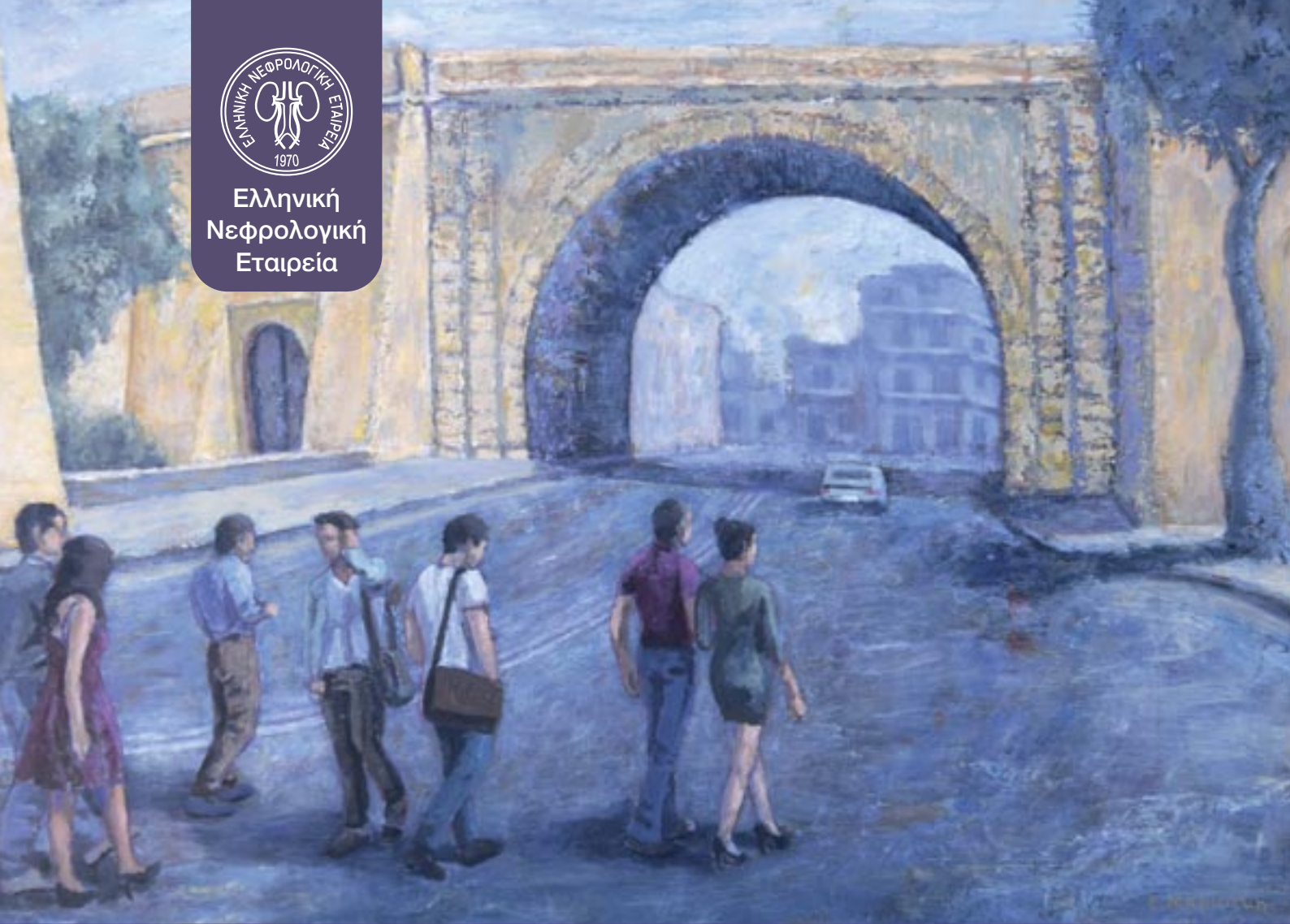




Ελληνική  
Νεφρολογική  
Εταιρεία



24<sup>o</sup>

# ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ

[WWW.24PSN.GR](http://WWW.24PSN.GR)

**17-20**  
**ΜΑΪΟΥ 2023**

**JOINT SYMPOSIUM  
WITH**

European Vasculitis Society

**EUVAS**

**20 ΜΑΪΟΥ 2023**

Aquila Atlantis Hotel  
ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

**ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ****Επίτιμος Πρόεδρος**  
Δαφνής Ευγένιος**Πρόεδρος**  
Στυλιανού Κωνσταντίνος**Αντιπρόεδρος**  
Πετράς Δημήτριος**Γεν. Γραμματέας**  
Παπαδάκη Αντωνία**Ειδ. Γραμματέας**  
Πλέρος Χρήστος**Ταμίας**  
Γριβέας Ιωάννης**Μέλη**  
Ανδρικός Αιμίλιος  
Γνικοπούλου Ευδοξία  
Γούμενος Δημήτριος  
Γεωργιανός Παναγιώτης  
Ελευθεριάδης Θεόδωρος  
Δημητριάδης Χρυσόστομος  
Καλαϊτζίδης Ρήγας  
Κουτρούμπας Γεώργιος  
Καρασαββίδου Δέσποινα  
Κρίκη Πελαγία  
Λιακόπουλος Βασίλειος  
Λιονάκη ΣοφίαΛιουδάκη Ειρήνη  
Μάνου Ελένη  
Μαρινάκη Σμαραγδή  
Μουστάκας Γεώργιος  
Μπαμίχας Γεράσιμος  
Μπολέτης Ν. Ιωάννης  
Μυσερλής Γρηγόριος  
Ντουνούση Ευαγγελία  
Ξυδάκης Δημήτριος  
Οικονομάκη Θεοδώρα  
Παναγούτσος Στυλιανός  
Παπαχρήστου Ευάγγελος  
Παπαδοπούλου ΔωροθέαΠαπασωτηρίου Μάριος  
Πάσσαμ Ανδρέας  
Παπαγιάννη Αικατερίνη  
Πατεινάκης Παναγιώτης  
Πετράκης Ιωάννης  
Πρέκα Ευγενία  
Σαραφίδης Παντελής  
Στάγκου Μαρία  
Σταματέλου Κυριακή  
Σταμπούλη Στυλιανή  
Σταυρουλόπουλος Αριστείδης  
Στεφανίδης Ιωάννης  
Χαλκιά Αглаΐα**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ****Πρόεδρος**  
Πασαδάκης Πλουμής**Μέλη**  
Ελευθεριάδης Θεόδωρος  
Μπαλάφα Όλγα  
Παναγούτσος Στυλιανός  
Πετράς Δημήτριος  
Πετράκης Ιωάννης  
Πλέρος Χρήστος  
Ρουμελιώτης Στέφανος  
Σκαλιώτη Χρυσάνθη  
Σταμπολλίου Εμελίνα  
Στυλιανού Κωνσταντίνος**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΕ****Πρόεδρος**  
Πετράς Δημήτριος**Αντιπρόεδρος**  
Παναγούτσος Στυλιανός**Γεν. Γραμματέας**  
Παπαχρήστου Ευάγγελος**Ειδ. Γραμματέας**  
Φιλιόπουλος Βασίλειος**Ταμίας**  
Γριβέας Ιωάννης**Μέλη**  
Μπαλάφα Όλγα  
Στεφανίδης Ιωάννης**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ****Πρόεδρος**  
Πασαδάκης Πλουμής**Μέλη**  
Ελευθεριάδης Θεόδωρος  
Μπαλάφα Όλγα  
Παναγούτσος Στυλιανός  
Πετράκης Ιωάννης  
Πετράς Δημήτριος  
Ρουμελιώτης Στέφανος  
Σκαλιώτη Χρυσάνθη  
Σταμπολλίου Εμελίνα**ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΚΡΙΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ****Κλινική Νεφρολογία****Πρόεδρος**  
Γούμενος Δημήτριος**Μέλη**  
Ελευθεριάδης Θεόδωρος  
Κρίκη Πελαγία  
Κυρικλίδου Παρθένα  
Λιονάκη Σοφία  
Πετράκης Ιωάννης  
Σκαλιώτη Χρυσάνθη  
Χαλκιά Αглаΐα**Περιτοναϊκή Κάθαρση****Πρόεδρος**  
Λιακόπουλος Βασίλειος**Μέλη**  
Ανδρικός Αιμίλιος  
Δημητριάδης Χρυσόστομος  
Θεοδωρίδης Μάριος  
Καλιεντζίδου Μαρία  
Καποτά Αθανασία**Αιμοκάθαρση****Πρόεδρος**  
Παναγούτσος Στυλιανός**Μέλη**  
Γνικοπούλου Ευδοξία  
Οικονομάκη Θεοδώρα  
Ξυδάκης Δημήτρης  
Παπαχρήστου Ευάγγελος  
Σταματέλου Κυριακή**Μεταμόσχευση****Πρόεδρος**  
Μαρινάκη Σμαραγδή**Μέλη**  
Ανδροβιτσανέα Αριάδνη  
Δαρεμά Μαρία  
Κασμάτης Ευστράτιος  
Ντουνούση Ευαγγελία  
Τσοούκα Γλυκερία**Υπέρταση και άλλα Θέματα****Πρόεδρος**  
Σαραφίδης Παντελής**Μέλη**  
Γεωργιανός Παναγιώτης  
Ζιάκκα Σταυρούλα  
Καλαϊτζίδης Ρήγας  
Καπερώνης Νικόλαος  
Μπαλάφα Όλγα

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

---



**Βραβευμένη Εργασία:** Έπαινος στους συγγραφείς των προφορικών ανακοινώσεων που συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των εργασιών τους από τους Κριτές & τους Προέδρους των αντίστοιχων θεματικών ενότητων.



## ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗ

**Μ. Λουκά<sup>1</sup>, Β. Γκίκα<sup>1</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>1</sup>, Ε. Ευαγγέλου<sup>1</sup>, Ε. Τίγκα<sup>1</sup>, Κ. Κανελλοπούλου<sup>1</sup>, Α. Δρακόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Πουλιανάκη<sup>1</sup>, Μ. Τσαγκατάκης<sup>2</sup>, Γ. Τσιρπανλής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup>Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας, Βιοϊατρική, Αθήνα

**Σκοπός:** Η χορήγηση τολβαπτάνης ενδείκνυται στους ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη μορφή της Πολυκυστικής Νόσου των Νεφρών που κληρονομείται με επικρατούντα χαρακτήρα (ΠΚΝ). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απαντητικότητα των ασθενών στην αγωγή δεν έχουν διεκρινιστεί. Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ΠΚΝ που απάντησαν θετικότερα στη χορήγηση τολβαπτάνης μετά από 3 έτη αγωγής.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 41 ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη ΠΚΝ (Απεικονιστική Κατηγοριοποίηση κατά Mayo Clinic, AKMC, 1C, 1D και 1E), μέσης (SD) ηλικίας 42,5 (8,6) ετών και εκτιμώμενου Ρυθμού Σπειραματικής Διήθησης (estimated-Glomerular Filtration Rate, e-GFR) >25 ml/min, που συμπλήρωσαν 3 έτη θεραπείας με τολβαπτάνη. Πριν την έναρξη και στα 3 έτη της αγωγής μετρήθηκε ο Συνολικός Όγκος Νεφρών (ΣΟΝ) με μαγνητική τομογραφία. Η αναμενόμενη μείωση του e-GFR στα 3 έτη χωρίς θεραπεία υπολογίστηκε με τη χρήση του τύπου της Mayo Clinic (Irazabal MV et al, JASN 2015) και συγκρίθηκε με τον e-GFR που μετρήθηκε μετά από 3 έτη αγωγής με τολβαπτάνη. Με τη χρήση του ίδιου τύπου υπολογίστηκε ο αναμενόμενος χρόνος εγκατάστασης Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΤΣ-ΧΝΝ) πριν την έναρξη και μετά από τα 3 έτη αγωγής με τολβαπτάνη. Οι παραπάνω αναφερόμενες διαφορές χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες απαντητικότητας στην αγωγή και συσχετίστηκαν με μια σειρά χαρακτηριστικών των ασθενών (ηλικία, φύλο, ηλικία κατά τη διάγνωση της ΠΚΝ, παρουσία και ηλικία διάγνωσης της υπέρτασης, ηλικία κατά την οποία ο πάσχων γονέας έφθασε σε ΤΣ-ΧΝΝ, ΣΟΝ, AKMC κ.ά) με μονο- και πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Η διάμεση (IQR) διαφορά μεταξύ του e-GFR που μετρήθηκε μετά από 3 έτη αγωγής με τολβαπτάνη και του αναμενόμενου e-GFR στα 3 έτη χωρίς αγωγή ήταν 5,3 (-1,3, 8,7) ml/min (υψηλότερη του αναμενόμενου). Ο αναμενόμενος χρόνος για την εγκατάσταση ΤΣ-ΧΝΝ επιμηκύνθηκε κατά 1 (0, 2) έτος μετά τα 3 έτη αγωγής. Στη μονοπαραγοντική στατιστική ανάλυση, ο αρχικός e-GFR (κατά την έναρξη της αγωγής) και η ηλικία κατά την οποία ο πάσχων γονέας έφθασε σε ΤΣ-ΧΝΝ σχετίστηκαν θετικά τόσο με τη βελτιωμένη διαφορά του e-GFR όσο και με την επιμήκυνση του χρόνου εγκατάστασης του ΤΣ-ΧΝΝ (p=0,02, 0,047, 0,01, 0,02, αντίστοιχα). Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, η διαφορά του βελτιωμένου μετά την αγωγή από τον αναμενόμενο e-GFR χωρίς αγωγή σχετίστηκε αρνητικά με την ηλικία των ασθενών κατά την έναρξη της θεραπείας (β=-0,9, 95%CI: -1,52 – 0,29, p=0,006) και θετικά με την ηλικία διάγνωσης της υπέρτασης (β=0,88, 95%CI: 0,25 – 1,52, p=0,008), καθώς και με την ηλικία κατά την οποία ο πάσχων γονέας έφθασε σε ΤΣ-ΧΝΝ (β=0,57, 95%CI: 0,16 – 0,98, p=0,008). Με την ίδια στατιστική ανάλυση, η επιμήκυνση του χρόνου εγκατάστασης ΤΣ-ΧΝΝ σχετίστηκε θετικά με τον αρχικό e-GFR (p=0,001), με την ηλικία κατά την οποία ο πάσχων γονέας έφθασε σε ΤΣ-ΧΝΝ (p=0,013) και με την AKMC (β=1,93, 95%CI 0,46 – 3,39, p=0,013) (μεγαλύτερη επιμήκυνση του χρόνου εγκατάστασης ΤΣ-ΧΝΝ στους ασθενείς με AKMC 1E παρά σε αυτούς με 1C).

**Συμπεράσματα:** Η αγωγή με τολβαπτάνη φαίνεται πως είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν χορηγείται στους νεότερους ασθενείς, στους ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη ΠΚΝ, με καλά διατηρημένη νεφρική λειτουργία, λιγότερο επιβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό και βραχύτερο ιστορικό υπέρτασης.

## ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

**Α. Χαλκιά<sup>1</sup>, Χ. Κουτσιανάς<sup>2</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>3</sup>, Π. Γιάννου<sup>1</sup>, Α. Παναγιωτόπουλος<sup>2</sup>, Α. Καποτά<sup>1</sup>, Κ. Θωμάς<sup>2</sup>, Δ. Βασιλόπουλος<sup>2</sup>, Δ. Πετράς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>2</sup>Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο,

Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Ιπποκράτειο, Αθήνα

<sup>3</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η διάμεση φλεγμονή στην ANCA σπειραματονεφρίτιδα (AAGN) παρατηρείται συχνά αλλά η συσχέτιση της με κλινικές και ιστολογικές παραμέτρους παραμένει αδιευκρίνιστη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκαν ανοσοϊστοχημικές χρώσεις με CD3, CD20, CD4, CD8, CD68 (PG-M1), CD138 σε 40 βιοψίες με νέα διάγνωση AAGN και αξιολογήθηκε η παρουσία των κυττάρων σε σχέση με κλινικές, ιστολογικές παραμέτρους όπως και η νεφρική πρόγνωση σε μεγάλο χρόνο παρακολούθησης [47.87 μήνες (6-216)].

**Αποτελέσματα:** Τα φλεγμονώδη κύτταρα αποτελούνται από λεμφοκύτταρα (CD3 T cell) > CD20 B cell) στο 83% των βιοψιών, πλασματοκύτταρα στο 43%, ουδετερόφιλα στο 43%, μακροφάγα στο 38% και ηωσινόφιλα στο 20%. CD8 T cells επικρατούν στο διάμεσο χώρο στην εστιακή και σκληρυντική τάξη, ενώ CD8 και CD4 τείνουν να διαγράφουν διαφορετική εκφραστική εντόπιση στο χώρο. Επιπλέον, η παρουσία των μακροφάγων σχετίστηκε με μεγαλύτερο chronicity index [(διάμεση ίνωση (39% vs 24%, p=0.015)] και τιμή κρεατινίνης στη διάγνωση (4.4 vs 2.6 mg/dL, p=0.010), ενώ η παρουσία των ουδετερόφιλων, λεμφοκυττάρων και ηωσινόφιλων με μεγαλύτερο activity index [κυτταρικοί μηννοειδείς (37% vs 6%, p<0.001, 26% vs 9%, p=0.021, 49% vs 24%, p=0.021, αντίστοιχα). Σε σχέση με την βραχυπρόθεσμη νεφρική πρόγνωση, τα μακροφάγα συσχετίστηκαν με χειρότερη νεφρική λειτουργία στον 1<sup>ο</sup> χρόνο (Cre 3.2 vs 1.8 mg/dL, p=0.042). Επικυρώσαμε ως το πιο αξιόπιστο προβλεπτικό score για την μακροπρόθεσμη νεφρική πρόγνωση το ANCA renal score (AUC 0.694, p=0.05), και διαπιστώσαμε ότι η low-risk ομάδα τείνει να παρουσιάζει λιγότερη διάμεση φλεγμονή (p=0.029), ενώ η παρουσία των μακροφάγων και των ηωσινόφιλων παρατηρείται λιγότερο συχνά (p=0.03 and 0.05, αντίστοιχα) σε σχέση με τις άλλες ομάδες κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Αναγνωρίζοντας τις διαφορές μεταξύ των ιστοπαθολογικών τάξεων με βάσει την μέχρι στιγμής υποεκτιμώμενη διαμεσοσωληναρική βλάβη, ίσως αποτελεί σημαντικό βήμα στην κατανόηση παθοφυσιολογικών μηχανισμών προσδοκώντας σε νέες θεραπευτικές στρατηγικές.

EA 01

EA 02

**Βραβείο  
«Σ. Παπασταμάτη»**

ΕΑ 03

**ΚΛΙΝΙΚΟΪΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ C3 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Ε. Κάψια<sup>1</sup>, Ζ. Κλεινάκη<sup>1</sup>, Ι. Μιχελάκης<sup>2</sup>, Σ. Τσιάκας<sup>1</sup>, Χ. Σκαλιώτη<sup>1</sup>, Ε. Ροκκά<sup>1</sup>, Γ. Λιάπη<sup>3</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»<sup>2</sup>Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ<sup>3</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»**Εισαγωγή:** Η C3 σπειραματοπάθεια οδηγεί συχνά σε χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) αλλά, λόγω της σπανιότητας και της ετερογένειάς της, τα δεδομένα σχετικά με την πρόγνωση και τη βέλτιστη αντιμετώπιση της παραμένουν ελλιπή.**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά 19 ασθενείς με C3 σπειραματοπάθεια καταγράφοντας κλινικοϊστολογικές και θεραπευτικές παραμέτρους καθώς και τη μακροχρόνια νεφρική τους έκβαση.**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάγνωση οι ασθενείς είχαν διάμεση ηλικία 23 έτη (IQR 28), διάμεση τιμή πρωτεϊνουρίας 2.6 g/d (IQR 2.8) και eGFR 63ml/min (IQR 63). Χαμηλά επίπεδα C3 ορού ανευρέθησαν στο 58% (11/19), παθολόνες μεταλλάξεις στα γονίδια CFH/CFI σε 4 από τους 10 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενετικό έλεγχο και μονοκλωνική παραπρωτεΐνη σε τρεις ασθενείς. 41% των ασθενών (7/17) έλαβαν συντηρητική αγωγή με αναστολές του άξονα ενώ το 59% (10/17) ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Για δύο ασθενείς δεν είχαμε δεδομένα σχετικά με τη θεραπεία. Οι ασθενείς που έλαβαν ανοσοκατασταλτή διέφεραν σημαντικά ως προς την πρωτεϊνουρία (3.95g/d [IQR 4.8]) συγκριτικά με αυτούς που έλαβαν συντηρητική θεραπεία (1.5g/d [IQR 1.14], p=0.003). Ύφεση επιτεύχθηκε στο 43% των ασθενών στους 6 μήνες και στο 50% στους 12 μήνες. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 45 μήνες (IQR 66). Οκτώ ασθενείς (42%) κατέληξαν σε ΧΝΝΤΣ σε διάστημα 58.5 μηνών (IQR 62.5) ενώ άλλοι 3 (16%) εμφάνισαν έκπτωση του GFR >30%. Μεταξύ των ασθενών με δυσμενή νεφρική έκβαση, 54.5% (6/11) είχαν πρωτεϊνουρία >3g/d, 73% (8/11) είχαν χαμηλό C3, 54.5% (6/11) διάμεση ίνωση >25% ενώ το ποσοστό σπειραματοσκλήρυνσης ήταν 33% (IQR 58). Τα αντίστοιχα ποσοστά στην ομάδα ασθενών με καλή νεφρική έκβαση ήταν 25% (2/8), 37.5% (3/8), 25% (2/8) και 8% (IQR 15). Η επίτευξη πλήρους ύφεσης συσχετίστηκε με ευνοϊκή νεφρική έκβαση (p= 0.001).**Συμπεράσματα:** Η μελέτη των ασθενών του κέντρου μας με C3 σπειραματοπάθεια ανέδειξε την ετερογένεια στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, τη σημαντική επίπτωση στη νεφρική επιβίωση και τη σημασία της επίτευξης πλήρους ύφεσης για τη μακροχρόνια νεφρική έκβαση.

ΕΑ 04

**ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΑΡΡΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΧΩΡΙΣ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ.****Α. Ντούνη<sup>1,2</sup>, Α. Κίτσος<sup>2</sup>, Α. Μπεχλιούλης<sup>3</sup>, Λ. Λάκκας<sup>3</sup>, Γ. Μαρκόπουλος<sup>4</sup>, Γ. Μπαξεβάνος<sup>5</sup>, Ο. Μπαλάφα<sup>2</sup>, Ι. Θεοδώρου<sup>2</sup>, Χ. Παππάς<sup>2</sup>, Κ.Γ. Βαρθολομάτος<sup>4</sup>, Κ. Νάκα<sup>3</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>1,2</sup>**<sup>1</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων<sup>2</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων<sup>3</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων<sup>4</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο - Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων<sup>5</sup>Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»**Εισαγωγή:** Οι διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος εμπλέκονται στην παθογένεια της καρδιακής ανεπάρκειας και της ΧΝΝ. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανίχνευση διαφορών μεταξύ υποπληθυσμών ανοσοκυττάρων σε άρρενες ασθενείς με καρδιονεφρικό σύνδρομο (ΚΝΣ) τύπου II και ασθενείς με ΧΝΝ χωρίς καρδιαγγειακή νόσο.**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθησαν 70 άρρενες, 40 με ΚΝΣ II και 30 με ΧΝΝ, εξομοιωμένοι ως προς το eGFR(CKD-EPI). Στο περιφερικό αίμα μετρήθηκαν με κυτταρομετρία ροής τα επίπεδα των CD14++CD16-, CD14++CD16+ και CD14+CD16++ μονοκυττάρων, NK-κυττάρων (CD3+CD16+56+), CD3-CD19+ B-λεμφοκυττάρων, CD3+CD4+ T-λεμφοκυττάρων, CD3+CD8+ T-λεμφοκυττάρων και CD4+CD25+FoxP3+ T-ρυθμιστικών κυττάρων (Tregs). Συγχρόνως, εκτιμήθηκαν και έγινε καταγραφή των κλινικών, εργαστηριακών και υπερηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων.**Αποτελέσματα:** Οι δύο ομάδες διέφεραν ως προς την ηλικία (ΚΝΣ 72±10, ΧΝΝ 66±10 έτη, p=0.01), ενώ είχαν παρόμοιο eGFR (ΚΝΣ 37±14 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, ΧΝΝ 33±16ml/min/1.73m<sup>2</sup>, p=0.28). Συγκριτικά με τους ΧΝΝ-ασθενείς, οι ΚΝΣ-ασθενείς, είχαν υψηλότερα επίπεδα προφλεγμονοδών CD14++CD16+ μονοκυττάρων (p< 0,05) και Tregs (p<0,05) και χαμηλότερα λεμφοκύτταρα (p<0,05) και NK κύτταρα (p<0,01). Ειδικά, στους ΚΝΣ-ασθενείς, θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των CD14++CD16+ κυττάρων και της CRP και ESR (p <0.01, p<0.05 αντίστοιχα), ενώ τα ολικά λεμφοκύτταρα, τα T-λεμφοκύτταρα και τα CD4+ T-λεμφοκύτταρα συσχετίστηκαν θετικά με το eGFR (p<0,01). Η ηλικία και το UPCR δεν παρουσίασαν συσχέτιση με τους υποπληθυσμούς των ανοσοκυττάρων στο σύνολο των ασθενών, ούτε στην κάθε ομάδα ξεχωριστά.**Συμπεράσματα:** Οι άρρενες ασθενείς με ΚΝΣ τύπου II παρουσιάζουν διαφορές προς την έκφραση των ανοσοκυττάρων συγκριτικά με τους ΧΝΝ-ασθενείς με παρόμοια νεφρική λειτουργία και χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται ώστε να διευκρινιστεί η παθοφυσιολογική και προγνωστική σημασία αυτών των διαφορών.

## ΡΙΤΥΧΙΜΑΒ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΦΕΣΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΕΛΑΧΙΣΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ

EA 05

**Σ. Τσιάκας, Ι. Θεοδωρίδης, Ε. Κάψια, Χ. Σκαλιώτη, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη**

*Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*

**Εισαγωγή:** Οι συχνές υποτροπές νεφρωσικού συνδρόμου σε ασθενείς με νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων (NEA) οδηγούν στη μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών. Περιορισμένος αριθμός μελετών παρατήρησης σε ενήλικους υποδεικνύουν το rituximab ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή για τη διατήρηση της ύφεσης, επιτρέποντας την απόσυρση από τα κορτικοστεροειδή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναλύθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα ενήλικων ασθενών με NEA του κέντρου μας, στους οποίους χορηγήθηκε rituximab την περίοδο 2017-2022.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 14 ασθενείς έλαβαν θεραπεία με rituximab, 6 εκ των οποίων είχαν κορτικοεξαρτώμενο νεφρωσικό σύνδρομο. Ο διάμεσος αριθμός υποτροπών πριν το rituximab ήταν 6,5 (IQR 4,5-15,2). Ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με τα κορτικοστεροειδή, όπως οστεοπόρωση, υπέρταση, καταρράκτης και σακχαρώδης διαβήτης παρατηρήθηκαν σε 10 ασθενείς. Δεκατρείς ασθενείς είχαν λάβει  $\geq 2$  διαφορετικούς ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες στο παρελθόν. Το rituximab χορηγήθηκε σε διάμεσο χρόνο 10,6 ετών (IQR 4,5-16,3) από τη διάγνωση. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν δύο δόσεις του 1g rituximab σε μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων, ενώ ήταν σε ύφεση. Η διάμεση ηλικία κατά τη χορήγηση ήταν τα 31 έτη (IQR 18,7-49). Εκτός από κορτικοστεροειδή, 6 ασθενείς λάμβαναν αναστολείς καλσινευρίνης και 1 mycophenolate mofetil. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης μετά τη χορήγηση της πρώτης δόσης ήταν 44 μήνες (IQR 9,5-67,2). Υποτροπή εμφάνισαν 6 ασθενείς σε διάμεσο χρόνο 17,5 μηνών (IQR 10,2-26,5). Ο αριθμός των υποτροπών ανά έτος μειώθηκε σε 0,27 από 0,87 ( $p < 0,001$ ) μετά το rituximab. Ένας ασθενής εμφάνισε πνευμονία από *Pneumocystis Jirovecii*, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με κοτριμοξαζόλη. Σε 6 ασθενείς χορηγήθηκε επαναληπτικό σχήμα rituximab. Στο τέλος παρακολούθησης, τα κορτικοστεροειδή είχαν διακοπεί σε 8 από τους 14 ασθενείς και οι αναστολείς καλσινευρίνης σε 4 από τους 7 ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Το rituximab αποτελεί ασφαλή θεραπευτική προσέγγιση για τη διατήρηση της ύφεσης στους ενήλικους με NEA. Τυχαίοποιημένες μελέτες είναι απαραίτητες για την περαιτέρω αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του rituximab σε αυτούς του ασθενείς.

## Η ΝΕΦΡΙΝΗ ΚΑΙ ΠΟΔΟΚΑΛΥΞΙΝΗ ΩΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΙΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΕΣ

EA 06

**Π. Γιάννου, Μ. Μπόρα, Ε. Σταμπολλίου, Δ. Κουρنيώτης, Γ. Αγγελής, Ζ. Αλεξάκου, Α. Καποτά, Α. Χαλκιά, Δ. Πετράς**

*Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο*

**Εισαγωγή:** Η σπειραματονεφρίτιδα (ΣΝ) είναι ένα σύνθετο σύνδρομο που σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα ποδοκύτταρα αποτελούν βασικό συστατικό για τη διατήρηση του φραγμού σπειραματικής διήθησης και έναν άμεσο ή έμμεσο μηχανισμό νεφρικής βλάβης. Στόχος μας ήταν ο προσδιορισμός της συσχέτισης της βλάβης των ποδοκυττάρων με τη σοβαρότητα της νεφρικής νόσου

**Υλικό & Μέθοδος:** Αξιολογήσαμε τις μετρήσεις ούρων της νεφρίνης (NEP) και της ποδοκαλυξίνης (PDC) από 37 ασθενείς με ιδιοπαθή ΣΝ σε σχέση με τα ιστολογικά ευρήματα σε φωτονικό και ηλεκτρονικό μικροσκόπιο

**Αποτελέσματα:** Τα υψηλότερα επίπεδα κρεατινίνης (Cr) συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα PDC ( $p=0,001$ ) και NEP ( $p=0,013$ ). Ενώ υπήρχε ισχυρή συσχέτιση της πρωτεϊνουρίας με τη διάχυτη σύντηξη των ποδοκυττάρων ( $p=0,016$ ). Όσον αφορά τις ιστολογικές παραμέτρους, υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων PDC και NEP με χαρακτηριστικά χρονιότητας, όπως η σοβαρή ίνωση ( $p=0,01$ ,  $p=0,002$ , αντίστοιχα). Η αναλογία PDC/CR συσχετίστηκε σημαντικά εκτός από τη σοβαρή ατροφία, την υαλίνωση και την ίνωση ( $p=0,001$ ,  $p=0,016$  και  $p=0,001$  αντίστοιχα), επίσης με τη διάμεση φλεγμονή, ( $p=0,025$ ). Είναι σημαντικό ότι τα επίπεδα PDC συσχετίστηκαν με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο με τα ινίδια και τη σφαιρική σύντηξη των ποδοκυττάρων. Η αναλογία NEP/CR αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική με τη σύντηξη των ποδοκυττάρων μόνο στις ανοσοπενικές σπειραματονεφρίτιδες ( $p=0,02$ ).

**Συμπεράσματα:** Η συκέντρωση της ποδοκαλυξίνης και της νεφρίνης στα ούρα αντιπροσωπεύουν σημαντικούς δείκτες δυσλειτουργίας των ποδοκυττάρων και αντανακλά την ακεραιότητα του φραγμού διήθησης των νεφρών με μεγάλη δυνατότητα να μελετηθούν ως βιοδείκτες για τη διάγνωση και την παρακολούθηση

ΕΑ 07

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ

Π. Σαραφίδης, Μ. Θεοδωρακοπούλου, Φ. Ιατρίδη, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου, Α. Καραγιαννίδης, Ε. Καρκαμάνη, Α. Τσιτουρίδης, Δ. Φαΐτατζίδου, Αικ. Παπαγιάννη

Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι άνδρες ασθενείς υπό αιμοκάθαρση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα περιπατητικής-ΑΠ συγκριτικά με τις γυναίκες. Μελέτες σε ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου έδειξαν ότι ο χειρότερος έλεγχος της περιπατητικής-ΑΠ που εμφανίζουν οι άνδρες σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει για πρώτη φορά τη σχέση μεταξύ φύλου και καρδιαγγειακών συμβαμάτων πριν και μετά την προσαρμογή για την περιπατητική-ΑΠ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

**Υλικό & Μέθοδος:** 129 άνδρες και 91 γυναίκες ασθενείς υπό αιμοκάθαρση που υποβλήθηκαν σε 48ωρη-περιπατητική-καταγραφή-ΑΠ παρακολούθηθηκαν προοπτικά για 53.4±31.1 μήνες. Κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η καρδιαγγειακή θνησιμότητα, ενώ δευτερεύον ο συνδυασμός καρδιαγγειακής θνησιμότητας, μη θανατηφόρου εμφράγματος-μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού-εγκεφαλικού-επείσοδου, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή, νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαίας/περιφερικής επαναγγείωσης.

**Αποτελέσματα:** Η ελευθερία(cumulative-freedom) από το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τις γυναίκες (logrank-p=0.032), ενώ από το δευτερεύον καταληκτικό σημείο δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων (logrank-p=0.644). Ο σχετικός κίνδυνος για το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά υψηλότερος για τις γυναίκες (HR=1.613, 95%CI[1.037, 2.509]), ενώ για το δευτερεύον δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, παρότι ο κίνδυνος ήταν ήπια χαμηλότερος για τις γυναίκες (HR=0.918, 95%CI[0.638, 1.320]). Μετά από προσαρμογή για κλασσικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ηλικία, διαβήτης, χρόνος στην αιμοκάθαρση, στεφανιαία νόσος) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες (πρωτεύον/δευτερεύον: HR=1.464 (95%CI[0.929, 2.307]/HR=0.866 (95%CI[0.596, 1.260])). Μετά από επιπλέον προσαρμογή για τη 44-ωρη-περιπατητική-ΑΠ οι παραπάνω σχέσεις δεν μεταβλήθηκαν (πρωτεύον/δευτερεύον: HR=1.498, 95%CI[0.947, 2.368]/(HR=0.911, 95%CI[0.625, 1.327])).

**Συμπεράσματα:** Σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου, η περιπατητική-ΑΠ δεν επηρεάζει σημαντικά τη σχέση μεταξύ φύλου και δυσμενών καρδιαγγειακών εκβάσεων σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

ΕΑ 08

## ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΜΕΣΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Θ. Τουρουτζής, Φ. Στασινή, Ζ. Σκαρλάτου, Α. Μπίκος, Χ. Καγιαδάκη, Κ. Σόμπολος, Ε. Γνικοπούλου

Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης (ΜΧΑ) Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η θνησιμότητα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση υπερβαίνει σημαντικά αυτήν που παρατηρείται στον γενικό πληθυσμό. Ο προσδιορισμός παραγόντων κινδύνου και η αντιμετώπισή τους μπορεί να βοηθήσει στην προσπάθεια βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά από 1/2/2010 έως 31/1/2021, 237 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς [99 ♀, διάμεση ηλικία 76 (69-84) έτη]. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, συννοσηρότητα και εργαστηριακές παράμετροι. Υπολογίστηκε η διάμεση επιβίωση και οι παράγοντες που δύνανται να την επηρεάσουν.

**Αποτελέσματα:** Ο ρυθμός θνησιμότητας ήταν 9,28% στο πρώτο έτος μετά την έναρξη της αιμοκάθαρσης και 36,29% στα πέντε έτη. Οι ηλικιωμένοι (>65 ετών) είχαν χαμηλότερη διάμεση επιβίωση συγκριτικά με νεότερους ασθενείς (63 έναντι 103 μήνες, p=0,031). Η επιβίωση των διαβητικών που υποβάλλονταν σε on-line αιμοδιαδιήθηση έναντι κλασσικής αιμοκάθαρσης ήταν διπλάσια (87 έναντι 42 μήνες, p<0,001). Συχνότερα αίτια θανάτου καταγράφηκαν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (32,38%), οι λοιμώξεις (20,95%) και οι κακοήθειες (18,1%) (p<0,001). Χρησιμοποιώντας πολυπαραγοντική ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες θνησιμότητας ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης [hazard ratio (HR)=2,387, 95% confidence interval (CI) 1,278-4,46, p=0,006], η περιφερική αρτηριακή νόσος (HR=1,875, 95% CI 1,12-3,139, p=0,017) και ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας (HR=2,421, 95% CI 1,297-4,518, p=0,005). Αντίθετα, η απουσία θρόμβωσης αγγειακής προσπέλασης (HR=0,289, 95% CI 0,158-0,527, p<0,001) και δείκτης μάζας σώματος >20 kg/m<sup>2</sup> (HR=0,517, 95% CI 0,294-0,909, p=0,022) είχαν ευνοϊκή επίδραση στην επιβίωση.

**Συμπεράσματα:** Ο ρυθμός θνησιμότητας ήταν 9,28% στο πρώτο έτος. Οι ηλικιωμένοι και οι διαβητικοί υπό κλασσική αιμοκάθαρση είχαν μικρότερη επιβίωση. Ορισμένοι παράγοντες θνησιμότητας είναι δυνητικά τροποποιήσιμοι (σωματικό βάρος, αγγειακή προσπέλαση, είδος αιμοκάθαρσης).



## ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ Τ ΚΑΙ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

**Ε. Μωυσιδου<sup>1</sup>, Γ. Λιούλιος<sup>1</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Α. Ξωχέλλη<sup>2</sup>, Β. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Ζ. Μήτσογλου<sup>1</sup>, Σ. Στάη<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>2</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας

<sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης δύο διαφορετικών μορφών χρόνιας φλεγμονής, του Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου (ΣΕΛ) και της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου υπό Αιμοκάθαρση (ΧΝΝ/ΑΚ), στο φαινόμενο της ανοσογήρανσης.

**Υλικό & μέθοδος:** Μελετήθηκαν με κυτταρομετρία ροής συγκεκριμένα μόρια επιφανείας των Τ (CD31, CD45RA, CCR7, CD28, CD57) και Β (IgD, CD27) λεμφοκυττάρων, και προσδιορίστηκαν αντίστοιχοι λεμφοκυτταρικοί υποπληθυσμοί σε ασθενείς με ΣΕΛ, ΧΝΝ/ΑΚ και υγιείς μάρτυρες, παρόμοιων χαρακτηριστικών.

**Αποτελέσματα:** Σημαντική λεμφοπενία παρατηρήθηκε στους ασθενείς με ΣΕΛ και ΧΝΝ/ΑΚ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, κυρίως με καταστολή των Β κύτταρων 75.4(14.4-520.8), 97(32-341) και 214(84-576)cells/μL, αντίστοιχα,  $p < 0.001$ , και των CD4 Τ κυττάρων 651.2(71.1-1478.2), 713(234-1509) και 986(344-1591)cells/μL, αντίστοιχα,  $p < 0.001$ . Η κατανομή των Β κυτταρικών υποτύπων διαφοροποιούνταν σαφώς μεταξύ των ασθενών, καθώς στον ΣΕΛ παρατηρήθηκε μία σαφής στροφή προς ανοσογενραντικές μορφές, (IgD-CD27-) 11.75(2.3-74.2)% έναντι 8.1(1.7-35)% , ενώ στην ΧΝΝ/ΑΚ αύξηση των πιο πρόδρομων υποπληθυσμών, συγκριτικά με τους υγιείς 69.9(1.1-92)% έναντι 62(4.5-86.9)% ,  $p = 0.019$ . Αντίθετα, διαπιστώθηκε μείωση των γηρασμένων CD4+ λεμφοκυτταρικών υποτύπων στον ΣΕΛ σε σχέση με ΧΝΝ/ΑΚ και υγιείς 3.2(0.1-42.2)% , 6(0.4-56.4)% και 3.5(0.3-19.5)% για τα CD4+CD28- κύτταρα και 1.2(0.1-23.9)% , 2.5(0-51.9)% και 1.9(0-17.9)% , για τα CD4+CD28-CD57+ κύτταρα. Πλήρη ανακατανομή παρουσίασαν οι CD8+ λεμφοκυτταρικοί υποπληθυσμοί, με υπεροχή των κυττάρων κεντρικής μνήμης (CD8+CD45RA-CCR7+) 53(1.8-92.4)% , 52.2(0.1-91.5)% και 23.4(0.1-92)% , αντίστοιχα, και μείωση των CD8+CD28- κυττάρων σε σχέση με την ΧΝΝ/ΑΚ και τον υγιή πληθυσμό 31.9(1.1-87.2)% , 44.4(14-89.7)% vs. 34.5(6.4-72.3)% , αντίστοιχα,  $p = 0.04$ .

**Συμπέρασμα:** Στον ΣΕΛ φάνηκε να κυριαρχεί το φαινόμενο της ανοσογήρανσης στα Β λεμφοκύτταρα, ενώ στους ασθενείς με ΧΝΝ/ΑΚ παρατηρήθηκε ένα εντελώς διαφορετικό πρότυπο, με κύρια την εκδήλωση της ανοσογήρανσης στον CD8+ υποπληθυσμό.

## Η ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ miRNAS ΣΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

**D. Bolignano<sup>1</sup>, M. Greco<sup>2</sup>, P. Presta<sup>1</sup>, Α. Ντούνη<sup>3</sup>, C. Vita<sup>1</sup>, Ε. Παππάς<sup>4</sup>, Μ. Mirabelli<sup>2</sup>, Λ. Λάκκας<sup>5</sup>, Κ.Κ. Νάκας<sup>5</sup>, Α. Brunetti<sup>2</sup>, D.P. Foti<sup>6</sup>, Μ. Andreucci<sup>1</sup>, G. Coppolino<sup>1</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Magna Graecia University, Nephrology and Dialysis Unit, Catanzaro-Italy

<sup>2</sup>Magna Graecia University, Department of Health Sciences, Catanzaro-Italy

<sup>3</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ελλάδα

<sup>4</sup>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Φιλατών, Ελλάδα

<sup>5</sup>B' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ελλάδα

<sup>6</sup>Magna Graecia University, Experimental and Clinical Medicine, Catanzaro-Italy

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε περιοδική αιμοκάθαρση εμφανίζουν σοβαρές δομικές και λειτουργικές καρδιακές διαταραχές αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Παρότι η μη ισορροπημένη έκφραση διαφόρων microRNAs (miRNAs) έχει συσχετιστεί με παθολογικό καρδιακό «remodeling» και δυσμενή καρδιαγγειακή έκβαση, τα δεδομένα για τους ασθενείς με ΧΝΝ παραμένουν ελάχιστα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 74 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς εκτιμήθηκαν τα επίπεδα ενός επιλεγμένου πάνελ miRNAs (30a-5p, 23a-3p, 451a and let7d-5p) στο αίμα. Συγχρόνως έγινε ενδεδειγμένη κλινική και υπερηχοκαρδιογραφική εκτίμηση. Ακολούθησε προοπτική παρακολούθηση με μέσο χρόνο παρακολούθησης 22 μήνες. Το πρωτεύον σύνθετο καταληκτικό σημείο ήταν η ολική και καρδιαγγειακή θνησιμότητα και τα μη θανατηφόρα καρδιαγγειακά συμβλήματα.

**Αποτελέσματα: Τα επίπεδα όλων των miRNAs** ήταν χαμηλότερα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς συγκριτικά με την υγιή ομάδα ελέγχου ενώ παρουσίασαν ανεξάρτητη συσχέτιση με τη βαρύτητα των διαταραχών της καρδιακής λειτουργίας. Η έκφραση των miRNA 30a-5p, 23a-3p and 451a ήταν ακόμη χαμηλότερη στους 30 ασθενείς (40,5%) που εκδήλωσαν το τελικό καταληκτικό σημείο ( $p < 0,001$ ), ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στο let7d-5p. Η προγνωστική αξία των συγκεκριμένων miRNAs επιβεβαιώθηκε από τη μονοπαραγοντική παλινδρομη ανάλυση του Cox (HR 0,943 – 0,995;  $p = 0,05$  μέχρι 0,02). Η ανάλυση Kaplan-Meier επιβεβαίωσε ταχύτερη εξέλιξη προς το καταληκτικό σημείο σε ασθενείς με επίπεδα miRNA χαμηλότερα ενός διαχωριστικού σημείου στην καμπύλη ROC ( $p = 0,001$  μέχρι  $< 0,0001$ ; HRs 7,95 – 8,61).

**Συμπεράσματα: Χαμηλότερα επίπεδα στην κυκλοφορία των miRNA 30-5p, 23a-3p και 451a** σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς πιθανά να αντικατοπτρίζουν καρδιακές διαταραχές καθώς και προβλέπουν υψηλότερο κίνδυνο βραχυ-μεσοπρόθεσμης κακής έκβασης. Μελλοντικές μελέτες είναι απαραίτητες για τη γενίκευση αυτών των αποτελεσμάτων.

EA 09

EA 10



ΕΑ 11

## ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΡΑΜΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΓΡΑΜΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

**Δ. Φαΐτατζίδου<sup>1</sup>, Κ. Δίπλα<sup>2</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Κούτλας<sup>2</sup>, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Χ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Π. Πατεινάκης<sup>3</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>2</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών ΑΠΘ, Σέρρες

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Οι καρδιακές αρρυθμίες και ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος αποτελούν την κυριότερη αιτία καρδιαγγειακής θνητότητας στους ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο τελικού-σταδίου(XNN-TΣ). Η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος(ΑΝΣ) συμβάλλει στη δημιουργία ενός αρρυθμογενούς υπόβαθρου στους ασθενείς αυτούς. Η παρούσα αποτελεί την πρώτη συγκριτική μελέτη γραμμικών και μη γραμμικών δεικτών της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας(HRV) μεταξύ ασθενών υπό-αιμοκάθαρση(HD) και υπό περιτοναϊκή-κάθαρση(PD), τόσο κατά την ηρεμία όσο και ως απόκριση σε δοκιμασίες νοητικού και σωματικού στρες.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν 34 HD και 34 PD ασθενείς αντιστοιχισμένοι για ηλικία, φύλο και διάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης. Η λειτουργία του ΑΝΣ εκτιμήθηκε μέσω γραμμικών και μη γραμμικών δεικτών της HRV. Πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καταγραφές της καρδιακής συχνότητας με τη συσκευή Finometer-PRO σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια ορθοστατικής δοκιμασίας, καθώς και δοκιμασιών αριθμητικών υπολογισμών(mental-arithmetic), έγερσης από καρέκλα(sit-to-stand) και δύναμης χειρολαβής(handgrip).

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στους δείκτες HRV σε ηρεμία (RMSSD: HD:57.1±81.1 vs PD:69.6±113.4ms; p=0.792), εξαιρουμένου του δείκτη DFA-α1 (HD:0.87±0.40 vs PD:0.70±0.20, p=0.047). Όλοι οι υπό μελέτη δείκτες HRV κατά τη δοκιμασία αριθμητικών υπολογισμών (RMSSD HD:128.2±346.0 vs PD:87.5±150.0ms; p=0.893) και τις δοκιμασίες σωματικού στρες παρουσίασαν παρόμοιες τιμές μεταξύ HD και PD. Παρόμοιες διαπιστώθηκαν και οι αποκρίσεις της HRV στις δοκιμασίες ορθοστασίας και handgrip μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, ωστόσο οι δείκτες RMSSD, SD1, SD2 and DFA-α2 μετά το sit-to-stand παρουσίασαν υψηλότερες τιμές συγκριτικά με την ηρεμία μόνο στους HD (RMSSD: 57.1±81.1 vs 126.7±185.7ms, p=0.028), υποδηλώνοντας μία μεγαλύτερη δυσκολία των ασθενών αυτών στην επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του ΑΝΣ μετά από σωματικό στρες.

**Συμπεράσματα:** Οι δείκτες HRV σε ηρεμία και μετά από νοητικό και σωματικό στρες δεν διέφεραν μεταξύ ασθενών υπό HD και PD, ωστόσο η απόκριση του ΑΝΣ μετά την δοκιμασία sit-to-stand ήταν περισσότερο επηρεασμένη στους πρώτους. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η δυσλειτουργία του ΑΝΣ παραμένει σχετικά ανεπηρέαστη από την εφαρμοζόμενη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης, αν και ενδέχεται να υπάρχουν μικρές διαφοροποιήσεις στην επαναφορά αυτής μετά από στρες.

ΕΑ 12

## Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΝΕΡΓΗΣ ΜΗ-ΚΑΡΒΟΞΥΛΙΩΜΕΝΗΣ, ΜΗ-ΦΩΣΦΟΡΥΛΙΩΜΕΝΗΣ MATRIX GLA PROTEIN (dp-ucMGP) ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΑΤΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Η ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

**Σ. Ρουμελιώτης, Β. Βάιος, Σ. Αναστασίου, Α. Τσινάρη, Γ. Βαρουκτσή, Ι. Κοντογώργος, Δ. Διβάνης, Π. Γεωργιανός, Β. Λιακόπουλος**

Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η ανεπάρκεια βιταμίνης Κ έχει αναγνωριστεί ως δείκτης αγγειακής επασβέστωσης και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά σε ασθενείς υπό τεχνητό νεφρό (ΤΝ) ή περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ), καθώς ο ισχυρότερος αναστολέας αγγειακής επασβέστωσης, η Matrix Gla Protein χρειάζεται βιταμίνη Κ για να ενεργοποιηθεί. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της ανεπάρκειας βιταμίνης Κ με την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με ΧΝΑΤΣ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 42 ασθενείς με ΧΝΑΤΣ υπό ΤΝ ή ΠΚ μετρήθηκαν σε πλάσμα και ορό τα επίπεδα των ανενεργών βιταμινο-Κ εξαρτώμενων πρωτεϊνών Matrix Gla Protein (dp-ucMGP) και προθρομβίνης (PIVKA-II) ως δείκτες εξω-ηπατικής και ηπατικής επάρκειας βιταμίνης Κ και καθορίστηκαν παράμετροι της αρτηριακής σκληρίας (pulse wave velocity-PWV) με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany).

**Αποτελέσματα:** Η PIVKA-II ορού σχετίστηκε με τη διάρκεια ΣΔΤ2 (r=-0.38, p=0.013), τα επίπεδα φωσφόρου (r=-0.41, p=0.009) την αλβουμίνη ορού (r=-0.33, p=0.036) Spearman's rho, και το είδος μεταφοράς σε ασθενείς υπό ΠΚ (p=0.039), Kruskal-Wallis. Η dp-ucMGP πλάσματος σχετίστηκε με το PWV (r=0.51, p=0.001), την περιφερική (r=-0.37, p=0.016) και κεντρική διαστολική αρτηριακή πίεση (r=-0.34, p=0.026) και την ηλικία (r=0.41, p=0.007), Spearman's rho. Οι ασθενείς με ΣΔΤ2, ιστορικό οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και λήψη βαρφαρίνης είχαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα κυκλοφορούσας dp-ucMGP (p=0.036, p=0.039 και p<0.0001, αντιστοίχως, Kruskal-Wallis). Η ανάλυση γραμμικής στατιστικής (stepwise multiple regression) έδειξε πως το PWV (p=0.001, B=494, 95%CI:242-746) αποτελούσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της dp-ucMGP, ανεξαρτήτως ηλικίας, ΣΔΤ2, ιστορικού OEM και διαστολικής ΑΠ.

**Συμπεράσματα:** Τα αυξημένα επίπεδα dp-ucMGP πλάσματος (υποδηλώνοντας εξωηπατική ανεπάρκεια βιταμίνης Κ) σχετίστηκαν με αυξημένη αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με ΧΝΑΤΣ

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΥΜΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ MRNA ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

**Κ. Τσιότσιος<sup>1</sup>, Α. Παρθύμου<sup>2</sup>, Γ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Α. Μπρατσιακού<sup>1</sup>, Γ.Ι. Χαμπαίος<sup>2</sup>, Δ.Β. Χαρτουμπέκης<sup>2</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>1</sup>, Δ.Σ. Γούμενος<sup>1</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας

<sup>2</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου (ΧΝΝΤΣ) υπό αιμοκάθαρση παρουσιάζουν μειωμένη ανοσολογική απόκριση στα mRNA εμβόλια κατά της νόσου Covid-19. Ως υποκείμενες αιτίες αναφέρονται η χρόνια ουραιμία, η μεγάλη ηλικία, οι συννοσηρότητες και η λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την επίδραση των παραμέτρων της σύστασης του σώματος στη χυμική απάντηση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε αυτή την αναδρομική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από ενήλικες ασθενείς με ΧΝΝΤΣ υπό αιμοκάθαρση οι οποίοι εμβολιάστηκαν με 2 δόσεις του εμβολίου BNT162b2. Ο ποσοτικός προσδιορισμός του τίτλου των αντισωμάτων έναντι της δεσμευτικής περιοχής της SARS-CoV-2 ακίδας πρωτεΐνης έγινε με τη μέθοδο της ηλεκτροχημειοφωταύγειας. Τίτλοι αντισωμάτων μεγαλύτεροι από 0.8U/ml και 264U/ml θεωρήθηκαν θετικοί και προστατευτικοί αντίστοιχα. Οι παράμετροι της σύστασης του σώματος εκτιμήθηκαν με τον αναλυτή φασματοσκοπίας βιοηλεκτρικής εμπέδησης BIS, Bodystat 5000.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 49 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Στις 3 εβδομάδες μετά την 1<sup>η</sup> δόση του εμβολίου, το 34% των ασθενών ανέπτυξε ανιχνεύσιμο τίτλο, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 100% στις 3 εβδομάδες και στους 3 μήνες μετά τη 2<sup>η</sup> δόση. Προστατευτικός τίτλος παρατηρήθηκε σε 1 ασθενή 3 εβδομάδες μετά τον 1<sup>ο</sup> δόση, στο 43.9% των ασθενών 3 εβδομάδες μετά την 2<sup>η</sup> δόση, ενώ το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 24.2% στους 3 μήνες μετά την 2<sup>η</sup> δόση. Υψηλότερες τιμές της παραμέτρου Prediction Marker συσχετίστηκαν με πτωχή αντισωματική απόκριση ενώ η παράμετρος Phase Angle συσχετίστηκε αρνητικά με την ανάπτυξη προστατευτικού τίτλου στους 3 μήνες μετά τη 2<sup>η</sup> δόση. Συνολικά, οι ασθενείς με προστατευτικό τίτλο στους 3 μήνες μετά τη 2<sup>η</sup> δόση είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές της παραμέτρου Prediction Marker και υψηλότερες τιμές του Phase Angle.

**Συμπεράσματα:** Παράμετροι της σύστασης του σώματος όπως ο Phase Angle και ο Prediction Marker σχετίζονται και επηρεάζουν την ανοσολογική απόκριση στο εμβόλιο BNT162b2 σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ υπό αιμοκάθαρση.

EA 13

## ΜΕΛΕΤΗ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΑΜΚ) ΥΠΟ ΑΠΙΞΑΜΠΑΝΗ (ΑΠΙΞ) ΛΟΓΩ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΜΗ ΒΑΛΒΙΔΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (ΧΚΜΜΒ)

**Δ. Μπαχαράκη<sup>1</sup>, Η. Κυριάκου<sup>2</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Τριανταφύλλης<sup>3</sup>, Α. Δράκου<sup>4</sup>, Φ. Μακρής<sup>5</sup>, Κ. Δρούζας<sup>1</sup>, Ε. Χαβιάρας<sup>3</sup>, Ε. Τριάντου<sup>4</sup>, Α. Φατούρου<sup>5</sup>, Ε. Σπανού<sup>6</sup>, Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Α. Πουλής<sup>2</sup>, Σ. Τσάλας<sup>2</sup>, Α. Τσαντές<sup>2</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>2</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο, ΝΥ Αιμοδοσίας, Ιατρείο Αιμόστασης, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>3</sup>Μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης MEDIFIL AE

<sup>4</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, «Ερρίκος Ντυνάν»

<sup>5</sup>Μεσόγειος Νεφρολογικό Κέντρο Π. Φαλήρου, ΜΧΑ

<sup>6</sup>Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Πειραιά, Μονάδα Αιμοκάθαρσης

**Εισαγωγή:** Μελετήσαμε πιλοτικά την αιμορραγική διάθεση των ΑΜΚ λόγω ΧΚΜΜΒ υπό ΑΠΙΞ και την συσχέτιση αυτής με κλινικά συμβάματα.

**Μέθοδος:** Προοπτική μελέτη παρατήρησης Γενάρης 2020-2023. Καταγράφηκε συντιστώμενη δοσολογία (ΣΔ), μειωμένη (ΜΔ) (2.5mg bid) ή εξατομικευμένη (ΕΞΔ) (qd ή/και μείωση την μέρα συνεδρίας). Εκτός ΑΜΚ μέτρηση επιπέδων ΑΠΙΞ πλάσματος (χρωμογενής μέθοδος DiXal) και θρομβοελαστομετρία (ROTEM) προ λήψης ΑΠΙΞ και 2 ώρες μετά (C-min/C-max). Εκτίμηση αιμοπεταλιακής λειτουργικότητας με PFA-200 (Col/Epi, Col/ADP) προ λήψης ΑΡΙΧ. Βάσει ROTEM/PFA δόθηκε κλινική πρόβλεψη αιμοστατικής επάρκειας ως «αιμορραγική διάθεση» (ΑΔ) ή «φυσιολογική πήκτικότητα» (ΦΠ). Έγινε καταγραφή αιμορραγικών και θρομβωτικών συμβαμάτων

**Αποτελέσματα:** 19 ασθενείς (13 άνδρες), μέσης ηλικίας 73(±10) έτη, ΑΜΚ 4.6(±3.4) έτη, Αρτηριακή Υπέρταση (89%), Σακχαρώδη Διαβήτης (42%), Στεφανιαία Νόσος (21%), Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (21%), Ιστορικό Αιμορραγίας (32%). ΣΔ 7/19(37%) και ΜΔ ως 2.5mgbid (6/19) ή ΕΞΔ(6/19). Στο σχήμα 2.5mg bid (10/19,53%): 6/10 επιθυμητά C-min/C-max. Κλινική πρόβλεψη αιμοστατικής επάρκειας: «Φυσιολογική πήκτικότητα (ΦΠ)» 4/19 ασθενείς (21%), οι 2 με ΕΞΔ και χαμηλά C-min/C-max. Ένας απεβίωσε από θρομβωτικό ΑΕΕ. «Αιμορραγική διάθεση (ΑΔ)» 15/19 ασθενείς (79%): 5/15 με υψηλά C-min/C-max (3 με ΣΔ), 11/19 βάσει ROTEM (58%), 6/19 βάσει PFA (31%), 2/19 βάσει ROTEM+PFA (10%). Αιμορραγικά συμβάματα 4/19 (21%): Ένα έλασσαν με επιθυμητά C-min/C-max υπό ΜΔ, πρόβλεψη ΑΔ (ROTEM). Τρία θανατηφόρα αιμορραγικά συμβάματα με μειωμένα C-min/C-max υπό ΕΞΔ: 1 ΦΠ, 2ΑΔ (PFA/Col/Epi).

**Συμπεράσματα:** Οι ΑΜΚ ασθενείς με ΧΚΜΜΒ υπό ΑΠΙΞ φαίνεται να «προφυλάσσονται» από αιμορραγικά/θρομβωτικά συμβάματα υπό δοσολογία 2.5mg bid ασχέτως σύστασης, λόγω αιμορραγικής διάθεσης ανεξαρτήτως επιπέδων φαρμάκου. Η θρομβοελαστομετρία και η δοκιμασία PFA-200 βοηθούν πιθανά στην κλινική απόφαση του σχήματος περισσότερο από τα επίπεδα του φαρμάκου.

EA 14

ΕΑ 15

## ΟΙ ΟΥΡΑΙΜΙΚΕΣ ΤΟΞΙΝΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΝΟΣΟΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΕΞΑΝΤΛΗΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Θ. Τουρουντζής<sup>1</sup>, Γ. Λιούλιος<sup>2</sup>, S. Van Laecke<sup>3</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>2</sup>, Ε. Μωυσίδου<sup>2</sup>, Σ. Στάη<sup>2</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>4</sup>, G. Glorieux<sup>3</sup>, Μ. Στάγκου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Department of Internal Medicine and Pediatrics, Nephrology Unit,

Ghent University Hospital, Gent, Belgium

<sup>4</sup>Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας - Τμήμα Ανοσολογίας,

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η αυξημένη επίπτωση ανοσογήρανσης σε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς μπορεί να σχετίζεται με συσσώρευση ουραμικών τοξινών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στο περιφερικό αίμα 54 αιμοκαθαίρομενων ασθενών (23 γυναίκες, ηλικία 51,3±16,91 έτη) και 31 υγιών μαρτύρων, παρόμοιας ηλικίας, μετρήθηκαν με γρήχη χρωματογραφία εξαιρετικής απόδοσης (UPLC) οι ουραμικές τοξίνες [ιππουρικό οξύ (HA), indoxyl sulfate (IS), p-cresyl sulfate (pCS)]. Με κυτταρομετρία ροής εκτιμήθηκε η έκφραση των υποδοχέων CD28, CD31, CD45RA, CCR7, CD57, PD1 στα T και των CD27, IgD στα B λεμφοκύτταρα.

**Αποτελέσματα:** Υψηλότερη συγκέντρωση ουραμικών τοξινών παρατηρήθηκε σε αιμοκαθαίρομενους συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες, ολικό HA 3,05(1,654-5,374) vs 0,102(0,037-0,204)mg/dl (p<0,001), ελεύθερο HA 1,482(0,7-2,814) vs 0,029(0,025-0,04)mg/dl (p<0,001), ολικό IS 2,207(1,272-3,348) vs 0,063 (0,035-0,085)mg/dl (p<0,001), ελεύθερο IS 0,146(0,088-0,272) vs 0,0004(0,0004-0,0004)mg/dl (p<0,001), ολικό pCS 1,248(0,841-1,661) vs 0,066(0,037-0,133)mg/dl (p<0,001), ελεύθερο pCS 0,089(0,057-0,125) vs 0,004 (0,004-0,005)mg/dl (p<0,001), αντίστοιχα. Υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ του χρονικού διαστήματος από την έναρξη σε αιμοκάθαρση και του ολικού και ελεύθερου HA (p=0,005, p=0,003, αντίστοιχα). Διαπιστώθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση παρθένων και ανώριμων CD4 υποπληθυσμών με τα επίπεδα του ολικού και ελεύθερου HA, όπως, CD4CD31+ (p=0,037, p=0,027), CD8CD28+CD57- (p=0,018, p=0,014) CD4CD45+CD57- (p=0,039, p=0,027) και των παρθένων B λεμφοκυττάρων (CD19IgD+CD27-) (p=0,042, p=0,032, αντίστοιχα). Η συγκέντρωση διαφοροποιημένων υποπληθυσμών σχετιζόταν θετικά με το ελεύθερο HA, CD4CD28+CD57+ (p=0,036) και CD4CD45-CD57+ (p=0,045), και το IS, CD4CD28- (p=0,038). Τα εξαντλημένα, CD4PD1+ κύτταρα είχαν θετική συσχέτιση με το ολικό και ελεύθερο IS (p=0,004, p=0,011) και το ολικό και ελεύθερο pCS (p=0,027, p=0,018, αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Οι ουραμικές τοξίνες αυξάνονται στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, και πιθανά έχουν διαφορετική επίδραση στην ανοσογήρανση και ανοσοεξάντληση CD4 και B λεμφοκυττάρων.

ΕΑ 16

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΤΩΝ Τ ΚΑΙ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ

**Γ. Λιούλιος<sup>1</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>2</sup>, Θ. Τουρουντζής<sup>1</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Ε. Μωυσίδου<sup>1</sup>, Π. Γιαμαλής<sup>1</sup>, Ι. Τσουχνικάς<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Τμήμα Ανοσολογίας, Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Γενικό

Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η αιμοδιαδιήθηση(ΑΔΔ) είναι μια μέθοδος που επιτυγχάνει καλύτερη κάθαρση μέσου μοριακού βάρους τοξινών, ενώ αναφέρεται βελτιωμένη πρόγνωση των ασθενών, ιδίως σε υψηλότερους όγκους αιμοδιήθησης. Ωστόσο, η επίδρασή της στον λεμφοκυτταρικό φαινότυπο δεν έχει μελετηθεί.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εξετάστηκε με κυτταρομετρία ροής η έκφραση δεικτών γήρανσης στην σε T (CD45RA, CCR7, CD28, CD57, PD1) και Β-λεμφοκύτταρα (CD27, IgD) σε 35 ασθενείς υπό κλασική αιμοκάθαρση(ΑΚ) και 25 ασθενείς υπό ΑΔΔ και συσχετίστηκε η έκφραση τους με τον όγκο υποκατάστασης.

**Αποτελέσματα:** Ασθενείς υπό ΑΔΔ είχαν μειωμένο αριθμό CD4+CD28- T-λεμφοκυττάρων, 31(18-74) έναντι 50(36-131)/μL, p=0.019, με τη διαφορά αυτή να περιορίζεται μόνο στα CD28-CD57- T-λεμφοκύτταρα [17(9-25) έναντι 31(19-50)/μL, p=0,002], ενώ τα τελικής διαφοροποίησης CD28-CD57+ κύτταρα δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων [14(4-49) έναντι 23(7-52)/μL, p=0,22]. Η έκφραση του CD57 σχετίστηκε μόνο με την παλαιότητα της αιμοκάθαρσης (r=0,27, p=0,03). Επιπλέον, οι ασθενείς υπό ΑΔΔ είχαν χαμηλότερο ποσοστό εξαντλημένων CD4+PD1+ T-λεμφοκυττάρων [8,5(6,8-11,7) έναντι 13,7(8,7-19,5)% αντίστοιχα, p=0.006], ενώ τα CD8+PD1+ T-λεμφοκύτταρα ήταν επίσης λιγότερα στους ΑΔΔ ασθενείς, χωρίς να αγγίζει το όριο της σημαντικότητας [17,4(8,5-41) έναντι 34(12,7-52,9)% αντίστοιχα, p=0,06]. Ο όγκος υποκατάστασης συσχετίστηκε αρνητικά με τα CD8+EMRA T λεμφοκύτταρα, (r=-0,46, p=0,027) και θετικά με τα συνολικά Β-λεμφοκύτταρα (r=0,46, p=0,025). Ωστόσο, δεν επηρεάστηκαν εξίσου όλοι οι υποπληθυσμοί των Β-λεμφοκυττάρων, με μόνο τα παρθένα IgD+CD27- Β-λεμφοκύτταρα και τα switched-memory IgD-CD27+ Β-λεμφοκύτταρα να συσχετίζονται θετικά με τον όγκο υποκατάστασης (r=0,53, p=0,008 και r=0,5, p=0,015, αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Η αιμοδιαδιήθηση και μάλιστα με υψηλούς όγκους υποκατάστασης πιθανώς να έχουν θετική επίδραση στην επίκτητη ανοσία και να σχετίζονται με λιγότερο γηρασμένο ανοσοφαινότυπο.

## ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟ COVID-19: ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΚΟΟΡΤΗΣ

**Δ. Μπαχαράκη<sup>1</sup>, Μ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Π. Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>2</sup>, Δ. Διβάνης<sup>3</sup>, Α. Σαρδέλι<sup>1</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Α. Μπατσιάκου<sup>2</sup>, Β. Ζώη<sup>1</sup>, Ν. Πήλιουρας<sup>1</sup>, Γ. Δαμοράκη<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>3</sup>, Δ. Γούμενος<sup>2</sup>, Ε.Ι. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας, Πανεπιστήμιο Πάτρας

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>4</sup>Δ' Παθολογική Κλινική, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας

**Εισαγωγή:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ανοσολογικής απάντησης στην οξεία νόσο COVID-19 ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΑΜΚ)

**Υλικά και Μέθοδος:** Σε προοπτική μελέτη κοόρτης νοσηλευόμενοι ΑΜΚ ασθενείς με μέτρια –σοβαρή νόσο COVID -19 και μη νοσούντες ΑΜΚ μάρτυρες, συγκρίθηκαν στους απόλυτους αριθμούς υποπληθυσμών λεμφοκυττάρων αίματος (κυτταρομετρία ροής) και κυτταροκινών στο αίμα αλλά και στο διάλυμα εξόδου της συνεδρίας ΑΜΚ (μέτρηση με ανοσοενζυμική μέθοδο). Τα δείγματα αίματος ελήφθησαν στην αρχή και στο τέλος της πρώτης από την εισαγωγή συνεδρίας στους νοσούντες και του διαλύματος μετά μισή ώρα συνεδρίας. Η έκβαση της νόσου εκφράστηκε από την κλίμακα του του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO-CPS).

**Αποτελέσματα:** Συγκρίθηκαν 59 ΑΜΚ νοσούντες και 20 μάρτυρες ταυτισμένοι ως προς την ηλικία, το φύλο και τις συνοσηρότητες. Διαπιστώθηκε ότι οι κυκλοφορούσες συγκεντρώσεις της ιντερφερόνης-γ (IFN-γ) και του αυξητικού παράγοντα των αιμοπεταλίων-A (PDGF-A) ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένες τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της συνεδρίας. Οι συγκεντρώσεις του παράγοντα νεκρώσεων των όγκων-άλφα (TNFα) ήταν αυξημένες πριν την ΑΜΚ ενώ στο διάλυμα εξόδου βρέθηκαν αυξημένες συγκεντρώσεις της ιντερλευκίνης-10 και του PDGF-A. Διαπιστώθηκε σημαντική μείωση του απόλυτου αριθμού των CD4-λεμφοκυττάρων και των CD19-λεμφοκυττάρων. Η μείωση της έκφρασης του υποδοχέα Human Leukocyte Antigen – DR isotype (HLA-DR) στα CD14-μονοκύτταρα σχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με δυσμενή έκβαση, δηλαδή σοβαρή νόσο ή θάνατο μετά από 28 ημέρες. Αντίθετα, οι αυξημένοι απόλυτοι αριθμοί των CD19-λεμφοκυττάρων συσχετίστηκαν με καλλίτερη έκβαση.

**Συμπεράσματα:** Η ανοσολογική απάντηση των ασθενών υπό χρόνια ΑΜΚ κατά την οξεία νόσο COVID-19 χαρακτηρίζεται από αύξηση των TNFα, IFNγ και PDGF-A, και διαταραχή της αντιγονοπαρουσίασης.

