

SLEDAI-2K are adequate instruments to measure disease activity in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol, 2004, vol. 31(10), p.1934-1940

APLICAREA CRITERIILOR NEUROPSIHATRICHE ACR, 1999 ÎN LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

Ala Soroceanu, Lucia Mazur-Nicorici, Vitalie Lisnic, Sergiu Soroceanu, Elena Samohvalov, Minodora Mazur

Catedra Medicină Internă nr.3, Catedra Neurologie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Nervous system involvement in systemic lupus erythematosus (SLE) is recognized for over 100 years. American College of Rheumatology criteria (ACR) 1997 classification of SLE, include neuropsychiatric (NP) manifestations as seizures and psychosis. ACR lupus research and commission convened in 1999 an ad - hoc multidisciplinary committee to develop standard nomenclature for neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE). Purpose of the our study was to evaluate neuropsychiatric syndromes in patients with SLE by the NPSLE criteria. We examined 60 consecutive patients with SLE who met the ACR criteria, forming the study group. Special investigations focused assessment of disease activity, estimated implementation of Hamilton depression scale, Hamilton rating scale for anxiety, and cognitive dysfunction assessment by Mini Mental Status Scale. During the study was identified 21 (35. 0%) cases of depression, 7 (11. 7%) of anxiety and 17 (28. 3%) patients of cognitive dysfunction. Application of neuropsychological tests showed early detection of nervous system involvement and adequate treatment of systemic lupus erythematosus.

Rezumat

Implicarea sistemului nervos în lupusul eritematos sistemic (LES) este recunoscută de peste 100 de ani. Criteriile Colegiului American de Reumatologie (ACR) 1997 pentru clasificarea LES, includ manifestări neuropsihiatrice (NP) convulsiile și psihoza. ACR și comisia pentru cercetare a lupusului a convocat în 1999 un comitet ad-hoc multidisciplinar, pentru a dezvolta nomenclatura standard pentru lupusul eritematos sistemic neuropsihiatric. Obiectivul lucrării: evaluarea sindroamelor neuropsihiatrice la pacienții cu lupus eritematos sistemic prin aplicarea criteriilor neuropsihiatrice ale lupusului eritematos sistemic (NPLES). În studiu am inclus 60 pacienți consecutivi cu LES care au respectat criteriile ACR, 1997, formând lotul de studiu. Investigațiile speciale au vizat aprecierea activității bolii, aplicarea scalei Hamilton de estimare a depresiei și de evaluare a anxietății, precum și aprecierea disfuncțiilor cognitive prin scala Mini Mental Status. Pe parcursul studiului au fost identificate 21 (35.0 %) cazuri de depresie, 7(11.7%) cazuri de anxietate și 17(28.3%) cazuri de disfuncții cognitive. Aplicarea testelor neuropsihologice a demonstrat depistarea precoce a implicării sistemului nervos și tratamentul adecvat al lupusului eritematos sistemic

Actualitatea temei

Implicarea sistemului nervos în lupusul eritematos sistemic (LES) este recunoscută de peste 100 de ani. Primul raport de stupor și comă în LES a fost prezentat de Kaposi în 1875. Pe parcursul anilor de studiere a lupusului o multitudine de sindroame neuropsihiatrice au fost raportate la pacienții cu LES. Aceste manifestări pot să apară la pacienții cu activitate, dar și să se mențină pe perioada de remisie, și se pot prezenta la aceeași persoană ca unice sau multiple evenimente neurologice. Una din dificultățile studierii lupusului eritematos sistemic neuropsihiatric (NPLES) a fost lipsa unui consens în definirea acestei patologii. Criteriile Colegiului American de Reumatologie (ACR) 1997 pentru clasificarea LES, includ manifestări (NP) convulsiile și psihoza. Cu toate acestea, este recunoscut de clinicieni varietatea mult mai

mare de manifestări neuropsihiatrice la pacienții cu LES. Din aceste motive ACR și comisia pentru cercetare a lupusului a convocat în 1999 un comitet ad-hoc multidisciplinar, care, la rândul său, a solicitat recomandări de la consultanți, pentru a dezvolta nomenclatura standard pentru lupusul eritematos sistemic neuropsihiatric. Lipsa de specificitate a majorității manifestărilor NP, incertitudinea cu privire la mecanismele patogenetice și datele insuficiente ce susțin strategiile terapeutice pot servi repere pentru cercetările ulterioare.

