Bölüm
71

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS YÖNETİMİ

Hayriye ŞENTÜRK[1]

GİRİŞ

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), hemen hemen her organı etkileyebilen, nedeni bilinmeyen kronik otoimmün inflamatuar bir hastalıktır. SLE, herhangi bir organı etkileyebildiği gibi en sık etkileri cilt, eklemler, böbrekler, hematolojik ve kardiyovasküler sistemde görülür. Klinik belirtileri hastadan hastaya çok fazla değişkenlik gösterebilir. Hastaların büyük kısmında halsizlik yorgunluk ateş, kas ağrıları ve kilo kaybı gibi spesifik olmayan sistemik semptomlar yanında, spesifik organ ve sistem semptomları bulunabilir. Hastalık, bazen ateş ile başlayarak enfeksiyonu taklit edebilir veya sinsi bir şekilde aylar ve yıllarca ateş, yorgunluk, halsizlik semptomları ile seyredebilir. Klinik seyir hafiften ciddi gidişe kadar değişebilir. Hastalığın ilk birkaç yılında baskın olan model, hastalık seyri boyunca hakim olma eğilimindedir ve remisyon dönemleri ile kronik veya akut nüksler ile seyredebilir.

Kadınlar erkeklerin 8 ila 9 katı etkilenmektedir. Puberte öncesi yaş grubunda ise kız/erkek oranı 4-5/1'dir (1,2,3). SLE, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir, ancak beş yaşından önce nadir görülür ve yaşamın ilk on yılını geçtikten sonra giderek daha yaygındır (1,4,5,6).

PATOGENEZ

SLE etiyolojisi bilinmemektedir, ancak genetik, hormonal, immünolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığından şüphelenilmektedir. Klinik bulguların çoğunda, doğrudan veya dolaylı olarak antikor oluşumu ve immün kompleksler rol oynar.

KLİNİK BULGULAR

Ana organ tutulumu tipik olarak, hastalığın başladığı iki ila üç yıl içinde ortaya çıkar. Bununla birlikte, bazı yeni hastalarda şiddetli böbrek hastalığı, şiddetli nöropsikiyatrik belirtiler veya akut tromboembolik hastalık nedeniyle akut ve yaşamı tehdit edici semptomlar vardır. Erken başlayan SLE'li (<10 yaş) çocuklar daha ciddi semptomlara ve kötü prognoza sahip olma eğilimindedir (7,8). Çocuklarda genelde gözden kaçırılan küçük eklem artriti ve böbrek hastalığı varlığında SLE açısından dikkatli olunmalıdır. Hematolojik anormallikler, lupus nefriti, ateş, oküler semptomlar, nöbetler ve lenfadenopati, çocuklarda erişkinlerden daha sık görülürken, Raynaud fenomeni, plörit ve sicca semptomları (kuru gözler, kuru ağız) erişkinlerde daha sık görülen durumlardır (9,10).

Sistemik Bulgular - Düşük dereceli ateş, halsizlik, iştahsızlık ve lenfadenopati, başlangıçta SLE›nin yaygın belirtileridir, ancak bunlar SLE tanısı için diğer sistemik hastalıklardan ayırıcı özellikler değildir. 38.6 °C›nin üstünde kalıcı yüksek ateş oluşabilir; Bununla birlikte, bir arada bulunan enfeksiyon ve diğer nedenler dışlanmalıdır.

- Ateş - Ateş, aktif bir hastalık belirtisi olabilir ve SLE'li hastaların yüzde 50'sinde görülür (11).

[1] Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., Meram İlçe Sağlık Müdürlüğü/Konya, hyrybulbul@hotmail.com

siklorokin, nonsteroid antienflamatuar ilaçlar, glukokortikoidler ve diğer immünsüpresif ajanlar kullanılır. Sistemik tutulumlar açısından periyodik muayene ve takip önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, otoimmün hastalık, sistemik tutulum

