stress στη νεφρική λειτουργία εκτιμήθηκε από τη μεταβολή του ρυθμού απειραματικής διήθησης, όπως αυτός κρίθηκε από την υπολογιζόμενη κάθαρση κρεατινίνης, σε διάστημα 18 μηνών πριν, καθώς και στη διάρκεια των 12 μηνών θεραπείας με φλουβαστατίνη, οπότε και γίνονταν προσδιορισμοί της MDA.

Η MDA του ορού των μεταμοσχευμένων της μελέτης ήταν πριν από τη χορήγηση της φλουβαστατίνης ιδιαίτερα αυξημένη, και συγκεκριμένα 3 φορές περίπου υψηλότερη από εκείνη των φυσιολογικών ατόμων. Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική ελάττωσή της ήδη από τον 1ο μήνα χορήγησης του φαρμάκου. Η MDA μειώθηκε τον 1ο μήνα κατά 34,0% ($M \pm SEM$ από $3,48 \pm 0,34$ σε $1,91 \pm 0,21$ nmol/ml, $p=0,006$) και στο τέλος της παρακολούθησης κατά 41,8% (από $3,48 \pm 0,34$ σε $1,81 \pm 0,12$ nmol/ml, $p=0,00002$). Ο ρυθμός απειραματικής διήθησης, ο οποίος παρουσίαζε ελάττωση με ρυθμό $0,32 \pm 0,14$ ml/min/μήνα κατά τη διάρκεια των 18 μηνών πριν από τη μείωση της MDA, αυξήθηκε κατά $0,34 \pm 0,15$ ml/min/μήνα στη διάρκεια των 12 μηνών που καταγράφηκε μείωση της MDA ($p=0,019$). Όσον αφορά τις λιπιδαιμικές παραμέτρους του ορού, στη διάρκεια της 12μηνιας θεραπείας με φλουβαστατίνη παρατηρήθηκε ελάττωση της ολικής χοληστερόλης (-18,4% στο τέλος της παρακολούθησης), της LDL-χοληστερόλης (-24,1%), της απολιποπρωτεΐνης Β (-22,7%) και των τριγλυκεριδίων (-17,7%). Η αναζήτηση σχέσης μεταξύ των μεταβολών της MDA και άλλων παραμέτρων έδειξε θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της MDA και της ολικής χοληστερόλης, της LDL-χοληστερόλης, της απολιποπρωτεΐνης Β και του ουρικού οξέος.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα οξειδωτικού stress. Η μείωση του οξειδωτικού stress μετά τη μεταμόσχευση με τη χορήγηση φλουβαστατίνης, μείωση η οποία εν μέρει μπορεί να αποδοθεί σε μεταβολές των επιπέδων της LDL, φαίνεται ότι συνοδεύεται από αύξηση του ρυθμού απειραματικής διήθησης. Κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση του οξειδωτικού stress θα μπορούσε να οδηγήσει σε βελτίωση της μακροχρόνιας επιβίωσης των νεφρικών μοσχευμάτων.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ;
Π. Ανάσας, Κ. Ανδρικόπου, Α. Τζουγανάτου, Κ. Συργιάννης, Χ. Πελεκάνος, Κ. Τσελέπη, Γ. Σοβωμού

Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Σπάρτης, Χειρουργικό Τμήμα ΓΝ Σπάρτης

Αν και η Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΟΝΑ) συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό θνησιμότητας (>40-50%), εντούτοις δεν υπάρχουν πολλές συγκριτικές αναφορές στην βιβλιογραφία, για τον ενδεδειγμένο τρόπο επεμβατικής αντιμετώπισης της.

Με σκοπό τον εντοπισμό της ιδανικής υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στην ΟΝΑ, μελετήσαμε 40 ασθενείς (μέση ηλικία $67,03 \pm 3,10$), που την τελευταία διετία νοσηλεύθηκαν παρ'ημίν με οξεία ολιγοουρία, ένεκα χειρουργικού νοσήματος (26/40) ή καρδιακής βλάβης (14/40). Εικοσι οκτώ ασθενείς (μέσης ηλικίας $65,26 \pm 2,43$) αντιμετωπίσθηκαν με διαλειπούσα αιμοκάθαρση (τετράωρη κλασσική αιμοκάθαρση με διττανθρακικά και κλιμακωτή αγωγιμότητα), ενώ είκοσι ασθενείς (μέσης ηλικίας $68,33 \pm 5,64$), που ήσαν και οι πλέον επιβαρυνόμενοι κλινικά, ετέθησαν σε διαλειπούσα περιτοναϊκή κάθαρση (επιαναλαμβανόμενοι κύκλοι τριών ημερών με 12 αλλαγές των 2-4 λίτρων ημερησίως). Για την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης χρησιμοποιήθηκαν χρόνιοι καθετήρες, που τοποθετήθηκαν λαπαροσκοπικά με μέθοδο που πρόσφατα έχει περιγραφεί από ημάς.

