



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC SOCIETY OF NEPHROLOGY

25^ο Πανελλήνιο
Συνέδριο

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ


ΜΕΓΑΡΟ
ΔΙΕΘΝΕΣ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ



19-21 ΙΟΥΝΙΟΥ 2024

A

Θ

H

N

A

ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

W W W . 2 5 P S N . G R

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος

Πετράς Δημήτριος

Αντιπρόεδρος

Γούμενος Δημήτριος

Ταμίας

Γριβέας Ιωάννης

Μέλη

Ανδρίκος Αιμίλιος

Γεωργιανός Παναγιώτης

Γιαννικουρής Ιωάννης

Γιαννοπούλου Μυρτώ

Γιάννου Παναγιώτα

Δημητριάδης Χρυσόστομος

Ελευθεριάδης Θεόδωρος

Ιονέσκου Σιμόνα

Καλαϊτζίδης Ρήγας

Καρασαββίδου Δέσποινα

Κουτρούμπας Γεώργιος

Κρίκη Πελαγία

Κυρικλίδου Παρθένα

Λειβαδίτης Κωνσταντίνος

Λιακόπουλος Βασίλειος

Λιονάκη Σοφία

Μακρής Φώτης

Μαρινάκη Σμαραγδή

Μουστάκας Γεώργιος

Μπαλάφα Όλγα

Μπαμίχας Γεράσιμος

Ντουνούση Ευαγγελία

Ξυδάκης Δημήτριος

Παναγούτσος Στυλιανός

Παπαδάκη Αντωνία

Παπασωτηρίου Μάριος

Παπαχρήστου Ευάγγελος

Πατεινάκης Παναγιώτης

Σαραφίδης Παντελής

Στάγκου Μαρία

Σταματέλου Κυριακή

Στεφανίδης Ιωάννης

Τσούκα Γλυκερία

Χαλκιά Αγλαΐα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος

Πασαδάκης Πλουμής

Μέλη

Δαρεμά Μαρία

Ελευθεριάδης Θεόδωρος

Μπαλάφα Όλγα

Παναγούτσος Στυλιανός

Πετράκης Ιωάννης

Πετράς Δημήτριος

Ρουμελιώτης Στέφανος

Σκαλιώτη Χρυσάνθη

Σταμπολλίου Εμελίνα

Στυλιανού Κωνσταντίνος

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΕ

Πρόεδρος

Πετράς Δημήτριος

Αντιπρόεδρος

Παναγούτσος Στυλιανός

Γεν. Γραμματέας

Παπαχρήστου Ευάγγελος

Ειδ. Γραμματέας

Φιλίοπουλος 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

Κάψια Ελένη

Κρίκη Πελαγία

Λιονάκη Σοφία

Μπαλάφα Όλγα

Στυλιανού Κωνσταντίνος

Χαλκιά Αγλαΐα

Περιτοναϊκή Κάθαρση

Πρόεδρος

Λιακόπουλος Βασίλειος

Κριτές

Ανδρίκος Αιμίλιος

Δημητριάδης Χρυσόστομος

Καποτά Αθανασία

Αιμοκάθαρση

Πρόεδρος

Παναγούτσος Στυλιανός

Κριτές

Διβάνη Μαρία

Παπαχρήστου Ευάγγελος

Σονικιάν Μάκρω

Σταματέλου Κυριακή

Μεταμόσχευση

Πρόεδρος

Μαρινάκη Σμαραγδή

Κριτές

Δαρεμά Μαρία

Κασιμάτης Ευστράτιος

Ντουνούση Ευαγγελία

Υπέρταση

Πρόεδρος

Σαραφίδης Παντελής

Μέλη

Γεωργιανός Παναγιώτης

Δαμιανάκη Αικατερίνη

Καλαϊτζίδης Ρήγας

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 ενοτήτων.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ**Χ. Σκαλιώτη, Ε. Κάψια, Σ. Τσιάκας, Ο. Παπαϊωάννου, Α. Αβρονιδάκη, Ε. Καλαϊτζάκης, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη***Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Αθηνών «Λαϊκό»*

Εισαγωγή: Οι σοβαρές λοιμώξεις αποτελούν συχνή επιπλοκή, που αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των ασθενών με ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα (AAV). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της επίπτωσης και των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρών λοιμώξεων, που χρήζουν νοσηλείας, σε ασθενείς με AAV και σοβαρή νεφρική προσβολή.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά τους φακέλους ασθενών με AAV που παρακολουθούνταν στο κέντρο μας την περίοδο 1999-2024.

Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 92 ασθενείς (49 άνδρες) με διάμεση ηλικία 63.5 έτη (IQR;53.0-70.5). Γενικευμένη νόσο παρουσίαζε το 62.36% των ασθενών, με μέσο BVAS 18.14 (±5.43), και MPO-ANCA το 59.78% των ασθενών. Ιστολογική τεκμηρίωση της νεφρικής βλάβης καταγράφηκε σε 96.7% των ασθενών. Κατά την διάγνωση η διάμεση τιμή eGFR ήταν 18.5 ml/min (IQR;11.15-29.51). Ως θεραπεία επαγωγής οι ασθενείς έλαβαν κυκλοφωσφαμίδη (56.52%), συνδυασμό μειωμένης δόσης κυκλοφωσφαμίδης-rituximab (36.96%), rituximab (6.52%), ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης (76.08%), συνεδρίες πλασμαφαίρεσης (46.15%). Η θεραπεία συντήρησης περιελάμβανε rituximab, azathioprine, mycophenolate mofetil, μεθυλπρεδνιζολόνη σε 37.36%, 39.56%, 21.98% και 100% των ασθενών αντίστοιχα.

Μετά από διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 3.99 έτη (IQR;1.83-9.91) (564.96 ασθενείς-έτη) καταγράφηκαν 49 επεισόδια σοβαρών λοιμώξεων σε 40 ασθενείς, με συχνότερη εστία το αναπνευστικό (64.7%). Η επίπτωση των σοβαρών λοιμώξεων στο χρόνο παρακολούθησης ήταν 9.7/100 ασθενείς-έτη. Το 59.52% αφορούσε την περίοδο θεραπείας επαγωγής (πρώτο επεισόδιο ή υποτροπή). Κατά την φάση θεραπείας επαγωγής η συχνότητα των λοιμώξεων ήταν για την κυκλοφωσφαμίδη, τον συνδυασμό μειωμένης δόσης κυκλοφωσφαμίδης-rituximab και το rituximab 44.44%, 52% και 8% αντίστοιχα. Κατά την φάση θεραπείας συντήρησης, η συχνότητα των λοιμώξεων ήταν 54.55%, 36.36%, 9.09% για τα rituximab, azathioprine, mycophenolic mofetil αντίστοιχα. Στη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης, 2 ασθενείς (2.17%) απεβίωσαν λόγω λοίμωξης.

Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η πλασμαφαίρεση κατά την διάγνωση ήταν ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρών λοιμώξεων (OR;3.17, 95%CI:1.07-9.42) σε όλη τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Σε αυτή την ομάδα ασθενών με AAV και βαριά νεφρική προσβολή, φάνηκε ότι οι σοβαρές λοιμώξεις ήταν συχνότερες όταν το ανοσοκατασταλτικό σχήμα επαγωγής της ύφεσης περιελάμβανε κυκλοφωσφαμίδη. Σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρών λοιμώξεων ήταν η ανάγκη πλασμαφαίρεσης.

EA 01**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΝΔΙΑΜΕΣΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ 6 ΜΗΝΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ, SPIRIT, ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ eGFR ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ, ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ****Δ. Πετράς¹, Β. Λιακόπουλος², Σ. Μαρινάκη³, Ι. Στεφανίδης⁴, Ι. Γριβέας⁵, Δ. Ξυδάκης⁶, Ε. Θεοδωροπούλου⁷, Δ. Γουρλής⁸, Α. Ανδρεαδέλλης⁸, Ε. Σταμπολλίου¹, Δ. Γούμενος⁹**

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ³Νεφρολογικό Τμήμα, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ⁴Νεφρολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, ⁵Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού, 417 NIMITS, Αθήνα, ⁶Νεφρολογικό Τμήμα, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης, ⁷Νεφρολογικό Τμήμα, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς, ⁸Ιατρικό Τμήμα, AstraZeneca, ⁹Νεφρολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας

Εισαγωγή: Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) επηρεάζει το 8-16% του πληθυσμού παγκοσμίως και χαρακτηρίζεται από νεφρική βλάβη ή/και εκτιμώμενο Ρυθμό Σπειραματικής Διήθησης (eGFR) μικρότερο από 60 ml/min/1.73 m² για περισσότερο από 3 μήνες. Κύριος στόχος της μελέτης ήταν η καταγραφή των θεραπευτικών αλγορίθμων και της διαχείρισης της νόσου ασθενών που παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά σε νεφρολόγους με μειωμένο eGFR και διάγνωση XNN, υπό συνθήκες πραγματικής κλινικής πρακτικής στην Ελλάδα.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για ενδιάμεση ανάλυση 6 μηνών μίας συνεχιζόμενης, προοπτικής, πολυκεντρικής, εθνικής μελέτης παρατήρησης στην οποία εντάχθηκαν 178 ασθενείς, με eGFR μεταξύ <60 και 15 ml/min/1.73 m², που παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά σε νεφρολόγους σε 15 δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 71 έτη, με το 39,6% αυτών να κατηγοριοποιείται ως σταδίου G3b της XNN. 71,6% και 33,7% των ασθενών έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη, αντίστοιχα. Το 78,7% των ασθενών έλαβε αντιυπερτασική και το 62,7% αντιδιαβητική θεραπεία. Η λήψη αναστολέων διαύλων ασβεστίου παρουσίασε αύξηση με την εξέλιξη της νόσου (από 52,2% στο G3a, σε 67,9% και 67,6% στα G3b και G4, αντίστοιχα), ενώ των ανταγωνιστών υποδοχών αγγειοτενσίνης II μείωση (από 78,3% στο G3a, σε 41,5% και 17,6% στα G3b και G4, αντίστοιχα). Με την εξέλιξη της νόσου, παρατηρήθηκε μείωση στη λήψη μετφορμίνης και αύξηση στη λήψη των αναστολέων DPP4. Επιπλέον, 10,9%, 19,5% και 5,3% των ασθενών λάμβαναν SGLT2 αναστολείς στα στάδια G3a, G3b και G4, αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της ενδιάμεσης ανάλυσης συνέβαλλαν στη συλλογή δεδομένων σε πραγματικές συνθήκες για τα θεραπευτικά πρότυπα και τη διαχείριση της XNN στην Ελλάδα.

Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από την AstraZeneca

EA 02

ΕΑ 03

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΥΦΕΣΗΣ ΑΝΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Δ. Γκαλίτσιου, Κ. Κανελλοπούλου, Μ. Κωστοπούλου, Τ. Πουλλή, Ν. Μάρκου, Α. Πουλά, Ε. Ευαγγέλου, Γ. Μουστάκας***Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»*

Εισαγωγή: Η πρώιμη ύφεση ασθενών με ANCA σχετιζόμενες αγγειίτιδες με νεφρική προσβολή, έχει συσχετισθεί με βελτιωμένη νεφρική επιβίωση σε μια σειρά μελετών, άγνωστη όμως παραμένει η σχέση της με τη διατήρηση καλής νεφρικής λειτουργίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση της πρώιμης ύφεσης με την μακροχρόνια ευνοϊκή νεφρική έκβαση.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης ασθενών με ANCA σχετιζόμενη αγγειίτιδα του Νεφρολογικού τμήματος του Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς, μεταξύ 2004 - 2023. Κλινικοεργαστηριακά και επιδημιολογικά δεδομένα καταγράφηκαν κατά τη διάγνωση, στους 3 μήνες και στο τέλος της παρακολούθησης. Ως ύφεση ορίστηκε η απουσία ενεργότητας βάσει της κλίμακας Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) και ως καλή νεφρική έκβαση ορίστηκε η νεφρική λειτουργία ως $eGFR \geq 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ στο τέλος της παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 67 ασθενείς (50 MPO-ANCA/17 PR3-ANCA) με μέση ηλικία 75 ($SD \pm 10.9$) έτη και μέσο χρόνο παρακολούθησης 6,1 έτη. Ο μέσος εκτιμώμενος GFR (ml/min/1.73m^2) (CKD-EPI) κατά τη διάγνωση και στο τέλος της παρακολούθησης ήταν 26.1 ($SD \pm 21.9$) και 42.4 ($SD \pm 25.1$) αντίστοιχα. Συνολικά 58 ασθενείς (86.5%) παρουσίασαν ύφεση, με τους 30 (44.7%) να παρουσιάζουν ύφεση τους πρώτους 3 μήνες. Στην μονοπαραγοντική ανάλυση οι ασθενείς με καλύτερη νεφρική λειτουργία κατά τη διάγνωση και οι ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση στους 3 μήνες ήταν πιο πιθανό να παρουσιάζουν $eGFR \geq 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ στο τέλος της παρακολούθησης (OR 1.03, $p=0.013$ και OR 8.66, $p=0.002$ αντίστοιχα). Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο σταθμισμένο για ηλικία και φύλο μόνο η ύφεση στους 3 μήνες παρέμεινε στατιστικά σημαντική, ανεξαρτήτως της νεφρικής λειτουργίας κατά τη διάγνωση (OR = 6.7, $p=0.012$).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη, η πρώιμη ανταπόκριση στη θεραπεία επαγωγής, εκτιμώμενη με την επίτευξη ύφεσης στους 3 μήνες, αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης βελτιωμένης μακροχρόνιας νεφρικής έκβασης.

ΕΑ 04

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΑΧΕΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Β. Φιλιόπουλος¹, Χ. Μελεξοπούλου¹, Σ. Ρηγόγλου¹, Γ. Καρδάρη¹, Κ. Βαλλιάνου¹, Ε. Καραβασίλης², Γ. Ντούνας³, Ε. Ευσταθόπουλος⁴, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹**¹Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»²Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης³Διαγνωστικό Κέντρο «Ιατροδιάγνωση», Αθήνα⁴2^ο Τμήμα Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η τολβαπτάνη είναι η πρώτη ειδική θεραπεία που αποδεδειγμένα επιβραδύνει την εξέλιξη της νεφρικής νόσου σε ασθενείς με αυτοσωματική κυρίαρχη πολυκυστική νόσο των νεφρών (ADPKD). Ωστόσο, τα εμπόδια στη χρήση της στην καθημερινή κλινική πράξη δεν έχουν επαρκώς εξεταστεί.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά 280 ασθενείς με ADPKD που εκτιμήθηκαν στο Ιατρείο Πολυκυστικής Νόσου του Νοσοκομείου μας κατά την πενταετία 2019-2023. Η αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου για ταχεία εξέλιξη της νεφρικής νόσου έγινε με το μοντέλο πρόβλεψης της Mayo Clinic. Ένδειξη χορήγησης τολβαπτάνης είχαν ασθενείς με ηλικία 18-55 έτη, $eGFR \geq 25 \text{ ml/min/1.73m}^2$ και κατηγορία 1C-1E (απεικονιστική ταξινόμηση Mayo Clinic).

Αποτελέσματα: Σε 186 ασθενείς πραγματοποιήθηκε ογκομέτρηση με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας και βρέθηκαν 139 να πληρούν τα κριτήρια για τη χορήγηση της τολβαπτάνης. Από αυτούς οι 85 (61.1%) έλαβαν το φάρμακο στη διάρκεια της μελέτης. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση φάνηκε ότι ο $eGFR$ είναι η μοναδική παράμετρος που διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών που έλαβαν τολβαπτάνη έναντι αυτών που δεν έλαβαν αν και είχαν ένδειξη, με τους πρώτους να εμφανίζουν χαμηλότερο $eGFR$ ($p=0.018$). Οι πιο συχνές αιτίες που επικαλούνται οι 54 ασθενείς της μελέτης που επέλεξαν να μη λάβουν το φάρμακο παρά την ύπαρξη σαφούς ένδειξης ήταν ο φόβος παρενεργειών σχετιζόμενων με την πολυουρία (48%) και η επιθυμία τεκνοποίησης (15%).

Συμπεράσματα: Σε αναδρομική ανάλυση των ασθενών του ιατρείου πολυκυστικής νόσου ενός κέντρου φάνηκε ότι σημαντικό ποσοστό, που προσεγγίζει το 40%, των ασθενών υψηλού κινδύνου για ταχεία εξέλιξη της νόσου δεν έλαβε θεραπεία με τολβαπτάνη. Οι περισσότεροι από αυτούς είχαν καλώς διατηρημένο $eGFR$. Οι πιθανές παρενέργειες της πολυουρίας είναι ο κύριος λόγος για την άρνησή τους να λάβουν την ενδεδειγμένη θεραπεία. Στρατηγικές για τον περιορισμό της παρενέργειας αυτής θα μπορούσαν να διευρύνουν τη θεραπεία με τολβαπτάνη σε ασθενείς με ADPKD.

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Ε. Ευαγγέλου¹, Δ. Παλαιολόγου², Μ. Κώνστα³, Κ. Βασιλείου¹, Λ. Λάζαρος², Ν. Μάρκου¹, Α. Πουλά¹, Τ. Πουλλή¹, Ε. Καναβάκης², Γ. Τσιρπανλής¹¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα²Genesis Genoma Lab, Γενετική Διάγνωση, Κλινική Γενετική & Έρευνα, Αθήνα³Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Η Πολυκυστική Νόσος των νεφρών (ΠΚΝ) η κληρονομούμενη με επικρατούντα χαρακτήρα, αποτελεί τη κύρια νεφρική γενετική νόσο που οφείλεται σε μετάλλαξη σε ένα μόνο γονίδιο και την τέταρτη αιτία Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΤΣΧΝΝ), διεθνώς. Η επιβεβαίωση της νόσου με γενετική ανάλυση, προσφέρει προγνωστικά δεδομένα και μπορεί να βοηθήσει το θεραπευτικό της χειρισμό. Στη παρούσα μελέτη διερευνώνται τα γενετικά χαρακτηριστικά μιας μεγάλης ομάδας ασθενών που παρακολουθούνται σε ειδικό για τη νόσο κέντρο στην Ελλάδα.

Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη περιελήφθησαν 93 ασθενείς (46 γυναίκες, 47 άνδρες, μέσης ηλικίας 34±15 ετών, ηλικιακό εύρος 6 μήνες - 66 έτη) προερχόμενοι από 59 διαφορετικές οικογένειες που παρακολουθούνται στο ιατρείο ΠΚΝ του Νεφρολογικού Τμήματος του Γ.Ν. Αθηνών, «Γ. Γεννηματάς». Έγινε μοριακή γενετική ανάλυση με στοχευμένη αλληλούχηση επόμενης γενιάς (targeted next-generation sequencing, tNGS) σε πάνελ γονιδίων με περισσότερα από 600 γονίδια σχετιζόμενα με τον κλινικό φαινότυπο της νόσου ή αλληλούχηση κατά Sanger και ανίχνευση ελλειμμάτων/διπλασιασμών με την τεχνική Multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA). Σε 3 ασθενείς με αρνητικό γενετικό έλεγχο έγινε επιπλέον ανάλυση των εξονίων του γονιδιού PKD1 (whole exome sequencing, WES) και ανάλυση ολόκληρου του γονιδιωματός (whole genome sequencing, WGS). Με Μαγνητική Τομογραφία που έγινε σε 74 από τους 93 ασθενείς διαπιστώθηκε η ύπαρξη περισσότερων των 10 νεφρικών κύστεων σε όλους τους ασθενείς πλην ενός. Στα παιδιά με θετικό οικογενειακό ιστορικό ΠΚΝ επιβεβαιώθηκε υπερηχογραφικά η ύπαρξη τουλάχιστον μιας νεφρικής κύστης, ενώ σε αυτά με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό η ύπαρξη περισσότερων της μιας νεφρικών κύστεων.

Αποτελέσματα: Γενετική διάγνωση τέθηκε στους 88 από τους 93 ασθενείς (94.5%). Εβδομήντα ασθενείς (75%) παρουσίασαν σημειακές νουκλεοτιδικές παραλλαγές (single nucleotide variants, SNVs) και μεγάλα ελλείμματα (exon deletions) (4 ασθενείς) στο γονίδιο PKD1. Σε 15 (16%) διαπιστώθηκαν SNVs και μεγάλα ελλείμματα (5 ασθενείς) στο γονίδιο PKD2. Σε 3 ασθενείς (3.5%) βρέθηκαν μεταλλάξεις σε άλλα γονίδια, εκτός των PKD1 και PKD2. Σε δυο από αυτούς (πατέρα και γιο) η ίδια παραλλαγή αφορούσε το γονίδιο SEC61B. Ο πατέρας είχε περισσότερες από 10 νεφρικές και πολλές ηπατικές κύστες ενώ ο γιος, 30 έτη μικρότερος, είχε μόνο ηπατικές κύστες. Στην τρίτη ασθενή, με ιστορικό νεφρολιθίασης και περισσότερες από 10 νεφρικές κύστες, βρέθηκε μια μετάλλαξη στο γονίδιο SLC3A1. Στους 5 ασθενείς (5.5%) με φαινότυπο ΠΚΝ και αρνητικό γενετικό έλεγχο δεν βρέθηκε κάποια γενετική παραλλαγή παρόλο που στους 3 απ αυτούς έγινε επιπλέον WES και WGS. Από τις 70 μεταλλάξεις που εντοπίστηκαν σε ισάριθμους ασθενείς στο γονίδιο PKD1, οι 43 (61%) ήταν truncating (δηλαδή προκαλούσαν περικοπή του μεγέθους της παραγόμενης πρωτεΐνης, της Πολυκυστίνης 1), ενώ οι υπόλοιπες (39%) ήταν non-truncating. Σύμφωνα με τις οδηγίες του Αμερικάνικου Κολεγίου Ιατρικής Γενετικής και Γονιδιωματος, 45.5% από τις παραλλαγές που ανιχνεύθηκαν ταξινομήθηκαν ως παθολογικές, 36% ως πιθανά παθολογικές και οι υπόλοιπες 12 (13.5%) ως παραλλαγές άγνωστης σημασίας (variants of uncertain significance, VUS). Για 6 από τις 12 τελευταίες παραλλαγές θα προταθεί αλλαγή της ταξινόμησης τους από VUS σε πιθανά παθολογικές γιατί τεκμηριώθηκαν σε πολλαπλά πάσχοντα άτομα με φαινότυπο ΠΚΝ στην ίδια οικογένεια. Τέλος, 52% και 82% από τις γενετικές παραλλαγές που ανιχνεύθηκαν δεν έχουν προηγουμένως αναφερθεί στις βάσεις δεδομένων ClinVar και gnomAD, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Σε μια μεγάλη ομάδα ασθενών με ΠΚΝ που κατοικούν στην Ελλάδα, οι μεταλλάξεις που επηρεάζουν σημαντικά την ακεραιότητα της παραγόμενης πρωτεΐνης από το γονίδιο PKD1 (PKD1-truncating), δηλαδή της Πολυκυστίνης 1, αποτελούν τη κύρια γενετική βλάβη ακολουθούμενες από τις μεταλλάξεις στο ίδιο γονίδιο που δεν προκαλούν περικοπή του μεγέθους της πρωτεΐνης (PKD1-non-truncating), μεταλλάξεις στο γονίδιο που παράγει την Πολυκυστίνη 2 (PKD2), άλλες σπάνιες βλάβες σε άλλα γονίδια ή τέλος σε βλάβες που παραμένουν αδιευκρίνιστες.

ΕΑ 05



ΕΑ 06

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΣΠΑΝΙΕΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Α. Χαλκιά¹, Ε. Σταθοπούλου¹, Α. Παπράς¹, Μ. Μπόρα¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Π. Γιάννου¹, Χ. Γακιοπούλου², Κ. Τσιούφης³, Δ. Βασιλόπουλος⁴, Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

³Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα,

⁴Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι σπειραματοπάθειες αποτελούν πολύπλοκα νοσήματα, τα οποία απαιτούν υψηλές νοσοκομειακές παροχές, ενώ η χρόνια νεφρική νόσος και το τελικό στάδιο παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση σε αυτούς τους ασθενείς.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά νοσηλευόμενους και ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων με σπειραματικές παθήσεις, οποίοι είχαν ενεργή παρακολούθηση κατά τα έτη 2018-2023 από κέντρο εμπειρογνωμοσύνης για σπάνιες σπειραματοπάθειες.

Αποτελέσματα: 251 ασθενείς (38% γυναίκες, μέση ηλικία 56.6±17.1 έτη) συμπεριλήφθηκαν. Η πιο συχνή σπειραματική πάθηση αποτελεί η IgA νεφροπάθεια (24%) και ακολουθούν: ANCA-σχετιζόμενη σπειραματονεφρίτιδα (AAGN) (19%), μεμβρανώδης σπειραματοπάθεια (18%), FSGS (17%), ΣΕΛ νεφρίτιδα (7%), MGRS (5%), μεμβρανουπερπλαστική/C3 σπειραματονεφρίτιδα (4%), ελαχίστων αλλοιώσεων (4%), ινιδιακή (2%) και IgG4-σχετιζόμενη νεφρίτιδα (1%). Η κατανομή των σπειραματικών παθήσεων διαφέρει με βάση την ηλικία: σε ασθενείς με ηλικία >75 έτη επικρατεί η AAGN, με 50-75 έτη η μεμβρανώδης και <50 έτη η IgA νεφροπάθεια. Καταγράψαμε μία αυξανόμενη τάση στις ανάγκες για νοσηλείες, συμπεριλαμβανομένου τις ημερήσιες νοσηλείες (274, 452, 461 νοσηλείες τα έτη 2018, 2019, 2020 αντίστοιχα). Η AAGN επικρατούσε έναντι των υπολοίπων στις ανάγκες για νοσηλείες (53% το 2018, 33% το 2019, 39% το 2020). Παρατηρήσαμε επίσης αυξανόμενη τάση στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία ανά έτος (279, 456 και 464 συνολικά επισκέψεις τα έτη 2018, 2019 και 2020 αντίστοιχα). Η πάθηση με τον μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων ανά ασθενή αποτελούσε η AAGN (διάμεση τιμή 3.25 επισκέψεις ανά ασθενή ανά έτος). 76% των ασθενών παρουσίασε πλήρη ύφεση και συνολικά καταγράφηκε μείωση της πρωτεϊνουρίας μετά τον 1^ο χρόνο (διάμεση τιμή -57% [IQR -88 to 0]). Όσον αφορά την νεφρική ανάκαμψη στον 1^ο χρόνο, στο 90% παρατηρήθηκε σταθεροποίηση ή και βελτίωση του eGFR (συνολική κοόρτη διάμεση τιμή ΔGFR 1-0 = 3ml/min/1.73m² [IQR -1 to 17]), ενώ το 8% κατέληξε σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με σπειραματικές παθήσεις παρουσιάζουν αυξημένη ανάγκη για νοσηλείες και τακτικές επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία. Επιπρόσθετα με την ανοσοκατασταλτική θεραπεία, ένα καλά οργανωμένο κέντρο παρέχόμενο από μία πολυεπιστημονική ομάδα αποτελούν σημαντικές συνιστώσες για την καλύτερη νεφρική πρόγνωση των ασθενών.

ΕΑ 07

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Τσινάρη¹, Σ. Ρουμελιώτης¹, Γ. Βαρουκτσής¹, Ε. Γεροπούλου¹, Ι. Μαλλιώρας², Ε. Ντουνούση², Β. Λιακόπουλος¹

¹Β' Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η γνωστική δυσλειτουργία είναι συχνή σε ΧΝΑΤΣ. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση της γνωστικής δυσλειτουργίας με την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς υπό Περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).

Υλικό & Μέθοδος: Σε 60 ασθενείς υπό ΠΚ μέσης ηλικίας 62,5±13,1 ετών, 34 άνδρες, καθορίστηκαν παράμετροι της αρτηριακής σκληρίας όπως η ταχύτητα που σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity-PWV) με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany) και το τεστ γνωστικής αξιολόγησης Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Αποτελέσματα: Το σκορ του MoCA τεστ σχετίστηκε σημαντικά με το PWV (p=0.04, r=0.7), τη συστολική αρτηριακή πίεση-ΣΑΠ (p=0.007, r=0.37), τη διαστολική ΔΑΠ (p<0.0001, r=0.5), την κεντρική ΣΑΠ (p<0.0001, r=0.043), την κεντρική ΔΑΠ (p<0.0001, r=0.048), την ηλικία (p<0.0001, r=-0.62), GFR (p=0.04, r=-0.34), τη συγκέντρωση της βιταμίνης D (p=0.03, r=0.36), τα έτη ΣΔΤ2 (p=0.006, r=-0.46) και τα έτη καρδιαγγειακής νόσου ΚΑΝ (p=0.001, r=-0.53), Spearman's rho, ενώ η ανάλυση Kruskal-Wallis έδειξε πως το σκορ του τεστ ήταν σημαντικά μειωμένο σε ΣΔΤ2 (p<0.0001), ΚΑΝ (P=0.007) και καρδιακή ανεπάρκεια (p=0.002). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (stepwise multiple regression) έδειξε πως μόνο η κεντρική ΣΑΠ αποτελούσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα του MoCA τεστ (p=0.004, B=0.23, 95%CI=0.12-0.34), σε μοντέλο σταθμισμένο για όλους τους παράγοντες που σχετίστηκαν με το σκορ του τεστ στις προηγούμενες αναλύσεις. Η ίδια ανάλυση επίσης έδειξε πως τα έτη ΚΑΝ (p=0.028, B=0.87, 95%CI=0.76-0.99) και η συγκέντρωση νατρίου ορού (p=0.029, B=1.34, 95%CI=1.03-1.74) αποτελούσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες για διάγνωση γνωστικής δυσλειτουργίας (σκορ MoCA <26).

Συμπεράσματα: Η γνωστική δυσλειτουργία στους ασθενείς υπό ΠΚ είναι συχνή και σχετίζεται με την αρτηριακή σκληρία και την ΚΑΝ.

ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΝΗ ΕΓΕΡΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Ι. Μαλλιώρας¹, Ο. Μπαλάφα¹, Α. Ντούνι¹, Ι. Αλέκος¹, Μ. Οικονόμου¹, Β. Τάτσης², Κ. Παππάς³, Ε. Ντουνούση^{1,4}

¹Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³Β' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁴Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και της καρδιακής συχνότητας (ΚΣ) κατά την έγερση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα στο γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς με ΧΝΝ. Οι αυξήσεις των παραμέτρων αυτών δεν έχουν διερευνηθεί σε ασθενείς υπό Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ). Στόχος της μελέτης είναι να συσχετίσει τις πρωινές διακυμάνσεις της ΑΠ και της ΚΣ με την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και την καρδιαγγειακή συννοσηρότητα.

Υλικά & Μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη ασθενών υπό ΠΚ που παρακολουθούνται στη Μονάδα μας. Πραγματοποιήθηκε 24ωρη περιπατητική μέτρηση ΑΠ (Mobil-o-graph®). Δόθηκε ημερολόγιο στους ασθενείς καταγραφής της ώρας: 1) διενέργειας της βραδινής αλλαγής (CAPD) ή της σύνδεσης με το μηχάνημα αυτόματης περιτοναϊκής κάθαρσης (APD), β) κατάκλισης, γ) ύπνου, δ) αφύπνισης, ε) πρωινής έγερσης στ) πρωινής αλλαγής ή αποσύνδεσης. Οι 24ωρες καταγραφές ΑΠ αναλύθηκαν και οι υπολογισμοί έγιναν με βάση τις πληροφορίες του ημερολογίου σε 30 ασθενείς (10 άνδρες/20 γυναίκες -9 σε CAPD/21 σε APD).

Αποτελέσματα: Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων που υπολογίστηκαν (Πίνακας). Με το LVMi. Οι ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο (Σακχαρώδης Διαβήτης, Στεφανιαία Νόσο, Καρδιακή Ανεπάρκεια) εμφάνισαν στατιστικά χαμηλότερη καταβύθιση της ΑΠ (9,56 έναντι 2,29 mmHg, $p=0,034$) και υψηλότερη νυχτερινή ΣΑΠ (128.22. έναντι 114,25 mmHg, $p=0,024$). Δεν υπήρχαν διαφορές στην ΑΠ πριν την αφύπνιση ή στις υπόλοιπες μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ CAPD και APD, αν και οι ασθενείς σε APD κατέγραψαν διακοπτόμενο ύπνο.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο εμφάνισαν χαμηλότερη καταβύθιση της ΑΠ και αυξημένη νυχτερινή ΣΑΠ σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς καρδιαγγειακή νόσο. Δεν υπήρχαν συσχετίσεις με την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας ή τη μορφή της ΠΚ.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΔΙΑΧΥΣΗΣ ΤΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (PSTR) ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Θεοδωρίδης, Χ. Δημητρακόπουλος, Κ. Κανταρτζή, Χ. Πάττας, Ν. Μαργαρίτης, Σ. Παναγούτσος

Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Ο ρυθμός διάχυσης των μικρομοριακών ουσιών δια της περιτοναϊκής μεμβράνης (PSTR) αποτελεί καθοριστικό παράγοντα τόσο στην επιβίωση των ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) όσο και στην επιβίωση της τεχνικής. Από τις διεθνείς οδηγίες (ISPD) προτείνεται ο καθορισμός εθνικού ή τοπικού μέσου όρου για τον PSTR με τους ασθενείς που βρίσκονται πάνω από αυτόν να χαρακτηρίζονται ως ταχείς μεταφορείς. Στην ομάδα αυτή παρατηρείται αυξημένος καρδιαγγειακός κίνδυνος λόγω της μειωμένης ικανότητας για υπερδιήθηση καθώς επίσης και λόγω της αυξημένης απώλειας λευκωμάτων. Σκοπός της μελέτης η ανίχνευση της επίδρασης του PSTR στην επιβίωση των ασθενών υπό ΠΚ.

Υλικά & Μέθοδος: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 180 ασθενείς εκ των οποίων οι 77 είχαν αργότερο ρυθμό διάχυσης ουσιών ($d/p Cr < 0.65$ – Ομάδα Α) και οι 103 γρηγορότερο PSTR ($d/p Cr > 0.65$ – Ομάδα Β). Έγινε εκτίμηση από τις δοκιμασίες επάρκειας κάθαρσης και τους ελέγχους λειτουργίας της ΠΜ (PET test) (συγκρίνοντας τις αρχικές με τις τελικές): των μεταβολών της RRF (ΔV_{urine}), του ρυθμού διάχυσης ουσιών ($\Delta d/pCr$), του 4ωρου εκ του PET υπερδιηθήματος (UF) και της επάρκειας κάθαρσης ουρίας (Kt/V). Επίσης με την μέθοδο Kaplan-Meier εκτιμήθηκε η επιβίωση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα εκτιμήθηκαν με το Mann-Whitney U Test (Δ = διαφορά του αρχικού από το τελικό αποτέλεσμα)

	Ομάδα Α (n=140)	Ομάδα Β (n=64)	p
Ηλικία (έτη)	73 (65,76)	70 (62,76)	0.56
Αλβουμίνη (gr/dl)	3.7 (3.4,3.9)	3.7 (3.5,4)	0.42
nPCR (g/Kg/24h)	0.78 (0.6,0.99)	0.81 (0.63,0.92)	0.88
ΔV_{urine} (ml)	200 (112,775)	400 (-50,800)	0.06
$\Delta Kt/V_{residual}$	0.54 (0.2,1.1)	0.22 (0, 0.71)	0.08
ΔUF (ml)	75 (-142,282)	20 (-90,190)	0.30

Από τα ως άνω αποτελέσματα δεν αναδεικνύεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι οι ταχύτεροι μεταφορείς δεν παρουσιάζαν χειρότερες τιμές στους δείκτες θρέψης (Alb, nPCR), οι βραδύτεροι μεταφορείς τείνουν να διατηρούν μεγαλύτερο όγκο ούρων ενώ η διαφορά στην υπερδιήθηση από τα PET δεν είναι σημαντική. Εκτιμήθηκε επίσης με την μέθοδο Kaplan-Meier η επιβίωση των ασθενών: Ζητής επιβίωση για την Ομάδα Α 59% και για την Ομάδα Β 69% καθώς επίσης η 5ετής για την Ομάδα Α 42% και για τη Ομάδα Β 40% διαφορές η οποίες δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Long Rang $p=0.95$). Ακολούθως έγινε στάθμιση της επιβίωσης των δύο ομάδων με τη μέθοδο Cox Regression ως προς την ηλικία, την PSTR, την Αλβουμίνη, η μεταβολή στους δείκτες της υπολειμματικής νεφρικής λειτουργίας και στο υπερδιήθημα από τη δοκιμασία PET και ανέδειξε καλύτερη επιβίωση για τους αργούς μεταφορείς (στατιστικά σημαντική $p<0.001$) ενώ ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου αναδείχθηκαν η ηλικία ($p<0.001$) και ο ρυθμός διάχυσης των ουσιών ($p=0.037$).

Συμπεράσματα: Στη παρούσα μελέτη ο αργότερος ρυθμός διάχυσης των ουραιμικών τοξινών δια της μεμβράνης συσχετίστηκε με καλύτερη επιβίωση των ασθενών. Παραμένει ως επικρατέστερο σενάριο η υπερυδάτωση των ασθενών. Είναι απαραίτητο το close monitoring αυτής της ομάδας των ασθενών, η ένταξη τους σε Αυτοματοποιημένη ΠΚ και η χρήση εναλλακτικών ωσμοτικών παραγόντων στο περιτοναϊκό διάλυμα.

ΕΑ 08

ΕΑ 09

ΕΑ 10

ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΩΛΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Ε. Ροκκά¹, Χ. Μελεξοπούλου¹, Γ. Καρδάρη¹, Κ. Βαλλιάνου¹, Ν. Παρασκευά², Δ. Βαρδακώστας², Α. Μπάρλας², Σ. Μαρινάκη¹**¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»²Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού και Χειρουργικής Νεφροπαθών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Σκοπός: Οι ασθενείς που επανεντάσσονται σε εξωνεφρική κάθαρση μετά από απώλεια νεφρικού μοσχεύματος συνεχώς αυξάνονται. Παρόλα αυτά, ένα μικρό μόνο ποσοστό αυτών επιλέγει την περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) σαν μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Σκοπός της μελέτης ήταν η μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών που εντάσσονται σε ΠΚ μετά από απώλεια νεφρικού μοσχεύματος.

Υλικό & Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη των ασθενών που εντάχθηκαν σε ΠΚ μετά από απώλεια νεφρικού μοσχεύματος στο κέντρο μας. Καταγράφηκαν οι επιπλοκές της ΠΚ, η συχνότητα εμφάνισης περιτονίτιδας, η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία ένα έτος μετά την ένταξη σε ΠΚ, καθώς και η επιβίωση ασθενούς και τεχνικής κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Κατά τη χρονική περίοδο 2010-2022, 225 μεταμοσχευμένοι ασθενείς παρουσίασαν απώλεια του νεφρικού μοσχεύματος. Από αυτούς μόνο 10 (4,4%) επέλεξαν την ΠΚ ως μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Ο μέσος χρόνος παραμονής σε μεταμόσχευση ήταν 10 έτη. Μετά την ένταξη σε ΠΚ το πρωτόκολλο περιελάμβανε διακοπή της ανοσοκαταστολής, πλην 4ης μεθυλπρεδνιζολόνης που διατηρούταν για τους πρώτους 6μήνες. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών μετά την ένταξη σε ΠΚ ήταν 6,2έτη και η μέση ηλικία κατά την ένταξη ήταν 40έτη (60% γυναίκες). Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 1 ασθενής απεβίωσε 5έτη μετά την ένταξη σε ΠΚ λόγω περιφερικής αγγειακής νόσου, 1 επαναμεταμοσχεύθηκε 2 έτη μετά την ένταξη, ενώ 8 ασθενείς μεταφέρθηκαν σε αιμοκάθαρση. Οι αιτίες αλλαγής της μεθόδου κάθαρσης ήταν σε 4 (50%) από τους 8 ασθενείς η περιτονίτιδα (range 1-5.5 έτη), σε 2 ασθενείς η ανεπάρκεια υπερδιήθησης της περιτοναϊκής μεμβράνης (1 και 13 έτη μετά την ένταξη), σε 1 ασθενή η δυσλειτουργία του περιτοναϊκού καθετήρα ένα έτος μετά την ένταξη, ενώ σε 1 περίπτωση υπήρχαν κοινωνικοί λόγοι. Στο σύνολο των ασθενών ο μέσος χρόνος παραμονής σε ΠΚ ήταν 3,1 έτη [1-13έτη]. Ο αριθμός επεισοδίων περιτονίτιδας ανά ασθενή/έτος ήταν 0,44. Ένα έτος μετά την ένταξη σε ΠΚ, το 50% των ασθενών διατηρούσε υπολειπόμενη διούρηση τουλάχιστον 1 λίτρο/ημέρα. Σύνδρομο ανοσολογικής φλεγμονής του μοσχεύματος παρατηρήθηκε σε έναν μόνο ασθενή και χρειάστηκε νεφρεκτομή του μοσχεύματος 3 μήνες μετά την ένταξη σε ΠΚ.

Συμπεράσματα: Η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας μετά από απώλεια νεφρικού μοσχεύματος. Πρέπει να προτείνεται σαν επιλογή σε ασθενείς που επιθυμούν μια κατ'οίκον μέθοδο κάθαρσης.

ΕΑ 11

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΥΡΑΙΜΙΚΩΝ ΤΟΞΙΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**Θ. Τουρουντζής¹, Γ. Λιούλιος², Σ. Στάη², S. Van Laecke³, Μ. Χριστοδούλου², Ε. Μωυσίδου², Α. Φυλάκτου⁴, Φ. Στασινή¹, Ζ. Σκαρλάτου¹, Ε. Γινικοπούλου¹, G. Glorieux³, Μ. Στάγκου²**¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο Θεσσαλονίκης²Νεφρολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»³Department of Internal Medicine and Pediatrics, Nephrology unit, Ghent University Hospital, Gent, Belgium⁴Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση δυνάμει σχετίζεται με την επίδραση των ουραιμικών τοξινών. Σκοπός της μελέτης, είναι η συσχέτιση των επιπέδων ορού των ουραιμικών τοξινών και των κλινικών συμβάντων (καρδιαγγειακά, νοσηλεία λόγω λοίμωξης, λοίμωξη αναπνευστικού, ολική θνητότητα).

Υλικό & Μέθοδος: Στη συγκεκριμένη προοπτική μελέτη, σε 54 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (ηλικίας 51,3±16,91 ετών) ποσοτικοποιήθηκαν τα επίπεδα ορού ουραιμικών τοξινών [ιππουρικό οξύ (HA), indoxyl sulfate (IS), p-cresyl sulfate (pCS), p-cresyl glucuronide (pCG), indole-3-acetic acid (IAA), 3-carboxy-4-methyl-5-propyl-2-furanpropionic acid (CMPF)] με υγρή χρωματογραφία εξαιρετικής απόδοσης (UPLC). Ακολούθως συσχετίστηκαν με μελλοντικά κλινικά συμβάντα (καρδιαγγειακά, νοσηλεία λόγω λοίμωξης, λοίμωξη αναπνευστικού, ολική θνητότητα) κατά τη διάρκεια 24 μηνών παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς που απεβίωσαν (n=6), βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα ολικού HA 6,42 (4,54) έναντι 2,75 (3,03)mg/dl (p=0,007), ελεύθερου HA 4,79 (3,93) έναντι 1,363 (1,85)mg/dl (p=0,004); ελεύθερου IS 0,29 (0,29) έναντι 0,13 (0,17)mg/dl (p=0,045); ολικού pCG 0,36 (0,5) έναντι 0,19 (0,28)mg/dl (p=0,045), ελεύθερου pCG 0,33 (0,43) έναντι 0,18 (0,26)mg/dl (p=0,042). Σε ασθενείς που εμφάνισαν καρδιαγγειακό συμβάν (n=11), παρατηρήθηκε υψηλότερη συγκέντρωση CMPF [0,39 (0,67) έναντι 0,15 (0,19)mg/dl (p=0,015)]. Δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων pCS και IAA με νοσηρότητα και θνητότητα, καθώς και των ουραιμικών τοξινών με σοβαρές λοιμώξεις.

Βάσει μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης που διενεργήθηκε, οι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα ελεύθερου IS, ολικού και ελεύθερου HA είχαν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν εντός της περιόδου παρακολούθησης (p=0,047, p=0,013, p=0,003, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Τα αυξημένα επίπεδα ουραιμικών τοξινών (HA, ελεύθερο IS) σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου και του CMPF με καρδιαγγειακά συμβάντα.

Η ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ ΤΩΝ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Γ. Λιούλιος¹, Α. Βαγιώτας^{2,5}, Θ. Τουρουντζής^{3,5}, Μ. Χριστοδούλου^{4,5}, Ε. Μωυσίδου^{4,5}, Σ. Στάη^{4,5}, Η. Μηνασίδης^{1,6}, Α. Ξωχέλλη⁷, Β. Νικολαΐδου⁷, Δ. Ασουχίδου⁷, Α. Φυλάκτου⁷, Μ. Στάγκου^{4,5}

¹Νεφρολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

²Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

³Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

⁴Δ' Νεφρολογική Κλινική, ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

⁵Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁶Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁷Εθνικό και Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό Εργαστήριο, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι σχετιζόμενες με γήρανση αλλοιώσεις έχουν περιγραφεί σε λεμφοκύτταρα ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο, ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως η κλινική τους σημασία. Στην παρούσα μελέτη, εξετάστηκε η επίδραση των παραπάνω αλλοιώσεων στη συνολική θνητότητα ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ), υπό αιμοκάθαρση.

Υλικό & Μέθοδος: Προσδιορίστηκαν με κυτταρομετρία ροής υποπληθυσμοί Τ και Β λεμφοκυττάρων σε 62 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με βάση την έκφραση δεικτών CD45RA, CCR7, CD31, CD28, CD57, PD1, IgM και CD27. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν προοπτικά για τουλάχιστον 24 μήνες και καταγράφηκε η συνολική και καρδιαγγειακή θνητότητα.

Αποτελέσματα: Το 13% (8/62) των ασθενών αποβίωσαν κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Οι αποβιώσαντες είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εξαντλημένων CD4+PD1+ Τ λεμφοκυττάρων σε σύγκριση με τους επιζώντες [18,8(14-25) έναντι 11,5(7-16,9)% αντίστοιχα, $p=0,006$] και μειωμένο αριθμό συνολικών Β λεμφοκυττάρων [40(24) -115) έναντι 97(70-150) κύτταρα/μL, αντίστοιχα, $p=0,02$], διαφορά αφορούσε κυρίως τα Β λεμφοκύτταρα μνήμης και IgM μνήμης. Στην ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier με βάση το ποσοστό εξαντλημένων CD4+PD1+ Τ λεμφοκυττάρων η διαφορά στην επιβίωση των ασθενών ήταν σημαντική ($p=0,002$). Η επίδραση του ποσοστού εξαντλημένων Τ λεμφοκυττάρων παρέμεινε σημαντική στην παλινδρόμηση Cox, είτε όταν εξετάστηκε μόνη της ως συνεχής μεταβλητή ($p=0,003$, 95%CI: 1,0, 1,2), είτε σε συνδυασμό με την ηλικία (ποσοστό CD4+PD1+: $p=0,03$, 95% CI: 1,01, 1,23, ηλικία: $p=0,02$, 95% CI: 1,01, 1,44). Η καρδιαγγειακή θνητότητα δεν εμφάνισε σημαντικές συσχετίσεις με τους παραπάνω υποπληθυσμούς. Συμπεράσματα: Το ποσοστό των εξαντλημένων CD4+ Τ λεμφοκυττάρων θα μπορούσε να προβλέψει τη συνολική θνητότητα σε ασθενείς με ΧΝΝΤΣ υπό αιμοκάθαρση, ανεξάρτητα από την ηλικία.

Ο ΓΟΝΟΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ, ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ

Ε. Ευαγγέλου¹, Μ. Κώνστα², Κ. Βασιλείου¹, Δ. Πουλά¹, Ν. Μάρκου¹, Τ. Πουλλή¹, Δ. Παλαιολόγου³, Κ. Κανελλοπούλου¹, Γ. Τσιρπανλής¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

²Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³Genesis Genoma Lab, Γενετική Διάγνωση, Κλινική Γενετική & Έρευνα, Αθήνα

Εισαγωγή: Η Πολυκυστική Νόσος των νεφρών (ΠΚΝ) η κληρονομούμενη με επικρατούντα χαρακτήρα αποτελεί τη κύρια γενετική νόσο που οδηγεί σε Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ). Η γενετική ταυτότητα της νόσου πιθανώς συνδέεται με τον κλινικό της φαινότυπο. Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται οι συσχετίσεις γονοτύπου – φαινοτύπου στη ΠΚΝ σε μια μεγάλη ομάδα ασθενών.

Υλικό & Μέθοδος: Σε ασθενείς που παρακολουθούνται στο ιατρείο ΠΚΝ του Νεφρολογικού Τμήματος του Γ.Ν. Αθηνών, «Γ. Γεννηματάς» με φαινότυπο ΠΚΝ έγινε μοριακή γενετική ανάλυση με στοχευμένη αλληλούχηση επόμενης γενιάς (targeted next-generation sequencing, tNGS) σε πάνελ γονιδίων με περισσότερα από 600 γονίδια σχετιζόμενα με τον κλινικό φαινότυπο της νόσου ή αλληλούχηση κατά Sanger και ανίχνευση ελλειμμάτων/διπλασιασμών με την τεχνική Multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA). Τα αποτελέσματα της γενετικής ανάλυσης συσχετίστηκαν με στοιχεία του ιατρικού ιστορικού, της κλινικής και της εργαστηριακής εικόνας των ασθενών μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονταν και η απεικόνιση με Μαγνητική Τομογραφία (ΜΤ) για τον υπολογισμό του Συνολικού Όγκου των Νεφρών (ΣΟΝ) σε 66 από αυτούς.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 85 ασθενείς (43 γυναίκες, 42 άνδρες, ηλικίας 33 ± 16 ετών) με θετική γενετική διάγνωση για ΠΚΝ. Οι 58 από αυτούς (68%) είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΠΚΝ. Η μέση ηλικία κατά την οποία ο πάσχων γονέας με ΠΚΝ έφθασε σε ΤΣΧΝΑ ήταν τα 53.09 ± 9 έτη. Υπέρταση διαγνώστηκε στους 60 από τους 85 ασθενείς (71%). Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση της ήταν τα 31 ± 11 έτη. Βάσει της μέτρησης του ΣΟΝ και της ηλικίας, το 9% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΜΤ, ταξινομήθηκαν στη κατηγορία 1Α σύμφωνα με την Απεικονιστική Κατηγοριοποίηση κατά Mayo Clinic, το 20% στη κατηγορία 1Β, το 29% στην 1C, το 29% στην 1D και το 13% στη κατηγορία 1Ε. Σε 70 ασθενείς (82%) βρέθηκαν σημειακές νουκλεοτιδικές παραλλαγές ή μεγάλα ελλείμματα στο γονίδιο PKD1 και οι 61% από αυτές ήταν truncating (προκαλούν περικοπή του μεγέθους της παραγόμενης πρωτεΐνης δηλαδή της Πολυκυστίνης 1) ενώ οι υπόλοιπες 39% ήταν non-truncating. Σε 15 ασθενείς (18%) εντοπίστηκαν σημειακές νουκλεοτιδικές παραλλαγές ή μεγάλα ελλείμματα στο γονίδιο PKD2. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση της ΠΚΝ διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών ανάλογα με το γονότυπο τους. Στους ασθενείς με PKD1-truncating βλάβη, η ηλικία διάγνωσης ήταν τα 17.6 ± 11 έτη, σε αυτούς με PKD1-non-truncating η διάγνωση έγινε στα 24.5 ± 12 έτη ενώ σε αυτούς με βλάβη στο γονίδιο PKD2, στην ηλικία των 27.3 ± 16 ετών ($p = 0.01$). Επιπλέον, η μέση ηλικία κατά την οποία ο πάσχων γονέας με ΠΚΝ έφθασε σε ΤΣΧΝΑ ήταν τα 50 ± 8 , 55 ± 10 και 60 ± 7 έτη αντίστοιχα, στις παραπάνω ομάδες ασθενών, ($p = 0.04$). Τέλος, η μέση ηλικία διάγνωσης της υπέρτασης ήταν τα 29 ± 12 έτη για τους ασθενείς με PKD1-truncating βλάβη, τα 30 ± 10 έτη οι αυτοί με PKD1-non-truncating βλάβη και τα 40 ± 7 έτη για αυτούς που παρουσίαζαν νουκλεοτιδικές παραλλαγές ή ελλείμματα στο γονίδιο PKD2 ($p = 0.05$).

Συμπεράσματα: Ο τύπος της γενετικής βλάβης σχετίζεται με την ηλικία διάγνωσης της νόσου, την ηλικία εμφάνισης της υπέρτασης και τη πορεία της νεφρικής ανεπάρκειας στην οικογένεια, στους ασθενείς με ΠΚΝ. Όταν η βλάβη αφορά το γονίδιο PKD1 και προκαλεί περικοπή του μεγέθους της παραγόμενης πρωτεΐνης, η διάγνωση της νόσου και της συνοδού υπέρτασης γίνονται σε μικρότερη ηλικία και η εξέλιξη προς το ΤΣΧΝΑ είναι ταχύτερη· όταν η βλάβη αφορά το γονίδιο PKD2 αλλά επηρεάζει λιγότερο την παραγωγή της πρωτεΐνης ή όταν σχετίζεται με το γονίδιο PKD2, η νόσος και η υπέρταση διαγιγνώσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία και η πορεία προς το ΤΣΧΝΑ είναι πιο αργή.

ΕΑ 12

ΕΑ 13

ΕΑ 14

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΕΝΤΑΞΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**Π. Κρίκη, Κ. Κανταρτζή, Ε. Μουρβάτη, Β. Λαμπροπούλου, Μ. Θεοδωρίδης, Σ. Παναγιώτσος***Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης***ΕΑ14**

Εισαγωγή: Η έγκαιρη παραπομπή των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) σε Νεφρολόγο συμβάλλει στην έγκαιρη αναγνώριση και συντηρητική αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου, την καλύτερη προετοιμασία τους με διενέργεια αγγειακής προσπέλασης και την επιλογή του κατάλληλου χρόνου για ένταξη σε αιμοκάθαρση.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη επιβίωσης ασθενών που εντάχθηκαν σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού στο Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης τα τελευταία 14 χρόνια. Μελετήθηκαν 182 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Ομάδα Α με παρακολούθηση, Ομάδα Β χωρίς παρακολούθηση. Έγινε σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την ηλικία, το φύλο, την παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη, την ένταξη σε Αιμοκάθαρση με αρτηριοφλεβική αναστόμωση (fistula) ή Κεντρικό Φλεβικό Καθετήρα (ΚΦΚ) καθώς και το επίπεδο της νεφρικής λειτουργίας όπως εκτιμήθηκε με eGFR. Υπολογίστηκε η επιβίωση των δύο ομάδων με ανάλυση Kaplan-Meier και σταθμίστηκε με Cox regression analysis.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι από το σύνολο των 182 ασθενών, 87 ανήκαν στην ομάδα της παρακολούθησης και 95 στην ομάδα μη παρακολούθησης. Οι δύο ομάδες δε differed ως προς την ηλικία, το φύλο, την παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη, ενώ οι δύο ομάδες differed κατά την ένταξη ως προς το επίπεδο νεφρικής λειτουργίας και την παρουσία αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης (πίνακας).

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	p
Αριθμός (N)	87	95	
Ηλικία (έτη)	69 (59,77)	68 (58, 80)	0,65
Φύλο (Α/Γ)	59/28	64/32	0,87
Σακχ. Διαβήτης (Ναι/Όχι)	25/62	22/74	0,37
GFR (ml/min)	10 (6, 11)	8 (6, 9)	<0,001
Fistula/ΚΦΚ	44/43	2/94	<0,001

Διαπιστώθηκε μεγαλύτερη επιβίωση (κατά Kaplan-Meier) των ασθενών υπό παρακολούθηση χωρίς η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ((Log Rank) $p=0,07$). Όταν η επιβίωση σταθμίστηκε ως προς την ηλικία, το φύλο, την παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη και το GFR η διαφορά των επιβιώσεων έγινε στατιστικά σημαντική ($p=0,05$). Εκτός από την παρακολούθηση, ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου αναδείχθηκαν η ηλικία ($p < 0,001$) και ο Σακχαρώδης Διαβήτης ($p=0,02$).

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνεται ότι η έγκαιρη παραπομπή και παρακολούθηση από νεφρολόγο των ασθενών με ΧΝΝ έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη επιβίωση των ασθενών που εντάσσονται σε Αιμοκάθαρση.

