Lupus

ENSEMBLE C'EST
CLAIR

Association Lupus
Erythémateux

1. Table des matières

1. Introduction 5
2. À propos de la maladie 5
2.1. Qu'est-ce que le lupus ? 5
2.2. Qui souffre du lupus ? 5
2.3. Quelle en est la cause? 5
2.4. Guérit-on du lupus? 6
2.5. Le lupus est-il contagieux? 6
2.6. Le lupus de l'enfant 6
2.7. Le lupus chez l'homme 7
2.8. Le lupus chez les séniors 7
2.9. Les caractéristiques d'un lupus 8
2.9.1. Fatigue 9
2.9.2. Eruptions cutanées 10
2.9.3. Poitrine et cœur 10
2.9.4. Atteinte rénale 10
2.9.5. Les yeux 11
2.9.6. Autres organes 11
2.9.7. Vaisseaux sanguins 12
2.9.8. Perte de cheveux 12
2.9.9. Douleurs articulaires 13
2.9.10. Troubles du système nerveux central 13
3. A propos du diagnostic 14
3.1. Comment le diagnostic est-il établi ? 14
3.2. Vitesse de sédimentation 14
3.3. Protéine C-Réactive (CRP) 15
3.4. Globules rouges et hémoglobines 15
3.5. Globules blancs 16
3.6. Plaquettes 17

3.7. Test d'urine 17
3.8. Complément 18
3.9. Autres analyses ? 18
3.10. Signification des anticorps 18
3.10.1. Les anticorps anti-nucléaires (AAN) 19
3.10.2. Anticorps anti-ADN 19
3.10.3. Anticorps anti-Ro (Anti-SSA) et anti-La (Anti-SSB) 19
3.10.4. Anticorps anti-Sm 20
4. À propos du traitement 21
4.1. Comment traite-t-on le lupus? 21
4.2. Un régime alimentaire peut-il guérir le lupus ? 21
4.3. Traitements les plus courants 22
4.3.1. L'hydroxychloroquine (Plaquenil®) 22
4.3.2. Les corticoïdes 23
4.3.3. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) 24
4.3.4. Les immunosuppresseurs 24
4.3.5. Les agents biologiques 25
5. Vivre au quotidien avec un lupus 27
5.1. Stress 27
5.2. Médicaments 27
5.3. Hormones (Œstrogènes) 28
5.4. Lumière ultraviolette 28
5.5. Alimentation 29
5.6. Vaccinations 29
5.7. Tabagisme 30
5.8. Une cause majeure de poussées du lupus : la non-adhérence ! 30
5.9. Absence d'exercices physiques 30
5.10. La grossesse et le lupus 31
5.11. La génétique dans le lupus 34

6. Maladies rhumatismales rares 35
6.1. Centres de compétences reconnus par la Société Royale Belge de Rhumatologie 2019-2021 35
6.2. Carte des centres de compétence 36
7. Remerciements 37
8. A propos de CLAIR 38
9. A propos de l'Association Lupus Erythémateux 38

1. Introduction

Le lupus érythémateux systémique ou LES est une maladie auto-immune pouvant toucher plusieurs organes différents. Son pronostic est nettement meilleur qu'au vingtième siècle : dans la plupart des cas, les manifestations sévères de la maladie sont diagnostiquées et traitées efficacement. Par ailleurs, une meilleure connaissance de la maladie permet de distinguer des formes sévères atteignant les organes vitaux et des formes bien plus bénignes, essentiellement cutanées et articulaires ne nécessitant pas de traitement incisif.

2. À propos de la maladie

2.1. Qu'est-ce que le lupus ?

Le lupus est une maladie auto-immune responsable de symptômes extrêmement variés : éruptions cutanées, perte de cheveux, articulations gonflées, fièvre, pleurésie ou péricardite. Parfois, la maladie peut toucher des organes vitaux tels que les reins ou le système nerveux central.

2.2. Qui souffre du lupus ?

Tout le monde peut être atteint du lupus, mais la maladie se déclare 9 fois sur 10 chez des femmes et elle débute le plus souvent chez des personnes jeunes, entre 15 et 45 ans.

2.3. Quelle en est la cause?

Les causes du lupus ne sont pas formellement identifiées. Toutefois, on peut relever certains facteurs influençant l'apparition d'un lupus. Il existe un « terrain familial ».

Cela ne veut pas dire que c'est une maladie héréditaire qui se transmet de génération en génération, mais parfois, on peut voir d'autres cas de pathologies auto-immunes différentes dans la famille. Le fait que le lupus touche 9 femmes pour un homme suggère une influence hormonale.

Enfin, certains médicaments peuvent provoquer des « lupus induits » qui disparaissent le plus souvent quand on cesse de prendre le médicament.

2.4. Guérit-on du lupus?

Cela peut arriver, mais c'est rare. Le LES est en effet une maladie chronique et il n'existe aucun traitement qui permette de s'en défaire définitivement. Par contre, il peut être mis en rémission et rester « endormi », avec ou sans traitement, pendant de nombreuses années, voire ne plus se manifester du tout. Le plus souvent, le lupus évolue en alternant poussées de la maladie et périodes de rémission plus ou moins longues.

2.5. Le lupus est-il contagieux?

Non, le lupus n'est absolument pas contagieux. Il n'y a donc aucun risque à fréquenter une personne malade, même en cas d'atteinte cutanée importante.

2.6. Le lupus de l'enfant

Le pronostic du lupus chez les enfants n'est pas sensiblement différent de celui des adultes. Le diagnostic peut cependant s'avérer difficile chez les très jeunes patients, d'autant plus que la maladie est rare, particulièrement avant la puberté.

Le plus fréquemment, le lupus de l'enfant apparaît au moment de la puberté chez la jeune fille. La maladie se manifeste plus souvent par une fatigue inexpliquée accompagnée d'un syndrome fébrile et d'arthralgie (douleurs articulaires) inflammatoires.

Dans des cas plus rares, elle apparait sous la forme d'une éruption classique sur les os des pommettes (en masque de loup).

Ces signes doivent attirer l'attention du médecin et demander la réalisation de tests de laboratoire adéquats. De même que le pronostic, la thérapeutique du lupus de l'enfant n'est pas différente de celle du lupus de l'adulte. Les corticoïdes ayant, parmi d'autres inconvénients, celui de ralentir la croissance et leur usage sera limité au maximum afin d'interférer le moins possible dans la croissance.

2.7. Le lupus chez l'homme

S'il est exact que le lupus n'est pas courant chez l'homme, il ne diffère pas tellement de celui observé chez la femme. On peut considérer que la maladie évolue sur un mode similaire à celui de la femme.