Obiectivul lucrării

Evaluarea sindroamelor neuropsihiatrice la pacienții cu lupus eritematos sistemic prin aplicarea criteriilor neuropsihiatrice ale lupusului eritematos sistemic NP/LES/ACR, 1999

Material și metode de cercetare

Conform ipotezei de lucru pe perioada 2008- 2010 am examinat 60 pacienți consecutivi cu LES care au respectat criteriile ACR, 1997, formând lotul de studiu. Diagnosticul de LES s-a stabilit în prezența a patru și mai multe criterii ACR, prezente simultan sau succesiv. Activitatea bolii a fost evaluată conform Indicelui Activității Bolii în Lupusul Eritematos Sistemic- Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index – SLEDAI. Au fost aplicate criteriile neuropsihiatrice ale lupusului eritematos sistemic după ACR, 1999

Criteriile NPSLE ACR (1999)

Afectarea sistemului nervos central:1- meningită aseptică, 2- boala cerebrovasculară, 3- sindrom demielinizant,4-cefalee, 5- dereglări motorii, 6- mielopatie, 7 – convulsii, 8 - stări confuzionale acute, 9 - anxietate,10 - disfuncții cognitive,11 - dereglări de dispoziție, 12 – psihoza. Afectarea sistemului nervos periferic:13- polineuropatie inflamatorie acuta, 14 - neuropatii autonome,15- mononeuropatii, 16- miastenia gravis, 17- neuropatii craniale, 18 – plexopatii, 19- polineuropatii. Sindromul depresiv a fost evaluat prin Scala Hamilton de estimare a depresiei- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Hamilton M., 1967] care este un test psihometric atât pentru confirmarea depresiei, cât și pentru stabilirea intensității acesteia. Scala include 17 itemi pentru depresie cotați pe 3-5 grade de evaluare a componentelor cognitive, comportamentale, dar mai ales somatice. Simptomele incluse în scala Hamilton:1. indispoziție, 2. sentimentul vinovăției, 3. idei suicidale, 4. dificultăți de adormire, 5. insomnii în timpul nopții, 6. insomnii de trezire(dimineața), 7. scăderea performanței de muncă, 8. lentoare, 9. agitație, 10. anxietate la nivel psihic, 11. anxietate la nivel somatic, 12. simptome somatice gastrointestinale,13.simptome somatice generale,14. simptome genitale (pierderea libidoului),15. hipocondrie,16. pierderea greutateii,17. conștiința bolii. Rezultatele se evaluează cantitativ în funcție de expresivitatea fiecărui simptom, prin sumarea punctajului. Suma punctelor poate fi de la 0 (lipsa simptomelor) până la 52 puncte. Interpretarea rezultatelor: 0 – 1- nu este depresie, 1-7 - depresie normală, 8-17 - depresie slabă, 18-25 - depresie moderată, peste 26 – depresie severă

Scala de Anxietate Hamilton - Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) evaluează severitatea simptomelor și identifică atât manifestări psihice cât și cele somatice. Conține 14 itemi dezvoltați de Hamilton în 1959. Autorul a selecționat o serie de simptome asociate cu anxietatea și le-a grupat în 14 clase: 1. dispoziția anxioasă, 2. tensiunea, 3. frica, 4. insomnia, 5.simptomele cognitive, 6.dispoziție depresivă, 7.simptome musculare, 8.simptome somatice senzoriale, 9. simptome cardiovasculare, 10.simptome respiratorii, 11.simptome gastrointestinale, 12. simptome genito- urinare, 13. simptome vegetative, 14.comportamentul în timpul întrevederii.

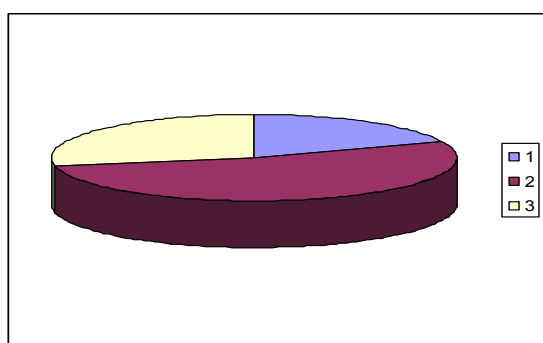
Fiecare item este evaluat pe o scală de 5 puncte, de la 0 = niciun simptom până la 4 = simptome severe și dizabilitante. Scorul total se extinde de la 0 la 56. Un scor peste 14 indică o anxietate cu semnificație clinică, persoanele sanatoase generând scoruri în jurul valorii de 5. Scorul de 14-17 să semnifice o anxietate usoară, 18-24 o anxietate moderată și 25-30 o anxietate severă.