ΕΑ 15

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΕΛΕΤΗ MAASTRICHT

Ι. Μπέλλος^{1,2}, Σ. Μαρινάκη², Π. Λάγιου¹, Ι.Ν. Μπολέτης², C.D.A. Stehouwer³, M.M.J. van Greevenbroek³, S.J.P.M. Eussen³, B.E. de Galan³, H.H.C.M. Savelberg³, A. Koster³, A. Wesselius³, Β. Μπενέτου¹

¹Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³Πανεπιστήμιο του Maastricht, Maastricht, Ολλανδία

Εισαγωγή: Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί έναν σημαντικό προστατευτικό παράγοντα, ενώ η καθιστική συμπεριφορά έναν αναδυόμενο ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η μελέτη αυτή αξιολόγησε τη συσχέτιση φυσικής δραστηριότητας και καθιστικής συμπεριφοράς με δείκτες ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, αναλόγως της νεφρικής λειτουργίας.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική ανάλυση δεδομένων της προοπτικής μελέτης Maastricht. Η φυσική δραστηριότητα και η καθιστική συμπεριφορά μετρήθηκαν με τη χρήση του επιταχυνσιόμετρου ActiPAL3 επί 24 ώρες/ημέρα και 8 συνεχείς ημέρες. Ο βαθμός ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας αξιολογήθηκε από τα επίπεδα πλάσματος των βιοδεικτών sVCAM-1 (soluble vascular cellular adhesion molecule-1), sICAM-1 (soluble intercellular adhesion molecule-1), E-σελεκτίνη και παράγοντα von Willebrand (vWF), οι οποίοι συνδυάστηκαν σε ένα σκορ ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας. Υψηλότερες τιμές του σκορ ήταν ενδεικτικές μεγαλύτερης ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 2668 συμμετέχοντες, οι 323 από τους οποίους είχαν χρόνια νεφρική νόσο. Στα άτομα με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, το σκορ ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας παρουσίασε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάρκεια συνολικής, χαμηλής έντασης φυσικής δραστηριότητας, καθώς και θετική συσχέτιση με το συνολικό καθιστικό χρόνο και τη διάρκεια καθιστικών διαστημάτων. Στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του σκορ ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας με τη διάρκεια συνολικής (β : -4.42, 95% όρια αξιοπιστίας: -7.98; -0.87) και χαμηλής έντασης (β : -7.08, 95% όρια αξιοπιστίας: -13.41; -0.74) φυσικής δραστηριότητας, καθώς και σημαντική θετική συσχέτιση του σκορ ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας με τη διάρκεια καθιστικών διαστημάτων (β : 43.72, 95% όρια αξιοπιστίας: 9.85; 77.59). Η ισχύς των συσχετίσεων δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των υποομάδων νεφρικής λειτουργίας ($P > 0.05$).

Συμπεράσματα: Η διάρκεια φυσικής δραστηριότητας συσχετίζεται αντίστροφα με το βαθμό ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας στα άτομα με φυσιολογική ή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, τα μεγαλύτερα καθιστικά διαστήματα συσχετίστηκαν με υψηλότερο βαθμό ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας.

Η ΙGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ**Ε. Σταμπολλίου, Π. Γιάννου, Ε. Σταθοπούλου, Α. Παπράς, Μ. Μπόρα, Ζ. Αλεξάκου, Γ. Αγγελής, Α. Χαλκιά, Α. Καποτά, Χ. Γακιοπούλου, Δ. Πετράς**

Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

ΕΑ 16

Εισαγωγή: Η IgA νεφροπάθεια αποτελεί τη συχνότερη πρωτοπαθή σπειραματοπάθεια παγκοσμίως, με τη νεφρική ιστολογία του εκάστοτε ασθενή να έχει πρωτεύοντα ρόλο στην πρόγνωση για εξέλιξη σε τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη κοόρτης των πασχόντων από IgA νεφροπάθεια διαγνωσμένης με διαδερμική βιοψία νεφρού την τελευταία δεκαετία στη Νεφρολογική κλινική του Νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Από το αρχείο της κλινικής ανευρέθησαν συνολικά 75 ασθενείς με επίσημο πόρισμα βιοψίας νεφρού που θέτει τη διάγνωση της IgA νεφροπάθειας, 53 εκ των οποίων αναλύθηκαν περαιτέρω (ηλικία 48 ± 16 έτη, 81% άνδρες, 60% υπέρτατικοί, 19% σακχαροδιαβητικοί, baseline κρεατινίνης ορού 2.03 ± 1.80 mg/dl, baseline eGFR 60.9 ± 31.4 ml/min/1.73m², baseline πρωτεϊνουρίας 2.76 ± 2.44 gr/24h). 50% των ασθενών έλαβε αγωγή με RAAS blockers, ενώ 14% έλαβε SGLT2-inhibitors. Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ανοσοκατασταλτική αγωγή ήταν η μονοθεραπεία με γλυκοκορτικοειδή (33%), ενώ ακολουθεί η συνδυασμένη αγωγή γλυκοκορτικοειδών με κυκλοφωσφαμίδη και αζαθειοπρίνη (13%) και βουδεσονίδη (9%). 6 ασθενείς παρουσίασαν τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο και εντάχθηκαν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Συνολικά 9% των ασθενών παρουσίασε υποτροπή της νόσου, η οποία αντιμετωπίστηκε με γλυκοκορτικοειδή (μονοθεραπεία) ή βουδεσονίδη. 25% των ασθενών εμφάνιζε αυξημένα επίπεδα IgA ορού. Από το επίσημο πόρισμα της βιοψίας, 36% των ασθενών εμφάνιζε μηνοειδείς σχηματισμούς, 83% φλεγμονή του διάμεσου υποστρώματος και 64% φλεγμονή του μεσαγγείου. Σχεδόν όλοι παρουσίαζαν υαλίνωση ή ινοελάστωση των αρτηριολίων. Στον ανοσοφθορισμό τα κύρια ευρήματα ήταν καθήλωση IgA, IgM, c3 και λ-ελαφράς αλυσού.

Η μέση διάρκεια follow-up ήταν τα δύο έτη, με μέση διαφορά τιμής follow-up με baseline κρεατινίνης ορού, eGFR και πρωτεϊνουρίας: 0.35 ± 1.77 mg/dl, -4.0 ± 22.2 ml/min/1.73m², και -1.46 ± 2.39 gr/24h αντίστοιχα. Η μέση διαφορά τιμής eGFR σε follow-up με baseline ήταν υψηλότερη στους σακχαροδιαβητικούς ασθενείς (1.5 vs 0 ml/min/1.73m², $p=0.04$). Οι ασθενείς υπό αγωγή με γλυκοκορτικοειδή ως μονοθεραπεία παρουσίασαν πτώση της τιμής κρεατινίνης ορού κατά το follow-up (μέση διαφορά τιμής κρεατινίνης ορού σε follow-up με baseline -0.1 vs 0.2 mg/dl για λαμβάνοντες ή μη γλυκοκορτικοειδή, $p=0.02$) και σταθερή τιμή eGFR (μέση διαφορά τιμής eGFR σε follow-up με baseline 0 vs -3 ml/min/1.73m² για λαμβάνοντες ή μη γλυκοκορτικοειδή, $p=0.01$). Οι ασθενείς υπό αγωγή με SGLT2 inhibitors φάνηκε επίσης να παρουσιάζουν σταθερή μέση τιμή eGFR κατά το follow-up (μέση διαφορά τιμής eGFR σε follow-up με baseline 0 vs -11 ml/min/1.73m² για λαμβάνοντες ή μη SGLT2 inhibitors, $p=0.01$). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση κατέδειξε ανεξάρτητη συσχέτιση της διαφοράς τιμής κρεατινίνης ορού σε follow-up με baseline: με το baseline πρωτεϊνουρίας ($\beta=0.38$, $p<0.01$), τη χορήγηση γλυκοκορτικοειδών ($\beta=-1.23$, $p=0.01$), και το στοιχείο S στο MEST-c score ($\beta=1.27$, $p=0.04$), μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, το baseline κρεατινίνης ορού, το σακχαρώδη διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση, το MEST-c score και το % ποσοστό διάμεσης ίνωσης. Τέλος, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση κατέδειξε ανεξάρτητη συσχέτιση της διαφοράς τιμής eGFR σε follow-up με baseline: με το baseline eGFR ($\beta=-0.43$, $p<0.01$), τη baseline πρωτεϊνουρία ($\beta=-2.54$, $p<0.05$) και την αρτηριακή υπέρταση ($\beta=-2.54$, $p<0.05$), μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, το σακχαρώδη διαβήτη, τη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή, το MEST-c score και το % ποσοστό διάμεσης ίνωσης.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα φαίνεται πως η θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή ή SGLT2 inhibitors σε ασθενείς

ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΙGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ ΚΟΟΡΤΗΣ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ**Π. Τσαβουρέλου¹, Μ. Τριανταφυλλίδου¹, Α. Ντούνη¹, Χ. Γεωργόπουλος¹, Ι. Θεοδώρου¹, Χ. Παπράς¹, Α. Κίτσος¹, Β. Πατσογιάννης², Ι. Παρασκευόπουλος², Γ. Λιάπης³, Ε. Σταμέλλου¹, Ε. Ντουνούση¹**¹Τμήμα Νεφρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα²Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων, Ιωάννινα³Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

με IgA νεφροπάθεια εξασφαλίζει καλύτερη πορεία της νεφρικής λειτουργίας, ενώ το στοιχείο S στο MEST-c score είναι το μόνο εύρημα της νεφρικής βιοψίας που μπορεί να συσχετισθεί με την πρόγνωση της νόσου.

Εισαγωγή: Η IgA νεφροπάθεια είναι η πιο συχνή μορφή σπειραματονεφρίτιδας ενηλίκων διεθνώς και αποτελεί μια σημαντική αιτία ΧΝΝ.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει να περιγράψει τη φυσική πορεία αυτών των ασθενών σε ένα τριτοβάθμιο Νεφρολογικό Κέντρο.

Υλικό & Μέθοδος: Η αναδρομική μελέτη κοόρτης συμπεριέλαβε 84 ασθενείς με IgA νεφροπάθεια επιβεβαιωμένη με βιοψία νεφρού (τα έτη μεταξύ 2013-2023) και τουλάχιστον μία επανεκτίμηση ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Έγινε καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών, του e-GFR(CKD-EPI), της λευκωματουρίας (UPCR) καθώς και της φαρμακευτικής αγωγής. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον εντοπισμό πιθανών παραγόντων κινδύνου για ύφεση και υποτροπή της νόσου.

Αποτελέσματα: Στην ένταξη, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 50.65 ± 16.8 έτη (67,8% άνδρες), ο μέσος e-GFR 66 ± 30 ml/min/1,73m² και η μέση UPCR ήταν 2.1 ± 4 g/g. Κατά τη διάγνωση, το 85,7% των ασθενών εμφάνιζε μικρο-αιματοουρία και το 16,7% μακρο-αιματοουρία, το 56% είχε κριτήρια οξείας νεφρικής βλάβης, ενώ το 25% είχε ήδη εγκατεστημένη ΧΝΝ. Η μέση συστολική αρτηριακή πίεση (ΑΠ) κατά τη διάγνωση ήταν 145 ± 18.2 mmHg. Το 62% του συνόλου των ασθενών αντιμετωπίστηκε με ανοσοκατασταλτική θεραπεία (κορτικοστεροειδή), σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες KDIGO οδηγίες, ενώ το υπόλοιπο 38% με υποστηρικτική θεραπεία. Στην 3ετή παρακολούθηση η χορήγηση ανοσοκατασταλτικής θεραπείας ($\exp(B)=71.1$ p-value1 g/g, με την εγκατεστημένη ΧΝΝ ($\exp(B)=43.1$ p-value1g/g κατά την διάγνωση ($\exp(B)=9.7$ p-value=0.017) να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά. Ο e-GFR του συνόλου των ασθενών κατά την 3ετή παρακολούθηση δεν εμφάνισε σημαντική μεταβολή (μέσος e-GFR στο τέλος της παρακολούθησης, 62 ± 30 ml/min/1,73m²).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, επί ενδείξεων, και η καλή ρύθμιση της ΑΠ σχετίζονται με καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου, ενώ αντίθετα η προϋπάρχουσα ΧΝΝ και η πρωτεϊνουρία >1 gr/g κατά τη διάγνωση

ΕΑ 17

ΕΑ 18

RND3, ΕΝΑ ΝΕΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ADPKD**Π. Γογγολίδου, Κ. Modarage***Faculty of Science and Engineering, University of Wolverhampton, UK*

συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εκ νέου αύξησης της πρωτεϊνουρίας (UPCR>1gr/g)

Εισαγωγή: Η αυτοσωμική κυρίαρχη πολυκυστική νόσος των νεφρών (ADPKD) είναι μια ενήλικη, πολυσυστηματική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από προοδευτική διόγκωση των νεφρών που προκαλείται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη κύστεων, παράλληλα με εξω-νεφρικούς φαινοτύπους όπως οι κύστες στο ήπαρ, το πάγκρεας και η υπέρταση. Οι μεταλλάξεις στα *PKD1* και *PKD2* ευθύνονται για το 85% και το 15% των αναφερόμενων περιπτώσεων. Η φαινοτυπική μεταβλητότητα της ADPKD μπορεί να αποδοθεί σε γονιδιακά, αλληλικά και τροποποιητικά αίτια. Για να κατανοηθεί η εμπλοκή των τροποποιητών γονιδίων στον φαινότυπο του ADPKD, δημιουργήθηκε ένα νέο μοντέλο ποντικού *Rnd3tm1b(EUCOMM)Hmgu*. Το *Rnd3* έχει ρόλο στην αναδιοργάνωση του κυτταροσκελετού της ακτίνης, στην εξέλιξη του κυτταρικού κύκλου και στη μετανάστευση των κυττάρων.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν νεφροί ηλικίας 5 και 9 μηνών από *Rnd3tm1b/+* ποντίκια. Πραγματοποιήθηκαν RT-qPCR και SDS-Page Westerns καθώς και χρώση για δείκτες που σχετίζονται με την πολυκυστική νόσο των νεφρών.

Αποτελέσματα: Η έναρξη του σχηματισμού κύστης στον φλοιό είναι εμφανής σε νεφρούς *Rnd3tm1b/+*. Η έκφραση της βιμεντίνης αυξήθηκε επίσης στα ποδοκύτταρα και επιβεβαιώθηκε από μια στατιστικά σημαντική αύξηση 25% ($p<0,0461$). Η έκφραση της ακουαπορίνης-2 (*Aqp2*) μειώθηκε στους αγωγούς συλλογής και επαληθεύτηκε με στατιστικά σημαντική μείωση 0,4 φορές ($p<0,0451$) σε νεφρούς ποντικών *Rnd3tm1b/+* 5 μηνών. Μια στατιστικά σημαντική αύξηση 0,75 φορές ($p<0,0006$) και 1,5 φορές ($p<0,02$) στην έκφραση *Pkd1* και *Pkd2* παρατηρήθηκε. Τα νεφρά ποντικών *Rnd3tm1b/+* 9 μηνών παρουσίασαν πολλαπλές κύστες στον φλοιό, μιμούμενοι τον φαινότυπο του νεφρού ADPKD.

Συμπέρασμα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία του *Rnd3* ως δυνητικού τροποποιητή στην έναρξη της ADPKD με τη μεσο-λάβηση της έκφρασης των *Pkd1* και *Pkd2*.

ΕΑ 19

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ CD4+ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ SEATTLE**Α. Ντούνι¹, Ι. Αλέκος¹, Α. Μπεχλιούλης², Α. Κίτσος¹, Ι. Μαλλιώρας¹, Χ. Γεωργόπουλος¹, Λ. Λάκκας², Γ. Μαρκόπουλος³, Γ. Βαξεβάνος³, Γ. Βαρθολομάτος³, Κ. Νάκα², Ε. Ντουνούση¹**¹Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Νεφρολογίας²Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Χειρουργικής και Μονάδα Νεφρικών Μεταμοσχεύσεων³Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Αιματολογίας-Μονάδα Μοριακής Βιολογίας

Εισαγωγή: Η απορρύθμιση του ανοσοποιητικού αποτελεί χαρακτηριστικό του Καρδιονεφρικού συνδρόμου (ΚΝΣ). Το μοντέλο Καρδιακής Ανεπάρκειας του SEATTLE (ΜΚΑΣ) αποτελεί καθιερωμένο προγνωστικό μοντέλο θνησιμότητας ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Στόχος της μελέτης ήταν ο έλεγχος συμπληρωματικής προγνωστικής αξίας ανοσοκυτταρικών υποπληθυσμών σε άνδρες με ΚΝΣ τύπου 2 (ΚΝΣ-2).

Υλικό & Μέθοδος: Σε 36 άνδρες με ΚΝΣ-2 υπολογίσθηκαν με κυτταρομετρία ροής οι εξής υποπληθυσμοί ανοσοκυττάρων: CD14⁺CD16⁻, CD14⁺CD16⁺ και CD14⁺CD16⁺ μονοκύτταρα, NK-κύτταρα (CD3⁺CD16⁺CD56⁺), CD3⁺CD19⁺ Β-λεμφοκύτταρα, CD3⁺CD8⁺ και CD3⁺CD4⁺ Τ-λεμφοκύτταρα και CD4⁺CD25⁺FoxP3⁺ Τ-ρυθμιστικά λεμφοκύτταρα. Καταληκτικά σημεία της μελέτης ήταν η εκδήλωση χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου (ΤΣΧΝΝ) και ο θάνατος. Με λογαριθμική παλινδρόμηση και με ανάλυση της περιοχής κάτω από την καμπύλη (AUC) εκτιμήθηκαν η προγνωστική αξία των ανοσοκυτταρικών υποπληθυσμών ως για την παρατηρούμενη και την υπολογιζόμενη από το ΜΚΑΣ θνητότητα.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν τα 73±9 έτη με μέσο eGFR τα 36,8 ± 12,9 ml/min/1,73m². 52% των ασθενών είχαν μειωμένο κλάσμα εξώθησης, 55% είχαν ΚΑ τάξης NYHA II και 45% τάξης NYHA III. Κατά την παρακολούθηση (29,8 ± 3,4 μήνες), 21 ασθενείς (58%) απεβίωσαν και 5 (14%) εμφάνισαν ΤΣΧΝΝ στη διάρκεια της μελέτης. Το σκορ του ΜΚΑΣ στο πρώτο έτος συσχετίστηκε με την παρατηρούμενη θνησιμότητα ($r=0,500$, $p=0,001$), αλλά όχι με την εξέλιξη σε ΤΣΧΝΝ. Τα συνολικά λεμφοκύτταρα ($r=-0,516$, $p=0,002$), Τ-λεμφοκύτταρα ($r=-0,543$, $p=0,002$), CD4⁺ Τ-κύτταρα ($r=-0,518$, $p=0,001$), CD8⁺ Τ-κύτταρα ($r=-0,409$, $p=0,013$) και Τ-ρυθμιστικά ($r=-0,376$, $p=0,024$) συσχετίστηκαν με την ΜΚΑΣ-υπολογιζόμενη και με την παρατηρούμενη θνησιμότητα. Τα CD14⁺CD16⁺ μονοκύτταρα συσχετίστηκαν μόνο με την παρατηρούμενη θνητότητα ($r=0,383$, $p=0,021$). Προσαρμόζοντας για την ΜΚΑΣ-υπολογιζόμενη θνητότητα, μόνο τα CD4⁺ Τ-κύτταρα συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με την παρατηρούμενη θνητότητα (OR=0,99, $p=0,045$).

Συμπεράσματα: Σε μικρή ομάδα ανδρών με ΚΝΣ-2 ο αριθμός των CD4⁺ Τ-λεμφοκυττάρων συσχετίστηκε ανεξάρτητα με τη θνησιμότητα, χωρίς ο συνδυασμός με το ΜΚΑΣ να βελτιώσει την προγνωστική ακρίβεια.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΣΥΝΔΕΣΕΩΝ (TIGHT JUNCTIONS) ΤΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ IgA ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Γ.Α. Γεωργοπούλου¹, Μ. Παπασωτηρίου¹, Δ.Σ. Γούμενος¹, Π. Μποσγανά², Β. Ζολώτα², Σ. Ασημακόπουλος², Ε. Παπαχρήστου¹

¹Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

²Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

³Παθολογική Κλινική, Τμήμα Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η IgA Νεφροπάθεια (IgAN) αποτελεί μία από τις συχνότερες σπειραματονεφρίτιδες που συχνά οδηγεί σε χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ). Η δυσβίωση του εντερικού βλεννογόνου φαίνεται να διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της νόσου, αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστοι. Σε αυτή τη μελέτη εξετάστηκε η εντερική έκφραση της οκλουδίνης (συστατικού των στενών συνδέσεων) σε ασθενείς με IgAN.

Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 9 ασθενείς με επιβεβαιωμένη με βιοψία νεφρού IgAN και 11 υγιείς μάρτυρες (άτομα χωρίς νεφρική νόσο), που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση και βιοψία της δεύτερης μοίρας δωδεκαδακτύλου. Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η ύπαρξη κακοήθειας, η λήψη κορτικοστεροειδών τουλάχιστον 3 μήνες πριν την διενέργεια της βιοψίας του εντερικού βλεννογόνου και η χρόνια παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Τα δείγματα εξετάστηκαν ιστολογικά και έγινε μέτρηση των αποπτώσεων και του ύψους των λαχνών. Η έκφραση της οκλουδίνης εξετάστηκε με ανοσοιστοχημεία. Η συγκέντρωση ενδοτοξίνης εκτιμήθηκε με ανοσοενζυμική μέθοδο.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με IgAN εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ενδοτοξίνης ορού σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p<0.05$). Η έκφραση της οκλουδίνης ήταν σημαντικά μειωμένη στους ασθενείς με IgAN σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p<0.001$). Επιπλέον παρατηρήθηκε διαβάθμιση μείωσης της έκφρασής της οκλουδίνης στο κορυφαίο τμήμα των εντερικών λαχνών στους ασθενείς με IgAN (41 ± 29.7 vs 91.8 ± 7.5 , $p<0.001$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με IgAN παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ενδοτοξίνης και μειωμένη έκφραση οκλουδίνης στις λάχνες του εντερικού βλεννογόνου σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, εύρημα που υποδεικνύει τη πιθανή συσχέτιση με τους αυξημένους κυκλοφορούντες φλεγμονώδεις παράγοντες.

ΕΑ 20

ΝΕΦΡΟΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ SGLT2: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χ. Σκόνδρα¹, Α. Παϊκοπούλου¹, Θ. Οικονομάκη¹, Θ. Στρατηγού², Ε. Αντιόχου¹, Λ. Παναγιώτου¹, Χ. Βαρνάβα¹, Μ. Δαρεμά¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

²Ενδοκρινολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔΙΙ) και χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) περιλαμβάνει ως φάρμακα επιλογής τους αναστολείς του SGLT2 (SGLT2i), των οποίων η νεφροπροστατευτική δράση έχει δείχθει.

Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 89 ασθενείς με ΣΔΙΙ, διάρκειας νόσου 16.3 ± 9.8 έτη και ΧΝΝ ($eGFR<60$ ml/min/1.73m² ή/και αλβουμινουρία >30 mg/24ωρο), με μέσο χρόνο παρακολούθησης 7.2 ± 4.5 έτη. Οι 31/89 ελάμβαναν SGLT2i για χρονικό διάστημα 1.8 ± 1.5 έτη. Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν ως προς την εξέλιξη της νεφρικής λειτουργίας, την αλβουμινουρία και την εμφάνιση μειζόνων κλινικών συμβαμάτων. Δεν υπήρχαν διαφορές στη λοιπή αγωγή και στα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, μεταξύ των δύο ομάδων. Μελετήθηκαν ξεχωριστά οι ασθενείς που έλαβαν SGLT2i ως προς την $eGFR$ (CKD-EPI formula), από την αρχή της παρακολούθησης στο ιατρείο μας και πριν την έναρξη των SGLT2i και στο χρονικό διάστημα μετά τη χορήγησή τους.

Αποτελέσματα: Σε μέσο χρόνο παρακολούθησης 1.8 ± 1.5 έτη παρατηρήθηκε διαφορά στον ρυθμό μείωσης ανά έτος της $eGFR$, -0.66 ± 2.53 mL/min/1.73m² στους ασθενείς που ελάμβαναν SGLT2i, ενώ -1.7 ± 3.68 mL/min/1.73m² σε όσους δεν ελάμβαναν. Οι ασθενείς που έλαβαν SGLT2i είχαν ρυθμό μείωσης της $eGFR$ -1.57 ± 3.7 mL/min/1.73m²/έτος κατά το διάστημα 3.7 ± 2.9 έτη πριν την έναρξη του φαρμάκου, ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση στην $eGFR$ κατά $+0.4\pm 1.7$ mL/min/1.73m²/έτος, μετά την έναρξή του. Παρατηρήθηκε μείωση της αλβουμινουρίας στους ασθενείς που ελάμβαναν SGLT2i με διάμεση τιμή $20.5[-298, 87.3]$ mg/24h και ήπια αύξηση σε όσους δεν ελάμβαναν $+1.57[-107, 107]$ mg/24h, χωρίς σημαντική διαφορά. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες δράσεις από τη λήψη των SGLT2i και μείζονα κλινικά συμβαμάτων στο σύνολο των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση SGLT2i σε ασθενείς με ΣΔΙΙ και ΧΝΝ είναι ασφαλής, με σημαντικό όφελος στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου.

ΕΑ 21

ΕΑ 22

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ SGLT2i ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Σ. Τσιάκας, Ε. Κάψια, Χ. Σκαλιώτη, Β. Φιλιόπουλος, Χ. Μπίντας, Ο. Παπαϊωάννου, Σ. Ρηγόγλου, Α. Αβρονιδάκη, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη***Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Αθηνών «Λαϊκό»*

Εισαγωγή: Πρόσφατες κλινικές μελέτες ανέδειξαν την αποτελεσματικότητα των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT2i) ως προς την καθυστέρηση της εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN), τόσο σε διαβητικούς όσο και σε μη διαβητικούς ασθενείς. Δεδομένα πραγματικού κόσμου είναι απαραίτητα για την τεκμηρίωση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητάς τους.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκε αναδρομικά η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των SGLT2i σε ασθενείς του κέντρου μας με διαβητική και μη διαβητική XNN.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθησαν 142 ασθενείς με XNN που έλαβαν dapagliflozin (97.2% - 138/142) και empagliflozin (2.8% - 4/142). Ενενήντα έξι ασθενείς (67.6%) ήταν άνδρες με διάμεση ηλικία 63 έτη (49.7-71.2). Υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης καταγράφηκαν σε 70.4% (100/142) 19.3% (27/142) των ασθενών αντίστοιχα.

Κατά την έναρξη του SGLT2i, η μέση τιμή eGFR ήταν 61.8 ± 27.0 ml/min/1.73m² και η διάμεση τιμή πρωτεϊνουρίας 1.19g/24h (IQR 0.37-2.01). Στους 3 πρώτους μήνες, η μέση τιμή eGFR μειώθηκε σημαντικά στα 56.4 ± 23.8 ml/min/1.73m² (p=0.005) και η διάμεση τιμή πρωτεϊνουρίας στα 0.72g/24h (IQR 0.18-1.75) (p=0.002). Μετά από διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 9 μηνών (IQR 4.0-16.0) από την έναρξη του φαρμάκου, η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε (μέση τιμή eGFR 62.4 ± 27.8 ml/min/1.73m², p=0.212) ενώ διατηρήθηκε η σημαντική μείωση στην πρωτεϊνουρία (διάμεση τιμή 0.70g/24h, IQR 0.27-1.64, p=0.004).

Οξεία νεφρική βλάβη παρατηρήθηκε στο 7 ασθενείς (5.1%), δύο εκ των οποίων χρειάστηκε να διακόψουν τη θεραπεία. Λοιμώξεις ουροποιητικού σημειώθηκαν στο 2.8% των ασθενών (4/142).

Συμπεράσματα: Η χορήγηση SGLT2i σε ασθενείς με XNN φάνηκε να είναι ασφαλής και αποτελεσματική στην κλινική πράξη συμβάλλοντας σε σημαντική μείωση της πρωτεϊνουρίας με παράλληλη διατήρηση σταθερής νεφρικής λειτουργίας.

ΕΑ 23

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ LKDPI ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΛΗΠΤΗ ΕΝΑ ΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Μ. Σμυρλή¹, Θ. Οικονομάκη², Μ. Δαρεμά², Μ. Περδικούλη³, Κ. Βαλλιάνου⁴, Ι.Ν. Μπολέτης⁴, Σ. Μαρινάκη⁴**¹Μ.Χ.Α. Νεφροϊατρική Green, Αθήνα²Νεφρολογικό τμήμα «Αντώνιος Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα³Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών⁴Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η απόφαση λήψης ενός αλλομοσχεύματος από ζώντα δότη συχνά είναι μια εύθραυστη ισορροπία, καθώς λαμβάνονται υπόψη τα οφέλη στο λήπτη, ενώ ταυτόχρονα απόλυτη προτεραιότητα αποτελεί η ασφάλεια του δότη. Πρόσφατα προτάθηκε ένα νέο εργαλείο, το Living Kidney Donor Profile Index (LKDPI), το οποίο αξιολογεί επιμέρους χαρακτηριστικά των ζώντων δотών νεφρού, με στόχο την πρόβλεψη της νεφρικής λειτουργίας του λήπτη.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά 208 ζώντες δότες νεφρού, για δωρεές που πραγματοποιήθηκαν στο κέντρο μας από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Νοέμβριο του 2023. Σκοπός της μελέτης ήταν η συσχέτιση του LKDPI με την καθυστερημένη λειτουργία του μοσχεύματος (delayed graft function, DGF) και με τον εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης του λήπτη (eGFR) στον πρώτο χρόνο μετά τη μεταμόσχευση.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 208 σταθερούς λήπτες νεφρού (KTR), μαζί με τον αντίστοιχο ζώντα δότη τους. Από τους λήπτες, 142 (68,3%) ήταν άνδρες, με μέση ηλικία $44,6 \pm 13,9$ έτη και μέσο χρόνο σε αιμοκάθαρση $1,8 \pm 2,3$ έτη. Οι ζώντες δότες ήταν στην πλειονότητα τους γυναίκες (75%), με μέση ηλικία $59,7 \pm 10,4$ έτη και μέσο eGFR πριν τη δωρεά $96,5 \pm 14,7$ ml/min/1,73m². Το 19% των μεταμοσχεύσεων νεφρού ήταν ασύμβατες κατά ABO. Η μέση τιμή του LKDPI ήταν $33,3 \pm 26\%$. Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του LKDPI και του GFR του λήπτη στο τέλος του πρώτου χρόνου μετά τη μεταμόσχευση (p<0,0001). Από την post-hoc ανάλυση, οι λήπτες με άριστη νεφρική λειτουργία ένα έτος μετά τη μεταμόσχευση, δεν παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές LKDPI σε σχέση με αυτούς με XNN σταδίου 2 (p=0,653). Ομοίως, οι λήπτες στο στάδιο 3 εμφάνισαν συγκρίσιμες τιμές LKDPI με αυτούς στο στάδιο 4 (p=0,577). Η διαφορά ήταν ιδιαίτερα εμφανής μεταξύ των ληπτών με XNN σταδίου 2 και 3, με τιμή μείωσης του LKDPI πάνω από 26 (p<0,0001). Ο δείκτης LKDPI δεν είχε καμία επίδραση στην DGF. Επιπλέον, μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση, δεν φάνηκε συσχέτιση του eGFR των ληπτών με την ηλικιακή διαφορά δότη/λήπτη ούτε με άλλες παραμέτρους που μελετήθηκαν, όπως ο χρόνος παραμονής σε αιμοκάθαρση ή ο αριθμός προηγούμενων μεταμοσχεύσεων.

Συμπεράσματα: Το LKDPI φαίνεται να αποτελεί ένα πρόσθετο εργαλείο για την πρόβλεψη της έκβασης της μεταμόσχευσης νεφρού από ζώντα δότη.

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ Τ ΚΑΙ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Ε. Μέμμος¹, Ε. Κασσιμάτης², Α. Φούζας³, Γ. Λιούλιος², Α. Ξωχέλλη⁴, Α. Βαγιώτας³, Β. Νικολαΐδου⁴, Ν. Αντωνιάδης³, Α. Φυλάκτου⁴, Μ. Στάγκου²

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

²Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

³Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

⁴Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Εξετάσθηκε η επίδραση της μακροχρόνιας (long term) μεταμόσχευσης νεφρού στους ανοσορυθμιστικούς υποπληθυσμούς των Τ (Tregs) και Β (Bregs) λεμφοκυττάρων.

Υλικό & Μέθοδοι: Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού πριν από >17 χρόνια (ομάδα Α) και πριν από 1 χρόνο (ομάδα Β), αξιολογήθηκαν οι υποπληθυσμοί CD4+CD25+FOXP3 (Tregs), CD19+CD24++CD38++ (transitional Bregs), CD19+CD27+CD24++ (memory Bregs), και των naïve, switched, non-switched memory και double negative (DN) Β-λεμφοκυττάρων σε περιφερικό δείγμα αίματος με κυτταρομετρία ροής.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας Α (N=20, M/F=11/9) δεν εμφάνιζαν σημαντικές διαφορές από την ομάδα Β (N=40, M/F=23/17) σχετικά με την ηλικία (57 ±10,9 vs. 47 ±15 έτη, p=0,065) και τον eGFR (63,5 ±19,2 vs 63,6 ±17,1 ml/min/1,73m², p=0,132). Σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων Α και Β διαπιστώθηκαν στο ποσοστό των Tregs [2,55 (0,0-7,5)% vs 4,7 (1,5-7,7)%, αντίστοιχα, p<0,001], το ποσοστό και τον απόλυτο αριθμό των transitional Bregs [1,6 (0,0-10,0)% vs 0,0 (0,0-8,8)%, p<0,001 και 0,53 (0,0-3,2)/μL vs 0,0 (0,0-8,0)/μL, p=0,001 αντίστοιχα] και των memory Bregs [0,0 (0,0-2,6)% vs 2,55 (0,0-15,3)%, p<0,001 και 0,0 (0,0-1,3)/μL vs 2,0 (0,0-15,0)/μL, p=0,001 αντίστοιχα]. Η ομάδα Α επίσης εμφάνιζε πτώση των Β-λεμφοκυττάρων [55 (6-575)/μL vs 99 (23-327)/μL, p=0,034], που αφορούσε κυρίως τα naïve [18 (0-103)/μL vs 41 (2-261)/μL, p=0,005], switched [7 (1-72)/μL vs 14 (2-84)/μL, p=0,005], και non-switched memory [1 (0-234)/μL vs 13 (2-58)/μL, p<0,001] Β-λεμφοκύτταρα, με σύγχρονη αύξηση των DN κυττάρων [22 (1-542)/μL vs 11 (1-34)/μL, p=0,028].

Συμπεράσματα: Σε long-term μεταμόσχευση νεφρού διαπιστώθηκε πτώση του ποσοστού των Tregs, ελάττωση των memory Bregs και σύγχρονη αύξηση των transitional Bregs κυττάρων, ενώ διαπιστώθηκαν παράλληλα και σημαντικές μεταβολές στους υποπληθυσμούς των Β λεμφοκυττάρων.

ΤΑ CD16++CD14+ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ CD8+ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ eGFR ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΟΟΡΤΗ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Α. Ντούνη^{1,2}, Α. Κίτσος^{1,2}, Β. Κούτλας^{1,2}, Ειρ. Τζαλαβρά², Π. Τσαβουρέλου¹, Μ. Τριανταφυλλίδου¹, Β. Τάτσης², Γ. Μαρκόπουλος³, Γ. Μπαξεβάνος⁴, Χ. Παππάς^{1,2}, Μ. Μήτσης², Ε. Ντουνούση^{1,2}

¹Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Νεφρολογίας

²Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Χειρουργικής και Μονάδα Νεφρικών Μεταμοσχεύσεων

³Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Αιματολογίας-Μονάδα Μοριακής Βιολογίας

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης ήταν η προοπτική ανάλυση υποτύπων ανοσοκυττάρων στο περιφερικό αίμα ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ) και πιθανές κλινικές συσχετίσεις.

Υλικό & Μέθοδος: 48 ΛΝΜ (μέση ηλικία 53 ±9,28 έτη, 71% άντρες) συμπεριλήφθησαν στην προοπτική μελέτη παρατήρησης. Εκτιμήθηκαν οι υποτύποι CD14++CD16-, CD14++CD16+ και CD14+CD16++ μονοκυττάρων, φυσικοί φονείς (NK, CD3+CD16+56+), CD3-CD19+ Β-λεμφοκύτταρα, CD3+CD4+ Τ-κύτταρα, CD3+CD8+ Τ-κύτταρα και ρυθμιστικά Τ-λεμφοκύτταρα (CD4+CD25+FoxP3+) με κυτταρομετρία ροής κατά την ένταξη στη μελέτη (T0) και μετά από 24 μήνες (T1). Κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι καταγράφηκαν στους χρόνους T0 και T1. Δέλτα (Δ) των ανοσοκυττάρων και των εργαστηριακών παραμέτρων ορίστηκαν οι αντίστοιχες διαφορές μεταξύ T1 and T0.

Αποτελέσματα: Ο μέσος eGFR (CKD-EPI) μειώθηκε από 58 ±17 σε 53 ±18 ml/min/1.73 m² (p=0,004) ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στο λόγο πρωτεΐνης/κρεατινίνης ούρων (UPCR) μεταξύ των T0 και T1. Ο ΔeGFR συσχετίστηκε με το T0 ποσοστό των μονοκυττάρων (rho=0.359, p= 0.037) και τον T0 αριθμό και ποσοστό των CD14++CD16+ μονοκυττάρων (rho= 0.502, p= 0.003 και rho=0.438, p= 0.008 αντίστοιχα) ενώ παρατηρήθηκε οριακή συσχέτιση μεταξύ ΔeGFR και το Δαριθμός των CD14++CD16+ μονοκυττάρων (rho=-0.339, p= 0.05). Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του ΔUPCR με τα ποσοστά των Β-λεμφοκυττάρων (rho=0.385, p=0.027), Τ-λεμφοκυττάρων (rho=-0.402, p=0.02), CD4+ Τ-κυττάρων (rho=0.352, p=0.044) και των CD8+ Τ κυττάρων (rho=-0.603, p=0.000) στο T0. Στην ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, τα CD14++CD16+ μονοκύτταρα στο T0 (β=0.338, p=0.04) ανέδειξαν ανεξάρτητη συσχέτιση με το ΔeGFR και το ποσοστό των CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων στο T0 με το ΔUPCR (β=-0.379, p=0.03).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μας υποδεικνύουν πιθανή ανάλογη συσχέτιση των CD14++CD16+ μονοκυττάρων με μεταβολές του eGFR και αντίστροφη συσχέτιση των CD8+ Τ-λεμφοκυττάρων με μεταβολές της πρωτεϊνουρίας.

ΕΑ 24

ΕΑ 25

ΕΑ 26

ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Χ. Μελεξοπούλου¹, Β. Φυλιόπουλος¹, Μ. Δαρεμά¹, Ε. Κάψια¹, Κ. Βαλλιάνου¹, Α. Βιττωράκη¹, Μ. Σύνδος², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹**¹Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»²Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Η αναπαραγωγική λειτουργία των γυναικών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου βελτιώνεται μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (ΜΝ). Παρόλα αυτά η κύηση σε γυναίκα μετά από μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί εξ ορισμού κύηση υψηλού κινδύνου τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η παρακολούθηση της έκβασης κυήσεων σε γυναίκες με ΜΝ.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρακολούθησης γυναικών με ΜΝ και κύηση από το 2015-2023. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία, οι επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό, και η λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος.

Αποτελέσματα: Συνολικά καταγράφηκαν 15 κυήσεις σε 10 γυναίκες με ΜΝ. Η μέση ηλικία των γυναικών κατά τη μεταμόσχευση ήταν 28,6έτη, ο διάμεσος χρόνος από τη μεταμόσχευση μέχρι την κύηση ήταν 65 μήνες[19-150], ενώ η μέση ηλικία κατά την έναρξη της κύησης ήταν 35έτη. Σε 4 περιπτώσεις η κύηση ήταν παλίνδρομη και διεκόπη σε πρώιμο στάδιο, ενώ σε μια κύηση υπήρξε αποβολή την 17^ηεβδομάδα. Στο τέλος είχαμε 10 τοκετούς υγιών βρεφών μεταξύ των οποίων και μια επιτυχής διδυμη κύηση. Οι μισές κυήσεις (50%) επιτεύχθηκαν με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η μέση τιμή της κρεατινίνης ορού και του λευκώματος ούρων 24ώρου κατά την έναρξη της κύησης ήταν 1,2mg/dl και 142mg αντίστοιχα. Όλες οι ασθενείς, εκτός μίας υπερευαίσθητοποιημένης, ήταν χαμηλού ανοσολογικού κινδύνου και λάμβαναν ανοσοκαταστολή συντήρησης με αναστολέα καλσινευρίνης (τακρόλιμους-90%/κυκλοσπορίνη-10%), αζαθειοπρίνη και μεθυλπρεδνιζολόνη. Τα επίπεδα των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων μεταβλήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της κύησης, και χρειάστηκε συχνή παρακολούθηση και συνεχείς αυξήσεις της δόσης των αναστολέων καλσινευρίνης. Το ανοσολογικό προφίλ των ασθενών δεν μεταβλήθηκε κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό. Η πιο συχνή επιπλοκή ήταν η υπέρταση, η οποία παρουσιάστηκε σε 5(50%) γυναίκες, ενώ δεν παρουσιάστηκε κανένα επεισόδιο προεκλαμψίας. Καισαρική τομή διενεργήθηκε σε 9(90%) από τις 10 περιπτώσεις. Επίσης, επτά στους 10(70%) τοκετούς ήταν πρόωροι (<37 εβδομάδες), ενώ μεταξύ αυτών τρεις (3/7) ήταν πολύ πρόωροι (≤32 εβδομάδες). Το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών ήταν 2230±579g, χωρίς εμφάνιση μείζονος επιπλοκής. Η νεφρική λειτουργία των γυναικών παρέμεινε σταθερή πριν, κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό, ενώ δεν υπήρξε επεισόδιο οξείας απόρριψης.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των κυήσεων σε γυναίκες με ΜΝ έχει καλή έκβαση, αλλά με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Η συνεχής παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και των επιπέδων της ανοσοκαταστολής και η καλή συνεργασία με το γυναικολόγο είναι απαραίτητα στοιχεία για τη θετική έκβαση των κυήσεων αυτών.

ΕΑ 27

ΒΚΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΕΚΒΑΣΗ**Μ. Δαρεμά¹, Θ. Πέννα¹, Ι. Μπέλλος¹, Ι. Τσουμπού, Π. Τσούτσουρα¹, Γ. Λιάπης², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹**¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»²Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η ΒΚΝνεφροπάθεια (ΒΚΝΝ) αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο δυσλειτουργίας και απώλειας του νεφρικού μοσχεύματος, ενώ η βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών δεν έχει τεκμηριωθεί. Στην εργασία παρουσιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση και η έκβαση της νεφρικής μεταμόσχευσης σε ασθενείς με ΒΚΝΝκαι η συγκριτική μελέτη της έκβασης της νεφρικής λειτουργίας σε σχέση με ομάδα ελέγχου.

Υλικό & Μέθοδος: Διενεργήθηκε μελέτη ασθενών-μαρτύρων στους ασθενείς που μεταμοσχεύθηκαν από 1/2005-6/2023, με και χωρίς ΒΚΝΝ. Ως ΒΚΝΝ ορίστηκε η παρουσία PCRΒΚΝ>10.000 copies/mLγια περισσότερο από έναν μήνα με συνοδό επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ή ιστολογική τεκμηρίωση κατόπιν βιοψίας νεφρού. Πραγματοποιήθηκε εξομοίωση 1:1 με βάση την ηλικία, το φύλο και τα χαρακτηριστικά της μεταμόσχευσης.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 190 λήπτες, οι 97 εμφάνισαν ΒΚΝΝ σε μέσο χρόνο 3 μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Στο 88% των ασθενών έγινε ελάττωση της δοσολογίας του ΜΡΑκαι στο 57,7% διακοπή και στο 82,5% ελάττωση του CNI.Το 48,5% έλαβε Leflunomide, στο 14% χορηγήθηκε IVIG. Το 5% των ασθενών εμφάνισε *de novo*DSAs και 5% εκδήλωσε επεισόδιο οξείας απόρριψης, εντός 6 μηνών από την εμφάνιση της ΒΚΝΝ. Οι ασθενείς με ΒΚΝΝ είχαν χειρότερη νεφρική έκβαση συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, eGFR: 51vs.57,5ml/min/1,73m² στα 3 έτη, p=0,053, 51vs.56ml/min/1,73m²στα 5 έτη, p=0,076. Δυσμενέστερη έκβαση είχαν οι ασθενείς με PCR-BK>100.000copies/mL, ιστολογικά τεκμηριωμένη ΒΚΝΝ,ή συνυπάρχουσα οξεία απόρριψη. Ο κίνδυνος απώλειας του μοσχεύματος ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στους ασθενείς με ΒΚΝΝ (8% vs. 0%, p=0,007).

Συμπεράσματα: Η ΒΚΝΝμπορεί να επιφέρει μη αντιστρεπτές βλάβες στο νεφρικό μόσχευμα, ενώ η μείωση της ανοσοκαταστολής ως πρώτη θεραπευτική παρέμβαση ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης *de novo*DSAs και απόρριψης. Είναι απαραίτητη η θέσπιση πρωτοκόλλων για την αποτελεσματική της θεραπεία.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΙ-HLA ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ SINGLE ANTIGEN BEAD ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Γ. Λιούλιος^{1,2}, Κ. Ουρανός³, Μ. Παντελή^{1,4}, Χ. Βαγιώτας^{4,5}, Α. Αναστασίου¹, Μ. Σάμαλη¹, Ι. Θεοδώρου⁶, Μ. Στάγκου^{4,7}, Α. Φυλάκτου¹

¹Εθνικό και Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

²Νεφρολογική Κλινική, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

³Department of Medicine, Houston Methodist Research Institute, Houston, TX, USA

⁴Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

⁵Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

⁶Laboratoire d'Immunologie, Hôpital Robert Debré, Paris, France

⁷Α' Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να συγκρίνει δύο εμπορικά διαθέσιμες μεθόδους ανίχνευσης anti-HLA αντισωμάτων και ως προς την ανίχνευση ειδικοτήτων και της δραστικότητάς τους με βάση τη σύνδεση κλασμάτων συμπληρώματος.

Υλικό & Μέθοδος: Ορός 97 ασθενών με θετικό Panel Reactive Antibody Test(>5%) εξετάστηκε με δύο single antigen bead μεθόδους, Immucor(IC) και One-lambda(OL), ως προς τις ειδικότητες anti-HLA αντισωμάτων τάξης I και II και την ικανότητα αυτών να συνδέουν το συμπλήρωμα.

Αποτελέσματα: Η OL ανίχνευσε περισσότερες θετικές ειδικότητες τάξης I ανά ασθενή από την IC [25(9-34) έναντι 18(7-28), $p<0,001$]. Δεν βρέθηκε διαφορά στις anti-HLA ειδικότητες τάξης II. Στην IC, 19% και 15% των εξετασθέντων ειδικοτήτων τάξης I και II αντίστοιχα ήταν θετικές, ενώ στην OL τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 24% και 17%. Στην IC, 26% και 36% των θετικών ειδικοτήτων τάξης I και II, αντίστοιχα, δέσμευαν το κλάσμα C3d του συμπληρώματος. Η δέσμευση του συμπληρώματος παρατηρήθηκε σε υψηλότερα MFI [Τάξη I: 13900(9540-17999) έναντι 2991(1657-5674), $p<0,001$, Τάξη II: 11832(7128-16531) έναντι 4152(1798-5674), $p<0,001$]. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην OL ήταν 25% και 24% με MFI, Τάξης I: 15452 (9369-23095) έναντι 4446 (2435-8381), $p<0,001$, Τάξης II: 18852(14415-24707) έναντι 6575(2851-13412), $p<0,001$.

Συμπεράσματα: Η OL ήταν πιο ευαίσθητη στην ανίχνευση anti-HLA αντισωμάτων τάξης I και II, χωρίς, ωστόσο, διαφορά στον αριθμό ειδικοτήτων τάξης II ανά ασθενή. Το MFI ειδικοτήτων που δέσμευαν το συμπλήρωμα ήταν υψηλότερο και στις δύο μεθόδους. Οι μέθοδοι ήταν ισοδύναμες στην ανίχνευση αντισωμάτων τάξης I που δεσμεύουν το συμπλήρωμα, ωστόσο, η μέθοδος C3d IC ήταν πιο ευαίσθητη στην ανίχνευση της αντισωμάτων τάξης II που δεσμεύουν το συμπλήρωμα.

ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΥΧΤΕΡΙΝΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ

Ε. Σταμπολλίου¹, Α. Κόλλιας¹, Ι. Μπουντζώνα¹, Α. Ντινέρη¹, Γ. Σέρβος², Α. Βαζαίου³, Γ. Στεργίου¹

¹Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,

Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

²Καρδιολογική Κλινική, Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

³Α' Παιδιατρική Κλινική, Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει ποιο είναι το βέλτιστο πρόγραμμα μετρήσεων νυχτερινής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) αξιολογούμενης με νέα πιεσόμετρα μέτρησης ΑΠ στο σπίτι σε παιδιά και εφήβους συγκριτικά με την 24ωρη καταγραφή ΑΠ όσον αφορά τις τιμές της ΑΠ και τη σχέση τους με δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων.

Μέθοδος: Υγιή παιδιά και εφήβοι (ηλικίας 6-18 ετών) που παραπέμφθηκαν για αξιολόγηση αυξημένης ΑΠ υπεβλήθησαν σε: α) μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο (2-3 επισκέψεις, τριπλές μετρήσεις, υδραργυρικό σφυγμομανόμετρο), β) 24ωρη καταγραφή ΑΠ (ταλαντωσιμετρική συσκευή Microlife WatchBP O3) και γ) μετρήσεις ΑΠ στο σπίτι με αυτόματη ταλαντωσιμετρική συσκευή κατά τη διάρκεια της ημέρας (7 μέρες, διπλές μετρήσεις πρωί και απόγευμα) και της νύχτας (αυτόματες μετρήσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου για 3 νύχτες με 3 αυτόματες ωριαίες μετρήσεις/νύχτα) (Microlife WatchBP Home N). Η ασυμπτωματική βλάβη οργάνων στόχων αξιολογήθηκε με (α) υπερηχογραφικό υπολογισμό δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας της καρδιάς, (β) υπερηχογραφικό έλεγχο πάχους έσω-μέσου χιτώνα των καρωτίδων και (γ) μέτρηση της αρτηριακής σκληρίας με την καρωτιδο-μηνιαία ταχύτητα σφυγμικού κύματος.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν συνολικά δεδομένα από 49 άτομα που είχαν όλες τις 9 νυχτερινές μετρήσεις στο σπίτι (ηλικία 13.4 ± 2.7 έτη, 51% αγόρια). Όσον αφορά στις νυχτερινές μετρήσεις στο σπίτι, δεν ανευρέθηκε διαφορά ανάμεσα στις ατομικές μετρήσεις ή το μέσο όρο ΑΠ από διαφορετικές νύχτες (νύχτα 1: $109.7\pm 10.9/60.8\pm 7.3$ mmHg, για συστολική/διαστολική ΑΠ; νύχτα 2: $109.1\pm 11.7/59.7\pm 8.6$ mmHg; νύχτα 3: $109.1\pm 11.5/60.4\pm 8.4$ mmHg, $p=NS$ για όλες τις συγκρίσεις).

Προσθέτοντας συνεχώς τιμές από νυχτερινές μετρήσεις συστολικής ΑΠ στο σπίτι, υπήρχε συνεχής τάση για ισχυρότερη συσχέτιση της νυχτερινής ΑΠ στο σπίτι με τη νυχτερινή ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή (correlation coefficients r αυξάναν από 0.65 σε 0.81) και με τους δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων (για τον δείκτη μάζας αριστερής κοιλίας: r από 0.21 σε 0.30, για το πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων: από 0.38 σε 0.57 και για την ταχύτητα σφυγμικού κύματος: από 0.60 σε 0.69). Παρόλα αυτά, δε διαπιστώθηκε περαιτέρω βελτίωση στις συσχετίσεις με την προσθήκη περισσότερων από 4 νυχτερινών μετρήσεων στο σπίτι. Η συμφωνία μεταξύ της νυχτερινής ΑΠ στο σπίτι και στην 24ωρη καταγραφή ως προς τη διάγνωση ατόμων με νυχτερινή υπέρταση ($\geq 95^{\text{η}}$ εκατοστοιαία θέση για τη νυχτερινή ΑΠ στην 24ωρη καταγραφή) αυξάνει με την προσθήκη έως 8 νυχτερινών μετρήσεων στο σπίτι.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι στα παιδιά και τους εφήβους ένα πρόγραμμα μετρήσεων στο σπίτι που περιλαμβάνει 2 νύχτες (τουλάχιστον 6 μετρήσεις) αποτελεί την ελάχιστη προϋπόθεση για μία αξιόπιστη αξιολόγηση την νυχτερινής ΑΠ στο σπίτι, που αποδίδει και ικανοποιητική συμφωνία με την 24ωρη καταγραφή και τους δείκτες ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων στόχων.

ΕΑ 28

ΕΑ 29



ΕΑ 30

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΜΕΤΑΦΟΡΤΙΟΥ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ΤΗΣ ΑΝΚΥΡΙΝΗΣ ANKS6**Ι. Κοφοτόλιος^{1,2}, Μ. Μπόνιος³, Ε. Μουχτούρη², Κ. Ξενάκης², Μ. Αδαμόπουλος², Ι. Μουρούζης⁴, Ε. Παντέρης⁵, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Ε. Μαυροειδής², Σ. Μαρινάκη¹**¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»²Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών³Μονάδα Μεταμόσχευσης και Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο⁴Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα⁵Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Μεταλλάξεις στο γονίδιο της ανκυρίνης έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση πολυκυστικής νόσου των νεφρών (ΠΚΝ). Οι ασθενείς με ΠΚΝ εμφανίζουν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός της παρούσας πειραματικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του αυξημένου μεταφορτίου σε επίμυες με μετάλλαξη στο γονίδιο της ανκυρίνης.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν υγιείς και μεταλλαγμένοι επίμυες (n=20), ηλικίας 12 εβδομάδων. Οι μισοί επίμυες κάθε ομάδας υποβλήθηκαν σε στένωση της ανιούσης θωρακικής αορτής (ΤΑC). Ακολούθησε υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος, ιστολογική και μοριακή ανάλυση του μυοκαρδιακού ιστού.

Αποτελέσματα: Το υπερηχοκαρδιογράφημα 24 ωρών μετά το ΤΑC ανέδειξε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια στους μεταλλαγμένους με κλάσμα εξώθησης $55,6 \pm 10,8\%$ έναντι $74,3 \pm 11,5\%$ στους υγιείς ($p < 0,05$). Από ανάλυση του μυοκαρδιακού ιστού με ηλεκτρονική μικροσκοπία διαπιστώθηκαν διαταραχές των μυοϊνιδίων, ανωμαλίες στα μιτοχόνδρια, στους T-σπληνίσκους, στους εμβόλιμους δίσκους καθώς και στην πυρηνική μεμβράνη. Ανάλυση ολικής έκφρασης RNA με RNA sequencing έδειξε διαταραχές στην έκφραση των μορίων που συμμετέχουν στην σηματοδότηση του ασβεστίου αλλά και μορίων του κυτταροσκελετού. Σε western blot ανάλυση διαπιστώθηκε μείωση των phospholamban $0,08 \pm 0,02$ vs $0,18 \pm 0,04$, RYR $0,08 \pm 0,02$ vs $0,16 \pm 0,04$, laminA/C $0,35 \pm 0,014$ vs $0,38 \pm 0,007$ και αύξηση της desmin $3,96 \pm 0,14$ vs $3,3 \pm 0,25$, ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Σε πειραματόζωα με φαινότυπο ΠΚΝ λόγω μετάλλαξης στο anks6, το αυξημένο μεταφόρτιο επιφέρει ελάττωση της συσταλτικότητας της αριστερής κοιλίας σχετιζόμενη με διαταραχές του κυτταροσκελετού και της σηματοδότησης του ασβεστίου. Το τελευταίο εύρημα καθιστά το μονοπάτι του ασβεστίου ως κύριο παθοφυσιολογικό μηχανισμό της ΠΚΝ, τόσο σε νεφρικό όσο και σε καρδιακό επίπεδο. Τα παραπάνω πιθανόν να ερμηνεύουν τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς με ΠΚΝ, ωστόσο περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την επιβεβαίωση των ευρημάτων αυτών σε κλινικό επίπεδο.

ΕΑ 31

ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ Ή ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ**Κ. Μανουσόπουλος², Α. Γιόγιακα¹, Μ. Τακούλας¹, Μ. Παππά¹, Ν. Ισμυρνιόγλου¹, Σ. Ζιάκκα¹, Χ. Κουρβέλου¹, Ε. Μανιός³, Ν. Καπερώνης¹**¹Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Καρδιολογικό²Τμήμα ΓΝΑ «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ., Θεραπευτική Κλινική³ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συσχετιστεί με βλάβη σε όργανα-στόχο, αλλά για τη σύνδεση με σκληρά καταληκτικά σημεία υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σκοπός της μελέτης ήταν να αναζητηθεί η σημασία της μεταβλητότητας της ΑΠ για την εξέλιξη σε τελικό στάδιο και την καρδιαγγειακή θνητότητα ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ).

