

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

70^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

17 - 18 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2005

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΑ PALACE

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

70^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

17 - 18 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2005

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΑ PALACE

70^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

17 - 18 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2005

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΑ PALACE

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 17/11/2005

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

17.00 - 18.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ*

18.30 - 19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

19.00 - 20.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

22.00 ΔΕΙΠΝΟ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 18/11/2005

ΠΡΩΙ

09.00 - 10.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

10.30 - 11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.00 - 12.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΥΠΟΤΡΟΦΩΝ Ε.Ν.Ε.

12.00 - 13.00 ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ "35 ΧΡΟΝΙΑ Ε.Ν.Ε."

13.00 - 13.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

13.30 - 15.30 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ Ε.Ν.Ε.

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

17.30 - 19.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

- 17.00-18.30 Ελεύθερες ανακοινώσεις
Προεδρείο: Δ. Παπαδοπούλου - Μ. Βαρεμά
- 1. ΣΩΛΗΝΑΡΙΟΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ-ΡΑΓΟΕΙΔΙΤΙΔΑ**
Στυλιανού Κ., Βαρδάκη Ε., Περάκης Κ., Στρατήγης Σ., Κωστάκης Κ., Καταίπη Ε., Μενιουδάκης Γ., Δαφνής Ε.
Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου
 - 2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΛΓΟΥΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**
Ε. Καταίπη, Ι. Χριστοδούλου, Κ. Παγωνίδης, Γ. Μενιουδάκης, Κ. Στυλιανού, Ι. Μανουσάκης, Π. Ανεζίνης, Ι. Μπουθαλάς, Ε. Δαφνής
Νεφρολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου
 - 3. ΜΕΛΕΤΗ ΠΤΗΤΙΚΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ ΘΕΙΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**
Μ. Γκανίδου, Κ. Καρούτσος, Χ. Δρίζης, Γ. Βέργουλης, Γρ. Μισερλής
Οδοντιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παύλος", Θεσσαλονίκη, Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
 - 4. ΑΝΟΙΧΤΟ ΩΘΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΕΜΦΡΑΚΤΩΝ**
Δ. Πετράς, Γ. Τσούκα, Γ. Χατζηβασιλείου, Ε. Ντουβέλης, Σ. Μρηϊήλη¹, Ι. Κακάβας
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, ¹Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο
 - 5. ΒΑΡΕΙΑ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ**
Τ. Τσίσιος, Ν. Σωτηρακόπουλος, Κ. Αρμεντζίδου, Ε. Καλογιαννίδου, Α. Κορδάγγης, Κ. Μαυροματίδης
Νεφρολογικό Τμήμα Κομοτηνής
 - 6. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΠΕΙΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ**
Οικονομίδου Δ¹, Χατζηκυρίου Χ¹, Παντζάκη Α², Βοθανάκη-Βοθάνη Μ¹, Γεωργιάδη Ε¹, Ευστρατιάδης Γ¹, Αλεξόπουλος Ε¹, Λεονταίνη Μ², Μέμμος Δ¹
¹Νεφρολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης, ²Παθολογανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης
 - 7. ΒΙΟΨΙΕΣ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΕΞΑΕΤΙΑΣ. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**
Π. Βακιάνης, Α. Βαϊνάς, Σ. Ζιώγα, Μ. Σουθακέλης, Ε. Σταυρινού, Μ. Λεονταίνη¹
Νεφρολογικό τμήμα 424 ΓΣΝΕ, ¹Παθολογανατομικό τμήμα ΙΓΠΝΘ

- 8. ΥΦΕΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΣΠΕΙΡΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΑΡΧΙΚΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΕΙ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΔΗΛΩΘΕΙΣΑΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ**
Ε. Κασσιμάτης¹, Ζ. Βαρδάκης¹, Γ. Μπουγάτσος², Χ. Βουρλάκου³
¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου, ²Νεφρολογικό Τμήμα, ΠΓΝ "Ιπποκράτειο", Αθήνα, ³Παθολογανατομικό Τμήμα, ΓΝ "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα
- 18.30-19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.00-20.30 Ελεύθερες ανακοινώσεις
Προεδρείο: Γ. Μηριστογιάννης - Γ. Μπαμίχας
- 9. Ο ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**
Μ. Μαθιλιάρη, Ε. Αγγέλη, Β. Ράπτης, Α. Νάκου, Στ. Γκάρα Α. Νικοηάου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης
 - 10. ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ.**
Ε. Κουθουρίδης, Κ. Γεωργαλίδης, Π. Ντούτο, Ι. Κωστήμα, Μ. Καθαντζή, Α. Κοσκινός, Μ. Μάνδουθα, Α. Κροκιά, Ι. Κουθουρίδης, Α. Χαϊκλή, Μ. Αραπίδου, Α. Στυλιανέση
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Βιοχημικό Εργαστήριο Γ.Ν. Κέρκυρας.
 - 11. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΛΙΠΟΡΑΒΙΝΟΜΑΝΝΑΝΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΛΑΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ.**
Θεόδωρος Ελευθεριάδης^{1,2}, Γεωργία Αντωνιάδη², Βασίλης Λιακόπουλος¹, Ευάγγελος Γιαννάτος³, Ηρακλής Ιωαννίδης¹, Ευγενία Οικονομίδου¹, Κωνσταντίνος Μπαρμπούτης², Ιωάννης Στεφανίδης¹ και Βασίλης Βαργεμέζης³
¹Νεφρολογικό τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Μονάδα τεχνητού νεφρού ΓΝΝ Σερρών, ³Νεφρολογική κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
 - 12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΟΒΑΡΟΥ ΔΥΠΘ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΧΠΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ**
Α. Ουζούνη, Φ. Μίση, Μ. Καθιεντζίδου, Π. Κίορτεβε, Φ. Παπουλίδου, Ε. Παπαδοπούλου, Θ. Πλιακογιάννης, Κ. Καθαίτζιδης
Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Καβάλας
 - 13. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΧΠΑ ΜΕ ΔΥΠΘ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**
Α. Ουζούνη, Μ. Καθιεντζίδου, Π. Κίορτεβε, Φ. Παπουλίδου, Φ. Μίση, Θ. Πλιακογιάννης, Ε. Παπαδοπούλου, Κ. Καθαίτζιδης
Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Καβάλας

14. **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**
Γ. Βέργουλης, Γρ. Μυσερής, Μ. Νικοδημοπούλου, Η. Ιωαννίδης, Φ. Σοϊωνάκη, Α. Παπαγιάννης, Γ. Ίμβριος, Ι. Φούζας, Δ. Γιακουστίδης, Β. Παπανικολάου, Δ. Τακούδας
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", Θεσσαλονίκη
15. **ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΜΣ)**
Ε. Κουτρούλια, Π. Καθλιακμάνη, Ε. Σαββιδάκη, Δ. Μέντζα, Δ.Σ. Γούμενος, Ι.Γ. Βλάχογιάννης
Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
16. **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΔΟΤΗ ΜΕ ΑΣΥΜΒΑΤΗ ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ**
Ι.Ν. Μπολέτης¹, Ε. Θεοδωροπούλου¹, Δ. Σταματιάδης¹, Α. Γόμπου¹, Μ. Γαβαλάκη², Α. Καραφουλίδου², Χ.Π. Σταθάκης¹, Α. Κωστάκης¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα & Μεταμοσχευτικό Κέντρο, ²2ο Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας & Κέντρο Αιμορροφιλικών, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

- 9.00-10.30 Ελεύθερες ανακοινώσεις
Προεδρείο: Α. Παπαγιάννη - Σ. Παναγιώτσος
17. **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΗΡΩΙΝΗΣ**
Χ. Κουρβέλιου, Ι. Καραμπίνης, Γ. Ντάτσας, Μ. Ούρσου, Β. Σιαπέρα, Ε. Φερντίνου, Φ. Καρακάσης, Ν. Καπερώνης, Σ. Ζιάκκα, Α. Καραμπάτσος και Ν. Παπαγιάννης
Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα
18. **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ**
Γ. Μπουγάτσος, Α. Παναγιώτου, Π. Κούκη, Π. Λιαβέρη, Λ. Νακοπούλου¹, Ι.Τ. Παπαδάκης
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, ¹Τμήμα Ανατομικής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
19. **ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΟΝΑ ΣΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (ΦΑΣΗ-II)**
Μπαθόφα Ο, Ανδρίκος Α, Τσίντα Α, Τσεκέ Π, Παππάς Ε., Κόκκοθου Ε, Σφαιρόπουλος Γ, Παππάς Μ.
Νεφρολογική Κλινική ΠΓΝ "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων
20. **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**
Σ. Παναγιώτσος, Κ. Κανταρτζή, Π. Πασαδάκης, Α. Γράψα, Δ. Συβρίδης, Π. Κρίκη, Β. Βαργεμέζης
Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
21. **ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ VS ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Τσεκέ Π, Ανδρίκος Α, Τσίντα Α, Μπαθόφα Ο, Παππάς Ε, Κόκκοθου Ε, Σφαιρόπουλος Γ, Παππάς Μ.
Νεφρολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιωαννίνων "Γ. Χατζηκώστα"
22. **ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C**
Α. Σιούλης, Β. Ρώμα, Π. Μαθινδρέτος, Κ. Μανδραβέλη, Δ. Γρέκας
Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

23. **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΑΚ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ (ΠΜ) ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.**

Γ. Μπαμίκας, Ι. Σακελλάρη¹, Ι. Μπάτσας¹, Φ. Χριστίδου, Λ. Γιωνανθής, Τ. Νάτσε, Αθ. Φάσσας¹, Ακ. Αναγνωστάπουλος¹, Γ. Σακελλάρη², Κ. Σόμπολος
Νεφρολογικό και Αιματολογικό Τμήμα - Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών¹, Γ.Ν. "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"² ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

24. **Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΟΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ/ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ (ΝΙ/Ε) ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ**

Κ. Ξανθοπούλου¹, Ε. Σπάνδου², Ε. Ντουρούση¹, Ι. Τσουκνίκας¹, Γ. Καρκαβέλης³, Η. Παπαδοπούλου², Κ. Συμεωνίδου², Δ. Τσακίρης¹, Ν. Βαβάτσος⁴
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας¹, Εργαστήριο Φυσιολογίας², Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής³ και Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας⁴ Ιατρικής Σχολής, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

10.30 - 11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.00 - 12.00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΥΠΟΤΡΟΦΩΝ Ε.Ν.Ε.

Προεδρείο: Π. Πασαδάκης - Μ. Παπάς

11.00 - 11.30 ΟΙ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΒΛΑΒΗ

Κυριάκος Ιωάννου
Νεφρολογικό Τμήμα, Γεν. Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος
Τόπος Υποτροφίας: John Walls Renal Unit, Leicester General Hospital, University Hospitals of Leicester, UK

11.30 - 12.00 ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ ΜΕ ΩΣΕΙΣ ΥΨΗΛΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΝΑ

Ανδρικός Α
Νεφρολογική Κλινική ΠΓΝ "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων
Τόπος Υποτροφίας: Department of Nephrology, Dialysis and Transplantation, St. Bartolo Hospital, Vicenza-Italy

12.00 - 13.00 ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ "35 ΧΡΟΝΙΑ Ε.Ν.Ε."

13.00 - 13.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

13.30 - 15.30 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ Ε.Ν.Ε.

17.30 - 19.00 Ελεύθερες ανακοινώσεις
 Προεδρείο: Π. Κούκη - Β. Λιακόπουλος

25. **ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ Κ/ΔΟΦΙ (ΝΚΦ) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Ε. Χελιώτη, Β. Μάμαλη, Μ. Κορρές, Α. Παπαντζίκος, Γ. Σταυριανουδάκης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιατρικού Αθηνών-Κλινική Δόφνης

26. **ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Π. Μαθινδρέτος, Αθ. Σιούλης, Α. Μιχαλάκη, Β. Ρώμα, Η. Αυγερίου, Γ. Δήμας, Γ. Ορφανάκη, Δ. Γρέκας
Α Παθολογική Κλινική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

27. **ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ (ΚΦΚ) ΣΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Ε. Ντουρούση, Ι. Τσουκνίκας, Κ. Ξανθοπούλου, Ρ. Παπαδόπουλος, Σ. Παπακωνσταντίνου, Α. Κηλεσιδης, Ν. Κατζαδάμης, Δ. Τσακίρης
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας

28. **ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ, ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ**

Ε. Μαζωνάκης, C. Stirling, D. Wright, K. Booth, N. Heron, C.C. Geddes
Renal Unit, Western Infirmary, Glasgow, United Kingdom

29. **ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΥΟ ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D (ΑΛΦΑ-ΚΑΛΣΙΔΟΛΗΣ, ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ (Δ.Υ.) ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ**

Λιάκος Σ., Μαντζουράτος Δ., Δωρίτου Α., Καββαδίας Δ.
Γ.Ν. Λαμίας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

30. **Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ**

Π. Βακιάνης, Α. Βανός, Μ. Σουλτακίτης, Σ. Ζώγα, Ι. Δημητριάδης, Δ. Διαμαντοπούλου.
Νεφρολογικό Τμήμα 424 ΓΣΝΕ, ΜΤΝ Κλινικής Γαθηνός, Ιατρικό Διαβαθκανικό Θεσσαλονίκης

31. ΧΟΡΗΓΗΣΗ PARICALCITOL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ (ΔΥΠΘ) ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ) - 9 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ

Π. Φούντα, Ε. Πατρίκαθου, Ν. Καπλάνης, Ν. Τσιάνος
Μ.Τ. Νεφρού Γ.Ν. Τρικάλων

32. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Ι ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Μιλιωνοπούλου¹, Α. Μαυρομάτη¹, Α. Κόκκαλης¹, Σ. Μικρός¹, Μ. Στόθη²,
Α. Λώλη¹, Φ. Στασινί¹, Α. Τσελέντη², Γ. Παπαδόκης¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα, Μ.Τ.Ν., ²Βιοχημικό Τμήμα, Τζάνειο Γ.Ν. Πειραιά

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΩΛΗΝΑΡΙΟΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ-ΡΑΓΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Κ. Στυλιανού, Ε. Βαρδάκη, Κ. Περάκης, Σ. Στρατήγης, Κ. Κωστάκης, Ε. Κατσιήν, Γ. Μενιουδάκης, Ε. Δαφνής

Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Το σύνδρομο ΣΔΝΡ περιγράφηκε πρώτη φορά το 1975 ως μια υποκατηγορία της διάμεσης νεφρίτιδας που συνοδεύεται από ραγοειδίτιδα. Έκτοτε έχουν περιγραφεί 130 περιπτώσεις. Η παθογένεση είναι ουσιαστικά άγνωστη. Στα νεφρικά σωληνάρια παρατηρείται διήθηση από Τ-λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα. Πιθανολογείται καταστολή της κυτταρικής ανοσίας και επιβραδυνόμενου τύπου υπερευαίσθησία ενώ έχει περιγραφεί ταυτόχρονη λοίμωξη από χλαμύδια και EBV, αυξημένη IgG έναντι νεφρικών σωληναριακών κυττάρων, αυξημένος τίτλος CD4/CD8, συσχέτιση με θετικά ANCA και χαμηλό C4 σε μια περίπτωση.

Περιγραφή Περιστατικού: Γυναίκα 50 ετών υπόδηλητος σε ζαχαροπασατέιο μητέρα 2 παιδιών. Εισήχθη στην Αιματολογική κλινική για αντιμετώπιση υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας με ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου. Δύο μήνες προ της εισαγωγής της παρουσίασε αίσθημα κόπωσης, αδυναμία και αίσθημα παθμών. Σε εργαστηριακό έλεγχο που υποβλήθηκε βρέθηκε αναιμία που αποδόθηκε σε μπροραργίες λόγω ρευματοματώσεως μήτρας που δεν ανταποκρίθηκε σε αγωγή με σίδηρο από το στόμα. Κατά την εισαγωγή της οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν για πρώτη φορά επηρεασμένη νεφρική λειτουργία με Cr=2,3, γλυκοζουρία και ίζημα ούρων συμβατό με διάμεση νεφρίτιδα. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με βιοψία νεφρού και η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε πλήρως σε διάστημα 5 μηνών οπότε στην πορεία παρουσίασε ραγοειδίτιδα με 3 υποτροπές και αργότερα πολύμορφο ερύθημα. Τέθηκε η διάγνωση συνδρόμου ΣΔΝΡ και έγινε εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος που δεν κατέδειξε συγκεκριμένη αιτία. Η νεφρική λειτουργία παραμένει φυσιολογική χωρίς υποτροπή της διάμεσης νεφρίτιδας 5 χρόνια μετά.

