

7. Roldan CA, Chavez J, Wiest PW, et al. Aortic root disease and valve disease associated with ankylosing spondylitis. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32:1397–1404.
8. Sieper J, Rudwaleit M, Khan MA, Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:401–417.
9. Smith JA, Marker-Hermann E, Colbert RA. Pathogenesis of ankylosing spondylitis: current concepts. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:571–591.
10. Yildirim A, Aksoyek S, Calguneri M, et al. Echocardiographic evidence of cardiac involvement in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2002; 21: 129–134.

DISLIPIDEMIILE ÎN CADRUL POLIMIOZITEI ȘI DERMATOMIOZITEI

Snejana Vetrilă, Minodora Mazur, Stela Mancuș

Catedra Medicină Internă nr.3, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Dyslipidemia in polymyositis and dermatomyositis

The idiopathic inflammatory myopathies (IIM) have reported lipid metabolism disorders. It was demonstrated that the dose below 10 mg did not influence lipid spectrum. The aim: To describe MII associated with deviations of lipid profile. Material and methods: The study group included 20 patients with myopathies examined by validated instruments in rheumatology: 11 - with polymyositis (PM) and 9 patients with dermatomyositis (DM), divided into two subgroups: group I - 12 pts with dyslipidemia and group II – 8 pts with normal lipid profile indices. Results: In study group women: men ratio was 1,8:1, the average age at onset - 43.0 ± 2.4 years, mainly with PM. Dyslipidemia was installed more frequently in women of reproductive age in half cases associated with dysmenorrhea. Glucocorticosteroids (GCS) cumulative dose was more 15 g in 58.3% and 62.5% patients in group I and II which is considered high dose. The results of Diseases Activity Score (DAS) were 9.55 vs 7.47 points in group I and II, respectively. Systemic implications showed predominance of cardiovascular damage and nervous system in pts with dyslipidemia. Conclusions: In IIM dyslipidemia is often installed in women, the average age and correlates with high disease activity. Cumulative GCS dose and body mass index does not affect lipid panels.

Rezumat

Studierea miopatiilor inflamatorii idiopatice (MII) a raportat tulburări ale metabolismului lipidic. S-a demonstrat că doze mai mici de 10 mg de glucocorticoizi nu influențează spectrul lipidic. Scopul: Descrierea MII asociate cu devieri ale profilului lipidic. Materiale și metode: studiul a inclus 20 de pacienți cu miopatii evaluați prin instrumente validate în reumatologie: 11 - cu polimiozită (PM) și 9 pacienți cu dermatomiozită (DM), divizați în două subloturi: lotul I - 12 pacienți cu dislipidemie și lotul II - 8 pct. cu indicii normali ai profilului lipidic. Rezultate: În studiu raportul femei : bărbați a fost 1,8:1, vârsta medie la debut - 43.0 ± 2.4 ani, mai frecvent la pacienții cu PM. Dislipidemia s-a instalat mai frecvent la femeile de vârstă reproductivă, în jumătate de cazuri asociate cu dismenoree. Doza cumulativă de Glucocorticoizi (GCS) în 58, 3% și 62. 5% din pacienți în lotul I și II, a fost mai mare de 15 g care este considerată ca doză mare. Scorului activității bolii (DAS) a fost de 9. 55 vs 7. 47 puncte în grupa I și II, respectiv. Analiza implicărilor sistemice a conturat afectarea sistemului cardiovascular și nervos la pacienții cu dislipidemie. Concluzii: Dislipidemia în MII se instalează adesea la femeile de vârstă medie și corelează cu activitatea înaltă a bolii. Doză cumulativă de GCS și indicele masei corporale nu afectează spectrul lipidic.

Actualitatea

Miopatiile inflamatorii idiopatice (MII) reprezintă un grup eterogen de patologii autoimune, caracterizate prin afectarea progresivă a mușchilor scheletici, exprimate prin astenie musculară proximală și asociate cu activizarea enzimelor serice, tulburări depistate prin electromiografie, inflamație în biopsia musculară și afectări sistemice [1].

