

FENOMENUL L.E. ÎN AFARA CADRULUI NOSOLOGIC AL L.E.D.-LUI (LUPUS ERITEMATOS DISEMINAT)

dr. Silvia Andreicuţ, dr. Éva Horváth, dr. O. Covacevici,
dr. Catalina Lukács, dr. Magda Vertán

În literatura de specialitate, au apărut numeroase contradicţii în privinţa interpretării fenomenului L. E. în afara cadrului nosologic al lupusului eritematos diseminat (L.E.D.) (Rev. med. 1973, 3, 255). Acest motiv, ne-a determinat să cercetăm fenomenul L.E. în materialul Clinicii medicale II, pe un lot de afecţiuni reumatice şi ale colagenului, alături de un lot eterogen.

Material şi metodă

Materialul nostru se referă la 100 de cazuri clinice, internate între anii 1966—1972, în Clinica medicală II din Tg.-Mureş. Cazurile investigate, au fost împărţite în două loturi: lotul I cuprinde un număr de 50 de cazuri de reumatisme inflamatorii şi colagenoze majore, exclusiv, L.E.D. iar lotul II este format din 50 de cazuri, cu afecţiuni diverse: hepatite cronice evolutive şi ciroze hepatice, boli vasculare periferice, nefrite cronice, tumori etc. Investigaţiile făcute s-au axat pe evidenţierea celulelor lupice (metoda directă, Ravanelli Pastner, 1968) VSH, reacţia ASLO şi Waaler-Rose, electroforeza pe hirtie şi imunelectroforeza proteinelor serice (micrometoda Scheidegger, modificată de Backhausz).

Rezultate

În primul lot (reumatisme inflamatoare şi colagenoze majore) fenomenul L.E. este prezent într-un procentaj de 34%, în timp ce în lotul II este incomparabil mai mic (2%).

În primul lot au fost cuprinse următoarele afecţiuni: febră reumatică 10 cazuri, poliartrita reumatoidă şi afecţiuni înrudite 27 cazuri, colagenoze majore, exceptînd L.E.D., 13 cazuri. Se constată că testele L.E. pozitive se găsesc în grupa poliartritei reumatoide şi a colagenozelor majore, pe cînd în cazurile de febră reumatică testul este negativ. În poliartrita reumatoidă numărul cazurilor L.E. pozitive şi L.E. negative este identic.

Atît cazurile L.E. pozitive, cît şi cele L.E. negative evoluează în general cu VSH crescut şi creşterea fracţiunilor electroforetice alfa₂ şi gammaglobulinice. Testul de hemaglutinare Waaler-Rose nu a concordat cu pozitivitatea fenomenului L.E. Fraecţiunile imunelectroforetice G şi M sînt crescute într-un procentaj evident superior în cazurile L.E. pozitive, comparativ cu cele L.E. negative.

În lotul doi (eterogen) am găsit un singur caz L.E. pozitiv la o bolnavă, la care evoluţia clinică corelată cu datele paraclinice, au pledat pentru existenţa unei hepatite lupoidă. Fenomenul L.E. dubios pozitiv s-a

semnalat în două cazuri de astm bronșic, respectiv astm bronșic asociat cu alergii medicamentoasă.

Discuții

Din materialul nostru am studiat testul L.E. într-un lot de 50 cazuri de reumatisme inflamatoare și colagenoze majore, exceptând L.E.D. În febra reumatică nu am găsit teste pozitive. Cele mai multe determinări pozitive s-au relevat în cazurile de poliartrită reumatoidă, motiv pentru care ne-am pus și noi probleme de diagnostic diferențial față de L.E.D. Astfel în cazul bolnavului I.S. (F.O. nr. 470/1972) de 49 de ani, cu poliartrită reumatoidă, evoluție gravă, cu manifestări articulare severe, febră și determinări viscerale, fenomenul L.E. a fost în mod constant, pozitiv. La bolnava F. I. de 36 de ani (F.O. nr. 561/1968), poliartrită reumatoidă asociată cu pleurezie bilaterală, a prezentat evoluție trenantă, marcată biologic și de prezența celulelor lupice. La bolnava O. M. de 59 de ani (F.O. nr. 1197/1968) cu poliartrită reumatoidă asociată cu o valvulopatie mitrală și hepatopatie cronică, fenomenul L.E. și reacția Waaler-Rose au fost pozitive.

Cazuistica noastră arată că există forme clinice în care, poliartrita reumatoidă se asociază cu determinări viscerale multiple, cu o evoluție malignă, marcată printre altele și de prezența celulelor lupice. Aceste cazuri le-am considerat drept forme de graniță între poliartrita reumatoidă și L.E.D., fiind încadrate în posibilitatea evoluției poliartritei reumatoide spre L.E.D. Celule lupice s-au mai găsit în boala Bechterew (din 7 cazuri, 3 au evoluat pozitiv) în sindromul Felty și într-un caz de sindrom Sjögren.