KAYNAKÇA

1: Hiraki LT, Benseler SM, Tyrrell PN, et al. Clinical and laboratory characteristics and long-term outcome of pediatric systemic lupus erythematosus: a longitudinal study. J Pediatr. 2008;152:550.
2: McCarty DJ, Manzi S, Medsger TA Jr, et al. Incidence of systemic lupus erythematosus. Race and gender differences. Arthritis Rheum. 1995;38:1260.
3: Cooper GS, Parks CG, Treadwell EL, et al. Differences by race, sex and age in the clinical and immunologic features of recently diagnosed systemic lupus erythematosus patients in the southeastern United States. Lupus. 2002;11:161.
4: Lehman TJ, McCurdy DK, Bernstein BH, et al. Systemic lupus erythematosus in the first decade of life. Pediatrics. 1989;83:235.
5: Bader-Meunier B, Armengaud JB, Haddad E, et al. Initial presentation of childhood-onset systemic lupus erythematosus: a French multicenter study. J Pediatr. 2005;146:648.
6: Watson L, Leone V, Pilkington C, et al. Disease activity, severity, and damage in the UK Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus Cohort. Arthritis Rheum. 2012;64:2356.
7: Hui-Yuen JS, Imundo LF, Avitabile C, et al. Early versus later onset childhood-onset systemic lupus erythematosus: Clinical features, treatment and outcome. Lupus. 2011;20:952.
8: Lopes SRM, Gormezano NWS, Gomes RC, et al. Outcomes of 847 childhood-onset systemic lupus erythematosus patients in three age groups. Lupus. 2017;26:996.
9: Livingston B, Bonner A, Pope J. Differences in clinical manifestations between childhood-onset lupus and adult-onset lupus: a meta-analysis. Lupus. 2011;20:1345.
10: Bundhun PK, Kumari A, Huang F. Differences in clinical features observed between childhood-onset versus adult-onset systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96:e8086.
11: Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period: a comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. Medicine (Baltimore). 2003;82:299.
12: Rovin BH, Tang Y, Sun J, et al. Clinical significance of fever in the systemic lupus erythematosus patient receiving steroid therapy. Kidney Int. 2005;68:747.
13: Greco CM, Rudy TE, Manzi S. Adaptation to chronic pain in systemic lupus erythematosus: applicability of the multidimensional pain inventory. Pain Med. 2003;4:39.
14: Budhram A, Chu R, Rusta-Sallehy S, et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibody as a marker of erosive arthritis in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. Lupus. 2014;23:1156.
15: Compeyrot-Lacassagne S, Tyrrell PN, Atenafu E, et al. Prevalence and etiology of low bone mineral density in juvenile systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2007;56:1966.
16: Yang Y, Kumar S, Lim LS, et al. Risk Factors for Symptomatic Avascular Necrosis in Childhood-onset Systemic Lupus Erythematosus. J Rheumatol. 2015;42:2304.
17: Lim SH, Benseler SM, Tyrrell PN, et al. Low bone mineral density is present in newly diagnosed paediatric systemic lupus erythematosus patients. Ann Rheum Dis. 2011;70:1991.
18: Lim LS, Benseler SM, Tyrrell PN, et al. Predicting longitudinal trajectory of bone mineral density in paediatric systemic lupus erythematosus patients. Ann Rheum Dis. 2012;71:1686.
19: Danila MI, Pons-Estel GJ, Zhang J, et al. Renal damage is the most important predictor of mortality within the damage index: data from LUMINA LXIV, a multiethnic US cohort. Rheumatology (Oxford). 2009;48:542.
20: Groot N, de Graeff N, Marks SD, et al. European evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of childhood-onset lupus nephritis: the SHARE initiative. Ann Rheum Dis 2017; 76:1965.
21: Beresford MW, Cleary AG, Sills JA, et al. Cardio-pulmonary involvement in juvenile systemic lupus erythematosus. Lupus. 2005;14:152.
22: Firooz N, Albert DA, Wallace DJ, et al. High-sensitivity C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate in systemic lupus erythematosus. Lupus. 2011;20:588.
23: Miner JJ, Kim AH. Cardiac manifestations of systemic lupus erythematosus. Rheum Dis Clin North Am. 2014;40:51.
24: Dhillon PK, Adams MJ. Thrombosis in systemic lupus erythematosus: role of impaired fibrinolysis. Semin Thromb Hemost. 2013;39:434.
25: Lube GE, Ferriani MP, Campos LM, et al. Evans Syndrome at Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus Diagnosis: A Large Multicenter Study. Pediatr Blood Cancer. 2016;63:1238.
26: Romero-Díaz J, García-Sosa I, Sánchez-Guerrero J. Thrombosis in systemic lupus erythematosus and other autoimmune diseases of recent onset. J Rheumatol. 2009;36:68.
27: https://www.uptodate.com/contents/search 06.09.2019 tarihinde erişim sağlandı
28: Parker BJ, Bruce IN. High dose methylprednisolone therapy for the treatment of severe systemic lupus erythematosus. Lupus. 2007;16:387.
29. Chasset F, Francès C, Barete S, et al. Influence of smoking on the efficacy of antimalarials in cutaneous lupus: a meta-analysis of the literature. J Am Acad Dermatol. 2015;72:634.