ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων

2-4 Δεκεμβρίου 2021

Μέγαρο Μουσικής Αθηνών

powered by
ONASSIS HEALTH

Μάθετε περισσότερα
στο www.eem2021.gr

με την αιγίδα

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η κάθε μας μέρα, εστιάζει στο να

Αλλάζουμε το Αύριο.

Στην Astellas κάθε μέρα δεσμευόμαστε να προσεγγίσουμε ακόμη περισσότερο τις ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες των ασθενών, βασιζόμενοι στην εμπειρία μας στους θεραπευτικούς τομείς της ογκολογίας, της ουρολογίας και της μεταμόσχευσης.

Ακολουθούμε την επιστήμη και εφαρμόζουμε πρωτοποριακές έρευνες σε περαιτέρω τομείς θεραπείας, όπως οι νευροεπιστήμες, η οφθαλμολογία, η νεφρολογία, η γυναικολογική υγεία, η ανοσολογία και οι μυϊκές παθήσεις.

Συνεχίζουμε με αφοσίωση την αποστολή μας, να μετατρέψουμε την καινοτομία σε αξία για τους ασθενείς μας.

astellas.com/gr

astellas
Changing tomorrow

© June 2020 Astellas Pharmaceuticals A.E.B.E.
NON_2020_0023_GR

Parsabiv®

(etelcalcetide) Injection for intravenous use

2.5mg/0.5mL | 5mg/1mL | 10mg/2mL

Παρουσιάζοντας το πρώτο και μοναδικό ενδοφλέβιο ασβεστιομιμητικό

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος **https://cloud.amgenmail.eu/parspcgr**.

Τρόπος διάθεσης: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή - Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση

Περιγραφή προϊόντος και Λιανική τιμή (€)
Parsabiv Injection 10mg / 2ml BTx6 vials x 2ml: Λ.Τ.: 416,93€
Parsabiv Injection 2,5mg / 0,5ml BTx6 vials x 0,5ml: Λ.Τ.: 117,53€
Parsabiv Injection 5mg / 1ml BTx6 vials x 1ml: Λ.Τ.: 210,69€

GR-PAR-0721-00005

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

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών 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 εναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ.: +30 2103447000.

AMGEN HELLAS ΕΠΕ
Αγ. Κωνσταντίνου 59-61
Green Plaza, κτίριο Γ, 15 124 Μαρούσι
Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050
Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr

AMGEN®

onassis.link/orgamites

ΟΡΓΑΝΟΥΛΗΔΕΣ™

ΕΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΕΟΜ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ, ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΩΝΑΣΗ

Ένα μοναδικό, καινοτόμο και διαδραστικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για μαθητές δημοτικού (ηλικίας 7 έως 11 ετών) που στόχο έχει να βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν τα πάντα για την υγεία τους και παράλληλα να ανοίξει τον διάλογο γύρω από τη δωρεά οργάνων μέσα στην οικογένεια.

ΜΑΘΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΣΤΟ ONASSIS.ORG

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ONASSIS FOUNDATION

Αθήνα, 2021 ©The Organites is an All Good Co. (CIC). Created by Roydon Turner. ©Copyright, Creative Direction and Production by Awesonova. All rights reserved

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

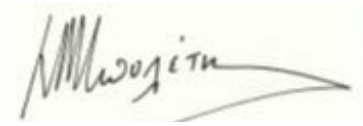
Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής, έχω την ιδιαίτερη τιμή και χαρά να σας προσκαλέσω να συμμετέχετε στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μεταμοσχεύσεων, που θα διεξαχθεί υβριδικά από 2 έως 4 Δεκεμβρίου 2021, παράλληλα με την Επιστημονική Συνάντηση της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας (2-3 Δεκεμβρίου 2021).

Το Επιστημονικό Πρόγραμμα έχει διαμορφωθεί προκειμένου να συμπεριλάβει νεότερες επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα των μεταμοσχεύσεων με διαλέξεις και στρογγυλά τραπέζια, τα τελευταία δεδομένα για τον εμβολιασμό έναντι του Covid-19 καθώς και εκπαιδευτικά θέματα. Επιπλέον θα υπάρχουν ελεύθερες και αναρτημένες ανακοινώσεις.

Σας προσκαλούμε και πάλι να συναντηθούμε στο 21ο Συνέδριό μας, που ελπίζουμε ότι θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας.

Με φιλικούς Χαιρετισμούς



Ιωάννης Ν. Μπολέτης
Πρόεδρος Ελληνικής
Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ - ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος
Ι. Ν. Μπολέτης

Αντιπρόεδρος
Γ. Κατσάνος

Γεν. Γραμματέας
Μ. Κουκουλάκη

Ταμίας
Β. Βουγάς

Μέλη
Ι. Γουλής
Ε. Μουλούδη
Ι. Μπόκος
Ε. Ντουνούση
Α. Φυλάκτου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Συντονιστές
Ι.Ν. Μπολέτης - Γ. Τσουλφάς

Γραμματέας
Κ. Κολοβού

Μέλη

Σ. Αδαμόπουλος
Ν. Αντωνιάδης
Σ. Βερναδάκης
Α. Βιττωράκη
Ι. Βλαχογιαννάκος
Δ. Γούμενος
Μ. Δαρεμά
Κ.Α. Δελλαδέτσιμα
Ι. Ελευσινιώτης
Α. Ινιωτάκη
Α. Καραμπίνης
Α. Κοτανίδου
Α. Κουτσούκου
Σ. Λουκίδης
Ι. Λουκόπουλος
Σ. Μαρινάκη
Μ. Μήτσης
Α. Μητσιώνη
Ι. Μπαλταδάκης
Β. Μπέκος
Δ. Ντεγιάννης
Αικ. Παπαγιάννη
Δ. Παπαδοπούλου
Γ. Παπαθεοδωρίδης
Π. Πασαδάκης
Γ. Πατεράκης
Ν. Πρίντζα
Ν. Ροβίνα
Σ. Σακελλαρίου
Σ. Σταμπουλή
Γ. Σωτηρόπουλος
Αικ. Ταράση
Η. Τσαγκάρης
Π. Τσιριγώτης
Γ. Φιλιππάτος
Θ. Χαμογεωργάκης
Ε. Χολόγκιτας
Χ. Χριστοδουλίδου
Μ. Ψυχογυιού

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία & Τόπος Διεξαγωγής

2 - 4 Δεκεμβρίου 2021, Μέγαρο Μουσικής Αθηνών

Διοργάνωση

Ελληνική Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων
Email: hellenictransplant@gmail.com website: www.hsot.gr

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η Ελληνική.
Δεν θα υπάρχει μετάφραση από την Αγγλική γλώσσα

Υβριδικός χαρακτήρας Συνεδρίου

Το Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί υβριδικά, δηλαδή με φυσική παρουσία συνέδρων και ταυτόχρονη διαδικτυακή αναμετάδοση.

Φυσική παρουσία συνέδρων στο χώρο του συνεδρίου, με εφαρμογή όλων των υγειονομικών κανόνων, που έχουν επιβληθεί από την Πολιτεία, **(πιστοποιητικό εμβολιασμού ή πιστοποιητικό νόσησης)** για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου Covid-19

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Στο Συνέδριο θα χορηγηθούν **24 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Βραβεία – Έπαινοι

Η ανακοίνωση των Βραβείων και των Επαίνων του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί κατά τη Λήξη του Συνεδρίου το Σάββατο 4 Δεκεμβρίου 2021

Πιστοποιητικά Παρακολούθησης

Τα πιστοποιητικά θα σταλούν ηλεκτρονικά. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού σας απαιτείται η παρακολούθηση του 60% του συνολικού χρόνου του επιστημονικού προγράμματος και η συμπλήρωση του εντύπου Αξιολόγησης. Ο σύνδεσμος για το έντυπο Αξιολόγησης θα αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου με την έναρξή του.

Οργανωτικό Γραφείο
CTM International SA
• Βασ. Σοφίας 131, 11521 Αθήνα
• Τηλ: 210 3244932 • Fax: 210 3250660 • www.ctmi.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του **21ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μεταμοσχεύσεων**, ευχαριστεί θερμά τις κάτωθι εταιρείες για την συμβολή τους στην επιτυχία του συνεδρίου

ΞENORASIS Intuition in Healthcare

ALEXION AstraZeneca Rare Disease

AMGEN

astellas

AstraZeneca

Baxter

DEMO ABEE ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

FARAN NEPHROLOGY

GENESIS pharma

genotypos SCIENCELABS

innovis Future health today

mediprime

nephroxenia DIALYSIS CENTER

RAFARM

Takeda | ONCOLOGY

WinMedica Serving Health for Life

ΠΕΜΠΤΗ 2 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021 Αίθουσα MC3

07:00-09:00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

09:00-10:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Μεταμόσχευση νεφρού (Ι)

Προεδρείο: ***Αικ. Παπαγιάννη, Γ. Μυσερλής***

Υπάρχει βελτίωση στη μακροχρόνια λειτουργία του μοσχεύματος;
Μ. Κουκουλάκη

Το μεταβαλλόμενο τοπίο στα αίτια θανάτου
του λήπτη νεφρικού μοσχεύματος
Κ. Κολοβού

Συμμόρφωση με την ανοσοκατασταλτική θεραπεία
και μεσολαβούμενη από αντισώματα απόρριψη
Γ. Τσούκα

10:15-10:45 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: ***Ν. Τεντολούρης, Β. Παπανικολάου***

Μεταμόσχευση παγκρέατος
Ι. Λουκόπουλος

10:45-11:15 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ AstraZeneca

Προεδρείο: ***Ρ. Καλαϊτζίδης***

Η νέα εποχή στην αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας
Ε. Ντουνούση

11:15 – 11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:30 – 12:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Μεταμόσχευση νεφρού (ΙΙ)

Προεδρείο: ***Δ. Γούμενος, Ευστρ. Κασιμάτης***

Ζώντες δότες - ειδικές ομάδες
Ε. Ντουνούση

Μεταμόσχευση πριν την ένταξη σε κάθαρση (preemptive)
Χ. Μελεξοπούλου

Κατανομή μοσχευμάτων, νέα δεδομένα και απαραίτητες
τροποποιήσεις
Γ. Μενουδάκου

12:45 – 13:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Ι. Μπόκος, Π. Πασαδάκης***

Τελικό στάδιο ΧΝΝ στη παιδική ηλικία: μετάβαση στη μεταμόσχευση πριν την ενηλικίωση

Σ. Σταμπουλή

13:15 – 14:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Επιλογή με βάση την HLA συμβατότητα στα παιδιά: Πρώτη προτεραιότητα;

Προεδρείο: ***Α. Μητσιώνη, Ε. Κάψια***

ΝΑΙ

Β. Ασκητή

ΟΧΙ

Ν. Πρίντζα

Συμπεράσματα: **Ε. Κάψια**

14:15 – 15:00 **ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ ΓΕΥΜΑ**

15:00 – 16:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Το ανοσολογικό εργαστήριο στη μεταμόσχευση

Προεδρείο: ***Δ. Ντεγιάννης, Θ. Ελευθεριάδης***

Νεφρός

Α. Σιόρεντα

Ήπαρ-Πάγκρεας

Α. Ταράση

Καρδιά-Πνεύμονας

Δ. Ντεγιάννης

16:15-17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Το Παθολογοανατομικό εργαστήριο στη μεταμόσχευση

Προεδρείο: ***Α. Δελλαδέτσιμα, Σ. Λιονάκη***

Νεφρός

Γ. Λιάπης

Ήπαρ

Σ. Σακελλαρίου

Καρδιά - Πνεύμονες

Λ. Κακλαμάνης

17:30-17:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

17:45-18:15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** AstraZeneca

Προεδρείο: ***Ι.Ν. Μπολέτης***

Η ανοσιακή απόκριση των ειδικών πληθυσμών στα εμβόλια κατά της COVID-19 λοίμωξης. Τι προσφέρουν οι νέες θεραπείες;

Μ. Ψυχογυιού

18:15-19:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Θέματα Βιοηθικής

Προεδρείο: ***Α. Καραμπίνης, Α. Κωνσταντινίδου***

Ο ιατρός

Ι.Ν. Μπολέτης

Ο φιλόσοφος

Στ. Τσινόρεμα

Ο νομικός

Ε. Σαράφογλου

19:30-20:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Δ. Ντεγιάννης, Δ. Παπαδοπούλου***

Εμβολιασμός για SARS-COV-2
και μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων

Σ. Μαρινάκη

20:00-20:10 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

20:10-21:00 **ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΤΕΛΕΤΗ**

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Assessment of donor organs – studying the finger print of donor organ quality prior to transplantation

Maria Kaisar

Lead Researcher in Transplantation Science Nuffield Department of Surgical Sciences, University of Oxford & NHS Blood and Transplant, United Kingdom

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 3 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021 Αίθουσα MC3

09:00- 10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: ***Μ. Σονικιάν, Η. Γομάτος***

O01 ΧΡΗΣΗ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΜΕ LUMINEX ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ HLA ΤΑΞΗΣ ΙΙ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ

Α. Φυλάκτου[1], Α. Βιττωράκη[2], Γ. Πετάσης[1], Ζ. Τσινάρης[1], Δ. Γερογιάννης[3], Α. Σιορέντα[2], Δ. Πετροπούλου[2], M. Carmagnat[4], Κ. Ταράση[5], Ι. Θεοδώρου[4,6]
[1]Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας – Τμήμα Ανοσολογίας Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, [2]Τμήμα Ανοσολογίας και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας Γεώργιος Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, [3]Τμήμα Μηχανικών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Πληροφορικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,[4]Hôpital St. Louis, Laboratoire d'Immunologie, Paris, France, [5]Τμήμα Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ¨Ευαγγελισμός¨, [6]UPMC UMRS CR7 - Inserm U1135 - CNRS ERL 8255, Centre d'Immunologie et des Maladies Infectieuses, Paris, France

O02 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΑΝΤΙ-HLA ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΥΝ ΤΟΝ C1Q ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Μαρινάκη[1], Α. Βιττωράκη[2], Σ. Τσιάκας[1], Ι. Κοφοτόλιος[1], Μ. Δαρεμά[1], Σ. Ιωάννου[2], Κ. Βαλλιάνου[1], Ι. Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»,[2]Ανοσολογικό τμήμα & Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

O03 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

Α. Μητσιώνη[1], Ε. Κάψια[2], Μ. Δαρεμά[2], Β. Ασκητή[1], Γ. Μαλακασιώτη[1], Χ. Βαγιόπουλος[3], Ε. Καλλιαρδού[3], Α. Λαμπαδαρίου4, Ι. Ν. Μπόκος[2], Ι. Ν. Μπολέτης[2]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείο Παίδων «Π&.Α. Κυριακού», [2]Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΓΝΑ «Λαϊκό», [3]Αναισθησιολογικό Τμήμα Νοσοκομείο Παίδων «Π& Α. Κυριακού», [4]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΑ "Λαϊκό"

O04 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΖΩΝΤΩΝ ΔΟΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Σ. Μαρινάκη[1], Ε. Μαντιός[1], Κ. Βαλλιάνου[1], Γ. Λιάπης[2], Χ. Μελεξοπούλου[1], Ε. Κάψια[1], Β. Φιλιόπουλος[1], Μ. Δαρεμά[1], Ι. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
[2]Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

O05 ΜΕΛΕΤΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ SARS-CoV-2

Α. Φυλάκτου[1], Α. Ξωχέλη[1], Ε. Σαμπάνη[2], Α. Παπαδοπούλου[3], Β. Νικολαΐδου[1], Δ. Ασουχίδου[1], Ε. Κασιμάτης[2], Μ. Στάγκου[2], Ε. Γιαννάκη[3], Γ. Τσουλφάς[4], Α. Παπαγιάννη[2]
[1]Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», [2]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», [3]Αιματολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Αιμοποιητικών Κυττάρων, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου», [4]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

O06 ΑΝΟΣΟΓΟΝΙΚΟΤΗΤΑ, ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΜΕ mRNA SARS-CoV-2 ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Σ. Μαρινάκη[1], Δ. Ντεγιάννης[2], Σ. Ρούσσος[3], Ε. Ξαγάς[1], Π. Τσούτσουρα[1], Σ. Αδαμόπουλος[4], Β. Σύψα[3], Α. Χαιδαρόγλου[2], Ι.Δ. Παυλοπούλου[5], Α. Χατζάκης[3], Ι.Ν. Μπολέτης[1]

[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ Ίλαϊκό΄, Αθήνα,
[2]Μονάδα Μοριακής Ανοσοπαθολογίας και Ιστοσυμβατότητας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα,
[3]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα,
[4]Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας και Μεταμόσχευσης Καρδιάς, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα,
[5]Παιδιατρικό Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

10:00 – 11:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προκλήσεις στη μεταμόσχευση ήπατος

Προεδρείο: ***Γ. Παπαθεοδωρίδης, Ι. Γουλής***

Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση των υποψηφίων ληπτών πέρα από το MELD score
Ε. Χολόγκιτας

Κατάταξη ασθενών στη λίστα μεταμόσχευσης με εξαιρέσεις του MELD score
Π. Φυτιλή

Κριτήρια μεταμόσχευσης και προεγχειρητική διαχείριση ηπατοκυτταρικού καρκίνου
Ε. Ζερμπίνη

11:15-11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

11:30-12:45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Εξελίξεις στη μεταμόσχευση ήπατος

Προεδρείο: ***Ν. Αντωνιάδης, Β. Βουγάς***

Χειρουργικά θέματα και αντιμετώπιση σε κιρρωτικούς και μεταμοσχευμένους ασθενείς
Γ. Σωτηρόπουλος

Ο ρόλος της μεταμόσχευσης ήπατος στην αντιμετώπιση νευροενδοκρινικών όγκων χολαγγειοκαρκινώματος, ηπατικών μεταστάσεων από κολοορθικό καρκίνο
Γ. Κατσάνος

Ο ρόλος της τεχνολογίας στη μεταμόσχευση ήπατος: Τρισδιάστατη εκτύπωση και τεχνητή νοημοσύνη
Γ. Τσουλφάς

12:45-13:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Γ. Σωτηρόπουλος, Γ. Τσουλφάς***

«Τα πάντα ρει»
Α. Τζάκης

13:15- 14:00 **ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ ΓΕΥΜΑ**

14:00-16:00 **ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ**

16:00-17:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια: σύγχρονες προκλήσεις – προοπτικές

Προεδρείο: ***Σ. Αδαμόπουλος, Ν. Κογεράκης***

Προσωρινή μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας:
ποιος άρρωστος, ποια συσκευή;
Α. Κολιοπούλου

Μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας:
η ''επέλαση'' των μηχανών
Μ. Μπόνιος

Μεταμόσχευση καρδιάς: στρατηγικές ενίσχυσης της διαθεσιμότητας μοσχευμάτων
Α. Γκουζιούτα

17:15-17:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

17:30-18:45 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Μεταμόσχευση Πνεύμονα

Προεδρείο: ***Θ. Χαμογεωργάκης, Σ. Λουκίδης***

Δομή και κύρια στοιχεία ενός προγράμματος μεταμόσχευσης πνευμόνων: Που βρισκόμαστε
Η. Τσαγκάρης

Κατευθυντήριες οδηγίες παραπομπής και ειδικά κριτήρια
για την επιλογή υποψηφίων με πνευμονοπάθειες (CF, ILD, COPD, PH)
Δ. Μαρκαντωνάκη

Η τρέχουσα θέση του ECMO στις μεταμοσχεύσεις πνευμόνων
Σ. Δημόπουλος

18:45-19:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Χ. Παπαστεριάδη, Α. Τσιρογιάννη***

Ο ρόλος της φυσικής-μη ειδικής ανοσολογικής απάντησης στη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων
Α. Φυλάκτου

19:15 – 19:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Ι.Ν. Μπολέτης, Ε. Μουλούδη***

Stepping stones for the development of a DCD program
Β. Παπαλόης

12:00-12:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** Αίθουσα MC2

Προεδρείο: ***Ι. Ν. Μπολέτης***

GENESIS pharma

Υπερκαλιαιμία στην χρόνια νεφρική νόσο. Σύγχρονη θεραπευτική διαχείριση
Π. Σαραφίδης

09:00- 10:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: ***Σ. Βερναρδάκης, Μ. Παπασωτηρίου***

Ο07 ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Α. Κουτέλα[1], Δ. Κλέτσας[2], Γ. Λούντος[3], Μ. Ρουχωτά[3], Α. Καραμέρης[4], Γ. Βηλαράς[4], Γ. Κ. Ζωγράφος[5], Δ. Δουγένης[6], Α. Ε. Παπαλόης[5,7]
[1]Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα
[2]Εργαστήριο Κυτταρικού Πολλαπλασιασμού και Γήρανσης, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος», Αθήνα
[3]Ινστιτούτο Πυρηνικών και Ακτινολογικών Επιστημών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος», BioEmission Technology Solutions (BIOM-TECH), Αθήνα
[4]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα
[5]Α Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα
[6]Καρδιοχειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα
[7]Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο Elpen, Αθήνα

Ο08 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΗΡΙΚΕΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Ε. Δασκαλάκη[1], Α. Γρηγοράκης[2], Κ. Παυλόπουλος[1], Ν. Μόρφης[1], Μ. Παπαμιχαήλ[1], Ε. Τσούκα[3], Κ. Ρωμανά[4], Θ. Κρατημένος[5], Α. Ταράσση[6], Δ. Πιστόλας[1], Σ. Στεφανάκης[2], Β. Βουγάς[1]
[1]Α' Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[2]Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[3]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[4]Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[5]Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[6]Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Ο09 ΒΡΑΧΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Κ.Ε Καρακάση[1] Γ. Κατσάνος[1],, Α. Κοφινάς[1], Ν.Αντωνιάδης[1], Στ. Βασιλειάδου[1], Γ. Ευλαβής[1], Στ. Νείρος[1], Ε.Μουλούδη[2], Χ. Ανταχόπουλος[3], Γ. Τσουλφάς[1]
[1]Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[3]Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Ο10 ΜΥΟΚΑΡΔΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Μ. Μπόνιος[1], Ι. Αρμένης[1], Δ. Μηλιόπουλος[1], Σ. Θώδου[3], Ν. Κογεράκης[1], Α. Γκουζιούτα[1], Π. Γεωργιάδου[1], Σ. Δημόπουλος[1], Δ. Ζαρκαλής[1], Κ. Ιερομόναχος[1], Α. Κολιοπούλου[1], Ε. Κίτσου[1], Α. Καραμπίνης[1], Θ. Χαμογεωργάκης[1], Δ. Τσιάπρας[2], Σ. Δράκος[3], Σ. Αδαμόπουλος[1]
[1]Μονάδα Μεταμόσχευσης και Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
[2]Μονάδα Αναίμακτων Διαγνωστικών Τεχνικών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
[3]Division of Cardiovascular Medicine, University of Utah Health and School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA

O11 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΔΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Μ. Δαρεμά[1], Κ. Βαλλιάνου[1], Π. Καλογερόπουλος[1], Β. Μαντιός[1], Χ. Μελεξοπούλου[1], Π. Παρασκευά[2], Ι. Μπόκος[2], Σ. Μαρινάκη[1], Ι. Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
[2]Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ «Λαϊκό»

O12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΥΠΟΥ 1 ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ ΙΙ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Β. Φιλιόπουλος[1], Α. Βιττωράκη[2], Κ. Βαλλιάνου[1], Ι. Μπέλλος[1], Π. Μαρκάκη[2], Σ. Ιωάννου[2], Γ. Λιάπης[3], Α. Ινιωτάκη[1,2], Ι. Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο,
[2]Ανοσολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο 'Γ. Γεννηματάς',
[3]Τμήμα Παθολογικής-Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Λαϊκό Νοσοκομείο

10:00 – 10:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: ***Α. Αναγνωστόπουλος, Μ. Αγγελοπούλου***

Τ-λεμφοκύτταρα με χιμαιρικούς αντιγονικούς υποδοχείς (CARTcells): Ο ρόλος τους σε σχέση με τη μεταμόσχευση στις αιματολογικές κακοήθειες
Ι. Μπαλταδάκης

10:30-10:45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

10:45-12:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Μεταμόσχευση Αιμοποιητικών Κυττάρων

Προεδρείο: ***Σ. Γραφάκος, Π. Τσιριγώτης***

Επιλογή δότη για αλλογενή μεταμόσχευση: Απλοταυτόσημος ή μη συγγενής δότης;
Α. Σπυριδωνίδης

Μεταμόσχευση και γονιδιακή θεραπεία στις αιμοσφαιρινοπάθειες
Ε. Γουσέτης

Κυτταρική θεραπεία ιογενών λοιμώξεων σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων και συμπαγών οργάνων
Ι. Τζάννου

12:00-12:30 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Takeda | ONCOLOGY

Προεδρείο: ***Σ. Μαρινάκη***

Ο CMV στη μεταμόσχευση: Σύγχρονη θεραπευτική
Σ. Τσιάκας

12:30-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Μη αξιοποίηση μοσχευμάτων από αποβιώσαντες δότες

Προεδρείο: ***Γ. Παπαθεοδωρίδης, Μ. Δαρεμά***

Νεφρός
Μ. Δαρεμά

Ήπαρ
Ε. Σινάκος

Καρδιά
Ι. Νενεκίδης

Πνεύμονες
Φ. Θεοδωρόπουλος

14:00-14:45 **ΕΛΑΦΡΥ ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ ΓΕΥΜΑ**

14:45-16:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Δωρεά & ΜΕΘ

Προεδρείο: ***Α. Κουτσούκου, Ι. Αλαμάνος***

Εγκεφαλικός θάνατος και κυκλοφορικός θάνατος:
διάγνωση και τρέχοντες προβληματισμοί
Φ. Φραντζεσκάκη

Υποστήριξη του δότη
Α. Σωτηρίου

Η αλυσίδα της δωρεάς οργάνων: νευραλγικά σημεία και παγίδες
Η. Τσαγκάρης

16:00-17:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Παραγόμενο από τον δότη ελεύθερο από κύτταρα DNA (dd-cfDNA)

Προεδρείο: ***Δ. Ντεγιάννης, Β. Φιλιόπουλος***

Τι είναι και πως ανιχνεύεται
Π. Κωνσταντουλάκης

Στη μεταμόσχευση νεφρού
Ε. Μαντιός

Στις μεταμοσχεύσεις άλλων οργάνων
Σ. Τσιάκας

17:15-17:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

17:30-19:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Αλγόριθμοι για την εκτίμηση της ανοσογονικότητας των ξένων HLA του δότη στη μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων

Προεδρείο: ***Α. Ινιωτάκη, Ι. Θεοδώρου***

Πως το ανοσολογικό σύστημα αναγνωρίζει τους HLA ανοσογονικούς επιτόπους του μοσχεύματος
Εισαγωγή: **Α. Ινιωτάκη, Ι. Θεοδώρου**

HLAMatchmaker και HLA συμβατότητα δότη-λήπτη σε επίπεδο επιτόπων
Α. Βιττωράκη

PIRCHE-II αλγόριθμος στην εκτίμηση των ανοσογονικών HLA επιτόπων που αναγνωρίζονται έμμεσα από το σύστημα
Α. Ξωχέλλη

Τεχνητή νοημοσύνη στη μελέτη της αντι- HLA αντισωματικής απάντησης
Ι. Θεοδώρου

19:00-19:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Σ. Δρακόπουλος, Μ. Μήτσης***

Comparison of hypothermic to normothermic machine perfusion in the translational research and clinical settings
Β. Παπαλόης

19:30- 20:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Α. Λαμπαδαρίου, Π. Βερνίκος***

Μεταμόσχευση ήπατος από ζώντα δότη
Α. Πραχαλιάς

20:00-20:10 **ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ, ΕΠΑΙΝΩΝ**

ΣΑΒΒΑΤΟ 4 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021 Αίθουσα MC2

ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

09.00-10:35 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Δωρεά οργάνων από ζώντα δότη
Προεδρείο: ***Α. Καραμπίνης, Σ. Μαρινάκη***

Ενημέρωση του Ζώντα Δότη
Χ. Μελεξοπούλου

Συστήματα διασταυρούμενης ζώσας δωρεάς
Σ. Τσιάκας

Το προφίλ του Συναισθηματικού Δότη & η προοπτική του «Καλού Σαμαρείτη»
Κ. Κουντή

Το φαινόμενο του Μεταμοσχευτικού Τουρισμού και τα διακρατικά εργαλεία ελέγχου του
Κ. Τσαρούχα

10:35-11:05 **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: ***Αικ. Παπαγιάννη, Μ. Κουκουλάκη***

Ψυχολογική υποστήριξη Δότη & Λήπτη
Χ. Παπαχρήστου

11:05-11:25 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

11:25-13:20 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Δωρεά οργάνων από αποβιώσαντα δότη
Προεδρείο: ***Γ. Μενουδάκου, Κ. Γρηγοράκος***

Ο εντοπισμός δυνητικών δοτών και ο ρόλος του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων
Π. Καλτσάς

Η προσέγγιση της οικογένειας του αποβιώσαντα δότη
Π. Κοντού

Η Συντονιστική διαδικασία αποβιώσαντος δότη οργάνων
Α. Χάσικου

Από υποψήφιος λήπτης, δότης οργάνων – η εμπειρία
του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου
Ειρ. Κίτσου

Ιατρείο Χρόνιας Αναπνευστικής Ανεπάρκειας: Παρακολούθηση
δυνητικών υποψηφίων για μεταμόσχευση πνεύμονα
Β. Τσαγκάρη

13:20-13:50 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: ***Π. Μινογιάννης, Φ. Φλίγκου***

Το προφίλ της άρνησης της δωρεάς οργάνων στην Ελλάδα
Α. Καραμπίνης

Aranesp®
(darbepoetin alfa)

Τρόπος Διάθεσης: Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και/ ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.