Η εκτιμώμενη κάθαρση της ουρίας ήταν περίπου η ίδια και για τις δύο μεθόδους και κυμάνθηκε γύρω στα 25 ml/min ημερησίως. Όμως, οι ασθενείς της περιτοναϊκής κάθαρσης ανέρρωσαν γρηγορότερα από τους ασθενείς της διαλειπούσας αιμοκάθαρσης (12/20 ασθενείς ξεπέρασαν την ολιγοουρία σε χρόνο < 10 ημερών), εμφάνισαν χαμηλότερη διακύμανση του ξηρού Σωματικού τους Βάρους ($1,2 \pm 0,7$ έναντι $5,3 \pm 2,1$ της ΔΑΚ) και ηπιότερες διαταραχές της ΜέσηςΑρτηριακής Πίεσης (1 υποτασικό επεισόδιο έναντι 37 των ασθενών της ΔΑΚ). Οι ίδιοι ασθενείς εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από τους ασθενείς της διαλειπούσας αιμοκάθαρσης (15% έναντι 21,43%) και μάλιστα κανένας από τους θανάτους των ασθενών της περιτοναϊκής δεν οφειλόταν σε σήψη (σ'αντίθεση με 3/8 ασθενείς της διαλειπούσας αιμοκάθαρσης που απεβίωσαν ένεκα μη ελεγχόμενης σήψης).

Φαίνεται ότι, όταν εξασφαλισθεί άμεση πρόσβαση στην περιτοναϊκή κοιλότητα με ειδική τεχνική και χρόνιους καθετήρες, η περιτοναϊκή κάθαρση είναι ασφαλής, αξιόπιστη, αποδοτική και φτηνή μέθοδος για τους ασθενείς με ΟΝΑ.

ΝΟΣΟΣ FABRY. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έ. Κολλιούση, Α. Ανδρίκος, Ρ. Καθαϊτζίδης, Δ. Πατσιούρας, Μ. Οικονόμου, Μ. Ρίζου, Κ.Π. Κατωπόδης, Μ. Παππάς, Κ.Χ. Σιαμόπουλος

Νεφρολογικές Κλινικές Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και Γενικού Νοσοκομείου "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων

Η νόσος του Fabry είναι ένα σπάνιο φυλοσύνδετο μεταβολικό νόσημα με κύρια διαταραχή την έλλειψη του ενζύμου α-Γαλακτοσιδάση Α (α-Gal A) η οποία οδηγεί σε συσσώρευση γλυκοσφιγγολιπιδίων σε όλους τους ιστούς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία πολλών οργάνων, σημαντικότερα των οποίων είναι η καρδιά και οι νεφροί. Οι κλινικές εκδηλώσεις ωστόσο ποικίλουν ακόμη και σε ασθενείς που έχουν την ίδια γονιδιακή μετάλλαξη. Τα τελευταία χρόνια η νόσος αντιμετωπίζεται με την χορήγηση ανασυνδυασμένης α-Gal A. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας από 3 ασθενείς (2 αδέρφια και ο ανιψιός τους) με νόσο του Fabry, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης του ενζύμου με Αγαλοσιδάση Βήτα. Και οι 3 ασθενείς έχουν την ίδια γονιδιακή μετάλλαξη (T384P), παρόμοια επίπεδα α-Gal A πλάσματος, διαφορετική όμως φαινοτυπική εκδήλωση. Ο πρώτος ασθενής, 50 ετών, εγκατέστησε ΧΝΑ τελικού σταδίου και βρίσκεται από έτους σε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης. Είχε επίσης λευκωματουρία (1500 mg/24h), αρτηριακή υπέρταση, καρδιομεγαλία και αρρυθμίες. Ο δεύτερος ασθενής, 52 ετών, εμφανίζει έκπτωση νεφρικής λειτουργίας χωρίς λευκωματουρία. Είχε αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο ενός αγγείου και βραδυκαρδία που έκανε αναγκαία την τοποθέτηση βηματοδότη. Ο τρίτος ασθενής, 35 ετών, παρουσίασε λεμφοίδημα κάτω άκρων, λευκωματουρία (600 mg/24h), φυσιολογική νεφρική λειτουργία με χαρακτηριστικές αλλοιώσεις για τη νόσο στη βιοψία νεφρού χωρίς αρτηριακή υπέρταση. Οι δύο πρώτοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία με Αγαλοσιδάση Βήτα από έτους, ο τρίτος από 2μήνου με το εξής δοσολογικό σχήμα: 1mg/kg ΒΞ ανά 15 ημέρες. Στον πρώτο ασθενή υπολογίσαμε την εβδομαδιαία κάθαρση κρεατινίνης της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας (wKt) και του περιτοναίου (wPCl) και το κt/V της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας (wKt/V) και του περιτοναίου (wPkt/V). Στον δεύτερο ασθενή υπολογίσαμε την κάθαρση κρεατινίνης μέσω 24ωρης ουρήθρας ούρων. Οι μετρήσεις έγιναν πριν την έναρξη θεραπείας και στους χρόνους: 1%, 3, 6, 12 μήνες. Επίσης οι δυο αυτοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε Echo καρδιάς πριν την έναρξη της θεραπείας και μετά από 12 μήνες. Ο πρώτος ασθενής παρουσίασε μια σημαντική αύξηση τόσο του wKt/V όσο και της wCl μετά από 1% μήνα θεραπείας 10,81 → 2,31 και 26 l/w1,73m² → 78 l/w1,73 m² αντίστοιχα. Οι τιμές παρέμειναν στα επίπεδα αυτά για 6 μήνες ενώ μετά από 12 μήνες παρουσίασαν μια μικρή πτώση στο 1,55 και 60 l/w1,73m² αντίστοιχα. Το wPkt/V και η wPCl παρέμειναν σταθερά με μια μικρή πτώση αναμενόμενη για ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (1,56 → 1,04 και 33,2 l/w1,73 m² → 26,5 l/w1,73 m² αντίστοιχα). Στον ασθενή με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας οι τιμές κάθαρσης κρεατινίνης παρέμειναν σταθερές με μια μικρή τόσο αύξησης στο διάστημα των 12 μηνών θεραπείας (45 ml/min → 55 ml/min). Όσον αφορά τα υπερηχογραφικά ευρήματα της καρδιάς στον πρώτο ασθενή βρέθηκε μια μείωση της καρδιακής μάζας από 430g σε 326g ενώ το κλάσμα εξώθησης παρέμεινε σχεδόν σταθερό (EF: 47% → 50%). Στον δεύτερο ασθενή δεν υπήρξε ιδιαίτερη μείωση της καρδιακής μάζας (503 g → 461 g) αλλά παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του EF (46% → 56%). Και στους δυο ασθενείς σημειώθηκε βελτίωση του ειδικού δείκτη εκτίμησης συστολικής και διαστολικής λειτουργίας Tei-index 10,93 → 0,83½1 → 0,86). Παρατηρήθηκαν επίσης περαιτέρω ευεργετικά φαινόμενα όπως βελτίωση επεισοδίων ιλιγγίου και εμφάνιση εφίδρωσης στο 2ο ασθενή. Οι ασθενείς ανέχονται καλά τη θεραπεία. Οι παρενέργειες κυρίως στην 5η έως 10η έγχυση ήταν ήπιες και αναμενόμενες.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με νόσο του Fabry ακόμη και αν έχουν την ίδια μετάλλαξη του γονιδίου μπορεί να παρουσιάσουν διαφορετικό φαινότυπο. Η θεραπεία υποκατάστασης του ενζύμου με Αγαλοσιδάση Βήτα φαίνεται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην νεφρική όσο και στην καρδιακή λειτουργία.

