

• Uvod • Klinički znaci • Dijagnoza • Prognoza

Uvod Suhi recidivišući pleuritis (rijetko sa obilnijom eksudacijom) je vrlo česta manifestacija SLE-a i može mjesecima pa i godinama da prethodi pojavi drugih oštećenja.

Plućne promjene nisu rijetke. One su vrlo raznovrsne u pojedinim slučajevima, promjenjive u toku evolucije i pokazuju takođe sklonost ka regresiji (osobito u toku liječenja) i recidivima. Rendgenološki a ponekad ni histološki nalaz nije dovoljan da precizira u kojoj mjeri su te promjene specifične za »lupusnu pneumopatiju« ili su pak posljedica sekundarne infekcije.

Na rtg snimku pluća mogu se vidjeti linearne atelektaze, mrljaste ili veće infiltrativne sjenke slične apatičnim pneumonijama, ponekad nalazimo retikulonodularni tip zasjenčenja. Promjene su promenljive i po broju i po izgledu, spontano ili sa liječenjem iščezavaju bilo potpuno bilo ostavljajući izvjestan stepen fibroze.

Karakteristične pleuroplućne promjene koje pobuđuju sumnju na SLE su recidivi pleuritisa i subpleuralnih pneumonitisa sa posljedičnom pleuroplućnom fibrozom u kortikobazalnim dijelovima pluća, fiksacijom i progresivnim podizanjem dijafragme.

Histološke promjene u plućima su od slučaja do slučaja vrlo različite i često manje izražene nego što bi se očekivalo prema kliničkom i rtg nalazu. One mogu biti kompromitovane i zbog toga neprecizno definisane uslijed prisustva sekundarnih fenomena (infekcija, kongestija, uremija).

Pojedinačni opisi ističu prisustvo mucionoznog materijala u intersticijalnom tkivu pluća (Baggenstoss) ili ognjišta fibroidne degeneracije alveolarnih zidova sa eventualnim nastankom fibroze u fazi izliječenja (Tollum). Međutim, nema podataka u literaturi o nalazu difuzne fibroze pluća u SLE-u.

Infiltracije sa mononuklearnim ćelijama alveolarnih zidova, trombozama plućnih kapilara, i eventualnim interalveolarnim hemoragijama takođe su opisane. Ovim promjenama u interalveolarnom vezivnom tkivu često se pridružuje alveolarna atelektaza sa prisustvom hijalinog materijala u alveolama i gubitkom alveolarne arhitekture.

Ove atelektatične promjene mogu biti manje ili veće a nekada i brojne osobito u donjim dijelovima pluća. Njima se pripisuju rtg promjene koje se vide u vidu linearnih, mrljastih pa i infiltrativnih sjenki. One se okrivljuju za postepeno podizanje dijafragme, smanjenu rastežljivost bazalnih dijelova pluća, smanjenje plućnih volumena i poremećaj mehanike disanja. Kod ovakvih anatomskih promjena u kliničkoj slici po pravilu dominira dispnea.

Na plućnom vaskulamom sistemu konstatovane su promjene na velikim i malim plućnim arterijama u vidu diseminovane fibrinoidne nekroze sa zadebljanjem i tromboemboličnim manifestacijama.

Klinični znaci Najčešći je nalaz tranzitornog i recidivirajućeg pleuritisa obične bez ili sa imalo eksudata. Izljev je bistar, rijede hemoragičan, sa dosta proteina a negativnom Rivaltinom probom. Nekada se u izljevu nalaze Lő ćelije. Rekurentna febrilna stanja sa kašljem, oskudnom ekspektoracijom i bolovima u grudima, koja ne reaguju na primjenu antibiotika a promptno na kortikosteroide su izraz pretežno plućne afekcije. Kod nekih slučajeva glavni simptom je dispnea sa rtg nalazom znatno podignute dijafragme.

Dijagnoza Klinička dijagnoza bazira se još uvijek na udruženosti simptoma i znakova koji ukazuju na postojanje sistemskog obolenja, međutim treba obavezno zahtijevati dokazivanje antinukleannog faktora, odnosno LE ćelija.

Za dijagnozu SLE-a potrebno je da postoji obavezni dva ili više važnih kriterijuma ili, obavezni,, jedan važan i dva manje važna kriterijuma.

Kriterijumi za dijagnozu Medical Research Council («Collagen Disease« Panel) su obavezni: SE veća od 20 mm u prvom času, odgovarajući egzantem (rush), leukopenia (manje od 5000 cm³), nalaz LE ćelija.

Manje važni su: artralgije ili artritis, serozitis, retinitis, proteinurija, lažno pozitivan WAR.

Prognoza Bolest se karakteriše zamasima i rijede dužim remisijama. Konačni ishod je krajnje nepovoljan.