Les traitements sont également les mêmes que ceux utilisés chez la femme. Il peut être difficile pour un homme de se dire atteint d'une maladie qui touche majoritairement les femmes. Il faut donc rappeler que les hormones sexuelles des patients de sexe masculin, leur sexualité et leur fertilité ne sont en rien différentes de celles des hommes qui ne sont pas atteints de lupus.

2.8. Le lupus chez les séniors

La maladie lupique débute rarement dans le troisième âge. Par ailleurs, les complications sévères de la maladie, notamment rénales, sont exceptionnelles à cet âge. Enfin, probablement en raison de la ménopause, le lupus est fréquemment peu actif chez la femme après la cinquantaine, même s'il existe indubitablement des exceptions.

Le diagnostic de lupus chez la personne âgée est parfois difficile à distinguer d'une maladie de Sjögren qui peut partager certains symptômes (douleurs articulaires, fatigue) et les mêmes auto-anticorps. Le syndrome sec ophtal-

mologique et buccal est alors prédominant.

Le symptôme essentiel du lupus chez les patients âgés est l'arthrite.

Souvent, les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens et le Plaquenil® contrôlent bien la symptomatologie. Du Ledertrexate® est parfois nécessaire.

De petites doses de corticoïdes (par ex. 5mg de prednisolone par jour) peuvent être parfois utilisées mais cela doit rester ponctuel et pour une durée la plus courte possible.

Il est indispensable de diminuer au maximum les doses de corticoïdes chez tous les patients mais plus encore chez les patients lupiques âgés, étant donné les répercussions délétères de la cortisone, notamment sur la masse osseuse.

Enfin, il ne faut jamais oublier que certains médicaments pris par la personne âgée, notamment des antihypertenseurs, peuvent faire apparaître des anticorps antinucléaires sans que l'on doive parler d'un lupus au sens strict.

Certains de ces patients peuvent évidemment souffrir de douleurs articulaires qui relèvent davantage de manifestations dégénératives (arthrose) que d'un rhumatisme inflammatoire associé à un lupus.

2.9. Les caractéristiques d'un lupus

Le lupus est une maladie à début souvent brutal. Certains symptômes peuvent cependant précéder le début de la maladie, tels que des phénomènes de Raynaud (« doigts blancs » en cas de stress ou lorsqu'il fait froid) ou la photosensibilité. Ces symptômes peuvent également être présents chez des personnes qui ne développeront jamais la maladie.

Bien que le lupus puisse potentiellement affecter tous les organes du corps, la majorité des patients ne souffrent que d'une partie des atteintes décrites ci-dessous.

Les symptômes n'étant présents que lors des poussées de la maladie, ils disparaissent lors des phases de rémissions.

S'ils persistent malgré tout, il est indispensable d'en déterminer la raison et de ne pas attribuer, à tort, d'éventuels symptômes à un lupus inactif.

2.9.1. Fatigue

Comme dans toute maladie chronique, la fatigue fait partie des symptômes liés à un lupus actif.

Mais, elle peut également être due à de l'anémie, à de l'inflammation ou à des problèmes thyroïdiens.

Pourtant, certaines patientes continuent à se plaindre de fatigue alors que leur maladie est en rémission. Cette fatigue est parfois corrélée avec un état anxieux ou dépressif.

D'autre part, la fatigue est un symptôme très aspécifique dont bon nombre de personnes se plaignent. Il arrive qu'un diagnostic de lupus soit posé chez des personnes uniquement parce qu'elles sont fatiguées, qu'elles éprouvent des douleurs et que leur test sanguin (voir ci-dessous) montre la présence d'un facteur antinucléaire discrètement positif. Il faut être prudent avant d'affirmer que ces personnes souffrent d'un lupus et il est important de les rassurer et de les aiguiller correctement.

2.9.2. Eruptions cutanées

Celles-ci sont très fréquentes et classiques du lupus. Elles prédominent dans les zones exposées au soleil (visage, décolleté, avant-bras, mains), mais elles ne sont pas présentes chez tous les patients. Les endroits les plus courants sont les paumes des mains, les coudes et le visage.

2.9.3. Poitrine et cœur

Le lupus affecte souvent les enveloppes des poumons (la plèvre) et du cœur (le péricarde), provoquant une pleurésie ou une péricardite. Ces inflammations d'enveloppe (sérites) peuvent être douloureuses et invalidantes, mais elles sont habituellement sans danger. Classiquement, elles donnent des vives douleurs lors des mouvements respiratoires. Elles sont fréquentes dans le lupus.

2.9.4. Atteinte rénale

Il s'agit d'une des manifestations potentiellement les plus sévères de la maladie.

L'atteinte rénale ne provoque que peu de symptômes, en particulier dans les formes débutantes. C'est pourquoi, afin de la dépister de façon précoce, les patients atteints de lupus font régulièrement des tests sanguins et urinaires.

L'augmentation des protéines dans les urines doit faire rechercher une atteinte rénale.

Dans certaines formes, la perte des protéines urinaires est massive : c'est ce qu'on appelle un syndrome néphrotique. Celui-ci se manifeste par d'importants gonflements, en particulier au niveau des chevilles et parfois une HTA.

Il est important de traiter tôt l'atteinte rénale du lupus. Cela permet la plupart du temps d'éviter des dommages définitifs tels que l'insuffisance rénale, le processus inflammatoire et les cicatrices qu'elle laisse, empêchant le fonctionnement normal des reins.

2.9.5. Les yeux

La sécheresse oculaire est extrêmement fréquente. Elle peut s'associer à d'autres manifestations cliniques, comme une sécheresse buccale, connue sous le nom de syndrome de Sjögren. Souvent, le patient ignore que sa sécrétion lacrymale est inadéquate. Pour le démontrer, il faut utiliser un test de Schirmer (qui consiste à mettre un petit morceau de buvard au coin de l'œil et regarder le temps d'humidification de celui-ci).

Par ailleurs, certains médicaments dont les glucocorticoïdes et le Plaquenil® peuvent avoir des effets secondaires oculaires. C'est pourquoi le patient doit faire contrôler sa vue régulièrement (voir plus bas dans la partie thérapeutique).

2.9.6. Autres organes

Les ganglions et la rate peuvent être hypertrophiés, particulièrement dans la phase aiguë du lupus érythémateux. Il n'est pas inhabituel de poser un

diagnostic de « mononucléose infectieuse » à la phase initiale de la maladie lupique, avant que ne soient détectés les anticorps anti-nucléaires. Étonnamment, le foie est rarement concerné par la maladie lupique. Une jaunisse chez un patient lupique ne peut être considérée, du moins a priori, comme secondaire à la maladie elle-même.

