

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI SINDROMULUI ANTIFOSFOLIPIDIC OBSTETRICAL LA PACINTĂ CU ANAMNESTIC AGRAVAT, CAZ CLINIC

Elena Samohvalov, Lucia Mazur-Nicorici, Snejana Vetrilă, Emilia Stici,
Ala Soroceanu, Minodora Mazur

Catedra Medicină Internă nr.3, IMSP Institutul de Cardiologie

Summary

Obstetrical antiphospholipid syndrome (OAPS) - is characterized by recurrent arterial and/or venous thrombosis and pregnancy morbidity, manifested by early or late losses and increase of aCL level. The clinical features of APS are multisymptomatic and involve in pathogenic process most organs and systems. The aim of study was the presentation of clinical case of obstetrical antiphospholipid syndrome in young patient, whose pregnancy resulted, the birth of healthy child with highlighting diagnostic and therapeutic options.

Rezumat

Studierea manifestărilor sindromului antifosfolipidic obstetrical (SAFLo) – afecțiune care se prezintă clinic cu recurențe de tromboze venoase sau arteriale și/sau patologie obstetricală și niveluri crescute de anticorpii anticardiolipinici. Tabloul clinic al SAFL este multisimptomatic implicând în procesul patogen majoritatea organelor și sistemelor. Obiectivul studiului: Prezentarea cazului clinic - sindromul antifosfolipidic obstetrical la pacienta tânără, sarcina căreia s-a soldat cu nașterea copilului sănătos după intervenția de diagnostic și terapeutică.

Întroducere

Maladiile autoimune reprezintă una din cauzele majore de morbiditate și mortalitate la femeile tinere. În ultimele decenii, un interes aparte îi revine sindromului antifosfolipidic (SALF), care este în vizorul savanților din lume.

Sindromul se instalează deseori prin prezența factorilor de risc așa ca producția de anticorpi antifosfolipidici, care sunt componente ai tuturor membranelor celulare.

Studierea sindromului antifosfolipidic, ce prezintă o maladie sistemică autoimună, care se manifestă prin tromboze arteriale și/sau venoase, patologie obstetricală (avort spontan, sarcini stagnante, moartea intrauterină a fătului, insuficiența placentară, naștere prematură, nașterea copilului mic) asociat cu nivel crescut de anticorpii antifosfolipidici (AL, aCL IgG, aCL IgM, anti B2 GPI), rămâne un domeniu de interes științific susținut.

În urma studiilor realizate pe diverse eșantioane și arii climatogeografice sunt afișate date că circa 5% din populația generală suportă sindromul antifosfolipidic, 75-90% pacienți cu SAFL sunt femei, de la 10 la 25% din femei cu avorturi spontane sau alte patologii obstetricale suportă SAFL, 25-50% din pacienți cu LES au SAFL, 1/3 din ictusul instalat la pacienții tineri (sub 50 ani) este asociat cu prezența anticorpilor anticardiolipinici.

Manifestările clinice ale sindromului antifosfolipidic sunt multisimptomatice, implicând în procesul patogen majoritatea organelor și sistemelor. Luând în considerare frecvența înaltă a SAFL în populație, complicațiile grave, ce pot interveni în baza patologiei date, mai mulți cercetători continuă investigațiile în acest domeniu atât în plan de diagnostic cât și tratament rațional.

Stabilirea diagnosticului precoce și tratamentul adecvat conduce la realizarea fiziologică a sarcinii.

Dept exemplu prezintă **cazul clinic** pacientei I., 35 ani, care s-a adresat pentru consultația reumatologului în perioada prepartum pentru planificarea sarcinii cu bilet de trimitere de la ginecolog, la policlinica universitară a USMF "Nicolae Testemițanu".

Anamneza: Se consideră bolnavă din 2000 când prima sarcină s-a soldat cu avort spontan la termenul de 8-9 săptămâni. Următoarea sarcină s-a instalat în 2004, avortul spontan s-a decolat la 6-7 săptămâni. În 2006 la a treia sarcina s-a contatat sarcină stagnată în evoluție la termenul de 8 săptămâni de gestație.