MALT ΛΕΜΦΩΜΑ ΝΕΦΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Σταυρουλόπουλος, Σ. Κατσούδας, Α. Γεωργακόπουλος, Ι. Κακάβας,
Νεφρολογικό Τμήμα "Ιπποκράτειου" Π.Γ.Ν. Αθηνών

Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας 52 ετών με ιστορικό Αρτ. Υπέρτασης και Σακχ. Διαβήτη τύπου II από 12ετίας, η οποία εισήχθη για διερεύνηση μικροσκοπικής αιματοουρίας, λευκωματουρίας και έκπτωσης νεφρικής λειτουργίας. Λόγω απουσίας διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και παρουσίας αιματοουρίας υπεβλήθη σε βιοψία νεφρού. Διαπιστώθηκαν σημαντικές και γενικευμένες βλάβες νεφροσκληρώσεως καθώς και διήθηση του νεφρικού παρεγχύματος και του περινεφρικού λιπώδη ιστού από Β μη Hodgkin λέμφωμα με επιμέρους μορφολογικά γνωρίσματα τύπου MALT λεμφώματος (Mucose associated lymphoid tissue lymphoma).

Λόγω της ασυνήθους εντοπίσεως του λεμφώματος υπεβλήθη σε συμπληρωματικό έλεγχο προς ανεύρεση πιθανής πρωτοπαθούς εστίας, χωρίς να διαπιστωθεί άλλη θέση ανάπτυξης του.

Υπεβλήθη αρχικά σε θεραπεία με σχήμα CHOP (κυκλοφωσφαμίδη, δοξορουμικίνη, βινκριστίνη, πρεδνιζολόνη) και σε νέα βιοψία νεφρού μετά το πέρας της θεραπείας εξακολούθησε η διήθηση από το MALT λέμφωμα. Νέος έλεγχος δεν ανέδειξε άλλη εστία λεμφώματος.

Λόγω μη ανταπόκρισης στη θεραπεία χορηγήθηκε χλωραμβουκίνη για ένα έτος και μονοκλωνικό αντί CD-20 (ριτουξιμάμπη) για εξή μήνες. Με την ολοκλήρωση της θεραπείας διεργήθηκε νέα βιοψία νεφρού και σε έλεγχο πολλαπλών ιστολογικών τομών δεν παρατηρήθηκε πλέον λεμφωματική διήθηση.