Συζήτηση: Το σύνδρομο ΣΔΝΡ εμφανίζεται συχνότερα σε νέες γυναίκες, παρουσιάζει συχνές υποτροπές ραγοειδίτιδας που αντιμετωπίζονται με τοπικά στεροειδή ενώ η διάμεση νεφρίτιδα αποκαθίσταται συνήθως αυτόματα χωρίς θεραπεία και δεν υποτροπιάζει. Συνιστάται έλεγχος για αποκλεισμό λοιμώξεων από ιούς και χλαμύδια και ανοσοολογικών νοσημάτων. Συχνά ο έλεγχος αυτός είναι αρνητικός και το σύνδρομο χαρακτηρίζεται ιδιοπαθές.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΛΓΟΥΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Ε. Κατσιήν, Ι. Χριστοδοπούλου, Κ. Παγωνίδης, Γ. Μενιουδάκης, Κ. Στυλιανού, Ι. Μανούσας, Π. Ανεζίνης, Ι. Μπουθαλάς, Ε. Δαφνής

Νεφρολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Εισαγωγή: Το σύνδρομο άλγους νεφρικής χώρας - αιματοουρίας περιγράφεται για πρώτη φορά το 1967 και αποτελεί διάγνωση εξ' αποκλεισμού. Αφορά κυρίως νέες γυναίκες "ανήσυχες, με τάσεις ενδοσκοπόησης, που ζητούν συχνά ιατρική βοήθεια" (Little και συν. 1967). Οι ασθενείς παρουσιάζουν διαλείπων ή συνεχές άλγος στην οσφύ και διαλείπουσα ή συνεχή αιματοουρία (συνήθως μικροσκοπική). Η κυστεοσκοπόηση και η πνευμογραφία είναι φυσιολογικές, οι καλλιέργειες ούρων στείρες, η λευκοαιματοουρία ανύπαρκτη ή μη σημαντική, και η νεφρική βιοψία (συνήθως) χωρίς ευρήματα σπειραματονεφρίτιδας. Τα ιστολογικά ευρήματα ενίοτε καταδεικνύουν εναπόθεση ινικής στα ενδονεφρικά αγγεία, ενώ περιγράφονται περιπτώσεις όπου το σύνδρομο συνδέεται με τη νόσο των λεπτών μεμβρανών.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 35 ετών με ιστορικό πνευμονοφρίτιδων από 15ετίας, χωρίς ανάδειξη παθολογίας από το υπερηχογράφημα και την ενδοφλέβια πνευμογραφία, που διενεργήθηκαν στην οξεία φάση. Από 2ετίας παρουσιάζει διαλείπων άλγος στη (δεξιά) οσφυϊκή χώρα με συνοδό μικροσκοπική αιματοουρία. Τα επεισόδια άλγους εμφανίζονται συχνότερα κατά το τελευταίο εξάμηνο προ της διάγνωσης, με χαρακτήρα κωλικού κατά την έντονη σωματική άσκηση. Οι καλλιέργειες ούρων ήταν στείρες (υπό χημειοπροφύλαξη με σιπροφλοξασίνη κατά το τελευταίο έτος). Διαπιστώνεται αρτηριακή υπέρταση (155/98 mmHg σε καθιστή θέση). Η 24ώρη καταγραφή κατέδειξε φυσιολογική Α.Π. σε ύπτια θέση, με αιχμές συνδεδεμένες με έντονη φυσική δραστηριότητα. Διενεργήθηκε ενδοφλέβια πνευμογραφία σε ύπτια και όρθια θέση, όπου διπιστώθηκαν πνευμοκαθυκτικές διατάσεις δεξιά και πτώση του νεφρού (μετακίνηση >8cm) στην όρθια θέση. Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με δυναμικό σπινθηρογράφημα (μειωμένη αιμάτωση του νεφρού σε όρθια θέση). Η μέτρηση αιματικής ροής σε υπερηχογράφημα καταδείδει αξιόλογη διαφορά στο δείκτη αντίστασης σε ύπτια και όρθια θέση.

Συμπέρασμα: Θεωρείται ότι η ασθενής έπαυσε από νεφρόπτωση, η οποία εκτός από απόφραξη της αποκατευτικής μοίρας επηρέαζε και την αιμάτωση του νεφρού, με επακόλουθη εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης. Στην ασθενή διενεργήθηκε νεφροπνεξία με αποκατάσταση των κλινικών συμπτωμάτων, της αιματοουρίας, και της υπέρτασης.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΤΗΤΙΚΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ ΘΕΙΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Γκανίδου, Κ. Καρνούτσος, Χ. Δρίζης, Γ. Βέργουλης, Γρ. Μυσερλής
 Οδοντιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν. "Άγιος Παύλος", Θεσσαλονίκη, Χειρουργική Κλινική
 Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν. "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

Η παρουσία ενεργού ροίμωξης στο νεφροπαθή υποψήφιο για νεφρική μεταμόσχευση μπορεί να αναβάλει ή να ακυρώσει τη μεταμόσχευση. Η εξέταση του στόματος για πιθανή ροίμωξη αποτελεί εξέταση ρουτίνας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί στην παρουσία περιοπαθογόνων gram (-) βακτηριδίων που μπορούν να προκαλέσουν περιοδοντίτιδα αληθιά και συστηματική ροίμωξη. Τα βακτηρίδια αυτά παράγουν πτητικές ενώσεις του θείου (VSC). Σκοπός της εργασίας μας ήταν ανίχνευση των VSC και έμμεσα των περιοπαθογόνων βακτηριδίων.

Μελετήθηκαν 14 νεφροπαθείς, 7 άνδρες και 7 γυναίκες, ηλικίας 38 ετών στα πλαίσια του προμεταμοσχευτικού ελέγχου. Έγινε γενικός οδοντοστοματολογικός έλεγχος, μετρήθηκαν οι δείκτες CPITN, OHI - S (DI-S και CI-S) και οι VSC με ειδικό μηχανήμα.

Τα επίπεδα των VSC στο δείγμα ήταν $93,78 \pm 78,51$ prb, ο δείκτης DI-S ήταν $0,71 \pm 0,52$, ο CI-S ήταν $0,53 \pm 0,38$ και ο CPITN ήταν $0,25 \pm 0,33$.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η στοματική υγιεινή των νεφροπαθών προς μεταμόσχευση ήταν σε πολύ καλή κατάσταση. Η μέτρηση των VSC έδειξε ότι 4 ασθενείς είχαν επίπεδα ελαφρώς υψηλότερα του φυσιολογικού ενώ ένας είχε υψηλά επίπεδα και αντιμετωπίστηκε.

ΑΝΟΙΧΤΟ ΩΟΕΙΔΕΣ ΤΡΗΜΑ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΕΜΦΡΑΚΤΩΝ

Δ. Πετράς, Γ. Τσούκα, Γ. Χατζηβασιλείου, Ε. Ντουβέλης, Σ. Μπρίλη¹, Ι. Κακόβας
 Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, ¹Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο

Περιγράφεται περίπτωση νεφρικού εμφράκτου απότοκου εμβολής μέσω ανοικτού ωοειδούς τρήματος.

Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 40 ετών με ατομικό αναμνηστικό συγγενούς μονήρους αριστερού νεφρού η οποία εισήχθη στη νεφρολογική κλινική του νοσοκομείου μας αιτώμενη άλγος στο επιγάστριο και στην αριστερή πλάγια οσφυϊκή χώρα. Το άλγος χρονολογείται από 5ημέρου και συνοδευόταν από διαλείπουσα πυρετική κίνηση. Ο γενικός εργαστηριακός έλεγχος έδειξε μικροσκοπική αιματοουρία και ρευκωματοουρία <3 γρ./24ωρο. Από το γενόμενο απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε αρχικά σε αξονική τομογραφία κοιλίας και κατόπιν σε μαγνητική αγγειογραφία νεφρικών αρτηριών/νεφρών η ύπαρξη δύο περιοχών εμφράκτων στο φλοιό του νεφρού, ενώ η νεφρική αρτηρία ελέγχθηκε βαθιά. Ο έλεγχος θρομβοφιλίας και αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων όπως και ο κοηλαγονικός έλεγχος απέβησαν αρνητικοί. Στα πλαίσια της διερεύνησης της αιτίας των νεφρικών εμφράκτων και παρά τη φυσιολογική διαθωρακική μελέτη, η ασθενής υποβλήθηκε σε διοισογάγιο υπερηχογράφημα καρδιάς, όπου διαπιστώθηκε η παραμονή ανοικτού ωοειδούς τρήματος. Η διάγνωση της εμβολής μέσω του μεσοκοιλιακού ελλείμματος ενισχύθηκε με την ανάδειξη σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου πολλαπλών μικρών ισχαιμικών εμφράκτων στη λευκή ουσία αμφοτέρων των ημισφαιρίων.

Η ασθενής αρχικά τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή με ασπιρίνη και ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και κατόπιν υποβλήθηκε σε σύγκλιση του ανοικτού ωοειδούς τρήματος με τοποθέτηση συσκευής Amplatzer μέσω διαδερμικού καθετηριασμού.

Σχόλια: Η παράδοση εμβολή μέσω ανοικτού ωοειδούς τρήματος ενοχοποιείται σε σημαντικό ποσοστό για ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια σε άτομα κάτω των 55 ετών. Ολιγόριθμες βιβλιογραφικές παραπομπές αναφέρουν ως κύρια κλινική εκδήλωση την εμβολή περιφερικών οργάνων, χωρίς να προηγείται νευρολογική συμπτωματολογία ενδεικτική εγκεφαλικής ισχαιμίας. Ειδικότερα η πρόκληση εμφράκτων στο νεφρικό παρέγχυμα είναι εξαιρετικά σπάνια. Παρά ταύτα είναι σκόπιμος ο αποκλεισμός της παραμονής ανοικτού ωοειδούς τρήματος σε περιπτώσεις νεφρικών αγγειακών εμβολών.

ΒΑΡΕΙΑ ΥΠΟΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ

Τ. Τσίσιος, Ν. Σωτηρακόπουλος, Κ. Αρμεντζόγλου, Ε. Καλογιαννίδου, Α. Κολλάγγης, Κ. Μουροματίδης

Νεφρολογική Τμήμα Κομοτηνής

Σε μία διαβητική και υπερτασική ασθενή, ηλικίας 67 ετών, που εντάχθηκε σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής της λειτουργίας, διαπιστώθηκε αργότερα, (40 ημέρες μετά την έναρξη κάθαρσης) κατά τον δεύτερο μηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο βαριά υποφωσφαταιμία ($\text{PO}_4^- = 1,1 \text{ mg/dl}$). Διακόπηκαν άμεσα τα φωσφοροδεσμευτικά φάρμακα (επειδή θεωρήθηκαν υπεύθυνα), ωστόσο σε δύο ακόμη ελέγχους που έγιναν στη συνέχεια κατά τον ίδιο μήνα, διαπιστώθηκε και πάλι υποφωσφαταιμία ($\text{PO}_4^- = 0,7$ και $0,6 \text{ mg/d}$ αντίστοιχα). Στην προσπάθεια αναζήτησης της αιτίας της διαπιστώθηκε ότι από 16/03/2005 (18 ημέρες μετά την έναρξη της σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης), λάμβανε από θάθος υδροχλωρική μετφορμίνη (Glucophage 850 mgx3/ημέρα) αντί της ακαρβόζης (glucobay 50mgx3/ημέρα). Διακόπηκε το φάρμακο στις 4/5/2005 (περίπου 50 ημέρες μετά την έναρξη λήψης του) και η ασθενής προοδευτικά αύξησε τα επίπεδα του φωσφόρου του ορού της, τα οποία έφθασαν στις 3/8/2005 στα $4,3 \text{ mg/dl}$.

Κατά την περίοδο της υποφωσφαταιμίας η ασθενής κλινικά είχε έντονη αδυναμία και καταβολή δυνάμεων (χαρακτηριστικά αδυνατούσε να βαδίσει), ανορεξία, διαρροϊκές κενώσεις και τεινισμό (άρχισαν 3-4 εβδομάδες από τη λήψη της μετφορμίνης). Δεν είχε ραβδομυόλυση (φυσιολογική CPK, SGOT), ούτε γαλακτική οξύωση, το ΗΚΤ/μα ήταν φυσιολογικό, δεν καταγράφηκε κατά το διάστημα αυτό υπογλυκαιμία, ενώ διαπιστώθηκε μία σχετική μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Επίσης δεν διαπιστώθηκε μείωση της αρτηριακής πίεσης, ούτε σημειολογία καρδιακής ανεπάρκειας. Τα υποκειμενικά ενοχλήματα της ασθενούς άρχισαν να υποχωρούν 2-3 ημέρες μετά την διακοπή της μετφορμίνης και αισθάνθηκε τελείως καλά μετά από 15 ημέρες από τη διακοπή του φαρμάκου.

Το περιστατικό παρουσιάζεται επειδή είναι σπάνιο και λόγω του ότι παρά το γεγονός ότι είχε ποθύ βαριά υποφωσφαταιμία, δεν είχε καμία εκδήλωση εξ αιτίας της.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ

Δ. Οικονομίδου¹, Χ. Χατζηκώκου¹, Α. Παντζάκη², Μ. Βοθανάκη-Βοθάνη¹, Ε. Γεωργιάδη¹, Γ. Ευστρατιάδης¹, Ε. Αλεξόπουλος¹, Μ. Λεονταίνης², Δ. Μέμμος¹

Νεφρολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης¹, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης²

Συχνά στην κλινική πράξη παθολογικά ευρήματα στα ούρα ή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας σε μεγαλύτερες ηλικίες αποδίδονται σε συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις και οδηγούν σε περιορισμένη διαγνωστική παρέμβαση.

Σκοπός: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι νεφρικές ιστολογικές διαγνώσεις, σε ασθενείς άνω των 65 ετών και συγκρίθηκαν με τα κλινικοεργαστηριακά τους ευρήματα. Παράλληλα εκτιμήθηκε η συχνότητα των σπειραματικών νοσημάτων στις ηλικίες αυτές και η έκβαση μετά από θεραπεία. **Ασθενείς:** Σε σύνολο 806 βιοψιών που έγιναν σε ίδιους νεφρούς, στο χρονικό διάστημα 1990-2003, 136 βιοψίες έγιναν σε ασθενείς >65 ετών. Μελετήθηκαν οι ιστολογικές διαγνώσεις, η συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων καθώς και η έκβαση των συχνότερα εμφανιζόμενων σπειραματονεφριτίδων.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $69 \pm 4,5$ έτη. Από αυτούς 63 ήταν <70 ετών, 70 ήταν μεταξύ 70-80, ενώ 3 ήταν >80 ετών. Η αιτία διενέργειας βιοψίας ήταν νεφρωσικό σύνδρομο σε 60, ΟΝΑ σε 35, οξύ νεφριτικό σύνδρομο σε 4, ρευκωματουρία και μικροσκοπική αιματουρία με η χωρίς νεφρική ανεπάρκεια σε 37. Από τα ιστολογικά ευρήματα διαπιστώθηκαν μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα (ΣΝ) σε 33, ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα (ΤΕΣΝ) σε 25, σκληρυντικός νεφρός σε 12, χρόνια ή οξεία διάμεση νεφρίτιδα σε 13, αμυλοείδωση σε 8, ΣΝ με ελάχιστες αλλοιώσεις σε 6, εστιακή σπειραματοσκλήρυνση 7, διαβητική σπειραματοσκλήρυνση 6, διάφορες μορφές ΣΝ σε 26.

Όσοι οι ασθενείς με ΤΕΣΝ έλαβαν αγωγή με ανοσοκατασταθρή. Σε 19 από αυτούς, που υπήρχαν επαρκή στοιχεία, βρέθηκε μέσος χρόνος επιβίωσης των νεφρών 46 ± 6 μήνες και επιβίωση ασθενών 58 ± 11 μήνες. Από τους ασθενείς με μεμβρανώδη ΣΝ 15 (από τους 25 που μελετήθηκαν) έλαβαν ειδική αγωγή, 6 είχαν πλήρη ύφεση, 6 μερική και 3 δεν απάντησαν στη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η μεμβρανώδης ΣΝ και οι ΤΕΣΝ είναι συχνές αιτίες νεφρικής βλάβης στους ηλικιωμένους. Η διάγνωση με βιοψία νεφρού και θεραπευτική αντιμετώπιση με ανοσοκατασταθτικά οδηγεί συχνά σε ύφεση της νόσου.

ΒΙΟΨΙΕΣ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΕΞΑΕΤΙΑΣ. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.

Π. Βασιάνης, Α. Βαϊνάς, Σ. Ζιώγα, Μ. Σουθακέλης, Ε. Σταυρινού, Μ. Λεονταίνη¹

Νεφρολογικό τμήμα 424 ΓΣΝΕ, ¹Παθολογοανατομικό τμήμα ΙΓΠΝΘ

Σκοπός της εργασίας ήταν η αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων των βιοψιών σε ένα νεφρολογικό τμήμα κατά τη διάρκεια μίας εξαετίας (2000-2005) προκειμένου να βγουν κάποια συμπεράσματα για την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα αυτής της παρεμβατικής εξέτασης.

Μελετήθηκαν συνολικά 46 ασθενείς (6 γυναίκες) με μέση ηλικία 29,5 έτη (εύρος 10-73 έτη). Μόνο αιματοουρία παρουσίαζαν 32/46 (69,6%), μόνο λευκωματουρία 33/46 (71,7%), μικτή εικόνα 19/46 (41,3%), νεφρική δυσλειτουργία 15/46 (32,6%) και υπέρταση 17/46 (36,9%). Όσον αφορά τα πορίσματα των βιοψιών αξίζει να σημειωθεί ότι 18/46 (39,1%) ασθενείς παρουσίαζαν IgA νεφροπάθεια. Η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 24,1 μήνες (εύρος 3-71 μήνες) και οι ασθενείς έλαβαν αγωγή με κορτικοστεροειδή 20/46 (43,5%), με κυτταροστατικά 12/46 (26,1%), με α-MEA 34/46 (73,9%) ανεξαρτήτως υπέρτασης και με ω-3 λιπαρά οξέα 14/46 (30,4%). Στο τέλος της παρακολούθησης λευκωματουρία παρουσίαζαν 25/46 (54,3%), αιματοουρία 34/46 (73,9%), μικτή εικόνα 16/46 (34,8%), υπέρταση 19/46 (41,3%) και νεφρική δυσλειτουργία 10/46 (21,7%) ενώ 4 ασθενείς απεβίωσαν, 2 εντάχθηκαν σε ΤΝ και 7 παρουσιάζουν ΧΝΑ.

Συμπερασματικά η βιοψία νεφρού είναι μία χρήσιμη παρεμβατική μέθοδος όχι μόνο για τη διάγνωση της νόσου αλλά και για την παρακολούθηση της. Απαιτείται όμως καλύτερη στατιστική οργάνωση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων ώστε να εξαχθούν χρησιμότερα συμπεράσματα και για τους ασθενείς και για τους νεφρολόγους.

ΥΦΕΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΑΡΧΙΚΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΕΙ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΔΗΛΩΘΕΙΣΑΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ

Ε. Κασσιμάτη¹, Ζ. Βαρδάκης¹, Γ. Μπουγάτσος², Χ. Βουρλάκου³

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Π.Γ.Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο", Αθήνα, ³Παθολογοανατομικό Τμήμα, Π.Γ.Νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Η συσχέτιση της μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδας (ΜΣ) με καρκινώματα έχει περιγραφεί σε πολλές περιπτώσεις, μοιωνότι η αποτελεσματική θεραπεία του όγκου, όπου αυτή είναι εφικτή, δεν συνοδεύεται πάντοτε από ύφεση της ΜΣ. Η εμφάνιση αυτόματων υφέσεων και υποτροπιών στην πορεία της ΜΣ καθιστά ακόμη πιο δυσχερή την τεκμηρίωση αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στη νεοπλασία και τη ΜΣ, όπου όμως η παραπάνω σχέση θεωρείται πιθανή, η χορήγηση ανοσοκατασταλτικής αγωγής δεν αναμένεται να επηρεάσει ευνοϊκά την πρόγνωση της ΜΣ.

Περιγραφή περίπτωσης: Πρόκειται για άνδρα 49 ετών με ιστορικό δυσλιπιδαιμίας και υπερουριχαιμίας από εξαιτίας, που προσήλθε λόγω οίδημάτων κάτω άκρων από τριμήνου. Κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε νεφρωσικό σύνδρομο (λευκώμα ούρων 12,7g ημερησίως, λευκωματίνη ορού 2,7g/dl, χοηλεστερόλη 405mg/dl, τριγλυκερίδια 870mg/dl) με διατήρηση φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Ο ανοσολογικός και ισθολογικός έλεγχος που έγινε στα πλαίσια της διερεύνησης της σπειραματοπάθειας ήταν αρνητικός ενώ η βιοψία νεφρού έδειξε ΜΣ με αλληλωμένες εστιακές τμηματικές σπειραματοσκληρώσεις στο 40% των σπειραμάτων. Ακολούθησε έλεγχος για συνυπάρχουσα νεοπλασία (ισθολογικοί δείκτες, απεικονιστικός έλεγχος θώρακος και κοιλίας με CT, ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού) που απέβη αρνητικός. Λόγω της παρουσίας δυσμενών προγνωστικών δεικτών, ο ασθενής τέθηκε σε ανοσοκατασταλτική αγωγή με πρεδνιζόνη 0,5mg/kg και κυκλοφωσφαμίδη 1,5mg/kg που διεκόπη μετά από 5 μήνες και αφού η ΜΣ παρουσίασε ύφεση, με λευκωματουρία <1g ημερησίως. Τρεις μήνες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε διηθησία και σε απεικονιστικό έλεγχο που ακολούθησε διαπιστώθηκε χωροκατακτητική εξεργασία στο οπισθοπλάγιο αριστερό τοίχωμα του ρινοφάρυγγα με επέκταση στον αριστερό σπραγγώδη κόλπο. Βιοψία από το σημείο της βλάβης έδειξε διήθηση από καρκίνωμα ρινοφάρυγγα, ενώ συγχρόνως το νεφρωσικό σύνδρομο υποτροπίασε (λευκώμα ούρων 10,5g ημερησίως). Το καρκίνωμα αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με συνεδρίες ακτινοθεραπείας, μετά τις οποίες το νεφρωσικό σύνδρομο υφέθηκε εκ νέου, με λευκωματουρία <1g ημερησίως κατά τον ένα χρόνο παρακολούθησης του ασθενή μετά την ακτινοθεραπεία του όγκου.

Συμπερασματικά, οι μερικές υφέσεις του νεφρωσικού συνδρόμου που παρατηρήθηκαν στην περιγραφείσα περίπτωση, τόσο κατά την αρχική εκδήλωση αυτού όσο και κατά την υποτροπή του, συνέβησαν μετά από συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, γεγονός που μεκίνει τις πιθανότητες οι υφέσεις αυτές να ήταν αυτόματες ενώ και η υποτροπή της ΜΣ συνέβησε χρονικά με την κλινική εκδήλωση του όγκου. Τα παραπάνω στοιχεία θα μπορούσαν να συσχετίσουν στον ασθενή μας το καρκίνωμα του ρινοφάρυγγα με τη ΜΣ, όπως σε περιπτώσεις άλλων καρκινωμάτων που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Στα πλαίσια της συσχέτισης αυτής συζητείται η αρχική ανταπόκριση της ΜΣ στην ανοσοκατασταλτική αγωγή και η σχέση της τελευταίας με την εκδηλωθείσα νεοπλασία.

Ο ΜΑΓΝΗΣΙΟ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Μαθιλιάρη, Ε. Αγγέλη, Β. Ράπτης, Α. Νάκου, Στ. Γκάρα, Α. Νικοηάδου

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό νοσοκομείο Κατερίνης

Εισαγωγή: το μαγνήσιο του ορού αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα ενδοκυττάρια κατιόντα. Παιζει σημαντικό ρόλο σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Παρεμβαίνει στο μεταβολικό δρόμο, στις νευρομυϊκές συνάψεις, στην έκκριση ορμονών, στη σύσπαση των μυών. Η πυκνότητά του στο πλάσμα αντιπροσωπεύει το 1% του συνολικού ποσού στον οργανισμό. Η υπομαγνησισμία συναντιέται συχνά και είναι ασυμπτωματική, επηρεάζει δε την επιβίωση βαρέως πασχόντων ασθενών. Σε σακχαροδιαβητικούς βρέθηκε χαμηλό μαγνήσιο ορού εύρημα που μπορεί να έχει επίδραση στο μεταβολικό σύνδρομο, τη δυσλιπιδαιμία και την υπέρταση. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια καθώς και στην αιμοκάθαρση μπορεί να βρεθεί αυξημένο εξαιτίας ανικανότητας της απομάκρυνσής του από τους ανεπαρκούντες νεφρούς.

Σκοπός: με σκοπό να ελέγξουμε τα επίπεδα μαγνησίου στους ασθενείς μας στην αιμοκάθαρση και να τα συσχετίσουμε με άλλες εργαστηριακές και μη παραμέτρους έγινε η παρούσα μελέτη.

Ασθενείς-μέθοδοι: μελετήσαμε 52 συνολικά ασθενείς σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Ομάδα Α, 14 ασθενείς, με σακχαρώδη διαβήτη και ομάδα Β, 38 ασθενείς, μη διαβητικοί. Το μαγνήσιο μετρήθηκε με τη μέθοδο κυανού του ξυλιδιθίου και φυσιολογικές ορίστηκαν οι τιμές για τους άνδρες: 1,8-2,6 και για τις γυναίκες: 1,9-2,5mg%. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο του student t-test ανάμεσα στις 2 ομάδες.

Αποτελέσματα: οι ασθενείς μας δεν διέφεραν σημαντικά ως προς το φύλο, την ηλικία και τη διάρκεια στην αιμοκάθαρση. Εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη συστολική και διαστολική υπέρταση τη χορηγούμενη ορού, τα τριγλυκερίδια ορού και το μαγνήσιο όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

	Φύλο	ηλικία	Μέση διάρκεια	TN	BMI	ΣΑΠ	Glyc	Chol	Trigl	Ca	Mg	Ευνοδός νοσηρότητα
A	68%	63,5	53	27,5	155	95	289	250	9.5	1.7	90%	
B	65%	65,5	55	24	120	85	200	110	8.8	2.5	55%	
ρ	NS	NS	NS	NS	0,03	NS	0.02	0.01	NS	0.05	0.05	

Συμπεραίνουμε πως το μαγνήσιο βρίσκεται χαμηλό σε διαβητικούς αιμοκα-θαιρόμενους σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Όλοι οι δείκτες που σχετίζονται με το μεταβολικό σύνδρομο όπως η υπέρταση, η υπερκολιπιδαιμία, υπερτριγλυ-κεριδαίμια και η υπέρταση σχετίζονται με το χαμηλό μαγνήσιο ορού.

ΑΝΑΖΗΤΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ε. Κουλουρίδης, Κ. Γεωργαλίδης, Π. Ντούτο, Ι. Κωστήμα, Μ. Καθαντζή, Α. Κοσκινός, Μ. Μόνδουλα, Α. Κροκιά, Ι. Κουλουρίδης, Α. Χαηκή, Μ. Αραπίδου, Α. Στυλιανέση

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Βιοχημικό Εργαστήριο Γ.Ν. Κέρκυρας

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία αποτελεί την νέα επιδημία του σύγχρονου κόσμου και προσβάθει όχι μόνον του ενήλικες αλλά και τα παιδιά και τους εφήβους. Η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα καθιστικής ζωής και αυξημένης πρόσληψης τροφής. Συνδέεται στενά με την παρουσία αντίστασης των ιστών στη δράση της ινσουλίνης ή/και υπερινσουλιναίμια. Η συνύπαρξη παχυσαρκίας, υπερινσουλιναίμιας, υπερλιπιδαιμίας και υπέρτασης είναι γνωστή με τον όρο "Μεταβολικό Σύνδρομο". Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα αποδεικνύουν την ύπαρξη του Μεταβολικού Συνδρόμου όχι μόνον μεταξύ των ενηλίκων αλλά και μεταξύ των παιδιών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης NHANES III έδειξε την παρουσία Μεταβολικού Συνδρόμου σε ποσοστό 4,2% μεταξύ του συνόλου των εφήβων που μελετήθηκαν με αύξηση του ποσοστού στο 28,7% μεταξύ των υπέρβαρων εφήβων. Στην παρούσα φάση δεν υπάρχει ομοφωνία στον καθορισμό των κριτηρίων του Μεταβολικού Συνδρόμου στα παιδιά, τεκμηριώνεται όμως η παρουσία του εάν υπάρχουν τρία, τουλάχιστον, από τα εξής πέντε κριτήρια: 1. Κεντρική Παχυσαρκία, 2. Υπέρταση, 3. Υπερτριγλυκεριδαίμια, 4. Χαμηλή HDL-κολιπιδαιμία και 5. Παθολογική ανοχή γλυκόζης.

Υλικό και μέθοδοι: Μετά από οθονύκτια (12-ωρη) νηστεία μελετήσαμε 116 παιδιά και εφήβους, 66 αγόρια και 50 κορίτσια, ηλικίας 11,4±2,0 (4-18) ετών. Η αρτηριακή πίεση μετρήθηκε δύο φορές, στην ίδια επίσκεψη, με παιδιατρικό μονόμετρο, μετά από 15-λεπτη ανάπαυση. Μετρήθηκαν οι σωματομετρικοί δείκτες και υποβλήθηκαν σε αιμοληψία και λήψη πρωινού δείγματος ούρων για βιοχημικό έλεγχο. Υπολογίστηκαν ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) και οι δείκτες ευαισθησίας στην ινσουλίνη HOMA-R και QUICKI.

Τα αποτελέσματα έδειξαν: Β.Σ.: 50,9±19,21 (18,5-109) Kg. Γλυκόζη: 85,43±12,19 (58-118) mg/dl. Ύψος: 1,49±0,17 (1,1-1,81) m. Ινσουλίνη: 8,52±4,9 (0,9-25,6) μU/ml. Περίμετρος μέσης: 73,5±14,13 (47-112) cm. Περίμετρος γυφούτων: 88,81±15,05 (58-123) cm. Χοληστερόλη: 173,71±39,18 (106-370) mg/dl. Χοληστερόλη-HDL: 44,7±12,0 (20-77) mg/dl. Χοληστερόλη-LDL: 115,3±36,4 (53-300) mg/dl. Τριγλυκερίδια: 63,25±30,56 (22-176) mg/dl. Ουρικό οξύ: 3,54±1,08 (1,7-7,1) mg/dl. BMI: 21,72±4,78 (14-37,16). Σ.Α.Π.: 110,25±12,31 (80-160) mmHg. ΔΑΠ: 70,51±10,11 (40-100) mmHg. ΜΑΠ: 83,78±10,01 (58,3-120) mmHg. GFR: 174,91±53,18 (88,7-315) ml/min/1,73 m². HOMA-R: 1,85±1,19 (0,12-5,87). QUICKI: 0,364±0,050 (0,296-0,582).

Το 30,2 % των παιδιών ευρίσκονταν σύμφωνα με τους χάρτες της CDC, στην κατηγορία Risk for Overweight και το 18,1 ήταν υπέρβαρα. Η κατάταξη της ΣΑΠ, ανάλογα με την ηλικία το φύλο και το ύψος τους έδειξε ότι το 26,7% ευρίσκονταν στην κατηγορία High Normal και το 3,4% είχαν συστολική υπέρταση. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ΔΑΠ ήταν: 19,8% και 4,3%. Το 38,2% των παιδιών παρουσίαζαν HDL-Χοληστερόλη <40 mg/dl και το 12,17% παρουσίαζαν επίπεδα Τριγλυκεριδίων >100 mg/dl. Το 25% παρουσίαζαν τιμές HOMA-R index μεγαλύτερες από την 75^η εκατοστιαία θέση (2,38), ενώ το 23,27% παρουσίαζαν τιμές QUICKI index μικρότερες από την 25^η εκατοστιαία θέση (0,334). Από το σύνολο των παιδιών 15 (12,93%) παρουσίαζαν BMI <25 και HOMA-R index >2,38 (παρουσία ινσουλινοαντοχής χωρίς τη συνύπαρξη παχυσαρκίας). Η εφαρμογή των κριτηρίων διάγνωσης του Μεταβολικού Συνδρόμου ανά τριάδες έδειξε συχνότητες που κυμαίνο-

νταν από 1,72% έως 13,8% (πίνακας).

Κριτήρια Διάγνωσης	n	%
BMI – SBP – HDL-Cholesterol	16/116	13,8
BMI – SBP – HOMA-R index	13/116	11,2
SBP – HDL-Cholesterol – HOMA-R index	10/116	8,62
SBP – HDL-Cholesterol – Triglycerides	9/116	7,75
BMI – HDL-Cholesterol – HOMA-R index	8/116	6,9
BMI – SBP – Triglycerides	5/116	4,3
BMI – HDL-Cholesterol – Triglycerides	5/116	4,3
HDL-Cholesterol – Triglycerides – HOMA-R index	2/116	1,72
BMI – Triglycerides – HOMA-R index	2/116	1,72

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι: Το Μεταβολικό Σύνδρομο είναι παρών στα παιδιά και στους εφήβους. Η συχνότητά του κυμαίνεται από 1,72% έως 13,8%, ανάλογα με τα κριτήρια διάγνωσης. Η παχυσαρκία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση και η χαμηλή HDL-Χοληστερόλη είναι οι συχνότερα απαντώμενες διαταραχές στο δείγμα πληθυσμού που μελετήθηκε. Η παρουσία ησοιθινσαντοχής σε μη παχύσαρκα παιδιά και εφήβους υποδηλώνει την πιθανότητα παρουσίας ενός κληρονομούμενου φαινοτύπου ο οποίος είναι επιρρεπής στην ανάπτυξη Μεταβολικού Συνδρόμου.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΛΙΠΟΑΡΑΒΙΝΟΜΑΝΝΑΝΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ.

Θ. Ελευθεριάδης^{1,2}, Γ. Αντωνιάδη², Β. Λιακόπουλος¹, Ε. Γιαννάτος³, Η. Ιωαννίδης¹, Ε. Οικονομίδου¹, Κ. Μπαρμπούτης², Ι. Στεφανίδης¹, Β. Βαργεμέζης³

¹Νεφρολογικό τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ²Μονάδα τεχνητού νεφρού ΓΝΩ Σερρών
³Νεφρολογική κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Εισαγωγή: Ο κίνδυνος επανεργοποίησης της λανθάνουσας φυματίωσης (TB) στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (HD) είναι αυξημένος και γι' αυτό ο τακτικός έλεγχος των ασθενών αυτών ενδείκνυται. Η δερματική δοκιμασία φυματίνης (TST) είναι ανακριβής εξαιτίας της υψηλής συχνότητας της ανεργίας στις δερματικές δοκιμασίες υπερευαίσθησίας τύπου IV στην HD, καθώς και επειδή δεν είναι σε θέση να διακρίνει την λανθάνουσα TB από την εκκριζωθείσα TB. Στην μελέτη αυτή διερευνήθηκε η χρησιμότητα της ανίχνευσης των αντισωμάτων έναντι της λιποαραβινομαννάνης (LAM) στον ορό αιμοκαθαιρόμενων ασθενών για την διάγνωση της λανθάνουσας φυματίωσης.

Μέθοδοι: 74 ασθενείς υπό HD, που δεν έλαβαν ποτέ θεραπεία για TB, αποτέλεσαν την πρώτη ομάδα. 48 υγιείς εθελοντές, που επίσης δεν έλαβαν ποτέ αγωγή για TB, χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. 21 ασθενείς υπό HD με θετική δοκιμασία TST, οι οποίοι ήταν υποψήφιοι για λήψη νεφρικού μοσχεύματος και είχαν ολοκληρώσει προφυλακτική αντιφυματική αγωγή, αποτέλεσαν την τρίτη ομάδα. Η δοκιμασία TST (με την μέθοδο Mantoux) και η ανίχνευση για anti-LAM αντισώματα του ορού (χρησιμοποιώντας μια ανοσοχρωματομετρική μέθοδο) πραγματοποιήθηκαν σε όλα τα υποκείμενα που συμμετείχαν στην μελέτη.

Αποτελέσματα: Στην πρώτη ομάδα βρέθηκε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της δοκιμασίας TST και αυτής της κατάδειξης anti-LAM αντισωμάτων ($p < 0.0001$, Chi-square test). - Μια παρόμοια συσχέτιση διαπιστώθηκε και στην δεύτερη ομάδα μελέτης. Το πιο ενδιαφέρον όμως εύρημα ήταν ότι στην ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών που έλαβαν προφυλακτική αντιφυματική αγωγή, η ύπαρξη μιας θετικής δοκιμασίας TST και μιας αρνητικής δοκιμασίας για anti-LAM αντισώματα αποτελούσε ένα σταθερό εύρημα.