Περιγραφή προϊόντος και Λιανική τιμή (€)

ARANESP INJ.SOL 100MCG/0,5ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 148,71€
ARANESP INJ.SOL 100MCG/0,5ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 560,2€
ARANESP INJ.SOL 150MCG/0,3ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 818,77€
ARANESP INJ.SOL 20MCG/0,5ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 33,31€
ARANESP INJ.SOL 20MCG/0,5ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 123,24€
ARANESP INJ.SOL 300MCG/0,6ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 397,72€
ARANESP INJ.SOL 30MCG/0,3ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 49,99€
ARANESP INJ.SOL 30MCG/0,3ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 181,64€
ARANESP INJ.SOL 40MCG/0,4ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 66,68€
ARANESP INJ.SOL 40MCG/0,4ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 237,96€
ARANESP INJ.SOL 500MCG/1ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 641,04€
ARANESP INJ.SOL 50MCG/0,5ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 76,91€
ARANESP INJ.SOL 50MCG/0,5ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 287,8€
ARANESP INJ.SOL 60MCG/0,3ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 345,37€
ARANESP INJ.SOL 60MCG/0,3ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 92,29€
ARANESP INJ.SOL 80MCG/0,4ML P.F.SYR BTx4 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 452,27€
ARANESP INJ.SOL 80MCG/0,4ML P.F.SYR BTx1 P.F.SYR με μηχανισμό κάλυψης βελόνας: 123,07€

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 ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενεργειών 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 εναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ.: +30 2103447000.

AMGEN HELLAS ΕΠΕ
Αγ. Κωνσταντίνου 59-61
Green Plaza, κτίριο Γ, 15 124 Μαρούσι
Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050
Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr

AMGEN®

Epoetin alfa HEXAL®

Epoetin alfa

FARAN

NEPHROLOGY

Cinacalcet/Faran

Cinacalcet hydrochloride

Sevelamer/Faran

Sevelamer carbonate

SANDOZ A Novartis Division

Κ.ΑΚ
Hexal AG
Industriestr. 25 D-83607 Holzkirchen Γερμανία
Υπεύθυνος επικοινωνίας
Novartis (Hellas) A.E.B.E/Sandoz division
Φραγκοκκλησιάς 7, 15125, Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ: 210 2811712 www.sandoz.com

Κ.Α.Κ. του προϊόντος
Epoetin A HEXAL

FARAN

Αχαΐας 5 & Τροιζηνίας 145 64 Ν. Κηφισιά, Αττική
Τηλ. +30 210 6254175, Fax: +30 210 6254190
E-mail: faran@faran.gr
Η προώθηση των φαρμάκων στην Ελλάδα πραγματοποιείται απο την FARAN A.B.E.E.

Κ.Α.Κ. των προϊόντων
Cinacalcet/Faran & Sevelamer/Faran

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

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ
210 625 4175
210 996 0971

Ελληνικά Φάρμακα
με Παγκόσμια Εμβέλεια

Φροντίδα για τους Ασθενείς

Αυτή είναι η δραστική μας ουσία

Στη DEMO, περισσότερο από 50 χρόνια, παραμένουμε προσηλωμένοι στην έρευνα, στην καινοτομία και στην ανάπτυξη φαρμακευτικών προϊόντων υψηλής ποιότητας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Νιώθουμε υπερήφανοι που η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των δικών μας ελληνικών φαρμάκων αναγνωρίζεται παντού στο κόσμο.
Έχουμε κερδίσει την εμπιστοσύνη των υπηρεσιών υγείας σε πάνω από 80 χώρες, εξασφαλίζοντας υγεία για εκατομμύρια ασθενείς.
Αυτή είναι η δική μας δραστική ουσία:
Χαμόγελο και Ελπίδα στη ζωή σε όλο και περισσότερους ανθρώπους.

www.demo.gr

DEMO ΑΒΕΕ
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Abseamed®

Epoetin alfa

Νέα ζωή!

Για συνταγογραφικές πληροφορίες επικοινωνήστε στα τηλέφωνα της εταιρείας

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

ADV / ABS / 04 / RAF / 12.2020

RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Κορίνθου 12, 154 51, Ν. Ψυχικό, Αθήνα, Τηλ.: 211 176 1000, Fax: 210 6776552 • e-mail: info@rafarm.gr
www.rafarm.gr

mediprime®
www.mediprime.gr
Ο άνθρωπος βρίσκεται στο επίκεντρο της φιλοσοφίας μας
Φροντίζουμε για την κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, παρέχοντας τους καινοτόμες λύσεις και υπηρεσίες.
Η ποιότητα των θεραπευτικών συστημάτων που προσφέρουμε αποτελεί εγγύηση τόσο για τους ασθενείς μας, όσο και για τους συνεργάτες μας, με τους οποίους μοιραζόμαστε το ίδιο όραμα και φιλοσοφία. Εξελισσόμαστε με μοναδικό γνώμονα το όφελος εκείνων που μας εμπιστεύονται την υγεία τους.

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Kaisar Maria, Lead Investigator in Transplantation Science, Nuffield Department of Surgical Sciences, University of Oxford & NHS Blood and Transplant, United Kingdom
Αγγελοπούλου Μαρία, Καθηγήτρια Αιματολογίας ΕΚΠΑ, Αιματολογική Κλινική ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Αδαμόπουλος Σταμάτιος, MD, PhD, Διευθυντής Μονάδας Καρδιακής & Μονάδας Μεταμοσχεύσεων Καρδιάς Ανεπάρκειας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Αλαμάνος Ιωάννης, Αναισθησιολόγος – Εντατικολόγος, Διευθυντής Νέας και Β' ΜΕΘ, ΚΑΤ, Αθήνα
Αναγνωστόπουλος Αχιλλέας, Συντονιστής Διευθυντής, Αιματολογική Κλινική, Μονάδα Μεταμόσχευσης Αιμοποιητικών Κυττάρων, Μονάδα Γονιδιακής και Κυτταρικής Θεραπείας, Νοσοκομείο "Γεώργιος Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη
Αντωνιάδης Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
Ασκητή Βαρβάρα, Παιδίατρος – Παιδονεφρολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων "Π. & Α. Κυριακού", Αθήνα
Βερναδάκης Σπυρίδων, Χειρουργός Μεταμοσχεύσεων, Διευθυντής ΕΣΥ, Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Νεφρού & Χειρουργικής Νεφροπαθών, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Βερνίκος Παύλος, Χειρουργός - Εντατικολόγος, ΜΕΘ ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Βιττωράκη Αγγελική, Διευθύντρια ΕΣΥ, Βιοπαθολόγος, Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας, Ανοσολογικό Τμήμα & Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα
Βουγάς Βασίλειος, MD, PhD, Συντονιστής Διευθυντής, Α' Χειρουργική Κλινική & Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα
Γκουζιούτα Αγγελική, Επιμελήτρια Α', Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Γομάτος Ηλίας, MD, PhD Χειρουργός Μεταμοσχεύσεων Επιμελητής Β', Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Γουλής Ιωάννης, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Τμήμα Ιατρικής, ΑΠΘ, Δ΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Γούμενος Δημήτριος, Πρόεδρος Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών, Καθηγητής, Παθολογίας - Νεφρολογίας, Διευθυντής Νεφρολογικού και Μεταμοσχευτικού Κέντρου, ΠΓΝ Πατρών, Πάτρα
Γουσέτης Ευγένιος, Διευθυντής ΕΣΥ, Παιδιατρική Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών Νοσοκομείου Παίδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα
Γραφάκος Στυλιανός, Επιστημονικός Διευθυντής της Τράπεζας Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών του Συλλόγου ΟΡΑΜΑ ΕΛΠΙΔΑΣ, Αθήνα
Γρηγοράκος Κωνσταντίνος, Παιδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, Αθήνα
Δαρεμά Μαρία, Επιμελήτρια Α', Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Δελλαδέτσιμα Κασσιανή-Ιωάννα, τ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
Δημόπουλος Σταύρος, Παθολόγος Εντατικολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, 1η Κλινική Εντατικής Θεραπείας, "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αθήνα
Δρακόπουλος Σπυρίδων, τ. Συντονιστής Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής - Μονάδας Μεταμοσχεύσεων Οργάνων ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα
Ελευθεριάδης Θεόδωρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νεφρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
Ζερμπίνη Ελένη, MD, MSc, Χειρουργός Ήπατος-Παγκρέατος-Χοληφόρων & Μεταμοσχεύσεων Ήπατος
Θεοδωρόπουλος Φώτιος, Department of Pulmonary Medicine, Essen University Hospital-Ruhrlandklinik, University of Duisburg-Essen, Duisburg, Germany
Θεοδώρου Ιωάννης, Professor MD, PhD, Laboratoire d'Immunologie Hôpital Robert Debré Paris France
Ινιωτάκη Αλίκη, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια, Ανοσολογικό Τμήμα - Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα
Κακλαμάνης Λουκάς, Διευθυντής Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομικής, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Καλαϊτζίδης Ρήγας, Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας, Πειραιάς

ΟΜΙΛΗΤΕΣ-ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Καλτσάς Παναγιώτης, Παθολόγος -Εντατικολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Α΄ Πανεπιστημιακή ΚΕΘ ΠΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα
Καραμπίνης Ανδρέας, Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Κασιμάτης Ευστράτιος, Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Κατσάνος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής Μεταμοσχεύσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Κάψια Ελένη, Νεφρολόγος, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Κίτσου Ειρήνη, RN, Msc Συντονίστρια Μεταμοσχεύσεων Καρδιάς και Πνευμόνων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Κογεράκης Νεκτάριος, Καρδιοχειρουργός Αναπληρωτής Διευθυντής Β΄ Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Μονάδα Μεταμοσχεύσεων και Μηχανικής Υποστήριξης, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Κολιοπούλου Αντιγόνη, Καρδιοχειρουργός, Επιμελήτρια Α', Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Κολοβού Α. Κυριακή, Νεφρολόγος - Εντατικολόγος, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα
Κοντού Πασχαλίνα, Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α', Α' ΜΕΘ ΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη
Κουκουλάκη Μαρία, Νεφρολόγος Επιμελήτρια Α', Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΝΠ "Άγιος Παντελεήμων", Γεν. Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων
Κουτσούκου Αντωνία, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Εντατικής Θεραπείας, Διευθύντρια Α' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΓΝ Νοσημάτων Θώρακος "Η Σωτηρία", Διευθύντρια Παθολογικού Τομέα ΕΚΠΑ, Αθήνα
Κουντή Καλλιόπη, Δρ., Κοινωνική Λειτουργός, Μέλος της Επιτροπής Συναισθηματικού Δότη, Αθήνα
Κωνσταντινίδου Αλεξάνδρα, Δικηγόρος -Μέλος ΔΣ Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, Αθήνα
Κωνσταντουλάκης Παντελής, BSc, PhD Μοριακός Βιολόγος - Γενετιστής, Επιστημονικός Διευθυντής Γενότυπος Α.Ι.Ε., Αθήνα
Λαμπαδαρίου Αικατερίνη, Συντονίστρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνη Αναισθησιολογικών Ομάδων Μεταμοσχεύσεων Νεφρού και Ήπατος του ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Λιάπης Γεώργιος, Επιμελητής Α΄, Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Λιονάκη Σοφία, Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Νεφρολογική Μονάδα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ "Αττικόν", Αθήνα
Λουκίδης Στυλιανός, Καθηγητής Πνευμονολογίας ΕΚΠΑ, Β΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΠΓΝ "Αττικόν", Αθήνα, Πρόεδρος Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας
Λουκόπουλος Ιωάννης, Consultant Transplant Surgeon, Guy's Hospital, London, United Kingdom
Μαντιός Ευάγγελος, Ειδικευόμενος Νεφρολόγος, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης, ΓΝΑ, "Λαϊκό", Αθήνα
Μαρινάκη Σμαραγδή, Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Μαρκαντωνάκη Δέσποινα, Πνευμονολόγος- Εντατικολόγος, Διευθύντρια Πολυδύναμης ΜΕΘ ΓΝ Νοσημάτων Θώρακος "Η Σωτηρία", Αθήνα
Μελεξοπούλου Χριστίνα, Νεφρολόγος, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Μενουδάκου Γεωργία, Προϊσταμένη Τμήματος Α' ΕΟΜ Παρακολούθησης & Συντονισμού Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας, Αθήνα
Μήτσης Μιχαήλ, MD, PhD, FEBS, Καθηγητής Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής και Μονάδος Μεταμοσχεύσεων ΠΓΝΙ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου Βιοτράπεζας Καρκίνου Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα
Μητσιώνη Ανδρομάχη, Παιδίατρος Παιδονεφρολόγος, Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος, ΓΝ Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού, Αθήνα
Μινογιάννης Παναγιώτης, Γενικός Διευθυντής, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Μουλούδη Ελένη, Συντονίστρια Διευθύντρια, ΜΕΘ Ενηλίκων, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Μπαλταδάκης Ιωάννης, Αιματολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Αιματολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός -Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα

Μπόκος Ιωάννης, Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ, Χειρουργική Κλινική, Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ “Λαϊκό”, Αθήνα
Μπολέτης Ν. Ιωάννης, Καθηγητής Παθολογίας- Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Διευθυντής Κλινικής Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ “Λαϊκό”, Αθήνα, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων
Μπόνιος Μιχαήλ, Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Μονάδα Μεταμόσχευσης και Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Μυσερλής Γρηγόριος, Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ “Ιπποκράτειο” Θεσσαλονίκη
Νενεκίδης Ιωάννης, PhD, FECTS, Καρδιοχειρουργός, Επιμελητής Α', Α' Τμήμα Επίκτητων Καρδιοπαθειών και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Καρδιάς και Πνευμόνων, Καρδιοχειρουργικός Τομέας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Ντεγιάννης Δημήτριος, Διευθυντής Μονάδας Μοριακής Ανοσοπαθολογίας/Ιστοσυμβατότητας, Συντονιστής Εργαστηριακού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Ντουνούση Ευαγγελία, MD, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια Νεφρολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων & Διευθύντρια Νεφρολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
Ξωχέλλη Αλίκη, Αιματολόγος, Επιμελήτρια Β', Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας-Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ “Ιπποκράτειο”, Θεσσαλονίκη
Παπαγιάννη Αικατερίνη, Καθηγήτρια Νεφρολογίας ΑΠΘ, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Παπαδοπούλου Δωροθέα, Συντονίστρια Διευθύντρια, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας
Παπαθεοδωρίδης Β. Γεώργιος, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Γαστρεντερολογικής Κλινικής & Μονάδας Μεταμόσχευσης Ήπατος, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα Πρόεδρος Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων
Παπαλόης Βασίλειος, Professor of transplantation surgery and Consultant transplant and general Surgeon Hammersmith Hospital, London, United Kingdom
Παπανικολάου Βασίλειος, Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής - Μεταμοσχεύσεων, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
Παπαστεριάδη Χρύσα, MD, PhD τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητος, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα
Παπασωτηρίου Μάριος, MD, PhD, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας, Νεφρολογική Κλινική ΠΓΝ Πατρών, Ρίον
Παπαχρήστου Χριστίνα, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
Πασαδάκης Πλουμής, Καθηγητής Νεφρολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
Πραχαλιάς Α. Ανδρέας, Consultant Surgeon, Liver Transplantation, Hepato-Biliary & Pancreatic Surgery, Clinical Director, Institute of Liver Studies, Gastroenterology & Endoscopy, King’s College Hospital, London, United Kingdom
Πρίντζα Νικολέτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής- Παιδιατρικής Νεφρολογίας ΑΠΘ - Α' Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΑ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Σακελλαρίου Στρατηγούλα, Παθολογοανατόμος, Επίκουρη Καθηγήτρια, 1ο Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, “Λαϊκό” Γενικό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα
Σαραφίδης Παντελής, Αναπληρωτής Καθηγητής Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Σαράφογλου Εβελίνα, Δικηγόρος, Αν. Νομική Σύμβουλος Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
Σινάκος Εμμανουήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας – Ηπατολογίας ΑΠΘ Ιατρικό Τμήμα, ΑΠΘ, Δ' Παθολογική Κλινική, “Ιπποκράτειο” Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
Σιόρεντα Αλεξάνδρα, Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ανοσολογικό Τμήμα-ΕΚΙ, ΓΝΑ “Γεννηματάς”, Αθήνα
Σονικιάν Μάκρω, Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος, ΓΝΑ “Σισμανόγλειο”, Αθήνα
Σπυριδωνίδης Αλέξανδρος, Καθηγητής Αιματολογίας, Διευθυντής Μονάδος Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, Διευθυντής. Ινστιτούτου Κυτταρικών Θεραπειών και Κέντρου Δοτών ΚΕΔΜΟΠ, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα
Σταμπουλή Στυλιανή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Νεφρολογίας ΑΠΘ, 1η Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ “Ιπποκράτειο”, Θεσσαλονίκη

Σωτηρίου Αδαμαντία, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α', Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική ", Τοπική Συντονίστρια Δωρεάς Οργάνων, Αθήνα
Σωτηρόπουλος Γεώργιος, Καθηγητής Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων Ιατρικών Σχολών Πανεπιστημίων ΕΚΠΑ και Essen
Ταράση Αικατερίνη, Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια, Τμήμα Ανοσολογίας/Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός -Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρίας Ανοσολογίας
Τεντολούρης Νικόλαος, Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Τζάκης Ανδρέας, Professor of Surgery, Emeritus Director of Transplantation, Cleveland Clinic, United States of America
Τζάννου Ιφιγένεια, Αιματολόγος, Επιμελήτρια Β', Αιματολογική Κλινική και ΜΜΜΟ, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική", Αθήνα
Τσαγκάρη Βασιλική, Πνευμονολόγος- Εντατικολόγος, ΜΕΘ Ά Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, ΝΝΘΑ "Η Σωτηρία", Αθήνα
Τσαγκάρης Ηρακλής, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝ "Αττικόν", Αθήνα
Τσαρούχα Κωνσταντίνα, Συντονίστρια Μεταμοσχεύσεων Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, Msc Νοσηλεύτρια ΠΕ, Αθήνα
Τσιάκας Στάθης, Νεφρολόγος, Επικουρικός Επιμελητής, Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Τσινόρεμα Σταυρούλα, Καθηγήτρια Φιλοσοφίας και Βιοηθικής, Διευθύντρια Σπουδών του Διατμηματικού ΠΜΣ "Βιοηθική" και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Βιοηθικής του Πανεπιστημίου Κρήτης
Τσιριγώτης Παναγιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Αιματολογίας, ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν", Αθήνα
Τσιρογιάννη Αλεξάνδρα, MD, PhD, Βιοπαθολόγος, Διευθύντρια Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνη Τμήμα Ανοσολογίας/Ιστοσυμβατότητας ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο-Πολυκλινική", Αθήνα
Τσούκα Γλυκερία, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογικό Τμήμα, "Αντώνιος Γ. Μπίλλης" ΓΝΑ"Ο Ευαγγελισμός-Οφθαλμιατρείο Αθηνών-Πολυκλινική", Αθήνα
Τσουλφάς Γεώργιος, Καθηγητής Χειρουργικής Μεταμοσχεύσεων, ΑΠΘ Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων, ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
Φιλιόπουλος Βασίλειος, Νεφρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Φλίγκου Φωτεινή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστήμιου Πατρών, Επιστημονικά Υπεύθυνη ΜΕΘ, Περιφερικού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών
Φραντζεσκάκη Φραντζέσκα, Πνευμονολόγος- Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΠΓΝ "ΑΤΤΙΚΟΝ"
Φυτιλή Παρασκευή, Γαστρεντερολόγος-Ηπατολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΕΣΥ, Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Φυλάκτου Ασημίνα, MD, MSc, PhD, Διευθύντρια Εθνικού Περιφερειακού Κέντρου Ιστοσυμβατότητας και Τμήματος Ανοσολογίας, ΓΝΘ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη
Χάσικου Άρτεμις, Συντονίστρια Μεταμοσχεύσεων ΕΟΜ, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αθήνα
Χολόγκιτας Ευάγγελος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Κλινική Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ "Λαϊκό", Αθήνα
Ψυχογυιού Μήνα, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ "Λαϊκό", ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Ο01 ΧΡΗΣΗ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΜΕ LUMINEX ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ HLA ΤΑΞΗΣ ΙΙ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ

Α. Φυλάκτου[1], Α. Βιττωράκη[2], Γ. Πετάσης[1], Ζ. Τσινάρης[1], Δ. Γερογιάννης[3], Α. Σιορέντα[2], Δ. Πετροπούλου[2], Μ. Carmagnat[4], Κ. Ταράση[5], Ι. Θεοδώρου[4,6]

[1]Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας – Τμήμα Ανοσολογίας Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[2]Τμήμα Ανοσολογίας και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας Γεώργιος Γεννηματάς Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
[3]Τμήμα Μηχανικών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Πληροφορικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
[4]Hôpital St. Louis, Laboratoire d'Immunologie, Paris, France
[5]Τμήμα Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ¨Ευαγγελισμός¨
[6]UPMC UMRS CR7 - Inserm U1135 - CNRS ERL 8255, Centre d'Immunologie et des Maladies Infectieuses, Paris, France

Εισαγωγή – Σκοπός: Η αντί-HLA αντισωματική απάντηση αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους κινδύνους απώλειας του μοσχεύματος.Οι απαντήσεις αυτές παρουσιάζουν διασταυρούμενες αντιδράσεις και πολλές φορές στρέφονται έναντι αντιγόνων που δεν εκφράζονται στο μόσχευμα.Η αντιγονική απόσταση μεταξύ λήπτη και δότη είναι κριτικής σημασίας για την έκβαση της μεταμόσχευσης και η δυνατότητα ακριβούς προσδιορισμού της θα βελτίωνε την πρόγνωση. Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάλυση της πριν και μετά τη μεταμόσχευση αντί-HLA Τάξης ΙΙ απόκρισης με τη χρήση αλγόριθμων τεχνητής νοημοσύνης και η εύρεση μοτίβων ανοσιακής απάντησης ανά γονιδιακό τόπο.
Υλικό & Μέθοδοι: Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα αποτελέσματα της μέτρησης των MFI (Mean Fluorescence Intensities) των αντισωμάτων με την μεθοδολογία LUMINEX από 1748 ασθενείς προερχόμενους από τα τρία Κέντρα Ιστοσυμβατότητας που υποστηρίζουν την μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων στην Ελλάδα.Για τις ανάγκες της ανάλυσης εφαρμόστηκε PCA με το πρόγραμμα FactoMiner.Για την αποφυγή στατιστικού λάθους χρησιμοποιήθηκε ένας ορός από κάθε ασθενή.
Αποτελέσματα: Η PCA αποκάλυψε βασικά μοτίβα συσχέτισης στις αντί-HLA–DR απαντήσεις με σαφή διαχωρισμό ομάδων απαντήσεων έναντι DR51/52/53.Οι αντί-HLA-DQ απαντήσεις φάνηκε να σχηματίζουν 4 κύριες ομάδες, εξηγώντας κατά το μάλλον την ποικιλομορφία της όλης απάντησης σε αυτά τα αντιγόνα. Οι αντί-HLA-DP απαντήσεις έδειξαν μια σαφή επίδραση των DPA αντιγόνων στις αντίστοιχες ομαδοποιήσεις της αντισωματικής συμπεριφοράς των ασθενών έναντι των DP.
Συμπεράσματα: Η ανάλυση αποκάλυψε νέες συσχετίσεις και απεικόνισε σαφείς αντιγονικές αποστάσεις, διαπιστώσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην πρόγνωση επικίνδυνων ανοσιακών απαντήσεων κατά τον έλεγχο πριν ή μετά την μεταμόσχευση.Η χρήση τέτοιων μοντέλων ανάλυσης χωρίς καμία a-priori υπόθεση μπορεί να αποτελέσει ένα ακόμη εργαλείο εκτίμησης του ανοσολογικού ρίσκου, ειδικά σε προευαισθητοποιημένους ασθενείς.

Ο02 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΑΝΤΙ-HLA ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΥΝ ΤΟΝ C1Q ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Σ. Μαρινάκη[1], Α. Βιττωράκη[2], Σ. Τσιάκας[1], Ι. Κοφοτόλιος[1], Μ. Δαρεμά[1], Σ. Ιωάννου[2], Κ. Βαλλιάνου[1], Ι. Ν. Μπολέτης[1]

[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»
[2]Ανοσολογικό τμήμα & Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ανάπτυξη de novo ειδικών έναντι του δότη αντισωμάτων (dnDSA) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μεσολαβούμενη από αντισώματα απόρριψη (AMR) και μειωμένη επιβίωση μοσχεύματος. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της κλινικής έκβασης ληπτών νεφρικού μοσχεύματος του κέντρου μας με dnDSA συνδέοντα το συμπλήρωμα.
Υλικό & Μέθοδος: Η παρουσία dnDSA διαπιστώθηκε σε 116 από τους 1325 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, οι οποίοι ελέγχθηκαν αναδρομικά μεταξύ 2015-2019. Η ικανότητα δέσμευσης του C1q εξετάστηκε σε 69 ασθενείς με dnDSA και MFI>2000, μέσω των δοκιμασιών Luminex IgG single antigen beads (SAB) και C1q-SAB (One Lambda). Βιοψίες νεφρικού μοσχεύματος διενεργήθηκαν σε ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενη πρωτεϊνουρία ή/και αύξηση της κρεατινίνης ορού.
Αποτελέσματα: C1q+ dnDSA ταυτοποιήθηκαν σε 32/69 (46,4%) λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Σημαντικά υψηλότερες τιμές MFI παρατηρήθηκαν στα C1q+ DSA (μέση τιμή 18978 VS 5840, p<0,001). Βιοψία νεφρικού μοσχεύματος διενεργήθηκε στους 43/69 ασθενείς (62,3%) σε διάμεσο χρόνο 12 μηνών

(IQR 3-60) από την ανίχνευση των dnDSA. Οι ασθενείς με C1q+ dnDSA είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε βιοψία νεφρικού μοσχεύματος (OR:2,8, p=0,046). AMR διαπιστώθηκε σε 29/43 (67,4%) ασθενείς. Η συχνότητα εμφάνισης AMR ήταν παρόμοια μεταξύ ασθενών με C1q+ dnDSA και C1q- dnDSA (51,7% VS 48,3%, p=0,523). Απώλεια νεφρικού μοσχεύματος παρατηρήθηκε σε 30/69 (43,5%) ασθενείς σε διάμεσο χρόνο 82,5 μηνών (IQR 45-135) από την ανίχνευση των dnDSA, 68,2% εκ των οποίων παρουσιάζαν ιστολογικά-τεκμηριωμένη AMR. Η παρουσία C1q+ dnDSA διαπιστώθηκε στην πλειοψηφία των ασθενών με απώλεια νεφρικού μοσχεύματος (56,6% VS 43,4%, p=0,152).
Συμπεράσματα: Υψηλότερες τιμές MFI και δυσμενέστερη κλινική έκβαση διαπιστώθηκε στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος με C1q+ dnDSA. Μεγαλύτερες κλινικές δοκιμές απαιτούνται, για να καθιερωθεί η δοκιμασία δέσμευσης του C1q ως προγνωστικός δείκτης επιβίωσης του νεφρικού μοσχεύματος.

