

94ⁿ Επιστημονική Συνάντηση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

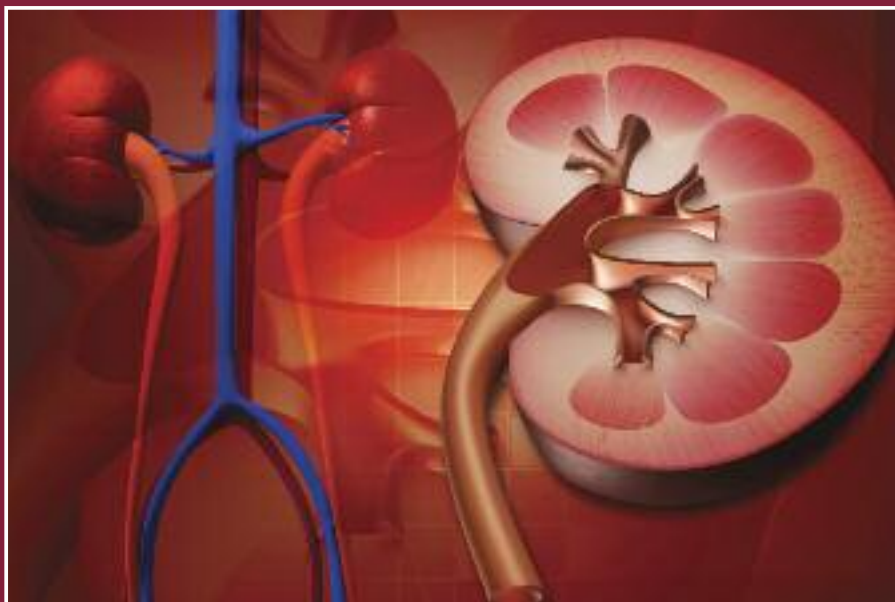
Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση



Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία

16-18 Νοεμβρίου 2017

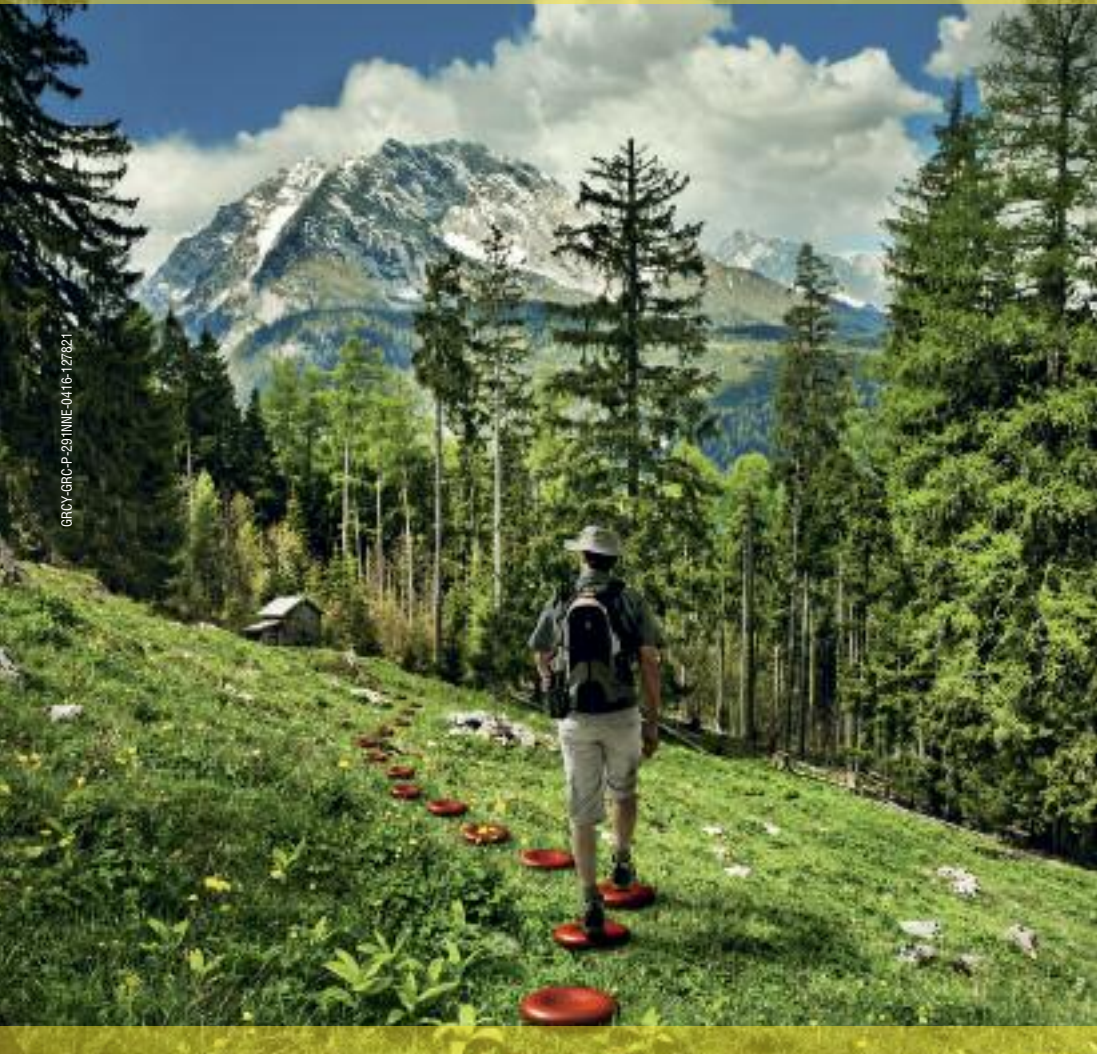
Ξενοδοχείο MAKEDONIA PALACE, Θεσσαλονίκη



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ & ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Aranesp[®] (darbepoetin alfa)

GRCY-GRG-P-2811ME-04/16-127821



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως ή περιλαμβάνονται στην συνοπτική περιγραφή χαρακτηριστικών του προϊόντος, το φύλλο οδηγιών χρήσης και τη μονογραφία του φαρμάκου.

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΑΑ τα φάρμακα
συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"**

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενέργειών του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) Τηλ. 2132040380, Fax 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαθέσιμη και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή ενδιάμεσο στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ.: +30 2103447000.

AMGEN[®]

Γραβιάς 4, 151 25 Μαρούσι
Τηλ.: 210 344 7000, Fax: 210 344 7050
e-mail: info@amgen.gr, www.amgen.gr

**Οργανωτική Επιτροπή -
Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής
Νεφρολογικής Εταιρείας 2016 – 2018**

Πρόεδρος: Παπαγιάννη Αικατερίνη

Αντιπρόεδρος: Αποστόλου Θεοφάνης

Γεν. Γραμματέας: Μπαμιάκας Γεράσιμος

Ειδ. Γραμματέας: Ανδρικός Αιμίλιος

Ταμίας: Φραγκίδης Στυλιανός

Μέλη: Χατζηγιαννακός Δημήτριος
Μαρινάκη Σμαράγδη

Επιστημονική Επιτροπή

Πρόεδρος: Ι.Ν. Μπολέτης

Μέλη: Βάιος Βασίλειος
Λιακόπουλος Βασίλειος
Μαρινάκη Σμαράγδη
Ντουνούση Ευαγγελία
Παπαγιάννη Αικατερίνη
Πατεινάκης Παναγιώτης
Σαραφίδης Παντελής

Γενικές Πληροφορίες

Τόπος Διεξαγωγής

Ξενοδοχείο Makedonia Palace Hotel, Λεωφ. Μεγ. Αλεξάνδρου 2, ΤΚ 546 40, Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 897 197.

Συμμετοχή

Η συμμετοχή στην Επιστημονική Εκδήλωση είναι δωρεάν.

Διαμονή

Makedonia Palace Hotel, standard μονόκλινο δωμάτιο, 145€, η τιμή είναι ανά διανυκτέρευση και περιλαμβάνει πρωινό και όλους του φόρους.

Για τους συμμετέχοντες που μετακινούνται αεροπορικώς από/προς Αθήνα προσφέρεται πακέτο Διαμονής, Αεροπορικών Εισιτηρίων και μεταφοράς από/προς το Αεροδρόμιο «Μακεδονία», συνολικού κόστους 480€.

Διοργάνωση

Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία

Μαιάνδρου 15, 11528 – Αθήνα

Τηλ: 210 7298586

Fax: 210 7237705

e-mail: ene@ene.gr

www.ene.gr



Γραμματεία



C.T.M. International S.A.

Βασ. Σοφίας 131

11521 – Αθήνα

Τηλ: 210 3244932

Fax: 210 3250660

www.ctmi.gr

Ευχαριστίες

*Η Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία ευχαριστεί τις εταιρείες
για τη συμβολή τους στην επιτυχία της Επιστημονικής Συνάντησης*

abbvie**AMGEN****Baxter****Specifar**
A Teva Company

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 16 Νοεμβρίου 2017

10:00 - 14:00 Συναντήσεις Επιτροπών Ε.Ν.Ε. - Επιτροπής Εκπαίδευσης, Οργανωτικής Επιτροπής 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νεφρολογίας, Επιτροπής Σύνταξης Περιοδικού “Ελληνική Νεφρολογία”, Διοικητικού Συμβουλίου

14:30 - 15:00 *Διάλειμμα*

15:00 - 17:00 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Δ. Πετράς, Ι. Τζανάκης

01 ΒΑΡΙΑ ΟΞΕΙΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΑΠΟ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΗ ΚΑΤΑΛΗΞΗ ΣΕ ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ ΙΙΙ

Χ. Πλέρος¹, Ε. Σταματάκη¹, Α. Παπαδάκη¹, Ν. Δαμιανάκης¹, Ρ. Πουλιδάκη¹, Χ. Γακιοπούλου², Ι. Τζανάκης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

02 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ (POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALOPATHY SYNDROME, PRES) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΚΛΟΦΩΣΦΑΜΙΔΗΣ

Μ-Ε. Αλεξάνδρου¹, Π. Κυρικλίδου¹, Ε. Μάνου¹, Μ. Τσαγκούριας², Ρ. Γκόμπος³, Π. Πατεινάκης¹, Α. Μπλάτσα¹, Α. Λυσίτσα¹, Ε. Μητσόπουλος¹, Δ. Ματάμης², Δ. Παπαδοπούλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

³Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

03 ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΑΠΟ κ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΛΥΣΟΥΣ ΜΕ ΣΧΕΔΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Π. Στρόππου¹, Α. Μπλάτσα¹, Μ-Ε. Αλεξάνδρου¹, Σ. Κεβρεκίδου¹, Σ. Περβανά², Α. Λυσίτσα¹, Π. Πατεινάκης¹, Ε. Μάνου¹, Π. Κυρικλίδου¹, Ε. Μητσόπουλος¹, Δ. Παπαδοπούλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Πέμπτη 16 Νοεμβρίου 2017

04 ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΠΡΩΤΕΪΝΑΙΜΙΑ α1 ΒΑΡΙΩΝ ΑΛΥΣΕΩΝ

Μ. Συμυρλή¹, Χ. Χριστοδουλίδου¹, Α. Παϊκοπούλου¹, Χ. Βουρλάκου¹,
Ξ. Μπένια¹, Δ. Σαμπαζιώτης², Θ. Αποστόλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-
Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

05 ΕΠΙΜΟΝΗ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ C3 ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Σ. Μαρινάκη¹, Μ. Κορογιάννου¹, Σ. Τσιάκας¹, Γ. Λιάπης², Ε. Κάψια¹,
Χ. Βεργαδής³, Ι.Ν. Μπολέτης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο
«Λαϊκό», Αθήνα

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

³Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

06 ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΝΙΔΙΑΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Σ. Μαρινάκη¹, Ε. Ξαγάς¹, Ε. Κάψια¹, Ι. Γαβαλάς¹, Γ. Λιάπης²,
Χ. Σκαλιώτη¹, Ι.Ν. Μπολέτης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο
«Λαϊκό», Αθήνα

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

07 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Σ. Ζερμπαλά¹, Π. Παπαδέα¹, Β. Νικολάου³, Β. Αθανασιάδου¹,
Χ. Λιγουδιστιανού², Χ. Ιατρού¹

¹Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά,
Νίκαια Πειραιά

²Εργαστήριο Προηγμένων Εφαρμογών Βιοτεχνολογίας, Theracell A.E., Αθήνα

³Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά, Νίκαια
Πειραιά

Πέμπτη 16 Νοεμβρίου 2017**08 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΔΙΑΥΛΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΩΝ. ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΕΡΜΟΣΧΕΥΜΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (THE ULTRAGRAFT FOR HEMODIALYSIS PROJECT)**

I.Ε. Γιαννικουράς^{1,2}, G.M. Bacchini¹, S. Vigano¹, G. Pontoriero¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Περιτοναϊκής Κάθαρσης και Μεταμόσχευσης Νεφρού-Τμήμα Αγγειακής Προσπέλασης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Alessandro Manzoni, Lecco, Λομβαρδία, Ιταλία

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Medifil A.E., Αθήνα

09 ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΛΟΓΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΕ ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ. ΜΥΘΟΣ Ή ΑΛΗΘΕΙΑ; ΜΕΛΕΤΗ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (DIALYSIS FISTULA MATURATION TRIAL)

I.Ε. Γιαννικουράς, Ε. Χαβιάρας, Φ. Αλεβιζάκη, Χ. Πετρίχου, Β. Γκινής, Ο. Καραμπογιά, Γ. Τριανταφύλλης

Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Medifil A.E., Αθήνα

10 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΑΠΟ ΑΝΘΡΑΚΙΚΟ ΛΑΝΘΑΝΙΟ ΣΕ ΣΟΥΚΡΟΦΕΡΙΚΟ ΟΞΥ-ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΕΡΙΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

A. Σταυρουλόπουλος^{1,2}, Β. Αρέστη¹, Χ. Παπαδόπουλος³, Π. Νέννες², Π. Μεταξάκη², Δ. Πασχαλινός¹, Α. Γαλήνας^{2,4}

¹Νεφρολογικό Τμήμα- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΙΑΣΙΟ Θεραπευτήριο Καλλιθέας, Αθήνα

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Αττικός Νεφρός, Αθήνα

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Αθηναϊκό Κέντρο Νεφρού, Αθήνα

⁴Νεφρολογικό Τμήμα, 417 Νοσοκομείο Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., Αθήνα

11 ON-LINE ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΟΥ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΡΙΝ Ή ΜΕΤΑ ΤΟ ΦΙΛΤΡΟ?

A. Δαμιανάκη, Π. Γιάννου, Α. Χαλκιά, Α. Καποτά, Δ. Πετράς

Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Πέμπτη 16 Νοεμβρίου 2017**12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ**

Α. Μπίκος¹, Χ. Λουτράδης², Α. Καρπέτας³, Β. Ράπτης⁴, Α. Πιπερίδου², Μ. Σχοινά², Ρ. Καλαϊτζίδης⁵, Ε. Γνικοπούλου¹, Σ. Παναγούτσος⁶, Π. Πασαδάκης⁶, Η. Μπαλάσκας⁷, Α. Παπαγιάννη², Β. Λιακόπουλος⁷, Π. Σαραφίδης²

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

⁵Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁶Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

⁷Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

17:00 - 19:00 Δορυφορικό Συμπόσιο**Νεότερες εξελίξεις στη διαχείριση του Δ.Υ.Π.Θ.****Προεδρείο: Αικ. Παπαγιάννη, Π. Πασαδάκης**

Οι ανανεωμένες κατευθυντήριες οδηγίες KGIGO 2017.

Τι άλλαξε στη διαχείριση του CKD-MBD

Χ. Δημητριάδης

Etelcalcetide: νέας γενιάς ασβεστιομιμικό με ενδοφλέβια χορήγηση

Σ. Παναγούτσος**19:00 - 19:15 Διάλειμμα Καφέ**

Πέμπτη 16 Νοεμβρίου 2017**19:15 - 20:15 Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα**

Παράγοντες «φθοράς» που επιδρούν στην πρόκληση και εξέλιξη της ΧΝΝ

Προεδρείο: Ι.Ν. Μπολέτης

Φάρμακα που προάγουν τη μακροζωία:
είναι το γήρας μία θεραπεύσιμη νόσος;
Σπ. Ντουράκης

20:15 - 21:15 Διάλεξη

Προεδρείο: Αικ. Παπαγιάννη

Μνήμες και εμπειρίες στη Νεφρολογία
Δ. Τσακίρης

21:45*Δείπνο*

Παρασκευή 17 Νοεμβρίου 2017**09:00 - 16:30 Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα**

Παράγοντες «φθοράς» που επιδρούν στην πρόκληση και εξέλιξη της ΧΝΝ

Προεδρείο: Δ. Βλαχάκος, Ν. Καπερώνης

09:00 - 09:30 Επιδημιολογία της ΧΝΝ

Ε. Ντουνούση

09:30 - 10:00 Υπέρταση: παράγοντας πρόκλησης και εξέλιξης της ΧΝΝ

Χ. Κουρβέλου

10:00 - 10:45 Αντιυπερτασική θεραπεία στους ασθενείς με ΧΝΝ

Ρ. Καλαϊτζίδης

10:45 - 11:30 Επίδραση της οξέωσης και της διατροφής στην εξέλιξη της ΧΝΝ

Χ. Μπαντής

11:30 - 12:00 *Διάλειμμα Καφέ*

Προεδρείο: Θ. Αποστόλου, Β. Λιακόπουλος

12:00 - 12:30 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II και ΧΝΝ

Μ. Στάγκου

12:30 - 13:00 Κατηγορίες υπογλυκαιμικών δισκίων και η θέση τους στις Κατευθυντήριες Οδηγίες

Α. Τσάπας

13:00 - 13:30 Ινσουλινοθεραπεία σε ασθενείς με ΧΝΝ

Χρ. Σαμπάνης

13:30 - 14:00 Επίδραση των αναστολέων SGLT2 και των αναλόγων GLP-1 στην εξέλιξη της ΧΝΝ

Π. Σαραφίδης

14:00 - 15:00 *Ελαφρύ Μεσημεριανό Γεύμα*

Παρασκευή 17 Νοεμβρίου 2017

Προεδρείο: Π. Πασαδάκης, Γ. Τσιρπανλής

15:00 - 15:30 Παχυσαρκία: πρόκληση και εξέλιξη νεφρικής βλάβης

Δ. Γούμενος

15:30 - 16:00 Οι παχύσαρκοι ασθενείς με ΧΝΝ

Σ. Μαρινάκη

16:00 - 16:30 Το μικροβίωμα

Μ. Μουκταρούδη

16:30 - 17:00 Το μικροβίωμα στη ΧΝΝ

Χ. Μελεξοπούλου

17:00 - 17:15 *Διάλειμμα Καφέ*

17:15 - 19:00 Γενική Συνέλευση

19:00 - 21:00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: Ν. Αφεντάκης, Δ. Παπαδοπούλου

13 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Α. Πιπερίδου¹, Α. Μπίκος¹, Β. Ράπτης³,
Γ. Τζανής¹, Μ. Σχοινά¹, Χ. Συργκάνης⁴, Γ. Σταματιάδης⁵,
Β. Λιακόπουλος⁶, Π. Ζεμπεκάκης⁶, Γ. Ευστρατιάδης¹, Π. Σαραφίδης¹,
Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

⁵Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, Σέρρες

⁶Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 17 Νοεμβρίου 2017

14 ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΩΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Π. Τσεκέ¹, Α. Ανδρίκος², Κ. Περάκης³, Μ. Ανδρουλάκη⁴,
Β. Λιακόπουλος⁵, Γ. Τσιρπανλής⁶, Ο. Μπαλάφα⁷, Χ. Μελεξοπούλου⁸,
Χ. Κασίνας⁹, Χ. Δημητριάδης¹⁰, Μ. Θεοδωρίδης¹¹, Π. Πασαδάκης¹¹