Συμπεράσματα: Η συσχέτιση μεταξύ των δοκιμασιών TST και anti-LAM καταδεικνύει ότι πιθανόν η δοκιμασία ανίχνευσης anti-LAM αντισωμάτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση της λανθάνουσας TB. Η απουσία anti-LAM αντισωμάτων στους αιμοκαθαιρόμενους που έλαβαν προφυλακτική αντιφυματική αγωγή καταδεικνύει ότι η άνοση απάντηση έναντι της LAM στερείται μακροχρόνιας ανοσιακής μνήμης. Η αρνητική δοκιμασία για anti-LAM αντισώματα θα μπορούσε να σημαίνει την απουσία λανθάνουσας TB ακόμη και στους ασθενείς με θετική δοκιμασία TST.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΟΒΑΡΟΥ ΔΥΠΘ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΧΠΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ

Α. Ουζούνη, Φ. Μίση, Μ. Καθιεντζίδου, Π. Κιόρτεβε, Φ. Παπουλίδου, Ε. Παπαδοπούλου, Θ. Πηλακογιάννης, Κ. Καθαίτζιδη

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Καβάλας

Η προσπάθεια αποφυγής παρενεργειών των μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενων σκευασμάτων βιταμίνης D, οδήγησε στη δημιουργία νέων αναλόγων όπως η παρικαλιτόλη. Πρόκειται για 2^{ης} γενιάς ανάλογο με εκλεκτική κατασταλακτική δράση στους παραθυρεοειδείς αδένες, ενώ η προκαλούμενη απορρόφηση ασβεστίου και φωσφόρου από το γαστρεντερικό σωλήνα και η κινητοποίηση τους από τα οστά είναι μειωμένη.

Η παρούσα περίπτωση αφορά θήλυ ασθενή ηλικίας 57 ετών υπό ΧΠΑ για χρονικό διάστημα 216 μηνών με σοβαρό ΔΥΠΘ που πληρούσε τα κριτήρια για χειρουργική αντιμετώπιση (παραθυρεοειδοεκτομή). Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυπτε iPTH: 1153 pg/ml, ALP: 880 IU/ml, Ca: 10,2 mg/dl, P: 6,3 mg/dl, Ca_xP: 64,26. Οστικός έλεγχος: αθηκώσεις NOΔ στα οστά του κρανίου και των χεριών. Σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών με τετραφωσμίνη: αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου στους κάτω πόλους ιδίως αριστερά. Υπερηχογράφημα παραθυρεοειδών: τέσσερις παραθυρεοειδείς αδένες διαστάσεων άνω δεξιά 0,7 cm, κάτω δεξιά 0,8 cm, άνω αριστερά 0,8 cm, κάτω αριστερά 1,4 cm.

Λόγω του μακρού χρόνου αναμονής μέχρι την επέμβαση, αποφασίστηκε έναρξη αγωγής με ενδοφλέβια παρικαλιτόλη, παρά τα αυξημένα επίπεδα φωσφόρου ορού τα οποία αποτέλεσαν μαζί με την αντίσταση στην δράση της χορηγούμενης α-καλσιδιόλης την αιτία διακοπής του συγκεκριμένου αναλόγου βιταμίνης D.

Η αρχική δόση της παρικαλιτόλης υπολογίστηκε σύμφωνα με τον τύπο: αρχική δόση (μg/συνεδρία) = αρχική iPTH /100, και ανερχόταν σε 11μg/συνεδρία. Η δόση δεν χρειάστηκε αναπροσαρμογή, παρά μόνον μετά τους τρεις πρώτους μήνες χορήγησης όπου παρατηρήθηκε εκατοστιαία πτώση της iPTH > 60%.

Στην ασθενή η ενδοφλέβια χορήγηση παρικαλιτόλης οδήγησε σε: 1) Υποχώρηση των τιμών της iPTH από 1153 pg/ml σε 219 pg/ml σε χρονικό διάστημα 3^{ου} μηνών (ποσοστιαία μείωση: 81%), 2) Πτώση της τιμής της ALP από 880 IU/ml σε 345 IU/ml (ποσοστιαία πτώση: 60,1%), 3) Διατήρηση των επιπέδων του Ca, P και του γινόμενου Ca_xP σε ικανοποιητικά επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια της χορήγησης του σκευάσματος, με τιμές Ca: 10,1 mg/dl, P: 5,9 mg/dl, Ca_xP: 59,59 στο τέλος των τριών μηνών θεραπείας. Κατά την διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου η δόση των δεσμευτικών του φωσφόρου δεν χρειάστηκε αναπροσαρμογή. Μετά τους τρεις πρώτους μήνες χορήγησης του φαρμάκου έγινε αναπροσαρμογή της δόσης (7 μg/συνεδρία) με διατήρηση του ικανοποιητικού αποτελέσματος για τους επόμενους τρεις μήνες χορήγησης (iPTH: 280 pg/ml, ALP: 310 IU/ml, Ca 10,2 mg/ml, P: 5,6 mg/dl, Ca_xP: 57,12).

Συμπερασματικά η ενδοφλέβια χορήγηση παρικαλιτόλης οδήγησε σε ισχυρή κατασταλακτική iPTH του ορού, σε σημαντική μείωση της ALP του ορού ως δείκτη αυξημένου οστικού turnover, και τελικά σε αποφυγή της παραθυρεοειδοεκτομής στην συγκεκριμένη ασθενή. Φαίνεται πως η παρικαλιτόλη μπορεί να αποτελέσει ένα επιπλέον αποτελεσματικό σκεύασμα στην αντιμετώπιση του σοβαρού προβλήματος του ΔΥΠΘ στην ευαίσθητη ομάδα των ασθενών υπό ΧΠΑ.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΧΠΑ ΜΕ ΔΥΠΘ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Α. Ουζούνη, Μ. Καθιεντζίδου, Π. Κιόρτεβε, Φ. Παπουλίδου, Φ. Μίση, Θ. Πηλακογιάννης, Ε. Παπαδοπούλου, Κ. Καθαίτζιδη

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Καβάλας

Στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ΔΥΠΘ των ασθενών με ΧΠΑ τελικού σταδίου συμπεριλαμβάνεται η χρήση ενεργού βιταμίνης D και των αναλόγων της. Οι παράγοντες αυτοί σε πολλές περιπτώσεις αποδεικνύονται αποτελεσματικοί στην καταστολή της iPTH του ορού, σημαντικό μειονέκτημα τους όμως παραμένει η συχνή εμφάνιση υπερασβεσταιμίας, υπερφωσφαταιμίας και/ή αύξηση του γινόμενου Ca_xP. Κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το 2^{ης} γενιάς ανάλογο, παρικαλιτόλη, είναι αποτελεσματικό στη μείωση των επιπέδων iPTH χωρίς να προκαλεί σημαντική αύξηση του Ca και του P του ορού.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρικαλιτόλης, σε ασθενείς υπό ΧΠΑ και ΔΥΠΘ μετά από ενδοφλέβια χορήγηση 8 εβδομάδων.

Μελετήθηκαν 21 ασθενείς υπό ΧΠΑ με ενδείξεις σοβαρού ΔΥΠΘ (6 γυναίκες και 15 άνδρες), μέσης ηλικίας 64,76 ετών (48-80), διάρκεια αιμοκάθαρσης 57,86±57,6 μήνες και Kt/V 1,915±1,11. Κριτήρια ένταξης στην μελέτη ήταν επίπεδα iPTH >300 pg/ml, Ca ≤10,2 mg/dl, P ≤6 mg/dl και Ca_xP ≤61,2. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν δεσμευτικά του φωσφόρου.

Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε ενδοφλέβια παρικαλιτόλη στο τέλος κάθε συνεδρίας. Η αρχική δόση της παρικαλιτόλης υπολογίστηκε με βάση τις αρχικές τιμές iPTH του ορού και σύμφωνα με τον τύπο: Αρχική δόση (μg/συνεδρία) = iPTH/100. Αναπροσαρμογή της δόσης της παρικαλιτόλης έγινε στις 4 εβδομάδες ανάλογα με τις τιμές της iPTH, του Ca και P του ορού, του γινόμενου Ca_xP και την % μεταβολή της iPTH. Αξιολογήθηκαν τα επίπεδα iPTH, Ca και P του ορού, το γινόμενο Ca_xP, η % μεταβολή της iPTH και η αθηκική φωσφατάση του ορού ως δείκτη αυξημένου οστικού turnover. Η iPTH και η αθηκική φωσφατάση προσδιορίστηκαν στην έναρξη της μελέτης και μετά από 4 και 8 εβδομάδες. Το Ca, ο P, και το γινόμενο Ca_xP προσδιορίζονταν 2 φορές την εβδομάδα κατά την διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων της μελέτης προς αποφυγή σοβαρών επεισοδίων υπερασβεσταιμίας και υπερφωσφαταιμίας και έπειτα μία φορά την εβδομάδα.

Αποτελέσματα:

	Δόση παρικαλιτόλης (μg/συνεδρία)	iPTH (pg/ml)	Ca (mg/dl)	P (mg/dl)	Ca _x P	ALP (IU/ml)	% μείωση iPTH
0	9±5,54	947,4±603,9	9,571±0,771	5,014±0,827	48,25±9,08	150±183,81	0
4 εβδ.	6,548±4,48 p<0,05	413,6±368,8 10 εβδ p<0,05	9,971±0,795 10 εβδ p<0,05	6,224±1,5 10 εβδ p<0,05	61,54±15,91 10 εβδ p<0,05	128,9±106,46 10 εβδ NS	-52,4 ±31,22 10 εβδ p<0,05
8 εβδ.		379±357,6 10 εβδ p<0,05	10,24±0,828 10 εβδ p<0,05	5,314±1,075 10 εβδ NS	54,51±12,18 10 εβδ p<0,05	116,8±95,87 10 εβδ NS	-59,6 ±23,38 10 εβδ p<0,05
		14 εβδ NS	4 εβδ p<0,05	14 εβδ p<0,05	4 εβδ NS	4 εβδ NS	4 εβδ NS

1) Στατιστικά σημαντική μείωση της iPTH του ορού ήδη στις 4 πρώτες εβδομάδες χορήγησης της παρικαλιτόλης. Η μείωση αυτή συνεχίζεται και μετά τις 4 εβδομάδες παρά την στατιστικά σημαντική μείωση της δόσης του φαρμάκου.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Γ. Βέργουλης, Γρ. Μυσερήλης, Μ. Νικοδημοπούλου, Η. Ιωαννίδης, Φ. Σοθωνάκη, Α. Παπαγιάννης, Γ. Ιμβριος, Ι. Φούζας, Δ. Γιακουστίδης, Β. Παπανικολάου, Δ. Τακούδας
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ", Θεσσαλονίκη

Οι διαβητικοί ασθενείς θεωρούνται υψηλού κινδύνου ασθενείς, λόγω των συχνότερων καρδιαγγειακών επιπλοκών, των συχνότερων λοιμώξεων, της πτωχής επούλωσης των τραυμάτων, της υπερλιπιδαιμίας και της υπέρτασης. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των ασθενών με μεταμοσχευτικό σακχαρώδη διαβήτη, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ομοφωνία για τη συχνότητά του, για τους παράγοντες που τον προκαλούν και τις επιπλοκές του.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς ηλικίας $48,54 \pm 0,93$ ετών, 15 άνδρες και 15 γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε νεφρική μεταμόσχευση (ΝΜ) την περίοδο 1.1.1990 – 30.10.2004, και ανέπτυξαν μεταμοσχευτικό σακχαρώδη διαβήτη (ΜΣΔ). Καταγράφηκαν οι κλινικές και βιοχημικές παράμετροί τους και υπολογίσθηκε η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων.

Αποτελέσματα: Από τους 474 ασθενείς που μελετήθηκαν την παραπάνω περίοδο ποσοστό 6,32% ανέπτυξε σακχαρώδη διαβήτη. Η ηλικία και το βάρος των ασθενών με ΜΣΔ ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα από την ηλικία και το βάρος (έτους) των ασθενών χωρίς ΜΣΔ ($48,54 \pm 10,93$ έτη έναντι $38,48 \pm 12,43$ έτη, $p < 0,0005$ και $71,51 \pm 17,74$ Kg έναντι $66,07 \pm 12,52$ Kg, $p < 0,034$ αντίστοιχα). Ένα έτος μετά τη ΝΜ το 89,3% των ασθενών με ΜΣΔ είχε υπέρταση έναντι 75,3% των ασθενών χωρίς ΜΣΔ. Η κρεατινίνη ορού έτους ήταν $1,32 \pm 0,38$ mg/dl και $1,43 \pm 0,53$ mg/dl στους ασθενείς με και χωρίς ΜΣΔ αντίστοιχα (p : NS). Η λευκωματουρία έτους ήταν $0,067 \pm 0,31$ gr/24h και $0,176 \pm 0,49$ gr/24h στους ασθενείς με και χωρίς ΜΣΔ αντίστοιχα (p : NS). Η επιβίωση 1 και 5 χρόνια μετά τη ΝΜ ήταν 96,67%/95,05% και 91,58%/91,62% (των ασθενών με και χωρίς ΜΣΔ) και 96,67%/90,97%, 88,19%/75,46% (των μοσχευμάτων με και χωρίς ΣΔ) αντίστοιχα p : NS σε όλες τις περιπτώσεις).

Συμπερασματικά στο υλικό μας σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ΜΣΔ είναι η ηλικία και το βάρος. Η λειτουργία του μοσχεύματος δε φαίνεται να επηρεάζεται από το ΜΣΔ κατά το πρώτο έτος μετά τη ΝΜ, ούτε η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων την πρώτη 5ετία.

2) Στατιστικά σημαντική αύξηση των τιμών Ca, στις 4 και 8 εβδομάδες χωρίς ωστόσο να ξεπερνούν τα επιθυμητά επίπεδα.

3) Στατιστικά σημαντική αύξηση του P στις 4 εβδομάδες η οποία όμως έχασε την στατιστική της σημαντικότητα στις 8 εβδομάδες.

4) Στατιστικά σημαντική αύξηση του γινόμενου Ca \times P στις 4 και 8 εβδομάδες σε σχέση με το αντίστοιχο γινόμενο στην αρχή της μελέτης.

5) Μη στατιστικά σημαντική πτώση της ALP κατά την διάρκεια της μελέτης.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας από τους ασθενείς δεν χρειάστηκε να διακόψει την μελέτη λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.

Συμπερασματικά η παρικήαιτιότητα φαίνεται να αποτελεί ένα δραστικό και ασφαλές ανάλογο της βιταμίνης D με έντονη κατασταθτική δράση επί της iPTH του ορού. Δεν στερείται όμως κάποιας υπερασβεσταιμικής και υπερφωσφαταιμικής δράσης γεγονός που μένει να αξιολογηθεί σε βάθος χρόνου καθώς η μελέτη συνεχίζεται.

ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΜΣ)

Ε. Κουτρούλια, Π. Καθλιακμάνη, Ε. Σαββιδάκη, Δ. Μέντζα, Δ.Σ. Γούμενος, Ι.Γ. Βήλαχογιάννης
Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Η Μεμβρανώδης Σπειραματονεφρίτιδα αποτελεί το συχνότερο αίτιο νεφρωσικού συνδρόμου στους ενήλικες. Παρά το γεγονός ότι 30-40% των ασθενών παρουσιάζουν αυτόματη ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου, ποσοστό 30% εμφανίζει προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η παρουσία νεφρωσικού συνδρόμου και η εμφάνιση συχνών υποτροπών αποτελούν δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες. Η κυκλοσπορίνη χρησιμοποιείται ως αρχική θεραπεία της νόσου με σκοπό την αποφυγή των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα κυτταροτοξικά φάρμακα. Η χορήγησή της σε ασθενείς με ιδιοπαθές νεφρωσικό σύνδρομο ακολουθείται συνήθως από ύφεση αληθιά συχνά συνοδεύεται από υποτροπές. Η σταδιακή μείωση της δόσης του φαρμάκου περιορίζει την πιθανότητα εμφάνισης υποτροπής.

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ανταπόκρισης του νεφρωσικού συνδρόμου σε ασθενείς με ΜΣ, οι οποίοι έλαβαν ως αρχική αγωγή συνδυασμό κορτικοειδών με κυκλοσπορίνη, καθώς και η εμφάνιση υποτροπών. Μελετήθηκαν 31 ασθενείς, 21 άνδρες και 10 γυναίκες, ηλικίας 61 ± 15 ετών, με λευκωματουρία $6,5 \pm 3,2$ g/24h και κρεατινίνη ορού $1,08 \pm 0,3$ mg/dl. Το θεραπευτικό σχήμα περιελάμβανε μεθυλπρεδνιζολόνη σε αρχική δόση 0,5mg/Kgr ΣΒ ημερησίως, που ακολουθήθηκε από σταδιακή μείωση και κυκλοσπορίνη σε δόση 2-3mg/Kgr ΣΒ ημερησίως, με σκοπό την επίτευξη επιπέδων αίματος C_0 τα 100ng/ml. Μετά τη συμπλήρωση 18 μηνών θεραπείας, στους ασθενείς που είχαν παρουσιάσει πλήρη ύφεση (λευκωματουρία <0,3g/24h) γινόταν προοδευτική μείωση της δόσης της κυκλοσπορίνης για 6 μήνες. Σε ασθενείς που παρουσίασαν μερική ύφεση (λευκωματουρία <3g/24h) η χορήγηση κυκλοσπορίνης συνεχιζόταν σε μικρή δόση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ενώ στους ασθενείς που δεν παρουσίασαν ύφεση η κυκλοσπορίνη διακοπτόταν με τη συμπλήρωση ενός έτους θεραπείας. Επί υποτροπής γινόταν εκ νέου χορήγηση του θεραπευτικού σχήματος.

Από τους 31 ασθενείς 16 (51%) παρουσίασαν πλήρη ύφεση, 12 (38,7%) μερική ύφεση και 3 (9,7%) δεν παρουσίασαν ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου. Ο μέσος χρόνος επίτευξης πλήρους ύφεσης του νεφρωσικού συνδρόμου ήταν 11 ± 8 μήνες.

Από τους 16 ασθενείς που παρουσίασαν πλήρη ύφεση, υποτροπή του νεφρωσικού συνδρόμου εμφάνισαν 5 (31%) εντός του πρώτου έτους από της διακοπής της θεραπείας (μέσος χρόνος 10 ± 4 μήνες). Όσοι οι ασθενείς παρουσίασαν εκ νέου ύφεση με το δεύτερο κύκλο θεραπείας.