O03 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

Α. Μητσιώνη[1], Ε. Κάψια[2], Μ. Δαρεμά[2], Β. Ασκητή[1], Γ. Μαλακασιώτη[1], Χ. Βαγιόπουλος[3], Ε. Καλλιαρδού[3], Α. Λαμπαδαρίου[4], Ι. Ν. Μπόκος[2], Ι. Ν. Μπολέτης[2]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείο Παίδων «Π&.Α. Κυριακού»,
[2]Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ΓΝΑ «Λαϊκό»,3Αναισθησιολογικό Τμήμα Νοσοκομείο Παίδων «Π& Α. Κυριακού»,
[4]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΑ "Λαϊκό"

Εισαγωγή: Οι μεταμοσχεύσεις νεφρού (ΜΝ) στην παιδική ηλικία είχαν μειωθεί δραματικά τελευταία. Δεδομένου ότι τα παιδιατρικά νοσοκομεία δεν πληρούν τις προϋποθέσεις να λάβουν άδεια διενέργειας ΜΝ, η επέκταση προγράμματος ΜΝ ενηλίκων στα παιδιά ,σε συνεργασία με παιδιατρικό νοσοκομείο, ήταν η μοναδική λύση .
Ασθενείς: Από 2/2020 έως 7/2021 πραγματοποιήθηκαν 19 ΜΝ σε ασθενείς <18 ετών (13 αγόρια), τέσσερα παιδιά ήταν ηλικίας <12 ετών βάρους 27 έως 37kg, εννέα ηλικίας 12-16 ετών βάρους 28 έως 58kg, έξι ηλικίας 16 - 18 ετών βάρους 34 έως 58 kg. Τρεις μεταμοσχεύσεις έγιναν από αποβιώσαντα και 16 από ζώντα δότη (4 preemptive). Σε δύο ασθενείς, ήταν η δεύτερη ΜΝ με αιτία απώλειας του 1ου μοσχεύματος την αγγειακή θρόμβωση. Δυο ΜΝ πραγματοποιήθηκαν με ασυμβατότητα ομάδας αίματος .
Η πρωτοπαθής αιτία ΤΣΝΝ ήταν: νεφρωνόφθιση 4 ασθενείς, δυσπλαστικοί-υποπλαστικοί νεφροί 7, νεφρωσικό σύνδρομο γενετικής αιτιολογίας 6, νεογνικός ερυθηματώδης λύκος 1, αγγειακή θρόμβωση 1.
Ο χρόνος παραμονής των παιδιών σε εξωνεφρική κάθαρση (ΕΚ) κυμαίνονταν από 1,5 - 10 έτη (μέση τιμή 6.3 έτη). Συγκεκριμένα 3 παιδιά εντάχθηκαν σε ΕΚ σε ηλικία <2 ετών και 2 σε ηλικία 2- 4 ετών με βάρος <12 kg.
Αποτελέσματα: Η περιεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία ήταν χωρίς επιπλοκές, κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε αιμοκάθαρση λόγω καθυστερημένης λειτουργία μοσχεύματος, ένας ασθενής αντιμετωπίστηκε με μια συνεδρία ξηράς κάθαρσης λόγω υπερφόρτωσης υγρών. Όλοι διατηρούν καλή νεφρική λειτουργία (μέση τιμή κρεατινίνης τον 6ο μήνα 1mg/dl)
Συμπέρασμα: Η επιτυχής συνεργασία των δυο Νοσοκομείων άλλαξε το τοπίο των παιδιατρικών ΝΜ στην Ελλάδα

O04 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΖΩΝΤΩΝ ΔΟΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Σ. Μαρινάκη[1], Ε. Μαντιός[1], Κ. Βαλλιάνου[1], Γ. Λιάπης[2], Χ. Μελεξοπούλου[1], Ε. Κάψια[1], Β. Φιλιόπουλος[1], Μ. Δαρεμά[1], Ι. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
[2]Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η δωρεά νεφρού από ζώντα δότη συμβάλλει στην αύξηση του αριθμού των διαθέσιμων μοσχευμάτων, προσφέροντας παράλληλα σημαντικά οφέλη στον λήπτη. Καθώς πρωταρχικό μέλημα είναι η άμεση και η μακροπρόθεσμη ασφάλεια του δότη, η βιοψία νεφρού συχνά είναι απαραίτητο εργαλείο στην προμεταμοσχευτική αξιολόγηση των υποψήφιων δοτών με μεμονωμένη μικροσκοπική αιματουρία/ πρωτεϊνουρία ή άλλους παράγοντες κινδύνου.
Ασθενείς & Μέθοδοι: Από τους υποψήφιους ζώντες δότες νεφρικού μοσχεύματος που επισκέφθηκαν το εξωτερικό προμεταμοσχευτικό ιατρείου του Λαϊκού Νοσοκομείου από το 2007 έως το 2021, οι 48 υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού προ της μεταμόσχευσης. Μελετήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, το ατομικό ιστορικό, τα εργαστηριακά και ιστολογικά ευρήματα. Οι ενδείξεις για τη διενέργεια βιοψίας περιελάμβαναν την παρουσία μεμονωμένης μικροσκοπικής αιματουρίας, ήπιας πρωτεϊνουρίας ή συννοσηροτήτων που παραπέμπουν σε αυξημένη χρονιότητα.
Αποτελέσματα: Από τους 48 υποψήφιους δότες που υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού, οι 39 ήταν γυναίκες (81%). Η διάμεση ηλικία των δοτών ήταν τα 58 (IQR 51-63) έτη, ενώ οι 19 (40%) ήταν μεγαλύτεροι από 60 ετών. Από τους 48, οι 38 (79%) είχαν μικροσκοπική αιματουρία και οι 8 (22%) πρωτεϊνουρία 150-300 mg/d

αντίστοιχα. Αναφορικά με τις συννοσηρότητες, 18 από τους 48 (39%) δότες είχαν αρτηριακή υπέρταση, 4 (2%) είχαν διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης και 6 (12%) ήταν παχύσαρκοι με BMI> 30 kg/m2. Συνολικά 30 (62%) υποψήφιοι δότες έγιναν αποδεκτοί για δωρεά. Οι υπόλοιποι 18 (38%) απορρίφθηκαν βάσει των ευρημάτων της βιοψίας: 5 (10%) διαγνώσθηκαν με IgA νεφροπάθεια, 5 (10%) με νόσο λεπτής βασικής μεμβράνης (TBMD), 3 (6%) με δευτεροπαθή FSGS και οι υπόλοιποι 5 (10%) είχαν ευρήματα χρόνιων αλλοιώσεων. Δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή από τη διενέργεια της βιοψίας.
Συμπεράσματα: Η νεφρική βιοψία αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των υποψήφιων ζώντων δοτών νεφρικού μοσχεύματος. Η ενδελεχής εξέταση των δοτών με μεμονωμένη μικροσκοπική αιματουρία/πρωτεϊνουρία στα ούρα και των οριακών δοτών είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση καλής μακροπρόθεσμης έκβασης μετά τη δωρεά.

O05 ΜΕΛΕΤΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ SARS-CoV-2

Α. Φυλάκτου[1], Α. Ξωχέλη[1], Ε. Σαμπάνη[2], Α. Παπαδοπούλου[3], Β. Νικολαΐδου[1], Δ. Ασουχίδου[1], Ε. Κασιμάτης[2], Μ. Στάγκου[2], Ε. Γιαννάκη[3], Γ. Τσουλφάς[4], Α. Παπαγιάννη[2]
[1]Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»,
[2]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»,
[3]Αιματολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Αιμοποιητικών Κυττάρων, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» ,
[4]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού δεν φαίνεται να αναπτύσσουν επαρκή τίτλο προστατευτικών αντισωμάτων έναντι του SARS-CoV-2 μετά από εμβολιασμό. Λιγότερα δεδομένα είναι γνωστά για την ανάπτυξη κυτταρικής ανοσίας και τη συσχέτιση της με τον τίτλο των μετρούμενων σχετικών αντισωμάτων.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν 52 ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού (Α/Γ:32/20) χωρίς ιστορικό νόσου και απουσία σχετικών αντισωμάτων προ εμβολιασμού με 2 δόσεις Comirnaty. Έγινε μέτρηση αντισωμάτων και με κυτταρομετρία ροής χαρακτηρίστηκαν κυτταρικοί υποπληθυσμοί, σχετικοί με την ανάπτυξη κυτταρικής ανοσίας, αμέσως πριν και 3 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση του εμβολιασμού. Σε 34 ασθενείς που δεν είχαν αναπτύξει εξουδετερωτικά αντισώματα έγινε έλεγχος της ειδικής Τ κυτταρικής ανοσίας με μέτρηση της IFN-γ των ειδικών για την πρωτεΐνη-ακίδα του ιού Τ λεμφοκυττάρων, με τη μέθοδο ELISpot, 4 μήνες μετά.
Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών και ανεξάρτητα από την αντισωματική απάντηση, 3 εβδομάδες μετά τη 2η δόση αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ενεργοποιημένων CD4+ λεμφοκυττάρων (p=0,038) καθώς και των αντίστοιχων CD8+ (p<0,001) και των ενεργοποιημένων μονοπύρηνων (p=0,046). Οι ασθενείς που ανέπτυξαν αντισώματα είχαν μεγαλύτερο αριθμό CD3+PD1 λεμφοκυττάρων πριν τον εμβολιασμό (p=0,011) που όμως μειώθηκε σημαντικά μετά τη 2η δόση (p=0,006) ενώ αυξήθηκαν τα Β λεμφοκύτταρα (p=0,028). Στους 34 ασθενείς που εξετάστηκαν 4 μήνες μετά, ειδική Τ κυτταρική απάντηση έναντι του ιού είχαν οι 15(34%). Η μικρότερη ηλικία συσχετίστηκε με την ανίχνευση ειδικής κυτταρικής ανοσίας (p=0,019).
Συμπεράσματα: Η κυτταρική ανοσιακή απάντηση των ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού συσχετίζεται με την ανάπτυξη αντισωμάτων μετά από εμβολιασμό, φαίνεται όμως να παρέχει ευρύτερη προστασία ακόμη και σε ασθενείς με χαμηλό τίτλο αντισωμάτων.

O06 ΑΝΟΣΟΓΟΝΙΚΟΤΗΤΑ, ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΜΕ mRNA SARS-CoV-2 ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Σ. Μαρινάκη[1], Δ. Ντεγιαννης[2], Σ. Ρούσσος[3], Ε. Ξαγάς[1], Π. Τσούτσουρα[1], Σ. Αδαμόπουλος[4], Β. Σύψα[3], Α. Χαιδαρόγλου[2], Ι.Δ. Παυλοπούλου[5], Α. Χατζάκης[3], Ι.Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ ΄Λαϊκό΄, Αθήνα,
[2]Μονάδα Μοριακής Ανοσοπαθολογίας και Ιστοσυμβατότητας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα,
[3]Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα,
[4]Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας και Μεταμόσχευσης Καρδιάς, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα,
[5]Παιδιατρικό Ερευνητικό Εργαστήριο, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι μεταμοσχευμένοι συμπαγών οργάνων βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης απειλητικής για την ζωή COVID-19 λοίμωξης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και για τον λόγο αυτό έχουν προτεραιοποιηθεί στα εμβολιαστικά προγράμματα των περισσοτέρων χωρών. Ωστόσο, συνεχώς αυξανόμενα δεδομένα δείχνουν μειωμένη ανοσογονικότητα του εμβολιασμού έναντι του SARS-COV-2 σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.
Υλικό και Μέθοδοι: Η παρούσα μελέτη εξετάζει την αντισωματική απάντηση, την ασφάλεια και την

αποτελεσματικότητα ένα μήνα μετά από πλήρη εμβολιασμό με ένα από τα δύο mRNA εμβόλια σε μια κοορτή 455 μεταμοσχευμένων συμπαγών οργάνων.
Αποτελέσματα: Η αντισωματική απάντηση αν και γενικά χαμηλή (39,6%), ήταν υψηλότερη μεταξύ όσων εμβολιάστηκαν με το εμβόλιο mRNA1273 (Moderna) συγκριτικά με το εμβόλιο BNT162b2 (Pfizer/BioNTech): θετικοποίηση των αντισωμάτων μετά τον εμβολιασμό σε 47% έναντι 36% (p=0.025) και διάμεσος τίτλος αντισωμάτων 31 (7, 372) AU/ml έναντι 11 (7,215) AU/ml, αντίστοιχα.
Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, μεταξύ των μεταβλητών που μελετήθηκαν,ο εμβολιασμός με το εμβόλιο BNT162b2, η λήψη αντιμεταβολίτη και κορτικοστεροειδών, το θήλυ φύλο, και η μεγαλύτερη ηλικία ήταν παράγοντες που σχετίζονταν αρνητικά με την ανάπτυξη αντισωμάτων, ενώ το είδος του μεταμοσχευθέντος οργάνου ήταν επίσης στατιστικά σημαντική μεταβλητή. Αναφορικά με την ασφάλεια, δεν παρουσιάστηκε κανένα μείζον σύμβαμα ενώ ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες με συχνότερη τον πόνο στο σημείο της έγχυσης διαπιστώθηκαν στο 69.5% και 62.9% των ασθενών μετά την 1η και 2η δόση αντίστοιχα.
Σε 129 ασθενείς έγινε επιπλέον, έλεγχος της κυτταρικής ανοσίας με τη μέθοδο προσδιορισμού απελευθέρωσης ιντερφερόνης-γ (Quantiferon) και η ανταπόκριση βρέθηκε στο 9,3% (12/129).
Από τους 455 ασθενείς οι 15 (3.34%) βρέθηκαν θετικοί για SARS-COV-2 στον έλεγχο με PCR σε μέσο διάστημα 82 (31) ημερών μετά τον πλήρη εμβολιασμό. Μεταξύ αυτών οι 7 παρουσίασαν ήπια νόσο, ενώ 8 (53.3%) ανέπτυξαν μέτρια ή σοβαρή νόσο και χρειάστηκαν νοσηλεία, με κακή έκβαση και θάνατο σε δύο.
Συμπεράσματα: Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την χαμηλή ανοσογονικότητα μετά πλήρη εμβολιασμό για SARS-COV-2 και το ενδεχόμενο σοβαρής νόσησης μετά τον εμβολιασμό στους λήπτες συμπαγών οργάνων. Τα δεδομένα αυτά, καθώς και η υπεροχή του εμβολίου Moderna, έχουν ήδη οδηγήσει σε αναθεώρηση των πρακτικών εμβολιασμού σε αυτόν τον πληθυσμό.

O07 ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Α. Κουτέλα[1], Δ. Κλέτσας[2], Γ. Λούντος[3], Μ. Ρουχωτά[3], Α. Καραμέρης[4], Γ. Βηλαράς[4], Γ. Κ. Ζωγράφος[5], Δ. Δουγένης[6], Α. Ε. Παπαλόης[5,7]
[1]Καρδιοχειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα
[2]Εργαστήριο Κυτταρικού Πολλαπλασιασμού και Γήρανσης, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος», Αθήνα
[3]Ινστιτούτο Πυρηνικών και Ακτινολογικών Επιστημών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος», BioEmission Technology Solutions (BIOMTECH), Αθήνα
[4]Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα
[5]Ά Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα
[6]Καρδιοχειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα
7Ερευνητικό και Πειραματικό Κέντρο Elpen, Αθήνα

Σκοπός-Εισαγωγή: Η ισχαιμική καρδιομυοπάθεια, εξακολουθεί σε παγκόσμια κλίμακα να παρουσιάζει αυξημένη θνητότητα παρά τις μελέτες φαρμακευτικών θεραπειών. Σήμερα γνωρίζουμε πως τα μεσεγχυματικής προέλευσης βλαστοκύτταρα (ADSCs) μπορούν να διαφοροποιηθούν σε μυοκαρδιακά κύτταρα. Στο πείραμά μας χρησιμοποιούμε τους γενετικούς παράγοντες GATA4 και Nkx2.5 που συνδέονται με την αναγέννηση του μυοκαρδίου.
Υλικά & Μέθοδοι: Χρησιμοποιήσαμε 44 αρουραίους Wistar (42 θηλυκούς λήπτες και 2 αρσενικούς δότες) με τυπικό μικροβιακό φορτίο και βάρος 200-250 gr. Λιπώδης ιστός συλλέχθηκε από τους αρσενικούς δότες και μεταφέρθηκε αμέσως στο εργαστήριο του «Δημοκρίτου» σε θερμοκρασία 4°C. Οι θηλυκοί λήπτες τυχαία χωρίστηκαν σε 3 ομάδες : ομάδα 1 - Sham operated group, ομάδα 2 – Ομάδα ελέγχου (control) και ομάδα 3 – Πειραματική ομάδα θεραπείας. Διενεργήθη απεικόνιση με Spect-CT με τη χρήση 99m-Tc-sestamibi σε όλα τα ζώα 7 ημέρες προεγχειρητικά (D-7) καθώς και 7 (Day+7), 14 (Day+14) ημέρες μετεγχειρητικά. Την ημέρα 0 διενεργήθη χειρουργική πρόκληση εμφράγματος με απολίνωση του πρόσθιου κατιόντα (LAD) (εξαιρουμένων των sham) και ΗΚΓ καταγραφή ισχαιμίας για 45 λεπτά. Ακολούθησε έγχυση 1.000.000 βλαστοκυττάρων με τους παράγοντες GATA4 και Nkx2.5 στην ομάδα 3, ενδοκαρδιακά και περιεμφραγματικά, ενώ η ομάδα 2 (ελέγχου) έλαβε αντίστοιχα buffer solution. Την ημέρα 16 προχωρήσαμε σε ευθανασία των ζώων και συλλογή ιστών για ανοσοϊστοχημική μελέτη.
Αποτελέσματα: Τα βλαστοκύτταρα επιτυχώς ενσωματώθηκαν στο μυοκάρδιο προκαλώντας αναγέννηση αυτού και αύξηση της κινητικής του δραστηριότητας. Αποδεικνύεται απεικονιστικά πως τη 14η ημέρα μετεγχειρητικά η ομάδα 3 (πειραματικής θεραπείας) παρουσιάζει αυξημένη πρόσληψη ραδιοφαρμάκου συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ενώ ο λειτουργικός όγκος της αριστερής κοιλίας τείνει να επανέλθει στο προεγχειρητικό στάδιο. Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στα ζώα που έλαβαν τους γενετικούς παράγοντες συγκριτικά με αυτά που δεν έλαβαν και επιπλέον με βάση την παθολογοανατομική μελέτη όλα τα ζώα που ανήκουν στο experimental group (ομάδα 3) είναι θετικά για GATA4, Nkx2.5, CD133 και CTGF σε αντίθεση με τα sham (ομάδα 1) και control (ομάδα 2) που είναι αρνητικά.

Συμπεράσματα: Τα μεσεγχυματικής προέλευσης βλαστοκύτταρα (ADSCs) αποτελούν θεραπευτική επιλογή του μέλλοντος και με την έρευνά μας αποδεικνύεται πως τα GATA4 και Nkx2.5 είναι γενετικοί δείκτες που οδηγούν μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε αναγέννηση του καρδιακού ιστού και αύξηση της βιωσιμότητάς του.

O08 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΥΣΤΕΟΟΥΡΗΤΗΡΙΚΕΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Ε. Δασκαλάκη[1], Α. Γρηγοράκης[2], Κ. Παυλόπουλος[1], Ν. Μόρφης[1], Μ. Παπαμιχαήλ[1], Ε. Τσούκα[3], Κ. Ρωμανά[4], Θ. Κρατημένος[5], Α. Ταράσση[6], Δ. Πιστόλας[1], Σ. Στεφανάκης[2], Β. Βουγάς[1]
[1]Α' Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[2]Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[3]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[4]Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,
[5]Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα,6Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι επιπλοκές εκ του ουροποιητικού συστήματος παραμένουν το συχνότερο πρόβλημα μετά από τη μεταμόσχευση νεφρού(9%). Αυτές περιλαμβάνουν την απόφραξη, τη διαφυγή από την ουρητηρική αναστόμωση και την παλινδρόμηση, ενώ επηρεάζουν σημαντικά την επιβίωση του μοσχεύματος.
Σκοπός: Να μελετήσουμε τη συχνότητα των επιπλοκών από τους ουρητήρες και τις κυστεοουρητηρικές αναστομώσεις στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού ενός γενικού νοσοκομείου.
Υλικό & Μέθοδος: Αυτή η αναδρομική μελέτη περιλαμβάνει 225 ασθενείς, λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, από τον Ιανουάριο του 2011 έως και το Δεκέμβριο του 2020. Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε η ίδια τεχνική για την κυστεοουρητηρική αναστόμωση, και τοποθετήθηκε ουρητηρικό stent και παροχέτευση. Υπέρηχος μοσχεύματος διενεργήθηκε την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, ενώ δυναμικό scanning νεφρού την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα, προκειμένου να διαπιστωθεί η παρουσία οξείας σωληναριακής νέκρωσης ή απόρριψης. Προσπαθήσαμε να συσχετίσουμε τις επιπλοκές με τους ακόλουθους παράγοντες: φύλο, ηλικία, ιολογικό προφίλ, τύπος μεταμόσχευσης(ζώσα ή πτωματική) και τα χαρακτηριστικά των δοτών.
Αποτελέσματα: Σε σύνολο 225 ληπτών, 15(6,7%) παρουσίασαν επιπλοκές από το ουροποιητικό. Αυτές περιλαμβάνουν στένωση αναστόμωσης(46.7%), απόφραξη(13.3%), γωνίωση(13.3%) και ισχαιμία(6.7%). Περισσότερες από τις μισές επιπλοκές(53.3%) αφορούσαν το άπω τριτημόριο του ουρητήρα. Η πλειοψηφία των ασθενών εμφάνισε αύξηση ουρίας και κρεατινίνης ορού, ενώ αποφασίστηκε η άμεση τοποθέτηση διαδερμικής νεφροστομίας καθώς και JJ stent. Εννέα από τους 15 ασθενείς χρειάστηκαν χειρουργική αντιμετώπιση. Στους οκτώ έγινε ανακατασκευή της κυστεοουρητηρικής αναστόμωσης, ενώ ένας ασθενής υποβλήθηκε σε Boari flap. Δύο ασθενείς(13.3%) κατέληξαν από σήψη.
Συμπέρασμα: Παρά το γεγονός ότι η μεταμόσχευση νεφρού παραμένει η μόνη θεραπεία για τη νεφρική νόσο τελικού σταδίου, η κυστεοουρητηρική αναστόμωση αποτελεί την «Αχίλλειο πτέρνα» αυτής της επέμβασης.

O09 ΒΡΑΧΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΙΩΝΕΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΣΟΒΑΡΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Κ.Ε Καρακάση[1], Γ. Κατσάνος[1], Α. Κοφινάς[1], Ν.Αντωνιάδης[1], Στ. Βασιλειάδου[1], Γ. Ευλαβής[1], Στ. Νείρος[1], Ε. Μουλούδη[2], Χ. Ανταχόπουλος[3], Γ. Τσουλφάς[1]
[1]Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[3]Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς αυξάνουν τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και το κόστος νοσηλείας. Υπολογίζεται ότι το 5-10% των νοσηλευομένων ασθενών θα αναπτύξει τουλάχιστον μία νοσοκομειακή λοίμωξη, ενώ η παράταση νοσηλείας υπολογίζεται στις 10 ημέρες. Το πρωτόκολλο ταχείας αποκατάστασης μετά από χειρουργική επέμβαση (EnhancedRecoveryAfterSurgery -ERAS)είναι ένα πολυτροπικό μοντέλο που στοχεύει στη βελτιστοποίηση της περιεγχειρητικής διαχείρισης, τη βελτίωση της ανάρρωσης και τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών με αποτέλεσμα την βραχεία νοσηλεία στο νοσηλευτικό ίδρυμα.
Σκοπός: Έγινε σύγκριση όσο αφορά στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις μεταξύ δύο ομάδων. Η ομάδα ταχείας αποκατάστασης n=9 συγκρίθηκε με την ομάδα ελέγχου n=9 με συγκρίσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Καταγράφηκαν τόσο οι καλλιέργειες αίματος, ούρων και αποικισμός ορθού κατά την

εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο όσο και οι καλλιέργειες κατά τη νοσηλεία τους στη μονάδα εντατικής θεραπείας μετά τη μεταμόσχευση ήπατος και στην διάρκεια νοσηλείας τους στο τμήμα.
Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι κανείς από τους ασθενείς της ομάδας ταχείας αποκατάστασης δεν παρουσίασε ενδονοσοκομειακή λοίμωξη ενώ το 50% των ασθενών ομάδας έλεγχου παρουσίασε τουλάχιστον ένα παθογόνο για το οποίο έλαβε στοχευμένη αγωγή βάσει λοιμωξιολογικής εκτίμησης.
Συμπέρασμα: Ασθενής που έχουν βραχεία παραμονή σε νοσηλευτικό ίδρυμα έχουν και χαμηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις

Ο10 ΜΥΟΚΑΡΔΙΚΗ ΙΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΝΕΥΡΕΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Μ. Μπόνιος[1], Ι. Αρμένης[1], Δ. Μηλιόπουλος[1], Σ. Θώδου[3], Ν. Κογεράκης[1], Α. Γκουζιούτα[1], Π. Γεωργιάδου[1], Σ. Δημόπουλος[1], Δ. Ζαρκαλής[1], Κ. Ιερομόναχος[1], Α. Κολιοπούλου[1], Ε. Κίτσου[1], Α. Καραμπίνης[1], Θ. Χαμογεωργάκης[1], Δ. Τσιάπρας[2], Σ. Δράκος[3], Σ. Αδαμόπουλος1
[1]Μονάδα Μεταμόσχευσης και Μονάδα Καρδιακής Ανεπάρκειας, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
[2]Μονάδα Αναίμακτων Διαγνωστικών Τεχνικών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
[3]Division of Cardiovascular Medicine, University of Utah Health and School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA

Εισαγωγή: Η ίνωση του μυοκαρδίου αποτελεί αρνητικό προγνωστικό δείκτη για ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια.
Σκοπός: Η μελέτη του βαθμού ίνωσης της αριστερής κοιλίας σε ασθενείς με προχωρημένου καρδιακή ανεπάρκεια που χρειάζονται μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας με συσκευές που υποστηρίζουν την αριστερή κοιλία (LVAD) ή και τις δύο κοιλίες (BiVAD).
Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκαν ασθενείς με προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια με ένδειξη για μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας. Υποβλήθηκαν σε δεξιό καθετηριασμό και σε ηχωκαρδιογραφική μελέτη προ της εμφύτευσης της συσκευής. Κατά τη στιγμή της εμφύτευσης της συσκευής (LVAD ή BiVAD) το τμήμα του μυοκαρδίου που αφαιρείται για την τοποθέτηση της κάνουλας απαγωγής της συσκευής χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του βαθμού ίνωσης με τη μέθοδο Masson's trichrome.
Αποτελέσματα: Συμπεριελήφθησαν 23 ασθενείς εκ των οποίων 8 έλαβαν συσκευή BiVAD (Ομάδα BiVAD) και 15 συσκευή LVAD (Ομάδα LVAD). Όλοι ασθενείς της ομάδος BiVAD και 8 από την ομάδα LVAD, κατά τη στιγμή της εμφύτευσης της συσκευής τους βρίσκονταν υπό προσωρινή μηχανική υποστήριξη με ενδοαορτική αντλία αντιώθησης ή με συσκευή ECMO (extracorporeal membrane oxygenator). Οι δείκτες λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας ήταν πιο επηρεασμένοι στην ομάδα BiVAD σε σχέση με την ομάδα LVAD (Πίεση δεξιού κόλπου 20±3 vs 9±3 mmHg, p=0.007, δείκτης παλμικότητας πνευμονικής αρτηρίας 2.0±3.3 vs 4.3±1.7, p=0.036, παραμόρφωση ελεύθερου τοιχώματος δεξιάς κοιλίας -7.7±6.2% vs-18.1±2.6%,p=0.0001, αντίστοιχα). Το ποσοστό μυοκαρδιακής ίνωσης της αριστερής κοιλίας ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα BiVAD έναντι της ομάδος LVAD (50±18% ως 36±14%, p=0.016).
Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε εμφύτευση συσκευών μακράς διάρκειας μηχανικής υποβοήθησης της κυκλοφορίας, εκείνοι που λαμβάνουν συσκευές BiVAD έχουν μεγαλύτερη έκταση ίνωσης της αριστερής κοιλίας σε σχέση με εκείνους που λαμβάνουν συσκευή LVAD. Μελέτες πάνω στη διαχρονική παρακολούθηση της ίνωσης μυοκαρδίου σε ασθενείς με προχωρημένου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια που χρήζουν μακράς διάρκειας μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας είναι αναγκαίες, για να αναδείξουν τον πιθανό της ρόλο τόσο ως προγνωστικού δείκτη όσο και ως θεραπευτικού στόχου.

Ο11 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΔΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Μ. Δαρεμά[1], Κ. Βαλλιάνου[1], Π. Καλογερόπουλος[1], Β. Μαντιός[1], Χ. Μελεξοπούλου[1], Π. Παρασκευά[2], Ι. Μπόκος[2], Σ. Μαρινάκη[1], Ι. Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ Λαϊκό, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
[2]Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι κακοήθειες αποτελούν ένα κύριο αίτιο θνητότητας στους μεταμοσχευμένους ασθενείς, με διαρκώς αυξανόμενη επίπτωση παγκοσμίως. Σκοπός η εκτίμηση της επίπτωσης de novo κακοηθειών, της αντιμετώπισης και της έκβασης στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος.
Υλικό & Μέθοδος: Μελετήθηκε αναδρομικά η ανάπτυξη de novo κακοηθειών στους ασθενείς που μεταμοσχεύθηκαν από ζώντα και αποβιώσαντα δότη στο Κέντρο μας, από τον 1/1985 έως τον 12/2020. Σε σύνολο 2509 ληπτών, 227 ασθενείς (60% άνδρες, 40% γυναίκες), διάμεσης ηλικίας κατά τη μεταμόσχευση 49 (IQR 38-59) έτη, διαγνώσθηκαν με 221 κακοήθειες σε διάμεσο χρόνο από τη

μεταμόσχευση 94 (IQR 40-170) μήνες. Η ανοσοκατασταλτική αγωγή τροποποιήθηκε ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και τον ανοσολογικό κίνδυνο του ασθενούς. Διατηρήθηκε η αρχική ανοσοκαταστολή σε 82 (42%) ασθενείς που διαγνώσθηκαν με τελικό στάδιο κακοήθειας.
Αποτελέσματα: Οι συχνότερες κακοήθειες ήταν η κακοήθεια πνεύμονα, όπου παρατηρήθηκε στο 16% των ασθενών, η λεμφοϋπερπλαστική νόσος (ΛΥΝ) στο 15.4% και το σάρκωμα Kaposi, στο 9%. Η αθροιστική επίπτωση της ΛΥΝ στη χρονική περίοδο της μελέτης ήταν 1.37%. Ο δείκτης επίπτωσης του συνόλου των άλλων νεοπλασιών στα 5, 10, 20 έτη ήταν 2.8%, 4.7% και 7.2% αντίστοιχα.
Σε διάμεσο χρόνο από τη διάγνωση 20 (IQR 6-56) μήνες, 127 (56%) ασθενείς απεβίωσαν, οι 124 εξαιτίας της κακοήθειας. Ο σχετικός κίνδυνος θνητότητας ήταν μεγαλύτερος του γενικού πληθυσμού (SMR 3.3). Εννέα ασθενείς (10%) εμφάνισαν επεισόδιο απόρριψης μετά τη διάγνωση της κακοήθειας και 22 (23%) ασθενείς εντάχθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση σε διάμεσο χρόνο 23 (IQR 7-47) μήνες από τη διάγνωση. Η 5ετής και 10ετής σχετιζόμενη με την κακοήθεια επιβίωση, στους ασθενείς που διατηρήθηκε η λειτουργία του μοσχεύματος, ήταν 51% και 45% αντίστοιχα.
Συμπεράσματα: Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθειών, με δυσμενέστερη έκβαση συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.