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 210 ασθενείς (155 άνδρες, ποσοστό 73.8%), μέσης ηλικίας (τυπική απόκλιση) 69.2 (8.4) ετών με ΧΝΝ (eGFR, ml/min/1.73m², διάμεση τιμή, 25^ο, 75^ο εκατοστημόριο: 40.0, 28.0, 53.4). Η μεταβλητότητα προσδιορίστηκε από την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ ως τυπική απόκλιση (SD) και συντελεστής μεταβλητότητας (CV) 24ώρου, ημέρας, νύκτας. Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν Fine-Gray μοντέλα εκτίμησης ανταγωνιστικών κινδύνων.

Αποτελέσματα: Σε διάστημα παρακολούθησης (διάμεση τιμή, 25^ο, 75^ο εκατοστημόριο) 36, 31, 57 μηνών εντάχθηκαν σε αιμοκάθαρση 33 ασθενείς και σημειώθηκαν 16 θάνατοι. Όλοι οι δείκτες εκτίμησης της μεταβλητότητας της ΑΠ δεν είχαν σημασία για την ένταξη στην αιμοκάθαρση.

Για την καρδιαγγειακή θνητότητα επιβαρυντική ήταν η νυκτερινή μεταβλητότητα. Για τη συστολική ΑΠ [SD ανά mmHg, SHR: 1.017 (95% CI: 1.007-1.030), CV ανά 1%, SHR: 1.021 (95% CI: 1.008-1.030)] και για τη διαστολική [SD ανά mmHg, SHR: 1.028 (95% CI: 1.006-1.050), CV ανά 1%, SHR: 1.017 (95% CI: 1.005-1.030)]. Η συνολική μεταβλητότητα του 24ώρου αναδείχθηκε ευνοϊκή, τόσο της συστολικής [SD ανά mmHg, SHR: 0.79 (95% CI: 0.68-0.92), CV ανά 1%, SHR: 0.75 (95% CI: 0.66-0.85)], όσο και της διαστολικής ΑΠ [SD ανά mmHg, SHR: 0.66 (95% CI: 0.52-0.85), CV ανά 1%, SHR: 0.80 (95% CI: 0.68-0.94)]. Επίσης ευνοϊκή ήταν η μεταβλητότητα της πίεσης παλμού: 24ώρου [SD ανά mmHg, SHR: 0.59 (95% CI: 0.46-0.75), CV ανά 1%, SHR: 0.60 (95% CI: 0.49-0.74)], ημέρας [SD ανά mmHg, SHR: 0.76 (95% CI: 0.64-0.91), CV ανά 1%, SHR: 0.78 (95% CI: 0.68-0.89)] και νύκτας [SD ανά mmHg, SHR: 0.66 (95% CI: 0.52-0.83), CV ανά 1%, SHR: 0.74 (95% CI: 0.64-0.84)].

Συμπεράσματα: Για τον καρδιαγγειακό θάνατο ασθενών με ΧΝΝ ανεξάρτητος παράγοντας αναδεικνύεται μόνο η νυκτερινή μεταβλητότητα της ΑΠ. Στη σχέση με την πίεση παλμού πιθανόν υπεισέρχονται άλλες επιδράσεις.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΣΥΝΗΘΟΥΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗ 48ΩΡΗ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Φ. Ιατρίδη¹, R. Ekart², E. Ξαγάς³, I. Ρέβελα³, A. Καρπέτας⁴, M. Θεοδωρακοπούλου¹, A. Καραγιαννίδης¹, A. Γεωργίου¹, K. Μαλανδράς⁵, I. Τσουχνικάς¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ ΝΘ. «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Department of Nephrology, University Clinical Centre Maribor, Maribor, Slovenia

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, «Φροντίς», Αθήνα

⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁵Μονάδα Τεκμηριωμένης Ιατρικής & Κλινικής Έρευνας, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση εμφανίζουν υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο συγκριτικά με ασθενείς χωρίς το φαινόμενο, το οποίο εν μέρει οφείλεται στα υψηλότερα επίπεδα 48ωρης αρτηριακής-πίεσης (ΑΠ). Η περίσσεια νατρίου και ύδατος θεωρείται σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη του φαινομένου. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της χαμηλής (137mEq/L), σε σύγκριση με τη συνήθη (140mEq/L), συγκέντρωση νατρίου του διαλύματος αιμοκάθαρσης, στη 48ωρη περιπατητική ΑΠ σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδος: Σε αυτή τη μονή-τυφλή, τυχαίοποιημένη-κλινική δοκιμή διασταυρούμενης σειράς (cross-over), 29 ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση τυχαίοποιήθηκαν να υποβληθούν σε 4 συνεδρίες με χαμηλή (137mEq/L) και ακολούθως σε 4 συνεδρίες με συνήθη (140mEq/L) συγκέντρωση νατρίου διαλύματος αιμοκάθαρσης ή αντίστροφα. Αξιολογήθηκαν η 48ωρη ΑΠ, η προ/μετα-αιμοκάθαρσης και η ενδοδιαλυτική ΑΠ, το σωματικό-βάρος (ΣΒ) προ-αιμοκάθαρσης, η μεσοδιαλυτική αύξηση βάρους (IDWG) και ο συνολικός αριθμός b-lines μέσω υπερηχογραφήματος πνευμόνων.

Αποτελέσματα: Η μέση 48ωρη ΣΑΠ/ΔΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότερη με τη χαμηλή συγκριτικά με τη συνήθη συγκέντρωση νατρίου διαλύματος (137,6±17,0/81,4±13,7mmHg έναντι 142,9±14,5/84,0±13,9mmHg, p=0,005/p=0,007, αντίστοιχα). Παρομοίως, τα μέσα επίπεδα ΣΑΠ/ΔΑΠ κατά τα επιμέρους διαστήματα (44ωρο, 1^ο και 2^ο 24ωρο) ήταν χαμηλότερα με την χαμηλή συγκέντρωση νατρίου. Επιπλέον, τα επίπεδα μετά-αιμοκάθαρσης ΣΑΠ/ΔΑΠ (150,3±22,3/91,2±15,1mmHg έναντι 166,6±17,3/94,5±14,9mmHg, p<0,001/p=0,134) και ενδοδιαλυτικής ΑΠ (141,4±18,0/85,0±13,4mmHg έναντι 147,5±13,6/88,1±12,5mmHg, p=0,034/p=0,013) ήταν χαμηλότερα με τη χαμηλή συγκριτικά με τη συνήθη συγκέντρωση νατρίου διαλύματος. Το ΣΒ προ-αιμοκάθαρσης, το IDWG και ο αριθμός των b-lines μειώθηκαν σημαντικά με τη χαμηλή συγκέντρωση νατρίου διαλύματος αιμοκάθαρσης.

Συμπεράσματα: Συγκριτικά με τη συνήθη συγκέντρωση, η χαμηλή συγκέντρωση νατρίου διαλύματος αιμοκάθαρσης σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα περιπατητικής ΑΠ σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η χαμηλή συγκέντρωση νατρίου του διαλύματος αιμοκάθαρσης αποτελεί σημαντική μη-φαρμακολογική προσέγγιση για τη διαχείριση υπέρτασης στον πληθυσμό αυτό.

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΑΣΕΟΨΠΟΔΟΧΕΩΝ ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΕΙΣ ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ ΣΕ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΝΟΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. Φαϊτατζίδου¹, M. Θεοδωρακοπούλου¹, K. Δίπλα², A. Κούτλας², A. Καραγιαννίδης¹, A. Γεωργίου¹, X. Δημητριάδης¹, Π. Πατεινάκης³, A. Παπαγιάννη¹, A. Ζαφειρίδης², Π. Σαραφίδης¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

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

³Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι καρδιακές αρρυθμίες αποτελούν την κυριότερη αιτία καρδιαγγειακής θνητότητας στους ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο τελικού-σταδίου (ΧΝΝ-ΤΣ) και η δυσλειτουργία του αυτόνομου-νευρικού-συστήματος (ΑΝΣ) θεωρείται ότι διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη που συγκρίνει την ευαισθησία των τασεοψποδοχέων και τις αιμοδυναμικές αποκρίσεις κατά την ηρεμία και σε δοκιμασίες νοητικού και σωματικού στρες, μεταξύ ασθενών υπό-αιμοκάθαρση (ΑΚ) και περιτοναϊκή-κάθαρση (ΠΚ).

Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 68 ασθενείς με ΧΝΝ-ΤΣ (34 υπό-ΑΚ και 34 υπό-ΠΚ αντιστοιχισμένοι για ηλικία, φύλο και διάρκεια εξωνεφρικής-κάθαρσης). Πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καταγραφές των αιμοδυναμικών αποκρίσεων και της ευαισθησίας των τασεοψποδοχέων με τη συσκευή Finometer-PRO σε ηρεμία και κατά τη διάρκεια ορθοστατικής-δοκιμασίας, καθώς και δοκιμασιών αριθμητικών υπολογισμών, και δύναμης χειρολαβής.

Αποτελέσματα: Η ευαισθησία των τασεοψποδοχέων κατά τη διάρκεια των δοκιμασιών νοητικής (ΑΚ: 3,59±2,62 έναντι ΠΚ: 5,50±9,40ms/mmHg, p=0,280) και σωματικής διέγερσης (ορθοστατική-δοκιμασία: ΑΚ: 3,23±2,42 έναντι ΠΚ: 2,07±2,69ms/mmHg, p=0,777) ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων. Κατά τη νοητική δοκιμασία, και οι δύο ομάδες παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων ΣΑΠ/ΔΑΠ σε σύγκριση με την ηρεμία (ΣΑΠ ΑΚ: 156,3±27,7 έναντι 142,7±20,0mmHg, p<0,05, ΠΚ: 158,0±25,6 έναντι 143,1±23,6mmHg, p<0,05, αντίστοιχα), αλλά χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (p=0,853/p=0,611 αντίστοιχα για ΣΑΠ/ΔΑΠ). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στον όγκο-παλμού, την καρδιακή-παροχή και τη συνολική-περιφερική-αντίσταση κατά την ίδια περίοδο δοκιμών. Τα μέσα επίπεδα ΣΑΠ κατά την ορθοστατική-δοκιμασία μειώθηκαν σημαντικά συγκριτικά με την ηρεμία και στις δύο ομάδες (ΑΚ: 135,4±26,8 έναντι 142,2±20,1mmHg, p<0,05, ΠΚ 135,3±21,9 έναντι 143,1±23,6mmHg, p<0,05), αλλά η συνολική ανταπόκριση δεν διέφερε μεταξύ αυτών (p=0,937). Τέλος, οι αιμοδυναμικές αποκρίσεις κατά τη διάρκεια της άσκησης χειρολαβής δεν διέφεραν μεταξύ ΑΚ και ΠΚ.

Συμπεράσματα: Η ευαισθησία των τασεοψποδοχέων και οι αιμοδυναμικές αποκρίσεις σε δοκιμασίες νοητικού και σωματικού στρες ήταν παρόμοιες μεταξύ ασθενών υπό ΑΚ και ΠΚ, υποδηλώνοντας ότι η λειτουργία του ΑΝΣ δεν επηρεάζεται από την εφαρμοζόμενη μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης.

ΕΑ 32



ΕΑ 33

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ ΣΤΙΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ε. Σταμπολλίου^{1*}, Α. Χαλκιά^{1*}, Ζ. Αλεξάκου¹, Ε. Σταθοπούλου¹, Α. Παπράς¹, Γ. Αγγελής¹, Α. Καποτά¹, Χ. Γακιοπούλου², Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

*Ισότιμη συνεισφορά

Εισαγωγή: Διαθέτουμε λιγοστά δεδομένα για τις διαφορές των δύο φύλων στις νεφρικές παθήσεις σχετικά με τη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση, επιπλοκές και μακροχρόνια νεφρική επιβίωση.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης ενός κέντρου ασθενών με σπειραματικές παθήσεις. Συγκρίθηκε η κατανομή των δύο φύλων στον τύπο των σπειραματικών παθήσεων και στα κλινικά χαρακτηριστικά κατά τη διάγνωση. Χρησιμοποιήθηκε Logistic regression analysis για την επίπτωση των λοιμώξεων και τη νεφρική ανάκαμψη στον πρώτο χρόνο και Kaplan-Meier analysis για τη μακροπρόθεσμη νεφρική και συνολική επιβίωση.

Αποτελέσματα: 232 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν, 63% άρρεν και 37% θήλυ φύλο (Πίνακας 1). Η πιο συχνή σπειραματική πάθηση στο άρρεν φύλο ήταν η IgA νεφροπάθεια (29%), ενώ στο θήλυ η ANCA-σχετιζόμενη σπειραματονεφρίτιδα (19%) και η FSGS (19%). Αξίζει να σημειωθεί ότι η IgG4-σχετιζόμενη νεφρίτιδα και η μεμβρανοεπιδερμική περιγράφηκαν μόνο στο άρρεν φύλο. Στη διάγνωση, η παρουσία υπέρτασης υπερείχε στο άρρεν φύλο (71% vs 56%, $p=0.035$), ενώ δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σοβαρότητα της νεφρικής βλάβης [συνολική κοόρτη, διάμεση τιμή (interquartile range) $eGFR=51$ (25-85) ml/min/1.73m² και πρωτεϊνουρία 3 (1-6) gr/24h]. Λαμβάνοντας υπόψη την ανοσοκατασταλτική θεραπεία, στον πρώτο χρόνο το θήλυ φύλο παρουσίασε μεγαλύτερη πιθανότητα για λοιμώξεις (odds ratio OR 3.0 [95% CI 1.31-7.3], $p=0.01$) ενώ και τα 2 φύλα κατέγραψαν παρόμοια νεφρική ανάκαμψη με αύξηση $eGFR$ 3 (-1 to 12) vs 4 (-1 to 22) ml/min/1.73m², $p=0.50$ και μείωση πρωτεϊνουρίας 57% (0-90) vs 55% (0-83), $p=0.35$, άρρεν και θήλυ αντίστοιχα. Σε διάμεσο χρόνο 2 έτη (0.5-4), καταγράψαμε 5-ετή επιβίωση 90% χωρίς διαφορά μεταξύ των 2 φύλων (log-rank, $p=0.181$) και 5-ετή νεφρική επιβίωση 86%. Στην υποομάδα των ασθενών με αρχικό $eGFR<30$ ml/min/1.75m², το άρρεν φύλο τείνει να έχει χειρότερη νεφρική επιβίωση (log-rank, $p=0.087$).

Συμπεράσματα: Στις σπειραματικές παθήσεις, το θήλυ φύλο διατρέχει 3-πλάσια πιθανότητα για λοιμώξεις τον πρώτο χρόνο, ενώ στους ασθενείς με αρχικά σοβαρή νεφρική νόσο το άρρεν φύλο τείνει να έχει χειρότερη νεφρική επιβίωση.

Πίνακας 1. Κλινικά χαρακτηριστικά της κοόρτης

	Συνολική κοόρτη N=232	Θήλυ φύλο N=86	Άρρεν φύλο N=146
Ηλικία, μέση τιμή± SD (έτη)	56.6 ± 17.1	57 ± 17.2	56.3 ± 17
Διάγνωση, n (%)			
IgAN	56 (24)	13 (15)	43 (29)
Membranous Nephropathy	44 (19)	16 (19)	28 (19)
AAV	35 (15)	18 (21)	17 (12)
Lupus nephritis	17 (7)	13 (15)	4 (3)
MGRS	12 (5)	1 (1)	11 (8)
Fibrillary GN	7 (3)	1 (1)	6 (4)
FSGS	42 (18)	18 (21)	24 (16)
MCD	9 (4)	4 (5)	5 (3)
IgG4-related GN	2 (1)	0 (0)	2 (1)
Membranoproliferative GN	4 (2)	0 (0)	4 (3)
Anti- GBM GN	1 (0)	0 (0)	1 (1)
C3 GN	3 (1)	2 (2)	1 (1)
Θεραπεία, n (%)			
GCs	141 (61)	55 (64)	86 (59)
RTX	65 (28)	28 (33)	37 (25)
CYC	30 (13)	24 (28)	36 (25)
Άλλα (AZA, MMF, budesonide, bortezomib)	34 (15)	9 (10)	25 (17)
Λοιμώξεις τον 1 ^ο χρόνο, n (%)	31 (13)	18 (21)	13 (9)
Ύφεση, n (%)	98 (42)	35 (41)	63 (43)
Υποτροπή, n (%)	39 (17)	17 (20)	22 (15)
Παρενέργειες, n (%)	12 (5)	3 (3)	9 (6)
MAE (καρδιαγγειακά συμβάντα, κακοήθεια), n (%)	8 (3)	3 (3)	5 (5)

IgAN: IgA nephropathy, AAV: ANCA-associated vasculitis, MGRS: monoclonal gammopathy of renal significance, GN: glomerulonephritis, FSGS: focal segmental glomerulosclerosis, MCD: minimal change disease, Anti- GBM: anti-glomerular basement membrane, GCs: glucocorticoids, RTX: rituximab, CYC: cyclophosphamide, AZA: azathioprine, MMF: mycophenolate mofetil, MAE: major adverse events.

ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΙ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΩΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Μ. Χριστοδούλου¹, Ε. Μωυσίδου¹, Σ. Στάη¹, Κ. Μπαντής¹, Α. Φυλάκτου², Π. Σαραφίδης¹, Μ. Στάγκου¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

²Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα Τ-λεμφοκύτταρα, φαίνεται να εμπλέκονται ενεργά στην παθογένεια συστηματικών νοσημάτων, όπως και η ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα/σπειραματονεφρίτιδα(AAV/GN). Η μελέτη και αξιολόγηση τέτοιων υποπληθυσμών ως πιθανούς βιοδείκτες σε άλλα νοσήματα όπως ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος και η ανάγκη για εξεύρεση αντίστοιχων βιοδεικτών στην AAV/GN, μας οδήγησε στην μελέτη τέτοιων υποπληθυσμών σε ασθενείς με ενεργή νόσο.

Υλικό & Μέθοδος: Αξιολογήθηκαν τα επίπεδα υποπληθυσμών Β και Τ λεμφοκυττάρων σε περιφερικό αίμα 15 ασθενών με διάγνωση AAV/GN και συγκρίθηκαν με τις μετρήσεις αντίστοιχων υποπληθυσμών σε 14 υγιής μάρτυρες, με την μέθοδο της κυτταρομετρίας ροής.

Αξιολογήθηκαν τα επίπεδα: T-cells subsets: CD4, T-follicular cells (Tfol), T-regulatory cells (Tregs), Tfh, Tfh1, Tfh2, Tfh17, and T-follicular regulatory cells(Tfr)

B-cells subsets: CD19, IgD(+)CD127(-), IgD(+)CD127(+), IgD(-)CD127(+) and IgD(-)CD127(-).

Αποτελέσματα: Στην ομάδα των ασθενών, παρατηρήθηκαν μειωμένα επίπεδα CD4 (698.8 Vs 368.8, p=0.04) σε σχέση με την ομάδα με μαρτύρων, όπως και αυξημένα επίπεδα Tfol, Tfh1 και Tfh2 κυττάρων (7% vs 12%, p=0.05, 8.4 vs 11.2, p=0.03, 13.3 vs. 45.9, p=0.09, αντίστοιχα).Επιπρόσθετα, καταγράφηκαν αυξημένα επίπεδα Tfr (p=0,048) και Tfh (p=0,023) στην ομάδα των ασθενών, με στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στην Β-κυτταρική σειρά, παρατηρήθηκαν μειωμένα επίπεδα CD19 στην ομάδα των ασθενών χωρίς όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές στους επί μέρους υποπληθυσμούς.

Συμπεράσματα: Συγκεκριμένοι υποπληθυσμοί Τ-λεμφοκυττάρων, μπορούν να αξιολογηθούν εύκολα στο περιφερικό αίμα ασθενών με AAV/GN. Οι υποπληθυσμοί Tfh και Tfr, φαίνεται να μπορούν να αξιολογηθούν και ως πιθανοί βιοδείκτες ενεργότητας της νόσου, οπότε είναι αναγκαία η περαιτέρω μελέτη της πιθανής εμπλοκής τους στην παθογένεια της νόσου, ώστε να αποτελέσουν θεραπευτικούς στόχους στο μέλλον.

EA 35

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΗ ΓΑΜΜΑΠΑΘΕΙΑ (MGRS)

Σ. Τσιάκας¹, Α. Παναγάκης¹, Χ. Σκαλιώτη¹, Ε. Κάψια¹, Ι. Στεργίου², Μ. Βουλγαρέλης², Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹

¹Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

²Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Οι μονοκλωνικές γαμμαπάθειες με νεφρική σημασία (MGRS) αποτελούν μία ετερογενή ομάδα νεφρικών παθήσεων, οι οποίες οφείλονται στην παρουσία νεφροτοξικής μονοκλωνικής πρωτεΐνης. Λόγω της σπανιότητας της νόσου και του σύνθετου ορισμού των MGRS, τα δεδομένα για τη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών είναι περιορισμένα.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοορτής ενός κέντρου, η οποία περιλαμβάνει ασθενείς με ιστολογικά τεκμηριωμένη MGRS την περίοδο 2005-2023. Μελετήθηκαν τα κλινικο-ιστολογικά χαρακτηριστικά και η νεφρική επιβίωση των ασθενών. Ως εξέλιξη της νόσου ορίστηκε η μείωση του eGFR>30% ή το τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου (ΤΣΧΝΝ).

Αποτελέσματα: Συνολικά, 23 ασθενείς με διάμεση ηλικία τα 65 έτη (IQR:55-70) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Κατά τη διάγνωση, η διάμεση τιμή του eGFR ήταν 51ml/min/1.73m² (IQR:40-80) και της πρωτεϊνουρίας 3,94g/24h (IQR:2,00-6,26). Αναγνωρίστηκαν οι εξής τύποι MGRS: Ig-σχετιζόμενη αμυλοείδωση (n=8), νόσος από μονοκλωνική εναπόθεση ανοσοσφαιρίνης (n=7), κρυοσφαιριναιμική σπειραματονεφρίτιδα (n=2), C3 σπειραματοπάθεια (n=2), υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα με μονοκλωνικές εναποθέσεις (n=1), ανοσοτακτοειδής σπειραματοπάθεια (n=1) και μη καθορισμένη (n=2). Οι περισσότεροι ασθενείς έλαβαν θεραπεία έναντι του υπεύθυνου κυτταρικού κλώνου (90,9%). Δεκατρείς ασθενείς παρουσίασαν μείωση της πρωτεϊνουρίας (0,44 vs 3,94g/24h, p:0,001) και διατήρηση του eGFR (60 vs 56ml/min/1.73m², p:0,363) σε διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 45 μηνών (IQR:27-67). Όλοι οι ανταποκριθέντες ασθενείς είχαν λάβει στοχευμένη χημειοθεραπευτική αγωγή. Πρόοδος νόσου παρατηρήθηκε σε 8 ασθενείς (34,8%), τρεις εκ των οποίων κατέληξαν σε ΤΣΧΝΝ (13,0%). Η νεφρική επιβίωση ήταν 84,6% στους 48 μήνες (CI:73,3-101,7). Παράγοντες που συσχετίστηκαν με πρόοδο νόσου ήταν η Ig-σχετιζόμενη αμυλοείδωση (HR:6,94, CI:1,30-36,84) και ο eGFR<45ml/min/1.73m² στη διάγνωση (HR:14,73, CI:1,62-132,95).

Συμπεράσματα: Οι MGRS εκδηλώνονται με ποικίλου βαθμού πρωτεϊνουρία και νεφρική βλάβη. Η νεφρική δυσλειτουργία κατά τη διάγνωση και η Ig-σχετιζόμενη αμυλοείδωση συσχετίστηκαν με χειρότερη έκβαση. Η έγκαιρη αναγνώριση και η στοχευμένη θεραπεία βελτιώνουν τη νεφρική έκβαση.

EA 36

ΕΑ 37

ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΛΕΜΦΟΖΙΔΙΑΚΑ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ- ΔΙΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ**Ε. Μωυσίδου¹, Μ. Χριστοδούλου¹, Γ. Λιούλιος², Β. Νικολαΐδου³, Π. Σαραφίδης¹, Ε. Φράγκου^{4,5,6}, Θ. Δημητρούλας⁷, Α. Φυλάκτου³, Μ. Στάγκου¹**¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη²Νεφρολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη³Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη⁴Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας Κύπρου⁵Τμήμα Βασικών και Κλινικών Επιστημών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Κύπρος⁶Εργαστήριο Αυτοανοσίας και Φλεγμονής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα⁷Δ' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα βοηθητικά λεμφοζιδιακά Τ-λεμφοκύτταρα (TFH) ενέχονται στην παθογένεση της νεφρίτιδας του λύκου (LN) καθώς διαμεσολαβούν στην επιλογή των υψηλής συγγένειας Β-λεμφοκυττάρων στα βλαστικά κέντρα των λεμφοζιδίων. Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός των κυκλοφορούντων TFH (cTFH) σε ασθενείς με LN και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης με δείκτες της νόσου.

Υλικό & Μέθοδος: Περιφερικό αίμα από 25 ασθενείς με LN και 25 υγιείς μάρτυρες θα συλλεχθεί και θα προσδιοριστούν με κυτταρομετρία ροής τα cTFH (CD4+CD45RA⁺CXCR5⁺) κύτταρα, καθώς και υποπληθυσμοί όπως cTFH1 (CD4+CD45RA⁺CXCR5⁺CXCR3⁺CCR6⁻), cTFH2 (CD4+CD45RA⁺CXCR5⁺CXCR3⁺CCR6⁻), cTFH17 (CD4+CD45RA⁺CXCR5⁺CXCR3⁺CCR6⁺) και cTFH-ICOS⁺ (CD4+CD45RA⁺CXCR5⁺ICOS⁺).

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα από 14 ασθενείς (Ηλικία=38±8έτη) και 8 μάρτυρες (Ηλικία=31.5±7έτη). Το ποσοστό και ο αριθμός των cTFH ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες [11(0.6-22.4)% και 41.6(3.4-412.7)κύτταρα/μL, vs. 8.8(1.9-12.1)% και 43.5(13.3-69.6)κύτταρα/μL, αντίστοιχα]. Τα cTFH-ICOS⁺, cTFH1 και cTFH2 βρέθηκαν αυξημένα στους ασθενείς σε σχέση με τους υγιείς [0.9(0-5.2) vs. 0.256(0-1)κύτταρα/μL, 6.7(0.2-25.9) vs. 1.9(0.4-13.3)κύτταρα/μL, και 9.88(0-14.5) vs. 1.82(0.46-32)κύτταρα/μL, αντίστοιχα], ενώ τα cTFH17 ήταν σαφώς περιορισμένα [6.58 (0.79-213.8) vs 16.9(0.6-29.2)κύτταρα/μL, αντίστοιχα]. Αυξημένο SLEDAI-2K score (>6) συσχετίστηκε με αύξηση στα cTFH [75(14-413) vs. 34(3-99)κύτταρα/μL], cTFH1 [12.45(2-26) vs. 3(0.2-18)κύτταρα/μL], cTFH2 [10.38(5-14) vs. 2.27(0-11)κύτταρα/μL], cTFH17 [23.8(0.8-214) vs. 1.6(1-44)κύτταρα/μL], και cTFH-ICOS⁺ [1.13(0.5-5.19) vs. 0.552(0-1.18)κύτταρα/μL]. Ασθενείς με πρωτεϊνουρία >500mg/ημέρα παρουσίαζαν αυξημένο αριθμό cTFH1 [12.4(2.08-25.88) vs. 6.7(0.2-18.17)κύτταρα/μL] αλλά μειωμένα cTFH17 [3.7(0.8-42.3) vs. 6.6(1.06-213.8)κύτταρα/μL] και cTFH-ICOS⁺ [0.22(0-5.19) vs. 0.9(0-3.7)κύτταρα/μL].

Συμπεράσματα: Τα cTFH στο σύνολο τους καθώς και υποπληθυσμοί τους θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως δείκτες αλλά και πιθανό στόχο θεραπείας σε ασθενείς με νεφρίτιδα του λύκου, με τον ρόλο τους ωστόσο στην παθογένεση της νόσου να είναι ακόμα υπό μελέτη.

ΕΑ 38

ΔΕΙΚΤΗΣ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑΣ-ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**Β. Καραβά¹, Α. Κοντού¹, Ι. Ντότης¹, Α. Ταπάρκου², Ε. Φαρμάκη², Ν. Πρίντζα¹**¹Νεφρολογική Μονάδα Παίδων, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης²Κέντρο Παιδιατρικής Ανοσολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Σκοπός είναι να διαμορφωθεί ο δείκτης υποθρεψίας-φλεγμονής (ΔΥΦ) σε παιδιά με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) και να εκτιμηθεί η συσχέτιση του με τη πρωτεΐνο-ενεργειακή απώλεια (ΠΕΑ), τη συστηματική φλεγμονή, τη θνητότητα και νοσηλεία και με πιθανούς παράγοντες κινδύνου.

Υλικό & Μέθοδος: Ο ΔΥΦ υπολογίστηκε σε 53 ασθενείς με μέση διάρκεια παρακολούθησης 16,2 μήνες. Η μειωμένη όρεξη και κόπωση βαθμολογήθηκαν με 1, η διάρκεια καθάρσης με 1 ή 2 αν ξεπερνούσε τα 1 ή 4 έτη, ο δείκτης μάζας σώματος, άλμπουμ και λιπώδους μάζας με 1 ή 2 αν ήταν <10 ή <5 εκατοστιαία θέση, το ύψος με 1 ή 2 αν ήταν <5 ή <3 εκατοστιαία θέση. Τέλος, αλβουμίνη <4 g/dl, και <3,5 g/dl και σιδηροδεσμευτική ικανότητα ολικού σιδήρου <300 και <250 μg/dl βαθμολογήθηκαν με 1 και 2 αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Ο ΔΥΦ ήταν υψηλότερος στη ΧΝΝΤΣ (p<0.001), συσχετίστηκε με τη ΠΕΑ (p<0.001), το InIL-6 (rs=0.446, p<0.001) και με τη θνητότητα στη ΧΝΝΤΣ (p=0.110). Ο ΔΥΦ προέβλεψε καλύτερα το κίνδυνο νοσηλείας συγκριτικά με τη ΠΕΑ στη ΧΝΝ σταδίου 3-4 (AUC 0.833 και AUC 0.625 αντίστοιχα) και ΧΝΝΤΣ (AUC 0.907 και 0.686 αντίστοιχα). Στη μερική ανάλυση συσχέτισης, η παράμετρος οστών και μετάλλων InFGF23 (rs=0.434, p=0.002), οι αντιποκίνες αντιπνεκτίνη (rs=0.541, p<0.001) και ρεζιστίνη (rs=0.313, p=0.029), η μυοκίνη φολλισατίνη (rs=0.307, p=0.032) και η Hb (rs=-0.551, p<0.001), συσχετίστηκαν με το ΔΥΦ.

Συμπεράσματα: Ο ΔΥΦ αποτελεί καλύτερο προγνωστικό εργαλείο συγκριτικά με τη ΠΕΑ στη πρόβλεψη της νοσηλείας σε παιδιά με ΧΝΝ. Η αναιμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου και οι παράμετροι FGF23, αντιπνεκτίνη και φολλισατίνη πιθανούς βιοδείκτες.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ANCA-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Μ. Χριστοδούλου¹, Ε. Μωυσίδου¹, Σ. Στάη¹, Κ. Μπαντής¹, Ν. Φλάρης², Χ. Νικολαΐδου², Α. Φυλάκτου³, Π. Σαραφίδης¹, Μ. Στάγκου¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

³Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ιστοπαθολογική ταξινόμηση βιοψιών νεφρού σε ασθενείς με ANCA σχετιζόμενη σπειραματονεφρίτιδα (AAV/GN), με βάση τα μοντέλα Berden και Renal Risk Score (RRS), στοχεύει στην αξιολόγηση της νεφρικής βλάβης και την πρόβλεψη της έκβασης της νόσου.

Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκε η προγνωστική αξία των δύο μοντέλων.

Υλικό & Μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης, στην οποία ασθενείς με AAV/GN, πρώτη προσβολή και διάγνωση βάσει βιοψίας νεφρού, ταξινομήθηκαν κατά Berden και RRS. Οι ασθενείς της μελέτης αντιμετωπίστηκαν με το ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο, και παρακολούθηθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία για 60 μήνες. Οι δείκτες αξιολόγησης της νεφρικής λειτουργίας καταγράφηκαν κατά τη στιγμή της διάγνωσης (T0), τρεις (T3), έξι (T6) και εξήντα (T60) μήνες μετά.

Αποτελέσματα: Ενενήντα τέσσερις ασθενείς με AAV/GN, ταξινομήθηκαν ως Focal (n=24), Crescentic (n=35), Mixed (n=21) και Sclerotic (n=14) βάσει του Berden score, με σημαντικές διαφορές στον eGFR μόνο στην T3, 27,6(28), 21,7(27), 22,5(18), 18,8(31)ml/min/1,73m², αντίστοιχα, p=0,03, ενώ το ποσοστό ασθενών που έχρηζε αιμοκάθαρσης (TN), διέφερε σημαντικά σε T0, T3 και T6 αλλά όχι στο T60.

Σύμφωνα με το RRS, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν ως Low (n=8), Medium (n=47) και High risk (n=39), με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα eGFR, στην αναλογία ανάγκης για αιμοκάθαρση, σε T0, T3, T6 και T60 (eGFR-T60: 45,5(22), 32,6(41,3), 5,7(15)ml/min/1,73m², αντίστοιχα, p<0,0001, TN-T60: 0, 12(31.6%), 23(69.7%), αντίστοιχα, p<0,0001.

Συμπεράσματα: Τα δύο μοντέλα μπορούσαν να προβλέψουν την έκβαση της νεφρικής λειτουργίας και την ανάγκη για αιμοκάθαρση βραχυπρόθεσμα, αλλά το RRS έδειξε σημαντική υπεροχή στην μακροχρόνια πρόβλεψη έκβασης της νεφρικής λειτουργίας και ανάγκης ένταξης σε εξωνεφρική κάθαρση.

ΕΑ 39

**Βραβείο
«Σ. Παπασταμάτη»**

Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΔΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ IGA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ

Χ. Κεσκίνης¹, Ε. Μωυσίδου², Ε. Κάψια³, Β. Βάιος⁴, Χ. Μπίντας³, Μ. Τριβυζά⁵, Μ. Χριστοδούλου², Π. Πατεινάκης¹, Μ. Παπασωτηρίου⁵, Π. Σαραφίδης², Β. Λιακόπουλος⁴, Σ. Μαρινάκη³, Μ. Στάγκου²

¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

²Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

³Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού Ιατρική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

⁴Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»

⁵Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η ενεργοποίηση του άξονα εντέρου-νεφρού αποτελεί αρχικό βήμα της παθογένειας της IgA νεφροπάθειας (IgAN). Σκοπός της προοπτικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της απάντησης στη χορήγηση βουδεσονίδης στην IgAN και οι παράγοντες που την καθορίζουν.

Υλικό & Μέθοδος: Πολυκεντρική, προοπτική μελέτη παρατήρησης από 5 Ελληνικά Νεφρολογικά κέντρα, με ενήλικες ασθενείς με διάγνωση IgA νεφροπάθειας τα τελευταία 10έτη. Οι βιοψίες νεφρού ταξινομήθηκαν κατά MEST-C και εκτιμήθηκε η νεφρική λειτουργία (eGFR CKD-EPI) και λευκωματουρία (Uprot) κατά τη βιοψία (bx), και ακολούθως, στα χρονικά διαστήματα T0, T3, T6, που αντιστοιχούν στην έναρξη αγωγής, 3 και 6 μήνες της παρακολούθησης. Πρώιμη απάντηση θεωρήθηκε η ≥50% ύφεση της λευκωματουρίας, στο T3 και όψιμη στο T6.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 37 ασθενείς (Α/Θ:26/11, Μέση ηλικία 50,38±14,32 έτη) με IgAN διαγνωσμένη από 45,65±56,67 μήνες. Προηγούμενη αγωγή: κορτικοειδή 17/37, κυκλοφωσφαμίδη 2/37, σύγχρονη αγωγή aMEA 37/37, SGLT2inhibitors 27/37. Στα διαστήματα T0, T3, T6 παρέμεινε σταθερός eGFR 56,28±23,67, 52,71±19,91 και 57,88±24,75ml/min/1,73m² αντιστοίχως, p=0, ενώ ελαττώθηκε η Uprot 2,66±1,84, 2,56±1,84 και 1,7±1,16gr/24hr, p=0,003.

Πρώιμη απάντηση εμφάνισε το 33,3% και όψιμη 43,8% των ασθενών. Οι ασθενείς με πρώιμη απάντηση εμφάνιζαν αυξημένη eGFRbx 78(56) vs 66(22)ml/min/1,73m², p=0,04, όπως και αυτοί με όψιμη 72,5(42) vs 48(21)ml/min/1,73m², p=0,01. Όλοι οι ασθενείς με ύφεση εμφάνιζαν E1 στο MEST-C score. Η βαρύτητα της λευκωματουρίας στο T6 σχετιζόνταν με το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση, r=0,7 p=0,001, και τη λευκωματουρία στο T0, r=0,6, p=0,003.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση βουδεσονίδης στην κλινική πράξη μπορεί να επιφέρει πρώιμη ύφεση της λευκωματουρίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση και διατηρημένη νεφρική λειτουργία. Η ύπαρξη ενδοτριχοειδικής υπερπλασίας φαίνεται να συμ-μετέχει επίσης σημαντικά.

ΕΑ 40

ΕΑ 41

Ο ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ANCA ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΑ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

A. Chalkia^{1,2}, R. Jones^{1,3}, A. Kamath⁴, A.J. Mohammad⁵, S. Monti⁶, C.B. Mukhtyar⁴, V. Nanda⁴, I. Petrakis⁷, D. Petras², A. Sinha⁴, P. Sivasothy³, R. Smith^{1,3}, K. Stylianou⁷, D. Vassilopoulos², D. Jayne^{1,3}

¹Department of Medicine, University of Cambridge

²General Hospital of Athens Hippokration, Greece

³Vasculitis and Lupus Clinic, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

⁴Norfolk and Norwich University Hospital, UK

⁵Lund University, Sweden

⁶Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy

⁷University Hospital of Heraklion, Greece

Background: Interstitial Lung Disease (ILD) in ANCA-associated Vasculitis (AAV) has the appearance of a progressive fibrotic disease on imaging and primarily affects the interstitial lung compartment and is usually associated with MPO-ANCA. Whether patients with AAV-ILD display a similar fibrotic pattern in their kidneys is unclear.

Methods: A European multicentre retrospective study included patients with AAV-ILD. The diagnosis of ILD was confirmed by a CT chest pattern of usual interstitial pneumonia (UIP), non-specific interstitial pneumonia (NSIP), organising pneumonia or chronic hypersensitivity pneumonia. We aimed to determine if kidney involvement in AAV-ILD exhibited a more fibrotic pattern compared to AAV-related nephritis without ILD, using data from the Cambridge AAV cohort.

Results: 135 patients with AAV-ILD were included; 94 (70%) had also kidney involvement, in whom the mean age was 71±11 years and 87% MPO-ANCA positive. The ILD diagnosis preceded AAV in 17%, 64% presented concurrently with kidney involvement, 20% with pulmonary haemorrhage.

At presentation, the median glomerular filtration rate (GFR) was 27 ml/min per 1.73m² (interquartile range 12-50), with a median albumin-to creatinine ratio 23 mg/mmol (IQR 10-97). Among 72 patients with available kidney biopsy, the most prevalent Berden class was focal in 45%, followed by mixed in 33%, crescentic in 18% and sclerotic in 4%. Although, the prevalence of Berden classes did not significantly differ between ILD-nephritis and no ILD-nephritis groups, the former group had a higher baseline GFR (p=0.05), lower albuminuria level (p=0.002), higher percentage of normal glomeruli (p=0.027), lower glomerular necrosis percentage (p=0.002) and higher interstitial fibrosis score (p=0.049). Within five years, the ILD-nephritis group demonstrated renal recovery, as indicated by an adjusted mean delta GFR of 13.4 ml/min per 1.73m², without a significant difference compared to the no ILD-nephritis group. Over a median follow-up of 4.9 years (IQR 2-9), the progression to end-stage kidney disease (ESKD) was comparable between the groups. However, notably, the ILD-nephritis group experienced significantly poorer survival rates (mean 10.9 years vs 17.9 years, log-rank p<0.001).

Conclusions: In AAV-ILD, kidney involvement is often characterized by fewer inflammatory and a higher prevalence of fibrotic lesions than on non-ILD-AAV. Despite initial differences in renal pathology and kidney function between these groups, both demonstrated similar risks of progressing to ESKD. Nevertheless, it's crucial to underscore the significant influence of ILD on the overall outcomes of AAV patients with kidney involvement.

ΕΑ 42

ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Ρηγόγλου, Χ. Μελεξοπούλου, Γ. Καρδάρ, Β. Φιλιόπουλος, Κ. Βαλλιάνου, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη

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

Εισαγωγή: Η αυτοσωματική επικρατούσα πολυκυστική νόσος των νεφρών (ADPKD) είναι η πιο συχνή κληρονομική πάθηση των νεφρών. Εκτός από τις νεφρικές εκδηλώσεις μπορεί να οδηγήσει και σε εκδηλώσεις από άλλα συστήματα. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η περιγραφή των πιο συχνών εξωνεφρικών εκδηλώσεων της ADPKD.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη καταγραφής ασθενών με ADPKD από το 2018-2023. Μελετήθηκαν επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία, ενώ καταγράφηκαν και οι εξωνεφρικές εκδηλώσεις της νόσου, όπως αυτές σημειώθηκαν στη διάρκεια του προσυμπτωματικού έλεγχου των ασθενών.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 280 ασθενείς με ADPKD. Η διάμεση ηλικία στην αρχική επίσκεψη ήταν 42έτη [18-78] και το 55% ήταν γυναίκες. Το 15% των ασθενών δεν είχε γνωστό οικογενειακό ιστορικό. Η ύπαρξη ηπατικών κύστεων ήταν από τα πιο κοινά χαρακτηριστικά που σημειώθηκαν στο 72% των ασθενών, ενώ η συχνότητά τους ήταν πιο μεγάλη μεταξύ των γυναικών (60%). Παγκρεατικές κύστεις ανιχνεύθηκαν στο 2,7% των ασθενών. Από τις καρδιαγγειακές εκδηλώσεις πιο συχνή ήταν η υπέρταση σε ποσοστό 70% των ασθενών, με χρήση κατά μέσο όρο 1,7 αντιυπέρτασικών δισκίων την ημέρα. Δομικές διαταραχές της καρδιάς μελετήθηκαν σε 122 ασθενείς με πλήρη υπερηχογραφική μελέτη. Σημειώθηκαν βαλβιδοπάθειες στο 20% αυτών, περικαρδιακή συλλογή σε 7.6% και ανευρυσματική διάταση μεσοκοιλιακού διαφράγματος στο 1,4%. Ιστορικό με χειρουργηθείσες κήλες κοιλιακού τοιχώματος καταγράφηκε στο 5,2% των ασθενών. Από τον έλεγχο με μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου σε 145 ασθενείς, εγκεφαλικά ανευρύσματα ανιχνεύθηκαν στο 5,7%, ενώ αραχνοειδείς κύστεις εγκεφάλου σε 2,4%.

Συμπεράσματα: Οι εξωνεφρικές εκδηλώσεις της ADPKD είναι συνήθως ασυμπτωματικές, αλλά μπορεί να αυξήσουν τη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών με ADPKD.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ SGLT2i ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Ε. Κάψια, Σ. Τσιάκας, Χ. Σκαλιώτη, Χ. Μπίντας, Ο. Παπαϊωάννου, Α. Παναγάκης, Γ. Καρδάρα, Ι.Ν. Μπολέτης, Σ. Μαρινάκη***Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ Αθηνών «Λαϊκό»*

Εισαγωγή: Οι αναστολείς του συµμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT2i) έχουν αναδειχθεί ως βασική θεραπεία για την πρόληψη εξέλιξης της χρόνιας νεφρικής νόσου. Τα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους σε ασθενείς με σπειραματικές παθήσεις είναι περιορισμένα.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκε αναδρομικά η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των SGLT2i σε ασθενείς με ιστολογικά τεκμηριωμένη σπειραματική πάθηση.

Αποτελέσματα: Εβδομήντα επτά ασθενείς με σπειραματική πάθηση (48 άνδρες) έλαβαν SGLT2i σε διάμεσο χρόνο 4 ετών (IQR2-8) από τη διάγνωση. Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 63 έτη (44.5-71.0). Μεταξύ των ασθενών, 45% (35/77) είχαν IgA νεφροπάθεια, 23% (18/77) FSGS, 10% (8/77) μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια, 7% (5/77) νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων, 5% (4/77) ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα, 3% (2/77) νεφρίτιδα του λύκου και 3% (2/77) C3 σπειραματοπάθεια. Τρεις ασθενείς (4%) είχαν MGRS, AL αμυλοείδωση και ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα αντίστοιχα. Το 64% (49/77) είχαν υπέρταση και 15.6% (12/77) διαβήτη. Το 68% (52/77) λάμβαναν αναστολέα του άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης.

Κατά την έναρξη του SGLT2i, η διάμεση τιμή eGFR και πρωτεϊνουρίας ήταν 62ml/min/1.73m² (IQR45.3-86.9) και 1.2g/24h (IQR 0.58-2.07) αντίστοιχα. Στους 3 πρώτους μήνες, η διάμεση τιμή eGFR μειώθηκε στα 56ml/min/1.73m² (IQR41.0-77.2, p=0.018) και η διάμεση τιμή πρωτεϊνουρίας στα 0.92g/24h (IQR0.38-2.00, p=0.014). Μετά από διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 8 μηνών (IQR 3.5-15.5) από την έναρξη του φαρμάκου καταγράφηκαν ανάλογες μεταβολές στη νεφρική λειτουργία και την πρωτεϊνουρία (διάμεση τιμή eGFR 56ml/min/1.73m², IQR 44.0-81.0, p=0.026 και διάμεση τιμή πρωτεϊνουρίας 0.86g/24h, IQR 0.33-1.69, p=0.019).

Οξεία νεφρική βλάβη παρατηρήθηκε στο 8% (6/77) των ασθενών, με διακοπή της θεραπείας σε μία μόνο περίπτωση. Λοιμώξεις ουροποιητικού σημειώθηκαν στο 4% των ασθενών (3/77).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με σπειραματική πάθηση, η χορήγηση SGLT2i, παρά την αρχική έκπτωση του eGFR, φάνηκε να είναι ασφαλής και συνέβαλε σε σημαντική μείωση της πρωτεϊνουρίας.

ΕΑ 43**ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ****Γ. Λύρας, Μ. Παπασωτηρίου, Κ. Τσιότσιος, Α. Χαλβατζής, Α. Μπρατσιάκου, Δ. Γούμενος, Ε. Παπαχρήστου***Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

Εισαγωγή: Η αρτηριακή σκληρία έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακές νόσους. Επίσης, η αγγειακή νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος αυξάνει τον κίνδυνο γνωστικής εξασθένησης. Ωστόσο, η συσχέτιση της αρτηριακής σκληρίας και της γνωστικής εξασθένησης παρότι αναφέρεται, ειδικά στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) δεν είναι ξεκάθαρη. Στόχος αυτής της συγχρονικής μελέτης παρατήρησης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της αρτηριακής σκληρίας και της γνωστικής ικανότητας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN).

Ασθενείς & Μέθοδοι: Στη μελέτη μετείχαν 80 ασθενείς με XNN μέσης ηλικίας 61±15 ετών. Αυτοί περιελάμβαναν 18 ασθενείς με XNN-I, 11 ασθενείς με XNN-II, 29 με XNN-III και 22 ασθενείς με XNN-IV. Ως δείκτες αρτηριακής σκληρίας μετρήθηκαν η ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV) και ο δείκτης επαύξεσης (Aix) με τη χρήση της συσκευής Mobil-O-Graph. Οι μετρήσεις έγιναν κατά τη διάρκεια των τακτικών επισκέψεων των ασθενών στο ιατρείο σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Για την αξιολόγηση της γνωστικής ικανότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του Mini Mental State Examination (MMSE).

Αποτελέσματα: Η γνωστική ικανότητα σύμφωνα με το MMSE δεν παρουσίασε διαφορά μεταξύ των ασθενών με διαφορετικό στάδιο XNN. Αντίθετα, οι ασθενείς μεγαλύτερου σταδίου XNN εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερη τιμή PWV. Η ολική βαθμολογία του MMSE βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την PWV (r -0,228, p=0,042) αλλά όχι με το δείκτη επαύξεσης. Όσον αφορά στους επιμέρους δείκτες του MMSE, ο δείκτης ανάκλησης της μνήμης καθώς και αυτός της γλωσσικής ικανότητας βρέθηκαν επίσης να σχετίζονται αρνητικά με την PWV (r -0,274, p=0,014 και r -0,278, p=0,012) αλλά όχι με το δείκτη επαύξεσης.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με XNN και αυξημένη αρτηριακή σκληρία όπως αυτή εκφράζεται με την ταχύτητα σφυγμικού κύματος παρουσιάζουν επιδείνωση των γνωστικών τους λειτουργιών και ειδικά της μνήμης και των γλωσσικών ικανοτήτων τους.

ΕΑ 44

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ

ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ Η/ΚΑΙ ΔΡΕΠΑΝΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Κ. Τσιότσης¹, Μ. Παπασωτηρίου¹, Β. Λαμπροπούλου², Π. Περδίκη¹, Α. Μπρατσιάκου¹, Α. Χαλβατζής¹, Δ. Γούμενος¹, Ε. Παπαχρήστου¹

¹Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

²Αιματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες λαμβάνουν συχνές μεταγγίσεις ερυθρών, ενώ η υπερφόρτωση σιδήρου και η χρήση ηλικιών παραγόντων ενοχοποιούνται για την πρόκληση νεφρικής δυσλειτουργίας. Οι αναστολές του συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου έχουν δείξει σε κλινικές μελέτες ευνοϊκές επιδράσεις στα νεφρικά συμβάματα καθώς και σημαντική μείωση της αλβουμινουρίας. Στόχος αυτής της προοπτικής, μη τυχαιοποιημένης μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της δαπαγλιφλοζίνης στη μείωση της αλβουμινουρίας και σε δείκτες νεφρικής βλάβης σε πολυμεταγγιζόμενους ασθενείς.

Ασθενείς & Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν ενήλικες ασθενείς με β-θαλασσαιμία ή/και δρεπανοκυτταρική νόσο που λάμβαναν συχνές μεταγγίσεις αίματος οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη, μετείχαν ασθενείς με αλβουμινουρία A2/A3 (UACR>30 mg/gCr) που έλαβαν θεραπεία με δαπαγλιφλοζίνη σε δόση 10mg ημερησίως (N=16). Στη δεύτερη, ασθενείς χωρίς αλβουμινουρία οι οποίοι δεν έλαβαν θεραπεία (N=35). Τέλος, μετείχαν και υγιείς ενήλικες χωρίς νεφρική νόσο ως ομάδα ελέγχου (N=20). Σε όλους τους συμμετέχοντες μετρήθηκαν UACR, eGFR (CKD-EPI) καθώς και οι ακόλουθοι βιοδείκτες νεφρικής βλάβης: suPAR στον ορό και NGAL, MMP-9 στα ούρα. Στους ασθενείς της ομάδας που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη έγιναν επιπλέον μετρήσεις στους 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη παρουσίασαν σημαντική μείωση της αλβουμινουρίας στους 3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής (ACR: 520±1200 vs. 300±680 mg/gCr, p=0,006), ενώ ο eGFR εμφάνισε οριακή επιδείνωση που ήταν μη σημαντική (eGFR: 99,3±21,7 vs. 94,7±28,9 ml/min/1,73m², p=0,36). Όλοι οι βιοδείκτες νεφρικής βλάβης βρέθηκαν σημαντικά αυξημένοι στο σύνολο των ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, οι ασθενείς που έλαβαν δαπαγλιφλοζίνη δεν εμφάνισαν σημαντική διαφορά στους βιοδείκτες NGAL, MMP-9 και suPAR στους 3 μήνες μετά την έναρξη της αγωγής.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με β-θαλασσαιμία ή/και δρεπανοκυτταρική νόσο παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα βιοδεικτών νεφρικής βλάβης στον ορό και στα ούρα σε σχέση με τους υγιείς. Η θεραπεία αυτών των ασθενών με δαπαγλιφλοζίνη για 3 μήνες μειώνει την αλβουμινουρία χωρίς να επηρεάζει τα επίπεδα των βιοδεικτών νεφρικής βλάβης.

ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ε. Σταμπολλίου, Α. Παπράς, Ε. Σταθοπούλου, Ζ. Αλεξάκου, Μ. Μπόρα, Γ. Αγγελής, Α. Καποτά, Π. Γιάννου, Δ. Πετράς

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Οι νεφρολογικές παθήσεις αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα που συνιστά σημαντική επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία, χωρίς ωστόσο να έχει δοθεί αρκετή έμφαση στη διάγνωση και τη θεραπεία τους, με αποτέλεσμα την εγκατάσταση χρόνιας νεφρικής νόσου τελικού σταδίου.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης, η οποία ανέλυσε τα δεδομένα που προέρχονταν από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νεφρολογικό τμήμα ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου της Ελλάδας κατά τη διάρκεια μίας χρονικής περιόδου 12 μηνών.

Αποτελέσματα: Συνολικά, καταγράφηκαν δεδομένα από 155 ασθενείς, το 65% των οποίων ήταν άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 65.9 ± 16 έτη, 37% με σακχαρώδη διαβήτη, 80% με αρτηριακή υπέρταση, 33% με καρδιακή ανεπάρκεια και 21% χωρίς γνωστό ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN), ενώ το 15% ήταν αιμοκαθαίρουμενοι. Οι περισσότεροι ασθενείς που εισήχθησαν είχαν XNN σταδίου 4 (36 ασθενείς) και XNN σταδίου 3 (31 ασθενείς) και το μέσο στάδιο XNN ήταν 2.6 ± 1.8. Οι μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν 7,6 ± 6.5 ημέρες. Η μέση τιμή της κρεατινίνης κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν 4.6 ± 3.7mg/dl, ενώ κατά την έξοδο ήταν 2.9±2mg/dl. Το 69% των νοσηλευόμενων ασθενών προσήλθε για επανεκτίμηση 3 μήνες μετά τη νοσηλεία. Η μέση τιμή της κρεατινίνης 3 μήνες αργότερα ήταν 2 ± 1.2mg/dl, ενώ το μέσο στάδιο της XNN τότε ήταν 3.7 ± 2.1. Το 23% των ασθενών εντάχθηκε στην αιμοκάθαρση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή μέσα στους επόμενους 3 μήνες. Οξεία νεφρική βλάβη (ONB) σταδίου 3 (KDIGO) διαπιστώθηκε στο 48% των ασθενών. Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σταδίου XNN και του σταδίου ONB (οι ασθενείς με στάδιο XNN 5 είχαν συχνότερα ONB σταδίου 3, p<0.05). Οι ασθενείς με ONB σταδίου 3 καθώς και οι ασθενείς με ONB επί XNN είχαν στατιστικά περισσότερες ημέρες νοσηλείας (p<0.01 και για τα δύο). Σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης μόνο η ηλικία ήταν σημαντική όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας (p<0.05). Επιπλέον, η εκδήλωση ενδοноσοκομειακής λοίμωξης αύξησε σημαντικά τις ημέρες νοσηλείας. Οι διαγνώσεις που εντοπίστηκαν συχνότερα ήταν η ONB επί XNN (22%) και η προγραμματισμένη βιοψία νεφρού (19%). Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 49 βιοψίες, 12 από τους ασθενείς είχαν ενεργό ίζημα ούρων, ενώ πρωτεϊνουρία νεφρωσικού εύρους εντοπίστηκε σε 24 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η XNN και η ONB αποτελούν τη σήμερον ημέρα μείζονα προβλήματα υγείας, όπως προκύπτει από την παρούσα μελέτη. Μόνο μέσα σε διάστημα 12 μηνών και σε ένα μόνο νεφρολογικό κέντρο, 32 ασθενείς εντάχθηκαν σε τακτικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, με τις επακόλουθες επιπτώσεις αυτής στη ζωή των ασθενών και στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση μιας χώρας.