EA 17

## Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID 19 ΣΕ ΔΙΑΔΟΧΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ

**Θ. Μίχα, Λ. Τακούλη, Π. Βρύσης, Κ. Σταθόπουλος, Δ. Μπιμπλάκη, Δ. Χατζηγιαννακός**

Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού SARS-CoV-2 αναπτύχθηκαν μεταλλάξεις στον ιό που προκάλεσαν επιδημικά κύματα απειλητικά για την υγεία των ανθρώπων. Οι αιμοκαθαιρόμενοι θεωρούνται αυξημένου κινδύνου για βαριά νόσηση COVID 19 και δυσμενή πρόγνωση. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση και σύγκριση κλινικών δεδομένων από τους αιμοκαθαιρόμενους με COVID 19, που αντιμετωπίστηκαν στο Νοσοκομείο μας, κατά 3 διαδοχικά κύματα της πανδημίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη ασθενών υπό αιμοκάθαρση και τεκμηριωμένη εργαστηριακά νόσο COVID 19, που αντιμετωπίστηκαν στη Μονάδα μας από τον Οκτώβριο 2020 μέχρι και τον Ιανουάριο 2022. Το χρονικό διάστημα της μελέτης διαιρέθηκε, σύμφωνα με το επικρατούν στέλεχος του ιού, στις περιόδους Α (Οκτώβριος 2020-Ιούνιος 2021, μετάλλαξη Α), Β (Ιούλιος 2021-Νοέμβριος 2021, μετάλλαξη Δ) και Γ (Δεκέμβριος 2021-Ιανουάριος 2022, μετάλλαξη Ο). Μελετήθηκαν δημογραφικά και κλινικά στοιχεία και αξιολογήθηκαν η κατάσταση εμβολιασμού και η διάρκεια θετικότητας της ταυτοποίησης του SARS-CoV-2 RNA μέσω RT-PCR.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, συμμετείχαν 284 ασθενείς, από τους οποίους οι 71 (25%) διακομίσθηκαν από άλλα Νοσοκομεία όπου είχαν νοσηλευτεί περισσότερες από 3 ημέρες. Την περίοδο Α κατεγράφησαν 121 ασθενείς, διάμεσης ηλικίας 71(22-93) έτη και χρόνο στην αιμοκάθαρση 44,2(1-240) μήνες, με ποσοστό ανεμβολίαστων 75%(99/121), νοσηλευθέντων 76%(92/121), σε οξυγονοθεραπεία 43,8%(53/121), διασωληνώσεων 2,5%(3/121) και θανάτων 9,9%(12/121). Την περίοδο Β κατεγράφησαν 79 ασθενείς, διάμεσης ηλικίας 69(34-92) έτη και χρόνο στην αιμοκάθαρση 47,9(1-255) μήνες, ανεμβολίαστο ήταν το 12,7%(10/79), νοσηλεύθηκε το 55,7%(44/79), χορηγήθηκε οξυγόνο στο 26,6%(21/79), διασωληνώθηκε το 1,3%(1/79) και απεβίωσε το 6,3%(5/79). Στους 84 ασθενείς της περιόδου Γ, διάμεσης ηλικίας 71(17-95) έτη και χρόνο στην αιμοκάθαρση 44,5(1-137) μήνες, καταγράφηκε ποσοστό ανεμβολίαστων 3,6%(3/84), νοσηλευθέντων 36,9%(31/84), σε οξυγονοθεραπεία 15,5%(13/84) και θανάτων 4,8%(4/84). Στις περιόδους Α, Β και Γ η διάμεση διάρκεια θετικότητας του PCR ήταν 37(7-120), 25(10-58) και 20(11-55) ημέρες, ενώ θετικό, για περισσότερο από ένα μήνα, παρέμενε στο 67,9%, 32,9% και 17,7% των ασθενών, αντίστοιχα. Στο κύμα Β και Γ, συγκριτικά με το Α, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των εισαγωγών (p=0.002 και p=0.001, αντίστοιχα) και της ανάγκης για οξυγόνο (p=0.01 και p=0.000, αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Στους αιμοκαθαιρόμενους, η μετάλλαξη Α (Βρετανική) προκάλεσε συχνότερα σοβαρή νόσο και νοσηλεία, έναντι των άλλων μεταλλάξεων, ενώ ο σχεδόν καθολικός, στη συνέχεια, εμβολιασμός μετρίασε τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα της μετάλλαξης Δ.

EA 18

ΕΑ 19

**ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΥΟΚΙΝΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΑΞΟΝΑ FGF23-ΚΛΩΘΩ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ****Β. Καραβά<sup>1</sup>, Α. Κοντού<sup>1</sup>, Γ. Ντότης<sup>1</sup>, Α. Ταπάρκου<sup>2</sup>, Ε. Φαρμάκη<sup>2</sup>, Κ. Κολλιός<sup>3</sup>, Ν. Πρίντζα<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Μονάδα Παιδών, Α' Παιδιατρική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης<sup>2</sup>Κέντρο Παιδιατρικής Ανοσολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης<sup>3</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η μελέτη διερευνά την αλληλεπίδραση των μυοκινών με τις παραμέτρους των οστών και μετάλλων και τη συσχέτιση αυτών με τη συστηματική φλεγμονή σε παιδιά με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασβέστιο, φώσφορο, 25(OH)D, παραθορμόνη, c-τερματικό FGF23, Κλωθώ, μυστατίνη, φολλιστατίνη, ιριζίνη, IGF-1 και IL-6 ορού μετρήθηκαν σε 53 ασθενείς ηλικίας 5 έως 19 ετών με ρυθμό σπειραματικής διήθησης <60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Υπολογίστηκαν οι λόγοι μυστατίνης προς μυϊκή μάζα (MM) και μυστατίνης προς IGF-1.

**Αποτελέσματα:** Οι λόγοι μυστατίνη/MM και μυστατίνη/IGF-1 ήταν αυξημένοι, ενώ η ιριζίνη μειωμένη σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ (p=0,001, p=0,111, p=0,161). Η μυστατίνη, ο IGF-1 και η φολλιστατίνη συσχετίστηκαν με την MM (rs=0,513, p<0,001, rs=0,652, p<0,001, rs=-0,483, p<0,001). Η μυστατίνη και η φολλιστατίνη συσχετίστηκαν με τον IGF-1 (rs=0,340, p=0,014, rs=-0,385, p=0,005). Παρατηρήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ μυστατίνη/MM και lnFGF23 (rs=0,423, p=0,002), μυστατίνη/IGF-1 και lnΚλωθώ (rs=-0,367, p=0,007), ιριζίνης και παραθορμόνης (rs=-0,289, p=0,03), ιριζίνης και 25(OH)D (rs=-0,291, p=0,037), μετά από προσαρμογή για το στάδιο της ΧΝΝ και την IL-6. Ο lnIL-6 συσχετίστηκε με τον lnFGF23 (rs=0,397, p=0,004), τον lnΚλωθώ (rs=-0,297, p=0,078), και τους λόγους μυστατίνη/MM (rs=0,385, p=0,005) και μυστατίνη/IGF-1 (rs=0,395, p=0,004) μετά από προσαρμογή για το στάδιο της ΧΝΝ. Στην οπισθοδρομική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, ο lnFGF23 και ο λόγος μυστατίνη/IGF-1 συσχετίστηκαν με αυξημένη τιμή IL-6.

**Συμπεράσματα:** Η ανισορροπία μυστατίνης και IGF-1 σχετίζεται με τον άξονα FGF23-Κλωθώ ενώ η ιριζίνη με τη παραθορμόνη, υποδεικνύοντας αλληλεπίδραση μυών-οστών στη ΧΝΝ. Η αυξημένη έκφραση FGF23 και η ανισορροπία μυστατίνης και IGF-1 σχετίζονται με τη συστηματική φλεγμονή στα παιδιά με ΧΝΝ.

ΕΑ 20

**Η ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΕΝΩΣΕΩΝ OCCLUDIN ΚΑΙ CLAUDIN-1****Γ.Α. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>1</sup>, Π. Μποσγανά<sup>2</sup>, Α.Λ. Δελαστίκ<sup>3</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>1</sup>, Δ.Σ. Γούμενος<sup>1</sup>, Ε. Κουρέα<sup>2</sup>, Β. Ζολώτα<sup>2</sup>, Σ. Ασημακόπουλος<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογικό Κέντρο και Κέντρο Μεταμοσχεύσεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών<sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών<sup>3</sup>Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών<sup>4</sup>Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών**Βραβείο****«Σ. Παπασταμάτη»**

**Εισαγωγή:** Η αποτελεσματικότητα του βλεννογόνιου εντερικού φραγμού(ΒΕΦ) είναι μειωμένη στη χρόνια νεφρική νόσο(ΧΝΝ), όμως οι ενεχόμενοι μηχανισμοί δεν έχουν πλήρως αποσαφηνιστεί. Η διάσπαση του ΒΕΦ οδηγεί σε συστηματική ενδοτοξιναιμία και φλεγμονώδη απάντηση, που σχετίζεται με την παθογένεια των συννοσηροτήτων σε ασθενείς με ΧΝΝ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 33 ασθενείς με ΧΝΝ, σταδίου I-IV(n=17, ομάδα Α) και χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου(ΧΝΝΤΣ)(n=16, ομάδα Β) και 11 υγιή άτομα (ομάδα C). Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση και βιοψία της δεύτερης μοίρας δωδεκαδακτύλου. Τα δείγματα εξετάστηκαν ιστολογικά και έγινε μέτρηση του ύψους λαχνών και των αποπρωτικών σωματίων. Η έκφραση της occludin και claudin-1 εξετάστηκαν ανοσοϊστοχημικά, όπως και η παρουσία ενδοεπιθηλιακών CD3+T-λεμφοκυττάρων. Η συγκέντρωση ενδοτοξίνης εκτιμήθηκε με ανοσοενζυμική μέθοδο και των κυτταροκινών [interleukin (IL)-1β,IL-6,IL-8,IL-10,TNF-α] με κυτταρομετρία ροής.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου I-IV και ΧΝΝΤΣ, εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ενδοτοξίνης ορού και αυξημένες IL-6,-8,-10 σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (P<0.01). Από τις παραμέτρους του εντερικού φραγμού που αξιολογήθηκαν, στις ομάδες Α και Β βρέθηκε σημαντική μείωση της έκφρασης της occludin (P<0.0001 και P<0.001 vs ομάδα C, αντιστοίχως) και της claudin-1 (P<0.0001 και P<0.01 vs ομάδα C). Ειδικά για την occludin παρατηρήθηκε μία διαβάθμιση της μείωσης της έκφρασής της από την κρύπτη προς την κορυφή με μεγαλύτερη απώλεια της έκφρασης στο κορυφαίο τμήμα της λάχνης.

**Συμπεράσματα:** Η μειωμένη έκφραση των μοριακών συστατικών των αποφρακτικών ενώσεων occludin και claudin-1 στο εντερικό επιθήλιο πιθανόν αποτελεί σημαντικό μηχανισμό διάσπασης της ακεραιότητας του ΒΕΦ και αυξημένης εντερικής διαπερατότητας στους ασθενείς με ΧΝΝ.

**Key Words:** tight junctions, chronic kidney disease, inflammation

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ-ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BARTTER: ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Β. Ασκητή, Α. Ζαμπέτογλου, Μ. Μήλα, Α. Μητσιώνη**

*Παιδονεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Π&Α Κυριακού»*

EA 21

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο Bartter είναι σπάνια αυτοσωμική υπολειπόμενη νεφροπάθεια από απώλεια άλατος. Υπάρχουν λίγες πληροφορίες για μακροχρόνια έκβαση παιδιών με σύνδρομο Bartter. Σκοπός μας είναι να περιγράψουμε τις κλινικές-γονιδιακές συσχετίσεις και την μακροχρόνια έκβαση των ασθενών αυτών.

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν τα κλινικά, γενετικά χαρακτηριστικά ασθενών με σύνδρομο Bartter στην διάγνωση και η έκβασή τους από 1η Ιανουαρίου 2006-31 Δεκεμβρίου 2022. Γονιδιακός έλεγχος (whole exome sequencing, WES) έγινε σε 14/19 ασθενείς.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 19 παιδιά (16 Καυκάσιοι, 3 Ρομά), αγόρια 13 (68%). Μέση ηλικία διάγνωσης 0.52 χρόνια, μέσος χρόνος παρακολούθησης 9.8 χρόνια (IQR 6.86-13.8). Διαγνώστηκαν 6 μεταλλάξεις στο KCNJ1, 5 στο SLC12A1 και 3 στο CLCNKB γονίδιο. 4 νέες μεταλλάξεις περιγράφηκαν (3 στο KCNJ1 γονίδιο και 1 στο SLC12A1). Χαρακτηριστικά ευρήματα στην διάγνωση ήταν πολυυδράμνιο, προωρότητα (18/19 ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων και 2/3 με CLCNKB), χαμηλό βάρος (67% < 2 SDS), χαμηλό ύψος (59% < 2 SDS). Νεφρασβέσωση παρουσίαζε 18/19 ασθενείς (συμπεριλαμβανομένων των 3 ασθενών με CLCNKB). 4/6 ασθενείς με KCNJ1 παρουσιάστηκαν αρχικά με υπερκαλιαιμία. Στο τέλος της παρακολούθησης ελάμβαναν συμπληρώματα καλίου 18/19, ινδομεθακίνη 15/19, γαστροπροστατευτικά φάρμακα 13/19. Φυσιολογική αύξηση επιτεύχθηκε σε 16/19 (84%) ασθενείς. 3/19 ελάμβαναν αυξητική ορμόνη. Υψηλή παραθορμόνη (διάμεση τιμή 151.5 pg/ml) είχαν 6/11 (56%) ασθενείς με KCNJ1 και SLC12A1, ενώ 1/3 με CLCNKB μετάλλαξη. Χρόνια νεφρική νόσο (XNN) εκδήλωσαν 7/19 (37%), (4 XNN σταδίου II, 3 XNN σταδίου III).

**Συμπεράσματα:** Το WES μπορεί να βοηθήσει στην ερμηνεία φαινοτυπικής ετερογένειας του συνδρόμου Bartter. Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν την σπουδαιότητα πρώιμης διάγνωσης, τακτικής παρακολούθησης, κατάλληλης θεραπείας ώστε να διατηρηθεί φυσιολογική νεφρική λειτουργία και να επιτευχθεί φυσιολογική αύξηση.

## ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ ΑΠΛΟΥ ΣΚΟΡ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ IGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

**Π. Κομποτιάτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>, Β. Σύψα<sup>1</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Ν. Leung<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Clinic of Nephrology and Renal Transplantation, Laiko Hospital, Medical School of Athens, National and Kapodistrian University, Athens, Greece*

<sup>2</sup>*Division of Nephrology and Hypertension, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA*

EA 22

**Εισαγωγή:** Η IgA νεφροπάθεια είναι η πιο συχνή σπειραματονεφρίδα με μεγάλη ετερογένεια ως προς την κλινική πορεία κάθε ασθενούς. Ο στόχος αυτής της μελέτης είναι να αναπτύξει ένα απλό score διαστρωμάτωσης κινδύνου το οποίο θα προβλέπει την επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με IgA νεφροπάθεια.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη μιας cohort 188 ασθενών που διαγνώστηκαν με IgA νεφροπάθεια από το 2009 έως το 2019 σε 3 Νοσοκομεία στις Η.Π.Α (MayoClinic). Το καταληκτικό σημείο ήταν ESRD (End Stage Renal Disease) ή 50% πτώση του eGFR. Η μέση παρακολούθηση των ασθενών ήταν τρία έτη. Έγινε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων με Cox proportional hazards ενώ για την ανεύρεση optimal cut-off συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν ROC curves.

**Αποτελέσματα:** Στην πολυπαραγοντική ανάλυση αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικές παράμετροι που σχετίστηκαν με το καταληκτικό σημείο οι εξής: eGFR < 40 ml/min (HR 7.7, 95% CI 2.1-27.5), MAP (mean arterial pressure) > 101.5 mmHg (HR 2.5, 95% CI 1.04-6.24) και στη βιοψία νεφρού: ίνωση μεγαλύτερη από 25% (HR 5.3, 95% CI 1.6-16.9) και παρουσία ενδοτριχοειδικής υπερπλασίας (E1) (HR 4.19, 95% CI 1.7-10.12). Με βάση αυτές τις τέσσερις παραμέτρους δημιουργήθηκε ένα score όπου για την παρουσία κάθε παραμέτρου ο κάθε ασθενής ελάμβανε 1 πόντο. Αυτό το score είχε ικανοποιητική απόδοση στην πρόβλεψη του καταληκτικού σημείου (AUC = 85.7%).

**Συμπεράσματα:** Η αξιοπιστία αυτού του score θα δοκιμαστεί και σε άλλες cohorts ασθενών στην Ευρώπη (Ελλάδα, Ιταλία) και στην Ασία. Εφόσον επικυρωθεί, θα αποτελεί έναν εύχρηστο και απλό δείκτη για την εκτίμηση του κινδύνου εξέλιξης σε ESRD σε αυτό τον ετερογενή πληθυσμό ασθενών.

ΕΑ 23

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ADTKD-MUC1 ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ****Α.Χ. Κακουρή<sup>1</sup>, Μ. Πόζοβα<sup>1</sup>, Γ. Εγγλέζου<sup>2</sup>, Α. Μαλατράς<sup>1</sup>, Χ. Σταύρου<sup>3</sup>, Κ. Δέλτας<sup>1,4</sup>, Γ. Παπαγρηγορίου<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Κέντρο Αριστείας για Βιοτρόπεζα και Βιοϊατρική Έρευνα - *biobank.cy*, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος<sup>2</sup>ΚΟΙΟΣ Κέντρο Αριστείας για Έρευνα και Καινοτομία, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος<sup>3</sup>Ιδιωτικό Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Πάφος, Κύπρος<sup>4</sup>Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

**Εισαγωγή:** Η Αυτοσωμική Επικρατούσα Διάμεση Σωληναριακή Νεφροπάθεια λόγω μεταλλάξεων στο γονίδιο *MUC1* (ADTKD-*MUC1*), είναι μια σπάνια γενετική νόσος που εκδηλώνεται με διάμεση σωληναριακή ίνωση, καθαρό ίζημα ούρων, χρόνια νεφρική νόσο, και απρόβλεπτη ηλικία και αίτια έναρξης νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Η έλλειψη σαφών παθογενωμονικών κριτηρίων τονίζει την ανάγκη για γενετική διάγνωση. Η εργασία αυτή στοχεύει στη μελέτη της φυσικής ιστορίας της ADTKD-*MUC1* με τη μακροχρόνια παρακολούθηση ομάδας ασθενών στην Κύπρο, όπου και έχει καταγραφεί υψηλή συχνότητα της νόσου στο δυτικό τμήμα του νησιού.

**Μεθοδολογία:** Στη μελέτη περιλαμβάνονται 163 άτομα θετικά στη μετάλλαξη εισαγωγής κυτοσίνης στο γονίδιο *MUC1*, 46 από τα οποία παρακολουθούνται συστηματικά τα τελευταία πέντε χρόνια. Έτσι, συλλέχθηκαν διαχρονικά βιοχημικά δεδομένα και αναζητήθηκαν μοτίβα εξέλιξης της νόσου. Επιπλέον, ένα μαθηματικό μοντέλο είναι υπό ανάπτυξη, το οποίο στοχεύει στην ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες με βάση τον ρυθμό εξέλιξης της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ο eGFR και η ουρία μεταβάλλονται σταδιακά στους ασθενείς, ενώ φαίνεται να επηρεάζονται η κλασματική απέκκριση Mg και η συγκέντρωση Mg στα ούρα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα *MUC1* (CA15-3) στον ορό σε σύγκριση με υγιείς. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στον eGFR και στην ουρία μεταξύ ανδρών και γυναικών ασθενών, όμως εντοπίστηκαν διαφορές σε άλλους βιοδείκτες. Παράλληλα, το ουρικό οξύ μπορεί να χρησιμεύσει ως δείκτης εξέλιξης της νόσου, ενώ η ουρία μπορεί να είναι το πρώτο μετρήσιμο χαρακτηριστικό της.

**Συμπεράσματα:** Αυτή η μελέτη παρέχει νέα γνώση για τη φυσική εξέλιξη της ADTKD-*MUC1* και υποδεικνύει πιθανούς βιοδείκτες για την πρόβλεψη έναρξης και εξέλιξης της νόσου.

ΕΑ 24

**ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΔΗ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ****Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>, Π. Κρίκη<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>3</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>4</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>4</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>5</sup>, Σ. Φλούδα<sup>6</sup>, Α. Φανουριάκης<sup>6</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>7</sup>, Β. Βάιος<sup>7</sup>, Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Ζ. Κλεινάκη<sup>3</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Μ. Αγοράνου<sup>1</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>5</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>8</sup>, Δ. Γούμενος<sup>8</sup>, Α. Βενετσανοπούλου<sup>9</sup>, Π. Βούλγαρη<sup>9</sup>, Ε. Γράψα<sup>10</sup>, Ε. Ανδρονικίδη<sup>10</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>11</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>2</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα<sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ «Γεώργιος Γεννηματάς»<sup>5</sup>Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων<sup>6</sup>Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν»<sup>7</sup>Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογικής Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»<sup>8</sup>Νεφρολογική κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών<sup>9</sup>Ρευματολογική Κλινική, Τομέας Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων<sup>10</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Αρεταϊείου Νοσοκομείου<sup>11</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή:** Ο εμβολιασμός έναντι του ιού sars-cov2 έχει μεταβάλλει την πορεία της πανδημίας. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της ενδεχόμενης επίδρασης του εμβολιασμού στους ασθενείς με ιστορικό σπειραματικής πάθησης (ΣΠ).

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένη ΣΠ, που εμβολιάστηκαν έναντι του sars-ιού cov2. Αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν φτάσει σε ΧΝΝΤΣ πριν το εμβόλιο. Καταγράφηκαν η ιστοπαθολογική διάγνωση, το ατομικό αναμνηστικό, τα ανοσοκατασταλτικά σχήματα, που χορηγήθηκαν στη διάγνωση, η έκβαση της ΣΠ, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου και η πιθανότητα υποτροπής μετά το εμβόλιο.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 280 ασθενείς με ΣΠ με μέση ηλικία τα 47,6 (±17,8) έτη εκ των οποίων οι 111 (39,6%) ήταν άνδρες. Οι ασθενείς έλαβαν συνολικά 3,0 (±0,9) δόσεις ενώ ο μέσος χρόνος από τη διάγνωση της ΣΠ έως την 1<sup>η</sup> δόση του εμβολίου ήταν 76,5(±61,5) μήνες ενώ το 47,1% των ασθενών ελάμβανε ανοσοκατασταλτική θεραπεία κατά τον εμβολιασμό. 27,1% των ασθενών ανέφεραν συστηματικές και 50,7% ανεπιθύμητες ενέργειες στη περιοχή της χορήγησης. Συνολικά η νεφρική λειτουργία και η πρωτεϊνουρία 24-ωρου δεν παρουσίασε μεταβολή μετά το εμβόλιο. Μεταξύ των ασθενών που ήταν σε ύφεση στη φάση του εμβολιασμού 19(8,2%) ασθενείς παρουσίασαν υποτροπή της ΣΠ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς που δεν εμβολιάστηκαν στο ίδιο χρονικό διάστημα ήταν 5,0% (p=0,99).

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα αποτελέσματα από τον συγκεκριμένο πληθυσμό το εμβόλιο έναντι του ιού sars-ιού cov2 εμφανίζεται ασφαλές για τους ασθενείς με ΣΠ, χωρίς επίδραση στη νεφρική λειτουργία ή την πιθανότητα υποτροπής της νόσου.



## ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΒΙΟΣΥΜΒΑΤΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΔΕΝ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ

Ε. Πιταράκη<sup>1</sup>, R. Jagirdar<sup>1,2</sup>, Ε. Ρούκα<sup>1,3</sup>, Ι. Στεφανίδης<sup>4</sup>, Χ. Χατζόγλου<sup>1</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Ζαρογιάννης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝΛ, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

**Εισαγωγή:** Βάσει του μοντέλου των τριών-πόρων, το ενδοθήλιο θεωρείται ο βασικός φραγμός που περιορίζει την απομάκρυνση ουραιμικών τοξινών και περίσσειας ύδατος κατά την Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ). Τόσο η νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου όσο και η ΠΚ επηρεάζουν μεταξύ άλλων το αγγειακό ενδοθήλιο. Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε πως εμπορικά διαθέσιμα, βιοσυμβατά διαλύματα ΠΚ επιδρούν στη διαπερατότητα του ενδοθηλιακού φραγμού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μονοστιβάδες EA.hy926 κυττάρων καλλιεργημένες σε φίλτρα Snapwell™ τοποθετήθηκαν σε Ussing chambers και εκτέθηκαν από την βασεοπλευρική τους επιφάνεια στα διαλύματα ΠΚ BicaVera®, Balance® εμπλουτισμένα με 1 mg/ml φθορίζουσα δεξτράνη 10 kDa. Η κορυφαία τους επιφάνεια εκτέθηκε σε ισότονο διάλυμα Krebs-Ringer Solution (KRB). Η διαμεμβρανική αντίσταση ( $R_{TM}$ ,  $\Omega \cdot cm^2$ ) καταγράφηκε για 4 ώρες και στο τέλος, εκτιμήθηκε η ένταση φθορισμού της δεξτράνης και η έκφραση του CLDN1 γονιδίου με qPCR.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρείται απότομη αύξηση της  $R_{TM}$  με την χορήγηση και των δύο διαλυμάτων ( $t_{min}$ : BicaVera®: 21,75±3,57, Balance®: 13,43±1,78) συγκριτικά με την έκθεση σε KRB ( $t_0$ : 3,27±1,29,  $p<0,001$ ). Στην περίπτωση του BicaVera® η υψηλή  $R_{TM}$  διατηρείται μέχρι την 1<sup>η</sup> ώρα (10,75±1,93,  $p<0,05$ ) και σταδιακά αποκαθίσταται, ενώ στο Balance® αυτό συμβαίνει άμεσα. Η επαναφορά της  $R_{TM}$  στο τέλος των 4ωρων επωάσεων αποτυπώθηκε τόσο στην (%) διάχυση δεξτράνης (KRB: 15,54±0,72, BicaVera®: 18,17±0,54, Balance®: 16,67±0,61) όσο και στα επίπεδα γονιδιακής έκφρασης της Claudin 1 (KRS: 9,48±0,52, BicaVera®: 9,93±0,15, Balance®: 9,91±0,54).

**Συμπεράσματα:** Η έκθεση ενδοθηλιακών κυττάρων ακόμη και σε βιοσυμβατά διαλύματα ΠΚ προκαλεί ακαριαίες μεταβολές στη λειτουργία του ενδοθηλιακού φραγμού. Ωστόσο, σε αντίθεση με προηγούμενες παρατηρήσεις μας σε μεσοθηλιακά κύτταρα, οι μεταβολές του ενδοθηλιακού φραγμού δεν διατηρούνται σε βάθος χρόνου αλλά αποκαθίστανται.

## Η ΠΡΟΣΘΗΚΗ 2-ΔΕΟΞΥΓΛΥΚΟΖΗΣ (2-DG) ΣΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΥΨΗΛΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΑΠΟΔΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΠΟΚΑΘΙΣΤΑ ΤΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΔΙΑΠΕΡΑΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ

Ε. Πιταράκη<sup>1</sup>, R. Jagirdar<sup>1,2</sup>, Ε. Ρούκα<sup>1,3</sup>, Ι. Στεφανίδης<sup>4</sup>, Χ. Χατζόγλου<sup>1</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>2</sup>, Σ. Ζαρογιάννης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝΛ, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

**Εισαγωγή:** Μεσοθηλιακά κύτταρα που εκτίθενται σε διαλύματα Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΠΚ) υψηλής περιεκτικότητας σε προϊόντα αποδόμησης της γλυκόζης (ΠΑΓ) υπόκεινται μεταβολικό επαναπρογραμματισμό προς ένα πιο γλυκολυτικό φαινότυπο που συσχετίζεται την προοδευτική έκπτωση της περιτοναϊκής μεμβράνης. Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε εάν η αναστολή της αερόβιας γλυκόλυσης με προσθήκη 2-δεοξυγλυκόζης (2-DG) μπορεί να διατηρήσει τη λειτουργία του μεσοθηλιακού φραγμού υπό την επίδραση υπερωσμωτικού διαλύματος ΠΚ που έχει βρεθεί ότι μεταβάλλει σημαντικά τη διαπερατότητα.

**Υλικό & Μέθοδος:** MeT-5A κύτταρα καλλιεργήθηκαν σε φίλτρα Snapwell™ έως το σχηματισμό μονοστιβάδας και τοποθετήθηκαν σε Ussing chambers. Η κορυφαία τους επιφάνεια εκτέθηκε σε διάλυμα ΠΚ υψηλής συγκέντρωσης ΠΑΓ (Dianeal®) με/χωρίς την προσθήκη 0.2 mM 2-DG, εμπλουτισμένο με 1 mg/ml fluorescent isothiocyanate-labelled dextran (10 kDa), ενώ στην βασεοπλευρική επιφάνεια χορηγήθηκε ισότονο αλατούχο διάλυμα Krebs-Ringer Solution με 1 mg/ml leucosostoc mesenteroides dextran (9-11 kDa). Η διαμεσοθηλιακή αντίσταση ( $R_{TM}$ ,  $\Omega \cdot cm^2$ ) καταγράφηκε για 4 ώρες και στο τέλος της επώασης εκτιμήθηκε η ένταση φθορισμού δεξτράνης από δείγματα της βασεοπλευρικής επιφάνειας και προσδιορίστηκε η έκφραση των γονιδίων CLDN-1, -2, -3 με qPCR.

**Αποτελέσματα:** Η επώαση με Dianeal® διατηρεί σημαντικά αυξημένη την  $R_{TM}$  ( $t_0$ : 18,00±2,89,  $t_{hr}$ : 49,75±2,43,  $p<0,001$ ) σε αντίθεση με την προσθήκη 2-DG που μακροπρόθεσμα αποκαθιστά τις αρχικές μεταβολές ( $t_0$ : 17,00±1,00,  $t_{hr}$ : 23,67±2,19). Η πτώση της  $R_{TM}$  υπό την επίδραση της 2-DG αποτυπώθηκε στην αυξημένη διάχυση δεξτράνης ( $p<0,01$ ) καθώς και στην γονιδιακή έκφραση των CLDN-1 (0,37±0,16,  $p<0,01$ ), CLDN-2 (1,61±0,16,  $p<0,01$ ) και CLDN-3 (0,17±0,15,  $p<0,001$ ) εκφρασμένη ως fold change.

**Συμπεράσματα:** Η προσθήκη 2-DG διατηρεί τη λειτουργία του μεσοθηλιακού φραγμού μεταβάλλοντας την έκφραση γονιδίων που εμπλέκονται στην διαπερατότητα των στενοσυνδέσμων.

ΕΑ 27

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ****Α. Κοντού<sup>1</sup>, Β. Καραβά<sup>1</sup>, Γ. Ντότης<sup>1</sup>, Ο. Μπέγκου<sup>2</sup>, Α. Ταπάρκου<sup>1</sup>, Ε. Παντέρης<sup>2</sup>, Ε. Γκίκα<sup>2</sup>, Γ. Θεοδωρίδης<sup>2</sup>, Ν. Πρίντζα<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Νεφρολογική Μονάδα Παιδών, Α' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» <sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) είναι η κύρια θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης για παιδιά και εφήβους με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΤΣΧΝΝ). Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του μεταβολικού «αποτυπώματος» των παιδιών υπό ΠΚ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναλύθηκαν δείγματα ορού από 15 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Προσδιορίστηκαν συνολικά 107 μεταβολίτες. Για την σύγκριση των αποτελεσμάτων οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν με βάση δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους, τόσο πριν όσο και μετά τη διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης. Όλα τα δείγματα αναλύθηκαν με υγρή χρωματογραφία υδρόφιλης αλληλεπίδρασης σε συνδυασμό με τη μέθοδο φασματομετρίας μάζας (HILIC-MS / MS).

**Αποτελέσματα:** Η 8-υδροξυ-2'-δεοξυγουανοσίνη (8-OHdG) ήταν ο μοναδικός μεταβολίτης που βρέθηκε να διαφοροποιείται στα δείγματα ορού που συλλέχθηκαν πριν και μετά την θεραπεία ΠΚ. Κατά την ομαδοποίηση των ασθενών με βάση το χρονικό διάστημα παραμονής στη μέθοδο και την κάθαρση κρεατινίνης διαπιστώθηκε ότι το γαλακτικό οξύ και η Ν-ακετυλο-β-d-γλυκοζαμινιδάση (NAG) είναι πιθανοί δείκτες για την ποιότητα και την επάρκεια της μεθόδου. Ομαδοποιώντας τους ασθενείς με βάση τον αριθμό επεισοδίων περιτονίτιδας διαπιστώθηκε ότι αρκετοί μεταβολίτες με σημαντικότερους την κυτοσίνη, ριβοφλαβίνη, γλουταμικό οξύ, μεθυλξανθίνη και μηλικό οξύ διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις διάφορες υποομάδες. Η παρουσία ή όχι διούρησης σχετίστηκε με διαφοροποίηση στη συγκέντρωση διάφορων μεταβολιτών όπως το κυνουρενικό, γλυκουρονικό και παντοθενικό οξύ.

**Συμπεράσματα:** Η πλειονότητα των μεταβολιτών, που αναδείχθηκαν να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις διάφορες υποομάδες, εμπλέκονται στη διαδικασία της φλεγμονής. Τα αποτελέσματά μας είναι τα προκαταρκτικά αποτελέσματα μιας προοπτικής μελέτης ωστόσο η μεταβολομική φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη μελέτη και την ανίχνευση βιοδεικτών σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ υπό ΠΚ.

ΕΑ 28

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΥΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ****Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>2</sup>, Κ. Δίπλα<sup>2</sup>, Δ. Φαϊτατζίδου<sup>1</sup>, Α. Κούτλας<sup>2</sup>, Μ. Δούμας<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη**<sup>2</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών ΑΠΘ, Σέρρες**<sup>3</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο (ΧΝΝ) έδειξαν ότι η μικρο- και μακρο-αγγειακή δυσλειτουργία επιδεινώνεται προοδευτικά με την εξέλιξη της ΧΝΝ. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αξιολογεί την μικροαγγειακή αντιδραστικότητα (υπεραιμική απόκριση) και οξυγόνωση των σκελετικών μυών σε συνθήκες ηρεμίας και άσκησης σε ασθενείς με προ-τελικού σταδίου ΧΝΝ συγκριτικά με μάρτυρες, καθώς και μεταξύ των διαφορών σταδίων ΧΝΝ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ενενήντα συμμετέχοντες (18 ασθενείς ανά στάδιο ΧΝΝ 2, 3α, 3β, 4 και 18 μάρτυρες) υποβλήθηκαν σε συνεχείς μετρήσεις μυϊκής οξυγόνωσης [tissue saturation index(TSI%)] κατά τη διάρκεια ηρεμίας, ισχαιμής περιόδου-επαναιμάτωσης και τριλεπτής δοκιμασίας χειρολαβής (35% μέγιστης εκούσιας σύσπασης) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy. Παράλληλα, μετρήθηκαν η καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) και το πάχος του έσω-μέσου χιτώνα της καρωτιδας (cIMT).

**Αποτελέσματα:** Η μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία δε διέφερε μεταξύ των ομάδων (μάρτυρες: 64.3±2.9 στάδιο-2: 63.8±4.2 στάδιο-3α: 64.1±4.1 στάδιο-3β: 62.3±3.3 στάδιο-4: 62.7±4.3%, p=0.644). Κατά την απόφραξη αιματικής ροής, καμία σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε στο ρυθμό και το εύρος μείωσης του TSI<sub>decl</sub>. Ωστόσο, κατά την επαναιμάτωση, τα μέγιστα επίπεδα TSI<sub>max</sub> και η υπεραιμική απόκριση μειώθηκαν σημαντικά κατά την εξέλιξη της ΧΝΝ (μάρτυρες: 11.2±3.7 στάδιο-2: 8.3±4.6 στάδιο-3α: 7.8±5.5 στάδιο-3β: 7.3±4.4 στάδιο-4: 7.2±3.3; p=0.043). Η μέση μυϊκή οξυγόνωση κατά την διάρκεια της άσκησης χειρολαβής (TSI<sub>average-decline</sub>) ήταν οριακά χαμηλότερη στους ασθενείς με ΧΝΝ συγκριτικά με τους μάρτυρες, αλλά δεν εντοπίστηκαν διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά στάδια ΧΝΝ. Στο μονοπαραγοντικό και πολυπαραγοντικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, παρότι η PWV και το cIMT δεν εμφάνισαν συσχέτιση με την υπεραιμική απόκριση κατά την επαναιμάτωση, τα υψηλότερα επίπεδα BMI και χαμηλότερα επίπεδα eGFR συσχετίστηκαν με πτωχή υπεραιμική απόκριση.

**Συμπεράσματα:** Παρότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία και κατά την ισχαιμική περίοδο, η μικροαγγειακή υπεραιμική απόκριση των σκελετικών μυών κατά την επαναιμάτωση είναι σημαντικά επηρεασμένη στη ΧΝΝ και επιδεινώνεται παράλληλα με την εξέλιξη αυτής. Αυτή η μειωμένη ικανότητα της μικροκυκλοφορίας να ανταποκριθεί σε ερεθίσματα μπορεί να αποτελεί κείρια συνιστώσα του δυσμενούς αγγειακού προφίλ των ασθενών με ΧΝΝ.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΩΝ ΣΤΑΘΕΡΩΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΩΝ 24ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ 1<sup>ο</sup> ΚΑΙ 2<sup>ο</sup> 24ΩΡΟ ΤΟΥ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>2</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Ε. Καρκαμάνη<sup>1</sup>, Α. Τσιτουρίδης<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ) στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς είναι υψηλός. Η περιπατητική-καταγραφή-αρτηριακής-πίεσης (ΑΠ) κατά το 44ωρο μεσοδιαλυτικό διάστημα αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την διάγνωση και τον έλεγχο της ΑΥ σε αυτό τον πληθυσμό. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η διαγνωστική ακρίβεια και η συμφωνία μεταξύ σταθερών 24ωρων-καταγραφών-ΑΠ και της 44ωρης-ΑΠ σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συνολικά 242 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με έγκυρη 48ωρη-περιπατητική-καταγραφή-ΑΠ συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Η 44ωρη-ΑΠ χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος αναφοράς και ελέγχθηκε η συμφωνία της με τις εξής μετρήσεις ΑΠ: ΑΠ κατά το 1<sup>ο</sup>-24ωρο χωρίς την αιμοκάθαρση (20h-1st), ΑΠ κατά το 1<sup>ο</sup>-24ωρο συμπεριλαμβανομένης της αιμοκάθαρσης (24h-1st) και ΑΠ κατά το 2<sup>ο</sup>-24ωρο (24h-2nd).

**Αποτελέσματα:** Όλες οι παράμετροι που μελετήθηκαν έδειξαν ισχυρή συσχέτιση με την 44ωρη-ΣΑΠ/ΔΑΠ (20h-1st ΣΑΠ/ΔΑΠ:  $r=0,973/0,978$ , 24h-1st ΣΑΠ/ΔΑΠ:  $r=0,964/0,972$  και 24h-2nd ΣΑΠ/ΔΑΠ:  $r=0,978/0,977$ ). Στην ανάλυση Bland-Altman, παρατηρήθηκαν μικρές διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη παραμέτρων και της 44ωρης-ΣΑΠ (-1,70, -1,19 και +1,45 mmHg) με περιορισμένα 95%-όρια-συμφωνίας ([-10,83 έως 7,43], [-11,12 έως 8,74] και [-6,33 έως 9,23]mmHg, αντίστοιχα για την 20h-1st, 24h-1st και 24h-2nd ΣΑΠ). Η ευαισθησία/ειδικότητα και η συμφωνία ( $\kappa$ -statistic) για τη διάγνωση της 44ωρης ΣΑΠ $\geq$ 130mmHg ήταν υψηλές για την 20h-1st ΣΑΠ (87,2%/96,0%,  $\kappa$ -statistic=0,817), 24h-1st ΣΑΠ (88,7%/96,0%,  $\kappa$ -statistic=0,833) και 24h-2nd ΣΑΠ (95,0%/88,1%,  $\kappa$ -statistic=0,837). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για την ΔΑΠ. Στην ROC-ανάλυση, όλες οι παράμετροι ΑΠ που μελετήθηκαν έδειξαν εξαιρετική απόδοση με υψηλές Area-Under-the-Curve τιμές (20h-1st: 0,983/0,992, 24h-1st: 0,984/0,987 και 24h-2nd: 0,982/0,989 για την ΣΑΠ/ΔΑΠ αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Η 24ωρη-καταγραφή-ΑΠ κατά τη διάρκεια είτε της πρώτης είτε της δεύτερης ημέρας του μεσοδιαλυτικού διαστήματος εμφανίζει υψηλή ακρίβεια και ισχυρή συμφωνία με την 44ωρη-ΑΠ στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς. Έτσι, η 24ωρη-καταγραφή-ΑΠ κατά την διάρκεια είτε της πρώτης είτε της δεύτερης μεσοδιαλυτικής ημέρας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση και τον έλεγχο της ΑΥ σε αυτά τα άτομα.

EA 29

## ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

Ε. Σταμπολλίου<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>1</sup>, Ι. Μπουντζώνα<sup>1</sup>, Α. Ντινέρη<sup>1</sup>, Γ. Σέρβος<sup>2</sup>, Α. Βαζαίου<sup>3</sup>, Γ. Στεργίου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία»

<sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

<sup>3</sup>Α' Παιδιατρική Κλινική, Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί σε παιδιά και εφήβους τη σχέση της νυχτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αξιολογούμενης με πιεσόμετρα μέτρησης ΑΠ στο σπίτι και με 24ωρη καταγραφή ΑΠ με τους δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων.

**Μέθοδος:** Υγιή παιδιά και εφήβοι που παραπεμφθήκαν για αυξημένη ΑΠ υπεβλήθησαν σε 24ωρη καταγραφή ΑΠ και μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας καθώς και σε υπερηχογραφικό υπολογισμό δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας καρδιάς (LVMI), πάχους έσω-μέσου χιτώνια καρωτίδων (c IMT) και δείκτη καρωτιδικής διατασιμότητας (DC) και μέτρηση καρωτιδο-μηριαίας ταχύτητας σφυγμικού κύματος (cf PWV).

**Αποτελέσματα:** Αναλύθηκαν 91 άτομα (ηλικία 13.3 $\pm$ 2.8 έτη, 54 αγόρια). Ανευρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ΑΠ ημέρας και νύχτας στην 24ωρη καταγραφή και στις μετρήσεις στο σπίτι (συστολική/διαστολική  $r=0.81/0.77$  και  $r=0.78/0.60$ , αντίστοιχα, όλα τα  $p<0.05$ ). Η ΑΠ ημέρας στο σπίτι ήταν λίγο χαμηλότερη από αυτήν στην 24ωρη καταγραφή (διαφορά -2.0 $\pm$ 6.5/-0.9 $\pm$ 5.1 mmHg, συστολική/διαστολική,  $p<0.01/NS$ ), ενώ η νυχτερινή ΑΠ ήταν λίγο υψηλότερη (2.6 $\pm$ 7.2/2.2 $\pm$ 6.1 mmHg,  $p<0.01/<0.01$ ). Η νυχτερινή συστολική ΑΠ και στις δύο μεθόδους παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με LVMI:  $r=0.37/0.29$  αντίστοιχα, cIMT: 0.45/0.47, DC: -0.22/-0.20, cf PWV: 0.47/0.53 ( $p<0.05$  για όλες τις συσχετίσεις,  $p=NS$  για όλες τις συγκρίσεις μεταξύ σπίτι-24ωρη καταγραφή). Η συμφωνία μεταξύ των δύο μεθόδων ως προς τη διάγνωση της νυχτερινής υπέρτασης ήταν 82% ( $\kappa$  0.49,  $p<0.01$ ) και των non-dippers 57% ( $\kappa$  0.19,  $p=0.03$ ).

**Συμπεράσματα:** Σε παιδιά και εφήβους η εκτίμηση της νυχτερινής ΑΠ στο σπίτι είναι εφικτή και συγκριτικά με την 24ωρη καταγραφή ΑΠ αποδίδει παρόμοιες τιμές ΑΠ και παρόμοιες συσχετίσεις με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων.

EA 30

ΕΑ 31

**ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΙΜΛΙΦΙΔΑΣΕ ΣΕ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗΣ****Σ. Τσιάκας<sup>1</sup>, Α. Βιττωράκη<sup>2</sup>, Μ. Δαρεμά<sup>1</sup>, Ε. Μαντιός<sup>1</sup>, Ε. Στεργιοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»<sup>2</sup>Ανοσολογικό Τμήμα & Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

**Εισαγωγή:** Η HLA ευαισθητοποίηση αποτελεί σημαντικό ανοσολογικό φραγμό για τη μεταμόσχευση νεφρού. Το imlifidase διασπά τις IgG ανοσοσφαιρίνες, οδηγώντας σε ταχεία μετατροπή μιας θετικής δοκιμασίας ιστικής διασταύρωσης (XM) σε αρνητική. Στην παρούσα μελέτη περιγράφονται οι τρεις πρώτοι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος που έλαβαν imlifidase στο κέντρο μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Τρεις υπερευαισθητοποιημένοι ασθενείς (cPRA ≥97%) προτάχθηκαν στο μητρώο αναμονής, κατόπιν δωρεάς νεφρού του HLA ασύμβατου ζώντα δότη τους στο εθνικό μητρώο. Single antigen bead ανάλυση, CDC και Flow XM διενεργήθηκαν πριν και μετά τη χορήγηση του imlifidase σε όλες τις περιπτώσεις. Το ανοσοκατασταλτικό σχήμα περιελάμβανε αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη, rituximab και ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη (IVIg) σε συνδυασμό με mycophenolate mofetil, tacrolimus και κορτικοστεροειδή.

**Αποτελέσματα:** Ο πρώτος ασθενής, 49 ετών, είχε HLA τάξης II αντισώματα ειδικά έναντι του δότη (DSA) με αθροιστική μέση ένταση φθορισμού (cMFI) 35858 και θετικό B-Flow XM. Δύο ώρες μετά την έγχυση του imlifidase, το XM αρνητικοποιήθηκε. Τα DSA επανεμφανίστηκαν την 9<sup>η</sup> ημέρα, χωρίς αντίκτυπο στη νεφρική λειτουργία. Η τελευταία κρεατινίνη ορού ήταν 0.93mg/dl (ημέρα 259). Η δεύτερη ασθενής, 43 ετών, είχε HLA τάξης I&II DSA (cMFI: 64158) με θετικά CDC και T/B Flow XM. Τα XM αρνητικοποιήθηκαν 2 ώρες μετά το imlifidase. Παρατηρήθηκε οξεία αντισωματική απόρριψη την 4<sup>η</sup> ημέρα, η οποία αντιμετωπίστηκε με συνεδρίες πλασμαφαίρεσης και IVIg. Η τελευταία κρεατινίνη ορού ήταν 0.78mg/dl (ημέρα 185). Η τρίτη ασθενής, 24 ετών, είχε HLA τάξης I&II DSA (cMFI: 73377) με θετικά CDC και B-Flow XM. Παρά την αρνητικοποίηση των XM, παρουσίασε υπεροξεία απόρριψη και το μόσχευμα αφαιρέθηκε άμεσα. Από τη βιοψία μοσχεύματος παρατηρήθηκε έντονη IgM εναπόθεση στα σπειραματικά και περισπληναρικά τριχοειδή, απουσία IgG, εύρημα συμβατό με επαγόμενη από IgM υπεροξεία απόρριψη.

**Συμπεράσματα:** Το imlifidase αποτελεί μία συνετή θεραπευτική επιλογή για υπερευαισθητοποιημένους υποψήφιους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Εκτός των IgG, άλλα αντισώματα, τα οποία δεν ελέγχονται πριν τη μεταμόσχευση, ενδέχεται να έχουν βλαπτική επίδραση στο νεφρικό μόσχευμα.

ΕΑ 32

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ CD14++ CD16+ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΝΚ-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΧΩΡΙΣ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ.****Α. Ντούνη<sup>1,2</sup>, Λ. Λάκκας<sup>3</sup>, Α. Μπεχλιούλης<sup>3</sup>, Γ. Μαρκόπουλος<sup>4</sup>, Α. Κίτσος<sup>1,2</sup>, Ι. Αλέκος<sup>1</sup>, Β. Κούτλας<sup>2</sup>, Ε. Τζαλαβράς<sup>2</sup>, Β. Τάτσης<sup>2</sup>, Γ. Μπαξεβάνος<sup>5</sup>, Χ. Παππάς<sup>1,2</sup>, Γ. Βαρθολομάτος<sup>4</sup>, Μ. Μήτσης<sup>2</sup>, Κ.Κ. Νάκας<sup>3</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>1,2</sup>**<sup>1</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων<sup>2</sup>Μονάδα Μεταμοσχεύσεων και Χειρουργικής Νεφροπαθών, ΠΓΝ Ιωαννίνων<sup>3</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων<sup>4</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο - Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων<sup>5</sup>Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκόστα»

**Εισαγωγή:** Οι Λήπτες Νεφρικού Μοσχεύματος (LNM) εμφανίζουν υψηλή καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η σχέση μεταξύ ανοσιακής απόκρισης και καρδιακής δυσλειτουργίας είναι πολύπλοκη, και περιπλέκεται περισσότερο παρουσία ΧΝΝ. Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων υποπληθυσμών ανοσοκυττάρων με ειδικούς δείκτες λειτουργίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) σε LNM.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθησαν 31 LNM (μέση ηλικία 58±8,28 έτη, 67% άντρες) και ως ομάδα ελέγχου 17 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου-3. Οι ασθενείς των δύο ομάδων είχαν ελεύθερο ιστορικό για καρδιαγγειακή νόσο. Στο περιφερικό αίμα μετρήθηκαν με κυτταρομετρία ροής τα επίπεδα των CD14++CD16-, CD14++CD16+ και CD14+CD16++ μονοκυττάρων, ΝΚ-κυττάρων (CD3+CD16+56+), CD3-CD19+ Β-λεμφοκυττάρων, CD3+CD4+ Τ-λεμφοκυττάρων, CD3+CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων και CD4+CD25+FoxP3+ Τ-ρυθμιστικών κυττάρων (Tregs). Συγχρόνως, εκτιμήθηκαν οι κλασσικοί και νέοι «speckle tracking» υπερηχοκαρδιογραφικοί δείκτες παραμόρφωσης της ΑΚ.

**Αποτελέσματα:** Οι LNM είχαν μέσο eGFR 58±18ml/min/1,73m<sup>2</sup> (CKD-EPI) και μέση πρωτεϊνουρία 707±1185mg/24ωρο. Το σύνολο των λεμφοκυττάρων, Β-λεμφοκυττάρων, Τ-λεμφοκυττάρων και CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων συσχετίστηκαν θετικά με το eGFR (p<0,05). Αυξημένα CD14+CD16++ μονοκύτταρα συσχετίστηκαν με τα επίπεδα πρωτεϊνουρίας (p<0,01). Αντίστροφη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των CD14++CD16- μονοκυττάρων και της πρωτεϊνουρίας (p<0,05). Συγκριτικά με τους ασθενείς με ΧΝΝ οι LNM είχαν υψηλότερα CD14++CD16- (p=0,001) και χαμηλότερα CD14+CD16++ μονοκύτταρα (p=0,008), ΝΚ-κύτταρα (p=0,039), Τ-λεμφοκύτταρα (p=0,011) και Τ-regs (p=0,002). Υψηλός αριθμός μονοκυττάρων συσχετίστηκε με αυξημένο LAVI (p<0,05), αυξημένα προ-φλεγμονώδη CD14++CD16+ μονοκύτταρα συσχετίστηκαν θετικά με αυξημένες τιμές E/E' ενώ αυξημένα ΝΚ-κύτταρα συσχετίστηκαν με αρνητικές τιμές GCS (p<0,05).

**Συμπεράσματα:** Μεταβολές υποπληθυσμών ανοσολογικών κυττάρων συσχετίζονται με υποκλινικούς δείκτες δυσλειτουργίας της ΑΚ σε LNM χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να καθορισθεί ο παθοφυσιολογικός και προγνωστικός ρόλος τους.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΑ-ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

**Μ. Κύλλα<sup>1</sup>, Μ. Κορογιάννου<sup>1</sup>, Κ. Πούλια<sup>2</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>3</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>4</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup>Εργαστήριο Διαιτολογίας και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Σχολή Επιστημών Τροφίμων και Διατροφής, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Σημαντικός αριθμός μελετών έχει καταδείξει τη συσχέτιση των βλαβών σε όργανα-στόχους με καρδιαγγειακά συμβάματα καθώς και με πτωχή νεφρική και ολική επιβίωση σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Η παχυσαρκία είναι καθιερωμένος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου στον πληθυσμό αυτό. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της σύστασης σώματος με την παρουσία υποκλινικών βλαβών σε όργανα-στόχους σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 150 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος που υποβλήθηκαν σε μέτρηση της ταχύτητας παλμικού κύματος (PWV) με τη συσκευή Sphygmocor, του λόγου πρωτεΐνης/κρεατινίνη ούρων (UPCR) και του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα στις καρωτίδες με υπερηχογράφημα. Υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), αναλύθηκε η σύσταση σώματος με βιοηλεκτρική εμπέδηση πολλαπλών συχνοτήτων και μετρήθηκε η περιφέρεια μέσης για καθορισμό της κατανομής του σωματικού λίπους.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 51 (15±12,5) έτη και η πλειοψηφία ήταν άνδρες (66%). Το 39,2% των ασθενών ήταν νορμοβαρείς, ενώ το 43,2% ήταν υπέρβαροι και το 15,5% παχύσαρκοι αντίστοιχα. Το 49,3% των ασθενών παρουσίαζαν κεντρικού τύπου παχυσαρκία σύμφωνα με την περιφέρεια μέσης, ενώ το 47,3% είχαν αυξημένο ποσοστό σωματικού λίπους. Η αυξημένη περιφέρεια μέσης (>102cm για τους άνδρες και >88cm για τις γυναίκες) φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με ύπαρξη πρωτεϊνουρίας ( $r=-1.181$ ,  $p=0.036$ ) και αυξημένη PWV ( $r=-1.453$ ,  $p=0.024$ ), έπειτα από προσαρμογή για, ηλικία, φύλο, χρόνο από τη μεταμόσχευση, διάρκεια υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR). Το ποσοστό λίπους και ο ΔΜΣ δεν παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με τις υπό μελέτη παραμέτρους.

**Συμπεράσματα:** Σημαντικό ποσοστό των ασθενών ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και είχαν παθολογικά αυξημένη περιφέρεια μέσης. Η ύπαρξη κεντρικής παχυσαρκίας φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία πρωτεϊνουρίας και αυξημένης αρτηριακής σκληρίας, καθιστώντας την αξιολόγηση της σύστασης σώματος και της κατανομής του σωματικού λίπους σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος εξέχουσας σημασίας, καθώς αποτελεί σημαντικό, τροποποιήσιμο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου στον πληθυσμό αυτό.

## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΑΠΟΒΙΩΣΑΝΤΑ ΔΟΤΗ ΜΕ ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ

**Μ. Δαρεμά<sup>1</sup>, Ι. Τσουμπού<sup>1</sup>, Δ. Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Ψυχογιού<sup>2</sup>, Ε. Μαντιός<sup>1</sup>, Ι. Μπέλλος<sup>1</sup>, Ε. Μαστρογιάννη<sup>2</sup>, Π. Παρασκευά<sup>3</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>3</sup>Μονάδα Μεταμόσχευσης & Χειρουργικής Νεφροπαθών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Η παρουσία βακτηριαμίας σε έναν δυνητικό αποβιώσαντα δότη ενέχει τον κίνδυνο μετάδοσης του μικροβίου στον λήπτη και αποτελεί συχνό αίτιο μη αξιοποίησης των νεφρικών μοσχευμάτων.

**Σκοπός της Μελέτης:** Η συχνότητα μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα του αποβιώσαντα δότη με μικροβιαμία στον λήπτη και η άμεση και βραχυχρόνια έκβαση ασθενών και μοσχευμάτων.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Αναδρομική μελέτη στην οποία συμπεριελήφθησαν λήπτες νεφρικού μοσχεύματος από αποβιώσαντες δότες με μικροβιαμία, τη χρονική περίοδο 1<sup>ο</sup>/2008-12<sup>ο</sup>/2021. Μελετήθηκαν 102 λήπτες (49 άνδρες), διάμεσης ηλικίας 52[43.5-58] έτη, που μεταμοσχεύθηκαν από 82 δότες (45 άνδρες), διάμεσης ηλικίας 55[46-61] έτη, με βακτηριαμία κατά τη δωρεά.

**Αποτελέσματα:** Το συχνότερο είδος μικροοργανισμού στις καλλιέργειες αίματος των δωτών ήταν πολυευαίσθητα gram(+) βακτήρια σε 53/82 (64.6%) δότες, με κυρίαρχο παθογόνο τον coagulase-negative *Staphylococcus*. Οι 16/82(19.5%) δότες είχαν gram(-) βακτήρια, οι 12/82(14.6%) gram(+)/gram(-) βακτήρια και 1/82(1.2%), μύκητα. Οι 18/82 δότες είχαν πολυανθεκτικά (Multidrug-resistant/MDR)/extensively drug-resistant/XDR βακτήρια, εκ των οποίων οι 10/18 είχαν gram(-), με συχνότερο παθογόνο το *Acinetobacter baumannii* και ακολούθως, την *Klebsiella pneumoniae*, ενώ 2/18 είχαν *Enterococcus faecium* και *Staph. aureus*, αντίστοιχα. Έξι δότες είχαν gram(-)/gram(+) MDR βακτήρια. Οι 62/82(75.6%) δότες είχαν λάβει στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή σε διάμεσο χρόνο 5[4-7] ημέρες πριν τη δωρεά. Όλοι οι λήπτες έλαβαν στοχευμένη αντιμικροβιακή θεραπεία, ξεκινώντας προεγχειρητικά οι 64/102(62.7%), ενώ οι 38/102(37.2%) σε διάμεσο χρόνο 4[3-13] ημέρες μετά τη μεταμόσχευση. Δεν παρατηρήθηκε μετάδοση του λοιμογόνου παράγοντα του δότη στο σύνολο των ληπτών. Καθυστερημένη λειτουργία του μοσχεύματος παρουσίασαν 28(27.5%) λήπτες. Σε χρόνο παρακολούθησης ενός έτους η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων ήταν 95,1% και 93,1%, αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η μεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη με βακτηριαμία από γνωστό παθογόνο αίτιο είναι ασφαλής, με την προϋπόθεση της χορήγησης στοχευμένης αντιμικροβιακής θεραπείας στον λήπτη. Σκόπιμη είναι η χορήγηση στοχευμένης αγωγής και στον δότη.

ΕΑ 35

**Ο ΤΙΤΛΟΣ ANTI-HLA ANTIΣΩΜΑΤΩΝ ΔΕΝ ΜΕΤΑΒΛΗΘΗΚΕ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2 ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ****Γ. Λιούλιος<sup>1</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>2</sup>, Ε. Κασιμάτης<sup>1</sup>, Α. Ξωχέλλη<sup>2</sup>, Ι. Τσουχνικάς<sup>1</sup>, Π. Γιαμαλής<sup>1</sup>, Γ. Μυσερλής<sup>3</sup>, Γ. Τσουλφάς<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη<sup>2</sup>Τμήμα Ανοσολογίας, Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη<sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Μελετήθηκε η μεταβολή του τίτλου anti-HLA αντισωμάτων πριν και μετά τον εμβολιασμό με BNT162b2 σε μεταμοσχευμένους και ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο(ΤΣΧΝΝ) υπό αιμοκάθαρση.

**Μέθοδοι:** Σε 66 μεταμοσχευμένους ασθενείς οι οποίοι εμβολιάστηκαν πλήρως έναντι του SARS-CoV-2, μετρήθηκε με μέθοδο single antigen bead ο τίτλος anti-HLA αντισωμάτων την ημέρα προ του εμβολιασμού και ένα μήνα μετά τη δεύτερη δόση. Παράλληλα, καταγράφηκε ο τίτλος anti-HLA αντισωμάτων σε 23 ασθενείς με ΤΣΧΝΝ στην τελευταία μέτρηση ρουτίνας προ του εμβολιασμού και στην πρώτη μέτρηση μετά τη δεύτερη δόση. Αξιολογήθηκε ο αριθμός των ειδικοτήτων, η μέγιστη μέση ένταση φθορισμού(Mean Fluorescent Intensity-MFI) και το άθροισμα των MFI(MFI<sub>sum</sub>) για όλες τις θετικές ειδικότητες.

**Αποτελέσματα:** Στους μεταμοσχευμένους ασθενείς, 26(39,4%) είχαν θετικό τίτλο anti-HLA με 10±8 ειδικότητες κατά μέσο όρο (ΜΟ) προ του εμβολιασμού. Μετά την δεύτερη δόση, ένας ασθενής ανέπτυξε νέα anti-HLA (p=0,85), με ΜΟ ειδικοτήτων 9±7, p=0,02, στο σύνολο των ασθενών. Η μέγιστη MFI (MFI<sub>max</sub>) δεν μεταβλήθηκε προ και μετά του εμβολιασμού (6930±8358 έναντι 6458±8646, p=0,88) ενώ το MFI<sub>sum</sub> παρουσίασε οριακή άνοδο (42445±115890 έναντι 44012±99022, p=0,017)

Στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, δεν παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού των ασθενών με θετικό τίτλο anti-HLA προ και μετά του εμβολιασμού 16/23(70%) έναντι 14/23(61%), p=0,53 με ΜΟ ειδικοτήτων 31±22 έναντι 25±23, p=0,018, αντίστοιχα. Η MFI<sub>max</sub> και το MFI<sub>sum</sub> δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά (14780±12545 έναντι 17088±12857, p=0,93 και 99116±184413 έναντι 101800±221435, p=0,91, αντίστοιχα).

**Συμπέρασμα:** Ο εμβολιασμός με BNT162b2 δεν σχετίστηκε με αύξηση του τίτλου των anti-HLA αντισωμάτων ένα μήνα μετά τη δεύτερη δόση, ούτε σε μεταμοσχευμένους αλλά ούτε και σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

ΕΑ 36

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ COVID-19 ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΚΥΜΑΤΟΣ OMICRON: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Μ. Κορογιάννου, Κ. Βαλλιάνου, Ε. Ξαγάς, Ε. Ροκκά, Ι. Σούκουλη, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη***Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Οι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος αποτελούν ομάδα αυξημένου κινδύνου για σοβαρή νόσηση και δυσμενή έκβαση της λοίμωξης COVID-19 σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Προκαταρκτικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η παραλλαγή Omicron που κυριάρχησε από τον Δεκέμβριο του 2021, είναι πιο μολυσματική από τις προηγούμενες, αλλά σχετίζεται με μειωμένη βαρύτητα και χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας στον πληθυσμό αυτό. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε την πορεία της νόσου και τα κλινικά αποτελέσματα της λοίμωξης SARS-CoV-2 κατά τη διάρκεια του κύματος Omicron.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Σε αυτή την αναδρομική μελέτη περιελήφθησαν 451 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος που εμφάνισαν λοίμωξη COVID-19 από τον Δεκέμβριο 2021 έως και τον Σεπτέμβριο 2022. Καταγράφηκαν και αναλύθηκαν δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά κατά τη διάγνωση της λοίμωξης, δεδομένα εμβολιασμού, η θεραπευτική προσέγγιση και η κλινική πορεία και έκβαση της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία του πληθυσμού της μελέτης ήταν 51,8±13,7 έτη και η πλειοψηφία ήταν άνδρες (61,2%). Εμβολιασμένοι με τουλάχιστον τρεις δόσεις των διαθέσιμων εμβολίων mRNA ήταν το 76,1% των ασθενών, ωστόσο διαπιστώθηκαν χαμηλοί τίτλοι αντισωμάτων έναντι του SARS-CoV-2 πριν από τη λοίμωξη (33[3,3-1205]AU/ml). Μόλις το 6% των ασθενών παρουσίασε μέτριας και σοβαρής βαρύτητας νόσο. Αντίστοιχα, παρατηρήθηκε χαμηλός επιπολασμός δυσμενών εκβάσεων, όπως η σχετιζόμενη με τον SARS-CoV-2 νοσηλεία (11,3%) και ο θάνατος (0,9%). Από την πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε πως μόνο η ηλικία αύξανε σημαντικά τον κίνδυνο για νοσηλεία σχετιζόμενη με τον SARS-CoV-2.

**Συμπεράσματα:** Κατά τη διάρκεια του κύματος Omicron, η κλινική πορεία της λοίμωξης SARS-CoV-2 στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος έχει αλλάξει δραστικά, με χαμηλότερα ποσοστά μέτριας/σοβαρής νόσησης και χαμηλό επιπολασμό δυσμενών εκβάσεων. Προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες προκειμένου να διευκρινιστεί η εξελισσόμενη παθογένεια, η θεραπεία και η μακροπρόθεσμη έκβαση της COVID-19 λοίμωξης σε αυτόν τον υψηλού κινδύνου πληθυσμό.

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ

---





## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΟΡΙΣΜΟΥ RIFLE ΚΑΙ KDIGO

**Μ. Μπόρα, Γ. Αγγελής, Ζ. Αλεξάκου, Δ. Κουρنيώτης, Ε. Σταμπολλίου, Α. Καποτά, Α. Χαλκιά, Π. Γιάννου, Δ. Πετράς**

BA 01

Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η Οξεία Νεφρική Βλάβη (ONB) αποτελεί συχνή κλινική οντότητα. Υπάρχουν τρία συστήματα ορισμού της ONB: RIFLE, AKIN και KDIGO. Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση των KDIGO και RIFLE σχετικά με την πρόβλεψη του βαθμού ONB και των δυσμενών εκβάσεων σε νοσηλεύομενους ασθενείς και η αξιολόγηση της νεφρικής πρόγνωσης ασθενών με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ), που εμφανίζουν ONB κατά τη νοσηλεία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική επιδημιολογική μελέτη όπου εξετάστηκαν δεδομένα ασθενών με ONB, που νοσηλεύθηκαν στο ΓΝΑ «Ιπποκράτειο».

**Αποτελέσματα:** Συνολικά κατεγράφησαν 1072 νοσηλεύομενοι με ONB (63% άνδρες, μέση ηλικία 74.5 ± 12.6 έτη). Το 42% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, το 39% από αρτηριακή υπέρταση και το 41% από ΧΝΝ. Το RIFLE αναγνώρισε λιγότερους ασθενείς με ONB από το KDIGO (69.7% έναντι 100%, p<0,001). Από το σύνολο των ασθενών, 45.1% αντιστοιχούσαν σε ONB σταδίου 1 (ONB1), 7.3% σε ONB σταδίου 2 (ONB2) και 47.6% σε ONB σταδίου 3 (ONB3) κατά KDIGO. Το 41.9% των ασθενών με ONB3 υπεβλήθησαν σε αιμοκάθαρση. Από τους 214 ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε αιμοκάθαρση, το 31,8% δεν αναγνωρίστηκε ως ONB κατά RIFLE. Επιπλέον, οι ασθενείς με ιστορικό ΧΝΝ εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ONB3 (47.1% έναντι 39.3% ONB1, p=0.003 και 13.6% ONB2, p=0.001) και υπεβλήθησαν σε αιμοκάθαρση σε μεγαλύτερο ποσοστό (56,6% έναντι 43.4%, p=0.002)

**Συμπεράσματα:** Τα κριτήρια RIFLE αναγνώρισαν μικρότερο ποσοστό ασθενών με ONB συγκριτικά με τα KDIGO, ενώ δεν κατέταξαν ως ONB ένα ποσοστό ασθενών που υπεβλήθησαν σε αιμοκάθαρση. Επιπρόσθετα, η ΧΝΝ σχετίζεται με δυσμενέστερη νεφρική πρόγνωση σε νοσηλεύομενους ασθενείς με ONB.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

**Κ. Κολοβού<sup>1</sup>, Γ. Ζαγκότσης<sup>2</sup>, Χ. Κιντή<sup>1</sup>, Ι. Βλαχοδημήτρης<sup>1</sup>, Ν. Ρούβαλη<sup>1</sup>, Μ. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>, Θ. Σουλελέ<sup>1</sup>, Δ. Ελαιόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Δουμπού<sup>1</sup>, Μ. Πανουτσπούλου<sup>1</sup>, Σ. Δημόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Λειβαδιάς

**Εισαγωγή:** Η οξεία νεφρική βλάβη (ONB) αποτελεί τη 2<sup>η</sup> πιο συχνή επιπλοκή μετά από μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει 206 διαδοχικούς ασθενείς ενός κέντρου, 143 άνδρες και 63 γυναίκες, με διάμεση ηλικία τα 70 έτη, που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη καρδιοχειρουργική επέμβαση, σε χρονικό διάστημα 3 μηνών. Καταγράφηκαν η συχνότητα εμφάνισης ONB καθώς και οι παράγοντες κινδύνου, για το χρονικό διάστημα νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Η ONB ορίστηκε με βάση τα κριτήρια KDIGO.

**Αποτελέσματα:** Πενήντα πέντε ασθενείς (26,7%) με διάμεση ηλικία 74 έτη(59-79), παρουσίασαν ONB τις πρώτες 48 ώρες της νοσηλείας τους. Οι αρνητικοί προγνωστικοί δείκτες για την εμφάνιση ONB σύμφωνα με την πολυπαράγοντική ανάλυση, είναι το αυξημένο ποσοστό EuroScore II, η παρουσία χρόνιας νεφρικής νόσου στο ιστορικό του ασθενή και η λευκοκυττάρωση προεγχειρητικά. Επιπλέον, η εμφάνιση ONB σχετίζεται με την αυξημένη διάρκεια εξωσωματικής κυκλοφορίας, το θετικό ισοζύγιο υγρών και τη χορήγηση αγγειοσυσπαστικών. Η ομάδα των ασθενών με ONB παρουσίασε παράταση παραμονής στο μηχανικό αερισμό, αυξημένα ποσοστά επαναδιασωλήνωσης και παράταση νοσηλείας στη ΜΕΘ. Η θνητότητα ήταν μεγαλύτερη σε αυτή την ομάδα ασθενών (3,6% έναντι 0,7%).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση παρουσιάζουν συχνά ONB. Το υψηλό ποσοστό EuroScore II προεγχειρητικά, η λευκοκυττάρωση και το ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου αποτελούν ανεξάρτητους αρνητικούς προγνωστικούς δείκτες για την εμφάνιση ONB σε αυτή την ομάδα ασθενών.