O12 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΥΠΟΥ 1 ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ ΙΙ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Β. Φιλιόπουλος[1], Α. Βιττωράκη[2], Κ. Βαλλιάνου[1], Ι. Μπέλλος[1], Π. Μαρκάκη[2], Σ. Ιωάννου[2], Γ. Λιάπης[3], Α. Ινιωτάκη[1,2], Ι. Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας και Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο,
[2]Ανοσολογικό Εργαστήριο και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο 'Γ.Γεννηματάς',
[3]Τμήμα Παθολογικής-Ανατομικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και Λαϊκό Νοσοκομείο

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης των αντισωμάτων έναντι του υποδοχέα τύπου 1 της αγγειοτενσίνης ΙΙ (αντί-AT1RAb) τα οποία ανιχνεύονται ανεξάρτητα ή συγχρόνως με ειδικά στο δότη αντι-HLA αντισώματα (HLA-DSA) στην έκβαση του νεφρικού μοσχεύματος.
Υλικό & Μέθοδος: Αντί-AT1RAb και HLA-DSA αναζητήθηκαν σε 139 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος: 70 ασθενείς που εκδήλωσαν αποδεδειγμένη με βιοψία απόρριψη, 50 κυτταρική (TCMR) και 20 μεσολαβούμενη από αντισώματα (ABMR) και 69 ασθενείς με συγκρίσιμα χαρακτηριστικά χωρίς επεισόδιο απόρριψης (ομάδα ελέγχου). Τα αντισώματα αναζητήθηκαν πριν και κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης και την χρονική περίοδο της βιοψίας με μεθοδολογία Luminex (HLA-DSA θετικά όταν MFI>1000) και ανοσοενζυμική μέθοδο (EIA-AT1R kit, θετικά όταν τίτλος ≥10U/mL).Ο χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 3.7(2.9-5.4) έτη.
Αποτελέσματα: Αντί-AT1RAb ανιχνεύθηκαν πριν τη μεταμόσχευση σε 23 (32.9%) ασθενείς που εκδήλωσαν TCMR (n=16) ή ABMR (n=7) σε σχέση με 11 (15.9%) ασθενείς χωρίς απόρριψη (p=0.030) . Ο τίτλος των αντισωμάτων βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς που εκδήλωσαν απόρριψη και των δύο τύπων (9.1 U/mL, IQR: 7.4-11.4) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (7.6 U/mL, IQR: 5.8-8.7) (p <0.001). HLA-DSA πριν τη μεταμόσχευση ανιχνεύθηκαν σε 18 (27.3%) ασθενείς με απόρριψη και 6 (8.8%) ασθενείς της ομάδας ελέγχου (p=0.010). Σύγχρονη ανίχνευση προσχηματισμένων αντι-AT1RAb και HLA-DSA παρατηρήθηκε σε 5 ασθενείς με ABMR (n =1) και TCMR (n=4) σε σύγκριση με 2 ασθενείς της ομάδας ελέγχου, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p=NS). Στο χρόνο της βιοψίας, σε 4 ασθενείς με ABMR και 11 ασθενείς με TCMR ανιχνεύθηκαν προσχηματισμένα πριν τη μεταμόσχευση (n=12) ή de novo (n=3) αντί-AT1RAb .Σε 3/4 ABMR περιπτώσεις και σε 4/11 TCMR περιπτώσεις ανιχνεύθηκαν παράλληλα αντι-AT1RAb και HLA-DSA. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 13 (18.6%) ασθενείς που εκδήλωσαν απόρριψη, TCMR (n=8) ή AMR (n=5), έχασαν το μόσχευμα σε σχέση με 1 (1.5%) ασθενή της ομάδας ελέγχου (p=0.002). Αντι-AT1RAb ανιχνεύθηκαν σε 6/13 (46%) ασθενείς που έχασαν το μόσχευμα, 3/8 που εκδήλωσαν TCMR και 3/5 που εκδήλωσαν AMR. Η επιβίωση του μοσχεύματος δεν διέφερε μεταξύ θετικών και αρνητικών για αντί-AT1RAb ασθενών (log-rank p=0.91). Η σύγχρονη ανίχνευση αντι-AT1RAb και DSA δεν συσχετίσθηκε με αυξημένο κίνδυνο απώλειας του μοσχεύματος (log-rank p=0.95). Η νεφρική λειτουργία στο τέλος της παρακολούθησης ήταν καλύτερη, αλλά όχι σημαντικά, στους αρνητικούς για αντί-AT1RAb ασθενείς, με κρεατινίνη ορού 1.48 [1.20-1.97] mg/dL και eGFR(CKD-EPI) 47.0 [35-60] ml/min/1.73m2, συγκριτικά με τους θετικούς για αντί-AT1RAb που είχαν κρεατινίνη ορού 1.65 [1.24-2.02] mg/dL (p=0.383) και eGFR(CKD-EPI) 48.5 [33.5-59.0] ml/min/1.73m2 (p=0.963).
Συμπεράσματα: Η ανίχνευση αντί-AT1RAb πριν τη μεταμόσχευση χαρακτηρίζει ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο απόρριψης. Η ανίχνευση αντι-AT1RAb κατά το χρόνο της βιοψίας, ανεξάρτητα ή συγχρόνως με HLA-DSAs, υποδεικνύει την συμμετοχή των αντισωμάτων αυτών σε μηχανισμούς απόρριψης. Διαφαίνεται κάποια επίδραση των αντισωμάτων αυτών στη λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος χωρίς ωστόσο να τεκμηριώνεται ο ρόλος τους στην επιβίωση του μοσχεύματος, απαιτώντας τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών. Ο έλεγχος για antiAT1RAb θα βοηθήσει στην ανίχνευση ασθενών υψηλού ανοσολογικού κινδύνου.

E-POSTERS

e-P01 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (≥15 ΕΤΗ) ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Α. Ζολώτα, Γ. Κατσάνος, Γ. Μυσερλής, Φ. Σολωνάκη, Α. Κοφινάς, Γ. Τσακίρης, Σ. Βασιλειάδου, Κ.-Ε. Καρακάση, Α. Καρλιγκιώτης, Α. Μόρσι-Γερογιάννης, Γ. Σωτηρούδης, Π. Κρίκη, Α. Ταταρίδου, Ν. Αντωνιάδης, Γ. Τσουλφάς
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, «Ιπποκράτειο» Γ.Ν. Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η Cyclosporine ή το Tacrolimus αποτελούν το θεμέλιο σχήμα της ανοσοκαταστολής πάνω από τρείς δεκαετίες και οδηγούν σε βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος. Σκοπός: Η σύγκριση της μακροχρόνιας πορείας του νεφρικού μοσχεύματος και οι επιπλοκές των ληπτών υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή.
Υλικό & Μέθοδοι: Συγκρίθηκαν 2 ομάδες ασθενών: [Tacrolimus group: 45 λήπτες (19Α, 26Γ, μέσης ηλικίας 35,2 ετών), είτε από πτωματικό δότη (ΠΔ, 22 ασθενείς) είτε από ζώντα δότη (ΖΔ, 23 ασθενείς), μέσης ηλικίας δότη 49,6 έτη] έναντι [Cyclosporine group: 45 λήπτες (26Α, 19Γ, μέσης ηλικίας 44,6 έτη) είτε από ΠΔ (29 ασθενείς), είτε από ΖΔ (16 ασθενείς) μέσης ηλικίας 49,2 έτη]. Μελετήθηκαν το 1ο, 3ο, 5ο, 10ο, και 15ο έτος μετά τη μεταμόσχευση: η κρεατινίνη ορού (SCr), η συστολική (ΣΑΠ) και διαστολική (ΔΑΠ) αρτηριακή πίεση, η λευκωματουρία 24ωρου, η καθυστερημένη λειτουργία μοσχεύματος, τα επεισόδια οξείας απόρριψης, ο μεταμοσχευτικός σακχαρώδης διαβήτης και η αντιυπερτασική αγωγή (ΑΥΑ). Επίσης μελετήθηκαν οι επιπλοκές του λήπτη.
Αποτελέσματα: Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τον χρόνο ψυχρής ισχαιμίας, την HLA ασυμβατότητα, την Scr και την ΑΠ του δότη. Μετά τη μεταμόσχευση παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της Scr του λήπτη το 3ο έτος (Tacrolimus group: 1,2±0,4 mg/dl και Cyclosporine group: 1,4±0,5 mg/dl, P<0,05) και του λευκώματος ούρων 24ωρου του λήπτη το 1ο έτος (Tacrolimus group: 207 ± 125 mg/24ωρου και Cyclosporine group: 261,2 ± 132 mg/24 ωρου P<0,05). Επίσης καταγράφηκε σημαντική διαφορά στην ΣΑΠ και ΔΑΠ των ληπτών το 1ο, 3ο, 5ο έτος. Στις επιπλοκές οι δύο ομάδες δεν εμφάνισαν σημαντική διαφορά εκτός από τις λοιμώξεις αναπνευστικού.
Συμπέρασμα: Η μακροχρόνια ανοσοκαταστολή συντήρησης με Tacrolimus σε σύγκριση με την Cyclosporine συνδυάζεται με καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και βελτιωμένη νεφρική λειτουργία, παρά τις επιπλοκές που εμφανίζονται στον λήπτη.

e-P02 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ KIDNEY TRANSPLANT QUESTIONNAIRE 25(KTQ-25)

Β. Κούτλας[1], Ε. Τζαλαβρά[1], Β. Τάτσης[1], Χ. Παππάς[2], Μ. Μήτσης[1], Ε. Ντουνούση[2]
[1]Χειρουργική Κλινική – Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
[2]Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Μεταμόσχευση Νεφρού (ΜΝ) θεωρείται η θεραπεία εκλογής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου και υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) Ληπτών Νεφρικού Μοσχεύματος (ΛΝΜ). Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της ΣΥΠΖ των ΛΝΜ που παρακολουθούνται στο κέντρο μας, με την χρήση του μεταφρασμένου Ειδικού Ερωτηματολογίου KTQ-25.
Υλικό & Μέθοδος: Για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ εφαρμόστηκαν η Ελληνική έκδοση του πρόσφατα μεταφρασμένου από την ομάδα μας KTQ-25 και η Ελληνική έκδοση της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 84 ΛΝΜ, Άνδρες: 59 με Μέση Ηλικία τα 53.45±10.72, Μέση e-GFR:47.69±15.07 mL/min/1.73m2 και Μέσο Χρόνο από ΜΝ:55.68±48.26 μήνες. Οι Μέσες Τιμές των 5 διαστάσεων KTQ-25 ήταν: Σωματικά Συμπτώματα 3.98±1.60, Κόπωση 5.30±1.36, Αβεβαιότητα/Φόβος 5.16±1.33, Εμφάνιση 6.31±0.94, Συναισθήματα 5.03±1.07 με Συνολικό Σκορ 5.20±0.87. Οι Μέσες Τιμές των Συνοπτικών Κλιμάκων Σωματικής και Ψυχικής Υγείας του SF-36 ήταν 47.98±8.70 και 46.94±9.70 αντίστοιχα. Η Κόπωση, η Αβεβαιότητα/Φόβος και το Συνολικό Σκορ ήταν καλύτερα στους Άνδρες ΛΝΜ (p=0.009, p=0.08 και p<0.001 αντίστοιχα). Τα Σωματικά Συμπτώματα(p=0.013) ήταν καλύτερα στους ΛΝΜ που είχαν παιδιά. Βρέθηκε θετική συσχέτιση του e-GFR με την Κόπωση(p=0.002), την Αβεβαιότητα/Φόβο(p=0.034) και του Συνολικού Σκορ(p=0.017). Θετική συσχέτιση βρέθηκε επίσης

μεταξύ της Κόπωσης (p<0.001), της Αβεβαιότητα/Φόβου(p<0,001), των Συναισθημάτων(p=0.031) και του Συνολικού Σκορ (p<0.001) με τα επίπεδα Αιμοσφαιρίνης (Hgb). Η Εμφάνιση σχετίστηκε αρνητικά με το Βάρος (p=0.001) και το Δείκτη Μάζας Σώματος (p=0.001). Ο Συνολικός Αριθμός Ημερήσιας Λήψης Χαπιών, συσχετίστηκε επίσης αρνητικά με την Κόπωση (p=0.006) και το Συνολικό Σκορ (p=0.007).
Συμπεράσματα: Το υψηλότερο σκορ του KTQ-25 των ΛΝΜ παρατηρήθηκε στην διάσταση της Εμφάνισης και το χαμηλότερο στα Σωματικά Συμπτώματα. Η Κόπωση, η Αβεβαιότητα/Φόβος και το Συνολικό Σκορ ήταν καλύτερα στους Άνδρες και σε όσους είχαν υψηλότερο e-GFR και επίπεδα Hgb.

e-P03 ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ KIDNEY TRANSPLANT QUESTIONNAIRE 25 (KTQ-25).

Β. Κούτλας[1], Ε. Τζαλαβρά[1], Ο. Μανούρη[1], Μ. Οικονόμου[2], Α. Ντούνι[2], Μ. Μήτσης[1], Ε. Ντουνούση[2]
[1]Χειρουργική Κλινική – Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
[2]Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Μεταμόσχευση Νεφρού (ΜΝ), με τη διαρκή βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης των Ληπτών Νεφρικού Μοσχεύματος (ΛΝΜ), θεωρείται η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο Τελικού Σταδίου (ΧΝΝΤΣ). Η εκτίμηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (ΣΥΠΖ) των ΛΝΜ έχει αποκτήσει έντονο ενδιαφέρον καθώς προσφέρει πληροφορίες για έναν επιπλέον δείκτη της επιτυχούς μεταμόσχευσης. Σκοπός της εργασίας ήταν η μετάφραση και στάθμιση στα Ελληνικά του Ειδικού Ερωτηματολογίου Kidney Transplant Questionnaire 25 (KTQ-25) για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ των ΛΝΜ.
Υλικό & Μέθοδος: Η μετάφραση και στάθμιση στα Ελληνικά της αρχικής Αγγλικής έκδοσης του KTQ-25, έγινε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που περιγράφονται από το International Quality of Life Assessment (IQOLA). Η αρχική μετάφραση του ερωτηματολογίου δοκιμάστηκε πιλοτικά σε 15 τυχαία επιλεγμένους ΛΝΜ, οπότε και καταλήξαμε στη τελική μορφή.
Αποτελέσματα: 84 ΛΝΜ (59: Άνδρες, Μέση Ηλικία: 53.45±10.72, Μέση e-GFR:47.69±15.07mL/min/1.73m2, Μέσος Χρόνος από ΜΝ: 55.68±48.26μήνες), συμπλήρωσαν τις Ελληνικές Εκδόσεις του KTQ-25 και της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της αξιοπιστίας της Ελληνικής έκδοσης του KTQ-25. Οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's a για τις 5 διαστάσεις του KTQ-25 (Σωματικά Συμπτώματα=0.639, Κόπωση=0.856, Αβεβαιότητα/Φόβος=0.661, Εμφάνιση=0.593, Συναισθήματα=0.718, Συνολικό Σκορ=0.708) ήταν ικανοποιητικές και παρόμοιες με αυτές του αρχικού ερωτηματολογίου. Ο Συντελεστής Συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων του KTQ-25 κυμάνθηκε μεταξύ 0.730 και 0.807, και μεταξύ του Συνολικού Σκορ του KTQ-25 και των Συνοπτικών Κλιμάκων Σωματικής και Ψυχικής Υγείας του SF-36 μεταξύ 0.455 και 0.613 αντίστοιχα.
Συμπεράσματα: Η Ελληνική Έκδοση του KTQ-25 αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο και μπορεί να αποτελέσει το πρώτο Ειδικό Εργαλείο για την ΣΥΠΖ σε Έλληνες ΛΝΜ.

e-P04 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ, ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΤΥΠΩΝ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Μ. Κορογιάννου[1], Π. Σαραφίδης[2], Μ. Θεοδωρακοπούλου[2], Μ. Αλεξάνδρου[2],
Ε. Ξαγάς[1], Α. Αργύρης[3], Α. Πρωτογέρου[3], C. J. Ferro[4], I. N. Μπολέτης[1], Σ. Μαρινάκη[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
[2]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[3]Μονάδα Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Έρευνας, Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας, ΠΓΝ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
[4]Department of Renal Medicine, University Hospitals Birmingham NHS FoundationTrust, Birmingham, United Kingdom

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο έλεγχος της περιπατητικής αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) είναι ανεπαρκέστερος στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ), γεγονός που θα μπορούσε να εξηγήσει εν μέρει την ταχύτερη εξέλιξη της ΧΝΝ στους άνδρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει για πρώτη φορά τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στον επιπολασμό, τον έλεγχο και τους φαινότυπους της υπέρτασης σε λήπτες νεφρικού μοσχεύματος με μετρήσεις ΑΠ ιατρείου και 24ωρη περιπατητική καταγραφή ΑΠ.
Υλικό & Μέθοδος: 136 άνδρες και 69 γυναίκες, σταθεροί λήπτες νεφρικού μοσχεύματος, υποβλήθηκαν

σε μετρήσεις ΑΠ ιατρείου και 24ωρη καταγραφή ΑΠ. Τα όρια της υπέρτασης για την ΑΠ ιατρείου και την περιπατητική ΑΠ ορίστηκαν βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών 2017-ACC/AHA και 2021-KDIGO.
Αποτελέσματα: Η ηλικία, ο χρόνος από τη μεταμόσχευση, ο eGFR και το ιστορικό μειζόνων συννοσηροτήτων δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Τα επίπεδα της ΣΑΠ/ΔΑΠ ιατρείου ήταν υψηλότερα στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά(130.3±16.3/77.3±9.4 έναντι 126.4±17.8/74.9±11.5mmHg;p=0.118/0.104), ενώ η ΣΑΠ/ΔΑΠ κατά την ημέρα ήταν σημαντικά υψηλότερες στους άνδρες(128.5±12.1/83.0±8.2 έναντι 124.6±11.9/80.3±9.3mmHg;p=0.032/p=0.044). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ΑΠ κατά τη νύχτα. Ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν όμοιος με κριτήρια ΑΠ ιατρείου(93.4% έναντι 91.3%;p=0.589), ενώ ήταν υψηλότερος στους άνδρες με βάση την περιπατητική ΑΠ(100% έναντι 95.7%;p=0.014). Η ΑΠ ιατρείου δεν παρουσίαζε διαφορές(43.3% έναντι 44.4%,p=0.882), ενώ ο έλεγχος με βάση την 24ωρη καταγραφή ΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότερος στους άνδρες(16.9% έναντι 30.3%;p=0.029). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στον επιπολασμό της υπέρτασης λευκής μπλούζας(5.1% έναντι 7.6%;p=0.493), ενώ η συγκεκαλυμμένη υπέρταση ήταν συχνότερη στους άνδρες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά(35.3% έναντι 24.2%;p=0.113).
Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της ΑΠ, ο επιπολασμός και ο έλεγχος της υπέρτασης δεν παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων με κριτήρια ΑΠ ιατρείου, ενώ διαφέρουν σημαντικά με κριτήρια περιπατητικής καταγραφής ΑΠ. Ο ανεπαρκέστερος έλεγχος της ΑΠ στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες πιθανά σχετίζεται με την καρδιαγγειακή και νεφρική έκβαση.

e-P05 ΝΟΣΗΣΗ ΑΠΟ SARS-COV-2 ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ

Σ. Μαρινάκη[1], Ε. Ξαγάς[1], Π. Τσούτσουρα[1], Κ.Κολοβού[1], Δ. Κατσαρός[2], Μ. Κορογιάννου[1], Ι.Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ ΄Λαϊκό΄, Αθήνα
[2]Ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Εισαγωγή/Σκοπός: Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει την κλινική έκβαση της νόσησης από SARS-COV-2 σε μεταμοσχευμένους συμπαγών οργάνων και τη συσχέτισή της με την αντισωματική απάντηση σε μεταμοσχευμένους συμπαγών οργάνων μετά από δύο δόσεις εμβολίου έναντι του SARS-COV-2.
Υλικό & Μέθοδος:Η κοορτή των ασθενών μας αποτελείται από 449 μεταμοσχευμένους ασθενείς, εμβολιασμένους με ένα από τα δύο mRNAεμβόλια, που δεν είχαν νοσήσει πριν τον εμβολιασμό. Η αντισωματική απάντηση μετρήθηκε ένα μήνα μετά την δεύτερη δόση.
Αποτελέσματα: Από τους 449 ασθενείς, 15(3,34%), βρέθηκαν θετικοί για SARS-COV-2 με τη χρήση PCR. Η μέση ηλικία ήταν τα 43,7 ±14,4 έτη και ο διάμεσος χρόνος από την μεταμόσχευση τα 7,8 έτη (1,2-30,2). Από τους 15, 11 ασθενείς (73,3%) είχαν εμβολιαστεί με το BNT162b2 και 4 (26,7%) με το mRNA1273 εμβόλιο. Κατά την πρωτοδιάγνωση 9 ασθενείς (60%) είχαν αρνητικό (<50AU/ml) τίτλο αντισωμάτων, ενώ 6 θετικό. Ο μέσος τίτλος αντισωμάτων, 27,4±14,0 μέρες μετά την δεύτερη δόση ήταν χαμηλός, με διάμεση τιμή 13AU/ml (εύρος 0-7480AU/ml). Η νεφρική λειτουργία δεν επηρεάστηκε από την νόσηση καθώς η μέση eGFR κατά την διάγνωση ήταν 48±15 ml/min και μετά από διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 29 ημέρες (1-101) ήταν 53,9± 20,9ml/min αντίστοιχα. Από τους 15 ασθενείς, 7 είχαν ήπια ή καθόλου συμπτώματα και δεν νοσηλεύτηκαν, ενώ από τους 8 (53,3%)που χρειάστηκαν νοσηλεία, οι 7 είχαν σοβαρή νόσο και οι 2 κατέληξαν.
Συμπεράσματα: Η μελέτη επιβεβαιώνει την απρόβλεπτη και συχνά σοβαρή πορεία που έχει η COVID-19 σε μεταμοσχευμένους συμπαγών οργάνων ακόμα και μετά τον πλήρη εμβολιασμό, αναδεικνύοντας την επιτακτική ανάγκη για εμβολιασμό των ατόμων του περιβάλλοντός τους και για επιτάχυνση της χορήγησης ενισχυτικής δόσης εμβολίου.

e-P06 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΟΥ ΕΛΑΧΙΣΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2 ΣΕ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ ΝΕΦΡΟΥ

Σ. Μαρινάκη[1], Κ. Κολοβού[1], Γ.Λιάπης[2], Χ. Σκαλιώτη[1], Σ. Τσιάκας[1], Ι.Ν. Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»
[2]Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Ο εμβολιασμός του γενικού πληθυσμού με τα εμβόλια κατά του ιού SARS-CoV-2 αποτελεί το σημαντικότερο όπλο στην προσπάθεια αναχαίτησης της πανδημίας από τον ιό SARS-COV-2. Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 55άχρονης δότριας νεφρικού μοσχεύματος, που εμφάνισε νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων (ΝΕΑ) μετά τον εμβολιασμό της με το mRNA εμβόλιο BNT162b2 (Pfizer/BioN-

Tech).
Η ασθενής, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, πριν από 4 χρόνια, είχε δωρίσει τον νεφρό της στον σύζυγο της. Τέσσερις ημέρες μετά τον εμβολιασμό της με την πρώτη δόση του εμβολίου παρουσιάστηκε με ζυμώδη οιδήματα κάτω άκρων, ενδεικτικά νεφρωσικού συνδρόμου. Έλαβε διουρητικά και 15 ημέρες μετά παρουσίασε πλήρη ύφεση της πρωτεϊνουρίας.
Με το δεδομένο της γρήγορης και αυτόματης ύφεσης του νεφρωσικού συνδρόμου αλλά και της επιτακτικής ανάγκης για προστασία της ασθενούς και του περιβάλλοντός της έναντι του ιού SARS-CoV-2, θεωρήσαμε σκόπιμο να ολοκληρώσει και τη 2η δόση του εμβολιασμού, με αποτέλεσμα την υποτροπή του νεφρωσικού συνδρόμου 2 μέρες μετά.
Προχωρήσαμε σε διαδερμική βιοψία νεφρού και η ιστολογική διάγνωση ήταν αυτή της ΝΕΑ.
Η ασθενής έλαβε 1 mg/kgΒΣ πρεδνιζολόνης και παρουσίασε πλήρη ύφεση, 10 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας, διατηρώντας άριστη νεφρική λειτουργία παρά το γεγονός ότι ήταν μονόνεφρος.
Παρότι είναι δύσκολο να αποδειχθεί αιτιολογική συσχέτιση της εμφάνισης της ΝΕΑ με το εμβόλιο έναντι του ιού SARS-CoV-2, η στενή χρονική συσχέτιση, η βαρύτερη υποτροπή χωρίς αυτόματη ύφεση μετά τη 2η δόση και η απουσία άλλων εκλυτικών της ΝΕΑ παραγόντων αποτελούν ισχυρά συνηγορητικά δεδομένα
Μια συστηματική καταγραφή των σπειραματικών παθήσεων που εμφανίζονται μετά τον εμβολιασμό έναντι του ιού SARS-CoV-2, θα αποτελούσε μια εξαιρετική πρωτοβουλία για πιο ολοκληρωμένη μελέτη της σπάνιας αυτής επιπλοκής.

e-P07 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ ΝΑΤΡΙΟΥ- ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Γ. Γεωργοπούλου, Θ. Ντρίνιας, Μ. Παπασωτηρίου, Δ.Σ. Γούμενος, Ε. Παπαχρήστου, Α. Μπρατσιάκου
Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Σκοπός: Η ευεργετική δράση της χορήγησης αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης τύπου 2 (SGLT2i) σε ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο και Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) με ή χωρίς καρδιαγγειακά προβλήματα είναι αποδεδειγμένη. Ωστόσο υπάρχουν λιγοστά δεδομένα όσο αφορά ασθενείς λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (KTRs) με ΣΔτ2 ή με Διαβήτη μετά τη μεταμόσχευση. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της χορήγησης SGLT2 στην νεφρική λειτουργία και τον γλυκαιμικό έλεγχο των KTRs.
Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά την επίδραση της χορήγησης SGLT2i στη νεφρική λειτουργία, το γλυκαιμικό έλεγχο και την αλβουμινουρία ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού. Στην μελέτη μετείχαν KTRs με ΣΔτ2 ή Διαβήτη μετά τη μεταμόσχευση, με τουλάχιστον 3 διαδοχικές μετρήσεις sCr μετά την έναρξη της αγωγής. Η πρώτη μέτρηση SCr πραγματοποιήθηκε ένα μήνα μετά της έναρξη θεραπείας με SGLT2i.
Αποτελέσματα: Συνολικά 7 ασθενείς (άνδρες) συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Η θεραπεία ξεκίνησε 9±4,4 έτη μετά την μεταμόσχευση. Αγωγή με δαπαγλιφλοζίνη έλαβαν 3, ενώ αγωγή με εμπαγλιφλοζίνη έλαβαν 4 ασθενείς. Η παρακολούθηση διήρκησε 8±4,2 μήνες. Η νεφρική λειτουργία μειώθηκε οριακά, άμεσα μετά την έναρξη χορήγησης SGLT2i και εν συνεχεία παρέμεινε σταθερή. Παρατηρήθηκε επίσης, σημαντική μείωση του Na+ ορού (139±1,4 vs 137±3,6 meq/l) καθώς και μείωση της HbA1c (7,2±1,2 vs 6,7±1,1 g/dl). Ένας ασθενής διέκοψε την αγωγή λόγω εμφάνισης επεισοδίου πυελονεφρίτιδας.
Συμπεράσματα: Η χορήγηση αγωγής με SGLT2i σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού και ΣΔ φαίνεται να αποτελεί ασφαλή επιλογή. Η τυχόν ευεργετική τους επίδραση στη λειτουργία του μοσχεύματος μένει να αποδειχθεί κατά τη μακροχρόνια παρακολούθηση.

e-P08 Ο ΠΡΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ/ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ (NLR) ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ (DGF) ΣΕ ΑΛΛΟΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΑΠΟΒΙΟΣΑΝΤΑ ΔΟΤΗ

Β. Τάτσης[1], Α. Ντούνι[2], Μ. Παπασωτηρίου[3], Ε. Παπαχρήστου[3], Β. Κούτλας[1], Ε. Τζαλαβρά[1], Α. Κανελλάκη[3], Ι. Σωτηροπούλου[3], Π. Χαρατσάρης[1], Ε. Ντουνούση[2], Δ. Γούμενος[3], Μ. Μήτσης[1]
[1]Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ Ιωαννίνων
[2]Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ Ιωαννίνων
[3]Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ Πατρών