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Mesogeios Π. Φαλήρου, Π. Φάληρο

²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

³Νεφρολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών, Γρεβενά

⁵Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

⁶Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

⁷Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

⁸Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο
«Λαϊκό», Αθήνα

⁹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, Πτολεμαΐδα

¹⁰Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

¹¹Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

15 ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΗΑΝΤΑΙΡΟΥΣ

Θ. Ντρίνιας¹, Λ. Μπαλιτά¹, Χ. Γακιοπούλου², Μ. Παπασωτηρίου¹,
Σ. Ασημακόπουλος³, Γ. Δάβουλος³, Π. Γούτου³, Α. Τσιμέκα³,
Β. Γεωργιοπούλου¹, Λ. Φύσσα¹, Ε. Παπαχρήστου¹, Δ. Γούμενος¹

¹Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Πατρών, Ρίο

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο

16 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΕΜΦΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Μ. Σχοινά¹, Ε. Σαμπάνη¹, Θ. Κουλουκουργιώτου¹, Ι. Τσουχνικάς¹,
Σ. Βακαλοπούλου², Μ. Στάγκου¹, Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο
«Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Παρασκευή 17 Νοεμβρίου 2017
17 ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΓΚΟΛΙΜΟΥΜΑΜΠΗ

Χ. Λιότση, Ε. Μπέη, Γ. Τσούκα, Σ. Πλαβούλου, Χ. Χριστοδουλίδου, Χ. Βουρλάκου, Κ. Παύλου, Θ. Αποστόλου

Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

18 ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΝΙΒΟΛΟΥΜΑΜΠΗ

Π. Γεωργιανός¹, Β. Βαΐος¹, Μ. Αντωνίου¹, Ε. Λεονταρίδου¹, Γ. Βαρέτα¹, Γ. Καραγιαννοπούλου², Τ. Κολέτσα², Α. Σιούλης¹, Η. Μπαλάσκας¹, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

²Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

19 ΑΠΡΟΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Σ. Κεβρεκίδου¹, Μ-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Μπλάτσα¹, Π. Στρόππου¹, Ε. Παζαρή², Α. Λυσίτσα¹, Π. Πατεινάκης¹, Ε. Μάνου¹, Π. Κυρικλίδου¹, Ε. Μητσόπουλος¹, Δ. Παπαδοπούλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

20 ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΝΕΦΡΟΥ. ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δ. Λυγερού¹, Κ. Δερμιτζάκη¹, Α. Παρασκευόπουλος¹, Κ. Στυλιανού¹, Σ. Στρατάκης¹, Σ. Στρατήγης¹, Γ. Ορφανάκη¹, Μ. Κουτσάκη¹, Κ. Περάκης¹, Ε. Βαρδάκη¹, Ρ. Μπαλάση¹, Χ. Γακιοπούλου², Ζ. Σαριδάκη³, Ε. Δαφνής¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

³Ογκολογικό Τμήμα, «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ Διάγνωσης», Ηράκλειο

Παρασκευή 17 Νοεμβρίου 2017**21 ΣΟΒΑΡΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ SGLT2- ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ**

Ε. Τριανταφυλλίδου, Φ. Μπούντα, Δ. Χατζηδημητρίου, Φ. Μαρκάτου, Μ. Θεοδορίδης, Σ. Παναγούτσος

Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

22 ΔΙΥΛΙΣΗ ΜΕ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗ (SINGLE PASS ALBUMIN DIALYSIS) ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Κ. Τζιώγκας¹, Ι. Τσουχνικάς², Ο. Γιουλεμέ¹, Δ. Χριστοδούλου³, Ν. Γραμματικός¹, Μ. Στάγκου², Α. Παπαγιάννη²

¹*Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

²*Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

³*Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

23 ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Π. Κιόρτεβε, Κ. Στεργίου, Α. Δημητρίου, Κ. Τραϊανού, Χ. Ντιούδης

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

24 ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ

Ε. Σαμπάνη¹, Ε. Κασιμάτς¹, Α. Δημοσιάρη², Λ. Κορελίδου¹, Α. Παπαγιάννη¹

¹*Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

²*Δ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη*

25 ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ WERNICKE ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ, ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΝΟΣΟΣ

Α. Ντούνη, Π. Παυλάκου, Σ. Ξηρομερίτη, Κ. Ραφομανίκης, Ο. Μπαλάφα, Σ. Κουντούρης, Χ. Παππάς, Ε. Ντουνούση

Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Παρασκευή 17 Νοεμβρίου 2017**26 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ
ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ C**

A. Καμμένος¹, E. Μπέη¹, Β. Σεβαστιανός, Δ. Λυμπερόπουλος²,
B. Σεβαστιανός², Β. Χουλιτούδη¹, Μ. Γιαννοπούλου¹,
A. Γεωργακόπουλος¹, Β. Βουγάς³, Θ. Αποστόλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο
«Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

²Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο
Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

³A' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γενικό
Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

**27 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ
ΥΠΕΡΧΛΩΡΑΙΜΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΣΕ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Π. Παυλάκου¹, A. Ντούνη¹, Κ. Ραφομανίκης¹, Σ. Ξηρομερίτη¹,
Χ. Παππάς¹, Μ. Μήτσος², Ε. Ντουρούση¹

¹Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**28 ΣΟΒΑΡΟ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΛΟΓΩ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ
ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ
RITUXIMAB**

E. Μπέη¹, Β. Χουλιτούδη¹, Π. Ανδρονικίδη¹, Μ. Γιαννοπούλου¹,
A. Γεωργακόπουλος¹, Χ. Βουρλάκου², Β. Βουγάς³, Θ. Αποστόλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο
«Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο

«Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

³A' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γενικό
Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

Σάββατο 18 Νοεμβρίου 2017

09:00 - 12:00 *Προεδρείο: Αικ. Παπαγιάννη*

Registries

09:00 - 10:15 Registry Μεμβρανώδους Νεφροπάθειας στην Ελλάδα
Αικ. Παπαγιάννη

10:15 - 10:45 *Διάλειμμα*

10:45 - 11:15 Registry Εστιακής Τμηματικής Σπειραματοσκλήρυνσης
στην Ελλάδα
Ι.Ν. Μπολέτης

11:15-12:00 Registry IgA Νεφροπάθειας στην Ελλάδα
Δ. Γούμενος



Ισχυρός
έλεγχος του φωσφόρου³



Εκλεκτική
φωσφοροδέσμευση⁴



Πρακτική
χορήγηση⁵



VELPHORO® σε κάθε γεύμα*

1. Floege J et al. *Kidney Int.* 2014;86(3):638-47. 2. Floege J et al. *Nephrol Dial Transplant* 2015;30:1037-1046. 3. Yaguchi A et al. *Drug Res (Stuttg)*. 2016;66(5):262-9 4. Rakov V et al. *Journal of Renal Nursing* 2014;6(6):273-279 5. Cozzolino M et al. *Curr Drug Metab.* 2014;15(10):953-65.
6. VELPHORO® Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος

VIFOR FRESENIUS MEDICAL CARE
RENAL PHARMA

GENESIS
pharma

Λ. Κηφισίας 274, 15232 Χαλάνδρι, Αθήνα
Τηλ.: 210 8771500, Fax: 210 6891918
e-mail: info@genesispharma.com
www.genesispharma.com

*Η συνιστώμενη δόση έναρξης του VELPHORO® είναι 1 δισκίο ανά γεύμα, 3 φορές ημερησίως⁶

Για συνταγογραφικές πληροφορίες ανατρέξτε στην επόμενη σελίδα του εντύπου. Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τη Γένεσις Φάρμα Α.Ε.

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια. Βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών. 1. **ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ** Velphoro 500 mg μασώσιμα δισκία. 2. **ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΣΥΝΘΕΣΗ** Κάθε μασώσιμο δισκίο περιέχει 500 mg σιδηρού σε μορφή σουκροφυκικού οξυ-υδροξειδίου, χωρίς επίσης ως μέγιστο πολυμερισμένο οξυ-υδροξειδίου του τριβοθενίου, σακχαρώδη και άμυλου. Η δραστική ουσία σουκροφυκικό οξυ-υδροξείδιο περιέχει 750 mg σακχαρώδη και 700 mg κλάμης. 3. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ** Μασώσιμο δισκίο. Καφέ, κυκλική διακία με ανάγλυφη ένδειξη PA500 στα δύο πλευρά. Τα δισκία έχουν διάμετρο 20 mm και πάχος 6,5 mm. 4. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΗΡΟΦΙΕΣ 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις** Το Velphoro ενδείκνυται για έλεγχο των επιπέδων του φωσφόρου ορού σε ενήλικες ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) ή περιτονική κάθαρση (ΠΚ). Το Velphoro θα πρέπει να χρησιμοποιείται στα πλαίσια πολλαπλής θεραπευτικής προσέγγισης, η οποία θα μπορούσε να περιλαμβάνει συμπλήρωμα ασβεστίου, 1,25-διυδροβιταμίνη D3 ή κάποιο από τα ανάλογά της ή ασβεστοσυσμικά για τον έλεγχο ανάπτυξης οστικής νεφρικής νόσου. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης** Δοσολογία Δόση έναρξης Η συνιστώμενη δόση έναρξης του Velphoro είναι 1.500 mg σιδηρού (3 δισκία) ανά δύο ημέρα, διαμορφωμένη στα γεύματα της ημέρας. Το Velphoro προορίζεται για λήψη από το στόμα μόνο και θα πρέπει να καταναλώνεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Οι ασθενείς που λαμβάνουν το Velphoro θα πρέπει να ακολουθούν πιστά το συνταγογραφημένο διατοίγισμα. Ρύθμιση της δόσολογίας και συντήρηση Το επίπεδο του φωσφόρου ορού θα πρέπει να παρακολουθείται από τον πτελοδόπλο δόση του Velphoro θα πρέπει να αυξάνεται ή να ελαττώνεται με προσοχή/δύση των 500 mg σιδηρού (1 δισκίο) ανά ημέρα κάθε 2-4 εβδομάδες μέχρι να επιτευχθεί ένα αποδοτικό επίπεδο φωσφόρου ορού, επακολουθούμενο από τακτική παρακολούθηση. Στην κλινική πρακτική, η θεραπεία βασίζεται στην ανάγκη ελέγχου των επιπέδων του φωσφόρου ορού, παρόλο που οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία με Velphoro συνήθως επιτυγχάνουν τα βέλτιστα επίπεδα φωσφόρου ορού με δόσεις των 1.500 mg-2.000 mg σιδηρού ανά ημέρα (3 έως 4 δισκία). Σε περίπτωση παράλειψης μιας ή περισσότερων δόσεων, θα πρέπει να συνεχιστεί η λήψη της κανονικής δόσης του φαρμακευτικού προϊόντος με το επόμενο γεύμα. Μείωση/σχετική πνεύρα δόση Η μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι 3.000 mg σιδηρού (6 δισκία) ανά ημέρα. Παθολογικός πλθυσμός Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Velphoro σε παιδιά κάτω των 18 ετών δεν έχει τεκμηριωθεί. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Ηλικιωμένος πληθυσμός (>65 ετών) Το Velphoro έχει χορηγηθεί σε περισσότερους από 245 ηλικιωμένους (>65 ετών) σύμφωνα με το εγκεκριμένο δόσολογικό σχήμα. Από τον συνολικό αριθμό των ασθενών που ελάβησαν μέρος σε κλινικές μελέτες με χορήγηση του Velphoro, το 29,7 % ήταν ηλικίας 65 ετών ή άνω, ενώ το 8,7% ήταν ηλικίας 75 ετών ή άνω. Δεν ίσχυαν ειδικές οδηγίες δοσολογίας και χορήγησης στους ηλικιωμένους αυτών των μελετών και τα δοσολογικά σχήματα δεν συσχετίστηκαν με σημαντικά σημεία ασταθούς. Νεφρική ανεπάρκεια Το Velphoro ενδείκνυται για έλεγχο των επιπέδων του φωσφόρου ορού σε ενήλικες ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (XNN) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) ή περιτονική κάθαρση (ΠΚ). Δεν υπάρχουν διαθέσιμα κλινικά δεδομένα σχετικά με τη χορήγηση του Velphoro σε ασθενείς που βρίσκονται σε πιο πρώιμα στάδια νεφρικής ανεπάρκειας. Ηπατική ανεπάρκεια Σε γενικές γραμμές, ασθενείς με σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια εξαιρέθηκαν από τη συμμετοχή στις κλινικές μελέτες κατά τις οποίες χορηγήθηκε το Velphoro. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν ενδείξεις ηπατικής ανεπάρκειας ή σημαντικής διαταραχής των ηπατικών ενζύμων κατά τις κλινικές μελέτες κατά τις οποίες χορηγήθηκε το Velphoro. Τρόπος χορήγησης Από το στόματος χρήση. Το Velphoro είναι ένα μασώσιμο δισκίο το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Για τη μεγιστοποίηση της απορρόφησης του διατοίγισμα φωσφόρου, η συνολική ημερήσια δόση θα πρέπει να διαμοιράζεται στα γεύματα της ημέρας. Δεν απαιτείται η κατάναλην περισσότερων υγρών από το συνδυασμένο από τους ασθενείς. Τα δισκία θα πρέπει να μασούνται και όχι να καταπιούνται ολόκληρα. Τα δισκία μπορούν να συνδυαστούν. **4.3 Αντενδείξεις** - Υπερευαίσθηση στα δραστικά συστατικά ή σε κάποιο από τα έκδοχα. - Αποκρουστικότητα και οποιαδήποτε άλλη διαταραχή ασυμφορμίας σιδηρού. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση** Περιτονική γαστρικές και ηπατικές διαταραχές και γαστροεντερική χειρουργική επέμβαση Οι ασθενείς με πρόσφατο ιστορικό περιτονίτιδας (κατά τους 3 τελευταίους μήνες), σημαντικές γαστρικές ή ηπατικές διαταραχές και οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μείζονα γαστροεντερική χειρουργική επέμβαση δεν έχουν συμπεριληφθεί στις κλινικές μελέτες με Velphoro. Το Velphoro θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε αυτούς τους ασθενείς μόνο κατόπιν προσεκτικής αξιολόγησης της σχέσης οφέλους-κινδύνου. Πληροφορίες σχετικά με τη σακχαρώδη ή τα άμυλα (υδατανύθρακες) Το Velphoro περιέχει σακχαρώδη. Οι ασθενείς με σπάνια κληρονομικά πρόβλήματα δυσανεξίας στα φρουκτόζη, δυσσοφορία γλυκόζη-γαλακτικής ή ανεπάρκεια σукρικής-ισομαλτικής δεν θα πρέπει να λαβούν αυτό το φάρμακο. Μπορεί να είναι επιβλαβές για τα δόντια. Το Velphoro περιέχει άμυλο. Οι ασθενείς με αλλεργία για γλυτένη ή οι διαβητικοί θα πρέπει να λάβουν υπόψη ότι ένα δισκίο Velphoro είναι ισοδύναμο με 0,116 μονάδες ψαμίου (ισοδύναμο με περίπου 1,4 g υδατανύθρακα). Αποκρουστικότητα κήρανα Το Velphoro μπορεί να προκαλέσει αποκρουστικότητα (μάζα κήρανα). Τα αποκρουστικά (μάζα) κήρανα μπορεί οπτικά να αποκρίνονται γαστροεντερική αιμορραγία (βλ. παράγραφο 4.5). **4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσεων** Το Velphoro σχεδόν δεν απορροφάται από τη γαστροεντερική οδό. Παρόλο που η πιθανότητα αλληλεπιδράσεων με φαρμακευτικά προϊόντα φαίνεται να είναι χαμηλή, η ταυτόχρονη θεραπεία με φαρμακευτικά προϊόντα με στενό θεραπευτικό εύρος απαιτεί την παρακολούθηση των κλινικών αποτελεσμάτων ή των ανεπιθύμητων αντιδράσεων κατά την έναρξη ή τη προσαρμογή της δόσης είτε του Velphoro είτε του ταυτόχρονου χορηγούμενου φαρμακευτικού προϊόντος. Εναλλακτικά, ο ασθενής θα πρέπει να εξετάσει το ενδεχόμενο μέρτρης των επιπέδων στο αίμα. Κατά τη χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικού προϊόντος το οποίο είναι γνωστό ότι αλληλεπιδρά με το σιδηρό (όπως η αζλοβιταμίνη και η δοξυκυκλίνη) ή είναι δυνατό να αλληλεπιδρά με το Velphoro βάσει μόνο μελών *in vitro* όπως η λεβοθυροξίνη, το φαρμακευτικό προϊόν θα πρέπει να χορηγείται τουλάχιστον μία ώρα πριν ή δύο ώρες μετά τη λήψη του Velphoro. Οι μελέτες *in vitro* με τις παρακάτω δραστικές ουσίες δεν εξέδειξαν κάποια σχετικά αλληλεπιδράση, ακετυλοσαλικυλικό οξύ, κεραλοθίνη, κινολοκίνη, κλοπιδογρέλη, ελεναπρίλη, υδατοχλωριούχο, μετροπρόλη, μετροπρόλη, πολλαπλάν και κινιδίνη. Μελέτες αλληλεπιδράσεων μεταξύ φαρμάκων έχουν πραγματοποιηθεί μόνο σε υγιείς εθελοντές. Οι μελέτες έχουν διεξαχθεί σε υγιείς άνδρες και γυναίκες ασθενείς με λοσσοπίνη, φουροσεμίδη, διγοξίνη, βαφορίνη και ιμιπραμίνη. Η συγχρόνια χρήση του Velphoro δεν επηρέασε τη βιοδιαθεσιμότητα αυτών των φαρμακευτικών προϊόντων όπως μετρήθηκε από την περιοχή από από την καμπύλη (AUC). Δοσολογία Ηλικιωμένοι ασθενείς με κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι το Velphoro δεν επηρεάζει τις επιδόσεις των αναστολέων της ΗMG-CoA ρεδοκτασης (π.χ. στατίνες και αιμοστατικά) στον αφορτα το μείων των λιπιδίων. Επιπλέον, post-hoc αναλύσεις από κλινικές μελέτες κατέδειξαν ότι το Velphoro δεν έχει επιρροή στην επίδραση της μείωσης της θάβικης παραφορμίνης (IP3H) των από του στόματος αντισπασμωδικών Βιταμίνης D. Το επίπεδο της βιταμίνης D και της 1,25-διυδροβιταμίνης D παραμένουν αμετάβλητα. Το Velphoro δεν επηρεάζει τις εξετάσεις ανίχνευσης αίματος στα κήρανα με δοκιμασία γουαϊόλολης (Haemostasis) ή ανολογικό δοκιμασία (CoCo Rectal και Hexagon Obv). **4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουκία** Υποδομή Δεν υπάρχουν διαθέσιμα κλινικά δεδομένα από την έκθεση του σουκροφυκικού οξυ-υδροξειδίου σε έγκυες γυναίκες. Μελέτες αναπαραγωγικής και αναπτυξιακής τοξικότητας σε ζώα δεν κατέδειξαν κάποιο κίνδυνο στον αφορτα την εγκυμοσύνη, την ανάπτυξη του εμβρύου, τον τοκετό και την ανάπτυξη μετά τη γέννα. Το Velphoro θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε έγκυες γυναίκες εάν είναι πραγματικά αναγκαίο μόνο κατόπιν προσεκτικής αξιολόγησης της σχέσης οφέλους-κινδύνου. Θηλασμός Δεν υπάρχουν διαθέσιμα κλινικά δεδομένα από τη χρήση του Velphoro σε θηλάζουσες γυναίκες. Εφόσον η απορρόφηση του σιδηρού από το Velphoro είναι ελάττωτη, είναι πιθανόν η απέκκριση σιδηρού από το Velphoro στο μητρικό γάλα. Η απόφαση για τη συνέχιση του θηλασμού ή τη θεραπεία με Velphoro θα πρέπει να ληφθεί σύμφωνα με τα οφέλη του θηλασμού για το παιδί και τα οφέλη της θεραπείας με Velphoro για τη μητέρα. Γονιμότητα Δεν υπάρχουν δεδομένα στον αφορτα την επίδραση του Velphoro στη γονιμότητα στον άνθρωπο. Σε μελέτες που διεξήχθησαν σε ζώα, δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στον αφορτα τη παραμέτρους: διαδοκία του ζευγαρώματος, γονιμότητα και γέννα κατόπιν χορήγησης του Velphoro. **4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών** Το Velphoro δεν έχει καμία ή ελάχιστη επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες** Περιλήψη του προφίλ ασφαλείας Το τρέχον προφίλ ασφαλείας του Velphoro βασίζεται σε χορήγηση θεραπείας με Velphoro διάρκειας έως 55 εβδομάδων σε συνολικά 778 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση και σε 57 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε περιτονική κάθαρση. Σε αυτές τις κλινικές μελέτες, περίπου το 43% των ασθενών εμφάνισαν τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη ενέργεια κατά τη θεραπεία με το Velphoro, εκ των οποίων το 0,36% ανεπιθύμητες ουσιαστικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η πλειονότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου (ΑΕ) που αναφέρθηκαν από τις μελέτες ήταν γαστροεντερικές διαταραχές, εκ των οποίων οι συντονότερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν η διάρροια και τα αποκρουστικά κήρανα (ΑΕ ουσών). Η συντηρική πλειοψηφία αυτών των γαστροεντερικών διαταραχών εμφανίστηκε νωρίς κατά τη διάρκεια της θεραπείας και υποχώρησε με τον πάροδο του χρόνου και τη συνέχιση της λήψης του φαρμάκου. Δεν παρατηρήθηκαν δοσοεξαρτούμενες τάσεις στο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ) του Velphoro. Πίνακας ανεπιθύμητων ενεργειών Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν από τη χρήση του Velphoro σε δόσεις από 250 mg σιδηρού/ημέρα έως 3.000 mg σιδηρού/ημέρα σε αυτούς τους ασθενείς (n=835) παρατίθενται στον Πίνακα 1. **Πίνακας 1** Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου που εντοπίστηκαν σε κλινικές δοκιμές