În depistarea disfuncțiilor cognitive a fost utilizată scara mini mental status - Mini Mental State Examination (MMSE) adaptată de către Folstein (1975). Scala reprezintă un examen clinic standardizat, care evaluează o performanță de moment a pacientului. MMSE este alcătuit din 30 itemi grupati în cinci categorii:1.orientarea temporo-spațială, 2. înregistrarea datelor, 3. atenția și

calculul mental, 4. memoria de scurta durata, 5. limbajul și praxia vizuo-constructivă. Scorul maxim total fiind de 30 puncte. Valoarea prag de 23/24 definește limita inferioară a normalului. Între 30 și 24 de puncte nu se relevă tulburări cognitive. Între 23 și 18 puncte relevă tulburări cognitive ușoară, iar între 17 și 0 puncte se relevă deficit cognitiv sever. Aplicarea MMSE este necesară și utilă nu numai pentru determinarea statutului cognitiv al pacienților dar și pentru corecția și monitorizarea tulburărilor clinice și subclinice în decursul evoluției lupusului eritematos sistemic neuropsihiatric. Toți pacienții au fost examinați de neurolog. În urma evaluărilor efectuate au fost evidențiate două loturi de pacienți cu LES: cu afectarea sistemului nervos (lotul I, n=32) și fără afectarea sistemului nervos (lotul II, n=28)

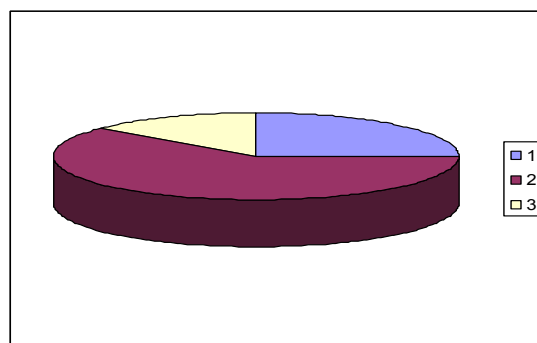
Rezultate obținute

Aplicarea celor 19 criterii ale lupusului neuropsihiatric a depistat 32 (53.3 %) cazuri de afectare a sistemului nervos dintre toți pacienții incluși în studiu. Datele noastre au relevat proporția femeii/bărbați specifică maladiei: 31(96.9%) femei și 1 (3.1%) bărbați în lotul I și respectiv 27(96.4%) femei, 1(3.6%) bărbați în lotul II.



Lotul I

1-SLEDAI 0-10- 7 (18.8%)
2- SLEDAI 11-30-17 (53.1%)
3- SLEDAI >30- 9 (28.1%)



Lotul II

1-SLEDAI 0-10- 7 (25.0%)
2- SLEDAI 11-30-17 (60.7%)
3- SLEDAI >30- 4 (14.3%)

Am constatat că la pacienții cu afectarea sistemului nervos în cadrul lupusului activitatea a fost predominant medie/înaltă la 81.2%, iar în lotul fără afectarea sistemului nervos preponderent medie/joasă la 85.7% cazuri.

Pe parcursul studiului au fost identificate 21 (35.0 %) cazuri de depresie prin Scala Hamilton (de estimare a depresiei). Depresie slabă, unde HRSD a fost cu valori mai mari de 7 puncte, a fost stabilită la 5 (8,3%) pacienți, moderată, cu HRSD>17 s-a constatat la 9 (15.0%) pacienți și severă, unde HRSD>25, la 7(11.7%) pacienți. Scala de anxietate Hamilton (HARS) a depistat anxietatea la pacienții cu lupus în 7(11.7%) cazuri, evaluând și severitatea simptomelor. Conform HARS de la 14 până la 17 puncte a semnatificat o anxietate usoară, depistată la 2(3.3%) pacienți. Scorul HARS între 18-24 puncte denotă anxietate moderată, fiind identificată la 4(6.7%) pacienți și HARS cu valorile 25-30 puncte evidențiind anxietate severă, depistată la 1(1.7%) pacient.

