

Οξεία λοίμωξη από ιό Parvo-B19 που μιμείται συστηματικό ερυθματώδη λύκο και πρώιμη ρευματοειδή αρθρίτιδα

Γ. ΒΟΣΒΟΤΕΚΑΣ
Γ. ΤΣΙΜΗΡΙΚΑΣ
Ε. ΒΡΙΤΖΑΛΗ
Α. ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ
Α. ΣΟΦΟΣ
Λ. ΣΕΠΤΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κλινική εικόνα με αιφνίδιας έναρξης οξέος εμπύρετου συνδρόμου με συνοδό κακουχία και συμμετρική πολυαρθρίτιδα αποτελεί συχνή εκδήλωση διαφόρων αυτοάνοσων νοσημάτων. Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 42 ετών με οξύ εμπύρετο πολυαρθριτικό σύνδρομο, και κλινική και ανοσολογική εικόνα που μιμούσαν ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθματώδη λύκο, η οποία μετά από εκτεταμένο έλεγχο διαπιστώθηκε ότι έπασχε από οξεία λοίμωξη με τον ιό Parvo-B19.

Ελληνική Ρευματολογία 2007, 18(4): 350-352

Όροι ευρετηρίου: Parvovirus B19, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οξέως εμφανιζόμενο πολυαρθριτικό σύνδρομο με συνοδό πυρετό και κακουχία αποτελεί συχνή εκδήλωση αυτοάνοσων νοσημάτων. Οι παρακλινικές εξετάσεις και ο ανοσολογικός έλεγχος κατευθύνουν συνήθως την κλινική εικόνα προς μια συγκεκριμένη ανοσολογική οντότητα και επισφραγίζουν την κλινική υποψία θέτοντας την τελική διάγνωση. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις όπου το διαγνωστικό πεδίο δεν είναι αρκετά ξεκάθαρο επιβάλλεται λεπτομερής και ευρεία διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση.

Παρουσιάζεται περίπτωση γυναίκας 42 ετών με οξύ εμπύρετο πολυαρθριτικό σύνδρομο και κλινική και ανοσολογική εικόνα συμβατή με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθματώδη λύκο η οποία έπασχε από οξεία λοίμωξη με τον ιό Parvo-B19.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 42 ετών εισήχθη στην κλινική μας τον Μάιο του 2005



Ρευματολογικό Τμήμα Α΄ Παθολογικής
Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου
Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ και Ρευματολογική
Κλινική Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
Διεύθυνση αλληλογραφίας:
e-mail: tsimirik@yahoo.gr

για οξύ εμπύρετο (37,8 °C) σύνδρομο, διόγκωση των αρθρώσεων και πόνο, μυαλγίες, κακουχία και επίμονη πρωινή δυσκαμψία.

Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε συμμετρική πολυαρθρίτιδα των μικρών και μεγάλων αρθρώσεων (αγκώνες, πηχεοκαρπικές, μετακαρπιοφαλαγγικές, ποδοκνημικές, μεταταρσιοφαλαγγικές, γόνατα). Η ασθενής παραπονέθηκε για ξηροφθαλμία που επιβεβαιώθηκε με θετικό Schirmer test (2 mm αμφοτερόπλευρα) και υποβλήθηκε σε βιοψία σιελογόνων αδένων η οποία ήταν αρνητική για το σύνδρομο Sjogren. Κανένα άλλο αξιόλογο παθολογικό εύρημα δεν διαπιστώθηκε από την υπόλοιπη κλινική εξέταση.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε λευκοπενία (2.900×10^3 K/μl), **αναιμία (Ht=35,8%), με φυσιολογικό αριθμό αιμοπεταλίων (230.000/μl)**, αύξηση της TKE (44 mm) με φυσιολογική τιμή της **C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, θετικό ρευματοειδή παράγοντα (RF=205 με φ.τ. <20 iu/ml)** και αντικιτρουλινικά αντισώματα (anti-CCP=70,78 με φ.τ. <15 u/ml), θετικά αντιπυρηνικά (1/640) και anti-dsDNA αντισώματα με φυσιολογικά επίπεδα των κλασμάτων C3 και C4 του συμπληρώματος. Τα anti-ENA αυτοαντισώματα, το αντιπηκτικό του λύκου, τα αντικαρδιολιπινικά αντισώματα ήταν αρνητικά καθώς επίσης αρνητικοί ήταν και οι δείκτες λοίμωξης από τους ιούς της ηπατίτιδας (HbsAg και anti-HCV) **και από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)**. Ο υπόλοιπος εργαστηριακός έλεγχος ήταν χωρίς αξιοσημείωτα ευρήματα. Οι απλές ακτινογραφίες έδειξαν διόγκωση των μαλακών μορίων των προσβεβλημένων αρθρώσεων.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η εκδήλωση της οξείας συμμετρικής πολυαρθρίτιδας δεν συσχετιζόταν με ανάλογη αύξηση των πρωτεϊνών οξείας φάσης, όπως επίσης και το γεγονός ότι τα επίπεδα του συμπληρώματος ήταν φυσιολογικά, προχωρήσαμε σε περαιτέρω διερεύνηση για τα αντισώματα (IgM και IgG) έναντι του ιού Parvo-B19. Οι τίτλοι για τα IgM=55 (φ.τ. <13 iu) και τα IgG=335 (φ.τ. <35 iu) ήταν υψηλοί και συμβατοί με πρόσφατη λοίμωξη. Διενεργήθηκε PCR για το DNA του ιού στον ορό της ασθενούς και το

αποτέλεσμα ήταν επίσης θετικό.

