

Denumirea canalului media: **Politici de Sănătate, www.politicidesanatate.ro**

Titlul știrii: **Sindromul antifosfolipidic. Dialog medicină - boală**

Data publicării: **31.05.2022**

Categoria: **acasă**

Articol pozitiv/neutru/negativ: **neutru**

Rezumat: Interviu cu dr. Ion Dumbrăveanu, doctor habilitat în medicină, Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Link: <https://www.politicidesanatate.ro/sindromul-antifosfolipidic-dialog-medicina-boala/>

*Revista*  
**POLITICI  
DE SĂNĂTATE**  
*Dăm cuvântul specialiștilor*  
ISSN 2501-2584 / ISSN-L 2501-2576

ROMÂNIA  
INDUSTRIE  
SERVICII  
AGRICULTURĂ  
ENERGIE  
MEDICINĂ  
INFORMATICĂ

IMPRESUNĂ  
INVINDEM  
CANCERUL

**România are nevoie  
de acțiuni urgente  
de reducere a poverii bolii**  
PROIECT DERIVAT DE ARPM ȘI REVISTA POLITICI DE SĂNĂTATE

---

GENERAL   ȘTIRI   REVISTA ::   ȘCOALA PACIENȚILOR   EVENIMENTE ::

---

## SINDROMUL ANTIFOSFOLIPIDIC. DIALOG MEDICINĂ – BOALĂ

← ACASĂ

---

**31 mai** 10:29  
2022

---



*Interviu cu prof. universitar dr. Lucia Mazur-Nicorici, doctor habilitat în medicină, Disciplina Cardiologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „N. Testemițanu”.*

*Sindromul antifosfolipidic (SAFL) este o afecțiune în care sistemul imunitar creează în mod eronat anticorpi care atacă țesuturile din organism, fiind descris pentru prima dată de Hughes în 1983. Despre sindromul antifosfolipidic, care poate evolua cu aceleași manifestări clinice și paraclinice ca boală unică sau asociat altor boli autoimune, a relatat prof. univ. dr. Lucia Mazur-Nicorici, doctor habilitat în medicină, Disciplina Cardiologie, Departamentul*

*Medicină Internă, USMF „N. Testemițanu”.*

---

### Care este morbiditatea și mortalitatea pacienților cu sindrom antifosfolipidic?

Incidența SAFL este de circa 5 cazuri la 100 de mii de locuitori, prevalența generală fiind de 40-50 de cazuri la 100 de mii de locuitori. Mortalitatea prin sindromul antifosfolipidic la 5 ani post-diagnostic este de circa 5%, în cazul SAFL catastrofic, acest indicator ajunge până la 50% din cazuri, anticorpii antifosfolipidici se descoperă accidental la 5% din populația sănătoasă, motiv pentru care ei se consideră că au semnificație diagnostică numai în prezența manifestărilor clinice. Dar majoritatea oamenilor sunt diagnosticați cu SAFL între 20 și 50 de ani și afectează de la 3 până la 5 ori mai multe femei decât bărbați.

---

### Ce tipuri ale Sindromului antifosfolipidic se cunosc?

SAFL primar, secundar (în cadrul altor boli, mai cu seamă în maladiile autoimune), SAFL obstetrical (asociat cu patologii pe perioada gestației, pierderi fetale recurente), SAFL catastrofic, definit ca tromboză în mai multe organe ce se dezvoltă simultan sau într-o perioadă scurtă și care pune în pericol viața, și SAFL seronegativ, inclus ca mijloc de clasificare și cercetare a pacienților care nu prezintă nici o caracteristică a lupusului eritematos sistemic sau a altei boli definite.

### **Care sunt cauzele de declanșare a SAFL?**

Sindromul antifosfolipidic fiind o tulburare autoimună de cauză necunoscută, se presupune că cercetarea posibilor declanșatori ar distra atenția de la inițierea acestui proces. SAFL poate fi clasificat în două grupuri din punct de vedere etiologic: primar – atunci când nu există o cauză evidentă a instalării SAFL, și secundar – dereglări ale sistemului imun, inclusiv o boală autoimună, infecții, sarcină, cancer sau anumite medicamente. Mai potrivit ar fi de luat în considerare factorii de risc: sexul feminin, variațiile genetice, insuficiența vitaminei D, sarcina, utilizarea de contraceptive orale, intervențiile chirurgicale, neoplaziile, sindromul nefrotic și stresul psihologic. Evidențele actuale au descoperit o gamă largă de boli autoimune sau maladii reumatologice asociate, infecții și medicamente care sunt asociate cu anticorpii Anticoagulantul lupic (AL) sau anti-cardiolipinul (aCL). Aceste asocieri pot oferi în cele din urmă un indiciu asupra etiologiei SAFL. La un număr impunător dintre persoanele cu boli autoimune, cardiologice, boli canceroase se depistează un nivel crescut de anticorpi anti-fosfolipidici (aFL). Printre bolile comune autoimune care dezvoltă anticorpi aFL sunt lupusul eritematos sistemic, sindromul Sjögren, artrita reumatoidă, purpura trombocitopenică autoimună, artrita psoriazică ș.a.