Σκοπός: Παρότι, για την εμφάνιση καθυστερημένης λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος έχουν ενοχοποιηθεί αρκετοί παράγοντες, εξακολουθεί να απουσιάζει ένας απλός, χαμηλού κόστους και υψηλής

αξιοπιστίας προγνωστικός βιολογικός δείκτης. Η χρησιμότητα και θετική προγνωστική αξία του NLR έχει αποδειχθεί σε ποικίλες καταστάσεις και έτσι στόχο της μελέτης αποτέλεσε η αξιολόγησή του ως προγνωστικού δείκτη εμφάνισης DGF σε νεφρική αλλομεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη.
Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη κοόρτης 94 διαδοχικών νεφρικών αλλομεταμοσχεύσεων από αποβιώσαντες δότες, που πραγματοποιήθηκαν στα Π.Γ.Ν. Πατρών και Ιωαννίνων. Από τα αρχεία υπολογίσθηκε το προεγχειρητικό NLR και συσχετίσθηκε με την εμφάνιση DGF.
Αποτελέσματα: 18 ασθενείς εξαιρέθηκαν, λόγω ανεπαρκών στοιχείων, ή άλλων επιπλοκών. Από τους 76 λήπτες οι 31 ανέπτυξαν DGF (40,8%). Η μέση τιμή του NLR ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη σε αυτούς, σε σχέση με όσους εμφάνισαν άμεση λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος (3.67 vs. 2.64, αντίστοιχα, p=0.044).
Συμπεράσματα: Ο NLR θα μπορούσε να αποτελεί έναν πολλά υποσχόμενο και αξιόπιστο προγνωστικό βιολογικό δείκτη εμφάνισης DGF στη νεφρική αλλομεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη.

e-P09 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Σ. Βοβλιανού[1], Γ. Τσιγάρας[2], Φ. Παπουλίδου[3], Β. Κούτλας[2], Β. Τάτσης[2], Μ. Μήτσης[2], Ε. Ντουνούση[2,3]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Καβάλας
[2]Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, ΓΠΝ Ιωαννίνων
[3]Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Η νεφρική μεταμόσχευση έναντι της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ) έχει αποδειχθεί πως βελτιώνει την ποιότητα ζωής (ΠΖ) και τη φυσική λειτουργία των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο. Ωστόσο, ελάχιστα έχουν μελετηθεί και συγκριθεί οι επιπτώσεις της φροντίδας ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ) και ΑΜΚ ασθενών στην ΠΖ των μη-αμειβόμενων φροντιστών (σύζυγοι–συγγενείς). Σκοπός της διαστρωματικής, πολυκεντρικής μελέτης παρατήρησης ήταν να προσδιορίσει και να συγκρίνει το επίπεδο της ΠΖ και της αυτοαξιολογούμενης υγείας των φροντιστών ΛΝΜ και ΑΜΚ ασθενών.
Υλικό & Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης μας περιελάμβανε 33 φροντιστές ΛΝΜ και 138 φροντιστές ΑΜΚ ασθενών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνέντευξη είτε δια ζώσης, είτε τηλεφωνική, και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα επισκόπησης της Υγείας SF-36.
Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των φροντιστών των ΛΝΜ(57,6%) και των ΑΜΚ ασθενών (68,1%) ήταν γυναίκες εκ των οποίων το 72,7% και 52,2% ήταν σύζυγοι αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα του SF-36 παραθέτονται συγκριτικά στον πίνακα:

Κλίμακα SF-36	Φροντιστές ΛΝΜ	Φροντιστές ΑΚ	P value
Γενική Υγεία	78,6±19,05	63,6±25,84	**<0,001**
Σωματική Πόνος	87,5±20,32	77,57±26,27	**0,041**
Κοινωνική Λειτουργικότητα	68,2±29,66	56,5±29,91	**0,045**
Συνολική Κλίμακα Σωματικής υγείας SF-12	51,8±8,1	50,3±10,46	0,439
Συνολική Κλίμακα Ψυχικής υγείας SF-12	46,56±11,94	41,6±13,28	0,051

Independent t-test, **p<0.05**

Συνολικά η ΠΖ των φροντιστών ΑΜΚ ασθενών εμφανίζεται επιβαρυμένη, τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική υγεία σε σύγκριση με τους φροντιστές των ΛΝΜ. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της Γενικής Υγείας, του Σωματικού Πόνου και της Κοινωνικής Λειτουργικότητας των φροντιστών ΛΝΜ έναντι των φροντιστών ΑΜΚ ασθενών.
Συμπεράσματα: Οι επιπτώσεις από την παροχή φροντίδας φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά αρνητικά την ΠΖ των φροντιστών ΑΜΚ ασθενών έναντι των ΛΝΜ, γεγονός που υποδηλώνει την επιτακτική ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης της συγκεκριμένης ομάδας.

e-P10 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Σ. Βοβλιανού[1], Γ. Τσιγάρας[1], Φ. Παπουλίδου[1], Β. Κούτλας[2]., Β. Τάτσης[2], Μ. Μήτσης[2], Ε. Ντουνούση[2,3]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα ΓΝ Καβάλας
[2]Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, ΓΠΝ Ιωαννίνων
[3]Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Περιορισμένη είναι η βιβλιογραφία που μελετά την ψυχοκοινωνική επίπτωση της νεφρικής μεταμόσχευσης και της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ) στους μη αμειβόμενους φροντιστές (συζύγους–συγγενείς) των ασθενών.
Σκοπός της διαστρωματικής, πολυκεντρικής, μελέτης παρατήρησης ήταν να προσδιορίσει και να συγκρίνει το επίπεδο της επιβάρυνσης των φροντιστών ΑΜΚ ασθενών και των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ).
Υλικό & Μέθοδος: Εντάχθηκαν 33 φροντιστές ΛΝΜ και 138 φροντιστές ΑΜΚ ασθενών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συνέντευξη είτε δια ζώσης, είτε τηλεφωνική, καταγράφηκαν δημογραφικά και ανθρωπομετρικά δεδομένα και χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη κλίμακα επιβάρυνσης Zarit Burden Interview (ZBI) 22 ερωτήσεων που εξετάζει τέσσερις διαστάσεις.
Αποτελέσματα: Τα σκορ της κλίμακας των φροντιστών των ΛΝΜ συγκριτικά με τους φροντιστές των ΑΜΚ ασθενών παραθέτονται στον πίνακα:

Κλίμακα ZBI	Φροντιστές ΛΝΜ	Φροντιστές ΑΜΚ	P value
Συνολικά	30,48±15,55	39,78±17,62	**0,006**
Προσωπική ένταση	11,67±6,68	16,63±7,95	**0,001**
Ένταση του ρόλου	8,9±4,43	11,33±5,53	**0,024**
Αποστέρηση σχέσεων	6,73±4,42	8,66±4,54	**0,029**
Διαχείριση φροντίδας	3,12±1,45	3,15±1,69	0,923

Independent t-test, **$p<0.05$**

Οι φροντιστές των ΑΜΚ ασθενών εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερη επιβάρυνση συνολικά και στις 3 επιμέρους διαστάσεις (προσωπική ένταση, ένταση ρόλου, αποστέρηση σχέσεων) συγκρινόμενοι με τους φροντιστές των ΛΝΜ. Η επιβάρυνση των φροντιστών των ΛΝΜ φάνηκε να συσχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους ($p=0.011$). Στους φροντιστές των ΑΜΚ ασθενών, η μεγαλύτερη ηλικία, το θήλυ φύλο και το χαμηλό εισόδημα συσχετίστηκε με μεγαλύτερη επιβάρυνση ($p<0.001$, $p=0.019$ και $p=0.005$ αντίστοιχα).
Συμπεράσματα: Οι φροντιστές των ΑΜΚ ασθενών εμφάνισαν συνολικά σημαντικά υψηλότερη επιβάρυνση συγκρινόμενοι με τους φροντιστές των ΛΝΜ. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται προκειμένου να εξεταστούν οι επιδράσεις και τα πιθανά οφέλη της μεταμόσχευσης έναντι της ΑΜΚ στην ελληνική οικογένεια.

e-P11 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΣΤΗΝ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Γ. Γεωργοπούλου, Μ. Παπασωτηρίου, Θ. Ντρίνιας, Ε. Σαββιδάκη, Δ.Σ. Γούμενος, Ε. Παπαχρήστου
Νεφρολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Σκοπός: Παρά τη βελτίωση του μεταβολισμού ασβεστίου και φωσφόρου μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, ο κίνδυνος κατάγματος παραμένει υψηλός, ενώ οι περισσότεροι λήπτες (KTRs) έχουν προϋπάρχουσα οστική νόσο η οποία επιδεινώνεται από την ανοσοκατασταλτική αγωγή. Η θεραπεία με διφωσφονικά άλατα προτείνεται για τη βελτίωση της οστικής πυκνότητας (BMD) σε KTRs, ωστόσο τα στοιχεία υπέρ αυτής είναι λιγοστά. Στόχος αυτής της μελέτης είναι η αξιολόγηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της θεραπείας με διφωσφονικά άλατα στην BMD ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.
Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά την επίδραση της θεραπείας με διφωσφονικά στην BMD ενήλικων ασθενών μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Στη μελέτη μετείχαν KTRs με δύο έγκυρες μετρήσεις BMD με τη μέθοδο DEXA στο ισχίο ή τη σπονδυλική στήλη. Η πρώτη μέτρηση BMD πραγματοποιήθηκε πριν την έναρξη της θεραπείας. Αξιολογήσαμε επίσης την πορεία της BMD σε KTRs που δεν έλαβαν θεραπεία (ομάδα ελέγχου). Οι ασθενείς που έλαβαν άλλες μορφές αγωγής (καλσιτριόλη ή ανάλογα βιταμίνης D) αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Αποτελέσματα: Συνολικά, 42 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Αγωγή με διφωσφονικό άλας χορηγήθηκε σε 24 ασθενείς (13 άνδρες), ενώ 18 (13 άνδρες) δεν έλαβαν θεραπεία. Δεν υπήρχαν διαφορές στα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ασθενών που έλαβαν θεραπεία και της ομάδας ελέγχου. Η θεραπεία ξεκίνησε 1,1±1,9 έτη μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, ενώ σε 12 ασθενείς ξεκίνησε την πρώιμη περίοδο μετά τη μεταμόσχευση (ένα μήνα μετά) και χορηγήθηκε για περίοδο 4±2,34 ετών. Συνολικά, 10 ασθενείς έλαβαν ρισεδρονικό νάτριο, 5 ιβανδρονικό οξύ και 9 αλενδρονικό νάτριο. Η BMD βελτιώθηκε σημαντικά σε όλους τους ασθενείς που έλαβαν αγωγή (t-score:-2,02±1,08 vs -1,43±1,18, p=0,0004). Η ομάδα ελέγχου εμφάνισε μη σημαντική βελτίωση της BMD (t-score:-1,44±1,16 vs -1,05±1,07, p=ns) μετά από 4,4±2,7 έτη παρακολούθησης. Η νεφρική λειτουργία δεν επηρεάστηκε από την αγωγή.
Συμπεράσματα: Η θεραπεία με διφωσφονικά άλατα αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή που βελτιώνει σημαντικά τη BMD μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

e-P12 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΜΒΟΛΙΟΥ Pfizer-BioNTech

Μ.-Λ. Ορέμο[1], Α. Μπαλάσκα[1], Δ. Πιστόλας[1], Β. Βουγάς[1], Ι.Μ. Δημοπούλου[2], Σ. Ορφανός[2], Α. Κοτανίδου[2]
[1]Α΄ Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»
[2]ΕΚΠΑ-Τμήμα Ιατρικής

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ομάδα των μεταμοσχευμένων με νεφρό ασθενών είναι πολύ ευάλωτη έναντι του ιού covid-19, Σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης αντισωμάτων έναντι του ιού covid-19 σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού μετά τον πλήρη εμβολιασμό τους με το εμβόλιο των Pfizer-BioNTech, καθώς και να συσχετισθεί η ανοσολογική τους απάντηση με την ανοσοκατασταλτική τους αγωγή.
Υλικό & Μέθοδος: Η έρευνα έγινε σε ομάδα ασθενών Ν 98 που εμβολιάσθηκαν με το εμβόλιο των Pfizer-BioNTech. Το δείγμα υποβλήθηκε αρχικά σε δύο εμβολιασμούς (1η δόση ημέρα 0 και 2η δόση 21 μέρες μετά). Πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις για ανίχνευση αντισωμάτων, η πρώτη μέτρηση έγινε την ημέρα του 2ου εμβολιασμού και η δεύτερη μέτρηση 15 ημέρες μετά την 2η δόση. Επίσης έχει σχεδιασθεί να πραγματοποιηθεί μία τρίτη μέτρηση πριν την χορήγηση αναμνηστικής δόσης του εμβολίου, η οποία είναι αναγκαία να γίνει σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες σχετικά με την ανοσοποίηση ανοσοκατασταλμένων ασθενών.
Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 54 έτη. Το 72,5% ήταν άνδρες και το 27,5% γυναίκες. Το 73,6% είχαν λάβει μόσχευμα από πτωματικό δότη και το 26,4% από ζωντανό δότη. Όσων αφορά τα μέχρι τώρα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι μετά την 1η δόση του εμβολίου των Pfizer-BioNTech μόνο το 6,1 % των ασθενών εμφάνισε ικανό αριθμό αντισωμάτων, ενώ αντίστοιχα μετά τη δεύτερη δόση το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 26,5%.
Συμπεράσματα: Η ανοσοκατασταλτική αγωγή επηρεάζει την ανταπόκριση του οργανισμού στη παραγωγή αντισωμάτων έναντι του ιού covid-19 μετά τον εμβολιασμό με το εμβόλιο των Pfizer-BioNTech. Από τα στοιχεία που έχουμε συλλέξει μέχρι σήμερα στη μελέτη μας φαίνεται ότι η ανοσοαπάντηση σε άτομα με μεταμόσχευση νεφρού μετά τον εμβολιασμό με Pfizer-BioNTech είναι μειωμένη.

e-P13 ΑΠΟΣΥΡΘΗΚΕ

e-P14 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΤΥΠΟΥ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΥΠΟ-ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΥΜΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟ-ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ SARS-COV-2

Α. Ντούνι[1,2], Γ. Μαρκόπουλος[3], Ι. Μαλλιώρας[1], Χ. Παππάς[1,2], Ε. Παππάς[4], Β. Κούτλας[2], Ε. Τζαλαβρά[2], Γ. Μπαξεβάνος[3,5], Σ. Πρίσκα[6], Κ. Γκαρτζονίκα[7], Μ. Μήτσης[2], Ε. Ντουνούση[2,6]
[1]Νεφρολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιωαννίνων
[2]Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης, ΠΓΝ Ιωαννίνων
[3]Εργαστήριο Αιματολογίας – Μονάδα Μοριακής Βιολογίας, ΠΓΝ Ιωαννίνων
[4]Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Φιλιατών
[5]Τμήμα Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα»
[6]Τμήμα Νεφρολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
[7]Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Εισαγωγή-Σκοπός: Η χυμική και κυτταρική ανοσολογική απόκριση στον εμβολιασμό SARS-COV-2 παραμένει να διευκρινιστεί στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, όπως αυτοί υπό αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) και οι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (ΛΝΜ). Στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τους υποπληθυσμούς των κυκλοφορούντων λεμφοκυττάρων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και ΛΝΜ και πιθανές συσχετίσεις με τα παραγόμενα αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης ακίδας του SARS-COV-2 (anti-S-protein-Ab).
Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλάβαμε 88 ασθενείς (34 σε ΑΜΚ και 54 ΛΝΜ) χωρίς προηγούμενη νόσο από COVID-19 που έλαβαν δύο δόσεις του εμβολίου mRNA-BNT162b2. Οι υποπληθυσμοί λεμφοκυττάρων προσδιορίστηκαν με κυτταρομετρία ροής στις χρονικές στιγμές, αμέσως πριν τον εμβολιασμό (T0), πριν τη δεύτερη δόση (T1) και 2 εβδομάδες μετά τη δεύτερη δόση (T2). Τα anti-S-protein-Ab προσδιορίστηκαν στις T1 και T2 (τίτλος θετικός για επαρκή ορομετατροπή > 50 AU).
Αποτελέσματα: 31 (91,8%) ασθενείς υπό ΑΜΚ και 16 (29,6%) ΛΝΜ εμφάνισαν θετικά anti-S-protein-Ab στην T2. Οι ΑΜΚ ασθενείς που ανέπτυξαν anti-S-protein-Ab στην T1 είχαν υψηλότερα CD19+ Β-λεμφοκύτταρα συγκριτικά με τους ΑΜΚ που δεν ανέπτυξαν ($p = 0.006$). Θετική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ του αριθμού των CD19+ Β-λεμφοκυττάρων και τον τίτλο των anti-S-protein-Ab στις δύο ομάδες ($p<0,001$). Οι ΛΝΜ εμφάνισαν υψηλότερα «παρθένα» βοηθητικά CD4+CD45RA+ Τ-λεμφοκύτταρα συγκριτικά με τους ΑΜΚ ασθενείς στις T0 και T2 ($p=0,015$). Οι ΑΜΚ ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερα CD45RO+ Τ-λεμφοκύτταρα μνήμης συγκριτικά με τους ΛΝΜ στην T2 ($p=0.02$). Το κλάσμα CD4+CD45RA/CD4+CD45RO+ βοηθητικών Τ-λεμφοκυττάρων συσχετίστηκε αρνητικά με την παραγωγή αντισωμάτων στις δύο ομάδες ($p<0,001$).
Συμπεράσματα: Η μελέτη μας παρέχει έναν οδηγό για την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού σε ασθενείς με ΑΜΚ και ΛΝΜ, λαμβάνοντας υπόψη τη συσχέτιση μεταξύ των Β-λεμφοκυττάρων, της δημιουργίας Τ-βοηθητικών κυττάρων μνήμης και της αντισωματικής απόκρισης.

e-P15 Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΒΑΚΤΗΡΙΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Ε. Δασκαλάκη[1], Π. Τρακοσάρη[1], Σ. Πέτσα-Πουτούρη[1], Ν. Μόρφης[1], Ε. Μυλωνά[2],
Κ. Χριστοδουλίδου[3], Β. Κίτσιου[4], Α. Μπαλάσκα[1], Β. Παπασταμόπουλος[2], Β.Βουγάς[1]
[1]Α' Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[2]Τμήμα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[3]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[4]Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ασυμπτωματική βακτηριουρία, ορίζεται ως η παρουσία βακτηρίων στα ούρα χωρίς σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης ουροποιητικού συστήματος και απαντάται στο 17 έως 51% των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος. Η αντιμετώπισή της με τη χορήγηση αντιβιοτικών δε φαίνεται να προλαμβάνει ξεκάθαρα την εξέλιξή της σε λοίμωξη ουροποιητικού συστήματος ή οξεία πυελονεφρίτιδα, ούτε ότι επηρεάζει την επιβίωση του μοσχεύματος.
Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την εμπειρία του κέντρου μας στην αντιμετώπιση της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Αύγουστο του 2019.
Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν οι μεταμοσχευμένοι με ασυμτωματική βακτηριουρία κατά τη νοσηλεία τους, την περίοδο 2015-2019. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Η ομάδα Α περιλαμβάνει τους μεταμοσχευμένους την περίοδο 2015-2017 και η ομάδα Β τους μεταμοσχευμένους την περίοδο 2018-2020.
Αποτελέσματα: Από τους 43 ασθενείς στην ομάδα Α, 23(54%) εμφάνισαν ασυμπτωματική βακτηριουρία. Τα συχνότερα παθογόνα ήταν E.coli(42%), Klebsiella pneum(26%), Enterococcus Faecalis(17%), Pseudomonas aerogunosa(10%). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αντιβιοτική αγωγή με σιπροφλοξασίνη(49%), μεροπενέμη(25%), κεφοξιτίμη(14%), τυγκεκλίνη(8%), κολιστίνη(4%). Το μέσο διάστημα θεραπείας ήταν 20 ημέρες, μέχρι την αρνητικοποίηση των ουροκαλλιεργειών. Δέκα ασθενείς(23%) εμφάνισαν αύξηση της κρεατινίνης κατά 1.5 μονάδα, 3(6.9%) εμφάνισαν αύξηση των ηπατικών ενζύμων άνω του 50%, ενώ 3(6.9%) εμφάνισαν φαρμακευτική παγκρεατίτιδα. Από τους 50 ασθενείς της ομάδας Β, 32(64%) εμφάνισαν ασυμπτωματική βακτηριουρία, με συχνότερα παθογόνα: enterococcus faecium(48%), enterococcus faecalis(21%), E coli(12%), Pseudomonas aerogunosa(6%), Proteus mirabilis(5%). Κανένας ασθενής δεν έλαβε αντιβιωτική αγωγή. Συνολικά πέντε ασθενείς(15%) χρειάστηκαν αντιβιοτική αγωγή, δύο λόγω συμπτωματικής ουρολοίμωξης, δύο λόγω θετικής αιμοκαλλιέργειας και ένας λόγω οξείας πυελονεφρίτιδας. Οι υπόλοιποι ασθενείς είχαν ομαλή πορεία, με τις ουροκαλλιέργειες να αρνητικοποιούνται με την αφαίρεση του pigtail.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση αντιβιοτικών στην ασυμπτωματική βακτηριουρία δεν έχει καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της, ενώ φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών. Ωστόσο, τα δεδομένα ως προς τη χρήση των αντιβιοτικών δεν είναι επαρκή, με το συγκεκριμένο θέμα να χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

e-P16 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΟΚΤΑΕΤΙΑΣ

Ε. Δασκαλάκη[1], Κ. Ρεκούνα[1], Ε. Μυλωνά[2], Μ. Χρήστου[1], Ν. Ρουκουνάκης[1], Δ. Χασιώτης[1], Μ. Σμυρλή[3], Μ. Γιαννοπούλου[3], Α. Παναγιώτου[4], Α. Τσιρογιάννη[5], Β. Παπασταμόπουλος[2], Β. Βουγάς[1]
[1]Α' Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[2]Τμήμα Λοιμώξεων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[3]Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[4]Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[5]Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος είναι συχνότερες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ως αποτέλεσμα της ανοσοκαταστολής, της παρουσίας ξένων σωμάτων καθώς και της παρατεταμένης νοσηλείας.
Σκοπός: Να καταγράψουμε τις λοιμώξεις στη Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού του νοσοκομείου μας την τελευταία οκταετία(2013-2020).
Υλικό & Μέθοδος: Η μελέτη συμπεριλαμβάνει τους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος που εμφάνισαν βακτηριουρία ή βακτηριαιμία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, το χρονικό διάστημα 2013 με 2020. Για το σκοπό της μελέτης, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: η ομάδα Α περιλαμβάνει τους μεταμοσχευμένους ασθενείς μεταξύ 2013 και 2016, ενώ η ομάδα Β τους μεταμοσχευμένους ασθενείς μεταξύ 2017 και 2020. Οι ασθενείς της ομάδας Α έλαβαν χημειοπροφύλαξη με κεφουροξίμη και σιπροφλοξασίνη, ενώ οι αντίστοιχοι της ομάδας Β έλαβαν αναβαθμισμένη χημειοπροφύλαξη με μεροπενέμη και βανκομυκίνη.
Αποτελέσματα: Από τους 96 ασθενείς της ομάδας Α, 52(54%) παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο βακτηριουρίας και 22(23%) βακτηριαιμία. Τα συχνότερα παθογόνα στα ούρα ήταν E coli(42%), Klebsiella pneumoniae(26%), Enterococcus faecalis(17%) και Pseudomonas aeruginosa(10%). Τα συχνότερα παθογόνα στο αίμα ήταν E coli(27%), Klebsiella pneumoniae(22%), Psudomonas aeruginosa(13%), Staphylococcus epidermidis(12%), Acinetobacter baumanii(12%) και Enterococcus faecalis(12%).
Από τους 80 ασθενείς της ομάδας Β, 48(60%) εμφάνισαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο βακτηριουρίας και 10(13%) με βακτηριαιμία. Τα συχνότερα παθογόνα στα ούρα ήταν Enterococcus faecium(49%), Enterococcus Faecalis(21%), E coli(18%), Klebsiella pneymoniae(5%), Pseudomonas aeruginosa(4%) και Proteus mirabilis(0,5%). Τα συχνότερα παθογόνα στο αίμα ήταν Klebsiella pneumoniae(35%), E coli(25%), Pseudomas aeruginosa(22%), Proteus mirabilis(11%) και Enterococcus faecalis(2%).
Συμπεράσματα: Η αναβάθμιση του προφυλακτικού αντιβιοτικού σχήματος οδήγησε στην εμφάνιση πολυευαίσθητων στελεχών, η αντιμετώπιση των οποίων ήταν ευκολότερη με τη χρήση απλούστερων, μη τοξικών αντιβιοτικών, χωρίς επίδραση στη θνητότητα ή τα επεισόδια απόρριψης. Η εμφάνιση πιο αρχέγονων τύπων βακτηρίων επέτρεψε τη μη χρήση αντιβιοτικών στην ασυμπτωματική βακτηριουρία, καθώς και τη χρήση από του στόματος αγωγή σε βακτηριαιμίες.

e-P17 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Α. Μόρσι Γερογιάννης, Α. Ζολώτα, Γ. Μυσερλής, Γ. Κατσάνος, Φ. Σολωνάκη,
Α. Κοφινάς, Γ. Τσακίρης, Π. Κρική, Κ.Ε. Καρακάση, Σ. Βασιλειάδου, Α. Καρλιγκιώτης,
Γ. Σωτηρούδης, Χ. Δ. Χρίστου, Θ.Α. Ταταρίδου, Ν. Αντωνιάδης, Γ. Τσουλφάς
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Μετά το πέρας της μεταμόσχευσης νεφρού, συχνά παρατηρείται μεταβολή του σωματικού βάρους (ΣΒ) σε βάθος ετών.
Σκοπός: Η εξέταση της συσχέτισης της νεφρικής λειτουργίας με τη μεταβολή του ΣΒ.
Υλικό & Μέθοδος: Έγινε αναδρομική μελέτη επάνω σε 90 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος. Αναλύθηκαν τα σωματομετρικά στοιχεία των δοτών και ληπτών, καθώς και τα ζωτικά τους σημεία ανά διαστήματα ετών έως 15 έτη. Επίσης εξετάστηκε η συσχέτιση του απόλυτου αριθμού των φαρμάκων αντιυπερτασικής αγωγής, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) και η καρδιακή νόσος.
Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ληπτών σε σχέση με τους δότες ήταν κατά 10 έτη μικρότερη (39.90±16.23y vs 49.38±16.10y), ενώ η αύξηση της ηλικίας του λήπτη και το φύλο σχετίζονται

σημαντικά με την μείωση του ΣΒ. Κατά μέσο όρο είχαν περάσει 18.04±1.70y από την μεταμόσχευση, ενώ το βάρος από 62.43±15.00kg αυξήθηκε στα 69.41±12.89kg, μια μεταβολή κατά μέσο όρο +6.98±10.17kg. Η κρεατινίνη σημείωσε μεταβολή +0.3±0.5mg/dL, ενώ η λευκωματίνη +180.9±587.3mg/dL. Η ΣΑΠ/ΔΑΠ μεταβλήθηκε -13.5±17/-9.1±10.2mmHg, πάνω 60% λάμβανε >1 αντιυπερτασικά σκευάσματα, <40% εμφάνιζε καρδιακή νόσο και <20% εκδήλωσαν ΣΔ μετά την μεταμόσχευση. Για την καρδιακή νόσο, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη διαστολικής δυσλειτουργίας και την μεταβολή του ΣΒ στα 15 έτη [μείωση ΣΒ κατά 7.07kg στους νοσούντες, 95%CI(-12.37,-1.76),p=0.01].
Συμπέρασμα: Οι μεταβολές του ΣΒ ενός μεταμοσχευμένου νεφρού θα πρέπει να παρακολουθούνται, καθώς επιδρούν στην λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος. Τέλος το φύλλο, η ηλικία του λήπτη νεφρικού μοσχεύματος και η ύπαρξη διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας του λήπτη, φαίνεται να επιδρούν στην μεταβολή ΣΒ σε βάθος 15 ετών, οπότε θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν για την βέλτιστη λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος.

e-P18 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ BK ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΛΕΦΛΟΥΝΟΜΙΔΗ