BA 02

BA 03

**Ο ΠΛΗΡΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ****Β. Φιλιόπουλος, Κ. Βαλλιάνου, Θ. Πέννα, Π. Τσούτσουρα, Σ. Τσιάκας, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη***Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευση Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»*

**Εισαγωγή:** Σε πολλές σπειραματικές παθήσεις, η παθολογική ενεργοποίηση της οδού του συμπληρώματος συμμετέχει στην παθογένεια της νεφρικής βλάβης ενώ σε κάποιες, όπως στη C3 σπειραματοπάθεια (C3G) και στο άτυπο ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο (aHUS), η υπέρμετρη ενεργοποίηση του συμπληρώματος αποτελεί και την πρωτοπαθή διαταραχή.

**Υλικό & μέθοδος:** Από το 2017 έως το 2022 διενεργήθηκε πλήρης έλεγχος του συμπληρώματος σε 20 ασθενείς του κέντρου μας. Ο έλεγχος εστάλη σε πιστοποιημένο εργαστήριο του εξωτερικού και περιελάμβανε μέτρηση των επιπέδων των συστατικών του συμπληρώματος, ανίχνευση αυτοαντισωμάτων καθώς και γενετικό έλεγχο μεταλλάξεων.

**Αποτελέσματα:** Από τους 20 ασθενείς, οι 12 (60%) ήταν άνδρες. Ο έλεγχος εστάλη στο πλαίσιο διερεύνησης διαγνωσμένης C3G σε 13 (65%) ασθενείς, μεμβρανοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας σε 4 (20%) και aHUS σε 2 (10%) ασθενείς. Η διάμεση ηλικία εμφάνισης της νεφροπάθειας ήταν 22 (ενδοτεταρτημοριακό εύρος 14-35.5) έτη ενώ 4 (20%) είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για σπειραματική νόσο. 14 (70%) ασθενείς εμφάνιζαν αιματοουρία, 14 (70%) είχαν πρωτεϊνουρία, εκ των οποίων 2 (10%) νεφρωσικό σύνδρομο, 14 (70%) είχαν χρόνια νεφρική νόσο και 14 (70%) ήταν υπερτασικοί. Επτά (35%) είχαν χαμηλό C3 κλάσμα στον ορό. Από τον έλεγχο του συμπληρώματος, σε 11 (55%) ασθενείς βρέθηκαν αυξημένα τα προϊόντα ενεργοποίησης της εναλλακτικής οδού και επίσης σε 11 (55%) αυξημένα επίπεδα του τελικού συμπλέγματος sC5b-9. Σε 1 (5%) ασθενή ανιχνεύθηκαν αυτοαντισώματα έναντι του παράγοντα H, σε έναν ακόμη ασθενή C3 νεφριδικός παράγοντας ενώ σε 6 (30%) γονιδιακές μεταλλάξεις, εκ των οποίων 3 (15%) στο γονίδιο του παράγοντα H. Τέσσερις (20%) από αυτούς τους ασθενείς έλαβαν eculizumab για την αντιμετώπιση της νόσου στους φυσικούς νεφρούς ή την υποτροπή της μετά τη μεταμόσχευση.

**Συμπεράσματα:** Ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος του συμπληρώματος συχνά είναι βοηθητικός για την παρακολούθηση και στοχευμένη θεραπεία των ασθενών με σπειραματικές παθήσεις που σχετίζονται με διαταραχές της οδού του συμπληρώματος ενώ είναι απαραίτητος στα πλαίσια του προ-μεταμοσχευτικού τους ελέγχου.

BA 04

**Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΠΡΟΣ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ****Σ. Ρουμελιώτης, Ι. Νεοφύτου, Β. Βάιος, Α. Ρουμελιώτης, Ι. Κοντογιώργος, Π. Χράπης, Ε. Λεπτοκαρίδου, Κ. Λειβαδίτης, Β. Λιακόπουλος***Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η βιταμίνη-Κ εξαρτώμενη πρωτεΐνη Matrix Gla Protein αποτελεί τον ισχυρότερο αναστολέα αγγειακής επασβέστωσης. Σε ένδεια βιταμίνης Κ, υπερπαραγεται η ανενεργή μη-καρβοξυλιωμένη, μη φωσφορυλιωμένη μορφή της (dp-ucMGP) που αποτελεί αξιόπιστο δείκτη επασβέστωσης και καρδιαγγειακής θνητότητας σε ασθενείς με ΧΝΝ. Η μέτρηση της όμως είναι χρονοβόρα και έχει υψηλό κόστος. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του εύρους κατανομής ερυθρών αιμοσφαιρίων (Red Cell Distribution Width, RDW) και του λόγου ουδετεροφίλων προς λεμφοκύτταρα (Neutrophil to Lymphocyte Ratio, NLR), που αποτελούν δείκτες εύκολα μετρήσιμους από την απλή γενική αίματος με την αγγειακή επασβέστωση/σκληρία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 158 ασθενείς με ΧΝΝ, συμπεριλαμβανομένων 84 υπό TN ή ΠΚ μετρήθηκαν τα επίπεδα πλάσματος της dp-ucMGP ως δείκτης αγγειακής επασβέστωσης και καθορίστηκαν παράμετροι της αρτηριακής σκληρίας (pulse wave velocity-PWV) με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stollberg, Germany).

**Αποτελέσματα:** Το RDW σχετίστηκε με την c-αντιδρώσα πρωτεΐνη ( $r=0.29$ ,  $p<0.001$ ), την dp-ucMGP ( $r=0.43$ ,  $p<0.0001$ ), την κεντρική διαστολική πίεση ( $r=-0.19$ ,  $p=0.02$ ) και την αλβουμινουρία ( $r=-0.17$ ,  $p=0.03$ ), ενώ ο NLR με την διάρκεια καρδιαγγειακής νόσου ( $r=0.32$ ,  $p<0.001$ ), την c-αντιδρώσα πρωτεΐνη ( $r=0.27$ ,  $p=0.01$ ), την dp-ucMGP ( $r=0.43$ ,  $p<0.0001$ ), την κεντρική DBP ( $r=-0.32$ ,  $p<0.0001$ ) και το eGFR ( $r=-0.25$ ,  $p=0.04$ ), Spearman's rho. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (stepwise multiple regression analysis), έδειξε πως τόσο σε μονοπαραγοντικά όσο και σε πολυπαραγοντικά μοντέλα, σταθμισμένα για γνωστούς παράγοντες κινδύνου, η dp-ucMGP ήταν ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας των τιμών του RDW ( $\beta=0.001$ ,  $p=0.001$ ) και του NLR ( $\beta=0.002$ ,  $p=0.002$ ).

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΧΝΝ, το RDW και το NLR σχετίζονται με παραδοσιακούς αλλά και νεότερους δείκτες αγγειακής επασβέστωσης.

## Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΕΡΑΤΙΝΩΝ ΣΤΟ ΝΕΦΡΙΚΟ ΙΣΤΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΔΟΚΥΤΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΕΣ

Π. Παυλάκου<sup>1</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Παλαμάρης<sup>2</sup>, Χ. Πλέρος<sup>3</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>3</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>1</sup>, Δ.Σ. Γούμενος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>2</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Τα μόρια των κερατινών (Κ) ανήκουν στα ενδιάμεσα ινίδια, αποτελούν κύρια συστατικά του κυτταροσκελετού των επιθηλιακών κυττάρων και το πρότυπο έκφρασής τους τροποποιείται υπό στρεσογόνα ερεθίσματα. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της έκφρασης των κερατινών στο νεφρικό ιστό ασθενών με σπειραματικά νοσήματα καθώς και η εκτίμηση της κλινικής τους αξίας ως βιοδεικτών της εξέλιξης της νεφρικής βλάβης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκε και ποσοτικοποιήθηκε με μορφομετρική ανάλυση εικόνας η ανοσοϊστοχημική έκφραση των Κ7, Κ8, Κ18 και Κ19 στο νεφρικό ιστό ασθενών με ποδοκυτταροπάθειες (νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων και εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση) και υπερπλαστικές σπειραματοπάθειες (ANCA αγγειίτιδες και IgA νεφροπάθεια) και συγκρίθηκε με την έκφραση σε υγιείς μάρτυρες. Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση της σπειραματικής και σωληναριο-διάμεσης έκφρασης των Κ με την κλινική πορεία των ασθενών (διπλασιασμό της κρεατινίνης ορού ή νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου).

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη μετείχαν 49 ασθενείς με μέσο χρόνο παρακολούθησης 5,4±3,2 έτη. Και οι τέσσερις Κ που μελετήθηκαν είχαν σημαντικά αυξημένη σπειραματική έκφραση στους μνηοειδείς σχηματισμούς σε ασθενείς με ANCA αγγειίτιδα σε σύγκριση με τους ασθενείς με νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων και τους υγιείς μάρτυρες. Η σπειραματική έκφραση των κερατινών στους ασθενείς με ποδοκυτταροπάθειες δεν διέφερε από τους υγιείς μάρτυρες. Στα ουροφόρα σωληνάκια, μόνο η έκφραση της Κ19 βρέθηκε σημαντικά αυξημένη στους ασθενείς με ANCA αγγειίτιδα και IgAN σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Οι ασθενείς με επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας είχαν σημαντικά υψηλότερη έκφραση των Κ7, Κ8 και Κ19 στα ουροφόρα σωληνάκια.

**Συμπεράσματα:** Η σπειραματική έκφραση των Κ αυξάνεται κυρίως στους ασθενείς με ANCA αγγειίτιδα και δεν επηρεάζεται στις ποδοκυτταροπάθειες. Η έκφραση των Κ στα ουροφόρα σωληνάκια σχετίζεται με την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και θα μπορούσε να αποτελεί πρώιμο δείκτη εξέλιξης της νεφρικής νόσου.

BA 05

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Μ.-Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Α. Τσιτουρίδης<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>2</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Α. Ξανθόπουλος<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup>Τμήμα Καρδιολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Εισαγωγή:** Οι αναστολές του συμμεταφορέα-νατρίου-γλυκόζης τύπου-2 (SGLT-2) μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια (HF) σε ασθενείς με διαβήτη και HF, ωστόσο τα υπάρχοντα δεδομένα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) δεν είναι ενιαία. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης ήταν να εξετάσει την επίδραση των SGLT-2 αναστολέων στην καρδιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με XNN και σε διάφορες υποκατηγορίες που ορίζονται με βάση την νεφρική λειτουργία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σε μεγάλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που παρέιχαν δεδομένα σχετικά με την επίδραση των αναστολέων SGLT-2 ως προς το πρωτεύον καταληκτικό σημείο, το χρόνο μέχρι τη νοσηλεία για HF ή την επείγουσα επίσκεψη για επιδείνωση HF σε ασθενείς με γνωστή XNN ή σε υποομάδες ασθενών που στρωματοποιήθηκαν με βάση την τιμή αναφοράς του eGFR.

**Αποτελέσματα:** Στην μετα-ανάλυση συμπεριλήφθηκαν δώδεκα μελέτες (n=89.191 συμμετέχοντες). Σε ασθενείς με XNN, η θεραπεία με SGLT-2 αναστολές μείωσε τον κίνδυνο για HF κατά 32% σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (HR 0,68, 95%CI 0,63-0,73). Η μείωση των συμβαμάτων HF με τους SGLT-2 αναστολές ήταν πιο εμφανής σε ασθενείς με eGFR<60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (HR 0,68; 95%CI 0,62-0,74) παρά σε εκείνους με eGFR>=60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (HR 0,76, 95%CI 0,69-0,83). Η ανάλυση υποομάδων ανάλογα με τον τύπο των SGLT-2 αναστολέων δεν έδειξε διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη παραγόντων (ανάλυση υποομάδων p=0,44). Στην ανάλυση ευαισθησίας που συμπεριέλαβε δεδομένα από μελέτες που περιείχαν μόνο διαβητικούς ασθενείς φάνηκε ακόμη πιο ισχυρή επίδραση των SGLT-2 αναστολέων στην μείωση των συμβαμάτων HF στην υποομάδα με eGFR<60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (HR 0,62, 95%CI 0,54-0,70).

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με SGLT-2 αναστολές συμβάλει στην σημαντική μείωση των συμβαμάτων HF σε ασθενείς με XNN. Αυτά τα ευρήματα ενδέχεται να αλλάξουν το πλαίσιο της θεραπείας της HF σε ασθενείς με προχωρημένη XNN.

BA 06

BA 07

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ iSGLT2 ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ: ΟΙ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ

Δ. Ξυδάκης, Ε. Τζάλη, Φ. Λιάκα, Ε. Αντωνάκη, Χ. Πετρά, Κ. Κωστάκης, Ε. Βαρδάκη

Νεφρολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Η προστατευτική επίδραση των αναστολέων SGLT2 στην διαβητική νεφροπάθεια ασθενών με διαβήτη τύπου 2 είναι γνωστή. Τυχαίοι μελέτες έχουν δείξει ότι οι iSGLT2 μειώνουν την πρωτεϊνουρία. Δεν είναι ξεκάθαρο ποιοι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με μια καλύτερη αντιπρωτεϊνουρική δράση των φαρμάκων αυτών σε διαβητικούς ασθενείς.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Εντάξαμε στη μελέτη από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Ιούνιο του 2022, 63 ασθενείς, με ΣΔ τύπου II, ΧΝΝ - ΔΝ σταδίου II,III, IV, πρωτεϊνουρία > 150 mg/24H. Έλαβαν θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη 10mg ημερησίως. Σε όλους τους ασθενείς μελετήθηκε το ατομικό αναμνηστικό τους, θεραπείες, συνήθης εργαστηριακός έλεγχος και πρωτεϊνουρία 24<sup>h</sup> πριν και μετά την θεραπεία. Ανάλογα με την μείωση της πρωτεϊνουρίας σε διάστημα 6 μηνών χωρίστηκαν στην Ομάδα Α (μείωση της πρωτεϊνουρίας ≥ 30%) και ομάδα Β (< 30%).

**Αποτελέσματα:** Το 36.5% μείωσε τη λευκωματουρία του ≥30%(ομάδα Α). Είχαν στατιστικά μεγαλύτερες τιμές πρωτεϊνουρίας πριν, σε σχέση με την πρωτεϊνουρία της ομάδας Β (1240±176 mg/24H ομάδα Α, 435±189 mg/24H ομάδα Β, p<0,01), ενώ το 56% έπασχαν από Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια σε σχέση με το 37% της ομάδας Β(p<0,05). Μεγαλύτερος ΡΣΔ βρέθηκε στην ομάδα Α (eGFR 67±21 ml/min ομάδα Α, eGFR 56±19 ml/min ομάδα Β, p<0,05). Μελέτη με λογιστική παλινδρόμηση ανέδειξε σαν προβλεπτικούς παράγοντες για την μείωση της πρωτεϊνουρίας ≥30%, την ύπαρξη διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (OR 3.09 95% CI 2.134.55) και την αρχική πρωτεϊνουρία (OR 7.48 95% CI 5.57 10.49) και τον υψηλότερο ΡΣΔ>60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (OR 1.29 95% CI 1.07 1.41).

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη δείχνει ότι διαβητικοί ασθενείς που θα ωφεληθούν περισσότερο με μεγαλύτερη μείωση της πρωτεϊνουρίας τους μετά την χορήγηση iSGLT2, είναι αυτοί με υψηλότερο ΡΣΔ, με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και με υψηλότερη αρχική πρωτεϊνουρία. Τα αποτελέσματα της μελέτης πρέπει να επιβεβαιωθούν από μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες.

BA 08

## Ο ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΑ ΠΡΟΣ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Β. Καραβά<sup>1</sup>, Α. Κοντού<sup>1</sup>, Γ. Ντότης<sup>1</sup>, Α. Ταπάρκου<sup>2</sup>, Ε. Φαρμάκη<sup>2</sup>, Κ. Κολλιός<sup>3</sup>, Ν. Πρίντζα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Μονάδα Παιδών, Α' Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Κέντρο Παιδιατρικής Ανοσολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η μελέτη διερευνά τη συσχέτιση του λόγου ουδετερόφιλα προς λεμφοκύτταρα (NLR), αιμοπετάλια προς λεμφοκύτταρα (PLR), της ολικής σιδηροδεσμευτικής ικανότητας (TIBC) και της αλβουμίνης ορού με την IL-6 σε παιδιά με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Οι NLR και PLR μετρήθηκαν σε 53 ασθενείς και 25 υγιείς μάρτυρες, στρωματοποιημένοι κατά ηλικία και φύλο. Στην ομάδα ασθενών μετρήθηκαν οι παράμετροι των διαταραχών οστών και μετάλλων, το προφίλ λιπιδίων και σιδήρου, η αλβουμίνη, το ουρικό οξύ και η IL-6 ορού.

**Αποτελέσματα:** Οι λόγοι NLR και ο PLR ήταν υψηλότεροι στους ασθενείς (p=0,004 και p=0,032 αντίστοιχα), και ιδιαίτερα σε εκείνους με ΧΝΝΤΣ (p<0,001 και p=0,001). Ο lnIL-6 συσχετίστηκε με τον NLR (rs=0,344, p=0,014), την αλβουμίνη (rs=-0,350, p=0,011) και την TIBC (rs=-0,345, p=0,012) μετά από προσαρμογή για το στάδιο της ΧΝΝ, ενώ η συσχέτιση μεταξύ lnIL-6 και PLR δεν ήταν στατιστικά σημαντική (rs=0,206, p=0,151). Ασθενείς με NLR≥1,7, TIBC≤300 μg/dl και αλβουμίνη≤3,8 g/dl παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο αυξημένης IL-6 (15 ασθενείς) ανεξάρτητα από το στάδιο της ΧΝΝ (OR 5,499, 95% CI 1,272-22,017, p=0,016, OR 9,818, 95% CI 2,311-41,706, p=0,002 and OR 7,543, 95% CI 1,891-30,083, p=0,004). Οι NLR≥1,7 και TIBC≤ 300 μg/dl προέβλεπαν υψηλή IL-6 με την υψηλότερη ευαισθησία (73,3%) ενώ NLR≥1,7, TIBC≤300 μg/dl και αλβουμίνη ορού ≤3,8 g/dl με την υψηλότερη ειδικότητα.

**Συμπεράσματα:** Οι λόγοι NLR και PLR αυξάνουν στην ΧΝΝΤΣ. Ο NLR μπορεί να χρησιμεύσει ως διαγνωστικός δείκτης συστηματικής φλεγμονής στα παιδιά με ΧΝΝ, μαζί με την TIBC και την αλβουμίνη ορού.

**ΔΕΚΑΕΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ FABRY****Ν. Χαντάντ<sup>1</sup>, Θ. Παπατόλιος<sup>1</sup>, Δ. Μακρίδης<sup>1</sup>, Ε. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Παππάς<sup>2</sup>, Α. Κίτσος<sup>2</sup>, Δ. Καρασαββίδου<sup>1</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική - «Χρήστος Κατσίνας», ΓΝ Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο»<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική-Πανεπιστημιακό ΓΝ Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η νόσος Fabry είναι μία κληρονομική νόσος, που οφείλεται στη διαταραχή λυσοσωμικής αποθήκευσης λόγω απουσίας ή ελλιπούς δραστηριότητας του ενζύμου της α-γαλκτοσιδάσης (α-GAL A). Ο ετήσιος διεθνής επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται μεταξύ 1:40,000 και 1:117,000 ατόμων, αν και αυτός ο επιπολασμός υποεκτιμάται λόγω της υποδιάγνωσης της νόσου(1). Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκοπική καταγραφή των ασθενών με Νόσο Fabry υπό θεραπεία ενζυμικής υποκατάστασης από την διάγνωση έως και σήμερα..

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριελήφθησαν 7 ασθενείς από δυο νεφρολογικά κέντρα και συλλέχτηκαν αναδρομικά κλινικοί και εργαστηριακοί παράμετροι από τα όργανα στόχο που προσβάλλει η νόσος.

**Αποτελέσματα:** Οι κλινικές εκδηλώσεις/επιπλοκές στους ασθενείς ήταν ως εξής (πίνακα 1 & 2) : 2/7 εμφάνισαν αγγειοκερατώματα, 2/7 εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα, 6/7 προσβολή των οφθαλμών, 5/7 προσβολή του καρδιαγγειακού, 3/7 νευροπαθητικό πονο, 2/7 γαστρεντερικές εκδηλώσεις, 6/7 ψυχική επιβάρυνση. Στο σύνολο τους οι ασθενείς είχαν νεφρική προσβολή. Στην διάρκεια της παρακολούθησης υπό ενζυμική θεραπεία ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης δεν μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά ενώ παρουσιάστηκε βελτίωση στο σύνολο των ασθενών με εξαίρεση έναν ασθενή στο LVMI.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα είναι ενδεικτικά της αποτελεσματικότητας της ενζυμικής αναπλήρωσης. Οι ασθενείς δεν εμφάνισαν σοβαρές επιπλοκές της νόσου ενώ καταγράφηκε βελτίωση των δομικών καρδιακών δεικτών (LVMI).

BA 09

**ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΞΕΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΙΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΤΥΠΟΥ STANFORDt A****Κ. Κολοβού<sup>1</sup>, Γ. Σαμανίδης<sup>2</sup>, Μ. Κανάκης<sup>3</sup>, Κ. Περρέας<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο<sup>2</sup>Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο<sup>3</sup>Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**Εισαγωγή:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η έκβαση και παράγοντες κινδύνου των ασθενών ενός κέντρου, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση οξέος διαχωρισμού αορτής τύπου A και παρουσίασαν μετεγχειρητικά οξεία νεφρική βλάβη(ONB).

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη περιλαμβάνει 109 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική διόρθωση οξέος αορτικού διαχωρισμού τύπου A (2010 έως 2022) και ελέγχθηκαν για ONB, όπως αυτή ορίζεται από τα κριτήρια KDIGO.

**Αποτελέσματα:** Μετεγχειρητική ONB διαπιστώθηκε στους 61 ασθενείς (56%), 46 άνδρες και 15 γυναίκες, με μέση ηλικία 60,87±12 έτη. Τριάντα οκτώ ασθενείς παρουσίασαν ONB σταδίου I και II με ποσοστά 28%, 34% αντίστοιχα. Από τους 23 ασθενείς με ONB σταδίου 3, ποσοστό 48% υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποστήριξης της νεφρικής τους λειτουργίας. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση της ONB είναι: ο χρόνος κυκλοφορικής παύσης (p=0.02, OR=1.02, 95% CI: 1.0-1.04) και η μετεγχειρητική κολπική μαρμαρυγή (p=0.02, OR=3.0, 95% CI: 1.12-8.25). Ο αριθμός των μεταγγίσεων ερυθρών αιμοσφαιρίων και πλάσματος αίματος σχετίζεται επίσης με την ONB (p=0.01 και p<0.01, αντίστοιχα). Η θνητότητα 30-ημερών ήταν 25% για τους ασθενείς με ONB έναντι 18% αυτών χωρίς ONB (p=0.47) και για ενδονοσοκομειακό θάνατο τα ποσοστά ήταν 30% και 21% αντίστοιχα (p=0.37). Η συνολική θνητότητα ήταν (21.1%).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι συμβατά με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με την επίπτωση και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ONB μετά από χειρουργική αποκατάσταση διαχωριστικού ανευρύσματος αορτής. Η μετεγχειρητική ONB παρότι φάνηκε να σχετίζεται με την παράταση της νοσηλείας των ασθενών αυτών στη ΜΕΘ, δεν φάνηκε να επηρέασε με στατιστική σημαντικότητα τη συνολική θνητότητα αυτής της ομάδας ασθενών.

BA 10

BA 11

## Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Π. Θεοφίλης, Α. Βορδώνη, Ν. Βόλης, Α. Καμπουρέλλη, Ε. Ξανθοπούλου, Γ. Δουμάνη-Κόρκα, Δ.Α. Ραγιά, Δ. Παλαιολόγος, Μ. Κουκουλάκη, Γ. Βλαχοπάνος, Ρ. Καλαϊτζίδης

Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»

**Εισαγωγή:** Τα καρδιονεφρικά σύνδρομα (ΚΝΣ) αποτελούν μια οντότητα με υψηλή θνησιμότητα και θνητότητα. Η συγκεκριμένη μελέτη εξετάζει τον προγνωστικό ρόλο παραγόντων κινδύνου και βιοδεικτών σε ασθενείς νοσηλευόμενους για ΚΝΣ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης συμπεριελήφθησαν 113 νοσηλεύόμενοι ασθενείς με ΚΝΣ. Δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ατομικό αναμνηστικό και η φαρμακευτική αγωγή προ της νοσηλείας καταγράφηκαν κατά την εισαγωγή. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα καρδιάς και μετρήθηκαν εργαστηριακοί δείκτες. Το καταληκτικό σημείο αποτέλεσε το σύνθετο της ενδοοσκομειακής θνητότητας ή της εξάρτησης από εξωνεφρική κάθαρση κατά το εξιτήριο.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 ομάδες [Ομάδα 1: σταθεροποίηση-βελτίωση κατά το εξιτήριο (N=59), Ομάδα 2: θάνατος/εξάρτηση από εξωνεφρική κάθαρση κατά το εξιτήριο (N=54)]. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι ασθενείς της ομάδας 2 χρησιμοποιούσαν αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης (ΣΡΑ) λιγότερο συχνά σε σχέση με την ομάδα 1, ενώ παρουσιάζονταν συχνότερα με ολιγοανουρία και λοιμώξεις. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στους υπερηχογραφικούς δείκτες. Οι ασθενείς της ομάδας 2 είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές αιμοσφαιρίνης, διπτανθρακικών, αλβουμίνης ορού και 25-υδροξυ-βιταμίνης D [25(OH)D] και σημαντικά υψηλότερες τιμές νατριουρητικών πεπτιδίων, φωσφόρου, καλίου και παραθορμόνης (PTH). Η μη χρήση αναστολέα ΣΡΑ συσχετιζόταν με 17.7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης του σύνθετου καταληκτικού σημείου μετά από πολυπαραμετρική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης. Παράλληλα ο χαμηλός λόγος 25(OH)D/PTH ( $\beta$  coefficient -0.01,  $p=0.007$ ) και τα αυξημένα επίπεδα καλίου εισαγωγής ( $\beta$  coefficient 0.82,  $p=0.03$ ) συσχετιζόταν με δυσμενή πρόγνωση. Ο λόγος 25(OH)D/PTH είχε την μεγαλύτερη ακρίβεια σε επίπεδα  $\leq 103.7$  (ευαισθησία 81%, ειδικότητα 74%).

**Συμπεράσματα:** Η μη χρήση αναστολέα ΣΡΑ, τα αυξημένα επίπεδα καλίου εισαγωγής και ο μειωμένος λόγος 25(OH)D/PTH σχετίζονται με πτωχή πρόγνωση σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΚΝΣ.

BA 12

## ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ 44ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ

Κ. Λεωνίδου<sup>1</sup>, Ι. Κοντογιώργος<sup>1</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>2</sup>, Β. Βάιος<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>1,3</sup>, Ε. Γεωργιανού<sup>1</sup>, Ε. Συργκάνη<sup>3</sup>, Γ. Στεργίου<sup>2</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα

<sup>3</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ιδιαίτερο πλεονέκτημα της περιπατητικής καταγραφής της αρτηριακής πίεσης (ABPM) είναι ότι με την τεχνική αυτή, λαμβάνονται μετρήσεις την περίοδο του ύπνου και καθίσταται εφικτή η διάγνωση της νυκτερινής υπέρτασης. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε μια νέα συσκευή, με την οποία η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) στο σπίτι (HBPM) καθίσταται εφικτή και κατά την περίοδο της νύχτας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε διάστημα 2 εβδομάδων, 70 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ABPM για 44 ώρες με τη συσκευή Microlife WatchBP O3 και σε HBPM με τη συσκευή Microlife WatchBPN για 7 ημέρες (2πλες πρωινές και βραδινές μετρήσεις) και για 3 νύχτες (3 μετρήσεις ανά νύχτα στο 3ήμερο μεσοδιαλυτικό διάστημα).

**Αποτελέσματα:** Η ημερήσια συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) με την τεχνική του HBPM υπερεκτίμησε την ημερήσια περιπατητική ΣΑΠ κατά 8,61 mmHg (95% διαστήματα ομοφωνίας: -12,43 έως 29,64). Αντίστοιχα, η νυκτερινή ΣΑΠ με την τεχνική του HBPM υπερεκτίμησε τη νυκτερινή περιπατητική ΣΑΠ κατά 5,94 mmHg (95% διαστήματα ομοφωνίας: -14,0 έως 25,88). Οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι παρέχαν υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση της υπέρτασης τόσο κατά την περίοδο της ημέρας (AUC: 0,934, 95% CI: 0,871-0,996) όσο και κατά την περίοδο της νύχτας (AUC: 0,876, 95% CI: 0,794-0,957). Υπήρξε ικανοποιητική ομοφωνία (77%,  $k$  coefficient= 0,324) μεταξύ HBPM και ABPM στην κατάδειξη των non-dipper ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η τεχνική του HBPM αποτελεί μια αξιόπιστη εναλλακτική προσέγγιση έναντι της 44ωρης περιπατητικής καταγραφής στη διάγνωση της νυκτερινής υπέρτασης και στην κατάδειξη του non-dipper προτύπου στη νυχθημερινή διακύμανση της ΑΠ.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΕΦΕΔΡΕΙΩΝ ΣΤΟ ΡΥΘΜΟ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ eGFR ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΤΑΣΙΚΟΥΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

**Α. Δαμιανάκη<sup>1</sup>, Κ. Δημητριάδης<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>2</sup>, Δ. Πετράς<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Α' Καρδιολογική Κλινική & Ομώνυμο Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Μειωμένες λειτουργικές νεφρικές εφεδρείες (RFR) έχουν αναφερθεί σε πρώιμα στάδια αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ), κυρίως λόγω διαταραγμένης αγγειοδιαστολής. Στόχος ήταν να διερευνήσουμε τον πιθανό προγνωστικό ρόλο του RFR στη μεταβολή του GFR σε νορμοτασικούς μάρτυρες (NT) και υπερτασικούς ασθενείς (HT) με διατηρημένη νεφρική λειτουργία.

**Υλικό & Μέθοδοι:** 51 HT με νέο-διαγνωσθείσα ιδιοπαθή ΑΥ (53.2±12.1ετών, 54% άνδρες) και 20 NT (54.3±10.0ετών, 45% άνδρες) με eGFR≥60ml/min/1.73m<sup>2</sup> παρακολούθηθηκαν για 24 μήνες. Για την κινητοποίηση του RFR χρησιμοποιήθηκε μαγειρεμένο κρέας (1.2gr/kg) ενώ υπολογίστηκε βάσει κάθαρσης κρεατινίνης. Φυσιολογικό RFR ορίστηκε το RFR≥30ml/min. Η ετήσια και διετή μεταβολή του eGFR υπολογίστηκε με προσδιορισμό της SCr στους μήνες 12 και 24.

**Αποτελέσματα:** Τα δημογραφικά στοιχεία και οι δείκτες νεφρικής λειτουργίας της αρχικής εκτίμησης (SCr, eGFR, ACR) δε διέφεραν μεταξύ NT και HT. Το RFR δε διέφερε σημαντικά μεταξύ HT και NT (25.1±18.7 vs 27.7±15.7ml/min, p=0.6). Παρά το φυσιολογικό eGFR, 32 HT και 10 NT παρουσίαζαν μειωμένες εφεδρείες. Η ετήσια (Delta<sub>(12-0)m</sub>) και διετή (Delta<sub>(24-0)m</sub>) μεταβολή του eGFR δε διέφερε μεταξύ HT και NT. Το Delta<sub>(24-0)m</sub> διέφερε σημαντικά μεταξύ των HT και των NT ανάλογα με το RFR [(0.5±2.6 vs -1.4±1.7 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, p=0.002) και (-0.6±1.3 vs -1.6±0.7 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, p=0.02) αντίστοιχα].

eGFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	Baseline	12months	24months	Delta(12-0)m	p	Delta (24-0)m	p
NT (n=20)	97.1±15.1	96.4±15.6 <sup>†</sup>	96.0±15.4 <sup>†</sup>	-0.75±0.9	0.06	-1.1±1.1	0.46
HT (n=51)	98.8±13.6	98.9±13.4	98.2±13.6 <sup>†</sup>	0.04±1.8		-0.7±2.3	
NT RFR<30ml/min (n=10)	89.8±16.1	88.7±16.8 <sup>**</sup>	88.2±16.1 <sup>**</sup>	-1.1±1.2	0.10	-1.6±0.7	0.02
NT RFR≥30ml/min (n=10)	104.4±10.2	104±10.1 <sup>‡</sup>	103.8±10.2	-0.4±0.5		-0.6±1.3	
HT RFR<30ml/min (n=32)	97.9±12.4	97.7±12.3	96.5±12.1 <sup>§</sup>	-0.3±1.7	0.13	-1.4±1.7	0.002
HT RFR≥30ml/min (n=19)	100.4±15.6	100.9±15.2	100.8±15.7	0.5±1.7		0.5±2.6	

\*compare to baseline eGFR of NT, †compare to baseline eGFR of HT, \*\*compare to baseline eGFR of NT with RFR<30ml/min, ‡compare to baseline eGFR of NT with RFR≥30ml/min, §compare to baseline eGFR of HT with RFR<30ml/min

**Συμπεράσματα:** Το RFR δε διέφερε μεταξύ NT και HT με eGFR≥60ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Το RFR πιθανά διαδραματίζει κάποιο ρόλο στη μεσοπρόθεσμη μεταβολή του GFR στα 2έτη, με τους NT και HT με RFR≥30ml/min να παρουσιάζουν μικρότερη μεταβολή συγκριτικά με τους NT και HT με RFR<30ml/min αντίστοιχα. Δεδομένου ότι απώλεια του RFR αποτελεί παράγοντα κινδύνου για οξεία ή χρόνια νεφρική βλάβη, οι HT με μειωμένες εφεδρείες πιθανώς να χρήζουν εξατομικευμένης και στενότερης νεφρολογικής παρακολούθησης.

## Η ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΙΔΕΙΝΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

**Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Δίπλα<sup>2</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>2</sup>, Δ. Φαϊτατζίδου<sup>1</sup>, Α. Κούτλας<sup>2</sup>, Ε. Γκούρα<sup>1</sup>, Κ. Γακίδου<sup>1</sup>, Μ. Δούμας<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών ΑΠΘ, Σέρρες

<sup>3</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο επιπολασμός των γνωστικών διαταραχών και της μειωμένης ικανότητας για άσκηση είναι υψηλός στους ασθενείς με χρόνια-νεφρική νόσο (XNN), εν μέρει λόγω της μειωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την εγκεφαλική οξυγόνωση κατά τη διάρκεια ενός ήπιου σωματικού στρες ως δείκτη ενεργοποίησης του εγκεφάλου σε ασθενείς με XNN διαφορετικών σταδίων και μάρτυρες χωρίς XNN.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ενενήγτα συμμετέχοντες (18 ανά στάδιο XNN 2, 3α, 3β, 4 και 18 μάρτυρες) υποβλήθηκαν σε 3-λεπτη διαλειμματική άσκηση χειρολαβής (35% της μέγιστης-εκούσιας-συστολής), κατά την οποία μετρήθηκε η μεταβολή της οξυγονωμένης (O<sub>2</sub>Hb), αποξυγονωμένης (HHb) και ολικής αιμοσφαιρίνης (tHb) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy στο προμετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου. Παράλληλα, αξιολογήθηκαν δείκτες μικροαγγειακής (υπεραιμική απόκριση σκελετικών μυών μετά από ίσχειμη περιδίεση) και μακροαγγειακής λειτουργίας [carotid-intima-media thickness (cIMT), pulse wave velocity (PWV)] και το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας (mini-mental-state-examination MMSE score) και φυσικής δραστηριότητας.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς ηλικία, φύλο και BMI μεταξύ των ομάδων. Τα μέσα επίπεδα MMSE-score μειώθηκαν σημαντικά κατά την εξέλιξη της XNN (μάρτυρες: 97.1±4.0, στάδιο-2: 95.4±3.5, στάδιο-3α: 92.4±6.7, στάδιο-3β: 93.1±6.4, στάδιο-4: 91.9±5.2 %, p=0.019), ενώ παρόμοια τάση εμφάνισαν και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και δύναμης χειρολαβής. Η μέση απόκριση της O<sub>2</sub>Hb κατά την άσκηση ήταν προσδευτικά χαμηλότερη κατά την εξέλιξη της XNN (O<sub>2</sub>Hb: μάρτυρες: 2.50±1.54, στάδιο-2: 1.30±1.05, στάδιο-3α: 1.24±0.93, στάδιο-3β: 1.11±0.89, στάδιο-4: 0.97±0.80μmol/l, p<0.001). Παρομοίως, η μέση απόκριση της tHb κατά την άσκηση ήταν προσδευτικά χαμηλότερη κατά την εξέλιξη της XNN (p=0.003), ενώ καμία διαφορά δεν ανιχνεύτηκε για την HHb. Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, τα χαμηλότερα επίπεδα eGFR ήταν ο μόνος παράγοντας που συσχετίστηκε ανεξάρτητα με πτωχότερη μέση απόκριση της O<sub>2</sub>Hb κατά την άσκηση.

**Συμπεράσματα:** Η ενεργοποίηση του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της άσκησης φαίνεται να μειώνεται προσδευτικά κατά την εξέλιξη της XNN, όπως υποδηλώνεται από τη χαμηλότερη αύξηση της εγκεφαλικής οξυγόνωσης και του ολικού όγκου αίματος. Αυτό μπορεί να συμβάλει τόσο στην εξασθενημένη γνωστική λειτουργία όσο και στη μειωμένη ανοχή στην άσκηση ασθενών με προχωρημένη XNN.

BA 13



BA 14

BA 15

## ΜΕΙΩΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ DEL-1 ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ

Γ. Ρωμανίδου<sup>1,2</sup>, Θ. Κωνσταντινίδης<sup>3</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>1</sup>, Μ. Πανοπούλου<sup>3</sup>, Ε. Κοντομανώλης<sup>4</sup>, Χ. Τσιγάλου<sup>3</sup>, Μ. Λαμπροπούλου<sup>5</sup>, Ε. Γαβριηλάκη<sup>6</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>1</sup>, Π. Πασαδάκης<sup>1</sup>, Ι. Μιτρούλης<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο» Κομοτηνής

<sup>3</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>4</sup>Γυναικολογική-Μαιευτική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>5</sup>Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβριολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

<sup>6</sup>Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>7</sup>Αιματολογική Κλινική και Α' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

<sup>8</sup>Institute for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, Faculty of Medicine, Technische Universität Dresden, Germany

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο HELLP είναι μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της εγκυμοσύνης. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει βιοδείκτης σε κλινική χρήση για την πρώιμη ανίχνευση γυναικών με προεκλαμψία που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σύνδρομο HELLP. Ο σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της διαλυτής πρωτεΐνης developmental endothelial locus-1 (DEL-1) σε ασθενείς με σύνδρομο HELLP σε σύγκριση με την προεκλαμψία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη περιελάμβανε 92 γυναίκες (προεκλαμψία n=44, HELLP n=13 και φυσιολογική κύηση=35), μέση ηλικία 32,38±1,59 έτη. Τα επίπεδα των πρωτεϊνών Kidney Injury Molecule 1 (KIM-1) και DEL-1 προσδιορίστηκαν με ELISA (Cusabio, China). Η έκφραση της πρωτεΐνης DEL-1 στον πλακούντα μελετήθηκε με ανοσοϊστοχημική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Η πρωτεΐνη DEL-1 ήτα χαμηλότερη στις γυναίκες με HELLP. Η ανάλυση AUC (area under curve) ήταν 0,8187±0,064 (p=0,0006) και επίπεδα <676 pg/mL έδειξε ειδικότητα 78,57% και ευαισθησία 76,92% για τη διάγνωση του συνδρόμου HELLP. Επιπλέον, η ανοσοϊστοχημική ανάλυση δείχνει ότι η έκφραση της πρωτεΐνης στο με σύνδρομο HELLP είναι μειωμένη και στον πλακούντα. Τα επίπεδα DEL-1 συσχετίζονται επίσης αρνητικά με τα κυκλοφορούντα επίπεδα της KIM-1. Ο λόγος DEL-1 προς KIM-1 θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως πιθανός βιοδείκτης που διακρίνει ασθενείς με σύνδρομο HELLP και προεκλαμψία.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη δείχνει ότι τα επίπεδα της DEL-1 μειώνονται στο σύνδρομο HELLP τόσο στην κυκλοφορία όσο και στον προσβεβλημένο ιστό του πλακούντα, υποδηλώνοντας έναν πιθανό ρόλο αυτής της πρωτεΐνης ως βιοδείκτη, ο οποίος πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω.

BA 16

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΥΟ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι.-Θ. Λαμπροπούλου, Α. Μαρτίκα, Κ. Ποζουκίδου, Δ. Σαλβαρίδης, Σ. Σπαΐα

Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΘ «Αγ. Πάυλος»

**Εισαγωγή:** Σε πρόσφατη μεταανάλυση αναδείχθηκε η επίπτωση των διαφορετικών τύπων φωσφοροδεσμευτικών στο μεταβολισμό της βιταμίνης D σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια σταδίου 3. Η σεβλαμερή συνδέθηκε με χαμηλότερα επίπεδα 25(OH)βιταμίνης D στον ορό λόγω μειωμένης εντερικής απορρόφησης της D3 (χοληκαλσιφερόλης). Αντίστοιχες επιδράσεις των διαφορετικών φωσφοροδεσμευτικών σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς δεν έχουν μελετηθεί.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε μελέτη παρατήρησης στην οποία παρακολουθήθηκαν 55 σταθεροί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς για 28 μήνες. Καταγράφηκε ανά δίμηνο το είδος των δεσμευτικών, η χορήγηση συμπληρωμάτων D3, παρικαλσιτόλης, ετεκαλσετιδης και ο βιοχημικός τους έλεγχος. Αξιολογήθηκαν τα επίπεδα της 25(OH)βιταμίνης D ορού και το ποσοστό των ασθενών που χρειάστηκε να λάβουν συμπληρώματα D3 ώστε να διατηρήσουν επίπεδα 25(OH)βιταμίνης >20ng/mL.

**Αποτελέσματα:** Στην έναρξη, 60% των ασθενών ελάμβαναν σεβλαμερή (Σ), 22% σουκροφερικό οξυ-υδροξειδιο (Β) και 18% συνδυασμό των δύο, ενώ 36% λάμβαναν συμπληρώματα D3. Τα επίπεδα της 25(OH)βιταμίνης D παρουσίασαν σημαντική αύξηση μετά τον πρώτο χρόνο παρακολούθησης και παρέμειναν σταθερά μέχρι το τέλος. (D<sup>έναρξη</sup>16±8ng/mL v D<sup>έτος</sup>27±9ng/mL, p=0,001). Ένα έτος μετά, το ποσοστό λήψης D3 ήταν 48% και παρέμεινε σε αυτά τα επίπεδα μέχρι το τέλος της παρακολούθησης. Η λήψη παρικαλσιτόλης ή ετεκαλσετιδης δεν επηρέασε τα αποτελέσματα. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά των επιπέδων της 25(OH)βιταμίνης D μεταξύ αυτών που ελάμβαναν τα διαφορετικά δεσμευτικά ή στη συγχορήγηση. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στους βιοχημικούς δείκτες ούτε στην επάρκεια καθαρόσης.

**Συμπεράσματα:** Σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα επίπεδα της 25(OH)βιταμίνης D στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς που ελάμβαναν ως δεσμευτικά του φωσφόρου (Σ),(Β) ή τον συνδυασμό τους. Επιβεβαιώσαμε την ανάγκη λήψης συμπληρωμάτων για τη διατήρηση επαρκών επιπέδων 25(OH)βιταμίνης D.



## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΕΝΑΝΤΙ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Κ. Λεωνίδου<sup>1</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Ι. Κοντογιώργος<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>2</sup>, Β. Βάιος<sup>1</sup>, Α. Καρλιγκιώτης<sup>1,3</sup>, Π. Χράπης<sup>1</sup>, Σ. Αναστασίου<sup>1</sup>, Κ. Μαυροματίδης<sup>3</sup>, Γ. Στεργίου<sup>2</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα

<sup>3</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι μετρήσεις αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν ή μετά τη συνεδρία είναι εύκολα διαθέσιμες και χρησιμοποιούνται ευρέως, αλλά δεν παρέχουν ακρίβεια στη διάγνωση της υπέρτασης στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί εάν οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι παρέχουν υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια σε αυτόν τον ειδικό πληθυσμό ασθενών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 70 αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, η ΑΠ αξιολογήθηκε με μετρήσεις ρουτίνας πριν και μετά τη συνεδρία για 2 εβδομάδες, με 2πλες πρωινές και βραδινές μετρήσεις στο σπίτι για 7 ημέρες (Microlife WatchBPN) και με 44ωρη περιπατητική καταγραφή (Microlife WatchBP O3).

**Αποτελέσματα:** Η μέση υπερεκτίμηση της ημερήσιας περιπατητικής συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) ήταν 11,43 mmHg (95% CI: 8,24-14,62) με τις μετρήσεις πριν τη συνεδρία, 3,9 mmHg (95% CI: 0,37-7,56) με τις μετρήσεις μετά τη συνεδρία και 8,61 mmHg (95% CI: 6,05-11,17) με τις μετρήσεις στο σπίτι. Στην ανάλυση ROC, οι μετρήσεις πριν τη συνεδρία (AUC=0,778, 95% CI: 0,643-0,913) και μετά τη συνεδρία (AUC=0,766, 95% CI: 0,623-0,909) είχαν μικρότερη ακρίβεια έναντι των μετρήσεων στο σπίτι (AUC=0,934, 95% CI: 0,871-0,996) στην κατάδειξη μιας ημερήσιας περιπατητικής ΣΑΠ  $\geq 135$  mmHg. Η ΣΑΠ στο σπίτι στο όριο των 137,5 mmHg παρείχε τον καλύτερο συνδυασμό υψηλής ευαισθησίας (85,7%) και υψηλής ειδικότητας (92,9%) στη διάγνωση της συστολικής υπέρτασης.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι σε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, οι μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι για 7 ημέρες παρέχουν υψηλότερη ακρίβεια έναντι του μέσου όρου μετρήσεων ρουτίνας πριν και μετά τη συνεδρία για 2 εβδομάδες στη διάγνωση της υπέρτασης, όπως αυτή επιβεβαιώνεται με τη μέθοδο της 44ωρης περιπατητικής καταγραφής.

BA 17

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΚΛΑΣΙΚΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗΣ ΣΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΣΟΥ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Α. Μπρατσιάκου, Δ. Καλαβρυζιώτη, Π. Δάβουλου, Γ. Γεωργοπούλου, Μ. Παπασωτηρίου, Δ.Σ. Γούμενος, Ε. Παπαχρήστου

Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Σκοπός:** Οι ασθενείς σε κλασική αιμοκάθαρση (HD) παρουσιάζουν ελλιπή κάθαρση ουραιμικών ουσιών μέσου και υψηλού μοριακού βάρους (MB). Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της διευρυμένης αιμοκάθαρσης (xHD) στην κάθαρση ουσιών μέσου και υψηλού MB σε ασθενείς που υποβάλλονταν αρχικά σε HD και η σύγκριση της με την αποτελεσματικότητα της αιμοδιαδιήθησης (OL-HDF).

**Υλικό & Μέθοδος:** Οι ασθενείς υποβάλλονταν υποχρεωτικά σε HD με φίλτρο χαμηλής διαπερατότητας για τουλάχιστον 5 έτη. Οι μετέχοντες υποβλήθηκαν σε xHD με κατάλληλο φίλτρο για 4 εβδομάδες. Μετρήθηκε η αποτελεσματικότητα της xHD στην απομάκρυνση ουσιών μικρού (ουρία) και μέσου MB (β2-μικροσφαιρίνη) στην αρχή και το τέλος της μελέτης και έγινε σύγκριση με τα αντίστοιχα στοιχεία της HD. Ακολούθως, συγκρίθηκε η απομάκρυνση φλεγμονωδών παραγόντων υψηλού MB (Su-PAR, MCP-1, Actin) μεταξύ ασθενών σε HD, OL-HDF και xHD.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη μετείχαν 10 ασθενείς με ικανοποιητική κάθαρση (URR=72,4 $\pm$ 8,5) πριν την xHD. Η HD δεν επηρέασε τα επίπεδα της β2-μικροσφαιρίνης. Η xHD είχε την ίδια αποτελεσματικότητα στην απομάκρυνση ουσιών μικρού MB αλλά οδήγησε σε σημαντική μείωση των επιπέδων της β2-μικροσφαιρίνης ήδη από την πρώτη εφαρμογή (από 41,1 $\pm$ 10,3 σε 11,4 $\pm$ 1,8mg/dl, p=0,007), μείωση που διατηρήθηκε και 4 εβδομάδες μετά (από 41,1 $\pm$ 10,3 σε 30,2 $\pm$ 7,1mg/dl, p=0,01). Όσον αφορά τα μόρια των Su-PAR και MCP-1, η xHD φαίνεται ότι οδήγησε στη σταδιακή και σημαντική μείωσή τους στο χρόνο εφαρμογής της μεθόδου (p=0.0129 και p=0.0292 αντίστοιχα). Οι ασθενείς υπό OL-HDF δεν εμφάνισαν μείωση των δεικτών υψηλού MB μετά τη θεραπεία ωστόσο είχαν χαμηλότερα επίπεδα κατά την έναρξη της μελέτης σε σχέση με τους ασθενείς υπό HD και xHD.

**Συμπέρασμα:** Η xHD οδηγεί σε σημαντική μείωση των επιπέδων των ουραιμικών τοξινών μέσου MB και των μορίων όπως ο Su-PAR και MCP-1 σε σχέση με την HD και σε συγκρίσιμα αποτελέσματα με την OL-HDF.

BA 18

BA 19

## ΑΙΜΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΕΚΤΟΜΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ANGIOJET ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΗ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

**Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Σ. Στρατήγης<sup>1</sup>, Ε. Δροσατάκη<sup>1</sup>, Ε.Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Η. Κεχαγιάς<sup>2</sup>, Ν. Γαλανάκης<sup>2</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup>Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Η μονοκλωνική γαμμαπάθεια απροσδιόριστης σημασίας (MGUS) μπορεί να εκδηλωθεί ως χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική πολυνευροπάθεια (CIDP-MGUS). Η πλασμαφαίρεση (ΠΑ) ή η ανοσοπροσρόφηση (ΑΠ) αποτελούν θεραπευτική στρατηγική στη νόσο αυτή (1). Το σύστημα Angiojet χρησιμοποιείται για διάνοιξη θρομβωμένων προσπελάσεων όπως τα αρτηριοφλεβικά μοσχεύματα (AVG). Μια από τις σπάνιες επιπλοκές του Angiojet είναι η αιμόλυση (2). Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις θρόμβωσης μοσχεύματος που συνέβη μετά από ανοσοπροσρόφηση. Και στις δύο περιπτώσεις η θρομβόλυση με τη χρήση Angiojet οδήγησε σε σοβαρή ενδαγγειακή αιμόλυση.

**Ασθενής & Μέθοδος:** Γυναίκα 56 ετών με CIDP-MGUS (IgGκ), υπό εβδομαδιαίες συνεδρίες ΠΑ από το 2020 ως μόνη λύση για διατήρηση της ύφεσης. Σε όλες τις συνεδρίες χρησιμοποιήθηκε κλασσική ΠΑ, χωρίς ποτέ να εμφανιστεί θρόμβωση. Σε 2 περιπτώσεις τον Μάιο και Ιούλιο του 2022, αντί για ΠΑ υποβλήθηκε σε συνεδρίες ΑΠ σε στήλη immunosorb. Και στις 2 περιπτώσεις το AVG παρουσίασε θρόμβωση λίγες ώρες μετά τη συνεδρία ΑΠ. Και τις 2 φορές, η ασθενής υποβλήθηκε σε θρομβεκτομή με Angiojet.

**Αποτελέσματα:** Η θρόμβωση του μοσχεύματος στις περιπτώσεις ΑΠ αποδόθηκε στην φτωχότερη απομάκρυνση αντιθρομβίνης III από τη στήλη Immunosorb σε σχέση με το φίλτρο κλασσικής ΠΑ σε ασθενή με θρομβοφιλική διάθεση. Κατά τις παρεμβάσεις με Angiojet, η ασθενής ανέφερε οπισθοστερνική δυσφορία και δύσπνοια, με ευρήματα σοβαρής αιμόλυσης (αιμοσφαιρινουρία, σοβαρή αναιμία, αύξηση LDH, πτώση αιμοσφαιρίνης, κλπ). Τέθηκε η διάγνωση της μηχανικής αιμόλυσης από Angiojet. Ως πιθανό αίτιο θεωρήθηκε η διαφορετική από τη συνηθισμένη σύσταση του θρόμβου (πολύ μαλακός, πλούσιος σε ερυθρά και φτωχός σε ινική, πιθανά λόγω της σημαντικής απομάκρυνσης του ινωδογόνου κατά την ΑΠ). Με την χορήγηση κρυσταλλοειδών ενδοφλεβίως η κλινικοεργαστηριακή εικόνα υποχώρησε εντός 48ώρου και το AVG παραμένει λειτουργικό.

**Συμπεράσματα:** Διαφορετικοί μέθοδοι αφαίρεσης απαιτούν διαφορετική αντιπηκτική αγωγή. Το Angiojet αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή διαδικασία για την αποκατάσταση θρόμβωσης μιας προσπέλασης. Ωστόσο η σύσταση του θρόμβου μετά από ΑΠ μπορεί να διαφέρει και ο κίνδυνος μηχανικής αιμόλυσης μπορεί να είναι αυξημένος. Το υποκείμενο νόσημα και οι διαταραχές στον μηχανισμό της πήξης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην εξατομίκευση της θεραπείας.

### Βιβλιογραφία

Saiju Jacob, Gordon Mazibrada, Sarosh R Irani, Anu Jacob & Anna Yudina. "The2 Role of Plasma Exchange in the Treatment of Refractory Autoimmune Neurological Diseases: a Narrative Review." *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, Oct 2, 2021: 806–817.

Si Tian, Nicolette Sinclair and Sachin Shah. "A Case Report of Intravascular Hemolysis and Heme Pigment–Induced Nephropathy Following AngioJet Thrombectomy for Thrombosed DIPS Shunt." *Can J Kidney Health Dis*, Dec 14, 2020.

BA 20

## Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΞΙΝΟΥ ΚΙΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (CD) ΜΕ L-ΑΣΚΟΡΒΙΚΟ ΟΞΥ (ΒΙΤΑΜΙΝΗ-C) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΝΑ-TN)

**Ι. Γριβέας, Μ. Ζηλάκος, Π. Καλογερόπουλος, Ε. Καλύβεζα**

ΜΧΑ «Polyxenia-Renal»

**Εισαγωγή:** Η χρήση του CD προσφέρει αντιπηξία με μειωμένη δόση ηπαρίνης ενώ η χρήση L-Ασκορβικού οξέος προσφέρει καλύτερη διαχείριση της αναιμίας των ασθενών. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της εμπειρίας από τη χρήση διαλύματος CD με Βιταμίνη-C σε ασθενείς με ΧΝΑ-TN.

**Υλικό & Μέθοδος:** 45 ασθενείς με ΧΝΑ-TN (40 νεοεντασόμενοι) μέσου βάρους 75 kgrs λάμβαναν διάλυμα CD με βιταμίνη-C (2g/l) για διάστημα 12 μηνών. Καταγράφηκαν όλες οι αλλαγές στην δόση της ηπαρίνης καθώς και το προφίλ αναιμίας των ασθενών (Hb, Hct, φερριτίνη, TSAT, δόση rHPO).

**Αποτελέσματα:** Η αρχική αθροιστική δόση ηπαρίνης 1818±659,28 iu (24 iu/kgΣΒ) προοδευτικά αυξήθηκε σε 2677,41±1053,15 iu (36 iu/kgΣΒ) στους 6 μήνες και σε 3323,52±1467,79 iu (44 iu/kgΣΒ) στους 12 μήνες. Χωρίς παρατηρούμενα θρομβωτικά επεισόδια ή αιμορραγική διάθεση, η χρησιμοποιούμενη δόση της ηπαρίνης ήταν σημαντικά ελαττωμένη των συστηνόμενων δόσεων με το κλασικό διάλυμα (δόση φόρτισης 30-50 IU/kgΣΒ και στη συνέχεια 10 IU/kgΣΒ/ώρα). Η Hb και ο Hct των ασθενών προοδευτικά αυξήθηκαν σημαντικά (10,63±1,55 αρχή-11,79±0,91 τέλος, p<0,05, 32,25±4,45 αρχή-36,5±2,92 τέλος, p<0,05) με σταθερή εβδομαδιαία δόση ερυθροποιητίνης (14000±9500 iu αρχή-14000±10000 iu τέλος, p=NS) και σταθερά επίπεδα φερριτίνης (526,73±498,72 iu αρχή-690,44±470,32 iu τέλος, p=NS). Η παραπάνω παρατήρηση συνδυάστηκε με σημαντική ελάττωση της μηνιαίας χορήγησης σιδήρου (από 700 mg μηνιαίως αρχικά σε 200 mg μηνιαίως μετά από ένα χρόνο).

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν ότι η χρήση διαλύματος AMK με CD και βιταμίνη C έναντι του κλασικού προσφέρει αντιπηξία με σημαντική μείωση της δόσης της χρησιμοποιούμενης ηπαρίνης, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει η αιμοσφαιρίνη με σταθερή δόση ερυθροποιητίνης και μειωμένη χορήγηση σιδήρου.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΓΡΑΜΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ, ΣΕ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΩΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΕ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Δ. Φαϊτατζίδου<sup>1</sup>, Κ. Δίπλα<sup>2</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Α. Κούτλας<sup>2</sup>, Α. Καραγιαννίδης<sup>1</sup>, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Ι. Τσουχνικάς<sup>1</sup>, Π. Γιαμαλής<sup>1</sup>, Χ. Δημητριάδης<sup>1</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>2</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας και Βιοχημείας της Άσκησης, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών ΑΠΘ, Σέρρες

**Εισαγωγή:** Οι καρδιακές αρρυθμίες αποτελούν την συχνότερη αιτία θανάτου στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η δυσλειτουργία του αυτόνομου-νευρικού-συστήματος(ΑΝΣ) παίζει κεντρικό ρόλο στη δημιουργία ενός αρρυθμιογενούς υπόβαθρου. Τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών όσον αφορά τις σχετιζόμενες με την αιμοκάθαρση αλλαγές στην μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας(HRV) είναι αντικρουόμενα. Η παρούσα μελέτη εξέτασε γραμμικούς και μη γραμμικούς δείκτες HRV τόσο σε ηρεμία, όσο και ως απόκριση σε δοκιμασίες σωματικής και νοητικής διέγερσης, σε πολλαπλά χρονικά σημεία πέρα από αλλά και κατά την διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η λειτουργία του ΑΝΣ εκτιμήθηκε μέσω γραμμικών και μη γραμμικών δεικτών HRV πριν την αιμοκάθαρση, κατά την διάρκεια της (σε 3 ισόχρονα διαστήματα), αλλά και μετά από αυτή, καθώς και την ενδιάμεση ημέρα, σε 35 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καταγραφές της παλμό-παλμό (beat-to-beat) καρδιακής συχνότητας με τη συσκευή Finometer-PRO σε ηρεμία και μετά από ορθοστατική δοκιμασία, δοκιμασίες έγερσης από καρέκλα(sit-to-stand), δύναμης χειρολαβής(handgrip) και αριθμητικών υπολογισμών

**Αποτελέσματα:** Οι δείκτες RMSSD, SD1, και SD2 παρουσίασαν σημαντική αύξηση κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης (στην αρχή, το μέσο και το τέλος της συνεδρίας) συγκριτικά με τα προ-αιμοκάθαρσης επίπεδα τους ( $p < 0.05$ ), ενώ επανήλθαν μετά την αιμοκάθαρση (RMSSD:  $54.39 \pm 83.73$  vs  $137.98 \pm 109.53^*$  vs  $119.85 \pm 97.34^*$  vs  $144.47 \pm 88.74^*$  vs  $85.82 \pm 121.43$  msec,  $*p < 0.05$  vs προ- και μετά-αιμοκάθαρσης). Διαφορές στους ανωτέρω δείκτες δεν παρατηρήθηκαν μεταξύ αξιολόγησης προ-αιμοκάθαρσης και ενδιάμεσης ημέρας. Ωστόσο, μετά την αιμοκάθαρση οι μεταβολές της HRV κατά την ορθοστατική δοκιμασία και το sit-to-stand ήταν εντονότερες συγκριτικά με τις μετρήσεις προ-αιμοκάθαρσης ( $p < 0.05$ ). Οι μετρούμενοι δείκτες HRV τόσο κατά την ηρεμία όσο και ως απόκριση στις σωματικές δοκιμασίες ήταν παρόμοιοι μεταξύ προ-αιμοκάθαρσης και ενδιάμεσης ημέρας. Τέλος, παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές των δεικτών HRV κατά την δοκιμασία αριθμητικών υπολογισμών στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης σε σύγκριση με τη ενδιάμεση ημέρα (RMSSD:  $77.05$  [180.41] vs  $19.75$  [105.47] msec;  $p = 0.031$ ).

**Συμπεράσματα:** Η αιμοκάθαρση προκαλεί αξιοσημείωτες μεταβολές στην λειτουργία του ΑΝΣ. Οι δείκτες HRV σε ηρεμία επιστρέφουν στα αρχικά επίπεδα μετά την αιμοκάθαρση, ωστόσο οι αποκρίσεις της HRV στη σωματική διέγερση παραμένουν αυξημένες και επανέρχονται στα αρχικά επίπεδα την ενδιάμεση ημέρα. Ο εντοπισμός των ασθενών με σημαντική δυσλειτουργία του ΑΝΣ ενδέχεται να βοηθήσει στην μείωση του κινδύνου εμφάνισης αρρυθμιών μέσω εξατομικευμένων προσεγγίσεων

ΑΠΟΣΥΡΘΗΚΕ

BA 21

BA 22

BA 23

## Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ CYCLER ΟΤΑΝ ΜΕΤΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΣΕ ΣΥΝΕΧΗ ΚΥΚΛΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

**Μ. Θεοδωρίδης<sup>1</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>1</sup>, Ν. Μαργαρίτης<sup>1</sup>, Τ. Μπούντα<sup>1</sup>, Ε. Μουρβάτη<sup>1</sup>, Χ. Τσαλικίδης<sup>2</sup>, Ε. Χαριτάκη<sup>1</sup>, Η. Θώδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>2</sup>Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Η επάρκεια κάθαρσης στη Περιτοναϊκή Κάθαρση (Π.Κ.) περιλαμβάνει την επίτευξη του στόχου για τη κάθαρση ουσιών μικρού μοριακού βάρους (Κt/V), την ευογκαιμία των ασθενών κ.ά.. Η Νυκτερινή Διαλείπουσα ΠΚ (NIPD) εφαρμόζεται συχνά με την αρχική ένταξη των ασθενών στη μέθοδο λόγω της ύπαρξης υπολειμματικής νεφρικής λειτουργίας (RRF) η απώλεια της οποίας οδηγεί στην εφαρμογή της Συνεχούς Κυκλικής ΠΚ (CCPD) με τη προσθήκη ικοδεξτρίνης στην ημερήσια παραμονή για την επίτευξη των στόχων επάρκειας κάθαρσης. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν ο έλεγχος στην μεταβολή του υπερδιηθήματος από το cycler και του συνολικού υπερδιηθήματος των ασθενών όταν μεταφέρονταν από NIPD σε CCPD

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 16 ασθενείς (Α=9,Γ=7) οι οποίοι για λόγους μη επίτευξης στόχων επάρκειας κάθαρσης μεταφέρθηκαν από την NIPD σε CCPD. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 53.4±19 έτη, εφάρμοζαν τη ΠΚ κατά μέσο όρο 74.3±25.7 μήνες και η μέση ταχύτητα διακίνησης των ουσιών (D/Pcr) ήταν 0.69±0.12. Στους ασθενείς εκτιμήθηκε η επάρκεια κάθαρσης για τις ουσίες μικρού μοριακού βάρους (Κt/V), η RRF, το υπερδιήθημα (UF) από το cycler, ο επιπρόσθετος όγκος στην αρχική εξαγωγή (και το άθροισμα αυτών-total UF) 3 συνεχόμενων ημερών πριν την ένταξη σε CCPD και 3 συνεχόμενων ημερών μετά την εφαρμογή της. Στους ασθενείς παρέμεινε αμετάβλητο το σχήμα της ΠΚ στο cycler εκτός από την προσθήκη 1000 ml ικοδεξτρίνης στην ημερήσια παραμονή.

**Αποτελέσματα:** Εκτιμήθηκαν οι μεταβολές με Paired t-Test (κανονική κατανομή αποτελεσμάτων)

N=16	NIPD	CCPD	p
KT/Vt-nipd - KT/Vt-ccpd	1.99±0.67	2.33±1	0.103
KT/Vp-nipd - KT/Vp-ccpd	1.03±0.27	1.42±0.33	0.01
KT/Vr-nipd - KT/Vr-ccpd	1.02±0.44	0.97±0.66	0.657
Vurine/nipd-Vurine/ccpd	1413.57±700.3	1271±605.6	0.31
eGFRnipd-eGFRccpd	5.9±3.14	4.8±2.4	0.12
UFNIPD – UFCCPD from cycler	698.88±239.02	267.92±238.79	0.00
UFNIPD – UFCCPD Total	698.88±239.02	371.78±205.37	0.00

Από τα ως άνω αποτελέσματα προκύπτει η βελτίωση του περιτοναϊκού κλάσματος του Κt/V με την εφαρμογή της CCPD (p=0.01) αλλά και στατιστικά σημαντική μείωση του UF είτε αμιγώς του Cycler(p<0.05) είτε του Total UF (p<0.05) χωρίς στατιστικά σημαντική μεταβολή του όγκου των ούρων. Με ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis) εκτιμήθηκε η επίδραση της ταχύτητας διακίνησης των ουσιών στη διαφορά υπερδιηθήματος ανάμεσα στη NIPD και CCPD<sub>totalUF</sub> (ΔUF) και φάνηκε ότι όσο αυξανόταν το D/P τόσο μεγαλύτερη ήταν η απώλεια του UF (p=0.035, R=0.58)

**Συμπεράσματα:** Η ένταξη των ασθενών σε CCPD επιβεβαιώνει την βελτίωση της κάθαρσης των ουσιών μικρού μοριακού βάρους αλλά μερικές φορές ενέχει κινδύνους μείωσης του συνολικού υπερδιηθήματος από τη μέθοδο. Θα ήταν χρήσιμη η διενέργεια προοπτικών μελετών και ο έλεγχος της πιθανής υπερυδάτωσης με βιοεμπέδιση.

BA 24

## ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Β. Βάιος<sup>1</sup>, Γ. Βαρέτα<sup>1</sup>, Γ. Βαρουκσή<sup>1</sup>, Α. Τσινάρη<sup>1</sup>, Χ. Κουρτίδου<sup>1</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2</sup>, Θ. Ελευθεριάδης<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>4</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>5</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα <sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

<sup>4</sup>Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

<sup>5</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Προοπτικές μελέτες έδειξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα περιπατητικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο θνητότητας σε άνδρες ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) προ-τελικού σταδίου. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε πιθανές διαφορές στη βαρύτητα της υπέρτασης μεταξύ των δύο φύλων σε ασθενείς με XNN που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany) υποβλήθηκαν 48 άνδρες και 48 γυναίκες με XNN υπό ΠΚ. Επίσης, έγινε προοπτική καταγραφή των αντιυπερτασικών φαρμάκων που λαμβάνονταν από τους ασθενείς. Οι ομάδες ήταν σταθμισμένες ως προς την ηλικία και το ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στα επίπεδα της 24ωρης, της ημερήσιας και της νυκτερινής συστολικής ΑΠ. Ωστόσο, η διαστολική ΑΠ ήταν σταθερά υψηλότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες τόσο στην 24ωρη περίοδο (81,5±12,1 vs. 76,8±10,3 mmHg, P<0,05) όσο και στις περιόδους της ημέρας (82,5±11,8 vs. 78,1±10,4 mmHg, P<0,05) και της νύχτας (78,8±13,9 vs. 73,8±11,1 mmHg, P<0,05). Το ποσοστό των ασθενών με 24ωρη ΑΠ <130/80 mmHg ήταν χαμηλότερο στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (35.4% vs. 43.8%), παρότι οι άνδρες λάμβαναν υψηλότερο αριθμό αντιυπερτασικών φαρμάκων ημερησίως (2,4±1,1 vs. 1,8±1,1, P<0,05) και παρότι ήταν πιο συχνά θεραπευόμενοι με β-αποκλειστές (85,1% vs. 66,7%, P<0,05) και ανταγωνιστές ασβεστίου (70,2% vs. 43,8%, P=0,01).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι σε ασθενείς με XNN υπό ΠΚ, τα επίπεδα της περιπατητικής ΑΠ είναι υψηλότερα και η ένταση της αντιυπερτασικής θεραπείας είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΦΑΙΝΟΤΥΠΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Θ. Πέννα<sup>1</sup>, Κ. Πούλια<sup>2</sup>, Μ. Κορογιάννου<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>3</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>4</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup>Εργαστήριο Διαιτολογίας και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Σχολή Επιστημών Τροφίμων και Διατροφής, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup>Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η υπέρταση αποτελεί των κυριότερο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Μελέτες δείχνουν ότι συχνά οι ασθενείς αυτοί δεν επιτυγχάνουν ικανοποιητικό έλεγχο της υπέρτασης. Η παχυσαρκία είναι καθιερωμένος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου στον πληθυσμό αυτό. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης των φαινοτύπων ελέγχου της υπέρτασης με τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 150 μεταμοσχευμένοι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μετρήσεις ΑΠ ιατρείου και 24ωρη καταγραφή της ΑΠ (Mobil-O-Graph-NG). Ως ΑΥ ορίστηκε: (1) ΑΠ ιατρείου  $\geq 140/90$  mmHg ή λήψη αντιυπερτασικών, (2) περιπατητική ΑΠ  $\geq 130/80$  mmHg ή λήψη αντιυπερτασικών. Οι τύποι ελέγχου της ΑΥ ορίστηκαν ως: (1) επαρκής έλεγχος και με τις 2 μεθόδους, (2) ανεπαρκής έλεγχος και με τις 2 μεθόδους, (3) υπέρταση «λευκής μπλούζας», (4) συγκεκριμένη υπέρταση, βάσει των Ευρωπαϊκών οδηγιών. Υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), αναλύθηκε η σύσταση σώματος με βιοηλεκτρική εμπέδηση πολλαπλών συχνοτήτων και μετρήθηκε η περιφέρεια μέσης για καθορισμό της κατανομής του σωματικού λίπους.