Συζητείται η σπανιότητα του περιστατικού και ανασκοπείται η βιβλιογραφία για παρόμοιες περιπτώσεις.

ΜΕΜΒΡΑΝΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOEGREN

Α. Φατούρου¹, Ε. Σακκά¹, Η. Κυρίτσας¹, Ν. Αφεντάκης¹, Κ. Τζανέτου², Χ. Βουρλάκου³, Γ. Τζούφας⁴, Π.Ν. Ζηρογιάννης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ²Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", ³Νεφροπαθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο Ευαγγελισμός"

Το σύνδρομο Sjogren είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος του συνδετικού ιστού που χαρακτηρίζεται από λεμφοκυτταρική διήθηση των εξωκρινών αδένων. Παρόλο αυτά, η νόσος είναι δυνατό να προσβάλλει και διάφορα μη-εξωκρινή όργανα, όπως το δέρμα, το πνεύμονα, το γαστρεντερικό, το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα και το νεφρό. Η προσβολή του σπειράματος στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren είναι σπάνια. Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας στο Medline μέχρι τον Οκτώβριο του 2002, ανευρέθηκαν 5 περιπτώσεις μεμβρανοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας σε πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren.

Παρουσιάζεται μία ακόμη περίπτωση ασθενούς ηλικίας 53 ετών με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren, το οποίο εκδηλώθηκε με βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο, οίδημα κάτω άκρων, χωρίς άλλα συνοδά ενοσήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για νόσο του συνδετικού ιστού. Η βιοψία νεφρού έδειξε αλλοιώσεις μεμβρανοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας. Η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με πρεδνιζόνη και κυκλοφωσφαμίδη, με αποτέλεσμα θεαματική ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου 6 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής.

Η ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΚΑΛΟΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Φ. Καρακάσης, Σ. Κουντούρης, Σ. Ζιάκκα, Χ. Δουλιγεράκης, Σ. Καπνίσης, Ε. Τζιβιάκου, Α. Καραμπάτσος, Ν. Παπαγαλιάνης.

Νεφρολογικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ Κοργιαλένειο-Μπενάκειο

Στο εάν η καλοήθης ιδιοπαθής υπέρταση, προκαλεί νεφρική βλάβη, στα άτομα της λευκής φυλής αποτελεί πεδίο συγκρούσεων. Σας παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη νεφρολογική κλινική του νοσοκομείου μας με καλοήθης ιδιοπαθή υπέρταση και Χ.Ν.Α. Ο πρώτος ασθενής είναι άρρην 54 ετών με ελεύθερο ιστορικό, που σε κρίση οξείας δύσπνοιας επισκέπτεται ιδιώτη παθολόγο, όπου διαπιστώνεται υπέρταση (ΣΑΠ @ 220 mmHg) και από τον εργαστηριακό έλεγχο: Ητ: 33,3 %, ουρία : 134 mg/dl και του συνιστάται έναρξη θεραπευτικής αγωγής με ΑΜΕΑ, διουρητικά και ανταγωνιστή ασβεστίου. Με την ανωτέρω αγωγή ο ασθενής αναφέρει ύφεση των συμπτωμάτων και καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Μετά 15θήμερο προσέρχεται στην κλινική μας με: Ητ: 27%, ουρία : 400 mg/dl, κρεατινίνη : 7,2 mg/dl. Από την γεν. ούρων : Ε.Β: 1012, ενεργό ίζημα και ρεύκωμα ούρων 24ώρου @ 1gr. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος και ο έλεγχος για δευτεροπαθή υπέρταση αποβαίνει αρνητικός ενώ στη βιοψία νεφρού παρατηρούνται 10 σπειράματα, 6 από τα οποία έχουν σκληρυνθεί και παρουσιάζουν εικόνα υαλίνωσης. Τα λοιπά σπειράματα εμφανίζουν αύξηση της μεσαγγειακής ουσίας. Αρτηρίδια και αρτηρίες μικρού μεγέθους εμφανίζουν αλλοιώσεις υαλίνωσης. Ο ασθενής εξέρχεται από την κλινική μας με κρεατινίνη : 3,8 mg/dl και κορτιζόλη ούρων: 136 mmol/24h και καλή ρύθμιση της Α.Π υπό μπεναζεπρίλη 20 mg ημερησίως και κορτιζοθεραπεία. Εκτοτε επί ένα έτος παρακολουθείται στα Ε.Ι της κλινικής μας με καλή ρύθμιση της Α.Π υπό την ίδια αγωγή και σταθερή κρεατινίνη ορού.