Cercetările realizate în ultimii ani au raportat incidența MII între 2 și 10 cazuri la un milion populație pe an, fiind răspândită în toate zonele geografice de pe glob. În ultimii ani s-a observat o creștere a incidenței acestei patologii explicate prin creșterea numărului de alergeni, neoplasmelor cât și diagnosticării mai precoce a maladiei. Polimiozita și dermatomiozita sunt cele mai răspândite forme clinice ale MII, cu instalare la orice vârstă manifestând o incidență bimodală cu vârfurile între 5-14 și 45-60 ani. Datele literaturii afirmă un raport genurial de 2-3:1 în favoarea femeilor, rezultatele studiilor din Republica Moldova estimează raportul femei bărbați de 1,8:1 [7].

Ultimele probe științifice au afișat trei factori majori responsabili de producerea miopatiilor: predispoziția genetică, infecția și factorii ambientali. În patogenia PM și DM în prim plan se plasează implicațiile imunologice care corelează cu factorii cauzali ai bolii. A fost demonstrată importanța imunității celulare și umorale în dezvoltarea bolii prin prezența în serul pacienților a unui șir de autoanticorpi. Anomaliile imunologice sunt prezente în evoluția miopatiilor idiopatice, în consecință au fost descrise două grupuri de anticorpi cu valoare diagnostică: autoanticorpi specifici miozitei și autoanticorpi asociați miozitei. Savanții au observat particularități clinico-evolutive pentru fiecare grup cercetat, având corelație cu profilul clinic, serologic și evoluția bolii [3].

La moment se utilizează metode de investigare preluate din alte domenii cum ar fi: electromiografia, ultrasonografia țesuturilor moi, tomografia computerizată, cât și cercetările histopatologice ce au facilitat stabilirea diagnosticului. Actualmente datorită perfecționării metodelor și tehnicilor de cercetare asupra MII s-au elaborat un șir de instrumente de evaluare a bolii. Setul de măsurări pentru estimarea evoluției bolii în MII prevede aprecierea puterii musculare, prin testul muscular manual (MMT), aprecierea activității globale a bolii prin scara analogică vizuală (VAS) de către medic și pacient, scorul activității bolii prin DAS (Disease Activity Score) și stabilirea lezării în miozite prin MDI (Myositis Damage Index). În atenția savanților a fost studierea cauzelor de întârziere a diagnosticului, deoarece adesea pacienții sunt tratați de alți specialiști – neurologi, dermatologi, endocrinologi, ceea ce duce la modificarea formei patologiei sau la agravarea evoluției bolii. Astfel au fost evidențiate așa semne clinice ca fatigabilitatea, subfebrilitatea, disfonia care se instalează la etapele precoce ale MII [7].

Principiile moderne de tratament a PM/DM prevăd administrarea de durată a glucocorticoizilor, remediilor imunosupresive, preparatelor antimalarice, etc. În consecință, utilizarea îndelungată a corticosteroizilor se soldează cu efecte nedorite, precum necroza aseptică a capului femural, osteoporoza, creșterea riscului de infecții, hipertensiune arterială, disechilibrul hormonal, diabetul zaharat etc. În acest context în literatură s-au semnalat tulburări ale metabolismului lipidic la pacienții cu MII [4]. Se presupune că dislipidemiile sunt susținute de doza diurnă de prednizolon. S-a sugerat că doza mai mică de 10 mg nu influențează spectrul lipidic, de vreme ce creșterea dozei induce majorarea trigliceridelor și a apolipoproteinei B în ser, deasemenea suscită o majorare nesemnificativă a colesterolului și a fracției HDL, concomitent cu majorarea evidentă a LDL [5]. Este cunoscut, că dislipidemiile sunt factor de risc în dezvoltarea patologiei cardiovasculare, inclusiv a accidentelor vasculare. Un studiu desfășurat pe un lot de 344 de pacienți cu MII a raportat cardiopatie ischemică în 26% inclusiv 13% cu hiperlipidemie. Un alt studiu efectuat pe un lot de 80 subiecți cu PM/DM a concluzionat că pacienții cu miopatii prezintă o incidență crescută a evenimentelor cardiovasculare. Cercetătorii au constatat o incidență de 13,8 pentru infarct miocardic acut și 5,1 pentru accidente cerebrale acute conturând așa factori de risc ca HTA și dislipidemia [6].

Conștientizând importanța problemei și actualitatea ei ne-am propus să studiem particularitățile evoluției polimiozitei și dermatomiozitei însoțite pe parcursul evoluției bolii cu devieri ai indicilor lipidogramei.