Ulterior, pacienta s-a adresat în 2009 pentru planificarea sarcinii la ginecolog, ulterior a fost consultată de reumatolog. A fost examinat anticoagulantul lupic – pozitiv (30%), aCL IgG – 28GPL, aCL IgM – 24GPL, IP – 100%, INR – 1,00, trombocitele - 360×10/l, Anti ds DNA – 29,0 UI/ml.

În urma consultului repetat a fost stabilit diagnosticul: Sindromul antifosfolipidic obstetrical. Avorturi spontane repetate în termenul 6-9 săptămâni, sarcină stagnată la 8-9 săptămâni.

Diagnosticul a fost plasat în subgrupul II conform clasificarea SAFLo, Sydney, 2006, ce presupune patologie obstetricală și nivel crescut de aCL și anticoagulantul lupic pozitiv.

Tratamentul administrat, planificat pentru 3 luni prepartum a fost asocierea Tab. Aspirina 75 mg + Sol.Clexan 0,4 ml. s/c – 10 zile a fiecărei luni pentru 3 luni consecutive.

Sarcina s-a instalat în a treia lună de tratament. La termenul de 12-13 săptămâni nivelul aCL IgG – a scăzut de la 28GPL la 12,5GPL și a fost luată decizia de a continua tratamentul cu Tab. Aspirina 75 mg/zilnic + Sol.Clexan 0,4 ml. s/c. A fost continuat tratamentul cu Tab. Aspirina 75 mg/zilnic și prelungit durata Sol.Clexan 4000 Un. s/c – pe perioada de până la 19-20 săptămâni de sarcina (5 cursuri).

USG efectuată la termenul de 12 și 19 săptămâni a arătat că dezvoltarea fătului este normală, corespunde termenului de gestație. Anomalii congenitale nu s-au depistat.

La 19-20 săptămâni aCL IgG – a constituit 6,5GPL, s-a decis de continuat Aspirina până la sfârșitul sarcinii și 6 săptămâni postpartum, și monitorizarea prin Doppler la 32 și 38 săptămâni, unde s-a constatat că fătul corespunde termenului de gestație și circulația placentară nu este dereglată.

Sarcina s-a soldat cu nașterea copilului sănătos la termenul de 38 săptămâni, pe calea naturală, cu masa la naștere 3150 gr., Caracteristica fătului la naștere – făt normal, după scorul Apgar corespunde cu 8 puncte.

În concluzie. O pacientă tânără cu 3 sarcini care a prezentat patologie obstetricală netratată, în sarcina a 4-a a fost diagnosticată cu SAFLo. După diagnosticul precoce și tratamentul administrat a născut copil sănătos.

Diagnosticul precoce și tratamentul adecvat presupune succesul sarcinii la paciente cu sindromul antifosfolipidic obstetrical.

Bibliografie

1. Branch DW, Khamashta MA. Antiphospholipid syndrome: obstetric diagnosis, management and controversies. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 1333-1344.
2. DW Branch, RM Silver and TF Porter “Obstetric antiphospholipid syndrome: current uncertainties should guide our way”, *Lupus* 2010; 19; 446
3. DW Branch, RM Silver and TF Porter “Obstetric antiphospholipid syndrome: current uncertainties should guide our way”, *Lupus* 2010; 19; 446
4. Graham R V Hughes (2009). *Understanding Hughes Syndrome: Case Studies for Patients*. Springer. ISBN 1-848003-75-7. 50 case studies to help you work out whether you have it.
5. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, *et al.* (2006). "International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS)". *J. Thromb. Haemost.* 4 (2): 295–306
6. Kaul M, Erkan D, Sammaritano L, Lockshin MD: Assesment of the 2006 revised antiphospholipid syndrome classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2007; 66:927-30.
7. Nash MJ, Camilleri RS, Kunka S, Mackie IL, Machin SJ, Cohen H: The anticardiolipin assay is required for sensitive screening for antiphospholipid antibodies. *J Tromb Haemost* 2004; 2: 1077-81.
8. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром.- М.: «Литера», 2004. – 440 с.