Ο δεύτερος ασθενής και αυτός άρρην, 56 ετών, παχύσαρκος, βαρύς καπνιστής, με αναφερόμενη μείωση οράσεως την τελευταία διατία προσήλθε στην κλινική μας λόγω υπέρτασης και έκπτωσης νεφρικής λειτουργίας. Από το ιστορικό του αναφέρεται υπέρταση από 18ετίας, υπό αγωγή περιστασιακά την τελευταία 10ετία μη επαρκώς ρυθμιζόμενη και με τρία επεισόδια πνευμονικών οιδημάτων και νυκτουρία από 2ετίας. Από τον εργ. έλεγχο: Ητ: 27,6%, BUN: 85mg/dl, κρεατ.: 6,4 mg/dl, γεν. ούρων με ενεργό ίζημα, λευκ. ούρων 24ώρου: 0,7gr. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος καθώς και ο έλεγχος για δευτεροπαθή υπέρταση απέβησαν αρνητικοί. Στην βιοψία νεφρού παρατηρήθηκαν 44 σπειράματα από τα οποία τα 36 έχουν πλήρως σκληρυνθεί. Τα λοιπά διατηρούνται φυσιολογικά ή παρουσιάζουν ήπιες ισχαιμικές αλλοιώσεις. Το διάμεσο υποστρώμα παρουσιάζει ίνωση τα δε ουροφόρα σωληνάκια ατροφικού και ισχαιμικού τύπου αλλοιώσεις. Αρτηρίδια και αρτηρίες μικρού, μετρίου και μεγάλου βαθμού με πάχυνση του τοιχώματος. Στα αρτηρίδια και σε αρτηρίες μικρού μεγέθους η πάχυνση είναι συγκεντρική. Από τον ανοφθορισμό : θετική χρώση για IgM στο μεσόγγειο με λεπτοκοκκώδη κατανομή. Το C3 παρουσιάζει θετικότητα στο τοίχωμα κυρίως των αρτηριδίων. Ο ασθενής εξέρχεται με κρεατ.: 6,7 και καλή ρύθμιση της Α.Π υπό ανταγωνιστή ασβεστίου και κλονιδίνη. Εκτοτε παρακολουθείται στα Ε.Ι της κλινικής μας επί 1 έτος περίπου με ποθύ καλή ρύθμιση της Α.Π υπό την ίδια αγωγή και με σταθερή νεφρική λειτουργία.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Ι. Τσουκνικός, Κ. Ιωάννου, Ε. Ντουρούση, Σ. Παπακωνσταντίνου, Α. Κελεσιδής, Ν. Κοτζαδάκης, Δ. Τσακίρης

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Βέροιας

Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου που προάγει την αθηροσκλήρωση και οδηγεί σε αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα. Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσουμε τη δυσλιπιδαιμία και την αντιμετώπιση της σε διαβητικούς πριν την αιμοκάθαρση ασθενείς στο Εξωτερικό Ιατρείο (ΕΙ) του τμήματος.

Μελετήθηκαν 75 διαβητικοί τύπου II που είχαν μία τουλάχιστον επίσκεψη και έλεγχο στο ΕΙ της Κλινικής μας το τελευταίο έτος. Από τους 75 ασθενείς, οι 42 (56%) είχαν επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού ≥ 1.5 mg %). Η ανάλυση έδειξε ότι 68 (91%) από το σύνολο των ασθενών είχαν δυσλιπιδαιμία ή ελάμβαναν ήδη υπολιπιδαιμική αγωγή, σύμφωνα με τις ATP III κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Προγράμματος Επιμόρφωσης για τη Χοληστερόλη (NCEP) των ΗΠΑ (LDL-C < 100 mg/dl). Από τους 68 δυσλιπιδαιμικούς, αγωγή ελάμβαναν οι 33 (49%) και από αυτούς οι 10 (30%) είχαν LDL-C < 100 mg/dl. Στους 29 είχε χορηγηθεί στατίνη και στους 4 φιβράτη. Συνολικά, συνεισώς μόνο 10 από τους 68 δυσλιπιδαιμικούς, διαβητικούς ασθενείς (15%) είχαν LDL-C < 100 mg/dl.

Από τους 42 διαβητικούς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία οι 38 (90%) είχαν δυσλιπιδαιμία και αγωγή ελάμβαναν οι 19 (50%), εκ των οποίων τον θεραπευτικό στόχο πέτυχαν μόνο οι 4 (9,5%). Από τους 42 ασθενείς με έκπτωση της GFR υπερτασικοί (ΑΠ > 130/80 mmHg ή λήψη αντιυπερτασικών) ήταν οι 40 (95%). Από τους υπερτασικούς μόνο οι 7 (18%) είχαν επίπεδα ΑΠ < 130/80 mmHg.

Από το σύνολο των 75 διαβητικών 38 (51%) είχαν ρευκωματουρία ≥ 0.5 gr/24ωρο. Στους 20 από αυτούς είχε χορηγηθεί αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου (27%) και στους 8 ανταγωνιστής των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (11%).

Όσον αφορά τη ρύθμιση του σακχάρου, επίπεδα σακχάρου αίματος < 126 mg/dl είχαν, 27 από το σύνολο των 75 διαβητικών (36%) και 15 από τους 42 με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (40%).

