

**MIOPATIE INFLAMATORIE IDIOPATICĂ ASOCIATĂ CU
SINDROMUL ANTIFOSFOLIPIDIC**

*Natalia Loghin-Oprea, Snejana Vetrilă, Lucia Mazur-Nicorici,
Virginia Șalaru, Minodora Mazur*

Pacienta N., 35 de ani, diagnosticată cu miopatie idiopatică inflamatorie din 2004, s-a adresat la medicul de familie, prezentând următoarele acuze: slăbiciune musculară simetrică în centura pelviană și fatigabilitate ușoară, disfagie pentru alimente solide, apariția unei zone de hiperemie la nivelul gambei stângi, însoțită de tumefiere și dureri.

Din istoricul bolii s-a stabilit că maladia a debutat prin apariția asteniei musculare în centura scapulară, ulterior pelviană, eritemului facial heliotrop, semnul șalului, mialgii, disfagie, artralгии, febră, anorexie și fatigabilitate ne semnificativă la început cu excedare în următoarea lună. Pacienta a fost cercetată prin investigații de laborator. De notat că perioada de la apariția primelor simptome până la concretizarea diagnosticului a durat circa o lună. Astfel, în baza acuzelor, rezultatelor de laborator – nivel crescut de creatinfosfokinază, date electromiografice sugestive și în consult cu reumatologul s-a emis diagnosticul de miopatie inflamatorie idiopatică, conform criteriilor de diagnostic Bohan și Peter (1975), bolnava fiind internată în Clinica Institutului de Cardiologie. A fost inițiat tratamentul cu glucocorticosteroizi (GCS) în doză de 0,75 mg/kg/zi – tab. metilprednisolon, 40 mg/zi în asociere cu puls-terapie programată în doză sumară de 1000 mg sol. metilprednisolon, i/v. Pacienta a semnalat dureri în treimea superioară a coapsei stângi asociate cu tumefiere, roșeață și hipertermie locală. S-a inclus tratament clexan, 0.2 ml, subcutanat de 2 ori/zi. La simptomele enunțate s-au suplimentat crampe în ambele picioare. La cercetare: indice protrombinic - 102%, INR - 0,72, anticardiolipina IgG - 98GPL și IgM 0,56 MPL. S-a constatat sindromul antifosfolipidic secundar.

De notat că durerile și slăbiciunea musculară au progresat, astfel încât pacienta a devenit dependentă de persoanele care să o îngrijească, ceea ce a dictat creșterea dozei de GCS la 90 mg/zi prednisolon-echivalent. Starea de gravitate extremă a durat o lună, timp în care a fost administrată puls-terapie repetată, program de reabilitare kinetoterapeutică, care s-a soldat cu ameliorare treptată. De asemenea, la tratamentul de bază a fost asociată tab. CaVit D3, heparine cu densitatea moleculară joasă (clexan, 0,4, subcutanat nr. 7). La momentul vizitei ordinare pacienta

administrează tratament de întreținere cu tab. Metilprednisolon, 4 mg/zi, tab Plaquenil 200 mg, tab CaVit D3 500 mg/zi, tab Aspirină 75 mg/zi și Enoxiparină, 20 mg-0,2 ml, s/c conform schemei. Obiectiv la momentul vizitei s-a constatat că pacienta prezintă eritem și tumefierea gambei stângi, căldură locală. Examenul sistemului musculoscheletal a relevat forța musculară măsurată prin testul muscular manual a 8 grupe de mușchi unilateral (MMT-8) care a acumulat 58 din 80 puncte, rezultat interpretat ca forță musculară moderată. Gradul de activitate a bolii s-a evaluat prin instrumente clinice: activitatea globală a bolii de către pacient prin scala PGA după VAS - 40 mm și de către medic – MDGA, care a indicat 15 mm, ceea ce relevă o activitate scăzută a bolii și denotă supraapreciere din partea pacientei. De notat că valorile enzimelor musculare au fost în limitele normei: creatinfosfokinaza -79 UI/l, ALAT-45 UI/l, ASAT-41 UI/l. Analiza datelor clinice și la o anamneză mai aprofundată s-a constatat că pe parcursul ultimilor 20 de luni pacienta a suportat un avort spontan la termenul de 7 săptămâni. Astfel, a fost recomandată ultrasonografia cu Doppler ce a confirmat tromboză venoasă a venei femurale. Diagnosticul la externare: miopatie inflamatorie idiopatică, activitate moderată, evoluție subacută. Sindrom antifosfolipidic secundar. Astfel, sindromul antifosfolipidic este caracterizat de tromboze venoase și arteriale și deseori de pierderi fetale recurente multiple, însoțite frecvent de trombocitopenie moderată în prezența fie a anti-coagulantului lupic, fie a titrelor crescute de anticardiolipină sau ambele. Pentru a diagnostica SAFL, un pacient ar trebui să aibă cel puțin o constatare clinică (tromboză venoasă, tromboză arterială, pierdere fetală recurentă, trombocitopenie) și o constatare de laborator (titre moderate sau mari de IgG sau IgM ale anticorpilor antifosfolipidici). Conform datelor literaturii, SAFL se clasifică în primar sau secundar altor afecțiuni, cum ar fi bolile autoimune, malignități, boli infecțioase sau condiții induse de medicamente. Maladiile autoimune raportate în asociere cu SAFL sunt: lupusul eritematos sistemic, sindromul Sjogren, scleroza sistemică, artrita reumatoidă, diabetul zaharat, tiroidită autoimună, boala mixtă a țesutului conjunctiv, vasculite, dar și miopatii. În datele literaturii asocierea sindromului antifosfolipidic cu miopatiile inflamatorii idiopatice a fost raportată ca prezentări de cazuri unice, ceea ce indică raritatea și necesitatea studierii acestora pe mai departe. În concluzie notăm, analiza cazului descris prezintă o particularitate a asocierii miopatiilor inflamatorii idiopatice cu asocierea sindromului antifosfolipidic la peste 16 ani de la debutul bolii.