Κατηγορία/οργανικό σύστημα	Πολύ συχνές (≥ 1/10)	Συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10)	Όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100)
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης			Υπερσοβατότητα, Υποβροστασία
Διαταραχές του νεφρικού συστήματος			Κεφαλαλγία
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου			Δύσπνοια
Διαταραχές του γαστροεντερικού	Διάρροια* Αποκρουστικά κήρανα	Ναυτία, Δυσκοιλιότητα, Έμετος Δυσπεψία, Κοιλιακό άλγος, Μετεωρισμός Αποκρουστικότητα των δοντιών	Διάταση της κοιλίας, Γαστρίτιδα, Κοιλιακή δυσφορία Δυσφαγία, Γαστροοισοφαγική παλινδρομική (ΓΟΠΝ), Αποκρουστικότητα της γλώσσας
Διαταραχές του αίματος και του υποδόριου ιστού			Κνιμοί, Εξάνθημα
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης		Αρθραλγία γεύση προϊόντος	Κόπωση

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών *Διάρροια Η διάρροια προέκυψε στο 11,6% των ασθενών που συμμετείχαν στις κλινικές μελέτες. Κατά τις μακροχρόνιες μελέτες διάρκειας 55 εβδομάδων, η πλειοψηφία αυτών των ανεπιθύμητων συμβάντων διάρροιας που σχετίζονται με τη θεραπεία ήταν παροδικές, προέκυψαν κατά τα πρώιμα στάδια της έναρξης της θεραπείας και κατέληξαν σε διακοπή της θεραπείας από το 3,1% των ασθενών. Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών κατά τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος, Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς. **Ελλάδα** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαγός, Αθήνα, Τηλ. + 30 21 32040380/3307, Φαξ. + 30 21 06549585, Ιστοσελίδα: <http://www.eof.gr> **Κύπρος** Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475 Λευκωσία, Φαξ. + 357 22608649, Ιστοσελίδα: www.moh.gov.cy/phs **4.9 Υπερδοσολογία** Τυχόν περιπτώσεις υπερδοσολογίας του Velphoro θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατά τις τυπικές κλινικές πρακτικές. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma France, 100-101 Terrasse Bioleidiac, Tour Franklin, La Defense 8, 92042 Paris, La Defense Cedex, Γαλλία. **8. ΑΡΜΟΔΙΟΙ (ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** EU/11/14/943/001, Franklin, La Defense 8, 92042 Paris, La Defense Cedex, Γαλλία. **9. ΑΡΜΟΔΙΟΙ (ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ** EU/11/14/943/002, EU/11/14/943/003, EU/11/14/943/004. **9. ΓΑΛΛΙΑ** Η ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ / ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 26 Αυγούστου 2014. **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ** 01 Σεπτεμβρίου 2016. Λεπτομέρειες πληροφοριών για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟ ΔΙΑΒΑΣΗΣ:** Με ιστορική συσταγή. **ΤΙΜΗ Ενδεικτική (Α.Τ.):** VELPHORO CHW, TAB 500 MG/TAB φιαλίδιο (HDPE) X 90 δισκία: 172,71€

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναεργε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"



Abseamed[®]

Epoetin alfa

Νέα ζωή!

Για συστηματοποιημένες πληροφορίες επικοινωνήστε στα τηλέφωνα της εταιρείας



ABS / 03 / RAF / 01.2017 / ADV



RAFARM Α.Ε.Β.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κορίνθου 12, 154 51, Ν. Ψυχικό, Αθήνα, Τηλ.: 210 6776550-1 • Fax: 210 6776552 • e-mail: info@rafarm.gr
www.rafarm.gr

ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

01. ΒΑΡΙΑ ΟΞΕΙΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΑΠΟ ΔΑΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΗ ΚΑΤΑΛΗΞΗ ΣΕ ΧΝΝ ΣΤΑΔΙΟΥ III

Χ. Πλέρος¹, Ε. Σταματάκη¹, Α. Παπαδάκη¹, Ν. Δαμιανάκης¹, Ρ. Πουλιδάκη¹,
Χ. Γακιοπούλου², Ι. Τζανάκης¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

Εισαγωγή: Η δαπαγλιφλοζίνη (dapagliflozin) ανήκει σε μια νέα κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων (αναστολείς SGLT-2), στα οποία οι μέχρι σήμερα δημοσιευμένες κλινικές μελέτες αποδίδουν ιδιότητες νεφροπροστασίας και πρόληψης καρδιαγγειακών επεισοδίων. Η οξεία νεφρική βλάβη (ONB) αποτελεί μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές τους και οι πιθανοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν εκτός από την ωσμωτική διούρηση, πιθανή άμεση νεφροτοξικότητα μέσω τροποποίησης του μεταβολισμού της φρουκτόζης και του ουρικού οξέος στα νεφρικά σωληνάκια. Το παρακάτω περιστατικό καταδεικνύει την ανάγκη διαρκούς επαγρύπνησης και παρακολούθησης της νεφρικής λειτουργίας κατά τη χορήγηση αυτής της κατηγορίας αντιδιαβητικών δισκίων.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 50 ετών με ιστορικό ΣΔ τύπου II, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, παρουσιάστηκε περιπατητικός με ουραιμική συμπτωματολογία (αδυναμία, ανορεξία, ναυτία) και διαπιστώθηκε μη ολιγουρική οξεία νεφρική βλάβη με ουρία 467 mg/dl και κρεατινίνη ορού 22,4 mg/dl. Η γενική ούρων ανέδειξε χαμηλή πρωτεϊνουρία και ίζημα ενδεικτικό οξείας σωληναριακής νέκρωσης (ΟΣΝ) με κηρώδεις και «καφέ ρυπαρούς» κοκκώδεις κυλίνδρους. Η βιοψία νεφρού επιβεβαίωσε τη διάγνωση της βαριάς ΟΣΝ με εκτεταμένη κυτταροπλασματική κενотоπίωση επιθηλιακών κυττάρων και εστίες σωληναριτίδας. Από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση αποκλείστηκε η πιθανότητα προνεφρικής ONB και ως πιθανότερο αίτιο κρίθηκε η λήψη δαπαγλιφλοζίνης, που είχε προστεθεί στην αγωγή του 3 μήνες πριν την εμφάνιση ONB. Ο ασθενής ερωτήθηκε επανειλημμένα για τη λήψη άλλων πιθανών νεφροτοξικών ουσιών όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, βαρέα μέταλλα, μανιτάρια, αντιβιοτικά, δόγματα εντόμων κ.ά., των οποίων όμως τη λήψη-έκθεση απέκλεισε. Μετά από διενέργεια εξωνεφρικής κάθαρσης επί 28 ημέρες, η νεφρική του λειτουργία του ασθενούς άρχισε να βελτιώνεται, ενώ υπήρχε ήδη η σκέψη διενέργειας 2^{ns} βιοψίας νεφρού για εκτίμηση της πρόγνωσης της ONB. Δύο χρόνια αργότερα, ο ασθενής παρακολουθείται στα Εξωτερικά Ιατρεία με κρεατινίνη ορού 1,5 mg/dl και ΧΝΝ σταδίου III (eGFR CKD-EPI 53 ml/min/1,73m²).

02. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΠΙΣΘΙΑΣ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ (POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALOPATHY SYNDROME, PRES) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΚΛΟΦΩΣΦΑΜΙΔΗΣ

Μ-Ε. Αλεξάνδρου¹, Π. Κυρικλίδου¹, Ε. Μάνου¹, Μ. Τσαγκούριος², Ρ. Γιόμπστ³, Π. Πατεινάκης¹, Α. Μπλάτσα¹, Α. Λυσίτσκα¹, Ε. Μητσόπουλος¹, Δ. Ματάμης², Δ. Παπαδοπούλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

³Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Το Σύνδρομο Οπίσθιας Αναστρέψιμης Εγκεφαλοπάθειας (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome, PRES), είναι μία κλινικο-ακτινολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από έντονη κεφαλαλγία, επιληπτικούς σπασμούς, ελάττωση της όρασης και αποπροσανατολισμό. Ακτινολογικά, χαρακτηριστικό εύρημα είναι το αμφοτερόπλευρο οίδημα της λευκής ουσίας, κυρίως στους ινιακούς λοβούς. Η υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, η προεκλαμψία, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων, οι αγγειίτιδες και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα έχουν αναφερθεί ως πιθανά εκλυτικά αίτια. Η εμφάνιση του συνδρόμου μετά από χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης είναι σπάνια και έχει αναφερθεί σε έδαφος προϋπάρχουσας νεφρικής νόσου ή αυτοάνοσου νοσήματος.

Παρουσίαση περιστατικού: Περιγράφεται η περίπτωση εμφάνισης του συνδρόμου PRES ως άμεση επιπλοκή ενδοφλέβιας χορήγησης κυκλοφωσφαμίδης σε άνδρα 46 ετών με πρόσφατη διάγνωση κοκκιωματώδους πολυαγγειίτιδας (νόσος Wegener) με βαριά πνευμονική και νεφρική συμμετοχή. Ο ασθενής εμφάνισε, 4ωρες μετά την χορήγηση της 2^{ης} προγραμματισμένης ενδοφλέβιας ώσης κυκλοφωσφαμίδης (0,5 g/m² επιφάνειας σώματος), έντονη κεφαλαλγία, υπερτασική κρίση, απώλεια της όρασης και τονικο-κλονικούς σπασμούς. Λόγω της βαρύτητας της εκδήλωσης (status epilepticus) και για την εξασφάλιση των ζωτικών του σημείων, μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο απεικονιστικός έλεγχος με Μαγνητική Τομογραφία Εγκεφάλου (Magnetic Resonance Imaging, MRI) ανέδειξε παθολογικό σήμα στα βασικά γάγγλια, τα παρεγκεφαλιδικά ημισφαίρια και την υποφλοιώδη λευκή ουσία βρεγματοϊνιακά άμφω. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συμπτωματικά με εντατική αντιυπερτασική και αντιεπιληπτική αγωγή. Προοδευτικά, ανέκτησε πλήρη επάνοδο του επίπεδου συνείδησης και της όρασης. Στον επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο με MRI υπήρξε σημαντική υποχώρηση των ευρημάτων. Συμπερασματικά, η σπάνια κλινικο-ακτινολογική οντότητα του συνδρόμου PRES μετά από ενδοφλέβια χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης συνιστά μια βαριά αλλά αναστρέψιμη επιπλοκή. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του συνδρόμου διασφαλίζουν την υποχώρηση των συμπτωμάτων και την καλή έκβαση των ασθενών.

03. ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ ΑΠΟ κ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΛΥΣΟΥΣ ΜΕ ΣΧΕΔΟΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Π. Στρόππου¹, Α. Μπλάτσα¹, Μ-Ε. Αλεξάνδρου¹, Σ. Κεβρεκίδου¹, Σ. Περβανά², Α. Λυσίτσα¹, Π. Πατενάκης¹, Ε. Μάνου¹, Π. Κυρικλίδου¹, Ε. Μπισόπουλος¹, Δ. Παπαδοπούλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η πρωτοπαθής αμυλοείδωση περιλαμβάνει κυρίως αμυλοείδωση από ελαφρές αλύσους (AL) και μπορεί να διηθήσει σχεδόν κάθε όργανο συμπεριλαμβανομένων της καρδιάς, του ήπατος, του γαστρεντερικού σωλήνα, των περιφερικών νεύρων, του δέρματος και των νεφρών. Έχουν καταγραφεί δύο ιστοπαθολογικά πρότυπα εναπόθεσης αμυλοειδούς: α) η διάχυτη προσβολή, που χαρακτηρίζεται από εναποθέσεις αμυλοειδούς στα σπειράματα και στα νεφρικά αγγεία και εκδηλώνεται συνήθως με πρωτεϊνουρία νεφρωσικού επιπέδου, και β) η αγγειακή προσβολή που σχετίζεται με λιγότερο θορυβώδη και ειδικά κλινικοεργαστηριακά ευρήματα από τους νεφρούς και αποτελεί συχνά μια διαγνωστική πρόκληση.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 70 ετών με ιστορικό καρκίνου του μαστού (χειρουργηθείς προ δετίας, χωρίς υποτροπή), μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο από 18μήνου για το οποίο ελάμβανε ερυθροποιητίνη και ΧΝΝ (κρεατινίνη ορού 1,8 mg/dl), η οποία εισήχθει λόγω επιδείνωσης νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού 4,6 mg/dl) μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχου σκιαγραφικού για την διενέργεια αξονικής τομογραφίας στα πλαίσια επανασταδιοποίησης, χωρίς αξιοσημείωτη λευκωματουρία ή αιματοουρία. Ανέφερε περιστασιακή λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων λόγω οσφυαλγίας. Κλινικά η ασθενής παρουσίαζε κόπωση, αστάθεια βάδισης, υπόταση, λιποθυμικά επεισόδια με απώλεια συνείδησης, και επεισόδια υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας τα οποία είχαν καταγραφεί σε holter ρυθμού. Η απεικόνιση των νεφρών ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο παρουσίαζε αυξημένες κ ελαφρές αλύσους στον ορό με αυξημένο λόγο κ/λ. Η ανοσκαθίλωση ορού και ούρων ήταν αρνητική για μονοκλωνικό κλάσμα. Το μυελόγραμμα ανέδειξε 7% πλασματοκύτταρα. Για τον προσδιορισμό του αιτίου της επιδεινούμενης νεφρικής λειτουργίας υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, η οποία έδειξε έντονη πάχυνση του τοιχώματος των αρτηριολίων και των αρτηριών από συσσώρευση αμυλοειδούς. Τα σπειράματα δεν παρουσίαζαν εμφανείς εναποθέσεις αμυλοειδούς. Ο ανοσοφθορισμός έδειξε ότι το αμυλοειδές ήταν από κ ελαφρές αλύσους. Η ανοσοϊστοχημεία ήταν θετική για εστιακή παρουσία πλασματοκυττάρων με έκφραση κ ελαφρών αλύσων. Η ασθενής εντάχθηκε σε πρόγραμμα περιοδικής αιμοκάθαρσης για υποστήριξη της νεφρικής λειτουργίας και έλαβε χημειοθεραπεία με μορτεζομίμη και δεξαμεθαζόνη. Το πόρισμα της οστεομετρικής βιοψίας έθεσε ακολούθως την διάγνωση του πολλαπλού μυελώματος (30% διήθηση από πλασματοκύτταρα).

04. ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΠΡΩΤΕΪΝΑΙΜΙΑ α1 ΒΑΡΙΩΝ ΑΛΥΣΕΩΝ

Μ. Σμυρλή¹, Χ. Χριστοδουλίδου¹, Α. Παϊκοπούλου¹, Χ. Βουρλάκου¹, Ξ. Μπένια¹, Δ. Σαμπαζιώτης², Θ. Αποστόλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

Εισαγωγή: Η εκδήλωση νεφρωσικού συνδρόμου συνεπεία AL/AH αμυλοείδωσης με εμφάνιση παραπρωτεϊναιμίας α1 βαριών αλύσεων στον ορό και στα ούρα είναι εξαιρετικά σπάνια.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή 52 ετών, μονόνεφρο μετά από νεφρεκτομή αριστερού νεφρού λόγω διαυγοκυτταρικού καρκινώματος ο οποίος προσήλθε στην Κλινική μας, 8 μήνες μετά την νεφρεκτομή, λόγω εμφάνισης σοβαρού νεφρωσικού συνδρόμου (λευκωματουρία 8,5 g/24ωρο). Διενεργήθηκε διαδερμική βιοψία νεφρού η οποία έδειξε AL/AH αμυλοείδωση ενώ στην ηλεκτροφόρηση και ανοσοκαθήλωση των πρωτεϊνών του ορού βρέθηκε αυξημένη ανοσοσφαιρίνη IgM (457 mg/dl) καθώς και τμήματα α1 βαριών αλύσεων στον ορό και στα ούρα 24ώρου. Είναι η πρώτη και μοναδική περίπτωση της συγκεκριμένης ιστολογικής βλάβης που έχει διαπιστωθεί στο Νοσοκομείο μας με συνοδό παραπρωτεϊναιμία α1 βαρέων αλύσεων ενώ στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί ελάχιστες οντότητες με αυτό το νόσημα.

**05. ΕΠΙΜΟΝΗ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ C3
ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ**

Σ. Μαρινάκη¹, Μ. Κορογιάννου¹, Σ. Τσιάκας¹, Γ. Λιάπης², Ε. Κάψια¹, Χ. Βεργαδής³,
Ι.Ν. Μπολέτης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

³Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι C3 σπειραματοπάθειες, που περιλαμβάνουν τη νόσο πυκνών εναποθέσεων και τη C3 σπειραματονεφρίτιδα, αποτελούν σπάνιες μορφές σπειραματονεφρίτιδας που οφείλονται σε διαταραχές παραγόντων της εναλλακτικής οδού του συμπληρώματος. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν, η διάγνωση τίθεται με τη νεφρική βιοψία, ενώ λόγω της σπανιότητας τους δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες που να καθορίζουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με προεξάρχουσα κλινική εκδήλωση μακροσκοπική αιματουρία, ο οποίος διαγνώστηκε με C3 σπειραματονεφρίτιδα.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 52 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, προσήλθε λόγω μακροσκοπικής αιματουρίας και ταχείας επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Από τον ανοσολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα του C3 κλάσματος του συμπληρώματος. Διενεργήθηκε βιοψία νεφρού η οποία έδειξε διάχυτη υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα με μνοσιδεείς σχηματισμούς, ενώ από τα ευρήματα του ανοσοφθορισμού σε συνδυασμό με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο τέθηκε η διάγνωση της C3 σπειραματονεφρίτιδας. Έγινε έναρξη θεραπείας με μυκοφαινολικό μοφετίλιο σε συνδυασμό με κορτικοειδή. Ο ασθενής παρουσίασε σταδιακή βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας καθώς και ύφεση της πρωτεϊνουρίας και της μακροσκοπικής αιματουρίας. Κατά την τελευταία επανεκτίμησή του, δύο έτη μετά την έναρξη της θεραπείας, βρίσκεται σε άριστη κλινική κατάσταση, με σχεδόν φυσιολογική νεφρική λειτουργία, ήπια πρωτεϊνουρία και μικροσκοπική αιματουρία, ενώ τα επίπεδα του κλάσματος C3 του συμπληρώματος παραμένουν χαμηλά. Συμπερασματικά, η C3 σπειραματονεφρίτιδα είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα, η θεραπεία της οποίας αποτελεί αντικείμενο έρευνας. Η αναγνώριση του ακριβούς παθογενετικού μηχανισμού είναι μείζονος σημασίας για την επιλογή στοχευμένης θεραπευτικής στρατηγικής.

06. ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΝΙΔΙΑΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Σ. Μαρινάκη¹, Ε. Ξαγάς¹, Ε. Κάψια¹, Ι. Γαβαλάς¹, Γ. Λιάπης², Χ. Σκαλιώτη¹, Ι.Ν. Μπολέτης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ινιδιακή σπειραματονεφρίτιδα είναι μία σπάνια σπειραματική πάθηση που χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση μη αμυλοειδικών ινιδίων στο μεσάγγειο και στη βασική μεμβράνη των σπειραματικών τριχοειδών. Στο κοινό μικροσκόπιο οι βλάβες παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια ενώ η διάγνωση τίθεται με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Οι κλινικές εκδηλώσεις επίσης ποικίλλουν από σπειραματική αιματοουρία με ήπια πρωτεϊνουρία μέχρι ταχεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Παρουσιάζουμε ασθενή που προσήλθε με ταχεία επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας ως προεξάρχουσα κλινική εκδήλωση ινιδιακής σπειραματονεφρίτιδας.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 47 ετών με ΣΔ τύπου 2 από Ζετίας και αρτηριακή υπέρταση προσήλθε με ταχεία έκπτωση νεφρικής λειτουργίας, νεφρωσικό σύνδρομο και σπειραματική αιματοουρία. Στο κοινό μικροσκόπιο η εικόνα ήταν αυτή της διάχυτης, υπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας με μνηοειδείς σχηματισμούς και ινιδοειδείς νεκρώσεις. Ο ανοσοφθορισμός σε συνδυασμό με τα ευρήματα του κοινού μικροσκοπίου έθεσε την υποψία ινιδιακής σπειραματονεφρίτιδας που επιβεβαιώθηκε με την εξέταση στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Με αυτά τα δεδομένα η ασθενής έλαβε 6 ενδοφλέβιες, μηνιαίες ώσεις κυκλοφωσφαμίδης και στη συνέχεια το μονοκλωνικό αντι-CD20 Rituximab σε συνδυασμό με κορτικοειδή, με εξαιρετική θεραπευτική ανταπόκριση. Ένα χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας βρίσκεται σε πολύ καλή κλινική κατάσταση με σχεδόν φυσιολογική νεφρική λειτουργία και ελάχιστη πρωτεϊνουρία. Συμπερασματικά, η ινιδιακή σπειραματοπάθεια είναι ένα από τα σπάνια αίτια ταχείας επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Λόγω της μεγάλης ετερογένειας στις κλινικές εκδηλώσεις αλλά και στα ιστολογικά ευρήματα, επιβάλλεται υψηλός δείκτης υποψίας για τη νόσο, για την τελική διάγνωση της οποίας είναι αναγκαία η χρήση του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου.

07. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Σ. Ζερμπαλά¹, Π. Παπαδέα¹, Β. Νικολάου³, Β. Αθανασιάδου¹, Χ. Λιγουδιστιανού², Χ. Ιατρού¹

¹Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά, Νίκαια Πειραιά

²Εργαστήριο Προηγμένων Εφαρμογών Βιοτεχνολογίας, Theracell A.E., Αθήνα

³Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά, Νίκαια Πειραιά

Εισαγωγή: Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) είναι μια εξελικτική μη αναστρέψιμη νόσος η οποία σταδιακά οδηγεί στην απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, ανεξάρτητα από το αίτιο που οδήγησε στη νεφρική βλάβη. Με επιπολασμό 10% παγκοσμίως και με σημαντικό ετήσιο κόστος ανά ασθενή, ειδικά για τα πιο προχωρημένα στάδια της, αλλά και χωρίς διαθέσιμα ειδικά θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπισή ή την επιβράδυνση της εξέλιξής της, κρίνεται αναγκαία η αναζήτηση νέων θεραπευτικών μεθόδων. Πιο υποσχόμενα αποτελέσματα μπορεί ίσως να επιτευχθούν με την εφαρμογή των μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων (ΜΒΚ).

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται, εξ όσων γνωρίζουμε, για την πρώτη περίπτωση εφαρμογής ΜΒΚ στην χώρα μας σε ασθενή με ΧΝΝ σταδίου IV και λευκωματουρία 2,09 g/24ωρο, συννεπία IgA νεφροπάθειας. Στόχος ήταν να διερευνηθεί κυρίως η ασφάλεια χορήγησής τους και δευτερευόντως η πιθανή επίδρασή τους στη νεφρική λειτουργία. Η απομόνωση των ΜΒΚ έγινε από τον λιπώδη ιστό της κοιλιακής χώρας του ασθενούς και μετά από επεξεργασία αυτών ακολούθησε η χορήγηση τους στις νεφρικές αρτηρίες μετά από καθετηριασμό. Στη συνέχεια εκτιμήθηκε η άμεση και όψιμη εμφάνιση επιπλοκών καθώς και η επίδραση τους στη νεφρική λειτουργία σε περίοδο παρακολούθησης 12 μηνών. Ο ασθενής δεν εμφάνισε καμία επιπλοκή κατά την έγχυση των ΜΒΚ, καθώς και κατά τη διάρκεια του έτους παρακολούθησης. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε σταθεροποίηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης και του βαθμού λευκωματουρίας. Συμπερασματικά, η εφαρμογή των ΜΒΚ στη ΧΝΝ μετά από έγχυση αυτών στις νεφρικές αρτηρίες μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής και με θετική επίδραση τουλάχιστον στη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας θεραπεία.

08. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΔΙΑΥΛΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΥΠΟ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΩΝ. ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΕΡΜΟΣΧΕΥΜΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (THE ULTRAGRAFT FOR HEMODIALYSIS PROJECT)

I.E. Γιαννικουράς^{1,2}, G.M. Bacchini¹, S. Viganò¹, G. Pontoriero¹

¹Νεφρολογική Κλινική, Μονάδα Τεχνητού νεφρού, Περιτοναϊκής Κάθαρσης και Μεταμόσχευσης Νεφρού-Τμήμα Αγγειακής Προσπέλασης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Alessandro Manzoni, Lecco, Λομβαρδία, Ιταλία, ²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Medifil A.E., Αθήνα

Σκοπός: Πρόκειται για προοπτική, μονοκεντρική μελέτη δευτερογενούς βατότητας αυτόλογων αρτηριοφλεβικών μοσχευμάτων (AVG) αιμοκαθαιρόμενων ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαδερμική αγγειοπλαστική με αεροθάλαμο (PTA) ή/και διαδερμική θρομβόλυση (PTT), για την αντιμετώπιση αιμοδυναμικά σημαντικών στενωτικών βλαβών ή/και θρόμβωσης των προσπελάσεων, υπό καθοδήγηση υπερήχων. Σκοπός η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ελάχιστα επεμβατικής, αλλά ασφαλούς, με χαμηλό κόστος και χωρίς έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, αυτής μεθόδου αντιμετώπισης δυσλειτουργιών των AVG.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς που παραπεμφθήκαν για την αντιμετώπιση δυσλειτουργίας AVG κατά το χρονικό διάστημα από 01.01.2012 έως και 31.12.2016. Ενδείξεις αντιμετώπισης με PTA ή/και PTT ήταν η παρουσία ενός τουλάχιστον εκ των κάτωθι κλινικών κριτηρίων: θρόμβωση της προσπέλασης έως και 48ώρες πριν, παράταση χρόνου αιμόστασης, δυσκολίες παρακέντησης, και ενός εκ των απεικονιστικών κριτηρίων: περιορισμός διαμέτρου του αυλού $\leq 2,5$ mm ή/και μέγιστη συστολική ταχύτητα (PSV) ≥ 350 cm/sec, όγκος ροής (VF) ≤ 600 ml/min ή 30% μείωση αυτού, σε έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα το τελευταίο δίμηνο. Η αποκατάσταση του PSV σε επίπεδα ≤ 350 cm/sec, του VF σε επίπεδα ≥ 600 ml/min και η παρουσία έως 30% υπολειμματικής στένωση θεωρήθηκε ως τεχνικά επιτυχές αποτέλεσμα. Ψηλαφτός ροίζος, επιτυχής παρακέντηση με δύο βελόνες και επίτευξη επαρκούς απόδοσης και τετράωρης διάρκειας συνεδρία αιμοκάθαρσης θεωρήθηκε κλινικά επιτυχές αποτέλεσμα. Οι ασθενείς τεθήκαν σε μηνιαία παρακολούθηση της προσπέλασης με έγχρωμο Doppler υπερηχογράφημα και επί ενδείξεων υποβλήθηκαν σε νέα παρέμβαση. Από το σύνολο των στοιχείων προσδιορίστηκαν η πρωτογενής (χρόνος από τοποθέτηση έως ανάγκη για παρέμβαση) και δευτερογενής βατότητα (χρόνος από τοποθέτηση έως οριστική εγκατάλειψη) των AVG και έγινε σύγκριση των δύο.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 293 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (164 γυναίκες και 129 άνδρες) από τους 146 έφεραν AVG δίκην αγκύλης στον πήχη, 145 ευθεία AVG στον βραχιόνα και 2 ασθενείς διέθεταν AVG στον μηρό. Η μέση πρωτογενής βατότητα υπολογίστηκε σε 404 ημέρες. Συνολικά διενεργήθηκαν 233 PTA, 130 PTT και τοποθετήθηκαν 102 ενδοαυλικές ενδοπροθέσεις (stents). Δεν σημειώθηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές ενώ δεν παρουσιάστηκε ανάγκη επείγουσας χειρουργικής παρέμβασης. Οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο την ίδια ημέρα και υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη συνεδρία αιμοκάθαρσης την επομένη. Η μέση δευτερογενής επιβίωση ανήλθε σε 1238 ημέρες κατά τις οποίες διενεργήθηκαν 5 ± 4 PTA, 2 ± 1 PPT και τέθηκαν 1 ± 1 stents, κατά μέσο όρο. Ο κίνδυνος αποτυχίας χωρίς παρέμβαση υπολογίστηκε 2,1 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο για AVG με παρέμβαση, κατά μέσο όρο, στη περίοδο μελέτης (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης 1,7-1,2).

Συμπεράσματα: Η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη διαδερμική διόρθωση αποτελεί μία αποτελεσματική, απλή και αξιόπιστη μέθοδο αντιμετώπισης δυσλειτουργικών AVG. Η εφαρμογή της μεθόδου θα μπορούσε, με ασφάλεια να γίνει στα πλαίσια της λειτουργίας Εξωτερικού Ιατρείου, καθώς δεν είναι απαραίτητη η χρήση ειδικού και υψηλού κόστους ιατρικού εξοπλισμού ενώ αποφεύγεται η έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, προσφέροντας έτσι μία εναλλακτική στην καθημερινή πρόκληση για μακροχρόνια επιβίωση των αρτηριοφλεβικών μοσχευμάτων για αιμοκάθαρση.

09. ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΛΟΓΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΣΕ ΕΠΤΑ ΗΜΕΡΕΣ. ΜΥΘΟΣ Ή ΑΛΗΘΕΙΑ; ΜΕΛΕΤΗ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (DIALYSIS FISTULA MATURATION TRIAL)

Ι.Ε. Γιαννικουράς, Ε. Χαβιάρας, Φ. Αλεβιζάκη, Χ. Πετρίκου, Β. Γκινής, Ο. Καραμπογιά, Γ. Τριανταφύλλης

Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Medifil A.E., Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη της χρονικής εξέλιξης παραμέτρων ωρίμανσης των αυτόλογων αρτηριοφλεβικών αναστομώνσεων (AVF) σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Προοπτική μελέτη παρατήρησης της χρονικής εξέλιξης δεικτών ωρίμανσης νεοσχηματισθέντων AVF. Προσδιορίστηκαν η διάμετρος του αυλού της βραχιονίου αρτηρίας (dBA) και της απαγωγού φλέβας (dAV) σε mm, ο όγκος ροής (VF) σε ml/min και ο δείκτης αγγειακών αντιστάσεων (RI) της τροφοφόρου αρτηρίας της AVF, με doppler υπερηχογράφημα. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν τις ημέρες 1 έως 7, 14, 21, 28, 60 και 90 από τη δημιουργία της AVF (ημέρα 0). Υπολογίστηκε η ημερήσια μεταβολή και έγινε σύγκριση της εξέλιξης της μέσης παρατηρούμενης τιμής κάθε παραμέτρου στο χρόνο παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 76 ασθενείς (59 άνδρες και 15 γυναίκες), μέσης ηλικίας 62 ± 15 ετών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση δημιουργίας AVF. Είκοσι ένας ασθενείς έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Διενεργήθηκαν 38 AVFs καρπού (κερκίδο-κεφαλική αναστόμωση) και 38 AVFs αγκώνα (βραχιονιο-κεφαλική και βραχιονιο-βασίλική αναστόμωση). Διαπιστώθηκε ημερήσια αύξηση της dBA 0,71% και της dAV 0,70% κατά τις ημέρες 1 έως 7, αντίστοιχα. Ο ρυθμός αύξησης της dBA προσδιορίστηκε σε 0,07% και της dAV 0,06% ανά ημέρα, για τις ημέρες 8 έως 28. Τις ημέρες 29 έως 90 η dBA αυξήθηκε κατά 0,01% και η dAV κατά 0,01%, ημερησίως. Ο δείκτης RI μειώθηκε ημερησίως κατά 1,33% κατά τις ημέρες 1 έως 7, 0,10% για την περίοδο των τριών επόμενων εβδομάδων (ημέρες 8 έως 28) ενώ στο διάστημα των δύο επόμενων μηνών (ημέρες 29 έως 90) η RI αυξήθηκε κατά 0,03% (95% CI 0,01%-0,06%). Η VF αυξήθηκε κατά 1,79% ημερησίως κατά τις ημέρες 1 έως 7, ο ρυθμός αύξησης ανήλθε σε 0,01% ανά ημέρα για την περίοδο των τριών επόμενων εβδομάδων ενώ κατά το διάστημα των 29 έως 90 ημερών η VF παρουσίασε ημερήσια αύξηση 0,004%.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι σε ώριμη AVF, όπως αυτή ορίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, το 98% της μέγιστης dBA, το 98,5% της μέγιστης dVA και το 96% της VF επιτυγχάνεται την 7^η μετεγχειρητική ημέρα. Συνεπώς, η ωρίμανση επιτυχούς και καλά προγραμματισμένης AVF τείνει να ολοκληρώνεται την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα, εύρημα που θα μπορούσε να οδηγήσει σε αναθεώρηση των αντιλήψεων γύρω από την ωρίμανση της αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση, του χρόνου αναμονής, χρήσης και ενδεχόμενων διορθωτικών παρεμβάσεων.

10. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΑΠΟ ΑΝΘΡΑΚΙΚΟ ΛΑΝΘΑΝΙΟ ΣΕ ΣΟΥΚΡΟΦΕΡΙΚΟ ΟΞΥ-ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΕΡΙΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Σταυρουλόπουλος^{1,2}, Β. Αρέστη¹, Χ. Παπαδόπουλος³, Π. Νέννες², Π. Μεταξάκη², Δ. Πασχαλινός¹, Α. Γαλίνας^{2,4}

¹Νεφρολογικό Τμήμα- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΙΑΣΙΟ Θεραπευτήριο Καλλιθέας, Αθήνα

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Αττικής Νεφρός, Αθήνα

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Αθηναϊκό Κέντρο Νεφρού, Αθήνα

⁴Νεφρολογικό Τμήμα, 417 Νοσοκομείο Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., Αθήνα

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης της αλλαγής της φωσφοροδεσμευτικής αγωγής από ανθρακικό λανθάνιο (ΑΛ) σε σουκροφερικό οξύ-υδροξείδιο (ΣΟΥ) στα επίπεδα διττανθρακικών (HCO₃) και των αερίων του αίματος σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (ΑΜΚ)

Ασθενείς-Μέθοδοι: Δεκαπέντε ασθενείς (13 άνδρες, 6 διαβητικοί, μέσος ηλικίας 72 ετών), σε ΑΜΚ με διττανθρακικά για 19-131 μήνες, άλλαξαν αγωγή από ΑΛ σε ΣΟΥ. Τελικά, μόνον 9 ανέχθηκαν τη νέα αγωγή παρά τη σταδιακή έναρξή της (ομάδα ΣΟΥ). Οι 3 ασθενείς παρέμειναν σε ΑΛ, ενώ οι άλλοι 3 άλλαξαν σε ανθρακική σεβελαμέρη (ΑΣ) (6 ασθενείς: ομάδα ελέγχου). Τα δείγματα αρτηριακού αίματος συλλέχθηκαν στο 3ήμερο και το τελευταίο 2ήμερο διάστημα ΑΜΚ πριν από την αλλαγή και αντίστοιχα 6 εβδομάδες μετά. Μετρήθηκαν οι παράμετροι pH, pO₂, pCO₂, HCO₃ καθώς και τα επίπεδα φωσφόρου (ΕΦ). Υπολογίστηκαν επίσης οι μέσες τιμές των 2 μετρήσεων (3ήμερο και 2ήμερο) πριν και των 2 αντίστοιχων μετρήσεων μετά την αλλαγή. Τα φάρμακα και οι συνθήκες αιμοκάθαρσης παρέμειναν σταθερές κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα ΣΟΥ τα μέσα επίπεδα HCO₃ ήταν 22,41 ± 1,66 mmol/L πριν και 22,62 ± 2,25 mmol/l μετά την αλλαγή (p=0,743). Αντίστοιχα το μέσο pH ήταν 7,384 ± 0,028 έναντι 7,388 ± 0,03 (p=0,723), το μέσο pCO₂ ήταν 38,41 ± 3,29 έναντι 38,37 ± 3,62 mmHg (p=0,971), και τα μέσα ΕΦ ήταν 4,65 ± 0,85 έναντι 4,21 ± 1,19 mg/dl (p=0,194). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ή συσχετίσεις στις επιμέρους αναλύσεις, καθώς και μεταξύ των ομάδων, παρά μόνο οι παράμετροι pH και HCO₃ ήταν, όπως αναμένονταν, ελαττωμένες στο 3ήμερο σε σχέση με το 2ήμερο.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή από ανθρακικό λανθάνιο σε σουκροφερικό οξύ-υδροξείδιο δεν επηρεάζει την οξεοβασική ισορροπία, οπότε και δεν απαιτείται αλλαγή στη συνταγογράφηση της αιμοκάθαρσης.

11. ON-LINE ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΟΥ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΡΙΝ Ή ΜΕΤΑ ΤΟ ΦΙΛΤΡΟ?

