

«ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ»

Christos Georgopoulos¹, Anila Duni¹, Louiza Gkika¹, Athanasios Kitsos¹, Ioanna Theodorou¹, Georgios Liapis³, Charalampos Pappas¹, Eleni Stamellou^{1, 2}, Evangelia Dounousi¹

*Department of Nephrology, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece
Department of Nephrology and Clinical Immunology, RWTH Aachen University Hospital, Aachen, Germany*

Department of Pathology Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece.

Εισαγωγή

- Μεμβρανώδης Νεφροπάθεια (MN) κοινή αιτία Νεφρωσικού Συνδρόμου (ΝΣ) σε μη διαβητικούς ασθενείς, 30% διαγνώσεων με βιοψία, η κύρια αιτία ΝΣ στις ηλικίες 50-60 έτη
- Πρωτεϊνουρία ποικίλου βαθμού, υπονεφρωσικού επιπέδου μέχρι >20 g/day
- Ύφεση αυθόρμητη ή φαρμακοεπαγόμενη συνδέεται με καλύτερη μακροχρόνια πρόγνωση
- Μερική ύφεση καλύτερα νεφρικά αποτελέσματα συγκριτικά με σταθερή νόσο, όπως και η διάρκεια της ύφεσης

Στόχος μελέτης των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε ασθενείς με MN, του εντοπισμού παραγόντων κινδύνου υποτροπής και μη ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Μέθοδοι

- Αναδρομική Μελέτη Κοορτής
- Ημερομηνία βιοψίας νεφρού, έναρξης συμπτωμάτων ή ανοσολογική διάγνωση ορίστηκαν ως baseline
- Παρακολούθηση ασθενών για κλινικά σημεία ύφεσης, υποτροπής και μη ανταπόκρισης στη θεραπεία
- Παρακολούθηση 40 ασθενών με διάγνωση από το 2013 έως 2023
- Συλλογή δεδομένων για περισσότερο από 5 έτη:
 1. UPCR
 2. Αλβουμίνη Ορού
 3. Anti- PLA2R Ab
 4. eGFR
 5. Λιπιδαιμικό προφίλ

Αποτελέσματα

Table 1. Baseline Characteristics

Μεταβλητές	N(%)
Ηλικία	55,5 ±13,2
Γυναικείο Φύλο	30%
UPCR g/g	11 ±7.5
Anti PLA2R Ab	34%
Νεφρωσικό Σύνδρομο	75%
Υπέρταση	28%
Σακχαρώδης Διαβήτης	17%