BA 01

BA 02

BA 03

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΝΙΔΙΑΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ**Τ. Πουλλή¹, Π. Λιαβέρη¹, Κ. Βασιλείου¹, Ε. Γεωργιάδου¹, Δ. Γκαλίτσιου¹, Γ. Λιάπης², Γ. Μουστάκας¹**¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»²Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»**Εισαγωγή:** Η ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα αποτελεί μία σπάνια σπειραματική νόσο με περιορισμένα δεδομένα σχετικά με την βέλτιστη αντιμετώπισή της.**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 9 ασθενείς με ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα, καταγράφοντας τα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά τους, και την ανταπόκριση τους στις διάφορες θεραπευτικές επιλογές.**Αποτελέσματα:** Συνολικά 9 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη, 5 γυναίκες και 4 άνδρες, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 58 έτη (IQR: 45-61). Όλοι οι ασθενείς είχαν λευκωματουρία κατά την διάγνωση, με μέση τιμή τα 3,7gr το 24ωρο (IQR: 3-4,5gr). Το 77% των ασθενών παρουσίασαν νεφρωσικού εύρους λευκωματουρία, το 66% μικροσκοπική αιματοουρία και 3 από αυτούς είχαν επεισώδια μακροσκοπικής αιματοουρίας. Συνολικά 6 από τους 9 ασθενείς είχαν επηρεασμένη νεφρική λειτουργία κατά την διάγνωση, με μέση τιμή κρεατινίνης στο 1,4 mg/dl (IQR: 0.9-1.7). Από την καταγραφή των βιοψιών νεφρού το πιο συχνό ιστολογικό πρότυπο είναι το μεσαγγειοϋπερπλαστικό (6 στους 9 ασθενείς). Η θεραπευτική αντιμετώπιση συμπεριλάμβανε αναστολείς του άξονα σε όλους τους ασθενείς, κορτικοειδή σε 8 ασθενείς, rituximab σε 8 ασθενείς (2 δόσεις σε διάστημα 15 ημέρων και επαναληπτική δόση ανά 6 μήνες), κυκλοφωσφαμίδη σε 2 ασθενείς, MMF σε 2 ασθενείς, με μέσο χρονικό διάστημα παρακολούθησης τους 24 μήνες. Ποσοστό 66% των ασθενών παρουσίασε μερική ύφεση, 11% πλήρη ύφεση και 33% εμμένουσα νεφρική δυσλειτουργία. Στην πλειονότητα των περιστατικών παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της λευκωματουρίας, με το μέσο όρο βελτίωσης να ανέρχεται στο 54,7%, ενώ η μέση τιμή κρεατινίνης παρέμεινε σταθερή στο 1,4mg/dl.**Συμπεράσματα:** Η ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα παρουσιάζει ετερογένεια κλινικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών, με το rituximab να συσχετίζεται με σημαντική μείωση της λευκωματουρίας.

BA 04

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Σ. Φωκάς¹, Α. Γεράκης¹, Ι. Γιατράς¹, Χ. Καϊταντζόγλου¹, Α. Νικολαΐδη², Ι. Σύριος³, Γ. Λύπας⁴, Κ. Παλαμάρης⁵, Χ. Γακιοπούλου⁵**¹Νεφρολογικό Τμήμα ΔΘΚΑ «Υγεία»²Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο «Μητέρα»,³Β' Παθολογική Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο «Μητέρα»,⁴Τμήμα Γενετικής Ογκολογίας ΔΘΚΑ «Υγεία», ⁵Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**Εισαγωγή:** Η χρήση των αναστολέων ανοσολογικού σημείου ελέγχου στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο έχει αυξηθεί ραγδαία την τελευταία δεκαετία. Παρότι η διάμεση νεφρίτιδα θεωρείται το συχνότερο πρότυπο νεφροτοξικότητας που σχετίζεται με την ανοσοθεραπεία, αυξάνονται οι διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές με ετερογενή ιστολογικά ευρήματα.**Υλικό & Μέθοδος:** Αναδρομική καταγραφή ογκολογικών ασθενών υπό ανοσοθεραπεία που υπεβλήθησαν σε βιοψία νεφρού την τελευταία 4ετία.**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν συνολικά 17 ασθενείς, 8 άνδρες και 9 γυναίκες, ηλικίας 68 (± 8) ετών. Ο συχνότερος τύπος καρκίνου ήταν το μη μικροκυτταρικό αδενοκαρκίνωμα πνεύμονος (n=9). Κατά τη βιοψία νεφρού δώδεκα ασθενείς λάμβαναν πεμπρολιζουμάμπη, τρεις συνδυασμό νιβολουμάμπης και ιπιλιμουμάμπης, ένας ιπιλιμουμάμπη και ένας ατεζολιζουμάμπη. Δώδεκα ασθενείς λάμβαναν συνδυασμό ανοσοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Η κλινική εκδήλωση που οδήγησε στη διερεύνηση με νεφρική βιοψία ήταν η οξεία νεφρική βλάβη (n=13), νεφρωσικό σύνδρομο (n=2), εμφάνιση νεφρωσικού εύρους λευκωματουρίας (n=1) και αιφνίδια εμφάνιση υπέρτασης και λευκωματουρίας της τάξης των 3 g/24ωρο (n=1). Το κυρίαρχο πρότυπο ιστολογικής νεφρικής βλάβης ήταν η διάμεση νεφρίτιδα (n=5), ακολουθούμενη από μικτή διάμεση με οξεία σωληναριακή βλάβη (n=3) και αιμική οξεία σωληναριακή βλάβη (n=2). Καταγράφηκαν επίσης σπειραματοπάθειες σχετιζόμενες με την ανοσοθεραπεία (n=5), συμπεριλαμβανομένης μίας περίπτωσης lyru-like μεμβρανώδους νεφροπάθειας, μίας ΑΑ αμυλοείδωσης, μίας εστιακής τμηματικής σπειραματοσκληρυνσης κυτταρικού τύπου και δύο περιπτώσεις θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας οι οποίες συνοδεύονταν με οξεία σωληναριακή βλάβη. Τέλος καταγράφηκε και μικτή διαβητική νεφροπάθεια με οξεία σωληναριακή βλάβη (n=2).**Συμπέρασμα:** Η βιοψία νεφρού σε ασθενείς με καρκίνο υπό ανοσοθεραπεία ανέδειξε και στη χώρα μας πληθώρα ετερογενών ιστολογικών βλαβών, πέραν της συχνότερης διάμεσης νεφρίτιδας.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΞΕΟΣ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΑΟΡΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Α ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΡΙΖΑΣ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΗΣ ΠΑΥΣΗΣ ΜΕ ΒΑΘΕΙΑ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ. ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**Κ. Κολοβού¹, Γ. Σαμανίδης², Μ. Κανάκης³, Σ. Κατσαρίδης², Κ. Περρέας²**¹Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο²Α' Καρδιοχειρουργική Κλινική, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο³Καρδιοχειρουργική Κλινική Παιδών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης είναι ο καθορισμός της επίπτωσης και των παραγόντων κινδύνου για μετεγχειρητική σοβαρή οξεία νεφρική βλάβη (ONB) στους ασθενείς ενός κέντρου, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση οξέος διαχωρισμού αορτής τύπου Α, σε συνθήκες κυκλοφορικής παύσης με βαθεία υποθερμία.

Υλικό & Μέθοδος: Η μελέτη περιλαμβάνει 223 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε χειρουργική διόρθωση οξέος αορτικού διαχωρισμού και αντικατάσταση αορτικής ρίζας (2002 έως 2022) και ελέγχθηκαν για ONB, όπως αυτή ορίζεται από τα κριτήρια KDIGO.

Αποτελέσματα: Μετεγχειρητική ONB διαπιστώθηκε σε 140 ασθενείς (62.8%) με μέση ηλικία 63 (53–71) έτη, ενώ ποσοστό 25% του πληθυσμού της μελέτης ήταν γυναίκες. Ογδόντα εννέα ασθενείς παρουσίασαν ONB σταδίου I και II με ποσοστά 23.8%, 16.1% αντίστοιχα. Από τους 51 ασθενείς με ONB σταδίου 3, ποσοστό 12.6% υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποστήριξης της νεφρικής τους λειτουργίας. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η προϋπάρχουσα νεφρική νόσος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση σοβαρής ONB μετεγχειρητικά (OR = 0.95, 95% CI: 0.92–0.97, p < 0.01). Η μετεγχειρητική αιμορραγία και η μεταφορά των ασθενών στη ΜΕΘ με ανοικτό στέρνο, φάνηκε να σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση ONB (p < 0.001). Ο χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ αλλά και η συνολική διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με ONB ήταν μεγαλύτερη (p < 0.001), ενώ η θνητότητα 30-ημερών ήταν 35.7% για τους ασθενείς με ONB έναντι 10.3% αυτών χωρίς ONB (p < 0.001).

Συμπεράσματα: Η περιεγχειρητική υποάρδευση οργάνων στόχων επηρεάζει αρνητικά την έκβαση των ασθενών μετά από μείζονες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Η νεφρική δυσλειτουργία μετεγχειρητικά αλλά και η σοβαρή ONB που χρειάζεται θεραπεία υποκατάστασης, για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση οξέος ανευρύσματος αορτής σε συνθήκες βαθείας υποθερμίας, σχετίζεται στην παρούσα μελέτη με μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας και θνητότητας.

BA 05**ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΟΥ ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΕ «ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΧΡΟΝΟ» ΑΠΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΥΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ****Κ. Δρούζας, Π. Νικολόπουλος, Π. Γιαννακόπουλος, Ε. Παντζοπούλου, Π. Καλογερόπουλος, Σ. Λιονάκη***Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»*

Εισαγωγή: Η διαδερμική βιοψία νεφρού (ΔΒΝ) αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τη διάγνωση και τη διαχείριση της νεφρικής νόσου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει την εμπειρία του κέντρου μας σχετικά με την ΔΒΝ υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε «πραγματικό χρόνο».

Ασθενείς & Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη παρατήρησης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΔΒΝ υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε «πραγματικό χρόνο». Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, η ένδειξη της βιοψίας, το εργαστηριακό προφίλ πριν και μετά τη βιοψία, ο αριθμός των σπειραμάτων ανά δείγμα νεφρικού ιστού, τα ενδεχόμενα συμβάματα και η έκβαση τους.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη μέχρι σήμερα έχουν συμπεριληφθεί 79 ασθενείς. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 52,8(±16.7) έτη και οι 32 (40.5%) ήταν άνδρες. Στη βιοψία ο υπολογιζόμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) ήταν 72.5(35.7) ml/min/1.73m² και η Hb ορού 13.8(±1.7)g/dl. Οι ενδείξεις περιλάμβαναν νεφρωσικό σύνδρομο σε 17(15%) περιπτώσεις, οξείας νεφρικής βλάβης σε 27(34%), σπειραματική αιματοουρία με πρωτεϊνουρία σε 5(6%), μεμονωμένη πρωτεϊνουρία σε 10(12%), ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα σε 3 (3.7%), σπειραματική αιματοουρία στα πλαίσια συστηματικού νοσήματος σε 17(21.5%). Ο μέσος αριθμός σπειραμάτων που ελήφθησαν ανά δείγμα νεφρικού ιστού ήταν 25(±10.9). Δύο ασθενείς (2.5%) παρουσίασαν μακροσκοπική αιματοουρία, 5(6.3%) ανέφεραν άλγος στην οσφύ χωρίς αιμάτωμα, σε 7(8.8%) διαπιστώθηκε αιμάτωμα, κανένας δεν χρειάστηκε μετάγγιση αίματος, δεν παρουσίασε αρτηριοφλεβώδη επικοινωνία και δεν πραγματοποιήθηκε εμβολισμός. Η Hb ορού μετά τη βιοψία ήταν 12.7(±1.8) g/dl.

Συμπεράσματα: Η ΔΒΝ υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση σε «πραγματικό χρόνο» είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική τεχνική.

BA 06

BA 07

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ. ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ; ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ. (ΜΠΟΡΕΙ Η ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΙ ΤΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ; ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ)

Θ. Οικονομάκη, Μ. Δαρεμά

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

Εισαγωγή: Η περιτοναϊκή κάθαρση παρέχει το πλεονέκτημα διαφύλαξης της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας, ωστόσο συχνά παρατηρείται υπερογκαιμία, ιδίως σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η χρήση των διουρητικών είναι απαραίτητη αλλά συχνά αναποτελεσματική.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση σε πέντε μελέτες κοορτής με ασθενείς που είχαν ενταχθεί πρόσφατα σε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης (έως 6 μήνες) και είχαν ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας ή παρουσίαζαν μειωμένο όγκο υπερδιηθηματος, ή μικρό όγκο ούρων κατά την ένταξη τους. Διερευνήθηκε το όφελος της χορήγησης τολβαπτάνης στη διαχείριση του όγκου και στους δείκτες καρδιακής λειτουργίας (LVMI, BNP).

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 70 ασθενείς μέσης ηλικίας 66.1 ± 15 έτη οι οποίοι ελάμβαναν έως 15 mg Τολβαπτάνης και τουλάχιστον ένα διουρητικό ημερησίως. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 8.2 ± 3.9 μήνες. Σε δύο από τις 5 μελέτες, φάνηκε σημαντική αύξηση του όγκου ούρων ($MD = +554.5$ cc [379,730], $I^2 = 61.5$), ενώ στις υπόλοιπες δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρατηρήθηκε μείωση του σωματικού βάρους των ασθενών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά, $MD = -1.63$ kg, CI [-6.01, 2.75]. Επίσης, δεν διαπιστώθηκε διαφοροποίηση στο κt/v (RRF). Οι τιμές του LVMI παρουσίασαν μείωση ($MD = -43.28$ g/m² [-84.9, -1.6], $I^2 = 80.6\%$), με στατιστικά σημαντική διαφορά. Το BNP μετρήθηκε σε μία μελέτη, όπου και μειώθηκε κατά το χρόνο της παρακολούθησης σημαντικά. Δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες δράσεις κατά τη διάρκεια λήψης της τολβαπτάνης στο χρόνο παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η διατήρηση της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας με αποφυγή της υπερογκαιμίας αποτελεί πρωτεύουσα πρόκληση στη διαχείριση των ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση. Στο πεδίο φαίνεται ότι η Τολβαπτάνη έχει θέση, με ταυτόχρονη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας. Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, για να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα.

BA 08

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

Χ. Γεωργόπουλος¹, Α. Ντούνι¹, Λ. Γκίκα¹, Α. Κίτσος¹, Ι. Θεοδώρου¹, Γ. Λιάπης², Χ. Παππάς¹, Ε. Σταμέλλου¹, Ε. Ντουνούση¹

¹Τμήμα Νεφρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η μεμβρανώδης νεφροπάθεια (MN) αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες νεφρωσικού συνδρόμου. Οι ασθενείς με πρωτοπαθή MN που επιτυγχάνουν ύφεση εμφανίζουν καλύτερη μακροπρόθεσμη πρόγνωση, σε σχέση με εκείνους με σταθερή ή προοδευτική νόσο. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ύφεση στην MN ορίζεται ως η μείωση της λευκωματουρίας <300mg/24h, μερική ύφεση η πτώση της λευκωματουρίας < 3.5g/24h και συνολική μείωση >50% του baseline, ενώ υποτροπή της νόσου ορίζεται ως η αύξηση της λευκωματουρίας >3.5g/24h. Η παρούσα μελέτη στοχεύει να μελετήσει τη μακροπρόθεσμη έκβαση σε ασθενείς με MN.

Υλικό & Μέθοδος: Η αναδρομική μελέτη κοορτής περιελάμβανε 40 ασθενείς με πρωτοπαθή MN μεταξύ 2013 και 2023. Έγινε καταγραφή της λευκωματουρίας (UPCR), αλβουμίνης ορού, anti-PLA2R-Ab και του e-GFR (CKD-EPI). Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου για ύφεση και υποτροπή. Επιπρόσθετα, διεξήχθη ανάλυση επιβίωσης με πρωτεύον τελικό σημείο το χρονικό διάστημα έως τη μείωση του e-GFR κατά 40%.

Αποτελέσματα: Στην ένταξη, η μέση ηλικία ήταν 55.5 ± 13.2 έτη (70% άνδρες) και η μέση πρωτεϊνουρία ήταν 11 ± 7.5 g/g, με το 75% να εμφανίζει νεφρωσικό σύνδρομο, και το 34% να έχει θετικά anti-PLA2R-Ab. Το μέσο e-GFR ήταν 75 ± 30.5 ml/min/1.73m². Τα θετικά anti-PLA2R-Ab ($\exp(B) = 15.1$ p-value=0,031) και το άρρεν φύλο ($\exp(B) = 2.3$ p-value=0,01) συσχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο μη ανταπόκρισης στη θεραπεία. Στην 5ετη παρακολούθηση, οι ασθενείς με μερική ύφεση εμφάνισαν 26 φορές αυξημένο κίνδυνο υποτροπής (p-value=0,023) συγκριτικά με εκείνους με πλήρη ύφεση. Η υψηλότερη αρχική τιμή UPCR συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής (p-value=0,016, $\exp(B) = 1.174$). Οι καμπύλες επιβίωσης Kaplan-Meier ανέδειξαν ότι οι ασθενείς που πέτυχαν οποιαδήποτε μορφή ύφεσης δεν παρουσίασαν το καταληκτικό σημείο μείωσης κατά 40% του e-GFR (log-rank p-value=0,007).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι η επίτευξη και η διατήρηση της ύφεσης στην πρωτοπαθή MN είναι καθοριστική για τη διατήρηση του e-GFR. Παράγοντες κινδύνου όπως το ανδρικό φύλο, η αρχική βαριά πρωτεϊνουρία και τα anti-PLA2R-Ab χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής για τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης των ασθενών με πρωτοπαθή MN.

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ CD20 (RITUXIMAB) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Μ.Σ. Τριβυζά¹, Μ. Παπασωτηρίου¹, Γ.Α. Γεωργοπούλου¹, Ε. Παπαχρήστου¹, Μ. Στάγκου², Δ.Σ. Γούμενος¹

¹Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

²Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η επίτευξη μακροχρόνιας ύφεσης της λευκωματουρίας σε ασθενείς με πρωτοπαθή σπειραματικά νοσήματα αποτελεί τον κυριότερο θεραπευτικό στόχο με το μέγιστο όφελος ως προς τη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της χορήγησης μονοκλωνικού αντισώματος έναντι του CD20 σε ασθενείς με σπειραματονεφρίτιδα και νεφρωσικό σύνδρομο.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκε αναδρομικά η επίδραση της χορήγησης αγωγής με μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του CD20 (rituximab) σε δύο δόσεις του 1 g σε μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων σε ασθενείς με ιστολογικά τεκμηριωμένες τις παρακάτω σπειραματονεφρίτιδες: Πρωτοπαθής μεμβρανώδης νεφροπάθεια, εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση και νόσος ελαχίστων αλλοιώσεων. Η αγωγή με rituximab δόθηκε σε όλους του ασθενείς είτε ως θεραπεία έπειτα από υποτροπή του νεφρωσικού συνδρόμου, είτε ως αποτυχία του πρώτου ανοσοκατασταλτικού σχήματος (μη επίτευξη ύφεσης). Όλοι οι ασθενείς είχαν παρακολούθηση για τουλάχιστον ένα έτος μετά τη χορήγηση.

Αποτελέσματα: Συνολικά μελετήθηκαν 26 ασθενείς (18 με μεμβρανώδη νεφροπάθεια, 4 με εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση και 4 με νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων) με μέση ηλικία 54±9 έτη. Οι ασθενείς που έλαβαν rituximab διατήρησαν τη νεφρική τους λειτουργία με μέση τιμή eGFR από 82,8±26,7 σε 83±24,9 ml/min/1,73m² στο τέλος του έτους παρακολούθησης. Η λευκωματουρία μειώθηκε σημαντικά, μεσοσταθμικά από 7280 mg/24ωρο, σε 2356 mg/24ωρο στο τέλος της παρακολούθησης (p<0,001). Συγκεκριμένα, για τους ασθενείς με μεμβρανώδη νεφροπάθεια καλύτερη ανταπόκριση είχαν οι ασθενείς με λευκωματουρία < 8gr/24ωρο κατά την έναρξη της αγωγής με rituximab. Στους ασθενείς με νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων και εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση επετεύχθη μερική ή πλήρης ύφεση. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν υπήρξαν κατά το χρονικό διάστημα παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση θεραπείας με rituximab είναι ασφαλής, επιτυγχάνει διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας κατά το διάστημα παρακολούθησης και μερική ή πλήρη ύφεση της λευκωματουρίας ειδικά σε ασθενείς με νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων ή εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΞΗΡΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗΣ ΦΛΕΒΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ

Χ. Κεσκίνης^{1,2}, Σ. Παναγούτσος^{1,3}, Π. Πατεινάκης², Π. Κυρικλίδου², Ε. Μέμμος², Ε. Σοϊλεμέζη⁴,
Κ. Κανταρτζή^{1,3}, Δ. Παπαδοπούλου², Π. Πασαδάκης¹

¹Ιατρική Σχολή Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης (ΔΠΘ), Αλεξανδρούπολη

²Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

³Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

⁴Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Ο προσδιορισμός του ξηρού βάρους σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς παραμένει ένα συχνό πρόβλημα. Η υπερηχοτομογραφία πνευμόνων αποτελεί μία αναδυόμενη τεχνική που αξιολογεί την υδρική κατάσταση των ασθενών αυτών.

Υλικό & Μέθοδος: Η μελέτη συμπεριέλαβε 68 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς από τη μονάδα τεχνητού νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου». Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε υπερηχογράφημα πνευμόνων και κάτω κοίλης φλέβας 30 λεπτά πριν την έναρξη και 30 λεπτά μετά το τέλος της μεσαίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης του τρισεβδομαδιαίου προγράμματός τους. Όλες οι μετρήσεις διενεργήθηκαν από ειδικευόμενο νεφρολόγιο. Το ξηρό βάρος των ασθενών τροποποιήθηκε με βάση τα κλινικά ευρήματα και όχι με γνώμονα τα υπερηχογραφικά ευρήματα. Η παρουσία των γραμμών Β και τα υπερηχογραφικά ευρήματα της κάτω κοίλης φλέβας αξιολογήθηκαν Συνολικά, διενεργήθηκαν 136 υπερηχογραφήματα πνευμόνων και κάτω κοίλης φλέβας

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος των γραμμών Β ήταν 11.53±5.02 και 5.57±3.14 πριν και μετά την αιμοκάθαρση αντίστοιχα. Ενώ, η μέση διάμετρος της κάτω κοίλης φλέβας ήταν 14.266±0.846 mm πριν την αιμοκάθαρση και 12.328 ± 0.879 mm μετά την αιμοκάθαρση. Αμφότερες οι μειώσεις των γραμμών β και της διαμέτρου της κάτω κοίλης φλέβας ήταν στατιστικά σημαντικές. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με γνώμονα το βαθμό υπερυδάτωσής τους. Επιπλέον, αφού ολοκληρώθηκε η συνεδρία προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των γραμμών Β με τη διάμετρο της κάτω κοίλης φλέβας προσαρμοσμένη ανά τετραγωνική επιφάνεια σώματος (p=0,009<0,05).

Συμπεράσματα: Το ποσοστό υπερυδάτωσης ήταν υψηλό πριν από τη συνεδρία αιμοκάθαρσης (25%). Αναμένεται να διεξαχθούν στο μέλλον παρεμβατικές μελέτες, ώστε να προκύψουν πιο σαφή και αξιόπιστα συμπεράσματα και να προσδιορίζεται με μεγαλύτερη ακρίβεια το ξηρό βάρος.

BA 09

BA 10

BA 11

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ**Ι. Κοντογιώργος¹, Π. Γεωργιανός¹, Κ. Λεωνίδου¹, Ν. Τσίκληρας², Β. Βάιος¹, Γ. Βαρουκτσή¹, Ε. Αλμαλιώτης¹, Ε. Δήμου¹, Σ. Αναστασίου¹, Α. Καρπέτας^{1,3}, Β. Λιακόπουλος¹**¹Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη²Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Μελέτες παρατήρησης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς έχουν καταδείξει ότι οι χαμηλότερες τιμές περιδιαλυτικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), και όχι οι υψηλότερες, σχετίζονται με δυσμενέστερες κλινικές εκβάσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της προγνωστικής αξίας των μετρήσεων ΑΠ στο σπίτι έναντι των μετρήσεων ΑΠ πριν ή μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης.

Υλικό & Μέθοδος: Σε 146 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς η ΑΠ αξιολογήθηκε με μετρήσεις ρουτίνας πριν και μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης για 2 εβδομάδες και 2πλες πρωινές και βραδινές μετρήσεις στο σπίτι για 7 ημέρες.

Αποτελέσματα: Σε μια διάμεση περίοδο παρακολούθησης 38 μηνών (IQR: 22-54), 44 ασθενείς (31.1%) κατέληξαν. Στην ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier, η συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) στο σπίτι, και όχι η ΣΑΠ πριν ή μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης, συσχετίστηκε με την ολική θνητότητα (Log Rank $p=0,029$). Έπειτα από διαστρωμάτωση των ασθενών σε τεταρτημόρια, η ολική θνητότητα ήταν χαμηλότερη όταν η ΣΑΠ στο σπίτι ήταν μεταξύ 128,1 και 136,8 mmHg (2° τεταρτημόριο). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση Cox, ορίζοντας το 2° τεταρτημόριο ως επίπεδο αναφοράς, ο κίνδυνος θνητότητας ήταν 3,32 φορές υψηλότερος στο 1° τεταρτημόριο, 1,53 φορές υψηλότερος στο 3° τεταρτημόριο και 3,25 φορές υψηλότερος στο 4° τεταρτημόριο. Η συσχέτιση μεταξύ της ΣΑΠ στο σπίτι και του κινδύνου θνητότητας παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά τη στάθμιση για διάφορους παράγοντες κινδύνου (σταθμισμένο HR: 4.79, 1.79, 3.63 για το 1°, 3° και 4° τεταρτημόριο, αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, οι μετρήσεις ΣΑΠ στο σπίτι για 7 ημέρες συσχετίζονται με την ολική θνητότητα, ενώ οι μετρήσεις ΣΑΠ πριν ή μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης δεν έχουν προγνωστική σημασία.

BA 12

Η ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ**Μ. Βαρβέρη¹, Π. Γεωργιανός¹, Β. Βάιος¹, Ι. Κοντογιώργος¹, Ε. Γεωργιανού¹, Α. Τσινάρη¹, Ε. Λεπτοκαρίδου¹, Σ. Ρουμελιώτης¹, Μ. Γιαννοπούλου², Β. Λιακόπουλος¹**¹Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη²Νεφρολογικό Τμήμα, «Αντώνιος Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός- Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

Εισαγωγή: Μεγάλες μελέτες παρατήρησης έχουν δείξει μια ανάστροφη συσχέτιση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Οι διαθέσιμες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών είναι μικρές και έχουν μικρή στατιστική ισχύ για να τεκμηριώσουν τα πιθανά καρδιοπροστατευτικά οφέλη της αντιυπερτασικής θεραπείας.

Υλικό & Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναζήτηση των ηλεκτρονικών βάσεων MedLine/PubMed και Cochrane ως το Δεκέμβριο του 2023 για την ανεύρεση τυχαίοποιημένων κλινικών δοκιμών, οι οποίες αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της αντιυπερτασικής θεραπείας έναντι του placebo ή της μη add-on θεραπείας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στη μεταανάλυση περιλήφθηκαν μόνο οι δοκιμές, οι οποίες σχεδιάστηκαν για να αξιολογήσουν επιδράσεις σε θανατηφόρα ή μη-θανατηφόρα καρδιαγγειακά συμβάματα ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο αποτελεσματικότητας.

Αποτελέσματα: Στην μελέτη περιλήφθηκαν 9 τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές με 2340 συμμετέχοντες. Σε σύγκριση με το placebo ή τη μη add-on θεραπεία, η χρήση αντιυπερτασικής θεραπείας σχετίστηκε με μείωση κατά 27,8% του κινδύνου εκδήλωσης καρδιαγγειακής συμβαμάτων με μοντέλο σταθερών επιδράσεων (RR: 0,722, 95% CI: 0,618-0,845) και κατά 34,7% με μοντέλο τυχαίων επιδράσεων (RR: 0,653, 95% CI: 0,502-0,849). Επίσης, έναντι του placebo ή της μη add-on θεραπείας, η χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων σχετίστηκε με μείωση κατά 29,4% του κινδύνου θνητότητας από κάθε αιτία με μοντέλο σταθερών επιδράσεων (HR: 0,706, 95% CI: 0,592-0,843) και κατά 35,6% με μοντέλο τυχαίων επιδράσεων (HR: 0,644, 95% CI: 0,469-0,833).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μεταανάλυση δείχνει ότι στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η προοδευτική μείωση της ΑΠ με τη χρήση αντιυπερτασικής θεραπείας σχετίζεται με μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας και ολικής θνητότητας.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΟΣΟΓΗΡΑΝΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΤΩΝ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΚΑΙ LONG-TERM ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ CD28

Ε. Μέμμος¹, Γ. Λιούλιος², Ε. Κασιμάτης², Α. Ξωχέλλη⁴, Λ. Βαγιώτας³, Β. Νικολαΐδου⁴, Ν. Αντωνιάδης³, Α. Φυλάκτου⁴, Μ. Στάγκου²

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης

²Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

³Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

⁴Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό τμήμα, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση νεφρού επιφέρει μεταβολές στην επίκτητη κυτταρική ανοσία. Στη μελέτη αυτή διερευνώνται οι επιπτώσεις της long-term μεταμόσχευσης στον ανοσογερμαντικό φαινότυπο των Τ-λεμφοκυττάρων.

Υλικό & Μέθοδοι: Προσδιορίστηκαν οι υποπληθυσμοί των Τ-λεμφοκυττάρων, CD4+, CD8+, Natural Killers(NK), CD4+CD28null και CD8+CD28null, με κυτταρομετρία ροής σε δείγμα περιφερικού αίματος σε long-term (>17έτη) και πρόσφατα (1έτος) μεταμοσχευμένους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των long-term ασθενών (N=20) και των πρόσφατα μεταμοσχευμένων (N=82) δεν υπήρχαν διαφορές ως προς την ηλικία (p=0,171), τον eGFR (p=0,851), το φύλο (p=0,355), τον αριθμό προεγχειρητικών μεταμοσχεύσεων και τη μέθοδο εξω-νεφρικής κάθαρσης προ της μεταμόσχευσης (p=0,139), τα επεισόδια απόρριψης (p=0,982) και το ποσοστό ασθενών με καθυστερημένη λειτουργία μοσχεύματος (p=0,507) ή με κυτταροτοξικά αντισώματα (p=0,118). Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στον αριθμό μεταμοσχεύσεων από ζώντα δότη (11/82 vs 12/20, αντίστοιχα, p<0,001), τη θεραπεία επαγωγής με basiliximab (77/80 vs. 12/20, αντίστοιχα, p<0,001), το ποσοστό ασθενών με ιστορικό CMV λοίμωξης (2/80 vs. 3/20, αντίστοιχα, p=0,02) και τους μήνες σε εξωνεφρική κάθαρση (32,8±26 vs 98±47,8, p <0,001). Οι long-term ασθενείς εμφάνιζαν μεγαλύτερο αριθμό ολικών λεμφοκυττάρων [2300(1400-3900)/μL vs 1600(600-3100)/μL, p<0,001], CD4+ [1105(333-3026)/μL vs 762(156-1560)/μL, p=0,001], CD8+ [700(217-1198)/μL vs 470(62-1868)/μL, p=0,036], CD4+CD28null [181(26-2232)/μL vs 40(0-254)/μL, p<0,001], και CD8+CD28null [448(55-922)/μL vs 200(9-1600)/μL, p<0,001] Τ-λεμφοκυττάρων. Σε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης φάνηκε ότι τα CD4+CD28null σχετίζονται με τα χρόνια από τη μεταμόσχευση (b=11,379, p<0,001) και τους μήνες σε εξωνεφρική κάθαρση (b=-0,993, p=0,036), ενώ τα CD8+CD28null με την ηλικία (b=6,167, p=0,045) και τα χρόνια από τη μεταμόσχευση (b=7,128, p=0,008).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με long-term μεταμόσχευση νεφρού εμφανίζουν βελτίωση της Τ-λεμφοκυτταρικής σειράς, με σημαντική ωστόσο αύξηση ανοσογερμαντικών υποπληθυσμών.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΟΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Α. Παπαδάκη, Ε. Σταματάκη, Ν. Δαμιανάκης, Γ. Κακάβας, Χ. Κατσίφα,

Ι. Τζανάκης

Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Σκοπός: Δεδομένα των τελευταίων ετών εγείρουν προβληματισμό σχετικά με την μακροχρόνια νεφρική έκβαση των δωτών νεφρικού μοσχεύματος. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από το Ιατρείο δωτών νεφρικού μοσχεύματος το οποίο λειτουργούμε στο Νοσοκομείο μας.

Υλικό & Μέθοδοι: Από τον Ιούλιο του 2018 ξεκινήσαμε την λειτουργία Ιατρείου δωτών νεφρικού μοσχεύματος βάσει ενός πρωτοκόλλου περιοδικού κλινικοεργαστηριακού ελέγχου με σκοπό την συστηματική παρακολούθησή τους. Οι δότες είχαν προσφέρει νεφρικό μόσχευμα σε ασθενείς της Μονάδας μας τους οποίους είχαμε προωθήσει για μεταμόσχευση νεφρού τα τελευταία 25 έτη. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Την χρονική περίοδο 1998-2023 προωθήσαμε για μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη 38 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς της Μονάδας μας. Τριάντα τρεις δότες ήταν συγγενείς και 5 μη συγγενείς. Η μέση ηλικία τους κατά την μεταμόσχευση ήταν 55,6 με εύρος 48-69 έτη. Σήμερα ο μέσος χρόνος μετά την μεταμόσχευση είναι 83,3 με εύρος 5 έως 314 μήνες. Τριάντα τρεις/38 είναι εν ζωή μέσης ηλικίας 78,71 με εύρος 52-91 έτη. Πέντε κατέληξαν σε ηλικίες 76 έως 88 ετών, οι 4 έχοντας φυσιολογική νεφρική λειτουργία και 1 ευρισκόμενος σε νεφρική νόσο υπό αιμοκάθαρση. Τριάντα/33, 90,09% εν ζωή δότες έχουν πολύ καλή νεφρική λειτουργία (e GFR>60 ml/min/1,73) και 3 έχουν ΧΝΝ σταδίου III. Έντεκα/33, 33,3% έχουν υπέρταση και 6/33, 18,18% έχουν λευκωματουρία (αλβουμίνη / κρεατίνη ούρων> 30 mg/gr). Όλα αυτά τα δεδομένα φαίνονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Η νεφρική και η γενικότερη έκβασή των δωτών νεφρικού μοσχεύματος που παρακολουθούμε είναι συγκρίσιμη με αυτήν του γενικού πληθυσμού. Είναι προφανές ότι ασφαλή συμπεράσματα για την μακροχρόνια έκβαση των δωτών νεφρικού μοσχεύματος μπορεί να εξαχθούν μόνο από μεγάλο αριθμό πιθανώς στα πλαίσια μιας εθνικής καταγραφής.

BA 13

BA 14

BA 15

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**Ι. Μαλλιώρας¹, Ειρ. Τζαλαβρά², Χ. Γεωργόπουλος¹, Β. Τάτσης², Β. Κούτλας², Α. Ντούνι^{1,2}, Χ. Παππάς^{1,2}, Μ. Μήτσης², Ε. Ντουνούση^{1,2}**¹Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων²Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Νεφρικής Μεταμόσχευσης, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης των διαφόρων τύπων καρκίνου στους ΛΝΜ καθώς και η συσχέτιση με πιθανούς παράγοντες κινδύνου.

Υλικά & Μέθοδος: Έγινε αναδρομική καταγραφή των ΛΝΜ που παρακολουθήθηκαν στη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του ΠΓΝ Ιωαννίνων κατά τη χρονική περίοδο 2011-2022. Ως καταληκτικό σημείο της μελέτης ορίστηκε η εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό προηγούμενης μεταμόσχευσης, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία συντήρησης με τα επίπεδα των φαρμάκων (το σύνολο είχε λάβει θεραπεία επαγωγής με anti-CD25-Ab), ο eGFR και ο τύπος του καρκίνου.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 122 ΛΝΜ. Η μέση ηλικία των ασθενών κατά τη μεταμόσχευση ήταν τα 45,8(±12,3) έτη, οι 43 (35,2%) ήταν γυναίκες, και 50 (41%) έλαβαν μόσχευμα από ζώντα δότη. Η συνολική επίπτωση του καρκίνου στους ΛΝΜ αντιστοιχεί σε 15,5% (19/122) ή 15,5 περιστατικά καρκίνου/1000 ασθενέ-έτη. Οι τύποι καρκίνου που καταγράφηκαν ήταν: νεφροκυτταρικό καρκίνωμα (6/19), καρκίνος μαστού (3/19), ουροδόχου κύστης (3/19), χολάγειοκαρκίνωμα (2/19), ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (2/19), καρκίνος των γεννητικών οργάνων (1/19), καρκίνος εγκεφάλου (1/19) και καρκίνος επινεφριδίου (1/19). Ο μέσος χρόνος εμφάνισης καρκίνου μετά την μεταμόσχευση είναι τα 13,3(±8,5) έτη ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 69(±10,3) έτη. Η μεγαλύτερη ηλικία και τα υψηλότερα επίπεδα των CNIs βρέθηκε να σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (p-value<0.001).

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαιώνει την αυξημένη επίπτωση του καρκίνου στους ΛΝΜ συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η μεγάλη ηλικία των ασθενών και η τα υψηλότερα επίπεδα CNIs φάνηκε να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση καρκίνου. Τα δεδομένα μας συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία.

BA 16

ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΜΕ ΤΟΖΙΝΑΜΕΡΑΝ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ Τ-ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ, ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΤΗΝ ΑΝΟΣΟΓΗΡΑΝΣΗ Ή ΑΝΟΣΟΕΞΑΝΤΛΗΣΗ**Σ. Στάη¹, Γ. Λιούλιος¹, Μ. Χριστοδούλου¹, Ε. Μωυσίδου¹, Α. Ξωχέλλη², Α. Παπαδοπούλου³, Ε. Γιαννάκη³, Ε. Κασιμάτης¹, Π. Σαραφίδης¹, Γ. Τσουλάφας⁴, Α. Φυλάκτου², Μ. Στάγκου¹**¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»²Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»³Μονάδα Μεταμόσχευσης Αιμοποιητικών Κυττάρων και Γονιδιακών Θεραπειών, Αιματολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπανικολάου»⁴Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Διερευνήσαμε το ενδεχόμενο επίδρασης του εμβολιασμού έναντι SARS-CoV-2 στα φαινόμενα της ανοσογήρανσης και ανοσοεξάντλησης, σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ).

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης σε 39 ΛΝΜ χωρίς προηγούμενη έκθεση στον SARS-CoV-2. Η απάντησή τους στον εμβολιασμό με Tozinameran αξιολογήθηκε στα χρονικά στιγμιότυπα T1: 4 μήνες μετά τη 2^η και συγχρόνως με τη χορήγηση της 3^{ης} δόσης και T2: 3 εβδομάδες μετά την 3^η δόση Tozinameran.

Πραγματοποιήθηκαν: α) μέτρηση εξουδετερωτικών αντισωμάτων (NAb) έναντι SARS-CoV-2 με χημειοφωταύγεια, β) εκτίμηση της ειδικής κυτταρικής ανασίας με enzyme-linked immunosorbent spot (ELISpot), γ) προσδιορισμός T-λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών βάσει έκφρασης CCR7, CD45RA, CD28, PD1, με τους μελετηθέντες φαινοτύπους να περιλαμβάνουν: CD3+CD45RA+CCR7+ (παρθένα), CD3+CD45RA-CCR7+ (κεντρικά μνημονικά), CD3+CD45RA-CCR7- (δραστικά μνημονικά), CD3+CD45RA+CCR7- (T_{EMRA}) - CD3+CD28- (γηρασμένες μορφές), CD3+PD1+ (εξαντλημένες μορφές).

Μελετήθηκε το ανοσολογικό προφίλ των ασθενών στις T1, T2, με έμφαση στους απαντητές (NAb ≥ 0.3 AU/mL ή/και ELISpot ≥ 30SFC/5×10⁵ PBMCs).

Αποτελέσματα: Το χρονικό διάστημα T1-T2, στο σύνολό των ασθενών παρατηρήθηκε αύξηση των CD8+CD45RA-CCR7- [26.77(26) vs. 43.66(49)κύτταρα/μL, p:0.01] και ελάττωση του ποσοστού των CD4+CD45RA+CCR7+ [32.2(21.3)% vs. 23.9(24.8)%, p:0.012] και CD8+CD45RA+CCR7+ [41.25(19.5)% vs. 30.3(19)%, p:0.028]. Στο ίδιο διάστημα, οι απαντητές στην T2 (N=34) εμφάνισαν αύξηση των CD8+CD45RA-CCR7- [27.16(27) vs. 44.63(56)κύτταρα/μL, p:0.02] και ελάττωση των CD4+CD45RA+CCR7+ [256.10(258) vs. 159.12(235)κύτταρα/μL, p:0.02] και των CD4+CD45RA+CCR7- [69.62(88) vs. 53.55(70), p:0.037].

Στο στιγμιότυπο T2, οι απαντητές εμφάνιζαν χαμηλότερα ποσοστά CD4+CD28- από τους μη-απαντητές [6.1(5.5)% vs. 20.7(25)%, p:0.04].

Συμπεράσματα: Στους ΛΝΜ η απόκριση στον εμβολιασμό με Tozinameran δεν προάγει την ανοσογήρανση και ανοσοεξάντληση, αλλά σχετίζεται με στροφή των T-λεμφοκυττάρων από παρθένες σε διαφοροποιημένες-ενεργοποιημένες μορφές.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΒΛΑΒΗΣ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ

BA 17

Ι. Πυλαρινού

Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η βλάβη από ισχαιμία και επαναιμάτωση (Ischemia and Reperfusion Injury-IRI) αποτελεί μια αναπόφευκτη συνθήκη στις μεταμοσχεύσεις νεφρού, η οποία καθιστά μη λειτουργικό το μόσχευμα μετεγχειρητικά, αυξάνοντας τις πιθανότητες απόρριψης. Ως εκ τούτου, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των αιμοδυναμικών στρατηγικών στην πρόληψη της IRI.

Υλικό & Μέθοδος: Από αναζητήσεις στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, Medline και Scopus που κάλυπταν τα έτη 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, μελέτες κοόρτης και ασθενών-μαρτύρων που ήταν γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά την προαναφερθείσα περίοδο. Από την ανασκόπηση, αποκλείστηκαν αναδρομικές και προοπτικές μελέτες, καθώς και έρευνες περιορισμένης διάρκειας ή δείγματος. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Από κλινικές μελέτες, αποδείχθηκε ότι η μηχανική αιμάτωση μειώνει τις αρνητικές εκβάσεις της IRI, προκαλώντας 30-45% ελάττωση της καθυστέρησης λειτουργίας του μοσχεύματος, 3% μείωση της κρεατινίνης ορού, καθώς και 95% και 87% αύξηση της επιβίωσης των ασθενών στον πρώτο και τρίτο χρόνο παρακολούθησης, αντίστοιχα. Από ορισμένες μελέτες που συνδύασαν την συνεχή μηχανική αιμάτωση με τη στατική αιμάτωση, προέκυψε κλινικά σημαντική ελάττωση της ενδονεφρικής αντίστασης τις πρώτες 6 ώρες μηχανικής αιμάτωσης, αυξάνοντας έτσι την ενδονεφρική ροή στην πρώιμη μετεγχειρητική φάση. Παράλληλα, σημειώθηκε 21% μείωση του χρόνου νοσηλείας και 8% ελάττωση της ανάγκης αιμοκάθαρσης μετεγχειρητικά.

Συμπεράσματα: Η χρήση αιμοδυναμικών μέσων στη διαχείριση της νεφρικής IRI μετά από μεταμόσχευση νεφρού, φαίνεται να προσφέρει θεαματικά ιατρικά αποτελέσματα. Εντούτοις, απαιτείται διεξαγωγή επιπρόσθετων κλινικών δοκιμών που να επιβεβαιώνουν τα παραπάνω ευρήματα.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**Ο. Μπαλάφα¹, Μ. Ανδρουλάκη², Ε. Κέγκου², Ε. Τσόλκα², Α. Τσίντα², Α. Ανδρίκος², Ν. Οικονόμου¹**¹ΜΠΣ «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου²Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Το συνολικό κόστος θεραπείας τελικού σταδίου της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ) (αιμοκάθαρση ΑΚ και περιτοναϊκή κάθαρση ΠΚ) ανέρχεται στο 2% των συνολικών δαπανών υγείας για το 0,1% του πληθυσμού. Στον ελληνικό χώρο υπάρχουν ελάχιστες μελέτες σύγκρισης κόστους ΑΚ και ΠΚ. Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση του άμεσου κόστους ανά ασθενή για τις δύο μεθόδους υπό την οπτική της δημόσιας χρηματοδότησης (ασφαλιστικού φορέα (ΕΟΠΥΥ) και του κράτους).

Υλικό & Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μικροκοστολόγησης. Υπολογίσθηκαν τα άμεσα κόστη σε χρόνιους ασθενείς ΑΚ και ΠΚ σε δημόσιο νοσοκομείο επαρχιακής πόλης για το χρονικό διάστημα 01/01/2023 ως 31/01/2023. Πηγές κοστολόγησης ήταν τα αντίστοιχα ΦΕΚ, τα DRGS του ΚΕΤΕΚΝΥ, οι συμβάσεις προμήθειας υλικών, και τα στοιχεία συνταγογράφησης των φαρμάκων, διαλυμάτων, υλικών και των παροχών στον ΕΟΠΥΥ και ΕΚΠΥ. Δεν συμπεριελήφθησαν τα τακτικά κόστη εργαστηριακών ελέγχων, τα επιδόματα και τα ως χορηγούμενα φάρμακα χαμηλού κόστους, θεωρώντας ότι είναι κοινά για τις δύο ομάδες.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 38 ασθενείς σε ΠΚ (65,35 ± 9,95 ετών, 39,9 μήνες στη μέθοδο (3-195,4 μήνες). 10 ασθενείς ήταν σε συνεχή φορητή ΠΚ (CAPD) και 34,2 % διαβητικοί. Σε αιμοκάθαρση μελετήθηκαν 388 συνεδρίες σε 34 ασθενείς (68,28 ± 12,5 ετών, στη μέθοδο 94,4 μήνες (3,1-141). 50% είχαν μόνιμο σφαγιτιδικό καθετήρα, 6% ήταν σε on line αιμοδιαδιήθηση και 26,5 % διαβητικοί. Το κόστος ανά ασθενή/μήνα ήταν 4367 ευρώ στην ΠΚ και 3010 στην ΑΚ (Πίνακας 1). Τα κόστη αρχικής επένδυσης στην ΑΚ είναι περισσότερα συγκρινόμενα με την ΠΚ (Πίνακας 2).

Συμπέρασμα: Το κόστος εφαρμογής της ΠΚ ανά μήνα (ιδίως τα υλικά της αυτοματοποιημένης) υπερβαίνει το αντίστοιχο της ΑΚ. Η προσθήκη όμως των αρχικών εξόδων επένδυσης επιβαρύνουν σημαντικά το συνολικό κόστος της ΑΚ.

Πίνακας 1. Κοστολόγηση ΠΚ/ΑΚ (ευρώ /ασθενή/μήνα)

	CAPD	APD	Συνολικά ΠΚ		Συνολικά ΑΚ
Διαλύματα	2062,5	1959,5	1986,63	Φίλτρα και σετ σύνδεσης	1558,11
Υλικά σύνδεσης	562,5	2612,96	2073,36	Διάλυμα	31,25
				Φύσιγγα	23,3
				Οροί/αναλώσιμα	2,26
				Ηπαρίνη κλασική	17,55
				Ηπαρίνη χαμηλού MB	116
Μετακινήσεις			34,21		208
Μισθοί νοσηλευτών			63,16		458,8
Ερυθροποιητίνη			99,88		215
Φωσφοδεσμευτικά			85,18		66,38
Καλιοσιμιμητικά			12,18		24
Παρακασιτόλη			12,75		47,2
Σίδηρος iv			0		34,5
Διαιτολόγιο			0		33
Συντήρηση μηχανημάτων			0		128,24
				Συντήρηση αντίστροφης ώσμωσης	43,13
				Κόστος νερού μηχανημάτων	1,21
				Κόστος ηλεκτρισμού (συνεδρία και αποστείρωση-578 KW/μήνα)	2,55
			4367,36		3010,5

Πίνακας 2. Κόστη αρχικής επένδυσης/προετοιμασίας ασθενών

ΠΚ	
Κόστος περιτοναϊκού καθετήρα (locking titanium)	208,95
Κόστος αλλαγής γραμμής	Baxter 152,55/έτος Mediprime 56/έτος
Ζυγαριά, στατό, λαβίδα	120
Κοστολόγηση τοποθέτησης καθετήρα	1029
ΑΚ	
Αρχικό κόστος μηχανήματος	279000
Αρχικό κόστος συστήματος επεξεργασίας νερού	97500
Κοστολόγηση δημιουργίας φίστουλα	1358
Κοστολόγηση τοποθέτησης μόνιμου καθετήρα	679
Κόστος μόνιμου καθετήρα	330

ΥΠΗΡΞΕ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΙΑΛΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ;

Μ. Θεοδωρίδης, Κ. Κανταρτζή, Χ. Δημητρακόπουλος, Β. Λαμπροπούλου, Α. Σμυρλής, Σ. Παναγούτσος

Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ) προσφέρει για τα πρώτα πέντε χρόνια εφαρμογής της ταυτόσημη επιβίωση στους ασθενείς σε σχέση με την αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό. Οι δομικές και λειτουργικές μεταβολές στην περιτοναϊκή μεμβράνη (ΠΜ) κατά τη μακροχρόνια εφαρμογή της μεθόδου μειώνουν την επιβίωση της τεχνικής. Από τα κυριότερα αίτια των αλλαγών στη μεμβράνη είναι τα προϊόντα διάσπασης της γλυκόζης (GDPs), τα οποία σχετίζονται άμεσα με νεοαγγειογένεση και ίνωση του περιτοναίου καθώς επίσης και με μείωση της υπολειμματικής νεφρικής λειτουργίας (RRF). Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν ο έλεγχος της επίδρασης των νεότερων διαλυμάτων, χαμηλών σε GDPs, στη λειτουργία της ΠΜ, στην RRF και στην επιβίωση των ασθενών.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 204 ασθενείς εκ των οποίων οι 140 στα παλαιότερου τύπου διαλύματα με αυξημένη συγκέντρωση σε GDPs (Ομάδα Α) και 64 σε διαλύματα χαμηλά σε GDPs (Ομάδα Β). Έγινε εκτίμηση από τις δοκιμασίες επάρκειας κάθαρσης και τους ελέγχους λειτουργίας της ΠΜ (PET test) (συγκρίνοντας τις αρχικές με τις τελικές) των μεταβολών της RRF, του ρυθμού διακίνησης ουσιών (PSTR), του 4ωρου εκ του PET υπερδιηθήματος (UF) και της επάρκειας κάθαρσης ουρίας (Kt/V). Επίσης με την μέθοδο Kaplan-Meier εκτιμήθηκε η επιβίωση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα εκτιμήθηκαν με το Mann-Whitney U Test (Δ= διαφορά του αρχικού από το τελικό αποτέλεσμα, t0: αρχικό χρονικό σημείο)

	Ομάδα Α (n=140)	Ομάδα Β (n=64)	p
Ηλικία (έτη)	73 (67,78)	62 (52,72)	<0.001
Vurine (ml/24h) t0	800 (225,975)	800 (300,1400)	<0.001
ΔVurine	300 (112,800)	275(-37,875)	0.69
UF-PETt0	365(250,460)	520(350,840)	<0.001
ΔUF	70(-42,270)	-140 (-285,160)	0.005
d/p cr t0	0.67(0.60,0.80)	0.61(0.54,0.70)	0.004
Δ d/p cr	0.10(0.02,0,22)	0.05(-0.02,0.15)	0.045

Από τα ως άνω αποτελέσματα αναδεικνύεται μια στατιστικά σημαντική μικρότερη μείωση του UF στην ομάδα Β από το 4ωρο PET παρόλη τη μη αξιολογη απόλυτη διαφορά στη PSTR. Η ομάδα Β επίσης παρουσιάζει μικρότερη μείωση του όγκου των ούρων (μη στατιστικά σημαντική). Εκτιμήθηκε επίσης με την μέθοδο Kaplan-Meier η επιβίωση των ασθενών: 3ετής επιβίωση για την Ομάδα Α 56% και για την Ομάδα Β 76% καθώς επίσης η 5ετής για την Ομάδα Α 33% και για τη Ομάδα Β 57% διαφορά η οποία ήταν στατιστικά σημαντική (Long Rang p<0.001). Ακολούθως έγινε στάθμιση της επιβίωσης των δύο ομάδων με τη μέθοδο Cox Regression ως προς την ηλικία, την επάρκεια κάθαρσης, την RRF και το PSTR και η διαφορά στην επιβίωση παρέμεινε στατιστικά σημαντική ενώ ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου αναδείχτηκαν η ηλικία (p=0.026) και ο τύπος των διαλυμάτων (p=0.016).

Συμπεράσματα: Τα περιτοναϊκά διαλύματα χαμηλά σε GDPs σχετίστηκαν στην παρούσα μελέτη με καλύτερη επιβίωση των ασθενών καθώς επίσης και με καλύτερη διατήρηση τόσο του όγκου των ούρων όσο και της ικανότητας της μεμβράνης για υπερδιήθηση. Είναι απαραίτητη η διενέργεια προοπτικών μελετών για εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΝΕΩΝ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**Μ. Θεοδωρίδης, Κ. Κανταρτζή, Χ. Δημητρακόπουλος, Τ. Μπούντα, Ε. Χαριτάκη, Σ. Παναγούτσος***Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης*

Εισαγωγή: Η Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ) αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις τη μέθοδο επιλογής για την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους ασθενείς λόγω της προσφερόμενης αιμοδυναμικής σταθερότητας. Η αθηρωμάτωση και οι αγγειακές απασβεστώσεις σχετίζονται με αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα στους ασθενείς σε ΠΚ. Η απεικόνιση υπερηχογραφικά του πάχους του έσω-μέσου τοιχώματος της καρωτίδας (Carotid artery intima-media thickness-IMT) αποτελεί μια πολύ καλή μη παρεμβατική μέθοδο ελέγχου της αθηρωμάτωσης. Η Βιοεμπέδιση (Bioimpedance Spectroscopy analysis-BIS) με την αποστολή εναλλασσόμενου ρεύματος διαφόρων συχνοτήτων δύναται να εκτιμήσει την κατανομή του νερού στον εξωκυττάριο ή ενδοκυττάριο χώρο καθώς επίσης και το ποσοστό της λιπώδους και αλιππου μάζας των ασθενών. Σκοπός της μελέτης η ανίχνευση διαφορών ανάμεσα σε ηλικιωμένους και νεαρότερους ασθενείς σε ΠΚ.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για μία προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 28 σταθεροί ασθενείς σε ΠΚ (Α=16,Γ=12). Η διάμεση ηλικία των ασθενών ήταν 61.5 έτη, ο διάμεσος χρόνος παραμονής σε ΠΚ ήταν 41 μήνες, το σύνολο των ασθενών πληρούσαν τους στόχους επάρκειας κάθαρσης ουρίας (διάμεση τιμή Kt/V 2.14) καθώς επίσης είχαν καλούς δείκτες θρέψης (διάμεση τιμή αλβουμίνης 3.9 gr/dl) και αρνητικούς δείκτες φλεγμονής (διάμεση τιμή CRP 0.35 mg/dl). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δυο ομάδες : Ομάδα Α (νεαρότεροι ασθενείς) διάμεση ηλικία 46 (35,49) έτη και Ομάδα Β (γηραιότεροι ασθενείς) με διάμεση ηλικία 72 (69,78) έτη. Εκτιμήθηκε η κάθαρση των ουσιών μικρού μοριακού βάρους-ουρίας(Kt/V), ο ρυθμός διάχυσης των μικρομοριακών ουσιών (Peritoneal Solute Transfer Rate (PSTR)-D/Pcr), το Carotid artery intima-media thickness (IMT), παράγοντες σχετιζόμενοι με την αθηρωμάτωση (επίπεδα ασβεστίου, φωσφόρου, PTH, Vit.D, η διάρκεια σε ΠΚ, BMI) καθώς επίσης και η ανάλυση της σύστασης του σώματος τους με τη χρήση της Βιοεμπέδισης (Overhydration, Fat Tissue Mass - FTM, Lean Tissue Mass - LTM). Με τη χρήση του Mann-Whitney U test και την correlation analysis έγινε προσπάθεια να ανευρεθεί η πιθανή επίδραση της ηλικίας ή άλλου παράγοντα κινδύνου στην πάχυνση του τοιχώματος της καρωτίδας - IMT.

Αποτελέσματα: Ανάμεσα στις δυο ομάδες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο πάχος του τοιχώματος της καρωτίδας-IMT) και στο ρυθμό διακίνησης των ουσιών (PSTR) με τους μεγαλύτερους σε ηλικίας ασθενείς να έχουν σημαντικότερες αθηρωματικές βλάβες και χαμηλότερους ρυθμούς διακίνησης ουσιών. Αν και δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν μειωμένη μυϊκή μάζα (LTM), χαμηλότερα επίπεδα φωσφόρου και PTH (υποθρεψία) σε σχέση με τους νεαρότερους που είχαν υψηλότερα επίπεδα φωσφόρου, PTH και αυξημένη λιπώδη μάζα (FTM - παχυσαρκία). Από την correlation analysis βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και το IMT ($p=0.004$, $r=0.556$) καθώς επίσης και ανάμεσα στο PSTR και το IMT ($p=0.034$, $r=-0.516$).