Συμπερασματικά οι διαβητικοί ασθενείς που ήρθαν στο ΕΙ μας υποθεραπεύονταν όσο αφορά τη ρύθμιση της δυσλιπιδαιμίας, της ΑΠ και της ρευκωματουρίας. Οι θεραπευτικοί στόχοι για την LDL-C, την ΑΠ και τη ρευκωματουρία είναι δύσκολο να επιτευχθούν ιδίως σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία και απαιτείται πιο στενή παρακολούθηση και επιθετική αντιμετώπιση.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΙΘΙΑΣΗ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ.

Μ. Μαλλιάρα, Α. Τσιαντούλας, Α. Παρισιάδου, Χ. Καρυπίδης, Κ. Σκλησιδής, Ο. Λιάμος, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κατερίνης

Η νεφρολιθίαση αναφέρεται ως πολύ συνήθης παθολογική κατάσταση στο γενικό πληθυσμό, αγγίζοντας το 5-10% του πληθυσμού της Ευρώπης. Με σκοπό να καταγραφούν και να αιτιολογηθούν τα περιστατικά μας έγινε η παρούσα μελέτη. Από τις 24.333 προσελεύσεις το έτος 2001 στα επείγοντα περιστατικά των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου μας τα 1217 διαγνώσθηκαν κωφικοί νεφρού. Παραπέμφθηκαν στα τακτικά νεφρολογικά ιατρεία 852/1217(70%). Όλοι ασθενείς με ακτινοσκοπικό ήλιο στην απλή ακτινογραφία νεφρών. Άνδρες ήταν 554/852 (65%) με μέση ηλικία τα 65 έτη(διακύμανση 18-86 έτη). Ιδιοπαθή υπέρταση εμφάνιζαν σε ποσοστό 65%(554/852), παχυσαρκία σε ποσοστό 61%(520/852). Οι διαιτητικές συνήθειες στο 80%(682/852) αναφέρθηκαν σύμφωνα με το δυτικό τρόπο ζωής. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο (ιστορικό κλινική εξέταση, αιματολογικός, βιοχημικός έλεγχος, γενική και καθημέρα ούρων, έλεγχος ούρων 24ώρου, παραθормόνη ορού), ο οποίος ολοκληρώθηκε σε δύο επισκέψεις στα νεφρολογικά ιατρεία. Αποτελέσματα: σε ποσοστό 30% (256/852) ήταν το 1ο επεισόδιο λιθίασης. Σε ποσοστό 5%(43/852) οι λίθοι ήταν της ουροδόχου κύστεως. Υπερασβεστιουρία εμφάνιζαν σε ποσοστό 50%(426/852), υπεροξαλιουρία σε ποσοστό 30%(256/852), υπερουρικοζουρία σε ποσοστό 23%(196/852), μικρό όγκο ούρων < 1000cc σε 11%(94/852), χωρίς μεταβολικές διαταραχές 19%(162/852) και παθολογική παραθормόνη σε 3/852. Νεφρική ανεπάρκεια εμφάνιζαν σε ποσοστό 13%(111/852). Οδηγίες για διαιτητικούς περιορισμούς και αυξημένη λήψη υγρών συνειστέθη σε όλους τους ασθενείς. Σε αθηροσκληρωτική και θειαζιδικά διουρητικά μπιάν 75%(639/852) ασθενείς. Σε ουροδόχο χρειάστηκε να παραπεμφθούν 20%(170/852). Εισαχθήσαν για αντιμετώπιση λιθίασης ή απόφραξης σε ποσοστό 33%(281/852). Όλοι θα επανεξεταστούν σε ένα έτος.

Συμπερασματικά, η νεφρολιθίαση είναι πολύ συνηθισμένη πάθηση για την οποία ο ασθενής θα επισκεφθεί τα εξωτερικά νεφρολογικά ιατρεία. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται από νεφρολόγο να είναι πλήρης κλινικοεργαστηριακός ώστε να ταυτοποιείται κατά το δυνατόν η αιτία της λιθίασης και να χορηγείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΧΑΛΑΡΟΔΕΡΜΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χ. Χριστοδουλίδου¹, Γ. Κουτρούμπας¹, Φ. Σότσιου², Κ. Σκρεπετού³, Α. Παντελιδάκη²,
Λ. Δαμιανού¹, Ν. Νικοηοπούλου¹, Β. Χατζηκωνσταντίνου¹

Νεφρολογικό¹, Παθολογοανατομικό² και Δερματολογικό³ τμήμα Π.Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός",
Αθήνα