**Αποτελέσματα:** Το σύνολο των ασθενών ήταν υπερτασικοί σύμφωνα με τους ορισμούς. Σε ό,τι αφορά τον έλεγχο της υπέρτασης, ανεπαρκή ρύθμιση παρουσίαζε το 61,1% των ασθενών (ανεπαρκής ρύθμιση και με τις 2 μεθόδους: 17,4%, υπέρταση λευκής μπλούζας: 4,9%, συγκεκριμένη υπέρταση: 38,9%). Από τους ασθενείς με ανεπαρκή ρύθμιση σύμφωνα με οποιαδήποτε από τις 2 μεθόδους, το 37,5% ήταν νορμοβαρείς, το 40,9% ήταν υπέρβαροι και το 18,2% παχύσαρκοι, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό παχυσαρκίας συγκριτικά με τους ασθενείς με επαρκή ρύθμιση και με τις 2 μεθόδους. Οι ασθενείς με ανεπαρκή ρύθμιση είχαν σημαντικά μεγαλύτερη περιφέρεια μέσης (Μέση διαφορά =  $0,217 \pm 2,676$ ,  $p=0.019$ ). Τόσο η συγκεκριμένη υπέρταση όσο και η ανεπαρκής ρύθμιση της ΑΠ εμφάνισαν σημαντική αρνητική συσχέτιση με το ποσοστό λίπους ( $r=-0.164$ ,  $p=0.049$ ).

**Συμπεράσματα:** Η περιπατητική καταγραφή της ΑΠ αποκαλύπτει σημαντικό ποσοστό συγκεκριμένης υπέρτασης. Οι ασθενείς με ανεπαρκή ρύθμιση της ΑΠ παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό υπέρβαροτητας-παχυσαρκίας. Η βελτιστοποίηση του ελέγχου της ΑΠ στους ασθενείς αυτούς είναι μείζονος σημασίας για την ελάττωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

## Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ PANEL REACTIVE ANTIBODIES ΚΑΙ HLA ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΚΤΗΤΑ ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Α. Φυλάκτου<sup>1</sup>, Γ. Λιούλιος<sup>2</sup>, Λ. Βαγιώτας<sup>2</sup>, Ε. Κασιμάτης<sup>2</sup>, Ε. Μωυσίδου<sup>2</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>2</sup>, Σ. Στάη<sup>2</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>2</sup>, Μ. Στάγκου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α' Νεφρολογική Κλινική, Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας και Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Στόχος:** Στόχος είναι να αξιολογηθεί η επίδραση ύπαρξης θετικών Panel Reactive Antibodies (PRA) και η HLA ασυμβατότητα στην ανοσιακή απάντηση του λήπτη μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (MN).

**Μέθοδοι:** Σε 106 ασθενείς, αξιολογήθηκαν τα HLA class I και II και τα PRA, αμέσως πριν τη MN (T0), ενώ συγχρόνως με κυτταρομετρία ροής, εκτιμήθηκε ο αριθμός λεμφοκυττάρων, CD4, CD8, CD4+CD28null, CD8CD28null, CD3-CD16+CD56+ (NK) και CD4+CD25+FoxP3+ (Tregs) στο χρόνο T0, T3 (3 μήνες) και T6 (6 μήνες μετά τη MN).

**Αποτελέσματα:** Ασθενείς με  $\geq 2/4$  κοινά HLA class II αντιγόνα (DR ή DQ),  $N=80/106$  (75,4%), ήταν νεότεροι,  $38,9 \pm 14$  vs.  $47,4 \pm 14$  yrs,  $p=0,04$ , στο χρόνο T0. Στο T6 εμφάνιζαν αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων  $2200(1012)$  vs.  $1600(563)$   $p=0.001$ ,  $CD4$   $897(697)$  vs.  $595(465)$   $p=0.008$ ,  $CD8$   $629(397)$  vs.  $471(247)$ ,  $p=0.04$ , και Tregs  $24(21)$  vs.  $17(17)$  κύτταρα/ $\mu L$ ,  $p=0.05$ , σε σχέση με αυτούς που είχαν  $<2/4$  κοινά αντιγόνα. Αντίστοιχες διαφορές δεν παρατηρήθηκαν στην ασυμβατότητα HLA class I αντιγόνων.

PRA(-) ασθενείς,  $N=83/106$  (78.3%), αρχικά (T0) δεν εμφάνιζαν κλινικές διαφορές συγκριτικά με τους PRA(+). Στο T6, είχαν αυξημένο αριθμό λεμφοκυττάρων  $1700(1043)$  vs.  $1200(800)$   $p=0,006$ ,  $CD4$   $788(615)$  vs.  $507(242)$ ,  $p=0,002$ , και Tregs  $27,6(31)$  vs.  $21,3(9,9)$  κύτταρα/ $\mu L$ ,  $p=0,05$ .

Η συνδυαστική επίδραση των HLA class II, PRA και της ηλικίας των ασθενών αποκλείστηκε με την εφαρμογή της μεθόδου type III ANOVA.

Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην έκβαση της νεφρικής λειτουργίας σχετικά με την ύπαρξη PRA ή ασυμβατότητας HLA, σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Η HLA ασυμβατότητα και η ύπαρξη PRA κατά τη μεταμόσχευση έχουν σημαντική και ανεξάρτητη επίδραση στο φαινότυπο των T λεμφοκυττάρων, ενώ δεν επηρεάζουν τη λειτουργία του μοσχεύματος.

BA 25

BA 26



BA 27

**ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ ΜΕ ΘΕΤΙΚΟ CROSSMATCH: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Μ. Δαρεμά<sup>1</sup>, Α. Βιτωράκη<sup>2</sup>, Κ. Βαλλιάνου<sup>1</sup>, Ι. Σούκουλη<sup>1</sup>, Ε. Μαντιός<sup>1</sup>, Δ. Σκουμή<sup>2</sup>, Ι. Μπόκος<sup>3</sup>, Σ. Βερναδάκης<sup>3</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»<sup>2</sup>Ανοσολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο

«Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>3</sup>Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού και Χειρουργικής Νεφροπαθών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Η εφαρμογή πρωτοκόλλων απευαισθητοποίησης επιτρέπει τη μεταμόσχευση ασθενών με προσχηματισμένα αντισώματα και θετική δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης με τον ζώντα δότη τους. Έτσι, αυξάνεται ο αριθμός των διαθέσιμων μοσχευμάτων, ενώ ταυτόχρονα, αξιοποιούνται τα πλεονεκτήματα της ζώσας μεταμόσχευσης.

**Υλικό και μέθοδος:** Από τον 6<sup>ο</sup>/2006 έως τον 6<sup>ο</sup>/2022 πραγματοποιήθηκαν στο κέντρο μας 13 μεταμοσχεύσεις ευαισθητοποιημένων ασθενών με αρχική θετική κυτταροτοξική (CDC-ΧΜ) ή/και κυτταρομετρική (Flow Crossmatch-FXM) δοκιμασία ιστικής διασταύρωσης με τον ζώντα δότη τους. Το πρωτόκολλο απευαισθητοποίησης περιελάμβανε τη διενέργεια πλασμαφαίρεσεων, χορήγηση ανοσοσφαιρίνης και rituximab με στόχο την αρνητικοποίηση του crossmatch πριν τη μεταμόσχευση.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 13 λήπτες, (3 άνδρες), διάμεσης ηλικίας κατά τη μεταμόσχευση 44[34-53] έτη. Όλοι είχαν προσχηματισμένα ειδικά έναντι του δότη αντισώματα (DSAs) με διάμεσο αθροιστικό MFI 4867(2925-9884) και θετικό FXM, ενώ 2 ασθενείς είχαν επιπλέον θετικό CDC-ΧΜ. Ο έλεγχος για την παρουσία αντισωμάτων έναντι των HNA (Human Neutrophil Antigens), που πραγματοποιήθηκε αναδρομικά, απέβη αρνητικός. Ο διάμεσος αριθμός πλασμαφαίρεσεων ήταν 6(5-7), ενώ στους ασθενείς με θετικά CDC-ΧΜ/ FXM 9 και 11 συνεδρίες αντίστοιχα. Καταγράφηκαν 5 επεισόδια απόρριψης, 4 κυτταρικές και 1 μικτή, σε 3(23.1%) ασθενείς, σε διάμεσο χρόνο 4[1-6] μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Παρατηρήθηκε απώλεια του μοσχεύματος σε 3 ασθενείς, στους 2 άμεσα μετεγχειρητικά λόγω χειρουργικών επιπλοκών και στον έναν, 6 μήνες μετά, κατόπιν λοίμωξης. Η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων σε διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 18[6-187] μήνες είναι 92.3% και 76.9% αντίστοιχα. Εννέα (76.9%) ασθενείς έχουν ικανοποιητική νεφρική λειτουργία, με διάμεση τιμή κρεατινίνης 1.42[1.38-1.69] mg/dl και ένας έχει νεφρική νόσο σταδίου IV σε έδαφος BK νεφροπάθειας. Ο διάμεσος τίτλος MFI των DSAs στο follow up είναι 486[333-1176].

**Συμπεράσματα:** Η απευαισθητοποίηση παρέχει τη δυνατότητα ασφαλούς και αποτελεσματικής μεταμόσχευσης ευαισθητοποιημένων ασθενών. Υπάρχει ωστόσο αυξημένος κίνδυνος επεισοδίων απόρριψης.

BA 28

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΤΩΝ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ****Λ. Βαγιώτας<sup>1</sup>, Ε. Κασσιμάτης<sup>1</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Α. Ξωχέλλη<sup>2</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>, Ν. Αντωνιάδης<sup>1</sup>, Β. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Γ. Τσουλφάς<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»<sup>2</sup>Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η καθυστερημένη λειτουργία του μοσχεύματος (ΚΛΜ) χαρακτηρίζεται από ενεργοποίηση ανοσιακών μηχανισμών και μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανοσολογική απόκριση στο νεφρικό μόσχευμα. Τα CD28null Τ λεμφοκύτταρα (CD3CD28null) είναι τελικώς διαφοροποιημένα κύτταρα που έχουν συσχετιστεί με καρδιαγγειακές παθήσεις και αυξάνονται σε νεφρική ανεπάρκεια.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 105 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού και παρακολούθηση για 12 μήνες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με την παρουσία της ΚΛΜ. Ο φαινότυπος των Τ λεμφοκυττάρων εκτιμήθηκε με κυτταρομετρία πριν τη μεταμόσχευση καθώς και μετά από 3, 6 και 12 μήνες. Οι υπότυποι των Τ λεμφοκυττάρων που μελετήθηκαν ήταν οι CD4, CD8, CD4CD28null και CD8CD28null.

**Αποτελέσματα:** Η ΚΛΜ καταγράφηκε σε 20 από τους 105 ασθενείς (19%). Ένα έτος μετά τη μεταμόσχευση οι ασθενείς διατήρησαν καλή λειτουργία μοσχεύματος (eGFR=64±19 ml/min/1,73m<sup>2</sup>), χωρίς διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Το ποσοστό των CD3CD28null λεμφοκυττάρων μειώθηκε στους ασθενείς χωρίς ΚΛΜ μετά από 6 (p=0,007) και 12 μήνες (p=0,010) ενώ σε ασθενείς με ΚΛΜ παρέμεινε σταθερό. Η αναλογία CD4/CD8 συσχετίστηκε αρνητικά με το ποσοστό CD3CD28null (p<0,001) σε όλα τα χρονικά σημεία και μειώθηκε σε ασθενείς με ΚΛΜ στους 12 μήνες μετά τη μεταμόσχευση (p=0,005) ενώ στους υπόλοιπους παρέμεινε σταθερή. Μετά από 12 μήνες, οι ασθενείς χωρίς ΚΛΜ είχαν χαμηλότερα CD3CD28null [13,5(16)% έναντι 27,4(38)%, p=0,018] ενώ οι ασθενείς με ΚΛΜ είχαν χαμηλότερη αναλογία CD4/CD8 [1,1(1,2) έναντι 1,8(1,0), p=0,010].

**Συμπεράσματα:** Ένα χρόνο μετά από επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού, οι ασθενείς με ΚΛΜ έχουν χαμηλότερη αναλογία CD4/CD8 η οποία συνδυάζεται με ένα υψηλότερο ποσοστό CD3CD28null Τ λεμφοκυττάρων.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ MICA ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

**Β. Φυλιόπουλος<sup>1</sup>, Α. Βιτωράκη<sup>2</sup>, Ι. Μπέλλος<sup>1</sup>, Κ. Βαλλιάνου<sup>1</sup>, Σ. Ιωάννου<sup>2</sup>, Σ. Εσκίογλου<sup>2</sup>, Γ. Λιάπης<sup>3</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Ανοσολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>3</sup>Τμήμα Παθολογικής-Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Λαϊκό Νοσοκομείο

**Εισαγωγή:** Ο ρόλος των αντισωμάτων έναντι των MICA αντιγόνων (αντί-MICA) στην έκβαση του νεφρικού μοσχεύματος παραμένει αδιευκρίνιστος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αντί-MICA και ειδικά στο δότη αντι-HLA αντισώματα (HLA-DSAs) αναζητήθηκαν με μεθοδολογία Lumipex σε 142 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος: 71 ασθενείς που εκδήλωσαν τεκμηριωμένη με βιοψία απόρριψη, 51 κυτταρική (TCMR) και 20 μεσολαβούμενη από αντισώματα (ABMR) ενώ 71 ασθενείς δεν είχαν παρουσιάσει επεισόδιο απόρριψης. Ο χρόνος παρακολούθησης ήταν 3.7 (2.9-5.2) έτη.

**Αποτελέσματα:** Αντί-MICA ανιχνεύθηκαν πριν τη μεταμόσχευση σε 4 (5.6%) ασθενείς με απόρριψη, όλοι με TCMR, έναντι 2 (2.8%) ασθενών της ομάδας ελέγχου (p=0.681). HLA-DSAs πριν τη μεταμόσχευση ανιχνεύθηκαν σε 19 (26.7%) ασθενείς με απόρριψη και 6 (8.4%) ασθενείς της ομάδας ελέγχου (p=0.008). Σύγχρονη ανίχνευση προσχηματισμένων αντι-MICA και HLA-DSAs παρατηρήθηκε σε 2 ασθενείς με απόρριψη, όλοι με TCMR, έναντι 0 της ομάδας ελέγχου (p=0.497). Στο χρόνο της βιοψίας, αντί-MICA βρέθηκαν σε 3 ασθενείς με TCMR, προσχηματισμένα σε όλους. Σε 2 περιπτώσεις TCMR, ανιχνεύθηκαν παράλληλα αντί-MICA και HLA-DSAs στη βιοψία. Κατά την παρακολούθηση, 13 (18.3%) ασθενείς με απόρριψη, 8 με ABMR και 5 με TCMR, έχασαν το μόσχευμα έναντι 1 ασθενούς (1.4%) της ομάδας ελέγχου (p=0.001). Ένας (1.4%) ασθενής με TCMR, που έχασε το μόσχευμα, είχε αντί-MICA πριν τη μεταμόσχευση. Η επιβίωση ασθενών με λειτουργούν μόσχευμα δεν διέφερε μεταξύ θετικών και αρνητικών για αντί-MICA ασθενών (log-rank p=0.300). Η σύγχρονη ανίχνευση αντί-MICA και HLA-DSAs δεν είχε σημαντική επίδραση στην επιβίωση ασθενών με λειτουργούν μόσχευμα (log-rank p=0.071). Η νεφρική λειτουργία στο τέλος της παρακολούθησης ήταν καλύτερη, αλλά όχι σημαντικά, στους αρνητικούς για αντί-MICA ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Η ανίχνευση αντί-MICA πριν τη μεταμόσχευση δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο απόρριψης. Η απουσία τους φαίνεται να σχετίζεται, αν και όχι σημαντικά, με καλύτερη νεφρική λειτουργία χωρίς να επηρεάζεται η μακροχρόνια επιβίωση του μοσχεύματος. Ο ρόλος τους στη μεταμόσχευση νεφρού καθώς και η αξία της παρακολούθησής τους απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

BA 29



## ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΠΑΝΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΠΑΝΤΗΤΩΝ ΣΤΟ ΤΟΖΙΝΑΜΕΡΑΝ ΠΡΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ 3Η ΔΟΣΗ

**Σ. Στάη<sup>1</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>2</sup>, Ε. Κασιμάτης<sup>1</sup>, Α. Ξωχέλλη<sup>2</sup>, Β. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Γ. Λιούλιος<sup>1</sup>, Φ. Μακροβασίλη<sup>2</sup>, Γ. Τσουλάφας<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η ενεργοποίηση της ανοσιακής απόκρισης αποτελεί πολύπλοκη διαδικασία, εξαρτώμενη από διάφορους κυτταρικούς υποπληθυσμούς.

**Στόχος:** Η μελέτη της κυτταρικής απόκρισης ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ), μετά τον εμβολιασμό με Τοζιναμεραν.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 39 ΛΝΜ υπό σταθερή αγωγή, χωρίς ενεργοποίηση χυμικής ανοσίας 3 εβδομάδες μετά τη 2<sup>η</sup> δόση Τοζιναμεραν (T<sub>0</sub>), ελέγχθηκαν χυμική και ειδική Τ-κυτταρική απόκριση 48ώρες πριν (T<sub>1</sub>) και 3 εβδομάδες μετά την 3<sup>η</sup> δόση (T<sub>2</sub>). Η χυμική ανοσία (Nab) εκτιμήθηκε με χημειοφωταύγεια, η κυτταρική, με enzyme-linked immunosorbent spot (ELISpot). Ως απάντηση ορίστηκε η επίτευξη επιπέδων Nab>0.3AU/ml ή/και ELISpot>30SFC/5×10<sup>5</sup> PBMCs.

Συγχρόνως, με κυτταρομετρία ροής, εκτιμήθηκαν οι υποπληθυσμοί CD4+, CD8+, NK, NKT (ενεργοποιημένων και μη), καθώς και Β-λεμφοκυτάρων σε διάφορα στάδια ωρίμανσης.

**Αποτελέσματα:** Οι απαντητές, T<sub>1</sub>: 17/39 [Nab(-) – ELISpot(+)], T<sub>2</sub>: 34/39 [Nab ή/και ELISpot(+)],  $\chi^2=16.2$ , p<0.0001, δεν εμφάνισαν διαφορές σε: ηλικία, νεφρική λειτουργία, χρόνο από μεταμόσχευση, βαρύτητα ανοσοκαταστολής συγκριτικά με τους μη απαντητές, σε T<sub>1</sub> και T<sub>2</sub>.

Η απάντηση στην T<sub>1</sub> συνοδευόταν από αύξηση των ενεργοποιημένων CD8+ [23.6(29) vs 9.49(10)/μL, p:0.044], ενεργοποιημένων NKT [4.77(8) vs 1.73(2)/μL, p:0.001] και NK κυττάρων [198.91(161) vs 104.45(103)/μL, p:0.024], ενώ στην T<sub>2</sub> από άνοδο των συγκεντρώσεων Β-λεμφοκυττάρων ολικών [87.63(101) vs 26.86(42)/μL, p:0.01], οριακής ζώνης [10.03(13) vs 1.12(5.9)/μL, p:0.045] και μνημονικών [28.31(42) vs 10.57(19)/μL, p:0.048]. Σημαντική αύξηση των NKT και των παρθένων Β-λεμφοκυττάρων από την T<sub>1</sub> στην T<sub>2</sub> [310(174) vs 241(200)/μL, p=0.02 and 56.2(67) vs 1082(834)/μL, p<0.0001, αντίστοιχα] σημειώθηκε μόνο στην ομάδα των απαντητών.

**Συμπεράσματα:** Η 3<sup>η</sup> δόση Τοζιναμεραν αποτέλεσε σημαντική ώθηση για την έκλυση ανοσιακής απόκρισης σε ΛΝΜ, με ενεργοποίηση κυρίως Β λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών.

BA 30





## e-Posters

---

P 001

## Η ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΕΙ ΤΗΝ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Β. Γκίκα<sup>1</sup>, Μ. Λουκά<sup>1</sup>, Ε. Ευαγγέλου<sup>1</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>1</sup>, Α. Δρακόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Τίγκα<sup>1</sup>, Κ. Κανελλοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Πουλινάκη<sup>1</sup>, Μ. Τσαγκατάκης<sup>2</sup>, Γ. Τσιρπανλής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup>Τμήμα Μαγνητικής Τομογραφίας, «Βιοϊατρική», Αθήνα

**Σκοπός:** Η τολβαπτάνη, αποκλειστής των υποδοχέων V2 της αντιδιουρητικής ορμόνης, αποτελεί τη μοναδική εγκεκριμένη ειδική αγωγή για την Πολυκυστική Νόσο των Νεφρών που κληρονομείται με επικρατούντα χαρακτήρα (ΠΚΝ). Μακροχρόνια κλινικά αποτελέσματα με αυτή την αγωγή δεν έχουν ακόμα δημοσιευτεί. Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα μετά από 3 έτη αγωγής σε ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη ΠΚΝ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ΠΚΝ που ολοκλήρωσαν 3 έτη αγωγής με τολβαπτάνη, χωρίς παρενέργειες. Πριν την έναρξη και στα 3 έτη της αγωγής οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε Μαγνητική Τομογραφία για τη μέτρηση του Συνολικού Όγκου Νεφρών (ΣΟΝ). Βάσει αυτού, ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την Απεικονιστική Κατηγοριοποίηση κατά Mayo Clinic (AKMC). Με τη χρήση σχετικού τύπου (Irazabal MV et al, JASN 2015) υπολογίστηκε η προβλεπόμενη έκπτωση του εκτιμώμενου Ρυθμού Σπειραματικής Διήθησης (estimated-Glomerular Filtration Rate, e-GFR) στα 3 έτη χωρίς αγωγή, καθώς και το χρονικό διάστημα για την εγκατάσταση Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (TA-XNN) επίσης χωρίς θεραπεία. Τα δύο αυτά μεγέθη συγκρίθηκαν με εκείνα που προέκυψαν από την εφαρμογή του ίδιου τύπου στα δεδομένα που μετρήθηκαν μετά την ολοκλήρωση 3 ετών αγωγής με τολβαπτάνη. Υπολογίστηκε επίσης ο προβλεπόμενος ΣΟΝ στα 3 έτη χωρίς αγωγή (5,3% αύξηση ανά έτος) και συγκρίθηκε με τον αντίστοιχο μετά από 3 έτη αγωγής. Η δοσολογία της χορηγούμενης τολβαπτάνης προσαρμόστηκε ανάλογα με την ωσμωτικότητα των ούρων (<200 mOsm/kg). Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση Paired t-test και Wilcoxon signed-rank test.

**Αποτελέσματα:** Σαράντα ένας ασθενείς (18 γυναίκες, 23 άνδρες), μέσης (SD) ηλικίας 42,5 (8,6) ετών, ολοκλήρωσαν 3 έτη αγωγής. Σύμφωνα με την AKMC, 41% των ασθενών ανήκαν στην κατηγορία 1C, 44% στην 1D και 15% στην 1E. Ο e-GFR κατά την έναρξη της αγωγής ήταν 61,8 (24,6) ml/min (15% των ασθενών βρισκόνταν σε στάδιο 1 XNN, 42% σε στάδιο 2, 12% σε στάδιο 3a, 24% σε στάδιο 3b και 7% σε στάδιο 4, >25 ml/min). Ο προβλεπόμενος ΣΟΝ στα 3 έτη χωρίς αγωγή υπολογίστηκε στα 2717 (1839) ml, ενώ ο ΣΟΝ που μετρήθηκε μετά από 3 έτη αγωγής ήταν 2773,3 (2086,9) ml (p=0,44). Ο προβλεπόμενος e-GFR στα 3 έτη χωρίς αγωγή υπολογίστηκε στα 51,1 (25,2) ml/min, ενώ ο e-GFR που μετρήθηκε μετά από 3 έτη αγωγής ανήλθε σε 57,3 (30,2) ml/min (p=0,001). Τέλος, ενώ το προβλεπόμενο χρονικό διάστημα για την εγκατάσταση ΤΣ-XNN ήταν αρχικά 10 (6,9) έτη, το αντίστοιχο χρονικό διάστημα που υπολογίστηκε στα 3 έτη αγωγής με τολβαπτάνη ήταν 12 (8) έτη (p<0,001).

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση τολβαπτάνης για 3 έτη επιβράδυνε σημαντικά την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και βελτίωσε την πρόγνωση των ασθενών με ΠΚΝ χωρίς να επηρεάσει τον ΣΟΝ.

P 002

## Η ΟΓΚΩΔΗΣ ΔΙΟΥΡΗΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗ ΔΕΝ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΙ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Β. Γκίκα, Μ. Λουκά, Κ. Κανελλοπούλου, Ε. Ευαγγέλου, Δ. Γκαλίτσιου, Ε. Τίγκα, Α. Δρακόπουλος, Ε. Πουλινάκη, Γ. Τσιρπανλής**

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

**Σκοπός:** Η ειδική αγωγή με τολβαπτάνη στους ασθενείς με Πολυκυστική Νόσο των Νεφρών που κληρονομείται με επικρατούντα χαρακτήρα (ΠΚΝ) προκαλεί μεγάλη αύξηση του όγκου των παραγόμενων ούρων λόγω του αποκλεισμού των υποδοχέων V2 της αντιδιουρητικής ορμόνης στον άπυ νεφρώνα. Δυνητικά, η μεγάλη αύξηση της διούρησης θα μπορούσε να διαταράξει τη νεφρική λειτουργία και την ηλεκτρολυτική ισορροπία των ασθενών υπό θεραπεία. Η παρούσα μελέτη διερευνά τα παραπάνω σε ασθενείς με ΠΚΝ υπό χρόνια αγωγή με τολβαπτάνη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 51 ασθενείς με ΠΚΝ, μέσης (SD) ηλικίας 41,9 (8,9) ετών, υπό αγωγή με τολβαπτάνη για τουλάχιστον 18 μήνες. Είκοσι από αυτούς ανήκαν στην κατηγορία 1C σύμφωνα με την Απεικονιστική Κατηγοριοποίηση κατά Mayo Clinic, 22 στην 1D και 9 στην 1E. Παράλληλα, το 18% των ασθενών βρισκόταν στο στάδιο 1 της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου, το 31% στο στάδιο 2, το 12% στο στάδιο 3a, το 25% στο στάδιο 3b και το 14% στο στάδιο 4, με εκτιμώμενο Ρυθμό Σπειραματικής Διήθησης (estimated-Glomerular Filtration Rate, e-GFR) >25 ml/min. Η δοσολογία της χορηγούμενης τολβαπτάνης προσαρμόστηκε σύμφωνα με την ωσμωτικότητα των ούρων (<200 mOsm/kg). Στους 18 μήνες, 19, 14 και 18 ασθενείς λάμβαναν αντίστοιχα 90/30, 60/30 και 45/15 mg τολβαπτάνης ημερήσια. Στους ασθενείς δόθηκε η οδηγία να πίνουν νερό ανάλογα με το αίσθημα της δίψας, αλλά να φροντίζουν ώστε ο όγκος των υγρών που καταναλώνουν να είναι περίπου ο ίδιος με τον όγκο των παραγόμενων ούρων, τον οποίο μετρούσαν σε μηνιαία βάση. Πριν από την έναρξη της αγωγής και κάθε μήνα, κατά την περίοδο των 18 μηνών, μετρίονταν η ωσμωτικότητα των ούρων σε πρωινό δείγμα, η κρεατινίνη, το κάλιο, το νάτριο, το ασβέστιο, ο φωσφόρος και το ουρικό οξύ στον ορό, καθώς ο όγκος των ούρων 24ώρου σε κάθε ασθενή. Έγινε στατιστική ανάλυση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων σε σχέση με τον όγκο των ούρων.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος (SD) όγκος των ούρων 24ώρου 3 ημέρες πριν την έναρξη της τολβαπτάνης ήταν 3167 (1217) ml (min 1580, max 6200 ml) και κατά τη διάρκεια των 18 μηνών της θεραπείας αυξήθηκε στα 5403 (1900) ml (min 1370, max 12900 ml). Η μέση (SD) ωσμωτικότητα των ούρων πριν την έναρξη της αγωγής ήταν 354 (200) και μειώθηκε στα 198 (91) mOsm/kg κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο όγκος και η η ωσμωτικότητα των ούρων σχετίστηκαν αρνητικά ( $\beta=-0,017$ , 95%CI -0,0237 - 0,0118, p<0,001). Συγκεκριμένα, σε κάθε αύξηση του όγκου των ούρων 24ώρου κατά 1 L η ωσμωτικότητα των ούρων στο πρωινό δείγμα μειωνόταν κατά 17 mOsm/kg. Κατά τη διάρκεια των 18 μηνών της αγωγής με τολβαπτάνη δεν βρέθηκε καμιά συσχέτιση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και του όγκου των ούρων 24ώρου ούτε όσον αφορά στον e-GFR (p=0,907) ούτε όσον αφορά στα υπόλοιπα στοιχεία που μετρήθηκαν στον ορό: κάλιο (p=0,408), νάτριο (p=0,154), ασβέστιο (p=0,657), φωσφόρο (p=0,412) και ουρικό οξύ (p=0,168).

**Συμπεράσματα:** Παρά τη μεγάλη αύξηση του όγκου των παραγόμενων ούρων, η νεφρική λειτουργία και η ηλεκτρολυτική ισορροπία δεν διαταράσσονται σε (συνεργάσιμους) ασθενείς με ΠΚΝ που λαμβάνουν τολβαπτάνη.



## ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΟΥΣ Σ. Βοβλιανού<sup>1</sup>, Γ. Τσιγάρας<sup>1</sup>, Β. Κούτλας<sup>2</sup>, Φ. Παπουλίδου<sup>3</sup>, Π. Σκαπινάκης<sup>4</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>5</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2,6</sup>

P 003

<sup>1</sup>Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

<sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, ΠΓΝ Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

<sup>4</sup>Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

<sup>5</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

<sup>6</sup>Νεφρολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και ΠΓΝ Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και οι θεραπείες της (εξωνεφρική κάθαρση, μεταμόσχευση) επιδρούν δυσμενώς στην Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) και στην ψυχική υγεία των ασθενών και των αντίστοιχων φροντιστών τους. Σκοπός αυτής της διαστρωματικής, πολυκεντρικής, μελέτης ήταν να προσδιορίσει και να συγκρίνει το επίπεδο της ΠΖ, του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών και των φροντιστών τους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμμετείχαν συνολικά 198 ασθενείς (33 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, 27 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση, 138 υπό αιμοκάθαρση) και οι αντίστοιχοι φροντιστές τους. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά, ανθρωπομετρικά δεδομένα και χρησιμοποιήθηκε για την επισκόπηση της υγείας το EuroQuality of Life-5Dimension-3level(EQ-5D-3L), για την εκτίμηση του άγχους η κλίμακα GAD-2 και της κατάθλιψης το Beck-Depression-Inventory(BDI-21).

**Αποτελέσματα:** Η πλειονότητα(67,2%) των φροντιστών ήταν γυναίκες και των ασθενών (64,1%) άνδρες. Η διάμεσος της ηλικίας ασθενών και φροντιστών ήταν τα 58 έτη, με διάμεσο χρόνο παροχής φροντίδας τα 4 έτη. Αρνητική συσχέτιση παρουσίασε η κλίμακα EQVAS και ο EQ-5D-3L Index στους ασθενείς και στους φροντιστές με την ηλικία και τη διάρκεια γάμου ( $p < .01$ , για όλες τις συσχετίσεις). Ο δείκτης EQ-5D-3L Index και η κλίμακα EQVAS των φροντιστών εμφάνισε θετική συσχέτιση με το δείκτη και την κλίμακα των ασθενών ( $r_s = .231, p < .01$ ,  $r_s = .153, p < .05$ , αντίστοιχα). Η εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης ανέδειξε θετική σημαντική συσχέτιση μεταξύ των σκορ των ασθενών και των φροντιστών ( $r_s = .292, p < .01$ ,  $r_s = .200, p < .01$  αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Διαπιστώθηκε σημαντική, αμφίδρομη σχέση στις διαστάσεις της ΠΖ, στο άγχος και στην κατάθλιψη μεταξύ ασθενών και φροντιστών. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες απαιτούνται προκειμένου να εξεταστούν οι παράγοντες και οι επιπτώσεις της κάθε μεθόδου νεφρικής θεραπείας στη δαδα ασθενή-φροντιστή.

## Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΥΠΟΠΛΥΘΗΣΜΩΝ ΤΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2 ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

P 004

Ι. Μαλλιώρας<sup>1</sup>, Χ. Γεωργόπουλος<sup>1</sup>, Α. Ντούνη<sup>1,2</sup>, Γ. Μαρκόπουλος<sup>3</sup>, Χ. Παππάς<sup>1,2</sup>, Ε. Παππάς<sup>4</sup>, Β. Κούτλας<sup>2</sup>, Ε. Τζαλαβρά<sup>2</sup>, Γ. Μπαξεβάνος<sup>3,5</sup>, Σ. Πρίσκα<sup>6</sup>, Γ. Καταγής<sup>7</sup>, Κ. Γκαρτζωνικά<sup>7</sup>, Γ. Βαρθολομάτος<sup>3</sup>, Μ. Μήτσης<sup>2</sup>, Ε. Χριστάκη<sup>8</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>8</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>1,2,6</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Τμήμα Χειρουργικής και Μονάδα Νεφρικής Μεταμόσχευσης, ΠΓΝ Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Αιματολογικό Εργαστήριο - Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων

<sup>4</sup>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Φιλατρών

<sup>5</sup>Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

<sup>6</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

<sup>7</sup>Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρικό Τμήμα της Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

<sup>8</sup>Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Τα χαμηλά επίπεδα ορομετατροπής μετά τη δεύτερη δόση του εμβολίου mRNA έναντι του SARS-CoV-2 στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς (ΑΜΚ) και κυρίως στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ) αποτέλεσαν την αιτία της σύστασης για τη χορήγηση τρίτης δόσης σε αυτές τις ομάδες ασθενών. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο καθορισμός της προγνωστικής αξίας των υποπληθυσμών των λεμφοκυττάρων στην παραγωγή αντισωμάτων έναντι του SARS-CoV-2 μετά τη δεύτερη δόση του εμβολίου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η κοόρτη (ClinicalTrials.gov, NCT04932876) περιελάμβανε 34 ΑΜΚ ασθενείς και 54 ΛΝΜ που έλαβαν δύο δόσεις του BNT162b2 (Pfizer-BioNTech). Αναλύθηκαν με κυτταρομετρία ροής υποπληθυσμοί λεμφοκυττάρων πριν από τον εμβολιασμό, πριν από τη 2η δόση, δύο εβδομάδες μετά τη 2η δόση. Τίτλοι αντισωμάτων  $>50 \text{ AU/ml}$  θεωρήθηκαν θετικοί για ορομετατροπή. Εφαρμόστηκε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, ξεχωριστά στις δύο υπο-ομάδες ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση των ΛΝΜ έδειξε ότι οι πληθυσμοί των  $\text{CD}19^+$ ,  $\text{CD}3^+\text{CD}16^+\text{56}^+$  και  $\text{CD}4^+\text{CD}45\text{RO}$  μπορούν να προβλέψουν το σχηματισμό αντισωμάτων ( $p\text{-ANOVA} < 0.001$ ) με βάση το μοντέλο:  $\text{Ab} = 4869 + 519 \cdot \text{CD}19 + 226 \cdot \text{CD}3 + \text{CD}16 + 56 - 139 \cdot \text{CD}4 + \text{CD}45\text{RO}$ . Η ανάλυση των ΑΜΚ ασθενών ανέδειξε ότι οι πληθυσμοί των  $\text{CD}19^+$ ,  $\text{CD}45\text{RA} + \text{CD}45\text{RO}$ ,  $\text{CD}4/\text{CD}8$ ,  $\text{CD}3 - \text{CD}16 + 56^+$  και  $\text{CD}4 + \text{CD}45\text{RO}$  μπορούν να προβλέψουν το σχηματισμό αντισωμάτων ( $p\text{-ANOVA} < 0.001$ ) με βάση το μοντέλο:  $\text{Ab} = 20267 + 835.3 \cdot \text{CD}19 - 286 \cdot \text{CD}45\text{RA} + \text{CD}45\text{RO} - 375.2 \cdot \text{CD}4 + \text{CD}45\text{RO} + 851 \cdot \text{CD}4/\text{CD}8 - 187.3 \cdot \text{CD}3 - \text{CD}16 + 56^+$ . Τα 2 μοντέλα εξηγούν τη διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής (Ab), σύμφωνα με τον δείκτη, σε ένα ποσοστό 24% και 67% αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η ποσοτικοποίηση των υποπληθυσμών των λεμφοκυττάρων με κυτταρομετρία ροής εμφανίζει σημαντική προγνωστική αξία στην ανάπτυξη αντισωμάτων μετά τον εμβολιασμό έναντι του SARS-CoV-2 κυρίως στους ΛΝΜ. Οι υποπληθυσμοί των λεμφοκυττάρων στα προγνωστικά μοντέλα διαφέρουν μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται για την ισχυροποίηση των προγνωστικών μοντέλων.

P 005

## DE NOVO ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΓΟΝΙΔΙΑ (PKD1 ΚΑΙ LRP5) ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΝΕΡΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Γ. Τσιρπανλής<sup>1</sup>, Δ. Παλαιολόγου<sup>2</sup>, Λ. Λάζαρος<sup>2</sup>, Μ. Λουκά<sup>1</sup>, Ε. Ευαγγέλου<sup>1</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>1</sup>, Ε. Καναβάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup>Genesis Genoma Lab, Γενετική Διάγνωση, Κλινική Γενετική & Έρευνα, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Ο φαινότυπος της πολυκυστικής νόσου των νεφρών (ΠΚΝ) που κληρονομείται με επικρατούντα χαρακτήρα ποικίλλει. Η παρουσία πολλαπλών ηπατικών κύστεων αποτελεί τη συχνότερη εξωνεφρική της εκδήλωση. Η σύγχρονη παρουσία κύστεων στα δύο όργανα πιθανώς επηρεάζεται από την υποκείμενη γονιδιακή βλάβη. Παρουσιάζουμε την κλινική, απεικονιστική και γενετική εικόνα ασθενούς με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό και 2 *de novo* μεταλλάξεις σε γονίδια που σχετίζονται με την παθογένεια της κυστικής νόσου.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Στο ιατρείο ΠΚΝ του Νοσοκομείου μας προσήλθε γυναίκα 53 ετών με πατέρα και μητέρα αμφότερους 89 ετών χωρίς κύστεις σε ήπαρ και νεφρούς (e-GFR 58 και 48 ml/min, αντίστοιχα), 2 αδελφές 47 και 50 ετών επίσης χωρίς κύστεις, και 2 παιδιά, 24 και 9 ετών, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Η ίδια είχε ιστορικό ουρολοιμώξεων και νεφρολιθίασης και διαγνώστηκε με υπέρταση σε ηλικία 40 ετών. Σε ηλικία 42 ετών, σε έλεγχο στα πλαίσια της υπέρτασης, διαπιστώθηκαν υπερηχογραφικά πολλαπλές ηπατικές και νεφρικές κύστεις. Ο e-GFR κατά την πρώτη της επίσκεψη ήταν 49 ml/min. Η ηπατική βιολογία ήταν φυσιολογική. Συστήθηκε γενετικός έλεγχος και απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία (MT) για ογκομέτρηση των νεφρών. Στον γενετικό έλεγχο ανιχνεύθηκαν 2 νουκλεοτιδικές παραλλαγές σε ετεροζυγωτία. Η πρώτη μετάλλαξη αφορούσε το γονίδιο *PKD1*: c.1396G>A (p.Val466Met) και προκαλεί την αντικατάσταση του αμινοξέος βαλίνη από μεθειονίνη στη θέση 466 της παραγόμενης πρωτεΐνης (Polycystin 1). Αναφέρεται ως παραλλαγή αβέβαιης κλινικής σημασίας, γιατί ενώ στη βιβλιογραφία έχει περιγραφεί σε άτομα με ΠΚΝ, δεν έχουν πραγματοποιηθεί λειτουργικές μελέτες για να επιβεβαιωθεί η παθογονικότητά της. Η δεύτερη μετάλλαξη αφορούσε το γονίδιο *LRP5*: c.3586G>A (p.Ala1196Thr) και προκαλεί την αντικατάσταση του αμινοξέος αλανίνη από θρεονίνη στη θέση 1196 της παραγόμενης πρωτεΐνης (Low density lipoprotein receptor-related protein-5) και αναφέρεται και αυτή ως παραλλαγή αβέβαιης κλινικής σημασίας. Παρουσιάζει επίσης αυτοσωματική επικρατητική κληρονομικότητα. Στον απεικονιστικό έλεγχο της ασθενούς με MT διαπιστώθηκε ιδιαίτερα υψηλό κυστικό φορτίο στο ήπαρ και ΠΚΝ σε σχετικά άτυπη μορφή (όχι αναρίθμητες αλλά σχετικά μεγάλες νεφρικές κύστεις). Ο συνολικός νεφρικός όγκος ήταν 1842 ml (1071 ml/m) και σύμφωνα και με την ηλικία της την κατέταξε στην τάξη 1C (ή πιθανώς και 2C λόγω της άτυπης εικόνας) κατά την απεικονιστική ταξινόμηση κατά Mayo Clinic. Η αναμενόμενη εγκατάσταση του τελικού σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΤΣ-ΧΝΝ (εφόσον η νόσος δεν είναι άτυπη) σύμφωνα με τον αλγόριθμο της Mayo Clinic και τον e-GFR της ασθενούς ήταν 11 έτη.

**Συζήτηση:** Σε πρόσφατες δημοσιεύσεις, παθολογικές νουκλεοτιδικές παραλλαγές του γονιδίου *LRP5* σχετίστηκαν με την εκδήλωση πολυκυστικής νόσου του ήπατος. Η συνύπαρξη μεταλλάξεων *PKD1* και *LRP5* εντοπίστηκε επίσης σε 2 οικογένειες με πολυκυστική νόσο νεφρών και ήπατος. Ο υποκείμενος παθογενετικός μηχανισμός φαίνεται πως έχει να κάνει με τη σχέση που έχει βρεθεί μεταξύ της Polycystin-1 (προϊόντος του *PKD1* και εμπλεκόμενης στην παθογένεια της ΠΚΝ) και της σηματοδοτικής οδού Wnt (επηρεαζόμενη από τις μεταλλάξεις του γονιδίου *LRP5* και συνδεδεμένης με την ηπατική κυστεογένεση). Η συνύπαρξη των δύο μεταλλάξεων πιθανόν να υποδηλώνει συνεργική δράση. Στη συγκεκριμένη ασθενή αναφέρονται για πρώτη φορά η *de novo* σύγχρονη εμφάνιση των δύο μεταλλάξεων (οι γονείς δεν ελέγχθηκαν γενετικά, αλλά σε μεγάλη ηλικία δεν είχαν κύστεις), το ιδιαίτερα μεγάλο κυστικό ηπατικό φορτίο (που παρατηρείται όμως και σε τυπική ΠΚΝ, ιδιαίτερα σε γυναίκες), η άτυπη νεφρική κυστική εικόνα και η μέτριας-σοβαρής βαρύτητας νεφρική νόσος (αναμενόμενο ΤΣ-ΧΝΝ στα 64 έτη). Συμπερασματικά, η γενετική πολυπλοκότητα φαίνεται πως συμβαδίζει με την ποικιλομορφία του φαινότυπου στην πολυκυστική νόσο νεφρών και ήπατος.

P 006

## ΠΡΩΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ SEC61B ΣΕ ΥΙΟ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΤΕΡΑ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΝΕΦΡΩΝ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΣ

Γ. Τσιρπανλής<sup>1</sup>, Λ. Λάζαρος<sup>2</sup>, Δ. Παλαιολόγου<sup>2</sup>, Μ. Λουκά<sup>1</sup>, Ε. Ευαγγέλου<sup>1</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>1</sup>, Ε. Καναβάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup>Genesis Genoma Lab, Γενετική Διάγνωση, Κλινική Γενετική & Έρευνα, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών με πολυκυστική νόσο των νεφρών (ΠΚΝ) που κληρονομείται με επικρατούντα χαρακτήρα εμπλέκονται μεταλλάξεις άλλων γονιδίων εκτός των *PKD1* και *PKD2*. Ο φαινότυπος της νόσου φαίνεται να διαφέρει σε αυτές τις περιπτώσεις. Παρουσιάζουμε 2 ασθενείς, πατέρα και υίο, με μια νέα νουκλεοτιδική παραλλαγή του γονιδίου *SEC61B*, καθώς και την κλινική και απεικονιστική τους εικόνα.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Στο ιατρείο ΠΚΝ του Νοσοκομείου μας προσήλθε άνδρας 66 ετών με αυξημένο μέγεθος νεφρών, πολλαπλές νεφρικές και ηπατικές κύστεις, που διαγνώστηκαν για πρώτη φορά σε ηλικία 55 ετών, ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό για ΠΚΝ, υπέρταση και e-GFR 61 ml/min. Ταυτόχρονα προσήλθε ο υιός του, 36 ετών, με πολλαπλές ηπατικές κύστεις, φυσιολογικό μέγεθος νεφρών, χωρίς νεφρικές κύστεις και κάποιες νεφρικές βλάβες (μικρό υπερηχοϊκό στοιχείο, 3,7 mm, με χαρακτηρισά αγγειομολιπώματος στον δεξιό νεφρό και μικρολιθιασικά στοιχεία άμφω), πρόσφατο επεισόδιο ουρολοιμώξεως και e-GFR 114 ml/min. Συστήθηκε γενετικός έλεγχος και στους δύο και διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας στον πατέρα για εκτίμηση του όγκου των νεφρών. Στους γενετικούς ελέγχους τόσο του πατέρα όσο και του υιού βρέθηκε η ίδια γενετική παραλλαγή c.162dupG του γονιδίου *SEC61B*, η οποία οδηγεί σε αντικατάσταση του αμινοξέος μεθειονίνη από ασπαραγινικό οξύ στη θέση 55 της παραγόμενης πρωτεΐνης και προκαλεί αλλαγή του αναγνωστικού πλαισίου με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός νέου κωδικονίου τερματισμού μετά από 87 αμινοξέα (p.Met55AspfsTer88). Καμιά άλλη μετάλλαξη δεν εντοπίστηκε στα σχετικά με τον φαινότυπο 634 γονίδια που ελέγχθηκαν, συμπεριλαμβανομένων των *PKD1*, *PKD2*, *TSC1* και *TSC2*. Ο πατέρας είχε αυξημένο όγκο νεφρών λόγω πολυκυστικής νόσου (>10 κύστεις σε κάθε νεφρό). Ο συνολικός όγκος των νεφρών ήταν 969,8 ml, κατατάσσοντας τον ασθενή, σύμφωνα με το ύψος και την ηλικία του, στην κατηγορία 1B της απεικονιστικής ταξινόμησης της ΠΚΝ κατά Mayo Clinic, που είναι ενδεικτική βραδείας κλινικής πορείας. Άρα, οι δύο ασθενείς, πατέρας και υιός, με την ίδια μετάλλαξη του γονιδίου *SEC61B* είχαν πολυκυστική νόσο του ήπατος, ενώ ο κατά 30 έτη μεγαλύτερος πατέρας είχε εμφανίσει και βραδείας εξέλιξης ΠΚΝ.

**Συζήτηση:** Η συγκεκριμένη νουκλεοτιδική παραλλαγή δεν έχει αναφερθεί μέχρι σήμερα σε πάσχοντα από διαταραχή σχετιζόμενη με το γονίδιο *SEC61B*. Σε πρόσφατη δημοσίευση (Besse W et al, J Clin Invest, 2017), ετερόζυγες γενετικές παραλλαγές του γονιδίου *SEC61B* παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με πολυκυστική νόσο του ήπατος και λίγες ή καθόλου νεφρικές κύστεις. Σε πειραματική δοκιμασία στην ίδια μελέτη βρέθηκε πως η απουσία της πρωτεΐνης *SEC61B* έχει ως αποτέλεσμα τη σχεδόν απόλυτη μείωση των επιπέδων της Πολυκυστίνης 1 (προϊόντος του γονιδίου *PKD1*, μεταλλάξεις του οποίου προκαλούν την ΠΚΝ) λόγω ελαττωματικής ωρίμανσης της τελευταίας στο ενδοπλασματικό δίκτυο. Συνδυάζοντας λοιπόν τα δικά μας δεδομένα με αυτά της βιβλιογραφίας μπορούμε να συμπεράσουμε ότι μεταλλάξεις του γονιδίου *SEC61B* (και ειδικά η πρωτοαναφερόμενη c.162dupG) ενέχονται στην εμφάνιση πολυκυστικής νόσου του ήπατος, η οποία φαίνεται ότι συνοδεύεται από πολυκυστική νόσο των νεφρών μέτριας βαρύτητας, με όσιμη εμφάνιση και βραδεία εξέλιξη.

**Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ Τ ΚΑΙ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ****Ε. Μωυσιδίου<sup>1</sup>, Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Γ. Λιούλιος<sup>1</sup>, Α. Ξωχέλλη<sup>2</sup>, Β. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Σ. Στάη<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>2</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ) χαρακτηρίζεται από στροφή των Β λεμφοκυττάρων προς πιο γηραντικές μορφές, όπως τους υποπληθυσμούς μνήμης που έχουν υποστεί μεταβολή του ισotyπou (CD19+IgD-CD27+) και τους πλήρως διαφοροποιημένους υποπληθυσμούς (CD19+IgD-CD27-). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί φαινοτυπικά η Τ κυτταρική απόκριση σε σχέση με το σαφές Β ανοσογχαντικό πρότυπο που επικρατεί στην νεφρίτιδα του λύκου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναλύθηκαν με κυτταρομετρία ροής στο περιφερικό αίμα 31 ασθενών με νεφρίτιδα του λύκου σε ύφεση, επιφανειακοί δείκτες Τ (CD45RA, CCR7, CD31, CD28, CD57) και Β (CD27 and IgD) λεμφοκυττάρων και προσδιορίστηκαν οι αντίστοιχοι λεμφοκυτταρικοί υποπληθυσμοί.

**Αποτελέσματα:** Στους ασθενείς με νεφρίτιδα του λύκου παρατηρήθηκε σημαντική θετική συσχέτιση των παρθένων και μη ενεργοποιημένων CD4+ και CD8+ λεμφοκυττάρων με τα Β κύτταρα μνήμης. Ιδιαίτερως ισχυρή συσχέτιση παρουσίαζαν τα Β κύτταρα που έχουν υποστεί μεταβολή του ισotyπou με τους Τ κυτταρικούς υποπληθυσμούς CD4CD31+ (r=0.575), CD4+ κεντρικά κύτταρα μνήμης(CM) (CD45RA-CCR7+) (r=0.546), CD4CD45RA+CD28+(r=0.556), CD4CD28+CD57- (r=0.621), CD4CD45+CD57- (r=0.544), CD4CD45-CD57- (r=0.65), CD8CD28+CD57- (r=0.596), CD8CD45-CD57- (r=0.556) ενώ ασθενέστερη αλλά συγχρόνως σημαντική παρέμενε αναφορικά με τα CD4+παρθένα(CD45RA+CCR7+) (r=0.432), CD8CM(CD45RA-CCR7+) (r=0.474), CD8CD31+ (r=0.461), CD8CD28+CD57+ (r=0.442). Το φαινόμενο αυτό ήταν λιγότερο εμφανές μεταξύ των τελικώς διαφοροποιημένων Β κυττάρων και των CD4CM(CD45RA-CCR7+) (r=0.381), CD4CD45RA+CD28+ (r=0.504), CD4CD31+ (r=0.587), CD4CD28+CD57- (r=0.487), CD4CD28+CD57+ (r=0.491), CD4CD45+CD57- (r=0.419), CD4CD45-CD57- (r=0.397), CD8 Naive(CD45RA+CCR7+) (r=0.432), CD8CD31+ (r=0.366), CD8CD28+CD57- (r=0.363), CD8CD28+CD57+ (r=0.483), CD8CD45-CD57- (r=0.444), CD8CD45-CD57+ (r=0.384).

**Συμπέρασμα:** Η δραστηριότητα των παρθένων και ανενεργών Τ λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών σχετίζεται με τον κυρίαρχο Β ανοσογχαντικό φαινότυπο στη νεφρίτιδα του λύκου και πιθανώς εμπλέκεται στην παθογένεια του Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου.

P 007

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΡΚΔ: ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗΣ****Α. Λιάτσος, Θ. Οικονομάκη, Α. Παϊκοπούλου, Β. Χουλιτούδη, Δ. Αυγίκος, Χ. Χριστοδουλίδου**

Νεφρολογική Κλινική «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η Αυτοσωμική Επικρατούσα Πολυκυστική Νόσος (ΑΡΚΔ), αποτελεί την τέταρτη αιτία που οδηγεί σε Τελικού Σταδίου Νεφρική Ανεπάρκεια (ΤΣΝΑ). Από το 2015 έχει εγκριθεί η χορήγηση της Τολβαπτάνης σε ασθενείς με ΑΡΚΔ υψηλού κινδύνου για εξέλιξη σε ΤΣΝΑ (Mayo classification system, classes 1C-D).

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη αυτή συγκρίνουμε τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ΑΡΚΔ που έλαβαν Τολβαπτάνη (45/15 mg) σε σχέση με αυτούς που δεν έλαβαν αλλά ακολουθούσαν το περιοδικό έλεγχο. Πρόκειται για 33 άτομα με μέσο όρο ηλικίας 44.17± 13.6 έτη. Χορηγήθηκε Τολβαπτάνη σε 9 (27.3%) ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια της Mayo classification για τη χορήγηση της. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης του συνόλου των ασθενών ήταν 11.41± 7.4 μήνες και για αυτούς που έπαιρναν τολβαπτάνη ήταν 10.6±3.9 μήνες. Προσδιορίστηκαν οι τιμές της ουρίας, κρεατινίνης, νατρίου πλάσματος, ειδικού βάρους και ωσμωτικότητας ούρων στην αρχή της παρακολούθησης και συγκρίθηκαν με αυτές της τελευταίας επίσκεψης.

**Αποτελέσματα:** Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στις τιμές της ουρίας, της ωσμωτικότητας και του ειδικού βάρους των ούρων μετά από ένα έτος χρήσης τολβαπτάνης, σε σχέση με την ομάδα που δεν έλαβε την αγωγή και έτσι δεν χρειάστηκε τιτλοποίηση η δόση του φαρμάκου. Στην ίδια ομάδα παρατηρήθηκαν οριακά μεγαλύτερες τιμές του νατρίου πλάσματος, αλλά εντός φυσιολογικών ορίων. Οι δείκτες της νεφρικής λειτουργίας και στις δυο ομάδες, δεν έδειξαν κάποια μεταβολή.

**Συμπεράσματα:** Στο ένα έτος παρακολούθησης οι ασθενείς με ΑΡΚΔ που έλαβαν Τολβαπτάνη δεν επιδείνωσαν την νεφρική τους λειτουργία, αλλά παρουσίασαν μεταβολές που συνδέονταν με τις οδηγίες για λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων νερού, δείχνοντας καλή συμμόρφωση στη θεραπεία.

P 008

P 009

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΕΑΣ ΠΑΘΟΓΟΝΟΥ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ FABRY ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΛΑΣΣΙΚΟ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ

**Χ. Παλιούρας<sup>1</sup>, Ε. Γεωργοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Λιακόπουλος<sup>3</sup>, Ε. Παπαμανώλης<sup>1</sup>, Μ. Παλκοπούλου<sup>2</sup>, Φ. Λαμπριανού<sup>1</sup>, Α. Ζερβός<sup>1</sup>, Ε. Κεραζή<sup>2</sup>, Α. Καλαετζής<sup>2</sup>, Γ. Φώτη<sup>2</sup>, Μ. Κόκκινος<sup>3</sup>, Α. Καλιοντζόγλου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

<sup>2</sup>Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

<sup>3</sup>Οφθαλμολογικό Τμήμα, ΓΝ Ρόδου

**Εισαγωγή:** Η νόσος Fabry είναι μια σπάνια νόσος του μεταβολισμού των σφιγγολιπιδίων που μεταβιβάζεται με φυλοσύνδετο τρόπο. Η μερική ή πλήρης έλλειψη του ενζύμου α-γαλακτοσιδάση Α (α-GAL A) προκαλεί ενδοκυττάρια συσσώρευση των γλυκοσφιγγολιπιδίων (Gb3, lysoGb3) σε διάφορους ιστούς. Περισσότερες από 1000 παραλλαγές του GLA γονιδίου έχουν περιγραφεί, κάποιες αμφίβολης κλινικής σημασίας. Στην κλασική της μορφή η νόσος είναι πολυσυστηματική, εκδηλώνεται από την παιδική ηλικία έχοντας ως κύρια όργανα στόχους τους νεφρούς, την καρδιά και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ελέγχθηκαν τα έξι μέλη μιας οικογένειας (2 άνδρες και 4 γυναίκες) που διαγνώστηκαν με μια νέα, παρανοηματική (missense) μετάλλαξη του GLA γονιδίου (c.787A>G, p.Asn263Asp). Μετρήθηκαν η ενεργότητα του ενζύμου α-GAL στους άρρνες και τα επίπεδα lyso-Gb3 στο πλάσμα. Όλοι υποβλήθηκαν σε κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο που περιλάμβανε υπερηχογράφημα καρδιάς, εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας και της λευκωματουρίας, MRI εγκεφάλου και ΗΜΓ, οφθαλμολογική εξέταση και ακουόγραμμα.

**Αποτελέσματα:** Αμφότεροι οι άνδρες ηλικίας 45 και 26 ετών και μία γυναίκα ηλικίας 49 ετών εμφάνισαν τον κλασικό φαινότυπο της νόσου με χαμηλή υπολειπόμενη ενζυμική δραστηριότητα, υψηλά επίπεδα lysoGb3 και πολυσυστηματική προσβολή (καρδιακή, νεφρική και νευρολογική). Ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος στις υπόλοιπες τρεις γυναίκες νεότερης ηλικίας (23, 21 και 19 ετών, αντίστοιχα) δεν ανέδειξε βλάβη σε όργανα στόχους, με εξαίρεση την παρουσία στροβιλοειδούς κερατοπάθειας. Οι τρεις ασθενείς ετέθησαν σε αγωγή ενζυμικής υποκατάστασης με ανασυνδυασμένο ένζυμο και τα υπόλοιπα μέλη σε πρόγραμμα παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Η παρανοηματική (missense) μετάλλαξη c.787A>G, p.Asn263Asp του γονιδίου της α-γαλακτοσιδάσης αποτελεί νέα παθογόνο μετάλλαξη της νόσου Fabry και εκδηλώνεται με τον κλασικό φαινότυπο.

P 010

### ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΦΩΣΦΟΛΙΠΑΣΗΣ Α2 ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

**Α. Ντούνη<sup>1</sup>, Κ. Μασσέλου<sup>2</sup>, Τ. Δάκος<sup>1</sup>, Α. Κίτσος<sup>1</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>1</sup>, Α. Μανδράκα<sup>2</sup>, Σ. Δρόσου<sup>2</sup>, Γ. Πατεράκης<sup>2</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων & Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Ανοσολογικό Τμήμα και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

**Εισαγωγή:** Τα αντισώματα έναντι των υποδοχέων της φωσφολιπάσης Α2 (αντι-PLA2R) παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της ιδιοπαθούς μεμβρανώδους νεφροπάθειας (IMN) και η ανίχνευσή τους βοηθά στη διάγνωση και στην παρακολούθηση της νόσου.

**Σκοπός:** της μελέτης ήταν η σύγκριση του έμμεσου ανοσοφθορισμού (IIF) στον προσδιορισμό των αντι-PLA2R στον ορό με την ποσοτική ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA).

**Υλικό & Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 64 οροί συνεχόμενων ασθενών της Νεφρολογικής Κλινικής του Π.Ν. Ιωαννίνων από 1/1/2020 μέχρι 30/9/2022. Οι 21 ασθενείς (13 άνδρες και 8 γυναίκες) διαγνώστηκαν με IMN και επιβεβαιώθηκαν με νεφρική βιοψία, οι 27 είχαν άλλη νεφροπάθεια και οι υπόλοιποι 16 δεν είχαν επιβεβαιωμένη νεφρική νόσο. Σε όλους τους ασθενείς έγινε προσδιορισμός των αντι-PLA2R στον ορό με IIF (EUROIMMUN,AG) και με ELISA (EUROIMMUN,AG, cut-off: 14RU/ml) και αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας με μέτρηση πρωτεΐνης ούρων 24ωρου.

**Αποτελέσματα:** Αντι-PLA2R ανιχνεύθηκαν μόνο σε ασθενείς με IMN και συγκεκριμένα σε 17/21(81%) ασθενείς με IIF και σε 15/21(71.4%) με ELISA. Σε 4/21(19%) ασθενείς με IMN δεν ανιχνεύθηκαν αντι-PLA2R με καμία μέθοδο. Δεκατρείς από τους 21(70%) ασθενείς με IMN εμφάνιζαν κατά τη διάγνωση εκσεσημασμένη πρωτεϊνουρία (πρωτεΐνη ούρων 24ώρου>3.5g) και οι 8 από αυτούς (8/13,62%) είχαν τίτλο ELISA αντι-PLA2R>50RU/ml.

**Συμπεράσματα:** Ο προσδιορισμός των αντι-PLA2R στον ορό είναι εξαιρετικά ειδική και, ανάλογα με τη μέθοδο, ευαίσθητη δοκιμασία διάγνωσης της IMN και ο τίτλος αυτών με ELISA είναι ενδεικτικός ενεργού νεφρικής νόσου.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Χ. Παπαζογλου<sup>1</sup>, Β. Κούτλας<sup>2</sup>, Ε. Τζαλαβρά<sup>2</sup>, Ι. Αλέκος<sup>3</sup>, Β. Τάτσης<sup>2</sup>, Ι. Θεοδώρου<sup>3</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Νεφρικής Μεταμόσχευσης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) αποτελεί την κύρια αιτία ΧΝΝ τελικού σταδίου παγκοσμίως. Η ανθυγιεινή διατροφή συγκαταλέγεται στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του ΣΔτ2 και των επιπλοκών του. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή μιας λεπτομερούς διατροφικής αξιολόγησης, η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης και της διαιτητικής πρόσληψης ασθενών με ΣΔτ2 με ή χωρίς εγκατεστημένη νεφρική βλάβη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν 60 ασθενείς σε τρεις ομάδες (20/ομάδα), πρώτη ομάδα: Λήπτες Νεφρικού Μοσχεύματος, (ΛΝΜ) με ΣΔτ2 ή νεοεμφανιζόμενο ΣΔ μετά τη μεταμόσχευση, δεύτερη ομάδα: ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ), και ομάδα ελέγχου: ασθενείς με ΣΔτ2 χωρίς νεφρική νόσο. Εκτιμήθηκαν ανθρωπομετρικοί δείκτες, η ανάλυση σύστασης σώματος με βιοηλεκτρική εμπέδηση (BIA), βιοχημικοί και διατροφικοί δείκτες και ο Δείκτης Προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (MedDietScore).

**Αποτελέσματα:** Η συνολική μέση ηλικία ήταν 60±11 έτη (44/73,3% άνδρες). Η ομάδα των ΣΔτ2 είχε σημαντικά υψηλότερες τιμές eGFR (CKD-EPI=79,6ml/min/1.73m<sup>2</sup>) συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες (p<0,001), και υψηλότερη τιμή BMI συγκριτικά με τους ΛΝΜ (p=0,031). Το MedDietScore δεν διέφερε στις τρεις ομάδες. Από τις μετρήσεις της BIA προέκυψε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών για καμία από τις εξεταζόμενες παραμέτρους με εξαίρεση τη γωνία φάσης (PhA(°)), η οποία είχε υψηλότερες τιμές στην ομάδα του ΣΔτ2 (5,97±1,03°) συγκριτικά με τη ΔΝ (4,85±0,58°, p=0,004) και τους ΛΝΜ (5,18±1,0° p=NS). Επιπλέον, στην ομάδα της ΔΝ διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της PhA με τον eGFR (p=0,021) και αρνητική συσχέτιση με το MedDietScore (p=0,037).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ΣΔτ2 χωρίς νεφρική βλάβη εμφάνισαν καλύτερες τιμές PhA, γεγονός που πιθανόν οφείλεται στην καλύτερη θρέψη και στον υψηλότερο eGFR.

P 011

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Μ.Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Α. Τσιτουρίδης<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>2</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η συνιστώμενη νεφροπροστατευτική θεραπεία με αναστολείς του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα καρδιαγγειακά συμβάματα ή τη θνησιμότητα στους ασθενείς με ΧΝΝ. Οι αναστολείς συμμεταφορέα-νατρίου-γλυκόζης τύπου-2 (SGLT-2) μειώνουν τα καρδιαγγειακά συμβάματα και την θνησιμότητα σε ασθενείς με διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο- ωστόσο τα στοιχεία από μελέτες σε ασθενείς με ΧΝΝ είναι αντικρουόμενα. Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι να αξιολογήσει την επίδραση των αναστολέων SGLT-2 στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών (PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library και Web of Science) (PROSPERO ID: CRD42022382863). Συμπεριλήφθηκαν τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που αξιολογούσαν την επίδραση των αναστολέων SGLT-2 στο πρωτεύον καταληκτικό σημείο, τον χρόνο μέχρι τον καρδιαγγειακό θάνατο, σε ασθενείς με ΧΝΝ κατά την έναρξη της μελέτης. Τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν την ολική θνησιμότητα και τα μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE).

**Αποτελέσματα:** Έντεκα μελέτες με 83.203 ασθενείς με ΧΝΝ συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Η θεραπεία με αναστολείς SGLT-2, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, μείωσε τον κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου κατά 14% (HR 0,86,95%CI 0,79-0,94), του θανάτου από κάθε αιτία κατά 15% (HR 0,85; 95%CI 0,79-0,91) και του MACE κατά 13% (HR 0,87; 95%CI 0,81-0,93). Παρατηρήθηκε σταθερή θεραπευτική επίδραση στο πρωτεύον καταληκτικό σημείο με όλους τους αναστολείς SGLT-2 (καναλιφλοζίνη: HR 0,84, 95%CI 0,69-1,02, δαπαγλιφλοζίνη: HR 0,89, 95%CI 0,78-1,01, εμπαγλιφλοζίνη: HR 0,82,95%CI 0,69-0,97 σοταγλιφλοζίνη: HR 0,90; 95%CI 0,73-1,12) που μελετήθηκαν (p-διαφορά υποομάδων=0,85). Στην ανάλυση ευαισθησίας που συμπεριέλαβε δεδομένα από μελέτες που περιείχαν μόνο διαβητικούς ασθενείς καταδείχθηκαν παρόμοια αποτελέσματα (HR 0,86,95%CI 0,77-0,97).

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με αναστολείς SGLT-2 οδηγεί σε σημαντική μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακή και ολική θνησιμότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν τη χρήση τους και για καρδιαγγειακή προστασία στην ΧΝΝ.

P 012



P 013

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΕΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ WT1: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Γ. Μαλακασιώτη, Β. Ασκητή, Μ. Μήλα, Α. Ζαμπέτογλου, Ε. Γκολέ, Α. Μητσιώνη**

*Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»*

**Εισαγωγή:** Γενετικές παραλλαγές στο γονίδιο *WT1* προκαλούν σοβαρές νεφρικές και εξωνεφρικές εκδηλώσεις. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή φαινοτύπου, γονοτύπου και αντιμετώπισης παιδιών με παραλλαγές του *WT1* στο κέντρο μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη κλινικών και γενετικών χαρακτηριστικών παιδιών με παραλλαγές του *WT1*.

**Αποτελέσματα:** Από το 1994 έως σήμερα αντιμετωπίστηκαν στο κέντρο μας 8 παιδιά με παθολογικές παραλλαγές του *WT1*. Η διάμεση ηλικία διάγνωσης ήταν 10.3 μήνες (0.1-65.3). Δύο ασθενείς παρουσιάστηκαν με μεμονωμένο νεφρωσικό σύνδρομο (1 με φαινότυπο και καρυότυπο θήλεος, 1 με φαινότυπο θήλεος και καρυότυπο 46XY), 2 με νεφρωσικό σύνδρομο και eGFR <10ml/min/1.73m<sup>2</sup> (φαινότυπος και καρυότυπος θήλεος), 2 με νεφρωσικό σύνδρομο και κρυφορχία-υποσπαδία (καρυότυπος 46XY) και 2 με όγκο Wilm's και υποσπαδία-κρυφορχία (καρυότυπος 46XY). Επτά ασθενείς έφεραν εξονιακές παρανοσηματικές παραλλαγές, ενώ 1 είχε μετάλλαξη αποκοπής. Η βιοψία νεφρού ανέδειξε εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση και διάχυτη μεσαγγειακή σκλήρυνση σε 2 και 3 ασθενείς αντίστοιχα. Επτά υπεβλήθησαν σε νεφρεκτομή και 2 σε αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή. Τρεις ασθενείς έλαβαν κυκλοσπορίνη με μερική ύφεση της λευκωματουρίας στους 2 για 6 και 8 έτη αντίστοιχα. Μετά διάμεση παρακολούθηση 12.4 ετών (11.25-18.7), 7 ασθενείς ελάμβαναν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης νεφρικής ανεπάρκειας ήταν μεγαλύτερος στους ασθενείς με όγκο Wilm's στην πρωτοδιάγνωση και σε αυτούς με ανταπόκριση της λευκωματουρίας στην κυκλοσπορίνη έναντι εκείνων με λευκωματουρία χωρίς ανοσοκαταστολή (8.4, 10.6 και 0.6 έτη αντίστοιχα, P=0.02).

**Συμπεράσματα:** Το φάσμα των κλινικών συνδρόμων που σχετίζονται με παραλλαγές του *WT1* είναι ευρύ. Εκδηλώσεις με όγκο Wilm's ή λευκωματουρία ανταποκρινόμενη σε ανοσοκαταστολή σχετίζονται με βραδύτερη εξέλιξη σε νεφρική ανεπάρκεια.

P 014

## ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΗ ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ HNF1B ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 3 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΗ ΑΠΑΛΟΙΦΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ

**Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Σ. Μαραγκού<sup>1</sup>, Ν. Κρουσταλάκης<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Μ. Σφακιωτάκη<sup>2</sup>, Π. Ξεκούκη<sup>2</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ

**Εισαγωγή:** Το HNF1B σύνδρομο, χαρακτηρίζεται από την παρουσία δομικών νεφρικών αλλοιώσεων, νεφρικών κύστεων, υπερηχογένειας νεφρών, δυσπλαστικών αλλοιώσεων, υποπλασίας ή αγενεσίας νεφρών και ιστολογικά με την παρουσία διάμεσης ίνωσης και σπειραματοκυστικής νόσου. Άλλο συχνό εύρημα είναι η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη σε νεαρή ηλικία (MODY-5) η αγενεσία της ραχιαίας μοίρας του παγκρέατος (σώμα ουρά), δυσλειτουργία του ήπατος, χολόσταση με δυσπλαστικά χολαγγεία, κρυφορχία, υπομαγνησισαιμία, υπερπαραθυρεοειδισμός.