Obiectivele

1. Evaluarea comparativă a pacienților cu polimiozită/dermatomiozită prin prisma dislipidemiilor
2. Evidențierea caracteristicilor clinice și paraclinice ale miopatiilor inflamatorii asociate cu dislipidemii
3. Aprecierea particularităților dislipidemiei la pacienții cu miopatii
4. Elucidarea indicilor asociați dislipidemiilor la pacienții cu polimiozită și dermatomiozită

Material și metode

Studiul s-a desfășurat la Catedra Medicină Internă nr. 3, USMF „Nicolae Testemițanu” în baza clinică a Institutului de Cardiologie. În conformitate cu ipoteza de lucru am examinat un lot de 20 de pacienți cu miopatie inflamatorie idiopatică, inclusiv 11 pacienți cu polimiozită și 9 cu dermatomiozită, stabilit în conformitate cu criteriile de diagnostic al polimiozitei și dermatomiozitei (Bohan A., Peter I., 1975). Pacienții au fost divizați în două subloturi: primul fiind constituit din PM/DM cu dislipidemie și cel de al doilea pacienți cu PM/DM cu indicii spectrului lipidic normali. Evaluarea s-a efectuat în baza chestionarelor și a presupus: apartenența de sex, vârsta de debut a maladiei, vechimea bolii, anamneza eredocolaterală, indicele masei corporale, manifestările clinice ale bolii, indicii paraclinici inclusiv lipidograma și doza cumulativă de glucocorticosteroizi. Studiul a prevăzut și examinarea pacienților pe organe și sisteme prin metode acceptate în reumatologie.

Analiza rezultatelor asupra 20 de pacienți cu miopatii inflamatorii idiopatice a conturat că raportul polimiozită și dermatomiozită a constituit 1,2:1, cu predominarea polimiozitei. Am constatat predominarea femeilor, raportul femeii : bărbați constituind 1,8:1. Din tabel reiese că circa $\frac{2}{3}$ pacienți au o durată a bolii mai mare de 24 luni. Cele relatate ne permit să concluzionăm că lotul cercetat este predominant de femei de vârstă medie, cu durata bolii de peste 24 luni.

La momentul includerii în studiu indiferent de vechimea bolii am estimat activitatea globală a bolii prin scara analogică vizuală - Visual Analogical Scale (VAS) și scorul activității bolii - Disease Activity Score (DAS). Un alt instrument la care am apelat este indexul lezării organice - Myositis Damage Index (MDI), apreciat la pacienții cu o durată a bolii mai mult de 6 luni, termen admis pentru atestarea spectrului de injurii organice ireversibile produse de maladie.

Astenia musculară a fost obiectivizată prin aprecierea puterii musculare în extremitățile superioare și inferioare utilizând testul muscular manual (MMT), apreciată în puncte (1-10) conform scalei propusă de Florens P., 1993.

Nivelul enzimelor serice de origine musculară (CPK, izoenzima CPK-MB și LDH) și a transaminazelor (aspartataminotransferaza (AST) și alaninaminotransferaza (ALT)) s-au titrat prin metoda cinetica.

Examenul electromiografic s-a efectuat conform conduitelor standart cu ace electrozi inserați în mușchi. Au fost examinați următorii indici: activitatea bioelectrică spontană, activitatea inserțională, amplitudinea și traseul interferențial, caracteristicile potențialului unităților motorii - durată, numărul și amplituda fazei.

Examenul histologic muscular a fost realizat selectiv prin metoda standart de prelevare a biopsiei din mușchii scheletici proximali implicați în procesul patologic.

Spectrul lipidic a inclus aprecierea colesterolului total prin metoda fotometrică, valorile normale fiind considerate sub 5,0 mmol/l. Lipoproteinele de densitate joasă (LDL) au fost

calculate prin formula Friedewald, iar cele cu densitate înaltă (HDL) au fost calculate prin metoda enzimatică. Limitele normale au presupus HDL > 1,0 mmol/l, LDL < 3,0mmol/l, iar pentru trigliceride (TGL) intervalele de referință au constituit < 1,77 mmol /l.

Doza cumulativă de glucocorticosteroizi (GCS) a fost calculată după doza de prednizolon sau metiprednizolon administrat pe toată durata bolii, inclusiv prin puls terapie. Astfel doza cumulativă GCS a fost apreciată joasă sub 5g, medie 5-15 g și peste 15g a fost considerată doză mare. Prin examenul Doppler al arterelor carotide a fost apreciată grosimea complexului intima-media și prezența plăcilor ateromatoase.