Η γενικευμένη ελαστούληση ή χαλαροδερμία (Cutis Laxa), είναι μια σπάνια διαταραχή του δέρματος που χαρακτηρίζεται από καταστροφή των ελαστικών ινών του με αποτέλεσμα τη χαλαρότητα και πολλαπλές πτυχώσεις. Παρουσιάζεται με 2 μορφές, την συγγενή και την επίκτητη. Η συγγενής κληρονομείται ως αυτοσωμικός υπολειπόμενος χαρακτήρας συνήθως και σπανιότερα ως φυλοσύνδετος χαρακτήρας. Η επίκτητη μορφή εμφανίζεται σπάνια είτε ως γενικευμένη (τύπος Ι) είτε συχνότερα ως τοπική μετά από προηγούμενη φλεγμονή (τύπος ΙΙ). Μπορεί να συνυπάρχουν εκδηλώσεις από το κυκλοφορικό, γαστρεντερικό, ουρογεννητικό και κατώτερο αναπνευστικό. Η γενικευμένη χαλαροδερμία πολλή σπάνια αναφέρεται σε συνδυασμό με ηλιασματοκυτταρικές δυσκρασίες, συστηματικό ερυθρελάτωμα ήλυκο, λεμφώματα και φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου.

Η περίπτωση που παρουσιάζεται αφορά ασθενή με επίκτητο γενικευμένη μορφή χαλαροδερμίας που εκδήλωσε νεφρωσικό σύνδρομο.

Περιγραφή περίπτωσης: γυναίκα 34 ετών με "πρόωρη γήρανση δέρματος" από 4ετίας παρουσιάστηκε με γενικευμένο οίδημα και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια στην κόπωση και ορθόπνοια από 10ημέρου. Από το ιστορικό της αναφέρει επεισόδια αθηρογικού πομφώδους γενικευμένου εξανθήματος που υποχωρούσε με χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιισταμινικών χωρίς να είναι γνωστό το αίτιο. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε υπερυψώση του δέρματος στο πρόσωπο και στον κορμό που έδινε την εντύπωση ηλικιωμένης γυναίκας με νεανικά όμοια όκρα. Παρουσίαζε γενικευμένο ζυμώδες οίδημα και αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ 165/110 mmHg). Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (BUN:29mg/dl, Cr:1,5mg/dl), ηλιασματουρία νεφρωσικού εύρους (4gr/24h), αναιμία (Ht 29,9%), μέτρια αμφοτερόπλευρη πνευμονική συλλογή, μικρή περικαρδιακή συλλογή, υποηλεκκωμιαία (Alb:2,2gr/dl), υπερλιπιδαιμία (choI 330mg/dl), χαμηλή IgG ανοσοσφαιρίνη ορού (IgG 318mg/dl), παραπρωτεϊναιμία IgG η, έλλειψη αυτοαντισωμάτων, χαμηλό συμπλήρωμα ορού (C3:25,2mg/dl, C4:5,98mg/dl, C5-0:15U/ml) και στα ούρα τυποποιήθηκε μονοκλωνική IgG η και η ελαφρές αλυσίδες. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με οπιοειδή αναλγησία και υποβλήθηκε σε βιοψία δέρματος και νεφρού. Η βιοψία δέρματος ανέδειξε πλήρη απουσία ελαστικών ινών και παράλληλα με την κλινική εικόνα έθεσε τη διάγνωση της χαλαροδερμίας. Η βιοψία νεφρού έδειξε διάχυτη οξεία σκληρυντική σπειραματοπάθεια με έντονη γραμμική καθήλωση στην βασική μεμβράνη των σπειραμάτων και των ουροφόρων σωληναρίων, στη κόψη του Bowman και εναπόθεση εντός των σπειραματικών όζων IgG, C3, C1q, κόπια και ήλυκο ελαφρών αλυσίδων. Το σύνολο των ευρημάτων συνηγορούσε για οξεία σπειραματοπάθεια από εναπόθεση μονοκλωνικής ανοσοσφαιρίνης. Παρα ότι η ασθενής αρνήθηκε τη διενέργεια οστεομετρικής βιοψίας για τη διεκρίση της δυσπρωτεϊναιμίας, τέθηκε σε θεραπεία με δεξαμεθαζόνη και ραμριπρίλη τα οποία διέκοψε αργότερα καταφεύγοντας σε εναλλακτικές θεραπείες, χωρίς κάποια αλληλαγή των εργαστηριακών και κλινικών της παραμέτρων.

Η περίπτωση συζητείται λόγω της σπανιότητας του συνδυασμού της επίκτητης γενικευμένης χαλαροδερμίας με τη δυσπρωτεϊναιμία και την οξεία σπειραματοπάθεια, παράλληλα με χαμηλό συμπλήρωμα ορού και χαμηλή IgG ανοσοσφαιρίνη

Η ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ ΙΙ.

Γ. Ράμμος, Π. Τσεκέ, Δ. Φάνη, Δ. Δημόπουλος.

Παθολογική Κλινική Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ναυπλίου

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συμμετοχής των ανθρωπομετρικών δεικτών και η συσχέτισή τους με φλεγμονώδεις δείκτες, στην πρόκληση μικρολευκωματινουρίας σε ασθενείς με μη ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.

