

LÚPUS – COMPREENDER MELHOR OS DOENTES E A DOENÇA

Maria José Santos*

Nas últimas décadas têm sido enormes os progressos no conhecimento do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). O número anual de casos diagnosticados tem aumentado continuamente, o diagnóstico é mais precoce e os avanços no tratamento tiveram um impacto dramático na esperança de vida dos doentes¹.

A importância dos estudos de coorte

Todavia os doentes com lúpus não são todos «iguais», sabemos que existem subgrupos com pior prognóstico. Os estudos observacionais de coorte, utilizando metodologia rigorosa e efectuando avaliações periódicas, permitiram caracterizar com detalhe manifestações clínicas, estabelecer correlações clínico-laboratoriais, compreender o impacto da comorbilidade (aterosclerose precoce, osteoporose, neoplasias) e identificar factores prognósticos (genéticos, socio-económicos, demográficos, comportamentais)². Um excelente exemplo é o grupo LUMINA, resultado da colaboração entre três Universidades, duas dos EUA e uma de Porto Rico.

Factores genéticos e não genéticos

A avaliação longitudinal desta coorte multiétnica de doentes com LES gerou informação de grande qualidade sobre o papel dos factores genéticos e não genéticos na evolução e no prognóstico do lúpus³. Estamos ainda longe de compreender as complexas interações entre os factores genéticos e não genéticos, mas ambos parecem ser relevantes para o aparecimento e modulação do LES. A predisposição genética é evidente nos casos de famílias *multíplex* e de gémeos monozigóticos. Estão identificados marcadores genéticos de susceptibilidade e gravidade da doença, mas simultaneamente existem

dados que consubstanciam o papel dos factores ambientais no desencadear e na evolução do lúpus. Estudos como o LUMINA são uma excelente ajuda para o esclarecimento das peças deste *puzzle*.

Neste número da Acta Reumatológica, S Chaia-mnuay e G Alarcón trazem-nos dados seleccionados dessa coorte elucidativos das diferenças existentes entre doentes *hispânicos* do Texas, *hispânicos* de Porto Rico, afro-americanos e caucásicos, quer a nível da expressão clínica, quer do prognóstico da doença⁴. A etnia sobressai em todas as análises como variável predictiva da actividade, de manifestações trombóticas e de dano. Os doentes de origem afro-americana e *hispânicos* do Texas pontuam pior em todas estas avaliações, mas são também os que têm uma situação socio-económica mais desfavorável.

Realidade nacional

Apesar do elevado número de emigrantes residentes em Portugal, não dispomos de dados referentes a minorias étnicas. Cerca de 12% dos doentes com LES que frequentam a consulta de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta são de etnia africana, originários principalmente dos países africanos de expressão oficial portuguesa, o que indicia uma prevalência aumentada de LES entre os negros, comparativamente à população caucásica. Este aumento de prevalência do LES foi constatado entre os emigrantes de origem africana e afro-caribeanos residentes no Reino Unido e EUA, comparativamente ao que sucede em África, onde o lúpus é considerado uma doença relativamente rara^{5,6}.

Tal como sucede noutros países, também em Portugal os indivíduos de origem africana são uma população social e economicamente mais desfavorecida. Existe uma correlação inversa entre o nível sócio-económico dos doentes e a gravidade do lúpus, medida pela actividade inflamatória, dano ou mortalidade^{7,8}. Extrapolando estes dados para o nosso país, então teremos aqui uma população

*Assistente Hospitalar Graduada de Reumatologia
Editor-Associado da Acta Reumatológica Portuguesa
Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

onde é de esperar mais casos de LES e de maior gravidade, logo justificando uma maior atenção por parte da comunidade médica.

Para que num futuro próximo possamos dispor de dados nacionais, multicênticos, prospectivos, é necessário reunir esforços, boas vontades, conhecimentos e principalmente trabalhar em conjunto.

Referências

1. Uramoto K M, Michet CJ Jr, Thumboo J, Sunku J, O'Fallon WM, Gabriel SE. Trends in the Incidence and Mortality of Systemic Lupus Erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum* 1999; 42(1): 46-50.
2. Urowitz MB, Gladman DD. Contributions of Observational Cohort Studies in Systemic Lupus Erythematosus: The University of Toronto lupus Clinic Experience. *Rheum Dis Clin North Am* 2005; 31(2): 211-221.
3. Uribe AG, McGwin G Jr, Reveille JD, Alarcón GS. What have we learned from a 10-year experience with the LUMINA (Lupus in Minorities; Nature vs. nurture) cohort? Where are we heading? *Autoimmun Rev*. 2004 Jun; 3(4): 321-9.
4. Chaiamnuay S, Alarcón GS. Lupus in minorities. The LUMINA cohort: selected findings. *Acta Reum Port*. 2005;30:215-23.
5. Symmons DP. Frequency of lupus in people of African origin. *Lupus*. 1995 Jun; 4(3):176-8.
6. Molokhia M, McKeigue PM, Cuadrado M, Hughes G. Systemic lupus erythematosus in migrants from West Africa compared with Afro-Caribbean people in UK. *Lancet* 2001;357(5):1414-1415.
7. Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA et al. The independence and stability of socioeconomic predictors of morbidity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1995 Feb;38(2):267-73.
8. Walsh SJ, Algert C, Gregorio DI, Reisine ST, Rothfield NF. Divergent racial trends in mortality from systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1995;22(9): 1663-8.

Endereço para correspondência:

Maria José Santos
Serviço de Reumatologia
Hospital Garcia de Orta
Av. Torrado da Silva
2800 Almada
E-mail: MJPS@netvisao.pt

XII Congresso Português de Reumatologia

Ponta Delgada

27-29 de Abril de 2006

Limite de Envio de Resumos

31 de Janeiro de 2006

IOF World Congress of Osteoporosis

Canadá, Toronto

2-6 de Junho de 2006

Limite de Envio de Resumos

6 de Dezembro de 2005