Α. Δαμιανάκη, Π. Γιάννου, Α. Χαλκιά, Α. Καποτά, Δ. Πετράς

Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Σκοπός: Σύμφωνα με τις τελευταίες μελέτες η εφαρμογή της online αιμοδιαδιήθησης, κυρίως με εφαρμογή υγρού αντικατάστασης (ΥΑ) μετά το φίλτρο, παρέχει πλεονεκτήματα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Η υπεροχή της online αιμοδιαδιήθησης με χορήγηση ΥΑ μετά το φίλτρο, βασίζεται στο γεγονός ότι απομακρύνει επαρκώς μικρού μοριακού βάρους και συνδεόμενες με πρωτεΐνες ουραιμικές τοξίνες. Ωστόσο η αποτελεσματικότητά της φαίνεται να εξαρτάται άμεσα από την ποσότητα χορήγησης του ΥΑ μετά το φίλτρο το οποίο με τη σειρά του απαιτεί τυπικά ροές αντλίας αίματος $Q_b > 350 \text{ ml/min}$. Σκοπός της μελέτης ήταν η σύγκριση της επάρκειας της κάθαρσης ουσιών μέσου και μικρού μοριακού βάρους χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους/παρλλαγές της online αιμοδιήθησης/αιμοδιαδιήθησης σε ασθενείς με παρεχόμενη αντλία αίματος $Q_b < 350 \text{ ml/min}$.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε 4 διαφορετικές μεθόδους κάθαρσης (high-flux φίλτρο, μεμβράνη PEPA, επιφάνεια $2,1 \text{ m}^2$) και αναλυτικότερα Α) συνδυασμό online αιμοδιήθησης και αιμοδιαδιήθησης με χορήγηση ΥΑ πριν το φίλτρο σε ποσοστό αναπλήρωσης 80%, Β) online αιμοδιαδιήθηση με χορήγηση ΥΑ πριν το φίλτρο σε ποσοστό αναπλήρωσης 80%, Γ) συνδυασμό online αιμοδιήθησης και αιμοδιαδιήθησης με χορήγηση ΥΑ μετά το φίλτρο σε ποσοστό αναπλήρωσης 20% και Δ) online αιμοδιαδιήθηση με χορήγηση ΥΑ μετά το φίλτρο σε ποσοστό αναπλήρωσης 20%. Στη συνέχεια μετρήθηκε το ποσοστό μεταβολής της β_2 -μικροσφαιρίνης και της ουρίας κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας.

Αποτελέσματα: Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή για τη β_2 - μικροσφαιρίνη σε όλες τις μεθόδους (ποσοστό μεταβολής ανά μέθοδο Α: 75%, Β: 70%, Γ: 72,5%, Δ: 78,7%). Αντιθέτως, το ποσοστό μεταβολής της ουρίας βρέθηκε στατιστικά σημαντικά μικρότερο στην Α και Γ μέθοδο σε σχέση με τις άλλες ($p < 0,01$). Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, για τη μεταβολή της ουρίας μεταξύ της μεθόδου Β και Δ.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι σε ασθενείς με χαμηλή παροχή αντλίας αίματος ($Q_b < 350 \text{ ml/min}$), η χρήση της online αιμοδιαδιήθησης με χορήγηση ΥΑ προ φίλτρου σε ποσοστό αναπλήρωσης 80% αποτελεί εξίσου αποτελεσματική μέθοδο και προσφέρει επαρκή απομάκρυνση μέσου και μικρού μοριακού βάρους ουραιμικών τοξινών, αποφεύγοντας έτσι τη δυσλειτουργία του φίλτρου που προκύπτει με την εφαρμογή online αιμοδιαδιήθησης με χορήγηση ΥΑ μετά το φίλτρο λόγω αυξημένης διαμεμβρανικής πίεσης ή/και πηγμάτων αίματος λόγω αιμοσυμπύκνωσης.

12. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΜΠΙΒΟΛΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΡΜΠΕΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΕΝΔΟΔΙΑΛΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗΣ ΣΕΙΡΑΣ

Α. Μπίκος¹, Χ. Λουτράδης², Α. Καρπέτας³, Β. Ράπτης⁴, Α. Πιπερίδου², Μ. Σχοινά², Ρ. Κалаϊτζίδης⁵, Ε. Γινικοπούλου¹, Σ. Παναγούτσος⁶, Π. Πασαδάκης⁶, Η. Μπαλάσκας⁷, Α. Παπαγιάννη², Β. Λιακόπουλος⁷, Π. Σαραφίδης²

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πρότυπο», Θεσσαλονίκη, ²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, ³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη, ⁴Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη, ⁵Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁶Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη ⁷Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την αιμοκάθαρση αποτελεί παθολογική αιμοδυναμική απάντηση στην υπερδιήθηση και συμβαίνει στο 5-20% των ασθενών. Η ενδοδιαλυτική υπέρταση (intradialytic hypertension) συχνά υποδιαγιγνώσκεται και συνδέεται με δυσμενείς κλινικές εκβάσεις. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε την επίδραση νεμιβολόλης και της ιρμπεσαρτάνης στην 24ωρη ΑΠ σε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Πρόκειται για μια τυχαίοποιημένη πιλοτική μελέτη διασταυρούμενης σειράς (cross-over) σε 31 αιμοκαθαίρομενους ασθενείς (ηλικία: 61,3±11,6 ετών, άρρενες 67,7%) χωρίς κλινικά σημεία υπερωλαιμίας. Ως ενδοδιαλυτική υπέρταση ορίστηκε η μέση άνοδος ≥ 10 mmHg στη συστολική ΑΠ (ΣΑΠ) σε τουλάχιστον 4 από 6 συνεχόμενες συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Μετά τη βασική αξιολόγηση, οι ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε αγωγή με νεμιβολόλη 5 mg και ακολούθως ιρμπεσαρτάνη 150mg ή αντίστροφα, είτε εφάπαξ 1 ώρα πριν την αιμοκάθαρση (n=16), είτε για μια εβδομάδα (n=15). Πριν από την έναρξη του δεύτερου φαρμάκου προηγήθηκε μια περίοδος χωρίς αγωγή διάρκειας 2 εβδομάδων. Στα 3 αντίστοιχα σημεία της μελέτης πραγματοποιήθηκε 24ωρη καταγραφή της ΑΠ με τη συσκευή Mobil-O-Graph (IEM, Stolberg, Germany) κατά τη διάρκεια της ενδιάμεσης εβδομαδιαίας συνεδρίας και της ακόλουθης 20ωρης περιόδου μετά την αιμοκάθαρση.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 15 ασθενείς (48,4%) έλαβαν αρχικά νεμιβολόλη και 16 (51,6%) ιρμπεσαρτάνη. Οι ασθενείς που έλαβαν μία δόση νεμιβολόλης ή ιρμπεσαρτάνης είχαν χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη: 161,6±17,5 / 95,4±12,0, νεμιβολόλη: 146,3±21,7 (p=0,004) / 86,1±12,2 (p=0,001), ιρμπεσαρτάνη: 146,4±32,0 (p=0,015) / 86,6±19,6 (p=0,059) mmHg, αντίστοιχα] και τάση προς χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ [έναρξη: 148,8±19,6 / 86,9±11,8, νεμιβολόλη: 142,8±20,4 (p=0,083) / 83,7±12,3 (p=0,038), ιρμπεσαρτάνη: 144,1±22,8 (p=0,144) / 84,2±13,9 (p=0,174) mmHg]. Οι ασθενείς που έλαβαν εβδομαδιαίως νεμιβολόλη και ιρμπεσαρτάνη είχαν σημαντικά χαμηλότερη ΣΑΠ και ΔΑΠ μετά την αιμοκάθαρση [έναρξη: 164,1±12,5 / 100,0±10,7, νεμιβολόλη: 142,7±16,0 (p<0,001) / 89,5±12,5 (p=0,004), ιρμπεσαρτάνη: 144,9±24,3 (p=0,006) / 88,2±13,6 (p=0,006) mmHg], σημαντικά χαμηλότερη 24ωρη ΣΑΠ και ΔΑΠ [έναρξη: 146,7±11,2 / 92,7±9,5 νεμιβολόλη: 139,2±11,2 (p=0,003) / 85,5±8,0 (p=0,003), ιρμπεσαρτάνη: 142,0±16,6 (p=0,332) / 86,3±10,4 (p=0,042) mmHg, αντίστοιχα] και σημαντικά χαμηλότερη περιπατητική ΣΑΠ και ΔΑΠ κατά την ημερήσια και νυκτερινή περίοδο.

Συμπεράσματα: Βασικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι αμφότερες η νεμιβολόλη και η ιρμπεσαρτάνη ελαττώνουν την ΑΠ μετά την αιμοκάθαρση καθώς και την 24ωρη ΑΠ σε ασθενείς με ενδοδιαλυτική υπέρταση. Η νεμιβολόλη αποδεικνύεται αριθμητικά πιο ισχυρή από την ιρμπεσαρτάνη, ενώ η μόνιμη χορήγηση αυτών των παραγόντων ενδέχεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική από την χορήγηση μίας δόσης πριν από τη συνεδρία αιμοκάθαρσης.

13. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Λουτράδης¹, Α. Καρπέτας², Α. Πιπερίδου¹, Α. Μπίκος¹, Β. Ράπτης³, Γ. Τζανής¹, Μ. Σχοινά¹, Χ. Συργκάνης⁴, Γ. Σταματιάδης⁵, Β. Λιακόπουλος⁶, Π. Ζεμπεκάκης⁶, Γ. Ευστρατιάδης¹, Π. Σαραφίδης¹, Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη

³Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Πιερία», Κατερίνη

⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος

⁵Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, Σέρρες

⁶Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Μέχρι πριν λίγα έτη δεν υπήρχε κοινά αποδεκτός ορισμός για την αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) στους ασθενείς με ΧΝΝ υπό αιμοκάθαρση. Πρόσφατα διατυπώθηκε ένας ορισμός που βασίζεται στην περιπατητική καταγραφή της ΑΠ. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορίσει τον επιπολασμό και τον έλεγχο της ΑΥ με τη χρήση του πιο πρόσφατου ορισμού, βάσει της περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ, σε σχέση με το συνήθη ορισμό της ΑΠ σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών υπό αιμοκάθαρση.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 160 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση οι οποίοι υποβλήθηκαν σε 48ωρη περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με τη συσκευή Mobil-o-Graph κατά τη διάρκεια της ενδιάμεσης συνεδρίας αιμοκάθαρσης και της ακόλουθης μεσοδιαλυτικής περιόδου.

Αποτελέσματα: Βάσει των τιμών ΑΠ πριν από την αιμοκάθαρση, 91,3% των ασθενών εμφάνιζε ΑΥ και επαρκή έλεγχο είχε 18,8% των ασθενών. Οι αντίστοιχες τιμές με βάση την περιπατητική καταγραφή για το δεύτερο 24ωρο ήταν 88,8% και 20,6%, ενώ με βάση τη 44ωρη περίοδο εκτός αιμοκάθαρσης ήταν 88,8% και 23,8%. Στις δύο περιόδους αντίστοιχα, 58,1% και 54,4% των ασθενών είχαν ανεπαρκή έλεγχο της ΑΥ, 14,4% και 18,1% εμφάνιζαν υπέρταση «λευκής μπλούζας», ενώ 10% και 10,6% εμφάνιζαν συγκαλυμμένη ΑΥ. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης μεταξύ διαφόρων δημογραφικών, κλινικών και φαρμακευτικών παραμέτρων που εξετάστηκαν, μόνον η λήψη αντιυπερτασικής αγωγής εμφάνισε ανεξάρτητη συσχέτιση με αυξημένη πιθανότητα ανεπαρκούς ελέγχου της ΑΠ, γεγονός που πρέπει να αποδοθεί στο φαινόμενο της αντίστροφης αιτιότητας (reverse causation).

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στον επιπολασμό της ΑΥ αλλά και στην επίτευξη επαρκούς ελέγχου της ΑΠ βάσει των τιμών ιατρείου και της περιπατητικής καταγραφής της ΑΠ. Στον υπό μελέτη πληθυσμό, περίπου ένας στους τρεις ασθενείς εμφανίζει υπέρταση της «λευκής μπλούζας» ή συγκαλυμμένη υπέρταση.

14. ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΩΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Π. Τσεκέ¹, Α. Ανδρίκος², Κ. Περάκης³, Μ. Ανδρουλάκη⁴, Β. Λιακόπουλος⁵, Γ. Τσιρπανλής⁶, Ο. Μπαλάφα⁷, Χ. Μελεξοπούλου⁸, Χ. Κασίνας⁹, Χ. Δημητριάδης¹⁰, Μ. Θεοδωρίδης¹¹, Π. Πασαδάκης¹¹

¹Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Mesogeios Π. Φαλήρου, Π. Φάληρο, ²Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα, ³Νεφρολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, ⁴Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Γρεβενών, Γρεβενά, ⁵Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη, ⁶Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα, ⁷Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ⁸Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα ⁹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας, Πτολεμαΐδα, ¹⁰Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη, ¹¹Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Ο αριθμός των ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) στην Ελλάδα είναι μικρός και αναλογεί περίπου στο 8-9% του συνόλου των ασθενών που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Συνεπώς κρίνονται απαραίτητες τόσο η διεξαγωγή πολυκεντρικών μελετών, όσο και η δημιουργία μητρώων καταγραφής, ώστε να υπάρξει η δυνατότητα μελέτης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ασθενών αυτών αλλά και της εμπειρίας τους στη μέθοδο και να διεξαχθούν αξιόπιστες μελέτες με ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Καταγράφονται όλοι οι ασθενείς που είναι σε ΠΚ (prevalent patients) με ειδικά δελτία καταγραφής που συμπληρώνονται από τον θεράποντα ιατρό. Τα δελτία καταγραφής συγκεντρώνουν δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με την έναρξη της ΠΚ (τοποθέτηση και είδος καθετήρα, εκπαίδευση ασθενούς, αρχική μέθοδος), τη συν-νοσηρότητα των ασθενών, την υπολειμματική νεφρική λειτουργία τους, τις λοιμώξεις (περιτονίτιδα, λοίμωξη σημείου εξόδου καθετήρα) και την καρδιαγγειακή νοσηρότητα, την εργαστηριακή και κλινική εικόνα των ασθενών σε 2 τουλάχιστον τακτικές επισκέψεις τους ανά έτος. Τέλος, σε τακτά χρονικά διαστήματα ενημερώνεται το μητρώο προοπτικά σχετικά με καταληκτικά σημεία που αφορούν τη μεταμόσχευση νεφρού, την αλλαγή μεθόδου ή τον θάνατο του ασθενούς.

Αποτελέσματα: Το ελληνικό μητρώο καταγραφής ασθενών σε ΠΚ έχει ως τώρα συγκεντρώσει στοιχεία από 252 ασθενείς σε ΠΚ από 9 μονάδες ΠΚ σε όλη την Ελλάδα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μέση ηλικία κατά την έναρξη της ΠΚ 58,7,±,16,1 έτη και συνολικό χρόνο σε ΠΚ από 1 μήνα έως 12 έτη (διάμεση τιμή 2,3 έτη). Περίπου 20% αυτών έχουν πάνω από 5 έτη σε ΠΚ. Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών (64%) είχε νεφρολογική παρακολούθηση πριν από την έναρξη, ενώ βιοψία νεφρού έχει γίνει στο 20% των ασθενών. Το 60% των ασθενών δεν κατοικούν στην πόλη όπου βρίσκεται η μονάδα τους και το 74% αυτών δεν χρειάζονται βοήθεια άλλου προσώπου για τη θεραπεία τους. Τέλος, το 38% του συνόλου είναι υποψήφιοι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. ασθενούς.

Συμπεράσματα: Από τα πρώτα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί ως σήμερα φαίνεται ότι: α) το έργο της καταγραφής δυσχεραίνει ο αριθμός των ιατρών που ασχολούνται με την ΠΚ, ο οποίος δεν υπερβαίνει τους 2 ανά κέντρο (συνκρότερα είναι μόνον ένας), β) υπάρχει διάθεση και ενδιαφέρον των νεφρολόγων για ενημέρωση σχετικά με τα δεδομένα και τα συμπεράσματα των αναλύσεων από τους ασθενείς που έχουν ήδη καταγραφεί και γ) έχουν προκύψει αρκετά σημαντικά ευρήματα σχετικά με την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης στον ελληνικό πληθυσμό.

15. ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΗΑΝΤΑΙΡΟΥΣ

Θ. Ντρίνιας¹, Λ. Μπαλάτ¹, Χ. Γακιοπούλου², Μ. Παπασωτηρίου¹, Σ. Ασημακόπουλος³, Γ. Δάβουλος³, Π. Γούτου³, Α. Τσιμέκα³, Β. Γεωργιοπούλου¹, Λ. Φύσσα¹, Ε. Παπαχρήστου¹, Δ. Γούμενος¹

¹Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθήνα

³Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο

Εισαγωγή: Πρόκειται για εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης με χαμηλά επίπεδα C3 και C4 και διαταραχές της συμπυκνωτικής ικανότητας των νεφρών συνεπεία οξείας διάμεσης αιμορραγικής νεφρίτιδας της μυελώδους μοίρας, μετά από λοίμωξη από ιό Hanta.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα 40 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό διακομίστηκε λόγω εμπυρέτου με συνοδό θρομβοπενία και οξεία νεφρική βλάβη (ONB). Η ασθενής 5 ημέρες πριν εμφάνισε πυρετική κίνηση έως 38,4°C με συνοδό συμπτωματολογία λοίμωξης ανωτέρου αναπνευστικού, για την οποία έλαβε αγωγή με κεφαλοσπορίνη β' γενεάς χωρίς όμως ανταπόκριση. Κατά την εισαγωγή της ήταν ευβολαιμική (Αρτηριακή πίεση 127/63 mmHg), ενώ ανέφερε ήπια επιγαστραλγία με συνοδό τάση για έμετο, έντονη αδυναμία και καταβολή καθώς και διαθλαστικές διαταραχές οφθαλμού. Από τη κλινική εξέταση το μόνο αξιοσημείωτο ήταν η παρουσία ηπατομεγαλίας, ενώ απουσίαζε το περιφερικό οίδημα. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: K 3,8 mmol/L, Na 124 mmol/L, Ca 8,7 mg/dl, Ουρία 79 mg/dl, Κρεατινίνη 4,4 mg/dl, ALT: 57 U/L, LDH 419U/L, Hb 14,4 g/dl, WBC 11880 /μl, Αιμοπετάλια 29.000 /μl χωρίς παρουσία σχιστοκυττάρων). Η γενική ούρων έδειξε ερυθρά >100 κ.ο.π., πυοσαφίρια 2-3 κ.ο.π, λεύκωμα 4(+), και το λεύκωμα ούρων 24ώρου ήταν 1.786 mg, Ο ανοσολογικός έλεγχος έδειξε CRP 1,98mg/dl, C3 53mg/dl, C4 8 mg/dl, ANA (-), anti-dsDNA (-), anti-RO (+). Κατά τη 2η ημέρα νοσηλείας λόγω ολιγουρίας και επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας η ασθενής υποβλήθηκε σε συνεδρία αιμοκάθαρσης. Η αρχική διαφορική διάγνωση ήταν πιθανή επιθετική μορφή ΣΕΛ (ONB με συνοδό θρομβοπενία και χαμηλά επίπεδα C3 και C4). Ωστόσο, ο ιολογικός έλεγχος 2 ημέρες μετά ήταν έντονα θετικός για τον ιό Hanta (ELISA και PCR). Κατά τις επόμενες ημέρες η νεφρική λειτουργία και η θρομβοπενία σταδιακά αποκαταστάθηκαν και η ασθενής δεν χρειάστηκε να υποστηριχθεί με επιπλέον συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Την 7^η ημέρα νοσηλείας υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού που έδειξε αιμορραγική διήθηση του διαμέσου υποστρώματος εντοπισμένη στη μυελώδη μοίρα. Στη φλοιώδη μοίρα σημειώθηκε ήπιο οίδημα και αλλοιώσεις οξείας σωληναριακής βλάβης, τα δε σπειράματα δεν εμφάνιζαν παθολογικές αλλοιώσεις. Ο ανοσοφθορισμός δεν έδειξε ανοσοσυμπλεγματογικής αιτιολογίας σπειραματική ή διαμεσοσωληναριακή νόσο. Με βάση τα ανωτέρω τέθηκε η διάγνωση της αιμορραγικής διάμεσης νεφρίτιδας με προσβολή κυρίως της μυελώδους μοίρας του νεφρικού παρεγχύματος. Η ως άνω εικόνα θεωρείται χαρακτηριστική της νεφροπάθειας από ιό Hanta και αναδεικνύει τη σημασία της παρουσίας μυελώδους μοίρας στο προς εξέταση βιοψικό υλικό. Με δεδομένη τη διάγνωση της νεφροπάθειας από ιό Hanta η ασθενής δεν έλαβε ειδική αγωγή, αλλά υποστηρίχθηκε συντηρητικά. Κατά τις επόμενες 10 ημέρες εμφάνισε πολουρία με αδυναμία συμπίκνωσης των ούρων η οποία υποστηρίχθηκε με παρεντερική χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων. Κατά την έξοδό της είχε φυσιολογική νεφρική λειτουργία, ενώ στην επανεκτίμηση 15 ημέρες μετά το εξιτήριο τα επίπεδα του συμπληρώματος ήταν φυσιολογικά. Συμπερασματικά, η λοίμωξη από ιό Hanta μπορεί να συνοδεύεται από οξεία διάμεση αιμορραγική νεφρίτιδα της μυελώδους μοίρας, επιδείνωση τη νεφρικής λειτουργίας, χαμηλά επίπεδα C3 και C4 και διαταραχές της συμπυκνωτικής ικανότητας των νεφρών. Στις περισσότερες περιπτώσεις έχει καλή πρόγνωση με συντηρητική αντιμετώπιση.

16. ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΕΜΦΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Μ. Σχοινά¹, Ε. Σαμπάνη¹, Θ. Κουλουκουργιώτου¹, Ι. Τσουχνικάς¹, Σ. Βακαλοπούλου², Μ. Στάγκου¹, Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ηπατίτιδα C αποτελεί συστηματική νόσο με πολλαπλές εξωηπατικές εκδηλώσεις, ενώ η θεραπεία με τους νέους αντιϊικούς παράγοντες (DAA) αποτελεί επανάσταση στην Ιατρική επιστήμη, λόγω υψηλών ποσοστών επιτυχίας εκρίζωσης του ιού με σύγχρονη υποστροφή των εξωηπατικών εκδηλώσεων.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή ηλικίας 68 ετών, η οποία διακομίσθηκε στη Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ. για διερεύνηση νεφρικού συνδρόμου. Από το ατομικό της αναμνηστικό είχε αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο και πρόσφατα ανευρεθέν μόρφωμα δεξιού μαστού με διόγκωση των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Από τον εργαστηριακό και ανοσολογικό έλεγχο παρουσίαζε λεύκωμα ούρων 24ώρου 12 g, ενεργό ίζημα ούρων, επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία, anti-HCV θετικό, ελαττωμένο C3 και C4 και υψηλή τιμή ρευματοειδούς παράγοντα και IgM ανοσοσφαιρίνης ορού. Η βιοψία νεφρού που διενεργήθηκε, έδειξε μεμβρανοπαραγωγική σπειραματονεφρίτιδα τύπου I, η οποία αποδόθηκε στην ηπατίτιδα C. Στη συνέχεια, η ασθενής διακομίσθηκε σε Γυναικολογική Κλινική όπου πραγματοποιήθηκε ολική δεξιά μαστεκτομή με σύστοιχο λεμφαδενικό καθαρισμό. Από τη βιοψία μαστού-λεμφαδένων, παρατηρήθηκε διηθητικό καρκίνωμα μαστού και non-Hodgkin λέμφωμα. Επακόλουθα, διαπιστώθηκε ότι η ασθενής έπασχε από δύο εξωηπατικές εκδηλώσεις της ηπατίτιδας C, τη μεμβρανοπαραγωγική σπειραματονεφρίτιδα και το non-Hodgkin λέμφωμα, ενώ επίσης παρουσίαζε μεταστατικό κακόηθες νεόπλασμα μαστού. Ο λοιπός έλεγχος για την ηπατίτιδα C ανέδειξε γονότυπο 2 και ήπια ηπατική ίνωση (τάξης F2), οπότε η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με το συνδυασμό σοφοσμπουβίρης/βελπατασβίρης (sofosbuvir/velpatasvir) για 12 εβδομάδες. Για τη μεμβρανοπαραγωγική σπειραματονεφρίτιδα έλαβε επιπλέον μεθυλπρεδνιζολόνη σε σταδιακά μειούμενη δόση, ενώ για το non-Hodgkin λέμφωμα δεν υποβλήθηκε σε ειδική θεραπευτική αγωγή. Έξι μήνες μετά, η ασθενής έχει φυσιολογική νεφρική λειτουργία, με ύφεση του λεμφώματος και βρίσκεται σε παρακολούθηση στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

17. ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΓΚΟΛΙΜΟΥΜΑΜΠΗ

Χ. Λιότση, Ε. Μπέη, Γ. Τσούκα, Σ. Πλαβούλου, Χ. Χριστοδουλίδου, Χ. Βουρλάκου, Κ. Παύλου, Θ. Αποστόλου

Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

Εισαγωγή: Η συνύπαρξη συστηματικού ερυθματώδους λύκου και ρευματοειδούς αρθρίτιδας και η συσχέτιση της εκδήλωσης του πρώτου νοσήματος με τη χορήγηση βιολογικού θεραπευτικού παράγοντα είναι ασυνήθης.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για γυναίκα ασθενή ηλικίας 62 ετών η οποία παρουσιάστηκε με νεφρωσικό σύνδρομο από 3μήνου ενώ λάμβανε, από 3ετίας, αγωγή με γκολιμουμάμπη (anti-TNF παράγοντα) για ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η ασθενής παρουσίαζε οιδήματα κάτω άκρων, λευκοματουρία (περίπου 6 g/24ωρο) και αρτηριακή υπέρταση χωρίς ωστόσο επηρεασμένη νεφρική λειτουργία. Η βιοψία νεφρού που διενεργήθηκε έδειξε ευρήματα μεμβρανώδους σπειραματοπάθειας σε συνδυασμό με αλλοιώσεις εστιακής τμηματικής υπερπλαστικής, μεσαγγειοϋπερπλαστικής και ενδοτριχοειδικής σπειραματονεφρίτιδας. Βάσει των ευρημάτων αυτών και του θετικού τίτλου ANA αντισωμάτων 1:640 τέθηκε η διάγνωση της νεφρίτιδας λύκου τάξης III/ V. Στη συνέχεια, διακόπηκε η χορήγηση του anti-TNF παράγοντα και έγινε έναρξη θεραπείας επαγωγής με κυκλοφωσφamide με βελτίωση του νεφρωσικού συνδρόμου.

18. ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΝΙΒΟΛΟΥΜΑΜΠΗ

Π. Γεωργιανός¹, Β. Βάϊος¹, Μ. Αντωνίου¹, Ε. Λεονταρίδου¹, Γ. Βαρέτα¹,
Γ. Καραγιαννοπούλου², Τ. Κολέτσα², Α. Σιούλης¹, Η. Μπαλάσκας¹, Π. Ζεμπεκάκης¹

¹Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

²Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Ο παράγοντας νιβολουμάμπη (nivolumab), αναστολέας του σηματοδοτικού μονοπατιού προγραμματισμένου θανάτου (programmed death, PD)-1, έχει πρόσφατα εγκριθεί και χρησιμοποιείται με επιτυχία στη θεραπεία του προχωρημένου μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα και στο μελάνωμα. Δεδομένα από κλινικές δοκιμές έδειξαν ότι ο παράγοντας αυτός συσχετίσθηκε με ανεπιθύμητες νεφρικές επιδράσεις, αλλά η ακριβής νεφροτοξική δράση του nivolumab δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια. Παρουσιάζουμε τη σπάνια περίπτωση ασθενούς ηλικίας 60 ετών, ο οποίος εμφάνισε βαριά οξεία διάμεση νεφρίτιδα μετά από ανοσοθεραπεία με nivolumab για μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής άνδρας, 60 ετών, με ιστορικό μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα διαγνωσθέν προ 2ετίας, εισήχθη για διερεύνηση προοδευτικά επιδεινούμενης έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας μετά τον 4^ο κύκλο ανοσοθεραπείας με nivolumab. Κατά την εισαγωγή του, ο ασθενής είχε ουρία 133 mg/dl, κρεατινίνη 4,74 mg/dl και eGFR 13 ml/min/1,73m²). Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε άσηπτη πυουρία χωρίς ενεργό ίζημα ούρων και στη συλλογή ούρων 24ώρου μικρολευκωματιουρία 180 mg/24ωρο. Δεν απαιτήθηκε η υποστήριξη του ασθενούς με αιμοκάθαρση. Υποβλήθηκε σε ανοσολογικό έλεγχο, ο οποίος ήταν αρνητικός και σε νεφρική βιοψία, η οποία έδειξε εικόνα βαριάς οξείας διάμεσης νεφρίτιδας και ουλοποιημένα σπειράματα σε ποσοτό 16%. Θεραπευτικά ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με 3 ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης 500 mg ενδοφλεβίως και ακολούθως τέθηκε σε μεθυλ-πρεδνιζολόνη p.os 48 mg ημερησίως και εξήλθε με κρεατινίνη 4,1 mg/dl (eGFR: 16 ml/min/1,73m²). Έξι εβδομάδες μετά την έναρξη αγωγής, ο ασθενής βελτίωσε τη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη 2,2 mg/dl, eGFR 32 ml/min/1,73m²) και παρέμεινε ελεύθερος επιπλοκών με προοδευτική μείωση των κορτικοειδών και απουσία λευκωματουρίας στο διάστημα της παρακολούθησής του. Συμπερασματικά, ο παράγοντας nivolumab σχετίζεται με περιπτώσεις βαριάς οξείας διάμεσης νεφρίτιδας, η οποία συνήθως ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη θεραπεία με κορτικοειδή. Αποτελεί σπάνια παρενέργεια που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με προσεκτική παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας κατά την εφαρμογή της ανοσοθεραπείας.

19. ΑΠΡΟΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Σ. Κεβρεκίδου¹, Μ-Ε. Αλεξάνδρου¹, Α. Μπλάτσα¹, Π. Στρόππου¹, Ε. Παζαρλή², Α. Λυσίσκα¹, Π. Πατεινάκης¹, Ε. Μάνου¹, Π. Κυρικλίδου¹, Ε. Μπισόπουλος¹, Δ. Παπαδοπούλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Περιγράφεται η περίπτωση μη αναμενόμενης μεταβολής της ιστολογικής εικόνας σε βιοψία νεφρού ασθενούς με νεφρωσικό σύνδρομο.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 39 ετών με ιστορικό υπέρτασης από 3ετίας εισήχθη με κλινικοεργαστηριακή εικόνα νεφρωσικού συνδρόμου [λευκωματουρία 24ώρου 10 g, μικροσκοπική αιματοουρία, κρεατινίνη ορού 1,01 mg/dl (eGFR 119 ml/min)], χωρίς εξάνθημα, αρθρίτιδα ή άλλες εξωνεφρικές εκδηλώσεις. Ο ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός, και τα επίπεδα συμπληρώματος C3-C4, η γενική αίματος και η ανοσοκαθήλωση ορού και ούρων ήταν φυσιολογικά. Διενεργήθηκε βιοψία νεφρού η οποία έδειξε εικόνα ανοσοσυμπλεγματικής υπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας, με ευρήματα από το οπτικό μικροσκόπιο ήπιας αύξησης του μεσαγγείου στα περισσότερα σπειράματα, και κατά θέσεις εικόνα λοβίωσης με ενδοτριχοειδική υπερπλασία και με παρουσία εωσινόφιλων και ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων, καθώς και αρκετών μακροφάγων. Ο ανοσοφθορισμός έδειξε τοιχωματικό λεπτό και αδρό κοκκώδη, και μεσαγγειακό φθορισμό C3(3+), IgG(2+), IgA(1+), IgM(1+) κ(2+), λ(2+), ενώ ήταν αρνητικός για C1q. Παρά την απουσία ιστορικού λοίμωξης και την αρνητική ASTO, τα ευρήματα θεωρήθηκαν συμβατά με εικόνα μεταλοιμώδους σπειραματονεφρίτιδας. Λόγω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας ο ασθενής έλαβε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη (αρχικά 2 g σε ε.φ. ώσεις και στη συνέχεια από το στόμα 32 mg/24ωρο), στατίνη και διουρητικά και εξήλθε με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 1,83 mg/dl, eGFR 67 ml/min). Μέσα στο διάστημα 2 μηνών και παρά την προσθήκη μυκοφαινολικού μοφετιλίου σε δόση 1500 mg/ημέρα στο θεραπευτικό του σχήμα, λόγω μη βελτίωσης, ο ασθενής εμφάνισε επιδείνωση των κλινικοεργαστηριακών του ευρημάτων, με λεύκωμα ούρων 24ώρου 30 g. Νέος ανοσολογικός και ιολογικός έλεγχος ήταν πάλι αρνητικός, ενώ εμφάνισε μια ήπια ελάττωση επιπέδων του C3 συμπληρώματος, με φυσιολογικό C4. Αποφασίσθηκε η διενέργεια 2^{ns} βιοψίας νεφρού η οποία έδειξε τυπική εικόνα μεμβρανώδους σπειραματονεφρίτιδας στο οπτικό μικροσκόπιο, χωρίς ενδοτριχοειδική υπερπλασία ή ιδιαίτερη παρουσία ουδετερόφιλων ή μακροφάγων. Ο ανοσοφθορισμός ήταν κοκκώδης τοιχωματικός IgG(3+), IgM(1+ κατά θέσεις και μεσαγγειακός), C3(3+), C1q(1+), κ(3+), λ(3+), αρνητικός για IgA. Έγινε διακοπή του μυκοφαινολικού μοφετιλίου και έναρξη κυκλοσπορίνης σε αρχική δόση 150 mg ημερησίως στην οποία ανταποκρίθηκε με πλήρη υποχώρηση, μετά δίμηνο, των οιδημάτων και της λευκωματουρίας στα 3,1 g/24ωρο.

20. ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ ΝΕΦΡΟΥ. ΠΟΙΚΙΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δ. Λυγερού¹, Κ. Δερμιτζάκη¹, Α. Παρασκευόπουλος¹, Κ. Στυλιανού¹, Σ. Στρατάκης¹, Σ. Στρατήγης¹, Γ. Ορφανάκη¹, Μ. Κουτσάκη¹, Κ. Περάκης¹, Ε. Βαρδάκη¹, Ρ. Μπαλάση¹, Χ. Γακιοπούλου², Ζ. Σαριδάκη³, Ε. Δαφνής¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Αθήνα

³Ογκολογικό Τμήμα, «ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ Διάγνωση», Ηράκλειο

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι η σαρκοείδωση νεφρού παρουσιάζει ποικίλα κλινικά, εργαστηριακά και ιστοπαθολογικά ευρήματα. Παρουσιάζονται 4 περιστατικά σαρκοείδωσης νεφρού για σύγκριση των διάφορων ευρημάτων.

Παρουσίαση περιστατικών: Πρόκειται για άνδρες ηλικίας 52-78 ετών, που εμφανίζουν αρκετά κοινά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Αφενός παρουσιάζαν γενικά συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, κακουχία, αδυναμία-καταβολή, πυρετίο, λεμφαδενοπάθεια και αφετέρου πιο ειδικές εκδηλώσεις όπως αρρύθμιστη αρτηριακή υπέρταση, κηλιδώδες εξάνθημα, ραγοειδίτιδα και οζώδες ερύθημα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο όλοι εμφάνιζαν σταδιακά επιδεινούμενη νεφρική λειτουργία σε διάστημα ολίγων εβδομάδων έως μηνών, με χρόνια νεφρική νόσο σταδίων 4 και 5, αυξημένη ΤΚΕ, χαμηλή ΡΤΗ και ANCA(-). Τρεις από τους τέσσερις είχαν αυξημένα επίπεδα μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης II στον ορό (ACE), υπερασβεστιαμία και υπερασβεστιουρία. Στους τρεις διενεργήθηκε βρογχοσκόπηση και λήψη βρογχικού εκπλύματος (BAL). Οι καλλιέργειες και η χρώση Ziehl Neelsen ήταν αρνητικές για μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης, ενώ σε έναν μόνον ασθενή παρατηρήθηκε λεμφοκυτταρική επικράτηση και αυξημένος λόγος CD4+/CD8+ λεμφοκυττάρων. Το ίζημα ούρων εμφάνιζε εικόνα σωληναριακής βλάβης με λευκοκυτταρία, λευκοκυτταρικούς κυλίνδρους και κρυστάλλους οξαλικού ασβεστίου. Ο διαθέσιμος απεικονιστικός έλεγχος έδειξε ποικίλα ευρήματα: γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, μικροοζώδεις αλλοιώσεις στο πνευμονικό παρέγχυμα, σπληνομεγαλία, νεφρασβεστωση, ενώ σε έναν ασθενή που υποβλήθηκε σε PET-scan βρέθηκε υπερμεταβολική δραστηριότητα σε λεμφαδένες πνευμονικών πυλών και μεσοθωρακίου άμφω, αλλά όχι στο νεφρικό παρέγχυμα. Οι νεφρικές βιοψίες, που στην πλειοψηφία έθεσαν την τελική διάγνωση της νόσου, έδειξαν προσβολή τόσο του διάμεσου ιστού, όσο και των ουροφόρων σωληναρίων σε κάποιες με εναποθέσεις ασβεστίου, σε άλλες με εικόνα διάμεσης νεφρίτιδας ή/και κοκκιωμάτων. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε θεραπεία με κορτικοστεροειδή που οδήγησε σε ταχεία και σημαντική βελτίωση της κρεατινίνης ορού, υποχώρηση της υπερασβεστιαμίας, πτώση της ΤΚΕ και των επιπέδων του ACE. Συμπερασματικά, η βιοψία νεφρού έχει θέση ακόμα και σε προχωρημένο στάδιο νεφρικής δυσλειτουργίας σε μία νόσο που συνήθως προκύπτει εξ αποκλεισμού άλλων νοσημάτων σε συνδυασμό με τα προαναφερθέντα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα. Η έγκαιρη χορήγηση θεραπείας στην σαρκοείδωση νεφρού φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική βελτίωση ακόμα και σε πολύ προχωρημένη νεφρική προσβολή.

21. ΣΟΒΑΡΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ SGLT2-ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ

Ε. Τριανταφυλλίδου, Φ. Μπούντα, Δ. Χατζηδημητρίου, Φ. Μαρκάτου, Μ. Θεοδωρίδης, Σ. Παναγιώτσος

Νεφρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Εισαγωγή: Οι αναστολείς SGLT2 είναι νέοι αντιδιαβητικοί παράγοντες που μειώνουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα αναστέλλοντας την επαναρόφηση της από τους υποδοχείς Na-γλυκόζης τύπου 2 στο εγγύς σωληνάριο. Τον Μάιο του 2015 ο FDA εξέδωσε την πρώτη ανακοίνωση όπου και επισήμανε τον κίνδυνο εμφάνισης κετοξέωσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που λάμβαναν αναστολείς SGLT2, ενώ παρόμοια ανακοίνωση εξέδωσε και η Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης και Αξιολόγησης Κινδύνου (PRAC) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA). Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί είναι η προκαλούμενη μείωση της έκκρισης της ινσουλίνης από τους αναστολείς SGLT2 λόγω γλυκουζουρίας, σε συνδυασμό με την αύξηση της έκκρισης του γλουκαγόνου, που οδηγούν σε ηπατική γλυκονογένεση και αύξηση της λιπόλυσης. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της διαβητικής κετοξέωσης είναι η νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο, ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος, η παρουσία λοίμωξης, η μειωμένη λήψη υδατανθράκων, η κατάχρηση αλκοόλης, η αφυδάτωση, η μείωση της χορηγούμενης ινσουλίνης και η μειωμένη έκκριση ινσουλίνης από τα Β-κύτταρα του παγκρέατος. Παρουσιάζεται περίπτωση σοβαρής διαβητικής κετοξέωσης σε ασθενή με χρόνια κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης και σακχαρώδη διαβήτη υπό αγωγή με αναστολείς SGLT2.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 55 ετών με ατομικό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 θεραπευόμενου με δισκία και χρόνια κατάχρηση αιθυλικής αλκοόλης προσήλθε στα Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου ληθαργικός, με ταχύπνοια, ταχυκαρδία και απόπνοια κετόνης. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε ήπια υπεργλυκαιμία, επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 1,8 mg/dl), παθολογικές τιμές τρανσαμινασών, γ-GT και αλκαλικής φωσφατάσης,, ενώ στη γενική ούρων είχε παρουσία γλυκόζης (+4) και κετονών (+4). Από την ανάλυση αερίων αίματος διαπιστώθηκε σοβαρή μεταβολική οξέωση (pH 6,95 και HCO₃⁻ 3 mEq/L), με αυξημένο χάσμα ανιόντων και αυξημένα γαλακτικά (5 mmol/L). Λόγω του διαταραγμένου επιπέδου συνείδησης, ο ασθενής τη 2η ημέρα νοσηλείας διακομίσθηκε στη Μ.Ε.Θ. για ένα εικοσιτετράωρο, όπου και αντιμετωπίστηκε ως διαβητική κετοξέωση. Εξήλθε σε 6 ημέρες με φυσιολογικό pH αίματος, ευγλυκαιμία και φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Από το αναμνηστικό ιστορικό του ασθενή δεν αναφέρθηκε επεισόδιο διαβητικής κετοξέωσης στο παρελθόν, πάρα τον κακό γλυκαιμικό έλεγχο. Ως πιθανή αιτία ενοχοποιήθηκε η πρόσφατη έναρξη του SGLT2 αναστολέα σε συνδυασμό με την κατάχρηση αλκοόλης.

22. ΔΙΥΛΙΣΗ ΜΕ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗ (SINGLE PASS ALBUMIN DIALYSIS) ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Κ. Τζιώγκας¹, Ι. Τσουχνικάς², Ο. Γιουλεμέ¹, Δ. Χριστοδούλου³, Ν. Γραμματικός¹, Μ. Στάγκου², Α. Παπαγιάννη²

¹Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

³Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η Διύλιση με Λευκωματίνη (Single Pass Albumin Dialysis, SPAD) είναι μέθοδος εξωσωματικής κυκλοφορίας που έχει δοκιμαστεί με αρκετή επιτυχία στην κάθαρση τοξικών ουσιών ασθενών με ηπατική ανεπάρκεια σε αναμονή για μεταμόσχευση. Περιορισμένη είναι η εμπειρία από την εφαρμογή της σε ασθενείς με οξεία ηπατική βλάβη. Περιγράφουμε δύο περιπτώσεις ασθενών με οξεία ηπατική βλάβη που υποβλήθηκαν σε SPAD με στόχο τη μείωση της χολερυθρίνης του ορού.

Παρουσίαση περιστατικών: Περιστατικό 1: Ασθενής, 38 ετών, χρήστης ενδοφλέβιων ουσιών εισήχθη σε Παθολογική Κλινική λόγω οξείας ηπατικής ανεπάρκειας (ηπατική εγκεφαλοπάθεια 2^{ου} βαθμού και διαταραχές πήξης) σε έδαφος οξείας ηπατίτιδας Β. Με συντηρητική αγωγή παρουσιάστηκε γρήγορη εργαστηριακή και κλινική βελτίωση διατηρώντας όμως συνεχώς αυξημένες τιμές χολερυθρίνης (>55 mg/dl). Την 17^η ημέρα νοσηλείας του αποφασίσθηκε να υποβληθεί σε συνεδρίες SPAD. Υποβλήθηκε σε τρεις συνεδρίες (19^η, 23^η, και 25^η ημέρα νοσηλείας) και παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των τιμών χολερυθρίνης στα 26,5 mg/dl. Την 27^η ημέρα έλαβε εξιτήριο και σε επανεξέταση 2 εβδομάδες μετά, ήταν σε καλή κλινική κατάσταση με τιμή χολερυθρίνης 11 mg/dl.

Περιστατικό 2: Ασθενής, 47 ετών, νοσηλευόμενος λόγω οξείας ηπατίτιδας Ε, διακομίσθηκε στο Νοσοκομείο μας για να υποβληθεί σε συνεδρίες SPAD λόγω παρατεταμένα αυξημένων τιμών χολερυθρίνης (>50 mg/dl). Ο ασθενής είχε ιστορικό ομόζυγου β-θαλασσαιμίας και ήταν πολυμεταγγιζόμενος με σακχαρώδη διαβήτη, καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονική υπέρταση. Υποβλήθηκε σε 5 συνεδρίες SPAD (2^η, 5^η, 6^η, 7^η, και 9^η μέρα νοσηλείας) και η χολερυθρίνη μειώθηκε σε επίπεδα <20 mg/dl οπότε και επαναδιακομίσθηκε στο Περιφερειακό Νοσοκομείο. Όλες οι συνεδρίες έγιναν με μηχανήμα Aquarius-Nikkiso, χρησιμοποιήθηκε φίλτρο πολυσουλφόνος υψηλής διαπερατότητας και διάλυμα αλβουμίνης 2,5% (HA σε Hemosol BO/Gambro). Σε κάθε συνεδρία χρησιμοποιήθηκαν 8 λίτρα διαλύματος σε 8 ώρες. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η μέθοδος SPAD μειώνει τα επίπεδα χολερυθρίνης του ορού σε ασθενείς με οξεία ηπατική βλάβη και η βραχυχρόνια εφαρμογή της είναι ασφαλής.

23. ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΑΠΟ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Π. Κιόρτζεβε, Κ. Στεργίου, Α. Δημητρίου, Κ. Τραϊανού, Χ. Ντιούδης

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Εισαγωγή: Η μετφορμίνη είναι το υπογλυκαιμικό σκεύασμα με τη μεγαλύτερη συνταγογράφηση παγκοσμίως και το φάρμακο πρώτης εκλογής στο νεοδιαγνωσθέντα ΣΔ τύπου 2. Η χορήγηση της μετφορμίνης ωστόσο, αντενδείκνυται σε ασθενείς με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, στους υπερήλικες και σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω αυξημένου κινδύνου γαλακτικής οξέωσης. Μολονότι η γαλακτική οξέωση από μετφορμίνη είναι μία σπάνια επιπλοκή με < 10 περιστατικά ανά 100.000 ασθενείς/έτος, ωστόσο τα νέα περιστατικά εξακολουθούν να καταγράφονται και μάλιστα με υψηλό ποσοστό θνητότητας (30-50%).

Παρουσίαση περιστατικών: Πρόκειται για 4 περιστατικά γαλακτικής οξέωσης από μετφορμίνη, που διαγνωσθηκαν την τελευταία διετία και αντιμετωπίστηκαν στην μονάδα μας, με την εφαρμογή παρατεταμένων αιμοκάθαρσης. **Περιστατικό 1:** Γυναίκα, 48 ετών, υπό αγωγή με 1000 mg μετφορμίνης/ημέρα προσήλθε λόγω κοιλιακού άλγους. Κλινική εικόνα: συγχυτική κατάσταση, ανουρική ΟΝΑ. Εργαστηριακός έλεγχος: κρεατινίνη 10,8 mg/dl, pH <6,8, HCO₃ απροσδιόριστα, PCO₂ 12 mmHg, γαλακτικά > 15mmol/L. Αντιμετωπίστηκε με 6ωρη αιμοκάθαρση. Έκβαση: κυκλοφορική καταπληξία, διασωλήνωση, νοσηλεία σε ΜΕΘ, πλήρης αποκατάσταση με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. **Περιστατικό 2:** Γυναίκα, 83 ετών, υπό αγωγή με 1700mg μετφορμίνης/ημέρα προσήλθε λόγω εμέτων και διαρροιών. Συν-νοσηρότητα: ΧΝΝ σταδίου 3B. Κλινική εικόνα: διεγερτική κατάσταση, ανουρική ΟΝΑ. Εργαστηριακός έλεγχος: κρεατινίνη 8 mg/dl, pH 6,96, HCO₃ < 3,mEq/L, PCO₂ 11.mmHg, γαλακτικά 15 mmol/L. Αντιμετωπίστηκε με 6ωρη αιμοκάθαρση. Έκβαση: θάνατος. **Περιστατικό 3:** Γυναίκα, 76 ετών, υπό αγωγή με 1500mg μετφορμίνης/ημέρα προσήλθε λόγω δυσαρθρίας. Συν-νοσηρότητα: Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) 4^{ου} σταδίου, υπερτασική καρδιοπάθεια. Κλινική εικόνα: υπογλυκαιμία, ολιγουρική ΟΝΑ. Εργαστηριακός έλεγχος: κρεατινίνη 11,2 mg/dl, pH 7,02, HCO₃ 3,4.mEq/L, PCO₂ 13 mmHg, γαλακτικά 8,5 mmol/L. Αντιμετωπίστηκε με 6ωρη αιμοκάθαρση. Έκβαση: Αποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας στα αρχικά επίπεδα. **Περιστατικό 4:** Γυναίκα, 82 ετών, υπό αγωγή με 2000mg μετφορμίνης/ημέρα προσήλθε λόγω εμέτων και διαρροιών. Συν-νοσηρότητα: ΧΝΝ 4^{ου} σταδίου, καρδιακή ανεπάρκεια. Κλινική εικόνα: βυθιότητα, ανουρική ΟΝΑ. Εργαστηριακός έλεγχος: κρεατινίνη 7,2 mg/dl, pH 6,77, HCO₃ 3 mEq/L, PCO₂ 21 mmHg, γαλακτικά 17 mmol/L. Αντιμετωπίστηκε με 6ωρη αιμοκάθαρση. Έκβαση: μόνιμη ένταξη σε αιμοκάθαρση. Συμπερασματικά, η συνταγογράφηση της μετφορμίνης θα πρέπει να γίνεται με προσοχή στους ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο και σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, καθώς η γαλακτική οξέωση από μετφορμίνη είναι μία σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή. Για την αντιμετώπισή της πρέπει να εφαρμόζεται παρατεταμένη αιμοκάθαρση της οποίας κύριο πλεονέκτημα είναι η γρήγορη αφαίρεση των τοξικών διγιοανιδίων και των υπερβολικών ποσότητων γαλακτικού οξέως.

24. ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ

Ε. Σαμπάνη¹, Ε. Κασσιμάτς¹, Α. Δημοσσιάρη², Λ. Κορελίδου¹, Α. Παπαγιάννη¹

¹Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

²Δ΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι διαταραχές της συγκέντρωσης του νατρίου του ορού συναντώνται συχνά σε νοσηλεύμενους ασθενείς με σύνθετα και σοβαρά προβλήματα. Η αργή και ελεγχόμενη μεταβολή του νατρίου είναι ζωτικής σημασίας, καθώς η ταχεία διόρθωση του, σε χρονιότητα, μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφικές επιπλοκές. Η παραπάνω αρχή απαιτεί ιδιαίτερη προσέγγιση όταν συνυπάρχει παράλληλα ανάγκη εξωνεφρικής κάθαρσης, καθώς η δυνατότητα ρύθμισης της αγωγιμότητας και της συγκέντρωσης του Na⁺ στο διάλυμα της αιμοκάθαρσης περιορίζεται σε συγκεκριμένο μόνο διάστημα τιμών.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 87 ετών που προσκομίστηκε στα επείγοντα σε κωματώδη κατάσταση αφού βρέθηκε πεσμένος στην οικεία του. Κατά την αρχική εκτίμηση, ο ασθενής ήταν εμπύρετος, σε κολπική μαρμαρυγή με ταχεία ανταπόκριση. Παρουσίαζε σημεία αφυδάτωσης με ελαττωμένη σπαργή δέρματος και από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε επιδεινωμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη 4,6 mg/dl και ουρία 140 mg/dl) και σοβαρή υπερνατρίαμία, με Na ορού 173 mEq/L. Περαιτέρω έλεγχος έδειξε ευρήματα λιθιασικής χολοκυστίτιδας. Η αρχική αντιμετώπιση του ασθενή περιελάμβανε έλεγχο του καρδιακού ρυθμού, αντιβίωση και ενδοφλέβια ενυδάτωση κυρίως με ισότονα κρυσταλλοειδή διαλύματα, με αποτέλεσμα την αιμοδυναμική σταθεροποίησή του και την κλινικοεργαστηριακή βελτίωση της χολοκυστίτιδας. Παρέμεινε όμως ολιγουανουρικός και χωρίς αξιόλογη διόρθωση της υπερνατρίαμίας. Την 3^η ημέρα νοσηλείας παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια ενώ λόγω αύξησης της ουρίας στα 251 mg/dl κρίθηκε αναγκαία η υποστήριξή του με εξωνεφρική κάθαρση, έχοντας Na 176 mEq/L. Ο ασθενής υποβλήθηκε αρχικά σε δύο διαδοχικές συνεδρίες αιμοδιήθησης με τροποποίηση της συγκέντρωσης Na⁺ του διαλύματος υποκατάστασης, μετά από προσθήκη υπέρτονου διαλύματος NaCl 15%. Υπήρχε παράλληλος έλεγχος του νατρίου ορού, ώστε να τροποποιείται αναλόγως η αντίστοιχη συγκέντρωση στο υγρό υποκατάστασης. Το Na υποχώρησε μετά τις δύο συνεδρίες αιμοδιήθησης στα 166 και 157 mEq/L αντίστοιχα, έτσι ώστε να είναι ασφαλής, μετά από 48 ώρες, η υποστήριξη του ασθενούς με κλασική αιμοκάθαρση, υψηλής αρχικά αγωγιμότητας. Ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου μετά από 11 συνολικά ημέρες νοσηλείας, για να συνεχίσει την αποθεραπεία του σε άλλη κλινική, έχοντας ακόμη ανάγκη εξωνεφρικής κάθαρσης, με Na ορού 138mEq/L και καλό επίπεδο συνείδησης, χωρίς νευρολογικές επιπλοκές. Συμπερασματικά, σε σοβαρή χρόνια υπερνατρίαμία και συνοδό ένδειξη εξωνεφρικής κάθαρσης, η αρχική εφαρμογή διαλείπουσας αιμοδιήθησης, με εμπλουτισμό του υγρού υποκατάστασης με υπέρτονο διάλυμα NaCl, μπορεί να εξασφαλίσει την ελεγχόμενη και ασφαλή διόρθωση της υπερνατρίαμίας και της εξωκυττάριας ωσμωτικότητας.

25. ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ WERNICKE ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ, ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΝΟΣΟΣ

Α. Ντούνι, Π. Παυλάκου, Σ. Ξηρομερίτη, Κ. Ραφιομανίκης, Ο. Μπαλάφα, Σ. Κουντούρης, Χ. Παππάς, Ε. Ντουνούσης

Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke είναι μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε έλλειψη θειαμίνης (βιταμίνη Β1) και εκδηλώνεται με οξύ ή υποξύ παραλήρημα, οπτικές διαταραχές και παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία. Προσβάλλει το 0,8%-2,8% του γενικού πληθυσμού, στους αλκοολικούς μπορεί να φθάσει το 12,5% και σπάνια έχει αναφερθεί σε ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση.

Παρουσίαση περιστατικού: Γυναίκα, ασθενής 60 ετών με ΣΔ-II υπό ΣΦΠΚ από 3-ετίας εισήχθη στη Νεφρολογική κλινική λόγω οσφυαλγίας και εμπυρέτου. Η αιτία της λοίμωξης ήταν σπονδυλοδισκίτιδα ΟΜΣΣ. Οι καλλιέργειες αίματος παρέμειναν αρνητικές και στην ασθενή χορηγήθηκε εμπειρικά ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή για έξι εβδομάδες. Η ασθενής εμφάνισε αρχικά βελτίωση της κλινικής εικόνας και ύφεση των δεικτών φλεγμονής, ενώ στην πορεία παρουσίασε εμμένουσα ναυτία και εμέτους, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, ψευδαισθήσεις και υπνηλία. Ο απεικονιστικός έλεγχος με CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε ειδικά παθολογικά ευρήματα και τα συμπτώματα μετά από νευρολογική και ψυχιατρική εκτίμηση αποδόθηκαν σε οργανικό ψυχосύνδρομο. Μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής, η ασθενής κινητοποιήθηκε και εξήλθε της κλινικής βελτιωμένη. Στον προγραμματισμένο επανέλεγχο μία εβδομάδα μετά, διαπιστώθηκε δυσαρθρία, δυσκαταποσία και δυσχέρεια βάδισης και η ασθενής επανεισήχθη στην κλινική. Η νευρολογική εξέταση ανέδειξε οριζόντιο νυσταγμό και η MRI εγκεφάλου εικόνα συμβατή με εγκεφαλοπάθεια Wernicke σε τυπικές και άτυπες θέσεις. Ο συνδυασμός της μειωμένης πρόσληψης τροφής και των εμέτων κατά την προηγούμενη νοσηλεία, της κλινικο-απεικονιστικής εικόνας και της θεραπείας με ΣΦΠΚ (ip διαλύματα γλυκόζης) έθεσε ως πιθανότερη διάγνωση την εγκεφαλοπάθεια από έλλειψη θειαμίνης. Απεστάλη δείγμα για προσδιορισμό θειαμίνης στο αίμα και η ασθενής ξεκίνησε άμεσα ενδοφλέβια χορήγηση θειαμίνης βάση πρωτοκόλλου. Παρόλα αυτά, η ασθενής παρουσίασε διαταραχή μνήμης, προοδευτική επιδείνωση του επιπέδου συνείδησης, κόμα και τελικά απεβίωσε. Η διάγνωση της εγκεφαλοπάθειας Wernicke στους ασθενείς υπό εξωνεφρική κάθαρση αποτελεί πρόκληση για το θεράποντα νεφρολόγο, ο οποίος θα πρέπει να συμπεριλάβει στη διαφορική διάγνωση την πιθανή έλλειψη θειαμίνης σε αυτούς τους ασθενείς. Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke, εάν και είναι σπάνια σήμερα, παραμένει μια υπαρκτή, δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση.

26. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΩΝ ΝΕΟΤΕΡΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ C

Α. Καμμένος¹, Ε. Μπέν¹, Β. Σεβαστιανός, Δ. Λυμπερόπουλος², Β. Σεβαστιανός², Β. Χουλιτούδη¹, Μ. Γιαννοπούλου¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Β. Βουγάς³, Θ. Αποστόλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο, «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

²Δ΄ Παθολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

³Α΄ Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

Εισαγωγή: Η επίπτωση της HCV λοίμωξης μεταξύ μεταμοσχευμένων ασθενών είναι μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό και αυξάνει σημαντικά την θνητότητα και τον κίνδυνο επιπλοκών. Τα παλαιότερα θεραπευτικά σχήματα με βάση την ιντερφερόνη δεν ήταν ενδεδειγμένα καθώς εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά τόσο αποτυχίας όσο και ανεπιθύμητων ενεργειών. Παράλληλα περιοριζόταν ο αριθμός διαθέσιμων μοσχευμάτων καθώς μοσχεύματα από anti-HCV θετικούς δότες δίνονταν μόνο σε anti-HCV θετικούς λήπτες. Οι σύγχρονες θεραπείες ηπατίτιδας C, με απευθείας δρώντες αντιϊκούς παράγοντες (DAAs), υπόσχονται να τροποποιήσουν αυτή την κατάσταση καθώς επιτυγχάνουν υψηλότερα ποσοστά διατηρούμενης ιολογικής ανταπόκρισης (SVR), χωρίς παράλληλα να σχετίζονται με αυξημένες ανεπιθύμητες αντιδράσεις αλλά η κλινική εμπειρία σε αυτό τον πληθυσμό, ειδικά στη χώρα μας, παραμένει μικρή.