Conform scalei MMSE s-a apreciat deficit cognitiv la 17(28.3%) pacienți, la care scorul total a fost mai mult de 24 puncte. Dintre aceștea 13(21.7%) pacienți au relatat deficit cognitiv moderat, valorile MMSE fiind 18-23, iar la 4 (6.7%) pacienți s-a determinat deficit cognitiv sever intervalele variaționale fiind MMSE – 0-17 puncte.

Discuții

Datele noastre au relevat afectarea sistemului nervos în lupusul eritematos sistemic la 53.3 % cazuri. Aceste date coincid cu rezultatele altor studii realizate recent de către Zhou HQ, Hanly J G, Urowitz M B (2008) care au reliefat 55% afectare a sistemului nervos în lupusul eritematos sistemic și diferă de rezultatele afișate de S. Manzi circa 95% de afectare a

sistemului nervos în cadrul LES. În lotul nostru de studiu a predominat depresia 21 (35.0 %), dar au fost constatate disfuncții cognitive la 17 (28.3%) pacienții. Datele literaturii relatează corelații înalte a disfuncțiilor cognitive cu depresia în cadrul lupusului eritematos sistemic. Testele neuropsihologice sunt utile în depistarea clinică și subclinică a simtoamelor depresive, a anxietății precum și a disfuncțiilor cognitive la pacienții cu LES și sunt recomandate pentru cercetarea în loturi și trialuri și cercetări în loturi mici.

Concluzii

1. Afectarea sistemului nervos în lupusul eritematos sistemic s-a constatat la peste o jumătate de pacienți (53.3 %).
2. Rezultatele au descoperit prevalența de 38,8% a depresiei la pacienții cu LES, asociată cu activitatea înaltă a bolii.
3. Aplicarea testelor neuropsihologice presupune depistarea precoce a implicării sistemului nervos și ajustarea tratamentului adecvat al lupusului eritematos sistemic.

Bibliografie

1. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Neuropsychiatric Lupus Nomenclature. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*, 1999, vol.42, p.599-608.
2. Fragoso-Loyo HE, Sanchez-Guerrero J. Effect of severe neuropsychiatric manifestations on short-term damage in systemic lupus erythematosus. *JRheumatol*, 2007, vol.34, p.76–80.
3. Hanly J G, Urowitz M B, Su L, et al. Prospective analysis of neuropsychiatric events in an international disease inception cohort of patients with systemic lupus erythematosus *Ann Rheum Dis*, 2010, vol.69, p. 529-535
4. Karassa FB, Ioannidis JP, Touloumi G, Boki KA, Risk factors for central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus. *Q J Med*, 2000, vol.93, p.169–174.
5. Manzi S. Systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 2000, vol. 39, p. 353-359
6. Urowitz M., Gladman D., et al. Systemic lupus international collaborating clinics (SLICC) inception cohort registry to study risk factors for atherosclerosis (SLICC RAS): First follow-up report. *Arthritis and Rheum*, 2005, vol. 52, Nr. 9, S608.
7. Zhou HQ, Zhang FC, Tian XP, et al. Clinical features and outcome of neuropsychiatric lupus in Chinese: analysis of 240 hospitalized patients. *Lupus*, 2008, vol. 17, p.93–99.

APLICAREA CRITERIILOR SINDROMULUI ANTIFOSFOLIPIDIC OBSTETRICAL

Elena Samohvalov

Catedra Medicină Internă nr.3 USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The antiphospholipid syndrome (APS) is characterized by recurrent arterial and/or venous thrombosis and pregnancy morbidity manifested by early or late losses. Laboratory diagnosis of APS relies on the demonstration of a positive test for antiphospholipid antibodies (aPL). In clinical practice, the gold standard tests are those that detect anticardiolipin antibodies (aCL) and/or the lupus anticoagulant (LA). Although other specificities for aPL have been described their clinical utility and standardization has still to be established. Persistence of aPL positive tests must be demonstrated, and other causes and underlying factors considered. Correct identification of patients with APS is important, because prophylactic anticoagulant therapy can prevent thrombosis from recurring, and treatment of affected women during pregnancy can improve fetal and maternal outcome.