### **Care sunt manifestările clinice ale sindromului antifosfolipidic?**

Tromboze venoase și arteriale recurente și, de obicei, cu aceeași localizare, patologie obstetricală (inclusă între criteriile clinice de diagnostic), manifestări neurologice (foarte frecvent întâlnite și extrem de variate, ex. ictus, atacuri ischemice tranzitorii, neuropatii ischemice, pierderea auzului, demența, encefalopatia acută ischemică, manifestări cardiace, cutanate, renale, hematologice. Pacienții cu sindrom antifosfolipidic rareori evoluează spre o formă catastrofică a sindromului, caracterizată prin infarcte multiple de organ, ce determină insuficiența multiplă de organ în câteva zile și mortalitate crescută.

### **Cum se determină diagnosticul sindromului antifosfolipidic?**

Diagnosticul sindromului antifosfolipidic se stabilește de medicul reumatolog, în staționar, conform criteriilor de clasificare revizuite și publicate în urma unui consens internațional în 2006, care se bazează pe prezența a cel puțin un criteriu clinic și un criteriu de laborator, ca și în cazul criteriilor originale de clasificare Sapporo 1998. Criteriile clinice constau în tromboza vasculară și morbiditatea sarcinii, confirmate de constatările din studii imagistice, studii Doppler sau histopatologie. Studiile imagistice sunt utile pentru confirmarea unui eveniment trombotic.

Cât privește criteriile de laborator, acestea au fost substanțial revizuite și presupun titre înalte ale anticorpilor antifosfolipidici ce includ anticorpii anticardiolipinici de tip IgG și/sau IgM, determinări efectuate la cel puțin 12 săptămâni, și prezența anticoagulantului lupic la determinări efectuate la cel puțin 12 săptămâni interval, și prezența anticoagulantului lupic în titru înalt. În plus, grupul de consens internațional a inclus în cadrul criteriilor revizuite de laborator și anticorpii anti beta2 glicoproteina I IgG/IgM.

### **Care este tratamentul sindromului antifosfolipidic?**

Variatatea de simptome specifice și severitatea SAFL, precum și existența acestuia ca o tulburare izolată sau împreună cu o altă condiție autoimună, reprezintă o provocare pentru medicul practician în contextul managementului de caz. Problemele majore ce se impun în conduita terapeutică a SAFL includ tratamentul manifestărilor tromboembolice acute, selectarea terapiei de anticoagulare și durata acesteia. Câteva puncte de reper pentru conduita terapeutică integrată a pacientului cu SAFL: profilaxia primară în diverse situații clinice, SAFL obstetrical – recomandările EULAR pledează pentru utilizarea aspirinei în doze mici pentru profilaxia primară la femeile care nu sunt însărcinate, dar au antecedente de SAFL obstetrical (cu sau fără LES), la pacienții cu LES este recomandată profilaxia cu doze mici de aspirină, iar în cazul pacienților cu risc scăzut administrarea aspirinei ar putea fi luată în considerare. Profilaxia secundară cu anticoagulate pe termen lung este elementul principal al terapiei pentru pacienții cu sindrom antifosfolipidic și antecedente de tromboză.

### ***Managementul formelor particulare de SAFL***

- Aspirină în doze mici (de exemplu, 75 mg pe zi) pentru cei cu dovezi ecocardiografice de îngroșare valvulară, fără caracteristici clinice ale embolizării sistemice.
- Anticoagulare (de exemplu, heparină și/sau warfarină, cu menținerea INR de 2 până la 3) pentru pacienții cu vegetații, embolizare sistemică sau infarct miocardic.

Cele două considerente majore la pacienții cu SAFL și trombocitopenie sunt tratamentul corect al trombocitopeniei și siguranța anticoagulării. În concluzie, conduita terapeutică a pacienților cu SAFL trebuie să fie una individualizată, evaluând riscurile pacientului de tromboză versus hemoragie și ajustând schemele terapeutice la factorii de risc individuali, la manifestările clinice și paraclinice ale bolii, la toleranța individuală, precum și la contextul în care trebuie inițiată sau continuată schema terapeutică. Ca medicație profilactică rămâne administrarea unor doze mici de aspirină, iar ca tratament și profilaxie secundară a recurențelor evenimentelor trombotice sunt anticoagulantele orale (warfarina) și heparinele cu masă moleculară mică.

***de Elena Roșca***