Διάμεση Ηλικία : 61.5	Ομάδα Α	Ομάδα Β	p
Χρόνος ΠΚ (μήνες)	80 (26, 95)	69 (34, 104)	0.11
BMI (Kg/m ²)	31.9 (23.7, 35.8)	27 (25.7, 30.8)	0.87
Αλβουμίνη (gr/dl)	3.9 (3.8, 4)	3.7 (3.7, 3.8)	0.10
CRP (mg/dl)	0.4 (0.3, 0.8)	0.3 (0.1, 1.4)	0.16
Calcium (mg/dl)	9 (8.4, 10)	8.9 (8.7, 9.3)	0.48
PO₄ (mg/dl)	6 (5.6, 6.8)	4.5 (3.8, 5.4)	0.24
PTH (pg/ml)	675 (215, 1600)	155 (133, 237)	0.07
PSTR (d/p)	0.71 (0.65, 0.76)	0.54 (0.49, 0.62)	0.004
OverHydration (Lt)	1 (0.8, 1.4)	1 (0.3, 1.5)	0.94
FTM (Kg)	39 (26.2, 48.8)	32.9 (29.6, 40.1)	0.83
LTM (Kg)	29.7 (23.1, 35.9)	25.4 (20, 29.9)	0.12
IMT (cm)	0.08 (0.07, 0.1)	0.11 (0.09, 0.12)	0.007

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης αναδεικνύουν ότι η ηλικία σχετίζεται με σοβαρότερες αθηρωματικές βλάβες της καρωτίδας, με ελάττωση της μυϊκής μάζας των ασθενών και με βραδύτερο ρυθμό διάχυσης ουσιών. Τόσο η ηλικία όσο και ο PSTR σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την αύξηση του IMT. Η Βιοεμπέδιση και η υπερηχογραφική καταγραφή του IMT αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για το monitoring των ηλικιωμένων ασθενών σε ΠΚ.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

Φ. Ιατρίδη¹, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Ε. Ξαγάς², Α. Καρπέτας³, Ε. Καρκαμάνη¹, Ι. Χαλκιώτη¹, Ι. Ρέβελα², R. Ekart⁴, Π. Γιαμαλής¹, Π. Σαραφίδης¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Φροντίς», Αθήνα

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁴Department of Nephrology, University Clinical Centre Maribor, Maribor, Slovenia

Εισαγωγή: Η υψηλή μεταβλητότητα της αρτηριακής-πίεσης (ΑΠ) σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Οι ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση εμφανίζουν υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο συγκριτικά με ασθενείς χωρίς το φαινόμενο. Οι επιδράσεις μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων στην μεταβλητότητα ΑΠ σε αυτόν τον πληθυσμό παραμένουν άγνωστες. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της χαμηλής (137mEq/L), σε σύγκριση με την τυπική (140mEq/L), συγκέντρωση νατρίου του διαλύματος αιμοκάθαρσης, στη βραχυπρόθεσμη μεταβλητότητα ΑΠ σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για δευτερεύουσα ανάλυση τυχαioποιημένης κλινικής δοκιμής διασταυρούμενης σειράς (cross-over). Συμπεριλήφθησαν 29 ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση που τυχαioποιήθηκαν να υποβληθούν σε 4 συνεδρίες αιμοκάθαρσης με χαμηλή (137mEq/L) και ακολούθως σε 4 συνεδρίες με τυπική (140mEq/L) συγκέντρωση νατρίου διαλύματος αιμοκάθαρσης ή αντίστροφα. Στο τέλος της κάθε περιόδου παρέμβασης, οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε 48ωρη-καταγραφή-ΑΠ και υπολογίστηκαν οι δείκτες-μεταβλητότητας ΑΠ με επικυρωμένους τύπους.

Αποτελέσματα: Η μέση 48ωρη-ΣΑΠ/ΔΑΠ ήταν χαμηλότερη κατά 5,3/2,6mmHg με την χαμηλή συγκέντρωση νατρίου διαλύματος ($p=0,005/p=0,007$ vs τυπική, αντίστοιχα). Οι δείκτες μεταβλητότητας 48ωρης-ΣΑΠ δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων (ΣΑΠ-SD: 16,99±5,39 vs 16,98±4,33mmHg, $p=0,982$, ΣΑΠ-wSD: 15,93±5,02 vs 16,12±4,16mmHg, $p=0,769$, ΣΑΠ-ARV: 11,99±3,67 vs 11,45±3,35mmHg, $p=0,392$ και ΣΑΠ-CV: 12,36±3,65 vs 11,92±3,18%, $p=0,302$). Τα επίπεδα των δεικτών μεταβλητότητας της 48ωρης-ΔΑΠ ήταν αριθμητικά, αλλά όχι στατιστικά, χαμηλότερα με την χαμηλή συγκέντρωση νατρίου διαλύματος. Τέλος, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε ορισμένες περαιτέρω συγκρίσεις κατά τα επιμέρους διαστήματα, καταδεικνύοντας μία τάση για χαμηλότερη μεταβλητότητα ΑΠ κατά τη 2^η ημέρα και υψηλότερη μεταβλητότητα ΑΠ κατά τη 2^η νύχτα με τη χαμηλή συγκέντρωση νατρίου διαλύματος.

Συμπεράσματα: Η χαμηλή συγκέντρωση νατρίου διαλύματος αιμοκάθαρσης, ενώ σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα περιπατητικής ΑΠ, δεν επηρεάζει τα επίπεδα της βραχυπρόθεσμης μεταβλητότητας της ΑΠ σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική-υπέρταση. 48

BA 21

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΡΕΨΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Τριβυζά, Α. Μπρατσιάκου, Κ. Τσιότσιος, Θ. Ντρίνιας, Α. Χαλβατζής, Π. Περδίκη, Ε. Παπαχρήστου, Δ. Γούμενος, Μ. Παπασωτηρίου

Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η αρτηριακή σκληρία αποτελεί παράγοντα με δυσμενή προγνωστική αξία στην καρδιακή νοσηρότητα και θνητότητα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Μετρήσιμοι δείκτες της αρτηριακής σκληρίας αποτελούν, μεταξύ άλλων, η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος και ο δείκτης επαύξησης (Augmentation Index). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης παραγόντων σύστασης του σώματος και της θρέψης με παραμέτρους της αρτηριακής σκληρίας σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού.

Υλικό & Μέθοδος: Οι παράμετροι της σύστασης του σώματος καθώς και οι παράμετροι κυτταρικής επάρκειας (δείκτης πρόγνωσης, γωνία φάσης, κυτταρική αγωγιμότητα) εκτιμήθηκαν με τον αναλυτή φασματοσκοπίας βιοηλεκτρικής εμπεδής (BIS, Bodystat 5000). Οι παράμετροι της αρτηριακής σκληρίας (ταχύτητα σφυγμικού κύματος και δείκτης επαύξησης-Aix75), εκτιμήθηκαν με τη συσκευή Mobil-O-Graph σε μετρήσεις στο ιατρείο.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 35 μεταμοσχευμένοι ασθενείς (22 άνδρες) με μέση ηλικία τα 54,4 έτη (21 έως 85 ετών) και μέσο χρόνο παρακολούθησης μετά τη μεταμόσχευση τα 18,1±10,5 έτη. Η ταχύτητα σφυγμικού κύματος σχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία των ασθενών (Spearman rho=0,899, $p<0,001$), το βαθμό υπερυδάτωσης (Spearman rho=0,497, $p=0,004$) καθώς και με το δείκτη θρέψης και το δείκτη πρόγνωσης ($p=0,01$ και $p=0,004$, αντίστοιχα). Η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος σχετίστηκε αρνητικά με τη γωνία φάσης ($p=0,004$). Όσον αφορά στο δείκτη επαύξησης, βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με το δείκτη μάζας σώματος (Spearman rho=-0,39, $p=0,03$) καθώς και την κυτταρική αγωγιμότητα (Spearman rho=-0,485, $p=0,006$).

Συμπεράσματα: Ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού και επιδεινωμένη θρέψη όπως αυτή εκφράζεται με τη μειωμένη μυϊκή σωματική μάζα και τη μειωμένη γωνία φάσης εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερους δείκτες αρτηριακής σκληρίας. Η παρακολούθηση και η βελτίωση της θρέψης των ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί σημαντική παράμετρο της καρδιαγγειακής τους νοσηρότητας.

BA 22

BA 23

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑΣ ΣΤΗ ΜΥΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Κ. Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Δ. Φαϊτατζίδου¹, Α. Κούτλας², Φ. Ιατρίδη¹, Ν. Χαντάντ¹, Α. Γεωργίου¹, Ε. Καρκαμάνη¹, Μ. Δούμας³, Π. Σαραφίδης¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

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

³Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με χρόνια-νεφρική-νόσο (ΧΝΝ) έδειξαν ότι η μικροαγγειακή αντιδραστικότητα στους σκελετικούς μύες επιδεινώνεται προοδευτικά με την εξέλιξη της ΧΝΝ. Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που αξιολογεί την επίδραση της πρωτεϊνουρίας στην οξυγόνωση των σκελετικών μυών και τη μικροαγγειακή αντιδραστικότητα σε ασθενείς με ΧΝΝ προ-τελικού σταδίου.

Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλήφθησαν 66 ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 2-4 κατηγοριοποιήθηκαν σε πρωτεϊνουρικούς και μη-πρωτεϊνουρικούς με 24-ωρη συλλογή ούρων και συμπεριλήφθησαν στην post-hoc ανάλυση. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνεχείς μετρήσεις μυϊκής οξυγόνωσης [tissue-saturation-index (TSI%)] κατά την ηρεμία, ίσχαιμη περίδεση-επαναιμάτωση και 3-λεπτης δοκιμασίας χειρολαβής (35% μέγιστης-εκούσιας-σύσπασης) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς ηλικία, eGFR και BMI μεταξύ των ομάδων. Η μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία δε διέφερε μεταξύ των ομάδων (πρωτεϊνουρικοί έναντι μη-πρωτεϊνουρικών: $63,35 \pm 4,09$ έναντι $62,34 \pm 3,21$, $p=0,280$). Κατά την ίσχαιμη περίδεση, οι πρωτεϊνουρικοί ασθενείς είχαν οριακά χαμηλότερο εύρος του TSI απόφραξης ($25,77 \pm 7,87$ έναντι $29,95 \pm 10,34$, $p=0,074$), αλλά χωρίς διαφορά στην κλίση απόφραξης ($-0,09 \pm 0,03$ έναντι $-0,10 \pm 0,04$, $p=0,134$). Ωστόσο, κατά την επαναιμάτωση, οι κλίσεις επαναιμάτωσης TSI (TSI slope) ήταν σημαντικά χαμηλότερες στους ασθενείς με πρωτεϊνουρία (TSI slope to max $1,03 \pm 0,45$ έναντι $1,39 \pm 0,69$, $p=0,035$ και 10-sec TSI slope: $1,34 \pm 0,63$ έναντι $1,92 \pm 0,75$, $p=0,002$). Η υπεραιμική αντίδραση ήταν αριθμητικά χαμηλότερη στους πρωτεϊνουρικούς ασθενείς ($7,13 \pm 4,27$ έναντι $8,89 \pm 4,68$, $p=0,131$). Τέλος, δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη μέση μυϊκή οξυγόνωση κατά την άσκηση μεταξύ των ομάδων ($10,76 \pm 6,05$ έναντι $10,65 \pm 5,39$, $p=0,943$).

Συμπεράσματα: Παρότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη μυϊκή οξυγόνωση σε ηρεμία και κατά την ίσχαιμη περίδεση, οι ασθενείς με πρωτεϊνουρία εμφάνισαν επιδεινωμένη οξειδωτική ικανότητα των σκελετικών μυών συγκριτικά με αυτούς χωρίς πρωτεϊνουρία, όπως υποδεικνύεται από το χαμηλότερο εύρος του TSI κατά την απόφραξη, καθώς και χειρότερη μικροαγγειακή υπεραιμική απόκριση κατά την επαναιμάτωση.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Α. Βαγκοπούλου, Ι. Τσιμούλας, Α. Φούντογλου, Δ. Μακρίδης, Ι. Βεντούλης, Δ. Καρασαββίδου

Νεφρολογικό Τμήμα «Χ. Κατσίνας», Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας

Εισαγωγή: Οι αναστολείς συμμεταφορέα γλυκόζης νατρίου (SGLT2) είναι μία κατηγορία φαρμάκων με καρδιοπροστατευτικές και νεφροπροστατευτικές ιδιότητες. Τα δεδομένα για την επίδραση των SGLT2 στην αρτηριακή σκληρία (PWV) είναι περιορισμένα.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε 24 ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) σταδίου 1-4 με την προσθήκη δαπαγλιφλοζίνης, 10mg μία φορά την μέρα για 3 μήνες. Η ρύθμιση της πίεσης έγινε με προσθήκη περινδοπρίλης και αμλοδιπίνης και τροποποίηση της δόσολογίας όταν ήταν αναγκαίο. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών βρίσκονται στον πίνακα 1.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε μείωση των επιπέδων της περιφερικής συστολικής αρτηριακής πίεσης (140.91 vs 129.83) ($p<.001$), διαστολικής αρτηριακής πίεσης (77.58 vs 69.87) ($p<.001$), της κεντρικής συστολικής αρτηριακής πίεσης (156.25 vs 146.20) ($p<.001$) και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (89.58 vs 82.04) ($p=.007$), στο τέλος της μελέτης μετά την αγωγή. Οι τιμές της κρεατινίνης ($t=-1.762$, $p=.093$) δεν παρουσίασαν σημαντική μεταβολή μεταξύ των μετρήσεων, πριν και μετά την χορήγηση του φαρμάκου. Το στάδιο της νεφρικής νόσου δεν άλλαξε. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, φάνηκε ότι η χορήγηση της δαπαγλιφλοζίνης μείωσε κατά 1.457 την PWV. (Πίνακας 2)

Συμπεράσματα: Η δαπαγλιφλοζίνη φαίνεται ότι μειώνει την PWV σε συνδυασμό με την μείωση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με XNN σταδίου 1-4 σε διάστημα τριών μηνών. Περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό θα ενισχύσουν το παρών αποτέλεσμα.

Πίνακας 2		Μη τυποποιημένοι Συντελεστές		Τυποποιημένοι Συντελεστές	T	Sig.
Μοντέλο		B	Std. Error	Beta		
1	(Συνεχής)	7.685	2.065		3.722	<.001
	Χορήγηση φαρμάκου	-1.457	.591	-.352	-2.464	.018
	Γλυκόζη 1 (mg/dl)	.014	.008	.267	1.782	.083
	Χοληστερίνη 1 (mg/dl)	-.014	.009	-.207	-1.447	.156
	Κρεατινίνη 1 (mg/dl)	1.275	.407	.484	3.130	.003
	Ουρία 1 (mg/dl)	-.002	.001	-.187	-1.275	.210
	Ουρικό οξύ 1 (mg/dl)	-.003	.032	-.014	-.104	.918
α. Εξαρτώμενη Μεταβλητή: PWV1 (m/sec)						

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά ασθενών	
Αριθμός ασθενών (n=24)	Μέσος όρος ± Τυπική απόκλιση
Ηλικία (έτη)	65 ± 8
Φύλο (Άρρεν %)	20 (83.3 %)
Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (CKD-epi ml/min/1.73 ²)	44 (25-97)
Αιματοκρίτης %	40.68% ± 1.32
Ουρία (mg/dl)	77.51 (26.1-166)
Κρεατινίνη (mg/dl)	1.83 (0.69-4)
Γλυκοζυλιωμένη %	6.23% ± 1.12
Χοληστερίνη (mg/dl)	151.5 ± 23
L.D.L (mg/dl)	114.39 ± 45.61
H.D.L (mg/dl)	48.93 ± 16.07
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	143.95 ± 36.05
Λεύκωμα ούρων 24ώρου (mg/24h)	635 (102-3721)
ΠΣΑΠ (mmHg)	140.91 vs 129.83
ΠΔΑΠ (mmHg)	77.58 vs 69.87
ΚΣΑΠ (mmHg)	156.25 vs 146.20
ΚΔΑΠ (mmHg)	89.58 vs 82.04

ΠΣΑΠ: Περιφερική συστολική αρτηριακή πίεση

ΠΔΑΠ: Περιφερική διαστολική αρτηριακή πίεση

ΚΣΑΠ: Κεντρική συστολική αρτηριακή πίεση

ΚΔΑΠ: Κεντρική διαστολική αρτηριακή πίεση

e-Posters

Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Ε. Ευαγγέλου¹, Μ. Κώνστα², Κ. Βασιλείου¹, Α. Πουλά¹, Ν. Μάρκου¹, Τ. Πουλλή¹, Λ. Λάζαρος³, Δ. Γκαλίτσιου¹, Π. Λιαβέρη¹, Γ. Τσιρπανλής¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

²Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³Genesis Genoma Lab, Γενετική Διάγνωση, Κλινική Γενετική & Έρευνα, Αθήνα

Εισαγωγή: Η Πολυκυστική Νόσος των νεφρών (ΠΚΝ) που κληρονομείται με επικρατούμενα χαρακτήρα αποτελεί την αιτία Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΤΣΧΝΝ) για το 5-10% των ασθενών, διεθνώς. Η πρόγνωση όσον αφορά την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι σημαντική, εκτός των άλλων και για την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Στη παρούσα μελέτη διερευνάται η προγνωστική αξία των γενετικών και κλινικών δεδομένων μιας μεγάλης ομάδας ασθενών με ΠΚΝ.

Υλικό & Μέθοδος: Σε 66 ασθενείς με ΠΚΝ (ηλικίας 33±12 ετών, 34 γυναίκες, 32 άνδρες) έγινε γενετική διάγνωση της νόσου με στοχευμένη αλληλούχηση επόμενης γενιάς (targeted next-generation sequencing, tNGS) σε πάνελ γονιδίων με περισσότερα από 600 γονίδια σχετιζόμενα με τον κλινικό φαινότυπο της νόσου ή αλληλούχηση κατά Sanger και ανίχνευση ελλειμμάτων/διπλασιασμών με την τεχνική Multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA). Οι ίδιοι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν απεικονιστικά σύμφωνα με τα κριτήρια της Mayo Clinic (Mayo Clinic Imaging Category, MCIC) αφού μετρήθηκε με μαγνητική τομογραφία ο συνολικός όγκος νεφρών. Υπολογίστηκε ο πιθανός χρόνος εγκατάστασης του ΤΣΧΝΝ σύμφωνα με τον τύπο της Mayo Clinic (Irazabal MV et al JASN, 2015) που λαμβάνει υπ όψιν παραμέτρους όπως το φύλο, την ηλικία, το κατ'επίμνηση GFR, e-GFR και την MCIC. Τέλος, έγινε υπολογισμός του PROPKD score σύμφωνα με τον φαινότυπο (εμφάνιση υπέρτασης και ουρολογικών συμβάντων πριν ή μετά τα 35 έτη) και το γονότυπο (μεταλλάξεις, PKD1-truncating, PKD1-non truncating και PKD2) της νόσου σε κάθε ασθενή.

Αποτελέσματα: Το e-GFR, διορθωμένο ως προς την ηλικία, ήταν 26 και 27 ml/min αντίστοιχα υψηλότερο στους ασθενείς με μετάλλαξη στο γονίδιο PKD2 συγκριτικά με αυτούς με PKD1-truncating και PKD1-non-truncating μεταλλάξεις. Ο πιθανός διάμεσος χρόνος εγκατάστασης του ΤΣΧΝΝ ήταν τα 22 (11-31), τα 22 (11-34) και τα 31 (21-59) έτη αντίστοιχα, για τους ασθενείς με PKD1-truncating, PKD1-non-truncating και PKD2 μεταλλάξεις (NS). Στους υψηλού κινδύνου ασθενείς (score 7-9) σύμφωνα με το PROPKD score, ο πιθανός διάμεσος χρόνος εγκατάστασης του ΤΣΧΝΝ ήταν τα 16 (9-30) έτη, για τους ασθενείς σε ενδιάμεσο κίνδυνο (score 4-6) τα 25 (13-34) έτη ενώ τέλος για τους ασθενείς χαμηλού κινδύνου (score 0-3) τα 28 (16-55) έτη, αντίστοιχα (NS). Ο πιθανός διάμεσος χρόνος εγκατάστασης του ΤΣΧΝΝ όπως υπολογίστηκε σύμφωνα με το τύπο της Mayo Clinic, σχετίστηκε αντίστροφα με το PROPKD score (Spearman $r = -0.3$, $p = 0.04$). Όσο μεγαλύτερο ήταν το PROPKD score του ασθενούς, τόσο πιο σύντομο το χρονικό διάστημα εγκατάστασης του ΤΣΧΝΝ.

Συμπεράσματα: Η πρόγνωση της νεφρικής επιβίωσης στους ασθενείς με ΠΚΝ απαιτεί τόσο γενετικά όσο και κλινικά δεδομένα για τον προσδιορισμό της.

ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ GANAB ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΝΕΦΡΩΝ-ΗΠΑΤΟΣ, ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ε. Ευαγγέλου¹, Δ. Παλαιοιόλου², Κ. Βασιλείου¹, Λ. Λάζαρος², Ν. Μάρκου¹, Α. Πουλά¹, Τ. Πουλλή¹, Κ. Κανελλοπούλου¹, Ε. Καναβάκης², Γ. Τσιρπανλής¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

²Genesis Genoma Lab, Γενετική Διάγνωση, Κλινική Γενετική & Έρευνα, Αθήνα

Εισαγωγή: Η πολυκυστική νόσος των νεφρών (ΠΚΝ) η κληρονομούμενη με επικρατούμενα χαρακτήρα οφείλεται σε ποσοστό πάνω από 90% σε μεταλλάξεις των γονιδίων PKD1 και PKD2. Στα υπόλοιπα περιστατικά είτε η γενετική διάγνωση είναι αρνητική είτε αποδίδεται σε μεταλλάξεις που βρέθηκαν σε 9 διαφορετικά γονίδια (σε ποσοστά 0.5-1% για το καθένα) και εντοπίστηκαν την τελευταία δεκαετία.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε τον πρώτο ασθενή που καταγράφεται στον ελληνικό χώρο με ΠΚΝ και μετάλλαξη στο γονίδιο GANAB.

Αποτελέσματα / Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 52 ετών με ΠΚΝ διαγνωσμένη υπερηχογραφικά σε ηλικία 40 ετών, προσήλθε στο ιατρείο του νοσοκομείου μας. Η μητέρα του κατέληξε σε ηλικία 65 ετών. Τρεις μήνες πριν καταλήξει διαγνώστηκε με ΠΚΝ και βρέθηκαν ιδιαίτερα ευμεγέθεις ηπατικές κύστες στα πλαίσια διερεύνησης ανορεξίας αποδιδόμενης σε γρήγορο κορεσμό. Είχε φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Η κατάληξη πιθανώς είχε σχέση με επιπλοκές που παρουσιάστηκαν στις ηπατικές κύστες. Ο ίδιος ο ασθενής είχε αρτηριακή πίεση < 130/80 mmHg, e-GFR 94 ml/min και φυσιολογικούς βιοχημικούς ηπατικούς δείκτες πλην μιας ήπια αυξημένης γ-GT. Η Μαγνητική τομογραφία απεικόνισε νεφρούς και ήπαρ με πολλαπλές κύστες. Ο συνολικός όγκος νεφρών ήταν 640.8 ml (330.5 ml διορθωμένος ως προς το ύψος) και κατέτασσε τον ασθενή στη κατηγορία 1B (οριακά κοντά με 1A) σύμφωνα με την Απεικονιστική Κατηγοριοποίηση της ΠΚΝ κατά Mayo Clinic. Λόγω των άτυπων σχετικά λίγων αλλά ευμεγέθων νεφρικών κύστεων σε αντίθεση με τις αναρίθμητες σχετικά μικρές κύστες της τυπικής εικόνας της ΠΚΝ, η κατηγοριοποίηση θα μπορούσε να είναι 2B και όχι 1B. Οι ηπατικές κύστες ήταν περισσότερες σε αριθμό και ευμεγέθεις συγκριτικά με τις αντίστοιχες νεφρικές. Έγινε γενετικός έλεγχος. Η ανάλυση του DNA βασίστηκε στην αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) και στην αλληλούχηση επόμενης γενιάς (Next Generation Sequencing, NGS) και εξετάστηκαν 641 γονίδια που σχετίζονται με την εμφάνιση νεφρικών – ηπατικών κύστεων. Η ανιχνευθείσα νουκλεοτιδική παραλλαγή προκαλούσε την αντικατάσταση του αμινοξέος μεθειονίνη από αργινίνη στη θέση 632 της παραγόμενης πρωτεΐνης. Η αμινοξική θέση 632 είναι συντηρημένη και εντοπίζεται στην κρίσιμη λειτουργική περιοχή "β8α8 barrel domain", που αποτελεί το ενεργό κέντρο του ενζύμου GANAB. Η παραλλαγή αυτή [c.1895T>G p.(Met632Arg)] χαρακτηρίζεται ως πιθανώς παθολογική σύμφωνα με τις συστάσεις του Αμερικάνικου Κολλεγίου Ιατρικής Γενετικής και Γονιδιώματος. Επιπρόσθετα δεν περιλαμβάνεται στη βάση δεδομένων υγίων μαρτύρων gnomAD. Μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί στη βάση δεδομένων ClinVar, ούτε έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία σε ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών.

Συμπεράσματα: Η πρώτη, εξ όσων γνωρίζουμε, ανακοινωμένη περίπτωση ασθενούς στην Ελλάδα, ΠΚΝ που οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου GANAB, δεν διαφέρει ιδιαίτερα φαινοτυπικά από τους άλλους ασθενείς των 20 περίπου οικογενειών που έχουν δημοσιευτεί διεθνώς (<0.5% του συνόλου των ασθενών με ΠΚΝ και γενετική διάγνωση). Ο ασθενής μας είχε ήπια απεικονιστικά νεφρική κυστική νόσο με φυσιολογική αρτηριακή πίεση και νεφρική λειτουργία η δε πρόγνωση όσον αφορά την εγκατάσταση τελικού σταδίου ΧΝΝ σύμφωνα με τον αλγόριθμο της Mayo Clinic (Irazabal MV et al JASN, 2015) ήταν 27 χρόνια από την ηλικία των 52 ετών. Αντίθετα το ηπατικό κυστικό φορτίο ήταν πιο έντονο και η νόσος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως Πολυκυστική νόσος του ήπατος κληρονομούμενη με επικρατούμενα χαρακτήρα με νεφρική συμμετοχή και λιγότερο ως ΠΚΝ με ηπατική συμμετοχή ενώ και η πρόγνωση της νεφρικής επιβίωσης ήταν καλή. Το παραπάνω περιγραφόμενο περιστατικό προσφέρει στην αποτύπωση και συσχέτιση γονοτύπου και φαινοτύπου στη ΠΚΝ και ήπατος, ειδικά σε ασθενή με τόσο σπάνιο γονότυπο, και συνεισφέρει στο καλύτερο προγνωστικό και θεραπευτικό χειρισμό των ασθενών.

P 01

P 02

P 03 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ 44ΩΡΗΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Κ. Λεωνίδου¹, Π. Γεωργιανός¹, Α. Κόλλιας², Β. Βάιος¹, Ι. Κοντογιώργος¹, Α. Τσινάρη¹, Χ. Κουρτίδου¹, Α. Καρπέτας^{1,3}, Γ. Στεργίου², Β. Λιακόπουλος¹

¹Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

²Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Μελέτες βασιζόμενες σε μετρήσεις ρουτίνας της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν ή μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης έχουν δείξει μεγάλη ετερογένεια στον επιπολασμό και τον έλεγχο της υπέρτασης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στην παρούσα ανάλυση αξιολογήθηκε η επιδημιολογία της υπέρτασης με τη χρήση της 44ωρης περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ.

Υλικό & Μέθοδος: Σε περιπατητική καταγραφή της ΑΠ για ένα ολόκληρο μεσοδιαλυτικό διάστημα (44 ώρες) υποβλήθηκαν 70 χρόνιως αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (μετρήσεις ΑΠ ανά 20' λεπτά με τη συσκευή Microlife Watch BP O3). Η υπέρταση ορίστηκε ως η μέση 44ωρη περιπατητική ΑΠ $\geq 130/80$ mmHg ή η θεραπεία με τουλάχιστον 1 αντιυπερτασικό φάρμακο.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 70 ασθενείς (45 άνδρες και 25 γυναίκες) με μέση ηλικία $65,3 \pm 13,3$ έτη και διάμεση περίοδο από την έναξή τους σε αιμοκάθαρση τους 15 μήνες (εύρος: 6, 33). Ο επιπολασμός της περιπατητικής υπέρτασης ήταν 90% (63/70 ασθενείς). Μεμονωμένη νυχτερινή υπέρταση διαγνώστηκε στο 27,1% των ασθενών, ενώ αντίθετα μεμονωμένη υπέρταση την περίοδο της ημέρας διαγνώστηκε μόλις σε 1 ασθενή. Συνολικά, 61 από τους 63 υπερτασικούς ασθενείς (96,8%) λάμβαναν θεραπεία με 1,5 αντιυπερτασικά φάρμακα ημερησίως κατά μέσο όρο. Οι β-αποκλειστές (75,4%) ήταν η πιο συχνά χορηγούμενη κατηγορία αντιυπερτασικών φαρμάκων, ακολουθούμενη από τους διυδροπυριδινικούς αποκλειστές των διαύλων ασβεστίου (42,6%). Μη ικανοποιητική ρύθμιση της 44ωρης περιπατητικής ΑΠ καταδείχθηκε στο 28,5% των υπερτασικών.

Συμπεράσματα: Στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η υπέρταση παραμένει συχνά μη ικανοποιητικά ελεγχόμενη παρά τη χρήση της αντιυπερτασικής θεραπείας. Η 44ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ επιτρέπει τη διάγνωση της μεμονωμένης νυχτερινής υπέρτασης, ενός πολύ συχνού φαινότυπου υπέρτασης σε αυτήν την ομάδα ασθενών.

P 04 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Κ. Λεωνίδου¹, Π. Γεωργιανός¹, Α. Κόλλιας², Β. Βάιος¹, Α. Καρλιγκιώτης^{1,3}, Γ. Βαρουκτσή¹, Ε. Γκαζούνη¹, Γ. Βαρέτα^{1,3}, Γ. Στεργίου², Β. Λιακόπουλος¹

¹Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

²Κέντρο Υπέρτασης STRIDE-7, Γ' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Αθήνα

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Σε αντίθεση με το γενικό πληθυσμό, δεν υπάρχουν ομόφωνα αποδεκτά κριτήρια για τη διάγνωση της υπέρτασης της λευκής μπλούζας και της συγκαλυμμένης υπέρτασης στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε ο επιπολασμός αυτών των φαινοτύπων με χρήση μετρήσεων αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) πριν από τη συνεδρία σε συνδυασμό με 44ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ.

Υλικό & Μέθοδος: Σε 70 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, η ΑΠ αξιολογήθηκε με τις κάτωθι μεθόδους: (α) μέσος όρος μετρήσεων ρουτίνας πριν από την αιμοκάθαρση για 6 διαδοχικές συνεδρίες και (β) 44ωρη περιπατητική καταγραφή της ΑΠ (μετρήσεις ανά 20' λεπτά με τη συσκευή Microlife WatchBP O3). Τα όρια των 140/90 και 130/80 mmHg χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της υπέρτασης με τις 2 αυτές μεθόδους, αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 88,6% με τις μετρήσεις πριν την αιμοκάθαρση και 90% με την περιπατητική καταγραφή. Συνολικά, το 51,4% των ασθενών ήταν νορμοτασικοί ή είχαν ελεγχόμενη υπέρταση, ενώ το 18,6% των ασθενών είχε μη ικανοποιητικά ελεγχόμενη υπέρταση επιβεβαιωμένη και με τις 2 μεθόδους. Ο επιπολασμός της υπέρτασης της λευκής μπλούζας ήταν 24,3% και της συγκαλυμμένης υπέρτασης 5,7%. Οι μετρήσεις ΑΠ ρουτίνας πριν την αιμοκάθαρση στο όριο των 140/90 mmHg παρείχαν 77,8% ευαισθησία και 30,8% ειδικότητα για τη διάγνωση της περιπατητικής υπέρτασης. Η ομοφωνία μεταξύ των 2 μεθόδων στην κατάδειξη ασθενών με ικανοποιητικά ελεγχόμενη υπέρταση ήταν μικρή (κ-coefficient: 0,378, $P < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι περίπου στο 30% των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των μετρήσεων ΑΠ πριν την αιμοκάθαρση και την 44ωρη περιπατητική καταγραφή στη διάγνωση της υπέρτασης.

ΔΥΟ ΜΗ ΤΥΠΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΤΥΠΙΚΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ-ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΝΤΙ-C5 ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ. ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ?

Ε. Σταμπολλίου, Ε. Σταθοπούλου, Α. Παπράς, Γ. Αγγελής, Α. Καποτά, Ε. Νομικού, Π. Γιάννου, Δ. Πετράς

Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»

P 05

Εισαγωγή: Το ουραιμικό- αιμολυτικό σύνδρομο (ΟΑΣ) αποτελεί σπάνια κλινική οντότητα ιδίως στους ενήλικες και η θεραπεία του περιλαμβάνει κυρίως συντηρητικά μέτρα. Τελευταία, έχουν προκύψει νέα δεδομένα για πιθανή χρησιμότητα του eculizumab, ενός μονοκλωνικού αντισώματος έναντι στο C5 παράγοντα του συμπληρώματος. Παρουσιάζουμε δύο ενδιαφέροντα και μοναδικά κλινικά περιστατικά ενηλίκων με τυπικό ΟΑΣ προκαλούμενο από δύο διαφορετικά στελέχη Escherichia coli, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με τα anti-c5 μονοκλωνικά αντισώματα (eculizumab και ravulizumab).

Υλικό & Μέθοδος: Άνδρας 66 ετών προσήλθε στα επείγοντα με εμετούς, διάρροιες και διαταραχή επιπέδου συνείδησης από 3ημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αιμολυτική αναιμία με σχιστοκύτταρα, θρομβοπενία και οξεία νεφρική βλάβη. Από τον λοιπό έλεγχο: χαμηλή απποσφαιρίνη, φυσιολογικά επίπεδα ενεργότητας ADAMTS-13, ενώ στη PCR κοπράνων απομονώθηκε Shiga toxin-producing enterohemorrhagic Escherichia coli. Ο ασθενής υπεβλήθη άμεσα σε πλασμαφαίρεσεις και συνεδρίες αιμοκάθαρσης καθώς ήταν ανουρικός. Λόγω πολλαπλών επιληπτικών κρίσεων διασωληνώθηκε και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ. Εκεί, υποστηρίχθηκε με συνεχή μέθοδο αιμοκάθαρσης και χορηγήθηκε εκ του επείγοντος eculizumab. Μετά από 15 ημέρες αποσωληνώθηκε, αποκατέστησε αυτόματη διούρηση και οι λοιποί δείκτες επέστρεψαν σε φυσιολογικά επίπεδα. Εξήλθε από το νοσοκομείο, συνέχισε να λαμβάνει το φάρμακο ανά 15 ημέρες (συνολικά 11 δόσεις) και πλέον έχει φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Γυναίκα 80 ετών προσήλθε στα επείγοντα λόγω διαρροιών και εμέτων από 3ημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αιμολυτική αναιμία με σχιστοκύτταρα, θρομβοπενία και οξεία νεφρική βλάβη. Από τον λοιπό έλεγχο: χαμηλή απποσφαιρίνη, φυσιολογικά επίπεδα ενεργότητας ADAMTS-13, ενώ στη PCR κοπράνων απομονώθηκε Enteropathogenic Escherichia coli. Η ασθενής υπεβλήθη άμεσα σε πλασμαφαίρεσεις και συνεδρίες αιμοκάθαρσης καθώς ήταν ανουρική. Λόγω της επειδαινόμενης κατάστασης της χορηγήθηκε εκ του επείγοντος ravulizumab. Σταδιακά, η ασθενής αποκατέστησε αυτόματη διούρηση και οι λοιποί δείκτες επέστρεψαν σε φυσιολογικά επίπεδα. Εξήλθε από το νοσοκομείο, συνέχισε να λαμβάνει το φάρμακο ανά 8 εβδομάδες (υπό αγωγή) και πλέον έχει αρκετά βελτιωμένη νεφρική λειτουργία με $cr=1.5\text{mg/dl}$.

Συμπεράσματα: Το ΟΑΣ αποτελεί σπάνιο νόσημα που όμως είναι δυνητικά θανατηφόρο. Ωστόσο, ίσως να ξεκινάει μία νέα εποχή στην αντιμετώπιση της νόσου με τα νέα αυτά φάρμακα.

Πίνακας 1. Εργαστηριακές παράμετροι κατά τη νοσηλεία και 3 μήνες αργότερα (ασθενής 1/ασθενής 2).

Labs (patient 1/patient 2)	ADMISSION	DAY BEFORE anti-c5 TREATMENT	DISCHARGE	3 MONTHS LATER
Hemoglobin (g/dL)	10/10.3	7.6/8.4	9.6/13	12/13
Platelets (x10.e3/uL)	60/40	52/40	295/395	130/250
Creatinine (mg/dl)	2/10.3	3.5°/5.8°	3/ 4.1	1/1.5
BUN (mg/dl)	80/243	100°/102°	64/129	50/60
LDH (U/L)	945/1588	887/500	236/202	137/190
Total bilirubin (mg/dl)	5.9/0.7	3.5/0.6	0.7/0.6	0.8/0.6
Indirect bilirubin (mg/dl)	5.4/0.4	1.5/0.4	0.4/0.3	0.5/0.3

° Οι τιμές είναι μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης

P 06

ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ, ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ο. Τσοτσόροϋ, Π. Καλογερόπουλος, Σ. Λιονάκη

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

Εισαγωγή: Η μετφορμίνη μπορεί να προκαλέσει γαλακτική οξέωση (ΓΟ) σε ασθενείς με οξεία νεφρική βλάβη (ΟΝΒ). Σπάνια παρατηρείται επιπλέον ευγλυκαιμική κετοξέωση (ΕΚ) με δυσχερή και συχνά καθυστερημένη διάγνωση. Η μετφορμίνη αναστέλλει την ηπατική γλυκονογένεση και η ΟΝΒ μειώνει την κάθαρση του φαρμάκου. Προκύπτει συσσώρευση του και επιπρόσθετη αναστολή της γλυκονογένεσης, ενώ η νηστεία και η αύξηση των ορμονών του στρες επιδεινώνουν την κετοξέωση.

Υλικό & Μέθοδος: Περιστατικό 1: Σε γυναίκα 71ετών με ΣΔ τύπου 2 υπό μετφορμίνη, με εμέτους και διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας, διαπιστώθηκε ΟΝΒ σταδίου 3, σοβαρή μεταβολική οξέωση (ΜΟ), αυξημένο γαλακτικό οξύ (ΓΟ) και αυξημένο χάσμα ανιόντων (ΧΑ). Αέρια αίματος: pH=6.7, HCO₃=5 mmol/l, Lac >20 mmol/l, Glu=114 mg/dl, XA=40mmol/l. Περιστατικό 2: Γυναίκα 74ετών υπό μετφορμίνη με οξεία παγκρεατίτιδα και διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας, διεγνώσθη με ΟΝΒ σταδίου 3, σοβαρή ΜΟ και αυξημένο ΓΟ. Αέρια αίματος: pH=6.77, HCO₃=3.3 mmol/l, Lac >20 mmol/l, Glu=155 mg/dl, XA=43.5 mmol/l. Η επείγουσα αιμοκάθαρση βελτίωσε τη ΜΟ και το ΓΟ και στις δύο ασθενείς.

Αποτελέσματα: Μετά τη διόρθωση της ΓΟ διαπιστώθηκε διατήρηση της ΜΟ με αυξημένο ΧΑ. Η μέτρηση κετονών αίματος επιβεβαίωσε την υποψία ΕΚ. Η χορήγηση ινσουλίνης και ορού δεξτρόζης οδήγησε σε ταχεία διόρθωση της ΜΟ.

Συμπεράσματα: Η μετφορμίνη σπάνια προκαλεί ΕΚ και η παρουσία της μπορεί να διαλάθει, εξαιτίας της ταυτόχρονης παρουσίας άλλων αιτιών ΜΟ. Επιπλέον η φυσιολογική τιμή γλυκόζης αίματος απομακρύνει τη σκέψη της Διαβητικής κετοξέωσης. Η επιμονή ΜΟ με αυξημένο ΧΑ μετά τη διόρθωση της ΓΟ πρέπει να οδηγεί άμεσα στον έλεγχο κετοσωμάτων και στη θεραπεία με ινσουλίνη και γλυκόζη.

P 07

ΕΠΙΘΕΜΑ ΔΙΣΘΗΤΗΡΑ ΙΔΡΩΤΑ ΓΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (KERMIT)

Ε. Σταμέλλου¹, Α. Ντούνη¹, Π. Τσαβουρέλου¹, D. Corzo-Diaz², A. Sitek³, M. Auer⁴, G. Holweg⁵, P. Salvo⁶, T. Lomonaco⁷, E. Ντουνούση¹

¹Τμήμα Νεφρολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²Advanced Sensor & Electronic Technologies, Sensor Systems, Silicon Austria Labs, Austria

³Fundacja MY Pacjenci, Warszawa, Poland

⁴Institute of Electronics, TU Graz, Graz, Austria

⁵DCGR CRE (Cooperative Research & Exploration), Infineon, Graz, Austria

⁶Institute of Clinical Physiology, National Research Council, Pisa, Italy

⁷Department of Chemistry and Industrial Chemistry, University of Pisa, Pisa, Italy

Εισαγωγή: Η χρόνια νεφρική νόσος (XNN) αφορά σε πάνω από το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού και συμβάλλει σημαντικά τόσο στη θνησιμότητα όσο και στη νοσηρότητα των ασθενών. Ο παγκόσμιος επιπολασμός της XNN αυξάνεται, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξημένης επικράτησης παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη XNN, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και η αρτηριακή υπέρταση. Μια σημαντική πρόκληση στη διαχείριση της νόσου είναι η συνήθως ασυμπτωματική πορεία της κατά τα πρώιμα στάδια, η οποία συχνά οδηγεί στην καθυστερημένη διάγνωση της, χάνοντας έτσι κρίσιμες ευκαιρίες για έγκαιρη παρέμβαση. Καθώς οι παραδοσιακοί βιοδείκτες νεφρικής λειτουργίας, όπως η ουρία, η κρεατινίνη και η κυστατίνη C, είναι δυνατό να ανιχνευτούν στον ιδρώτα, υπάρχει η δυνατότητα για μη επεμβατικό-αναίμακτο προσδιορισμό. Σύμφωνα με αυτό, το ερευνητικό έργο KERMIT, το οποίο είναι χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, αποσκοπεί στην ανάπτυξη μιας πλατφόρμας αισθητήρων με βάση τον ιδρώτα για την εξ αποστάσεως διάγνωση και παρακολούθηση νεφρικών παθήσεων.

Υλικό & Μέθοδος: Ανάπτυξη ενός συστήματος πολλαπλών αισθητήρων-αναλυτών ενσωματωμένων σε ένα φορητό διαδερμικό επίθεμα με σκοπό τη συλλογή ιδρώτα για την ανίχνευση κρεατινίνης, ουρίας και κυστατίνης C και ασύρματης μετάδοσης των δεδομένων. Θα σχεδιαστούν καινοτόμοι τυπωμένοι ηλεκτροχημικοί αισθητήρες που χρησιμοποιούν συνδέσμους άνθρακα και 2D υλικά για την ανοσοανίχνευση και τη μη ενζυμική ανίχνευση αυτών των βιοδεικτών.

Αποτελέσματα: Σε μια μικρή κλινική πιλοτική μελέτη, θα δοκιμάσουμε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των αισθητήρων που θα αναπτυχθούν σε ασθενείς με διαφορετικά στάδια XNN (5 μάρτυρες, 5 με XNN σταδίου 3 και 5 με XNN σταδίου 4). Οι παράμετροι της νεφρικής λειτουργίας θα μετρηθούν τόσο στον ορό όσο και στον ιδρώτα. Στη μελέτη θα συμπεριληφθούν συνολικά 15 ενήλικες ασθενείς (>18 ετών).

Συμπέρασμα: Το KERMIT επιδιώκει να αναπτύξει ένα ευέλικτο, φορητό διαδερμικό επίθεμα για την ευκολότερη διάγνωση και διαχείριση των ασθενών με νεφρικές παθήσεις. Αυτή η καινοτομία αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με XNN, στη διευκόλυνση της έγκαιρης ανίχνευσης και στην βελτίωση της πρόληψης. Επιπλέον, δύναται να μειώσει τις επισκέψεις στις δομές υγειονομικής περίθαλψης, και να εξοικονομήσει ιατρικούς πόρους.

REAL-LIFE ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΔΗΣ ΣΤΗΝ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ**Ε. Σταμπολλίου, Α. Χαλκιά, Α. Καποτά, Ε. Σταθοπούλου, Α. Παπράς, Π. Γιάννου, Π. Πετράς**

Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

P 08

Εισαγωγή: Η βουδεσονίδη αποτελεί μία νέα θεραπευτική επιλογή στην IgA νεφροπάθεια, χωρίς τις συστηματικές παρενέργειες των γλυκοκορτικοειδών. Διαθέτουμε λιγοστά real-life δεδομένα για τη χρήση της.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική σειρά ενός κέντρου όλων των ασθενών με IgA νεφροπάθεια που έχουν λάβει βουδεσονίδη.

Αποτελέσματα: 7 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν, όλοι άντρες με μέση ηλικία 48.7 ± 16.3 (SD) έτη. Διάμεση τιμή (range min-max) estimated glomerular filtration rate (eGFR) 44 (31-72) ml/min/1.73m² και διάμεση τιμή πρωτεϊνουρίας 1.4(0.6-6) gr/24h πριν την έναρξη της βουδεσονίδης. 3 ασθενείς με νέα νόσο και 4 ασθενείς σε υποτροπή (ορίστηκε ως αύξηση της λευκωματουρίας ή της κρεατινίνης) έχοντας λάβει προηγούμενη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή. Στο συνολικό χρόνο παρακολούθησης, ο οποίος κυμαίνεται από 3 έως 8 μήνες, καμία σοβαρή επιπλοκή ή ανεπιθύμητη ενέργεια δεν έχει καταγραφεί, αλλά ούτε και διακοπή της βουδεσονίδης. Όσον αφορά τη νεφρική ανάκαμψη, με τα μέχρι τώρα δεδομένα, έχει σημειωθεί σταθερότητα του eGFR σε 3, βελτίωση σε 2 και ήπια επιδείνωση σε 2 ασθενείς, συγχρόνως με μείωση της λευκωματουρίας σε 4 ασθενείς ενώ σε κανένα ασθενή δεν παρατηρήθηκε αύξηση της (διάμεση τιμή eGFR 47 (31-100) ml/min/1.73m², πρωτεϊνουρία 0.8 (0.3-5.4) gr/24h μετά την έναρξη της βουδεσονίδης). Σε όλους τους ασθενείς συγχρηγοούνται RAAS blockers και SGLT2- inhibitors.

Συμπεράσματα: Παρά τη μικρή σειρά ασθενών και το σύντομο χρόνο παρακολούθησης, τα δεδομένα που αναφέρονται εδώ σκιαγραφούν μία αρκετά υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή στην καθημερινή πρακτική στην IgA νεφροπάθεια με ασφαλές προφίλ.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΟΥΣ**Σ. Βοβλιανού¹, Γ. Τσιγάρας¹, Β. Κούτλας², Φ. Παπουλίδου³, Φ. Μίαρη³, Κ. Τραϊανού³, Χ. Μηλιώνης⁴, Ε. Ντουνούση⁵**¹Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας²Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας⁴Α' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων⁵Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων**P 09**

Εισαγωγή: Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και οι ψυχολογικές διαστάσεις των ασθενών με ΧΝΝ και των φροντιστών τους επηρεάζονται σημαντικά από περιορισμούς στην ποιότητα ζωής τους. Αυτοί οι περιορισμοί επιδεινώνουν ιδιαίτερα την επιβάρυνση και την ψυχική κατάσταση των φροντιστών. Στόχος αυτής της μελέτης παρατήρησης ήταν να προσδιορίσει και να συγκρίνει το επίπεδο της κατάθλιψης των ασθενών με ΧΝΝ και των αντίστοιχων φροντιστών τους, χρησιμοποιώντας μια συγχρονική προσέγγιση.

Υλικό & Μέθοδος: Συμμετείχαν 33 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, 27 ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση και 138 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς και οι αντίστοιχοι φροντιστές τους, συνολικά 396 συμμετέχοντες. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνέντευξη. Καταγράφηκαν δημογραφικά, ανθρωπομετρικά δεδομένα και για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Beck Depression Inventory(BDI-21).

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα(67,2%) των φροντιστών ήταν γυναίκες και των ασθενών (64,1%)άνδρες. Η διάμεσος της ηλικίας των ασθενών και φροντιστών ήταν τα 58έτη, με διάμεσο χρόνο παροχής φροντίδας τα 4 έτη. Οι δύο ομάδες εμφάνισαν θετική συσχέτιση ($r_s=,292, p<0,01$) στην κατάθλιψη. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος χ^2 και παρατηρήθηκε ότι οι δυο κατηγορικές μεταβλητές σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$).-Η σύγκριση των επιπέδων κατάθλιψης ανάμεσα σε ασθενείς και φροντιστές κατέδειξε πως στο ελάχιστο επίπεδο κατάθλιψης, οι φροντιστές εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό από τους ασθενείς, ενώ στο σοβαρό επίπεδο οι φροντιστές παρουσιάζουν ελάχιστο ποσοστό (5,56%).

Συμπεράσματα: Καθίσταται σαφές ότι ανάμεσα στις δύο ομάδες, ασθενών και φροντιστών υπάρχει μία αμφίδρομη σχέση. Συνεπώς, ασθενείς και φροντιστές παρουσιάζουν παρόμοια εικόνα στο ήπιο και μέτριο επίπεδο κατάθλιψης. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται προκειμένου να εξεταστούν οι επιπτώσεις κάθε μεθόδου νεφρικής θεραπείας στο بارύτητα της κατάθλιψης.

P 10

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ, ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Σ. Βοβλιανού¹, Γ. Τσιγάρας¹, Β. Κούτλας², Φ. Παπουλίδου³, Ε. Ποτόλια³, Κ. Τραϊανού³, Π. Σκαπινάκης⁴, Ε. Ντουνούση⁵

¹Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

²Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

⁴Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

⁵Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Οι θεραπείες υποκατάστασης που εφαρμόζονται σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΠΖ) τους. Η μεταμόσχευση νεφρού έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει σημαντικά την ΠΖ και τη σωματική λειτουργία των ασθενών με XNN. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη συσχέτιση της ΠΖ με την λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος. Σκοπός της παρούσας διαστρωματικής μελέτης παρατήρησης ήταν να διερευνήσει την πιθανή συσχέτιση των επιμέρους διαστάσεων της ΠΖ, της κατάθλιψης, του άγχους και άλλων κλινικο-εργαστηριακών δεικτών με το επίπεδο λειτουργίας του μοσχεύματος (eGFR-CKD-EPI) σε σταθερούς λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ).

Υλικό & Μέθοδος: Συμμετείχαν 33 ΛΝΜ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω προσωπικών συνεντεύξεων και χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της Υγείας SF-36 και η πενταδιάστατη κλίμακα EQ-5D-3L, Beck Depression Inventory (BDI), Generalized Anxiety Disorder questionnaire (GAD-2). Επιπλέον, διενεργήθηκε προσδιορισμός των εργαστηριακών δεικτών.

Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία των ΛΝΜ ήταν τα 60 έτη και 54,5% ήταν άνδρες. Πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις του eGFR με τις δύο υποκλίμακες της ΠΖ, το άγχος, την κατάθλιψη, τους κλινικούς δείκτες και την πολυφαρμακία, καθώς και οι επιμέρους συσχετίσεις των υπό μελέτη δεικτών μεταξύ τους. Αναφορικά με το eGFR στους ΛΝΜ, δεν ανευρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση με τη συνολική ΠΖ, το άγχος και της κατάθλιψης. Η μοναδική σημαντική θετική συσχέτιση ήταν μεταξύ του eGFR και της αιμοσφαιρίνης (Hb) ($r_s = 0,380$ $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι ο eGFR στους ΛΝΜ δύναται να μην συσχετίζεται σημαντικά με την ΠΖ, το άγχος και το επίπεδο κατάθλιψής τους, με τον περιορισμό του μικρού δείγματος ασθενών. Κρίνεται σκόπιμο να διεξαχθούν μεγαλύτερης κλίμακας μελέτες προκειμένου να εξεταστούν οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ έκβασης νεφρικού μοσχεύματος και ΛΝΜ και ΠΖ.

P 11

Η ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΕΠΙΔΕΙΝΩΜΕΝΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Κ. Δίπλα², Α. Ζαφειρίδης², Δ. Φαϊτατζίδου¹, Α. Κούτλας², Α. Καραγιαννίδης¹, Ε. Καρκαμάνη¹, Μ. Δούμας³, Π. Σαραφίδης¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

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

³Β' 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 μειωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας. Η εγκεφαλική αιμάτωση και οξυγόνωση είναι σημαντικά διαταραγμένα στη XNN. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της πρωτεϊνουρίας στην εγκεφαλική οξυγόνωση κατά τη διάρκεια ενός ήπιου σωματικού στρες σε ασθενείς με XNN προ-τελικού σταδίου.

Υλικό & Μέθοδος: Εξήντα έξι ασθενείς με XNN σταδίου 2-4 κατηγοριοποιήθηκαν σε πρωτεϊνουρικούς και μη-πρωτεϊνουρικούς με 24ωρη συλλογή ούρων και συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την post-hoc ανάλυση. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε 3-λεπτη διαλειμματική άσκηση-χειρολαβής (35% της μέγιστης-εκούσιας-συστολής, MVC). Οι μεταβολές στην εγκεφαλική οξυγόνωση και τον τοπικό όγκο αίματος αξιολογήθηκαν με συνεχή καταγραφή της οξυγονωμένης (O2Hb), αποξυγονωμένης (HHb) και ολικής αιμοσφαιρίνης (tHb) μέσω Near-Infrared-Spectroscopy (NIRS).

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία και το BMI μεταξύ των ομάδων. Τα μέσα επίπεδα MMSE-score και MVC ($22,3 \pm 7,0$ vs $23,9 \pm 7,5$, $p = 0,416$) δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων. Η μέση απόκριση στην εγκεφαλική οξυγόνωση κατά την άσκηση ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με πρωτεϊνουρία (O2Hb: $1,02 \pm 0,87$ vs $1,61 \pm 0,95$, $p = 0,018$ και diffO2Hb $1,53 \pm 0,97$ vs $2,07 \pm 1,25$, $p = 0,065$). Παρομοίως, η μέση απόκριση της tHb (δείκτης τοπικής όγκου αίματος) ήταν επίσης χαμηλότερη σε πρωτεϊνουρικούς ασθενείς ($0,51 \pm 1,08$ vs $1,16 \pm 0,92$, $p = 0,013$), ενώ καμία διαφορά δεν ανιχνεύτηκε για την HHb ($-0,50 \pm 0,55$ vs $-0,45 \pm 0,54$; $p = 0,717$). Στο μονοπαράγοντικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, τα επίπεδα πρωτεϊνουρίας δεν σχετίστηκαν σημαντικά με τις παραμέτρους του NIRS.