Din materialul nostru, am investigat de asemenea, un număr de 13 cazuri de colagenoze majore, exclusiv L.E.D. În aceste cazuri fenomenul L.E. pozitiv s-a semnalat doar în mod sporadic și anume, în caz de plimiozită, sindrom de panarterită, imunotiroidite și în colagenoze nediferențiate încă clinic.

Posibilitățile moderne de investigație imunologică au permis decelarea unor procese imunitare, la o mare parte din bolnavii cu hepatită cronică și ciroză hepatică. Sub denumirea de „hepatită lupoidă“ este cunoscută în literatură, o entitate nosologică, studiată de către Mc. Kay și colab. Pentru diagnosticul clinic de hepatită lupoidă s-au precizat următoarele criterii: hipergammaglobulinemia, prezența anticorpilor circulanți printre care și factorul L.E., infiltrația limfoidă a ficatului, asocierea unor boli cu etiologie imunologică comună și, în sfârșit, efectul favorabil al cortizonului. Din materialul nostru relatăm cazul bolnavei K. M. (F.O. nr. 183/1972) de 54 de ani la care subfebrilitățile au fost însoțite de icter, dureri articulare, epigastralgie, catar repetat al căilor respiratorii superioare, hepatomegalie dureroasă asociată cu probe de labilitate coloidală intens pozitive, hipergammaglobulinemie și fenomenul L.E. constant pozitiv. Având în vedere acest tablou clinic, am optat pentru diagnosticul de hepatită lupoidă.

Din datele literaturii de specialitate se cunoaște că, o serie de medicamente pot declanșa, în cazul unei administrări de durată, tabloul clinic al unui lupus iatrogen (vezi Rev. med. 1973/3, 255).

În cazul alergiei medicamentoase, se consideră că medicamentul ac-

ționează ca o haptenă, care cuplată cu o proteină formează antigenul față de care organismul elaborează anticorpi specifici. Remarcăm faptul că în multe cazuri, chiar înainte de administrarea medicamentului, bolnavii pot prezenta hipergammaglobulinemie, leucopenie, artralгии sau pleurezie. Dintre cazurile examinate, două au prezentat astm bronșic cu fenomen L.E. pozitiv.

Fenomenul L.E. reprezintă un test de laborator, care se petrece in vitro, ca rezultat al unei reacții antigen-anticorp. Pozitivitatea fenomenului L.E. in sine, nu reprezintă altceva decât un simplu test de laborator, care trebuie interpretat în contextul clinic complex al cazului. Prezența fenomenului L.E. în lipsa oricărui semn de boală lupică nu ne îndreptățește să punem diagnosticul de L.E.D. În schimb, prezența fenomenului L.E. în contextul unei hipersensibilități față de medicamente, ne îndreaptă atenția spre un fond patologic al sistemului imunitar. De asemenea, prezența fenomenului L.E. în cadrul unei afecțiuni „reumatice“ cu implicații viscerale pe parcurs, ne face să ne gândim la o afecțiune auto-agresivă, care în cele din urmă, îmbracă caracterele de L.E.D. Ca de exemplu, cazul bolnavei B.M. (F.O. nr. 1294) de 18 ani, reumatică din copilărie, cu o valvulopatie mitrală instalată, se internează pentru o recidivă reumatică, evoluează cu anemie, hepatosplenomegalie, microhematurie și fenomen L.E. în mod repetat pozitiv. În plin tratament, bolnava face fenomene de sensibilizare la antibiotice, cu erupții cutanate pe față, îmbrăcînd aspectul tipic de „fluture“. În ciuda evoluției clinice favorabile, posibilitatea diagnosticului de L.E.D. a fost suficient de conturat.

Intricarea factorilor exogeni și endogeni în conturarea afecțiunilor autoimune, ridică posibilitatea declanșării iatrogene a acestor maladii, în cazul cînd există un fond prealabil, determinat genetic. Concluzia practică care se desprinde, este că în prezența fenomenului L.E. în afara cadrului nosologic al L.E.D.-lui, se impune prudența în conduita terapeutică, spre a evita medicația care ar putea declanșa simptomatologia clinică de L.E.D.

Sosit la redacție: 9 octombrie 1973.