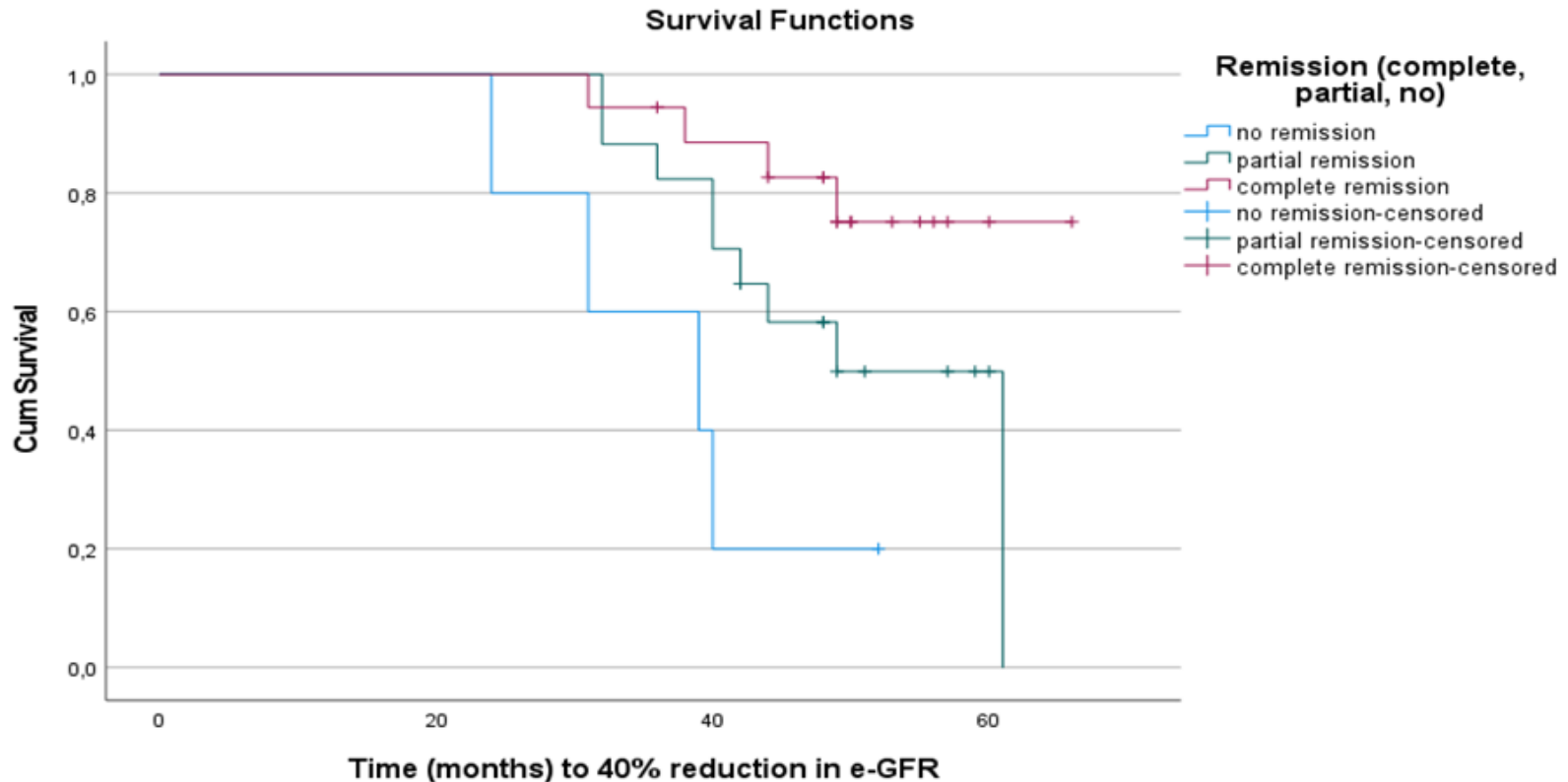
Table 2. Therapy

Θεραπεία/Υφεση	Ποσοστό (%)
Αυτόματη Ύφεση	15%
Ανοσοκατασταλτική αγωγή	85%
Ριτουξιμάμπη	44%
Τροποποιημένο Ponticelli	35%
>2 θεραπευτικά σχήματα	6%
Πλήρης ύφεση	42%
Μερική ύφεση	41%
Μη ύφεση	17%
Υποτροπή	32%

Αποτελέσματα

- Τα **θετικά anti-PLA2R Ab** ($\exp(B)=15,1$ $p\text{-value}=0,031$) και το **αρσενικό φύλο** ($\exp(B)=2,3$ $p\text{-value}=0,01$) συσχετίστηκαν με **υψηλότερο κίνδυνο μη ανταπόκρισης** στη θεραπεία.
- Σε μια παρακολούθηση 5 ετών, **οι ασθενείς με μερική ύφεση είχαν 26 φορές αυξημένο κίνδυνο υποτροπής** ($p\text{-value}=0,023,$) **σε σύγκριση με εκείνους με πλήρη ύφεση.**
- **Η υψηλότερη αρχική τιμή UPCR συσχετίστηκε επίσης με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής.** Αύξηση 1 g/g στο UPCR αύξησε τον κίνδυνο υποτροπής κατά 17% ($p\text{-value}=0,016,$ $\exp(B)=1.174$).