Συμπεράσματα: Η παρουσία και όχι τα επίπεδα πρωτεϊνουρίας σχετίζονται με επιδεινωμένη εγκεφαλική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια ενός ήπιου σωματικού στρες σε ασθενείς με XNN προ-τελικού σταδίου. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να αξιολογήσουν το ρόλο της πρωτεϊνουρίας στην έκπτωση της εγκεφαλικής λειτουργίας και την εμφάνιση γνωστικών διαταραχών σε αυτό τον πληθυσμό.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΛΠΙΚΗΣ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΦΕΔΡΕΙΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

P 12

Ε. Πέλλα¹, Α. Μπούτου², Α. Μπούλμπου³, Μ. Θεοδωρακοπούλου¹, Α. Καραγιαννίδης¹, Ν. Χαντάντ¹, Φ. Ιατρίδη¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Π. Γιαμαλής¹, Χ. Παπαδόπουλος³, Β. Βασιλικός³, Π. Σαραφίδης¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Πνευμονολογική Κλινική, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

³Γ' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η καρδιακή-ανεπάρκεια (ΚΑ) και η κολπική-μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι συχνές στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και επηρεάζουν τις συσχετίσεις με καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει για πρώτη φορά τις επιδράσεις της παρουσίας ΚΑ και ΚΜ στην καρδιοαναπνευστική εφεδρεία ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 40 συμμετέχοντες που αντιστοιχίστηκαν ως προς την ηλικία και το φύλο [10 αιμοκαθαιρόμενοι με ΚΑ ή ΚΜ, 10 αιμοκαθαιρόμενοι χωρίς ΚΑ ή ΚΜ, 10 ασθενείς με ΚΑ ή ΚΜ χωρίς χρόνια-νεφρική-νόσο (ΧΝΝ) και 10 υγιείς μάρτυρες]. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική-δοκιμασία-άσκησης.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα VO₂peak(ml/kg/min) ήταν προοδευτικά υψηλότερα μεταξύ ασθενών υπό αιμοκάθαρση με ΚΑ ή ΚΜ, υπό αιμοκάθαρση χωρίς ΚΑ ή ΚΜ, ασθενών με ΚΑ ή ΚΜ χωρίς ΧΝΝ και υγιών μαρτύρων (13,17±2,45 έναντι 15,26±3,29 έναντι 19,64±5,84 έναντι 25,11±6,94ml/kg/min, p<0,001). Το VO₂peak(ml/min) ακολούθησε το ίδιο πρότυπο με τους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με ΚΑ ή ΚΜ να έχουν τις χαμηλότερες τιμές (1172±197 έναντι 1269±314 έναντι 1817±583 έναντι 1952±592ml/min, p=0,001). Οι τιμές VO₂peak(%predicted), VO₂AT(ml/kg/min), VO₂AT(ml/min) και του μέγιστου έργου άσκησης διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις ομάδες ασθενών, με την ύπαρξη μίας τάσης αύξησης των επιπέδων από την ομάδα των ασθενών υπό αιμοκάθαρση, στους ασθενείς με ΚΑ ή ΚΜ χωρίς ΧΝΝ και τους υγιείς μάρτυρες. Οι τιμές FEV₁ και FVC ήταν παρόμοιες μεταξύ των ομάδων. Στο σύνολο των συμμετεχόντων, το VO₂peak(ml/kg/min) παρουσίασε θετική συσχέτιση με την αιμοσφαιρίνη (r=0,663, p<0,001) και αρνητική συσχέτιση με την υψηλής-ευαισθησίας καρδιακή-τροπονίνη-I (r=-0,493, p=0,001) και το BNP (r=-0,479, p=0,002).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση παρουσιάζουν μειωμένη καρδιοαναπνευστική εφεδρεία και ικανότητα για άσκηση. Η παρουσία ΚΑ και ΚΜ σε αυτό τον πληθυσμό σχετίζεται με περαιτέρω μείωση του VO₂peak, που αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ικανότητας για άσκηση.

P13 ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΕ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΤΗΝ ΑΖΥΓΟ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σ. Στρατάκης^{1α}, Γ. Κυριακόπουλος^{1β}, Κ. Δουνδουλάκης², Μ. Τζανακάκης³

P 13

¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού^α και Ορθοπεδικό Τμήμα^β ΓΝ-Κ.Υ. Ικαρίας

²Αγγειοχειρουργικό τμήμα ΓΝ Ερρίκος Ντυνάν

³Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΓΝ-Κ.Υ. Νάξου

Εισαγωγή: Η συνήθης πρακτική της τοποθέτησης μόνιμου κεντρικού καθετήρα σε ηλικιωμένους ασθενείς δεν είναι πάντα εύκολη ακόμα και σε κέντρα επεμβατικής ακτινολογίας

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής 85 ετών είχε δεξιό σφαγιτιδικό καθετήρα από τον 5/2022 ο οποίος είχε επιμολυνθεί και έχριζε αντικατάστασης. Είχε λάβει πολλαπλά αντιβιοτικά σχήματα χωρίς ανταπόκριση. Από το ιστορικό του είναι σαχαροδιαβητικός, στεφανιαίος με υποκινησίες κατώτερου πλάγιου, οριακό κλάσμα εξώθησης και ένα ασαφές ιστορικό πολλαπλού μυελώματος. Η αλλαγή έγινε σε άσηπτη χειρουργική αίθουσα μεγάλου Νοσοκομείου. Αρχικά αφαιρέθηκε ο δεξιός μόνιμος σφαγιτιδικός μαζί με το μανίκι ινικής που είχε αναπτυχθεί και στη συνέχεια με τεχνική Seldinger και με τη χρήση CRM τοποθετήθηκε αριστερός σφαγιτιδικός καθετήρας (15Fr, με ασύμμετρα tip, 32cm). Στην απεικόνιση υπήρχε γωνίωση που θεωρήθηκε ότι ήταν στον Δεξιό κόλπου και γι αυτό προχώρησε σε αιμοκάθαρση με καλές τιμές αρτηριακής και φλεβικής πίεσης. Κατά την επάνοδό του στην μονάδα μόνιμης κάθαρσης έγινε αξονική θώρακος που ανέδειξε την είσοδο του καθετήρα στην άζυγο, γεγονός που οδήγησε στην επανατοποθέτηση του καθετήρα στη σωστή θέση με σύρμα με τη βοήθεια CRM. Μέχρι να γίνει αυτή η παρέμβαση ο ασθενής είχε κάνει 4 καθάρσεις με καλές τιμές URR και ροή αίματος 270-280ml/min

Αποτελέσματα: Οι τιμές κάθαρσης του ασθενούς (Cr 6.6mg/dl, Ur 97mg/dl, K 4.56 mmol/L προ κάθαρσης δεν διέφεραν από τις αντίστοιχες του μηνιαίου ελέγχου παρόλο που ο καθετήρας κατέληγε στην άζυγο. Έγινε επανατοποθέτηση για διόρθωση θέσεως βάσει οδηγιών.

Συμπεράσματα: Η παρουσία καθετήρα σε άτυπη θέση δεν αποκλείει τη χρήση του για κάποιο αριθμό καθάρσεων και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

P 14

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ATMIN ΚΑΙ PKHD1**T. Richards, Π. Γογγολίδου***Faculty of Science and Engineering, University of Wolverhampton, UK*

Εισαγωγή: Η αυτοσωμική υπολειπόμενη πολυκυστική νόσος των νεφρών (ARPKD) είναι μια σπάνια νόσος που προκαλείται κυρίως από μεταλλάξεις στο γονίδιο *PKHD1* που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη Fibrocystin (FPC), η οποία εντοπίζεται στις κυτταρικές βλεφαρίδες. Αν και οι ακριβείς λειτουργίες του είναι άγνωστες, πιθανότατα το FPC παίζει ρόλο σε πολλές σημαντικές κυτταρικές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης της Planar Cell Polarity (PCP) και της σηματοδότησης WNT. Το γονίδιο *ATMIN* κωδικοποιεί την πρωτεΐνη με το ίδιο όνομα, η οποία είναι ένας μεταγραφικός παράγοντας σημαντικός για την ανάπτυξη οργάνων, συμπεριλαμβανομένων των νεφρών. Η προηγούμενη εργασία μας έχει προτείνει ότι το *Atmin* και το *Pkhd1* ενδέχεται να αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα κοινό δίκτυο και ότι το *Atmin* μπορεί να απαιτείται για τη ρύθμιση της έκφρασης *Pkhd1*.

Μέθοδος: RNA-sequencing και ChIP-sequencing χρησιμοποιήθηκε σε κύτταρα mIMCD3 και νεφρούς ποντικού *Atmingpg6/+* για τον εντοπισμό κοινών δικτύων γονιδίων με τα οποία συνδέονται και τα δύο γονίδια. Διεξήχθη ανάλυση ανοσοφθορισμού για να τονιστεί η επίδραση των *Atmin* και *Pkhd1* στις κυτταρικές βλεφαρίδες.

Αποτελέσματα: Η αλληλουχία ChIP δεν εντόπισε την παρουσία θέσεων δέσμευσης *Atmin* στον υποκινητή του *Pkhd1*, αλλά εντόπισε νέους πιθανούς μεταγραφικούς στόχους του *Atmin*, συμπεριλαμβανομένων των *Arntl2*, *Camk2g*, *G6pc*, *Plekho1* και *Tmco3*. Το RNA-sequencing στα mIMCD3 ανέδειξε ένα κοινό μεταγραφικό δίκτυο μεταξύ *Atmin* και *Pkhd1*. Η ανάλυση ανοσοφθορισμού δεν έδειξε αλλαγή στο μήκος των βλεφαρίδων στα διπλά KDs *Atmin* και *Pkhd1*, αλλά έδειξε μείωση στους αριθμούς των βλεφαρίδων.

Συμπέρασμα: Το *Atmin* και το *Pkhd1* συνδέονται με ένα κοινό μεταγραφικό δίκτυο, αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί αυτής της αλληλεπίδρασης θα χρειαστούν περαιτέρω διερεύνηση.

P 15

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ SGLT2 ΚΑΙ ΑΛΦΑΚΑΛΣΙΔΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΟΟΡΤΗΣ**Μ. Γαρούφης¹, Χ. Γεωργόπουλος², Α. Λώλη¹, Δ. Αποστολάκης¹, Α. Βλαχοπάνου¹, Ε. Ντουνούση², Χ. Γκούβα¹**¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας²Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η διαβητική νεφρική νόσος (ΔΝΝ) χαρακτηρίζεται από περίπλοκη παθοφυσιολογία στην οποία εμπλέκονται η οξειδωτική βλάβη και η φλεγμονή. Οι αναστολείς SGLT2 (SGLT2is) εμφανίζουν αντι-πρωτεϊνουρική δράση μέσω ελάττωσης του οξειδωτικού στρες και της φλεγμονής. Η βιταμίνη D, πέραν της χρήσης της στο δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό, προστατεύει τους ιστούς από οξειδωτική και φλεγμονώδη βλάβη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η επίδραση της συγχορήγησης αλφακαλσιδόλης και SGLT2is στη λευκωματουρία και τη νεφρική λειτουργία.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη κοόρτης που συμπεριέλαβε 50 ασθενείς με ΔΝΝ υπό τη μέγιστη ανεκτή δόση ACEi ή ARB και SGLT2i (παρακολούθηση 1 έτος). Έγινε καταγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών, του e-GFR (CKD-EPI) και της αλβουμινουρίας (UACR).

Αποτελέσματα: Στην ένταξη, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 76.26±7.3 έτη (70% άνδρες), ο μέσος e-GFR 38.8±11.9 ml/min/1.73 m² και η μέση UACR ήταν 1.1±1.4 g/g. 24/50 ασθενείς ελάμβαναν αλφακαλσιδόλη (48%), ενώ 12/50 ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε στάδιο IIIA (24%), 23/50 στάδιο IIIB (46%) και 15/50 σε στάδιο IV (30%). Η συνολική παρακολούθηση των ασθενών διήρκεσε 12 μήνες. Πραγματοποιήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων το οποίο ανέδειξε στατιστικά σημαντική μείωση του UACR στο γκρουπ των ασθενών που ελάμβαναν συνδυασμό SGLT2i και αλφακαλσιδόλης στους 6 μήνες (MD=-540 mg/g, ± 239 mg/g, p-value=0.035) καθώς και στους 12 μήνες (MD=-747 mg/g, ± 327 mg/g, p-value=0.027) σε σχέση με εκείνους που δεν λάμβαναν αλφακαλσιδόλη. Αξιολογήθηκε επίσης η επίδραση του συνδυασμού SGLT2i και αλφακαλσιδόλης στην διατήρηση του e-GFR. Αναδείχθηκε μια στατιστικά σημαντική διατήρηση του e-GFR στο γκρουπ των ασθενών που λάμβαναν το συνδυασμό SGLT2i και αλφακαλσιδόλης (MD=7.5 ml/min/1.73 m², ± 3.1, p-value=0.043).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει την σημασία της συγχορήγησης με SGLT2i και ACEi ή ARB στην περαιτέρω μείωση της αλβουμινουρίας και της διατήρησης της νεφρικής λειτουργίας. Υποδεικνύεται η ανάγκη διενέργειας τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών ώστε τα ανωτέρω ευρήματα να ισχυροποιηθούν.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΒΙΟΨΙΕΣ ΝΕΦΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ – ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

P 16

Χ. Καϊταντζόγλου¹, Α. Γεράκης¹, Ι. Γιατράς¹, Σ. Φωκάς¹, Η. Αθανασιάδης², Α. Αργύρης³, Ε. Βρακίδου⁴, Π. Κοσμίδης⁵, Σ. Λαμπρόπουλος⁵, Γ. Λύπας⁷, Κ. Παλαμάρης⁸, Χ. Γακιοπούλου⁸

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΔΘΚΑ «Υγεία», ²Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Μητέρα»

³Α' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία», ⁴Αιματολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁵Β' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία», ⁶Γ' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁷Τμήμα Γενετικής Ογκολογίας ΔΘΚΑ «Υγεία»,

⁸Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η νεφρική νόσος στους ασθενείς με καρκίνο καταγράφεται ολοένα και συχνότερα, ωστόσο τα ιστολογικά δεδομένα από νεφρικές βιοψίες είναι λίγα. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των νεφρικών ιστολογικών ευρημάτων σε ασθενείς με καρκίνο και νεφρική βλάβη.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά τα δεδομένα όλων των ασθενών με καρκίνο, που υποβλήθηκαν σε νεφρική βιοψία λόγω νεφρικής βλάβης, από τον 9/2010 έως τον 1/2024, με μέση διάρκεια παρακολούθησης 15 (3-84) μήνες.

Αποτελέσματα: Πενήντα πέντε (55) ασθενείς, (33 άνδρες/22 γυναίκες), ηλικίας 66 (42-84) ετών, με κρεατινίνη 3 (0.5-22) mg/dl και λευκωματουρία 3 (0.1-23) gr/d, με συμπαγείς (39) και αιματολογικές (16) κακοήθειες, υποβλήθηκαν σε νεφρική βιοψία. Από αυτούς, σπειραματική βλάβη εμφάνισαν οι 24. Αναλυτικά : FSGS (7), LCDD (4), MN (2), διαβητική νεφροπάθεια (2), MPGN (2), MCD (1), και IgAN (1). Διαπιστώθηκαν επίσης τέσσερις περιπτώσεις αμυλοείδωσης, (3 AL σχετιζόμενες με πολλαπλούν μυέλωμα και μία AA πιθανώς σχετιζόμενη με την ανοσοθεραπεία) και μία περίπτωση αποφρακτικής μικροαγγειοπάθειας από υαλίνη σχετιζόμενη με την μπετασιζουμάμπη. Οι υπόλοιποι 24 ασθενείς είχαν ευρήματα οξείας σωληναριακής βλάβης, οξείας διάμεσης νεφρίτιδας ή συνδυασμού των δύο. Περιλαμβάνονται σε αυτούς τέσσερις περιπτώσεις καρυομεγαλικής σωληναριοδιάμεσης νεφρίτιδας από ιφωσφαμίδη. Επιπλέον, σε τέσσερις ασθενείς διαπιστώθηκε διήθηση από νεοπλασματικά κύτταρα, σε δύο νεφροπάθεια από οξαλικά και σε έναν νεφροσβέσωση.

Συμπέρασμα: Στη μελέτη αυτή, πρώτη σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο και νεφρική βλάβη, αναδεικνύεται ένα ευρύ φάσμα ιστολογικών βλαβών από την βιοψία νεφρού.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ – ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

P 17

Χ. Καϊταντζόγλου¹, Α. Γεράκης¹, Ι. Γιατράς¹, Σ. Φωκάς¹, Γ. Καριανάκης², Ε. Ραζής³, Φ. Σταυρίδη⁴, Α. Στριμπάκος⁵, Ι. Σύριος⁶, Χ. Γακιοπούλου⁷

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΔΘΚΑ «Υγεία»

²Αιματολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

³Γ' Ογκολογική, Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁴Δ' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁵Ε' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁶Β' Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο «Μητέρα»

⁷Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή : Η νεφρική βλάβη στους ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζει διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες. Μολαταύτα, η χρησιμότητα της νεφρικής βιοψίας σε αυτές τις περιπτώσεις δεν έχει αξιολογηθεί εκτενώς.

Υλικό & Μέθοδος : Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι ασθενών με καρκίνο, που υποβλήθηκαν σε νεφρική βιοψία (μέση διάρκεια παρακολούθησης 15 μήνες), με σκοπό να μελετηθεί αναδρομικά ο ρόλος αυτής, στην διαχείριση των ασθενών.

Αποτελέσματα : Συνολικά 55 ασθενείς (33 άνδρες/22 γυναίκες), ηλικίας 66 (42-84) ετών, με κρεατινίνη 3 (0.5-22) mg/dl και λευκωματουρία 3 (0.1-23) gr/d, με συμπαγείς (39) και αιματολογικές (16) κακοήθειες, υποβλήθηκαν σε νεφρική βιοψία. Οι 33/55 ασθενείς ελάμβαναν αντικαρκινική θεραπεία κατά την βιοψία. Βάσει των ευρημάτων της βιοψίας : 1) Η αντικαρκινική θεραπεία θεωρήθηκε το αίτιο της νεφρικής βλάβης σε 23/33 ασθενείς και διακόπηκε σε όλους (προσωρινά σε 8, μόνιμα σε 15). Στους υπόλοιπους δέκα, η νεφρική προσβολή αποδόθηκε στην κακοήθεια, σε διήθηση από νεοπλασματικά κύτταρα, λοιμώξεις κλπ. 2) Ειδική θεραπεία (κορτικοειδή, κυκλοσπορίνη, κολλικίνη) καθοδηγούμενη από τα ευρήματα της βιοψίας, έλαβαν 14/23 ασθενείς με τοξικότητα της αντικαρκινικής θεραπείας, και δύο ασθενείς, ένας με MCD και ένας με FSGS, στους οποίους η νεφρική βλάβη αποδόθηκε στον καρκίνο (σύνολο 16) και 3) Η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε σε όλους (16/16) τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία.

Συμπέρασμα : Η νεφρική βιοψία βοήθησε στην διάγνωση, στην λήψη της απόφασης για την συνέχιση ή μη της λαμβάνουσας θεραπείας και στην επιλογή της κατάλληλης αγωγής, συνεπικουρώντας στην θετική νεφρική έκβαση.

P 18

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΩΝ ΔΟΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΝΕΦΡΟΥ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Μ. Σμυρλή¹, Θ. Οικονομάκη², Χ. Σκαλιώτη³, Ι.Ν. Μπολέτης³, Σ. Μαρινάκη³

¹ΜΧΑ Νεφροϊατρική Green, Αθήνα

²Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

³Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝ «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Σκοπός μας είναι η διεξαγωγή μιας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης σχετικά με την επίδραση της δωρεάς νεφρού τόσο στους δείκτες αρτηριακής σκληρίας, όπως η ταχύτητα διάδοσης του σφυγμικού κύματος (PWV) και ο κεντρικός αυξητικός δείκτης (Aix), όσο και στην αρτηριακή πίεση.

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε μια συστηματική αναζήτηση σε μεγάλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, και συμπεριλάβαμε κάθε μελέτη ή δημοσίευση που χρησιμοποιούσε τους όρους δότης νεφρού, αγγειακή σκληρία, PWV, Aix, αρτηριακή πίεση και καρδιαγγειακός κίνδυνος. Η αξιολόγηση της ποιότητας της μετα-ανάλυσης πραγματοποιήθηκε με το Newcastle-Ottawa-Scale ενώ στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν τιμές με $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: Στη μετα-ανάλυσή μας συμπεριλάβαμε 12 μελέτες και 2059 δότες με μέση ηλικία $46,53 \pm 11,27$ έτη. Το 40,6% των δοτών ήταν άνδρες και η μέση παρακολούθηση ήταν $2,6 \pm 3,2$ έτη. Έντεκα μελέτες έδειξαν ότι η συστολική (ΣΑΠ) και διαστολική (ΔΑΠ) αρτηριακή πίεση παρέμειναν σταθερές καθ' όλη τη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τη νεφρεκτομή. Ωστόσο, όταν παρατεινόταν η περίοδος παρακολούθησης, ιδίως μετά το πέρας του ενός έτους από τη δωρεά, τόσο η ΣΑΠ όσο και η ΔΑΠ εμφάνιζαν αύξηση (median difference (MD) της ΣΑΠ ήταν 2,09 [0,06- 4, 12] το πρώτο έτος και 7,7 [6,96-8,44] στα 5 χρόνια παρακολούθησης). Όσον αφορά στους δείκτες αγγειακής σκληρίας, αυτοί εξετάστηκαν σε 6 μελέτες, οι οποίες δεν ανέδειξαν διακυμάνσεις ούτε στην PWV ούτε στον Aix (MD στην PWV ήταν 0,1620 [-0,0423- 0,3662], και στον Aix 8,2265 [3,6450- 12,8080] αντίστοιχα). Επιπλέον, 11 μελέτες έδειξαν μείωση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (eGFR) μετά τη νεφρεκτομή (MD -27,4960, $p < 0,0001$), χωρίς ωστόσο να παρατηρηθούν μεταβολές στην αλβουμινουρία. Τέλος, το BMI παρέμεινε αμετάβλητο κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η δωρεά νεφρού είναι μια σχετικά ασφαλής διαδικασία, και παρά την παρατηρούμενη μείωση του eGFR, δεν φαίνεται, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα να επιφέρει περαιτέρω καρδιαγγειακό φορτίο στους δότες. Ωστόσο, η ανομοιογένεια των μελετών και η ένδεια δεδομένων υπογραμμίζουν την ανάγκη για μελέτες υψηλής ποιότητας με μεγάλο αριθμό δοτών και κυρίως μακρό χρόνο παρακολούθησης.

P 19

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΚΕΤΑΖΟΛΑΜΙΔΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΑ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

Κ. Γούλα, Π. Καρανικόλα, Ο. Δρακουλόγκωνα, Ζ. Τέγου

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Εισαγωγή: Η αντίσταση στα διουρητικά ορίζεται ως η αποτυχία αύξησης της διούρησης σε υπερυδατωμένους ασθενείς παρά την αναπροσαρμογή της δόσης φουροσεμίδης σε 80 mg/ημέρα ή παραπάνω σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια. Αποτελεί συχνό κλινικό φαινόμενο και αντιμετωπίζεται με την προσθήκη διουρητικών που δρουν σε περιοχές των σωληναρίων εκτός της αγκύλης Henle. Εκτός από την προσθήκη θειαζιδικού, ανταγωνιστών υποδοχέων αλδοστερόνης και αμιλοριδης προτείνεται και η χρήση ακεταζολαμίδης.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζεται περίπτωση 84χρονης γυναίκας με ιστορικό χρόνιας νεφρικής νόσου (baseline κρεατ. ορού 2 mg/dl), κοιλιακής μαρμαρυγής, στεφανιαίας νόσου, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας, η οποία προσήλθε λόγω δύσπνοιας, οιδημάτων κάτω άκρων και οσφύος. Η ασθενής λάμβανε κατ' οίκον 60 mg φουροσεμίδης και 25 mg σπιρονολακτόνης. Ο εργαστηριακός έλεγχος εισαγωγής ανέδειξε επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας (ONB επί ΧΝΝ) ενώ ο απεικονιστικός αμφοτερόπλευρες πλευριτικές συλλογές. Την πέμπτη ημέρα νοσηλείας λόγω ολιγουρίας παρά την υψηλή δόση φουροσεμίδης και ενώ από τα ΑΑΑ παρουσίαζε μικτή αναπνευστική και μεταβολική αλκάλωση (pH:7.57 pCO₂:27 mmHg HCO₃:29mmol/l) προστέθηκε στην αγωγή της ακεταζολαμίδη 250 mg η οποία χορηγήθηκε για εννέα ημέρες.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε αύξηση της διούρησης ήδη από την χορήγηση της πρώτης δόσης ακεταζολαμίδης [Πίνακας 1] ενώ από την τέταρτη δόση η ασθενής παρουσίασε πολυουρία με αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών. Η νοσηλεία παρατάθηκε λόγω πα-
ραλυτικού ειλέου που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς και η ασθενής εξήλθε κλινικά βελτιωμένη την 35^η ημέρα νοσηλείας.

ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	1η	2η	4η	5η	7η	9η	11η	13η	16η	35η
Φουροσεμίδη i.v.(mg)	240	240	240	240	240	240	240	240	240	40
Σπιρονολακτόνη (mg)	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Ακεταζολαμίδη (mg)	-	-	-	250	250	250	250	250	-	-
Διούρηση 24h (ml)	800	770	500	1900	2500	5700	3300	3800	2500	2400
Κρεατ. Ορού (mg/dl)	3.2	2.7	3,5	3.6	3.4	3.4	3.9	2.4	1.9	2.9
Na (mmol/l)	129	130	131	133	134	137	138	135	144	133
K (mmol/l)	3.5	5.4	4.1	3.8	3.9	3.4	3.9	3.9	3.7	4

Συμπεράσματα: Η προσθήκη ακεταζολαμίδης βοήθησε στην επιτυχή αποσυμφόρηση της ασθενούς με αύξηση της διούρησης χωρίς ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Η ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΟΥ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Σ. Φωκάς¹, Α. Γεράκης¹, Χ. Καϊταντζόγλου¹, Ι. Γιατράς¹, Φ. Σταυρίδης², Π. Κοσμίδης³, Ε. Ραζή⁴, Η. Αθανασιάδης⁵, Χ. Γακιοπούλου⁶

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΔΘΚΑ «Υγεία»

²Δ' Παθολογική – Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

³Β' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁴Γ' Ογκολογική Κλινική ΔΘΚΑ «Υγεία»

⁵Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο «Μητέρα»

⁶Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση της νεφρικής βλάβης σε ασθενείς υπό ανοσοθεραπεία είναι απαραίτητη, προκειμένου να συνεχιστεί η αντικαρκινική αγωγή.

Υλικό & Μέθοδος: Εξετάστηκε η χρησιμότητα της βιοψίας νεφρού στην κλινική διαχείριση ασθενών με καρκίνο υπό ανοσοθεραπεία. Μελετήθηκαν αναδρομικά 17 ασθενείς, 9 γυναίκες και 8 άνδρες ηλικίας 68 (± 8) ετών με χρόνο παρακολούθησης 11,5 (8-29) μήνες. Δώδεκα λάμβαναν συγχρόνως χημειοθεραπεία.

Αποτελέσματα: Η νεφρική βλάβη εκδηλώθηκε 9 (4-21) μήνες μετά την έναρξη της ανοσοθεραπείας, η οποία διακόπηκε προσωρινά σε όλους τους ασθενείς και έγινε έναρξη κορτικοθεραπείας. Με βάση τα ιστολογικά ευρήματα: συνεχίστηκαν τα κορτικοειδή σε δέκα ασθενείς (5 με οξεία διάμεση νεφρίτιδα, 2 με θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια και οξεία σωληναριακή βλάβη), 1 με μικτή οξεία σωληναριακή βλάβη (ΟΣΒ) και οξεία διάμεση νεφρίτιδα, 1 με μεμβρανώδη νεφροπάθεια και 1 με εστιακή σπειραματική σπειραματοσκλήρυνση). Διακόπηκε η κορτιζόνη σε πέντε (2 με διαβητική νεφροπάθεια, 2 με μικτή διάμεση/ΟΣΒ και 1 με αμιγή ΟΣΒ). Μία ασθενής με ΑΑ αμυλοειδωση έλαβε κορτιζόνη και κολχικίνη με αποτέλεσμα μερική ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου. Σε έναν ασθενή με ΟΣΒ διακόπηκε το χημειοθεραπευτικό πεμετρεξέδη με αποκατάσταση της οξείας νεφρικής βλάβης (ΟΝΒ) και στη συνέχεια επαναχορήγήθηκε ανοσοθεραπεία. Επαναχορήγηση ανοσοθεραπείας επιχειρήθηκε σε οχτώ ασθενείς. Εφτά συνέχισαν την ανοσοθεραπεία χωρίς υποτροπή νεφρικής βλάβης. Μόνο η ασθενής με μεμβρανώδη νεφροπάθεια εμφάνισε υποτροπή νεφρωσικού συνδρόμου μετά την επαναχορήγηση. Στο τέλος της παρακολούθησης βελτιώθηκε η νεφρική λειτουργία σε δεκατρείς ασθενείς με ΟΝΒ (ένας απεντάχθηκε από αιμοκάθαρση).

Συμπέρασμα: Η ακριβής διάγνωση με νεφρική βιοψία και η χορήγηση κατάλληλης θεραπείας μπορεί να αντιμετωπίσει τη νεφρική βλάβη, να απαλλάξει τον ασθενή με καρκίνο από περιττή λήψη κορτικοειδών και να κατευθύνει τον ογκολόγο στην επαναχορήγηση ανοσοθεραπείας.

P 20

BELIMUMAB ΚΑΙ VOCLOSPORIN ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Ζ. Αλεξάκου¹, Α. Χαλκιά¹, Μ. Μπόρα¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Χ. Κουτσιανάς², Π. Γιάννου¹, Χ. Τσαλαπάκη², Δ. Βασιλόπουλος², Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

²Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Το belimumab, ένας αναστολέας του παράγοντα ενεργοποίησης των Β κυττάρων (BAFF) και το voclosporin, ένας νεότερος αναστολέας της καλσινευρίνης αποτελούν σύγχρονα φάρμακα που έχουν προστεθεί στη θεραπευτική φαρέτρα της Νεφρίτιδας Λύκου (ΝΛ).

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική σειρά ασθενών ενός κέντρου που έχουν λάβει belimumab ή voclosporin στο θεραπευτικό σχήμα σε ενεργό Νεφρίτιδα Λύκου. **Αποτελέσματα:** 4 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν, 3 έλαβαν belimumab και 1 voclosporin. Το belimumab χρησιμοποιήθηκε ως add-on θεραπεία με mycophenolate mofetil σε υπερπλαστική τάξη III+V ή IV+V. Σε όλους τους ασθενείς προστέθηκε σε νεφρική υποτροπή, σε 2 λόγω μη επαρκούς νεφρικής απάντησης τους πρώτους 12 μήνες και σε 1 από την αρχή της θεραπείας. Σε μέσο διάστημα παρακολούθησης 18 μηνών, 2 ασθενείς παρουσίασαν σταθεροποίηση της νεφρικής λειτουργίας (eGFR: 24 ml/min/1.73m² και eGFR:21 ml/min/1.73m², αντίστοιχα) και 1 ασθενής βελτίωση του eGFR κατά 29%. Σε όλους η λευκωματουρία μειώθηκε >50% (αρχικό λεύκωμα ούρων 1.9-4.3g/24ώρο). Καμία νεφρική υποτροπή δεν σημειώθηκε, ενώ συνολικά καταγράφηκαν 3 επεισόδια λοίμωξης αναπνευστικού, το ένα με ανάγκη νοσηλείας. Σε 1 ασθενή έγινε διακοπή του belimumab λόγω σοβαρού διαρροϊκού συνδρόμου, το οποίο υφέθηκε μετά την απόσυρση του φαρμάκου. Το voclosporin χρησιμοποιήθηκε ως add-on θεραπεία με rituximab σε ανθεκτική τάξη V. Ασθενής με πρωτοδιάγνωση που είχε λάβει για 1 έτος rituximab και 2 δόσεις κυκλοφωσφαμίδης με συχνές αυξομειώσεις στεροειδών λόγω έντονης αρθρίτιδας. Προ έναρξης του voclosporin παρουσίαζε λευκωματουρία 12g/24ώρο με παρουσία νεφρωσικού συνδρόμου και eGFR=122ml/min/1.73m². 10 μήνες μετά σημειώθηκε μείωση της λευκωματουρίας > 50% με σταθερό eGFR χωρίς να καταγραφεί ανεπιθύμητη ενέργεια, ενώ η δόση των στεροειδών μειώθηκε στα 6mg.

Συμπεράσματα: Η χρήση των νέων φαρμάκων belimumab και voclosporin στη καθημερινή πρακτική της νεφρίτιδας του λύκου σε επιλεγμένους ασθενείς παρουσιάζουν αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

P 21

P 22 ΕΣΤΙΑΚΗ ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ (COLLAPSING VARIANT) ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SJOGREN. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ζ. Αλεξάκου¹, Π. Γιάννου¹, Μ. Μπόρα¹, Ε. Σταμπολλίου¹, Χ. Κουτσιανός², Α. Χαλκιά¹, Χ. Τσαλαπάκη², Δ. Βασιλόπουλος², Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

²Μονάδα Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Β' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Sjogren (SS) αποτελεί μία χρόνια συστηματική φλεγμονώδη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από λεμφοκυτταρική διήθηση των σιελογόνων και δακρυϊκών αδένων και λιγότερο συχνά παρουσιάζει εξωαδενικές εκδηλώσεις. Περίπου το 1/3 των ασθενών με SS έχουν νεφρική συμμετοχή, συννηθέστερα με τη μορφή της νεφροσωληναριακής οξέωσης και διάμεσης νεφρίτιδας. Η σπειραματική νόσος με νεφρωσικό σύνδρομο δεν είναι συχνή ενώ η Εστιακή Τμηματική Σπειραματοσκληρύνση (FSGS) αποτελεί σπάνιο παθολογοανατομικό εύρημα.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσίαση περίπτωσης Ρικνωτικής (collapsing variant) FSGS σε έδαφος πρωτοπαθούς SS.

Αποτελέσματα: Πρόκειται για γυναίκα 54 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό με ταχεία επιδείνωση της νεφρικής της λειτουργίας (κρεατινίνη: 2.4 mg/dl από 1.2 mg/dl σε διάστημα 3 μηνών) και νεφρωσικό σύνδρομο (λευκωματουρία: 16 γρ/24ώρο), χωρίς ενεργό ίζημα ούρων. Αναφέρονται, περιοδικά αρθραλγίες, ξηροφθαλμία και φαινόμενο Raynaud. Πραγματοποιήθηκε βιοψία νεφρού που ανέδειξε ρικνωτική FSGS (3 σπειράματα με τμηματική σκλήρυνση ρικνωτικού τύπου με pseudo-crescents), σφαιρική σπειραματοσκληρύνση 27%, διάμεση ίνωση 30%. Από το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σημειώνονται πολλαπλές αναδιπλώσεις τριχοειδών, λίγες υπενδοθηλιακές εναποθέσεις, εκτεταμένη εξάλειψη ποδοειδών προσεκβολών. Από τον λοιπό έλεγχο προκύπτουν: ANA (1/640), anti SSA/Ro (108,8 units) με Schirmer test: 4mm δεξιού οφθαλμού και από το επίχρισμα περιφερικού αίματος: 1% κύτταρα με λεμφοπλασματοκυτταροειδή μορφολογία. Προς διερεύνηση λεμφοϋπερπλαστικού νοσήματος πραγματοποιήθηκε PET-scan που ανέδειξε γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια (SUVmax: 3,6) και από τη βιοψία βουβωνικού λεμφαδένα σημειώνεται αντιδραστική λεμφαδενοπάθεια με υπερπλασία κυρίως της T-ζώνης. Με βάση με τα ανωτέρω προχωρήσαμε σε οστεομυελική βιοψία με απουσία διήθησης από νεοπλασματική λεμφουπερπλαστική εξεργασία. Σύμφωνα με τα ACR-SS κριτήρια (score: 4) η ασθενής διαγνώστηκε με σύνδρομο Sjogren, το οποίο θεωρήθηκε πρωτοπαθές ελλείψει στοιχείων υπέρ άλλου συνυπάρχοντος αυτοάνοσου νοσήματος. Η ασθενής έλαβε υδροξυχλωροκίνη 400 mg και pos κορτικοστεροειδή 1mg/Kg/μέρα. Δύο μήνες μετά παρουσιάζει μείωση της λευκωματουρίας 4γρ και σταθερή νεφρική λειτουργία. Λόγω όμως πολλαπλών επιπλοκών σχετιζόμενων με τα στεροειδή έγινε τροποποίηση σε rituximab. Τρεις μήνες μετά το rituximab παρουσιάζει μερική ύφεση με νέο λεύκωμα ούρων 1.2γρ και σταθερή νεφρική λειτουργία. Στο χρόνο παρακολούθησης, προέκυψε σοβαρή λοίμωξη από πνευμονοκύστη jirovecii.

Συμπεράσματα: Αναφέρουμε ένα σπάνιο περιστατικό με collapsing FSGS σε έδαφος πρωτοπαθούς SS, το οποίο αντιμετωπίστηκε με rituximab επιτυγχάνοντας μερική ύφεση. Η FSGS αποτελεί ένα ΕΣΤΙΑΚΗ ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ (COLLAPSING VARIANT) ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SJOGREN. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ σπάνιο παθολογοανατομικό εύρημα στο SS και στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λιγοστά περιστατικά.

P 23 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΙΡΙΖΙΝΗΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΩΝ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Β. Καραβά¹, Α. Κοντού¹, Ι. Ντότης¹, Α. Ταπάρκου², Ε. Φαρμάκη², Ν. Πρίντζα¹

¹Νεφρολογική Μονάδα Παιδών, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

²Κέντρο Παιδιατρικής Ανοσολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μυοκίνη ιριζίνη απελευθερώνεται μετά από φυσική δραστηριότητα, προάγει την προμυογένεση, τη μυογονική διαφοροποίηση, την πρόσληψη γλυκόζης και τη βελτίωση της μιτοχονδριακής λειτουργίας στους σκελετικούς μύες. Σκοπός είναι να διερευνηθεί η ιριζίνη σε παιδιά με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) και να εκτιμηθεί η συσχέτιση της με διαταραχές οστών και μετάλλων και με διαταραχές ανοχής στη γλυκόζη.

Υλικό & Μέθοδος: Η ιριζίνη υπολογίστηκε σε 53 ασθενείς με XNN σταδίου 3-5. Παράλληλα εκτιμήθηκε η σύσταση σώματος με βιοηλεκτρική εμπέδηση. Μετρήθηκαν οι παράμετροι οστών και μετάλλων: ασβέστιο, φώσφορος, παραθορμόνη (PTH), 25-υδροξυ-βιταμίνη D (25(OH)D), παράγοντας FGF23 και πρωτεΐνη Klotho. Μετρήθηκαν οι μυοκίνες μυοστατίνη, φολλιστατίνη, IGF-1. Τέλος υπολογίστηκε το HOMA-IR ως δείκτης αντίστασης στην ινσουλίνη και μετρήθηκε η κυτταροκίνη IL-6.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα ιριζίνης ήταν χαμηλότερα σε ασθενείς με XNNTS αλλά η διαφορά από τα άλλα στάδια δεν ήταν σημαντική (p=0,161). Δε παρατηρήθηκε συσχέτιση της ιριζίνης με τους δείκτες σύστασης σώματος και με τις άλλες μυοκίνες. Η ιριζίνη συσχετίστηκε αρνητικά με την PTH (rs=-0,287, p=0,039) και με την 25(OH)D (rs=-0,282, p=0,042) μετά από προσαρμογή για το στάδιο της XNN και την IL-6. Η ιριζίνη συσχετίστηκε αρνητικά με το HOMA-IR (rs=-0,294, p=0,038) και με υψηλό HOMA-IR (34% των ασθενών) ανεξάρτητα του ποσοστού αλίπους μάζας και του σταδίου της XNN (OR 0,802, 95% CI 0,565-0,981, p=0,032).

Συμπεράσματα: Η μυοκίνη ιριζίνη μειώνεται με την εξέλιξη της XNN στα παιδιά. Η αρνητική συσχέτιση της με τη PTH και το HOMA-IR υποδηλώνει πιθανό παθογενετικό ρόλο αυτής της μυοκίνης στις διαταραχές οστών και μετάλλων και του μεταβολισμού της γλυκόζης.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΥΜΑΤΟΜΟΡΦΩΝ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ι. Δρούλιας^{1,2}, Ι. Abbs², Η. Κατσαούνος³, Α. Σταυρουλόπουλος⁴, Κ. Παπαδόπουλος⁵, Κ. Κόλλιας⁶

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, ΕΚΠΑ, Αθήνα

²Renal Unit, London Bridge Hospital, HCA Healthcare, London, UK

³Κατσαούνος Υπερηχογραφία, Αθήνα

⁴Νεφρολογικό Ινστιτούτο Nephroexpert, Pan Health Group, Αθήνα

⁵Α' Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο", ΕΕΣ, Αθήνα

⁶Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα

Εισαγωγή: Να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα μελέτης που αφορά τη χρήση του υπερηχογραφικού ελέγχου της ροής της νεφρικής φλέβας σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (ΧΚΑ) και χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ). Σε καταστάσεις νεφρικής συμφόρησης παρατηρούνται παθολογικές ροές στη νεφρική φλέβα και θα περιγράψουμε τα ευρήματα κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη.

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενείς με ΧΝΝ στάδια 3-4 και ΧΚΑ υποβάλλονται σε υπερηχοκαρδιογράφημα καθώς και Doppler υπερηχογράφημα της νεφρικής φλέβας (δεξιές μεσολόβιες νεφρικές φλέβες-τελοεκπνευστική φάση). Προσδιορίζονται οι κυματομορφές της ροής στην νεφρική φλέβα και κατατάσσονται σε πέντε τύπους. Οι τύποι Α και Β χαρακτηρίζονται από συνεχή ροή, ο τύπος Γ από μικρή διακοπή ή/και αναστροφή της ροής στην τελοδιαστολική ή προσυστολική φάση και οι τύποι Δ και Ε από μεγάλης διάρκειας διακοπές της ροής ή/και αναστροφή ροή αντιστοίχως.

Αποτελέσματα: Έχουν συμπεριληφθεί ως τώρα 84 ασθενείς, μέσης ηλικίας 64.4 ± 10.5 έτη, σε χρονικό διάστημα παρακολούθησης 36 μηνών, 63 άνδρες/21 γυναίκες, 30(36%) με σακχαρώδη διαβήτη. 48(57%) πάσχουν από ΧΝΝ σταδίου 3 και 36 σταδίου 4 (eGFR: 30.4 ± 6.1 ml/min/1.72m²). 33(39%) εμφανίζουν ΧΚΑ τάξης II κατά NYHA., 42(50%) τάξης NYHA III και 9(1,7%) NYHA IV, και 21 (25%) έχουν μετρίως επηρεασμένο ενώ 21 ελαττωμένο Κ.Ε. ($34.5 \pm 7.8\%$). Από την ανάλυση των κυματομορφών στη νεφρική φλέβα παρατηρήσαμε ότι 63 ασθενείς (75%) είχαν συνεχούς τύπου ροή (15(18%) τύπου Α και 48 (57%) τύπου Β), ενώ 21(25%) σαφώς παθολογικές ροές (18 (21%) τύπου Γ και 3(4%) τύπου Δ). Οι ασθενείς με συνεχή ροή είχαν μεγαλύτερο ΚΕ από αυτούς με παθολογική (36±8% έναντι 30±5%, $p=0.045$), ενώ παρατηρήσαμε ότι όσο πιο επιδεινωμένη είναι η ΧΚΑ κατά NYHA, τόσο πιο παθολογικές είναι οι ροές στην νεφρική φλέβα ($\rho=0.402$, $p=0.034$).

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με ΧΚΑ και ΧΝΝ μπορεί να παρατηρηθούν παθολογικές κυματομορφές στη ροή της νεφρικής φλέβας στα πλαίσια νεφρικής συμφόρησης, που σχετίζονται με τη λειτουργική κατάσταση της καρδιάς. Περαιτέρω μελέτες θα δείξουν την κλινική και προγνωστική σημασία αυτών των μετρήσεων.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ LOCK ΜΕ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΟ ΝΑΤΡΙΟ (ΔΘΝ) ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΩΤΕΡΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ LOCK ΜΕ ΚΙΤΡΙΚΑ (Κ) ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕΣΩ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ (ΚΦΚ)

Α. Μαρτίκα, Ι.Θ. Λαμπροπούλου, Δ. Σαλβαρίδης, Μ. Τσαμελασβίλι, Σ. Σπαΐα

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η εφαρμογή lock με διττανθρακικό νάτριο (ΔΘΝ) είναι υποσχόμενη μέθοδος με αντιμικροβιακές και αντιθρομβωτικές ιδιότητες. Η χρήση κιτρικών (Κ) ως lock ΚΦΚ αποτελεί μία άλλη μέθοδο σύμφωνα με τις οδηγίες KDOQI. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση ΔΘΝ 8,4% με Κ 30% για την αποφυγή αλλαγής ΚΦΚ λόγω θρόμβωσης (ΘΚΦΚ) και μικροβιαμίας σχετιζόμενη με τον ΚΦΚ (ΜΚΦΚ).

Υλικό & Μέθοδος: Προοπτική μελέτη διάρκειας 6 μηνών σε 24 αιμοκαθαίρμενους ασθενείς με ΚΦΚ. Οι ασθενείς λάμβαναν είτε ΔΘΝ 8,4% (Ομάδα Α=14) ή Κ 30% (Ομάδα Β=10), στο τέλος της συνεδρίας για 3 μήνες. Ακολούθως έγινε εναλλαγή των τύπων lock στις ομάδες για τους επόμενους 3 μήνες. Καταγράφηκαν εργαστηριακός έλεγχος, Qb, αρτηριακή/φλεβική πίεση, URR, KT/V, ΘΚΦΚ και ΜΚΦΚ. Εκτιμήθηκε ο αριθμός απώλειας ΚΦΚ λόγω θρόμβωσης ή μικροβιαμίας σε διάστημα 180 ημερών. Θεραπεία διάσωσης του ΚΦΚ χορηγήθηκε όταν κρίνονταν απαραίτητο.

Αποτελέσματα: Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των ομάδων στην αρχή. Στο τέλος του πρώτου τριμήνου καταγράφηκαν 9 επεισόδια ΘΚΦΚ και 8 ΜΚΦΚ ενώ 7 ΘΚΦΚ και 17 ΜΚΦΚ στο δεύτερο τρίμηνο. Σημειώθηκαν λιγότερα επεισόδια ΜΚΦΚ στην Ομάδα Β στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου (0 vs $0,31 \pm 0,5$, $p<0,05$). Η Ομάδα Β, επίσης είχε περισσότερα ΜΚΦΚ στη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου ενώ λάμβανε ΔΘΝ ($0,1 \pm 0,3$ vs $0,7 \pm 0,2$, $p<0,05$). Τα επεισόδια θρόμβωσης δεν διέφεραν εντός ή μεταξύ των ομάδων. Καμία απώλεια καθετήρα δεν καταγράφηκε στο διάστημα παρακολούθησης.

Συμπεράσματα: Η νέα προσέγγιση χρήσης ΔΘΝ είναι ασφαλής και ισοδύναμη με τη χρήση κιτρικών στην προφύλαξη απώλειας ΚΦΚ. Η χρήση ΔΘΝ lock είναι οικονομική, εύκολα διαθέσιμη και εν δυνάμει ελαττώνει το κόστος της αιμοκάθαρσης.

P 24

P 25

P 26

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΔΙΑΛΥΜΑΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΕ ΚΙΤΡΙΚΑ ΣΤΗΝ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Α. Μαρτίκα¹, Ι.Θ. Λαμπροπούλου¹, Δ. Αποστόλου², Α. Καμαριανού², Σ. Σπαΐα¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΘ «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκη

²Ακτινολογικό Τμήμα ΓΝΘ «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η χρήση διαλυμάτων με κιτρικό αντί οξικού άλατος ως σταθεροποιητή, για τη συνεδρία AMK έχει αναγνωρισμένα οφέλη βιοσυμβατότητας, μείωσης της φλεγμονής και των αναγκών σε ηπαρίνη. Τροποποιεί τους δείκτες οστικού μεταβολισμού, ελαττώνοντας το ασβέστιο και αυξάνοντας την παραθορμόνη μετά τη συνεδρία, ωστόσο μακροπρόθεσμη επίδρασή τους στον οστικό μεταβολισμό δεν έχει αποσαφηνισθεί.

Υλικό & Μέθοδος: Σε 19 σταθερούς αιμοκαθαιρόμενους εφαρμόσαμε διάλυμα κιτρικών με ασκορβικό για 30 εβδομάδες. Στους ασθενείς πραγματοποιήθηκε έλεγχος οστικής πυκνότητας στην έναρξη και στο τέλος της παρακολούθησης. Συγκρίθηκαν οι δείκτες οστικής πυκνότητας και μεταβολισμού, οι ηλεκτρολύτες και τα HCO_3^- η επάρκεια της κάθαρσης στην έναρξη και το τέλος της μελέτης και καταγράφηκαν η φαρμακευτική αγωγή και ενδεχόμενα συμβάματα.

Αποτελέσματα: Δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτα συμβάματα στη διάρκεια της παρακολούθησης. Διαπιστώθηκε επιδείνωση όλων των δεικτών οστεοπόρωσης. Στη σπονδυλική στήλη: Tsc S 0 = -1,7 vs Tsc S 1 = -2,006, $p < 0,005$ και στο μηριαίο Tsc FAr 0 = -1,345 vs Tsc FAr 1 = -2,145, $p < 0,005$ και Zsc S 0 = -0,22 vs Zsc S 1 = -0,15, $p = 0,7$ και Zsc FAr 0 = -0,68 vs Zsc FAr 1 = -1,44, $p = 0,001$. Δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ ασθενών σε κλασική αιμοκάθαρση και onlineHDF.

Συμπεράσματα: Διαπιστώσαμε οστεοπενία στο σύνολο των ασθενών. Οι βιοχημικοί δείκτες οστικού μεταβολισμού δε μεταβλήθηκαν σημαντικά, ωστόσο, ο βαθμός οστεοπενίας επιδεινώθηκε στις 30 εβδομάδων παρακολούθησης. Το είδος της αιμοκάθαρσης δεν επηρέασε το αποτέλεσμα. Παρά το μικρό δείγμα ασθενών το εύρημα χρειάζεται προσοχή με δεδομένο ότι η οστική πυκνότητα σχετίζεται με την ολική και την καρδιαγγειακή θνητότητα.

P 27

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΕΚ ΠΕΠΟΙΩΘΕΩΣ Ή ΕΞ ΑΝΑΓΚΗΣ; ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Χ. Μπαντής, Γ. Σπανός, Μ. Μπάκου, Α. Αταλλά, Α. Σερίφ-Δαμάδογλου, Ι. Γιαννακίδης, Σ. Φραγκίδης, Κ. Αρμεντζοΐου, Γ. Μπαμίχας

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»

Εισαγωγή: Εκτός από τους ασθενείς που επιλέγουν συνειδητά την περιτοναϊκή κάθαρση εκτιμώντας τα πλεονεκτήματά της, υπάρχουν και αυτοί που καταφεύγουν σε αυτήν λόγω έλλειψης αγγειακής προσπέλασης και άρα αδυναμίας συνέχισης της θεραπείας με τεχνητό νεφρό.

Υλικό & Μέθοδος: Συγκρίναμε εννέα ασθενείς που άλλαξαν μέθοδο υποκατάστασης από αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό σε περιτοναϊκή κάθαρση λόγω έλλειψης αγγειακής προσπέλασης (ομάδα Α) με 33 ασθενείς που επέλεξαν σκοπίμως την περιτοναϊκή κάθαρση (ομάδα Β), είτε πρωτογενώς ($n=29$) είτε σε δεύτερο χρόνο αφού πρώτα είχαν ενταχθεί επειγόντως σε τεχνητό νεφρό ($n=4$).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς στην ομάδα Α έτειναν να είναι νεότεροι ($60,2 \pm 13,5$ έναντι $68,6 \pm 14,5$ ετών, $p=0,131$) και ήταν συχνότερα σε θέση να εκτελούν τη μέθοδο μόνοι τους (υποβοηθούμενη περιτοναϊκή κάθαρση στην ομάδα Α 22% έναντι 58% στην ομάδα Β, $p=0,060$). Δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο ποσοστό των ασθενών που υποβαλλόταν σε αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση στις δύο ομάδες (88,9% έναντι 80,6%, ns). Οι ασθενείς στην ομάδα Α όντας ως επί το πλείστον ανουρικοί έκαναν συχνότερα χρήση διαλύματος ικοδεξτρίνης (88,9% έναντι 51,6%, $p < 0,05$) ενώ είχαν και χαμηλότερο Kt/V έξι μήνες μετά την έναρξη ($1,72 \pm 0,17$ έναντι $2,16 \pm 0,59$, $p < 0,05$). Οι ασθενείς στην ομάδα Α είχαν λιγότερες λοιμώξεις σημείου εξόδου (0,10 έναντι 0,29 ανά έτος, $p < 0,05$) αλλά περισσότερα επεισόδια περιτονίτιδας (0,52 έναντι 0,17 ανά έτος, $p < 0,05$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην επιβίωση των ασθενών ή της μεθόδου ανάμεσα στις δύο ομάδες (ns).

Συμπεράσματα: Η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί μια αξιόπιστη επιλογή ακόμα και όταν επιστρατεύεται εξ ανάγκης λόγω απουσίας αγγειακής προσπέλασης.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**P 28****Χ. Γκούβα¹, Α. Βλαχοπάνου¹, Δ. Αποστολάκης², Α. Λώλη¹, Μ. Γαρούφης¹, Μ. Γκούβα²**¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας²Ερευνητικό Εργαστήριο Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια αποτελεί μία πολυδιάστατη νόσο, με ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών και των συγγενών τους. Η παρούσα μελέτη σκοπεύει στη συγκριτική μελέτη της Μοναξιάς μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών τους.

Υλικό & Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 160 άτομα, 80 ασθενείς, μέσης ηλικίας 67,83 (SD=9,07), που διαμένουν στην Ήπειρο και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και 80 φροντιστές τους, μέσης ηλικίας 65,01 (SD=11,45). Οι συμμετέχοντες απάντησαν εθελοντικά στην Κλίμακα Συναισθηματικής και Κοινωνικής Μοναξιάς, καθώς και σε ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Ελέγχοντας τη διαφοροποίηση με το t-Test, παρατηρήθηκε ότι οι συγγενείς σκόραραν υψηλότερες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά από τους ασθενείς στις: Κοινωνική Μοναξιά (2,90±1,20 - p=,002), Συνολική Μοναξιά (6,34±2,10 - p=,008), και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα της Συναισθηματικής Μοναξιάς (3,44±2,11 - p=,186). Στους άνδρες συγγενείς παρατηρήθηκαν υψηλότερα επίπεδα συνολικής μοναξιάς (6,87±1,80) και στις γυναίκες συγγενείς υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς (3,00±1,01). Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία δεν παρουσίασαν στατιστικές σχέσεις με τα επίπεδα της συνολικής μοναξιάς, της συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς των ασθενών και των συγγενών τους.

Συμπεράσματα: Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης των συγγενών, εστιάζοντας στα επίπεδα της μοναξιάς τους με στόχο την καλύτερη διαχείριση της κρίσης που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένειά τους.

ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΤΥΠΟ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΑΓΩΓΗ ΜΕ RAVULIZUMAB**P 29****Π. Κυρικλίδου, Π. Πατεινάκης, Ε. Μάνου, Σ. Παναγάκου, Α. Καρράς, Χ. Κεσκίνης, Χ. Λαζάρου, Δ. Παπαδοπούλου**

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το άτυπο ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο (aHUS) είναι μία μορφή θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας (ΘΜΑ), που οφείλεται σε διαταραχή ρύθμισης της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος. Εκδηλώνεται κυρίως με μικροαγγειοπαθητικού τύπου αιμολυτική αναιμία, θρομβοπενία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Η έγκαιρη διάγνωση και η χορήγηση αναστολέων του συμπληρώματος έχουν ανατρέψει τη μέχρι πρότινος βαριά έκβαση της νόσου.

Υλικό & Μέθοδος: Άνδρας 34 ετών διακομίσθηκε στο Νεφρολογικό Τμήμα από Περιφερειακό νοσοκομείο, όπου είχε εισαχθεί με κακοήγη υπέρταση (250/140mmHg), αναιμία (HB=7g/dl), ανάγκη για μεταγγίσεις αίματος, θρομβοπενία (PLT_s=70.000K/μλ) και οξεία έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη=5mg/dl), που απαιτούσε υποστήριξη του ασθενούς με αιμοκάθαρση. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε παρουσία σχιστοκυττάρων (5%) στο επίχρισμα περιφερικού αίματος, φυσιολογική λειτουργικότητα ADAMTS 13 (75%), αρνητικές καλλιέργειες αίματος και κοπράνων, χαμηλό C3 και αυξημένα επίπεδα C5b9 στον ορό. Με πιθανότερη διάγνωση το aHUS, ο ασθενής υποβλήθηκε σε πλασμαφαίρεση (10 συνεδρίες). Λόγω της μερικής βελτίωσης του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου και της ανάγκης για συνέχιση της υποστήριξης με αιμοκάθαρση, αποφασίστηκε η χορήγηση αναστολέα του συμπληρώματος (ravulizumab).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής, 4 μήνες μετά την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου, παρουσίασε πλήρη ύφεση της αιματολογικής εικόνας και βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα τη διακοπή της αιμοκάθαρσης.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση και η στοχευμένη αντιμετώπιση των ασθενών με aHUS με αναστολείς του συμπληρώματος μπορεί να οδηγήσει στην πλήρη ύφεση των κλινικοεργαστηριακών εκδηλώσεων του συνδρόμου και στην απένταξή τους από την αιμοκάθαρση.

P 30

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ 2 ΠΕΡΙΟΔΩΝ

Μ. Ερωτοκρίτου, Δ. Παλαιολόγος, Π. Μαλινδρέτος, Ν. Αναγνώστου, Γ. Κουτρούμπας

Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Νεφρολογικό Τμήμα «Χ. Συργκάνης»

Οι ΚΦΚ χρησιμοποιούνται ως εξωτερική αγγειακή προσπέλαση σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Οι κυριότερες επιπλοκές τους είναι οι λοιμώξεις και οι φλεβικές στενώσεις.