Tous les éléments cellulaires du sang (globules rouges, globules blancs et plaquettes) sont concernés par la maladie et peuvent être diminués. Cela donne des anémies, des leucopénies ou thrombopénies.

2.9.7. Vaisseaux sanguins

L'inflammation des petits vaisseaux sanguins (artères et veines) peut arriver chez certains patients lupiques.

On parle, alors, de vascularite. Le plus fréquemment, ces phénomènes surviennent au niveau des extrémités des doigts. Plus rarement, des vaisseaux internes, de calibre plus large, sont concernés. Parfois, l'inflammation des vaisseaux se produit au niveau de la sclère (blanc de l'œil) qui devient rouge, douloureuse et enflammée (sclérite ou épisclérite).

Enfin, le sang de certains patients lupiques a tendance à trop coaguler, en raison de la présence d'anticorps anti-phospholipides.

2.9.8. Perte de cheveux

Il ne s'agit pas ici des pertes « habituelles » de cheveux que l'on peut avoir lors d'une maladie aiguë. Dans le lupus, la perte de cheveux peut être massive avec, chez certaines patientes, l'apparition de plaques de calvitie. Chez la majorité des patient(e)s, cette perte de cheveux n'est heureusement pas permanente.

2.9.9. Douleurs articulaires

Celles-ci peuvent aller de simples douleurs articulaires à de l'arthrite handicapante. L'inflammation articulaire du lupus, ne mène heureusement quasiment jamais à des dommages irréversibles.

2.9.10. Troubles du système nerveux central

Ces manifestations sont extrêmement variées mais heureusement rares: accidents vasculaires cérébraux, crises d'épilepsie, méningite aseptique… Elles ne se rencontrent que dans les formes les plus sévères de la maladie et ne concernent donc qu'un petit groupe de patients. Les moyens modernes (IRM, PET-scanner cérébraux) permettent de diagnostiquer beaucoup plus facilement ces atteintes. Leur apparition nécessite l'instauration d'un traitement immunosuppresseur puissant.

Parfois, les patients sont touchés par des symptômes plus diffus : troubles cognitifs, pertes de mémoire, troubles de l'humeur, dépression… Ces symptômes sont évidemment présents chez bon nombre de personnes ne souffrant pas de lupus. Par ailleurs, comme tout le monde, un patient atteint de LES peut faire une dépression ou avoir des pertes de mémoire. En début de maladie, il est donc difficile de déterminer si ces symptômes sont dus ou non au lupus.

3. A propos du diagnostic

3.1. Comment le diagnostic est-il établi ?

Dès qu'un diagnostic de lupus est envisagé, des tests sanguins sont utilisés tant pour la confirmation que pour le suivi de la progression de la maladie. Le test standard de dépistage (la recherche d'anticorps antinucléaires) nécessite une quantité minime de sang, est peu coûteux et peut être pratiqué dans chaque hôpital. En pratique, l'absence d'anticorps anti-nucléaires écarte l'éventualité d'un lupus systémique. En revanche, ils ne sont pas spécifiques du lupus car ils peuvent être présents dans de nombreuses autres maladies et même chez des personnes en bonne santé. Si un test revient positif, il est donc indispensable d'effectuer d'autres tests sanguins plus spécifiques pour confirmer ou infirmer la maladie et indiquer avec plus de précision l'étendue et le type de maladie.

Le test diagnostic standard du lupus est le dosage du facteur anti-nucléaire (AAN) (voir plus loin), mais il existe d'autres tests que l'on peut demander pour un patient lupique.

3.2. Vitesse de sédimentation

Ce test n'est absolument pas spécifique de la maladie lupique. Une VS élevée peut être observée dans n'importe quelle inflammation, de la grippe à la malaria, en passant par la polyarthrite rhumatoïde, mais aussi dans d'autres situations que l'inflammation (personne âgée, anémie, augmentation des protéines).

En effet, la VS est un des tests sanguins les plus couramment utilisés pour constater la présence ou l'absence d'inflammation. Le test est très simple et consiste à mettre du sang dans un tube et à le laisser sédimenter. S'il y a de l'inflammation, les globules rouges sédimentent dans le sang à une vitesse plus élevée. Chez une personne en bonne santé, cette vitesse est de

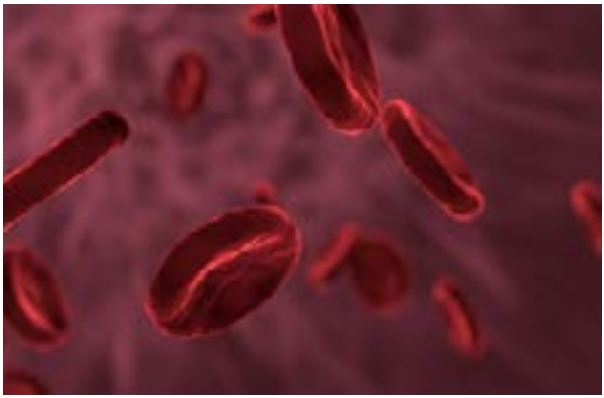
20 mm/h ou moins. Quand il y a beaucoup d'inflammation, comme dans une arthrite sévère, ce chiffre peut s'élever jusqu'à 120 mm/h. Bien que très souvent employé, ce test a de nombreuses limites. Des patients très malades ont une VS normale et inversement, d'autres ne présentent aucun problème clinique manifeste, alors que leur VS est constamment élevée, atteignant parfois 70 à 80 mm/h. Ce test est dès lors de moins en moins pris en compte isolément.

3.3. Protéine C-Réactive (CRP)

Un autre signe d'inflammation est la hausse du taux de certaines protéines dans le sang, notamment une protéine appelée C-réactive (CRP). Classiquement, dans le lupus, le taux de CRP n'augmente pas ou peu, il existe des exceptions comme les pleurésies par exemple. Par ailleurs, la CRP peut également augmenter en cas d'infection concomitante. Ceci procure une indication diagnostique utile.

3.4. Globules rouges et hémoglobines

Le taux d'hémoglobine peut baisser dans le lupus. En effet, dans toute maladie, et particulièrement dans une maladie inflammatoire chronique, le taux d'hémoglobine tend à baisser.



Le taux d'hémoglobine peut également baisser à cause d'une hémorragie, souvent d'origine médicamenteuse: les anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi que l'aspirine peuvent provoquer des hémorragies digestives en favorisant les ulcères digestifs.

Une troisième possibilité, bien que relativement rare, est l'anémie hémolytique dans laquelle des anticorps attaquent les globules rouges eux-mêmes. Cette forme d'anémie peut être très aiguë et requiert un traitement adapté souvent composé de corticoïdes et d'immunosuppresseurs. Enfin, il est évident que toutes les formes d'anémie ne sont pas dues à des hémorragies ou à des carences en fer et il est nécessaire de procéder avec soin à des tests sanguins pour en démêler les diverses causes.