Ε. Γκολέ[1], Β. Ασκητή[1], Γ. Μαλακασιώτη[1], Μ. Δαρεμά[2], Α. Μητσιώνη[1]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων Π&Α Κυριακού, Αθήνα
[2]Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Η BK ιαιμία μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (ΜΝ) αποτελεί συχνή επιπλοκή και μπορεί να οδηγήσει σε BK νεφροπάθεια (BKN) και δυσλειτουργία μοσχεύματος. Δεν υπάρχει ομοφωνία στη θεραπεία της BKN στα παιδιά. Συχνότερα επιλέγεται μείωση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο απόρριψης του μοσχεύματος. Ο ρόλος της λεφλουνομίδης στη θεραπεία παραμένει ασαφής. Περιγράφουμε την αποτελεσματικότητα της λεφλουνομίδης σε 3 παιδιά με BKN.
Υλικό & Μέθοδος: Τρεις ασθενείς (8,12,14 ετών) παρουσίασαν BKN σε μέσο διάστημα 3.5 μηνών μετά τη ΜΝ. Ο μέγιστος τίτλος BK σε διαδοχικές PCR αίματος ήταν 73521 IU/mL στον ασθενή 1, 532210 IU/mL στον ασθενή 2 και 15998551 IU/mL στον ασθενή 3. Στα ούρα ανιχνεύθηκαν κύτταρα decoy. Ένας ασθενής παρουσίασε αιμορραγική κυστίτιδα και ανιχνεύθηκε ο ιός BK στα επιθηλιακά κύτταρα της κύστης. Όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν δυσλειτουργία του μοσχεύματος με 50%-100% αύξηση της κρεατινίνης. Η θεραπευτική μας αντιμετώπιση περιλάμβανε χαμηλότερα επίπεδα Tacrolimus, διακοπή MMF και χορήγηση λεφλουνομίδης. Δύο ασθενείς έλαβαν γ-σφαιρίνη. Η θεραπεία με λεφλουνομίδη συνεχίστηκε έως ότου ο τίτλος BK αρνητικοποιήθηκε σε δύο διαδοχικές PCR με μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων.
Αποτελέσματα: Σε μέση περίοδο 3.3 μηνών όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν 2 διαδοχικές PCR αίματος αρνητικές για BK και η νεφρική τους λειτουργία αποκαταστάθηκε. Κανείς δεν παρουσίασε ηπατοτοξικότητα, αναιμία ή άλλες παρενέργειες. Η νεφρική λειτουργία παρέμεινε σταθερή χωρίς υποτροπή της BKN.
Συμπεράσματα: Στους παιδιατρικούς μας ασθενείς φαίνεται ότι η θεραπεία με λεφλουνομίδη οδηγεί σε ταχεία αντιμετώπιση της BK ιαιμίας, διατήρηση της λειτουργίας του μοσχεύματος και πρόληψη επεισοδίων απόρριψης.

e-P19 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ SARS-COV- 2

Α. Ψαρρά
Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου

Εισαγωγή- Σκοπός: Η πανδημία της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) που προκαλείται από τον κορωνοϊό SARS 2 (SARS-CoV-2) έχει προκαλέσει σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς και πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (καρδιάς, πνεύμονα, ήπατος, νεφρού) αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου σε ότι αφορά στη λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μειωμένη ανοσοαπάντησή τους λόγω της ανοσοκαταστολής που λαμβάνουν εφ'όρου ζωής καθώς και άλλων ιατρικών συννοσηροτήτων. Τα κλινικά χαρακτηριστικά, η πορεία της νόσου και η ορολογική ανταπόκριση του COVID-19 μεταξύ ανοσοκατασταλμένων ασθενών, χαρακτηρίζονται σοβαρά.
Υλικό & Μέθοδος: Υλικό: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: EBSCO HOST, Elsevier Science Direct, PubMed, Medline, CINAHL, και Google Scholar. Εξαιρέθηκαν όλα τα άρθρα που ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα πλην της ελληνικής και αγγλικής και

εκείνα που δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση σε ολόκληρο το άρθρο, αλλά μόνο στην περίληψη, καθώς και εκείνα που ήταν παλαιότερα από 5 έτη.
Αποτελέσματα: Συγκεκριμένα για τον ιό SARS-COV-2, η συχνότητα λοίμωξης στους λήπτες συμπαγών οργάνων, παρά την αυξημένη επιρρέπειά τους, είναι χαμηλότερη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό με αναφερόμενα ποσοστά περί το 3%. Αυτό οφείλεται στις ακόμα αυστηρότερες συστάσεις για εφαρμογή των μέτρων υγιεινής και κοινωνικής απομόνωσης απ' ότι στο γενικό πληθυσμό αλλά και την τήρησή τους από τους ίδιους τους ασθενείς. Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς μου νοσούν από COVID-19, έχουν, ως αναμένεται, βαρύτερη νόσο και χειρότερη πρόγνωση με υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας και διασωλήνωσης, ενώ η θνητότητα είναι περί το 15-19% για τους λήπτες όλων των οργάνων εκτός του πνεύμονα, όπου η θνητότητα φθάνει το 62%. Τα ποσοστά θνησιμότητας αναφέρθηκαν μεταξύ 13 και 30% στους λήπτες συμπαγών οργάνων. Σε άλλη μελέτη η λοίμωξη προέκυψε κατά την νοσηλεία στο 13% των περιπτώσεων. Το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας εμφανίστηκε στο 35% των ασθενών ενώ το 27% ασθενείς πέθαναν.
Συμπεράσματα: Η πανδημία έχει επίπτωση και στους λήπτες συμπαγών οργάνων, οι οποίοι έχουν αυξημένο κίνδυνο τόσο λοίμωξης όσο και θνητότητας από τον ιό SARS-COV-2, ενώ τα εμβόλια κατά του COVID-19 παρέχουν σημαντικό όφελος με ελάχιστο κίνδυνο.

e-P20 ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Χ. Μελεξοπούλου[1], Ι. Κοφοτόλιος[1], Δ. Αθανασοπούλου[1], Κ. Βαλλιάνου[1], Μ. Δημοπούλου[2], Μ.Δαρεμά[1], Σ.Μαρινάκη[1], Ι.Ν.Μπολέτης[1]
[1]Κλινική Νεφρολογίας & Μεταμόσχευσης Νεφρού, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Λαϊκό»
[2]Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή-Σκοπός: Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου είναι σε αυξημένο κίνδυνο δευτεροπαθούς υπερφόρτωσης σιδήρου. Η μεταμόσχευση νεφρού(ΜΝ) φαίνεται να μειώνει την έκθεση των ασθενών σε παράγοντες που ευνοούν τη συσσώρευση σιδήρου. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διαχρονική παρακολούθηση της υπερφόρτωσης σιδήρου σε λήπτες ΜΝ.
Υλικό & Μέθοδος: Μελετήσαμε αναδρομικά τα αρχεία 1267 ενεργών ασθενών με ΜΝ προκειμένου να βρούμε ασθενείς με υπερφόρτωση σιδήρου. Ο σίδηρος ορού, η φερριτίνη, η σιδηροδεσμευτική ικανότητα(TIBC) και ο κορεσμός της τρανσφερίνης(TSAT) αναλύθηκαν. Ως φαινότυπος με υπερφόρτωση σιδήρου ορίστηκε η ύπαρξη TSAT πάνω από 45% και/ή φερριτίνης πάνω από 1000ng/mL ένα χρόνο μετά τη μεταμόσχευση. Ασθενείς με καρκίνο ή ενεργό λοίμωξη αποκλείστηκαν. Οι δείκτες της κατάστασης σιδήρου στους επιλεγμένους ασθενείς επανεξετάστηκαν 3 έτη μετά τη μεταμόσχευση.
Αποτελέσματα: Από 1267 ασθενείς με ΜΝ, 70(5.5%) βρέθηκαν με φαινότυπο υπερφόρτωσης σιδήρου. Η μέση ηλικία των ληπτών ήταν 46έτη(εύρος 16-69) και το 52% ήταν γυναίκες. Ο μέσος χρόνος αιμοκάθαρσης πριν από τη μεταμόσχευση ήταν 6,4έτη(εύρος 0-25). Το 38% των ασθενών έλαβαν μία ή περισσότερες μεταγγίσεις κατά τη διάρκεια του χειρουργείου της μεταμόσχευσης. Το αλληλόμορφο HLA-A3, ένας ανεξάρτητος δείκτης για αιμοχρωμάτωση βρέθηκε σε 14(18,4%) λήπτες. Οι επιλεγμένοι ασθενείς είχαν καλή θρέψη και επαρκή νεφρική λειτουργία με μέση κρεατινίνη 1έτος μετά τη μεταμόσχευση 1,37±0,6mg/dl. Ένα έτος μετά τη μεταμόσχευση τα επίπεδα φερριτίνης ήταν 1457±675ng/ml, τα επίπεδα σιδήρου 110±46μg/dl και TSAT 49.5±19%. Τρία έτη μετά τη μεταμόσχευση δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική αλλαγή των επιπέδων φερριτίνης, σιδήρου και TSAT.
Συμπεράσματα: Η υπερφόρτωση σιδήρου δεν είναι σπάνια μεταξύ των ληπτών με ΜΝ και οι δείκτες της δεν μεταβάλλονται σημαντικά μετά τη μεταμόσχευση. Ο εντοπισμός και η κατάλληλη διαχείριση των ασθενών με υπερφόρτωση σιδήρου είναι αναγκαία για τη βελτίωση της επιβίωσή τους.

e-P21 Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΡΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Δ. Καλαβριζιώτη, Σ. Βαμβακάς, Θ. Ντρίνιας, Μ. Παπασωτηρίου, Π. Παυλάκου, Ε. Παπαχρήστου, Δ.Σ. Γούμενος
Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο

Σκοπός: Η ανίχνευση πρώιμων βιοδεικτών στον ορό και στα ούρα ασθενών με χρόνια δυσλειτουργία μοσχεύματος, θα μπορούσε με ακρίβεια να συνδράμει στον εντοπισμό ασθενών με αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας σε πρώιμο στάδιο δίνοντας τη δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εύρεση δυνητικών βιοδεικτών πρώιμης επιδείνωσης της νεφρικής

λειτουργίας.
Υλικό & Μέθοδοι: Εντάχθηκαν 93 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και 20 υγιείς εθελοντές δότες. Από τους ασθενείς ελήφθησαν δείγματα ορού και τυχαίου δείγματος ούρων σε διαδοχικές χρονικές στιγμές. Προσδιορίστηκαν με ELISA τα επίπεδα των Clusterin, MMP-9, MCP-1, EGF, Col1A1, KIM-1, TIMP-1, NGAL και suPAR με ταυτόχρονο προσδιορισμό του eGFR (CKD-EPI). Ελέγχθηκε η ευαισθησία και αξιοπιστία του κάθε μορίου ως δυνητικός βιοδείκτης μέσω της δημιουργίας ROC καμπυλών. Ακολούθησε ανάλυση επιβίωσης Kaplan-Meier για την εκτίμηση βιωσιμότητας του μοσχεύματος.
Αποτελέσματα: Στη μελέτη μετείχαν 93 ασθενείς (63Α/30Γ) με μέση ηλικία τα 53,3±12,4 έτη. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 2,8 έτη. Η πλειοψηφία των βιοδεικτών που εξετάστηκαν, διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ασθενών σταδίου-I,-II με αυτούς του σταδίου-III, IV και της ομάδας ελέγχου. Προγνωστική αξία για την εκτίμηση της επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας, διαπιστώθηκε ότι έχουν οι NGAL, EGF, TIMP-1 και MCP-1. Συνδυαστική χρήση των παραπάνω έδειξε ακόμα μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα στην πρόγνωση των ασθενών με σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.
Συμπεράσματα: Η χρήση μεμονωμένων βιοδεικτών στα ούρα και τον ορό ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού μπορεί να είναι χρήσιμη στον εντοπισμό αυτών με αυξημένο κίνδυνο επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας στο μέλλον. Η συνδυαστική χρήση των βιοδεικτών αυτών εντοπίζει με ακόμη μεγαλύτερη ακρίβεια τους ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο.

e-P22 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ

Κ. Μποτσάκης[1], Π. Ανδρονικίδη[2], Γ. Τσούκα[2], Α. Γαλανός[3], Χρ. Βουρλάκου[4], Σ. Πέτσα-Πουτούρη[5], Β. Βουγάς[5]
[1]ΙΑΣΩ, Α΄Χειρουργική Κλινική, Αθήνα
[2]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Νεφρολογική Κλινική, Αθήνα
[3]Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εργαστήριο Έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος, Αθήνα
[4]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Παθολογοανατομικό Τμήμα, Αθήνα
[5]ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Α΄Χειρουργική Κλινική – Μονάδα Μεταμοσχεύσεως Οργάνων, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η πιο συχνή επέμβαση μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων. Η υψηλή επίπτωση του καρκίνου στον ειδικό αυτό πληθυσμό σχετίζεται με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου και προκαλεί αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η μελέτη αυτή έχει σκοπό να αναλύσει δεδομένα της Μονάδας Μεταμόσχευσης Οργάνων του Νοσοκομείου "Ο Ευαγγελισμός" που αφορούν στην εμφάνιση κακοήθειας μετά από μεταμόσχευση νεφρού και τη σχέση της με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου.
Μέθοδος: Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη εγκάρσιας τομής η οποία αφορά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού κατά τη χρονική περίοδο 2012-2018.
Αποτελέσματα: Συγκεντρώθηκαν στοιχεία για 126 ασθενείς (75% άνδρες, 25% γυναίκες) με μέση ηλικία τα 51 έτη. Η μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης ήταν 5,6 έτη. Ανευρέθηκαν 18 περιπτώσεις κακοήθειας σε 17 ασθενείς (13,5%), με συχνότερη την κακοήθεια δέρματος (38,9%). Οι άνδρες εμφάνιζαν 3,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κακοήθειας σε σχέση με τις γυναίκες (p=0,162). Κάθε έτος αύξησης της ηλικίας επιφέρει επιβάρυνση στην πιθανότητα κακοήθειας κατά 5% (p=0,054). Οι ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας είχαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κακοήθειας (p=0,089 οριακά). Οι ασθενείς με ατομικό ιστορικό κακοήθειας είχαν 15,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κακοήθειας (p<0,001), ενώ οι ασθενείς που ελάμβαναν στατίνες είχαν 4,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κακοήθειας (p=0,021).
Συμπεράσματα: Η μελέτη μας επιβεβαίωσε τη σχέση ηλικίας, φύλου και ιστορικού κακοήθειας με την ανάπτυξη καρκίνου. Όσον αφορά τη συσχέτιση της στατίνης με την εμφάνιση καρκίνου στη μελέτη μας, υπάρχουν συνεχή δεδομένα στη βιβλιογραφία. Η γνώση σχετικά με την επίπτωση της κακοήθειας μετά από μεταμόσχευση νεφρού και της σχέσης της με παράγοντες κινδύνου μας παρέχει τη δυνατότητα αποτελεσματικότερης πρόληψης και θεραπείας.

e-P23 ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΖΩΣΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κ.Ε. Καρακάση[1], Α. Φυλάκτου[2], Ν. Αντωνιάδης[1], Γ. Κατσάνος[1], Α. Κοφινάς[1], Γ.Μυσερλής[1], Α.Παπαγιάννης[1], Γ.Τσακίρης[1], Στ.Βασιλειάδου[1], Α. Μόρσι-Γερογιάννης[1], Γ. Σωτηρούδης[1],

Α. Ξωλλέλη[2], Μ. Παπαχρήστου[2], Α. Ζολώτα[1], Μ. Νικοδημοπούλου[1], Στ. Κασιμάτης[4], Ν. Φλάρης, Γ. Τσουλφάς[1]
[1]Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2]Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[3]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[4]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη αποτελεί την καλύτερη θεραπευτική επιλογή ενός ασθενή με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΧΝΝΤΣ).Παρουσιάζουμε ένα σπάνιο περιστατικό ζώσας μεταμόσχευσης νεφρού ειδικού ανοσολογικού ενδιαφέροντος.
Παρουσίαση Περιστατικού: Άρρεν 33 ετών, με ΧΝΝ λόγω IgA νεφροπάθειας υποβλήθηκε σε ζώσα μεταμόσχευση νεφρού με δότρια την αδελφή του 34 ετών. Κατά τον προμεταμοσχευτικό ανοσολογικό έλεγχο η ανίχνευση για Donor Specific Antibodies (DSA) έναντι HLA αντιγόνων με τη μέθοδο LUMINEX απέβη αρνητικός. Το Cross Match (CM) μεταξύ δότη- λήπτη CDC και FLOW T και B λεμφοκυττάρων ήταν επίσης αρνητικός. Άμεσα μετεγχειρητικά και τη 2η μετεγχειρητική ημέρα διενεργήθηκαν ραδιενεργά νεφρογράμματα (DTPA) που ανέδειξαν ικανοποιητική αιμάτωση και επηρεασμένη σπειραματική λειτουργία ως επί οξείας σωληναριακής νέκρωσης. Η διούρηση στο διάστημα αυτό ήταν περίπου 1L/24hr.Την 3η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής υπεβλήθη σε διεγχειρητική βιοψία μοσχεύματος λόγω δυσλειτουργίας μοσχεύματος, το αποτέλεσμα της οποίας ήταν ενδεικτικό οξείας αντισωματικού τύπου απόρριψης. Στο χρόνο αυτό επαναλήφθηκε ο έλεγχος για DSA έναντι HLA με μέθοδο LUMINEX ο οποίος απέβη επίσης αρνητικός. Το FLOW CM στην ίδια χρονική στιγμή μετά τη μεταμόσχευση μεταξύ δότη-λήπτη ήταν οριακά θετικό ως προς Τ και Β λεμφοκύτταρα. Ο έλεγχος στη συνέχεια για αντισώματα έναντι της Αγγειοτενσίνης ΙΙ στον ορό πριν τη μεταμόσχευση ήταν θετικός και αρνητικοποιήθηκε μετά τη μεταμόσχευση λόγω προσρόφησης των αντισωμάτων από το μόσχευμα. Για το λόγο αυτό ο ασθενής εντάχθηκε σε πρόγραμμα πλασμαφαιρέσεων με ταυτόχρονη χορήγηση ανθρώπινης φυσιολογικής ανοσοσφαιρίνης (IVIG). Σε επαναληπτική βιοψία η οποία διενεργήθηκε με το πέρας της θεραπείας παρουσίασε βελτίωση των ευρημάτων καθώς και αποκατάσταση των κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων.
Συμπέρασμα: Η οξεία απόρριψη εμφανίζεται στο 10-25% των νεφρικών μοσχευμάτων. Φαίνεται ότι ο αρνητικός έλεγχος για DSA έναντι HLA αντισωμάτων τα οποία αποτελούν κύρια αιτία αντισωματικής απόρριψης σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι αρκετός. Επί κλινικών ενδείξεων πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και η πιθανή αντίδραση έναντι non-HLA αντιγόνων.

e-P24 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΝΟΧΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Β. Καραβά[1], Α. Χριστοφορίδης[2], Α. Κοντού[1], Ι. Ντότης[1], Γ. Μισιρλής[3], Ν. Αντωνιάδης[3], Γ. Τσουλφας[3], Ν. Πρίντζα[1]
[1]Νεφρολογική Μονάδα Παίδων, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2]Παιδο-ενδοκρινολογικό Τμήμα, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[3]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Η διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη είναι συχνή κατά τη άμεση μετεγχειρητική περίοδο μεταμόσχευσης νεφρού, οφείλεται κυρίως στη χορήγηση κορτικοστεροειδών και συνήθως υποστρέφει μετά τη σταδιακή μείωση των δόσεων. Η παραμονή της είναι σπάνια στο παιδιατρικό πληθυσμό και έχει συνδεθεί με τη χορήγηση αναστολέων της καλσινευρίνης. Η αντικατάσταση του τακρόλιμους από κυκλοσπορίνη έχει βρεθεί ότι επαναφέρει τον έλεγχο της γλυκαιμίας σε ενήλικες ασθενείς. Αντίστοιχα δεδομένα στο παιδιατρικό πληθυσμό είναι ελλιπή.
Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής 14 ετών με κροσσοπάθεια, υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη και ξεκίνησε ανοσοκατασταλτική θεραπεία με τακρόλιμους, μυκοφενολάτη μοφετίλη και πρεδνιζολόνη. Παρουσίαζε αυξημένα επίπεδα γλυκόζης νηστείας παρά τη μείωση της δόσης της πρεδνιζολόνης 2 μήνες μετά τη μεταμόσχευση οπότε και τροποποιήθηκε η ανοσοκατασταλτική αγωγή από τακρόλιμους σε κυκλοσπορίνη και τέθηκε σε δίαιτα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη.
Αποτελέσματα: Μετά από παρακολούθηση 3 μηνών ο ασθενής συνέχιζε να εμφανίζει οριακά αυξημένες τιμές γλυκόζης νηστείας. Πραγματοποιήθηκε δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη όπου βρέθηκε παθολογική

τιμή σακχάρου (216 mg/dl) 2 ώρες μετά τη λήψη γλυκόζης. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μετφορμίνη. Η καμπύλη γλυκόζης που επαναλήφθηκε 3 μήνες μετά ανέδειξε μείωση της τιμής σακχάρου (156 mg/dl) 2 ώρες μετά τη λήψη γλυκόζης.
Συμπεράσματα: Η διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη είναι σπάνια σε παιδιατρικούς μεταμοσχευμένους ασθενείς. Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση με αλλαγή στην ανοσοκατασταλτική αγωγή, κατάλληλη δίαιτα και εφόσον κρίνεται απαραίτητο χορήγηση αντιδιαβητικών φαρμάκων είναι απαραίτητη για την αποφυγή απώτερων επιπλοκών στο νεφρικό μόσχευμα.

e-P25 ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (EBV CNSPTLD) ΣΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΗ PCR ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΓΙΑ EPSTEIN BARR (EBV)

Β. Ασκητή[1], Γ. Μαλακασιώτη[1], Α. Ζαμπέτογλου[1], Ε. Γουσέτης[2], Κ. Στεφανάκη[3], Μ. Μήλα[1], Α. Μητσιώνη[1]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Π&Α Κυριακού»
[2]Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»
[3]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Το EBVCNSPTLD είναι σπάνια επιπλοκή της μεταμόσχευσης νεφρού(ΜΝ), συνήθως με υψηλό ιικό φορτίο και κακή πρόγνωση. Περιγράφουμε EBVCNSPTLD, 8 χρόνια μετά την ΜΝ, με αρνητική PCR πλάσματος για EBV στην διάγνωση.
Υλικό: Αγόρι (πρωτοπαθής διάγνωση υποπλαστικοί-δυσπλαστικοί νεφροί) υποβλήθηκε σε ΜΝ από ζώντα δότη (μητέρα) σε ηλικία 6 ετών (λήπτης οροαρνητικός, δότης οροθετικός για EBV). Η ανοσοκαταστολή περιελάμβανε πρεδνιζόνη, tacrolimus, MMF. Επανειλημένες PCR πλάσματος για EBV ήταν αρνητικές (εκτός από μια μέτρηση 2,5χ103IU/ml, πέντε χρόνια μετά την ΜΝ, χωρίς κλινικά συμπτώματα). Οκτώ χρόνια μετά την ΜΝ, με GFR 18ml/min/1.73m2, παρουσίασε status epilepticus. Η MRI εγκεφάλου έδειξε πολλαπλές βλάβες στην λευκή ουσία και ιππόκαμπο που ενισχύονταν με γαδολίνιο. PCR πλάσματος για EBV αρνητική ενώ PCR ΕΝΥ ασθενώς θετική (2,25χ103 IU/ml). Η βιοψία εγκεφάλου έδειξε λεμφουπερπλαστική διαταραχή, CD20 θετική, με EBER στον πυρήνα μεγάλων και μεσαίου μεγέθους λεμφοκυττάρων, συμβατή με πολύμορφο EBVCNSPTLD. Το MMF διακόπηκε, το tacrolimus μειώθηκε. Ελαβε 4 κύκλους Rituximab ενδοφλέβια (375mg/m2/δόση) παρά την ανησυχία για την περιορισμένη διεισδυτικότητα διαμέσου του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Διαδοχικές MRI έδειξαν βαθμιαία μείωση στο μέγεθος και αριθμό των βλαβών. Μετά τρεις μήνες, έλαβε 2 επιπλέον δόσεις Rituximab, λόγω στασιμότητας απεικονιστικών ευρημάτων. Δεκαπέντε μήνες μετά την διάγνωση, παρουσιάζει σχεδόν πλήρη υποχώρηση απεικονιστικών ευρημάτων. Υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση.
Αποτελέσματα: Παρουσιάζουμε πολύμορφο EBVCNSPTLD με αρνητική PCR πλάσματος για EBV πριν και κατά την διάγνωση, που αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς με μείωση ανοσοκαταστολής και Rituximab ενδοφλέβια.
Συμπεράσματα: Η αρνητική EBV PCR πλάσματος δεν αποκλείει το EBVCNSPTLD. Η ανοσοκαταστολή θα πρέπει να μειώνεται και το Rituximab ενδοφλέβια μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρώτης γραμής θεραπεία.

e-P26 ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΥΡΟΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ

Γ. Μαλακασιώτη[1], Ε. Κάψια[2], Β. Ασκητή[1], Ι. Κουφόπουλος[2], Α. Μητσιώνη[1], Ι.Ν. Μπολέτης[2], Ι. Μπόκος[2]
[1]Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών Π. & Α. Κυριακού
[2]Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η ιδανική ουρολογική αντιμετώπιση παιδιατρικών ληπτών νεφρικού μοσχεύματος (πΛΝΜ) με προηγηθείσα παρατεταμένη ανουρία δεν έχει καθιερωθεί. Οι εφαρμοζόμενες πρακτικές περιλαμβάνουν αύξηση της ουροδόχου κύστης (ΟΚ) ή τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα. Μελετήσαμε τις μετεγχειρητικές ουρολογικές επιπλοκές και τη λειτουργία του μοσχεύματος μετά συντηρητική ουρολογική προσέγγιση σε πΛΝΜ με φυσιολογική ΟΚ πριν την ανουρική νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ΝΝΤΣ).
Υλικό & Μέθοδος: Πέντε παιδιά με μη ουρολογική ΝΝΤΣ και παρατεταμένη ανουρία υπεβλήθησαν σε νεφρική μεταμόσχευση από ζώντα δότη. Ο ουρητήρας αναστομώθηκε στην ΟΚ και τοποθετήθηκε ουρητηρικό stent and καθετήρας ΟΚ (ΚΟΚ) χωρίς άλλη παρέμβαση.
Αποτελέσματα: Η διάμεση ηλικία στη μεταμόσχευση ήταν 12.9 έτη με ανουρία για διάμεσο διάστημα 9 ετών (73.6% της συνολικής διάρκειας ζωής). Το ουρητηρικό stent και ο ΚΟΚ αφαιρέθηκαν την 28η

και 7η μετεγχειρητική ημέρα βάσει πρωτοκόλλου σε όλους πλην ενός ασθενούς με χωρητικότητα ΟΚ 20 ml και κυστεουρητηρική παλινδρόμηση στην προεγχειρητική ΚΟΥΓ και στον οποίο ο ΚΟΚ παρέμεινε για 25 ημέρες όσο εφαρμόζονταν ασκήσεις κύστεως μέχρι επίτευξης χωρητικότητας 180 ml. Κατά τη διάμεση παρακολούθηση 15.6 εβδομάδων δεν παρατηρήθηκε υδροουρητηρονέφρωση ή αναστομωτική διαφυγή ούρων. Μία ασθενής ανέπτυξε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις παρά το βελτιούμενο z-score χωρητικότητας ΟΚ (-0.67) και την ικανοποιητική κένωση που πιθανώς οφειλόταν στον υποκείμενο ΣΔ και τον επιμένοντα ουροθηλιακό αποικισμό. Στην τελευταία αξιολόγηση, το διάμεσο z-score χωρητικότητας ΟΚ και η μείωση eGFR ήταν 0 (από -1.65 έως 0.3) και 0ml/min/1.73m2 (από -10 έως 0).
Συμπεράσματα: Παρεμβατικές ουρολογικές επεμβάσεις μπορούν να αποφευχθούν σε πΛΝΜ με μη ουρολογική ανουρική ΝΝΤΣ με επιτυχημένη φυσική μετεγχειρητική αποκατάσταση της ΟΚ.

e-P27 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»

Δ. Δανασσή[1], Γ. Φωτοπούλου[1], Χ. Βαϊόπουλος[2], Ε. Καλλιαρδού[2], Α. Λαμπαδαρίου[1]
[1]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Λαϊκό»
[2]Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝΠΑ «Π & Α Κυριακού»

Εισαγωγή-Σκοπός: Λόγω της αναγκαιότητας πραγματοποίησης παιδιατρικών μεταμοσχεύσεων νεφρού στην νότια Ελλάδα, τέθηκε σε εφαρμογή η διεπιστημονική συνεργασία του Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ» με το Γ.Ν.Π.Α. «Π. & Α. Κυριακού» στην Αθήνα. Το Πρόγραμμα ξεκίνησε στις 18/02/2020 με την 1η παιδιατρική νεφρική μεταμόσχευση από ζώντα δότη (1η από πτωματικό στις 17/04/2021).
Υλικό & Μέθοδος: Μέχρι σήμερα, έχουν διενεργηθεί 17 μεταμοσχεύσεις νεφρού σε παιδιά (14 από ζώντα δότη και 3 από πτωματικό). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 13,3 έτη και ο μέσος όρος του βάρους των ασθενών ήταν 41,6 κιλά. Η συνολική διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν κατά μέσο όρο 4 ώρες. Η προαναισθητική εκτίμηση των παιδιών γίνεται πριν την ένταξη τους στη λίστα και επικαιροποιείται προεγχειρητικά. Η διεγχειρητική κατευθυνόμενη χορήγηση υγρών υπολογίζεται σε 6-10 mL/kg ισότονων κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και διαλύματος αλβουμίνης σε δόση 1 g/kg. Στη φάση της επαναιμάτωσης, στόχος είναι η επίτευξη ΜΑΠ > 90 mmHg ενώ απαιτείται αυξημένη εγρήγορση για την αντιμετώπιση καρδιολογικών συμβαμάτων (αρρυθμίες, υπόταση, κ.α.).
Αποτελέσματα: Από τα 17 παιδιά, τα 5 είχαν διούρηση πριν την μεταμόσχευση, ενώ από τα υπόλοιπα 12, τα 9 ούρησαν άμεσα μετεγχειρητικά. Λόγω των ιδιαιτεροτήτων της ομάδας αυτής των ασθενών, χρησιμοποιήθηκε πρωτόκολλο μετεγχειρητικής αναλγησίας με παρακεταμόλη και ναλμπουφίνη, με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα.
Συμπέρασμα: Η συνύπαρξη με την πανδημία COVID, επιφέρει πρόσθετες δυσκολίες στο εγχείρημα αυτό, όμως το χαμόγελο των μεταμοσχευμένων παιδιών, μας δίνει δύναμη να συνεχίσουμε, καθώς ήδη 4 ακόμη παιδιά ελπίζουν!

e-P28 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ-ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

Β. Κίτσιου[1], Δ. Κουνιάκη[1], Α.Ταράση[1], Θ. Αθανασιάδης[1], Γ. Τσούκα[2], Μ. Γιαννοπούλου[2], Μ. Βουγά[4], Χ. Χριστοδούλου[2], Β. Βουγάς[3], Α. Τσιρογιάννη[1]
[1]Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[2]Νεφρολογική Κλινική «Αντώνιος Μπίλλης», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[3]Α' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[4]University College London

Εισαγωγή-Σκοπός: Η πανδημία COVID-19 έχει προκαλέσει μεταξύ άλλων τεράστια πίεση και στη Μεταμόσχευση Νεφρού (ΜΝ). Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας, για το χρονικό διάστημα 2017-2020, του Τμήματος Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας του Γ.Ν.Α.«Ο Ευαγγελισμός», που υποστηρίζει τον ΕΟΜ και τη Μονάδα Μεταμόσχευσης Οργάνων του Νοσοκομείου, και η εκτίμηση της επίδρασης της COVID-19 στη ΜΝ στην Ελλάδα και στον «Ευαγγελισμό» ιδιαίτερα.
Υλικό & Μέθοδος: Καταγράφηκαν και ανασκοπήθηκαν περιστατικά ΜΝ για τα έτη 2017-2020. Τα δεδομένα του έτους 2020, περίοδος η οποία καλύπτει δύο κύματα έξαρσης της πανδημίας και απαγόρευσης κυκλοφορίας, συγκρίθηκαν με τα δεδομένα των προηγουμένων ετών.