Από τους 12 ασθενείς που παρουσίασαν μερική ύφεση οι 5 ευρίσκονται ακόμη υπό αγωγή (δεν έχουν συμπληρώσει 24 μήνες θεραπείας), ενώ κανένας από αυτούς τους 5 δεν έχει παρουσιάσει υποτροπή. Από τους υπόλοιπους 7 ασθενείς με μερική ύφεση που έλαβαν μακροχρόνια θεραπεία με κυκλοσπορίνη υποτροπές παρατηρήθηκαν σε 5 (41,7%). Πολλοπλά επεισόδια υποτροπών παρατηρήθηκαν σε 7 (22,5%) ασθενείς. Η νεφρική λειτουργία διατηρήθηκε σταθερή στους περισσότερους ασθενείς (κρεατινίνη ορού $1,1 \pm 0,4$ mg/dl), ενώ επιδείνωση παρατηρήθηκε σε 8 (25,8%). Από τους ασθενείς αυτούς 2 δεν είχαν παρουσιάσει ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου και 6 είχαν πολλαπλά επεισόδια υποτροπών. Σε 3 ασθενείς οι οποίοι είχαν παρακοιούθηση άνω των 7 ετών είναι αξιοπρόσεκτη η κλινική πορεία. Αρχικά εμφάνισαν πλήρη ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου με τη χορήγηση κυκλοσπορίνης, παρουσίασαν την πρώτη υποτροπή μετά παρέλευ-

ση 3 ετών και πάλι είχαν πλήρη ύφεση με εκ νέου χορήγηση κυκλοσπορίνης. Στη συνέχεια τα επεισόδια υποτροπών ήταν συχνότερα και η ανταπόκριση στην κυκλοσπορίνη μη ικανοποιητική. Δύο εκ των ασθενών παρουσίασαν προοδευτική έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

Η χρήση μικρών δόσεων κυκλοσπορίνης και μεθυλπρεδνιζολόνης είναι αποτελεσματική στην πρόκληση ύφεσης του νεφρωσικού συνδρόμου που οφείλεται σε μεμβρανώδη σπειραματονεφρίτιδα. Το θεραπευτικό σχήμα συνοδεύεται από εμφάνιση υποτροπών του νεφρωσικού συνδρόμου σε ικανό αριθμό ασθενών. Η παρουσία πολλαπλών υποτροπών συνοδεύεται από μείωση της απόκρισης στην κυκλοσπορίνη.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΔΟΤΗ ΜΕ ΑΣΥΜΒΑΤΗ ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

I.N. Μπολέτης¹, E. Θεοδωροπούλου¹, Δ. Σταματιάδης¹, A. Γόμπου¹, M. Γαβαλάκη², A. Καραφουλίδου², X.Π. Σταθάκης¹, A. Κωστάκης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα & Μεταμοσχευτικό Κέντρο, ²2^ο Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας & Κέντρο Αιμορροφιλικών, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Μοιhonάτι η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη θεραπεία υποκατάστασης για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η προσφορά οργάνων δεν επαρκεί για να καλυφθούν οι τρέχουσες ανάγκες. Παλαιότερα, η ασυμβατότητα ως προς την ομάδα αίματος εθεωρείτο βασική αντένδειξη για την πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης. Παρ' όλα αυτά, προκειμένου να αυξηθεί η διαθεσιμότητα των οργάνων, έχουν σχεδιαστεί διάφορα πρωτόκολλα μεταμόσχευσης νεφρού από δότη με ασύμβατη ομάδα αίματος (ABO ασυμβατότητα).

Παρουσιάζουμε 2 περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού από δότη με ασύμβατη ομάδα αίματος, για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Η διαφορά του πρωτοκόλλου που χρησιμοποιήθηκε από το κέντρο μας σε σχέση με παλαιότερα πρωτόκολλα είναι: 1) η αποφυγή της απηνεκτομής, 2) η εκτέλεση ανοσοπροσροφίσεων με στήθες με ειδικότητα έναντι των αντισωμάτων A ή B, πριν και μετά τη μεταμόσχευση (Glycosorb ABO, Glycorex Transplantation, Lund, Sweden) και 3) η χορήγηση ενός αντι-CD20 μονοκλωνικού αντισώματος (mAb rituximab) (375mg/m², 20 ημέρες πριν τη μεταμόσχευση). Επιπλέον το ανοσοκατασταλτικό σχήμα περιελάμβανε τη χορήγηση γ-σφαιρίνης (0,5g/kg, μία ημέρα πριν τη μεταμόσχευση), του μονοκλωνικού αντισώματος daclizumab (1 mg/kg X 5 δόσεις ανά 14 ημέρες) tacrolimus (0,1 mg/kg), mycophenolate mofetil (2g/ημέρα) ή everolimus (8 mg/ημέρα) και μεθυλπρεδνιζολόνης (24mg/ημέρα), με έναρξη δύο εβδομάδες πριν τη μεταμόσχευση. Ως προς τον τίτλο των αντισωμάτων ο στόχος πριν και μετά τη μεταμόσχευση ήταν να διατηρηθούν ≤1/8 (κάρτα Coombs Anti-IgG-Diamed). Σε κανέναν από τους ασθενείς δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές και επεισόδια απόρριψης, ενώ και οι δύο διατηρούν μέχρι τώρα, 5 και 2 μήνες μετά τη μεταμόσχευση, κρεατινίνη ορού 1,5 και 1,1 mg/dl αντίστοιχα.

Συμπερασματικά, η μεταμόσχευση νεφρού από ασύμβατο δότη ως προς την ομάδα αίματος μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια μετά την εκτέλεση ανοσοπροσροφίσεων με ειδικότητα έναντι των αντισωμάτων της ομάδας αίματος του δότη και τη χορήγηση αντι-CD20 mAb, χωρίς την πραγματοποίηση απηνεκτομής.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΗΡΩΙΝΗΣ

X. Κουρβέλιου, I. Καραμπίνης, Γ. Ντάτσας, M. Ούρσου, Β. Σιαπέρα, E. Φερεντίνου, Φ. Καρακάσης, N. Καπερώνης, Σ. Ζιάκκα, A. Καραμπάτσος και N. Παπαγαλιάνης
Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα

Η ραβδομυόλυση αποτελεί μια βεβαιωμένη αιτία οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (ΟΝΑ) μετά από χρήση ναρκωτικών ουσιών. Περιγράφονται τρία περιστατικά ΟΝΑ λόγω ραβδομυόλυσης μετά από χρήση ηρωίνης.

Τα δύο πρώτα περιστατικά αφορούσαν άνδρες νεαρής ηλικίας που διεκομίσθησαν στο νοσοκομείο μας σε ημικωμωτώδη κατάσταση. Από το ιστορικό και των δύο αναφέρεται ότι μετά από ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης οι ασθενείς παρέμειναν αναισθητοί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι εμφάνιζαν εκτεταμένο οίδημα μυϊκών ομάδων των κάτω άκρων και ήταν ανουρικοί. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 4,9 και 7,7mg/dl), υπερκαλιαιμία (κάλιο 6 και 9,3mEq/l), υποσβεσταιμία (7,3 και 6mg/dl), υπερουραιμία (ουρικό οξύ 14,5 και 12,5mg/dl), αύξηση των ηπατικών ενζύμων και της LDH του ορού, μεγάλη αύξηση της CPK του ορού (43777 και 131000U/L) και ευρήματα διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης (FDP και d-dimers θετικά). Από το Tripplex του αρτηριακού και φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων δεν διαπιστώθηκε εικόνα αρτηριακής απόφραξης ούτε εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με συνεδρίες αιμοκάθαρσης μέχρι αποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας και εξήλθαν με φυσιολογική νεφρική λειτουργία ενώ το οίδημα των μυών υποχώρησε και το μόνο που παρέμεινε ήταν ήπια μυϊκή αδυναμία του πάσχοντος σκέλους.

Το τρίτο περιστατικό ήταν νεαρός άνδρας, χρήστης ηρωίνης, ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο μας με αναφερόμενη ανουρία. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 6,4mg/dl), υπερκαλιαιμία (κάλιο 7,1mEq/l), υποσβεσταιμία (5,5mg/dl), αύξηση των ηπατικών ενζύμων και της LDH του ορού και μεγάλη αύξηση της CPK του ορού (177000U/L). Ο ασθενής εμφάνισε καρδιοαναπνευστική ανακοπή και διασωληνώθηκε. Υπεβλήθη σε μία συνεδρία αιμοκάθαρσης και διακομίσθηκε σε ΜΕΘ όληρου νοσοκομείου.

Συμπερασματικά, η ραβδομυόλυση και η επακόλουθη οξεία νεφρική ανεπάρκεια μετά από χρήση ηρωίνης μπορεί να οφείλεται είτε σε μυϊκή ισχαιμία λόγω παρατεταμένης συμπίεσης μυϊκών ομάδων συνεπεία κώματος είτε σε απευθείας τοξική δράση της ηρωίνης στους μυς.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ

Γ. Μπουγάτσος, Α. Παναγιώτου, Π. Κούκη, Π. Λιαβέρη, Λ. Νακοπούλου¹, Ι.Τ. Παπαδάκης
Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ιπποκράτειο, ¹Τμήμα Ανατομικής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Η Ορλιστάτη, (Xenical), αναστολέας της παγκρεατικής και γαστρικής λιπάσης, χορηγείται ως απεικονιστικό. Η χρήση της ενίοτε προκαλεί αυξημένη απορρόφηση και συνακόλουθα αποβολή αλάτων οξαλικού ασβεστίου στα ούρα.

Τα οξαλικά ενέχονται για οξεία νεφρική ανεπάρκεια μετά από λήψη εθυλέν-γλυκόλης και χρήση μεθοξυφλουράνης. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια σφαιρόμενη σε λήψη ορλιστάτης έχει αναφερθεί μόνο σε πειραματόζωα ως απόρροια εναπόθεσης κρυστάλλων οξαλικού ασβεστίου και διάμεσο-σωληνιακής βλάβης.

Παρουσιάζεται η πρώτη, στην προσιτή σε εμάς βιβλιογραφία, κλινική περίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μετά από χρήση ορλιστάτης.

Πρόκειται για ασθενή 70 ετών ο οποίος εισήχθη στη Νεφρολογική Κλινική, για ταχέως επιδεινούμενη νεφρική ανεπάρκεια. Ο ασθενής είχε ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, στεφανιαίας νόσου και επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας (Κρεατινίνη ορού=2mg/dl), βρισκόταν δε σε αντιδιαβητική και αντισπηλαική αγωγή. Από 18 μήνες λαμβάνει ορλιστάτη (240mg ημερησίως) και από 15ημέρου έλαβε φουροσεμίδη (20mg παρ' ημέρα).

Η ταχέως επιδεινούμενη νεφρική λειτουργία (Κρεατινίνη ορού από 2mg/dl σε 10mg/dl εντός 10 ημερών) χωρίς προφανή ισχαιμική ή νεφροτοξική αιτία, επέβαλε τη διενέργεια νεφρικής βιοψίας η οποία έδειξε απόφραξη των ουροφόρων σωληναρίων από εναπόθεση κρυστάλλων οξαλικού ασβεστίου και οξεία σωληνιακή νέκρωση.

Πιθανολογείται ότι η αυξημένη, από την ορλιστάτη, αποβολή οξαλικών στα ούρα, σε συνδυασμό με την προκαλούμενη από τη φουροσεμίδη αφυδάτωση και αυξημένη αποβολή ασβεστίου, συνέβαλαν στην πρόκληση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

Επισημαίνεται η σημασία και ο ενδεχόμενος κίνδυνος από τη συνέργεια φαρμάκων, τα οποία κάθε αυτά χαρακτηρίζονται ως ασφαλή για τη νεφρική λειτουργία.

ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΙΩΣΗΣ ΟΝΑ ΣΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (ΦΑΣΗ-II)

Μπαλάφα Ο, Ανδρίκος Α, Τσάντα Α, Τσεκέ Π, Παππάς Ε., Κόκκοφου Ε, Σφαιρόπουλος Γ, Παππάς Μ.

Νεφρολογική Κλινική ΠΓΝ "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων

Η συχνότητα εμφάνισης της ΟΝΑ σε νοσηλευόμενους ασθενείς ποικίλει (1,1-31%). Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ΟΝΑ έχουν αλλιάξει δραματικά την τελευταία εικοσαετία. Ολοένα συχνότερα η ΟΝΑ αφορά ασθενείς των ΜΕΘ, ενώ η θνησιμότητα-νοσηρότητα και το κόστος νοσηλείας των αρρώστων αυτών παραμένει υψηλό. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει ενδελεχής καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της ΟΝΑ.

Σκοπός μας είναι να εκτιμήσουμε την επίπτωση και την έκβαση της ΟΝΑ στα Νεφρολογικά τμήματα καθώς επίσης και στις ΜΕΘ της Ελλάδας και συγχρόνως να καταγράψουμε τις πιθανές διαφορές στην αντιμετώπιση των ασθενών στα διάφορα κέντρα.

Στην πρώτη φάση της μελέτης ήρθαμε σε επαφή με τα Νεφρολογικά τμήματα και τις αντίστοιχες ΜΕΘ των κρατικών νοσοκομείων. Καταγράψαμε πληροφορίες σχετικά με τη δυναμικότητα των αντίστοιχων κλινικών, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τις διαθέσιμες μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης και τον τρόπο διαχείρισης των μεθόδων στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΟΝΑ.

Επικοινωνήσαμε με 47 συνοδικά Νεφρολογικά τμήματα και 41 ΜΕΘ. Είκοσι (από τα 47) νεφρολογικά τμήματα δεν έχουν αυτόνομη νεφρολογική κλινική. Τέσσερα νοσοκομεία υποστηρίζουν μεταμοσχευτικά κέντρα, 8 καρδιοχειρουργικές κλινικές και 20 αγγειοχειρουργικές. Μονάδες περιτοναϊκής κάθαρσης διαθέτουν 22 τμήματα.

Η αντιμετώπιση της σοβαρής ΟΝΑ γίνεται με μεθόδους συνεχούς ή κλασικής αιμοκάθαρσης σε όλα τα τμήματα, ενώ η μέθοδος της περιτοναϊκής κάθαρσης δεν αποτελεί μέθοδο αντιμετώπισης σε κανένα τμήμα. Όλες οι ΜΕΘ διαθέτουν μεθόδους συνεχούς ή/και κλασικής αιμοκάθαρσης. Μόνο σε 9 νοσοκομεία (από τα 47) οι νεφρολόγοι συμμετέχουν στη διαχείριση της συνδεδεμένης εξωνεφρικής κάθαρσης στη ΜΕΘ με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού του Νεφρολογικού τμήματος. Στα υπόλοιπα νοσοκομεία ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ χειρίζεται αποκλειστικά την εξωνεφρική υποστήριξη περιστατικών με σοβαρή ΟΝΑ.

Η πρώτη φάση της μελέτης μας επιβεβαίωσε τα ήδη γνωστά στη νεφρολογική κοινότητα: οι εντατικολόγοι έχουν αναλάβει αποκλειστικά την εξωνεφρική υποστήριξη στις περισσότερες ΜΕΘ. Στην παρούσα φάση βρίσκεται σε εξέλιξη η δεύτερη φάση της μελέτης, όπου καταγράφουμε προοπτικά για τρεις μήνες τα επιδημιολογικά δεδομένα της ΟΝΑ στα αντίστοιχα τμήματα.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. Παναγιώταρος, Κ. Κανταρτζή, Π. Πασαδάκης, Α. Γράψα, Δ. Συβρίδης, Π. Κρίκη, Β. Βαργεμέζης
Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Την τελευταία δεκαετία οι τεχνολογικές εξελίξεις των μεθόδων της αιμοκάθαρσης (έλεγχος υπερδιήθησης, διαλύματα διττανθρακικών, βιοσυμβατές μεμβράνες, νεότερες μέθοδοι αιμοδιήθησης – αιμοδιαδιήθησης) και η εφαρμογή των κλινικών οδηγιών (που αφορούν κυρίως στη χρήση ερυθροποιητίνης και την επάρκεια κάθαρσης), έχουν βελτιώσει αισθητά τη γενική κατάσταση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της βελτίωσης της μεθόδου της αιμοκάθαρσης στην επιβίωση των ασθενών του κέντρου μας.

Συγκρίθηκε η αθροιστική 5ετής επιβίωση 63 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, από τους οποίους οι 26 ασθενείς εντάχθηκαν σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης το χρονικό διάστημα 10/1993-10/1995 ενώ 37 ασθενείς εντάχθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 10/1998-10/2000. Καταγράφηκαν και συγκρίθηκαν οι παράμετροι αιμοκάθαρσης (επιφάνεια και είδος μεμβράνης, ροή αίματος και διαλύματος κατά τη συνεδρία) καθώς και παράγοντες επάρκειας κάθαρσης (Kt/V), θρέψης (λευκωματίνη, nPCR) και αναιμίας (Hb, Ht) όλων των ασθενών της μονάδας κατά την αρχή και το τέλος των χρονικών περιόδων 1995-2000 και 2000-2005. Η επιβίωση υπολογίστηκε με τη μέθοδο Kaplan-Meier και η σύγκρισή τους με τη μέθοδο Log Rank, ενώ έγινε και στάθμιση των επιβιώσεων ως προς άλλους παράγοντες κινδύνου (ηλικία, συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, καρδιαγγειακής νοσηρότητας, υπέρτασης) με τη μέθοδο Cox Regression.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση των παραμέτρων που αφορούσαν τη μέθοδο καθώς και των παραγόντων που αφορούσαν τους ασθενείς της μονάδας κατά την τελευταία δεκαετία (Πίνακας).