Σκοπός της μελέτης είναι η αναδρομική μελέτη των λοιμώξεων ΚΦΚ, η μελέτη των μικροοργανισμών και των χαρακτηριστικών των καθετήρων και η σύγκριση αυτών των παραμέτρων σε δύο μεγάλες χρονικές περιόδους πριν και μετά την οικονομική κρίση.

Οι περίοδοι που μελετήθηκαν ήταν από 1/1/2001 μέχρι 31/12/2009 ή περίοδος Α και από 1/1/2010 μέχρι 31/12/2019 ή περίοδος Β. Στην περίοδο Α τοποθετήθηκαν 1056 ΚΦΚ σε 544 ασθενείς εκ των οποίων οι 422 ήταν μόνιμοι και οι 634 προσωρινοί και τοποθετήθηκαν οι 661 στην έσω σφαγίτιδα, οι 272 στην υποκλείδιο και οι 123 στην μηριαία φλέβα. Στην περίοδο Β τοποθετήθηκαν 1188 ΚΦΚ σε 803 ασθενείς εκ των οποίων οι 463 ήταν μόνιμοι και οι 725 προσωρινοί και τοποθετήθηκαν οι 1049 στην έσω σφαγίτιδα, οι 49 στην υποκλείδιο και οι 90 στην μηριαία φλέβα. Η διάγνωση της λοίμωξης βασίστηκε στα κλινικά ευρήματα και τη θετική αιμοκαλλιέργεια από περιφερική φλέβα ή από το κύκλωμα της αιμοκάθαρσης, αφού αποκλείσθηκε άλλη πηγή λοίμωξης.

Κατά την περίοδο Α οι ΚΦΚ παρέμειναν για συνολικά 90.017 μέρες (67.429 μέρες μόνιμου ΚΦΚ και 22.588 μέρες προσωρινού ΚΦΚ) και παρατηρήθηκαν 137 επεισόδια λοίμωξης, που αντιστοιχούν σε ρυθμό λοίμωξης 1,5 λοιμώξεις ανά 1000 μέρες ΚΦΚ. Το συνηθέστερο μικρόβιο ήταν ο σταφυλόκοκκος επιδερμικός 50,4% (36,2% ανθεκτικός στην οξακιλλίνη), ο σταφυλόκοκκος χρυσίζων στο 27,7% (13,1% ανθεκτικός στην οξακιλλίνη), ο εντερόκοκκος στο 8,8% και τα υπόλοιπα πιο σπάνια gram(-) βακτήρια. Κατά την περίοδο Β οι ΚΦΚ παρέμειναν συνολικά 116.938 μέρες (91.128 μέρες μόνιμου ΚΦΚ και 25.810 μέρες προσωρινού ΚΦΚ) και παρατηρήθηκαν 303 επεισόδια λοίμωξης, που αντιστοιχούν σε ρυθμό λοίμωξης 2,6 λοιμώξεις ανά 1000 μέρες ΚΦΚ. Το συνηθέστερο μικρόβιο ήταν ο σταφυλόκοκκος επιδερμικός 71,6% (61,8% ανθεκτικός στην οξακιλλίνη), ο σταφυλόκοκκος χρυσίζων στο 8,6% (38,5% ανθεκτικός στην οξακιλλίνη), η ψευδομόναδα στο 4,6% και το enterobacter στο 3,3% και ο εντερόκοκκος στο 2,6%.

Συμπερασματικά παρατηρήθηκε μια αύξηση της χρήσης ΚΦΚ, ένας αυξημένος ρυθμός λοίμωξης και μια αύξηση των ανθεκτικών σταφυλοκόκκων κατά την περίοδο Β μετά την οικονομική κρίση.

P 31

ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. Παλαιολόγος, Μ. Ερωτοκρίτου, Π. Μαλινδρέτος, Ν. Αναγνώστου, Γ. Κουτρούμπας

Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Νεφρολογικό Τμήμα «Χ. Συργκάνης»

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των επιπέδων λιποπρωτεΐνης Α και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 49 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εκ των οποίων οι 41 ήταν άντρες και οι 8 ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 63,4±12,6 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε αιματολογικό έλεγχο για τον προσδιορισμό των τιμών της λιποπρωτεΐνης Α (Lip(a)), του λιπιδαιμικού προφίλ και της επάρκειας κάθαρσης Kt/V. Τα συμβάματα που λήφθηκαν υπόψη ήταν: το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), η διενέργεια αγγειοπλαστικής, η διενέργεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) και εμφάνιση περιφερειακής αγγειοπάθειας. Έγινε η συσχέτιση των εργαστηριακών παραμέτρων με την συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Για τους σκοπούς της ανάλυσης το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες όπου η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν οι τιμές της Lip(a) και η ανεξάρτητη μεταβλητή η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Η πρώτη ομάδα περιείχε ασθενείς που είχαν Lip(a)<30 (ομάδα Α) και η δεύτερη ομάδα Lip(a) ≥30 mg/dl (ομάδα Β).

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος αιμοκάθαρσης και για τις δύο ομάδες ήταν 44,4±3 μήνες και η μέση επάρκεια κάθαρσης Kt/V 1,4±0,3 έναντι 1,4±0,4. Δεν υπήρχε διαφορά στην ηλικία μεταξύ των δύο ομάδων, 63,2±12,3 έναντι 63,6±13,5. Τα επίπεδα λιποπρωτεΐνης Α της ομάδας Α ήταν 10,8±8,0 έναντι 62,2±23,5 της ομάδας Β (p<0,0001). Οι διαφορές στο λοιπό λιπιδαιμικό προφίλ δεν ήταν στατιστικά σημαντικές: για την ολική χοληστερόλη 155,1±45,2 έναντι 171,9±49,1, για τα τριγλυκερίδια 171,2±94,6 έναντι 198,5±112,4, για την LDL 82,5±30,1 έναντι 92,0±22,7 και για την HDL 38,4±13,9 έναντι 40,1±22,7 mg/dl.

Στην ομάδα Α από τους 32 ασθενείς οι 8 (25%) εμφάνισαν κάποιο καρδιαγγειακό σύμβαμα, ενώ στην ομάδα Β από τους 17 ασθενείς εμφάνισαν οι 10 (58,8%), διαφορά η οποία ήταν στατιστικά σημαντική (p<0,05).

Συμπερασματικά: Η Lip(a) στην ομάδα αυτή αιμοκαθαιρόμενων ασθενών φάνηκε να βρίσκεται γενικά σε πιο ψηλά επίπεδα από ότι στον γενικό πληθυσμό και οι τιμές > 30mg/dl φαίνεται να συσχετίζονται με αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Χρειάζονται μελέτες μεγαλύτερων δειγμάτων για τον καθορισμό των φυσιολογικών τιμών σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΡΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΙΠΩΝ ΤΙΜΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Ν. Αναγνώστου, Δ. Παλαιολόγος, Μ. Ερωτοκρίτου, Π. Μαλινδρέτος, Γ. Κουτρούμπας

Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», Νεφρολογικό Τμήμα «Χ. Συργκάνης»

P 32

Κατά την ανάλυση μετρήσεων συνεχούς περιπατητικής μέτρησης Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ) σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ) προ τελικού σταδίου, παρατηρήθηκε ότι οι πρώτες καταγεγραμμένες τιμές ΑΠ ήταν υψηλότερες από τις υπόλοιπες.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση του εάν υφίσταται πραγματικά διαφορά μεταξύ των μετρήσεων αυτών.

Μελετήθηκαν 38 ασθενείς (22 άντρες και 16 γυναίκες) με μέση ηλικία $75,8 \pm 8,6$ έτη με διάμεσο eGFR $41 \text{ ml/min/1,73m}^2$ που υποβλήθηκαν σε συνεχή περιπατητική μέτρηση ΑΠ με τη βοήθεια του Mobilograf®. Αναλύθηκαν 182 σειρές μετρήσεων σε αυτούς τους ασθενείς συγκρίνοντας τη μέση τιμή των 2 πρώτων μετρήσεων με τη μέση τιμή των υπόλοιπων μετρήσεων. Οι μετρήσεις που μελετήθηκαν ήταν οι βραχιόνιες και αορτικές αρτηριακές πιέσεις, το Aix και η PWV.

Η μέση βραχιόνια συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) για τις 2 πρώτες μετρήσεις και για τις υπόλοιπες ήταν $136,4 \pm 18,5 \text{ mmHg}$ και $134 \pm 19,2 \text{ mmHg}$ αντίστοιχα, για την βραχιόνια διαστολική αορτική πίεση (ΔΑΠ) ήταν $76,2 \pm 11,1 \text{ mmHg}$ και $76,2 \pm 11,8 \text{ mmHg}$ αντίστοιχα, για την βραχιόνια πίεση παλμού ήταν $60,1 \pm 14 \text{ mmHg}$ και $58,9 \pm 17,5 \text{ mmHg}$ αντίστοιχα, για την καρδιακή συχνότητα ήταν $63,5 \pm 9,3/\text{min}$ και $61 \pm 10,6/\text{min}$ αντίστοιχα, για την αορτική ΣΑΠ ήταν $121,7 \pm 16,1 \text{ mmHg}$ και $119,2 \pm 14,7 \text{ mmHg}$ αντίστοιχα, για την αορτική ΔΑΠ ήταν $77,6 \pm 11,7$ με $77,2 \pm 11,1 \text{ mmHg}$ αντίστοιχα, για την αορτική πίεση παλμού ήταν $44 \pm 11,2$ με $41,6 \pm 9,4 \text{ mmHg}$ αντίστοιχα, για το Aix 75 ήταν $28,5 \pm 13,8$ με $27,9 \pm 11,2\%$ αντίστοιχα και για την PWV ήταν $11,9 \pm 1,6$ με $11,7 \pm 1,67 \text{ m/sec}$ αντίστοιχα. Στατιστικώς σημαντική διαφορά τελικά παρατηρήθηκε στην βραχιόνια ΣΑΠ ($\Delta=2,41 \text{ mmHg}$, $p=0,007$), στην καρδιακή συχνότητα ($\Delta=2,51/\text{min}$, $p<0,001$), στην αορτική ΣΑΠ ($\Delta=2,4 \text{ mmHg}$, $p=0,009$), στην αορτική πίεση παλμού ($\Delta=2,4 \text{ mmHg}$, $p=0,001$) και στη PWV ($\Delta=0,134 \text{ m/s}$, $p<0,001$)

Συμπερασματικά παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των πρώτων 2 μετρήσεων της ΣΑΠ στους ασθενείς αυτούς που μελετήθηκαν, η οποία όμως ήταν αρκετά μικρή για να θεωρηθεί κλινικά σημαντική. Σε συγκεκριμένους όμως ασθενείς οι 2 πρώτες μετρήσεις που μπορεί να ισοδυναμούν με την μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο, μπορεί να παρουσιάζουν σημαντική διαφορά με τις υπόλοιπες μετρήσεις.

ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΕΦΡΩΝ ΑΠΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟ. ΕΝΝΕΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Π. Μαλινδρέτος, Μ. Ερωτοκρίτου, Δ. Παλαιολόγος, Ν. Αναγνώστου, Γ. Κουτρούμπας

Νεφρολογικό Τμήμα «Χ. Συργκάνης», Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

P 33

Στην παρούσα μελέτη έγινε καταγραφή των εξετάσεων υπερήχων νεφρών που διενεργήθηκαν από νεφρολόγο στο Τμήμα μας, από το 2015 μέχρι το έτος 2024 και συσχέτιση τους με το ιατρικό ιστορικό και τη νεφρική λειτουργία.

Κατά το χρονικό αυτό διάστημα διενεργήθηκαν 1071 υπερηχογραφικοί έλεγχοι. Οι 587 έγιναν σε άνδρες, ποσοστό 54,8% και οι 484 σε γυναίκες, ποσοστό 45,2%. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $63,8 \pm 17,3$ έτη, με όρια από 6 έως 95 έτη. Η ηλικία των γυναικών ήταν μικρότερη από αυτή των ανδρών $61,2 \pm 18,1$ έναντι $64,5 \pm 16,3$ έτη ($p<0,005$). Επίσης το ύψος των γυναικών ήταν μικρότερο από αυτό των ανδρών $159,9 \pm 8,0$ έναντι $172,2 \pm 8,3 \text{ cm}$ ($p<0,0001$).

Η αρτηριακή πίεση και οι σφύξεις δεν διέφεραν σημαντικά κατά τη στιγμή της εξέτασης: $135,0 \pm 21,5$ έναντι $131,7 \pm 21,3 \text{ mmHg}$ και $73,1 \pm 13,3$ έναντι $76,4 \pm 13,1 \text{ σφ/min}$ για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα. Η μέγιστη διάμετρος τόσο του αριστερού (ΑΝ), όσο και του δεξιού νεφρού (ΔΝ) ήταν κατά $0,5 \text{ cm}$ μικρότερη από αυτή των ανδρών, διαφορά που ήταν και στατιστικά σημαντική: $11,2 \pm 1,7$ έναντι $10,5 \pm 1,6 \text{ cm}$ ($p<0,001$) για τον ΑΝ και $10,8 \pm 1,7$ έναντι $10,3 \pm 1,8 \text{ cm}$ ($p<0,001$) για τον ΔΝ. Μικρή διαφορά παρατηρήθηκε και στο πάχος παρεγχύματος, η οποία ήταν στατιστικά σημαντική τόσο για τον αριστερό $1,6 \pm 0,4$ έναντι $1,5 \pm 0,4 \text{ cm}$ ($p<0,001$) και $1,6 \pm 0,4$ έναντι $1,5 \pm 0,4 \text{ cm}$ ($p<0,001$) για τον ΔΝ. Αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) παρουσίαζαν 579 ασθενείς (54,1%), χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) 397 ασθενείς (37,1%) και σακχαρώδη διαβήτη 327 ασθενείς (30,1%). Οι ασθενείς με εκτιμώμενο ρυθμό σπειραματικής διήθησης CKDEPI $<60 \text{ ml/min}$ ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία: $71,1 \pm 12,2$ έναντι $55,5 \pm 17,0$ έτη ($p<0,0001$), παρουσίαζαν μικρότερο eGFR (CKDEPI): $36,6 \pm 14,7$ έναντι $89,7 \pm 18,6 \text{ ml/min}$ ($p<0,0001$) και είχαν μικρότερου μεγέθους νεφρούς $10,5 \pm 1,8$ έναντι $11,3 \pm 1,6 \text{ cm}$ ($p<0,0001$) με μικρότερο πάχος παρεγχύματος $1,4 \pm 0,3$ έναντι $1,6 \pm 0,4 \text{ cm}$ ($p<0,0001$) για τον ΑΝ και $11,0 \pm 1,7$ έναντι $10,2 \pm 1,8 \text{ cm}$ ($p<0,0001$) και $1,5 \pm 0,4$ έναντι $1,7 \pm 0,4 \text{ cm}$ ($p<0,0001$) για τον ΔΝ. Οι διαβητικοί ασθενείς δεν παρουσίαζαν διαφορά στην επιμήκη διάμετρο των νεφρών, είχαν όμως οριακά λεπτότερο παρέγχυμα από τους μη διαβητικούς $10,8 \pm 1,3$ έναντι $10,9 \pm 1,9 \text{ cm}$ και $1,6 \pm 0,4$ έναντι $1,5 \pm 0,4$ ($p<0,005$) για τον ΑΝ και $10,6 \pm 1,3$ έναντι $10,6 \pm 2 \text{ cm}$ και $1,5 \pm 0,3$ έναντι $1,6 \pm 0,4$ ($p<0,005$) για τον ΔΝ. Η ηλικία παρουσίαζε αρνητική συσχέτιση τόσο με την επιμήκη διάμετρο των νεφρών ($r=-0,30$ $p<0,0001$) όσο και το πάχος παρεγχύματος ($r=-0,42$ $p<0,0001$). Το ύψος παρουσίαζε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την επιμήκη διάμετρο ($r=0,35$ $p<0,0001$) και το πάχος παρεγχύματος των νεφρών ($r=0,29$ $p<0,0001$). Το πάχος παρεγχύματος παρουσίαζε μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάρκεια (σε έτη) της αρτηριακής υπέρτασης ($r=-0,15$ $p<0,05$).

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποτελεί ένα αναγκαίο και πολύτιμο εργαλείο στα χέρια εκπαιδευμένων νεφρολόγων.

P 34

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗΣ ΜΕ ΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ Ή ΜΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΠΡΟΚΑΤΑΡΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Μ. Σοφρά¹, Π.Ε. Ανδρονικίδη¹, Β. Αθανασιάδου¹, Α. Βουρλιώτου², Ι. Σοφράς-Καραντής³, Δ. Πανοκώστας¹, Α. Δράκου², Ε. Τριάντου², Ε. Γράψα¹

¹Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Νεφρολογική Κλινική, Αθήνα

²Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Νεφρολογική Κλινική, Αθήνα

³Στατιστικός Αναλυτής Δεδομένων, Μεταπτυχιακό Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση παρουσιάζουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Όσον αφορά τα επίπεδα της τροπονίνης στο αίμα αναφέρονται αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σκοπός της μελέτης είναι η αναζήτηση συσχέτισης τροπονίνης και ομοκυστεΐνης σε σχέση με το λιπιδαιμικό προφίλ, και την στεφανιαία νόσο (ΣΝ) σε αυτούς ασθενείς.

Υλικό & Μέθοδος: Στην παρούσα φάση συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου σε Αιμοκάθαρση > 6 μηνών (μέση διάρκεια 31 μήνες), 30 άνδρες και 20 γυναίκες, μέσης ηλικίας 67,6 έτη, με πιο συχνά βασικά νοσήματα υπέρταση και διαβήτη, οι οποίοι διαιρέθηκαν σε δύο ομάδες με βάση την παρουσία ή όχι ΣΝ. Τα επίπεδα τροπονίνης και ομοκυστεΐνης που μετρήθηκαν στον ορό συσχετίστηκαν με τις φυσιολογικές τιμές και ακολούθως μεταξύ τους στις δύο ομάδες αλλά και με τα επίπεδα χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων, HDL και LDL.

Αποτελέσματα: Στο 30% των ασθενών τα επίπεδα τροπονίνης ευρέθηκαν αυξημένα (μέση τιμή 67,65 pg/ml) και της ομοκυστεΐνης στο 70% των ασθενών (μέση τιμή 26,64 ng/ml). Τα επίπεδα τροπονίνης στους ασθενείς με ΣΝ βρέθηκαν υψηλότερα και αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($p=4,88 \cdot 10^{-6}$). Στατιστικά σημαντική φάνηκε να είναι η σύγκριση των επιπέδων τροπονίνης και ομοκυστεΐνης για την ομάδα των ασθενών χωρίς ΣΝ ($p=1,45 \cdot 10^{-11}$). Θετική συσχέτιση φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα σε ομοκυστεΐνη και χοληστερίνη για τους ασθενείς με ΣΝ (0,475) καθώς και ανάμεσα στην τροπονίνη και την HDL για εκείνους χωρίς ΣΝ (0,118).

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα τροπονίνης δεν φαίνεται να επηρεάζονται σημαντικά σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα σε αντίθεση με τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης όπου το 70% παρουσίασε παθολογικές τιμές. Παράλληλα στατιστικά σημαντική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει με την παρουσία της ΣΝ τόσο με την τροπονίνη όσο και με την ομοκυστεΐνη.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ, ΣΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

Α. Μιγδάνης¹, Ι. Μιγδάνης¹, Γ. Κουκούλης², Μ. Πολύζου Κώνστα³, Ι. Μαμαλούδης⁴, Ι. Μπαλογιάννης⁴, Γ. Τζοβάρας⁴

¹Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

²Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

³Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

⁴Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με νεοκατασκευασθείσα ειλεοστομία συχνά εμφανίζουν διαταραγμένη κατάσταση θρέψης, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και δευτεροπαθή νεφρική δυσλειτουργία που απαιτούν επανεισαγωγή, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της αρχικής μετεγχειρητικής περιόδου. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της χορήγησης ισοτονικών ποτών στην πρόληψη των συμπτωμάτων αφυδάτωσης σε ασθενείς με προφυλακτική ειλεοστομία.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, μελέτη. Στη μελέτη συμμετείχαν 117 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη ορθοσιγμοειδεκτομή. Οι ομάδες της μελέτης διαμορφώθηκαν ως εξής: ομάδα παρέμβασης, (39 ασθενείς με ειλεοστομία οι οποίοι έλαβαν μετεγχειρητικά ένα ισοτονικό διάλυμα παρέμβασης) και ομάδα ελέγχου, (41 ασθενείς με ειλεοστομία οι οποίοι δεν έλαβαν παρέμβαση). Οι υπόλοιποι 37 ασθενείς διαμόρφωσαν μια ομάδα που υποβλήθηκε σε ορθοσιγμοειδεκτομή χωρίς όμως προφυλακτική ειλεοστομία. Προεγχειρητικά και σε χρόνους 20 και 40 ημερών μετά το εξιτήριο των ασθενών, αξιολογήθηκαν βιοχημικά το ηλεκτρολυτικό προφίλ, η νεφρική τους λειτουργία, καθώς και η διατροφική τους κατάσταση.

Αποτελέσματα: Στις 20 ημέρες μετά το εξιτήριο, τα επίπεδα νατρίου της ομάδας ελέγχου παρουσιάστηκαν στατιστικά χαμηλότερα από τις άλλες 2 ομάδες ($p = 0.007$). Κατά το ίδιο στάδιο, τα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης της ομάδας ελέγχου ήταν σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τις άλλες 2 ομάδες ($p = 0.01$, $p = 0.02$). Στις 40 ημέρες μετά την έξοδο, το νάτριο και η κρεατινίνη της ομάδας ελέγχου συνέχισαν να διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα χωρίς ειλεοστομία ($p = 0.01$, $p = 0.04$).

Συμπέρασμα: Η χορήγηση ενός ισοτονικού ποτού κατά την διάρκεια των πρώτων 20-40 ημερών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο φαίνεται να έχει προφυλακτική επίδραση στους ασθενείς με νεοκατασκευασθείσα ειλεοστομία, διατηρώντας το ηλεκτρολυτικό προφίλ και τους δείκτες νεφρικής λειτουργίας τους σε κανονικά επίπεδα.

35

Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ (FRAILITY) ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΣΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. Ιντζεβίδου¹, Χ. Λουτράδης¹, Ο. Κουγιουμτζίδου¹, Κ. Κουτσαμπασόπουλος¹, Γ. Παπαγιάννη¹, Γ. Πιτούλιας²

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Ο Ευαγγελισμός», Βέροια

²Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ «Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ευπάθεια είναι ένα γηριατρικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μειωμένα αποθέματα και μειωμένη αντίσταση σε στρεσογόνους παράγοντες. Παρά την υψηλή επίπτωση της ευπάθειας στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, δεν έχει πλήρως μελετηθεί αν η ευπάθεια σχετίζεται με τη δυσλειτουργία και τις επιπλοκές της αγγειακής προσπέλασης.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 67 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και υπολογίστηκε η ευπάθεια με 6 διαφορετικά εργαλεία (CFS, Frailty Phenotype, Edmonton FS, Groningen FI, SPPB, Prisma-7) καθώς και ο σφυροβραχιόνιος δείκτης (ABI) και η δύναμη λαβής. Επίσης καταγράφηκαν από το ιστορικό των ασθενών οι παρούσες αγγειακές προσπελάσεις, οι προσπελάσεις έναρξης αιμοκάθαρσης, οι δυσλειτουργίες-επιπλοκές καθώς και η μέση διάρκεια ζωής των αγγειακών προσπελάσεων. Τέλος, καταγράφηκαν από τον εργαστηριακό έλεγχο των ασθενών οι τιμές αιμοσφαιρίνης, αλβουμίνης, C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, χοληστερίνης και υπολογίστηκε από τις τιμές ουρίας πριν και μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης η επάρκεια κάθαρσης. **Αποτελέσματα:** Η αγγειακή προσπέλαση έναρξης αιμοκάθαρσης παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ευπαθείς και δυνατούς ασθενείς, με τους πιο ευπαθείς να ξεκινούν αιμοκάθαρση με κεντρικό φλεβικό καθετήρα. (SPPB ευπαθείς μόνιμος καθετήρας 85,7%, προσωρινός ΚΦΚ 46,2% $p=0,032$, Prisma-7 ευπαθείς μόνιμος ΚΦΚ 100%, προσωρινός ΚΦΚ 76,9% $p=0,018$, Groningen ευπαθείς μόνιμος ΚΦΚ 100%, προσωρινός ΚΦΚ 65,7% $p=0,011$, Edmonton AVF-AVG μη ευπαθείς 64,7%, ευάλωτοι 20,6% $p=0,042$). Επίσης, ο ABI σχετίζεται με την παρούσα αγγειακή προσπέλαση. Από τους ασθενείς με φυσιολογικό ABI, φέρουν AVF-AVG το 68,18%, ενώ με παθολογικό ABI 60,87% μόνιμο ΚΦΚ $p=0,022$.

Συμπεράσματα: Ο δείκτης ευπάθειας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την επιλογή αγγειακής προσπέλασης στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. Πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών καθώς και να προσδιοριστεί ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο προσδιορισμού ευπάθειας κατάλληλο για την επιλογή αγγειακής προσπέλασης στην αιμοκάθαρση.

P 36

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ C3 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 4 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Π. Καλογερόπουλος¹, Μ. Καραγιάννης¹, Γ. Λιάπης², Κ. Δρούζας¹, Σ. Λιονάκη¹

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

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η C3 σπειραματονεφρίτιδα (C3ΣΝ) αποτελεί μια σπάνια σπειραματική πάθηση, που προκύπτει από τη μη φυσιολογική ρύθμιση της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος. Παρουσιάζουμε 4 ασθενείς που διαγνώστηκαν στο τμήμα μας.

Υλικό & Μέθοδος: Όλοι οι ασθενείς διαγνώστηκαν με βιοψία νεφρού. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κλινικοεργαστηριακή εικόνα, τα ιστοπαθολογικά ευρήματα, το ανοσολογικό και αιματολογικό προφίλ, οι θεραπείες που έλαβαν και η έκβαση.

Αποτελέσματα: Η ηλικία των ασθενών ήταν τα 55,5(±13) έτη και 3 ήταν άρρενες. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάστηκαν με μικροσκοπική αιματοουρία, πρωτεϊνουρία και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, με κρεατινίνη ορού 3,1(±3,2) mg/dl και πρωτεϊνουρία 1,9(±0,8) g/24ωρο. Ένας ασθενής είχε πρωτεϊνουρία νεφρωσικού εύρους (3,7 g/24ωρο). Στη διάγνωση δύο ασθενείς είχαν χαμηλή συγκέντρωση C3 στον ορό [34,5(±6,3) mg/dl]. Η σφαιρική σπειραματοσκλήρυνση ήταν 24%(±20), και η καθήλωση της C3 στον ανοσοφθορισμό 3-4+. Δύο ασθενείς είχαν κυρίως μεσαγγειοπεριπλαστικό πρότυπο και δύο μεμβρανουπεριπλαστικό, ενώ σε έναν υπήρχε επιπλέον διαβητική νεφροπάθεια και οξεία σωληναριακή βλάβη. Όλοι οι ασθενείς είχαν αρνητικό ανοσολογικό έλεγχο και ένας είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό νεφρικής νόσου. Σε τρεις ασθενείς διαπιστώθηκε μονοκλωνική γαμμαπάθεια [μέση ηλικία 59,6 (±12,3) έτη] και έλαβαν σχετική θεραπεία. Σε μέσο χρόνο 7,7(±6,2) μήνες από τη διάγνωση, η κρεατινίνη ορού ήταν 1,5 (±0,5) mg/dl και η πρωτεϊνουρία 1,7 (±2,2) g/24ωρο. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια από τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η μονοκλωνική γαμμαπάθεια ήταν το συχνότερο αίτιο C3ΣΝ στη συγκεκριμένη σειρά ασθενών. Όλοι οι ασθενείς διατήρησαν ή βελτίωσαν τη νεφρική τους λειτουργία, ενώ η πρωτεϊνουρία 24ωρου βελτιώθηκε σημαντικά στους 3 από τους 4 ασθενείς.

P 37

P 38

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΙΝΕΡΕΝΟΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΧΝΝ) ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Α. Αταλλά, Ι. Γιαννακίδης, Μ. Μπάκου, Σ. Φραγκίδης, Α.Σ. Δαμάδογλου, Γ. Σπανός, Χ. Μπαντής, Λ.Κ. Αρμεντζοῦ, Γ. Μπαμίχας

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η φινερενόνη είναι εκλεκτικός μη στεροειδικός αναγωνιστής του υποδοχέα των αλατοκορτικοειδών (MRA) και έχει προστατευτική δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και τη νεφρική λειτουργία. Συγκεκριμένα επιβραδύνει την εξέλιξη της ΧΝΝ και μειώνει την πρωτεϊνουρία σε ασθενείς με ΣΔ και ΧΝΝ και πλέον ενδείκνυται η χορήγησή της.

Υλικό & Μέθοδος: Σε αυτήν τη συνδυαστική μελέτη παρατήρησης(αναδρομική και προοπτική), αναλύσαμε τους φακέλους ασθενών με ΣΔ και ΧΝΝ και πρωτεϊνουρία. Όλοι ελάμβαναν τη μέγιστη ανεκτή δόση αναστολέα του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης και αναστολέα του συμμεταφορέα γλυκόζης-νατρίου 2 (SGLT2i). Κύριος στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των βασικών εργαστηριακών παραμέτρων για τον καθορισμό της ασφάλειας χορήγησης της φινερενόνης και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιελάμβανε 19 ασθενείς (7 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 70,8±12,8 έτη, που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια. Εκτιμήθηκαν το eGFR, το K⁺ ορού και η πρωτεΐνη ούρων 24ωρου. Τα αποτελέσματα καταγράφονται στον πίνακα.

	eGFR mL/min/1,73m ²	K ⁺ ορού mEq/L	Πρωτεΐνη ούρων 24ωρου mg/24ωρο
Χρόνος 0	38 (IQR ₂₅₋₇₅ =30,5-58,0)	4,35 (IQR ₂₅₋₇₅ =4,17-4,6)	804 (IQR ₂₅₋₇₅ =308-1780)
30 ημέρες	44 (IQR ₂₅₋₇₅ =28-51)	4,65 (IQR ₂₅₋₇₅ =4,19-4,89)	537 (IQR ₂₅₋₇₅ =298-1181)

Ένας ασθενής(1/19) διέκοψε τη θεραπεία λόγω αναφερόμενης κοιλιακής δυσφορίας ενώ δεν έγινε διακοπή του φαρμάκου λόγω υπερκαλιαιμίας ή επιδείνωσης του eGFR. Δύο ασθενείς(2/19) χρειάστηκε να τεθούν σε αγωγή με δεσμευτικό του καλίου 1 και 5 μήνες μετά την έναρξη της φινερενόνης αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με φινερενόνη δεν επηρέασε σημαντικά το κάλιο, το eGFR και τη πρωτεϊνουρία μετά από ένα μήνα θεραπείας στο παραπάνω δείγμα ασθενών. Ωστόσο, αναμένουμε να εκτιμήσουμε τα αποτελέσματα σε βάθος χρόνου.

P 39

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ) ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΠΚ)

Δ. Μπαχαράκη¹, Ο. Τσοτσορού¹, Δ. Πέτρου¹, Κ. Σταματέλου², Β. Γιαννίκος², Ε. Μπούντου², Π. Νικολόπουλος¹, Σ. Λιονάκη¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

²Νεφρολογικό Κέντρο «ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ» Χαϊδάρη

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ενδεχόμενης συσχέτισης της αγγειακής επασβέστωσης (ΑΕΠ) και οστικής πυκνότητας (ΟΠ) σε ασθενείς υπό ΑΜΚ και ΠΚ

Υλικό & Μέθοδος: Πιλοτική μελέτη παρατήρησης κοόρτης στην οποία εντάχθηκαν 56 ασθενείς (39 ΑΜΚ, 17 ΠΚ), εκ των οποίων ήταν 34 άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 60(±13) έτη. Η ΑΕΠ αξιολογήθηκε ως score Leena Kaurpila (LK) (εύρος 0-24) σε πλάγια ακτινογραφία ΟΜΣΣ. Διακρίθηκε σε μειωμένη αν LK score ≤ 4 (ΜΕΠ) και αυξημένη (ΑΕΠ) αν >4. Διάκριση της ΟΠ ως φυσιολογική (ΦΥΣ), οστεοπενία (ΟΠΕ) ή οστεοπόρωση (ΟΠΩ) βάσει DEXA ισχίου. Καταγράφηκαν ο εργαστηριακός έλεγχος, οι κλινικές παράμετροι και η φαρμακευτική αγωγή.

Αποτελέσματα: Σε ασθενείς με ΟΠ ΦΥΣ (28.6%), ΟΠΕ (46.2%) και ΟΠΩ (25%), η επίπτωση της ΑΕΠ ήταν 25%, 42,3% και 50% αντιστοίχως (p=0.050). Σε ασθενείς με ΟΠΕ και ΟΠΩ (n=40) η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι το υψηλό μαγνήσιο αίματος σχετίστηκε με ΜΕΠ [OR=0.05 (95%CI: 0.0-0.067)] (p=0.025). Αντιθέτως η χρήση ηπαρίνης εκτός συνεδρίας [OR=13.48 (95%CI: 1.53 -119.13)], η αρτηριακή υπέρταση [OR=16.77 (95% CI: 1.27-221.27)] (p=0.032) και η επασβέστωση βαλβίδων [OR=12.54 (95% CI: 1.48-106.58)], σχετίστηκαν με ΑΕΠ (p ≤ 0.03). Αύξηση LK score κατά 1 σχετίστηκε με 5πλάσιο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου [OR=5.40 (95% CI: 1.18-64.25)] και διπλασιασμό του δείκτη συννοσηροτήτων [OR=1.56(95%CI: 1.06-2.29)]. Στους ασθενείς με ΦΥΣ ΟΠ, η πίεση σφυγμού (p=0.005) και η λήψη ασπιρίνης (p=0.046) σχετίστηκαν με LK score >0.

Συμπεράσματα: Η σύνδεση ΟΠ και ΑΕΠ πιθανώς να αφορά φαινότυπους ασθενών με διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς ή/και γενετική προδιάθεση, υπόθεση που χρειάζεται να επιβεβαιωθεί από μεγαλύτερες μελέτες.

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΡΟΞΑΔΟΥΣΤΑΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Θ. Οικονομάκη, Α. Λιάτσος, Μ. Σαμαρά, Χ. Κουρή, Ε. Πανούση, Μ. Δαρεμά

Νεφρολογικό Τμήμα «Α. Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ροξαδουστάτη, αναστολέας της προλυλ-υδροξυλάσης του επαγόμενου από την υποξία παράγοντα HIF-PHI, ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με συμπτωματική αναιμία σχετιζόμενη με τη χρόνια νεφρική νόσο. Η χρήση της σε ασθενείς υπό Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΠΚ) έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα σε μικρές πληθυσμιακές ομάδες, όπου έχει δείχθει ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης περιτονίτιδας σχετιζόμενης με τη μέθοδο, μειώνει τη συστολική πίεση και τα επίπεδα χοληστερόλης.

Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 8 ασθενείς υπό ΠΚ, μέσης ηλικίας 62.5 ± 17.9 έτη, με διάμεσο χρόνο ένταξης στη μέθοδο 37.5 [22.5, 89.25] μήνες. Όλοι ελάμβαναν στο παρελθόν ερυθροποιητίνη, η οποία διεκόπη. Οι ασθενείς έλαβαν ροξαδουστάτη και παρακολούθησαν με μηνιαίο εργαστηριακό έλεγχο για τουλάχιστον τρεις μήνες. Ένας ασθενής απεχώρησε από τη μελέτη, λόγω αναφερόμενης επιγαστρικής μετά την πρώτη χορήγηση και ένας ασθενής απεβίωσε λόγω οξέος καρδιαγγειακού συμβάματος στον δεύτερο μήνα παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης μειώθηκαν κατά τον δεύτερο μήνα χορήγησης της ροξαδουστάτης σε όλους τους ασθενείς, με μέση μείωση $4.9 \pm 2.4\%$ και 1.75 ± 0.9 g/dL αντίστοιχα. Στον τρίτο μήνα οι παραπάνω τιμές σημείωσαν αύξηση φθάνοντας στα ίδια επίπεδα με τα αρχικά. Δεν υπήρξαν μεταβολές στη φερριτίνη και τη CRP, ενώ παρατηρήθηκε μείωση της χοληστερόλης σε όλους τους ασθενείς, χωρίς ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν παρατηρήθηκε επεισόδιο περιτονίτιδας στο σύνολο των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση της ροξαδουστάτης στους ασθενείς υπό ΠΚ είναι ασφαλής, με επίτευξη στόχου αιματοκρίτη/αιμοσφαιρίνης μετά τον δεύτερο μήνα χορήγησης, παρόμοια με αυτήν της ερυθροποιητίνης. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα ανωτέρω αποτελέσματα.

P 40

Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ-ΝΑΤΡΙΟΥ 2 (SGLT2I) ΝΤΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Α. Αταλλά, Μ. Μπάκου, Ι. Γιαννακίδης, Α. Σερίφ Δαμάδογλου, Γ. Σπανός, Σ. Φραγκίδης, Χ. Μπαντής, Α.Κ. Αρμεντζοΐου, Γ. Μπαμίχας

Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι SGLT2i παρουσιάζουν σημαντικά οφέλη στην προστασία του καρδιαγγειακού κινδύνου και των νεφρών, ανεξάρτητα από την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ). Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση της αλβουμινουρίας και την καθυστέρηση της πρόοδου της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN). Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει τις νεφρικές επιδράσεις της νταπαγλιφλοζίνης, σε μη-διαβητικούς ασθενείς με XNN και πρωτεϊνουρία.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε πληθυσμό μη-διαβητικών ασθενών με XNN και πρωτεϊνουρία που ήδη ελάμβαναν αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγιοτενσίνης, και αξιολογήθηκε η επίδραση της νταπαγλιφλοζίνης στη νεφρική λειτουργία και την πρωτεϊνουρία.

Αποτελέσματα: Η μελέτη περιλάμβανε 38 ασθενείς (8 γυναίκες) με μέση ηλικία 60.4 ± 12.0 έτη. Τα κύρια αίτια της XNN ήταν η νεφροπάθεια IgA(7/38), άλλες σπειραματονεφρίτιδες(9/38), υπέρταση(6/38), άγνωστα(10/38) και άλλα(6/38). Τα χαρακτηριστικά των ασθενών κατά την έναρξη της παρακολούθησης ήταν κρεατινίνη(Cr): 1.54 ± 0.54 mg/dL, eGFR: 55 ± 22.1 mL/min/1.73m², πρωτεϊνουρία: 905mg/24h(IQR:392-2272), κάλιο: 4.75 ± 0.41 mEq/L, ΑΠ: $128.4 \pm 14.3/81.1 \pm 9.3$ mmHg και ΣΒ: 83.7 ± 16.7 kg. Η χορήγηση νταπαγλιφλοζίνης οδήγησε σε ήπια επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας με ταυτόχρονη μείωση της λευκωματουρίας κατά το διάστημα παρακολούθησης 161 ημερών(IQR:115-290) [πίνακας]. Όταν όμως αναλύθηκαν στοιχεία των 18 ασθενών που λάμβαναν νταπαγλιφλοζίνη για πάνω από 5 μήνες τόσο η Cr [1.43 ± 0.60 vs 1.58 ± 0.70 mg/dL (p=ns)], όσο και το eGFR [61.9 ± 26.9 vs 58.0 ± 27.1 mL/min/1.73m² (p=ns)] δε βρέθηκε να επηρεάζονται σημαντικά από τη λήψη νταπαγλιφλοζίνης κατά τη διάμεση διάρκεια παρακολούθησης 201(IQR:201-428) ημερών.

Δύο ασθενείς παρουσίασαν >30% αύξηση της κρεατινίνης ορού εντός 4 εβδομάδων, και έγινε διακοπή της νταπαγλιφλοζίνης, ενώ ένας ασθενής διέκοψε την νταπαγλιφλοζίνη λόγω υποτροπιάζουσας ουρολοίμωξης.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία με νταπαγλιφλοζίνη σε μη διαβητικούς ασθενείς με XNN μειώνει αποτελεσματικά την πρωτεϊνουρία με μια αρχική αναστρέψιμη μείωση του eGFR.

P 41

	πριν	1 ^{ος} μήνας	Τέλος παρακολούθησης
Κρεατινίνη mg/dL	1,54±0,54	1,73±0,69 (p=0,002)	1,68±0,70 (p=0,008)
eGFR mL/min/1,73m ²	55±22,1	51±22,5 (p=0,008)	52,5±22,4 (p=ns)
Πρωτεϊνουρία gr/24h	905(IQR:392-2272)	930(IQR:440-1743)	612(IQR:275-1650) (p:0.021)
K ⁺ mEq/L	4,75±0,41	4,70±0,4	4,50±0,5
ΣΒ Kg	83,7±16,7	83,8±12,8	83,1±15,3
ΣΑΠ mmHg	128±14,3	128±13,3	125±19,7
ΔΑΠ mmHg	81,1±9,3	79,3±8,5	75,3±10,7

P 42

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΜΕΤΑΛΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ CD46 ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΙΚΟΝΑ ΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ, ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟ CAMBYLOBACTER JEJUNI

Ε. Ευαγγέλου¹, Α. Πουλά¹, Τ. Πουλλή¹, Α. Γιάσκουρη², Μ. Καμπερογιάννη², Α. Βερβέρη³, Γ. Μουστάκας¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» Αθήνα

²Μικροβιολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» Αθήνα

³Τμήμα Γενετικής και Σπάνιων Νοσημάτων Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο (HUS) είναι μία μορφή θρομβωτικής μικροαγγειοπάθειας (TMA). Η άτυπη μορφή του (aHUS) χαρακτηρίζεται από ενεργοποίηση της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε τον πρώτο ασθενή που καταγράφεται στον ελληνικό χώρο με σπάνια μετάλλαξη στο γονίδιο CD46, το οποίο κωδικοποιεί την πρωτεΐνη MCP και έχει ενοχοποιηθεί για aHUS.

Αποτελέσματα: Άνδρας 56 ετών προσήλθε λόγω μακροσκοπικής αιματοουρίας, εμπύρετο έως 40°C και διαρροϊκό σύνδρομο από τριμήρου. Διαπιστώνεται θρομβοπενία (PTL 29.000 10⁹/μl), μικροαγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία (Hb 12,7 g/dl, άμεση coombs αρνητική, σχιστοκύτταρα 3-4 κοπ, χολερυθρίνη 3,9 mg/dl, LDH 1812 U/l), έλεγχος πήξης φυσιολογικός και κρεατινίνη 1,9 mg/dl. Η παρασιτολογική κοπράνων, εξέταση για τοξίνη clostridium difficile, τοξίνη shiga και PCR για E.coli και shigella disederian ήταν αρνητικά, έλεγχος ADAMTS 13 φυσιολογικός (38,2%), C3 1,3 g/l, C4 0,237 g/l. Στην καλλιέργεια κοινών εντεροπαθογόνων απομονώθηκε Cambylobacter jejuni. Χορηγήθηκε αζιθρομυκίνη και έλαβε FFP (σύνολο 18). Επειδή το Cambylobacter ενοχοποιείται για HUS με αδιευκρίνιστο όμως μηχανισμό, έγινε γενετικός έλεγχος για aHUS, από το οποίο ανιχνεύτηκε σε ετεροζυγωτία η νουκλεοτιδική αντικατάσταση c.475+1G>A στο γονίδιο CD46 στο χρωμόσωμα 1. Ο ασθενής μια εβδομάδα μετά παρουσίασε πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και της TMA.

Συμπεράσματα: Στα πλαίσια διερεύνησης υποκείμενης γενετικής διαταραχής σε HUS μετά από διαρροϊκό σύνδρομο οφειλόμενο σε Cambylobacter jejuni, εντοπίστηκε με next generation sequencing, μετάλλαξη στο γονίδιο CD46 που ταξινομείται ως πιθανώς παθολόγος (class 4), βάση των κριτηρίων ταξινόμησης του Αμερικανικού Κολλεγίου Ιατρικής Γενετικής και Γενωμικής και έχει περιγραφεί σε ετεροζυγωτία σε δύο άτομα με aHUS στη βιβλιογραφία.

P 43

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΝΙΜΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΥΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Κ. Δρούζας, Ε. Παντζοπούλου, Π. Γιαννακόπουλος, Ι. Τσουμπού, Π. Νικολόπουλος, Σ. Λιονάκη

Νεφρολογική Κλινική, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

Εισαγωγή: Οι μόνιμοι κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες αιμοκάθαρσης (ΜΚΦΚΑ) αποτελούν σε ορισμένες περιπτώσεις μοναδική επιλογή αγγειακής προσπέλασης στους ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ). Ενώ μέχρι πρόσφατα χειρουργικές ειδικότητες ήταν επιφορτισμένες με την τοποθέτησή τους, πλέον επεμβατικοί νεφρολόγοι αναλαμβάνουν αυτό το έργο.

Υλικά & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά την τοποθέτηση ΜΚΦΚΑ στο τμήμα μας στο διάστημα 1/2023-2/2024. Οι καθετήρες τοποθετήθηκαν αποκλειστικά από επεμβατικούς νεφρολόγους, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, η πρωτοπαθής νόσος, η αντιπηκτική/αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, η ανατομική θέση τοποθέτησης, οι επιπλοκές, οι πρόσθετες παρεμβάσεις και η έκβαση.

Αποτελέσματα: Τοποθετήθηκαν συνολικά 48 ΜΚΦΚΑ σε 36(75%) άντρες και 12(25%) γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 71,7 (35-90) έτη. Η πρωτοπαθής αιτία της ΧΝΝΤΣ ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης (29,8%), η αρτηριακή υπέρταση (19,1%) και τα συστηματικά/ρευματολογικά νοσήματα (16,6%). Αντιπηκτική αγωγή ελάμβαναν συνολικά 11 ασθενείς (22,9%), 5 Apixaban, 4 HXMB, 2 ασενουκουμαρόλη και 7 ασθενείς (14,9%) ελάμβαναν αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες. Τριάντα έξι καθετήρες (75%) τοποθετήθηκαν στη δεξιά σφαγίτιδα φλέβα, 8(16,6%) στην αριστερή σφαγίτιδα φλέβα και 3(8,4%) στις μηριαίες φλέβες. Συνολικά 6,3% από τους ασθενείς εμφάνισαν επιπλοκές, εκ των οποίων μία ήταν μείζονα (αιμοθώρακας) και 2 ελάσσονες (εμμένουσα αιμορραγία από το στόμιο), ενώ όλες είχαν ομαλή έκβαση. Έξι καθετήρες (12,5%) εμφάνισαν πρώιμη δυσλειτουργία και διορθώθηκαν σε δεύτερο χρόνο. Ένας καθετήρας προκάλεσε μικροβιαμία και έπρεπε να αντικατασταθεί εντός της πρώτης εβδομάδας.

Συμπεράσματα: Στη συγκεκριμένη σειρά ασθενών η τοποθέτηση ΜΚΦΚΑ από τους επεμβατικούς νεφρολόγους ήταν ασφαλής και αποτελεσματική με μικρό ποσοστό επιπλοκών και πρώιμης δυσλειτουργίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ IGD-CD27- Β-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕ Τ-ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥΣ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ

Ε. Μωυσίδου¹, Γ. Λιούλιος², Μ. Χριστοδούλου¹, Α. Ξωχέλλη³, Σ. Στάη¹, Π. Σαραφίδης¹, Α. Φυλάκτου³, Μ. Στάγκου¹

¹Α' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική, 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

³Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Στους ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) παρατηρούνται λειτουργικές και φαινοτυπικές μεταβολές στα Β και Τ-λεμφοκύτταρα, με κύρια την αύξηση των CD19+IgD⁺CD27⁻ Β λεμφοκυττάρων (double negative Β lymphocytes - DN). Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης αυτών των κυττάρων με Τ-λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς.

Υλικό & Μέθοδος: Περιφερικό αίμα απομονώθηκε από 30 ασθενείς με ΣΕΛ και 31 υγιείς μάρτυρες και προσδιορίστηκαν με κυτταρομετρία ροής τα DN Β-λεμφοκύτταρα καθώς και υποπληθυσμοί των Τ-λεμφοκυττάρων, βάσει της έκφρασης επιφανειακών δεικτών CD45RA, CCR7, CD31, CD28, και CD57.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς με ΣΕΛ (Ηλικία=43±14έτη, Νεφρίτιδα Λύκου 23/30, SLEDAI score 2(1-5), eGFR=81±19mL/min/1.73m², Uprot 680±5.600mg/24h) παρατηρήθηκε επικράτηση των DN Β λεμφοκυττάρων σε σχέση με τους μάρτυρες [12.9(2.3–74.2)% vs. 8(1.7–35)%], $p=0.04$. Ακόμα, ο πληθυσμός αυτός εμφάνιζε ισχυρά θετική συσχέτιση με Τ λεμφοκυτταρικούς πληθυσμούς πρόσφατης διαφοροποίησης CD4CD31⁺ ($r=0.587$, $p<0.001$), CD4CD45RA+CD28⁺ ($r=0.504$, $p=0.005$), CD4CD45RA+CD57⁻ ($r=0.419$, $p=0.021$), CD4CD45RA-CD57⁻ ($r=0.397$, $p=0.003$), CD4CD28+CD57⁻ ($r=0.487$, $p=0.006$), CD4CD28+CD57⁺ ($r=0.491$, $p=0.006$), CD4CD45RA-CCR7⁺ ($r=0.381$, $p=0.038$), CD8CD31⁺ ($r=0.366$, $p=0.047$), CD8CD45RA+CCR7⁺ ($r=0.432$, $p=0.017$), CD8CD45RA-CD57⁻ ($r=0.444$, $p=0.014$) και CD8CD28+CD57⁻ ($r=0.363$, $p=0.048$).

Πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι ήπιας διαφοροποίησης Τ λεμφοκυτταρικοί υποπληθυσμοί, CD4CD31⁺, CD8CD28+CD57⁻ και CD8CD45RA-CD57⁻, αποτελούσαν ανεξάρτητοι παράγοντες συσχέτισης με τα DN Β-λεμφοκύτταρα ($R^2=0.534$, $p<0.0001$).

Συμπεράσματα: Τα DN Β-λεμφοκύτταρα επικρατούν στην περιφέρεια σε ασθενείς με ΣΕΛ ακόμη και σε περιόδους ύφεσης και υπάρχει σαφής συσχέτιση τους με “νεαρούς” Τ-λεμφοκυτταρικούς υποπληθυσμούς, γεγονός που υποδεικνύει μία εμμένουσα ανοσολογική δραστηριότητα αλλά και πιθανό ρόλο των DN Β λεμφοκυττάρων στην ενεργοποίηση της Τ κυτταρικής σειράς.

P 44

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ POINT-OF-CARE ΥΠΕΡΗΧΟΥ (POCUS) ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ: ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ε. Ξαγάς, Π. Καλογερόπουλος, Κ. Γκιόλας, Μ. Αγοράνου, Σ. Λιονάκη

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

P 45

Εισαγωγή: Η εκτίμηση της κατάστασης του όγκου σε ασθενείς με οξεία νεφρική βλάβη (ONB) είναι συχνά δύσκολη και υποκειμενική. Σκοπός είναι να μελετηθεί η αξιοποίηση του POCUS στην αξιολόγηση του όγκου ασθενών με ONB και την αντιμετώπισή τους.

Υλικό & Μέθοδος: Μέχρι σήμερα έχουν ενταχθεί 14 ασθενείς με ONB. Καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία και τα δεδομένα από τη μελέτη POCUS [πνεύμονες, κάτω κοίλη φλέβα (ΚΚΦ), νεφροί]. Η αρχική εκτίμηση με τη χρήση του POCUS πραγματοποιείται την ημέρα της προσέλευσης και επαναλαμβάνεται την ημέρα 2 και την ημέρα εξόδου. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης καθώς και των κλινικοεργαστηριακών δεδομένων λαμβάνονται αποφάσεις για ενυδάτωση ή διουρητική θεραπεία.

Αποτελέσματα: Η ηλικία των ασθενών στη διάγνωση ήταν 69,1 (±12,4) έτη, 64% ήταν άρρενες και η κρεατινίνη του ορού ήταν 4,12 (±2,30) mg/dL. Οι ασθενείς με υπογκαιμία σταδιακά ενυδατώθηκαν και παρουσίασαν μεταβολή της ΚΚΦ από μέση διάμετρο στη διάγνωση 10,7(±1,7) mm σε 14,7 (±2,8) mm τη 2^η μέρα και 15,5 (±1,7) mm την ημέρα εξόδου. Επιπλέον, ο μέσος αριθμός των b-lines στη διάγνωση ήταν 1,3 (±0,9) έναντι 1,0 (±0,8) την ημέρα εξόδου. Οι ασθενείς με καρδιονεφρικό σύνδρομο σταδιακά αφυδατώθηκαν και παρουσίασαν μεταβολή της ΚΚΦ από διάμετρο 24,5 (±7,0) mm στη διάγνωση σε 23,0 (±8,6) mm τη 2^η ημέρα νοσηλείας και 20,5 (±11,0) mm στην έξοδο. Ο συνολικός αριθμός των b-lines στη διάγνωση ήταν 15,2 (±5,4) έναντι 9,0 (±7,1) στην έξοδο.

Συμπεράσματα: Η μελέτη POCUS παρέχει αντικειμενικές κλινικές πληροφορίες και αποτελεί ένα χρήσιμο μέσο στην εκτίμηση του όγκου ασθενών με ONB και την αντιμετώπισή τους.

P 46

ΟΨΙΜΗ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΗ ΥΠΕΡΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ**Ε. Σταματάκη, Α. Παπαδάκη, Ν. Δαμιανάκης, Χ. Κατσίφα, Γ. Κακάβας, Α. Ζουριδάκης, Ι. Τζανάκης***Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»*

Εισαγωγή: Η υπερμαγνησισαιμία είναι μία ασυνήθιστη διαταραχή που οφείλεται συνήθως σε μειωμένη νεφρική λειτουργία σε συνδυασμό με αυξημένη πρόσληψη μαγνησίου. Περιγράφουμε μια περίπτωση εκσεσημασμένης υπερμαγνησισαιμίας σε ασθενή με ραβδομύωση και οξεία νεφρική βλάβη.

Ασθενής & Μέθοδοι: Άνδρας 29 ετών μεταφέρεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω έντονων μυαλγιών και αδυναμία βάδισης μετά από έντονη σωματική καταπόνηση.

Η κλινική και εργαστηριακή εικόνα ήταν συμβατή με ραβδομύωση: σκωριόχρωμα ούρα με μυοσφαιρίνη, CPK 98.000 U/L, LDH 2960 U/L, ουρικό οξύ 15 mg/dl, AST 321 U/L. Λοιπές εξετάσεις: κρεατινίνη ορού 1,5 mg/dl, K⁺ 4,8 mmol/l, t.Ca 6,5 mg/dl, s Mg 2,6 mg/dl.

Αποτελέσματα: Αντιμετωπίζεται συντηρητικά με ενυδάτωση και ενδοφλέβια έγχυση διττανθρακικών. Τρεις μέρες αργότερα μεταφέρεται στη Νεφρολογική Κλινική λόγω μη ολιγουρικής ONB, (κρεατινίνη 4,4 mg/dl).

Την 8^η ημέρα νοσηλείας και ενώ ο ασθενής βρισκόταν σε πολυουρική φάση με τάση βελτίωσης της νεφρικής λειτουργίας: κρεατινίνη ορού 3,4 mg/dl, σημαντική μείωση της CPK: 3050 U/L, παρουσίασε εκσεσημασμένη υπερμαγνησισαιμία: s Mg 8,2 mg/dl (ΦΤ< 1,2-2,0 mg/dl) με μοναδικό σύμπτωμα μυϊκή αδυναμία. Λοιπές εξετάσεις: K⁺ 4,1 mmol/l.

Υποβλήθηκε σε συνεδρία αιμοκάθαρσης. Την 10^η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε εκ νέου υπερμαγνησισαιμία: μαγνήσιο ορού 7,4mg/dl, και υποβλήθηκε σε δεύτερη συνεδρία αιμοκάθαρσης. Ο ασθενής εξήλθε μετά από νοσηλεία 14 ημερών σε καλή γενική κατάσταση με μαγνήσιο ορού 2,3 mg/dl και κρεατινίνη ορού 2,2 mg/dl.

Συμπεράσματα: Η σοβαρή υπερμαγνησισαιμία προκλήθηκε από την μεγάλη μυϊκή καταστροφή σε συνδυασμό την ONB. Αρχικά το μαγνήσιο που απελευθερώθηκε από μυϊκά κύτταρα εισήλθε στα εναπομείναντα υγιή μυϊκά και λοιπά κύτταρα, από τα οποία εξήλθε σε δεύτερο χρόνο στον εξωκυττάριο χώρο προκαλώντας όψιμη σοβαρή υπερμαγνησισαιμία. Το γεγονός ότι η υπερμαγνησισαιμία δεν συνοδευόταν από ταυτόχρονη υπερκαλιαιμία ίσως οφείλεται στην διαφορετικότητα των μεμβρανικών καναλιών που ρυθμίζουν την διακυττάρια μετακίνηση των δύο αυτών κατιόντων.