Η νεφροπάθεια HNF1B υποδιανώνσκεται σε ασθενείς με ΧΝΝ αγνώστου και μεταδίδεται με τον επικρατή χαρακτήρα αλλά ατελή διεισδυτικότητα. Περιγράφουμε 3 ασθενείς με την ίδια μετάλλαξη (απαλοιφή εξωνίων 1-9) αλλά με 3 διαφορετικούς φαινοτύπους.

**Ασθενής 1.** Άνδρας 24 ετών με σταδιακά επιδεινούμενη νεφρική λειτουργία (πτώση eGFR από 114 σε 72ml/min/1.73m<sup>2</sup> σε 10 χρόνια), αγενεσία αριστερού νεφρού και σώματος-ουράς παγκρέατος, εμφάνιση διαβήτη σε ηλικία 22 ετών σε αγωνιστή GLP1, φυσιολογική ηπατική λειτουργία, σοβαρή υπομαγνησισαιμία με νεφρική απώλεια μαγνησίου στα ούρα και υπερπαραθυρεοειδισμό, υποσπαδίας αποκατασταθής χειρουργικά. Παρουσιάζει απαλοιφή ενός αλληλίου του HNF1b (με WES & MLPA), καθώς και παθολογικό μετάλλαξη στον HNF1a.

**Ασθενής 2.** Άνδρας 29 ετών, αδελφός του προηγούμενου με τα παρόμοια ευρήματα (αγενεσία σώματος-ουράς παγκρέατος, ΧΝΝ, ΣΔ στα πλαίσια MODY5, υπομαγνησισαιμία με χαμηλή PTH) ταχεία απώλεια νεφρικής λειτουργίας (από 111 σε 76ml/min/1.73m<sup>2</sup> σε 10 έτη). Σε αντίθεση με τον αδελφό του παρουσιάζει πρώιμο ηπατικό φαινότυπο με σταθερά αυξημένα ηπατικά και χολοστατικά ένζυμα. Η μητέρα εμφανίζει ΣΔ στην κύηση (1994, 25 ετών) και επανεμφάνιση το 2009. Οι γονείς, τα αδέρφια και ο παππούς της μητέρας έχουν σάκχαρο.

**Ασθενής 3.** Άρρεν ηλικίας 19 ετών, με αυξημένη ηχογένεια νεφρών από νεογνική ηλικία, παρουσία πολλαπλών νεφρικών κύστεων μεγέθους χιλιοστών σε αμφότερους τους νεφρούς, χωρίς διαβήτη, με μειωμένη ανάπτυξη, υπομαγνησισαιμία, και αυξημένα ηπατικά και χολοστατικά ένζυμα. Η νεφρική λειτουργία είναι επηρεασμένη με eGFR-cystatin=85ml/min/1.73m<sup>2</sup> αλλά χωρίς πρωτεϊνουρία. Δεν έχει διαταραχές της δομής του παγκρέατος ή του ουροποιητικού, η απαλοιφή δεν υπάρχει στους γονείς (de novo) και δεν έχει συγγένεια με τους προηγούμενους (1 και 2).

**Συμπέρασμα:** Περιγράφουμε 3 ασθενείς με την ίδια μετάλλαξη αλλά φαινοτυπική ετερογένεια, αναφορικά με την προσβολή του ήπατος, των νεφρών και του παγκρέατος. Η HNF1b νεφροπάθεια χαρακτηρίζεται από ποικίλες νεφρικές βλάβες, οδηγεί σε ταχεία απώλεια νεφρικής λειτουργία ήδη από νεαρή ηλικία, συνοδεύεται συχνά από υπομαγνησισαιμία και διαβήτη, ενίοτε δε και από ηπατική-χολοστατική νόσο.



## ΔΥΟ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ Η (CFH) ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΤΥΠΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (aHUS)

I. Πετράκης, Κ. Δερμιτζάκη, Ε. Δροσατάκη, Χ. Πλέρος, Μ. Μητράκος, Ν. Κρουσταλάκης, Α. Ανδροβιτσανέα, Δ. Λυγερού, Ι. Σταυρακάκη, Μ. Κονιδάκη, Ν. Παπαδάκης, Σ. Μαραγκού, Α. Αντωνάκης, Κ. Στυλιανού

Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Κρήτης

P 015

**Εισαγωγή:** Το aHUS αποτελεί σπάνιο νόσημα. Εκδηλώνεται με πληθώρα συμπτωμάτων και σημείων επηρεάζοντας πολλαπλά οργανικά συστήματα στο πλαίσιο θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας (TMA). Οι ασθενείς εμφανίζουν ποικίλλου βαθμού νεφρική προσβολή με χρόνια ή οξεία εξέλιξη. Η θεραπεία περιλαμβάνει αναστολή του C5 κλάσματος με μονοκλωνικά αντισώματα (εκουλιζουμάμπη ή ραβολιζουμάμπη) σε χρόνια βάση. Σημειακές μεταλλάξεις του CFH σχετίζονται με ποικίλες εκδηλώσεις του aHUS. Η μετάδοση είναι υπολειπόμενη ή επικρατής. Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με σοβαρό aHUS και 2 μεταλλάξεις στο γονίδιο του CFH.

**Ασθενής & Μέθοδος:** Έγινε ανάλυση ολικού εξώματος (WES) σε ασθενή με TMA και οξεία νεφρική βλάβη (AKIN). Η ανάλυση βιοπληροφορικής έγινε με το λογισμικό Ingenuity Clinical Insights (Qiagen Inc.) κάνοντας χρήση της βιοτράπεζας HGMD (Human Gene Mutation Database). Ο φάκελος του ασθενούς χρησιμοποιήθηκε για την ανάκτηση κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών.

**Αποτέλεσμα:** Κύριος 60 ετών με χρόνια ψυχωσική συνδρομή και προηγουμένως φυσιολογική νεφρική λειτουργία παρουσιάζει TMA και AKIN. Έγινε επείγουσα έναρξη πλασμαφαίρεσης, χορήγηση ώσεων μεθυλπρεδνιζολόνης και p.o. μεθυλπρεδνιζολόνη. Η δραστηριότητα του ADAMTS-13 ήταν φυσιολογική αποκλείοντας την παρουσία θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας (TTP). Η οστεομελική βιοψία ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Δευτερογενή αίτια TMA αποκλείστηκαν. Η διενέργεια πλασμαφαίρεσης δεν οδήγησε σε θεραπευτική ανταπόκριση, τα επίπεδα C5b9 ορού ήταν αυξημένα και ο ασθενής αρνήθηκε την διενέργεια νεφρικής βιοψίας. Η γενετική ανάλυση ανέδειξε 2 μεταλλάξεις στον CFH (c.3268C>T, p. R1210C η οποία είναι γνωστή παθογόνος) και μία νέα παραλλαγή (c.2791\_2792 delTGinsCT p.Cys931Leu) που προβλέπεται να είναι πιθανά παθογόνος. Δεν υπάρχουν άμεσοι συγγενείς για έλεγχο της οικογένειας. Η θεραπεία με εκουλιζουμάμπη ανέστρεψε την πορεία της νόσου και οδήγησε σε κλινική ύφεση για όσο διάστημα την έλαβε. Μια διακοπή 3 μηνών οδήγησε σε άμεση έξαρση που υφέθη, ξανά, με εκουλιζουμάμπη.

**Συμπέρασμα:** Περιγράφουμε μια γνωστή και μια νέα μετάλλαξη του CFH που συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή υποστηρίζοντας και απλοποιώντας τη διάγνωση και τη χρήση εκουλιζουμάμπης.

## ANCA ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ

Ε. Δροσατάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαραγκού<sup>1</sup>, Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Ν. Κρουσταλάκης<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup>Εργαστήριο Νεφροπαθολογοανατομίας, ΕΚΠΑ

P 016

**Εισαγωγή:** Τα αντισώματα έναντι του κυτταροπλάσματος των ουδετερόφιλων (ANCA) σχετίζονται με τις ανοσοπενικές αγγειίτιδες. Οι ANCA θετικές ενδοκαρδίτιδες έχουν κοινές εκδηλώσεις με τις ανοσοπενικές αγγειίτιδες, αποπροσανατολίζοντας από την ορθή διάγνωση. Όντας σπάνιο κλινικό φαινόμενο παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις ANCA θετικής ενδοκαρδίτιδας με διαφορετική έκβαση νεφρικής λειτουργίας.

**Κλινικές Περιπτώσεις:** 1<sup>η</sup> Περίπτωση, Γυναίκα 27 ετών με ανατομικές ανωμαλίες καρδιάς χειρουργηθείσες σε παιδική ηλικία, παρουσίασε απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας και επεισόδιο αιμόπτυσης. Διαπιστώθηκε αναιμία, φλεγμονώδες σύνδρομο, οξεία νεφρική βλάβη (ONB) με πρωτεϊνουρία και αιματουρία. Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε πολύ αυξημένα C-ANCA και anti-PR3 με κατανάλωση συμπληρώματος. Η βιοψία νεφρού έδειξε εικόνα νεκρωτικής σπειραματονεφρίτιδας και καθήλωση C3. Τέθηκε η διάγνωση ANCA αγγειίτιδας. Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας μεθυλπρεδνιζολόνης και συνεδριών πλασμαφαίρεσης για την αντιμετώπιση της πνευμονικής προσβολής. Λόγω εμπύρετου με απομόνωση *Streptococcus mitis* σε αιμοκαλλιέργειες, διενεργήθηκε διοισοφάνειο υπερηχοκαρδιογράφημα με ανάδειξη εκπλαστήσεων σε αορτική και μιτροειδή βαλβίδα. Ακολούθησε καρδιοχειρουργική αντιμετώπιση και αντιβιοτική αγωγή. Η ασθενής βελτιώθηκε, η νεφρική λειτουργία και το συμπλήρωμα ομαλοποιήθηκαν, και τα ANCA αρνητικοποιήθηκαν.

2<sup>η</sup> Περίπτωση, Άνδρας 80 ετών με στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής και βαλβιδικής αρχής νοσηλευόταν λόγω πολυμικροβιακής και μυκητιασικής ενδοκαρδίτιδας αορτικής και μιτροειδούς βαλβίδας. Παρουσίασε ONB με σπειραματική αιματουρία. Η σπειραματική αιματουρία, συνοδεύτηκε από άτυπα P-ANCA (αρνητική Elisa) και χαμηλό C3. Παρά την επιτυχή θεραπεία της ενδοκαρδίτιδας και αρνητικοποίηση των ANCA, εντάχθηκε σε εξωνεφρική κάθαρση λόγω καρδιονεφρικού συνδρόμου.

**Συμπέρασμα:** Ο αποκλεισμός λοιμώδους ενδοκαρδίτιδος είναι ουσιώδους σημασίας διαγνωστικά αλλά και θεραπευτικά πριν χορηγηθεί ανοσοκατασταλτική θεραπεία για πιθανή ANCA αγγειίτιδα.

**Βιβλιογραφία:** Infective endocarditis with antineutrophil cytoplasmic antibody, Chun-Mei Ying<sup>1</sup>, et al., Plos One, 2014 Feb 25. doi: 10.1371/journal.pone.0089777

Antineutrophil cytoplasmic antibody-positive infective endocarditis complicated by acute kidney injury, Wei Zhang, et al., J Int Med Res. 2020 Oct 20. doi: 10.1177/0300060520963990

P 017

## Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ «ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΠΟΛΥΔΙΨΙΑΣ» ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΕΙ ΜΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΝΕΦΡΟΓΕΝΗ ΑΠΟΙΟ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΝΑΔ) ΚΑΙ ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟΝ ΥΠΟΔΟΧΕΑ AVPR2

Χ. Πλέρος, Ι. Πετράκης, Ι. Σταυρακάκη, Ε. Δροσατάκη, Μ. Μητράκος, Κ. Δερμιτζάκη, Ν. Κρουσταλάκης, Α. Ανδροβιτσανέα, Δ. Λυγερού, Μ. Κονιδάκη, Ν. Παπαδάκης, Α. Αντωνάκης, Σ. Μαραγκού, Μ. Παπαπαναγιώτου, Κ. Στυλιανού

Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Ο υποδοχέας αργινίνης-βασοπρεσίνης-2 (AVPR2) ανήκει στην υπερ-οικογένεια των υποδοχέων συζευγμένων με G πρωτεΐνες. Το AVPR2 γονίδιο εδράζεται στο Χ χρωμόσωμα και εκφράζεται στο άπω εσπειραμένο και στο αθροιστικό σωληνάριο. Οι μεταλλάξεις στο AVPR2 χαρακτηρίζονται από ΝΑΔ στους άνδρες και από μερικό ΝΑΔ στις γυναίκες.

**Μέθοδος:** Ανάλυση ολικού εξώματος (WES) έγινε σε 3 γενεές της οικογένειας. Η ανάλυση βιοπληροφορικής έγινε με το λογισμικό Ingenuity Clinical Insights (Qiagen Inc.) κάνοντας χρήση της βιοτράπεζας HGMD (Human Gene Mutation Database). Το λογισμικό PyMol χρησιμοποιήθηκε για την μοριακή απεικόνιση του AVPR2.

**Ασθενείς & Αποτελέσματα:** Ο πρώτος ασθενής ήταν 40 ετών την στιγμή της διάγνωσης και παρουσίασε ΝΑΔ στην πρώιμη παιδική ηλικία. Κατά την διάρκεια της στρατιωτικής του θητείας είχε πολλαπλά λιποθυμικά επεισόδια και διαγνώστηκε με ψυχογενή πολυδιψία. Λόγω επιδείνωσης των συμπτωμάτων έγινε εκτίμηση στην κλινική μας. Η διάγνωση ΝΑΔ επιβεβαιώθηκε με την αποβολή 12 λίτρων ούρα ημερησίως χωρίς απόκριση στην εξωγενή χορήγηση αντιδιουρητικής ορμόνης. Η αδερφή και η κόρη του ασθενούς έχουν επίσης πολυουρία. Η θεραπεία του ασθενούς περιλαμβάνει διαίτα χαμηλή σε ωσμώλια (άλας, πρωτεΐνες), λήψη υδροχλωροθειαζίδης και συμπληρώματα καλίου. Η αποβολή ούρων μειώθηκε σε 4 λίτρα ημερησίως. Η ανάλυση WES αποκάλυψε μια νέα μετάλλαξη στο γονίδιο AVPR2 (c.140C>T, p.P322S) σε αυτόν, στην κόρη και αδελφή του. Η μετάλλαξη αυτή χαρακτηρίζεται ως παθολόγος.

**Συμπέρασμα:** Η λήψη ορθού ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, η διενέργεια ενδελχούς κλινικής εξέτασης και η χρήση νέων διαγνωστικών μεθόδων όπως το WES, είναι απαραίτητα εργαλεία στην καθημερινή ιατρική πράξη, αποκαλύπτοντας τους μηχανισμούς της νεφρικής νόσου αλλά και υποκλινικά πάσχοντες στην οικογένεια. Η μετάλλαξη p.P322S στο AVPR2 γονίδιο σχετίζεται με πολυουρία τόσο στα άρρενα όσο και στα θήλεα μέλη της οικογένειας.

P 018

## Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ Q10 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΝΖΥΜΟΥ COQ8 ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΕΙ ΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ

Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Ε.Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Ε. Δροσατάκη<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Κ. Κόρσαβας<sup>2</sup>, Ν. Κρουσταλάκης<sup>1</sup>, Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Σ. Μαραγκού<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου, Άγιος Νικόλαος, Κρήτη

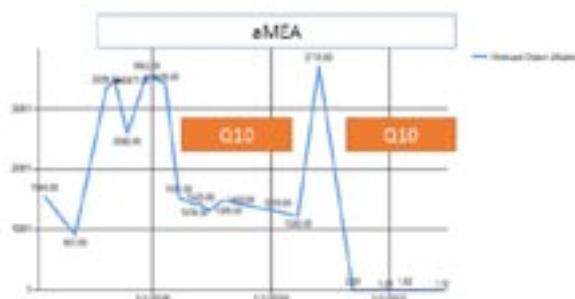
**Εισαγωγή:** Η COQ8 είναι μια μιτοχondριακή κινάση συμμετέχουσα στο συνένζυμο Q και στην αλυσίδα μεταφοράς ηλεκτρονίων. Η σίγαση του γονιδίου COQ8 οδηγεί σε ποδοκυτταρική δυσλειτουργία και σε πρωτεϊνουρία στο πειραματικό νεφρωσικό σύνδρομο. Μεταλλάξεις στο COQ8 σχετίζονται με ανθεκτικό στα στεροειδή νεφρωσικό σύνδρομο-9 (SRNS-9) στους ανθρώπους. Περιγράφουμε τα αποτελέσματα της τριετούς χορήγησης συνενζύμου Q10 σε μια ασθενή με μετάλλαξη στο COQ8, επηρεασμένη νεφρική λειτουργία και νεφρωσικό σύνδρομο (SRNS-9).

**Μέθοδος:** Έγινε ανάλυση ολικού εξώματος (WES). Η ανάλυση βιοπληροφορικής έγινε με το λογισμικό Ingenuity Clinical Insights (Qiagen Inc.) κάνοντας χρήση της βιοτράπεζας HGMD (Human Gene Mutation Database). Το λογισμικό PyMol χρησιμοποιήθηκε για την μοριακή απεικόνιση του COQ8. Ο φάκελος του ασθενούς χρησιμοποιήθηκε για την ανάκτηση κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών.

**Ασθενής & Αποτελέσματα:** Κυρία 35 ετών με ιστορικό μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας, ανέπτυξε προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας με eGFR=50ml/min/1.73m<sup>2</sup> και προϊούσα πρωτεϊνουρία που το 2016 εξελίσσεται σε νεφρωσικό σύνδρομο (>3,5gr/24ωρο). Η μητέρα της παρουσιάζει επίσης μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια και πρωτεϊνουρία. Η ανάλυση WES ανέδειξε την μετάλλαξη c.645delT/p.Phe215LeuF514 στο COQ8. Η αναστολή του άξονα ρενίνης αγγειοσίνης αλδοστερόνης δεν μπόρεσε να ελέγξει την πρωτεϊνουρία. Το 2018 έγινε έναρξη θεραπείας με p.o. συνένζυμο Q10 σε δόση 200mg ημερησίως. Μετά από 3 έτη θεραπείας με συνένζυμο Q10 (με ενδιάμεση διακοπή θεραπείας για ένα έτος λόγω κόστους και συνοδό έξαρση της πρωτεϊνουρίας) υπήρξε σταθεροποίηση της όρασης, της νεφρικής λειτουργίας (σχεδόν μηδενική μεταβολή eGFR) και βελτίωση της πρωτεϊνουρίας (από 3,7gr/24ωρο σε 1,2 gr/24ωρο).

**Συμπέρασμα:** Η χορήγηση συνενζύμου Q10 σε ενήλικες με SRNS-9 οφειλόμενες σε COQ8 μεταλλάξεις σταθεροποιεί την νεφρική λειτουργία σε βάθος χρόνου, αποτελώντας έτσι μια λογική θεραπευτική επιλογή. Η διενέργεια WES μπορεί να βοηθήσει στην αιτιολογική διάγνωση του νεφρωσικού συνδρόμου.

**Εικόνα 1.** Πρωτεΐνη ούρων 24ωρου μετά τη χορήγηση του φαρμάκου το 2018 και μια ενδιάμεση διακοπή του το 2020 λόγω κόστους.



Ευχαριστίες στην ...ΥΠΕ και τη διοικήτρια..... για τη δωρεάν χορήγηση του φαρμάκου

## ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΠΛΕΡΕΝΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ

**Μ. Παπασωτηρίου, Γ. Γεωργοπούλου, Α. Μπρατσαϊκού, Γ. Λύρας, Δ. Βέκιος, Μ. Τριβυζά, Θ. Ντρίνιας, Δ.Σ. Γούμενος, Ε. Παπαχρήστου**

*Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

**Εισαγωγή:** Από τις έως τώρα μελέτες χορήγησης σπείρονολακτόνης σε συνδυασμό με αποκλειστές του μετατρεπτικού ενζύμου (ACEi) ή ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARB) σε ασθενείς με σπειραματικές νόσους, έχει φανεί σημαντική μείωση της πρωτεϊνουρίας, μείωση της προόδου της νεφρικής νόσου και ποικίλη επίδραση στην αρτηριακή πίεση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της χορήγησης επλερενόνης σε ασθενείς με σπειραματική νόσο που λαμβάνουν ήδη αγωγή με ACEi ή ARB.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε αυτήν την προοπτική μελέτη, αξιολογήσαμε τις επιδράσεις της χορήγησης επλερενόνης (25 mg/ημέρα) για 1 έτος σε ασθενείς με σπειραματική νόσο που ελάμβαναν ήδη αγωγή με ACEi ή ARBs στη μέγιστη ανεκτή δόση. Η νεφρική λειτουργία, ο βαθμός πρωτεϊνουρίας και τα επίπεδα της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) κατά την επίσκεψη στο ιατρείο, μελετήθηκαν στους 3, 6 και 12 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη μετείχαν 62 ασθενείς με μέση ηλικία 54,2±13,6 έτη. Από αυτούς, 28 έλαβαν αγωγή με επλερενόνη ενώ οι υπόλοιποι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ο eGFR των ασθενών που έλαβαν αγωγή παρέμεινε σταθερός ενώ στην ομάδα ελέγχου παρουσίασε μείωση από 67,1±26,9 σε 63,9±26,8 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Επιπλέον, η πρωτεϊνουρία μειώθηκε στους ασθενείς που έλαβαν επλερενόνη από 1597±1922 mg σε 1145±1361 mg/24h ενώ στους ασθενείς που δεν έλαβαν αγωγή αυξήθηκε από 1557±2702 σε 1718±2611 mg/24h. Η ΣΑΠ μειώθηκε σημαντικά στους ασθενείς που έλαβαν επλερενόνη από 128,1±17,75 σε 126,3±10,93 mmHg, ενώ στους ασθενείς που δεν έλαβαν αγωγή παρέμεινε σταθερή.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση επλερενόνης σε δόση 25 mg ημερησίως σε ασθενείς με χρόνια σπειραματονεφρίτιδα που λαμβάνουν ήδη αγωγή με ACEi ή ARB βελτιώνει το ρυθμό έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας, μειώνει τη λευκωματουρία και τη συστολική αρτηριακή πίεση.

P 019

## ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ LUMASIRAN ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΟΞΑΛΟΥΡΙΑ ΤΥΠΟΥ 1

**Ε. Γκολέ, Φ. Κομιανού, Γ. Καραποστολάκης, Α. Μητσιώνη**

*Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»*

**Εισαγωγή:** Η Πρωτοπαθής Υπεροξαλουρία τύπου I (ΠΥ1) οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου AGXT και όταν εμφανίζεται στη βρεφική ηλικία συσχετίζεται με σημαντική νεφρασβέστωση και ταχεία εξέλιξη σε τελικού σταδίου χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και συστηματική οξάλωση. Το φάρμακο Lumasiran αποτελεί νέας τεχνολογίας RNAi θεραπεία η οποία παρεμβαίνει στην ενζυμική δυσλειτουργία με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής των οξαλικών από το ήπαρ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το φάρμακο χορηγείται από 18μήνου σε 2 ασθενείς με (ΠΥ1) οι οποίοι φέρουν σε διπλή ετεροζυγωτία τις μεταλλάξεις c.508G>A και c.847-3C>G. Και οι δύο ασθενείς παρουσίαζαν κατά την έναρξη της θεραπείας μυελώδη νεφρασβέστωση, νεφρολιθίαση και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (GFR 58 ml/min/1.73m<sup>2</sup> και 80 ml/min/1.73m<sup>2</sup> αντίστοιχα). Κατά τη διάρκεια της αγωγής πραγματοποιείται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος και υπερηχογραφική παρακολούθηση της νεφρασβέστωσης και της νεφρολιθίασης.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα των οξαλικών ούρων στην ασθενή 1 παρουσίασαν σημαντική πτώση από 2.04 mmol/1.73m<sup>2</sup>/24ωρο (ΦΤ <0.5 mmol/1.73m<sup>2</sup>/24ωρο) κατά την πρωτοδιάγνωση σε 0.48 mmol/1.73m<sup>2</sup>/24ωρο μετά από 18 μήνες θεραπείας και στον ασθενή 2 από 1.45 mmol/1.73m<sup>2</sup>/24ωρο σε 0.35 mmol/1.73m<sup>2</sup>/24ωρο. Όσον αφορά τα υπερηχογραφικά ευρήματα, παρατηρείται μείωση του μεγέθους των λίθων και βελτίωση του βαθμού της νεφρασβέστωσης άμφω. Η νεφρική λειτουργία παρέμεινε σταθερή και στους δύο ασθενείς χωρίς περαιτέρω επιδείνωση.

**Συμπεράσματα:** Το φάρμακο Lumasiran φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία της ΠΥ1 οδηγώντας σε μείωση της παραγωγής των οξαλικών, βελτίωση της νεφρασβέστωσης/νεφρολιθίασης και σταθεροποίηση της νεφρικής λειτουργίας.

P 020

P 021

### ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΕΣ ΤΙΜΕΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΟΡΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Μ. Γιαννάκη<sup>1</sup>, Μ. Σπαρτάλης<sup>1</sup>, Μ. Αρσάλη<sup>1</sup>, Θ. Χριστοφή<sup>1</sup>, Λ. Ασαέλωφ<sup>1</sup>, Π. Στρόππου<sup>1</sup>, Ν. Μιτσιδής<sup>1</sup>, Α. Παναγίδου<sup>1</sup>, Ι. Αθανασίου<sup>1</sup>, Σ. Κεβρεκίδου<sup>1</sup>, Θ. Θεοφάνους<sup>1</sup>, Α. Παντζάκη<sup>2</sup>, Λ. Ποταμίτη<sup>3</sup>, Μ. Παναγιωτίδης<sup>3</sup>, Κ. Δημητρίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

<sup>2</sup>Ιστοπαθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

<sup>3</sup>Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής, Λευκωσία

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο Sjogren μπορεί να είναι πρωτοπαθές (pSS) ή δευτεροπαθές στα πλαίσια άλλου αυτοάνοσου νοσήματος, όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ). Η χαμηλή τιμή των επιπέδων του συμπληρώματος ορού στους ασθενείς με Sjogren, έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση νεφρίτιδας του λύκου και με κακή πρόγνωση της νόσου. Παρουσιάζουμε μία ασθενή με pSS, η οποία εμφάνισε νεφρίτιδα του λύκου 15 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Γυναίκα 41 ετών με ιστορικό pSS, με θετικά αντιπυρηνικά (9,5) και anti - Ro αντισώματα (150 U/mL), αλλά αρνητικά anti - dsDNA, που ήταν υπό αγωγή με κορτιζόνη, υδροξυχλωροκίνη και αζαθειοπρίνη, εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω οξείας νεφρικής βλάβης και πνευμονικού οιδήματος, με ενεργό ίζημα ούρων και ταυτόχρονη παρουσία δακτυλιοειδούς ερυθήματος κάτω άκρων και βαριάς λοίμωξης αναπνευστικού. Υποστηρίχθηκε με αιμοκάθαρση και αντιβίωση και μπήκε σε αγωγή με ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης, λόγω ισχυρής υποψίας ανοσοσυμπλεγματικής σπειραματονεφρίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν χαμηλές τιμές συμπληρώματος ορού (C3 < 85 mg/dL, C4 < 8.0 mg/dL), οι οποίες υπήρχαν και σε προηγούμενες εξετάσεις, καθώς και υπογαμμασφαιριναιμία (IgG 146mg/dL, IgA 56mg/dL, σφαιρίνες 1,6g/dL). Η βιοψία νεφρού ανέδειξε διάχυτη καθολική υπερπλαστική νεφρίτιδα του λύκου με "full house" ανοσοεναποθέσεις και χαμηλό δείκτη χρονιότητας. Μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής, η ασθενής μπήκε σε 15ήμερο σχήμα ενδοφλέβιας κυκλοφωσφαμίδης με βελτίωση της νεφρικής της λειτουργίας.

**Συμπεράσματα:** Ασθενείς με ιστορικό pSS και επίμονα χαμηλές τιμές συμπληρώματος ορού, χρήζουν τακτικού ελέγχου λόγω κινδύνου εμφάνισης νεφρίτιδας του λύκου. Η υπογαμμασφαιριναιμία συνοδεύει συχνά τους ασθενείς με νεφρίτιδα του λύκου και χρήζει προσοχής, λόγω του αυξημένου κινδύνου λοιμώξεων από την ανοσοκατασταλτική αγωγή.

P 022

### ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ECULIZUMAB. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

**Λ. Ασαέλωφ, Θ. Χριστοφή, Μ. Σπαρτάλης, Μ. Αρσάλη, Μ. Γιαννάκη, Π. Στρόππου, Ν. Μιτσιδής, Σ. Κεβρεκίδου, Θ. Θεοφάνους, Ι. Αθανασίου, Α. Παναγίδου, Κ. Δημητρίου**

Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

**Εισαγωγή:** Το καταστροφικό αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (CAPS) είναι μία απειλητική για τη ζωή νόσος, που χαρακτηρίζεται από διάχυτες ενδαγγειακές θρομβώσεις και οδηγεί σε ανεπάρκεια πολλών οργάνων, όπως οι νεφροί. Προκαλείται από την ύπαρξη αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων τα οποία ενεργοποιούν τα ενδοθηλιακά κύτταρα και το συμπλήρωμα, προκαλώντας θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια. Για την αντιμετώπιση του εφαρμόζεται πλασμαφαίρεση και χορηγείται ανοσοκατασταλτική και αντιπηκτική αγωγή, χωρίς να υπάρχει όμως πάντα ανταπόκριση. Παρουσιάζουμε μία ασθενή με CAPS που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με eculizumab, έναν αναστολέα του συμπληρώματος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Γυναίκα 35 ετών με ιστορικό αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου από το 2014 και HIT από το 2016, η οποία ήταν υπό αγωγή με βαρφαρίνη, εισήχθη λόγω εμπυρέτου και οξείας νεφρικής βλάβης για την οποία υποστηρίχθηκε με αιμοκάθαρση. Παρουσίαζε θρομβοπενία με αιμοπετάλια (PLTs) 19000/μ, στοιχεία μικροαγγειοπάθειας και μηδαμινή έως πολύ μικρή δραστηριότητα του ADAMTS-13 (0,4IU/ml), ενώ απεικονιστικά διαπιστώθηκαν έμφρακτα σπληνός. Με βάση το ιστορικό και την εικόνα της, τέθηκε η διάγνωση του CAPS με στοιχεία θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας (TTP) και αντιμετωπίστηκε με πλασμαφαίρεσεις και ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής είχε θετικά IgM αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης, b2-γλυκοπρωτεΐνης και αντιπηκτικό του λύκου και αυξημένα D-Dimers 3500 ng/ml. Η θρομβοπενία επέμνε (PLTs < 100000) παρά την προαναφερθείσα αγωγή, οπότε η ασθενής έλαβε ανοσοκαταστολή με 2 δόσεις Rituximab, χωρίς πάλι να υπάρξει ανταπόκριση. Αποφασίστηκε η χορήγηση eculizumab, με στόχο την αναστολή της δράσης του συμπληρώματος. Από τις 2 πρώτες χορηγήσεις, υπήρξε μία καλή ανταπόκριση της ασθενούς με αποκατάσταση της τιμής των αιμοπεταλίων άνω των 150000 και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

**Συμπεράσματα:** Το CAPS αποτελεί μία επικίνδυνη και δύσκολα αντιμετωπίσιμη νόσος. Η χορήγηση eculizumab είναι μία ασφαλής επιλογή με καλά αποτελέσματα όσον αφορά την θεραπεία της νόσου.

## ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ PATIOMER ΚΑΙ SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE (SZC) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΧΝΝ)

**Μ. Μπάκου, Γ. Σπανός, Α. Αταλλά, Σ. Πάσχου, Σ. Φραγκίδης, Λ.Κ. Αρμεντζοΐου, Χ. Μπαντής, Γ. Μπαμίχας**

*Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»*

P 023

**Εισαγωγή:** Η χρόνια υπερκαλιαιμία αποτελεί απειλητική για τη ζωή ηλεκτρολυτική διαταραχή, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΧΝΝ. Στην εμφάνιση της συμβάλουν η συννοσηρότητα η πολυφαρμακία και οι διαιτητικές συνήθειες. Για την αντιμετώπιση της χρησιμοποιείται το Patiomer και το SZC. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της εμπειρίας μας από τη χορήγηση τους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μελέτη παρατήρησης σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Patiomer ή SZC από το Δεκέμβριο 2021 έως το Δεκέμβριο 2022.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 14 ασθενείς εκ των οποίων 10 έλαβαν SZC και 4 Patiomer. Το 85,7% ήταν άρρενες, 50% είχε ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη και 85,7% υπέρτασης. Το 57,1% λάμβανε ΑΜΕΑ, το 7,1% καλιοσυντηρητικό διουρητικό, το 71,4% διουρητικό της αγκύλης ή θειαζιδικό και το 28,6% Kayexalate. Η μέση ηλικία ήταν 65,9±8,5 έτη στην ομάδα του SZC και 68,0±1,4 έτη στην ομάδα του Patiomer και το μέσο eGFR CKD-EPI 41,23±15,68 και 42,5±6,46 ml/min/1.73m<sup>2</sup> αντίστοιχα. Η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 7,13±3,15 μήνες. Συνολικά 3 ασθενείς πιλοποίησαν το SZC, κανείς δε χρειάστηκε πιλοποίηση Patiomer ενώ δεν αναφέρθηκε ανεπιθύμητη ενέργεια ή μη ανοχή. Επίτευξη νορμοκαλιαιμίας επιτεύχθηκε στο 85,7% των ασθενών, και συγκεκριμένα στο 90% με SZC και στο 75% με Patiomer (σχήμα).

### Συμπεράσματα

Τόσο το Patiomer όσο και το SZC θεωρούνται αποτελεσματικές και ασφαλείς επιλογές, με καλή συμμόρφωση των ασθενών και σημαντικό ποσοστό επίτευξης νορμοκαλιαιμίας.



## ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ

**Α. Αταλλά, Γ. Σπανός, Μ. Μπάκου, Σ. Φραγκίδης, Σ. Πάσχου, Χ. Μπαντής, Λ.Κ. Αρμεντζοΐου, Γ. Μπαμίχας**

*Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»*

P 024

**Εισαγωγή:** Η ANCA σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV) είναι συχνή σε ασθενείς ≥65 ετών αλλά υπάρχουν λίγα δεδομένα για τα κλινικά χαρακτηριστικά και την έκβαση. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση δημογραφικών παραγόντων, θεραπείας και έκβασης σε ασθενείς ηλικίας ≥65 ετών με AAV στην Ελλάδα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εξετάσαμε τους ιατρικούς φακέλους θετικών ασθενών με C-ANCA ή P-ANCA σε ένα νεφρολογικό κέντρο των τελευταίων 20 ετών. Οι ασθενείς που ταξινομήθηκαν ως δευτεροπαθή αγγειίτιδα εξαιρέθηκαν. Συνολικά 37 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Τα δεδομένα αναφέρονται ως διάμεσος και IQR.

**Αποτελέσματα:** Δεκατρείς ασθενείς (35.1%) ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών και 24 ασθενείς (64,9%) ήταν ηλικίας <65 ετών. Η διάμεση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν 71.3(67.5/75.1) έτη vs 54.9(40.4/57.3) έτη και ο εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) ήταν 30(21.5/48) vs 17(12.3/29.8) αντίστοιχα. Η διάμεση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 44.2(15/108) μήνες, ενώ οι δύο ομάδες έλαβαν παρόμοια θεραπευτικά σχήματα. Η συνολική επιβίωση ήταν σημαντικά χαμηλότερη στην ομάδα των ασθενών ≥65 ετών (69.2%) σε σχέση με τους <65 (95.8%), ενώ η νεφρική επιβίωση ήταν 69.2% και 91.2% αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη ηλικία και τα υψηλότερα επίπεδα κρεατινίνης ορού συσχετίστηκαν με υψηλότερη θνησιμότητα. Τα υψηλά επίπεδα κρεατινίνης ορού κατά τη διάγνωση ήταν ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας νεφρικής επιβίωσης.

**Συμπεράσματα:** Η AAV είναι μια νόσος με σημαντική θνησιμότητα και νοσηρότητα στους ασθενείς ≥65 ετών. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η τυπική ανοσοκατασταλτική θεραπεία μπορεί να μην βοηθά στη βελτίωση της έκβασης σε ηλικιωμένους ασθενείς με AAV.

P 025

## ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΙΩΜΕΝΗΣ ΔΟΣΗΣ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ

Γ. Σπανός, Α. Αταλλά, Μ. Μπάκου, Σ. Φραγκίδης, Σ. Πάσχου, Χ. Μπαντής, Λ.Κ. Αρμεντζοΐου, Γ. Μπαμίχας

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Οι λοιμώξεις θεωρούνται αιτία της πρώιμης θνησιμότητας σε ασθενείς με ANCA σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV) και μαζί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν αίτια μακροχρόνιας θνησιμότητας. Πιθανόν η έκθεση σε κορτικοστεροειδή συμβάλλει στον κίνδυνο αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών και ο περιορισμός τους μπορεί να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελέτη κοόρτης ενός θεραπευτικού σχήματος χωρίς ενδοφλέβια χορήγηση στεροειδών, με p.o. μεθυλπρεδνιζολόνη με ταχεία μείωση με συνδυασμό χαμηλής δόσης i.v. κυκλοφωσφαμίδης και rituximab (πίνακας). Τα δεδομένα αναφέρονται ως διάμεσος και IQR.

**Αποτελέσματα:** Εννέα ασθενείς (3 γυναίκες) με ηλικία 62.4(55/67.8)έτη, κρεατινίνη ορού 2.15(1.8/2.5)mg/dL, eGFR-CKD-EPI 28(20/39)ml/min/1.73m<sup>2</sup> και λευκωματουρία 0.98(0.57/1.45) gr/24h έλαβαν το περιγραφόμενο θεραπευτικό σχήμα. Θετικά MPO-ANCA είχαν 7 ασθενείς ενώ δύο είχαν διπλή θετικότητα (MPO-PR3). Δύο ασθενείς ήταν ήδη σε αιμοκάθαρση κατά τη διάγνωση ενώ 4 είχαν πνευμονική συμμετοχή. Ένας ασθενής βγήκε από το πρωτόκολλο λόγω επιδείνωσης, και μία ασθενής ήταν lost follow-up. Επτά ασθενείς πέτυχαν εξάλειψη των B-λεμφοκυττάρων και ήταν σε ύφεση στους 6 μήνες, ενώ 19(12.5/39) μήνες μετά τη διάγνωση η νεφρική επιβίωση και η επιβίωση των ασθενών ήταν 89% [κρεατινίνη 1.42(1.3/1.7)mg/dL, eGFR 45(35/59) ml/min/1.73m<sup>2</sup>]. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκε σημαντική υποτροπή της νόσου, ενώ δύο ασθενείς είχαν λοίμωξη που απαιτούσε νοσηλεία. Δεν παρατηρήθηκαν μη αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματά μας επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία, ότι το περιγραφόμενο θεραπευτικό σχήμα παρέχει έλεγχο της νόσου με μικρά ποσοστά υποτροπής, χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, μπορεί να παρέχει τη βάση για περαιτέρω βελτίωση των πρωτοκόλλων επαγωγής ύφεσης σε AAV, ενδεχομένως επιτρέποντας την πρώιμη απόσυρση των κορτικοστεροειδών.

	per os Methylprednisolone	Cyclophosphamide	Rituximab
Θεραπεία Επαγωγής			
Ημέρα 0	0.8mg/kg IB - max 48mg	10mg/kg IB (max 750mg)	1gr
Ημέρα 7	36mg		
Ημέρα 14	24mg	10mg/kg IB (max 750mg)	1gr
Εβδομάδα 3	24mg		
Εβδομάδα 4	16mg	500mg	
Εβδομάδα 6	12mg	500mg	
Εβδομάδα 8	8mg	500mg	
Εβδομάδα 10	4mg	500mg	
Εβδομάδα 12			
Εβδομάδα 20	4mg μία φορά		
Εβδομάδα 24	4mg μία φορά		
Θεραπεία Συντήρησης			
Εβδομάδα 26			1gr
Κάθε 6 μήνες ως ολοκλήρωση 18 μηνών			1gr
Θεραπεία προφύλαξης			
P/P προφύλαξη	Co-trimoxazole	480 mg/day	
Προφύλαξη γαστρεντερικού	Omeprazole	20-40mg	
Προφύλαξη οστών	Συντήρηση vit D + Ca		

P 026

## ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΛΛΟΓΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Κ. Δρούζας<sup>1</sup>, Π. Τσιριγώτης<sup>2</sup>, Γ. Λιάπης<sup>3</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>2</sup>Αιματολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>3</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Κάθε χρόνο, παγκοσμίως, διενεργούνται πάνω από 50.000 μεταμοσχεύσεις αιμοποιητικών κυττάρων (ΜΑΚ). 10-70% των ασθενών αυτών παρουσιάζει οξεία νεφρική βλάβη με ένα από τα αίτια, τη θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια (ΘΜΑ) σχετιζόμενη με μεταμόσχευση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Γυναίκα 52 ετών παρουσίασε 3 μήνες μετά από αλλογενή ΜΑΚ για υποτροπή απλαστικής αναιμίας, οξεία νεφρική βλάβη, μικροσκοπική αιματοουρία, πρωτεϊνουρία (1-2.5 g/24ωρο) και αιμολυτική αναιμία στο περιφερικό αίμα με παρουσία σχιστοκυττάρων. Υποβλήθηκε σε διαγνωστική βιοψία νεφρού, η οποία ανέδειξε εικόνα ΘΜΑ πιθανά σχετιζόμενη με τη ΜΑΚ. Η βιοψία νεφρού ανεδείξε αλλοιώσεις ΘΜΑ στην οξεία κυρίως φάση αλλά και ορισμένα στοιχεία επούλωσης, με μεμβρανουπερπλαστικό πρότυπο, ένα αρτηρίδιο με θρόμβο ινικής στον αυλό και ένα θρομβωμένο.

**Αποτελέσματα:** Στην ασθενή χορηγήθηκε eculizumab, ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που αναστέλλει την ενεργοποίηση του συμπληρώματος δεσμευόμενο με την πρωτεΐνη C5, με αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της ΘΜΑ που σχετίζεται με τη ΜΑΚ. Η ασθενής παρουσίασε άμεση βελτίωση της αιματολογικής της εικόνας και εξαφάνιση των σχιστοκυττάρων. Στους επόμενους 4 μήνες εμφάνισε σταθεροποίηση της νεφρικής της λειτουργίας, με εξαφάνιση της αιματοουρίας και βελτίωση της πρωτεϊνουρίας. Προοδευτικά ωστόσο, παρουσίασε εξέλιξη σε χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου, χωρίς εικόνα ενεργού νόσου και στους 8 μήνες, κατέληξε σε ΧΝΝΤΣ.

**Συμπεράσματα:** Η ΘΜΑ μετά από μεταμόσχευση, είναι μία ετερογενής οντότητα, που πιθανά συνδέεται με αλλαγές στα ενδοθηλιακά κύτταρα, παχύνσεις στα τοιχώματα των μικρών αγγείων και μικροθρόμβους αιμοπεταλίων. Πιστεύεται ότι η ενεργοποίηση του συμπληρώματος είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία αυτής της μικροαγγειοπάθειας. Δεν έχει ωστόσο αποσαφηνιστεί πλήρως, με αποτέλεσμα η νεφρική έκβαση να μην είναι πάντοτε καλή, παρά την θεραπεία.

**ΝΕΦΡΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΣΕ 3 ΓΕΝΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΛΟΓΩ ΠΑΘΟΓΟΝΟΥ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ MEN1**

**Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Ε. Δροσατάκη<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Ν. Κρουσταλάκης<sup>1</sup>, Ι.Μ. Σφακιωτάκη<sup>2</sup>, Ι. Ζαγανάς<sup>3</sup>, Π. Ξεκούκη<sup>2</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Το σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου 1 (MEN1) είναι μια αυτοσωμική επικρατής διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερπαραθυρεοειδισμό (ΥΠΘ) (95%-100%), καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους των νησιδίων του παγκρέατος (35%-75%), νεοπλασμάτα υπόφυσης (15%-40%). Καρκινοειδείς όγκοι του θύμου και των βρόγχων, υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων, λιπώματα και αγγειο-ινώματα του δέρματος μπορεί επίσης να παρατηρηθούν. Το σύνδρομο εκδηλώνεται κλινικά λόγω της υπερπαραγωγής ορμονών και λόγω της ανάπτυξης ενδοκρινών νεοπλασιών. Περιγράψουμε 2 περιπτώσεις ασθενών με MEN1 με πρώτη κλινική εκδήλωση από τους νεφρούς

**Ασθενής 1.** Γυναίκα 28 ετών με πεταλοειδή νεφρό, συχνά επεισόδια πνευμονοφρίπιδας, πρωτοπαθή ΥΠΘ (PTH=115) με υπερπλασία ενός τουλάχιστον αδένου, υπερασβεσταιμία (10-11mg/dl), μαγνησιουρία, οστεοπενία, νεφρασβέστωση. Η μητέρα και η γιαγιά της έχουν επίσης ΥΠΘ. Ο γονιδιακός έλεγχος με WES ανέδειξε μια απαλοιφή 12 βάσεων στο γονίδιο *MEN1* σε περιοχή ματίσματος μεταξύ του ιντρονίου 9 και του εξονίου 10 (c.1351-3\_1359delCAGGTGCGGCAG;) που είναι παθογόνος με βάση την ταξινόμηση HGMD και έχει περιγραφεί άλλη μια φορά (1). Αναγνωρίστηκε μια ακόμα σπάνια αλλαγή που σχετίζεται με ασβεστιουρία-μαγνησιουρία στο γονίδιο *CLDN16* (c.324+13C>G, rs369250510) που όμως θεωρείται μέχρι τώρα καλοήθης.

**Ασθενής 2.** Γυναίκα 48 ετών με, πρωτοπαθή ΥΠΘ γνωστό από 15ετίας, μητέρα της προηγούμενης, με νεφρολιθίαση από το 1997 (εκατοντάδες πέτρες κυρίως οξαλικού ασβεστίου), νεφρασβέστωση με καλή νεφρική λειτουργία, υπερασβεσταιμία, μαγνησιουρία, οστεοπενία, υπερτελορισμό με διπλωπία ως παιδί αλλά και πρόσφατα. Το 2013 υποβλήθηκε σε παραθυρεοειδεκτομή με σταθεροποίηση της λιθιασικής νόσου.

Υπεβλήθη σε γονιδιακό έλεγχο με WES που ανέδειξε την ίδια παθογόνο απαλοιφή με την κόρη. Σε έλεγχο που έγινε λόγω επιγαστραλγίας εμφάνισε κυστικό μόρφωμα παγκρέατος, πιθανά νευροενδοκρινικής αρχής, με οριακά αυξημένη γαστρίνη, χρωμογρανίνη και θετικό octreoscan. Επίσης παρουσιάζει αδένωμα υπόφυσης με οριακά φυσιολογική προλακτίνη. Είναι σε στενή παρακολούθηση και λαμβάνει PPI, συμπληρώματα Mg και VitD. Η μητέρα της έχει επίσης ΥΠΘ χωρίς λιθίαση.

**Συμπέρασμα:** Σε οικογενείς μορφές λιθίασης-νεφρασβέστωσης-ΥΠΘ, επιβάλλεται η διενέργεια γονιδιακού ελέγχου στην οικογένεια, καθώς η σωστή διάγνωση μπορεί να καθορίσει ένα εξατομικευμένο πλάνο παρακολούθησης και θεραπείας και να προλάβει δυσάρεστες εξελίξεις από διάφορα οργανικά συστήματα.

**Αναφορές:** 1. Klein RD, Salih S, Bessoni J, Bale AE. Clinical testing for multiple endocrine neoplasia type 1 in a DNA diagnostic laboratory. Genet Med. 2005 Feb;7(2):131-8

P 027

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ**

**Ε. Σταμπολλίου, Π. Γιάννου, Ζ. Αλεξάκου, Μ. Μπόρα, Δ. Κουρنيώτης, Γ. Αγγελής, Α. Καποτά, Α. Χαλκιά, Δ. Πετράς**

Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Η οξεία νεφρική βλάβη είναι η συχνότερη επιπλοκή σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή ασθενών, η αντιμετώπιση καθώς και οι ημέρες νοσηλείας βάση της στιγμής της νεφρολογικής εκτίμησης

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης όπου εξετάστηκαν δεδομένα από τις νεφρολογικές εκτιμήσεις σε άλλες κλινικές για 18 μήνες

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 1082 ασθενείς (63% άνδρες), μέση ηλικία 74.5 ± 12.6 έτη, 42% διαβητικοί, 39% υπερτασικοί και 41% με ΧΝΝ. Η μέση τιμή κρεατινίνης (Cr) ήταν 3.9±2mg/dl, ενώ 15% παρουσίαζαν Cr εισόδου <1.3mg/dl.

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες βάσει της ανόδου της Cr από την εισαγωγή τους μέχρι την πρώτη νεφρολογική εκτίμηση: Α) 0,3-0,5 mg/dl (45 ασθενείς) Β) 0,6-1mg/dl (343 ασθενείς) και Γ) >1 mg/dl (394 ασθενείς). Η μέση τιμή ημερών νοσηλείας για την κάθε ομάδα υπολογίστηκε 10.8 ± 10.3, 10.7±8.1 και 14.7 ± 11.4 αντίστοιχα, p<0.05 για τις συγκρίσεις με την Γ) ομάδα. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ως προς την μέθοδο αντιμετώπισης της ONB ανάμεσα στις 2 πρώτες ομάδες, αλλά αναδείχθηκε σημαντική στην Γ) ομάδα η αντιμετώπιση με εξωνεφρική κάθαρση p<0.05. Η διαφορά της Cr εξόδου-εισόδου ήταν στατιστικά σημαντική στην Γ) ομάδα (p<0.05). Για τη διαφορά Cr εξόδου-εισόδου ως ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες εντοπίστηκαν ο σακχαρώδης διαβήτης και η ομάδα Α και Β (p<0.05)

**Συμπεράσματα:** Η έγκαιρη Νεφρολογική εκτίμηση συσχετίζεται με λιγότερες ημέρες νοσηλείας, μειωμένη αντιμετώπιση με εξωνεφρική κάθαρση και καλύτερη έκβαση της νεφρικής λειτουργίας.

P 028

P 029

**ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (ΟΝΒ): ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ -ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Ζ. Αλεξάκου, Μ. Μπόρα, Ε. Σταμπολλίου, Δ. Κουρνήτης, Γ. Αγγελής, Α. Καποτά, Α. Χαλκιά, Π. Γιάννου, Δ. Πετράς***Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο*

**Εισαγωγή:** Η ΟΝΒ είναι νόσος με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η επιδημιολογία της δεν έχει καθοριστεί με ακρίβεια, ενώ η ενδονοσοκομειακή επίπτωση αναφέρεται στο 10-15%. Πρόκειται για κλινικό σύνδρομο ως συνέπεια διάφορων παθολογικών οντοτήτων και η αντιμετώπισή διαφέρει ανάλογα με το αίτιο και το στάδιο της

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριελήφθησαν 1083 ενήλικες ασθενείς με ΟΝΒ(KDIGO), που νοσηλεύτηκαν σε κλινικές του Γ.Ν.Α Ιπποκρατείου μεταξύ Ιανουαρίου 2021 και Σεπτεμβρίου 2022. Ως κριτήριο αποκλεισμού ορίστηκε η Χρόνια Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 74 έτη και το 63%. Οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας ήταν η καρδιαγγειακή νόσος σε 410 ασθενείς (37.8%), οι λοιμώξεις σε 258 (23.8%), οι γαστρεντερικές διαταραχές σε 137(12.6%) και τα νεοπλάσματα σε 103(9.5%). Άλλες αιτιολογίες αποτελούσαν η αποφρακτική νεφροπάθεια σε 45(3.6%), η αιμορραγία σε 36 (3.3%), οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 30 (2.7%), οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σε 13 (1.2%) και άλλα σε 49 (4.5%). Η ΟΝΒ αντιμετωπίστηκε με ενυδάτωση σε 405 (37%) ασθενείς, διούρηση σε 241 (22%), αιμοκάθαρση (ΑΙΚ) σε 216 (19.9%) ασθενείς και άλλα μέτρα σε 220(20 %) Στην καρδιαγγειακή νόσο οι 135 ασθενείς (33%) αντιμετωπίστηκαν με διούρηση και οι 103 (25%) υποστηρίχτηκαν με ΑΙΚ ενώ στην περίπτωση των λοιμώξεων οι 125 (48%) αντιμετωπίστηκαν με ενυδάτωση και οι 37(14%) ασθενείς με ΑΙΚ

**Συμπεράσματα:** Παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια στην ενδονοσοκομειακή ΟΝΒ που απαιτεί ξεχωριστό θεραπευτικό πλάνο για την αντιμετώπιση της με ανάγκη στενής παρακολούθησης, εξατομίκευση, στενή συνεργασία μεταξύ νεφρολόγων και άλλων ειδικοτήτων και επαγρύπνησή για πρώιμη διάγνωση.

P 030

**Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙΙ (KDIGO)****Γ. Αγγελής, Ε. Σταμπολλίου, Ζ. Αλεξάκου, Μ. Μπόρα, Δ. Κουρνήτης Α. Καποτά, Α. Χαλκιά, Π. Γιάννου, Δ. Πετράς***Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ Ιπποκράτειο*

**Εισαγωγή:** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί το συχνότερο αίτιο χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) τελικού σταδίου. Η επιδημιολογία και έκβαση διαβητικών ασθενών με σταδίου ΙΙΙ Οξεία Νεφρική Βλάβη (ΟΝΒ), χρήζει περαιτέρω μελέτης και σύγκρισης με τα δεδομένα μη διαβητικών ασθενών

**Υλικό & Μέθοδος :** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη με 1083 ασθενείς με ΟΝΒ και ΟΝΒ επί ΧΝΝ μεταξύ Ιανουαρίου 2021-Σεπτεμβρίου 2022

**Αποτελέσματα:** Από 1083 ασθενείς οι 458(42,3%) ήταν διαβητικοί ενώ οι 625(57,7%) μη διαβητικοί, με μέση ηλικία 74.5 ± 12.6 έτη. Αιμοκάθαρση απαιτήθηκε σε 83(18%) διαβητικούς ασθενείς και σε 132(21,1%) μη διαβητικών ασθενών με ένταξη σε αιμοκάθαρση ή με GFR<15ml/min/1,73m2 ένα μήνα μετά το εξιτήριο, 37,7% και 51,1% αντίστοιχα. Αναλυτικότερα, εντάχθηκαν ή διαπιστώθηκε GFR<15 ml/min/1,73m2 ανάλογως με το στάδιο της ΧΝΝ στην εισαγωγή τους Α) ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙ από 29 οι 8(27,3%) μη διαβητικοί και από 19 οι 4 (21%) διαβητικοί Β)ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙΙα από 30 ασθενείς οι 5 (16,6%) μη διαβητικοί και από τους 15 οι 3 (20%) διαβητικοί Γ) ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙΙβ από 17 ασθενείς οι 8(47%) μη διαβητικοί και από τους 20 οι 6 (30%) διαβητικοί. Δυσμενέστερη πρόγνωση είχαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη από 30 οι 16(63%), με προνεφρική ΟΝΒ από 19 ασθενείς οι 10(53%) και με καρδιαγγειακό σύμβαμα από 18 ασθενείς οι 6(33%)

**Συμπεράσματα:** Ασθενείς με ΟΝΒ επί ΧΝΝ και ανάγκη αιμοκάθαρσης κατά τη νοσηλείας τους δεν φάνηκε αρνητικότερη πρόγνωση στον ένα μήνα στους διαβητικούς ασθενείς παρά μόνο σε αυτούς με ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙΙα. Τη δυσμενέστερη πρόγνωση στον 1 μήνα είχαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για λοίμωξη



**ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΧΝΝ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II****I. Γριβέας**

*Νεφρολογική Κλινική Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικό Ταμείο Στρατού (417 ΝΙΜΤΣ), Ιδιωτικό Νεφρολογικό Ιατρείο «Athens-nephrology»*

**Εισαγωγή:** Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) και ΧΝΝ συνδέονται αλληλένδετα και μαζί επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Φάρμακα με νεφροπροστατευτική δράση στην κλινική πράξη είναι οι αΜΕΑ και οι ARBs και πρόσφατα αναγνωρίστηκε τέτοιος ρόλος στους SGLT2. Διερευνήσαμε την επίδραση της δαπαγλιφλοζίνης στην εξέλιξη της ΧΝΝ σε ασθενείς με και χωρίς ΣΔ τύπου II.

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρακολούθησαμε τη νεφρική λειτουργία, τους ηλεκτρολύτες και την πρωτεϊνουρία σε 23 ασθενείς με ΧΝΝ (16 άνδρες) που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν κλινικά σταθεροί, δεν χρειάστηκε να νοσηλευτούν και όσοι ελάμβαναν αΜΕΑ ή ARB η δόση ήταν σταθερή.

**Αποτελέσματα:** 15 στους 23 ασθενείς ήταν διαβητικοί. 3 ασθενείς είχαν καρδιονεφρικό σύνδρομο και 5 κάπνισαν τύπο σπειραματονεφρίτιδας. Η μέση ηλικία των ασθενών μας ήταν 70 έτη (εύρος: 37-88) με μέση περίοδο παρακολούθησης 9 μήνες. 5 λάμβαναν αΜΕΑ και 9 ελάμβαναν ARBs. Ο μέσος eGFR των ασθενών κατά την έναρξη της μελέτης ήταν 47,30±17,54 ml/min και παρέμεινε σταθερός μέχρι το τέλος 44,48±20,29 ml/min (p=NS). Η μέση αρχική πρωτεϊνουρία (1331,13±1343,75 mg/24ωρο) ελαττώθηκε σημαντικά ήδη από το πρώτο τετράμηνο (822,02±702,36 mg/24 ώρες (p<0,05) με την ομάδα των μη διαβητικών να επωφελείται περισσότερο (1587,13±1737,47 mg/24ωρο vs 850,25±721,30 mg/24ωρο, p=NS διαβητικοί- 1074,50±836,64 mg/24ωρο vs 793,80±731,44 mg/24ωρο, p<0,05 μη διαβητικοί). Σε κανένα ασθενή δεν παρατηρήθηκε υπερκαλιαιμία κατά την περίοδο παρατήρησης.

**Συμπεράσματα:** Η δαπαγλιφλοζίνη διατήρησε σταθερή τη νεφρική λειτουργία των ασθενών με την πρωτεϊνουρία να ελαττώνεται στατιστικώς σημαντικά. Απαιτούνται μακροχρόνιες παρατηρήσεις για την αξιολόγηση του οφέλους των SGLT2, σε όλους τους πληθυσμούς με ΧΝΝ πριν καταλήξουμε σε ένα ουσιαστικό και στέρεο συμπέρασμα.

P 031

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ ΚΑΚΟΗΘΗ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ**  
**Σ. Φωκάς<sup>1</sup>, Α. Γεράκης<sup>1</sup>, Ι. Γιατράς<sup>1</sup>, Χ. Καϊταντζόγλου<sup>1</sup>, Κ. Παλαμάρης<sup>2</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΔΘΚΑ «Υγεία»

<sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με μη κακοήθη μονοκλωνική γαμμαπάθεια δε λαμβάνουν ειδική θεραπεία. Ωστόσο, όταν παρουσιάζεται νεφρική προσβολή χρήζουν διερεύνησης προκειμένου να χορηγηθεί ενδεχομένως θεραπεία έναντι του εμπλεκόμενου κλώνου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 8 ασθενείς, 6 άνδρες και 2 γυναίκες, με γνωστή μη κακοήθη μονοκλωνική γαμμαπάθεια και νεφρική βλάβη, ηλικίας 66 (50,25- 80,5) ετών με eGFR 38,5 (17,75- 72,5) ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Πέντε ασθενείς είχαν MGUS (ένας με IgGλ, δύο με IgGκ, δύο με ελεύθερες κ αλύσους) και τρεις έρπον πολλαπλούν μυέλωμα (IgAκ, IgGλ και κ ελεύθερες αλύσους). Πέντε ασθενείς παρουσίασαν ανεξήγητη έκπτωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης και τρεις είχαν νεφρωσικό σύνδρομο, απότομη αύξηση λευκωματουρίας και σπειραματική αιματοουρία αντίστοιχα. Όλοι υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού και παρακολούθηθηκαν επί 38 (15-77) μήνες.

**Αποτελέσματα:** Εφτά ασθενείς είχαν ιστολογικές αλλοιώσεις που συσχετιζόνταν με τη μονοκλωνική γαμμαπάθεια. Τέσσερις παρουσίασαν ιστολογική βλάβη συμβατή με νόσο εναπόθεσης μονοκλωνικής ανοσοσφαιρίνης ή ελαφρών αλύσων. Στη μία από αυτούς συνυπήρχε AL αμυλοείδωση. Οι άλλοι τρεις ασθενείς είχαν μεμβρανοϋπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα μεσολαβούμενη από ανοσοσφαιρίνες, κρουκροσταλλοσφαιριναιμική νεφροπάθεια και C3 σπειραματοπάθεια. Στην τελευταία ασθενή συνυπήρχε ιστορικό ΣΕΛ και έλαβε θεραπεία με μυκοφαινόλικό οξύ. Οι υπόλοιποι έξι ασθενείς έλαβαν δεξαμεθαζόνη, βορτεζομίμη και δαρατουμουμάμη. Ο όγδοος ασθενής είχε αλλοιώσεις εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης χωρίς καθήλωση μονοκλωνικής σφαιρίνης που πιθανότατα δε σχετιζόταν με το αιματολογικό του νόσημα. Η νεφρική επιβίωση (απουσία ΧΝΝ τελικού σταδίου) ήταν 87,5%.

**Συμπεράσματα:** Η βιοψία νεφρού στους παραπάνω ασθενείς ανέδειξε ποικίλες σπειραματικές, σωληναροδιάμεσες και αγγειακές βλάβες. Η έγκαιρη διάγνωση της νεφρικής βλάβης και η συσχέτισή της με τον παθολογικό κλώνο είναι καθοριστική για την έναρξη στοχευμένης θεραπείας.

P 032

P 033

**ΕΣΤΙΑΚΗ ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ SARS COV2 ΛΟΙΜΩΞΗ****Σ. Φωκάς<sup>1</sup>, Α. Γεράκης<sup>1</sup>, Χ. Καϊταντζόγλου<sup>1</sup>, Ι. Γιατράς<sup>1</sup>, Φ. Σταυρίδη<sup>2</sup>, Κ. Παλαμάρης<sup>3</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα ΔΘΚΑ «Υγεία»<sup>2</sup>Δ' Παθολογική - Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»<sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η εστιακή τμηματική σπειραματοσκληρυνση (FSGS) αποτελεί πρότυπο σπειραματικής βλάβης, που ανήκει στην κατηγορία των ποδοκυττοπαθειών και οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, στους οποίους συγκαταλέγονται και ιογενείς λοιμώξεις. Την εποχή της COVID-19 πανδημίας έχουν αναφερθεί περιστατικά ασθενών με διάγνωση FSGS μετά από SARS CoV2 λοίμωξη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναφορά περιστατικού FSGS μετά από λοίμωξη με SARS-CoV2.

**Αποτελέσματα:** Γυναίκα 57 ετών με πρόσφατη διάγνωση μεσοθηλιώματος και λοίμωξη αναπνευστικού από SARS-CoV2, ανέφερε αιφνίδια ταυτόχρονη εμφάνιση οιδήματος ανά σάρκα. Παρουσίασε νεφρωσικό σύνδρομο (Λευκωματουρία: 20,4 g/24h, Αλβουμίνη: 0,9 g/dl) και οξεία νεφρική βλάβη (κρεατινίνη: 1,5 mg/dl). Η βιοψία νεφρού ανέδειξε ποδοκυττοπάθεια του τύπου της FSGS ουρικού πόλου (tip lesion), με συνυπάρχουσα χρόνια θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια και διάχυτη οξεία σωληναριακή βλάβη. Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ανεδείχθησαν εντός του κυτταροπλάσματος του ενδοθηλιακού κυττάρου δομές προσομοιάζουσες με σωληνοδίκτυωτά έγκλειστα. Επίσης στο κυτταρόπλασμα των ποδοκυττάρων παρατηρήθηκαν μικροκυστιδιακοί σχηματισμοί εντός των οποίων περικλείονταν δομές υπαινικτικές ίκων σωματίων. Η ασθενής έλαβε κυκλοσπορίνη 3 mg/ΚΒΣ και κορτιζόνη 0,2 mg/ΚΒΣ. Εντός μηνός από την έναρξη θεραπείας επιτεύχθηκε μερική ύφεση (λευκωματουρία: 1,3 g/24h, αλβουμίνη: 2 g/dl, κρεατινίνη: 1 mg/dl). Εν όψει έναρξης ανοσοθεραπείας με remibriluzumab για την αντιμετώπιση του μεσοθηλιώματος έγινε απόσυρση της κυκλοσπορίνης και διατηρήθηκε μερική ύφεση καθόλη τη διάρκεια παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Τα ανωτέρω ιστολογικά ευρήματα, η γρήγορη ανταπόκριση στην ανοσοκαταστολή πριν τη λήψη αντικαρκινικής θεραπείας και η διατήρηση μερικής ύφεσης της λευκωματουρίας με σταθερή νεφρική λειτουργία μετά τη διακοπή της κυκλοσπορίνης θέτουν την υπόνοια συσχέτισης της FSGS της ασθενούς με την πρόσφατη SARS-CoV2 λοίμωξη.

P 034

**ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΜΙΑ ΚΟΟΡΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ****Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Ε. Δροσατάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαραγκού<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Ν. Παπαδάκης<sup>1</sup>, Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Ν. Κρουσταλάκης<sup>1</sup>, Κ. Παλαμάρης<sup>2</sup>, Ε. Δαφνής<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου<sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η εξατομικευμένη θεραπεία της νεφρικής συμμετοχής σε ασθενείς με αγγειΐτιδα απαιτεί δεδομένα μακροχρόνιας παρακολούθησης, παρά την παρουσία πολλών τυχαίοποιημένων μελετών. Παρουσιάζουμε την εμπειρία του κέντρου μας.

**Ασθενείς & Μέθοδος:** Ανασκόπηση του φακέλου του ασθενούς για τα κλινικά σημεία και συμπτώματα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το λογισμικό SPSS 20.

**Αποτελέσματα:** Ανακτήθηκαν στοιχεία για 58 ασθενείς (37 γυναίκες), με μέσο χρόνο παρακολούθησης 5 έτη (εύρος 1 – 31 έτη) και μέση ηλικία 66 έτη (εύρος 12 – 102 έτη). pANCA, cANCA, ANCA αρνητικά αντισώματα εμφάνισαν 46 (79%), 8 (14%), και 4 (7%) ασθενείς αντίστοιχα. Νεφρικός θάνατος επήλθε σε 9 ασθενείς. Απεβίωσαν 16 ασθενείς. Ανοσοτροποποιητική θεραπεία επαγωγής έλαβαν όλοι οι ασθενείς (Κυκλοφωσφαμίδη N=42, Rituximab N=7, μονοθεραπεία στεροειδών=9). Σε πλασμαφαίρεση υποβλήθηκαν 12 ασθενείς, όλοι με πνευμονική αιμορραγία.

Οι ασθενείς με βαρύτερη κλινικά νόσο υποβάλλονται συχνότερα σε πλασμαφαίρεση αλλά παρουσιάζουν ταχύτερη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η πλασμαφαίρεση οδήγησε σε πλήρη ύφεση της πνευμονικής αιμορραγίας σε όλους τους ασθενείς.

Ο νεφρικός θάνατος σχετίζεται με μειωμένη νεφρική λειτουργία εξ αρχής (στον 1 και στους 6 μήνες μετά την διάγνωση). Η θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη ή Rituximab δεν εμφανίζει διαφορά στην έκβαση (θάνατος ή νεφρικός θάνατος). Υποτροπή εμφάνισαν 14 ασθενείς. Παραδόξως, ο αριθμός των υποτροπών δεν σχετίζεται με το ρυθμό επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας.

Ο θάνατος δεν σχετίζεται με μείωση της νεφρικής λειτουργίας στον 1 και 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας επαγωγής. Ασθενείς οι οποίοι έχασαν την παρακολούθηση είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο θνητότητας.

**Συμπέρασμα:** Η σε βάθος μελέτη σπανίων νοσημάτων αποδίδει κατεύθυνση στην νεφρολογική θεραπευτική. Η θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη ή Rituximab δεν εμφανίζει διαφορά στην έκβαση. Η πλασμαφαίρεση ωφελεί στις περιπτώσεις πνευμονικής αιμορραγίας. Η πτωχή παρακολούθηση συνοδεύεται από πτωχότερη επιβίωση.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

**Θ. Βασιλικόπουλος<sup>1</sup>, Α. Καλοκαιρινού<sup>2</sup>, Σ. Βαλσάμη<sup>1</sup>, Γ. Κουρλαμπά<sup>3</sup>, Β. Αθανασιάδου<sup>1</sup>, Σ. Πλαβούκου<sup>1</sup>, Δ. Πανοκώστας<sup>1</sup>, Γ. Τσίρος<sup>4</sup>, Ε. Γράψα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη

<sup>4</sup>Κέντρο Υγείας Γαστρώνας, Γαστρώνη

**Εισαγωγή:** Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) αποτελεί διεθνώς ένα σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Στην Ελλάδα η έρευνα σχετικά με την εκτίμηση του επιπολασμού της αδιάγνωστης ΧΝΝ του πληθυσμού είναι περιορισμένη. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της νεφρικής νόσου στον πληθυσμό και ο εντοπισμός ατόμων που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο ΧΝΝ χωρίς να το γνωρίζουν.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη υλοποιήθηκε στα παθολογικά εξωτερικά παθολογικά ιατρεία των Νοσοκομείων-Κέντρων Υγείας της Νοσηλευτικής Μονάδας του Νομού Ηλείας. Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν ασθενείς που προσήλθαν στα εξωτερικά παθολογικά ιατρεία. Ως εργαλείο καταμέτρησης χρησιμοποιήθηκε έντυπο καταγραφής των εργαστηριακών τιμών που σχετίζονται με την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 1071 άτομα που εξετάστηκαν για άλλα αίτια στα παθολογικά εξωτερικά ιατρεία και τα οποία είχαν αρνητικό ιστορικό για ΧΝΝ. Η μέση ηλικία ήταν τα 55 έτη όπου το 37.5% ήταν άνω των 65 ετών και το 55.5% ήταν γυναίκες. Το 71.9% είχε δείκτη eGFR  $\geq 90$  ml/min.1,73 m<sup>2</sup>. Με βάση το eGFR η κατανομή του δείγματος, μας φανέρωσε ότι το 28.1% των ατόμων που εξετάστηκαν για άλλα αίτια στα εξωτερικά ιατρεία, βρισκόταν σε κάποιο από τα στάδια της ΧΝΝ (Σ2, Σ3Α-Σ3Β, Σ4). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του eGFR και: της ηλικίας, την παρουσία παχυσαρκίας, διαβήτη και υπέρτασης, καθώς και με την αναφερόμενη νυκτουρία. Επίσης πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση για την εκτίμηση της επίδρασης των παραγόντων στις χαμηλές τιμές του eGFR (<90 ml/min.1,73 m<sup>2</sup>). Έπειτα από διόρθωση για όλους τους στατιστικά σημαντικούς παράγοντες παρατηρήθηκε ότι οι παράγοντες που επιδρούν στις χαμηλές τιμές του eGFR είναι η νυκτουρία, η αρτηριακή υπέρταση και η πρωτεϊνουρία.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα έρευνα ανέδειξε τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού της αδιάγνωστης ΧΝΝ στον εξετασθέντα πληθυσμό και την ανάγκη ενημέρωσης με σκοπό την πρόωμη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος.