Παράμετροι	10/1995	10/2000	10/2005	p
Αριθμός (n)	60	75	81	
Επιφάνεια φίλτρου (m ²)	1,18 ± 0,13	1,76 ± 0,17	1,80 ± 0,23	< 0,00
Αντλία αίματος (ml/min)	240 ± 30	330 ± 40	341 ± 53	< 0,00
Ροή διαλύματος (lml/min)	500	547 ± 90	613 ± 144	< 0,00
Kt/V	0,89 ± 0,2	1,46 ± 0,24	1,40 ± 0,19	< 0,00
Hb (g/dl)	9,8 ± 1,1	11,4 ± 1,3	12,1 ± 1,2	< 0,00
Ht (%)	29,4 ± 4,9	35,1 ± 4,1	37,8 ± 3,8	< 0,00
Λευκωματίνη (g/dl)	4,1 ± 0,5	4,3 ± 0,4	4,2 ± 0,5	0,112
nPCR (g/Kg/H)	0,8 ± 0,1	1,2 ± 0,2	1,2 ± 0,1	< 0,001

Η σύγκριση όμως της 5ετούς επιβίωσης των ασθενών δε διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων (Log Rank p= 0,805), ενώ με την εφαρμογή της Cox Regression προέκυψαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου η συνύπαρξη καρδιαγγειακής νοσηρότητας (IRR= 2,179, p= 0,005), αρτηριακή υπέρταση (IRR= 2,176, p= 0,004) καθώς και η ηλικία (RR= 0,79, p= 0,009) ενώ δεν απεδείχθη ως ανεξάρτητος παράγοντας ο χρόνος έναρξης της υποκατάστασης (p= 0,632). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η σημαντική βελτίωση των παραμέτρων της μεθόδου της αιμοκάθαρσης δεν συνοδεύτηκε από στατιστικά σημαντική μεταβολή της 5ετούς επιβίωσης των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών της μονάδας μας. Το γεγονός αυτό οφείλεται πιθανόν στον μικρό αριθμό των ασθενών γεγονός που υποδηλώνει την αναγκαιότητα ύπαρξης πολυκεντρικών μελετών.

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ VS ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Π. Τσεκέ, Α. Ανδρίκος, Α. Τσίντα, Ο. Μπαλίδφα, Ε. Παππάς, Ε. Κόκκοιου, Γ. Σφαιρόπουλος, Μ. Παππάς

Νεφρολογική Κλινική, Γ. Ν. Ιωαννίνων "Γ. Χατζηκώστα"

Εισαγωγή: Μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι τουλάχιστον για τα τρία πρώτα χρόνια δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στην επιβίωση των ασθενών στις δυο μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης. Ωστόσο δεν υπάρχουν πολλές μελέτες πενταετούς επιβίωσης στη διεθνή βιβλιογραφία. Ορισμένοι ερευνητές επισημαίνουν την επίδραση του "κέντρου" στην επιβίωση των ασθενών, καθώς μικρότερες ανα κέντρο μελέτες έχουν αναδείξει αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Στόχος μας ήταν η μελέτη της επίδραση της μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης στην πενταετή επιβίωση ασθενών τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στο Τμήμα μας.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν όλοι οι νέοι ασθενείς που εντάχθηκαν σε αιμοκάθαρση ή σε περιτοναϊκή κάθαρση κατά τη χρονική περίοδο 1995-2000 και πρωτεύων στόχος (endpoint) ήταν η ολοκλήρωση 5ετούς παρακολούθησης ή ο θάνατος (all cause mortality). Ασθενείς που άλλαξαν μέθοδο ή μεταμοσχεύθηκαν θεωρήθηκαν ως περικεκομμένες παρατηρήσεις κατά τη στατιστική ανάλυση (censored). Συνολικά την ομάδα μελέτης αποτέλεσαν 94 άτομα (32 γυναίκες και 62 άνδρες) εκ των οποίων 48 σε περιτοναϊκή κάθαρση και 46 σε αιμοκάθαρση.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των δυο ομάδων δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα ανδρών/γυναικών, ούτε στην ηλικία. Κατά την ένταξή τους οι ασθενείς δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση στεφανιαίας νόσου, σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης, υπερχοληστερόλαιας και χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Σημειώθηκαν συνολικά 19 θάνατοι στους ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση και 27 σε εκείνους σε αιμοκάθαρση. Η πιθανότητα 5ετούς επιβίωσης με τη μέθοδο Kaplan Meier ήταν 79,2% για τους ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση και 60% για τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική (logrank test, p=0,03). Σε μοντέλο αναλογικών κινδύνων ο σχετικός κίνδυνος θανάτου ασθενών σε αιμοκάθαρση έναντι εκείνων σε περιτοναϊκή ήταν διπλάσιος (cox proportional hazards model-hazard ratio 2,33, p=0,045).

Συμπέρασμα: Σε απόλυτα συγκρίσιμους πληθυσμούς του τμήματός μας φάνηκε ότι η πενταετής επιβίωση των ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση υπερέχει έναντι αυτής των ασθενών σε αιμοκάθαρση.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Α. Σιούλης, Β. Ρώμα, Π. Μαθινδρέτος, Κ. Μανδραβέλη, Δ. Γρέκας

Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Η συνδυασμένη χορήγηση πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης (peg-*INF-α*) και ριμπαβερίνης πετυχαίνει το υψηλότερο ποσοστό μακροχρόνιας ύφεσης της ηπατίτιδας C. Ωστόσο είναι γνωστή η δυσκολία εφαρμογής θεραπευτικών πρωτοκόλλων σε αιμοκαθαυόμενους ασθενείς.

Σκοπός: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της χορήγησης πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης σε αιμοκαθαυόμενους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C.

Ασθενείς – Μέθοδοι:

Ασθενής 1: Μ.Ε., γυναίκα, ηλικίας 50 ετών, σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και διάγνωση ηπατίτιδας C (γονότυπος 4) με την έναρξη της. Υποβλήθηκε σε βιοψία ήπατος, η οποία έδειξε: "ήπια ενεργό δραστηριότητα και μετρίου βαθμού ίνωση – αιμοσιδήρωση 2^{ου} σταδίου (κατά Schuerl)". Το ιικό φορτίο ήταν $4,36 \times 10^5$ copies/ml.

Αγωγή: τέθηκε σε αγωγή με 135μg/week Pegasys.

Παρενέργειες: 10 εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής εκδήλωσε λευκοπενία, θρομβοπενία και επιδείνωση της αναιμίας. Τη 12^η εβδομάδα εκδήλωσε ουθροραγία λόγω θρομβοπενίας (40000) και η αγωγή διακόπηκε. Τον επόμενο μήνα παρουσίασε σταδιακά πλήρη αποκατάσταση των αιματολογικών παραμέτρων. Η αγωγή συνεχίστηκε με Pegasys 67,5μg/10ήμερο επί 12 μήνες. Η αναιμία επιδεινώθηκε και παρά τη σταδιακή αύξηση της εβδομαδιαίας ερυθροποιητίνης, η ασθενής μεταγγίσθηκε με 2 μονάδες συμπυκνωμένα ερυθρά. Με ιικό φορτίο $2,57 \times 10^5$ copies/ml η αγωγή διακόπηκε.

Ασθενής 2: Κ.Β., άνδρας, 55 ετών, με διαβητική νεφροπάθεια, στεφανιαία νόσο και ηπατίτιδα C (γονότυπος 6a). Μετά την εμφάνιση τρανσαμινασαιμίας έγινε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και προσδιορισμός ιικού φορτίου: $6,36 \times 10^5$ copies/ml.

Αγωγή: Τέθηκε σε αγωγή με Pegasys 67,5μg/10ήμερο.

Παρενέργειες: παρουσίασε πυρετό κατά την ημέρα χορήγησης, ήπια θρομβοπενία και επιδείνωση της αναιμίας με αναγκαία την αναπροσαρμογή της χορηγούμενης ερυθροποιητίνης. Ο ασθενής 4,5 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής παρουσίασε πυρετό περιοδικού χαρακτήρα μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης. Ο πυρετός υποχωρούσε πλήρως μετά τη λήψη 1-2gr παρακεταμόλης 12ώρες μετά την εμφάνισή του. Μετά από πλήρη κλινικό και παρακλινικό έλεγχο του εμπυρέτου, που απέβη αρνητικός, η αγωγή διακόπηκε 5 μήνες μετά την έναρξή της, με ιικό φορτίο $1,19 \times 10^6$ copies/ml. Η γενική κατάσταση του ασθενούς παρέμεινε σταθερά καλή με σταδιακή αποκατάσταση των αιματολογικών παραμέτρων και πλήρη ύφεση του πυρετού.

Συμπεράσματα:

- 1) Η μονοθεραπεία με peg-*INF-α* είναι αποτελεσματική σε αιμοκαθαυόμενους ασθενείς.
- 2) Παρατηρούνται συχνότερα ανεπιθύμητες ενέργειες, που επιβάλλουν την τροποποίηση του θεραπευτικού σχήματος ή τη διακοπή της θεραπείας.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΑΚ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ (ΠΜ) ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Γ. Μπαμίκας, Ι. Σακελλάρη¹, Ι. Μπάτσας¹, Φ. Χριστίδου, Λ. Γιουαννίτης, Τ. Νάτσα, Αθ. Φάσσης¹, Αχ. Αναγνωστάτου¹, Γ. Σακελλάρη², Κ. Σόμπολος.

¹Νεφρολογικό και Αιματολογικό Τμήμα, Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γ.Ν. "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ", ²Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Η κλασική θεραπευτική αντιμετώπιση του ΠΜ, έχει μετακινηθεί προς την κατεύθυνση της ΜΑΑΚ, η οποία φαίνεται να προσφέρει καλύτερη επιβίωση σε σχέση με τη συμβατική χημειοθεραπεία. Ωστόσο η διεθνής εμπειρία από την εφαρμογή της ΜΑΑΚ σε ασθενείς με ΠΜ και νεφρική νόσο, είναι ακόμη σχετικά περιορισμένη. Οι δύο περιπτώσεις που παρουσιάζονται αφορούν στην πρώτη τέτοια εμπειρία στη χώρα μας.

Περίπτωση 1η: Ασθενής 58 ετών, με ΠΜ σταδίου IIB και νεφρική νόσο II σταδίου, λευκωματουρία και κ ελαφρές αιτήσεις από την ανοσοκαθίλιωση των ούρων κατά τη διάγνωση της νόσου και την έναρξη της ΜΑΑΚ. Ο ασθενής έλαβε μεταμόσχευση με Melphalan (200 mg/m^2) και 48 ώρες μετά υποβλήθηκε σε ΜΑΑΚ. Κατά τη νοσηλεία της στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού δεν εμφάνισε μείζονες επιπλοκές και η εμφύτευση του μοσχεύματος υπήρξε επιτυχής. Σταδιακά αποκατέστησε φυσιολογική νεφρική λειτουργία και εμφάνισε πλήρη ύφεση της λευκωματουρίας. Σήμερα 18 μήνες μετά τη ΜΑΑΚ ο ασθενής είναι χωρίς ανιχνεύσιμη νόσο.

Περίπτωση 2η: Ασθενής 49 ετών, με ΠΜ κ αιτίσεων σταδίου IIIB και νεφρική νόσου V σταδίου υπό αιμοκάθαρση. Δώδεκα μήνες μετά την αρχική διάγνωση της νόσου και ενώ βρισκόταν σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, η ασθενής υποβλήθηκε σε ΜΑΑΚ, 48 ώρες μετά τη χορήγηση μεταμόσχευσης με Melphalan (140 mg/m^2). Κατά τη νοσηλεία της στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού έλαβε την ενδεικνυόμενη υποστηρικτική και εμπειρική αγωγή έναντι λοιμώξεων, υποβλήθηκαν σε καθημερινές συνεδρίες αιμοκάθαρσης, δεν εμφάνισε μείζονες επιπλοκές και η εμφύτευση του μοσχεύματος υπήρξε επιτυχής και ταχεία. Σήμερα, 4 μήνες μετά τη ΜΑΑΚ, η ασθενής είναι χωρίς ανιχνεύσιμη νόσο και συνεχίζει να υποβάλλεται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Η ΜΑΑΚ σε ασθενείς με ΠΜ και νεφρική νόσο φαίνεται να είναι εφικτή και ασφαλής θεραπευτική μέθοδος ενώ μπορεί να συμβάλει και στην αποκατάσταση - βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας.

Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΟΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ / ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ (ΝΙ/Ε) ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ

Κ. Ξανθοπούλου¹, Ε. Σπώνδου², Ε. Ντουνούση¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Γ. Καρκαβέλας³, Η. Παπαδοπούλου², Κ. Συμεωνίδου², Δ. Τσακίρης¹, Ν. Βαβάτση⁴

Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Βέροιας¹, Εργαστήριο Φυσιολογίας², Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής³ και Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας⁴ Ιατρικής Σχολής, Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η ερυθροποιητίνη δρα προστατευτικά σε διάφορους ιστούς και σε μοντέλα νεφροτοξικής και ισχαιμικής νεφρικής ανεπάρκειας. Η νεφροπροστατευτική της δράση αποδόθηκε κυρίως σε αντιοποπρωπρωτικούς μηχανισμούς. Το σύστημα eNOS/NO εκφράζεται συνεχώς στο φυσιολογικό ενδοθήλιο και, πέρα από τον κύριο ρόλο του ως αγγειοδιασταλτικού παράγοντα, εμφανίζει αντιοξειδωτικές, αντιφλεγμονώδεις, αντιθρομβωτικές και αντιοποπρωπρωτικές ιδιότητες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθεί έκφρασή της eNOS σε πειραματικό μοντέλο οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μετά από αμφοτερόπλευρη νεφρική ισχαιμία και επαναιμάτωση, πριν και μετά τη χορήγηση ερυθροποιητίνης.

Άρρηνες επίμυες Wistar υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρη νεφρική ισχαιμία διάρκειας 45 min. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στην 1^η ομάδα της ΝΙ/Ε (n=11) και στη 2^η ομάδα της ΕΠΟ, στην οποία χορηγήθηκε ΕΠΟ (500U/kg, i.p) 20min προ της ισχαιμίας (n=15). Σε κάθε ομάδα ορίστηκαν τρεις υποομάδες, στις οποίες η επαναιμάτωση έγινε στις 6, 24 και 48 ώρες αντίστοιχα. Χειρουργθέντες επίμυες που δεν υποβλήθηκαν σε ισχαιμία αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (n=4).

Η εκτίμηση της νεφρικής βλάβης πραγματοποιήθηκε με μέτρηση των επιπέδων ουρίας και κρεατινίνης ορού και με ιστολογική διαβάθμιση της έκτασης της βλάβης των ουροφόρων σωληναρίων. Η έκφραση της eNOS μελετήθηκε με τις μεθόδους RT-PCR και ανοσοϊστοχημείας.

Στην ομάδα ερυθροποιητίνης και σε όλες τις υποομάδες επαναιμάτωσης αυτής διαπιστώθηκαν χαμηλότερες τιμές ουρίας και κρεατινίνης (ουρία 72±5, 143±19 και 183±25 mg/dl και κρεατινίνη 0,9±0,1, 1,35±0,4 και 1,9±0,5 mg/dl στις 6, 24 και 48 ώρες επαναιμάτωσης αντίστοιχα) σε σχέση με την ομάδα ισχαιμίας (ουρία 93±6, 289±11 και 385±7 mg/dl και κρεατινίνη 1,6±0,2, 4,3±1,2 και 6,5±1,4 mg/dl στις 6, 24 και 48 ώρες επαναιμάτωσης αντίστοιχα) (p<0,05). Επίσης, η έκτασή της σωληναριακής νέκρωσης ήταν σαφώς μικρότερη μετά τη χορήγηση ερυθροποιητίνης, με στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα ΝΙ/Ε μετά από 6 ώρες επαναιμάτωσης (p<0,05).

Έκφραση της eNOS σημειώθηκε σε όλες τις ομάδες πειραματόζων. Η ανοσοϊστοχημική ανάλυση στην ομάδα ελέγχου ανέδειξε μέτριας έντασης έκφραση της eNOS κυρίως στα περισωληναριακά και λιγότερο στα σπειρασματικά τριχοειδή, ενώ ήταν πιο έντονη στα νεφρικά αγγεία και αρτηριόλια. Η ισχαιμική νεφρική βλάβη προκάλεσε μέτρια αύξηση της έκφρασής της eNOS στις 6 και μεγαλύτερη στις 24 ώρες επαναιμάτωσης, ενώ στις 48 ώρες παρατηρήθηκε επάνοδος της έκφρασής της eNOS στα επίπεδα των μαρτύρων. Η έκφραση ήταν εντονότερη στους ιστούς με σοβαρή βλάβη.

Η χορήγηση ερυθροποιητίνης δεν επηρέασε άμεσα την έκφραση της eNOS. Στους ιστούς που υπέστησαν ήπια βλάβη, η έκφραση της eNOS ήταν παρόμοια με αυτή των μαρτύρων, ενώ ήπια αύξηση διαπιστώθηκε στους ιστούς με μέτρια ή σοβαρή βλάβη στις 6 και 24 ώρες επαναιμάτωσης. Συμπερασματικά, η ΝΙ/Ε προκάλεσε αύξηση της έκφρασής της eNOS, η ένταση της οποίας σχετιζόταν με τη φάση επαναιμάτωσης και τη βαρύτητα της νεφρικής βλάβης. Η χορήγηση μια δόσης ΕΠΟ πριν τη ΝΙ/Ε περιόρισε την έκταση της νεφρικής βλάβης και βελτίωσε σημαντικά τη νεφρική λειτουργία. Η νεφροπροστατευτική δράση της ΕΠΟ δεν φάνηκε να σχετιζόταν άμεσα με το σύστημα eNOS/NO.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ Κ/ΔΟQI (ΝΚΦ) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ε. Χελιώτη¹, Β. Μάμαλη, Μ. Κορρές, Α. Παπαντζίκος, Γ. Σταυγιανουδάκης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιατρικού Αθηνών- Κλινική Δάφνης

Η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών (Κ/ΔΟQI) για την αντιμετώπιση του 2^{ου} βαθύς υπερηλαθυρεσείδιου είναι θεμελιώδους σημασίας στην έκβαση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών αλλά δυσχερής η εφαρμογή τους στην κλινική πράξη.