3.5. Globules blancs

Le taux normal de globules blancs varie largement entre 4.000 et 10.000/mm3 , mais les patients qui ont un lupus ont souvent un taux de globules blancs bas (entre 2.000/mm3 et 3.000/mm3). Sachant que la tâche des globules blancs est de nous protéger contre les microbes (bactéries, virus), Il est important de surveiller leur taux car une diminution de ceux-ci peut signifier une toxicité de certains médicaments (l'azathioprine, le cyclophosphamide et le mycophénolate mofétil).

De manière surprenante les patientes souffrant d'un lupus qui n'ont pas de médicaments immunosuppresseurS pouvant faire chuter les globules blancs présentent rarement des infections.

A l'inverse, de fortes doses de corticostéroïdes peuvent les augmenter de manière un peu artificielle.

3.6. Plaquettes

Les plaquettes sont de petits corpuscules circulant dans le flux sanguin et nécessaires à la formation des caillots de sang. Le taux normal de plaquettes est d'environ 250.000/mm3 . Chez certains patients, le taux de plaquettes peut baisser légèrement, par exemple entre 90.000/mm3 et 100.000/mm3. Dans certains cas cependant, le taux peut tomber très bas (10.000/mm3 ou moins). La diminution des plaquettes est appelée thrombocytopénie ou thrombopénie. Elle peut se manifester par de petites hémorragies de vaisseaux sanguins cutanés, provoquant des taches rouges de quelques mm appelées « pétéchies ». Parfois, les hémorragies peuvent être plus sévères. Chez certains patients, les pétéchies sont le tout premier signe de lupus et ces patients peuvent être traités pendant un certain nombre d'années pour une autre maladie auto-immune qu'on appelle le purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI) avant que d'autres manifestations de la maladie n'apparaissent et que le diagnostic de maladie auto-immune multi-organique (le lupus) ne soit posé.

La chute du taux de plaquettes dans le lupus est habituellement traitée en premier lieu par des corticostéroïdes et, heureusement, la réponse est rapide dans la majorité des cas. On utilise également des anticorps en perfusion.

3.7. Test d'urine

Les tout premiers signes d'atteinte rénale dans le lupus se manifestent habituellement par une perte de protéines dans les urines.

C'est la raison pour laquelle il est important de réaliser très régulièrement chez les patients des tests urinaires (la tigette est le test le plus simple), permettant de détecter de façon précoce s'il y a ou non des protéines, des globules blancs ou rouges dans les urines.

Quand on trouve une quantité trop importante de protéines dans les urines, on mesure plus précisément les protéines à l'aide d'une récolte d'urines de 24 heures. Parfois, les globules rouges ou les globules blancs s'agrègent dans les tubules rénaux et forment comme un amas de cellules ou « cylindres ».

Afin de choisir le traitement adapté, il est indispensable de réaliser une biopsie du rein qui permettra d'identifier le type d'inflammation. La biopsie se réalisant sous contrôle d'une échographie après une anesthésie locale.

3.8. Complément

Le complément est constitué d'une série de protéines jouant un rôle dans les défenses immunitaires. Dans un lupus les marqueurs du complément sont parfois abaissés depuis la naissance ou bien lors des poussées de la maladie.

Une diminution des taux de C3 et C4 peut donc indiquer une poussée de la maladie mais se rencontre également chez des personnes sans aucun symptôme.

3.9. Autres analyses ?

Les prises de sang de routine peuvent inclure de nombreuses autres analyses en fonction de la situation particulière du patient.

3.10. Signification des anticorps

Les principaux tests sanguins aidant au diagnostic du LES consistent en la mesure d'anticorps dirigés contre les composants du noyau: les anticorps anti-nucléaires (AAN).

Pour des raisons encore inconnues, les patients souffrant d'un lupus produisent des anticorps dirigés contre des molécules présentes dans le noyau des cellules.

Parmi ces anticorps, les anticorps dirigés contre l'ADN, sont très spéci-

fiquement associés au lupus et ne sont quasiment jamais rencontrés dans d'autres maladies.

3.10.1. Les anticorps anti-nucléaires (AAN)

Il s'agit d'un test très sensible, car l'absence d'anticorps anti-nucléaires écarte le diagnostic du lupus. Cependant, le test AAN n'est pas spécifique du lupus. D'autres maladies auto-immunes, comme le syndrome de Sjögren, la sclérodermie ou autre donnent couramment un AAN positif. On peut également en retrouver chez des personnes en bonne santé (10% des femmes de plus de 50 ans ont un AAN). Un AAN positif ne suffit donc pas à poser un diagnostic de lupus.

3.10.2. Anticorps anti-ADN

Ces anticorps ne se retrouvent pas chez tous les patients atteints de lupus, mais ils sont très spécifiques de la maladie et ne se retrouvent pas dans d'autres maladies rhumatismales. Le dosage et la quantification des anti-ADN donnent une idée approximative de l'activité du lupus.

L'augmentation subite du taux de ces anticorps peut amener le médecin à se demander si la maladie ne se réveille pas. Malheureusement, ce n'est pas simple. En effet, certains patients ont une augmentation de ces anticorps sans aucune poussée et certaines poussées ne s'accompagnent pas d'élévation des anti-ADN.

3.10.3. Anticorps anti-Ro (Anti-SSA) et anti-La (Anti-SSB)

Les anticorps anti-Ro se rencontrent chez environ un quart des patients lupiques, mais également dans la maladie de Sjögren.

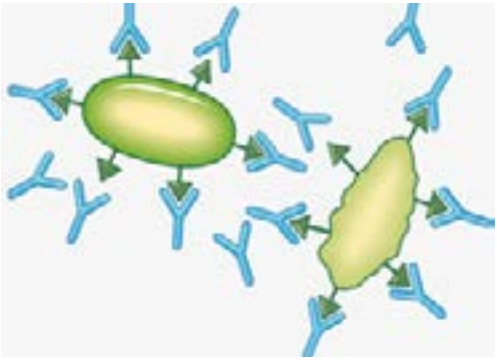
Une forme particulière de lupus, le lupus cutané subaigu (voir plus loin) est fréquemment associé à cet anticorps. Elle est particulièrement photosensible, mais elle est souvent typique d'une maladie moins sévère. En cas de

grossesse, les patientes porteuses d'anticorps anti-SSA et/ou SSB doivent être particulièrement surveillées aux alentours du 5me mois.