P 035

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΟΓΟΝΟΥ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ: Η ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Π. Καλογερόπουλος, Ο. Τσοτσρού, Ι. Τσουμπού, Σ. Λιονάκη**

Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

**Εισαγωγή:** Οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες (ΚΦΚ) με υποδόριο σύραγμα χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα ως μόνιμη αγγειακή προσπέλαση σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Η μικροβιαία σχετιζόμενη με τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα (ΜΣΚΦΚ) αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηλείας με αυξημένη θνητότητα και κόστος. Σκοπός είναι να μελετηθεί η επίδραση του παθογόνου μικροοργανισμού στην κλινική πορεία των ασθενών με ΜΣΚΦΚ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν ανασδρομικά οι νοσηλεύόμενοι στην κλινική μας από τον 11/2021 έως τον 12/2022 με τεκμηριωμένη ΜΣΚΦΚ. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία, η διάρκεια νοσηλείας, τα μικροβιολογικά δεδομένα, ο τρόπος διαχείρισης του κεντρικού φλεβικού καθετήρα και η έκβαση της νοσηλείας.

**Αποτελέσματα:** Νοσηλεύτηκαν συνολικά 27 ασθενείς, οι 12 (44,4%) ήταν άνδρες. Απομονώθηκαν τα εξής μικρόβια: 7 (25,9%) ασθενείς με χρυσίζων σταφυλόκοκκος, 10 (37%) με αρνητικό στην κοαγκουλάση σταφυλόκοκκος, 4 (14,8%) με άλλον Gram-θετικό κόκκο, 3 (11,1%) με Gram-αρνητικό κόκκο, ένας (3,7%) με κάντιντα, ενώ 2 (7,4%) είχαν αρνητικές καλλιέργειες. Οι ασθενείς στους οποίους απομονώθηκε χρυσίζων σταφυλόκοκκος και κάντιντα είχαν περισσότερες ημέρες νοσηλείας σε σχέση με άλλες λοιμώξεις με μέσο όρο 29 και 41 ημέρες αντίστοιχα (p=0,014). Εμφανίστηκαν μεταστατικές λοιμώξεις σε 4 ασθενείς, οι οποίοι απομόνωσαν σταφυλόκοκκο (p=0,02). 3 ασθενείς με χρυσίζων σταφυλόκοκκο είχαν ως έκβαση τον θάνατο, ένας με αρνητικό στην κοαγκουλάση σταφυλόκοκκο και ένας με Gram-αρνητικό μικρόβιο (p=0,385). Στους 26 από τους 27 ασθενείς (96,3%) έγινε αφαίρεση του ΚΦΚ.

**Συμπεράσματα:** Η πλειοψηφία των ασθενών στο παρόν δείγμα χρειάστηκε αλλαγή της προσπέλασης. Το είδος του μικροβίου φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη διάρκεια νοσηλείας όσο και στην εμφάνιση μεταστατικών λοιμώξεων.

P 036

P 037

## ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

**Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Λιάπης<sup>2</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Η ανοσοθεραπεία με τη χρήση των Immune check point inhibitors (ICIs) αποτελεί θεμελιώδη λίθο της σύγχρονης αντινεοπλασματικής θεραπείας. Παρά τα σημαντικά κλινικά οφέλη, τα ICIs συνδέονται με ανεπιθύμητες ενέργειες που αφορούν φαινόμενα αυτοανοσίας σε διάφορα όργανα. Σπανιότερα παρουσιάζεται νεφρική βλάβη κυρίως με εμφάνιση οξείας διάμεσης νεφρίτιδας. Παρουσιάζουμε σειρά ασθενών με οξεία νεφρική βλάβη (ONB) μετά από χορήγηση ανοσοθεραπείας με ICIs.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής 1 με μεταστατικό μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα υπό ανοσοθεραπεία με atezolizumab παρουσίασε αγγειίτιδα τύπου εξάνθημα στον κορμό και τα κάτω άκρα, ONB, μικροσκοπική αιματοουρία και πρωτεϊνουρία. Ασθενής 2 με κακήθες νεόπλασμα οισοφάγου υπό ανοσοθεραπεία με pembrolizumab και επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας. Ασθενής 3 με κακήθες νεόπλασμα ενδομητρίου υπό ανοσοθεραπεία με pembrolizumab εμφάνισε επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, νεφρωσικό σύνδρομο και μικροσκοπική αιματοουρία. Ασθενής 4 με μελάνωμα υπό ανοσοθεραπεία με pembrolizumab παρουσιάστηκε με μικροσκοπική αιματοουρία και εξάνθημα.

**Αποτελέσματα:** Και στους 4 ασθενείς διενεργήθηκε βιοψία νεφρού. Ασθενής 1: Ανοσοπενική νεκρωτική αγγειίτιδα με ινιδιοειδή νέκρωση και φλεγμονή στο τοίχωμα ενός αγγείου. Ασθενής 2: Οξεία διάμεση νεφρίτιδα με παρουσία έντονης φλεγμονής. Ασθενής 3: ευρήματα συμβατά με εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση (FSGS, NOS), χωρίς να τεκμηριώνεται ανοσοσυμπλεγματική νόσος. Ασθενής 4: Εικόνα εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης ισχαιμικού τύπου και μέτριες αλλοιώσεις διάμεσης ίνωσης και διάμεση νεφρίτιδα σε αποδρομή. Η ασθενής είχε λάβει θεραπεία με κορτικοειδή. Και στους 4 ασθενείς διακόπηκε προσωρινά η ανοσοθεραπεία και έλαβαν αγωγή με κορτικοειδή με αποτέλεσμα κλινικοεργαστηριακή βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Η ONB είναι μια σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή επιπλοκή των ICIs. Η διαρκής επαγρύπνηση καθίσταται απαραίτητη στα πλαίσια της αυξανόμενης χρήσης της ανοσοθεραπείας.

P 038

## ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Δ. Ξυδάκης, Ε. Αντωνάκη, Ε. Τζάλη, Λ. Φανουριά, Χ. Πετρά, Κ. Κωστάκης, Ε. Βαρδάκη**

Νεφρολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Νοσοκομείο, Κρήτη

**Εισαγωγή:** Η ασυμπτωματική μικροσκοπική σπειραματική αιματοουρία (ΜΣΑ) είναι συχνό εύρημα και συχνότατη αιτία παραπομπής σε νεφρολόγο. Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την ανάγκη ή όχι για βιοψία νεφρού, ούτε για το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος παρακολούθησης των ασθενών αυτών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της κλινικής έκβασης ασθενών με ΜΣΑ μετά από μακροπρόθεσμη παρακολούθηση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν ασθενείς με τεκμηριωμένη ΜΣΑ κατά το χρονικό διάστημα 2000-2005. Αποκλείστηκαν ασθενείς με μη σπειραματική αιματοουρία, με πρωτεϊνουρία  $\geq 150$  mg/24ωρο και με eGFR < 60 ml/min.

**Αποτελέσματα:** 128 διαδοχικοί ασθενείς (Α/Γ 47/81, μέση ηλικία κατά την έναρξη 36 $\pm$ 11 έτη –έυρος 16 έως 69 έτη) και μέσο eGFR 94,2 $\pm$ 13,3 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, εντάχθηκαν στην μελέτη. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 7,8 $\pm$ 4,6 έτη.

14 (10,9%) ασθενείς είχαν γνωστό οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου. Κατά την περίοδο της παρακολούθησης, σε 52 ασθενείς (40,6 %) βρέθηκε τουλάχιστον ένας συγγενής 1<sup>ου</sup> ή 2<sup>ου</sup> βαθμού με σπειραματική αιματοουρία, 22 ασθενείς (17,1%) εμφάνισαν αρτηριακή υπέρταση, σε 31 ασθενείς (24%) υφέθηκε η αιματοουρία ενώ 14 ασθενείς εμφάνισαν λευκωματουρία >500 mg/24H (796 $\pm$ 196 mg/24H) με ΜΟ εμφάνισης τα 3,6 έτη. Χρόνια Νεφρική Νόσος (eGFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> X 3 Μήνες) εμφανίστηκε σε 2 ασθενείς (2.3%) με ΜΟ εμφάνισης τα 4,3 έτη από την έναρξη της παρακολούθησης.

18 ασθενείς (14%) υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού: 12 εξαιτίας εμφάνισης πρωτεϊνουρίας (8 IgA νεφροπάθεια, 3 Νόσος Λεπτών Μεμβρανών, 1 αδιευκρίνιστη), 5 εξαιτίας οικογενειακού ιστορικού (4 Νόσος Λεπτών Μεμβρανών, 1 IgA νεφροπάθεια), 1 από επιθυμία ασθενούς (IgA νεφροπάθεια). Κανείς δεν εμφάνισε ΧΝΝ-ΤΣ.

**Συμπεράσματα:** Η ΜΣΑ, σχετίζεται κατά κανόνα με εξαιρετική νεφρική πρόγνωση. Στη παρούσα μελέτη, κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνισε ΧΝΝ-ΤΣ, αλλά το 9% εμφάνισε πρωτεϊνουρία σε μέσο χρονικό διάστημα 3,6 έτη. Είναι απαραίτητη λοιπόν η τακτική αλλά και μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών αυτών, αναζητώντας παράγοντες κινδύνου εξέλιξης νεφρικής νόσου.

## ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΩΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>2</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>3</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>4</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>4</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>5</sup>, Σ. Φλούδα<sup>6</sup>, Δ. Μπούμπας<sup>6</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>7</sup>, Β. Βάιος<sup>7</sup>, Μ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Χ. Μπίντας<sup>2</sup>, Π. Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>5</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>8</sup>, Δ. Γούμενος<sup>8</sup>, Α. Βενετσανοπούλου<sup>9</sup>, Π. Βούλγαρη<sup>9</sup>, Ε. Γράψα<sup>10</sup>, Ε. Ανδρονικήδη<sup>10</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>11</sup>, Σ. Παναγούτσος<sup>3</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>4</sup>Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>5</sup>Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>6</sup>Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>7</sup>Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογικής κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ Θεσσαλονίκης, «ΑΧΕΠΑ»

<sup>8</sup>Νεφρολογική κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>9</sup>Ρευματολογική Κλινική, Τομέας Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>10</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Αρεταϊείου Νοσοκομείου

<sup>11</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην περιγραφή της κλινικής εικόνας και της έκβασης της λοίμωξης από τον ιό sars-cov2 σε ασθενείς με σπειραματικές παθήσεις (ΣΠ) και τη διερεύνηση της ενδεχόμενης επίδρασης της στην κλινική πορεία της πρωτοπαθούς νόσου.

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ΣΠ, οι οποίοι διαγνώστηκαν με Covid-19 οι οποίοι συγκρίθηκαν με ασθενείς που δε νόσησαν. Καταγράφηκαν η κλινική εικόνα της λοίμωξης, οι νοσηλείες και η έκβαση της Covid-19 και της ΣΠ.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη έχουν ενταχθεί μέχρι σήμερα 312 ασθενείς, εκ των οποίων οι 214(68,5%) έχουν διαγνωστεί με Covid-19 ενώ οι υπόλοιποι 98 όχι. Η μέση ηλικία των ασθενών που νόσησαν ήταν μικρότερη [44 (28-59,75) vs. 53 (38-64) έτη, p<0.001] έναντι αυτών που δε νόσησαν. Ο μέσος χρόνος από τη βιοψία έως το Covid-19 ήταν 67,6(±59,3) μήνες. 82,5% των νοσησάντων ασθενών είχαν εμβολιαστεί έναντι του sars-cov2 και 49,1% ελάμβαναν ανοσοκαταστολή στον εμβολιασμό. Οι ασθενείς που νόσησαν ήταν σημαντικά νεότεροι έναντι των μη νοσησάντων ασθενών (82.5 % vs. 97%, p=0.0001). 28(13%) των ασθενών χρειάστηκαν νοσηλεία με μέση διάρκεια 8,3(±5,1) ημέρες. 84,2% των ασθενών οδηγήθηκαν σε ίαση, 4(1,9%) απεβίωσαν λόγω του Covid-19 και 24(11%) είχαν παρατεταμένη συμπτωματολογία. Μεταξύ των ασθενών με ύφεση της ΣΠ, η συχνότητα υποτροπής της ΣΠ ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που νόσησαν με Covid-19 έναντι αυτών που δε νόσησαν (11.9% vs. 2.1 %, p=0.0.007).

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη από το ιό sars-cov2 επηρεάζει σημαντικά τους ασθενείς με ΣΠ, όχι μόνο αυξάνοντας την νοσηρότητα λόγω της Covid-19 αλλά και αυξάνοντας την πιθανότητα υποτροπής της πρωτοπαθούς νόσου.

## ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Μ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>2</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>3</sup>, Χ. Σκαλιώτη<sup>2</sup>, Π. Κρίκη<sup>4</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>4</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>3</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>5</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Γράψα<sup>6</sup>, Ε. Ανδρονικήδη<sup>6</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Παναγούτσος<sup>4</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>2</sup>, Δ. Γούμενος<sup>5</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>3</sup>Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>4</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>5</sup>Νεφρολογική κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>6</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Αρεταϊείου Νοσοκομείου

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει την ενδεχόμενη επίδραση του εμβολιασμού ή/και της λοίμωξης με τον ιό sars-cov2 στους ασθενείς με IgA νεφροπάθεια (IgAN).

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη στην οποία εντάσσονται ασθενείς με ιστολογική επιβεβαίωση IgAN, που έλαβαν τουλάχιστον μια δόση του εμβολίου έναντι του ιού sars-cov2 ή νόσησαν ή και τα δύο. Αποκλείονται ασθενείς που κατέληξαν σε ΧΝΝΤΣ πριν την έκθεση στο εμβόλιο ή τον ιό. Καταγράφονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου, οι δόσεις που χορηγήθηκαν, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, η κλινική εικόνα της Covid-19, η ανάγκη νοσηλείας και η έκβαση.

**Αποτελέσματα:** Μέχρι τώρα έχουν ενταχθεί 68 ασθενείς με IgAN με μέση ηλικία 43,8(±17,5) έτη, ενώ 41(60,3%) είναι άνδρες. 58(85,1%) ασθενείς έλαβαν ανοσοκαταστολή κατά τη διάγνωση και 65,4% πέτυχαν ύφεση. 76,8% των ασθενών εμβολιάστηκαν έναντι του sars-cov2 σε μέσο χρόνο 52,6(±41,2) μήνες από τη βιοψία νεφρού με 2,9(±0,6) δόσεις ενώ 15,4% των ασθενών ήταν υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία. 83,1% των ασθενών ανέφεραν συστηματικές και 30,5% τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες από τον εμβολιασμό. Συνολικά, 34(73,9%) ασθενείς εκδήλωσαν Covid-19 εκ των οποίων 70,6% είχαν εμβολιαστεί. 85,3% των ασθενών είχαν συμπτώματα κατά τη δοκιμασία ανίχνευσης του ιού, ενώ όλοι ανέφεραν συμπτώματα προοδευτικά. Δύο ασθενείς χρειάστηκαν νοσηλεία και όλοι είχαν πλήρη ίαση. Σε μέσο χρόνο 17(±10,55) μήνες από τον εμβολιασμό και 8,9(±4,8) μήνες από τη διάγνωση της Covid-19, 1(2,9%) ασθενής έχει εκδηλώσει υποτροπή της IgAN μετά τη Covid-19.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με IgAN σ αυτή την κοορτή ασθενών είχαν πολύ καλή εικόνα σε σχέση με την ασφάλεια του εμβολίου, ενώ οι ασθενείς που νόσησαν είχαν ανεπιπλεκτή έκβαση.

P 039

P 040

P 041

### ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ

**Μ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Σ. Φλούδα<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>3</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>4</sup>, Π. Κρίκη<sup>4</sup>, Α. Βενετσανοπούλου<sup>5</sup>, Π. Βούλγαρη<sup>5</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Αγοράνου<sup>1</sup>, Σ. Παναγιούτσος<sup>4</sup>, Ι. Μιχελάκης<sup>3</sup>, Δ. Μπούμπας<sup>2</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>3</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>4</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>5</sup>Ρευματολογική Κλινική, Τομέας Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην περιγραφή της κλινικής εικόνας και της έκβασης της λοίμωξης με τον ιό sars-cov2 σε ασθενείς με νεφρίτιδα του λύκου (ΝΛ).

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 82 ασθενείς με ΝΛ ιστολογικά επιβεβαιωμένη. Οι 56(68,3%) είχαν θετική δοκιμασία για τον ιό sars-cov2, οι οποίοι συγκρίθηκαν σ' ό,τι αφορά την έκβαση της ΝΛ με τους υπολοίπους 26 που δεν είχαν. Αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν φτάσει σε ΧΝΝΤΣ πριν τη λοίμωξη. Καταγράφηκαν τα στοιχεία της βιοψίας, η θεραπεία, η έκβαση της ΝΛ, η κλινική εικόνα της Covid-19 και η έκβαση της.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών που νόσησαν ήταν 33 (±12.7) έτη και 85.3% ήταν γυναίκες. Στην ιστοπαθολογική διάγνωση υπήρχε υπερπλαστική ΝΛ σε 43 (76,8%) περιπτώσεις. Όλοι οι ασθενείς είχαν λάβει ανοσοκατασταλτική θεραπεία και 89.2% είχαν πετύχει ύφεση της ΝΛ. 66.1% των ασθενών ήταν υπό ανοσοκαταστολή κατά τη διάγνωση της Covid. 94.6% των ασθενών υποβλήθηκαν στη δοκιμασία για την ανίχνευση του ιού λόγω συμπτωμάτων και 5(9,01%) των ασθενών χρειάστηκαν νοσηλεία κυρίως λόγω υποξαιμίας. 11(19.6%) των ασθενών έλαβε ειδική θεραπεία για την Covid-19, 91.6% των ασθενών είχαν πλήρη ίαση, 2(3,57%) παρατεταμένη συμπτωματολογία, και 1(1,785%) απεβίωσε λόγω του Covid-19. 10,9% των ασθενών με Covid-19 που ήταν σε ύφεση πριν τη λοίμωξη παρουσίασαν υποτροπή της ΝΛ 2,7(±2,1) μήνες μετά, ενώ κανένας ασθενής από τους ασθενείς χωρίς Covid-19 δεν εκδήλωσε υποτροπή στο ίδιο χρονικό διάστημα (p=0.09).

**Συμπεράσματα:** Η λοίμωξη με τον ιό sars-cov2 επηρεάζει τη νοσηρότητα των ασθενών με νεφρίτιδα του ΣΕΛ και ενδεχομένως την πιθανότητα υποτροπής σ' αυτούς που έχουν πετύχει ύφεση.

P 042

### ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ

**Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Σ. Φλούδα<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>3</sup>, Π. Κρίκη<sup>4</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>4</sup>, Α. Βενετσανοπούλου<sup>5</sup>, Π. Βούλγαρη<sup>5</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Αγοράνου<sup>1</sup>, Σ. Παναγιούτσος<sup>4</sup>, Α. Φανουριάκης<sup>2</sup>, Δ. Μπούμπας<sup>2</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>3</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Μονάδας Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>4</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>5</sup>Ρευματολογική Κλινική, Τομέας Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της συχνότητας των ανεπιθύμητων ενεργειών του εμβολιασμού έναντι του ιού sars-cov2 στους ασθενείς με ιστορικό νεφρίτιδας του λύκου (ΝΛ).

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ΝΛ ιστολογικά επιβεβαιωμένη, που εμβολιάστηκαν με το εμβόλιο έναντι του sars-ιού cov2. Αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν φτάσει σε τελικό στάδιο ΧΝΝ πριν το εμβόλιο. Καταγράφηκαν η ιστοπαθολογική διάγνωση της ΝΛ, τα ανοσοκατασταλτικά σχήματα, η έκβαση ως αποτέλεσμα θεραπείας, ο χρόνος, οι δόσεις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου, και η ενδεχόμενη επίδραση του στην κλινική πορεία της ΝΛ.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 90 ασθενείς με ΝΛ με μέση ηλικία τα 31 (±18) έτη εκ των οποίων οι 72 (80%) ήταν γυναίκες. Στην ιστοπαθολογική διάγνωση υπήρχε υπερπλαστική ΝΛ σε 68 (77.2%) περιπτώσεις και 91,8% είχαν πετύχει ύφεση με τη θεραπεία. 86.7% των ασθενών εμβολιάστηκαν με 3(2.75, 3) δόσεις. Ο διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση έως τον εμβολιασμό ήταν 59(32-137) μήνες και το 70.5% των ασθενών ελάμβανε ανοσοκαταστολή κατά τον εμβολιασμό. 30.5% των ασθενών ανέφεραν συστηματικές και 36.1% ανεπιθύμητες ενέργειες στην περιοχή της χορήγησης. Μεταξύ των ασθενών που ήταν σε ύφεση και εμβολιάστηκαν 1(1,2%) ασθενής παρουσίασε υποτροπή της ΝΛ σε χρονικό διάστημα 3 εβδομάδων από τη χορήγηση της 1<sup>ης</sup> δόσης. Τρεις (3,4%) ασθενείς που είχαν νόσο ανθεκτική στη θεραπεία παρουσίασαν επιδείνωση της ενεργότητας του ΣΕΛ μετά τη χορήγηση του εμβολίου.

**Συμπεράσματα:** Από τη συγκεκριμένη κοορτή ασθενών με ιστορικό ΝΛ το εμβόλιο έναντι του ιού sars-ιού cov2 φαίνεται ασφαλές, χωρίς επίδραση στην πιθανότητα υποτροπής της νόσου για τους ασθενείς που έχουν πετύχει ύφεση.

## ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ SARS-COV2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

P 043

**Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>3</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>4</sup>, Π. Κρίκη<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>5</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>6</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>3</sup>, Β. Βάιος<sup>5</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>2</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>6</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>3</sup>, Σ. Παναγούτσος<sup>4</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ «Γεώργιος Γεννηματάς»

<sup>4</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>5</sup>Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

<sup>6</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση της συχνότητας των ανεπιθύμητων ενεργειών του εμβολιασμού έναντι του ιού sars-cov2 στους ασθενείς με ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα (ΑΣΝ).

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν αναδρομικά ασθενείς με ΑΣΝ, που εμβολιάστηκαν με το εμβόλιο έναντι του ιού sars-cov2. Αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν φτάσει σε τελικό στάδιο ΧΝΝ πριν το εμβόλιο. Καταγράφηκαν η ιστοπαθολογική διάγνωση της ΑΣΝ, τα ανοσοκατασταλτικά σχήματα, η έκβαση της ως αποτέλεσμα αυτής, ο χρόνος, οι δόσεις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου και η ενδεχόμενη επίδραση του στην κλινική πορεία της ΑΣΝ.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη έχουν ενταχθεί μέχρι σήμερα 67 ασθενείς με ΑΣΝ με μέση ηλικία τα 59,6 (±17,5) έτη, εκ των οποίων οι 36(53,7%) ήταν γυναίκες. 34(50,7%) των ασθενών είχαν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και 16(23,9%) σακχαρώδη διαβήτη με μέση διάρκεια 9 και 10 έτη αντίστοιχα. 66(98,5%) έλαβαν θεραπεία επαγωγής της ύφεσης και 87,7% πέτυχαν ύφεση. 50(74,6%) έλαβαν θεραπεία συντήρησης της ύφεσης και 50(94,3%) εμβολιάστηκαν έναντι του ιού sars-cov2 σε μέσο χρόνο 79,5(±70,8) μήνες από τη διαγνωστική βιοψία με 3,2(±1,0) δόσεις. 90% των ασθενών ήταν σε ύφεση και 44% ελάμβαναν ανοσοκατασταλτική θεραπεία κατά τον εμβολιασμό. 26% των ασθενών ανέφεραν συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με τον εμβολιασμό και 62% τοπικά φαινόμενα στη θέση χορήγησης. 2(4,3%) ασθενείς εκδήλωσαν υποτροπή της ΑΝΣ σε μέσο χρόνο 5,7(±3,4) μήνες από την 1<sup>η</sup> δόση.

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα αποτελέσματα από τη συγκεκριμένη κοορτή ασθενών με ΑΝΣ το εμβόλιο έναντι του ιού sars-ιού cov2 φαίνεται ασφαλές, χωρίς επίδραση στην πιθανότητα υποτροπής της νόσου για τους ασθενείς που βρίσκονται σε ύφεση.

## ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

P 044

**Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>3</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>4</sup>, Κ. Κρίκη<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>5</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>6</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>3</sup>, Β. Βάιος<sup>5</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>2</sup>, Π. Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>6</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>3</sup>, Σ. Παναγούτσος<sup>4</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ «Γεώργιος Γεννηματάς»

<sup>4</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>5</sup>Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

<sup>6</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην περιγραφή της κλινικής εικόνας και της έκβασης της λοίμωξης με τον ιό sars-cov2 σε ασθενείς με ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα (ΑΣΝ).

**Μέθοδοι:** Στη μελέτη έχουν ενταχθεί μέχρι σήμερα 32 ασθενείς με ΑΣΝ ιστολογικά επιβεβαιωμένη, που είχαν θετική δοκιμασία για τον ιό sars-cov2. Αποκλείστηκαν ασθενείς, που είχαν φτάσει σε τελικό στάδιο ΧΝΝ πριν τη λοίμωξη. Καταγράφηκαν τα ανοσοκατασταλτικά σχήματα, που είχαν λάβει οι ασθενείς στη διάγνωση της ΑΣΝ, η έκβαση της ως αποτέλεσμα αυτής, η κλινική εικόνα της Covid-19, η ανάγκη και η διάρκεια νοσηλείας, η ειδική θεραπεία για την Covid-19 και η έκβαση της.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών με λοίμωξη ήταν 59,2(±19,1) έτη και υπήρχαν 12(37,5%) γυναίκες. 11(34,4%) ήταν υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία κατά τη νόσηση, ενώ 14(43,75%) είχαν λάβει θεραπεία με ριτουξιμάμπη. Όλοι εκτός από ένα ασθενή ήταν συμπτωματικοί, 9(28,125%) χρειάστηκαν νοσηλεία με μέση διάρκεια 6,325 ημέρες. 26(81,25%) ασθενείς οδηγήθηκαν σε πλήρη ίαση, 3(3,125%) είχαν παρατεταμένη συμπτωματολογία και 3(3,125%) απεβίωσαν λόγω του Covid-19. Μεταξύ των ασθενών που ήταν σε ύφεση 3(10,7%) εκδήλωσαν υποτροπή της ΑΝΣ και έλαβαν εκ νέου ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα αποτελέσματα από την παρούσα κοορτή ασθενών με ΑΝΣ, η λοίμωξη με τον ιό sars-cov2 επηρεάζει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα της ευπαθούς αυτής ομάδας, ενώ ενδεχομένως αυξάνει και την πιθανότητά υποτροπής της νόσου σ αυτούς που έχουν πετύχει ύφεση πριν την Covid-19.

P 045

## Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΣΤΙΣ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ-ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Μ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Ε. Μωυσίδου<sup>1</sup>, Γ. Λιούλιος<sup>1</sup>, Σ. Στάη<sup>1</sup>, Κ. Μπαντής<sup>1</sup>, Χ. Νικολαΐδου<sup>2</sup>, Α. Φυλάκτου<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Μ. Στάγκου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

<sup>2</sup>Παθολογοανατομικό εργαστήριο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

<sup>3</sup>Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

**Εισαγωγή:** Ιστοπαθολογικά μοντέλα, όπως το Berden Classification (BC), το ANCA renal risk (RRS) και το Mayo Clinic Chronicity (MCCR) score, έχουν χρησιμοποιηθεί στην πρόγνωση έκβασης νεφρικής λειτουργίας της ANCA σχετιζόμενης αγγειίτιδας-σπειραματονεφρίτιδας (AAV/GN)

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε ασθενείς με AAV/GN εφαρμόστηκαν τα ιστοπαθολογικά μοντέλα, BC, RRS, MCCR στη βιοψία νεφρού, κατά τη διάγνωση (T0), και τέθηκαν σε επαγωγική θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη+κορτικοειδή και παρακολούθηση σε 3 και 6 μήνες (T3, T6). Η προγνωστική αξία του εκάστοτε μοντέλου αξιολογήθηκε, βάση της νεφρικής λειτουργίας και της ένταξης σε αιμοκάθαρση (TN).

**Αποτελέσματα:** Στο χρόνο T0, οι 27 AAV/GN ασθενείς, 19(70,3%) γυναίκες, ηλικίας 61,9(18-82)έτη, MPO/PR3/ANCA-: 17/7/3, αξιολογήθηκαν κατά BC: focal/crescentic/mixed/sclerotic (n=5/9/8/5), κατά RRS: low/medium/high (n=7/10/10), και κατά MCCR minimal/mild/moderate/severe (n=3/13/6/5).

Ο eGFR(CKD-EPI) υπολογίστηκε σε 21(20), 36,5(29), 39,5(21)ml/min/1,73m<sup>2</sup> p<0,001, ενώ οι ασθενείς που χρειάστηκαν TN, ήταν n=11(40,7%), 6(22,2%), 5(18,5%) στους χρόνους T0, T3, T6, αντίστοιχα.

Στις ταξινομήσεις BC και MCCR, δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την μεταβολή του eGFR από τη φάση T0 σε T3 και T6. Αντιθέτως, στην ταξινόμηση βάση του RRS, παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή eGFR, στους ασθενείς με medium (p=0,019) και high risk score (p=0,047). Επίσης, ασθενείς με high RRS score είχαν στατιστικά σημαντικά αυξημένη πιθανότητα παραμονής σε αιμοκάθαρση στην T3 (OD=16, p=0,026) και T6 (OD=12,8, p=0,02), σε σχέση με ασθενείς που είχαν low ή medium risk RRS score.

**Συμπεράσματα:** Η προγνωστική αξία του μοντέλου RRS φάνηκε να υπερτερεί έναντι του BC και MCCR, με το high risk score να αποτελεί δείκτη δυσμενούς βραχυπρόθεσμης νεφρικής πρόγνωσης.

P 046

## ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ SARS-COV2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΔΟΚΥΤΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

**Π. Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>2</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>3</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>4</sup>, Π. Κρίκη<sup>5</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>6</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>6</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>7</sup>, Β. Βάιος<sup>7</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>3</sup>, Ε. Γράψα<sup>8</sup>, Ε. Ανδρονικίδης<sup>8</sup>, Μ. Καραγιάννης<sup>1</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>9</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>5</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>4</sup>, Δ. Γούμενος<sup>2</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, ΠΓΝ Πατρών

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>5</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>6</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ «Γεώργιος Γεννηματάς»

<sup>7</sup>Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

<sup>8</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Αρεταίου Νοσοκομείου

<sup>9</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ. ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τη ενδεχόμενη επίδραση της πανδημίας στους ασθενείς με ποδοκυττοπάθειες.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη στην οποία εντάσσονται ασθενείς με ιστολογική επιβεβαίωση νόσου ελαχίστων αλλοιώσεων (NEA) ή εσπική τμηματικής σπειραματοσκληρίωσης (ΕΤΣΚ), που έλαβαν τουλάχιστον μια δόση του εμβολίου έναντι του ιού sars-cov2 ή νόσησαν ή και τα δύο. Αποκλείονται ασθενείς που κατέληξαν σε ΧΝΝΤΣ πριν την έκθεση στο εμβόλιο ή τον ιό. Καταγράφονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου, οι δόσεις που χορηγήθηκαν, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, η κλινική εικόνα της Covid-19, η ανάγκη νοσηλείας και η έκβαση.

**Αποτελέσματα:** Μέχρι τώρα έχουν ενταχθεί 87 ασθενείς με μέση ηλικία 46,1(±18,2) έτη, ενώ 45(51,7%) είναι άνδρες. 68(78,1%) ασθενείς έλαβαν ανοσοκαταστολή κατά τη διάγνωση και 88,9% πέτυχαν ύφεση. 88,2% των ασθενών εμβολιάστηκαν έναντι του sars-cov2 σε μέσο χρόνο 60(±60,5) μήνες από τη βιοψία νεφρού με 2,8(±0,8) δόσεις. 40,3% των ασθενών ήταν υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία. 29,1% των ασθενών ανέφεραν συστηματικές και 61,8% τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες από τον εμβολιασμό. Μεταξύ των ασθενών που είχαν πετύχει ύφεση της νόσου κατά τη χρονική στιγμή της χορήγησης της 1<sup>ης</sup> δόσης του εμβολίου, 9,6% εκδήλωσαν υποτροπή του νεφρωσικού συνδρόμου σε χρόνο 7,2(±6,5) μήνες από το εμβόλιο. Από τους ασθενείς με υποτροπή 3(60%) είχαν NEA ως πρωτοπαθή νόσο.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με ποδοκυττοπάθειες σ αυτή την κοροϊή ασθενών είχαν καλή εικόνα σε σχέση με την ασφάλεια του εμβολίου. 9,6% των ασθενών που είχαν πετύχει ύφεση παρουσίασαν υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου μετά τον εμβολιασμό.



## ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΔΟΚΥΤΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Π. Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>2</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>3</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>4</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>5</sup>, Δ. Γκαλίτσιου<sup>6</sup>, Γ. Μουστάκας<sup>6</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>7</sup>, Β. Βάιος<sup>7</sup>, Λ. Γκίκα-Ζερβού<sup>3</sup>, Ε. Γράψα<sup>8</sup>, Ε. Ανδρονικίδη<sup>8</sup>, **Μ. Καραγιάννη<sup>1</sup>**, Κ. Στυλιανού<sup>9</sup>, Χ. Σκαλιώτη<sup>4</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>5</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>4</sup>, Δ. Γούμενος<sup>2</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

<sup>2</sup>Νεφρολογική κλινική και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>5</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>6</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ «Γεώργιος Γεννηματάς»

<sup>7</sup>Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

<sup>8</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Αρεταίειου Νοσοκομείου

<sup>9</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΕ.ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τη ενδεχόμενη επίδραση της λοίμωξης με τον ιό sars-cov2 στους ασθενείς με ποδοκυττοπάθειες.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται για αναδρομική μελέτη στην οποία εντάσσονται ασθενείς με ιστολογική επιβεβαίωση νόσου ελαχίστων αλλοιώσεων (NEA) ή εστιακή τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης (ΕΤΣΚ), που διαγνώστηκαν με θετική δοκιμασία ανίχνευσης του ιού sars-cov2. Αποκλείονται ασθενείς που κατέληξαν σε ΧΝΝΤΣ πριν τη λοίμωξη. Καταγράφονται η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, που είχαν λάβει οι ασθενείς, η κλινική εικόνα της λοίμωξης, οι νοσηλείες, οι ειδικές θεραπείες, οι δόσεις που χορηγήθηκαν, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, η κλινική εικόνα της Covid-19, η ανάγκη νοσηλείας και η έκβαση της πρωτοπαθούς νόσου.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 53 ασθενείς με ποδοκυττοπάθειες και θετική δοκιμασία ανίχνευσης του ιού sars-cov2. Η χρονική στιγμή της δοκιμασίας ήταν σε χρονικό διάστημα 78,8(±70,5) μήνες από τη διαγνωστική βιοψία. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 43,6 (±18,8) έτη και υπήρχαν 29(54,7%) άνδρες. Επί του συνόλου 86,8% ήταν σε ύφεση και 30,7% ήταν υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία κατά τη χρονική στιγμή της νόσησης. 96,2% των ασθενών είχαν συμπτώματα και 11,3% χρειάστηκαν νοσηλεία. 94,3% των ασθενών οδηγήθηκαν σε πλήρη ύφεση της Covid-19, δεν υπήρξε κανένας θάνατος από το Covid-19 και 3 ασθενείς είχαν παρατεταμένη συμπτωματολογία. Έξι (16,7%) από τους ασθενείς που ήταν σε ύφεση κατά τη χρονική στιγμή της λοίμωξης εκδήλωσαν υποτροπή σε μέσο χρόνο 2,(±1,6) μήνες.

## ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ PODOCYTE INFOLDING GLOMERULOPATHY (PIG) ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΑ ANTI-PLA2R ΣΤΟΝ ΟΡΟ

**Π.Ε. Ανδρονικίδη<sup>1</sup>**, Κ. Παλαμάρης<sup>2</sup>, Β. Αθανασιάδου<sup>1</sup>, Σ. Πλαβούκου<sup>1</sup>, Δ. Πανοκώστας<sup>1</sup>, Χ. Γακιοπούλου<sup>2</sup>, Ε. Γράψα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα, Ελλάδα

**Εισαγωγή:** Πρόκειται για άνδρα 60 ετών με 5ετές ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη ΙΙ, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, υπερούριχαιμία και καλοήθειες πολύποδες παχέος εντέρου, στον οποίο διαπιστώθηκε πρωτεϊνουρία. Η συλλογή ούρων 24ώρου ανέδειξε 4,5gr πρωτεΐνης. Η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική, χωρίς υπολευκωματιναιμία, οίδημα ή απορρύθμιση της υπερλιπιδαιμίας. Η βυθοσκόπηση δεν είχε αλλοιώσεις διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Στον ανοσολογικό έλεγχο, παθολογικά ελέγχθηκαν τα anti-PLA2R στον ορό στα 35 RU/mL (<20RU/mL).

**Υλικό & Μέθοδος:** Η νεφρική βιοψία περιελάμβανε 8 σπειράματα, 3 από αυτά σκληρυμένα, τα υπόλοιπα διευρυμένα με ήπια-μέτρια αύξηση της μεσαγγειακής ουσίας και πάχυνση των βασικών μεμβρανών (BM), χωρίς ακιλωτές προσεκβολές, σπές ή επαναδιπλασιασμούς. Ο ανοσοφθορισμός ανέδειξε μια μέτρια γραμμική καθήλωση αλβουμίνης. Χωρίς ηλεκτρονικό μικροσκόπιο η εικόνα παρέπεμπε μάλλον σε ήπιες-μέτριες βλάβες της διαβητικής νεφροπάθειας.

**Αποτελέσματα:** Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, μελετήθηκε ένα σπείραμα που εμφάνιζε μέτρια αύξηση της ουσίας του μεσαγγείου, περιοχική συμπαγή ήπια-μέτρια πάχυνση των τριχοειδών του, χωρίς ηλεκτρονικά πυκνές εναποθέσεις. Οι ποδοειδείς προσεκβολές εμφάνιζαν τμηματικές περιοχές σύντηξης και εξάλειψης. Καταδύσεις και εγκολπώσεις των ποδοειδών προσεκβολών εντός της BM επέφεραν ελλείματα εντός μερικών μεμβρανών και συνοδεύονταν από ασαφείς πυκνωτικές περιοχές εντός της μεμβράνης. Παρόλο που τα ευρήματα του φωτονικού μικροσκοπίου και ανοσοφθορισμού θα μπορούσαν να υποδεικνύουν διαβητική νεφροπάθεια, οι βλάβες της ηλεκτρονικής μικροσκοπίας υποδηλώνουν την PIG.

**Συμπέρασμα:** Απ'όσο γνωρίζουμε, είναι η πρώτη περίπτωση ασθενούς με PIG και anti-PLA2R στον ορό, χωρίς σαφή ιστολογικά στοιχεία μεμβρανώδους νεφροπάθειας. Αν και η PIG έχει αναφερθεί κυρίως στο πλαίσιο αυτοάνοσων νοσημάτων, η συνύπαρξη με τον διαβήτη δεν έχει εξεταστεί.

**Συμπεράσματα:** Από τα μέχρι τώρα δεδομένα η λοίμωξη με τον ιό sars-cov2 προκάλεσε ήπια νοσηρότητα στους ασθενείς με ποδοκυττοπάθειες σε αυτή τη σειρά των ασθενών. Ωστόσο, 16,7% των ασθενών που είχαν πετύχει ύφεση παρουσίασαν υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου μετά την Covid-19.

P 047

P 048

## P 049 ΤΟ ΟΦΕΛΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΥΤΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΡΙΑΡΧΗ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Β. Φιλιόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μελεξοπούλου<sup>1</sup>, Ι. Κοφοτόλιος<sup>1</sup>, Π. Στρόππου<sup>2</sup>, Κ. Βαλλιάνου<sup>1</sup>, Δ. Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Καραβασίλης<sup>3</sup>, Γ. Ντούνας<sup>4</sup>, Ε. Ευσταθόπουλος<sup>5</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Λευκωσίας

<sup>3</sup>Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

<sup>4</sup>Διαγνωστικό Κέντρο «Ιατροδιάγνωση», Αθήνα

<sup>5</sup>2<sup>ο</sup> Τμήμα Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**Εισαγωγή:** Η εισαγωγή της τολβαπτάνης στην θεραπεία της αυτοσωματικής κυρίαρχης πολυκυστικής νόσου των νεφρών (ADPKD) έχει τροποποιήσει σημαντικά την εξέλιξη της νεφρικής νόσου στους ασθενείς αυτούς. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της μακροχρόνιας χορήγησης τολβαπτάνης σε ασθενείς με ADPKD στο κέντρο μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με ADPKD που έλαβαν τολβαπτάνη για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 1 έτους και αξιολογήθηκαν ως προς την εξέλιξη της νεφρικής νόσου, συγκρίνοντας τον παρατηρούμενο με τον προβλεπόμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (eGFR), βάσει του μοντέλου πρόβλεψης της Mayo Clinic, στην τελευταία επίσκεψη.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 41 ασθενείς, 22 άνδρες, με ADPKD. Η διάμεση ηλικία στην αρχική επίσκεψη ήταν 35 έτη (IQR 27-42), και ο διάμεσος χρόνος χορήγησης τολβαπτάνης ήταν 24 μήνες (IQR 18-33). Έξι (14.6%) ασθενείς διέκοψαν την φαρμακευτική αγωγή, αφού είχαν ολοκληρώσει τουλάχιστον 1 έτος θεραπείας. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την απεικονιστική ταξινόμηση της Mayo Clinic σε 1C (n=8), 1D (n=16) και 1E (n=17). Αυτοί που έλαβαν τολβαπτάνη εμφάνισαν μικρότερη μείωση του eGFR από την αρχική τιμή, συγκριτικά με την προβλεπόμενη (eGFR, mean±SD: 66.7±32.7 vs 61.5±29.1, p<0.001), ενώ μεγαλύτερο όφελος παρατηρήθηκε στην κατηγορία 1E (eGFR mean±SD: 60.1±36.5 vs 52.4±29.5, p=0.003), και σε ασθενείς με eGFR>45ml/min (eGFR mean±SD: 79.4±28.8 vs 73±25.2, p=0.001).

**Συμπεράσματα:** Η αρχική εμπειρία του κέντρου μας αναδεικνύει όφελος στην εξέλιξη της νεφρικής νόσου από τη μακροχρόνια χορήγηση τολβαπτάνης σε ασθενείς με ADPKD. Η ένταξη στη θεραπεία μεγαλύτερου αριθμού ασθενών και η μακροχρόνια παρακολούθησή τους είναι απαραίτητες για την εξαγωγή περισσότερο ασφαλών συμπερασμάτων.

## P 050 ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΟΥΡΟΜΟΝΤΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΑΥΤΟΣΩΜΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΗ ΔΙΑΜΕΣΟΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ

**Δ. Μπαχαράκη<sup>1</sup>, Π. Κωνσταντουλάκης<sup>2</sup>, Γ. Χριστοπούλου<sup>2</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>1</sup>, Α. Σαρδέλη<sup>1</sup>, Δ. Πέτρου<sup>1</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>2</sup>Εργαστήριο Γενετικής διάγνωσης «Γενότυπος», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι εξελίξεις στην τεχνολογία γενετικής διάγνωσης αναδεικνύουν νέες γονιδιακές παραλλαγές, που ευθύνονται για νοσήματα που οδηγούν σε χρόνια νεφρική νόσο.

**Ασθενής & Μέθοδοι:** Άνδρας 38 ετών προσέρχεται με κρεατινίνη ορού 3 mg/dl, υπερουριχαιμία (11 mg/dl), ήπια αναιμία και συχνές κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας από 6-μηνου. Το κληρονομικό ιστορικό είναι ελεύθερο και η κλινική εξέταση χωρίς ευρήματα εκτός από οριακή αρτηριακή υπέρταση και άλγος ποδοκνημικής άμφω χωρίς αρθρίτιδα. Υπερηχογραφικά φυσιολογικοί νεφροί, με ίζημα αρνητικό και φυσιολογική οξεοβασική ισορροπία. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός (δείκτες φλεγμονής, ανοσολογικό προφίλ, παραπρωτεΐνες). Τέθηκε υποψία Adult Tubulointerstitial Kidney Disease (ADTK), με μεταλλάξεις στο γονίδιο Ουρομοντουλίνης (*UMOD*) και ακολούθησε γενετικός έλεγχος με πλήρη ανάλυση 67 γονιδίων (συμπεριλαμβανομένου του *UMOD*), τα οποία σύμφωνα με το Human Phenotype Ontology, σχετίζονται με νεφρική νόσο: (Clinical Exome Solution, SOPHiA Genetics, σε πλατφόρμα NextSeq500, Illumina).

**Αποτελέσματα:** Αναχνεύθηκε η παραλλαγή c.861C>G ή p.(Cys287Trp), στο γονίδιο *UMOD*, σε ετεροζυγωτία, για την οποία δεν υπάρχουν καταγραφές σχετικές με την παθογονικότητά της στις βάσεις δεδομένων ClinVar και LOVD. Σύμφωνα με τα κριτήρια του ACMG (PM1,PP2,PM2,PP3) ταξινομείται ως πιθανά παθογόνος. Η παραλλαγή εδράζεται σε περιοχή με υψηλή συχνότητα παθογόνων παραλλαγών (hot-spot) (GnomAD 0.00%) και *in silico* μοντέλα προβλέπουν ότι είναι βλαπτική για τη λειτουργικότητα της πρωτεΐνης που κωδικοποιείται (aggregated score 0.867). Η μετάλλαξη είναι πιθανή στον ασθενή λόγω αρνητικού κληρονομικού ιστορικού.

**Συμπεράσματα:** Μεταλλάξεις στο γονίδιο *UMOD* κληρονομούνται με αυτοσωμικό επικρατή τρόπο. Περιπτώσεις με ανεξήγητη νεφρική ανεπάρκεια σε νεαρούς ενήλικες με αρνητικό ίζημα ούρων και ποδάγρα οφείλουν να οδηγούν σε γενετικό έλεγχο για όλα τα σχετιζόμενα με το φαινότυπο γονίδια.

**ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ****Μ. Τακούλας, Α. Γιόγιακα, Μ. Παππά, Χ. Κουρβέλου, Σ. Ζιάκκα, Γ. Ντάτσης, Ν. Καπερώνης**

Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ

**P 051**

**Εισαγωγή:** Το ουρικό οξύ συμμετέχει στην παθογένεια του μεταβολικού συνδρόμου, της υπέρτασης και της καρδιαγγειακής νόσου. Επίσης μπορεί να προάγει την ενεργοποίηση φλεγμονωδών οδών και το σχηματισμό και εναπόθεση αυτοαντισωμάτων στο νεφρό. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης του ουρικού οξέος του ορού με την εμφάνιση και εξέλιξη της νεφρίτιδας του Συστηματικού Ερυθηματώδους Λύκου (ΣΕΛ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναζητήθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία οι αναφορές, που εξετάζουν την ύπαρξη αυξημένης συγκέντρωσης ουρικού οξέος σε σχέση τόσο με την εμφάνιση, όσο και την εξέλιξη της νεφροπάθειας σε ασθενείς με ΣΕΛ. Ακολούθησε μετα-ανάλυση των ευρημάτων.

**Αποτελέσματα:** Από τις παρεχόμενες πληροφορίες προέκυψαν 4 μελέτες (195 ασθενείς), που αφορούσαν στην εκδήλωση νεφρίτιδας του ΣΕΛ και 5 μελέτες (1898 ασθενείς) σχετικές με την εξέλιξη (διπλασιασμός κρεατινίνης ορού, στάδιο 3 χρόνιας νεφρικής νόσου, τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη νεφρικής βλάβης SDI). Από τις επί μέρους μετα-αναλύσεις, η υπερουριχαιμία συσχετίστηκε και με τις δύο εκβάσεις:

A) Εμφάνιση νεφρίτιδας. Μέθοδος σταθερών επιδράσεων, συνθετικός Mantel-Haenszel OR: 18.79 (95% CI: 7.59-18.52), δείκτης ετερογένειας I<sup>2</sup>: 0.0%.

B) Εξέλιξη νεφροπάθειας. Μέθοδος τυχαίων επιδράσεων, συνθετικός Der Simonian & Laird OR: 4.52 (95% CI: 1.81-11.29), δείκτης ετερογένειας I<sup>2</sup>: 87.0%.

Διερευνώντας για πιθανό "σφάλμα δημοσίευσης", δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση μικρών μελετών στην ανάλυση για την εμφάνιση νεφρίτιδας (Egger's test: p=0.265, Harbord's test: p=0.201, Peter's test: p=0.690), αντίθετα με την ανάλυση για τη διερεύνηση της εξέλιξης (Egger's test: p=0.022, Harbord's test: p=0.020, Peter's test: p=0.018).

**Συμπεράσματα:** Παρά το ότι στις ανωτέρω μελέτες δεν εξετάζεται η σχέση αίτιου – αποτελέσματος, η υπερουριχαιμία αναδεικνύεται ως δυνητικός ανοσο-ενισχυτικός παράγοντας τόσο για την ανάπτυξη, όσο και για την εξέλιξη των νεφρικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με ΣΕΛ.

**ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**

**Δ. Μπαχαράκη<sup>1</sup>, Π. Κρίκη<sup>2</sup>, Ι. Τσουμπου<sup>3</sup>, Ι. Πετράκης<sup>4</sup>, Ο. Τσοτσουρού<sup>1</sup>, Π. Νικολόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Γκόγκα<sup>5</sup>, Β. Γιαννίκος<sup>6</sup>, Β. Γεροπούλου<sup>7</sup>, Χ. Κουρτίδου<sup>7</sup>, Μ. Θεοδωρίδης<sup>2</sup>, Ι. Ρέβελα<sup>5</sup>, Κ. Σταματέλου<sup>6</sup>, Ε. Σταυρουλοπούλου<sup>8</sup>, Α. Σταυρουλόπουλος<sup>8</sup>, Β. Γκίνης<sup>9</sup>, Γ. Τριανταφύλλης<sup>9</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>2</sup>, Σ. Δαδούτη<sup>4</sup>, Ειρ. Σταματάκη<sup>4</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>4</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>7</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>2</sup>, Σ. Λιονάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

<sup>3</sup>Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Αιμοκάθαρσης

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Κρήτης

<sup>5</sup>Νεφρολογικό Κέντρο «Φροντίς» Αττικής

<sup>6</sup>Μεσόγειος Νεφρολογικό Κέντρο Χαϊδάρη Αττικής

<sup>7</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

<sup>8</sup>Νεφρολογικό Ινστιτούτο Αθηνών NERHROEXPERT

<sup>9</sup>Μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης MEDIFIL AE

**P 052**

**Εισαγωγή:** Ο εμβολιασμός έναντι του ιού sars-cov2 φάνηκε έως τώρα αποτελεσματικός σε ασθενείς αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) και περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ). Η νόσος έχει πλέον φθίνουσα βαρύτητα με συνεχώς αναδυόμενες μεταλλάξεις. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι αποτύπωση του εμβολιασμού έναντι του sars-cov2 σε ασθενείς υπό ΑΜΚ και ΠΚ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για πολυκεντρική αναδρομική μελέτη κορτής από το 12/2020 μέχρι σήμερα. Συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου υπό ΑΜΚ ή ΠΚ για  $\geq 3$  μήνες. Καταγράφονται τα εξής: εμβόλια, αριθμός δόσεων, λόγοι άρνησης, δημογραφικά στοιχεία, νόσηση με Covid-19, δεδομένα κλινικής εικόνας και τελικής έκβασης.

**Αποτελέσματα:** 168 ασθενείς από 8 κέντρα έχουν ενταχθεί στη μελέτη μέχρι σήμερα, 130(77,3%) ΑΜΚ, 38(22,7%) ΠΚ, 118 άνδρες (70,2%), με μέση ηλικία 66,5(±14,4) έτη, υπό εξωνεφρική κάθαρση για 67(±14,6) μήνες. Από το ατομικό αναμνηστικό μεταμόσχευση 11, σακχαρώδης διαβήτης 44, αρτηριακή υπέρταση 145, καρδιαγγειακή νόσος 47, παχυσαρκία 42. Δεν εμβολιάστηκαν 12(7%) [4(10%) ασθενείς υπό ΠΚ, και 8(6%) υπό ΑΜΚ (p=0.47)], ενώ 2 το έκαναν με επιφύλαξη. Λόγοι άρνησης: «Δεν πιστεύω στο εμβόλιο» 6(50%), φόβος για επιπλοκές 10(83.3%), «κλείνομαι σπίτι» 6(50%). Νόσος Covid-19 εκδηλώθηκε σε 105 (63%) ασθενείς, 83 (64%) υπό ΑΜΚ (64%) και 22 (58%) υπό ΠΚ. Ανεμβολίαστοι νοσούντες 9(75%), εμβολιασμένοι νοσούντες 96 (62%),(p=0.54). Νοσηλεία χρειάστηκαν 33(33,1%) νοσούντες, 5(17%) ανεμβολίαστοι με 3(±5) μέρες νοσηλείας vs. 28 (89.6%) εμβολιασμένοι με 3(±6) μέρες νοσηλείας. Η πορεία της νόσου ήταν ήπια πλην 5(5,1%) ασθενών που χρειάστηκαν οξυγόνο (2 ανεμβολίαστοι). Σύνδρομο μετα COVID παρουσίασε 1(1,03%) μόνο ασθενής. Συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες από το εμβόλιο εκδηλώσεις είχαν 15(10.5%) ασθενείς με αγωγή στο σπίτι και τοπικές 36 (25%) χωρίς ανάγκη αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Η πλειονότητα των ασθενών σε ΑΜΚ και ΠΚ έχει αποδεχτεί τον εμβολιασμό χωρίς ιδιαίτερες ΑΕ. Η νόσος Covid-19 έχει υψηλή επίπτωση και στην ήπια της μορφή απασχολεί λιγότερο το σύστημα υγείας ως νοσηλεία ασχέτως εμβολιασμού.

P 053

## ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ «ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΗ» ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΝΟΤΙΟΥ ΕΥΡΩΠΗΣ. ΧΩΡΟ-ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

**Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα<sup>1</sup>, Γ. Πιστόλλα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Επιδημιολόγος-Βιοστατιστικός, MPH, PhD, PostDoc, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

<sup>2</sup>Μαθηματικός, Msc, PhD, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

**Εισαγωγή:** Παρόλο που η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί μια μη θεραπεύσιμη νόσο, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) συνήθως είναι θεραπεύσιμη, απαιτώντας κυρίως παραμονή στο νοσοκομείο. Η παρούσα μελέτη στόχευσε στη διαχρονική και γεωγραφική μελέτη των δεικτών θνησιμότητας της ΟΝΑ στις νοτιο-ευρωπαϊκές χώρες ώστε να ανοίξει τη συζήτηση για μέτρα πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης αλλά και θεραπείας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Τα δεδομένα θνησιμότητας συλλέχθηκαν από την EUROSTAT για τέσσερις χώρες (Ελλάδα, Γαλλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία, Κύπρος) και τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, για την περίοδο 2011-2019. Οι δείκτες προτυποποιήθηκαν και εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι Independent Samples T-Test, One-way ΑνοVA στο IBM SPSS 26.00. Έγινε χαρτογράφηση και χωρική ανάλυση στο ArcGIS.

**Αποτελέσματα:** Οι μέσοι ευρωπαϊκοί δείκτες θνησιμότητας κυμάνθηκαν από 2.86 το 2011 έως 2.23 το 2019 (μέση τιμή-μ.τ.=2.39), ενώ για τους άντρες 3.69-2.92 (μ.τ.=3.07) και για τις γυναίκες 2.13-1.61 (μ.τ.=1.78) (pvalue<0,05). Οι χώρες που ήταν σε υψηλότερη θέση από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο ήταν η Ελλάδα (μ.τ.=3.98, ανοδική πορεία, 2011: 3.84, 2019: 4.81) και η Κύπρος (μ.τ.=2.71, φθίνουσα πορεία, 2011: 4.62, 2019: 2.53). Οι υπόλοιπες χώρες βρίσκονται κάτω από τους μέσους ευρωπαϊκούς δείκτες και μάλιστα έχουν φθίνουσα πορεία θνησιμότητας. Η χώρο-χρονική πορεία της θνησιμότητας παρουσιάζει σημαντική ετερογένεια (pvalue<0.05) με την Ελλάδα να διαφοροποιείται σημαντικά με επιδείνωση της θνησιμότητας (pvalue<0,001). Τέλος, έγινε μια πρόβλεψη για το 2020-2022.

**Συμπεράσματα:** Έγιναν εμφανείς οι διαφορές μεταξύ χωρών που τυπικά έχουν παρόμοιο προφίλ υγείας και υγειονομικό συστήματος. Θα πρέπει λοιπόν να διερευνηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες και να συζητηθούν ορισμένες ενέργειες με στόχο την πρόληψη και τον έλεγχο της θνησιμότητας της θεραπεύσιμης νεφρικής ανεπάρκειας.

P 054

## ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑ- ΚΑΙ ΠΡΟ-ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ON-LINE ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΤΟΞΙΝΩΝ;

**Κ. Μαυροματίδης, Ε. Καλογιαννίδου, Π. Πασαδάκης**

Δημοκρίτειο Νεφρολογικό Κέντρο, Κομοτηνή

**Εισαγωγή:** Η β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνη και η προλακτίνη είναι τοξίνες μέσου μοριακού βάρους. Θεωρήσαμε ότι ο ρυθμός απομάκρυνσης αυτών των μορίων, χρησιμοποιώντας ένα φίλτρο δύο διαφορετικών επιφανειών, στην αιμοδιαδίθηση με μετα- και προ-υποκατάσταση, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Μελετήσαμε σε 12 χρόνιους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, διάμεσης ηλικίας 68.5 ετών, το ρυθμό απομάκρυνσης της β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνης και της προλακτίνης, με φίλτρο high-flux, επιφάνειας 2,5 m<sup>2</sup> (Ομάδα Α) ή 2,1 m<sup>2</sup> (Ομάδα Β) με on-line αιμοδιαδίθηση και μετα-υποκατάσταση και με high-flux, 2,5 m<sup>2</sup> με προ-υποκατάσταση (Ομάδα Γ). Οι προσδιορισμοί των παραμέτρων έγιναν σε δείγματα αίματος και σε δείγμα από το σύνολο του υπερδιηθήματος της κάθε συνεδρίας του κάθε ασθενούς

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε ικανοποιητική απομάκρυνση της β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνης (καλύτερη στη μετα-υποκατάσταση), υπήρξε δηλαδή σημαντική διαφορά στο ποσοστό μεταβολής μεταξύ ομάδων Β και Γ (69,4±3,2 Vs 65,2±3,0, p<0,002) και αρκετά καλός ρυθμός αφαίρεσης της προλακτίνης [διαπιστώθηκε διαφορά στο ποσοστό μεταβολής μεταξύ ομάδας Α και Γ (54,6±8,89 Vs 42,3±8,2, p<0,002) και Β και Γ (58,05±9,1 Vs 42,3±8,2, p<0,0002)], ανεξάρτητα από την επιφάνεια του φίλτρου και στις δύο περιπτώσεις.

**Συμπεράσματα:** Η αποβολή της β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνης στην on-line αιμοδιαδίθηση και μετα-υποκατάσταση δεν επηρεάζεται από την επιφάνεια του φίλτρου. Η προ-υποκατάσταση επιτυγχάνει κάθαρση της β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνης μικρότερη εκείνης της μετα-υποκατάστασης. Η προλακτίνη φαίνεται να αφαιρείται ικανοποιητικά ανεξάρτητα από την επιφάνεια του φίλτρου στη μετα-υποκατάσταση και η απομάκρυνσή της φαίνεται να είναι μικρότερη από εκείνη της β<sub>2</sub>-μικροσφαιρίνης.

## ΜΕΛΕΤΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Σ. Βακιάνη, Μ. Τριανταφυλλίδου, Δ. Κατσάνος, Π. Βακιάνης

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική-Μ.Τ.Ν., ΓΝΝ Κέρκυρας

**Εισαγωγή:** Σκοπός της εργασίας ήταν η μέτρηση και η μελέτη των ποσοστών των λοιμώξεων καθετήρων αιμοκάθαρσης, μόνιμων ή προσωρινών, κατά τη διάρκεια ενός έτους σε μία μονάδα αιμοκάθαρσης, καθώς και η σύνδεσή τους με την κλινική εικόνα.

Επίσης, η καταγραφή των παθογόνων μικροοργανισμών, που απομονώθηκαν από καλλιέργειες αίματος & πύου, και η ορθολογική χρήση αντιβιοτικής αγωγής για την αντιμετώπισή τους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 93 ασθενείς, 45 άντρες, με μέση ηλικία 63.6 έτη (29-89) αιμοκαθαιρόμενοι (σε on-line 16/ σε αιμοκάθαρση 77). Η μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης ήταν τα 5.8 χρόνια(1-31 έτη). 21 νέες εντάξεις. Κυρίαρχη αιτία νεφρικής ανεπάρκειας ήταν: σπειραματονεφρίτιδες 43/93 (42.6%), διαβητική νεφροπάθεια: 15/93(16.12%), Πολυκυστική Νόσος Νεφρών 14/93(15.1%), άγνωστη πρωτοπαθής 7/93 (7.6%) και άλλες αιτίες 14/93 (15.1%). Οι ασθενείς είχαν: Α/Φ φίστουλα 55/93 (59.1%), Μόνιμοι καθετήρες διπλού αυλού 29/93 (31.2%), προσωρινοί σφαιγιδικοί καθετήρες 6/93 (6.5%), προσωρινοί μηριαίοι καθετήρες 2/93 (2.2%) και προσωρινοί υποκλειδίοι καθετήρες 2/93 (2.2%). Το "κλειδωμά των καθετήρων" ήταν κλασσική ηπαρίνη 500IU/ml 36/39 (92.3%) ή cath flo 3/39 (7,7%), η πλήρωση του αυλού ήταν ανάλογη του όγκου πλήρωσης του καθετήρα.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκαν εικοσιτέσσερα επεισόδια εμπύρετου, 7 με φλεγμονή στο σημείο εξόδου, 8 με εκροή πύου από το σημείο εξόδου και 4 ασθενείς παρουσίασαν ρίγος. Συνολικά ελήφθησαν 25 καλλιέργειες αίματος επί πυρετού και 7 πυώδους υλικού. Είναι αξιοσημείωτο ότι 16/39 (41%) των καθετήρων δεν εμφάνισαν επεισόδια φλεγμονής.

Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν στις καλλιέργειες αίματος και πύου ήταν:

Staphylococcus CNS 10

Staphylococcus epidermis 6

Enterobacter 3

Klebsiella pneumonia 2

Staphylococcus Aureus 1

Citrobacter 1

Acinetobacter 1

Candida Parapsilosis 1

Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις σε 5 καθετήρες. Μέση διάρκεια νοσηλείας 23 ημέρες (7-32 ημέρες)

Η θεραπεία ως μονοθεραπεία ήταν Vancomycin 12, Amicacin 1, Cefoxitin 1, ενώ συνδυασμένη αγωγή: Vancomycin + Amicacin 4, Vancomycin + Linezolid 1, Vancomycin + Teicoplanin 1. Η διάρκεια αγωγής ήταν δύο εβδομάδες με 6 συνολικά δόσεις φαρμάκων. Υπήρξε αναγκαιότητα 6 αντικαταστάσεων καθετήρων (προσωρινών). Σε όλες βελτίωση και αποδρομή της λοίμωξης.

**Συμπεράσματα:** Η φλεγμονή των Κ.Φ.Κ. αιμοκάθαρσης αποτελεί συχνό σύμβαμα. Χρειάζεται άμεση και ακριβής αντιμετώπιση, ενώ η θεραπεία θα πρέπει να ακολουθεί τα διεθνή πρωτόκολλα.

## ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΝΕΟ-ΕΝΤΑΓΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΟΥΣ

Σ. Βοβλιανού<sup>1</sup>, Γ. Τσιγάρας<sup>1</sup>, Β. Κούτλας<sup>2</sup>, Φ. Παπουλίδου<sup>3</sup>, Π. Σκαπινάκης<sup>4</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>5</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

<sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

<sup>4</sup>Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>5</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>6</sup>Νεφρολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και ΠΓΝ Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Οι μέθοδοι θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας (αιμοκάθαρση-ΑΜΚ και περιτοναϊκή κάθαρση-ΠΚ) που εφαρμόζονται στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών και των αντίστοιχων φροντιστών τους. Σκοπός αυτής της προοπτικής, πολυκεντρικής μελέτης ήταν να προσδιορίσει και να συγκρίνει το επίπεδο της ΠΖ των δυο προαναφερθέντων ομάδων σε δύο χρονικές στιγμές, στην έναρξη σε εξωνεφρική κάθαρση και ένα χρόνο μετά.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμμετείχαν 59 ασθενείς (6 ασθενείς υπό ΠΚ και 53 ΑΜΚ ασθενείς) και οι αντίστοιχοι φροντιστές τους. Η ΠΖ αξιολογήθηκε με τα ερωτηματολόγια Short Form-36 και EuroQoL-5Dimension-3Level. Αρχικά, η ΠΖ αξιολογήθηκε τρεις μήνες μετά την έναρξη της νεφρικής θεραπείας και μετά την ολοκλήρωση των 12 μηνών θεραπείας, προκειμένου να διερευνηθούν οι μεταβολές της ΠΖ κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης περιόδου.

**Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή της υποκλίμακας της σωματικής υγείας (PCS) των φροντιστών (54,2±8,06), διαφέρει σημαντικά (t(61)=2,02, p<,05) από την τιμή της ένα χρόνο αργότερα (51,58±10,46). Ομοίως, ο δείκτης EQ-5D και η οπτική αναλογική κλίμακα EQ-5DVAS παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μείωση (p<,05) στους φροντιστές. Οι ασθενείς κατά τη διαχρονική εκτίμηση επίσης, εμφάνισαν μείωση της μέσης τιμής σε όλες τις υποκλίμακες, αλλά μόνο η EQ-5DVAS εμφάνισε στατιστικά σημαντική μείωση (p<,001).

**Συμπεράσματα:** Η διαχρονική εκτίμηση της ΠΖ των φροντιστών και των ασθενών επιβεβαίωσε την έκπτωση της ΠΖ λόγω της θεραπείας, στη σωματική και ψυχική τους υποκλίμακα. Περαιτέρω μελέτες μεγαλύτερου μεγέθους και μεγαλύτερης διάρκειας πιθανώς να καθορίσουν καλύτερα τις μεταβολές της ΠΖ των φροντιστών και των ασθενών με ΧΝΑ. Εκπαιδευτικά προγράμματα πριν την έναρξη της θεραπείας των ασθενών ενδεχομένως να ωφελούσαν και τις δύο ομάδες.

P 055

P 056

P 057

**ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ. ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ****Α. Λιάτσος<sup>1</sup>, Θ. Οικονομάκη<sup>1</sup>, Χ. Βαρνάβα<sup>1</sup>, Δ. Τομαής<sup>2</sup>, Β. Χουλιτούδη<sup>1</sup>, Θ. Κρατημένος<sup>2</sup>, Χ. Χριστοδουλίδου<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»<sup>2</sup>Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Η αιματέμεση που οφείλεται σε ρήξη κιστών που έχουν σχηματιστεί στο άνω τριτημόριο του οισοφάγου είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή εκδήλωση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, μέσω κεντρικών φλεβικών καθετήρων (ΚΦΚ). Συνήθως προκαλείται από στένωση ή θρόμβωση της άνω κοίλης φλέβας. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση περιπτώσεων κισσορραγίας του ανώτερου τμήματος του οισοφάγου του 2022, περιγράφονται παγκοσμίως μόνο 8 δημοσιευμένα περιστατικά που οφείλονται σε θρόμβωση της άνω κοίλης φλέβας από ΚΦΚ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η περίπτωση μας αφορά έναν ασθενή 58 ετών με μόνιμο δεξιό σφαγιδικό ΚΦΚ, με πολλαπλά επεισόδια αιματέμεσης από 24ώρου. Έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, περιφερική αγγειακή νόσο, και υποστηριζόταν από αιμοκάθαρση από τετραετίας.

**Αποτελέσματα:** Υποβλήθηκε σε επανειλημμένες γαστροσκοπήσεις, χωρίς ευρήματα, πλην των κιστών του ανώτερου τμήματος του οισοφάγου. Έγινε ενδοσκοπικός έλεγχος παχέος εντέρου και έλεγχος λεπτού εντέρου με κάψουλα, όπου ανέδειξε αγγειοδυσπλασία νήστιδας. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος φλεβών άνω άκρων και σπληνοπυλαίου άξονα, με φυσιολογικά ευρήματα. Η φλεβογραφία άνω άκρων ανέδειξε στάση του σκιαγραφικού λόγω απόφραξης στο σημείο εισόδου του καθετήρα στο ύψος της βραχιονοκεφαλικής συμβολής και πλούσιο παράπλευρο δίκτυο προς την αριστερή σφαγίτιδα και άζυγο φλέβα. Τέλος, έγινε αγγειοχειρουργική εκτίμηση και συνεκτίμηση από το τμήμα των επεμβατικών ακτινολόγων και δεν αφαιρέθηκε ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας, λόγω εξάντλησης των αγγειακών προσπελάσεων του ασθενούς και αντιμετωπίστηκε με συντηρητικά υποστηρικτικά μέσα. Οκτώ μήνες μετά, ο ασθενής συνεχίζει να αιμοκαθαίρεται στο κέντρο του σε καλή κλινική κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η αιματέμεση σε ασθενείς που φέρουν σφαγιδικό ΚΦΚ, και έχουν κιστούς του ανώτερου τμήματος του οισοφάγου, χρήζουν διερεύνησης της προσπέλασης της άνω κοίλης φλέβας για το ενδεχόμενο θρόμβωσης.