Με σκοπό την εκτίμηση των παραπάνω οδηγιών μελετήθηκαν στην Μονάδα μας, για χρονικό διάστημα 16 μηνών (Μάιος 2004 – Αύγουστος 2005) 103 ασθενείς (71 άνδρες, 32 γυναίκες), ηλικίας 65±15 (διακύμανση 24-96) έτη, χρονίως αιμοκαθαιρόμενοι για διάστημα 20±10 (διακύμανση 6-34) μήνες.

Οι ασθενείς ελάμβαναν θεραπεία με δεσμευτικά του φωσφόρου (ανθρακικό ασβέστιο και/ή υδροχλωρική σεβελαμέρη) και βιταμίνη D αλφακαλσιδόλη ή παρακαλσιτόλη).

Μετρήθηκαν τα επίπεδα Ca, P, Ca x P στον ορό με την συνηθισμένη μέθοδο, ανά μήνα και τα επίπεδα της iPTH με την μέθοδο της χημιοφωταύγειας (CLIA) ανά 3μηνο.

Αποτελέσματα: Η επίτευξη και διατήρηση του Ca, P, Ca x P και iPTH επιτεύχθηκε σε ποσοστά που κυμάνθηκαν από 54,64-75,51%, 39,78-69,70%, 61,0-83,33% και 18,75-46,88% αντίστοιχα ενώ μόνο το 0-20% των μετρήσεων πληρούσε ταυτόχρονα και τα 4 κριτήρια.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι με τα διαθέσιμα σήμερα, θεραπευτικά μέσα, η εφαρμογή των οδηγιών Κ/ΔΟQI είναι ιδιαίτερα δύσκολη στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Π. Μαθινδρότος, Αθ. Σιούλης, Α. Μιχαήλκη, Β. Ρώμα, Η. Αυγερίου, Γ. Δήμας, Γ. Ορφανάκη, Δ. Γρέκας

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

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συγκριτική διερεύνηση των συννηθέστερων αιτιών έκτακτης προσέλευσης και νοσηλείας μεταξύ διαβητικών (ΣΔ) και μη (ΜΣΔ) χρόνια αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο Νοσοκομείο μας, για το διάστημα των τελευταίων 24 μηνών.

Υλικό-Μέθοδος: Το υλικό αποτέλεσαν δύο ομάδες αιμοκαθαιρόμενων. Οι 19 ήταν διαβητικοί και οι υπόλοιποι 19 μη διαβητικοί. Και οι δύο ομάδες ακολουθούσαν πρόγραμμα τριών συνεδριών αιμοκάθαρσης εβδομαδιαία, είχαν συγκρίσιμη μέση ηλικία και μέσο χρόνο αιμοκάθαρσης. Έγινε επανέλεγχος των ιατρικών φακέλων νοσηλείας όλων των ασθενών. Για τη στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του χ^2 για σύγκριση των μη ποσοτικών μεταβλητών και του T-test για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών. Στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι τιμές με $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των εκτάκτων προσελεύσεων ήταν 116 (64 για τους ΣΔ και 52 για τους ΜΣΔ). Οι μισές περίπου αφορούσαν εμπύρετες λοιμώξεις (45,7% συνολικά).

	ΣΔ	ΜΣΔ
Μέση ηλικία	63,74 ($\pm 10,9$)	62,58 ($\pm 13,59$)
Μέσος χρόνος αιμ/σης	25,0 ($\pm 20,3$) μήνες	28,4 ($\pm 21,6$) μήνες

	ΣΔ	ΜΣΔ	χ^2
Αριθμός εκτάκτων προσελεύσεων	64 (3,37%)	52 (2,74%)	$p > 0,4$
Εμπύρετες Λοιμώξεις	29 (45,3%)	24 (46,1%)	$p > 0,5$
Οξύ Πνευμ. Οίδημα	12 (18,7%)	10 (19,2%)	$p > 0,5$
Στηθάγχη	12 (18,7%)	2 (3,8%)	$p < 0,017$
Υπέρταση κρίση	5 (7,8%)	8 (15,4%)	$p > 0,5$
Δυσλειτουργία Fistula	6 (9,4%)	1 (1,9%)	$p < 0,08$
Υπόταση	1 (1,6%)	3 (5,8%)	$p > 0,2$

	ΣΔ	ΜΣΔ	t- test significance
Hct	33,6% $\pm 3,9$	36,5% $\pm 4,9$	$p < 0,06$
WBC	7867 ± 2121	5917 ± 1170	$p < 0,002$
URCA	6,7 $\pm 1,4$	5,8 $\pm 1,1$	$p < 0,05$
TG	178 ± 97	131 ± 49	$p < 0,069$
Φερριτίνη	537 ± 462	275 ± 308	$p < 0,047$

Συμπεράσματα: Μεταξύ των δύο ομάδων σημαντική διαφορά παρουσίασε η εμφάνιση στηθάγχης ($p = 0,017$). Δυσλειτουργία της fistula εμφάνισαν συχνότερα οι διαβητικοί ασθενείς, με οριακή σημαντικότητα λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος ($p < 0,08$). Όσον αφορά τις εργαστηριακές παραμέτρους, σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε στις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων ($p < 0,002$) και του ουρικού οξέος ($p < 0,051$), με τους διαβητικούς ασθενείς να εμφανίζουν υψηλότερες τιμές.

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ (ΚΦΚ) ΣΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ε. Ντουνούση, Ι.Τσοικνίκας, Κ. Ξανθοπούλου, Ρ. Παπαδόπουλος, Σ. Παπακωνσταντίνου, Α. Κελεσιδης, Ν. Κοτζαδάμης, Δ. Τσακίρης

Νεφρολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Βέροιας

Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της τοποθέτησης ΚΦΚ από νεφρολόγους σε επαρχιακό νεφρολογικό τμήμα τα τελευταία πέντε χρόνια (Νοέμβριος 2000 έως Οκτώβριο 2005).

Το διάστημα αυτό τοποθετήθηκαν σε 121 ασθενείς 167 προσωρινοί ΚΦΚ, δηλαδή 2,78 καθετήρες ανά μήνα. Από τους 121 ασθενείς 104 είχαν ΧΝΑ-ΤΣ και 17 ΟΝΑ ή ΟΝΑ επί ΧΝΑ. Οι 62 ήταν άνδρες και οι 59 γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $66,9 \pm 14,0$ (εύρος 20-87) έτη. Τα πρωτοπαθή νεφρικά νοσήματα ήταν: ΔΝ 29,1%, Α/Υ 13,7%, διάμεση νεφροπάθεια 11,1%, ΣΝ 9,4%, ΠΚΝ 1%, διάφορα 13,7% και 22,2% ήταν άγνωστα.

Οι 167 ΚΦΚ τοποθετήθηκαν στις εξής φλέβες: δεξιά σφαγιτίδα 83 (50%), δεξιά υποκλείδιος 47 (28%), δεξιά μηριαία 17 (10%), αριστερή υποκλείδιος 11 (6,6%), αριστερή μηριαία 5 (3%) και αριστερή σφαγιτίδα 4 (2,4%). Οι λόγοι τοποθέτησης ήταν οξεία έναρξη αιμοκάθαρσης (48%), βλάβη υπάρχουσας αγγειακής προσέλασης (26%), αθηλαγή θέσης καθετήρα (19%), αθηλαγή μεθόδου από ΣΦΠΚ σε ΑΚ (5%), μέτρηση ΚΦΠ (2%). Κατά την τοποθέτηση δεν υπήρξε καμία μείζονα επιπλοκή που να οδήγησε η ίδια σε θάνατο, σε πνευμοθώρακα ή σε μείζονα αιμορραγία, ενώ ένας μόνο ασθενής με ΟΝΑ απεβίωσε λόγω γενικευμένης αιμορραγικής διάθεσης (PLT < 20000).

Οι ροές των καθετήρων ήταν μεταξύ 250-300 ml/min στο 62%, <250 ml/min στο 32%, και >300 ml/min στο 3%.

Στις 31/10/2005 δέκα καθετήρες παραμένουν εν λειτουργία, ενώ ο συνολικός μέσος χρόνος παραμονής των 157 ΚΦΚ ήταν $70,8 \pm 88,0$ ημέρες. Σε 29 καθετήρες έγινε αθηλαγή στην ίδια θέση, λόγω δυσλειτουργίας (64%) ή λοιμώξεων του έξω στομίου και μικροβιαμίας (25%). Στο 60% των καθετήρων η πορεία ήταν ανεπιπλοκή, στο 17% υπήρχε δυσλειτουργία του καθετήρα για διάφορους λόγους, στο 15% υπήρχε λοίμωξη του έξω στομίου και στο 4% υπήρχε μικροβιαμία με σπυτική λοίμωξη.

Οι αιτίες αφαίρεσης κατά σειρά συχνότητας ήταν η λειτουργία νέας αγγειακής προσέλασης στο 40%, ο θάνατος στο 20%, η έναρξη ΣΦΠΚ στο 10%, η βελτίωση νεφρικής λειτουργίας στο 9%, η αφαίρεση από τον ίδιο τον ασθενή 5,2%, η δυσλειτουργία 5%, η φλεγμονή του έξω στομίου 4% και άλλες. Καθημέριες του άκρου του καθετήρα μετά την αφαίρεση του εληφθησαν σε 90 περιπτώσεις. Στο 52,2% αναπτύχθηκε Gram (+) μικρόβιο, στο 5,5% Gram (-), σε δύο περιπτώσεις μύκητες, ενώ 36,6% ήταν αρνητικές. Στο 3,3% υπήρχε επιμόλυνση.

Συμπερασματικά η τοποθέτηση ΚΦΚ διηκού αυθού από νεφρολόγους στο Τμήμα μας ήταν μία ασφαλή διαδικασία. Ο μέσος χρόνος παραμονής τους ξεπερνούσε τους δύο μήνες και παρ' όλα αυτά η πορεία τους ήταν συνήθως ανεπιπλοκή. Οι συχνότερα επιλεγόμενες θέσεις για την τοποθέτηση ήταν η δεξιά σφαγιτίδα και η δεξιά υποκλείδιος φλέβα. Ο εποικισμός του καθετήρα και οι λοιμώξεις του έξω στομίου ήταν συχνές επιπλοκές χωρίς όμως να δημιουργούν πρόβλημα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΕΠΙΠΤΩΣΗ, ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ, ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

E. Μαζωνάκης, C. Stirling, D. Wright, K. Booth, N. Heron, C.C. Geddes
Renal Unit, Western Infirmary, Glasgow, United Kingdom

Εισαγωγή. Οι λοιμώξεις των κεντρικών φλεβικών καθετήρων (ΚΦΚ) αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ). Η συχνότητα χρησιμοποίησης κεντρικών φλεβικών καθετήρων (ΚΦΚ) ως αγγειακή προσπέλαση για ΑΜΚ αυξάνει. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστούν η επίπτωση των ΚΦΚ, οι παθογόνοι μικροοργανισμοί και η επιβίωση των ασθενών μετά από ΚΦΚ.

Μέθοδοι. Αναζητήσαμε στις βάσεις δεδομένων της Νεφρολογικής μονάδας και του Μικροβιολογικού εργαστηρίου όλα τα επεισόδια ΚΦΚ μεταξύ Ιανουαρίου και Δεκεμβρίου 2003, για κάθε ασθενή σε χρόνια ΑΜΚ στις τρεις ΜΤΝ του τμήματός μας. Ο αριθμός των ημερών έκθεσης σε προσωρινούς και μόνιμους ΚΦΚ, για το σύνολο των ασθενών μας, υπολογίστηκε επίσης από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων μας. Η επιβίωση των ασθενών μετά από το πρώτο επεισόδιο ΚΦΚ αναλύθηκε με τη μέθοδο Kaplan Meier.

Αποτελέσματα. Σε σύνολο 199 ασθενών που εκτέθηκαν σε ΚΦΚ για ΑΜΚ κατά το 2003 υπήρξαν 80 επεισόδια ΚΦΚ σε 61 ασθενείς. Από αυτά, τα 43 είχαν σχέση με προσωρινούς ΚΦΚ και τα 37 με μόνιμους. Σε 33 επεισόδια υπήρχε θετική καλλιέργεια (κ/α) αίματος και άκρου καθετήρα ή επιχρίσματος πύλης εξόδου καθετήρα- σε 41 μόνο κ/α αίματος- σε 3 μόνο κ/α άκρου καθετήρα, ενώ σε 3 επεισόδια η διάγνωση βασίστηκε μόνο σε κλινικά κριτήρια. Ο μέγιστος αριθμός επεισοδίων σε έναν ασθενή ήταν 4. Οι οργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν: χρυσίζων σταφυλόκοκκος (33%), σταφυλόκοκκος κοαγκουλάση αρνητικός (35%) και σταφυλόκοκκος ανθεκτικός στη μεθικιλίνη (MRSA) (23%), ενώ δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ προσωρινών και μόνιμων ΚΦΚ. Η επίπτωση των ΚΦΚ ήταν 12 ανά 1000 ημέρες ασθενών σε ασθενείς με προσωρινούς και 2 επεισόδια ανά 1000 ημέρες ασθενών σε ασθενείς μόνιμους ΚΦΚ. Στους ασθενείς με ΚΦΚ, ο μέσος χρόνος μέχρι το επεισόδιο ήταν 20,2 (0-65) ημέρες για αυτούς με προσωρινό ΚΦΚ και 112,7 (1-609) ημέρες για αυτούς με μόνιμο. Η μέση επιβίωση μετά από το πρώτο επεισόδιο ΚΦΚ ήταν 417 ημέρες, ενώ ο παθογόνος οργανισμός δεν επηρέαζε την επιβίωση.

Συμπεράσματα. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι ΚΦΚ είναι συχνές και σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα. Η πιθανότητα ανάπτυξης ΚΦΚ είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με προσωρινό ΚΦΚ, από ότι σε αυτούς με μόνιμο. Ο υπολογισμός της επίπτωσης των ΚΦΚ θα επιτρέψει την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μελλοντικών αλλαγών στα πρωτόκολλα και τις παρεμβάσεις μας.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΥΟ ΑΝΑΛΟΓΩΝ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D (ΑΛΦΑ-ΚΑΛΣΙΔΟΛΗΣ, ΠΑΡΙΚΑΛΣΙΤΟΛΗΣ) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ (Δ.Υ.) ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ

Σ. Λιάκος, Δ. Μαντζουράτος, Α. Δωρίτου, Δ. Καββαδίας
Γ.Ν. Λαμίας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη αναφέρονται τα συγκριτικά αποτελέσματα της ενδοφλέβιας (i.v.) χορήγησης αλφακαλσιδόλης (1α-OH D₂) και παρικαλιτόλης (19-nor-1α,25OH₂D₂) σε αιμοκαθαίρομενους (HD) ασθενείς με σοβαρό Δ.Υ.

Ασθενείς και μέθοδοι: Στη μελέτη μας συμπεριλήφθηκαν 29 αιμοκαθαίρομενοι, 18 Α και 11 Γ, μέσης ηλικίας 61 έτη, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε HD(διάρκειας 57,1±50.3 μήνες) και έπασχαν από Δ.Υ. (iPTH από 312 έως 1501 pg/ml). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α, 15 ασθενείς, που τους χορηγήθηκε αλφακαλσιδόλη και ομάδα Β, 14 ασθενείς, που τους χορηγήθηκε παρικαλιτόλη. Στην ομάδα Β επιλέχθηκαν ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα iPTH (865.0±425.6 έναντι 571.7±270.6 pg/ml). Η αρχική δόση της αλφακαλσιδόλης ήταν από 1 έως 3μg/συνεδρία και η αλλαγή της δόσης γίνονταν ανάλογα με τα επίπεδα της iPTH, του Ca και του P. Η δε αρχική δόση της παρικαλιτόλης υπολογίστηκε από τον τύπο iPTH/80 και η αλλαγή της γίνονταν σύμφωνα με τις οδηγίες χορήγησης του φαρμάκου. Σε όλους χρησιμοποιήθηκε διάλυμα με πυκνότητα Ca 1,25mmol/L και μετρήθηκαν οι τιμές Ca και P σε κάθε συνεδρία για 180 ημέρες, καθώς και τα επίπεδα iPTH κάθε 45 ημέρες. Κριτήριο διακοπής ήταν η υπερφωσφαταιμία που δεν ελέγχονταν με δίαιτα και δεσμευτικό του φωσφόρου ή/και υπερασβεσταιμία. Αξιολογήθηκαν οι εξής παράμετροι: iPTH, Ca, P, Ca X P, δόση αλφακαλσιδόλης και παρικαλιτόλης και αριθμός μεταβολών στη δόση των φαρμάκων ανά ασθενή.