Rezultate

În corespundere cu design-ul studiului pentru compararea rezultatelor obținute în urma acestui bloc de cercetări pacienții au fost divizați după prezența tulburărilor metabolismului lipidic.

Tabelul 1

Caracteristicile pacienților cu PM/DM în raport cu dislipidemii

Parametrii evaluați	Lotul I cu dislipidemii n-12 (%)	Lotul II fără dislipidemii n - 8 (%)	χ^2	p
Bărbați	2 (16,67)	5 (62,50)		
Femei	10 (83,33)	3 (37,50)	4,33	< 0,05
Rural	4 (33,33)	7 (87,5)		
Urban	8 (66,67)	1 (12,5)	8,89	< 0,05
Forma clinico- patologică				
Polimiozită	8 (72,7)	3 (37,50)	1,65	> 0,05
Dermatomiozită	4 (44,4)	5 (62,50)		
Vârsta medie la momentul cercetării, ani	42,2±2,65	43,2±4,24		
Durata medie a bolii, luni	39,4±1,65	46,2±4,24		

Astfel am obținut două loturi: lotul I - 12 pacienți cu PM/DM cu dislipidemii și lotul II – 8 pacienți fără dislipidemii, ce denotă că tulburările profilului lipidic sunt mai pregnante în PM - la 8 (66,7%) pacienți vs 4 (33,3%) cu dermatomiozită.

În lotul cu dislipidemii am observat predominarea femeilor în raport de 2:1. Am constatat diferențe în vârsta medie a pacienților din lotul I a fost de 40,0±2,62 ani pe când în lotul II de 56,0±4,24 ani. Repartiția a demonstrat că după durata bolii a demonstrat că loturile au fost omogene: 39,4±1,65 luni în lotul cu dislipidemii și 46,2±4,24 luni în lotul fără dislipidemii. Evaluarea indicelui de masă corporală am obținut că în ambele loturi rezultatele au fost similare.

În continuare am studiat influența zonei de reședință asupra dezvoltării dislipidemiei la pacienții cu PM/DM și am constatat că majoritatea pacienților cu dislipidemii provin din mediul urban 8 (66,6%) în timp ce în lotul fără dilipidemii din spațiul rural 7 (87,5%).

Analiza respectării criteriilor de diagnostic în cele două loturi relevă că astenia musculară proximală la momentul cercetării s-a manifestat similar la 11(91,7%) și 7 (87,5%) la pacienții fără dislipidemie. Enzimele serice, au demonstrat nivele crescute pentru cel puțin una din cele 4 enzime, testul fiind pozitiv mai pregnant în lotul I - 11(91,7%) vs 6 (75%) în lotul II.

Modificările electromiografice caracteristice pentru PM și DM s-au atestat pozitive la 10 (83,3%) și, respectiv 6 (75%). Manifestările cutanate s-au regăsit sub diverse forme la pacienții

cu dermatomiozită criteriu decisiv în diagnosticul acestei forme de MII, fiind relevată în 62,5% cazuri la pacienții fără dislipidemie vs 50% cazuri la pacienții cu dislipidemie.

Așadar evaluarea după criterii a demonstrat că pacienții din ambele loturi au respectat cele 5 criterii de diagnostic, de menționat, astenie musculară, enzimele serice crescute și electromiografie modificată mai relevante în ambele loturi.

În conformitate cu obiectivele studiului, am particularizat manifestările clinice generale ale polimiozitei/dermatomiozitei pe loturi. Acuzele și semnele clinice prezentate de pacienți în perioada de stare a bolii au fost divizate în fenomene generale, musculare, articulare, vasculare și tegumentare. Analiza variabilele obținute în cele două loturi formate: cu dislipidemie și fără dislipidemie a conturat, că febră și stări subfebrile au invocat mai frecvent pacienții cu dislipidemii 7 pacienți, comparativ cu doar 2 pacienți din lotul fără dislipidemie. Scăderea ponderală și inapetență a fost consemnată proporțional în ambele loturi.

Reieșind din datele studiului am constatat, că alopecie au prezentat pacienții din ambele grupuri cu o distribuție similară, fiind relevată în lotul I la 6 (50%) și la 5 (62,5%) în lotul II. Fatigabilitatea a fost prezentă uniform în ambele loturi fiind un semn evocator la debutul bolii.