P 47

ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΣΥΖΥΓΙΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΔΑΣ**Α. Παπαδάκη, Ε. Σταματάκη, Ν. Δαμιανάκης, Γ. Κακάβας, Χ. Κατσίφα, Ι. Τζανάκης***Νεφρολογική Κλινική, ΓΝ Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»*

Σκοπός: Εγκεφαλίτιδα σαν επιπλοκή έρπητα ζωστήρα ο οποίος εντοπίζεται στην κεφαλή έχει σπανίως αναφερθεί σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Ο σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της πρώτης στην βιβλιογραφία σειράς από τέσσερις αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν αρχικά έρπητα ζωστήρα στην περιοχή της κεφαλής και εν συνεχεία ανέπτυξαν τυπική ερπητική εγκεφαλίτιδα.

Υλικό & Μέθοδοι: Έξη ασθενείς από την Μονάδα μας εμφάνισαν έρπητα ζωστήρα με εντόπιση στην περιοχή της κεφαλής τα τελευταία 10 έτη.

Αποτελέσματα: Τέσσερις/6 ασθενείς παρουσίασαν 2 έως 4 ημέρες μετά την αρχική δερματική εκδήλωση του έρπητα ζωστήρα εικόνα εγκεφαλίτιδας παρά την ευθύς εξ αρχής χορήγηση αντιικής αγωγής. Η διάγνωση βασίσθηκε στην κλινική εικόνα, την εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY), και σε τρεις περιπτώσεις στην ανίχνευση του ιού του έρπητα ζωστήρα (HZV) στο ENY με εξέταση PCR. Κανείς από αυτούς τους ασθενείς δεν είχε άλλο αίτιο ανοσοκαταστολής πλην της νεφρικής νόσου. Κανείς δεν ήταν εμβολιασμένος έναντι του HZV. Όλοι έλαβαν αγωγή με ενδοφλέβια χορήγηση ασυκλοβίρης για 10-15 ημέρες και ανένηψαν πλήρως πλην ενός ασθενούς ο οποίος κατέληξε. Τα δεδομένα και η πορεία των ασθενών εμφανίζονται στον Πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Η κατάσταση ανοσοκαταστολής στην οποία ευρίσκονται οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς προδιαθέτει σε εμφάνιση ερπητικών λοιμώξεων. Η ανατομική συνέχεια των εγκεφαλικών συζυγιών με τον εγκέφαλο πιθανόν να συμβάλει στην ανάπτυξη εγκεφαλίτιδας σε περιπτώσεις έρπητα ζωστήρα της κεφαλής. Οι Νεφρολόγοι θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτής της σοβαρής επιπλοκής σε περιπτώσεις εμφάνισης έρπητα ζωστήρα στην περιοχή της κεφαλής σε αυτούς τους ασθενείς.

Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΛΒΑΠΤΑΝΗ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΡΙΑΡΧΗ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Β. Φιλιοπούλου¹, Χ. Μελεξοπούλου¹, Σ. Ρηγόγλου¹, Γ. Καρδάρη¹, Κ. Βαλλιάνου¹, Ε. Καραβασίλης², Γ. Ντούνας³, Ε. Ευσταθόπουλος⁴, Ι.Ν. Μπολέτης¹, Σ. Μαρινάκη¹

¹Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

²Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

³Διαγνωστικό Κέντρο «Ιατροδιάγνωση», Αθήνα

⁴2^ο Τμήμα Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

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 85 ασθενείς, 44 άνδρες, με ADPKD. Η διάμεση ηλικία στην αρχική επίσκεψη ήταν 41.5 έτη (IQR 32-47), και ο διάμεσος χρόνος χορήγησης τολβαπτάνης ήταν 36 μήνες (IQR 12-48). Είκοσι ένας (24.7%) 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=31), 1D (n=35) και 1E (n=19). Οι ασθενείς εμφάνισαν μικρότερη μείωση του eGFR από την αρχική τιμή, συγκριτικά με την προβλεπόμενη (eGFR, mean±SD: 71.4±30.4 vs 66.1±31.3 ml/min/1.73m², p<0.001). Το όφελος από τη θεραπεία παρατηρήθηκε σε όλες τις κατηγορίες (1C: 77.2±30.9 vs 71.0±31.03, p=0.007), 1D: 81.4±29.1 vs 74.6±28.4, p<0.001, 1E: 54.0±26.6 vs 42.31±19.9, p=0.01).

Συμπεράσματα: Η έως τώρα 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, η μακροχρόνια παρακολούθησή τους και η αξιολόγηση των μεταβολών στον ολικό νεφρικό όγκο θα οδηγήσουν στην εξαγωγή περισσότερο ασφαλών συμπερασμάτων.

P 48

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΚΑΙ ROXADUSTAT

Μ.Α. Πολύζου-Κώνστα, Ε. Λυκοτεσέας, Τ. Λεονταρίδης, Σ. Γκολφινόπουλος, Ι. Στεφανίδης

Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού, Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

P 49

Εισαγωγή: Η αναιμία της ΧΝΝ είναι ορθοκυτταρική και ορθόχρωμη οφειλόμενη κυρίως στη μειωμένη παραγωγή ερυθροποιητίνης και στη συντόμευση της επιβίωσης των ερυθρών αιμοσφαιρίων [1,2]. Τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα είναι μια ετερογενής ομάδα αιματολογικών νεοπλασμάτων που χαρακτηρίζονται αναιμία, ουδετεροπενία και/ή θρομβοπενία και δυσπλαστική κυτταρική μορφολογία. Οι ασθενείς με ΧΝΝ συχνά εμφανίζουν παραπάνω από ένα αίτια αναιμίας. Χρησιμοποιούμε ESA ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της αναιμίας σε ασθενείς με επάρκεια σιδήρου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.[3]Η ροξαδουστάτη αποτελεί μια νέα θεραπεία για τη νεφρογενούς αναιμίας.

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής 84 ετών άντρας με ιστορικό ΧΝΝ τελικού σταδίου υπό αιμοκάθαρση και μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο, με ιστορικό αιμορροϊδοπάθειας παρουσιάζεται με βαριά αναιμία Hb: 4,8g/dL Ht :16,2%, και ΔΕΚ: 21.800/μl, φερριτίνη :148,2ng/ml, TSAT :24% υπό εποετίνη άλφα 40.000 3 φορές την εβδομάδα. Ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός και παρουσίαζε μικρή απώλεια αίματος απ' το ορθό.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής αρχικά αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις αίματος και χορήγηση ενδοφλεβίως δεξτριφερόνης 500mg καθώς και συνέχιση της ερυθροποιητίνης που λάμβανε, παρ'όλα αυτά παρουσίαζε ανθεκτική αναιμία με ανάγκη καθημερινών μεταγγίσεων. Στα πλαίσια διερεύνησης έγινε έλεγχος πεπτικού με ενδοσκόπηση απ' όπου δεν ανεδείχθη ενεργός αιμορραγία. Επιπλέον έγινε αιματολογική εκτίμηση, επίχρισμα περιφερικού αίματος, και έλεγχος για αιμόλυση που ήταν αρνητικός. Παρά την χορήγηση σιδήρου και τη χορήγηση ερυθροποιητίνης ο αριθμός των ΔΕΚ παρέμεινε χαμηλός. Αποφασίστηκε η έναρξη ροξαδουστάτης 100mg 3 φορές την εβδομάδα. Εκ τότε ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή ανοδο του αιματοκρίτη μέχρι και Hb :13g/dL και Ht: 39% και τιμή ΔΕΚ: 41.215/μl.

Συμπεράσματα: Παρουσιάσαμε μια περίπτωση βαριάς εμμένουσας αναιμίας με πολλαπλά αίτια. Παρότι η ροξαδουστάτη δεν χρησιμοποιείται επί του παρόντος σε μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα εμφανίζει ενδιαφέρον η ευεργετική δράση της στην αντιμετώπιση αναιμίας στο συγκεκριμένο ασθενή.

1. Eschbach JW (1991), Erythropoietin 1991—an overview, Am J Kidney Dis. Department of Medicine, University of Washington, Seattle
2. Astor BC, Muntner P, Levin A, Eustace JA, Coresh J (2002), Association of kidney function with anemia: the Third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994). Arch Intern Med, Department of Epidemiology, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore.
3. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease (2012), OFFICIAL JOURNAL OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY

Εισαγωγή: Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα (GPA) είναι μια ANCA σχετιζόμενη αγγειίτιδα με υψηλό επιπολασμό, της οποίας η αι-

P 50

ΤΑΧΕΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ WEGENER ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ 30 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΡΕΤΙΝΟΕΙΔΩΝ

Β. Πλακιάς¹, Θ. Οικονομάκη¹, Κ. Καραπαναγιώτης¹, Χ. Σκόνδρα¹, Α. Παϊκοπούλου¹, Δ. Αυγίκος¹, Α. Τaráση², Μ. Δαρεμά¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Α. Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

²Τμήμα Ανοσολογίας και Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

τιοπαθολογία δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Επιδημιολογικά δεδομένα τη συνδέουν τόσο με περιβαλλοντικούς όσο και με γενετικούς και φαρμακευτικούς παράγοντες.

Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής 30 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας, λόγω αρθραλγιών και ρινικής επίσταξης κατόπιν λήψης ρετινοειδών. Η νεφρική της λειτουργία ήταν φυσιολογική με κρεατινίνη 0,8 mg/dl. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε αμφοτερόπλευρα πολλαπλά οζόμορφα πνευμονικά διηθήματα. Η ασθενής παρουσίασε προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας με κρεατινίνη 2,4 mg/dl, με διατηρημένη διούρηση. Εστάλη πλήρης ανοσολογικός έλεγχος, μικροσκοπικός έλεγχος ιζήματος ούρων και διενεργήθηκε βιοψία νεφρού. Λόγω του ιστορικού λήψης ρετινοειδών έγινε μοριακή τυποποίηση των HLA αντιγόνων της και γονιδιακός έλεγχος της συσχετιζόμενης με το ιστορικό γονιδιακής περιοχής.

Αποτελέσματα: Ο ανοσολογικός έλεγχος ανέδειξε c-ANCA (1:640) και PR3 195,7 IU/ml. Στη μικροσκοπική εξέταση των ούρων ευρέθησαν 60-80 ερυθρά κ.ο.π., με >80% σπειραματικής προέλευσης. Το λεύκωμα ούρων 24ώρου ήταν 360mg. Τα ιστολογικά ευρήματα της βιοψίας ήταν συμβατά υπέρ ανοσοπενικής σπειραματονεφρίτιδας/αγγειίτιδας με πρόσφατους κυτταροβριθείς μηνοειδείς σχηματισμούς και ινιδοειδείς σπειραματικές νεκρώσεις. Η HLA τυποποίηση ανέδειξε το αλληλίο HLA-DPB1*04:01, το οποίο μαζί με τον γονιδιακό τύπο για τον υποδοχέα β των ρετινοειδών (RXRβ) συνιστά απλότυπο. Ο έλεγχος του SNP rs26595, κοντά στο SEMA6A (γονίδιο για τη σεμαφορίνη 6A) στο χρωμόσωμα 5, που συσχετίζεται με την GPA, κατόπιν εκχύλισης ολικού γονιδιωμικού DNA, ανέδειξε τον πολυμορφισμό σε ετερόζυγη κατάσταση. Θεραπευτικά, χορηγήθηκε θεραπεία επαγωγής με μεικτό σχήμα ριτουξιμάμπης-κυκλοφωσφαμίδης και στεροειδή και διενεργήθηκαν συνεδρίες πλασμαφαίρεσης. Σήμερα, η ασθενής έχει κρεατινίνη 0,6 mg/dl.

Συμπεράσματα: Η παρουσία του αλληλίου HLA-DPB1*04:01 και του rs26595 πολυμορφισμού σε ασθενή που έχει λάβει ρετινοειδή δεικνύει τον ρόλο των ανοσογενετικών παραγόντων στην εκδήλωση της GPA.

P 51

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ι. Τσουμπού¹, Π. Καλογερόπουλος¹, Ε. Ξαγάς¹, Γ. Λιάπης², Σ. Λιονάκη¹

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

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η αμυλοείδωση αποτελεί μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από εξωκυττάρια εναπόθεση ινιδίων αμυλοειδούς και προσβάλλει διάφορα όργανα (καρδιά, νεφροί, ήπαρ, νευρικό και γαστρεντερικό σύστημα). Η νεφρική αμυλοείδωση εκπροσωπεί το 2% των βιοψιών σε φυσικούς νεφρούς. Η αμυλοείδωση από ελαφριές αλυσίδες (ΕΑ) αποτελεί τον πιο κοινό τύπο νεφρικής αμυλοείδωσης ακολουθούμενη από την αμυλοείδωση ΑΑ. Παρουσιάζουμε 5 ασθενείς που διαγνώστηκαν στο τμήμα μας.

Υλικό & Μέθοδος: Όλοι οι ασθενείς διαγνώστηκαν με βιοψία νεφρού. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, η κλινικοεργαστηριακή εικόνα, τα ιστοπαθολογικά ευρήματα, τα ανοσολογικά δεδομένα, ο αιματολογικός έλεγχος και οι θεραπείες που έλαβαν.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία ήταν τα 67.2 (±10) έτη και 4 ασθενείς ήταν άντρες. Δύο (40%) ασθενείς παρουσιάστηκαν με πρωτεϊνουρία νεφρωσικού επιπέδου και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, κρεατινίνη ορού 1.65 (±0.2) mg/dl και πρωτεϊνουρία 5.2 (±0.8) g/24ωρο. Τρεις ασθενείς είχαν πρωτεϊνουρία νεφρωσικού εύρους (5.7 g/24ωρο) με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Το 80% των ασθενών είχε θετικό αιματολογικό έλεγχο με μονοκλωνική IgGκ (20%) και IgGλ (60%). Η σφαιρική σπειραματοσκλήρυνση ήταν 55% (±25), και στον ανοσοφθορισμό ένας ασθενής είχε καθήλωση IgG 2+ και κ αλυσίδα 3-4+, τρεις καθήλωση IgG 2+ και λ αλυσίδα 3-4+, ενώ ο πέμπτος ασθενής στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο είχε θετικό δείκτη για ΑΑ αμυλοειδές. Το 80% των ασθενών έλαβε αντίστοιχη αιματολογική θεραπεία. Οι δύο ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία στη διάγνωση εντάχθηκαν σε χρόνια αιμοκάθαρση τρεις μήνες αργότερα.

Συμπεράσματα: Από τη μικρή σειρά αυτή των ασθενών παρατηρούμε ότι η αμυλοείδωση συνυπάρχει με πλασματοκυτταρική δυσκρασία. Οι ασθενείς με επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία στη διάγνωση έχουν χειρότερη πρόγνωση.

ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΑΙΜΙΑ ΤΗΣ ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗΣ**Κ. Γούλα, Π. Καρανικόλα, Ο. Δρακουλόγκωνα, Ζ. Τέγου***Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»***P 52**

Εισαγωγή: Η οξεία νεφρική βλάβη της λεπτοσπείρωσης χαρακτηρίζεται ιστολογικά από οξεία διάμεση νεφρίτιδα και οξεία σωληναριακή νέκρωση. Παθογενετικοί παράγοντες αποτελούν η υπερχολερυθριναιμία, η άμεση νεφροτοξική δράση της λεπτόσπειρας, η υποογκαιμία και η ραβδομυόλυση. Ο ρόλος της πλασμαφαίρεσης στην αντιμετώπιση της υπερχολερυθριναιμίας της λεπτοσπείρωσης παραμένει ασαφής.

Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις ασθενών με σοβαρή υπερχολερυθριναιμία της λεπτοσπείρωσης που υποβλήθηκαν σε πλασμαφαίρεση.

Αποτελέσματα:

1^η περίπτωση: Άνδρας 50 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου και γενικευμένης αδυναμίας από διημέρου. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε θρομβοπενία (PLT:43000), ουρία:240 mg/dl κρεατ:5.5 mg/dl και χολερυθρίνη: 34.1 mg/dl. Τα IgM Abs για λεπτόσπειρα θετικοποιήθηκαν (ELISA) από την πρώτη μέρα νοσηλείας και χορηγήθηκε κεφτριαξόνη 2 gr/ημέρα ενώ υποβλήθηκε και σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης λόγω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Λόγω υψηλής τιμής χολερυθρίνης (41.7 mg/dl) την τέταρτη ημέρα νοσηλείας υποβλήθηκε σε πλασμαφαίρεση (τέσσερις συνεδρίες) με αποτέλεσμα πτώση της τιμής χολερυθρίνης (6.9 mg/dl), βελτίωση της γενικής κατάστασης και αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

2^η περίπτωση: Άνδρας 36 ετών προσήλθε λόγω εμπυρέτου και μυαλγιών από τριημέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε θρομβοπενία (PLT:13000), ουρία:79 mg/dl, κρεατ:2.1mg/dl και χολερυθρίνη: 7.2 mg/dl. Τα IgM Abs για λεπτόσπειρα ήταν θετικά (ELISA) και έγινε έναρξη κεφτριαξόνης 2 gr/ημέρα. Την τρίτη ημέρα νοσηλείας λόγω υψηλής τιμής χολερυθρίνης (23.7 mg/dl) αντιμετωπίστηκε με πλασμαφαίρεση (τρεις συνεδρίες). Μετά την τρίτη συνεδρία η τιμή χολερυθρίνης ήταν 10,2 mg/dl και ο ασθενής βελτιωμένος κλινικά.

Συμπεράσματα: Σε σοβαρές περιπτώσεις υπερχολερυθριναιμίας της λεπτοσπείρωσης η πλασμαφαίρεση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βοηθητική θεραπεία. Ο ρόλος της στην έκβαση της νόσου θα πρέπει να αποδειχθεί με μελλοντικές μελέτες μεγαλύτερου μεγέθους.

Η ΕΥΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ – ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ**Γ. Περυσινάκη¹, Π. Παπαδάκη¹, Α.Μ. Πάσσαμ¹, Σ. Παναγιωτάκης², Ε. Νταουντάκη¹***¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου**²Γηριατρικό Ιατρείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου***P 53**

Εισαγωγή: Με την γήρανση του αιμοκαθαίρομενου πληθυσμού, αναδύονται νέες ανάγκες όπως η αναγνώριση της ευπάθειας, και η σχέση της με την επιβίωση. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της ευπάθειας σε αιμοκαθαίρομενους 60 ετών και άνω και η προοπτική παρακολούθησή τους.

Ασθενείς & Μέθοδος: Προοπτική μελέτη παρατήρησης (4 έτη), ενός κέντρου, περιλαμβάνει 36 ασθενείς (26 άνδρες) μέσης ηλικίας 71,8 έτη. Οι μεταβλητές που εξετάσαμε ήταν η ευπάθεια, η επάρκεια κάθαρσης, το BMI, ο ενδαγγειακός όγκος πριν και μετά την αιμοκάθαρση και ο θάνατος. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool, το BCM - Body Composition Monitor, Frisenius Medical Care, το Kt/V. Η στατιστική ανάλυση για τις αριθμητικές μεταβλητές με κανονική κατανομή έγινε με το t-test για ανεξάρτητα δείγματα και για τις κατηγορικές με το Fisher's exact test με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS statistics 22

Αποτελέσματα: Δεκαεπτά ασθενείς χαρακτηρίστηκαν εύρωστοι, 10 προ-ευπαθείς και 8 ευπαθείς. Η ηλικία των προ-ευπαθών ήταν 5,34 (95% CI, 1,27-9,43) έτη μεγαλύτερη των εύρωστων $t(25)=2,699, p=0,012$ και η ηλικία των ευπαθών 9,5 (95% CI, 0,53-18,51) έτη μεγαλύτερη $t(23)=3,066, p=0,04$ των εύρωστων. Στα 4 έτη απεβίωσαν 7 ευπαθείς, 2 προ-ευπαθείς, 3 εύρωστοι, με σημαντική διαφορά στα ποσοστά 0,75, $p=0,002$ (ευπαθείς vs εύρωστοι) και 0,68, $p=0,015$ (ευπαθείς vs προ-ευπαθείς). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ως προς τις υπόλοιπες μεταβλητές ανάμεσα στις κατηγορίες ευπάθειας και ανάμεσα στους ασθενείς που πέθαναν και αυτούς που επιβίωσαν.

Συμπεράσματα: Η ευπάθεια προκρίνεται ως σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας θανάτου στους ηλικιωμένους αιμοκαθαίρομενους έναντι άλλων παραδοσιακών παραγόντων.

P 54

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ eGFR ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Μ. Τακούλας¹, Α. Γιόγιακα¹, Κ. Μανουσόπουλος², Ν. Ισμυρνιόγλου¹, Μ. Παππά¹, Χ. Κουρβέλου¹, Σ. Ζιάκκα¹, Ε. Μανιός³, Ν. Καπερώνης¹

Νεφρολογικό¹ Τμήμα και Β' Καρδιολογικό² Τμήμα ΓΝΑ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ, Θεραπευτική Κλινική³ ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Η μεταβλητότητα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) έχει συσχετιστεί με βλάβη σε όργανα-στόχο κυρίως σε συγχρονικές μελέτες. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί διαχρονικά η επίδραση της μεταβλητότητας της ΑΠ στη σπειραματική διήθηση (eGFR) και την πρωτεϊνουρία σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 210 ασθενείς (155 άνδρες, ποσοστό 73.8%), μέσης ηλικίας (τυπική απόκλιση) 69.2 (8.4) ετών με χρόνια νεφρική νόσο (eGFR, ml/min/1.73m², διάμεση τιμή, 25^ο, 75^ο εκατοστημόριο: 40.0, 28.0, 53.4) σε 3 επισκέψεις (αρχική και μετά ανά έτος). Η μεταβλητότητα προσδιορίστηκε από την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ ως τυπική απόκλιση (SD) και συντελεστής μεταβλητότητας (CV) 24ώρου, ημέρας, νύκτας και σταθμισμένη τυπική απόκλιση (WSD) 24ώρου. Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μικτά μοντέλα επαναλαμβανόμενων μετρήσεων με τη συμπερίληψη τυχαίων επιδράσεων.

Αποτελέσματα: Για το eGFR, στην πολυπαραγοντική ανάλυση είχαν σημασία: α) η μεταβλητότητα της διαστολικής πίεσης: CV νύκτας, αύξηση κατά 1% συσχετίζεται με εξαρτώμενη από το χρόνο μείωση του eGFR (στη 2^η επίσκεψη σε σχέση με την αρχική) κατά 1.22% (p<0.05) και WSD, αύξηση κατά 1 mmHg συσχετίζεται με άνοδο του eGFR κατά 1.2% (p<0.05) και β) η μεταβλητότητα της διαφορικής πίεσης: WSD, αύξηση κατά 1 mmHg στη 2^η επίσκεψη σε σχέση με την αρχική συνοδεύεται από μείωση του eGFR κατά 3.02% (p<0.05).

Για την πρωτεϊνουρία, αναδείχθηκε διαφορά για τη μεταβλητότητα της διαστολικής πίεσης: CV 24ώρου, αύξηση κατά 1% συσχετίζεται με ελάττωση της πρωτεϊνουρίας κατά 5.21% (p<0.05), CV ημέρας, αύξηση κατά 1% με αντίστοιχη ελάττωση κατά 4.29% και CV νύκτας (σε αύξηση κατά 1% στη 2^η επίσκεψη η πρωτεϊνουρία μειώνεται κατά 5.8%).

Συμπεράσματα: Σε ατομικό επίπεδο κάθε ασθενή με χρόνια νεφρική νόσο, η μεταβλητότητα της διαστολικής πίεσης επιβαρύνει τη νεφρική λειτουργία στην επανεξέταση, αλλά δεν φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση της πρωτεϊνουρίας.

P 55

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Χ. Λιότση, Π. Σουρβίνου, Ν. Κωτσαλάς, Μ. Κοκορού, Δ. Νικολούδης, Α. Ζαγοριανάκος, Δ. Βλαχάκος

Βιοκλινική Αθηνών – Όμιλος Εταιριών Υγείας Βιοϊατρικής

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς στην αιμοκάθαρση (ΑΚ) αναπτύσσουν δομικές και λειτουργικές διαταραχές του καρδιαγγειακού συστήματος, που τους προκαλούν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Υλικό & Μέθοδος: Σε αυτή την μελέτη παρατήρησης (cross sectional), συμπεριλήφθησαν 40 σταθεροί ασθενείς ενός Κέντρου Αιμοκάθαρσης και αναλύθηκαν δημογραφικά στοιχεία, καρδιομεταβολικοί παράγοντες και συννοσηρότητες, χαρακτηριστικά της συνεδρίας ΑΚ, παράμετροι του ηχωκαρδιογραφήματος, πλήρους αιματολογικός, βιοχημικός και ορμονολογικός έλεγχος (επίπεδα ρενίνης, αλδοστερόνης κι ερυθροποιητίνης).

Για την στατιστική ανάλυση επελέγη η μέθοδος Kruskal-Wall λόγω μη κανονικής κατανομής των δεδομένων και χρησιμοποιήθηκε η cut off ανάλυση σε σχέση με την παραμονή των ασθενών στο Πρόγραμμα ΑΚ με το U-test. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες: Ομάδα Α (N=12) με παραμονή στην ΑΚ < 2 έτη, Ομάδα Β (N=18) με παραμονή από 2-7 έτη και Ομάδα Γ (N=10) με παραμονή > από 7 έτη.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι τα επίπεδα ρενίνης φαίνεται να μειώνονται δραστικά μετά τα 4 χρόνια και της αλδοστερόνης μετά τα 7 χρόνια στην ΑΚ. Παρομοίως, τα επίπεδα ρενίνης και αλδοστερόνης τείνουν να είναι χαμηλά στην Ομάδα Γ, ενώ δεν παρατηρούνται διαφορές στα επίπεδα ερυθροποιητίνης μεταξύ των Ομάδων. Ας σημειωθεί, ότι η συστολική πίεση και η πτώση της συστολικής και της διαστολικής πίεσης μετά την συνεδρία ΑΚ, ήταν στατιστικά μεγαλύτερες στην Ομάδα Γ, παρόλο που ο όγκος υπερδιηθήματος ήταν ο ίδιος σε όλες τις Ομάδες.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που επιζούν πολλά χρόνια στην αιμοκάθαρση φαίνεται να έχουν σε πολύ μικρότερο ποσοστό σακχαρώδη διαβήτη, ενώ έχουν μεγαλύτερη σκληρία αγγείων, καλύτερο κλάσμα εξώθησης και απενεργοποιημένο άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης.

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ALPORT ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

P 56

Β. Χριστοδουλάκη², Κ. Κοσμά¹, Ν. Στεργίου², Αν. Καπόγιαννης², Χ. Καπόγιαννης², Ν.Μ. Μαρινάκης¹, Φ.Ν. Τηλέμης¹, Αφ. Καμπουράκη¹, Β. Καραβά², Ι.Ρ. Συνοδινού-Traeger¹, Χ. Κανακά-Gantenbein²

¹Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

²Α Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Alport είναι μια καλά περιγεγραμμένη σπειραματοπάθεια που οδηγεί σε χρόνια νεφρική βλάβη. Οι γενετικές παραλλαγές στα γονίδια COL4A3, COL4A4 & COL4A5 αποτελούν το γενετικό αίτιο και προκαλούν ποικίλο φαινότυπο που κυμαίνεται από μικροσκοπική αιματοουρία, μικροαλβουμινουρία, σημαντική πρωτεϊνουρία και χρόνια νεφρική νόσο.

Η εξέλιξη της νόσου μπορεί να καθυστερήσει μετά την έγκαιρη θεραπεία με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης στα παιδιά (αΜΕΑ).

Υλικό & Μέθοδος: Σκοπός της μελέτης είναι η πρώιμη γενετική διάγνωση συνδρόμου Alport σε παιδιά που πληρούν τα κριτήρια της νόσου με την διενέργεια αλληλούχισης εξονίων επόμενης γενιάς (WES).

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη είναι οι νεφρικές (αιματοουρία, πρωτεϊνουρία, χρόνια νεφρική νόσος) ή/και οι εξωνεφρικές εκδηλώσεις του συνδρόμου Alport και το θετικό οικογενειακό ιστορικό.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια των 2 τελευταίων ετών τέθηκε η διάγνωση συνδρόμου Alport σε σύνολο 7 οικογενειών, καθώς εντοπίστηκαν γενετικές αλλαγές στα COL4A3, COL4A4 και COL4A5. Σε 3 οικογένειες βρέθηκε γενετική αλλαγή στο COL4A5, σε 3 οικογένειες στο COL4A3 και σε 1 στο COL4A4. Σε 6 περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε στοχευμένος γενετικός έλεγχος σε μέλη της οικογένειας. Σε 5 περιπτώσεις έλαβαν διάγνωση μέλη της οικογένειας, που μέχρι τότε γνώριζαν ότι πάσχουν από νεφρική νόσο χωρίς σαφή διάγνωση, ενώ σε 3 περιπτώσεις γονέων είχε τεθεί διαφορετική διάγνωση μέσω νεφρικής βιοψίας. Τα παιδιά έλαβαν θεραπεία με αΜΕΑ σύμφωνα με τις κλινικές ενδείξεις.

Συμπεράσματα: Η γενετική διάγνωση στην περίπτωση του συνδρόμου Alport υπερέχει της νεφρικής βιοψίας. Η έγκαιρη ανεύρεση των παιδιών που πάσχουν εξασφαλίζει την πρώιμη έναρξη θεραπείας και βελτιώνει την πρόγνωση. Επίσης, μελετώνται μέλη της οικογένειας σε αυξημένο κίνδυνο, λαμβάνοντας την ορθή διάγνωση, συμβουλευτική και θεραπεία κατά περίπτωση.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 1 ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ – ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

P 57

Α. Ζολώτα, Ε. Κασιμάτης, Γ. Μυσερλής, Ε. Σαμπάνη, Γ. Κατσάνος, Ν. Αντωνιάδης, Γ. Τσακίρης, Α. Κοφινάς, Σ. Βασιλειάδου, Κ-Ε. Καρακάση, Σ. Νείρος, Β. Τσαβδαρίδης, Κ. Γιαννακός, Π. Σαραφίδης, Γ. Τσουλάφας

Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την βέλτιστη επιλογή για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) και διαβητική νεφρική νόσο. Η σύγχρονη μεταμόσχευση παγκρέατος ή νησιδίων αυτού συμβάλλει στην ρύθμιση του διαβήτη και ενδείκνυται στους ασθενείς αυτούς. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών με ΣΔτ1 και ΧΝΝ που μεταμοσχεύτηκαν.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 27 ασθενείς με ΣΔτ1 και μεταμόσχευση νεφρού εκ των οποίων οι 5 είχαν υποβληθεί σε σύγχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος και άλλοι 2 σε σύγχρονη μεταμόσχευση νεφρού και νησιδίων. Επίσης, μελετήθηκαν συγκριτικά 25 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού και μεταμεταμοσχευτικό ΣΔ. Εκτιμήθηκαν η HLA συμβατότητα, η νεφρική λειτουργία και η ρύθμιση του ΣΔ στα 1, 3 και 5 έτη μετά την μεταμόσχευση.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με σύγχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος ή νησιδίων είχαν λιγότερα κοινά HLA αντιγόνα με τους αντίστοιχους δότες σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς ($p < 0,001$). Κανένας ασθενής από την ομάδα αυτή δεν παρουσίασε καθυστερημένη λειτουργία του μοσχεύματος σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΣΔτ1 και μεταμόσχευση νεφρού που το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε στο 45% και οι οποίοι είχαν υψηλότερες τιμές κρεατινίνης, για ένα διάστημα παρακολούθησης ως και 3 έτη ($p = 0,003$). Οι καλύτερες τιμές HbA1c, για ένα διάστημα παρακολούθησης ως και 5 έτη, καταγράφηκαν στην ομάδα των ασθενών με σύγχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος και από τους ασθενείς της ομάδας αυτής κανείς δεν ελάμβανε ινσουλίνη, σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΣΔτ1 και μεταμόσχευση νεφρού και μεταμοσχευτικό ΣΔ όπου το αντίστοιχο ποσοστό λήψης ινσουλίνης ήταν 100% και 55% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η σύγχρονη μεταμόσχευση νεφρού και παγκρέατος, ακόμη και σε περιπτώσεις δυσμενέστερης HLA συμβατότητας συγκριτικά με την μεταμόσχευση νεφρού, συνοδεύεται από χαμηλότερα ποσοστά καθυστερημένης λειτουργίας του μοσχεύματος καθώς και από μακροχρόνια διατήρηση καλύτερης νεφρικής λειτουργίας και καλύτερου ελέγχου του ΣΔ.

P 58

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΑΝΟΣΟΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Μ. Τριβυζά¹, Σ. Τσάκας¹, Θ. Ντρίνιας¹, Μ. Παπασωτηρίου¹, Ν. Διαμαντή¹, Ε. Παπαχρήστου¹, Μ. Στάγκου², Δ. Γούμενος¹

¹Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

²Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η χρόνια αντισωματικού τύπου απόρριψη αποτελεί σημαντική αιτία απώλειας των νεφρικών μοσχευμάτων. Στη διαδικασία αυτή έχει ρόλο η ενεργοποίηση της κλασικής οδού του συμπληρώματος λόγω σχηματισμού ανοσοσυμπλεγμάτων που συνδυάζουν αντιγόνα και αντισώματα IgM/IgG ειδικών έναντι του δότη (DSAs). Κεντρικό ρόλο στη διαδικασία αυτή έχει η σύνδεση του C1q συστατικού του συμπληρώματος που συνδέεται με τα ανοσοσυμπλέγματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός σε ευαίσθητοποιημένους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού των ανοσοσυμπλεγμάτων που συνδέουν το C1q καθώς και της ενεργοποίησης της κλασικής οδού του συμπληρώματος.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 3 κατηγορίες πληθυσμών ως προς τη συγκέντρωση ανοσοσυμπλεγμάτων και την ενεργοποίηση της κλασικής οδού του συμπληρώματος. Ως ομάδα ασθενών μελετήθηκαν 14 μεταμοσχευμένοι οι οποίοι εμφάνιζαν DSAs, οι οποίοι συγκρίθηκαν με 28 μεταμοσχευμένους ασθενείς χωρίς DSAs και με 22 υγιή άτομα. Η μελέτη έγινε με τη χρήση του MicroVue Complement CIC-C1q EIA για την ανίχνευση ανοσοσυμπλεγμάτων που συνδέουν το C1q στον ορό και με το MicroVue Complement CH50 Eq EIA, για τον υπολογισμό της συνολικής δραστηριότητας της κλασικής οδού του συμπληρώματος στο πλάσμα.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε σημαντικά μεγαλύτερη συγκέντρωση C1q-ανοσοσυμπλεγμάτων στον ορό μεταμοσχευμένων ασθενών με DSAs έναντι των υγιών, καθώς και έναντι των μεταμοσχευμένων χωρίς DSAs ($p < 0.01$ αντίστοιχα). Αντίθετα, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη συγκέντρωση C1q-ανοσοσυμπλεγμάτων στην ομάδα των υγιών σε σχέση με τους μεταμοσχευμένους που δεν εμφανίζουν DSAs. Επιπλέον, βρέθηκε σημαντική μείωση στα επίπεδα του CH50 στους μεταμοσχευμένους με παρουσία DSAs σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ($p < 0.05$), στοιχείο συμβατό με μεγαλύτερη ενεργοποίηση της κλασικής οδού του συμπληρώματος.

Συμπεράσματα: Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς με ειδικά αντισώματα έναντι του δότη παρουσιάζουν αυξημένη συγκέντρωση ανοσοσυμπλεγμάτων στον ορό και αυξημένη ενεργοποίηση της κλασικής οδού του συμπληρώματος.

P 59

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΑΧΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΩΛΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Α. Ζολώτα, Ε. Κασσιμάτης, Γ. Μυσερλής, Ε. Σαμπάνη, Ν. Αντωνιάδης, Γ. Κατσάνος, Γ. Τσακίρης, Α. Κοφινάς, Σ. Βασιλειάδου, Κ-Ε. Καρακάση, Σ. Νείρος, Κ. Γιαννακός, Β. Τσαβδαρίδης, Π. Σαραφίδης, Γ. Τσουλφάς

Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που εντάσσονται στην αιμοκάθαρση μετά από απώλεια λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος είναι υποψήφιοι για επαναμεταμόσχευση νεφρού. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών που σχετίζονται με την επιβίωση του νεφρικού μοσχεύματος θα μπορούσαν να αξιολογηθούν ως προς τον σχεδιασμό για επαναμεταμόσχευση τους.

Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν 83 ασθενείς (54 άνδρες) που εντάχθηκαν στην αιμοκάθαρση μετά από απώλεια λειτουργίας νεφρικού μοσχεύματος. Εκτιμήθηκαν η διάρκεια επιβίωσης του μοσχεύματος, η διάρκεια της αρχικής κάθαρσης που είχε προηγηθεί, η HLA συμβατότητα, τα επεισόδια απορρίψεων καθώς και η εμφάνιση μεταμοσχευτικού σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακής συννοσηρότητας.

Αποτελέσματα: Η επιβίωση του μοσχεύματος ανήλθε σε $13,3 \pm 6,2$ έτη με το 66% των ασθενών να καταγράφει σχετική επιβίωση άνω των 10 ετών. Η μικρότερη ηλικία των ασθενών κατά την μεταμόσχευση συσχετίστηκε με μεγαλύτερη πιθανότητα για μακροχρόνια επιβίωση του μοσχεύματος. Η επανένταξη στην αιμοκάθαρση συνέβη αργότερα στους ασθενείς που είχαν λάβει μόσχευμα από ζώντα δότη ($p = 0,002$) και είχαν υποβληθεί σε κάθαρση για διάστημα μικρότερο της πενταετίας πριν την μεταμόσχευση ($p = 0,009$). Μετά την ένταξη στην αιμοκάθαρση, το 35% των ασθενών εγγράφηκε εκ νέου στην λίστα για λήψη μοσχεύματος από αποβιώσαντα δότη.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διωρεά από ζώντα δότη οδήγησε σε μακρύτερη επιβίωση του νεφρικού μοσχεύματος, ιδιαίτερα στους νεότερους σε ηλικία ασθενείς που τελικά επανεντάχθηκαν στην αιμοκάθαρση. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών αυτών είναι υποψήφιοι για επαναμεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΩΔΟΥΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ-ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗΣ**Γ.Α. Γεωργοπούλου¹, Π. Κίτρου², Μ. Παπασωτηρίου¹, Δ.Σ. Γούμενος¹, Δ. Καρναμπατίδης², Ε. Παπαχρήστου¹**¹Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών²Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η δημιουργία αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας (AVF) σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ) προκαλεί αιμοδυναμικές μεταβολές, μειώνοντας την συστηματική αγγειακή αντίσταση και τη μέση αρτηριακή πίεση. Αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες υψηλής ροής πιθανά να προκαλούν αύξηση του προφορτίου και ακολούθως της καρδιακής παροχής. Μεταβολές έχουν παρατηρηθεί και σε δείκτες του ενδαγγειακού όγκου όπως το B-τύπου νατριουρητικό πεπτιδίο. Ωστόσο η πιθανή επίδραση της AVF στο σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Σε αυτή τη μελέτη εξετάστηκε η μεταβολή της ελεύθερης ρενίνης πλάσματος και των επιπέδων αλδοστερόνης πριν και μετά την δημιουργία ενδαγγειακής AVF.

Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 9 ασθενείς με ΧΝΝΤΣ, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δημιουργία διαδερμικής AVF. Λήφθηκαν δείγματα από περιφερικό αίμα για την μέτρηση των επιπέδων ρενίνης και αλδοστερόνης πριν τη δημιουργία της και 2 εβδομάδες μετά. Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η λήψη ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II, αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου, διουρητικών της αγκύλης και κορτικοστεροειδών.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 61,2±10,4 έτη. Τα επίπεδα της ελεύθερης ρενίνης πλάσματος μετά την δημιουργία AVF παρουσίασαν αύξηση σε 7 από τους 9 ασθενείς. Ωστόσο, συνολικά οι μέσες τιμές της ελεύθερης ρενίνης πλάσματος δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική αύξηση μετά τη δημιουργία της ενδαγγειακής AVF (18,16 ± 13,2 vs 24,7 ± 20 ng/ml, p=ns). Όσον αφορά στα επίπεδα της αλδοστερόνης στον ορό των ασθενών, επίσης δεν φάνηκε να επηρεάζονται σημαντικά μετά την επέμβαση (350,1 ± 323,3 vs. 257 ± 173.4 ng/ml, p=ns).

Συμπεράσματα: Η δημιουργία ενδαγγειακής AVF δεν φαίνεται να συνοδεύεται από σημαντική ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης.

P 60**ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΣΚΛΗΡΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1Ή ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ****Ε. Κωστοπούλου¹, Α. Γουρδουμπά¹, Μ. Παπασωτηρίου², Γ. Δημητρίου¹, Ε. Παπαχρήστου², Δ. Γούμενος², Δ. Χρύσης¹**¹Τμήμα Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών²Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Εισαγωγή: Η αορτική ανελαστικότητα, εκτιμώμενη με την ταχύτητα σφυγμικού κύματος (PWV), αποτελεί προγνωστικό δείκτη αγγειακής δυσλειτουργίας και καρδιαγγειακής νοσηρότητας στους ενήλικες. Επιπρόσθετα, ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) και η παχυσαρκία συσχετίζονται με καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός της αρτηριακής ανελαστικότητας σε παιδιά με ΣΔ1 ή παχυσαρκία και η σύγκρισή της με αυτή μαρτύρων.

Υλικό & Μέθοδος: Στη μελέτη μετείχαν παιδιά και έφηβοι ηλικίας 2-18 ετών με ΣΔ1 ή παχυσαρκία, καθώς και ομάδα ελέγχου ίδιας ηλικίας. Η διάγνωση του ΣΔ1 έγινε σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, ενώ ως παχυσαρκία ορίστηκε ο BMI>95%. Στους μετέχοντες έγινε μέτρηση της περιφερικής και κεντρικής συστολικής και διαστολικής πίεσης καθώς και του PWV με τη συσκευή Mobil-o-Graph.

Αποτελέσματα: Από τους συμμετέχοντες, 92 είχαν ΣΔ1, 19 παχυσαρκία και 55 αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Τόσο η ΣΑΠ όσο και η ΔΑΠ βρέθηκαν σημαντικά αυξημένες στους ασθενείς με παχυσαρκία συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (ΣΑΠ: 114,8±16,9 vs 100,6±12,1 mmHg, p<0,001, ΔΑΠ: 69,2±9,5 vs 60,1±8,7 mmHg, p<0,001). Οι ασθενείς με ΣΔ1 δεν εμφάνισαν σημαντικά αυξημένη ΣΑΠ και ΔΑΠ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η κεντρική ΣΑΠ και ΔΑΠ βρέθηκαν σημαντικά αυξημένες στους ασθενείς με παχυσαρκία συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (κΣΑΠ: 103,1±14,8 vs 89,7±10,9 mmHg, p<0,001, κΔΑΠ: 72,6±10,6 vs 61,9±8,8 mmHg, p<0,001). Αντίθετα, οι ασθενείς με ΣΔ1 δεν παρουσίασαν σημαντικά επηρεασμένη κεντρική ΣΑΠ και ΔΑΠ. Το PWV βρέθηκε επίσης σημαντικά αυξημένο στους ασθενείς με παχυσαρκία συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (4,63±0,54 vs 4,18±0,4 m/s, p<0,001), αλλά όχι με τους ασθενείς με ΣΔ1.

Συμπεράσματα: Τα παιδιά και οι έφηβοι με παχυσαρκία παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές περιφερικής ΣΑΠ και ΔΑΠ καθώς και δείκτες αρτηριακής σκληρίας συγκριτικά με αυτά με ΣΔ1 ή την ομάδα ελέγχου. Η μέτρηση της PWV ίσως αποδειχθεί σημαντικό διαγνωστικό/προγνωστικό εργαλείο για αναγνώριση παιδιών με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

P 61

P 62

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ SODIUM ZIRCONIUM CYCLOSILICATE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Κ. Δρούζας, Δ. Πέτρου, Δ. Μπαχαράκη, Π. Καλογερόπουλος, Π. Νικολόπουλος, Σ. Λιονάκη

Μονάδα Νεφρολογίας, Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Εισαγωγή: Το sodium zirconium cyclosilicate (SZC) είναι μια μη απορροφήσιμη, μη πολυμερική ανόργανη κόνις, που δεσμεύει με υψηλή εκλεκτικότητα το κάλιο. Στη παρούσα μελέτη παρατήρησης καταγράψαμε την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της χορήγησης SZC σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN).

Ασθενείς & Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ενήλικες ασθενείς με XNN σταδίου II-V και κάλιο ορού πάνω από 5,1 mmol/L οι οποίοι έλαβαν αγωγή με SZC. Οι ασθενείς υπό αιμοκάθαρση έλαβαν SZC 5-15g τις ημέρες εκτός αιμοκάθαρσης. Οι υπόλοιποι ασθενείς έλαβαν δόση εφόδου 10-30gSZC και συντήρηση 5-10g ημερησίως. Καταγράφηκαν τα επίπεδα καλίου του ορού σε 4 χρονικές στιγμές (ημέρες: 0,3,30,60), τα συν-χορηγούμενα φάρμακα, ο χρόνος επίτευξης νορμοκαλιαιμίας, οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή/και η ανάγκη διακοπής του SZC.

Αποτελέσματα: Μέχρι σήμερα 26 ασθενείς έχουν ενταχθεί στη μελέτη, εκ των οποίων 12 (46%) είχαν XNN σταδίου V, 4(16%) XNN σταδίου IV και 10(38%) XNN σταδίου III. Από αυτούς 10(38.4%) ήταν υπό αιμοκάθαρση και 2(7.6%) υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Σε όλους επιτεύχθηκε νορμοκαλιαιμία στις πρώτες 3 ημέρες της αγωγής, η οποία διατηρήθηκε σε όλες τις υποομάδες ασθενών αιμοκάθαρσης, περιτοναϊκής κάθαρσης, ύπαρξης διαβήτη, καρδιακής ανεπάρκειας και θεραπείας με αναστολείς RAAS(61.5%) ή και ανταγωνιστών του υποδοχέα αλατοκορτικοειδών (15.1%). Το SZC γενικά ήταν καλά ανεκτό, δεν προέκυψε ανάγκη διακοπής του φαρμάκου λόγω υποκαλιαιμίας, ενώ διακοπή έγινε μόνο σε μία περίπτωση λόγω δυσκοιλιότητας.

Συμπεράσματα: Στη σειρά αυτή των ασθενών η χορήγηση του SZC είχε ως αποτέλεσμα επίτευξη νορμοκαλιαιμίας εντός 3 ημερών, ανεξαρτήτως των συνχορηγούμενων φαρμάκων, ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν σπάνιες.

P 63

ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Μαρκάκη, Α. Χαρωνιτάκη, Α. Προεστάκης, Ε. Ορφανού, Ε. Ψυλινάκης, Α. Σπυριδάκη

Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Κρήτη

Εισαγωγή: Οι αιμοκαθαίρομενοι (ΑΜΚ) ασθενείς εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό άγχους και κατάθλιψης, που συνδέονται με κακή πρόγνωση¹ και που μπορεί να οδηγήσουν σε επιζήμιες αλλαγές στη σύσταση σώματος². Δεδομένου ότι η ευαισθησία στο άγχος (AS) (φόβος για τα σχετιζόμενα με άγχος σωματικά συμπτώματα) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών³, στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της AS σε ΑΜΚ ασθενείς και η διερεύνηση της σχέσης της με τη σύσταση του σώματος.

Μέθοδοι: 51 ΑΜΚ ασθενείς (30 άνδρες), ηλικίας 28-85 ετών, αξιολογήθηκαν μέσω ανάλυσης βιοηλεκτρικής αντίστασης (BIA), και των ερωτηματολογίων Anxiety Sensitivity Index-Revised 36 (ASI-R-36) και Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων (FFQ). **Αποτελέσματα:** Περίπου το 11,8% των ασθενών είχαν υψηλή και 29,4% σοβαρή AS. Οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη AS από τους άνδρες (61,6±32,1 έναντι 40,1±33,4, p<0,05). Η AS συσχετίστηκε θετικά με το εξωκυττάριο νερό (ECW, r=0,420, p<0,005) και αρνητικά με τη γωνία φάσης (Φ, r=-0,437, p<0,005), τη σωματική κυτταρική μάζα (BCM, r=-0,359, p<0,01), μυϊκή μάζα (MM, r=-0,337, p<0,05) και τον Δείκτη Σκελετικής Μάζας (SMI, r=-0,445, p<0,005). Στην ανάλυση παλινδρόμησης ελέγχθηκαν οι παραπάνω συσχετίσεις BIA-AS, έπειτα από στάνδαριση ως προς την ηλικία, το φύλο, το ύψος, τα έτη κάθαρσης και τρόφιμα από το FFQ, με σημαντική συσχέτιση με τις παραμέτρους της BIA, όπου παρέμεινε η σημαντική αρνητική επίδραση της AS στα Φ, SMI και θετική στο ECW.

Συμπέρασμα: Αυξημένη ευαισθησία στο άγχος επηρεάζει δυσμενώς τη σύσταση σώματος ΑΜΚ ασθενών, ανεξάρτητα από τη διατροφική πρόσληψη. Ο έλεγχος για AS θα μπορούσε να είναι πολύτιμος για την πρόληψη ανεπιθύμητων ψυχολογικών και σωματικών αλλαγών.

- Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *International journal of nephrology and renovascular disease*, 11, 93–102.
- Stefanaki, C., Pervanidou, P., Boschiero, D. et al. (2018). Chronic stress and body composition disorders: implications for health and disease. *Hormones* 17, 33–43.
- Hovenkamp-Hermelink, J.H.M., van der Veen, D.C., Oude Voshaar, R.C. et al. (2019). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Sci Rep* 9, 4314.

Acknowledgements

Αυτή η δημοσίευση χρηματοδοτείται από το έργο: "Ενίσχυση και βελτιστοποίηση λειτουργίας των υπηρεσιών της ΜΟΔΥ και των ακαδημαϊκών και ερευνητικών μονάδων του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου", το οποίο χρηματοδοτείται από το ΠΔΕ του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων.

ΜΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ DELPHI ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΣΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΝΕΦΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

I. Γριβέας¹, Μ. Ακτσιαλή², Χ. Χρυσόχου³, Μ. Μαρκέτου⁴

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού, 417 ΝΙΜΙΤΣ, Αθήνα

²Μονάδα Αιμοκάθαρσης, Νεφροϊατρική Green, Αθήνα

³Καρδιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

⁴Καρδιολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Η υπερκαλιαιμία είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή κατάσταση και ορίζεται ως επίπεδο καλίου στον ορό >5,0mEq/L. Ο κύριος σκοπός του έργου ήταν η καταγραφή της γνώμης των ειδικών στη διαχείριση της υπερκαλιαιμίας και η διαμόρφωση συστάσεων βέλτιστης πρακτικής για καρδιονεφρικούς ασθενείς στην Ελλάδα.

Υλικό & Μέθοδος: Συντονιστική επιτροπή αποτελούμενη από νεφρολόγους και καρδιολόγους ανέπτυξε 37 προτάσεις που απαντήθηκαν διαδικτυακά από 32 ειδικούς στην καρδιονεφρική διαχείριση στην Ελλάδα. Χρησιμοποιήθηκε median score για τον προσδιορισμό του επιπέδου συμφωνίας και ο δείκτης διαφωνίας (DI) για το επίπεδο συναίνεσης κάθε δήλωσης.

Αποτελέσματα: Οι προτάσεις χωρίστηκαν σε τέσσερις τομείς: διαχείριση της υπερκαλιαιμίας, μέτρα πρόληψης, θεραπεία, και συνεργασία μεταξύ ειδικοτήτων. Μετά τον πρώτο γύρο απαντήσεων το ποσοστό συναίνεσης ήταν 94,6%, που θεωρήθηκε επαρκές, οπότε δεν υπήρξε δεύτερος γύρος. Το median score ήταν >7 για 36 από τις 37 προτάσεις και DI≤1 για 35 από τις 37. Μεταξύ άλλων, συμφωνία επετεύχθη για τις προτάσεις: K+>5.0mEq/L συνδέονται με αυξημένη θνησιμότητα, οι RAASi πρέπει να χορηγούνται στις μέγιστες προτεινόμενες δόσεις σε καρδιονεφρικούς ασθενείς, οι νέοι δεσμευτές K⁺ μπορούν να βοηθήσουν στην επίτευξη των προτεινόμενων από τις κατευθυντήριες οδηγίες δόσεων των RAASi. Οι προτάσεις χωρίς συμφωνία ήταν: K+>5.5mEq/L δεν πρέπει να οδηγούν σε υποπιλοποίηση ή αποφυγή πιλοποίησης, οι καρδιονεφρικοί ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή υπερκαλιαιμία δεν πρέπει να τρώνε φρούτα και λαχανικά.

Συμπεράσμα: Η Delphi εργασία αυτή ανέδειξε συμφωνία μεταξύ νεφρολόγων και καρδιολόγων στη διαχείριση της υπερκαλιαιμίας σε καρδιονεφρικούς ασθενείς, που μπορεί να βοηθήσει στη βέλτιστη δια-ειδική διαχείριση, με την υπερκαλιαιμία να μην αποτελεί εμπόδιο για θεραπείες που αλλάζουν την πορεία της νόσου.

Υπήρξε χρηματοδότηση από την AstraZeneca

ΑΙΜΟΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ. ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

E. Σταμπολλίου¹, Α. Χαλκιά¹, Α. Καποτά¹, Δ. Παπαδοπούλου², Γ. Μπαμίχας³, Ε. Παππάς⁴, Δ. Πετράς¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

²Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Αθήνα

³Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΘ «Παπανικολάου»

⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΓΝ Φιλιάτες

Εισαγωγή: Η αιμοπροσρόφηση αποτελεί μία μέθοδο που όπως φαίνεται από μελέτες τα τελευταία χρόνια, θα μπορούσε να έχει πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς που υποβάλλονται χρονίως σε αιμοκάθαρση.

Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για πολυκεντρική, προοπτική μελέτη σε ασθενείς χρονίως αιμοκαθαιρόμενους. Τοποθετήθηκε φίλτρο αιμοπροσρόφησης (HA-130) συνδυαστικά με το φίλτρο αιμοκάθαρσης (low flux ή high flux) μία φορά την εβδομάδα για διάστημα 8 εβδομάδων. Λήφθηκε εργαστηριακός έλεγχος και συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια σχετικά με την ποιότητα ύπνου και τον κνησμό στην αρχή και στο πέρας του ανωτέρω διαστήματος (Duo's modified itching rating scale- 5D scale, appetite assessment scale, Pittsburgh sleep quality assessment form- PSQI).

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν συνολικά στη μελέτη 4 Νεφρολογικά κέντρα στην Ελλάδα και συμπεριλήφθηκαν 17 ασθενείς υπό τεχνητό νεφρό (13 άντρες, με μέση ηλικία 65 έτη). Το follow-up διήρκεσε 8 εβδομάδες και παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις τιμές την παραθορμόνης, φωσφόρου, β2-μικροσφαιρίνης και ιντερλευκίνης-6 (p<0.05). Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση στις τιμές του μαγνησίου και των τριγλυκεριδίων (p<0.05). Τέλος, αναφορικά με τα 2 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στα σκορ τους στο τέλος της θεραπείας συγκριτικά με τα σκορ προ της θεραπείας (Πίνακας 1).

Συμπεράσματα: Παρά το μικρό αριθμό ασθενών και το σύντομο χρονικό διάστημα παρακολούθησης, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των ουραιμικών τοξινών και βελτίωση του κνησμού και της ποιότητας ύπνου των συμμετεχόντων, χωρίς να διαπιστωθούν μείζονες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Πίνακας 1. Οι κυριότεροι δείκτες προ και μετά το διάστημα χρήσης του φίλτρου αιμοπροσρόφησης.

Time	Urea (mg/dL)	Cre (mg/dL)	β2M (mg/dL)	PTH (pg/ml)	Ph (mg/dL)	Mag (mg/dL)	IL-6 (pg/ml)	Trig (mg/dL)	PSQI	5-D scale
Baseline	124 ± 25	8.7 ± 1.9	33 ± 8	586 ± 367	5.4 ± 1.3	2.2 ± 0.3	15.8 ± 15	109.5 ± 51	12.4 ± 6	12.6 ± 5
8 weeks after treatment	102 ± 19	9 ± 2.5	30 ± 6	437 ± 266	3.9 ± 1.1	3 ± 0.4	10 ± 9	148.5 ± 87	10.8 ± 6	11 ± 4
Reduction	22 ± 6	+0.3 ± 0.6	3 ± 2*	149 ± 101*	1.5 ± 0.2*	+0.8 ± 0.1*	5.8 ± 6*	+38 ± 36*	1.6 ± 0*	1.6 ± 1*

*p<0.05