À ce moment, les anticorps anti-SSA/SSB peuvent entraîner des troubles du rythme cardiaque chez le fœtus. Heureusement, dans moins de 2 % des cas et le traitement par Plaquenil diminue encore ce risque.

3.10.4. Anticorps anti-Sm

Les anticorps anti-Sm sont très spécifiques du lupus érythémateux systémique et leur présence est associée à une fréquence plus élevée d'atteinte rénale.



Plus un test est sensible, moins il comportera de faux négatifs, et mieux il permettra, s'il est négatif, d'exclure la maladie. Plus un test est spécifique, moins il occasionnera de faux positifs, et mieux il permettra, s'il est positif, de confirmer la maladie.

4. À propos du traitement

4.1. Comment traite-t-on le lupus?

Le traitement est évidemment adapté à la sévérité et à l'étendue de la maladie.

Les formes bénignes se traitent le plus souvent par de faibles doses de corticoïdes par cure, parfois en application locale en cas d'atteinte cutanée, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'hydroxychloroquine (Plaquenil®) en guise de traitement de fond.

En cas d'atteinte plus sévère, le patient recevra des doses plus importantes de corticoïdes pendant une courte période, en association avec d'autres immunosuppresseurs tels que le methotrexate (Ledertrexate®), l'azathioprine (Imuran®), l'acide mycophénolique (Cellcept® ou Myfortic®) ou le cyclophosphamide (Endoxan®), par exemple.

Dans certaines formes de lupus, des traitements dits biologiques, tels que le belimumab (Benlysta®) ou le rituximab (Mabthera®) peuvent être utilisés. Un traitement biologique est le plus souvent composé d'anticorps qui ciblent spécifiquement certains composants du système immunitaire.

4.2. Un régime alimentaire peut-il guérir le lupus ?

Non, aucun régime ne peut guérir le lupus. Par contre, une alimentation équilibrée peut avoir des bénéfices sur les symptômes et complications possibles du lupus : amélioration des bilans lipidiques, équilibre du diabète, amélioration des carences, diminution des douleurs gastriques et intestinales, préservation de la fonction rénale etc.

4.3. Traitements les plus courants

Les médicaments les plus couramment utilisés dans le lupus sont l'hydroxychloroquine (Plaquenil®), les corticoïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les immunosuppresseurs. La prescription de ces médicaments dépend évidemment de la sévérité de la maladie. En principe, tous les patients atteints de lupus devraient prendre du Plaquenil®. Les formes sévères sont traitées par des corticoïdes et des immunosuppresseurs, alors que les formes les plus bénignes reçoivent des anti-douleurs accompagnés ou non de faibles doses de corticoïdes, le tout complété par un traitement de fond composé d'antimalariques (Plaquenil®).

4.3.1. L'hydroxychloroquine (Plaquenil®)

Le Plaquenil® possède des propriétés immunomodulatrices efficaces. Il représente donc le traitement de base de tout lupus. Il aide à combattre non seulement les problèmes de peau mais également les symptômes plus généraux comme la fièvre et les douleurs articulaires. Son usage au long cours permet de réduire le nombre et la sévérité des poussées de la maladie et d'augmenter la survie globale des patients. Il faut noter que son action n'est pas immédiate et qu'il faut plusieurs semaines (6 à 8 semaines) avant que le plaquenil ne puisse commencer à être opérationnel. Les femmes doivent continuer à prendre ce médicament tant durant la grossesse que durant l'allaitement, parce qu'il permet de limiter le nombre de poussées et qu'il est tout à fait démontré que ce traitement est sans danger pour la maman et pour l'enfant. Le principal effet secondaire du Plaquenil® est une atteinte de la rétine. Heureusement, elle est très rare, elle arrive 1 fois tous les 5000 à 10000 patients après une prise cumulée de plus de 5 ans.

Cette éventuelle toxicité est dépistée régulièrement et permet d'observer des anomalies avant que le patient ne constate des changements. Un contrôle ophtalmologique doit avoir lieu en début de traitement, pour être sûr qu'il

n'y ait pas de lésions préexistantes. Comme il n'existe aucun problème de toxicité durant les cinq premières années, on attend cinq ans avant de refaire un contrôle. Les contrôles sont ensuite annuels.

D'autres effets secondaires comportent des troubles digestifs (nausées), des bourdonnements d'oreilles ou parfois également des maux de tête. Ces effets sont souvent transitoires et il est donc important de ne pas arrêter trop vite le Plaquenil®, vu ses nombreuses propriétés positives.

4.3.2. Les corticoïdes

Grâce à leurs propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives très puissantes et rapides, ils ont permis et permettent toujours de sauver des patients dangereusement menacés par l'atteinte lupique au niveau des reins, du sang ou du système nerveux central.

Ils ont bien sûr des effets secondaires importants, mais l'image que le public en a, est probablement biaisée par l'utilisation ancienne de doses très élevées, provoquant une prise de poids, un faciès lunaire, une répartition inélégante des graisses, le risque de développer du diabète, etc. A l'heure actuelle, les corticoïdes sont toujours à la base du traitement du lupus, mais les doses données sont moins élevées et ils le sont sur une moins longue période.

En mettant dans la balance les effets bénéfiques du traitement sur la maladie et les effets secondaires possibles, il n'y pas de place pour l'hésitation. Les plus couramment utilisés sont la prednisolone et la méthylprednisolone (Médrol®). Ce sont des formes quasiment équivalentes quant à leur puissance : 5mg de prednisolone correspond à 4mg de méthylprednisolone. Les doses utilisées varient évidement selon les besoins du patient. Une maladie aiguë et touchant les organes vitaux nécessite des doses allant jusqu'à 0,5mg/kg de prednisolone, exceptionnellement 1mg/kg/jour (il est rare de dépasser 48mg de méthylprednisolone). Ces doses sont ensuite progressive-

ment diminuées. Parfois, en début de maladie, des perfusions intraveineuses de méthylprednisolone (Solu-médrol®) sont administrées de façon répétée, afin d'obtenir un effet anti-inflammatoire rapide. Ces doses intraveineuses (bolus) sont très efficaces et elles entrainent moins d'effets secondaires. En cas de maladie bénigne et, en particulier, en cas d'atteinte articulaire inflammatoire, de faibles doses de prednisolone (5 à 7,5mg/jour) sont prescrites au patient.

Ces doses ont des effets secondaires limités si elles sont utilisées pour une période courte.

A fortes doses, les corticoïdes peuvent agir sur la tension artérielle, le métabolisme des glucides (diabète) et la masse osseuse (ostéoporose). Une ostéodensitométrie est réalisée systématiquement chez les patients recevant de la cortisone et un traitement préventif contre l'ostéopénie et l'ostéoporose est instauré (calcium, vitamine D). Si cela s'avère nécessaire, un traitement médicamenteux peut également être donné.