Astfel am stabilit că manifestările generale s-au prezentat la fiecare pacient prin cel puțin unul din semnele clinice incluse în această categorie indiferent de prezența sau absența dislipidemiei. Rezultatele obținute ne permit să afirmăm că febră și stări subfebrile sunt mai frecvente la pacienții cu dislipidemie, odată ce alte semne generale se regăsesc în egală măsură în ambele loturi.

Studierea exprimărilor musculare, articulare și vasculare ale polimiozitei/dermatomiozitei a relevat că implicarea musculaturii scheletale exprimată prin astenie musculară în centura scapulară s-a manifestat prin dificultăți de motilitate și opunere a rezistenței, care presupun deficiențe de îngrijire precum ridicarea brațelor de asupra capului sau la pieptănat-semnul „cămășii”. Datele din tabel relevă că astfel de semne au prezentat pacienții din ambele grupuri uniform 10 (83,3%), și 6 (75%) în lotul I și II respectiv. Astenia musculaturii pelviene s-a manifestat prin dificultăți în urcatul treptelor-semnul „autocarului”, am remarcat distribuirea ei similară atât la pacienții cu dislipidemii cât și la cei fără, fiind atestată în 11 (91,7%) și respectiv, 7 (87,5%) cazuri.

Durerile musculare proximale, localizate în centura scapulară și pelviană, au fost mai frecvente în lotul cu dislipidemii

Caracterul sindromului articular la pacienții cu dislipidemii a fost dominat de forma oligoarticulară întâlnită la 8 (66,7%) vs 2 (25%) la pacienții fără dislipidemie lucrurile stau altfel, în cadrul lor poliartritele se întâlnesc în 5 (62,5%) cazuri pe când oligoartritele în cazuri. Caracterul sindromului articular la pacienții cu dislipidemii a fost dominat de forma oligoarticulară întâlnită la 8 (66,7%) vs 2 (25%) la pacienții fără dislipidemie.

Fenomenul Raynaud a fost prezent uniform în ambele grupuri - la 8 (66,7%) cazuri în primul lot și 7(75%) în lotul al doilea. Am abordat și alte manifestări, așa ca disfonia și putem relata că acest semn clinic, în pofida apariției lui precoce, adesea nu era menționat activ de pacienți. S-a constatat că coborârea timbrului vocii a fost mai semnificativă la pacienții fără dislipidemie estimată în 7 (87,5%) vs 8 (66,7%) cazuri la cei cu dislipidemie. Disfagie au invocat mai frecvent pacienții cu dislipidemie prezentă în 10 (83,3%) cazuri, comparativ cu 5 (62,5%) cazuri la cei fără dislipidemie, și s-a caracterizat prin dificultăți la deglutiție a alimentelor atât solide cât și lichide. .

Manifestările viscerale în cadrul PM/DM semnifică activitatea severă a bolii și sunt consecințele implicării atât a musculaturii tubului digestiv, a mușchiului cardiac, mușchilor intercostali cât și a țesutului interstițial pulmonar. Pe de altă parte, afecțiunile sistemice pot fi rezultatul efectelor adverse ale tratamentului de durată administrat, inclusiv cu glucocorticosteroizi, citostatice și remedii antiinflamatorii nesteroidiene. Am evaluat pacienții divizați în cele două loturi – miopatii cu dislipidemii și miopatii fără dislipidemii în funcție de prevalența afecțiunilor organo-sistemice.

Analizând rezultatele obținute, am constatat diverse implicări în procesul patologic al sistemului respirator mai accentuate în lotul fără dislipidemii prezente la 5 (41,7%) cazuri la pacienții cu MII și dislipidemii, și în 5 (62,5%) cazuri la pacienții fără dislipidemie.

Ponderea afecțiunilor cardiovasculare, identificate de altfel în ambele grupuri de studiu au evidențiat modificări electrocardiografice traduse prin aritmii prezente în 7 (58,3%) și 5 (62,5%) cazuri pacienții cu dislipidemii și fără, respectiv. Tulburările de conducere au fost identificate mai rar, înregistrându-se similar în ambele grupuri.

Evaluarea Echo-cardiografică, inclusiv prin metoda Doppler a fost solicitată pentru aprecierea stării și funcției miocardului, aparatului valvular și pericardului. Astfel hipertrofia miocardului a predominat în lotul I, confirmată prin EcoCG în 5 (41,67%) cazuri comparativ cu 3 (37,50%) din lotul cu dislipidemii.

