

Casus 14.1

Systemische lupus erythematosus (SLE)

Een voorheen gezonde vrouw van 28 jaar meldt zich bij de huisarts met al enige tijd bestaande klachten van moeheid, huiduitslag en pijn en zwelling in de gewrichten van haar handen.

De jonge vrouw heeft een rode huiduitslag (erytheem) in het gezicht en de hals en een milde gewrichtsontsteking, symmetrisch in beide handen. Bloedonderzoek laat een verhoogde bezinking zien (48 mm/uur), een normaal CRP en een normaal aantal leukocyten. Dipstickanalyse van de urine laat een licht positieve reactie op eiwit zien.

De huisarts besluit door te verwijzen naar een internist/reumatoloog vanwege verdenking op een systemische (auto-immuun)aandoening. In de tussentijd is er sprake van toename van de moeheid en gewrichtspijn en heeft zich een vage pijn ontwikkeld in de onderrug. Tevens valt op dat haar urine meer is gaan schuimen tijdens het plassen. Onderzoek door de reumatoloog bevestigt de gewrichtsontsteking. Zonlichtovergevoeligheid (fotosensitiviteit) wordt gezien als oorzaak van de huiduitslag. Aanvullend laboratoriumonderzoek toont wederom een verhoogde bezinking (75 mm/uur), nu een verhoogd CRP (41 mg/l) en een lichte lymfopenie ($0,48 \times 10^9/l$). Verder is er sprake van een verhoogd creatinine (320 $\mu\text{mol/l}$), duidend op een nierfunctiestoornis. Dit wordt bevestigd door urineonderzoek, waarbij eiwit en bloed worden aangetoond (proteïnurie en hematurie). Verder is complementfactor C3 verlaagd (0,62 g/l).

Antinucleaire antistoffen (ANA) worden bepaald; deze zijn sterk positief (titer 640, homogeen en met een fijn gespikkeld patroon). Tevens worden anti-dsDNA-antilichamen positief bevonden (127 IU/ml) en laat de ENA-typing de aanwezigheid van anti-SS-A/Ro-antilichamen zien. Op basis van bovenstaande kliniek (synovitis, fotosensitiviteit, lymfopenie en nierfunctiestoornis) en laboratorium (positieve ANA en positieve anti-dsDNA-antilichamen) wordt de diagnose SLE gesteld, conform de geldende classificatiecriteria voor deze aandoening.

Een nierbiopt wordt afgenomen en bij immunofluorescentieonderzoek worden neerslagen (deposities) van immunoglobuline en complement langs de glomerulaire basaalmembraan gevonden. Dit is kenmerkend voor een membraneuze glomerulopathie secundair aan SLE (lupus nefritis).

Immuunmodulerende en suppressieve therapie (prednison, hydroxychloroquine en azathioprine) wordt gestart, waarbij zowel kliniek als laboratorium langzaam maar zeker verbetering laat zien. De therapie wordt afgebouwd tot onderhoudsniveau en de patiënte wordt regelmatig ter controle teruggezien. Hierbij worden anti-dsDNA-antilichamen bepaald en wordt de nierfunctie nauwlettend in de gaten gehouden.

Een jaar later is er sprake van een exacerbatie van SLE, waarbij de nierfunctie verslechtert, die echter door een tijdelijke ophoging van de medicatie onder controle kan worden gebracht.