Υλικό-Μέθοδος: Σε 41 ασθενείς (17 γυναίκες και 24 άνδρες) με μη ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη μετρήθηκαν τα εξής: η ηλικία, η μικρολευκωματινουρία, η γλυκοζυλιωμένη Hb (HbA1c), ο δείκτης σωματικής μάζας (BMI), ο λόγος περιφέρειας της οσφύος προς την περιφέρεια του γόνατου (W/H), η CRP, τα λευκά αιμοσφαίρια (και ο τύπος αυτών) και τα οξεία φλεγμονώδη ορού (αλβουμίνες και σφαιρίνες). Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε αυτούς με (IML+) και χωρίς (IML-) μικρολευκωματινουρία

Αποτελέσματα:

A) Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων (t-test independent variables) των ασθενών έδειξε στατιστική διαφορά μόνο στη CRP: (IML+) 0,225+/-0,22 mg/dl, CRP (IML-) =0,122+/-0,04 mg/dl, p=0,06.

B) Εμφανίσθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, στο σύνολο των 41 ασθενών, της μικρολευκωματινουρίας με τον BMI, την περιφέρεια της οσφύος και την CRP.

Γ) Εμφανίσθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της CRP και της αλβουμίνης πλάσματος.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι η μικρολευκωματινουρία των διαβητικών τύπου ΙΙ δεν σχετίζεται με τα επίπεδα της HbA1c αλλά με τους ανθρωπομετρικούς δείκτες BMI, περιφέρεια οσφύος και με την CRP. Η εναπόθεση λίπους στο σπλαχνικό ή υποδόριο κοιλιακό διαμέρισμα, όπως καταγράφεται από τους ανθρωπομετρικούς δείκτες, φαίνεται να συμμετέχει στην παθογένεια της χρόνιας χαμηλού βαθμού φλεγμονής (θετική συσχέτιση με την CRP) για την πρόκληση ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας η οποία εκδηλώνεται με την εικόνα της μικρολευκωματινουρίας. Συζητείται ο μηχανισμός πρόκλησης φλεγμονής από την εναπόθεση λίπους.

ΡΙΝΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Π. Βαμβακάρη¹, Ε. Σαμπατάκου², Γ. Τσουφάκης¹, Ζ. Πάππας³, Δ. Πετροπούλου⁴,
Φθ. Σότσιου⁵, Π.Ν. Ζηρογιάννης⁶

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ²Μονάδα ειδικών λοιμώξεων, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ³ΩΡΛ Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ⁴Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Γ. Γεννηματάς", ⁵Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, "Ο Ευαγγελισμός"

Η ρινοεγκεφαλική μουκορμύκωση (PEM) αποτελεί σπάνια συνήθως κεραυνοβόλο λοίμωξη με υψηλή θνητότητα, που οφείλεται σε ζυγομύκητες της οικογένειας Mucoraceae. Τα γένη *Absidia*, *Mucor* και *Rhizopus* αποτελούν τα συνήθη ενεδόμηνα παθογόνα και προσβάλλουν κυρίως ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με διαταραχές χυμικής και κυτταρικής ανοσίας.

Παρουσιάζεται περίπτωση μουκορμύκωσης σε ανοσοκατασταλμένο άνδρα ηλικίας 71 ετών, ο οποίος εμφάνισε έντονη κεφαλαλγία, άηχος οπισθοβοήθικό και διαταραχές όρασης αριστερού οφθαλμού. Περιγράφεται η εξέλιξη της κλινικής εικόνας, ο βιοχημικός και ο απεικονιστικός έλεγχος. Η διάγνωση τέθηκε με καλλιέργεια υλικού από νεκρωτική εσχάρα και επιβεβαιώθηκε με ανάπτυξη του ζυγομύκητα και στις καλλιέργειες. Χορηγήθηκε ενδοφλέβια λιποσωμική αμφοτερικίνη με παράλληλη διενέργεια χειρουργικού καθαρισμού.

Ο ασθενής μετά παρέλευση διμήνου, έχοντας λάβει συνολικά περίπου 30 g λιποσωμικής αμφοτερικίνης σε συνδυασμό με επανειλημμένους χειρουργικούς καθαρισμούς, κατέληξε. Σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του δεν παρουσίασε νεφρική δυσλειτουργία ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Προοδευτική έκπτωση επιπέδου συνείδησης συνόδευε την εξέλιξη της λοίμωξης.

Η υποψία για τη νόσο πρέπει να τίθεται σε κάθε περίπτωση ανοσοκατασταλμένου ή μη ασθενούς που εμφανίζει φλεγμονή του οφθαλμικού κόγχου, η οποία συνοδεύεται από παρέςεις πολλαπλών εγκεφαλικών συζυγιών και ισχαιμικό έμφρακτο του κόγχου ή του αμφιβληστροειδούς. Η επιτυχής αντιμετώπιση είναι πιθανό να επιτευχθεί με έγκαιρη διάγνωση και συνδυασμό χειρουργικής και φαρμακευτικής θεραπείας.