Παρουσίαση περιστατικών: Πρόκειται για δύο περιπτώσεις μεταμοσχευμένων ασθενών που αντιμετώπιστηκαν με από του στόματος χορηγούμενους απευθείας δρώντες αντιϊκούς παράγοντες και έχουν επιτύχει διατήρηση της ιολογικής ανταπόκρισης για 24 εβδομάδες, γεγονός που αντιστοιχεί σε ίαση της νόσου.

27. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΧΛΩΡΑΙΜΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Π. Παυλάκου¹, Α. Ντούνη¹, Κ. Ραφομανίκης¹, Σ. Ξηρομερίτη¹, Χ. Παππάς¹, Μ. Μήτσος², Ε. Ντουνούση¹

¹Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

²Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Εισαγωγή: Η τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη είναι ένας συνδυασμός δύο αντιμικροβιακών παραγόντων που δρουν συνεργιστικά έναντι πολλών βακτηρίων και έχει ενοχοποιηθεί για ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 54 ετών έλαβε προ 6ετίας νεφρικό αλλομόσχευμα λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου με πρωτοπαθή νόσο, διαβητική νεφροπάθεια σε έδαφος ΣΔ τύπου 1. Έκτοτε παρακολουθείται από την Μονάδα Μεταμοσχεύσεων και λαμβάνει από του στόματος (p.os) αγωγή με: μεθυλπρεδνιζολόνη. Εβερόλιμους, μυκοφαινολικό μοφετίλιο, διλτιαζέμη, νατριούχο φουσιδοπρίλη και αλενδρονάτη. Ο ασθενής εισήχθη λόγω σπηττικής αρθρίτιδας αριστερής κατά γόνυ άρθρωσης και κυτταρίτιδας στη σύστοιχη κνήμη εξαιτίας λοίμωξης. Η καλλιέργεια του υγρού παρακέντησης και η καλλιέργεια αίματος ανέδειξαν *Achromobacter xylosoxidans* και βάσει αντιβιογράμματος αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση μεροπενέμης και τείκοπλανίνης για 3 βδομάδες. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο έλαβε τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη p.os για 7 ημέρες. Στον επανέλεγχο μία εβδομάδα μετά την ολοκλήρωση της αγωγής διαπιστώθηκε κλινικά αυξημένο σωματικό βάρος, οίδημα κάτω άκρων και από τον εργαστηριακό έλεγχο υπονατρίαμια και υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων (Na ορού 120 mmol/L, K ορού 5,71 mmol/L, αέρια αίματος pH 7,26, HCO₃- 15,2, χάσμα ανιόντων 10,5) και αύξηση της κρεατινίνης ορού σε 2,21 mg/dl). Ο ασθενής επανεισήχθη και τέθηκε η διάγνωση νεφρική σωληναριακή οξέωση τύπου IV ως παρενέργεια της λήψης τριμεθοπρίμης/σουλφαμεθοξαζόλης. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς συμπτωματικά και εξήλθε από την κλινική μετά από μία εβδομάδα βελτιωμένος. Στον επανέλεγχο στο Εξωτερικά Ιατρεία έναν μήνα μετά ήταν σε σταθερή κατάσταση. Συμπερασματικά, η πολυφαρμακία στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος σε συνδυασμό με τις συν-νοσηρότητες που εμφανίζουν αποτελούν μια πρόκληση για τους κλινικούς ιατρούς. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τις παρενέργειες και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις των χορηγούμενων φαρμακευτικών ουσιών, να σταθμίζουν τα οφέλη της χορήγησής τους έναντι των πιθανών παρενεργειών και να επιλέγουν κάθε φορά τη βέλτιστη αγωγή.

28. ΣΟΒΑΡΟ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΛΟΓΩ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ RITUXIMAB

Ε. Μπέν¹, Β. Χουλιτούδη¹, Π. Ανδρονικίδη¹, Μ. Γιαννοπούλου¹, Α. Γεωργακόπουλος¹, Χ. Βουρλάκου², Β. Βουγάς³, Θ. Αποστόλου¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα «Αντώνιος Γ. Μπίλλης», Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

²Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

³Α' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, Γενικό Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ιδιοπαθής μεμβρανώδης νεφροπάθεια αποτελεί τη συχνότερη ιστολογική οντότητα που σχετίζεται με την εκδήλωση νεφρωσικού συνδρόμου στους λευκούς ενήλικες. Μετά τη μεταμόσχευση, υποτροπή αυτής, όπως προκύπτει από νεότερα δεδομένα της βιβλιογραφίας, παρουσιάζεται σε ποσοστό 40-50% των ασθενών και οδηγεί σε πρωτεϊνουρία, μείωση της νεφρικής λειτουργίας και αυξημένο κίνδυνο απώλειας του νεφρικού μόσχευματος. Η θεραπεία με anti-CD20 μονοκλωνικά αντισώματα (Rituximab) έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για τη θεραπεία της ιδιοπαθούς μεμβρανώδους νεφροπάθειας των εγγενών νεφρών, ενώ ο ρόλος αυτής στην υποτροπή στο μόσχευμα μελετάται.

Παρουσίαση περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα ασθενή ηλικίας 64 ετών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου λόγω ιδιοπαθούς μεμβρανώδους νεφροπάθειας, ο οποίος 4 έτη μετά από επιτυχή μεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη εκδήλωσε σοβαρό νεφρωσικό σύνδρομο. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με Rituximab, με επακόλουθη σημαντική μείωση της λευκωματουρίας. Στην παρούσα φάση, 6 έτη μετά τη μεταμόσχευση, διατηρεί σταθερή νεφρική λειτουργία με λευκωματουρία 24ώρου μικρότερη του 1 g. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η θεραπεία με anti-CD20 μονοκλωνικά αντισώματα έχει θέση και στη θεραπεία της υποτροπής της μεμβρανώδους νεφροπάθειας στο μόσχευμα.

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Αποστόλου Θεοφάνης	Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος “Αντώνιος Γ. Μπίλλης” Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός -Οφθαλμιατρείο Αθηνών- Πολυκλινική”
Αφεντάκης Νικόλαος	Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Γ. Γεννηματάς”, Αθήνα
Βλαχάκος Δημήτριος	Καθηγητής Νεφρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Β’ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. “Αττικόν”
Γούμενος Δημήτριος	Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικού και Μεταμοσχευτικού Κέντρου, Π.Γ.Ν. Πατρών
Δημητριάδης Χρυσόστομος	Επιμελητής Α’ ΕΣΥ, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης
Καλαϊτζίδης Ρήγας	Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων
Καπερώνης Νικόλαος	Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α “Κοργιαλένιο - Μπενάκειο” Ε.Ε.Σ.
Κουρβέλου Χριστίνα	Διευθύντρια, Νεφρολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. “Κοργιαλένιο - Μπενάκειο” Ε.Ε.Σ.
Λιακόπουλος Βασίλειος	Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Τμήμα Νεφρολογίας και Υπέρτασης, Α’ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Τμήμα Ιατρικής, Α.Π.Θ.
Μαρινάκη Σμαράγδη	Επιμελήτρια Α’ Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική & Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”
Μελεξοπούλου Χριστίνα	Επικουρική Νεφρολόγος, Νεφρολογική Κλινική & Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”
Μουκταρούδη Μαρία	Επιμελήτρια Α’, Δ’ Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. “Αττικόν”
Μπαντής Χρήστος	Νεφρολόγος, Επιμελητής Α’, Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο “Γ. Παπανικολάου” Θεσσαλονίκης
Μπολέτης Ν. Ιωάννης	Καθηγητής Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής & Μονάδας Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΠΡΟΕΔΡΟΙ

- Ντουνούση Ευαγγελία** *Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων - Διευθύντρια Νεφρολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων*
- Ντουράκης Σπυρίδων** *Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμου Εργαστηρίου της Ιατρικής Σχολής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"*
- Παναγιώτσος Στυλιανός** *Αναπληρωτής Καθηγητής Νεφρολογίας Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης*
- Παπαγιάννη Αικατερίνη** *Καθηγήτρια Νεφρολογίας Α.Π.Θ., Πρόεδρος Ε.Ν.Ε.*
- Παπαδοπούλου Δωροθέα** *Διευθύντρια Νεφρολογίας, Αν. Συντονίστρια Διευθύντρια, Νεφρολογικού Τμήματος Γ.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη*
- Πασαδάκης Πλουμής** *Καθηγητής Νεφρολογίας, Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών Υγείας Δ.Π.Θ.*
- Πετράς Δημήτριος** *Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ιπποκράτειο"*
- Σαμπάνης Χρήστος** *Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής - Πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας Ελλάδας*
- Σαραφίδης Παντελής** *Επίκουρος Καθηγητής Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"*
- Στάγκου Μαρία** *Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας Α.Π.Θ., Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Ιπποκράτειο"*
- Τζανάκης Ιωάννης** *Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων*
- Τσακίρης Δημήτριος** *Νεφρολόγος, τ. Συντονιστής Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος Γ.Ν.Θ. "Παπαγεωργίου"*
- Τσάπας Απόστολος** *Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη Α.Π.Θ., Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου Β' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν.Θ.*
- Τσιρπανλής Γεώργιος** *Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς"*

B			
Bacchini G.M.	6, 27		
M			
Μπέν Ε.	14, 47		
P			
Pontoriero G.	6, 27		
V			
Vigano S.	6, 27		
A			
Αθανασιάδου Β.	5, 26		
Αλεβιζάκη Φ.	6, 28		
Αλεξάνδρου Μ-Ε.	4, 12, 21, 22, 38		
Ανδρικός Α.	1, 11, 33		
Ανδρονικήδη Π.	14, 47		
Ανδρουλάκη Μ.	11, 33		
Αντωνίου Μ.	12, 37		
Αποστόλου Θ.	1, 5, 9, 12, 14, 23, 36, 45, 47, 48		
Αρέστη Β.	6, 29		
Ασημακόπουλος Σ.	11, 34		
Αφεντάκης Ν.	10, 48		
B			
Βαΐος Β.	1, 12, 37		
Βακαλοπούλου Σ.	11, 35		
Βαρδάκη Ε.	12, 39		
Βαρέτα Γ.	12, 37		
Βεργαδής Χ.	5, 24		
Βλαχάκος Δ.	9, 48		
Βουγάς Β.	14, 45, 47		
Βουρλάκου Χ.	5, 12, 14, 23, 36, 47		
Γ			
Γαβαλάς Ι.	5, 25		
Γακιοπούλου Χ.	4, 11, 12, 20, 34, 39		
Γαλήνας Α.	6, 29		
		Γεωργακόπουλος Α.	14, 45, 47
		Γεωργιανός Π.	12, 37
		Γεωργιοπούλου Β.	11, 34
		Γιαννικουρής Ι.Ε.	6, 27, 28
		Γιαννοπούλου Μ.	14, 45, 47
		Γιάννου Π.	6, 30
		Γνικοπούλου Ε.	7, 31
		Γιόμπστ Ρ.	4, 21
		Γιουλεμέ Ο.	13, 41
		Γκινής Β.	6, 28
		Γούμενος Δ.	10, 11, 15, 34, 48
		Γούτου Π.	11, 34
		Γραμματικός Ν.	13, 41
Δ			
		Δάβουλος Γ.	11, 34
		Δαμιανάκη Α.	6, 30
		Δαμιανάκης Ν.	4, 20
		Δαφνής Ε.	12, 39
		Δερμιτζάκη Κ.	12, 39
		Δημητριάδης Χ.	7, 11, 33, 48
		Δημητρίου Α.	13, 42
		Δημοσσιάρη Α.	13, 43
Ε			
		Ευστρατιάδης Γ.	10, 32
Z			
		Ζεμπεκάκης Π.	10, 12, 32, 37
		Ζερμπαλά Σ.	5, 26
Θ			
		Θεοδωρίδης Μ.	11, 13, 33, 40
I			
		Ιατρού Χ.	5, 26
K			
		Καλαϊτζίδης Ρ.	7, 9, 31, 48
		Καμμένος Α.	14, 45

Καπερώνης Ν.	9, 48
Καποτά Α.	6, 30
Καραγιαννοπούλου Γ.	12, 37
Καραμπογιά Ο.	6, 28
Καρπέτας Α.	7, 10, 31, 32
Κασιμάτης Ε.	13, 43
Κατσίνας Χ.	11, 33
Κάψια Ε.	5, 24, 25
Κεβρεκίδου Σ.	4, 12, 22, 38
Κιόρτεβε Π.	13, 42
Κολέτσα Τ.	12, 37
Κορελίδου Λ.	13, 43
Κορογιάννου Μ.	5, 24
Κουλουκουργιώτου Θ.	11, 35
Κουντούρης Σ.	13, 44
Κουρβέλου Χ.	9, 48
Κουτσάκη Μ.	12, 39
Κυρικλίδου Π.	4, 12, 21, 22, 38

Λ

Λεονταρίδου Ε.	12, 37
Λιακόπουλος Β.	1, 7, 9, 10, 11, 31, 32, 33, 48
Λιάπης Γ.	5, 24, 25
Λιγουδιστιανού Χ.	5, 26
Λιότση Χ.	12, 36
Λουτράδης Χ.	7, 10, 31, 32
Λυγερού Δ.	12, 39
Λυμπερόπουλος Δ.	14, 45
Λυσίσκα Α.	4, 12, 21, 22, 38

Μ

Μάνου Ε.	4, 12, 21, 22, 38
Μαρινάκη Σ.	1, 5, 10, 24, 25, 48
Μαρκάτου Φ.	13, 40
Ματάμης Δ.	4, 21
Μελεξοπούλου Χ.	10, 11, 33, 48
Μεταξάκη Π.	6, 29
Μήτσος Μ.	14, 46
Μητσόπουλος Ε.	4, 12, 21, 22, 38
Μουκταρούδη Μ.	10, 48

Μπαλάση Ρ.	12, 39
Μπαλάσκας Η.	7, 12, 31, 37
Μπαλάφα Ο.	11, 13, 33, 44
Μπαλάτ Α.	11, 34
Μπαμίχας Γ.	1
Μπαντής Χ.	9, 48
Μπέη Ε.	12, 14, 36, 45
Μπένια Ξ.	5, 23
Μπίκος Α.	7, 10, 31, 32
Μπλάτσα Α.	4, 12, 21, 22, 38
Μπολέτης Ι.Ν.	1, 5, 8, 15, 24, 25, 48
Μπούντα Φ.	13, 40

Ν

Νέννες Π.	6, 29
Νικολάου Β.	5, 26
Ντιούδης Χ.	13, 42
Ντούνη Α.	13, 14, 44, 46
Ντουνούση Ε.	1, 9, 13, 14, 44, 46, 49
Ντουράκης Σπ.	8, 49
Ντρίνιας Θ.	11, 34

Ξ

Ξαγιάς Ε.	5, 25
Ξηρομερίτη Σ.	13, 14, 44, 46

Ο

Ορφανάκη Γ.	12, 39
-------------	--------

Π

Παζαρλή Ε.	12, 38
Παϊκοπούλου Α.	5, 23
Παναγιώτσος Σ.	7, 13, 31, 40, 49
Παπαγιάννη Α.	7, 10, 11, 13, 31, 32, 35, 41, 43
Παπαγιάννη Αικ.	1, 7, 8, 15, 49
Παπαδάκη Α.	4, 20
Παπαδέα Π.	5, 26
Παπαδόπουλος Χ.	6, 29
Παπαδοπούλου Δ.	4, 10, 12, 21, 22, 38, 49

Παπασωτηρίου Μ.	11, 34	Στρόπου Π.	4, 12, 22, 38
Παπαχρήστου Ε.	11, 34	Στυλιανού Κ.	12, 39
Παππάς Χ.	13, 14, 44, 46	Συργκάνης Χ.	10, 32
Παρασκευόπουλος Α.	12, 39	Σχοινά Μ.	7, 10, 11, 31, 32, 35
Πασαδάκης Π.	7, 10, 31, 49		
Πασαδάκης Π.	11, 33	T	
Πασχαλινός Δ.	6, 29	Τζανάκης Ι.	4, 20, 49
Πατεινάκης Π.	1, 4, 12, 21, 22, 38	Τζανής Γ.	10, 32
Παυλάκου Π.	13, 14, 44, 46	Τζιώγκας Κ.	13, 41
Παύλου Κ.	12, 36	Τραϊανού Κ.	13, 42
Περάκης Κ.	11, 12, 33, 39	Τριανταφύλλης Γ.	6, 28
Περβανά Σ.	4, 22	Τριανταφυλλίδου Ε.	13, 40
Πετράς Δ.	4, 6, 30, 49	Τσαγκούριος Μ.	4, 21
Πετρίχου Χ.	6, 28	Τσακίρης Δ.	8
Πιπερίδου Α.	7, 10, 31, 32	Τσακίρης Δημήτριος, 49	
Πλαβούλου Σ.	12, 36	Τσάπας Α.	9
Πλέρος Χ.	4, 20	Τσάπας Απόστολος, 49	
Πουλιδάκη Ρ.	4, 20	Τσεκέ Π.	11, 33
P		Τσιάκας Σ.	5, 24
Ράπτης Β.	7, 10, 31, 32	Τσιμέκα Α.	11, 34
Ραφομανίκης Κ.	13, 14, 44, 46	Τσιρπανλής Γ.	10, 11, 33
Σ		Τσιρπανλής Γεώργιος, 49	
Σαμπαζιώτης Δ.	5, 23	Τσουκά Γ.	12, 36
Σαμπάνη Ε.	11, 13, 35, 43	Τσουχνικάς Ι.	11, 13, 35, 41
Σαμπάνης Χρ.	9, 49	Φ	
Σαραφίδης Π.	1, 7, 9, 10, 31, 32, 49	Φραγκίδης Σ.	1
Σαριδάκη Ζ.	12, 39	Φύσσα Λ.	11, 34
Σεβαστιανός Β.	14, 45	X	
Σιούλης Α.	12, 37	Χαβιάρης Ε.	6, 28
Σκαλιώτη Χ.	5, 25	Χαλκιά Α.	6, 30
Σμυρλή Μ.	5, 23	Χατζηγιαννακάς Δ.	1
Στάγκου Μ.	9, 11, 13, 35, 41	Χατζηδημητρίου Δ.	13, 40
Σταματάκη Ε.	4, 20	Χουλιτουόδη Β.	14, 45, 47
Σταματιάδης Γ.	10, 32	Χριστοδουλίδου Χ.	5, 12, 23, 36
Σταυρουλόπουλος Α.	6, 29	Χριστοδούλου Δ.	13, 41
Στεργίου Κ.	13, 42		
Στρατάκης Σ.	12, 39		
Στρατήγης Σ.	12, 39		



retacrit

epoetin zeta

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Προϊόν του Οίκου:



Διανέμεται από την:



ΑΘΗΝΑ: Τραπεζούντος 17 & Α. Παπανδρέου, 151 27 Μελίσα, Τηλ.: 210 61.36.332, Fax: 210 81.05.298
ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Δελφών 17, Πυλαία 555 35, Τηλ.: 2310 326.136, Fax: 2310 306.790

RenVela[®]

sevelamer carbonate



✓ Δισκία των 800mg

✓ Σκόνη για πόσιμο εναιώρημα-Φακελλίσκος των 2,4g