P 058

**ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ****Β. Αναστασίου<sup>1</sup>, Μ.Ε. Αλεξάνδρου<sup>2</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Σ. Βάιος<sup>1</sup>, Κ. Τσιλώνης<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Μωυσίδης<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδης<sup>2</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Έχει παρατηρηθεί σημαντική επιβάρυνση της πνευμονικής κυκλοφορίας στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς με αυξημένη πρόσληψη ύδατος κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος. Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να αξιολογήσει την επίδραση της υψηλότερης μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους στην συστολική και διαστολική λειτουργία και τα δομικά χαρακτηριστικά της ΑΡ κοιλίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Για την παρούσα ανάλυση, 41 ασθενείς υπό τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης χωρίστηκαν με βάση το συνιστώμενο όριο της μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους διορθωμένο ως προς το ξηρό βάρος (IDWG%) σε ομάδες υψηλότερου (>4,5%) και χαμηλότερου (<4,5%) IDWG%. Μέσω cross-over σχεδιασμού, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε 4 υπερηχοκαρδιογραφικές αξιολογήσεις κατά την αρχή και το τέλος του 2ημερου και 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, σημαντικές αυξήσεις στον όγκο παλμού (SV) παρατηρήθηκαν και στις δύο ομάδες, αλλά ήταν αυτές ήταν υψηλότερες στην ομάδα με το υψηλότερο IDWG% (>4,5%: 18,63±22,84 vs. <4,5%: 12,6±14,48mmHg, p=0,040). Αντίστοιχα, μεγαλύτερη αύξηση της καρδιακής παροχής καταγράφηκε στους ασθενείς με υψηλότερο IDWG% κατά τη διάρκεια του 2ημερου μεσοδιαστήματος (>4,5%: 1,31±1,38 έναντι <4,5%: 0,36±2,08L/m<sup>2</sup>, p=0,012). Όσον αφορά την διαστολική λειτουργία, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των λόγων E/A και E/E'm κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, αλλά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων εντοπίστηκαν μόνο για τον λόγο E/A (IDWG>4,5%: 0,35±0,29 έναντι <4,5%: 0,06±0,44, p=0,035). Οι διαστάσεις του ΑΡ κόλπου και η μάζα της ΑΡ κοιλίας αυξήθηκαν σε ανάλογο βαθμό στις δύο ομάδες μελέτης κατά τη διάρκεια των δύο διαστημάτων.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς που υπερβαίνουν το συνιστώμενο όριο μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους παρουσιάζουν υψηλότερη αύξηση του SV και επιδείνωση των εξαρτώμενων από το προφορτίο δεικτών διαστολικής λειτουργίας, ιδίως κατά το 3ημερο μεσοδιαλυτικό διάστημα.

## ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΦΟΡΤΙΟ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΜΕΣΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

**Β. Αναστασίου<sup>1</sup>, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου<sup>2</sup>, Β. Καμπερίδης<sup>1</sup>, Σ. Δάιος<sup>1</sup>, Κ. Τσιλώνης<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>2</sup>, Δ. Μωυσίδης<sup>1</sup>, Φ. Ιατρίδη<sup>2</sup>, Γ. Γιαννακούλας<sup>1</sup>, Α. Ζιάκας<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η δεξιά κοιλία (ΔΚ) είναι ένας λεπτότοιχος καρδιακός θάλαμος, του οποίου το μέγεθος και οι πιέσεις πλήρωσης είναι ευαίσθητα σε μεταβαλλόμενες συνθήκες υπερφόρτωσης όγκου. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των μεταβολών στη λειτουργία της ΔΚ, των διαστάσεων αυτής και των πνευμονικών πιέσεων σε σχέση με το βαθμό υπερφόρτωσης όγκου μεταξύ συνεδριών αιμοκάθαρσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** 41 ασθενείς υπό τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, με βάση το συνιστώμενο όριο της μεσοδιαλυτικής αύξησης βάρους διορθωμένο ως προς το ξηρό βάρος (IDWG%) (ομάδα υψηλότερου (>4,5%) και χαμηλότερου (<4,5%) IDWG%). Μέσω cross-over σχεδιασμού, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε 4 υπερηχοκαρδιογραφικές αξιολογήσεις κατά την αρχή και το τέλος του 2ημερου και 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος

**Αποτελέσματα:** Κατά την διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, οι μεταβολές στη συστολική πίεση της ΔΚ (RVSP) ήταν πιο έντονες στην ομάδα με υψηλότερο σε σύγκριση με το χαμηλότερο IDWG% (16,43±5,37 έναντι 14,11±13,38 mmHg, p=0,015), ενώ οι μεταβολές στις πιέσεις πλήρωσης της ΔΚ, που εκτιμήθηκαν με βάση το E/E<sub>m</sub> δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων (p=0,84). Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε σημαντική διεύρυνση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων κατά τη διάρκεια και των δύο διαστημάτων, αλλά σημειώθηκε σημαντικότερη διάταση της κάτω κοίλης φλέβας στους ασθενείς με υψηλότερο IDWG% (0,44±0,25 έναντι 0,20±0,31cm, p=0,014) κατά τη διάρκεια του 2ημερου μεσοδιαστήματος.

**Συμπέρασμα:** Κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος, η πνευμονική κυκλοφορία επιβαρύνεται ιδιαίτερα σε ασθενείς με υπερφόρτωση ύδατος υψηλότερη από το συνιστώμενο όριο, όπως προκύπτει από τις μεγαλύτερες αυξήσεις της RVSP. Το γεγονός αυτό μπορεί να προσθέσει έναν ακόμα πιθανό μηχανισμό για την αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα που παρατηρείται κατά τη διάρκεια του 3ημερου μεσοδιαλυτικού διαστήματος.

P 059

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΟΥΚΡΟΦΕΡΡΙΚΟΥ ΟΞΥ-ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΚΑΡΒΟΝΙΚΗΣ ΣΕΒΕΛΑΜΕΡΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

**Χ. Γεωργόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Γαρούφης<sup>2</sup>, Ι. Μαλλιώρας<sup>1</sup>, Ι. Αλέκος<sup>1</sup>, Λ. Γκίκα<sup>1</sup>, Α. Ντούνη<sup>1</sup>, Χ. Παππάς<sup>1</sup>, Χ. Γκούβα<sup>2</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

<sup>3</sup>Τμήμα Νεφρολογίας, Ιατρικό Τμήμα της Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

**Εισαγωγή:** Τα φωσφορδεσμευτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται σε ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση, με στόχο τη ρύθμιση των επιπέδων του φωσφόρου ορού. Η ΧΝΝ-διαταραχή μετάλλων και οστών έχει συνδεθεί με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης και ποιότητας ζωής.

**Στόχος:** Στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του σουκροφερρικού όξυ-υδροξειδίου έναντι της καρβονικής σεβελαμέρης σε ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση.

**Μέθοδοι:** Οι πηγές δεδομένων περιλάμβαναν τη MEDLINE(PubMed), τη Scopus και το Μητρώο της Cochrane από τον Σεπτέμβριο του 2014 έως τον Μάρτιο του 2021. Συμπεριλήφθηκαν ΤΚΔ που συνέκριναν το σουκροφερρικό όξυ-υδροξειδίο με την καρβονική σεβελαμέρη σε ενήλικο πληθυσμό υπό εξωνεφρική κάθαρση.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 5 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης από το σύνολο των 114 μελετών που ανευρέθηκαν στην αρχική ανάλυση. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση του φωσφόρου ορού μεταξύ των δύο φαρμάκων (MD: -0,05 mmol/l, 95% CI, μοντέλο σταθερών επιδράσεων: -0,1 έως 0,00, p-value:0,035). Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην μείωση της i-PTH ορού μεταξύ των δύο φαρμάκων (MD: -2,84 mmol/l, 95% CI -μοντέλο σταθερών επιδράσεων: -3,54 έως -2,14, p<0,001). Το σουκροφερρικό όξυ-υδροξειδίο υπερτερεί έναντι της καρβονικής σεβελαμέρης στη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων από το γαστρεντερικό σύστημα (OR=1.53, 95%CI: 1.25-1.86, μοντέλο σταθερών επιδράσεων). Στην ανάλυση του συνόλου των ανεπιθύμητων συμβάντων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά (OR:1,06, 95%CI:0,64-1,76, μοντέλο τυχαίων επιδράσεων).

**Συμπέρασμα:** Το σουκροφερρικό όξυ-υδροξειδίο μειώνει το φώσφορο και την i-PTH του ορού εξίσου αποτελεσματικά με τη σεβελαμέρη και φαίνεται να υπερτερεί στη μείωση γαστρεντερολογικών ανεπιθύμητων συμβάντων. Το σουκροφερρικό όξυ-υδροξειδίο είναι μια άλλη επιλογή για ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση, με υπερφωσφαταιμία.

P 060

P 061

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Χ. Καλαϊτζή<sup>1</sup>, Χ. Γεωργόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Παππάς<sup>3</sup>, Κ. Κανταρτζή<sup>4</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>4</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Αχιλλέιον Νεφρολογικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων & Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Η πανδημία Covid-19 έχει επηρεάσει αρνητικά την υγεία, την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής (ΠΖ) των χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (ΑΜΚ). Η ΠΖ συσχετίζεται γενικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στους ΑΜΚ ασθενείς και η μελέτη της ΠΖ κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 παρουσιάζει ενδιαφέρον.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Για τις ανάγκες της μελέτης σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από 200 χρόνιους ΑΜΚ ασθενείς τον Οκτώβριο του 2021. Καταγράφηκαν οι αλλαγές στις πτυχές της καθημερινότητας και της ΠΖ σε σχέση με τον εμβολιασμό, τη νόσηση και τη νοσηλεία από Covid-19.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία του συνόλου των ασθενών ήταν τα 68,3 έτη (132/66% άντρες). Ποσοστό 54% των ασθενών ανέφερε ότι άλλαξε πολύ-πέρα πολύ η καθημερινότητά του στη διάρκεια της πανδημίας και 56% ότι μείωσε-ελαχιστοποίησε τις κοινωνικές του επαφές. Αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φόβου των παρενεργειών και του εμβολιασμού ( $p < 0,001$ ), με τους ασθενείς που φοβούνται τις παρενέργειες να εμβολιάζονται σε ποσοστό 20% λιγότερο RR(0.81). Η νόσηση συσχετίστηκε ισχυρά με την νοσηλεία ( $p < 0,001$ ). Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που νόσησαν χρειάστηκε να νοσηλευθούν (13/15). Η νόσηση σχετίστηκε σημαντικά με την αλλαγή στη καθημερινότητα ( $p = 0,004$ ) και με το αίσθημα απομόνωσης ( $p = 0,039$ ). Οι ασθενείς που νόσησαν εμφανίζουν αίσθημα απομόνωσης 3 φορές συχνότερα [OR(2.97)]. Οριακά, ο εμβολιασμός δεν φάνηκε να προφύλαξε τους ασθενείς από τη νόσηση σημαντικά ( $p = 0,056$ , RR=0.32).

**Συζήτηση:** Η πανδημία Covid-19 άσκησε σημαντική επιρροή στην καθημερινότητα και την ΠΖ των ΑΜΚ ασθενών. Οι ασθενείς εστίασαν στην αλλαγή της καθημερινότητας και το αίσθημα απομόνωσης μετά από τη νόσηση με SARS-CoV2.

P 062

## ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Η ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΒΟΛΗ ΟΥΡΑΙΜΙΚΩΝ ΤΟΞΙΝΩΝ

Α. Χαλκιά, Δ. Κουρنيώτης, Ζ. Αλεξάκου, Μ. Μπόρα, Γ. Αγγελής, Ε. Σταμπολλίου, Δ. Πετράς

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Ο συνδυασμός αιμοκάθαρσης και αιμοπροσρόφησης (HDHP) έχει αποδείξει ανωτερότητα σε σχέση με την αιμοκάθαρση (HD) στην αποβολή των ουραιμικών τοξινών. Όμως, η βέλτιστη συνταγογράφηση δεν έχει οριστεί.

**Υλικό & Μέθοδος:** 28 ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Στην ομάδα Α συνταγογραφήθηκε συνδυασμός αιμοκάθαρσης και αιμοπροσρόφησης (HDHP), στην ομάδα Β μόνο αιμοκάθαρση (HD) και στην ομάδα Γ συνδυασμός HP και αιμοδιαδίθησης (HDFHP). Η μείωση των ουραιμικών τοξινών (χαμηλού και μεσαίου MB) για κάθε συνεδρία αξιολογήθηκε ως reduction rate (RR). Χρησιμοποιήθηκε το αιμοπροσροφητικό υλικό HA-130.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς παρουσιάζουν μέση ηλικία 71±12 έτη και μέσο χρόνο στην HD 12±2 μήνες. Συνταγογραφήθηκε συνεδρία HP μία φορά την εβδομάδα (για τον 1<sup>ο</sup> μήνα) και μία φορά ανά μήνα (για 11 μήνες) για τις πρώτες 2 ώρες μίας κανονικής συνεδρίας HD ή HDF. Μετά από 12 μήνες καταγράφηκαν: οι ομάδες HDHP (n=12) και HDFHP (n=8) έδειξαν σημαντική μείωση των small water-soluble solutes, όπως η ουρία (HDHP PR 37±1,  $p = 0,03$ ; HDFHP 25±6,  $p = 0,034$ ) σε σχέση μόνο με την HD (n=8) (PR 1±0.5,  $p = 0,09$ ). Για τις μεσαίου μοριακού βάρους ουσίες, οι HDHP και HDFHP επίσης έδειξαν σημαντική αύξηση στην αποβολή της β2- μικροσφαιρίνης (HDHP PR 6±0.7,  $p = 0,023$ ; HDFHP 16.7±0.2,  $p = 0,037$ ) αλλά όχι για την iPTH, σε σχέση με την HD (PR 1.2±0.7,  $p = 0,098$ ). Τέλος, καταγράφηκε στο 5% των ασθενών που έλαβαν HP υπόταση.

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός αιμοκάθαρσης και αιμοπροσρόφησης στη συγκεκριμένη δοσολογία φάνηκε να μειώνει σημαντικά τις ουραιμικές τοξίνες (μικρές και μεσαίου MB) μετά από 12 μήνες.



**ΧΟΡΗΓΗΣΗ REMDESIVIR ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝΤΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

**Σ.Α. Μαραγκού, Ι. Πετράκης, Ι. Σταυρακάκη, Σ. Στρατήγη, Χ. Πλέρος, Ε.Κ. Δερμιτζάκη, Μ. Κονιδάκη, Δ. Λυγερού, Μ. Μητράκος, Ε. Δροσατάκη, Ν. Παπαδάκης, Ν. Κρουσταλάκης, Α. Αντωνάκης, Μ. Παπαπαναγιώτου, Κ. Στυλιανού**

*Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου*

**P 063**

**Εισαγωγή:** Η COVID-19 συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα στον ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (ΧΝΝΤΣ). Τον 8<sup>ο</sup>/2022 εγκρίθηκε η χορήγηση του Remdesivir για χρήση στην COVID-19. Η χορήγηση Remdesivir δεν έχει αναλυθεί εκτενώς σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση<sup>1,2</sup>. Καταθέτουμε την εμπειρία του κέντρου μας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη στους ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου που νόσησαν από COVID-19. Η δόση ήταν 100 mg ενδοφλεβίως ανά ημέρα αιμοκάθαρσης σε 3 διαδοχικές χορηγήσεις. Ανασκοπήθηκε ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος για την καταγραφή συμβάντων και την παρουσία διαταραχών στον εργαστηριακό έλεγχο.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν συνολικά 35 περιπτώσεις με επιβεβαιωμένο κρούσμα ιού SARS-COV2 την περίοδο 1/1/2020- 26/1/2023. Από αυτούς οι 14 έλαβαν Remdesivir. Στο υποσύνολο που δεν έλαβε Remdesivir (N= 21) καταγράφηκαν 1 θάνατος και 1 περιστατικό διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας. Στο υποσύνολο που έλαβε Remdesivir (N= 14) καταγράφηκαν αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά την έγχυση (N=1), long- post-Covid- syndrome (N=2), ένδειξη νοσηλείας λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας (N=1) και διαταραχή ηπατικής βιοχημείας (N=1).

**Συμπεράσματα:** Η θνητότητα από SARS-COV2 ήταν χαμηλή (2.8%). Η χορήγηση Remdesivir σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ υπό αιμοκάθαρση ήταν ασφαλής, δεν συνοδεύτηκε από θανάτους και είχε ήπιες και σπάνιες παρενέργειες. Απαιτούνται μεγαλύτερες σειρές ασθενών για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τη χρησιμότητα του Remdesivir σε ασθενείς με ΤΣΧΝΝ

**Βιβλιογραφία:**

Selvaraj V, Lal A, Finn A, et al. Efficacy of remdesivir for hospitalized COVID-19 patients with end stage renal disease. *World J Crit Care Med.* Jan 09 2022;11(1):48-57. doi:10.5492/wjccm.v11.i1.48

Aiswarya D, Arumugam V, Dineshkumar T, et al. Use of Remdesivir in Patients With COVID-19 on Hemodialysis: A Study of Safety and Tolerance. *Kidney Int Rep.* Mar 2021;6(3):586-593. doi:10.1016/j.ekir.2020.12.003

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΚΙΤΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

**Ι. Κοντογιώργος<sup>1</sup>, Δ. Καρασαββίδου<sup>2</sup>, Δ. Μακρίδης<sup>2</sup>, Θ. Παπατόλιος<sup>2</sup>, Α. Τσινάρη<sup>1</sup>, Σ. Αναστασίου<sup>1</sup>, Δ. Διβάνης<sup>1</sup>, Β. Λαμπροπούλου<sup>3</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>, Σ. Παναγιώτσος<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΜΤΝ «Χ. Κατσίνης», Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, Πτολεμαΐδα

<sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

**P 064**

**Εισαγωγή:** Το διάλυμα κιτρικών κατά την αιμοκάθαρση πιθανώς επηρεάζει το ασβέστιο και την παραθορμόνη ορού των ασθενών, καθώς και την ηπατική του κυκλώματος αιμοκάθαρσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μελετηθεί η επίδραση του στις ανωτέρω παραμέτρους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 20 ασθενείς της Μονάδας Αιμοκάθαρσης του Γ.Ν. Πτολεμαΐδας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση με διάλυμα οξικού οξέος (Δ.Ο.) για 6 μήνες και ακολούθως σε αιμοκάθαρση με διάλυμα κιτρικών (Δ.Κ.) για άλλους 6 μήνες. Καταγράφηκαν οι βιοχημικές παράμετροι των ασθενών, η φαρμακευτική αγωγή με φωσφοροδεσμευτικά και ετελκαλεσιτίδη και η δόση ηπαρίνης κατά την αιμοκάθαρση. Διενεργήθηκε σύγκριση των τιμών προ και μετά της έναρξης αιμοκάθαρσης με Δ.Κ., καθώς και σύγκριση μετά από στάθμιση για λήψη φωσφοροδεσμευτικών και ετελκαλεσιτίδης.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 61,6 ± 13,7 έτη, ενώ οι 14 (70%) ήταν άρρενες. Μετά την έναρξη αιμοκάθαρσης με Δ.Κ. παρατηρήθηκε μείωση του ολικού ασβεστίου ορού (9,35 ± 0,47mg/dl έναντι 9,10 ± 0,41mg/dl, p=0,002) χωρίς εκδηλώσεις υπασβεστιασίας, αύξηση της παραθορμόνης ορού [318,98 pg/ml(105,31 – 509,65) έναντι 341,95 pg/ml (224,11 – 528,29), p=0,003] και μείωση του μαγνησίου ορού (2,40 mg/dl ± 0,31 έναντι 2,33 mg/dl ± 0,31, p=0,034). Η επίδραση του Δ.Κ. στο ολικό ασβέστιο ορού και την παραθορμόνη ορού παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά την στάθμιση για λήψη φωσφοροδεσμευτικών ή ετελκαλεσιτίδης (p=0,008 και 0,02, αντίστοιχα). Παρατηρήθηκε μείωση της δόσης ηπαρίνης σε 6 (30%) ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Το Δ.Κ. είναι ασφαλές, αποτελεσματικό και χωρίς να προκαλεί κλινικά σημαντικές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η χρήση του μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της δόσης αντιπηκτικών κατά την συνεδρία αιμοκάθαρσης.

## P 065 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΦΩΣΦΑΤΑΙΜΙΑ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

**Ε. Λεπτοκαρίδου, Π. Χράπης, Ι. Κοντογώργος, Β. Βάιος, Π. Γεωργιανός, Δ. Διβάνης, Β. Λιακόπουλος**

*Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ*

**Εισαγωγή:** Η παρούσα κλινική μελέτη έχει σκοπό να εξετάσει την επίδραση της εφαρμογής του φίλτρου αιμοπροσρόφησης στη βελτίωση των παθολογικά αυξημένων τιμών φωσφόρου στο αίμα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για προοπτική κλινική μελέτη, στην οποία συμπεριλαμβάνονται 10 αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν παθολογικά αυξημένες τιμές φωσφόρου στο αίμα. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις του φωσφόρου, της παραθορμόνης, του ασβεστίου, της αλκαλικής φωσφατάσης, του URR και της β2-μικροσφαιρίνης. Οι μετρήσεις έγιναν σε 3 χρονικές στιγμές: πριν την προσθήκη της αιμοπροσρόφησης, ένα και δύο μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Για την κύρια έκβαση της μελέτης προκύπτει ότι κατά την εφαρμογή της αιμοπροσρόφησης σημειώθηκε πτώση της μέσης τιμής του φωσφόρου από το 6.5(SD) στο 4.5(SD) [mean dif=2, 95% CI (0.57, 3.5)] με p-value <0,001 μετά από 2 μήνες παρακολούθησης. Ομοίως για την παραθορμόνη διαπιστώθηκε πτώση, η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Επιπλέον, δεν σημειώθηκε ιδιαίτερη μεταβολή στις μετρήσεις του ασβεστίου, της αλκαλικής φωσφατάσης και του URR. Τέλος, σημειώθηκε παράδοξη αύξηση για την β2-μικροσφαιρίνη, η οποία ωστόσο ήταν στατιστικά μη-σημαντική.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας κλινικής μελέτης προκύπτει ότι η αιμοπροσρόφηση μειώνει τα επίπεδα του φωσφόρου στο αίμα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, χωρίς ωστόσο να επιδρά σημαντικά στις λοιπές βιοχημικές παραμέτρους που μελετήθηκαν. Απαιτούνται ωστόσο μεγαλύτερες κλινικές μελέτες για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων λόγω του μικρού αριθμού ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη.

## P 066 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΝΑ-ΤΝ)

**Ι. Γριβέας<sup>1,2</sup>, Δ. Φλώρος<sup>3</sup>, Μ. Ζηλάκος<sup>2</sup>, Π. Καλογερόπουλος<sup>2</sup>, Ε. Καλύβεζα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικό Ταμείο Στρατού

<sup>2</sup>Μ.Χ.Α. «Polyxenias-Renal»

<sup>3</sup>Α' Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικό Ταμείο Στρατού

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία το ποσοστό των ασθενών που δεν επιτυγχάνουν τους στόχους της PTH (ευρέα όρια κατά KDIGO) παραμένει αναγνωρίσιμο με τη χειρουργική θεραπεία ως προσφερόμενη επιλογή. Περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς με ΧΝΑ-ΤΝ με αδένωμα των παραθυρεοειδών που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς χειρουργικά με ενδοσκοπική διαστοματική αφαίρεση του.

**Υλικό & Μέθοδος:** Άνδρας διαβητικός ασθενής 79 ετών με ΧΝΑ-ΤΝ εμφανίζει τιμή PTH 1367pg/ml. Παρά τις παρεμβάσεις η τιμή της ανεβαίνει (1935pg/ml). Σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών ανέδειξε αδένωμα στον κάτω δεξιά αδένωμα και αποφασίσθηκε η χειρουργική του αφαίρεση ενδοσκοπικά.

**Αποτελέσματα:** Εγκατάσταση γενικής αναισθησίας στον ασθενή σε ύπτια θέση με ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Δημιουργία 3 τομών στην έσω επιφάνεια του κάτω χείλους και παρασκευή του χώρου υπό το μυώδες πλάτυσμα με τη χρήση αραιού διαλύματος αδρεναλίνης. Τοποθέτηση του οπτικού trocar (10mm) και των trocar εργασίας (2x5mm). Εμφύσηση CO<sub>2</sub> σε πίεση 6mmHg. Διάνοιξη των κάτωθεν του υοειδούς μυών στη μέση γραμμή και κινητοποίηση του (ΔΕ) θυρεοειδικού λοβού. Αναγνώριση του αδενώματος δεξιά και διαφύλαξη του (ΔΕ) παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου με την χρήση νευροδιεγέρτη. Εκτομή του πάσχοντος αδένωμα (1,9 εκ.) με την χρήση ενέργειας υπερήχων και αφαίρεσή του εντός ενδοσκοπικού σάκου. Μετά την αιμόσταση, την αφαίρεση των ενδοσκοπικών trocar και τη συρραφή του τραύματος εφαρμόστηκε ελαφρώς πιεστική επίδεση του τραχήλου. 6 ώρες μετά ο ασθενής κινητοποιήθηκε, έλαβε p.o διαυγή υγρά και πήρε εξιτήριο την επομένη του χειρουργείου με PTH 438 pg/ml.

**Συμπεράσματα:** Η ενδοσκοπική διαστοματική αφαίρεση αδενώματος των παραθυρεοειδών αποτελεί μία ασφαλής, αποτελεσματική χειρουργική αντιμετώπιση απαιτώντας μία ημέρα νοσηλείας η οποία κινητοποιεί τον ασθενή χωρίς περιορισμούς.

## ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΞΙΝΟΥ ΚΙΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (CD) ΜΕ L-ΑΣΚΟΡΒΙΚΟ ΟΞΥ (ΒΙΤΑΜΙΝΗ-C) ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΛΟΥ ΟΞΙΝΟΥ ΚΙΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ( ΧΝΑ-TN)

P 067

**Ι. Γριβέας, Μ. Ζηλάκος, Π. Καλογερόπουλος, Ε. Καλύβεζα**

*Μ.Χ.Α. «Polyxenia-Renal»*

**Εισαγωγή:** Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της εμπειρίας από τη σύγκριση της χρήσης διαλύματος CD με Βιταμίνη-C σε σχέση με τη χρήση σκέτου διαλύματος CD σε ασθενείς με ΧΝΑ-TN.

**Υλικό & Μέθοδος:** 45 ασθενείς με ΧΝΑ-TN ( 40 νεοεντασόμενοι) λάμβαναν διάλυμα CD με βιταμίνη-C (2g/lit) για διάστημα 12 μηνών συγκρίθηκαν με 26 ασθενείς (18 νεοεντασόμενοι ) αντίστοιχου βάρους οι οποίοι λάμβαναν απλό διάλυμα CD. Καταγράφηκαν οι αλλαγές στην δόση της ηπαρίνης καθώς και το προφίλ αναιμίας των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Στο διάλυμα με βιταμίνη C η αρχική αθροιστική δόση ηπαρίνης 1818±659,28 iu ( 24 iu/kgΣΒ) σε 3323,52±1467,79 iu (44 iu/kg/ΣΒ) στους 12 μήνες. Χωρίς παρατηρούμενα θρομβωτικά επεισόδια ή αιμορραγική διάθεση, η δόση της ηπαρίνης ήταν σημαντικά ελαττωμένη των κλασικά συστηνόμενων δόσεων (δόση φόρτισης 30-50 IU/kgΣΒ και στη συνέχεια 10 IU/kgΣΒ/ώρα). Αντίστοιχη παρατήρηση σημειώθηκε και στο σκέτο CD (29 iu/kgΣΒ αρχή-39 iu/kgΣΒ τέλος). Η Hb και ο Hct αυξήθηκαν σημαντικά (10,63±1,55 αρχή-11,79±0,91 τέλος, p<0,05, 32,25±4,45 αρχή-36,5±2,92 τέλος, p<0,05) με σταθερή εβδομαδιαία δόση ερυθροποιητίνης (14000±9500 iu αρχή-14000±10000 iu τέλος,p=NS) και σταθερά επίπεδα φεριπτίνης (526,73±498,72 iu αρχή-690,44±470,32 iu τέλος,p=NS). Τα παραπάνω συνδυάστηκαν με σημαντική ελάττωση της μηνιαίας χορήγησης σιδήρου (200 mg μηνιαίως καταληκτική δόση). Στο CD χωρίς Βιταμίνη-C είχαμε αντίστοιχες παρατηρήσεις με σταθερά σημαντικά μεγαλύτερη δόση μηνιαίας χορήγησης σιδήρου (400-500 mg καταληκτική δόση).

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν ότι η χρήση και των δύο διαλυμάτων προσφέρει αντιπηξία με σημαντική μείωση της ηπαρίνης, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει η αιμοσφαιρίνη με σταθερή δόση ερυθροποιητίνης. Η προσθήκη της βιταμίνης C συνδυάζεται με μειωμένη μηνιαία χορήγηση σιδήρου.

## ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

P 068

**Ε. Τζάλη, Φ. Λιάκα, Χ. Πετρά, Δ. Ξυδάκης, Κ. Κωστάκης, Ε. Βαρδάκη**

*Νεφρολογικό Τμήμα - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΓΝΗ «Βενιζέλειο-Πανάνειο»*

**Εισαγωγή:** Οι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες αιμοκάθαρσης (ΚΦΚ) σχετίζονται με περισσότερες επιπλοκές συγκριτικά με εναλλακτικές προσπελάσεις (φίστουλα, μόσχευμα). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του εύρους χρήσης και της συχνότητας των μακροχρόνιων επιπλοκών τους σε μια μονάδα τεχνητού νεφρού (MTN) στην Κρήτη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διεξήχθη μελέτη επιπολασμού της χρήσης ΚΦΚ ενώ μελετήθηκαν και αναδρομικά, οι χρόνιοι αιμοκαθαιρόμενοι μέσω μόνιμου ΚΦΚ το διάστημα 01/06/2022-31/01/2023. Καταγράφηκαν οι επιπλοκές: Μικροβιαμία, λοίμωξη δερματικού στομιου-ΛΔΣ, δυσλειτουργία, αλλαγή ΚΦΚ, θάνατος. Αποκλείστηκαν οι εκτάκτως αιμοκαθαιρόμενοι και εκείνοι με πρόσφατο ΚΦΚ (<2 μήνες).

**Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός της χρήσης ΚΦΚ τον 02/2023 στη MTN ήταν 38.6% (34 σε σύνολο 88 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών). Κανένας ασθενής δεν χρησιμοποίησε μόσχευμα. Αναδρομικά συμπεριλήφθηκαν 52 ασθενείς με ΚΦΚ (32 Α) μέσης ηλικίας 71 ετών (34-96 έτη), με μέσο χρόνο ζωής του καθετήρα 28 μήνες (2-153), θέση δεξιά έσω σφαγίτιδας (78%). Ως αιτία, κυριαρχούσε η αποτυχημένη φίστουλα (34%) ενώ 5 ασθενείς (9,6%) βρισκόνταν σε περίοδο γεφύρωσης. Το 59.6% ασθενείς εμφάνισαν τουλάχιστον μία επιπλοκή. 22 (59.6%) είχαν τουλάχιστον 1 επεισόδιο μικροβιαμίας, εκ των οποίων 12 είχαν και ΛΔΣ. Στο 32% απαιτήθηκε νοσηλεία λόγω μικροβιαμίας. Από μικροβιακή ταυτοποίηση μικροβιαμίων: Gram+ (82.6%), Staph epidermis (65%). Το 17.3% εμφάνισαν δυσλειτουργία καθετήρα ενώ έγινε επανατοποθέτηση σε 7. Στο υπό μελέτη διάστημα, απεβίωσαν 18 ασθενείς. Το 77% αυτών είχαν ΚΦΚ, με αιτία θανάτου πιθανά σχετιζόμενη με ΚΦΚ, στους 5.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός της χρήσης ΚΦΚ στον πραγματικό κόσμο είναι πολύ μεγαλύτερος από τις συστάσεις ενώ το μόσχευμα απουσιάζει. Επιβεβαιώνεται το φορτίο νοσηρότητας που επιφέρουν, ειδικά σε GRAM+ λοιμώξεις. Περισσότερη μελέτη χρειάζεται για να διαπιστωθεί αν η μετατόπιση προς τον ΚΦΚ αιτιολογείται από τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

## P 069 ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**A. Παπαδάκη<sup>1</sup>, E. Σταματάκη<sup>1</sup>, N. Δαμιανάκης<sup>1</sup>, Γ. Κακάβας<sup>1</sup>, M. Παπαδογιάννη<sup>2</sup>, T. Γαβριηλίδη<sup>2</sup>, A. Ζουριδάκης<sup>1</sup>, I. Τζανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

<sup>2</sup>Τμήμα Βιοπαθολογίας, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

**Εισαγωγή:** Οι λοιμώξεις αποτελούν την αιτία των μόνιμων καθετήρων αιμοκαθαρσης. Στην κλινική μας εφαρμόζουμε πρόγραμμα επιτήρησης λοιμώξεων/μικροβιαίων σχετιζόμενων με τους καθετήρες το οποίο περιλαμβάνει και λήψη καλλιέργειών αίματος πρωτοκόλου ανά δίμηνο. Η παρούσα είναι μία προοπτική μελέτη που έχει σκοπό την εκτίμηση της ταχικής αυτής στην πρόληψη της εκδήλωσης λοιμώξεων και στην διάσωση των καθετήρων.

**Ασθενείς & Μέθοδοι:** Καταγράφονται τα αποτελέσματα από την ανά δίμηνο λήψη αιμοκαλλιέργειών στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς τις κλινικές μας που έφεραν μόνιμο κεντρικό καθετήρα αιμοκάθαρσης την τριετία 2020-2022.

**Αποτελέσματα:** Το χρονικό αυτό διάστημα των 36 μηνών ελήφθησαν 308 συνολικά καλλιέργειες αίματος σε 34 χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς ήταν απύρετοι τον χρόνο της αιμοληψίας. Σε 53 καλλιέργειες αίματος αναπτύχθηκαν παθογόνοι μικροοργανισμοί σε συνολικά 17 ασθενείς: 28 staph epiderm., 4 staph aureus, 7 enterococcus, 2 pseudomonas aeruginosa, 2 e coli, 3 enterobacter, 1 morganela, 1 candida albicans, 5 διάφορα. Η μέση τιμή της CRP ήταν 3,6 ± 6,2 mg/dl. Όλοι οι ασθενείς ετέθησαν σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με βάσει το αντιβιογράμμα για 3 εβδομάδες. Στις 45/53 περιπτώσεις οι ασθενείς παρέμειναν απύρετοι, με πτωτική πορεία της CRP ενώ οι επαναληπτικές καλλιέργειες αίματος αρνητικοποιήθηκαν. Σε 9/53 περιπτώσεις οι ασθενείς εμφάνισαν κλινική λοίμωξη με πυρετό εκ των οποίων οι 5 ανταποκρίθηκαν στην αγωγή, 4 δεν ανταποκρίθηκαν και αφαιρέθηκε ο καθετήρας εκ των οποίων οι 2 κατέληξαν.

**Συμπεράσματα:** Θεωρούμε ότι η περιοδική λήψη αιμοκαλλιέργειών στους ασθενείς που φέρουν μόνιμους καθετήρες αιμοκάθαρσης συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση των λοιμώξεων με επακόλουθο την διάσωση των καθετήρων και την μείωση της θνητότητας των ασθενών.

## P 070 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΗΠΤΙΚΩΝ ΕΜΒΟΛΩΝ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΑΠΟΥΣΙΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

**A. Παπαδάκη<sup>1</sup>, N. Δαμιανάκης<sup>1</sup>, E. Σταματάκη<sup>1</sup>, Γ. Κακάβας<sup>1</sup>, P. Πουλιδάκη<sup>2</sup>, Δ. Νάστου<sup>2</sup>, I. Τζανάκης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

<sup>2</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Ολύμπιον», Χανιά

**Εισαγωγή:** Οι σηπτικές είναι οι πλέον σοβαρές επιπλοκές σε ασθενείς με κεντρικούς καθετήρες αιμοκάθαρσης. Απειλούν την βιωσιμότητα των καθετήρων αλλά και την ζωή των ασθενών.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενή η οποία εμφάνισε σπάνια επιπλοκή σηπτικών εμβόλων στον εγκέφαλο στα πλαίσια μικροβιαμίας από Staph. Aureus σχετιζόμενων με μόνιμο κεντρικό φλεβικό καθετήρα αιμοκάθαρσης.

**Ασθενής & Μέθοδοι:** Πρόκειται για γυναίκα 75 ετών αιμοκαθαιρόμενη από έτους μέσω μόνιμου υποκλείδιου φλεβικού καθετήρα. Εισάγεται λόγω διαταραχής επιπέδου συνείδησης. Είναι απύρετη και αιμοδυναμικά σταθερή. Ο απεικονιστικός έλεγχος του εγκεφάλου, CT και MRI, ανέδειξε την ύπαρξη πολλαπλών υπέρπυκνων εστιών σε αμφότερα τα εγκεφαλικά ημισφαίρια (Εικ. 1). Η διαφορική διάγνωση περιελάμβανε αιμορραγικές εστίες, δευτεροπαθείς εντοπίσεις ή σηπτικά έμβολα. Το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς δεν ανέδειξε την ύπαρξη εκπλαστήσεων. Ολόσωμη CT ανέδειξε την ύπαρξη πνευμονικού αποστήματος στον δεξιό άνω λοβό του πνεύμονα. Οι καλλιέργειες αίματος αποκάλυψαν βακτηριαμιά από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Την τρίτη ημέρα εμφάνισε πυρετό.

Η κλινική και απεικονιστική εικόνα και ο αποκλεισμός άλλων αιτιών μας οδήγησε στην διάγνωση των πολλαπλών σηπτικών εντοπίσεων στον εγκέφαλο.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με αφαίρεση του μόνιμου κεντρικού φλεβικού καθετήρα και ενδοφλέβια χορήγηση δαπτομυκίνης για 21 ημέρες. Απυρέτησε την δεύτερη ημέρα μετά την αφαίρεση του κεντρικού φλεβικού καθετήρα ενώ παράλληλα η νευρολογική εικόνα σταδιακά αποκαταστάθηκε. Επαναληπτικές αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου και θώρακος 15 ημέρες μετά την έναρξη της αντιβιοτικής αγωγής παρουσίασαν σαφή μείωση των εγκεφαλικών εστιών σε αριθμό και μέγεθος, με παράλληλη σημαντική υποχώρηση της πνευμονικής εντόπισης (Εικ.2).

**Συμπεράσματα:** Παρουσιάσαμε σπάνια περίπτωση σηπτικών εγκεφαλικών εμβόλων σχετιζόμενων με μόνιμο κεντρικό φλεβικό καθετήρα αιμοκάθαρσης. Η απουσία (εμφανούς) ενδοκαρδίτιδας δεν αποκλείει την διάγνωση. Είναι πιθανόν η αρχική σηπτική εντόπιση να αφορούσε τον πνεύμονα και απετέλεσε τον ενδιάμεσο σταθμό για τις εγκεφαλικές εντοπίσεις.

## ΚΥΑΝΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ: ΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ

**Ε. Τζάλη<sup>1</sup>, Ν. Γαλανάκης<sup>2</sup>, Ν. Κοντοπόδης<sup>3</sup>, Ν. Δασκαλάκης<sup>3</sup>, Φ. Λιάκα<sup>1</sup>, Κ. Κωστάκης<sup>1</sup>, Χ. Πετρά<sup>1</sup>, Δ. Ξυδάκης<sup>1</sup>, Ε. Βαρδάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΓΝΗ «Βενιζέλειο-Πανάνειο»

<sup>2</sup>Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

<sup>3</sup>Αγγειοχειρουργική Κλινική, Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος- Αγγείων - Καρδιάς, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

**Εισαγωγή:** Η απόφραξη κεντρικών θωρακικών φλεβών (ΑΚΘΦ) εμφανίζεται κατεξοχήν δευτερογενώς, ως επιπλοκή στην παρουσία ενδαγγειακής συσκευής (κεντρικός φλεβικός καθετήρας-ΚΦΚ, βηματοδότης/απινιδωτής). Σπανιότατα, παρουσιάζεται ως ισχαιμία σκέλους λόγω μειωμένης φλεβικής απορροής. Πιθανές συνέπειες αναφέρονται η φλεβική γάγγραινα, η απώλεια του σκελούς και ο θάνατος, εφόσον δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση μιας περίπτωσης σοβαρής εν τω βάθει θρόμβωσης θωρακικών φλεβών, καθώς και της επιτυχημένης αντιμετώπιση της.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για αιμοκαθαίρομενο στο τμήμα μας ασθενή, πρόσφατης ένταξης, ηλικίας 71 ετών, με οξεία απόφραξη υποκλειδίου και βραχιονοκεφαλικής δεξιά. Ο ασθενής καθαιρόταν τακτικά μέσω μόνιμου ΚΦΚ στη δεξιά έσω σφαγίτιδα ενώ βρισκόταν σε περίοδο γεφύρωσης για αρτηριοφλεβώδη φίστουλα δεξιού αντιβραχίου, η οποία ήταν πλήρως λειτουργική χωρίς να έχει τεθεί σε χρήση.

**Αποτελέσματα:** Προσήλθε με οξεία συμπτωματολογία από ωρών λόγω οιδήματος και άλγους δεξιού άνω σκέλους. Διαπιστώθηκε κλινικά επώδυνη κυανή φλεγμονή και οίδημα δεξιού βραχίονα εκτεινόμενο έως την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα. Ο ασθενής διεκομίσθη στο εφημερεύον Αγγειοχειρουργικό τμήμα, όπου διενεργήθηκε αξονική αγγειογραφία με έυρημα τη θρόμβωση υποκλειδίου και βραχιονοκεφαλικής φλεβας δεξιά. Η φίστουλα παρέμενε λειτουργική, γεγονός που επιδείνωσε τη φλεβική συμφόρηση. Αφαιρέθηκε ο μόνιμος ΚΦΚ και ο ασθενής τέθηκε σε συστηματική αντιπηκτική αγωγή. Σύντομα, το σκέλος παρουσίασε εικόνα αρχόμενης φλεβικής γάγγραινας. Εκτάκτως, οδηγήθηκε στο Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, όπου, αφού επιβεβαιώθηκε η διάγνωση μέσω φλεβογραφίας, διενεργήθηκε ενδαγγειακή θρομβεκτομή με καθετήρα Angiojet και αγγειοπλαστική ανωνύμου με μπαλόνι υψηλών πιέσεων 12mm. Ακολούθησε σύντομα κλινική βελτίωση με υποχώρηση του οιδήματος.

**Συμπεράσματα:** Η συστοιχη παρουσία ΚΦΚ και η ακέραια λειτουργικότητα της φίστουλας στο συγκεκριμένο ασθενή προκάλεσε την επιδεινωμένη κλινική εικόνα. Η έγκαιρη και επιτυχημένη παρέμβαση, με σύγχρονες τεχνικές επεμβατικής ακτινολογίας, επέφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα με ελάχιστη επιβάρυνση για τον ασθενή.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

**Β. Λαμπροπούλου, Κ. Κανταρτζή, Π. Κρίκη, Μ. Θεοδωρίδης, Α. Σμυρλής, Μ. Αρακελιάν, Η. Θώδης, . Παναγούτσος**

Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική ΔΠΘ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Η πρώτη δημοσίευση Κλινικών Οδηγιών (Guidelines) του National Kidney Foundation (NKF), που αφορούσαν την καλή κλινική πρακτική στην Αιμοκάθαρση, δημοσιεύθηκαν το 1998. Έκτοτε διαπιστώθηκε ότι η τήρηση των οδηγιών είχε ως αποτέλεσμα την καλύτερη υγεία των αιμοκαθαίρομενων ασθενών. Από το 1998 έως σήμερα, αρκετές Εθνικές Νεφρολογικές Εταιρείες και Οργανισμοί έχουν δημοσιεύσει και έχουν επικαιροποιήσει Guidelines που αφορούν την αιμοκάθαρση. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση της επίδρασης της τήρησης των τελευταίων Κλινικών Οδηγιών KDIGO, που αφορούν την επάρκεια κάθαρσης, την ΜΒΔ και την αναιμία των ασθενών υπό αιμοκάθαρση, στην επιβίωσή τους.

**Ασθενείς & Μέθοδοι:** Στη μελέτη περιελήφθησαν 113 (79 άνδρες και 34 γυναίκες) σταθεροί ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση τουλάχιστον 3 μήνες. Οι ασθενείς είχαν διάμεση ηλικία 70 (56, 78) ετών και διάμεση διάρκεια υποκατάστασης 52 (21, 95) μήνες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες διαδοχικά ανάλογα με τον αν εκπλήρωναν ή όχι τους στόχους των οδηγιών KDIGO για την αναιμία, την οστική νόσο, την επάρκεια και τέλος τους στόχους και των τριών παραπάνω οδηγιών κατά τα τελευταία τρία έτη. Με τις μεθόδους Kaplan-Meier και Cox-Regression συγκρίθηκαν και σταθμίσθηκαν, ως προς την ηλικία, το φύλο, την συνύπαρξη σακχαρώδη Διαβήτη και την τιμή της λευκωματίνης, οι επιβιώσεις των εκάστοτε δύο ομάδων.

**Αποτελέσματα:** Από τη σύγκριση των δύο ομάδων που αφορούσαν τις οδηγίες για την οστική νόσο διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των ασθενών, που δεν εκπλήρωνε τους στόχους των οδηγιών, είχε μεγαλύτερη επιβίωση από την ομάδα που εκπλήρωνε τους στόχους (Log Rank  $p=0,026$ ) ενώ, μετά τη στάθμιση ως προς τους άλλους παράγοντες κινδύνου, η διαφορά ήταν μη στατιστικά σημαντική ( $p=0,507$ ). Στις δύο ομάδες ασθενών, που χωρίστηκαν αντίστοιχα με τους στόχους των οδηγιών της αναιμίας, η μη σταθμισμένη αλλά και η σταθμισμένη επιβίωση δεν είχε σημαντική διαφορά (Log Rank  $p=0,071$  και  $p=0,394$  αντίστοιχα). Αντιθέτως, όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν ανάλογα με την επίτευξη των στόχων των οδηγιών για την επάρκεια κάθαρσης, η ομάδα των ασθενών που εκπλήρωνε τους στόχους είχε μεγαλύτερη επιβίωση, χωρίς ή με στάθμιση των λοιπών παραγόντων κινδύνου (Log Rank  $p=0,049$  και  $p=0,044$  αντίστοιχα). Τέλος, όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν με κριτήριο την εκπλήρωση των στόχων και των τριών οδηγιών, η επιβίωση δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά χωρίς ή με στάθμιση των λοιπών παραγόντων κινδύνου (Log Rank  $p=0,099$  και  $p=0,796$  αντίστοιχα). Σε όλες τις αναλύσεις επιβίωσης βασικός ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου αναδείχθηκε και η τιμή της λευκωματίνης ορού ( $p<0,001$ )

**Συμπέρασμα:** Οι διεθνείς κλινικές οδηγίες είναι χρήσιμα εργαλεία για την καλή κλινική πρακτική στην αιμοκάθαρση. Στην καθημερινή κλινική πράξη διαπιστώνεται ότι η πιστή τήρηση των κλινικών οδηγιών που αφορούν την επάρκεια κάθαρσης είναι ανεξάρτητος παράγοντας αυξημένης επιβίωσης των αιμοκαθαίρομενων ασθενών.

P 071

P 072

P 073

## Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ

**Κ. Κανταρτζή, Π. Τσίτσιου, Β. Λαμπροπούλου, Π. Κρίκη, Χ. Σερήφ-Δαμάλογλου, Η. Θώδης, Σ. Παναγιώτσος**

*Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική ΔΠΘ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**Εισαγωγή:** Η τακτική καταγραφή της Δυναμικής Φλεβικής Πίεσης στην αρχή της συνεδρίας αιμοκάθαρσης είχε προταθεί, από τις πρώτες Κλινικές Οδηγίες, ως κατάλληλη μέθοδος επιτήρησης της αγγειακής προσπέλασης και ιδίως των μόςχευμάτων. Στις τυχαίοποιημένες μελέτες, που ακολούθησαν των κλινικών οδηγιών, δεν αποδείχθηκε η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου στη διατήρηση της βατότητας και της επιβίωσης των αγγειακών προσπελάσεων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επαναξιολόγηση της χρησιμότητας της καταγραφής των δυναμικών φλεβικών πιέσεων στην ανίχνευση προβλημάτων των αγγειακών προσπελάσεων.

**Ασθενείς & Μέθοδοι:** Στη μελέτη περιελήφθησαν 55 ασθενείς (39 άνδρες, 16 γυναίκες) διάμεσης ηλικίας 66 (53, 75) ετών και διάμεσης διάρκειας υποκατάστασης 54 (25, 89) μηνών με φίστουλα ή μόςχευμα και η παρακολούθησή τους είχε διάρκεια 6 μηνών. Κατά τη διάρκεια της μελέτης γινόταν καταγραφή της φλεβικής πίεσης του μηχανήματος αιμοκάθαρσης στην αρχή κάθε συνεδρίας, καθώς και τυχόν επιπλοκές της αγγειακής προσπέλασης, οι οποίες περιλάμβαναν: δυσκολίες στην παρακέντηση, αιμορραγίες, αιματώματα ή συμβάματα που οδήγησαν σε απεικονιστικές μεθόδους. Επίσης καταγράφηκαν οι απώλειες των αγγειακών προσπελάσεων λόγω θρόμβωσης, που συνέβησαν κατά τη διάρκεια του εξαμήνου.

**Αποτελέσματα:** Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης καταγράφηκαν επιπλοκές σε 16 ασθενείς και απώλεια της αγγειακής προσπέλασης σε 4 ασθενείς. Η ομάδα των ασθενών, που παρουσίασε επιπλοκή της αγγειακής προσπέλασης, καθώς και η ομάδα που απώλεσε την αγγειακή προσπέλαση είχαν καταγεγραμμένες αυξημένες δυναμικές φλεβικές πιέσεις σε σχέση με την ομάδα των ασθενών, που δεν παρουσίασε επιπλοκή, 82 (73, 91) έναντι 63 (56, 69) mmHg ( $p < 0,001$ ), ή δεν είχε απώλεια της αγγειακής προσπέλασης, 95 (77, 106) έναντι 64 (57, 75) mmHg αντίστοιχα. Επίσης η ομάδα που παρουσίασε επιπλοκή είχε περισσότερους ασθενείς με μόςχευμα, σε σχέση με την ομάδα που δεν παρουσίασε (8/16 έναντι 3/39,  $p < 0,001$ ), καθώς επίσης περισσότεροι ασθενείς με μόςχευμα απώλεσαν την αγγειακή προσπέλαση σε σχέση με την ομάδα που δεν είχε απώλεια (3/4 έναντι 1/51,  $p 0,022$ ). Όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την τιμή των δυναμικών φλεβικών πιέσεων, διαπιστώθηκε ότι στην ομάδα με τις υψηλότερες φλεβικές πιέσεις ανήκαν οι περισσότεροι ασθενείς, που παρουσίασαν επιπλοκή (14 έναντι 2), όπως επίσης και οι 4 ασθενείς, που απώλεσαν την αγγειακή προσπέλαση λόγω θρόμβωσης κατά τη διάρκεια των 6 μηνών παρακολούθησης.

**Συμπέρασμα:** Οι αγγειακές προσπελάσεις είναι ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η παρακολούθηση των αγγειακών προσπελάσεων, η ανίχνευση τυχόν προβλημάτων και η έγκαιρη διόρθωσή τους πριν την απώλεια, είναι καθοριστικής σημασίας στην ολιστική παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Από τα αποτελέσματα της μελέτης, φάνηκε ότι η καταγραφή των δυναμικών φλεβικών πιέσεων, όπως αποτυπώνονται στο μηχανήμα της αιμοκάθαρσης, μπορεί τελικά να αποτελεί απλή, εύκολη, φτηνή και αποτελεσματική μέθοδο παρακολούθησης των αγγειακών προσπελάσεων και ιδιαίτερα των μόςχευμάτων.

P 074

## ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΟΥ CORONAVIRUS DISEASE-19 (COVID-19) ΤΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΤΟΥΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ) ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ) ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΠΚ): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Δ. Μπαχαράκη, Ο. Τσοτσουρού, Δ. Πέτρου, Κ. Δρούζας, Π. Γιαννακόπουλος, Μ. Καραγιάννης, Α. Σαρδέλη, Ε. Παντζοπούλου, Κ. Γκιόλας, Ι. Τσουμπού, Π. Νικολόπουλος, Σ. Λιονάκη**

*Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»*

**Εισαγωγή:** Στόχος να αποτυπωθεί η εμπειρία του κέντρου μας καθώς στον γενικό πληθυσμό η COVID-19 έχει εμφανίσει διεθνώς φθίνουσα μείωση της βαρύτητας της

**Υλικά & Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη παρατήρησης 1/ 2021- 1/2023. ΧΝΝΤΣ υπό ΑΜΚ/ΠΚ  $\geq 3$ μηνο. Καταγραφή εμβολίων και δόσεων, δημογραφικών, δεδομένα κλινικής εικόνας, έκβασης COVID-19 και εργαστηριακός έλεγχος προ και μετά αυτής.

**Αποτελέσματα:** 57 ασθενείς, 35(61,4%) ΑΜΚ, 23 ΠΚ(38,6%), 44 άνδρες, μέσης ηλικίας 66,2( $\pm 14,7$ ) με σακχαρώδη διαβήτη 60,9%, αρτηριακή υπέρταση 84,4%, υπό εξωνεφρική κάθαρση επί 4,7( $\pm 6,1$ ) έτη. Εμβολιάστηκαν 33(97%) ασθενείς στην ΑΜΚ και 20(86%) στην ΠΚ με μέσο αριθμό δόσεων 3,5( $\pm 0,9$ ) και 3,3( $\pm 0,9$ ) αντίστοιχα ( $p=ns$ ). Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με COVID-19 ήταν ΑΜΚ 31(95%) και 19(86%) ΠΚ ( $p=X$ ). Η κλινική εικόνα είχε ως εξής: βήχας 87%, πυρετός 90%, κόπωση 90%, ανοσμία 58%, καταρροή 52%, ανορεξία 23%, διάρροια 3%. Η διάγνωση της νόσου ως αποτέλεσμα έκθεσης χωρίς συμπτώματα έγινε σε 4(12,4%) ασθενείς υπό ΑΜΚ και 1(5,8%) υπό ΠΚ και λόγω συμπτωμάτων 27(87,1%) και 16/(94,4%) αντίστοιχα). Νοσηλεία χρειάστηκαν 2 ασθενείς της ΠΚ: ο ένας με 1 δόση εμβολίου και ένας ανεμβολίαστος. Έλαβαν θεραπεία με remdesivir 30 ασθενείς ΑΜΚ και κανέναν υπό ΠΚ. Κανένας ασθενής δεν απεβίωσε άμεσα ή εντός 3μηνου από τη νόσηση.

**Συμπεράσματα:** Η COVID-19 φαίνεται να έχει ηπιότερη εικόνα πλέον και στην ευπαθή ομάδα των ασθενών υπό εξωνεφρική κάθαρση. Οι ασθενείς υπό ΠΚ ίσως είναι πιο προστατευμένη ομάδα λόγω δυνατότητας απομόνωσης ασχέτως εμβολιασμού.

## ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS- 2 (SARS-CoV-2) ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ) ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΠΚ): ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ο. Τσοτσρού, Δ. Μπαχαράκη, Κ. Δρούζας, Δ. Πέτρου, Π. Γιαννακόπουλος, Μ. Καραγιάννης, Α. Σαρδέλη, Ε. Παντζοπούλου, Κ. Γκιάλας, Ι. Τσουμπού, Π. Νικολόπουλος, Σ. Λιονάκη

Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών»

P 075

**Εισαγωγή:** Οι εμβολιασμοί έναντι του SARS-CoV-2 έχουν δείξει σε διεθνές επίπεδο την αποτελεσματικότητα στο γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς υπό ΑΜΚ και ΠΚ, αλλά υπάρχει ο ενδοιασμός ακόμα των ανεπιθύμητων ενεργειών. Στόχος η αποτίμηση της εμπειρίας του κέντρου μας σε ασθενείς στην εξωνεφρική κάθαρση.

**Υλικά & Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη παρατήρησης από 1/2021-1/2023. Μελετήθηκαν ασθενείς υπό ΑΜΚ και ΠΚ για >3μηνο. Καταγράφηκαν οι δόσεις των εμβολίων και οι τοπικές και συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ).

**Αποτελέσματα:** 58 ασθενείς (35 ΑΜΚ, 23 ΠΚ), 45 άνδρες, μέσης ηλικίας 66,1(±14,6) με σακχαρώδη διαβήτη 60,9%, αρτηριακή υπέρταση 84,4%, υπό εξωνεφρική κάθαρση επί 4,7±6,09 έτη. Εμβολιασμοί έγιναν σε 33(97%) ΑΜΚ ασθενείς, 20(86%) ΠΚ με δόσεις 3,5(±0,9) και 3,3(±0,9) αντιστοίχα (p=ns). Τα εμβόλια ήταν Pfizer mRNA 33(94%) σε ΑΜΚ και 19(82%) ΠΚ με αριθμό δόσεων Pfizer 3,14(±0,8) και 3,11(±0,8) αντιστοίχως (p=ns). Νόσο COVID-19 εμφάνισαν από τους εμβολιασμένους 30(90%) ΑΜΚ και 9(45%) ΠΚ, p=0,001 και από τους ανεμβολίαστους 1(50%) ΑΜΚ, 3/(100%) ΠΚ, p=0,001. Δε σημειώθηκε κανένας θάνατος, ενώ 2 ασθενείς (ΑΜΚ/ΠΚ) χρειάστηκαν σύντομη νοσηλεία. Ανεπιθύμητες ενέργειες τοπικά εμφάνισαν 9(16,7%) ασθενείς, κυρίως ερυθρότητα και άλγος. Συστηματικές 11(20,7%) ασθενείς, κυρίως αίσθημα κόπωσης

**Συμπεράσματα:** Ο εμβολιασμός έναντι του ιού SARS-CoV-2 φαίνεται να έχει ενταχθεί σε μεγάλο μέρος στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών υπό ΑΜΚ και ΠΚ. Είναι πολύ καλά ανεκτός χωρίς ουσιαστικά ΑΕ. Μεγαλύτερη μελέτη θα επικυρώσει το αποτέλεσμα ώστε να μην αποτελούν οι ΑΕ λόγο άρνησης εμβολιασμού

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ 4<sup>ου</sup> ΚΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV-2

Π. Νικολόπουλος, Κ. Δρούζας, Ι. Τσουμπού, Μ. Καραγιάννης, Α. Σαρδέλη, Δ. Πέτρου, Π. Γιαννακόπουλος, Ε. Παντζοπούλου, Κ. Γκιάλας, Σ. Λιονάκη

Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικών»

P 076

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), συμπεριλαμβανομένων και αυτών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στη COVID-19. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί τον αντίκτυπο του τέταρτου κύματος της πανδημίας COVID-19 στους ασθενείς με ΤΣΧΝΑ σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, του Νεφρολογικού Τμήματος του ΠΓΝ Αττικών, αξιολογώντας τις συσχετίσεις εμβολιασμού με τον κίνδυνο μόλυνσης, την κλινική σοβαρότητα και την ανάγκη ή όχι νοσηλείας

**Μέθοδος:** Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, τα κλινικο-εργαστηριακά χαρακτηριστικά των ασθενών υπό χρόνια ΑΜΚ που διαγνώστηκαν με COVID-19 στο τμήμα μας, η ανάγκη νοσηλείας, το ιστορικό εμβολιασμού και η έκβαση της. Το εργαστηριακό προφίλ των ασθενών συγκρίθηκε με αυτό ομάδας μαρτύρων που είχαν ΧΝΝ σταδίων 2-4

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 31 ασθενείς, 27 άνδρες με νόσο COVID-19, ηλικίας (median) 70±15,3 έτη. Όλοι εκτός ενός, ήταν εμβολιασμένοι με 3(±1) δόσεις. Η διάγνωση της COVID-19 έγινε 18(±11,2) ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα ήταν βήχας, πυρετός και αίσθημα κόπωσης με συχνότητα εμφάνισης 87,1%, 90,3% και 90,3% αντίστοιχα. Ακολούθως, ανοσμία 58,06%, καταρροή 51,6%, ανορεξία 22,5%, διάρροια 3,3%. Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε νοσηλεία, δεν απεβίωσε άμεσα ή εντός 3μηνου από τη νόσηση και δεν παρουσίασε σύνδρομο Long-Covid. Ο εργαστηριακός έλεγχος των αιμοκαθαίρομενων ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στους δείκτες φλεγμονής,

(Πίνακας)

	Ασθενείς υπό ΑΜΚ (n=31)	Ομάδα ελέγχου(n=31)	p
CRP mg/L	11,3(±7,1)	12,4(±8,7)	ns
WBC K/μl(median)	6870	7688	ns
PMN%	58,4(±11,4)	60,2(±9,4)	ns
L%	21,7(±7,4)	20,7(±7,9)	ns
NLR	2,5(±1,1)	3,2(±2,1)	ns
LDH U/L	219(±54)	222(±61)	ns

**Συμπεράσματα:** Η στρατηγική εμβολιασμού και ελέγχου της λοίμωξης από SARSCoV2 βελτίωσε την έκβαση της νόσου COVID-19 στους αιμοκαθαίρομενους ασθενείς.

P 077

**ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΜΥΚΗΤΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ****Ε. Σταματάκη, Ν. Δαμιανάκης, Α. Παπαδάκη, Γ. Κακάβας, Ι. Τζανάκης***Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»*

**Εισαγωγή:** Οι συστηματικές μυκητιάσεις συνιστούν σοβαρές λοιμώξεις, απειλητικές για την ζωή των ασθενών. Παρουσιάζονται συνήθως με βαρεία κλινική εικόνα σε ασθενείς με ανοσοανεπάρκεια. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενή με μόνιμο κεντρικό καθετήρα αιμοκάθαρσης ο οποίος εμφάνισε μία παρατεταμένη ασυμπτωματική μυκηταιμία.

**Ασθενής & Μέθοδοι:** Πρόκειται για άνδρα 82 ετών αιμοκαθαιρόμενο από 18 μήνου μέσω μόνιμου υποκλειδίου φλεβικού καθετήρα. Στις καθιερωμένες αιμοκαλλιέργειες πρωτοκόλλου που λαμβάνουμε ανά δίμηνο σε όλους τους ασθενείς με μόνιμους κεντρικούς καθετήρες αναπτύχθηκε candida albicans. Επαναληπτικές αιμοκαλλιέργειες που ελήφθησαν τόσο μέσω του καθετήρα όσο και από περιφερικές φλέβες ανέδειξαν ομοίως τον ίδιο μικροοργανισμό. Ο ασθενής ήταν απύρετος, σε άριστη γενική κλινική κατάσταση, δεν είχε κάποια άλλη σοβαρή συνοσηρότητα ούτε υπήρχε κάποια εμφανής εστία ή πύλη εισόδου του παθογόνου πλην του κεντρικού καθετήρα.

**Αποτελέσματα:** Ετέθη σε αγωγή με βορικοναζόλη βάσει αντιβιογραμματος αλλά οι αιμοκαλλιέργειες παρέμειναν θετικές. Υπήρξε διστακτικότητα στην αφαίρεση του καθετήρα καθώς ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός, δεν υπήρχαν εργαστηριακές ενδείξεις λοίμωξης (οριακά αυξημένη CRP, φυσιολογική προλακαλιτονίνη, απουσία λευκοκυττάρωσης) και κυρίως δεν είχαμε εναλλακτική προσπέλαση. Παρόλα ταύτα είναι πιθανόν ότι η κατάσταση θα εξελισσόταν σε κλινική λοίμωξη με δυσμενείς συνέπειες για τον ασθενή, έτσι μετά από 35 ημέρες από την αρχική διάγνωση αφαιρέθηκε ο κεντρικός καθετήρας. Πέντε ημέρες αργότερα οι αιμοκαλλιέργειες αρνητικοποιήθηκαν. Στην καλλιέργεια του άκρου του καθετήρα δεν αναπτύχθηκε ο μικροοργανισμός. Ο ασθενής ήταν και εξακολουθεί να παραμένει σε άριστη κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Παρουσιάσαμε μία περίπτωση παρατεταμένης μυκηταιμίας “φάντασμα”. Καταθέσαμε τον προβληματισμό μας για την τύχη του καθετήρα, αλλά τελικά η αφαίρεση του κατέστη επιβεβλημένη και απεδείχθη σωστή. Αναδύεται από το περιστατικό αυτό η χρησιμότητα της λήψης καλλιεργείων αίματος ρουτίνας για την έγκαιρη διάγνωση λοιμώξεων σχετιζόμενων με κεντρικούς καθετήρας αιμοκάθαρσης.

P 078

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΕΦΕΔΡΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ****Ε. Πέλλα<sup>1</sup>, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Α. Μπούτου<sup>2</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Σαμπάνη<sup>1</sup>, Κ. Δίπλα<sup>3</sup>, Α. Ζαφειρίδης<sup>3</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup>*Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»*<sup>2</sup>*Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»*<sup>3</sup>*Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού Σερρών, Εργαστήριο Φυσιολογίας, Αθλητρικής, Υγιεινής & Βιοχημείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) συχνά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα για άσκηση. Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η βέλτιστη θεραπεία για ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου, καθώς σχετίζεται με αυξημένη επιβίωση και βελτιωμένη ποιότητα ζωής συγκριτικά με την αιμοκάθαρση ή την περιτοναϊκή κάθαρση. Σκοπός μας ήταν η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μελετών στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η καρδιοαναπνευστική δοκιμασία άσκησης για την αξιολόγηση της καρδιοαναπνευστικής εφεδρείας ασθενών με ΧΝΝ πριν και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν οι διαφορές στην τιμή κατανάλωσης οξυγόνου στο μέγιστο της δοκιμασίας (VO<sub>2</sub>peak) πριν και μετά την μεταμόσχευση νεφρού. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών (PubMed, Web of Science και Scopus), χειροκίνητη έρευνα και πρακτικά συνεδρίων. Η αξιολόγηση της ποιότητας πραγματοποιήθηκε με το Newcastle-Ottawa-Scale.

**Αποτελέσματα:** Από 379 βιβλιογραφικές αναφορές, 6 μελέτες (207 συμμετέχοντες) παρέιχαν πλήρη δεδομένα και συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Παρατηρήθηκε οριακή, αλλά όχι στατιστικά σημαντική, βελτίωση στην VO<sub>2</sub>peak μετά, συγκριτικά με τις τιμές πριν την μεταμόσχευση νεφρού [SMD:0.32 (95%CI:-0.02, 0.67)]. Οι τιμές της κατανάλωσης οξυγόνου στον αναερόβιο ουδό (VO<sub>2</sub>AT) βελτιώθηκαν σημαντικά μετά τη μεταμόσχευση νεφρού [WMD:2.30ml/min/kg (95%CI:0.50, 4.09)]. Στην ανάλυση υποομάδων, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού πριν ενταχθούν και υπό εξωνεφρική κάθαρση, ενώ παρατηρήθηκε τάση βελτίωσης στην VO<sub>2</sub>peak τουλάχιστον 3 μήνες μετά την μεταμόσχευση νεφρού, αλλά όχι νωρίτερα.

**Συμπέρασμα:** Η καρδιοαναπνευστική εφεδρεία τείνει να βελτιώνεται μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, το οποίο αποτελεί έναν ακόμη τροποποιήσιμο παράγοντα για καλύτερα ποσοστά επιβίωσης των μεταμοσχευμένων νεφρού συγκριτικά με ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση.



## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

**Α. Μπέτσικος<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Κορογιάννου<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>2</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>2</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>3</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝ «Λαϊκό», Αθήνα

<sup>3</sup>Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Τα καρδιαγγειακά συμβλήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου και η ουραιμική μυοκαρδιοπάθεια συμβάλλει σημαντικά στον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο των ασθενών αυτών. Η μεταμόσχευση νεφρού συνολικά σχετίζεται με βελτίωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η αξιολόγηση των μεταβολών διαφόρων υπερηχοκαρδιογραφικών δεικτών πριν και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συμπεριλήφθηκαν μελέτες με ενήλικους ασθενείς με τουλάχιστον έναν υπερηχοκαρδιογραφικό έλεγχο πριν (baseline) και μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (τουλάχιστον 1 μήνας follow-up). Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν οι αλλαγές στο left-ventricular-mass-index (LVMI) (PROSPERO, CRD42022371202). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις μηχανές αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών (PubMed, Web of Science και Scopus), χειροκίνητη έρευνα και πρακτικά συνεδρίων. Η αξιολόγηση της ποιότητας πραγματοποιήθηκε με την κλίμακα Newcastle-Ottawa-Scale.

**Αποτελέσματα:** Από τις 6463 βιβλιογραφικές αναφορές, 35 μελέτες με συνολικό αριθμό 2692 συμμετεχόντων συμπεριλήφθηκαν στην μετα-ανάλυση. Σε 30 μελέτες (N=2211 συμμετέχοντες) που αφορούσαν το πρωτογενές καταληκτικό σημείο, το LVMI μειώθηκε σημαντικά μετά τη μεταμόσχευση νεφρού συγκριτικά με τα επίπεδα προ αυτής [WMD -21.16 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-27.21, -15.12), I<sup>2</sup>=88%, P<0.001]. Στην ανάλυση υπό-ομάδων, μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στις 6 μελέτες (N=263) που αξιολόγησαν το LVMI σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών μετά τη μεταμόσχευση [WMD -41.54 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-51.31, -31.78), I<sup>2</sup>=13%, P<0.001], ενώ μικρότερη διαφορά, σημειώθηκε στις 24 μελέτες (N=2048) που αξιολόγησαν το LVMI σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών [WMD -16.64 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-22.79, -10.49), I<sup>2</sup>=88%, P<0.001]. Στις αναλύσεις ευαισθησίας, καταδείχθηκε μεγαλύτερη μείωση του LVMI σε ασθενείς που έλαβαν μόσχευμα από ζώντες δότες [WMD: -76.90 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-122.13, -31.67), I<sup>2</sup>=88%, P<0.001] καθώς και σε όσους προ της μεταμόσχευσης υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση [WMD: -33.76 g/m<sup>2</sup>, 95%CI (-51.51, -16.00), I<sup>2</sup>=92% P<0.001].

**Συμπεράσματα:** Η μεταμόσχευση νεφρού σχετίζεται με σημαντική μείωση του LVMI σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν τη μεταμόσχευση, το οποίο αντιπροσωπεύει έναν ακόμα παράγοντα που πιθανώς να συμβάλλει στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου των ασθενών αυτών.