4.3.3. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Il s'agit d'un groupe de médicaments particulièrement utiles dans le traitement des symptômes articulaires (arthralgies, arthrites) associés à la maladie. Ils sont rarement prescrits en conjonction à de faibles doses de prednisolone. L'inconvénient majeur lié à leur utilisation consiste en l'apparition de troubles digestifs : ulcères gastroduodénaux et parfois hémorragie digestive. Les anti-inflammatoires peuvent également augmenter le risque cardiovasculaire et le risque d'insuffisance rénale.

4.3.4. Les immunosuppresseurs

L'immunosuppresseur par excellence est, bien évidemment, la cortisone. Vu les effets secondaires de ce traitement, d'autres médications sont utilisées en appoint afin de permettre de diminuer plus rapidement les doses

de stéroïdes nécessaires au contrôle de la maladie. L'azathioprine (Imurel®, Imuran®) est un médicament largement utilisé dans le traitement du lupus. Bien que, comme tous les autres produits appartenant à cette catégorie de médicaments, il puisse faire baisser le taux de globules blancs dans le sang, il a une marge de sécurité très large et est prescrit à bien des patients lupiques, y compris les enfants et les femmes enceintes. Le methotrexate (Ledertrexate®) se donne par voie orale, sous-cutanée ou en intramusculaire. Il est surtout utilisé dans les atteintes articulaires sévères. Il doit être arrêté avant la conception. L'acide mycophénolique (Cellcept® ou Myfortic®) se donne par voie orale, surtout dans les formes de lupus avec atteinte viscérale sévère (rénale ou neurologique). Il doit être stoppé au moins six semaines avant la conception.

Le cyclophosphamide (Endoxan®) est un médicament plus puissant et plus toxique que les précédents. Il est indiqué en début de traitement dans les formes sévères de la maladie afin de l'amener rapidement en rémission. Son utilisation nécessite une surveillance très rapprochée parce que des taux trop bas de globules blancs peuvent rendre le patient sensible à des infections. À des doses élevées, moins utilisées actuellement, il peut également provoquer une ménopause précoce. Il doit être stoppé trois mois avant la conception.

D'autres médicaments sont également utilisés dans le lupus, bien que plus rarement : tacrolimus, cyclosporine, thalidomide…

4.3.5. Les agents biologiques

Les biomédicaments agissent sur une cible « spécifiques » qui intervient dans les mécanismes des maladies auto-immunes. Par exemple, le rituximab (Mabthera®) agit contre un certain type de globule blanc : les lymphocytes B et le belimumab (Benlysta®) agit contre une molécule qui stimule l'auto-immunité.

Le belimumab (Benlysta®) se donne mensuellement par voie intraveineuse ou toutes les semaines par voie sous-cutanée, pour les formes peu sévères après avoir essayé le Plaquenil®, les corticoïdes et un autre immunosuppresseur. Il vient également d'être remboursé dans la néphrite lupique en plus du traitement conventionnel.

Le rituximab (Mabthera®) se donne également par voie intraveineuse, pour les formes sévères réfractaires aux autres traitements ou pour des indications assez rares.

La recherche dans le lupus est très active. Elle s'intéresse aux mécanismes du lupus, à ses marqueurs cliniques, mais également à la qualité de vie des patients. De nombreux traitements sont en cours d'évaluation.

5. Vivre au quotidien avec un lupus

La plupart des poussées de la maladie ne sont pas dues à l'influence d'un élément extérieur. Certains facteurs peuvent cependant avoir une incidence négative sur le décours de la maladie ou sur la qualité de vie du patient. Ceux-ci comprennent le stress, certains médicaments, des changements hormonaux, la lumière ultraviolette, le tabagisme et l'absence d'exercice physique.

5.1. Stress

Beaucoup de patients expérimentent que des poussées ou même le début de leur maladie est à mettre en rapport avec des formes de stress ou avec une période particulièrement difficile de leur vie. Il est néanmoins délicat d'appréhender cette association de façon scientifique. En effet, le stress fait partie de la vie de tout un chacun et, par ailleurs, la maladie elle-même peut influencer le vécu des situations quotidiennes et amplifier ainsi les difficultés de tous les jours. Pour le patient lupique, la question du stress est donc difficile à résoudre.

Par exemple, changer d'emploi parce que ce dernier est difficile et stressant peut améliorer la qualité de vie, mais peut également provoquer davantage de stress, du fait de l'adaptation nécessaire. Il est de toute façon inutile d'anticiper des éventuelles difficultés qui ne se présenteront peut-être jamais. Il vaut donc mieux attendre de voir comment le lupus évolue avant de prendre des décisions irréversibles.

5.2. Médicaments

Certains médicaments sont connus pour exacerber ou déclencher le lupus. Il est donc préférable de demander l'avis du spécialiste avant de commencer un nouveau traitement.

5.3. Hormones (Œstrogènes)

Des changements hormonaux et surtout les œstrogènes influencent certainement le lupus : la maladie touche principalement les femmes en âge de procréer et les poussées de maladie après la ménopause sont bien plus rares. De plus, les changements hormonaux liés à la puberté, à la grossesse et à l'accouchement peuvent induire une poussée de la maladie. C'est pour cette raison que, pendant longtemps, de nombreux médecins ont été réticents à prescrire une contraception hormonale classique (composée d'œstrogène et de progestérone) à des femmes atteintes de lupus ou une substitution hormonale après la ménopause. On sait maintenant que ce sont les œstrogènes qui sont à éviter, dans la mesure où ils stimulent le système immunitaire. Il existe des pilules progestatives qui sont parfois prises en continu et qui sont également très efficaces.

Dans de rares cas, le médecin (en accord avec le gynécologue) autorisera la prise d'un traitement œstro-progestatif.

Le stérilet (y compris avec progestatif pour limiter les saignements) est également une excellente option. Par contre, le risque d'événements thromboemboliques associés à la contraception œstroprogestative est significativement augmenté en présence d'anticorps antiphospholipides. Ces patientes ne peuvent donc pas prendre ce type de contraception.

5.4. Lumière ultraviolette

La lumière ultraviolette peut provoquer une poussée du lupus. Plusieurs mécanismes entrent en jeu pour activer le système immunitaire directement et indirectement. Même si tous les patients atteints de lupus ne sont pas sensibles au soleil de la même manière, il est impossible de prédire le risque encouru pour un patient en particulier et il importe donc d'être vigilant. L'utilisation de crème solaire protectrice (indice 50) ou le port de vêtements

couvrants sont certainement recommandés. Souffrir de lupus n'implique néanmoins pas d'être condamné à vivre à l'intérieur. Bien au contraire, moyennant des mesures simples de protection, les patients peuvent profiter des bienfaits du soleil.