Αποτελέσματα:

Έτη	2017 - 2019		2020
	Αριθμός	Μέσος όρος/έτος	Αριθμός
	Υποψήφια περιστατικά ΜΝ Πανελλαδικά		
Ζώντες δότες (ΖΔ)	**54**	**18**	**13**
Αποβιώσαντες δότες (ΑΔ)	**182**	**61**	**52**
Σύνολο	**236**	**79**	**57**
	Εικονικές Διασταυρώσεις από ΑΔ στον «Ευαγγελισμό»		
Λίστα επειγόντων/ υπερευαισθητοποιημένων /εθνική	**1531**	**510**	**484**
	Δοκιμασίες Διασταύρωσης στον «Ευαγγελισμό»		
ΖΔ	90	30	18
ΑΔ	122	41	33
Σύνολο	**212**	**71**	**51**
	ΜΝ που πραγματοποιήθηκαν στον «Ευαγγελισμό»		
ΖΔ	23	8	5
ΑΔ	49	16	10
Σύνολο	**72**	**24**	**15**

Το 2020, παρατηρήθηκε μείωση των υποψήφιων περιστατικών ΜΝ από ΑΔ (14.7%) πανελλαδικά και από ΖΔ (27.8%) στο Νοσοκομείο μας σε σχέση με τα έτη 2017-2019. Στον «Ευαγγελισμό», η μείωση των ΜΝ που πραγματοποιήθηκαν αποτιμάται σημαντικότερη (37.5%).
Συμπεράσματα: Η πανδημία COVID-19 άλλαξε το τοπίο της μεταμόσχευσης τόσο σε ολόκληρη τη χώρα όσο και στο Μεταμοσχευτικό Κέντρο του «Ευαγγελισμού». Ο φόβος της λοίμωξης και οι κυβερνητικοί περιορισμοί προκάλεσαν τη μείωση των ΜΝ και στέρησαν από τους νεφροπαθείς μια αποτελεσματική θεραπεία υποκατάστασης.

e-P29 ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ Β ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ, ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. Φούζα[1], Α.Φυλάκτου[2], Α. Ξωχέλη[2], Ε. Σαμπάνη[3], Β. Νικολαϊδου[2], Δ. Ασουχίδου[2], Ν. Αντωνιάδης[1], Ε. Κασιμάτης[3], Μ. Στάγκου[3], Γ. Τσουλφάς[1], Α. Παπαγιάννη[3]
[1]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[2]Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[3]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Τα Β λεμφοκύτταρα (BL) έχουν σημαντικό ρόλο στην ανοσιακή απάντηση, όχι μόνο λόγω της παραγωγής αντισωμάτων, αλλά και μέσω έκκρισης κυτταροκινών, και αντιγονοπαρουσιαστικής, συνδιεγερτικής και ρυθμιστικής δράσης. Φαίνεται να αποτελούν βασική ανοσολογική συνιστώσα στη λειτουργία των νεφρικών μοσχευμάτων, με ασαφή ωστόσο μέχρι τώρα δεδομένα. Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκαν φαινοτυπικές μεταβολές των BL μετά τη μεταμόσχευση.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν 24 ασθενείς (Α/Γ:17/7, ηλικίας 49±12,2 ετών) που υποβλήθηκαν σε νεφρική μεταμόσχευση, 17 πτωματική (ΠΜ) και 7 από ζώντα δότη (ΖΜ). Με κυτταρομετρία ροής χαρακτηρίστηκαν οι ακόλουθοι κυτταρικοί πληθυσμοί περιφερικού αίματος, στον χρόνο της μεταμόσχευσης (Τ0) και 3 μήνες μετά (Τ3): Ολικά BL (CD19+), άωρα BL (CD19+IgD+IgM+CD27-), μνημονικά BL (CD19+IgD-CD27+), ρυθμιστικά BL (Bregs): μνημονικά Bregs (CD19+CD24++CD27++) και μεταβατικά Bregs (CD19+CD24+CD38+), BL οριακής ζώνης (CD19+ IgD+CD27+), πλασμαβλάστες με μεταστροφή τάξης (CD19+IgD-CD27+CD38+), πλασμαβλάστες χωρίς μεταστροφή τάξης (CD19+Ig-D+CD27+CD38+) και μεταβατικά BL (CD19+ CD27-IgD+CD24+CD38+).
Αποτελέσματα: Μεταξύ του Τ0 και Τ3, παρατηρήθηκε αύξηση των Β λεμφοκυττάρων, από 99(41-173) σε 132(73-183) κύτταρα/μL, p=0,019. Οι υποπληθυσμοί των BL που εμφάνισαν τις σημαντικότερες

μεταβολές ήταν τα μνημονικά Bregs, από 3(1-8) σε 20(12-32) κύτταρα/μL, p=0,002 και τα μνημονικά BL με αύξηση τους από 16(9-22) σε 26(14-34) κύτταρα/μL, p=0,025. Μεταξύ των ασθενών με ZM και ΠΜ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στον χρόνο T3 ως προς τα μνημονικά Bregs κύτταρα (66±39 έναντι 17±15 κύτταρα/μL, p=0,025). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στους υπόλοιπους υποπληθυσμούς που εξετάστηκαν.
Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκαν μεταβολές των BL, τρεις μήνες μετά τη μεταμόσχευση, με σημαντική βελτίωση του ρυθμιστικού σκέλους της χυμικής ανοσίας, η οποία ήταν εμφανής κυρίως στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ZM.

e-P30 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Λ. Βαγιώτας[1], Ε. Κασιμάτης[2], Β. Νικολαΐδου[3], Δ. Ασουχίδου[3], Ε. Σαμπάνη[2], Ν. Αντωνιάδης[1], Μ. Νταουντάκη[4], Μ. Στάγκου[2], Γ. Τσουλφάς[1], Α. Παπαγιάννη[2], Α. Φυλάκτου[3]
[1]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[2]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[3]Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[4]Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, ΑΠΘ

Εισαγωγή: Τα Τ ρυθμιστικά λεμφοκύτταρα (Tregs) παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της ομοιόστασης στην ανοσιακή απόκριση και στην επαγωγή της ανοχής στο μόσχευμα. Είναι CD4+CD25+ Τ λεμφοκύτταρα και εκφράζουν τον μεταγραφικό παράγοντα FoxP3. Καθώς το μόριο CD25 αποτελεί θεραπευτικό στόχο με το μονοκλωνικό αντίσωμα Basiliximab και η αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη (ATG) δρα έναντι των Τ λεμφοκυττάρων, η εφαρμογή των πρωτοκόλλων ανοσοκαταστολής θα μπορούσε να έχει ως παρενέργεια και την πρώιμη καταστολή των Tregs.
Μέθοδος: Σε 65 ασθενείς, ηλικίας 46±14 ετών, μετρήθηκαν οι υποπληθυσμοί των CD4+CD25+ και CD4+CD25+FoxP3+ Τ λεμφοκυττάρων, με κυτταρομετρία ροής, πριν τη μεταμόσχευση καθώς και 3, 6 και 12 μήνες μετά. Οι ασθενείς έλαβαν basiliximab και τριπλό ανοσοκατασταλτικό σχήμα ενώ 10 (15%) από αυτούς έλαβαν και ATG.
Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών το ποσοστό των Tregs στα CD4+ παρουσίασε πτώση στους 3 μήνες από 4,4±2,3 σε 3,5±1,5% (p=0,012) για να επανέλθει ξανά στους 12 μήνες στο 4,4±1,7% (p=0,009). Ο απόλυτος αριθμός των Tregs, που πριν τη μεταμόσχευση ήταν 20(15-31) κύτταρα /μL, ανέβηκε ελαφρά μετά από 3 μήνες και σημαντικά στους 6 μήνες στα 37(23-50) κύτταρα /μL (p<0,001). Οι ασθενείς που έλαβαν ATG, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους λήπτες, παρουσίασαν μικρή πτώση του αριθμού των CD4+ στους 3 και 6 μήνες, το αντίστοιχο όμως ποσοστό των Tregs επί αυτών παρουσίασε μικρή αύξηση έτσι ώστε ο απόλυτος αριθμός των Tregs παρέμεινε σχετικά σταθερός.
Συμπεράσματα: Παρά την εφαρμογή ανοσοκαταστολής που στοχεύει τα CD25+ βοηθητικά λεμφοκύτταρα σε ασθενείς κατά την μεταμόσχευση νεφρού, ο αριθμός των Tregs εμφανίζεται αυξημένος 6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση.

e-P31 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΤΩΝ Τ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Λ. Βαγιώτας[1], Ε. Κασιμάτης[2], Α. Ξωχέλη[3], Β. Νικολαΐδου[3], Ε. Σαμπάνη[2], Ν. Αντωνιάδης[1], Μ. Νταουντάκη[4], Μ. Στάγκου[2], Α. Παπαγιάννη[2], Γ. Τσουλφάς[1], Α. Φυλάκτου[3]
[1]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
[2]Νεφρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
[3]Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
[4]Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Α.Π.Θ.

Εισαγωγή: Στους ασθενείς που είναι υποψήφιοι για μεταμόσχευση νεφρού παρατηρούνται διαταραχές της κυτταρικής ανοσίας που δεν είναι άμεσα αναστρέψιμες με την επανάκτηση της νεφρικής λειτουργίας καθώς η ανοσιακή απάντηση στο μόσχευμα και η χορήγηση ανοσοκαταστολής προκαλούν περαιτέρω μεταβολές στα Τ λεμφοκύτταρα. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήσαμε τους υποπληθυσμούς των Τ λεμφοκυττάρων και την επίδραση της λειτουργίας του μοσχεύματος στις σχετικές μεταβολές τους μετά τη μεταμόσχευση.
Μέθοδος: Σε 65 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (49 από αποβιώσαντα δότη) μετρήθηκαν, με κυτταρομετρία ροής, οι υποπληθυσμοί CD3+, CD4+, CD8+, CD4CD28null, CD8CD28null και CD16/56 (NK), πριν τη μεταμόσχευση καθώς και 3,6 και 12 μήνες μετά. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 κατηγορίες με όριο eGFR τα 50ml/min/1.73m2 μετά τους 3 μήνες.
Αποτελέσματα: Στο σύνολο των ασθενών παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμό των λεμφοκυττάρων

(p<0,001), των CD4+ (p<0,001) και των CD8+ (p=0,001) ενώ αντίθετα πτώση παρουσίασε ο αριθμός των NK (p<0,001). Οι μεταβολές αυτές ήταν σημαντικές ήδη από τον 3ο μήνα και διατηρήθηκαν στη συνέχεια. Ως προς τα CD4CD28null, το ποσοστό τους παρουσίασε σημαντική μείωση (p=0,015) ως και τον 6ο μήνα ενώ αντίθετα τα ποσοστά των CD8CD28null παρέμειναν σταθερά. Δώδεκα ασθενείς (19%) συμπεριλήφθησαν στην ομάδα με το χαμηλό eGFR και σε αντίθεση με τους υπόλοιπους λήπτες δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές ως προς τον αριθμό των λεμφοκυττάρων, των CD4+ και των NK ούτε ως προς το ποσοστό των CD4CD28null.
Συμπεράσματα: Μετά τη νεφρική μεταμόσχευση, πολλές από τις διαταραχές των υποπληθυσμών των Τ λεμφοκυττάρων που παρατηρούνται στη χρόνια νεφρική νόσο αποκαθίστανται και σε αυτό φαίνεται να συμβάλλει η επανάκτηση καλής νεφρικής λειτουργίας.

e-P32 ΜΕΛΕΤΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΧΥΜΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ SARS-CoV-2

Α. Φυλάκτου[1], Β. Νικολαϊδου[1], Ε. Σαμπάνη[2], Α. Ξωχέλη[1], Μ. Παπαχρήστου[1], Ε. Μέμμος[2], Δ. Ασουχίδου[1], Ε. Κασιμάτης[2], Μ. Στάγκου[2], Γ. Τσουλφάς[3], Α. Παπαγιάννη[2]
[1]Εθνικό Περιφερικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας, Τμήμα Ανοσολογίας, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[2]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»
[3]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή: Ο προφυλακτικός εμβολιασμός, με ασφαλή και αποτελεσματικά εμβόλια, αποτελεί το κύριο μέσο περιορισμού και αντιμετώπισης της πανδημίας του SARS-CoV-2. Οι ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, λόγω της χρόνιας λήψης ανοσοκαταστολής δεν έχουν την αναμενόμενη χυμική ανοσιακή απάντηση μετά από σχετικό εμβολιασμό.
Μέθοδος: Μελετήθηκαν 54 σταθεροποιημένοι ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, ηλικίας 47±13 ετών, χωρίς ιστορικό νόσου. Ο εμβολιασμός έγινε με δυο δόσεις Comirnaty, με σχετικό έλεγχο πριν την πρώτη δόση και 3 εβδομάδες μετά τη δεύτερη δόση καθώς και 4 μήνες μετά. Η μελέτη περιλάμβανε τη μέτρηση IgG αντισωμάτων έναντι της περιοχής δέσμευσης του υποδοχέα (RBD), εξουδετερωτικών αντισωμάτων (Nab), και ανίχνευση των anti-HLA αντισωμάτων για έλεγχο ενδεχόμενης ενεργοποίησης τους.
Αποτελέσματα: Σε 2 ασθενείς ανιχνεύτηκαν αντισώματα πριν την 1η δόση οπότε αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Στις 3 εβδομάδες μετά τη 2η δόση, RBD αντισώματα ανέπτυξαν 25/52(48%) και από τους 25 ασθενείς που απάντησαν μόλις οι 8 (15% του συνόλου) ανέπτυξαν Nab. Οι ασθενείς που ανέπτυξαν RBD αντισώματα είχαν υψηλότερο eGFR (p=0,042) και μεγαλύτερο αρχικό αριθμό λεμφοκυττάρων (p=0,026) ενώ όσοι ανέπτυξαν Nab ήταν πιθανότερο να μην ελάμβαναν μυκοφαινολικό (p=0,003) Στον επανέλεγχο συμμετείχαν 46 ασθενείς και μόλις 3/7 (43%) που είχαν αναπτύξει Nab τα διατηρούσαν 4 μήνες μετά. Ο έλεγχος των anti-HLA αντισωμάτων μετά την ολοκλήρωση του εμβολιασμού δεν ανέδειξε μεταβολές σε σχέση με τον αντίστοιχο έλεγχο αμέσως πριν.
Συμπεράσματα: Η χυμική ανοσιακή απάντηση των ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού δεν είναι ικανοποιητική, ιδιαίτερα ως προς τα εξουδετερωτικά αντισώματα. Το εμβολιαστικό σχήμα δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης κυτταροτοξικών αντισωμάτων.

e-P33 ΜΕΛΕΤΗ αντί-HLA ΤΑΞΗΣ Ι ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΤΕΧΝΙΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Α. Βιττωράκη[1], Α. Φυλάκτου[2], Α. Σιόρεντα[1], Ζ.Τσινάρης[2], Γ. Πετάσης[2], Δ. Γερογιάννης[3], C. Lehmann[4], M. Carmagnat[5], Η. Δοξιάδης[4], Κ.Ταράση[6], Ι. Θεοδώρου[5,7]
[1]Τμήμα Ανοσολογίας και Εθνικό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας «Γ. Γεννηματάς» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
[2]Εθνικό Περιφερειακό Κέντρο Ιστοσυμβατότητας – Τμήμα Ανοσολογίας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[3]Τμήμα Μηχανικών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Πληροφορικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
[4]Laboratory for Transplantation Immunology, Institute for Transfusion Medicine, University Hospital Leipzig, Germany
[5]Hôpital St. Louis, Laboratoire d'Immunologie, Paris, France
[6]Τμήμα Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»
[7]UPMC UMRS CR7 - Inserm U1135 - CNRS ERL 8255, Centre d'Immunologie et des Maladies Infectieuses, Paris, France

Εισαγωγή-Σκοπός: Η ανίχνευση αντί-HLA αντισωμάτων είναι κριτικής σημασίας για την επιτυχή

μεταμόσχευση.Η πιο ευαίσθητη τεχνική μέτρησης είναι το Luminex με single antigen beads-(SAB) που βασίζεται στη μέτρηση του φθορισμού των αντισωμάτων που προσδένονται στα αντιγόνα των σφαιριδίων. Γνωρίζοντας ότι το ανοσοποιητικό σύστημα ανταποκρίνεται σε «κοινούς» ανοσογόνους στόχους, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη μοτίβων ομαδοποίησης των αντί-HLA-A,-B,-C αντισωματικών αποκρίσεων χωρίς καμία εκ των προτέρων υπόθεση, εφαρμόζοντας αλγόριθμους μηχανικής μάθησης χωρίς επίβλεψη.
Υλικό & Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν δείγματα από 1066 ασθενείς, που μετρήθηκαν για αντί-HLA-A,-B,-C αντισώματα με SAB στα τρία εργαστήρια ιστοσυμβατότητας της χώρας μας.Εφαρμόστηκε PCA και ιεραρχική ομαδοποίηση με FactoMiner/Factoextra όπως και προσδιορισμός των αντιγονικών αποστάσεων με τη μετρική απόσταση Minkowski. Για την αποφυγή στατιστικού λάθους χρησιμοποιήθηκε μόνο ένας ορός από κάθε ασθενή.
Αποτελέσματα: Από την συνολική ανάλυση των αντί-HLA-A,-B,-C απαντήσεων φαίνεται ότι οι αντί-HLA-A και αντί-HLA-C είναι οι πιο απομακρυσμένες αντιδράσεις στον πληθυσμό. Εφαρμόζοντας την PCA ανάλυση σε κάθε HLA γονιδιακό τόπο χωριστά, επιβεβαιώθηκαν ορισμένες ήδη γνωστές ομαδοποιήσεις ενώ ανιχνεύθηκαν αρκετά νέα «διασταυρούμενα μοτίβα» αλλοδραστικότητας.Οι αντί-HLA-A απαντήσεις ομαδοποιούνται σε τρεις κύριες ομάδες που αντιπροσωπεύουν περίπου το 70% της διακύμανσης των απαντήσεων, ενώ οι αποκρίσεις έναντι των HLA-B χαρακτηρίζονται κυρίως από τις ήδη δυο γνωστές Bw4 και Bw6 διασταυρούμενες ομάδες. Τέλος, οι αντί-HLA-C αποκρίσεις εξηγούνται από τις δύο αναγνωρισμένες C1 και C2 ομάδες.Στο δενδρόγραμμα επιβεβαιώνονται οι διασταυρούμενες ομάδες απαντήσεων και απεικονίζονται οι αντιγονικές αποστάσεις μεταξύ των αλληλίων.
Συμπεράσματα: Η χρήση μοντέλων τεχνητής νοημοσύνης αποτελεί ένα ακόμη εργαλείο εκτίμησης της αντισωματικής απάντησης, ομαδοποίησης των συχνότερων ανοσολογικών απαντήσεων και πρόβλεψης του ανοσολογικού κινδύνου της μεταμόσχευσης.

e-P34 Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ (COUPLED PLASMA FILTRATION AND ABSORPTION/CPFA) ΣΤΗΝ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ν. Ράπτη, Π. Βερνίκος, Σ. Τσουκαλά, Μ. Ζερβός, Μ. Πανουτσοπούλου, Κ. Σχίζα, Ι. Φλώρος
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Εισαγωγή-Σκοπός: Η θνητότητα της οξείας ή οξείας επί χρονίας ηπατικής ανεπάρκειας είναι υψηλή. Η αντιμετώπισή της είναι φαρμακευτική και επί αποτυχίας χρησιμοποιούνται τεχνητές συσκευές υποστήριξης ηπατικής λειτουργίας. Στόχος της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης CPFA στην απομάκρυνση των τοξικών μεταβολιτών.
Υλικό & Μέθοδος: Από 01/2021 έως 10/2021 αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα μας με τη χρήση του CPFA τρία περιστατικά ηπατικής ανεπάρκειας. Χρησιμοποιήθηκε το μηχάνημα Amplya. Ως αντιπηκτικό χρησιμοποιήθηκε κλασσική ηπαρίνη. Η θεραπεία είχε διάρκεια 4 ώρες. Καταγράφησαν προ και μετά θεραπείας οι μεταβλητές: ολική χολερυθρίνη, άμεση/έμμεση, τρανσαμινάσες, INR, APTT, ινωδογόνο, ουρία, κρεατινίνη, αμμωνία.
Αποτελέσματα: Ασθενής 1, άνδρας 53 ετών που υποβλήθηκε σε δεξιά ηπατεκτομή λόγω ευμεγέθους εχινοκόκκου ήπατος και τη 10η μετεγχειρητική μέρα εμφάνισε μετεγχειρητικό ίκτερο και σταδιακά ηπατική ανεπάρκεια. Παρουσίασε 16% μείωση της τίμης ολικής χολερυθρίνης. Ασθενής 2, άνδρας 60 ετών με ιστορικό αριστερής ηπατεκτομής λόγω ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε έδαφος κίρρωσης λόγω HBV/HDV λοίμωξης, που εισήχθη στη ΜΕΘ λόγω οξείας επί χρονίας ηπατικής ανεπάρκειας σε έδαφος λοίμωξης. Παρουσίασε 15,7% μείωση της τιμής ολ.χολερυθρίνης. Ασθενής 3, άνδρας 40 ετών με ιστορικό πολυκυστικής νόσου νεφρών και ήπατος, που εισήχθη στη ΜΕΘ λόγω οξείας ηπατικής ανεπάρκειας φαρμακευτικής αιτιολογίας. Παρουσίασε 32% μείωση της τιμής ολικής χολερυθρίνης. Οι τρεις ασθενείς απεβίωσαν κατα την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ.
Συμπεράσματα: Η χρήση CPFA βελτιώνει την εργαστηριακή εικόνα του ασθενούς με οξεία ή οξεία επί χρονίας ηπατική ανεπάρκεια. Δεν βελτιώνει την θνητότητα αλλά δίνει χρόνο για αναγέννηση ή μεταμόσχευση ήπατος, οπότε μπορεί να θεωρηθεί ως «θεραπεία γέφυρα».

e-P35 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΓΙΑ ΣΠΑΝΙΟΥΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΜΗ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ

Σ. Βασιλειάδου[1], Κ.Ε. Καρακάση[1], Γ. Σωτηρούδης[1], Α. Μόρσι-Γερογιάννης[1], Α. Κοφινάς[1], Ε. Γεωργοπούλου[2], Ε. Κατσίκη, Γ. Κατσάνος[1], Ν. Αντωνιάδης[1], Γ. Τσουλφάς[1]
[1]Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ Ιπποκράτειο
[2]Αναισθησιολογικό Τμήμα ΓΝΘ Ιπποκράτειο
[3]Παθολογοανατομικό Τμήμα ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Εισαγωγή: Η μεταμόσχευση ήπατος μπορεί να έχει ένδειξη, υπό προϋποθέσεις, εκτός από τον κλασικό ηπατοκυτταρικό καρκίνο και για άλλους μη εξαιρέσιμους όγκους ήπατος.
Σκοπός: Παρουσίαση της εμπειρίας μας, σε περιπτώσεις σπάνιων όγκων ήπατος που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος.
Υλικό: Από την ανασκόπηση των ΜΗ στο κέντρο μας, βρέθηκαν συνολικά 9 περιπτώσεις: 2 περιπτώσεις ινοπεταλιώδους ηπατακυτταρικού καρκίνου (IHK), 1 θηλωμάτωση χοληφόρων, 1 πολλαπλή αδενωμάτωση ήπατος (με in situ Ca), 2 αιμαγγειονδοθηλιώματα, 1 ηπατοβλάστωμα, 1 πολυεστιακό NET ήπατος και 1 περιστατικό με ηπατικές μεταστάσεις από NET λεπτού εντέρου. Αποτελέσματα: Η ασθενής με το πολυεστιακό NET επιβιώνει χωρίς υποτροπή, 4 μήνες μετά τη ΜΗ. Η μία ασθενής με αιμαγγειονδοθηλίωμα απεβίωσε 1 μήνα μετά τη μεταμόσχευση λόγω τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης (Lyell's syndrome), ενώ η άλλη υποτροπίασε μέσα σε 6 μήνες. Υποτροπή παρουσιάστηκε και σε όλες τις άλλες περιπτώσεις: Στα δύο περιστατικά ινοπεταλιώδους ηπατακυτταρικού καρκίνου η υποτροπή διαγνώστηκε στους 10 και 22 μήνες, ενώ στη θηλωμάτωση χοληφόρων στους 26 μήνες. Το περιστατικό της πολλαπλής αδενωμάτωσης ήπατος εμφάνισε μεταστάσεις οστών 14 μήνες μετά. Ο ασθενής με τις ηπατικές μεταστάσεις από NET υποτροπίασε και απεβίωσε 13 μήνες μετά τη ΜΗ. Τέλος, η ασθενής με το ηπατοβλάστωμα επιβιώνει περίπου 8 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση με υποτροπή στο ήπαρ και με πνευμονική μετάσταση.
Συμπέρασμα: Ο ρόλος της μεταμόσχευσης ήπατος στους χειρουργικά μη εξαιρέσιμους κακοήθεις όγκους ήπατος έχει επεκταθεί σημαντικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπό προϋποθέσεις, αποτελεί την καλύτερη θεραπευτική επιλογή.

e-P36 ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ECSTASY (MDMA): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Κατσάνος[1], Κ.Ε Καρακάση[1], Α. Κοφινάς[1], Ν. Αντωνιάδης[1], Γ. Τσακίρης[1], Α. Μόρσι-Γερογιάννης[1], Γ. Σωτηρούδης[1], Στ. Βασιλειάδου[1], Ε. Σινάκος[2], Κ. Κατσανούλας[3], Ε. Μουλούδη[4], Α. Μπαλτατζίδης[5], Ε. Κατσίκη[6], Χ. Δημητριάδης[7], Γ. Τσουλφάς[1]
[1]Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[2]Δ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[3]Αναισθησιολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[4]Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[5]Τμήμα Ακτινολογίας, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[6]Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
[7]Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η Οξεία ηπατική ανεπάρκεια είναι η απώλεια της ηπατικής λειτουργίας που εμφανίζεται ταχέως σε ημέρες ή εβδομάδες συνήθως σε άτομα που δεν έχει προϋπάρχουσα ηπατική νόσο. Από τις περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας σε ενήλικες, περί το 10% ήταν φαρμακευτικής αιτιολογίας. Από τις περιπτώσεις κεραυνοβόλου ή υπεροξείας ηπατίτιδας στο δυτικό κόσμο, το 15-20% αποδίδεται σε φάρμακα και χημικές ουσίες που περιέχονται σε διάφορα βότανα, έκδοχα φαρμάκων και παράνομες ναρκωτικές ουσίες (κοκαΐνη, αμφεταμίνες, MDMA και άλλα). Η επείγουσα μεταμόσχευση ήπατος για κεραυνοβόλο ηπατίτιδα από λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων είναι η ύστατη λύση. Περιγράφουμε ένα σπάνιο περιστατικό μεταμόσχευσης ήπατος σε νεαρό ασθενή που παρουσίασε κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια μετά από λήψη 3,4-μεθυλαινοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA).
Παρουσίαση Περιστατικού: Ασθενής 17 ετών παρουσίασε πτώση επιπέδου συνείδησης έπειτα από λήψη ψυχοτρόπων ουσιών. Μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου Αθηνών από οικείους του. Κατά την εισαγωγή σε κωματώδη κατάσταση, παρουσίαζε πολυοργανική ανεπάρκεια και αιμοδυναμική αστάθεια με MELD 40. Λόγω της μη ανταπόκρισης στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και παραμονή σε κώμα (GCS:3) ο ασθενής τέθηκε στην επείγουσα λίστα ως υποψήφιος λήπτης ηπατικού μοσχεύματος και διακομισθεί διασωληνωμένος στο κέντρο μας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος λαμβάνοντας πτωματικό μόσχευμα από 24χρονο δότη. Η παθολογοανατομική εξέταση του ιθαγενούς ήπατος ανέδειξε μαζική ηπατική νέκρωση. Ο νεαρός ασθενής εξήλθε περιπατητικός από το νοσοκομείο 6 εβδομάδες μετά τη μεταμόσχευση.
Συμπέρασμα: Η οριστική θεραπεία της οξείας κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας είναι η μεταμόσχευση ήπατος. Περιγράφουμε ένα σπάνιο περιστατικό μεταμόσχευσης ήπατος σε νεαρό ασθενή μετά από λήψη MDMA. Η λήψη MDMA μπορεί να προκαλέσει πολυοργανική ανεπάρκεια

