

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT

SECTIA	MEDICALA I, II, III, REUMATOLOGIE		
AFECTIUNEA	LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC (LES)		
DIAGNOSTIC	REZUMAT:		
	<ul style="list-style-type: none"> • LES este banuit la pacientii cu artralгии, semne/simptome generale (febra, astenie), si semen/simptome de boala multisistemica (SORT C). • Cei mai multi indivizi cu ANA pozitiv nu au LES; ANA pozitiv in absenta altor criteria clinice este insuficient pentru diagnosticul de LES; • Daca suspiciunea clinica de LES este mare, se trece la testele serologice specifice; • Se aplica criteriile de diagnostic ale ARA (1997) – necesare 4 din 11: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rash malar 2. Rash discoid 3. Fotosensibilitate 4. Ulceratii orale 5. Artrita 6. Serozita 7. Nefrita (proteinurie>0,5g/zi sau cilindri celulari) 8. Convulsii sau psihoza 9. AHAI, leucopenia(limfopenie), trombocitopenie 10. AntiADN sau AntiSm sau test pt sifilis pozitive 11. ANA pozitiv 		
	CLINIC: eruptii cutanate / febra / artrite / alopecie / revarsat pleural / pericardita / edeme / fotosensibilitate / ulceratii orale / convulsii / psihoza		
	LABORATOR	Hemoleucograma cu frotiu, VSH, CRP, ANA, antiADNdc, antiSm, antiRo, test Coombs, sumar urina, proteinurie/24h, creatinina, biochimie uzuala, lupus anticoagulant, anticardiolipinici, antiB2GP1, C3, C4 Analize pt dg diferential cu alte boli de collagen, infectii, limfoame etc.	
	IMAGISTIC	Rx pulmonara, eco abdominal, eco cord,	
GOLD STANDARD	Biposie renala, biopsie cutanata		
TRATAMENT	<p>Pacientii cu boala usoara (musculoarticulara si cutanata, fara afectare de organ): hidroxiclorochina, AINS, prednison ≤10 mg/zi (SORT B)</p> <p>In caz de pleurita si pericardita: corticoterapie in doza de 20-40 mg/zi</p> <p>Boala severa (nefrita, afectare de SNC, pneumonita, cardita, modificari hematologice majore) este tratata cu corticoterapie sistemica si imunosupresoare (ciclofosfamida, azatioprina, micofenolat)(SORT B)</p> <p>In caz de glomerulonefrita membranoproliferativa: 1) prednison 1mg/kgc; 2) ciclofosfamida 0,75 g/m² iv lunar 6 luni, urmata de tratament de de intretinere cu azatioprina</p> <p>Sindromul antifosfolipidic: hidroxiclorochina + anticoagulante</p> <p>Scopul tratamentului este eliminarea simptomelor, controlul fazei active a bolii, prevenirea exacerbarilor, minimizarea efectelor adverse si imbunatatirea calitatii vietii si prognosticului</p> <p>Datorita evolutiei variabile a bolii, tratamentul este intotdeauna individual</p> <p>Se evita factorii externi care determina exacerbari (expunerea la soare, efortul intens, sulfamidele)</p> <p>Este importanta diferentierea infectiei de exacerbaria LES</p> <p>Tratamentul factorilor de risc cardiovasculari (HTA, lipide, diabet, fumat)</p> <p>Prevenirea si tratamentul osteoporozei (in special in cazul corticoterapiei)</p> <p>In cazul cresterii titrului antiADNdc, fara puseu clinic: prednison 30mg/zi 2 sapt, apoi 20mg/zi 1 sapt, apoi 10 mg/zi o sapt.</p>		
MONITORIZARE	vizite la 3-6 luni: ex clinic, VSH, PCR, hemograma, ex urina, antiADNdc, C3; cei cu afectare renala cunoscuta: creatinina, proteinurie/24h		
PROGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> • Intr-o cohorta mare, prospectiva de pacienti cu LES, probabilitatea sde supravietuire dupa diagnostic la 5, 10, 15 si 20 de ani a fost 91%, 85% si 78%, respectiv. SORT B • Pacientii cu LES trebuie evaluati regulat pentru orice semn clinic, de laborator si/sau serologic de activitate sau inrautatare a bolii. SORT C 		

- In studiul LUMINA, dupa 6 luni de urmarire, 14% dintre pacientii albi cu LES au dezvoltat nefrita.
- Hipertensiunea, creatinina crescuta si un scor mare de cronicitate al nefritei sunt asociate cu un risc mai mare de insuficienta renala cronica si deces la pacientii cu nefrita.
- Intr-un studiu caz-martor, ateroscleroza (diagnosticata prin prezenta placilor carotidiene la ecografie) a fost prezenta la aproximativ 1/3 din pacientii cu LES si doar la 15% la martori. Pacientii cu LES sunt la risc de infarct miocardic (chiar si la tineri sub 35 de ani), independent de ceilalti factori de risc ai bolii coronariene.
- Pacientii cu boala usoara, stabila trebuie evaluati la 3-6 luni.
- Pacientii cu boala severa, activa sau cu complicatii de la medicatie vor fi vazuti mai frecvent.
- La controalele de rutina se obtin o hemoleucograma completa, creatinina serica si ex sumar de urina, chiar si la pacientii care le-au avut normale in trecut.
- Pacientii cu boala renala cunoscuta vor avea determinate ex de urina, proteinuria/24 de ore, creatinina serica, hemoleucograma completa si determinarile colesterolului, calciului, fosforului, fosfatazei alcaline, sodiului si potasiului lunar (char mai frecvent daca boala este instabila).
- Este de asemenea utila masurarea complementului seric (C3/C4) si antiADNdc la intervale regulate.
- Pacientii care iau hidroxiclороchina au nevoie de un examen retinian anual efectuat de catre un oftalmolog.

dr. Cristian BAICUS