

Systemische lupus erythematosus

16 februari 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

Welke autoantistof is het sterkst geassocieerd met systemische lupus erythematosus (SLE)?

- a. Dubbelstrengs-DNA-antistoffen (anti-dsDNA)
- b. Antineutrofiële cytoplasmatische antistoffen (c-ANCA)
- c. Acetylcholinereceptorantistoffen (AChR-Ak)
- d. Reumatoïde factor (RF)

Systemische lupus erythematosus (SLE) is een auto-immune aandoening gekenmerkt door klinische en serologische diversiteit. De prevalentie ligt tussen 20 en 150 gevallen per 100.000 personen, met een verhouding vrouwen/mannen van 9/1 tussen de puberteit en de menopauze.

SLE wordt veroorzaakt door een auto-immuunreactie waarin het aangeboren en het adaptieve immuunsysteem een ongepaste reactie geven op autoantigenen. In de algemene populatie is de prevalentie van antinucleaire antistoffen (ANA's) hoog (13%), wat het vermoeden doet rijzen dat nog bijkomende factoren (zoals genetische voorbeschiktheid, het geslacht, stochastische factoren) hierin een rol spelen.

De diagnosestelling vormt een uitdaging voor de clinicus, zeker in de vroege stadia van de aandoening, wanneer er onvoldoende klinische kenmerken zijn om aan de diagnostische criteria te voldoen. De diagnostische criteria voor lupus bestaan uit minstens 1 positieve ANA (titer > 1/80) in combinatie met bijkomstig gewogen criteria gegroepeerd in 7 klinische (constitutioneel, hematologisch, neuropsychiatrisch, mucocutaan, serosaal, musculoskeletaal, renaal) en 3 immunologische (antifosfolipidenantistoffen, complementverbruik, SLE-specifieke antistoffen) domeinen, gewogen van 2 tot 10 punten. Voor de classificatie van lupus is er minstens 1 klinisch criterium nodig en ≥ 10 punten.

Klinische opvolging van de ziekteactiviteit is van cruciaal belang omdat de ernst hiervan bij de aanmelding als prognostische factor geassocieerd is met mortaliteit. Een betrouwbare maatstaf voor de ziekteactiviteit is de SLEDAI-score.

Naast het registreren van de ziekteactiviteit is fundamentele aandacht vereist voor de ontwikkeling van comorbiditeiten en orgaanschade. Deze comorbiditeiten kunnen een rechtstreeks gevolg zijn van de ziekte (chronische nierinsufficiëntie, atherosclerose) en/of de therapie. De chronische inname van glucocorticoïden kan resulteren in diabetes mellitus, cataract, een afname van de botdensiteit en osteonecrose. Immunosuppressiva verhogen het risico op infecties, premature menopauze en veelvuldige hospitalisaties.



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Van parapneumonische effusie naar polyserositis...](#)

Auteur(s): A. JACOBS, O. SCHOCKAERT, S. MADDENS

DOI: 10.2143/TVG.76.16.2003119

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.