Hipertensiunea arterială s-a apreciat cu o pondere semnificativă în lotul cu dislipidemii fiind prezentă la 6 (75%) vs 6 (50%) cazuri în lotul fără dislipidemii. Prin metoda Doppler a arterelor carotide am constatat modificări patologice ca îngroșarea complexului intima-medie, prezența plăcilor aterosclerotice la nivelul vaselor consemnate cu o frecvență mai mare la pacienții cu PM/DM cu dislipidemii în 5 (41,7%) vs 2 (25,0%) pacienți fără dislipidemii.

Rezultatele analizei particularităților patologiei digestive au relevat un spectru larg de injurii digestive la pacienții cu PM/DM, ce ne-a permis să le structurăm în manifestări digestive superioare și manifestări digestive inferioare. Manifestările digestive superioare au inclus: disfagia, esofagitele de reflux, ponderea lor fiind de 6 (58,3%) la pacienții cu dislipidemii și de 4 (50%) la pacienții fără dislipidemii. Prin manifestări digestive inferioare am presupus: dismotilități gastro - intestinale, dureri abdominale, gastroduodenite, enterocolite, acestea fiind diagnosticate mai rar. Semne de steatoză hepatică la 4 (33,3%) pacienți cu dislipidemii și doar la 1 pacient fără tulburări ale spectrului lipidic.

Afectările din sfera sistemului nervos au fost regăsite sub diferite simptome și sindroame cauzate de maladia de bază sau de maladii concomitente. Cefalee, semne de depresie, indispoziție, tulburări psihice și pseudoepilepsia au dominat în lotul I- 8 (66,7%) vs 3 (37,5%) pacienți din lotul II.

Astfel analiza implicărilor sistemice pe loturi a conturat că pacienții cu dislipidemii au manifestat mai frecvent aritmii, blocuri cardiace, HTA și modificări patologice în arterele carotide. De asemenea am constatat diferențe privitor la afectarea sistemului nervos care a suferit mai accentuat în lotul cu dislipidemii.

Din considerente că în lotul cu dislipidemii au predominat femeile de vârstă medie am elucidat corelarea dislipidemiei cu manifestările endocrine, în special dismenoreea. Am constatat că circa jumătate din femeile cu dislipidemii au prezentat dereglări ale ciclului menstrual. Aceste rezultate ne-au sugerat ideea că fonul de estrogeni are impact nefavorabil asupra tulburărilor metabolismului lipidic (fig. 1).

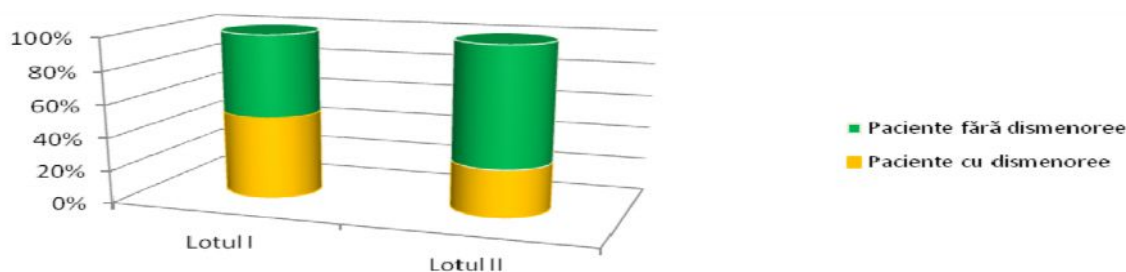


Fig.1. Ponderea dismenoreei în cadrul PM/DM

Pentru aprecierea particularităților devierilor metabolismului lipidic în PM/DM am analizat indicii profilului lipidic pe loturi. Am obținut că valoarea medie a colesterolului total la pacienții cu dislipidemii a constituit 7,81mmol/l (i.v. 5,35 - 9,8 mmol/l). Nivelul HDL-Co a avut valori

normale cu media de 1,38 mmol/l. Am constatat o majorare semnificativă a fracției LDL-Co, nivelul mediu fiind de 5,66 mmol/l. Trigliceridele în lotul cu dislipidemii au fost normale, valoarea medie fiind de 1,06 mmol/l.