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη αποκλείστηκαν 2 ασθενείς από την ομάδα Α (1 θάνατος, 1 βοριά λοίμωξη αναπνευστικού) και 4 από την ομάδα Β (1 θάνατος, 1 αποχώρηση και 2 για άλλους λόγους). Τα επίπεδα της iPTH, στην ομάδα Β (58%, p=0.005), μειώθηκαν σημαντικά στις πρώτες 45 ημέρες και κατόπιν σημείωσαν μη στατιστικά σημαντική άνοδο στις 90, 135 και 180 ημέρες. Στην ομάδα Α παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση της iPTH στις 45 και στις 90 ημέρες, παραμένοντας στην συνέχεια στα ίδια επίπεδα. Τα επίπεδα του P δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές και στις δύο ομάδες, αν και φάνηκαν μικρότερες στην ομάδα Β. Επεισόδια υπερφωσφαταιμίας (P >6.0mg/dl) παρουσίασαν 7 ασθενείς της ομάδας Α και 6 της ομάδας Β, που ήταν απορροφικά και αποδόθηκαν σε διατητικές παρεκκλήσεις ή μη λήψη των δεσμευτικών του P. Το Ca του ορού παρουσίασε αύξηση και στις δύο ομάδες (Α: 8,72±0,62-9,14±0,55mg/dl και Β: 8,91±0,35 - 9,72±0,58mg/dl), μη στατιστικώς σημαντική. Επεισόδια υπερασβεσταιμίας (Ca >10,4mg/dl) εμφάνισαν και οι δύο ομάδες: Στην ομάδα Α, σε 11 ασθενείς, καταγράφηκαν 1-3 επεισόδια ανά ασθενή, κυρίως τον 1^ο και 2^ο μήνα της αγωγής, ενώ στην ομάδα Β, σε 6 ασθενείς είχαμε 1-5 επεισόδια ανά ασθενή σε διάφορους χρόνους, από την έναρξη της αγωγής. Το γνωστό Ca X P δεν διέφερε στις δύο ομάδες στην αρχή της μελέτης (Α: 41,1±14,6 και Β: 46,6±7,7). Στην ομάδα Α παρουσίασε μη αξιολογήσιμες διακυμάνσεις, ενώ στην ομάδα Β υπήρξε αύξηση 10%, που δεν είναι στατιστικά σημαντική (51,3±9,1). Η δόση της αλφακαλσιδόλης, μετά από 6 μήνες, στην ομάδα Α, μειώθηκε σε 5 ασθενείς (σε σχέση με τη δόση έναρξης), ενώ παρέμεινε η ίδια στους υπόλοιπους. Στην ομάδα Β, η δόση της παρικαλιτόλης, μειώθηκε σταδιακά σε 4 ασθενείς, ενώ αυξήθηκε σε 5. Σε όλους τους ασθενείς έγιναν 1-4 μεταβολές της δόσης ανάλογα με τα επίπεδα της iPTH.

Συμπέρασμα: Από τη μελέτη μας φαίνεται ότι: 1) Τόσο η αλφακαλσιδόλη όσο και η παρικαλιτόλη μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια στους αιμοκαθαίρομενους, εφόσον ακολουθούν δίαιτα χαμηλής πρόσληψης φωσφόρου και λαμβάνουν σωστά τα δεσμευτικά. 2) Η χορήγηση της παρικαλιτόλης φαίνεται ότι πλεονεκτεί στη θεραπεία του Δ.Υ., στους ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα iPTH, για τα οποία απαιτούνται μεγαλύτερες ίσως δόσεις αλφακαλσιδόλης, που συνοδεύονται πολλάκις από υπερφωσφαταιμία.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΑΡΙΚΑΛΚΙΤΟΛΗΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Π. Βακιάνης, Α. Βαϊνάς, Μ. Σουλτακέλης, Σ. Ζιώγα, Ι. Δημητριάδης, Δ. Διαμαντοπούλου
Νεφρολογικό τμήμα 424 ΓΣΝΕ, ΜΤΝ Κλινικής Γαλλίας, Ιατρικό Διαβαθκανικό Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη μίας νέας μορφής της βιταμίνης-D, της παρικαλιτόλης, στον δευτεροπαθή υπερπαραθυ-ρεοειδισμό των αιμοκαθαυόμενων ασθενών.

Μελετήθηκαν συνολικά 17 ασθενείς σε αιμοκάθαρση με γνωστό δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό (PTH > 300 pg/ml) στους οποίους χορηγήθηκε παρικαλιτόλη ενδοφλέβια μετά την αιμοκάθαρση σε δόσοι από 2,5mg, έως και 25mg. Και οι ασθενείς παρακολούθησαν κλινικά και εργαστηριακά κάθε μήνα κυρίως με έλεγχο που αφορούσε κυρίως το ασβεστιαϊκό τους προφίλ.

Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν μείωση της παραθορμόνης και της αλκαλικής φωσφατάσης σημαντικά. Παρατηρήθηκαν αυξήσεις στις τιμές του ασβεστίου και κυρίως όμως του φωσφορου. Σε έναν ασθενή διακόπηκε η χορήγηση του φαρμάκου λόγω εμμένουσας υπερφωσφαταιμίας.

Συμπερασματικά, παρά το μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης, η παρικαλιτόλη φαίνεται ότι είναι δραστική στην καταστολή του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού με τις γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες της αύξησης του ασβεστίου και του φωσφορου. Απαιτείται βέβαια μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παρακολούθησης και αριθμός ασθενών για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ PARICALCITOL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ (ΔΥΠΘ) ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ) - 9 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ

Π. Φούντα, Ε. Πατρίκαλου, Ν. Καπλάνης, Ν. Τσιάνος
Μ.Τ. Νεφρού Γ.Ν. Τρικάλων

Ο ΔΥΠΘ αποτελεί μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ). Οστικά άλγη, κνησμός, επασβετώσεις, κατάγματα, και διαταραχές ασβεστίου - φωσφορου αποτελούν καθημερινά προβλήματα τόσο των ασθενών όσο και του ιατρικού προσωπικού. Η χορήγηση βιταμίνης D (calcitriol), τα δεσμευτικά φωσφορου, η δίαιτα αποτελούν τα άλγη αντιμετώπισης του ΔΥΠΘ, αλλά εγκυμονούν κινδύνους όπως υπερασβεστιαϊμία και υπερφωσφαταιμία.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να ελεγχθεί η δραστηριότητα ενός νέου σκευάσματος βιταμίνης D της paricalcitol (19-nor-1,25-dihydroxyvitamin D) στα επίπεδα παραθορμόνης (PTH), καθώς και η ασφάλεια της στα επίπεδα ασβεστίου - φωσφορου.

Υλικό της μελέτης μας αποτελέσαν 12 ασθενείς (7Α, 5Γ) ηλικίας $63,7 \pm 13,8$ έτη, που υποβλήθηκαν σε ΑΜΚ για $12,1 \pm 5,6$ έτη. Όλοι οι ασθενείς μας είχαν υψηλές τιμές PTH, ελάμβαναν δεσμευτικά φωσφορου χωρίς ασβέστιο, και το ασβέστιο του διαλύματος ήταν σταθερό (2,5 mg/lit). Σ' όθους τους ασθενείς χορηγήθηκε paricalcitol σύμφωνα με τις οδηγίες του σκευάσματος (τιμή PTH/80/ 5ml). Η PTH ορού μετρίονταν κάθε μήνα στους τρεις πρώτους μήνες και μετά ανά δύο μήνες, ενώ οι μετρήσεις Ca, P και αλκαλικής φωσφατάσης γίνονταν κάθε 15 ημέρες.

Αποτελέσματα:

	Έναρξη Θεραπείας	9 μήνες μετά	
PTH (pg/ml)	1034 ± 411	332 ± 176	p < 0,01
Ca ⁺⁺ (mg%)	9,3 ± 0,65	9,7 ± 0,7	p = n.s.
PO ₄ (mg%)	4,6 ± 0,55	5,4 ± 0,4	p < 0,01
Αλ. Φωσφατάση (IU/lit)	438 ± 2,10	220 ± 110	p < 0,05

Συμπεράσματα: α) Η paricalcitol είναι αρκετά δραστική για την αντιμετώπιση του ΔΥΠΘ ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, β) η χορήγησή της είναι ασφαλής αλλά απαιτείται προσεκτική και συχνή παρακολούθηση των τιμών Ca και ιδιαίτερα των τιμών P, παράλληλα με αυστηρή τήρηση της δίαιτας και λήψη των δεσμευτικών του P σε δόσεις πιθανόν σε μεγαλύτερες δόσεις.

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ I ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

M. Μυλιωνοπούλου¹, A. Μαυρομάτη¹, A. Κόκκαλης¹, Σ. Μικρός¹, M. Στάθη², A. Λώλη¹, Φ. Στασινί¹, A. Τσελέντη², Γ. Παπαδόκης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Μ.Τ.Ν., ²Βιοχημικό Τμήμα, Τζάνειο Γ.Ν. Πειραιά

Μελέτες των τελευταίων ετών αναφέρονται στην προγνωστική αξία της Τροπονίνης I και Τροπονίνης T για θανατηφόρα ή μη συμβάματα σε χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, με αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η συσχέτιση της Τροπονίνης I με θανατηφόρα ή μη συμβάματα, σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υπό περιοδική αιμοκάθαρση.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήσαμε 47 χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (31 άνδρες), με μέσο όρο ηλικίας 59 ± 9 έτη. Σε κάθε ασθενή ανά τρίμηνο και για ένα έτος μετρήθηκαν επίπεδα Τροπονίνης I ορού (AXSYM System - Troponin I). Έγινε καταγραφή θανατηφόρων ή μη συμβαμάτων για χρονικό διάστημα δύο ετών.

Αποτελέσματα: Σε ποσοστό 46,8% των ασθενών (n=22) διαπιστώθηκαν επίπεδα τροπονίνης I $>0,1$ ng/mL. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση των επιπέδων τροπονίνης I με επεισόδια αγγειακής προσέλησης, καρδιαγγειακά συμβάματα και θάνατο δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Εν τούτοις όταν εξετάσαμε την επίδραση της Τροπονίνης I στο δείγμα των ασθενών, χωρίζοντας τα συμβάματα σε θανατηφόρα ή μη, διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση ($p < 0,01$) των επιπέδων Τροπονίνης I $>0,1$ ng/mL και των θανατηφόρων συμβαμάτων. Ο σχετικός κίνδυνος θανάτου των ασθενών με επίπεδα τροπονίνης I $>0,1$ ng/mL ήταν 7,995 (CI 95%), ενώ το odds ratio ήταν 11,2.

Συμπέρασμα: Στη μελέτη μας αυξημένα επίπεδα Τροπονίνης I έχουν στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία για θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία σε χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η Τροπονίνη I μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διαστρωμάτωση κινδύνου σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου υπό περιοδική αιμοκάθαρση.

ΟΙ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΒΛΑΒΗ

Κυριάκος Ιωάννου

Νεφρολογικό Τμήμα, Γεν. Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος

Η πρωτεϊνουρική νόσος σταθερά σχετίζεται με έκδηλες μορφολογικές μεταβολές στα ποδοκύτταρα και διαταραχή της δομής του φραγμού διήθησης. Στη βλάβη τα ποδοκύτταρα απαντούν με δυναμική αναδιοργάνωση του κυτταροσκελετού τους μέσω της ενεργοποίησης των Rho-family GTPases. Από τη κλινική πρακτική υπάρχουν παρατηρήσεις για μείωση της πρωτεϊνουρίας σε ασθενείς με σπειραματοπάθεια που λαμβάνουν αναστολείς της HMG CoA reductase (στατίνες). Ο μηχανισμός αυτής της δράσης είναι ασαφής. Η λειτουργία των Rho-family GTPases απαιτεί τη μετα-μεταφραστική προσθήκη στο μόριο τους ενός geranylgeranyl τμήματος. Καθώς όμως ο σχηματισμός του geranylgeranyl pyrophosphate (GGPP) αναστέλλεται από τις στατίνες, θέσαμε την υπόθεση ότι η αντιπρωτεϊνουρική δράση των στατινών εν μέρει τουλάχιστον στηρίζεται στη αναστολή της δράσης των Rho-family GTPases.

Χρησιμοποιώντας μια κυτταρική σειρά πονακίσκων ποδοκυττάρων (MPC5), θεωρητικά θάνατων υπό συγκεκριμένες συνθήκες, τα εκθέσαμε σε $10 \mu\text{M}$ atorvastatin σε πλήρες θρεπτικό υλικό για 16 ώρες. Παρατηρήθηκε μία έκδηλη αναδιοργάνωση του κυτταροσκελετού τους με προέκταση των κυτταρικών προσεκβολών τους και συστολή του σώματος τους. Πρόκληση πειραματικής βλάβης στα ποδοκύτταρα με έκθεση τους σε $400 \mu\text{g/ml}$ θειικής πρωταμίνης, στην απουσία atorvastatin οδήγησε σε περιπυρηνική συγκέντρωση του κυτταροσκελετού της ακτίνης με επακόλουθη σύμπτωση και στρωγγυλοποίηση του σώματος τους κι απόσυρση των κυτταρικών προσεκβολών τους. Αντίθετα, προηγούμενη θεραπεία των ποδοκυττάρων με atorvastatin πρόλαβε τις από τη θειική πρωταμίνη μορφολογικές αλλαγές. Προσθήκη στο θρεπτικό υλικό της ουσίας squalene, πρόδρομο ουσία στη σύνθεση της κοηστερόλης, δεν είχε καμία επίδραση στην απάντηση των ποδοκυττάρων στην atorvastatin, υποδεικνύοντας ότι οι επιδράσεις της atorvastatin στη μορφολογία των ποδοκυττάρων δεν οφείλονται στην ένδεια κοηστερόλης. Αντίθετα, η προσθήκη του GGPP ή του farnesyl pyrophosphate (FPP) εξάλειψε τις επιδράσεις της atorvastatin. Καθώς το FPP προηγείται του GGPP στη μεταβολική οδό σύνθεσης της κοηστερόλης, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι επιδράσεις της atorvastatin οφείλονται στην έλλειψη του GGPP. Επιπλέον, η προσθήκη του αναστολέα της geranylgeranyl transferase (GGT1-287), αναπαρήγαγε τα αποτελέσματα της atorvastatin.

Η επίδραση της atorvastatin στην ενεργοποίηση των Rho GTPases διερευνήθηκε μετρώντας το ποσοστό των συνδεδεμένων με μεμβράνες Rho GTPases σε παρασκευάσματα κυτταρικών μεμβρανών ποδοκυττάρων. Η πρόκληση βλάβης με θειική πρωταμίνη οδηγεί σε ενεργοποίηση κι αυξημένη έκφραση των Rac1 και Cdc42 Rho GTPases στις κυτταρικές μεμβράνες. Αντίθετα, η atorvastatin απέτρεψε αυτή την ενεργοποίηση κι αυξημένη έκφραση τους στις κυτταρικές μεμβράνες.

Συμπερασματικά, οι στατίνες οδηγούν σε αναδιοργάνωση του κυτταροσκελετού ποδοκυττάρων σε σταθερή κατάσταση, ενώ αμβλύνουν τις κυτταροσκελετικές αλλαγές που παρατηρούνται σε ποδοκυτταρική βλάβη, συντηρώντας έτσι τη δομή του φραγμού διήθησης σε καταστάσεις νόσου. Αυτή η επίδραση οφείλεται σε αναστολή της σύνθεσης του GGPP και στην επακόλουθη αναστολή της δράσης των Rho-family GTPases που ρυθμίζουν την οργάνωση του κυτταροσκελετού των ποδοκυττάρων ως απάντηση σε ποικίλες καταστάσεις.

Τα ευρήματα αυτά μπορούν να εξηγήσουν την αντιπρωτεϊνουρική δράση των στατινών και υποδηλώνουν ότι οι στατίνες μπορεί να έχουν σημαντικό προστατευτικό ρόλο στα ποδοκύτταρα στη πρωτεϊνουρική νόσο.

ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ ΜΕ ΩΣΕΙΣ ΥΨΗΛΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΝΑ

Ανδρικός Α

Νεφρολογική Κλινική ΠΓΝ "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων

ΣΥΝΕΧΗΣ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ ΜΕ ΩΣΕΙΣ ΥΨΗΛΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΝΑ

(PULSE HIGH VOLUME HEMOFILTRATION-PHVHF)

Η σήψης αποτελεί την πλέον σημαντική αιτία της παρατηρούμενης αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας των ασθενών στις ΜΕΘ. Αποτελεί ένα σύνδρομο το οποίο συνοδεύεται από μία κατακλισημαία γενικευμένη παραγωγή προ-φλεγμονωδών και αντι-φλεγμονωδών παραγόντων οι οποίοι προκαλούν συστηματική ενδοθηλιακή βλάβη, πολυοργανική ανεπάρκεια και διαταραχές στις ανοσοακή απόκριση των κυττάρων. Η εξωνεφρική κάθαρση μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών διατηρώντας την αιμοδυναμική σταθερότητα τους όταν συνυπάρχει ΟΝΑ. Συγχρόνως η παρατηρούμενη απομάκρυνση, αν και μη ειδική, ορισμένων από τους συμμετέχοντες στην παθογένεια της σήψης παραγόντων μπορεί να βοηθήσει και ουσιαστικά αναστέλλοντας την έκφραση ή την εξέλιξη του συνδρόμου. Οι συνεχείς μορφές εξωνεφρικής υποστήριξης της νεφρικής λειτουργίας (CRRT) παρά την 20ετή εφαρμογή τους στην αντιμετώπιση της ΟΝΑ σε ασθενείς στη ΜΕΘ δεν έχουν καταφέρει να αποδείξουν την απόλυτη υπεροχή τους σε όσον αφορά τη βελτίωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας αυτής της κατηγορίας των ασθενών. Το γεγονός αυτό φαίνεται να οφείλεται στην αδυναμία επίτευξης επαρκούς δόσεως κάθαρσης. Ειδικότερα για τους σηπτικούς ασθενείς η χρήση της αιμοδιήθησης υψηλών όγκων (HVHF) αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη μορφή εξωνεφρικής υποστήριξης των ασθενών με ΟΝΑ. Η Συνεχής Αιμοδιήθηση με ώσεις υψηλών όγκων (Pulse High Volume Hemofiltration- PHVHF) αποτελεί μια νέα εναλλακτική πρόταση με σκοπό τη βελτίωση στην καθημερινή κλινική πρακτική της συνταγογραφούμενης αηλιά και της αποδοδόμενης κάθαρσης και της μείωσης του συνολικού κόστους αντιμετώπισης των ασθενών. Η PHVHF περιλαμβάνει 6-8 ώρες HVHF (85ml/kg/h) ακολουθούμενη από 16-18 ώρες κλασικής συνεχούς αιμοδιήθησης (35 ml/kg/h). Αποδειξαμε ότι η PHVHF αποτελεί μια εύκολη εφαρμόσιμη μέθοδο, βελτιώνει την αιμοδυναμική κατάσταση των ασθενών, μειώνει την αναγκαιότητα χορήγησης αγγειοσυσπαστικών, μειώνει το κόστος αντιμετώπισης έτσι ώστε να αποτελεί κατά τη γνώμη μας μια πολύτιμη υποσχόμενη μέθοδο αντιμετώπισης των σηπτικών ασθενών με ΟΝΑ.