**EFICACITATEA PLASMEFEREZEI**

**ÎN CLEARANCE-UL ANCA LA PACIENȚI CU VASCULITE**

**Manole Cojocaru**

 **Vasculitele sistemice**descrise prima oară ca entitate în 1866, sunt considerate afecţiuni rare, incidenţa lor anuală fiind ~1/100.000 locuitori, existând diferenţe semnificative între anumite tipuri de vasculite sau grupe populaţionale. Se caracterizează prin semne inflamatorii tipice la nivelul peretelului vascular, inflamaţia putând afecta arterele de orice dimensiune şi de asemenea venele. Există diferite tipuri de clasificări ale vasculitelor în funcţie de criteriile folosite: mărimea vasului afectat, etiologia, anatomopatologia, mecanismul patogenic, prezenţa unor markeri imuni – autoanticorpi anticitoplasma neutrofile (ANCA). Paraclinic, vasculitele se caracterizează prin sindrom inflamator foarte intens, modificări imunologice nespecifice şi uneori markeri imuni cu o oarecare specificitate reprezentaţi de ANCA. Odată cu descrierea ANCA s-a încercat utilizarea acestora drept criteriu pentru clasificarea vasculitelor descriindu-se o subclasă de vasculite ANCA-pozitive, categorie în care sunt incluse: granulomatoza cu poliangeită (granulomatoza Wegener, GPA), sindromul Churg-Strauss şi poliangeita microscopică (MPA), entităţi care au în comun afectarea arterelor medii şi mici, riscul crescut de interesare renală şi lipsa de implicare a complexelor imune în patogenia bolii. În aceste vasculite sunt prezenți ANCA, motiv pentru care aceste afecțiuni sunt denumite vasculite ANCA-asociate. Granulomatoza cu poliangeită este o vasculită sistemică cronică care afectează vasele sanguine mici şi medii, în special cele de la nivelul căilor respiratorii superioare (nas şi sinusuri), căilor respiratorii inferioare (plămâni) şi de la nivelul rinichilor. Termenul „granulomatoză” se referă la aspectul microscopic al leziunilor inflamatorii care formează mici noduli multistratificați în interiorul și în jurul vaselor. Poliangeita microscopică afectează vasele mici. Clinic, simptomele generale (oboseală, febră, scăderea în greutate) alcătuiesc adesea tabloul clinic de debut, ulterior manifestările clinice variază în funcţie de tipul vaselor afectate (mici, mijlocii, mari). Afectarea vaselor mici se poate manifesta prin: purpură, polinevrită, episclerită, hemoptizii sau microhematurie, afectarea vaselor mijlocii poate conduce la infarcte în diferite organe cum ar fi cord, rinichi, intestine, extremitaţi, dar şi ale vaselor cerebrale (cu apariţia „stroke”), iar afectarea vaselor mari se manifestă ca sindrom de arc aortic sau ocluzie venoasă trombotică. Diagnosticul se bazează pe evaluarea manifestărilor clinice, coroborată cu rezultatul analizelor de sânge şi urină, precum şi cu investigaţiile imagistice (ecografie, radiografie, CT, RMN, angiografie). La majoritatea pacienților tratați în mod corespunzător, boala poate fi controlată și remisia acesteia poate fi obținută. Tratamentul pentru vasculitele cronice primare este complex și se desfășoară pe termen lung. Scopul tratamentului este de a ține pacientul sub control cât mai curând posibil (terapie de inducție) precum și de a menține controlul pe termen lung (terapie de întreținere), evitând în același timp efectele secundare ale medicamentelor. Tratamentele sunt indicate în mod individual în funcție de vârsta pacientului și de severitatea bolii. Prognosticul vasculitelor primare (rare) este foarte variabil. Acesta depinde nu numai de tipul și gradul de afectare vasculară, dar și de intervalul scurs de la debutul bolii și începerea tratamentului, precum și de răspunsul individual la tratament. Riscul lezării organelor este direct proporţional cu durata bolii active. Leziuni ale organelor vitale pot avea consecințe pe parcursul vieții. Cu tratament personalizat și adecvat, remisia clinică este realizată adesea în primul an. Remisia poate dura toată viaţa, dar adesea terapia de întreţinere este necesară pe termen lung. Perioadele de remisie pot fi întrerupte de recăderi ale bolii, care necesită intensificarea terapiei. [Corticosteroizii](https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/RO/info/15/link#anc_t4) în asociere cu [ciclofosfamida](https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/RO/info/15/link%22%20%5Cl%20%22anc_t6%22%20%5Ct%20%22_blank) sunt prima alegere a tratamentului de inducție pentru GPA/MPA. Tratamentele suplimentare cuprind antibiotice (de obicei cotrimoxazol pe termen lung), agenți de scădere a tensiunii arteriale, medicamente împotriva formării cheagurilor de sânge (aspirina, anticoagulante) și analgezice (medicamente antiinflamatorii nesteroidiene - [AINS](https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/RO/info/15/link#anc_t1)), plasmafereza.