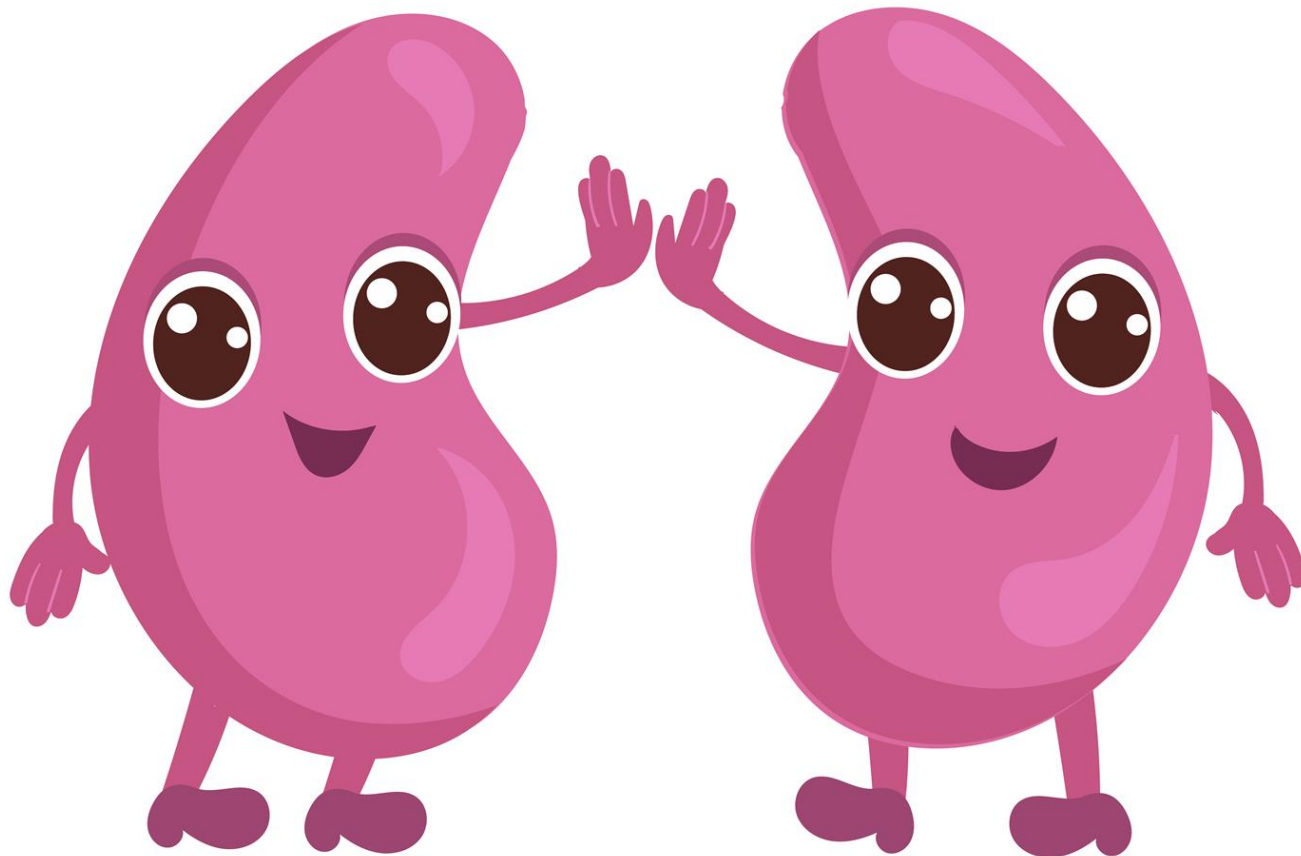
Αποτελέσματα



Οι καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier έδειξαν ότι οι ασθενείς που πέτυχαν οποιαδήποτε μορφή ύφεσης δεν παρουσίασαν το τελικό σημείο της μείωσης κατά 40% του e-GFR (log-rank p-value=0,007).

Συμπεράσματα

- Η επίτευξη και η διατήρηση της ύφεσης στην πρωτοπαθή MN είναι το κλειδί για τη διατήρηση του e-GFR και την πρόληψη της επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας.
- Παράγοντες κινδύνου όπως το ανδρικό φύλο, η αρχική βαριά πρωτεϊνουρία και τα ειδικά αντισώματα χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και προσεκτική διαχείριση για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών.



Σας ευχαριστώ