Bibliografie

1. Anderson J. R., Buchanan W. W., Goudie R. B.: Autoimmunity, Clinical and Experimental. Charles C. Thomas Publisher Springfield, Illinois U.S.A., 1967, Cap. 14, Systemic Lupus Erythematosus, 408; 2. Backhausz R.: A biokémia modern módszerei. Magyar Kémikusok Egyesülete. Biokémiai Szakosztálya, Budapest, 1968, 59; 3. Backhausz R.: Orv. Hetil. (1968), 109, 41, 2241; 4. Bänner și colab.: Z. Rheuma-Forsch. (1966), 25, 9—10, 330; 5. Bencze Gy., Lakatos L.: Rheum. Baln. Allerg. (1963), 4, 3, 142; 6. Bencze Gy.: Rheum. Baln. Allerg. (1971), 12, 2, 74; 7. Bencze Gy.: Rheum. Baln. Allerg. (1971), 12, 2, 77; 8. Bencze Gy., Kovács I.: Rheum. Baln. Allerg. (1961), 2, 4, 228; 9. Bruckner I., Purice S.: Med. int. (1967), 19, 7, 738; 10. Bruckner I.: Med. int. (1969), 21, 5, 519. 11. Cachin M. și colab.: Vie Méd. (1967), 48, 1157; 12. Chapuy P. și colab.: Sem. Hôp. Paris (1968), 41, 2462; 13. Chouraki L.: France Méd. (1961), 24, 509; 14. Ciobanu V. și colab.: Med. int. (1967), 19, 7, 789; 15. Ciobanu V., Zalaru M.: Med. int. (1972), 24, 8, 793; 16. Debray Ch. și colab.: Rev. Int. d'Hépat. (1963), 12, 151; 17. Delbarre F., Chouraki I., Guiradon C.: La Presse Méd.

(1966), 74, 33, 1711; 18. *Dimitriu C. Gh.*: *Med. int.* (1967), 19, 7, 711; 19. *Dimitriu C. Gh., Nestor R.*: *Med. int.* (1969), 21, 5, 551; 20. *Dubois E. L.*: *JAMA* (1967), 200, 12, 1053; 21. *Escande J. P., Degos R.*: *Presse Med.* (1968), 76, 28, 1421; 22. *Fallet G. H. și colab.*: *Res. de Rhum.* (1959), 26, 10, 553; 23. *Fraisse M. H., Beetschen A., Duverne J.*: *J. de Méd. Lyon* (1970), 1186, 1067; 24. *Holborow E. J.*: *Lancet* (1967), 1, 7497, 955; 25. *Horváth Éva*: *Rev. med.* (1968), 4, 467; 26. *Horváth Éva*: Contribuții la aspectul imunserologic al unor îmbolnăviri cu etiologii diferite în: vol. *Conf. de dermatologie, Brașov, 1967*, 85; 27. *Huber, Pastner, Gabl*: *Laboratoriumsdiagnose*, Springer Verlag, Berlin—Heldelberg—New York, 1972, 324; 28. *Joske V., King H.*: *Lancet* (1955), 2, 779; 29. *Kahn M. F.*: *Sem. Hôp. Paris* (1962), 38, 56; 30. *Koffler D. și colab.*: *Science* (1969), 166, 1912, 1648; 31. *MacLachlan M. J.*: *Ann. Int. Med.* (1965), 62, 425; 32. *Nicolau Șt. Gh., Badanoiu Al.*: Probleme și vederi actuale referitoare la fiziopatologia colagenezelor, în: vol. *Conf. de dermatologie, Brașov, 1967*, 21; 33. *Popper H.*: *Triangle* (1966), 7, 136; 34. *Purice S., Fica V., Matei I.*: *Med. int.* (1967), 19, 7, 821; 35. *Ravault R. P., și colab.*: *Ref. de Rhum.* (1959), 26, 10, 579; 36. *Runcan V. și colab.*: *Med. int.* (1972), 24, 6, 669; 37. *Russu M. și colab.*: *Med. int.* (1972), 24, 6, 697; 38. *Saumur J.*: *Lancet* (1962), 82, 240; 39. *Schenker S., Nason J. P.*: *Arch. Int. Med.* (1962), 109, 447; 40. *Schoen R.*: *Münch. Med. Wschr.* (1967), 109, 35, 1777; 41. *Sharrard A.*: *Proc. Univ. Otago. Med. Soc.* (1966), 44, 2, 224; 42. *Siguiet S., Codeau R.*: *Rev. Prat. Paris* (1965), 19, 2, 315; 43. *Ujváry E.*: Poliarterita nodoasă și alte colagenoze vasculare. în: vol. *Conf. de dermatologie, Brașov, 1957*, 45; 44. *Voog R., Cabanel G.*: *J. de Méd. de Lyon* (1970), 1190, 1455; 45. *Wilkinson N., Sacker L. S.*: *British Med. J.* (1957), 2, 661; 46. *Wold E., Joung F., Tau M.*: *Science* (1967), 161, 806.