5.5. Alimentation

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun argument permettant d'incriminer tel ou tel produit alimentaire dans la pathogénie de la maladie. De nouveau, la rareté du lupus nécessite une certaine prudence avant de se prononcer définitivement et ce n'est que par de grandes études épidémiologiques qu'il sera possible d'incriminer tel ou tel produit. À l'heure actuelle, ces études s'avèrent négatives, mais la vigilance reste bien entendu de mise.

5.6. Vaccinations

Pendant longtemps, on a cru que des poussées de la maladie pouvaient être provoquées par des vaccinations. Cependant, de vastes études menées sur de grandes cohortes de patients ont montré tout le contraire. Les vaccinations chez les patients lupiques se sont avérées sans danger et par ailleurs très efficaces. Par conséquent, il est indispensable que les patients atteints de lupus soient à jour au niveau des vaccinations, d'autant plus s'ils sont sous immunosuppresseurs.

Le vaccin annuel contre la grippe et le vaccin contre le pneumocoque sont essentiels vu le risque de morbidité et de mortalité que peuvent entraîner ces maladies chez les patients lupiques. Le vaccin contre les infections du col utérin à papillomavirus est également recommandé, car la fréquence du cancer du col est plus élevée dans le lupus lorsqu'on prend un traitement immunosuppresseur.

Par contre, certains vaccins (BCG, fièvre jaune, polio orale, rougeole, rubéole, oreillons) sont contre-indiqués en cas de prise d'immunosuppresseurs ou de corticoïdes au long cours, mais cette interdiction doit être évaluée au cas par cas.

5.7. Tabagisme

En cas de lupus, l'arrêt du tabac est impératif. En effet, celui-ci peut diminuer l'efficacité du Plaquenil®. De plus, il augmente et accélère l'athérosclérose qui constitue la première complication de morbidité et de mortalité, à long terme chez les patients lupiques.

5.8. Une cause majeure de poussées du lupus : la non-adhérence !

Le lupus est une maladie chronique : la plupart des patients doivent prendre un ou plusieurs médicaments durant de longues périodes et parfois même, durant toute leur vie. Dès lors, certains patients peuvent être tentés d'arrêter leur traitement: c'est ce qu'on appelle la non-adhérence ou la non-observance au traitement. Ce phénomène est malheureusement la première cause d'une récidive du lupus. Le conseil le plus important à donner aux patients est donc de discuter avec leur médecin ou avec l'infirmière du service, de leurs éventuelles difficultés à prendre le traitement prescrit.

Cela permettra d'éviter que le médecin conclue à tort à l'inefficacité d'un médicament et qu'il donne dès lors un traitement plus puissant et potentiellement plus toxique.

5.9. Absence d'exercices physiques

Quand le lupus est en rémission, il est important de reprendre peu à peu une activité physique régulière. En effet, chez les patients lupiques, l'absence d'exercices physiques est associée à une moindre qualité de vie et des taux de douleurs et de fatigue plus importants. Les études montrent qu'après un

programme de réentrainement à l'effort, les patients sont moins fatigués et ont moins de douleur. Même si cela peut paraître paradoxal au premier abord, cela a été largement prouvé. D'autre part, le sport entretient la force musculaire qui peut être altérée par certains traitements (notamment la cortisone), lutte contre les maladies cardiovasculaires (qui sont plus fréquentes au cours du lupus) et permet de contrôler son poids.

5.10. La grossesse et le lupus

La grande majorité des patientes atteintes de LES peuvent mener une grossesse à terme. Une contre-indication absolue et permanente à une grossesse ne se rencontre plus que très rarement. Pour certaines patientes cependant, le risque de poussée de la maladie ou de détérioration de la fonction rénale est réel.

Cependant, moyennant un travail d'équipe entre rhumatologues, néphrologues et obstétriciens, les difficultés peuvent être surmontées. Néanmoins, pour que la grossesse se passe le plus harmonieusement possible, il est préférable qu'elle soit planifiée à un moment où la maladie est sous contrôle. Il faut surtout en parler.

Les poussées de la maladie sont plus fréquentes durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse ainsi que durant les premiers mois après l'accouchement. Le plus souvent, les poussées sont peu sévères et facilement traitées. Pendant cette période critique, les patientes nécessitent néanmoins un suivi très vigilant et régulier pour pouvoir agir dès qu'un problème se pose. En effet, certaines patientes peuvent présenter une poussée sévère de la maladie durant la grossesse, nécessitant parfois un traitement hospitalier. Un des problèmes les plus fréquents est une augmentation de la tension artérielle, en particulier chez les patientes qui ont une maladie rénale. De nombreux médicaments peuvent être pris pendant la grossesse, parce qu'ils

sont sans danger pour le bébé et bénéfiques pour la maman. C'est le cas des corticostéroïdes dont les formes couramment utilisées ne passent pas la barrière placentaire. Le Plaquenil® doit être continué durant la grossesse, parce qu'il réduit le risque de poussées de la maladie et qu'il est sans danger pour la maman et pour le bébé. Il diminue également le risque d'arythmie chez le fœtus lorsque la maman est porteuse d'un anticorps anti-SSA/SSB.

En cas de maladie plus sévère, les données montrent que l'azathioprine ne pose pas de problème, ni pour la mère, ni pour le bébé.

Il est par contre indispensable d'arrêter le méthotrexate et le cyclophosphamide environ trois mois avant la conception du bébé et le mycophénolate mofétil, au moins 6 semaines avant le début d'une grossesse. Dès que la grossesse est confirmée, la future maman ne peut plus prendre d'anticoagulant comme l'acenocoumarol (Sintrom®) ou la warfarine (Marcoumar®). Elle recevra à la place de l'héparine en sous-cutané.

La présence d'anticorps particuliers, appelés anticorps antiphospholipides (dirigés contre des molécules des vaisseaux sanguins), peut provoquer chez

certaines patientes des thromboses répétées. Quand ces thromboses surviennent dans la circulation placentaire, le flux sanguin vers le fœtus devient insuffisant avec comme résultat une fausse couche. Des fausses couches répétées peuvent donc être une manifestation du syndrome anti-phospholipide. À l'heure actuelle, les patientes atteintes de ce syndrome peuvent être traitées avec succès en utilisant, notamment, des anticoagulants. Il n'y a aucun risque accru de maladies congénitales pour les enfants d'un parent atteint de lupus.