În concluzie putem afirma că dislipidemia la pacienții cu PM/DM se manifestă prin creșterea colesterolului total și fracției LDL, ce confirmă tipul II de dislipidemie în clasificarea fenotipică după Fredrickson (OMS, 1970) [2].

Pentru aprecierea influenței GCS asupra dezvoltării dislipidemiei am calculat doza cumulativă de glucocorticosteroizi și am constatat că 7 (58,3 %) vs 5 (62,5 %). Astfel nu am conturat conexiunea dislipidemiei cu doza cumulativă de GCS la pacienții cu PM/DM.

Pacienții au fost evaluați prin instrumente validate în miopatii. În materialul pe care îl prezentăm sunt reflectate rezultatele de măsurare la pacienții cu PM/DM a puterii musculare prin testul muscular manual (TNM), estimarea globală a activității bolii prin VAS apreciat de către doctor și pacient, DAS și lezarea organică prin MDI.

La evaluarea globală a activității bolii prin VAS, conform metodologiei de aplicare a testului, am luat în considerare doar procesele patologice induse de MII, pe când manifestările clinice produse de alte boli nu au fost considerate. Rezultatele obținute la evaluarea bolii după VAS în cele două loturi au reflectat valoarea VAS mai mare la pacienții cu dislipidemie 6,55 puncte, decât la cei fără dislipidemie 5,45 puncte. Aceasta sugerează ipoteza că dislipidemia compromite mai accentuat starea globală a pacientului comparativ cu pacienții fără dislipidemie, datele fiind obiectivizate prin aprecierea dată concomitent de doctor și de pacient.

În aceeași ordine de preocupări, prin analiza datelor obținute s-a conturat că activitatea bolii la pacienții incluși în studiu se atestă la valori medii. De notat, că la pacienții cu dislipidemie activitatea bolii - DAS a fost cuantificată mai înaltă 9,45 puncte comparativ cu 7,47 puncte la pacienții fără dislipidemie (fig.2). Aprecierea indexul lezării în miopatii – MDI, am obținut punctaje medii cu diferențe semnificative pe loturi: 9,8 vs 6,45 puncte în lotul cu dislipidemii și fără, respectiv.

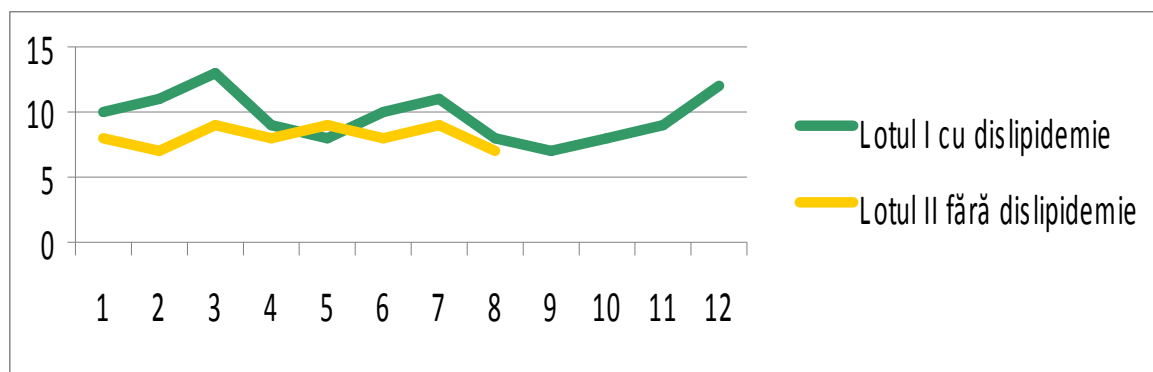


Fig. 2. Activitatea bolii DAS, puncte

Rezumând cele relevate la această etapă a studiului, consemnăm unele particularități ale indicilor cuantificați prin instrumente de evaluare la pacienții cu PM/DM cu dislipidemii. Evaluarea globală a bolii, gradul de activitate și lezare organică a bolii s-au arătat mai pregnante la pacienții cu dislipidemie.

Discuții

La etapa contemporană s-au realizat succese remarcabile în diagnosticul, monitorizarea evolutivă a MII, în particular a PM/DM, bazate pe realizări, tehnici de cercetare fundamentală și de cuantificare a indicilor prin aplicarea instrumentelor de evaluare.