Η ασθενής έλαβε αρχικά μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα με φτωχή ανταπόκριση και στη συνέχεια της χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή σε χαμηλές δόσεις (πρεδνιζολόνη 7,5 mgr/24ώρο) με εξαιρετική ανταπόκριση. Κατά τη διάρκεια της προοδευτικής διακοπής κορτικοστεροειδών τα συμπτώματα υποτροπίασαν, οπότε στην αρχική δόση των κορτικοστεροειδών προστέθηκε και λεφλουνομίδη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι γνωστό ότι η λοίμωξη με τον ιό Parvo-B19 μπορεί να προκαλέσει οξεία εισβολή πολυαρθρίτιδας με πόνο και διόγκωση στις μικρές, μεσαίες και μεγάλες αρθρώσεις και εμμένουσα, συνήθως, πρωινή δυσκαμψία, ενώ περισσότεροι από το 12% των ασθενών μπορεί να αναπτύξουν παρατεταμένα συμπτώματα από τις αρθρώσεις¹⁻³. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 6 μήνες, αλλά μπορεί να επιμένουν και πάνω από 8 έτη. Η λοίμωξη από ιό Parvo B19 σχετίζεται και με εξωαρθρικές εκδηλώσεις όπως εξάνθημα, αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία ή παγκυταροπενία. Οι πρωτεΐνες οξείας φάσης μπορεί να είναι φυσιολογικές ή και ελαφρά αυξημένες και ο ρευματοειδής παράγοντας μπορεί να ανιχνεύεται σε χαμηλούς ή υψηλούς τίτλους. Επίσης μπορεί να ανιχνευτούν θετικά ANA ή anti-DNA ή αντιφωσfolιπιδικά αντισώματα⁴. Τα αυτοαντισώματα όταν συνυπάρχουν είναι συνήθως παροδικά. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την εύρεση στον ορό IgM αντισωμάτων έναντι του ιού Parvo-B19, ενώ η αναγνώριση μόνο IgG αντισωμάτων έναντι του ιού δεν είναι διαγνωστική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία λοίμωξη με τον ιό Parvo-B19 μπορεί να εκδηλωθεί με κλινική εικόνα που θυμίζει αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος ή η ρευματοειδής αρθρίτιδα^{1,2,6,8}. Πολλές φορές συνηγορούν σ' αυτό και τα εργαστηριακά ευρήματα τα οποία και μπορούν να περιπλέξουν τη διαγνωστική σκέψη^{4,5}. Επομένως σε περιπτώσεις

οξείας εμφάνισης πολυαρθρικού συνδρόμου με εργαστηριακά ευρήματα συνοδού ανοσολογικής διέγερσης, φρόνιμο είναι στη διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση να περιλαμβάνεται και η λοίμωξη με τον ιό Parvo-B19^{6,7}. Με βάση τη βιβλιογραφική έρευνα, αυτή είναι η πρώτη αναφορά στη διεθνή βιβλιογραφία περιγραφής οξείας λοίμωξης με τον ιό Parvo-B19 που μιμείται συστηματικό ερυθματώδη λύκο και πρώιμη ρευματοειδή αρθρίτιδα, εμφανίζοντας ταυτόχρονα υψηλούς τίτλους RF και anti-CCP αντισωμάτων στον ορό της ασθενούς. Τονίζεται ότι η συνύπαρξη RF και anti-CCP αντισωμάτων είναι σημαντικά διαγνωστικά για ρευματοειδή αρθρίτιδα.

ABSTRACT

Acute infection with Parvovirus B19 mimicking systemic lupus erythematosus and early rheumatoid arthritis.

G. Vosvotekas, G. Tsimirikas, E. Vritzali, A. Theodoridou, A. Sofos, L. Settas.

Acute-onset of symmetric polyarthritis with fever and malaise is a frequent presentation of various autoimmune diseases. We present a case of a 42-year old female with acute-onset symmetric polyarthritis with clinical and laboratory findings that mimic systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis, which after further investigations fulfill the diagnosis of acute infection with Parvovirus B19.

Hellenic Rheumatology 2007, 18(4): 350-352

Key words: *Parvovirus B19, systemic lupus erythematosus, rheumatoid Arthritis.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Soderlund-Venermo M, et al. Persistence of human parvovirus B19 in human tissues. *Pathol Biol (Paris)* 2002;50:307
2. Naides SJ, et al. Rheumatologic manifestations of human parvovirus B19 infection in adults. Initial two-years clinical experience. *Arthritis Rheum* 1990;33:1297
3. S.E. Banks, S.J Naides. Rheumatic manifestations of Acute and Chronic Viral Arthritis Diagnosis and Treatment. *Current Rheumatology*.2004;48:354-6
4. De Rycke L, Peene I, Hoffman IEA, Kruithof E, et al. Rheumatoid factor and anti-citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: diagnostic value, associations with radiological progression rate, and extra-articular manifestations. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1587-93.
5. Suzuki K, Sawada T, Murakimi A, Tohmas S, et al. High diagnostic performance of ELISA detection of antibodies to citrullinated antigens in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2003;32:197-204.
6. P. Seve, T. Ferry, M. Koenig, P. Cathebras, H. Rousset, C. Broussolle. Lupus-like presentation of Parvovirus B19 infection. *Sem Arthritis Rheum* 2004;34:642-8.
7. R. Caliscan, S. Masatlioglou, M. Aslan, S. Altum et al. The relationship between arthritis and human parvovirus B19 infection. *Rheumatol Int* 2005;26:7-11.
8. G. Neshner, T.G. Osborn, T.L. Moore. Parvovirus infection mimicking systemic lupus erythematosus. *Sem Arthritis Rheum* 1955;24:297-303.