P 079

## ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ COVID-19 ΣΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΟΥΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

**Ε. Γκολέ, Γ. Μαλακασιώτη, Μ.Ε. Γουρτζελίδου, Β. Ασκητή**

Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

**Εισαγωγή:** Οι ενήλικοι ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού (MN) αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για σοβαρή COVID-19 λοίμωξη. Όσον αφορά τη σοβαρότητα της λοίμωξης στα παιδιά με MN, ιδιαίτερος μετά τον εμβολιασμό έναντι της νόσου, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλάβαμε 20 παιδιά με MN. Μελετήθηκε η κλινική έκβαση της λοίμωξης COVID-19 σε εμβολιασμένους και μη και στους εμβολιασμένους συσχετίστηκε με τον τίτλο αντισωμάτων μετά τον εμβολιασμό.

**Αποτελέσματα:** 17/20(85%) ασθενείς εμβολιάστηκαν με το BNT162b2 Covid-19 mRNA εμβόλιο, 3/20(15%) αρνήθηκαν. 13 ασθενείς έλαβαν 2 δόσεις, 4 ασθενείς 3 δόσεις. 11/17 (65%) είχαν θετικό τίτλο αντισωμάτων (>50 AU/ml), μέση τιμή:2209,26 AU/ml. 14 ασθενείς νόσησαν από COVID-19; 11/17(65%) εμβολιασμένων (μέσο διάστημα: 6 μήνες μετά εμβολιασμού) και 3/3(100%) των ανεμβολίαστων. Ο μέσος τίτλος αντισωμάτων των νοσήσαντων ήταν 1741,22 AU/ml έναντι 3067,33 AU/ml όσον δεν νόσησαν (p=0.53). Μετά την έγκριση του remdesivir, 5 ασθενείς έλαβαν αγωγή. Η μέση διάρκεια συμπτωμάτων ήταν 3 μέρες στους εμβολιασμένους, 2.6 μέρες στους ανεμβολίαστους και 4.2 μέρες στους ασθενείς που έλαβαν remdesivir. Ουδείς παρουσίασε αναπνευστική συμμετοχή της νόσου. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν ρινίτιδα σε 11/14(78%), ενώ πυρετό >38 C είχαν 6/14(42%) ασθενείς, δεκαδική πυρετική κίνηση <38 C είχαν 3/14(21%), βήχα 5/14(36%), διάρροιες 2/14(14%), πονοκέφαλο 2/14(14%) και μυαλγίες 2/14(14%). Παροδική αύξηση κρεατινίνης εμφάνισαν 5/14 (35%) ασθενείς ενώ δύο παρουσίασαν επεισόδια απόρριψης 6 μήνες μετά την νόσηση COVID-19.

**Συμπεράσματα:** Παρότι η επίπτωση της νόσου COVID-19 είναι υψηλή στον εμβολιασμένο παιδιατρικό πληθυσμό με MN, σύμφωνα με τα δεδομένα μας, ο κίνδυνος σοβαρής νόσου είναι αμελητέος.

P 080

P 081

**ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Β. Ασκητή, Γ. Μαλαकाσιώτη, Ε. Γκολέ, Α. Μητσιώνη***Παιδονεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»*

**Εισαγωγή:** Στόχος της μελέτης ήταν η καταγραφή αύξησης παιδιών μετά από μεταμόσχευση νεφρού (MN) και η ανάλυση παραγόντων που την επηρεάζουν.

**Υλικό & Μέθοδος:** Καταγράφηκαν αναδρομικά δημογραφικά στοιχεία, η χορήγηση αυξητικής ορμόνης (rGH), το ύψος κατά την MN, ένα χρόνο μετά και στο τέλος παρακολούθησης παιδιών που μεταμοσχεύθηκαν μεταξύ 2002-2022.

**Αποτελέσματα:** 28 παιδιά (20 αγόρια) με μέση ηλικία μεταμόσχευσης 11.2 έτη, μέσο χρόνο παραμονής σε εξωνεφρική κάθαρση 5.95 έτη. 18 μεταμοσχεύσεις από ζώντα (LRD) και 10 από αποβιώσαντα δότη (DDT). Μέσος χρόνος παρακολούθησης μετά τη MN 4.88 χρόνια (1-10 χρόνια). rGH έλαβαν προ και μετά MN 15 και 3 παιδιά αντίστοιχα. Το μέσο SDS ύψους κατά τη MN ήταν -1.76, ένα χρόνο μετά -1.87 και στο τέλος της παρακολούθησης -1.77. Μέτριο και σοβαρό έλλειμμα ύψους είχε το 29% και 18% αντίστοιχα. Παράγοντες που επηρέασαν το τελικό ύψος ήταν το ύψος προ MN, ο τύπος της MN [μέσο SDS ύψους για LRD και DDT -1.45 (95%CI -1.87, -1.03) και -2.66 (95%CI -3.4, -1.93) αντίστοιχα,  $p=0.002$ ] και το σχήμα χορήγησης κορτικοστεροειδών [μέση διαφορά μεταβολής z score μεταξύ παρήμερου και καθημερινού σχήματος 0.93 (95%CI 0.07, 1.8),  $P=0.037$ ]. Δε διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ παιδιών που έλαβαν ή όχι rGH προ MN.

**Συμπεράσματα:** Αν και ο αριθμός των ασθενών μας ήταν μικρός, φαίνεται ότι το ύψος μετά την MN δεν βελτιώθηκε, ευρήματα ανάλογα με πρόσφατη Ευρωπαϊκή μελέτη. Η επίτευξη ικανοποιητικής αύξησης προ MN, η κατά το δυνατό ελαχιστοποίηση των κορτικοστεροειδών και η LRD μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση του ύψους μετά τη MN στα παιδιά.

P 082

**ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΤΩΝ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΤΣΗ****Α. Φούζα, Α. Φυλάκτου, Ε. Κασσιμάτης, Α. Ξωχέλλη, Α. Ταγκούτα, Β. Νικολαΐδου, Λ. Βαγιώτας, Μ. Παπαχρήστου, Μ. Νταουντάκη, Αικ. Παπαγιάννη, Μ. Στάγκου, Γ. Τσουλάφας, Ν. Αντωνιάδης***Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, «Ιπποκράτειο» ΓΝΘ Εθνικό και Περιφερειακό Κέντρο Ιστούσυμβατότητας, «Ιπποκράτειο» ΓΝΘ Εργαστήριο Βιοχημείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Σκοπός είναι η αξιολόγηση των μεταβολών στην % αναλογία των υποπληθυσμών των Β λεμφοκυττάρων πριν και 6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση και η συσχέτιση αυτών με τον τύπο του δότη.

**Μέθοδοι:** Η % αναλογία των υποπληθυσμών προσδιορίστηκε με κυτταρομετρίαροής σε ομάδα 39 ληπτών νεφρικού μοσχεύματος με καλή νεφρική λειτουργία,  $eGFR > 55 \text{ ml/min/1.73m}^2$ , 8/39(21%) από ζώντα δότη, 21/39(79%) από πτωματικό δότη, ηλικίας 55(20-60) ετών, 8/39(21%) γυναίκες, πριν τη μεταμόσχευση (T0) και 6 μήνες μετά (T6).

**Αποτελέσματα:** Στατιστικά σημαντική μείωση των naïve(CD19+IgD+CD27-)  $p=0,003$ , των μεταβατικών Bregs(CD19+CD24++CD38++) $p=0,001$ , των πλασματοβλαστών(CD19+IgD+/-CD27+CD38+) $p=0,004$  και αύξηση των κυτάρων μνήμης (switched+nonswitched)  $p=0,037$  παρατηρήθηκε από T0 έως T6.

Βρέθηκε σε T0 και T6, αρνητική συσχέτιση μεταξύ naïve και των κυτάρων μνήμης  $p < 0,001$ , switched μνήμης  $p < 0,001$  και μηswitched μνήμης  $p < 0,001$  και θετική συσχέτιση μεταξύ κυττάρων μνήμης και μη switch  $p < 0,001$ . Η ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των πλασματοβλαστών και των μεταβατικών Bregs στον T6 σχετίζεται με τη σημαντική μείωση της συχνότητάς τους σε T6.

Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των naïve στον T6 στις ομάδες G1 και G2  $p = 0,039$  και  $p = 0,036$ , αντίστοιχα. Ωστόσο, μόνο στην ομάδα G2 ανιχνεύθηκε σημαντική μείωση των μεταβατικών Bregs  $p = 0,001$  και των plasmablasts  $p = 0,001$ .

**Συμπεράσματα:** Οι ομάδες των ληπτών από πτωματικό και ζώντα δότη παρουσίαζαν χαμηλότερη εκατοστιαία αναλογία naïve κυττάρων 6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Μόνο η ομάδα των πτωματικών δότην διατήρησε χαμηλές συχνότητες μεταβατικών Bregs και πλασματοβλαστών, ενώ οι υπόλοιποι υποπληθυσμοί παρέμειναν αμετάβλητοι.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (ABI) ΜΕ ΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

**Μ. Περδικούλη<sup>1</sup>, Κ. Πούλια<sup>2</sup>, Μ. Κορογιάννου<sup>1</sup>, Α. Πρωτογέρου<sup>3</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>4</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>2</sup>Εργαστήριο Διαιτολογίας και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου, Σχολή Επιστημών Τροφίμων και Διατροφής, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>3</sup>Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

<sup>4</sup>Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ο κίνδυνος για περιφερική αρτηριακή νόσος (ΠΑΝ) σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος είναι χαμηλότερος σε σύγκριση με ασθενείς με ΧΝΝ, ωστόσο παραμένει υψηλός σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και σχετίζεται με πτωχή νεφρική και ολική επιβίωση. Η παχυσαρκία είναι καθιερωμένος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου στον πληθυσμό αυτό. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του σφυροβραχιόνιου δείκτη (ABI) ως διαγνωστικού δείκτη ΠΑΝ με τη σύσταση σώματος και την ύπαρξη παχυσαρκίας σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος.

**Υλικό & Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 150 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος που υποβλήθηκαν σε προσδιορισμό του ABI, ο οποίος υπολογίστηκε ως το πηλίκο της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ) στο σφυρό προς την ΣΑΠ στον βραχίονα όπως αυτές μετρήθηκαν με πιστοποιημένη ταλαντωσιμετρική συσκευή. Τιμές ABI<0,9 ήταν ενδεικτικές ΠΑΝ ενώ >1,4 ενδεικτικές απώλειας της ευενδοτότητας των αγγείων. Υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), αναλύθηκε η σύσταση σώματος με βιοηλεκτρική εμπέδηση πολλαπλών συχνοτήτων και μετρήθηκε η περιφέρεια μέσης για καθορισμό της κατανομής του σωματικού λίπους.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 51 (15±12,5) έτη και η πλειοψηφία ήταν άνδρες (66%). Το 43,2% των ασθενών ήταν υπέρβαροι και το 15,5% παχύσαρκοι. Με βάση την περιφέρεια μέσης, το 49,3% των ασθενών παρουσίαζε κεντρικού τύπου παχυσαρκία ενώ το 47,3% είχε αυξημένο ποσοστό λίπους αντίστοιχα. Μόλις 6 ασθενείς (4%) εμφάνιζαν ABI<0,9 και 14 (9%) >1,4 αντίστοιχα. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση της σύστασης του σώματος, του ΔΜΣ και της περιφέρεια μέσης με τον ABI.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 13% των μεταμοσχευμένων ασθενών εμφάνισαν παθολογικές τιμές ABI. Τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, η σύσταση σώματος και η κατανομή του σωματικού λίπους δε φάνηκε να επιδρούν σημαντικά στον ABI. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τη συσχέτιση των σωματομετρικών χαρακτηριστικών και της σύστασης του σώματος με την ΠΑΝ.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗΣ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ ΜΕ ΤΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΤΑΣΗΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

**Χ. Σκαλιώτη<sup>1</sup>, Ι. Μπέλλος<sup>1</sup>, Ι. Σούκουλη<sup>1</sup>, Ε. Μαντιός<sup>1</sup>, Ι. Κοφοτόλιος<sup>1</sup>, Σ. Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Σ. Βερναδάκης<sup>2</sup>, Ι. Μπόκος<sup>2</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Μονάδα Μεταμοσχεύσεων και Χειρουργικής Νεφροπαθών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Η λαπαροσκοπική νεφρεκτομή ζώντα δότη (LLDN) αποτελεί καθιερωμένη χειρουργική πρακτική. Ωστόσο τα δεδομένα για την έκβαση των ληπτών μετά από LLDN είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση της έκβασης ληπτών και μοσχευμάτων μετά από LLDN έναντι της ανοικτής νεφρεκτομής ζώντα δότη (ODN) στο 1<sup>ο</sup> έτος μετά την μεταμόσχευση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μελέτη παρατήρησης σε 396 λήπτες νεφρού που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση από ζώντα δότη από τον Ιανουάριο 2011 έως τον Νοέμβριο 2021. Μετά τον Οκτώβριο 2018, η LLDN αποτελεί τη συνήθη τεχνική νεφρεκτομής ζώντα δότη. Κύριο καταληκτικό σημείο είναι η αξιολόγηση της λειτουργίας του μοσχεύματος στο 1<sup>ο</sup> έτος. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιλαμβάνουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβαμάτων και την επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων εντός του πρώτου έτους μετά τη μεταμόσχευση. Εφαρμόστηκε αντιστοίχιση βαθμολογίας τάσης (propensity score matching) ώστε να περιοριστεί το συστηματικό σφάλμα επιλογής (2:1 αντιστοίχιση πλησιέστερου γείτονα, με εύρος 0,05 από την τυπική απόκλιση βαθμολογίας τάσης).

**Αποτελέσματα:** Μετά την αντιστοίχιση βαθμολογίας τάσης 389 ασθενείς συμπεριελήφθησαν στην ανάλυση (ODN: 211 LLDN:178). Στους 6 και 12 μήνες μετά την μεταμόσχευση η κρεατινίνη ορού των ληπτών LLDN ήταν κατά 0.114 και 0.100 mg/dl υψηλότερη έναντι των ληπτών ODN. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η LLDN συσχετίστηκε με αύξηση του κινδύνου καθυστερημένης λειτουργίας μοσχεύματος κατά 10%(p<0.05). Ο κίνδυνος απόρριψης και ουρολογικών επιπλοκών δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών. Η επιβίωση ασθενών (99.99% vs 100%,p:0.45) και μοσχευμάτων (99.99% vs 100%,p:0.20) 12 μήνες μετά τη μεταμόσχευση δε διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων.

**Συμπεράσματα:** Η λαπαροσκοπική νεφρεκτομή ζώντα δότη είναι ασφαλής τεχνική με ικανοποιητική έκβαση ασθενών και μοσχευμάτων.

P 083

P 084

P 085

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΔΟΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΝΕΦΡΟΥ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Μ. Σμυρλή<sup>1</sup>, Χ. Μπελετσιώτη<sup>2</sup>, Μ. Περδικούλη<sup>3</sup>, Ι. Σούκουλη<sup>3</sup>, Ε. Κάψια<sup>3</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>3</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>3</sup>**<sup>1</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Νεφροϊατρική», Αθήνα<sup>2</sup>Εργαστήριο Οικονομικών της Υγείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα<sup>3</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝ «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η δωρεά νεφρού από ζώντα δότη έχει την ιδιαιτερότητα ότι αποτελεί κορυφαία πράξη αλtruισμού με μοναδικό κίνητρο το όφελος του λήπτη. Αυτό επιβάλλει την εξασφάλιση άριστων συνθηκών προ- και μετεγχειρητικά αλλά και την διασφάλιση της μακροχρόνιας υγείας και ποιότητας ζωής των δοτών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για μια μελέτη εγκάρσιας τομής (cross sectional) σε δότες νεφρού, οι οποίοι παρακολουθούνται στο εξωτερικό Ιατρείο Δοτών Νεφρού του κέντρου μας. Εντός της χρονικής περιόδου ενός έτους (01/01/2022 έως 31/12/2022) καταγράφηκαν δημογραφικές, εργαστηριακές παράμετροι καθώς και συννοσηρότητες των δοτών, ενώ αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής τους μέσω του ερωτηματολογίου SF-36. Το SF-36 είναι ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, προτυποποιημένο στον ελληνικό πληθυσμό, που στοχεύει μέσω 36 ερωτήσεων στη μελέτη 8 παραμέτρων, οι οποίες επιμέρους διαμορφώνονται σε δύο γενικές κλίμακες, αυτήν της σωματικής (PCS) και της ψυχικής υγείας (MCS).

**Αποτελέσματα:** Μελετήσαμε συνολικά 199 δότες νεφρού που είχαν δωρίσει νεφρό κατά το διάστημα 2000-2022. Η πλειοψηφία (72%) ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 62,8±10,3 έτη, eGFR 60,6±14,1 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (την ημέρα λήψης του ερωτηματολογίου), και συνολικό PCS και MCS score (52.5 & 52.73 αντίστοιχα) συγκρίσιμο με αυτό του γενικού πληθυσμού (52.6 & 53.3 αντίστοιχα). Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων, 2.93±3.53 έτη από την στιγμή της δωρεάς, φάνηκε υψηλότερη PCS και MCS στους άνδρες (p= 0.012 και p=0.034 αντίστοιχα), ενώ η μικρότερη ηλικία τόσο την χρονική στιγμή της δωρεάς όσο και της αξιολόγησης σχετιζόταν, αν και ασθενώς, με καλύτερη ποιότητα ζωής στην σωματική και ψυχική κλίμακα. Επιπλέον, η λαπαροσκοπική μέθοδος νεφρεκτομής σχετίστηκε με καλύτερο score όσον αφορά στην ψυχική κλίμακα συγκριτικά με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση (p<0.001). Τέλος, οι συννοσηρότητες, το BMI και το είδος της συγγενικής σχέσης δότη και λήπτη δεν φάνηκε να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του δότη.

**Συμπεράσματα:** Οι ζώντες δότες νεφρού, μετά τη δωρεά έχουν καλή ποιότητα ζωής η οποία επηρεάζεται κυρίως από μη τροποποιήσιμους παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία.

P 086

**ΑΝΤΙ-HNA-3a ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΕ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ****Α. Βιτωράκη<sup>1</sup>, Μ. Ξιφαράς<sup>1</sup>, Ε. Στεργιοπούλου<sup>1</sup>, Α. Νικολάου<sup>1</sup>, Α. Τσολάκη<sup>1</sup>, Σ. Εσκίογλου<sup>1</sup>, Μ. Δαρεμάς<sup>2</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>2</sup>, Γ. Πατεράκης<sup>2</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Ανοσολογικό Τμήμα & Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»<sup>2</sup>Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

**Εισαγωγή:** Τα Human Neutrophil Antigens-3 (HNA-3a/3b) εκφράζονται στα ουδετερόφιλα, λευκοκύτταρα, αιμοπετάλια αλλά και σε ιστούς όπως το νεφρικό ενδοθήλιο. Είναι ενδιαφέρον ότι το ~5% των Καυκάσιων είναι ομόζυγοι για HNA-3b και συνεπώς έχουν κίνδυνο εμφάνισης αντί-HNA-3a αντισωμάτων (αντί-HNA-3a). Η σημασία των HNA-3 είναι γνωστή στην πρόκληση οξείας πνευμονικής βλάβης σχετιζόμενης με μεταγίση-TRALI ενώ στη μεταμόσχευση υπάρχουν περιορισμένες αναφορές για σοβαρή πρώιμη απόρριψη και χειρότερη επιβίωση νεφρικών μοσχευμάτων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της συχνότητας των αντί-HNA-3a σε υποψήφιους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος και η συσχέτιση τους με την αντίχνευση Human-Leucocyte-Antigen (HLA) και Major-histocompatibility-complex-(MHC) class I-related Chain-A (MICA) αντισωμάτων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μετρήθηκαν αντί-HNA σε 368 (107 γυναίκες) εγγεγραμμένους ασθενείς στη λίστα μας για μεταμόσχευση, χρησιμοποιώντας το LabScreen, Multi-kit, One-Lambda. Θετικό αποτέλεσμα θεωρήθηκε όταν το Normalized Background value-(NBG)≥10 και Mean Fluorescence Intensity-MFI>1000.

**Αποτελέσματα:** Σε έξι ασθενείς (5 γυναίκες), 1,63% επί του συνόλου και 4,67% επί των γυναικών, ανιχνεύθηκαν αντί-HNA-3a με μέσο όρο MFI=7227 (1404-15420) και NBG=57,5 (13-105). Παρόλο που όλες οι γυναίκες είχαν ιστορικό κυήσεων ή/και μεταγίσεων, μόνο μια είχε και αντί-HLA. Δεν υπήρξε συσχέτιση με την παρουσία αντί-HLA ή αντί-MICA αντισωμάτων. Δύο υποψήφιοι παρουσίασαν ανεξήγητες θετικές δοκιμασίες κυτταρομετρικής διασταύρωσης (T/B-FXM) με 2 και 3 αποβιώσαντες δότες αντίστοιχα, χωρίς παρουσία ειδικών στο δότη αντί-HLA ή αυτοαντισωμάτων με αποτέλεσμα να αποκλειστούν από τη μεταμόσχευση.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με αντί-HNA-3a το T/B-FXM αναμένεται θετικό με την πλειοψηφία των δοτών καθώς 95% των ατόμων εκφράζουν HNA-3a. Παρόλο που δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως η κλινική σημασία των αντί-HNA-3a, είναι σημαντικός ο έλεγχος τους για την καλύτερη εκτίμηση του ανοσολογικού κινδύνου και την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση.

**ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΔΟΤΕΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ****Μ. Δαρεμά, Π. Τσούτσουρα, Ε. Μαντιός, Ι. Κοφοτόλιος, Η. Γομάτος, Γ. Παπαθεοδωρίδης, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη***Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»***P 087**

**Εισαγωγή:** Η θεραπεία της ηπατίτιδας C με τους νεότερους άμεσα δρώντες αντι-ϊικούς παράγοντες (DAAs) επιτρέπει την ταχεία εξάλειψη του ιού. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει διστακτικότητα ως προς την αξιοποίηση μοσχευμάτων από δότες με ενεργό ηπατίτιδα C σε αρνητικούς λήπτες. Παρουσιάζουμε τα τρία πρώτα περιστατικά στην Ελλάδα, ασθενών που έλαβαν νεφρικό μόσχευμα από αποβιώσαντες δότες με ενεργό λοίμωξη HCV.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ο πρώτος ασθενής, άνδρας 61 ετών, με ιστορικό παλαιάς θεραπευθείσας ηπατίτιδας C με γονότυπο 4 και αρνητικό ιικό φορτίο έλαβε νεφρικό μόσχευμα από αποβιώσαντα δότη, γυναίκα 42 ετών, με ενεργό λοίμωξη HCV, γονότυπο 3a και HCVRNA ορού:  $5.42 \times 10^4$  IU/ml. Η ανοσοκαταστολή περιλάμβανε μυκοφαινολικό οξύ (MMF), tacrolimus (TAC), μεθυλπρεδνιζολόνη και θεραπεία επαγωγής με αντιθιμοκυτταρική σφαιρίνη (ATG). Δύο ασθενείς, άνδρας 32 ετών και γυναίκα 51 ετών, αρνητικοί στον HCV, μεταμοσχεύθηκαν από αποβιώσαντα δότη, γυναίκα 58 ετών, με ενεργό ηπατίτιδα C, γονότυπο 1b και HCVRNA:  $8.99 \times 10^6$  IU/ml. Έλαβαν αγωγή με MMF/TAC/MP και θεραπεία επαγωγής ATG και basiliximab, αντίστοιχα. Και οι δύο λήπτες έλαβαν προεγχειρητικά και στη συνέχεια για 12 εβδομάδες, τον αντι-ϊικό παράγοντα grazoprevir.

**Αποτελέσματα:** Ο πρώτος ασθενής παρουσίασε αιμία την 13<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, με HCVRNA:  $2.33 \times 10^7$  IU/ml, γονότυπος 3a. Έλαβε αγωγή με glecaprevir/ritonavir συνολικά για 8 εβδομάδες, με αρνητικοποίηση του ιικού φορτίου και επίτευξη παρατεταμένης ιολογικής ανταπόκρισης (SVR). Στους λήπτες που χορηγήθηκε pegasertin αγωγή δεν ανιχνεύθηκε ιικό φορτίο σε επανειλημμένες μετρήσεις. Και οι 3 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία χωρίς επιπλοκές. Η νεφρική τους λειτουργία παρέμεινε χωρίς σημαντικές μεταβολές σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας και στο τέλος του χρόνου παρακολούθησης (29 μήνες), έχουν κρεατινίνη 1.1, 1.6, 1.8mg/dl, αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Η χορήγηση των DAAs επιτρέπει με ασφάλεια τη μεταμόσχευση νεφρού από δότες με ενεργό ηπατίτιδα C σε αρνητικούς λήπτες επιτυγχάνοντας SVR, χωρίς να επηρεάζεται η λειτουργία του μοσχεύματος. Η χορήγησή τους προεμπτίβει μειώνει στο ελάχιστο την πιθανότητα μετάδοσης του ιού.

**ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ C3 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ****Χ. Μελεξοπούλου<sup>1</sup>, Χ. Μπίντας<sup>1</sup>, Μ. Δαρεμά<sup>1</sup>, Ι. Κοφοτόλιος<sup>1</sup>, Γ. Λιάπης<sup>2</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»<sup>2</sup>Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»**P 088**

**Εισαγωγή:** Η C3 σπειραματονεφρίτιδα (C3GN) είναι αποτέλεσμα διαταραχών της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος και χαρακτηρίζεται από εναπόθεση C3 με απουσία ή ελάχιστη εναπόθεση Ig στον ανοσοφθορισμό. Τα διεθνή δεδομένα για την έκβαση ασθενών με C3GN μετά από μεταμόσχευση νεφρού είναι ελάχιστα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Από το 2016-2022 μελετήσαμε αναδρομικά τους ασθενείς με C3GN που μεταμοσχεύθηκαν. Καταγράφηκαν δημογραφικά δεδομένα και μελετήθηκε η ύπαρξη υποτροπών στο μόσχευμα και η θεραπευτική αντιμετώπισή τους, καθώς και η επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων. Σε όλους τους ασθενείς η διάγνωση ήταν τεκμηριωμένη με βιοψία νεφρού, ενώ διενεργήθηκε και γονιδιακός έλεγχος του συμπληρώματος.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 7 ασθενείς (57% άνδρες) με C3GN υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα συγγενή δότη. Η μέση ηλικία κατά τη μεταμόσχευση ήταν 36έτη (19-57) και όλοι οι ασθενείς έλαβαν τριπλή ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Μεταλλάξεις ανευρέθηκαν σε 3/7 ασθενείς, ενώ όλοι είχαν ενεργοποίηση της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος (αυξημένο C3bBbp, C5b-9 και ένας C3NeF). Σε 5/7 (71.4%) ασθενείς διαπιστώθηκε υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου στο μόσχευμα. Ο μέσος χρόνος υποτροπής μετά τη μεταμόσχευση ήταν 18,4 (1-31)μήνες και η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με βιοψία, όπου φάνηκε έντονη καθήλωση C3 (2-4+). Πρωτεϊνουρία (<1gr), μικροσκοπική αιματουρία και χαμηλό C3 υπήρχε στην πλειονότητα των ασθενών κατά την υποτροπή. Απώλεια του μοσχεύματος και επανένταξη στην αιμοκάθαρση παρουσίασε το 40% των ασθενών που υποτροπίασαν. Ο μέσος χρόνος μέχρι την απώλεια του μοσχεύματος ήταν 55 (47-62)μήνες. Οι υπόλοιποι ασθενείς διατήρησαν καλή νεφρική λειτουργία με μέση κρεατινίνη 1.7mg/dl. Θεραπεία με eculizumab έλαβαν 3 ασθενείς, ένας από τους οποίους παρουσίασε τελικά απώλεια του μοσχεύματος.

**Συμπεράσματα:** Στη δική μας σειρά ασθενών, όπως και σε αντίστοιχες από τη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται, ότι η C3GN παρουσιάζει σημαντικό ποσοστό υποτροπής στο νεφρικό μόσχευμα, με συχνά δυσμενή έκβαση, παρά τη θεραπεία.

P 089

## Η ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΕΙΝΑΙ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Γ. Βαρέτα<sup>1</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Β. Βάιος<sup>1</sup>, Ε. Γεωργιανού<sup>1</sup>, Ι. Κοντογιώργος<sup>1</sup>, Ε. Λεπτοκαρίδου<sup>1</sup>, Ε. Ντουνούση<sup>2</sup>, Α. Γεωργουλίδου<sup>3</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>4</sup>, Π. Ζεμπεκάκης<sup>5</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

<sup>3</sup>Μ.Π.Κ, Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής, Κομοτηνή

<sup>4</sup>Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>5</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η υψηλή βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συσχετισθεί με υψηλότερο καρδιαγγειακό και νεφρικό κίνδυνο σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε πιθανές διαφορές σε δείκτες βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ μεταξύ ανδρών και γυναικών με ΧΝΝ τελικού σταδίου υπό θεραπεία με περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Περιπατητική καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Germany) πραγματοποιήθηκε σε 48 άνδρες και 48 γυναίκες με ΧΝΝ υπό ΠΚ. Οι ομάδες ήταν σταθμισμένες ως προς την ηλικία και το ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας. Η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό της τυπικής απόκλισης (SD), του συντελεστή μεταβλητότητας (CV) και της μέσης πραγματικής μεταβλητότητας (ARV) της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) και της διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) για την 24ωρη καταγραφή και για τις περιόδους ημέρας και νύχτας.

**Αποτελέσματα:** Στην 24ωρη περίοδο, η SD (13,4±3,8 vs. 14,6±3,1 mmHg, P=0,091), ο CV (0,10±0,03% vs. 0,12±0,2%, P<0,05) και η ARV (10,7±3,1 vs. 11,9±2,6 mmHg, P<0,05) της ΣΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότεροι στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ομοίως, όλοι οι δείκτες μεταβλητότητας της ΔΑΠ για την 24ωρη περίοδο ήταν αριθμητικά χαμηλότεροι στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (SD: 10,3±2,4 vs. 10,9±2,2 mmHg, P=0,218, CV: 0,12±0,03% vs. 0,14±0,03%, P<0,05, ARV: 8,4±2,0 vs. 9,0±1,9 mmHg, P=0,136). Αντίστοιχες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων παρατηρήθηκαν στη βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΣΑΠ και της ΔΑΠ κατά τις περιόδους ημέρας και νύχτας.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι σε ασθενείς με ΧΝΝ υπό ΠΚ, η βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα της ΑΠ είναι μικρότερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες.

P 090

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΕΚΠΛΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Θεοδωρίδης, Σ. Παναγιώτσος, Ν. Μαργαρίτης, Χ. Δημητρακόπουλος, Τ. Μπούντα, Ε. Μουρβάτη, Ε. Χαριτάκη, Κ. Κανταρτζή, Η. Θώδης

Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

**Εισαγωγή:** Στους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (Π.Κ.) σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με διάλυμα σε γρήγορο ρυθμό χορήγησης και με αυξημένο συνολικό όγκο. Αυτές οι συνθήκες είναι αναγκαίες στην αντιμετώπιση της υπερουδάτωσης των ασθενών ιδιαίτερα αυτών με πνευμονική συμφόρηση αλλά και στην αρχική αντιμετώπιση της περιτονίτιδας για την απομάκρυνση των φλεγμονωδών στοιχείων με στόχο τη μείωση του άλγους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο έλεγχος της επίδρασης στην οξεοβασική ισορροπία των ασθενών της συχνής έκπλυσης της περιτοναϊκής κοιλότητας με περιτοναϊκό διάλυμα που είχε ως ρυθμιστικό σύστημα αμιγώς τα διπτανθρακικά,

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 18 σταθεροί ασθενείς (A=10, Γ=8) με διάμεση ηλικία 57 έτη (47, 71), με διάμεση διάρκεια σε ΠΚ 33 μήνες (16, 89), οι οποίοι πληρούσαν τους στόχους επάρκειας κάθαρσης διάμεσο Kt/V 2.17 (1.99, 3.3) και με καλούς δείκτες θρέψης, διάμεση τιμή αλβουμίνης 3.9 (3.6, 4) gr/dl. Στους ασθενείς αφού ελήφθησαν αρτηριακά αέρια αίματος έγινε έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με τέσσερα λίτρα περιτοναϊκού διαλύματος με ρυθμιστικό σύστημα αμιγώς διπτανθρακικά σε συγκέντρωση 34 mmol/L (4 φορές X 1 lt όγκο πλήρωσης περιτοναϊκής κοιλότητας- 15 min παραμονή). Ακολούθως επαναλήφθηκε η λήψη αρτηριακών αερίων αίματος και εκτιμήθηκαν οι μεταβολές στα επίπεδα του pH, των διπτανθρακικών (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>), της pCO<sub>2</sub>, της περίσσειας βάσεων (BE), της συγκέντρωσης ιοντισμένου ασβεστίου (iCa<sup>++</sup>) και των γαλακτικών.

**Αποτελέσματα:** Η εκτίμηση με non parametric related samples Wilcoxon signed μέθοδο ανέδειξε στατιστικά σημαντική άνοδο της συγκέντρωσης των HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> στο αίμα από τα προ της έγχυσης και αυτών μετά τη διέλευση ΠΔ σε αυξημένο ρυθμό [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>προ:25.4 (22, 28), HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>μετα:26.5 (24, 29) mEq/lt-p=0.023]. Αντίστοιχη στατιστικά σημαντική μεταβολή παρατηρήθηκε και στο BE με διάμεσες τιμές προ 1 (-1.2,2.9) και μετά την έγχυση 2 (-0.6,3.8), p=0.018. Παρόλη τη μεταβολή στην απόλυτη τιμή των βάσεων αυτό δεν συνοδεύτηκε από μεταβολές στα επίπεδα του pH - αλκαλαιμία (pHπρο=7.41, pHμετα=7.42 - p=0.35) ή του pCO<sub>2</sub> - αντιρροπιστική αναπνευστική οξέωση (pCO<sub>2</sub>προ=40, pCO<sub>2</sub>μετα=40 - p=0.179)

**Συμπέρασμα:** Η έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με αυξημένο ρυθμό χορήγησης ΠΔ όπου αυτό ενδείκνυται ακόμα και με χρήση διαλυμάτων αυξημένης συγκέντρωσης διπτανθρακικών θεωρείται ασφαλής και δεν σχετίστηκε στη παρούσα μελέτη με κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικής αλκαλωσης.

## ΑΠΟΣΥΡΘΗΚΕ

P 091

**ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΔΥΣΜΕΝΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

P 092

**Φ. Ιατρίδη<sup>1</sup>, Μ. Θεοδωρακοπούλου<sup>1</sup>, Μ.-Ε. Αλεξάνδρου<sup>1</sup>, Α. Καρπέτας<sup>2</sup>, Α. Γεωργίου<sup>1</sup>, Ι. Τσουχινιάς<sup>1</sup>, Π. Γιαμαλής<sup>1</sup>, Αικ. Παπαγιάννη<sup>1</sup>, Π. Σαραφίδης<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη<sup>2</sup>Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά το μεσοδιαλυτικό διάστημα, γεγονός που πιθανά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογήσει την μακροπρόθεσμη επίδραση της περιπατητικής-ΑΠ στη σχέση της ενδοδιαλυτικής-υπέρτασης με δυσμενή καρδιαγγειακά συμβάντα.

**Υλικό & Μέθοδος:** 242 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με έγκυρη 48ωρη-περιπατητική-καταγραφή-ΑΠ συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την προοπτική μελέτη κοορτής. Ως ενδοδιαλυτική-υπέρταση ορίστηκε: αύξηση ΣΑΠ $\geq$ 10mmHg από την προ- στην μετά-αιμοκάθαρσης τιμή και μετά-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ $\geq$ 150mmHg. Κύριο καταληκτικό σημείο ήταν ο συνδυασμός καρδιαγγειακής θνησιμότητας, μη θανατηφόρου εμφράγματος-μυοκαρδίου, μη θανατηφόρου αγγειακού-εγκεφαλικού-επείσοδου, αναζωογόνησης μετά από καρδιακή ανακοπή, νοσηλείας για καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαίας/περιφερικής επαναγγείωσης, ενώ δευτερεύον η καρδιαγγειακή θνησιμότητα.

**Αποτελέσματα:** 45 ασθενείς με και 197 χωρίς ενδοδιαλυτική-υπέρταση παρακολούθηθηκαν για διάμεσο χρόνο 57.8 μηνών. Η ελευθερία (cumulative-freedom) από το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τους ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση (logrank-p=0.019), ενώ από το δευτερεύον όχι (logrank-p=0.321). Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για το σύνθετο καρδιαγγειακό τελικό σημείο (HR=1.651, 95%CI[1.083, 2.516]), χωρίς ωστόσο να εμφανίζουν σημαντική διαφορά στον κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας (HR=1.320, 95%CI[0.762, 2.288]). Μετά από προσαρμογή για την 44ωρη-ΣΑΠ η σχέση της ενδοδιαλυτικής-υπέρτασης με το πρωτεύον καταληκτικό σημείο εξασθένησε, ενώ η σχέση με το δευτερεύον καταληκτικό σημείο δε μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά (HR=1.421, 95%CI[0.906, 2.228] και HR=1.270, 95%CI[0.708, 2.276], αντίστοιχα για κύριο/δευτερεύον καταληκτικό σημείο).

**Συμπεράσματα:** Το φαινόμενο της ενδοδιαλυτικής-υπέρτασης σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Η υψηλή περιπατητική ΑΠ κατά τη διάρκεια του μεσοδιαλυτικού διαστήματος ενισχύει τον υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο που παρουσιάζει αυτός ο πληθυσμός.

P 093

## Η ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ

**Σ. Ρουμेलιώτης, Π. Γεωργιανός, Α. Τσινάρη, Γ. Βαρουκτσή, Π. Χράπη, Σ. Αναστασίου, Ε. Λεπτοκαρίδου, Ε. Κανάκης, Β. Λιακόπουλος**

*Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Η σκλήρυνση των αρτηριών είναι συχνή στη ΧΝΝ και αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για καρδιαγγειακά. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της αρτηριακής σκλήρειας με τη νεφρική λειτουργία και άλλους παραδοσιακούς και μη παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου για ΚΑ νόσο σε ασθενείς με ΧΝΝ διαφόρων σταδίων

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 116 ασθενείς με ΧΝΝ (11 σταδίων 1+2, 27 σταδίου 3, 33 σταδίου 4 και 19 υπό ΠΚ και 26 υπό ΤΝ) μέσης ηλικίας 65.4±15.3 ετών, 76 άνδρες-40 γυναίκες, καθορίστηκαν παράμετροι της αρτηριακής σκλήρειας όπως η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity-PWV) με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany).

**Αποτελέσματα:** Το PWV σχετίστηκε σημαντικά με την ουρία ( $r=0.17$ ,  $p=0.03$ ), την κρεατινίνη ( $r=0.27$ ,  $p=0.001$ ), την ηλικία ( $r=0.22$ ,  $p=0.006$ ), τα έτη υπέρτασης και ΣΔΤ2 ( $r=0.23$ ,  $p=0.013$  και  $r=0.20$ ,  $p=0.03$  αντιστοίχως), το δείκτη μάζας σώματος ( $r=0.18$ ,  $p=0.03$ ), τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ( $r=0.17$ ,  $p=0.03$ ), την αλβουμινουρία ( $r=0.28$ ,  $p<0.0001$ ) και την παραθορμόνη ( $r=-0.30$ ,  $p<0.0001$ ), ενώ στην ομάδα των ασθενών με ΧΝΑΤΣ σχετίστηκε με τα έτη σε ΤΝ ή ΠΚ ( $r=0.24$ ,  $p=0.003$ ), Spearman's rho, ενώ η ανάλυση Kruskal-Wallis έδειξε πως το PWV αυξανόταν προοδευτικά με τα στάδια ΧΝΝ ( $p=0.001$ ). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (stepwise multiple regression) έδειξε πως μόνο η κρεατινίνη αποτελούσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα του PWV τόσο σε μονοπαράγοντικό ( $p<0.0001$ ,  $B=-0.11$ , 95%CI= -0.17 έως -0.04) όσο και σε πολυπαράγοντικό μοντέλο ( $p=0.002$ ,  $B=-0.10$ , 95%CI= -0.17 έως -0.04), σταθμισμένο για όλους τους παράγοντες που σχετίστηκαν με το PWV στις προηγούμενες αναλύσεις.

**Συμπεράσματα:** Η αρτηριακή σκλήρεια σχετίστηκε σημαντικά με την επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ασθενείς με ΧΝΝ διαφόρων σταδίων

P 094

## ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ, ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Π. Θεοφίλης<sup>1</sup>, Ν. Νάκας<sup>2</sup>, Θ. Λάμπρου<sup>2</sup>, Κ. Τουχαντζίδου<sup>2</sup>, Α. Καμπουρέλλη<sup>1</sup>, Ν. Βόλης<sup>1</sup>, Ε. Ξανθοπούλου<sup>1</sup>, Γ. Δουμάνη-Κόρκα<sup>1</sup>, Δ. Ραγιά<sup>1</sup>, Α. Βορδώνη<sup>1</sup>, Δ. Παλαιολόγος<sup>1</sup>, Α. Κωτσάκης<sup>2</sup>, Ρ. Καλαϊτζίδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»

<sup>2</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΠ «Αγ. Παντελεήμων»

**Εισαγωγή:** Οι υπερτασικές κρίσεις (ΥΚ) αποτελούν συχνό αίτιο εμφάνισης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ). Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την επιδημιολογία και την αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων στο ΤΕΠ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε αυτή τη μελέτη παρατήρησης συμπεριελήφθησαν άτομα με διάγνωση ΥΚ (ΑΠ≥180/120mmHg) σε διάστημα 12 μηνών. Συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, το ατομικό αναμνηστικό και η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών. Επιπροσθέτως, έγιναν πολλαπλές μετρήσεις της συστολικής (ΣΑΠ) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (ΔΑΠ) κατά την παραμονή των ασθενών στο ΤΕΠ και υπολογίστηκε η ποσοστιαία μεταβολή επί της αρχικής. Σημειώθηκαν τα συμπτώματα, πιθανά εκλυτικά αίτια και η εφαρμοσθείσα φαρμακευτική αγωγή.

**Αποτελέσματα:** Εκ των 4010 ατόμων που επισκέφθηκαν το Καρδιολογικό ΤΕΠ, διαπιστώθηκαν 83 περιστατικά με ΥΚ (επιπολασμός: 2.1%, διάμεση ηλικία: 65 έτη, άνδρες: 45.8%). Η πλειοψηφία των ασθενών είχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης (73.5%), ενώ συχνά συνυπήρχε ιστορικό καπνίσματος (56.6%) και δυσλιπιδαιμίας (43.4%). Τα πιο συχνά συμπτώματα ήταν η δύσπνοια (19.3%) και το θωρακικό άλγος (25.3%). Πολλαπλά συμπτώματα ανέφερε το 25.3% των ασθενών. Οι συνηθέστεροι εκλυτικοί παράγοντες ήταν το στρες (26.8%) και η υπερκατανάλωση άλατος (15.9%). Υπερεπίγουσα ΥΚ διαγνώστηκε σε 18 ασθενείς (21.7%), ενώ 8 άτομα με επείγουσα ΥΚ (12.7%) χρειάστηκαν νοσηλεία. Οι ασθενείς με υπερεπίγουσα ΥΚ είχαν συχνότερα ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Η μέση τιμή ΑΠ κατά την προσέλευση ήταν 200/100mmHg. Η ύπαρξη υπερεπίγουσας ΥΚ δεν συσχετίστηκε με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ΣΑΠ και ΔΑΠ. Η ΣΑΠ και ΔΑΠ μειώθηκε κατά 41mmHg (μέση ποσοστιαία μεταβολή: -21%) και 18mmHg (μέση ποσοστιαία μεταβολή: -17%), αντίστοιχα. Μεγαλύτερες μεταβολές στη ΣΑΠ παρατηρήθηκαν με τη χρήση νιτρωδών, αγγολυτικών ή συνδυασμού φαρμάκων.

**Συμπεράσματα:** Οι ΥΚ εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, καπνίσματος και δυσλιπιδαιμίας, με ποικίλη συμπτωματολογία και εκλυτικά αίτια. Η ΑΠ προσέλευσης δεν συσχετίζεται με βλάβη οργάνου-στόχου. Μεγαλύτερες μεταβολές στην ΑΠ παρατηρούνται με νιτρωδή, αγγολυτικά και συνδυασμό φαρμάκων.



## ΕΠΑΓΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΟ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ: ΤΟ ΣΚΟΡ ΔΕΙΧΝΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙ ΤΟΝ ΝΙΚΗΤΗ;

**Ε. Σδόγκος, Α. Παπαδόπουλος, Θ. Κωνσταντίνου, Α. Σπαχίου, Α. Γεωργακόπουλος, Ι. Βογιατζής**

*Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας*

P 095

**Εισαγωγή:** Η επαγόμενη από σκιαγραφικό οξεία νεφρική βλάβη μπορεί να παρατηρηθεί και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε καθετηριασμό των στεφανιαίων αρτηριών. Το Mehran score είναι το gold standard για την πρόγνωση κινδύνου αυτής της κατάστασης και πρόσφατα επικαιροποιήθηκε σε Mehran 2 score. Δείκτης της αγγειογραφικής βαρύτητας της Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ) αποτελεί το SYNTAX score.

Σκοπός της εργασίας είναι η συσχέτιση του Mehran 2 score με το SYNTAX score και την κλινική εμφάνιση της ΣΝ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν συνολικά 47 ασθενείς (37 άνδρες, 10 γυναίκες), μέσης ηλικίας  $63,85 \pm 10,3$  ετών, που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία ή/και αγγειοπλαστική. Αναλύθηκαν τα επιδημιολογικά δεδομένα σε σχέση με τη νεφρική βλάβη και τους παράγοντες που την προδιαθέτουν.

**Αποτελέσματα:** Όσον αφορά στην εκδήλωση της ΣΝ, 8 ασθενείς που καθετηριάστηκαν παρουσίασαν STEMI, 6 NSTEMI, 2 ασταθή στηθάγχη, 10 σταθερή στηθάγχη και σε 21 ασθενείς διενεργήθηκε διαγνωστική στεφανιογραφία για άλλο λόγο. Βάσει του Mehran 2 score, βρέθηκαν 10 ασθενείς υψηλού ρίσκου (>8), εκ των οποίων ήταν όλοι με STEMI, καθώς και 2 με NSTEMI. Από αυτούς, οι 8 είχαν χαμηλό SYNTAX score (<22), ένας ενδιάμεσο (22-33) και ένας υψηλό (>33). Νεφροπάθεια σχετιζόμενη με σκιαγραφικό εκδήλωσαν 2 ασθενείς με STEMI, με SYNTAX score αντίστοιχα 72,5 και 18,5. Βάσει του αρχικού Mehran score, από τους 10 αυτούς ασθενείς, οι 8 υπολογίζονταν ως χαμηλού ρίσκου ( $\leq 5$ ) και οι υπόλοιποι 2 ως ενδιάμεσο (6-10), οι οποίοι ήταν και αυτοί που εκδήλωσαν τη νεφρική βλάβη. Υπήρχε συσχέτιση μεταξύ SYNTAX score και Mehran 2 score ( $p=0,042$ ). Η ποσότητα του χορηγούμενου σκιαγραφικού δεν συσχετίστηκε με κανένα από τα δύο score.

**Συμπεράσματα:** Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών του αιμοδυναμικού, φάνηκε να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του Mehran 2 score με την εκδήλωση STEMI και με το SYNTAX score. Σε σχέση με το παλαιότερο score ανιχνεύονται περισσότεροι ασθενείς με ΣΝ που είναι εν δυνάμει υποψήφιοι για εμφάνιση νεφρικής βλάβης.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΩΡΟΤΗΤΑΣ

**Α. Χαϊνογλου<sup>1</sup>, Κ. Σαραφίδης<sup>2</sup>, Α. Ταπάρκου<sup>1</sup>, Ε. Φαρμάκη<sup>1</sup>, Κ. Χρυσάϊδου<sup>1</sup>, Δ. Γίδαρης<sup>1</sup>, Κ. Κολλιός<sup>3</sup>, Β. Κώτσης<sup>4</sup>, Σ. Σταμπουλή<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Α' Νεογνολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup>Γ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

P 096

**Εισαγωγή:** Η πρωρότητα θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση βιοδεικτών ορού σε πρόωρα παιδιά και εφήβους συγκριτικά με υγιή παιδιά και η διερεύνηση συσχετίσεων με την αρτηριακή πίεση (ΑΠ) του ιατρείου, της 24ωρης καταγραφής (ABPM) και την ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (PWV).

**Υλικό & Μέθοδος:** Ο πληθυσμός μελέτης περιλάμβανε 52 πρόωρα και 26 τελειόμηνα παιδιά και εφήβους, που υποβλήθηκαν σε μέτρηση της ΑΠ ιατρείου, της ABPM, της PWV και μέτρηση βιοδεικτών στον ορό, της λιποκαλίνης (NGAL) και των μεταλλοπρωτεασών-2, -9 (MMP-2, MMP-9) με τη μέθοδο Elisa.

**Αποτελέσματα:** Το 35% του πληθυσμού μελέτης (38,5% των πρόωρων και 28% των τελειόμηνων παιδιών) παρουσίασε υπέρταση ιατρείου. Το 17% των πρόωρων παιδιών παρουσίασε υπέρταση με βάση την ABPM και τα μισά πρόωρα παρουσίασαν υπέρταση λευκής μπλούζας. Τα επίπεδα των βιοδεικτών δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των βιοδεικτών και της PWV. Η NGAL και MMP-9 ορού παρουσίασαν σημαντικές συσχετίσεις με το z-score της ΣΑΠ ιατρείου ( $p < 0,005$ ) και της ΣΑΠ ημέρας ( $p < 0,005$ ) στο συνολικό πληθυσμό μελέτης και στην ομάδα πρόωρων. Οι συσχετίσεις της NGAL παρέμειναν σημαντικές μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, το βάρος γέννησης και την ηλικία κύησης. Η ROC ανάλυση έδειξε ότι η NGAL προέβλεπε την υπέρταση με  $AUC: 0,713$  ( $p=0,010$ ).

**Συμπεράσματα:** Η NGAL και η MMP-9 του ορού παρουσιάζουν σημαντικές συσχετίσεις με την ΣΑΠ σε παιδιά και εφήβους με ιστορικό πρωρότητας και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου τους στην πρώιμη ανίχνευση υπέρτασης στην συγκεκριμένη ομάδα παιδιών με υψηλό κίνδυνο.

P 097

## ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΣΤΑΔΙΟΥ Ι-V Η ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ

**A. Μπρατσιάκου<sup>1</sup>, Γ. Γεωργοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Τριβυζά<sup>1</sup>, Κ. Γιαννίτσας<sup>2</sup>, Ε. Παπαχρήστου<sup>1</sup>, Μ. Παπασωτηρίου<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

<sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

**Εισαγωγή:** Η στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ) αποτελεί συχνό πρόβλημα υγείας και επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχτεί πως η ΣΔ πιθανά αποτελεί πρώιμο δείκτη καρδιαγγειακής νόσου στα πλαίσια γενικότερης ενδοθηλιακής βλάβης. Ειδικά για τον πληθυσμό των ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) η επίπτωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων είναι αυξημένη, ενώ και η ΣΔ είναι συχνότερη.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τακτικό ιατρείο, τη μονάδα μεταμόσχευσης, τεχνητού νεφρού και περιτοναϊκής κάθαρσης του ΠΓΝΠ και έλαβαν μέρος 69 ασθενείς 18-65 ετών με ΧΝΝ Ι-ΙV ή ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο IIEF σχετικά με τη σεξουαλική υγεία. Επιπλέον, υποβλήθηκαν σε μέτρηση της περιφερικής και κεντρικής συστολικής και διαστολικής πίεσης, της ταχύτητας διάδοσης σφυγμικού κύματος (PWV) και παραμέτρων του κύματος ανάκλασης με τη συσκευή Mobil-o-graph. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 3 μετρήσεις σε κάθε ασθενή με χρονική απόσταση 20' η μία από την άλλη.

**Αποτελέσματα:** Ήπια έως σοβαρή ΣΔ εμφάνισε το 52,2% των συμμετεχόντων, ενώ ο βαθμός και το στάδιο ΣΔ επιδειωνόταν σημαντικά με την αύξηση του σταδίου της ΧΝΝ. Επιπρόσθετα, η νεφρική λειτουργία, όπως αυτή εκφράζεται με τον eGFR, βρέθηκε ότι παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το βαθμό στυτικής λειτουργικότητας ( $r=0,24$ ,  $p=0,047$ ), ενώ η ηλικία και η PWV παρουσίαζαν αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,384$ ,  $p=0,002$  και  $r=-0,474$ ,  $p<0,001$ , αντίστοιχα). Τέλος, από όλες τις παραμέτρους που ελέγχθηκαν μόνο η PWV προέβλεπε σημαντικά τη ΣΔ ( $\beta=-0,995$ , 95% CI,  $-0,465$  έως  $-10,074$ ,  $p=0,032$ ).

**Συμπεράσματα:** Η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας σχετίζεται με αύξηση της αρτηριακής σκληρίας και αύξηση της συχνότητας εμφάνισης στυτικής δυσλειτουργίας.

P 098

## ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ HIF ΠΡΟΛΥΛ-ΥΔΡΟΞΥΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΝΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ

**A. Τσιανάρη<sup>1</sup>, Γ. Βαρουκτσή<sup>1</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Χ. Σαρδέλη<sup>2</sup>, Ν. Ράικος<sup>3</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup>Εργαστήριο Κλινικής Φαρμακολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup>Εργαστήριο Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η αναιμία είναι πολύ συχνή επιπλοκή στην προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο με δυσμενείς επιδράσεις στην ποιότητα ζωής και στο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Οι αναστολείς της HIF (hypoxia-inducible factor) προλυλ-υδροξυλάσης αποτελούν μια νέα κατηγορία από του στόματος χορηγούμενων φαρμάκων που δοκιμάζονται για τη θεραπεία της νεφρογενούς αναιμίας. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει το πιθανό θεραπευτικό όφελος αυτών των νέων παραγόντων σε σύγκριση με την καθιερωμένη θεραπεία με παράγοντες διέγερσης της ερυθροποίησης (ESAs).

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της ηλεκτρονικής βάσης Medline/Pubmed έως το Δεκέμβριο του 2022 για την αναζήτηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, οι οποίες συνέκριναν την αποτελεσματικότητα των αναστολέων της HIF-προλυλ-υδροξυλάσης έναντι των ESAs σε ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο υπό εξωνεφρική κάθαρση και αναιμία. Υπολογίστηκε η μέση διαφορά (MD) μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων στη μεταβολή από το baseline των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης ορού.

**Αποτελέσματα:** Πραγματοποιήθηκαν τρεις μετα-αναλύσεις για τους φαρμακολογικούς παράγοντες roxadustat (8 RCTs, 4741 συμμετέχοντες), vadadustat (3 RCTs, 4245 συμμετέχοντες) και daprodustat (4 RCTs, 3090 συμμετέχοντες). Σε σύγκριση με τους ESAs, ο παράγοντας roxadustat προκάλεσε σημαντικά μεγαλύτερη άνοδο των επιπέδων αιμοσφαιρίνης (MD: 0,19 g/dl, 95% CI: 0,09 έως 0,28), ο παράγοντας vadadustat δεν κατάφερε να αυξήσει ικανοποιητικά τη συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης (MD: -0,25, 95%CI: -0,42 έως -0,08) ενώ στη σύγκριση του παράγοντα daprodustat δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (MD: -0,09, 95%CI: -0,36 έως 0,18).

**Συμπεράσματα:** Η χρήση των αναστολέων της HIF-προλυλ-υδροξυλάσης για την αντιμετώπιση της αναιμίας στη Χρόνια Νεφρική Νόσο αποτελεί μία υποσχόμενη θεραπευτική προσέγγιση που απαιτεί περαιτέρω έρευνα και τεκμηρίωση.

## ΣΧΕΔΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΕΥΦΥΟΥΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΕΙΑ

**Α. Καρπέτας<sup>1</sup>, Ε. Λογαράς<sup>2</sup>, Π. Γεωργιανός<sup>1</sup>, Β. Βάιος<sup>1</sup>, Δ.Π. Μπαμίδης<sup>2</sup>, Β. Λιακόπουλος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup>Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

P 099

**Εισαγωγή:** Τα ιατρικά ραντεβού προγραμματίζονται συνήθως από τη γραμματεία του αντίστοιχου τμήματος ή κλινικής, κυρίως μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Η συγκεκριμένη διαδικασία, μολοντί πλήρως ευέλικτη, επηρεάζεται άμεσα από τον ανθρώπινο παράγοντα. Βάσει ερευνών, παρατηρείται μια παγκόσμια αύξηση στη ζήτηση νεφρολογικών υπηρεσιών. Παράλληλα, εντοπίζεται πλήθος κενών στις υπηρεσίες, στις εγκαταστάσεις, αλλά και στο εργατικό δυναμικό της συγκεκριμένης ειδικότητας. Σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων, η αποτελεσματικότερη διαχείρισή τους αποτελεί προτεραιότητα. Επομένως, καθίσταται αναγκαία η υιοθέτηση νέων καινοτόμων τεχνολογικών προσεγγίσεων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στο πλαίσιο της μελέτης πραγματοποιήθηκε αναλυτική καταγραφή των απαιτούμενων λειτουργικών προδιαγραφών αναφορικά με τη διαδικασία προγραμματισμού των ιατρικών ραντεβού, ενώ καταγράφηκαν τα υπάρχοντα προβλήματα και προκλήσεις. Παράλληλα, δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια για τη συλλογή ιατρικών δεδομένων, περιλαμβάνοντας ερωτήσεις αναφορικά με το ιστορικό των ασθενών (ατομικό, οικογενειακό, νεφρολογικό). Για λόγους πληρότητας, συμπεριλήφθηκαν ακόμη ερωτήσεις γενικής παθολογίας αποσκοπώντας στην κάλυψη των γενικότερων αναγκών ενός νεφρολογικού ιατρείου.

**Αποτελέσματα:** Αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας ήταν ο σχεδιασμός του συστήματος ClinApp, ενός έξυπνου συστήματος οργάνωσης ιατρικών ραντεβού και συλλογής ιατρικών δεδομένων. Η καινοτομία του προτεινόμενου συστήματος έγκειται στο γεγονός ότι πέρα από τις προβλεπόμενες διαδικασίες προγραμματισμού των ιατρικών ραντεβού, οι ασθενείς θα μπορούν με τη χρήση του να καταγράφουν τα ιατρικά τους δεδομένα, πριν το ραντεβού, μέσω ψηφιακών ερωτηματολογίων ή συνομιλίας με έναν ψηφιακό βοηθό, κερδίζοντας περισσότερο ποιοτικό χρόνο με τον ιατρό.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει την αρχική προσπάθεια του σχεδιασμού του συστήματος ClinApp. Τα μελλοντικά βήματα περιλαμβάνουν την πιλοτική του εφαρμογή σε ιδιωτικά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, με σκοπό την αξιολόγηση της αντιληπτής χρησιμότητάς του.

**Πλαίσιο μελέτης – Χρηματοδότηση:** Η εργασία υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της Δράσης ΕΡΕΥΝΩ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΩ – ΚΑΙΝΟΤΟΜΩ συγχρηματοδοτήθηκε από το ΕΤΠΑ της ΕΕ και εθνικούς πόρους μέσω του ΕΠΑνΕΚ (Κωδικός:Τ2ΕΔΚ-04937)

## ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΜΙΑ ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΝ

**Ν. Αναγνώστου<sup>1</sup>, Γ. Κουτρούμπας<sup>1</sup>, Δ. Παλαιολόγος<sup>1</sup>, Π. Μαλινδρέτος<sup>1</sup>, Θ. Ελευθεριάδης<sup>2</sup>, Ι. Στεφανίδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

<sup>2</sup>Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝ Λάρισας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

P 100

**Εισαγωγή:** Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου είναι κοινή πρακτική για τη διόρθωση της σιδηροπενίας ασθενών με ΧΝΝ. Αναφέρονται μελέτες που βρίσκουν οξεία επίδραση της ενδοφλέβιας χορήγησης σιδήρου στα αγγεία σθενών με ΧΝΝ. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αναζήτηση αυτής της επίδρασης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 60 ασθενείς μέσης ηλικίας 73,1±18,6έτη (35 άρρενες) με ΧΝΝ στους οποίους χορηγήθηκαν 2 ειδών σκευάσματα ενδοφλέβιου σιδήρου σουκροζικού(Ferronin®) ή δεξτριφερόνης(Ferinject®) σε εβδομαδιαίο πρωτόκολλο ενώ υποβλήθηκαν και σε 2 συνεδρίες με ίδιες συνθήκες χωρίς τη χορήγηση σιδήρου. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης πραγματοποιήθηκε περιπατητική καταγραφή του σφυγμικού κύματος με Mobil-O-Graph®. Στη συνέχεια αναζητήθηκε διαφορά μεταξύ των συνεδριών στις διάφορες παραμέτρους του σφυγμικού κύματος.

**Αποτελέσματα:** Το μέσο eGFR των ασθενών ήταν 40,8±15,3ml/min/1,73m<sup>2</sup>, η μέση βραχιόνια αρτηριακή πίεση ήταν 103,9±12mmHg, το μέσο Aix75 ήταν 27,7±10,6% και το μέσο PWV ήταν 11,3±1,6m/sec. Στις συνεδρίες χορήγησης δεξτριφερόνης δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην μέση αρτηριακή πίεση, πίεση παλμού, αορτικές πιέσεις, καρδιακή συχνότητα, Aix75, PWV και αγγειακές αντιστάσεις. Παρατηρήθηκε διαφορά 0,15±0,05L/min(p=0,039) στην καρδιακή παροχή μεταξύ 1<sup>ης</sup> και 3<sup>ης</sup> εβδομάδας. Στις συνεδρίες χορήγησης σουκροζικού σιδήρου δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην πίεση παλμού, αορτικές πιέσεις, καρδιακή συχνότητα, Aix75, PWV και στην καρδιακή παροχή ενώ υπήρξε διαφορά 3,67±1,29mmHg(p=0,008) στην μέση βραχιόνια αρτηριακή πίεση και 0,06±0,03s\*mmHg/ml(p=0,038) στις αγγειακές αντιστάσεις μεταξύ της 1<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> εβδομάδας χορήγησης. Κατά την 4<sup>η</sup> εβδομάδα χορηγούταν 400mg σουκροζικού σιδήρου.

**Συμπέρασμα:** Σε αυτήν την ομάδα ασθενών με ΧΝΝ η χορήγηση 2 διαφορετικών σκευασμάτων ενδοφλεβίου σιδήρου δεν φάνηκε να έχει οξεία επίδραση στους δείκτες αρτηριακής σκληρίας που προέκυψαν με ανάλυση του σφυγμικού κύματος.

P 101

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ (HTGP)

**Π. Στρόπου<sup>2</sup>, Χ. Μελεξοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Κύλλα<sup>1</sup>, Μ. Κορογιάννου<sup>1</sup>, Ι.Ν. Μπολέτης<sup>1</sup>, Σ. Μαρινάκη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>2</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Λευκωσίας

**Εισαγωγή:** Η υπετριγλυκεριδαμία αποτελεί συχνή αιτία οξείας παγκρεατίτιδας, με θνητότητα που φτάνει το 30%. Ο ακριβής παθοφυσιολογικός μηχανισμός της HTGP δεν είναι σαφής, ωστόσο φαίνεται να συσχετίζεται με την τοξική δράση των παραγόμενων ελεύθερων λιπαρών οξέων μέσω της υδρόλυσης των τριγλυκεριδίων από την παγκρεατική λιπάση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της HTGP, εκτός από φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει και την πλασμαφαίρεση (κατηγορία III,1C,ASFA).

**Υλικό & Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με HTGP που υποβλήθηκαν σε πλασμαφαίρεση από το 2005 έως το 2021. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, οι τιμές τριγλυκεριδίων, λιπάσης, αμυλάσης, καθώς και τα WBC ορού πριν και μετά την συνεδρία πλασμαφαίρεσης, οι τεχνικές αφαιρέσεις που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και οι επιπλοκές. Οι πλασμαφαιρέσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω ειδικής μεμβράνης, με χρήση ηπαρίνης και 1-1.5L όγκο ανταλλαγής πλάσματος. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν παράλληλα συντηρητική αγωγή.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 15 ασθενείς με HTGP υποβλήθηκαν σε πλασμαφαίρεση, εκ των οποίων 14 σε ολική πλασμαφαίρεση και ένας σε διπλή (double filtration). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 45έτη (28-64) και το 87% ήταν άνδρες. Κατά μέσο όρο πραγματοποιήθηκαν 1,57 (1-3) συνεδρίες πλασμαφαίρεσης ανά ασθενή, ενώ δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή. Η μέση τιμή των τριγλυκεριδίων πριν την πλασμαφαίρεση ήταν 3.358mg/dl (918-7900), ενώ μετά 1404mg/dl (265-2210). Αντίστοιχα, η μέση τιμή της λιπάσης ορού ήταν 1.055U/L πριν και 431U/L μετά. Η μέση μείωση της τιμής της αμυλάσης και των λευκών αιμοσφαιρίων μετά την πλασμαφαίρεση ήταν 106,3U/L και 581,33mm<sup>3</sup> αντίστοιχα. Όλοι οι ασθενείς, εκτός από εργαστηριακή, παρουσίασαν και κλινική βελτίωση.

**Συμπεράσματα:** Η πλασμαφαίρεση αποτελεί αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο για τη μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων και της λιπάσης ορού ασθενών με HTGP. Συνήθως μία συνεδρία πλασμαφαίρεσης αρκεί για τη βελτίωση των ασθενών.

P 102

## ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΑΝΥΠΟΦΥΣΙΣΜΟΥ

**Δ. Λυγερού<sup>1</sup>, Χ. Πλέρος<sup>1</sup>, Κ. Δερμιτζάκη<sup>1</sup>, Ι. Πετράκης<sup>1</sup>, Ι. Σταυρακάκη<sup>1</sup>, Σ. Στρατήγη<sup>1</sup>, Ε. Δροσατάκη<sup>1</sup>, Μ. Κονιδάκη<sup>1</sup>, Μ. Μητράκος<sup>1</sup>, Α. Αντωνάκης<sup>1</sup>, Ν. Κρουσταλάκης<sup>1</sup>, Π. Ξεκούκη<sup>2</sup>, Κ. Στυλιανού<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup>Ενδοκρινολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Η διερεύνηση των δυσνατριάμιων είναι συχνά πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Η εκτίμηση του όγκου υγρών του ασθενή και η ωσμωτικότητα των ούρων βρίσκονται στην κορυφή του διαγνωστικού αλγόριθμου προσέγγισης των δυσνατριάμιων. Ακολουθεί περιγραφή δύο περιστατικών δυσνατριάμιων στα πλαίσια υποφυσιακής ανεπάρκειας.

### Παρουσίαση περιστατικών

**Περίπτωση 1<sup>η</sup>:** Γυναίκα 42 ετών παραπέμφθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω σοβαρής **υπονατριάμιης** (Na ορού 121 mEq/L), ως τυχαίο εύρημα σε εργαστηριακό έλεγχο στα πλαίσια οδοντιατρικής εκτίμησης. Από το ατομικό αναμνηστικό ανέφερε αμηνόρροια από 5ετίας, 4 τοκετούς και 2 παλαιότερες νοσηλείες λόγω υπονατριάμιης. Εκτιμήθηκε κλινικά ως ευογκαιμική χωρίς νευρολογική σημειολογία και ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υποωσμωτική υπονατριάμια με αυξημένη ωσμωτικότητα ούρων (Osm: 833 mOsm/L). Αντιμετώπιστηκε αρχικά ως σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης με δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας Na και στέρηση ύδατος. Λόγω αδυναμίας διόρθωσης της υπονατριάμιης χορηγήθηκε φουροσεμίδα με άμεση εμφάνιση υπότασης, με συνέπεια να τεθεί υποψία φλοιοπινεφριδικής ανεπάρκειας η οποία και επιβεβαιώθηκε εργαστηριακά. Σε συνδυασμό με την πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια και την απουσία γαλακτόρροιας μετά τον τελευταίο τοκετό ετέθη υποψία συνδρόμου Sheehan και ο λειτουργικός έλεγχος της υπόφυσης ανέδειξε πανυποφυσισμό. Αυτός πολύ σπάνια μπορεί να συνοδεύεται από υπονατριάμια λόγω συνδυασμένης υποκορτιζολαιμίας, μειωμένου δραστικού αγγειακού όγκου και ακόλουθης υπερέκκρισης ADH. Ακολούθησε ορμονική υποκατάσταση με ταχεία κλινική ανταπόκριση.

**Περίπτωση 2<sup>η</sup>:** Γυναίκα 57 ετών με ιστορικό διπολικής διαταραχής υπό θεραπεία με λίθιο νοσηλεύοταν στην Ψυχιατρική κλινική για διερεύνηση έκπτωσης επιπέδου συνείδησης με περιόδους αφασίας-κατατονίας. Κατά τις περιόδους αφασίας-κατατονίας παρουσίαζε σοβαρή **υπερνατριάμια** η οποία αντιμετωπιζόταν με ενδοφλέβια ενυδάτωση και χορήγηση ινδαπαμίδης. Κατόπιν Νεφρολογικής εκτίμησης επιβεβαιώθηκε η διάγνωση του άποιου διαβήτη και η ασθενής μεταφέρθηκε στην Νεφρολογική κλινική με Na ορού 159 mEq/L. Ακολούθησε δοκιμασία χορήγησης δεσμοπρεσσίνης με αποτέλεσμα εμφάνιση ολιγουρίας και ταχείας διόρθωσης Na ορού, οπότε ετέθη η διάγνωση του κεντρικού άποιου διαβήτη. Ο λειτουργικός έλεγχος της υπόφυσης ανέδειξε πανυποφυσισμό και η ασθενής μεταφέρθηκε στην Ενδοκρινολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Συμπεράσματα:** Δεδομένου ότι οι διαταραχές της συγκέντρωσης Na αντιπροσωπεύουν διαταραχές ισοζυγίου του ύδατος, η εκτίμηση της δραστηριότητας της αντιδιουρητικής ορμόνης κατέχει εξέχουσα θέση στην διαγνωστική προσπέλαση. Η υποφυσιακή ανεπάρκεια εκδηλώνεται συνήθως με υπερνατριάμια αλλά μπορεί σπάνια να εκδηλωθεί με υπονατριάμια. Οι περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν καταδεικνύουν την αξία της συνολικής αξιολόγησης της λειτουργικότητας της υπόφυσης σε περιστατικά με δυσνατριάμιες που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη θεραπεία.