Referitor la frecvența diferitor forme clinice ale MII, datele literaturii variază. Datele proprii, deduse pe un lot de 20 pacienți au apreciat predominarea PM, diagnosticată la 12 (60%)

vs 8 (40%) cu DM. Prin suprapunerea cu rezultatele altor studii este cert, că datele noastre s-au dovedit a fi apropiate cu cele afișate de cercetătorii din Brazilia. Rezultatele obținute privitor la vârstă urmează aceleași tendințe precum cele menționate în majoritatea studiilor epidemiologice efectuate în alte arii geografice.

Prin analiza apartenenței de sex în lotul cercetat am constatat predominarea femeilor în raport de 1,8:1. Datele noastre sunt similare cu alte studii care au relatat faptul că femeile se îmbolnăvesc mai frecvent de MII, totuși raportul genurial obținut de noi deviază ușor de la proporțiile afișate în literatură, ce afirmă o morbiditate inegală mai evidentă între sexe, estimând un raport genurial de 2-3:1. Am constatat, însă, coincidența cu relatările lui Scola R. și Khadilkar I.

Analiza manifestărilor sistemice la pacienții cu PM/DM a conturat că afectarea SCV și SN au fost mai pregnante în lotul cu dislipidemii și s-au manifestat pentru sistemul cardiovascular prin hipertensiune arterială, tulburări de ritm, afectarea sistemului nervos se caracterizează prin cefalee, indispoziție, semne depresive, tulburări psihogene [40]. Rezultate reflectate similare și în alte studii.

Evaluarea indexului activității bolii - DAS la pacienții cu PM/DM incluși în studiu a demonstrat o valoare mai înaltă la pacienții fără dislipidemie. Rezultatele afișate în literatură au raportat corelarea activității bolii în alte maladii sistemice, spre exemplu în lupusul eritematos sistemic cu dezvoltarea aterosclerozei, însă sugestii despre corelarea activității bolii cu instalarea tulburărilor metabolismului lipidic în miopatii lipsesc. Aceasta confirmă actualitatea temei și lasă loc pentru cercetări mai profunde în acest domeniu.

Concluzii

1. Dislipidemiile au fost atestate la pacienții cu MII atât în PM, cât și în DM, cu predilecție la polimiozită.
2. Analiza caracterului dislipidemiei la pacienții cu PM/DM a constatat subtipul II al hiperbetalipoproteinemiei, notă distinctivă fiind nivelul nesemnificativ crescut al HDL-Co.
3. Dislipidemia s-a instalat mai frecvent la femei de vârstă reproductivă, asociate în jumătate cazuri cu dismenoree, ce sugerează impactul nefavorabil al gestagenilor asupra ei.
4. Rezultatele de evaluare a parametrilor obținuți prin instrumente au confirmat că dislipidemia a corelat cu activitatea înaltă a bolii.
5. Analiza lotului cu dislipidemie a demonstrat asocierea ei cu manifestările sistemice prin predominarea afectării sistemului cardiovascular și nervos.

Bibliografie

1. Bohan A., Peter J. Polyimiositis and dermatomyositis. on: N. Engl. J. Med. 1975, Vol. 292,
2. Botnaru V. Dislipidemiile: ghid de practică medicală. Chișinău 2004, 101 p.
3. Callen J., Wortmann R. Dermatomyositis. on: Clin. Dermatol. 2006, vol. 24, p. 363-373
4. Dugan E; et al. Photoessay of the cutaneous manifestations of the idiopathic inflammatory myopathies, in: Dermatology online journal. 2009, vol.15, nr.2, p.11.
5. Ginsenberg H., Goldenberg I. Afecțiuni ale metabolismului lipoproteic. În Harrison Principiile medicinei interne, Ediția a II, Vol.II, Teora București, 2001 p.2353-2364
6. Limaye V, et al “ Idiopathic inflammatory myositis is associated with a high incidence of hypertension and diabetes mellitus” Int J Rheum Dis 2010; 13: 132- 37.
7. Lundberg I. Inflammatory Idiopathic Myopathies. on: EULAR Compendium on Rheumatic Diseases sub redacția Bijnsma J. Italia: LEGO, 2009, 824 p.
8. Mazur M. et al. Comparison of disability and quality of life in systemic lupus erythematosus and inflammatory idiopathic myopathies. on: Ann Rheum Dis. 2006, p.351.