Par contre, il existe une forme de lupus néonatal, heureusement rarissime, affectant les enfants de mère porteuse d'anticorps anti-SSA (Ro). Durant la grossesse, l'anticorps passe dans la circulation fœtale et, dans un nombre très limité de cas, cet anticorps peut provoquer des symptômes chez le fœtus: éruptions cutanées, thrombopénie et atteintes cardiaques. Tous ces symptômes, à part l'atteinte cardiaque, sont réversibles et disparaissent lorsque les anticorps maternels sont remplacés dans le sang du bébé par ses propres anticorps. L'atteinte cardiaque peut entrainer une fréquence cardiaque trop basse.

À nouveau, il ne s'agit ici que d'une complication très rare survenant seulement chez une très faible partie des mères porteuses d'anticorps antiSSA (Ro) (environ 2%).

L'allaitement ne pose pas de problème chez la majorité des patientes atteintes de lupus. Les corticostéroïdes, le Plaquenil® et l'azathioprine peuvent être continués sans risques durant l'allaitement.

5.11. La génétique dans le lupus

Le lupus n'est pas une maladie génétique, même s'il existe une discrète prédisposition génétique: le risque que l'enfant d'une maman atteinte de lupus développe la maladie est en effet assez faible (2 pourcents). Néanmoins, il existe des cas familiaux de lupus. Ces cas restent très rares et ne constituent certainement pas une raison fondée pour déconseiller une grossesse aux personnes désireuses de fonder une famille.

Par ailleurs, on peut trouver chez des frères ou sœurs de personnes atteintes, des anomalies biologiques asymptomatiques telles que la présence d'anticorps antinucléaires. De plus, il est fréquent d'observer d'autres maladies auto-immunes dans la famille telles que la thyroïdite par exemple.

Cependant, il ne s'agit absolument pas d'une maladie héréditaire, comme le sont l'hémophilie ou la mucoviscidose. L'hérédité est polygénique (c'est-à-dire qu'elle concerne plusieurs gènes) et le risque, bien qu'augmenté par rapport à la population générale, reste extrêmement faible. Il n'est donc pas raisonnable de réaliser systématiquement un test de recherche d'anticorps antinucléaires chez les enfants asymptomatiques. Il ne sera effectué que si des plaintes cliniques compatibles avec ce diagnostic apparaissent.

6. Maladies rhumatismales rares

6.1. Centres de compétences reconnus par la Société Royale Belge de Rhumatologie 2019-2021

Le Centre de Compétence en Soins Spécifiques et Recherche (SCRCC) est un centre d'expertise répondant à tous les critères de sélection relatifs au nombre minimum de patients, aux ressources (équipe multidisciplinaire comprenant le support de paramédicaux, urgences, accès aux technologies et aux traitements de pointe), à l'activité de recherche et à la formation.

Le Centre de Compétence en Diagnostic et Traitement (DTCC) est un gestionnaire de soins clé de la maladie rhumatismale rare considérée, répondant aux critères de sélection liés au nombre minimum de patients et aux besoins en ressources.

Le Centre Intéressé (IC) est un centre où un rhumatologue individuel voit en première ligne un certain nombre de patients atteints de la maladie rhumatismale rare considérée et démontre un intérêt particulier à prendre soin de ces patients en se connectant à un centre de soins spécifiques et de recherche (SCRCC) ou à un centre de compétence en diagnostic et traitement (DTCC).

6.2. Carte des centres de compétence

1. UZ Leuven (SCRCC)
2. Cliniques Universitaires Saint-Luc (SCRCC)
3. CHU Liège (DTCC)
4. Hôpital Erasme (DTCC)
5. UZ Brussel (DTCC)
6. AZ Sint-Jan Brugge (DTCC)
7. CHU Charleroi (DTCC)
8. AZ Sint Lucas Ghent (DTCC)
9. UZA Antwerpen (DTCC)
10. Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst (DTCC)
11. Grand Hôpital de Charleroi (DTCC)
12. Reuma Instituut Hasselt (DTCC)
13. ZNA Hospitals (DTCC)
14. GZA Antwerpen (DTCC)
15. CHR Citadelle Liège (DTCC)
16. UZ Gent (DTCC)
17. Reuma Lier (DTCC)
18. AZ Sint Lucas Brugge (DTCC)
19. ReumaCentrum Genk (DTCC)
20. CHU Brugmann (DTCC)
21. CHU UCL Dinant Godinne (DTCC)
22. AZ Jan Portaels (IC)
23. Cndg Gosselies (IC)
24. CHU Saint-Pierre Bruxelles (IC)
25. AZ Damiaan Oostende (IC)
26. AZ Sint Josef Hospital Malle (IC)
27. AZ Zeno Knokke-Heist 5IC)

7. Remerciements

Cette brochure est une réactualisation de la brochure de l'Association Lupus Erythémateux.

Nous tenons à remercier le Docteur Von Frenckell et le CHU de Liège pour leur travail de mise à jour.

Nous remercions également les bénévoles de CLAIR et de l'association Lupus Erythémateux qui aident au quotidien ainsi qu'aux généreux donateurs qui permettent l'impression de cette brochure et de la rendre accessible au plus grand nombre.

8. A propos de CLAIR

L'asbl CLAIR réunit les patients et les associations de patients atteints de maladies inflammatoires rhumatismales en Belgique. CLAIR vise à coordonner, initier, opérer et superviser toutes les initiatives possibles pour promouvoir la santé psychologique, sociale et physique des personnes atteintes de maladies inflammatoires rhumatismales, qu'elles puissent mener une vie optimale. Plus informations sur www.clair.be ou par mail sur info@clair.be .

Vous avez moins de 35 ans ? Alors rejoignez Rhuma'Jeunes qui est le groupe jeunes de CLAIR. Retrouvez Rhuma'Jeunes sur Facebook et sur https://rhumajeunes.be/

9. A propos de l'Association Lupus Erythémateux

Par des personnes atteintes de lupus, pour des personnes atteintes de lupus.

L'association Lupus est gérée par des bénévoles, atteints par le lupus ou dont les proches sont atteints.

Elle informe et soutient les patients touchés par cette maladie.

Pour réaliser cet objectif, elle organise régulièrement des rencontres entre patients et met à la disposition de ses membres une information de qualités.

Ce livre est une publication des associations CLAIR et Lupus Erythémateux, dont les sièges sociaux sont situés rue du Pont à Rieu 13i 7500 Saint Maur et Avenue Gustave Latinis 83 1030 Schaerbeek.

https://clair.be - info@clair.be

https://lupus.be - info@lupus.be

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre par quelque procédé que ce soit est interdite sans autorisation écrite de l'éditeur.

ENSEMBLE C'EST
CLAIR

Association Lupus
Erythémateux

Avec le soutien de