και κεραυνοβόλο τοξική ηπατίτιδα. Σε περιπτώσεις μη απάντησης στην υποστηρικτική θεραπεία η μεταμόσχευση ήπατος είναι η ύστατη λύση που μπορεί να οδηγήσει στην ίαση.

e-P37 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΨΥΧΡΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Β. Ποτούπνη, Λ. Βαγιώτας, Ν. Αντωνιάδης, Γ. Κατσάνος, Σ. Βασιλειάδου, Κ. Καρακάση, Γ. Σωτηρούδης, Α. Τσάκνη, Σ. Τσακαλίδου, Α. Κοφινάς, Γ. Τσακίρης, Α. Παπαγιάννης, Γ. Τσουλφάς
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της μελέτης μας είναι το κατά πόσο ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας επηρεάζεται από τη γεωγραφία
Οι λόγοι που προχωρήσαμε σε αυτή τη μελέτη είναι:
•Το κέντρο μας καλύπτει ανάγκες όλης της Ελλάδας και της Κύπρου.
•Ο χρόνος ψυχρής ισχαιμίας είναι σημαντικό κριτήριο στην επιτυχία της μεταμόσχευσης.
•Ο επιδιωκόμενος χρόνος είναι λιγότερο από 8 ώρες, ενώ χρόνοι άνω των 12 ωρών δεν θεωρούνται ιδανικοί. Για την επίτευξη αυτού, η βιβλιογραφία τονίζει τη σημαντικότητα της συνεργασίας των ομάδων, του καλού συντονισμού, της γεωγραφικής απόστασης, του τρόπου μεταφοράς και των συνθηκών που επικρατούν.
Υλικό & Μέθοδος: Πρόκειται για μια προσπάθεια καταγραφής των χρόνων ψυχρής ισχαιμίας όλων των μεταμοσχεύσεων ήπατος που πραγματοποιήθηκαν στο Κέντρο Μεταμοσχεύσεων του ΓΝΘ «Ιπποκράτειο» από το 1992 έως σήμερα.
Αποτελέσματα: Στατιστική σημαντικότητα παρατηρήθηκε μόνο μεταξύ 4ης και 1ης Υγειονομικής περιφέρειας. Η γεωγραφική θέση παίζει μικρό ρόλο, δεν είναι όμως απαγορευτική, εφόσον οι μέσοι όροι βρίσκονται εντός των αποδεκτών ορίων. Οι μικρότεροι χρόνοι ψυχρής ισχαιμίας παρατηρούνται σε μοσχεύματα από την 4η υγειονομική περιφέρεια.
Οι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων και της Λευκωσίας, ενώ στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης καταγράφονται οι μικρότεροι χρόνοι.
Σχετικά με τα ευρήματα ανά έτος, τονίζεται η σημασία της γεωγραφικής θέσης, καθώς το 1992, όπου παρατηρήθηκαν οι μικρότεροι χρόνοι, τα μοσχεύματα προέρχονταν αποκλειστικά από τη Θεσσαλονίκη και τις γύρω περιοχές. Ωστόσο, η διαφορά των 2 ωρών που παρατηρείται μεταξύ 1995 και 2021 αξίζει, εφόσον πλέον καλύπτουμε τόσο μεγάλη περιοχή.
Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, με προσεκτικό σχεδιασμό της μετακίνησης των ομάδων και συντονισμό με το χειρουργείο είναι δυνατή η συνεχιζόμενη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

e-P38 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΒΑΡΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΟΞΙΚΗΣ ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Γ. Σωτηρούδης[1], Γ. Κατσάνος[1], Ε. Αβδελίδου[2], Κ. Ε. Καρακάση[1], Ν. Αντωνιάδης[1], Σ. Βασιλειάδου[1], Α. Μόρσι Γερογιάννης[1], Α. Κοφινάς[1], Γ. Τσακίρης[1], Γ. Τσουλφάς[1]
[1]Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"
[2]Νευρολογική Κλινική, Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"

Εισαγωγή: Η οξεία ηπατική ανεπάρκεια είναι η 4η συχνότερη αιτία μεταμόσχευσης ήπατος στην Ευρώπη. Η χρήση ecstasy (3,4-Methylenedioxymethamphetamin, MDMA) μπορεί να προκαλέσει ηπατική βλάβη, της οποίας το φάσμα των εκδηλώσεων κυμαίνεται από ναυτία και έμετο έως κώμα και θάνατο. Έχουν περιγραφεί 13 περιστατικά μεταμόσχευσης ήπατος λόγω χρήσης MDMA, 9 εκ των οποίων είχαν καλή έκβαση.
Σκοπός: Η παρουσίαση των νευροαπεικονιστικών ευρημάτων και της κλινικής εικόνας περιστατικού κεραυνοβόλου ηπατικής ανεπάρκειας μετά από λήψη MDMA και η κατάδειξη της πλήρους αποκατάστασης της νευρολογικής εικόνας και της βελτίωσης των απεικονιστικών ευρημάτων μετά από μεταμόσχευση ήπατος.
Υλικό & Μέθοδος: Ασθενής 17 ετών διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων νοσοκομείου της Αθήνας σε κωματώδη κατάσταση, με αναφερόμενη πρόσφατη λήψη ψυχοτρόπων ουσιών (ecstasy). Ο ασθενής διασωληνώθηκε και διεκομίσθη στη ΜΕΘ. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ήταν συμβατός με πολυοργανική ανεπάρκεια επί εδάφους κεραυνοβόλου τοξικής ηπατίτιδας. Παρά τη βέλτιστη υποστηρικτική θεραπεία ο ασθενής δεν έδειξε σημεία βελτίωσης και διεκομίσθη στο κέντρο μας προκειμένου να υποβληθεί σε επείγουσα μεταμόσχευση ήπατος. Στο πλαίσιο της νευρολογικής εκτίμησης του κωματώδους ασθενούς διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που περιλάμβανε

σημεία διάχυτου εγκεφαλικού οιδήματος χωρίς πιεστικά φαινόμενα επί του στελέχους και μικρής έκτασης βλάβη πιθανής φλοιικής νέκρωσης γυροειδούς τύπου (cortical laminar necrosis). Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα μεταμόσχευση ήπατος από πτωματικό δότη και μετά από 6 εβδομάδες έλαβε εξιτήριο. Σε επανέλεγχο, 2 μήνες μετά τη μεταμόσχευση παρατηρείται πλήρης αποκατάσταση της νευρολογικής εικόνας και σχεδόν πλήρης υποστροφή των ευρημάτων στην MRI.
Συμπέρασμα: Το κώμα λόγω ηπατικής εγκεφαλοπάθειας επί κεραυνοβόλου τοξικής ηπατίτιδας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα απεικονιστικών ευρημάτων που μπορεί να σχετίζονται σε άλλοτε άλλο βαθμό με την κλινική εικόνα. Η νευρολογική διάγνωση αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό, καθώς τα ευρήματα αυτά συχνά υποστρέφουν μετά από μεταμόσχευση ήπατος και η παρουσία τους από μόνη της δεν αποτελεί αντένδειξη για τη μεταμόσχευση.

e-P39 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΙΚΡΗΣ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ ΑΞΟΙΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΟΜΦΑΛΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ

Π. Μαλλής[1]*, Ευστ. Μιχαλόπουλος[1], Μ. Κατσιμπούλας[2], Θ. Χατζησταματίου[1,3], Μ. Σπυροπούλου Βλάχου[3,4], Αικ. Σταυροπούλου Γκιόκα[1,3]
[1]Ελληνική Τράπεζα Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών
[2]Κέντρο Κλινικής, Πειραματικής Χειρουργικής και Μεταφραστικής Έρευνας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών
[3]Εργαστήριο Ανοσογενετικής και Ιστοσυμβατότητας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών
[4]Τμήμα Ανοσολογίας – Εργαστήριο Ιστοσυμβατότητας. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη λειτουργικών αγγειακών μοσχευμάτων μικρής διαμέτρου (< 2 mm) με αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της ιστομηχανικής, σήμερα [1,2]. Έχοντας υπόψη ότι η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα στις αναπτυγμένες χώρες, για το σκοπό αυτό υπάρχει εξαιρετικά μεγάλη ζήτηση των αγγείων μικρής διαμέτρου, παγκοσμίως. Ως κύρια θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, αξιοποιούνται κυρίως αυτόλογα δευτερεύοντα αγγεία (π.χ. σαφηνής φλέβα) και συνθετικά μοσχεύματα [1,2]. Παρόλα αυτά, η χρήση των συγκεκριμένων μοσχευμάτων σχετίζεται με ένα μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών και κατ' επέκταση με μακροπρόθεσμη απόρριψη τους. Για το λόγο αυτό, εναλλακτικές πηγές αγγειακών μοσχευμάτων αξιολογούνται, με τις αρτηρίες του ομφαλίου λώρου (ΟΛ) να αποτελούν τον κυριότερο υποψήφιο [3,4]. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάπτυξη συμβατών με το λήπτη αγγειακών μοσχευμάτων, μέσω αξιοποίησης των ανθρώπινων ομφαλικών αρτηριών.
Μέθοδοι: Αρχικά πραγματοποιήθηκε αποκυτταροποίηση των ομφαλικών αρτηριών με τη χρήση κατάλληλου πρωτοκόλλου αποκυτταροποίησης. Συνοπτικά, οι ανθρώπινες ομφαλικές αρτηρίες επωάστηκαν σε διάλυμα CHAPS για 12 ώρες και ακολούθως σε διάλυμα SDS για ακόμα 12 ώρες. Τελικώς, οι αρτηρίες τοποθετήθηκαν εντός διαλύματος a-MEM εμπλουτισμένο με βόειο ορό (15%) στους 37ο C για 12 ώρες. Ακολούθησε ιστολογική ανάλυση των αποκυτταροποιημένων ομφαλικών αρτηριών. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε επανακυτταροποίηση των αγγειακών ικριωμάτων με Μεσεγχυματικά Κύτταρα του Στρώματος (Mesenchymal Stromal Cells-MSCs), τα οποία φέρουν διαφορετικό HLA γονότυπο από αυτόν των ομφαλικών αρτηριών. Παράλληλα ελέγχθηκε η ικανότητα διαφοροποίησης των MSCs σε λεία μυϊκά κύτταρα (Smooth Muscle Cells- SMCs) και ενδοθηλιακά κύτταρα (Endothelial Cells- ECs). Η ανάπτυξη ιστοσυμβατών μοσχευμάτων ελέγχθηκε μέσω της τυποποίησης του HLA αξοιοποιώντας τη πλατφόρμα αλληλούχισης επόμενης γενιάς (Next Generation Sequencing).
Αποτελέσματα: Οι ομφαλικές αρτηρίες αποκυτταροποιήθηκαν επιτυχώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ιστολογικού ελέγχου. Επιπλέον, η επανακυτταροποίηση των αγγειακών ικριωμάτων με τα SMCs και ECs κρίθηκε επιτυχής. Τέλος, τα επανακυτταροποιημένα αγγειακά μοσχεύματα χαρακτηρίστηκαν από τον ίδιο γονότυπο HLA με τα κύτταρα που επανακυτταροποιήθηκαν.
Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, πραγματοποιήθηκε επιτυχής επανακυτταροποίηση των αγγειακών ικριωμάτων. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε ανάπτυξη πλήρως συμβατών αγγειών, καθώς τα επανακυτταροποιημένα μοσχεύματα φέρουν όμοιο HLA γονότυπο με εκείνο των κυττάρων που χρησιμοποιήθηκαν για τη διαδικασία της επανακυτταροποίησης. Τα συγκεκριμένα μοσχεύματα μπορούν να αποτελέσουν σημαντική εναλλακτική θεραπευτική στρατηγική στη καρδιαγγειακή νόσο και ειδικότερα στις επεμβάσεις αρτηριακής παράκαμψης.

Βιβλιογραφία
1. Mallis P. Godika I., Poulogianopoulos T., Zoidakis J. Vlachou A., Chatzistamatiou T, Michalopoulos E., Papassavas A., Stavropoulos G. C. Evaluation of decellularization in umbilical cord artery. Transplantation Proceedings 2014; 46: 3232-3239.
2. Gui L., Muto A., Chan E. S., Breuer K. C., Niklason L. Development of decellularized human umbilical arteries as small- diameter vascular grafts. Tissue Engineering Part A 2009; 15: 2665-2675.
3. Nichols M., Townsend Nick., Scarborough P., Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. European Heart Journal 2014; 35: 2950-2959.
4. Lameire N., Jager K., Biesen V. W., Bacquer D., Vanholder R. Chronic kidney disease: A European perspective. Kidney International 2005; 68: 530-538.

e-P40 ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΡΗΣΗ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΤΟΥΣ– ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

Χ. Ιορδάνου[1,2*], Ζ. Κρατήρας[1,2*], Αικ. Στυλιανάκη[1,2*], Μ. Χαλαστή[1,2*], Ε.-Α. Τρίγκα[3], Ε. Λακιωτάκη[3], Κ. Μακέδου[4], Σ. Ηλιάδης[4], Κ.Κ. Ζωγράφος[1,2], Δ. Δημητρούλης[5], Μ. Χρυσοφός[6], Ευστρ. Πατσούρης[3], Γ.Κ. Ζωγράφος[2**], Γ. Μπούμπουλης[1,2**], Α. Ε. Παπαλόης[1,2**]
**Αλφαβητική σειρά και ισότιμη συμμετοχή, **Ισότιμη συμμετοχή*
[1]Ερευνητικό, Εκπαιδευτικό και Πειραματικό Κέντρο Elpen, Πικέρμι, Αθήνα
[2]1η Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρικής Σχολής Αθηνών ΕΚΠΑ, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα
[3]Α΄Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ, Αθήνα
[4]Εργαστήριο Βιοχημείας, Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
[5]Β΄Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ, «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα
[6]Γ΄Ουρολογική Κλινική, Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ, «Αττικόν» Νοσοκομείο, Αθήνα

Στόχος: Στην χειρουργική των μεταμοσχεύσεων, η προστασία των συμπαγών οργάνων κατά την διάρκεια της ψυχρής ισχαιμίας, αποτελεί μια από τις βασικές ερευνητικές κατευθύνσεις διεθνώς. Η πειραματική μας μελέτη είχε ως στόχο την ανάπτυξη στρατηγικών ώστε να προστατευθούν περαιτέρω τα συμπαγή όργανα κατά την διάρκεια της ψυχρής ισχαιμίας. Η μελέτη περιέλαβε αναλυτικό βιοχημικό και ιστοπαθολογικό έλεγχο και εξελίσσεται με μοριακό έλεγχο.
Μέθοδος: Τέσσερα μόρια μελετήθηκαν (Ερυθροποιητίνη, Σιλδεναφίλη, Λαζαροειδές [U74389G] και Οκτρεοτίδη) με ενδοφλέβια έγχυσή τους μία ώρα πριν την λήψη των οργάνων. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 30 υγιείς χοίρους landrace (αρσενικοί, μέσου βάρους 22 ± 2 κιλών) σε ομάδες των 6 ζώων ανά μόριο. Τα όργανα μελετήθηκαν με την έναρξη του χειρουργείου, πριν την έκπλυση με UW (University of Wisconsin), ακριβώς μετά την λήψη τους και στις 8 και σε 24 ώρες.
Αποτελέσματα: Το μόριο του Λαζαροειδούς αύξησε τα επίπεδα της Μαλονδιαλδεΰδης (MDA) στο ήπαρ και στο πάγκρεας 8 ώρες μετά την λήψη. Όμως σαφής διατήρηση ιστολογικής εικόνας του ήπατος στις 8 και 24 ώρες στην ομάδα του λαζαροειδούς. Σαφώς θετική επίδραση στους νεφρούς στην ομάδα ερυθροποιητίνης μετά 24 ώρες από την λήψη. Στους πνεύμονες παρατηρήθηκε λιγότερο ενδιάμεσο οίδημα για την ομάδα της ερυθροποιητίνης και του λαζαροειδούς στις 8 ώρες μετά την λήψη.
Συμπέρασμα: Όλα τα μόρια παρουσίασαν θετικά αποτελέσματα στην μείωση της επίδρασης της ψυχρής ισχαιμίας, γεγονός που μας επιτρέπει την ακόμα βαθύτερη μελέτη αυτών των φαρμακευτικών στρατηγικών για πιθανή κλινική δοκιμή (μεταφραστικότητα της έρευνας).

e-P41 ΟΙΔΗΜΑ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ (ΕΚΗΣ). ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Β. Τάτσης[1], Α. Ντούνι[2], Π. Χαρατσάρης[1], Ε. Τζαλαβρά[1], Β. Κούτλας[1], Ε. Ντουνούση[2], Μ. Μήτσης[1]
[1]Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ Ιωαννίνων
[2]Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ Ιωαννίνων

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου εμφανίζουν σε υψηλό ποσοστό σημαντικές συννοσηρότητες. Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις ασθενών με ΕΚΗΣ, στους οποίους μετά δημιουργία αρτηριοφλεβικής προσπέλασης στο σύστοιχο άνω άκρο παρατηρήθηκε ανάπτυξη σημαντικού οιδήματος. άνω άκρου.

Υλικό: 1ο περιστατικό: Σε άνδρα 78χρ., με Σ.Δ. και βηματοδότη από 15ετίας δημιουργήθηκε a-v Fistula κατά Brescia-Cimino στο αρ. άνω άκρο.
2ο περιστατικό: Σε άνδρα 83χρ. με Σ.Δ. και απινιδιστή από 10ετίας δημιουργήθηκε a-v Fistula στον αρ. αγκώνα (βραχιονο-κεφαλική).
Αποτελέσματα: Και στις δύο περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε CT φλεβογραφία άνω άκρου, η οποία ανέδειξε στένωση αριστερής ανώνυμης φλέβας και Triplex, που ανέδειξε ικανοποιητική αιματική ροή στην πρώτη περίπτωση (≈250 ml/min) και ανεπαρκή στη 2η.
Το πρώτο περιστατικό αντιμετωπίσθηκε με συντηρητικά μέτρα (ανύψωση σκέλους, φυσικοθεραπεία, ελαστική περίδεση) με σταδιακή σημαντική βελτίωση και μείωση του οιδήματος, στο δεύτερο όμως περιστατικό, λόγω και της αδυναμίας ικανοποιητικής κάθαρσης τοποθετήθηκε μόνιμος κεντρικός φλεβικός καθετήρας, μέσω της δ. έσω σφαγίτιδας φλέβας.
Συμπεράσματα: Ασθενείς με ΕΚΗΣ που πρόκειται να ενταχθούν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, θα πρέπει να ελέγχονται προεγχειρητικά για πιθανή κεντρική φλεβική στένωση. Η από μακρού προηγηθείσα τοποθέτηση ΕΚΗΣ (ιδίως με πολλά καλώδια) αποτελεί σημαντικότατο παράγοντα κινδύνου, ενώ Παράγοντες κινδύνου ΚΦΣ από ΕΚΗΣ είναι η μακροχρόνια τοποθέτησή τους και τα πολλά καλώδια, ενώ η αντιπηκτική/αντιαιμοπεταλιακή αγωγή δρα προστατευτικά.

e-P42 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΟΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΚΗΛΗΣ ΜΕΤΑ Tx ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Β. Τάτσης[1,2], Μ. Παπασωτηρίου[3], Ε. Παπαχρήστου[3], Γ. Σκρουμπής[2], Ι. Μαρούλης[2], Π. Χαρατσάρης[1], Μ. Μήτσης[1], Δ. Γούμενος[3]
[1]Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓ Ιωαννίνων
[2]Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Πατρών
[3]Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ Πατρών

Εισαγωγή: Η επίπτωση της λεμφοκήλης μετά από μεταμόσχευση νεφρού (RTx) κυμαίνεται από 0,6-49%. Σε αποτυχία συντηρητικής αντιμετώπισης, η λαπαροσκοπική δημιουργία περιτοναϊκού παράθυρου, με τη βοήθεια διεγχειρητικού υπερήχου για τον εντοπισμό των ορίων της αποτελεί τη μέθοδο εκλογής. Παρουσιάζουμε μία εναλλακτική τεχνική αναγνώρισης της λεμφοκήλης σε περιπτώσεις έλλειψης δυνατότητας διεγχειρητικού υπερηχογραφήματος, που εφαρμόσαμε σε δύο ανάλογες περιπτώσεις.
Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν 3 trocars (12mm υπομφάλια, 12mm στο δ. λαγόνιο βόθρο, 5mm στη δ. πλάγια κοιλιακή χώρα). Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε θέση Trendelenburg και σε πλάγια δ. θέση. Με τη χρήση δεύτερου λαπαροσκοπίου, που διαδοχικά εφάπτονταν στο περιτόναιο κατά μήκος του πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος, μεταξύ νεφρικού μοσχεύματος και ουροδόχου κύστης, έγινε δυνατή η διάχυση του φωτός και η διαφανοσκόπηση, με αποτέλεσμα τον σχετικά ευχερή εντοπισμό των ορίων της κοιλότητας της λεμφοκήλης. Μέσω παρακέντησης με βελόνη Veress επιβεβαιώθηκε η ύπαρξή της και ακολούθησε δημιουργία περιτοναϊκού παραθύρου. Οι μετεγχειρητικές CT (1 εβδομάδα και 1 μήνα μετά) δεν ανέδειξαν συλλογή υγρού.
Συμπεράσματα: Σε περιπτώσεις αδυναμίας πραγματοποίησης διεγχειρητικού υπερηχογραφήματος, για τον εντοπισμό και καθορισμό των ορίων λεμφοκήλης, η παραπάνω απλή τεχνική φαίνεται να προσφέρει σημαντική βοήθεια.

e-P43 ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΟΥΡΗΤΗΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΗΤΗΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΛΟΓΩ ΒΑΡΕΙΑΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Α. Γρηγοράκης[1], Ε. Δασκαλάκη[2], Ν. Μόρφης[2], Χ. Κυπραίος[1], Δ. Τομαής[3], Θ. Κρατημένος[3], Μ. Ορέμο[1], Σ. Στεφανάκης[3], Β. Βουγάς[1]
[1]Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[2]Α' Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[3]Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την τεχνική επανεμφύτευσης ουρητήρα σε ασθενή με ουρητηρική απόφραξη σε έδαφος σοβαρής στένωσης ουρητήρα μετά από μεταμόσχευση νεφρού.
Υλικό & Μέθοδος: Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα 49 ετών, που εμφάνισε επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας το Μάϊο του 2019, τρεις μήνες μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Το υπερηχογράφημα μοσχεύματος έδειξε υδρονέφρωση λόγω στένωσης ουρητήρα. Τοποθετήθηκε άμεσα διαδερμική νεφροστομία. Η ανιούσα νεφροστομογραφία έδειξε απόφραξη από το μέσο του ουρητήρα μέχρι την κυστεοουρητηρική αναστόμωση. Δύο μήνες αργότερα και αφού αποκαταστάθηκε η νεφρική λειτουργία, προχωρήσαμε σε ανακατασκευή της κυστεοουρητηρικής αναστόμωσης.

Η νεφροστομία αντικαταστάθηκε από θηκάρι υπό την καθοδήγηση C-Arm, μέσω του οποίου τοποθετήθηκε σύρμα-οδηγός έως το ύψος της στένωσης. Ακολούθησε τομή Pfannenstiel, με επέκταση δεξιά πλάγια. Ο θόλος της ουροδόχου κύστης αποκολλήθηκε από τους περιτοναϊκούς συνδέσμους του και ακολούθησε διαίρεση του ουραχού προκειμένου να διευκολυνθεί η κινητοποίηση της ουροδόχου κύστης πρός τα δεξιά. Το πλάνο της παρασκευής αναπτύχθηκε μεταξύ ουροδόχου κύστης και κάτω πόλου νεφρικού μοσχεύματος. Ο σπερματικός τόνος παρασκευάζεται και διαιρείται. Η αναγνώριση τουν ουρητήρα διευκολύνεται με τη χρήση κυανού του μεθυλενίου καθώς και από το σύρμα-οδηγό. Ακολουθεί διατομή του στενωμένου τμήματος του ουρητήρα και προσεκτική παρασκευή του εναπομείναντος τμήματος αυτού ώστε να διατηρηθεί η αιμάτωση του. Μετά την κινητοποίηση του δεξιού προσθιοπλάγιου τοιχώματος της κύστης, αναγνωρίζεται η κυστεοουρητηρική αναστόμωση και ακολουθεί διατομή αυτής, νεαρροποίηση και καθήλωση στον ψοϊτη μυ προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η τάση στη νέα αναστόμωση.
Διενεργείται νέα κυστεοουρητηρική αναστόμωση και τοποθετείται JJ stent εντός αυτής. Το θηκάρι αντικαθίσταται από νέα νεφροστομία, ενώ τοποθετείται παροχέτευση.
Αποτελέσματα: Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η νεφροστομία έκλεισε τη δέκατη μετεγχειρητική ημέρα και αφαιρέθηκε τέσσερις ημέρες μετά. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο 15 ημέρες μετά το χειρουργείο, με το JJ stent και τον ουρηθρικό καθετήρα, τα οποία αφαιρέθηκαν ένα μήνα μετά. Η νεφρική του λειτουργία παραμένει φυσιολογική 24 μήνες μετά.

e-P44 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ ΔΟΤΗ ΣΕ ΖΩΣΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Α. Γρηγοράκης[1], Ε. Δασκαλάκη[2], Ι. Ξωξάκος[1], ΜΧ Παπαδοπούλου[2], Ε. Καρβέλη[2], Γ. Σκανδαλάκης[1], Ε. Μαυρομάτη[3], Σ. Στεφανάκης[1], Β. Βουγάς[1]
[1]Ουρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[2]Α' Χειρουργική Κλινική-Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Οργάνων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα
[3]Τμήμα Αναισθησιολογίας, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η νεφρεκτομή δότη σε ζώσα μεταμόσχευση πραγματοποιείται με οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση στην ανοιχτή χειρουργική έναντι της διακοιλιακής προσπέλασης, όταν η λήψη γίνεται λαπαροσκοπικά.
Σκοπός: Να παρουσιάσουμε την εμπειρία του κέντρου μας στην οπισθοπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική νεφρεκτομή δότη σε ζώσες μεταμοσχεύσεις την τελευταία διετία.
Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε λαπαροσκοπική οπισθοπεριτοναϊκή ΑΡ νεφερεκτομή σε 5 δότες νεφρικού μοσχεύματος σε ζώσα μεταμόσχευση. Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε θέση νεφρεκτομής. Η προσπέλαση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο έγινε με τομή 2εκ στην οπίσθια μασχαλιαία γραμμή, κάτωθεν της 12ης πλευράς. Χρησιμοποιήθηκαν 5 trocars. Ακολούθησε αναγνώριση και παρασκευή των νεφρικών αγγείων στη συμβολή αυτών με την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα, προ της κινητοποίησης του νεφρού από τους συνδέσμους του. Ο νεφρός απομακρύνθηκε με το χέρι μέσω μικρής τομής.
Αποτελέσματα: Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 100 λεπτά, με χρόνο θερμής ισχαιμίας κάτω από 6 λεπτά. Η μέση απώλεια αίματος ήταν 150ml. Όλοι οι δότες είχαν ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβαν εξιτήριο κατά μέσο όρο στις 4 ημέρες. Όλα τα μοσχεύματα λειτούργησαν άμεσα, με παραγωγή ούρων την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και αποκατάσταση των τιμών κρεατινίνης ορού εντός της πρώτης εβδομάδας μετεγχειρητικά.
Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική οπισθοπεριτοναϊκή νεφρεκτομή σε ζώντες δότες αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο για τη λήψη των μοσχευμάτων και αποτελεί επιλογή σε κέντρα με εμπειρία στην οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος.

powered by

ONASSIS
HEALTH

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

hellenictransplant@gmail.com • www.hsot.gr