

# ĐỘ NHẠY CỦA TIÊU CHUẨN EULAR/ACR 2019, SLICC 2012 VÀ ACR 1997 TRONG CHẨN ĐOÁN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TRẺ EM

Mai Thành Công<sup>1,✉</sup>, Trịnh Bình Minh<sup>1</sup>, Phạm Thị Thảo<sup>1</sup>  
Trần Thị Oanh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thúy Liên<sup>2</sup>  
Phạm Văn Đэм<sup>3</sup>, Nguyễn Thành Nam<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Nghiên cứu cắt ngang trên 83 bệnh nhi được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống mới tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 đến hết tháng 12/2023 nhằm so sánh độ nhạy của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, ACR 1997 và một số yếu tố liên quan trong chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em. Độ nhạy của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, ACR 1997 trong chẩn đoán lupus ở nhóm nghiên cứu là lần lượt là 100%, 95,2%, 65,1%. Độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997 ở nhóm bệnh nhân có  $\geq 2$  biểu hiện lâm sàng (75,7%), biểu hiện huyết học (78,9%), biểu hiện da niêm mạc (90,2%), biểu hiện thanh mạc (94,4%) và tổn thương thận (83,0%) cao hơn tương ứng so với nhóm có 1 biểu hiện lâm sàng (7,7%), không có bất thường huyết học (53,3%), không có biểu hiện da niêm mạc (40,5%), không có biểu hiện thanh mạc (56,9%) và không tổn thương thận (33,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Lupus, EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, ACR 1997, độ nhạy, trẻ em.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn gây tổn thương nhiều cơ quan. Bệnh phức tạp về biểu hiện lâm sàng, cơ chế bệnh sinh và sự đa dạng của các loại tự kháng thể tham gia.<sup>1,2</sup> Do vậy, chẩn đoán bệnh là một thách thức trong thực hành lâm sàng.

Các bệnh lý tự miễn nói chung, trong đó có SLE, cho đến nay chưa có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định. Cùng với những tiến bộ trong hiểu biết về bệnh, các tiêu chuẩn phân loại giúp chẩn đoán bệnh ra đời và có những thay đổi mới. Tiêu chuẩn đầu tiên được sử dụng

trong chẩn đoán SLE là tiêu chuẩn ACR 1982 (được sửa đổi năm 1997 bao gồm 11 tiêu chí: ban cánh bướm, ban dạng đĩa, ban nhạy cảm ánh sáng, loét miệng, viêm khớp, viêm thanh mạc, tổn thương thận, rối loạn thần kinh, rối loạn huyết học, ANA và một số tự kháng thể) có độ đặc hiệu cao (94,8%) nhưng độ nhạy không cao (68,7%).<sup>4</sup> Tiêu chuẩn SLICC 2012 bổ sung một số tiêu chí (về biểu hiện da, niêm mạc, thần kinh, xét nghiệm kháng thể kháng phospholipid và giảm nồng độ bổ thể) làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán SLE (95,4%) nhưng độ đặc hiệu (88,9%) thấp hơn so với ACR 1997.<sup>4-6</sup>

Gần đây, tiêu chuẩn phân loại SLE của EULAR/ACR 2019 ra đời với tiêu chí đầu vào bắt buộc là kháng thể kháng nhân dương tính, các tiêu chí đánh giá có trọng số điểm khác nhau, trong đó có 7 tiêu chí lâm sàng và 3

Tác giả liên hệ: Mai Thành Công

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: maithanhcong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/02/2024

Ngày được chấp nhận: 22/03/2024

tiêu chí miễn dịch. Lần đầu tiên, biểu hiện sốt (không do nguyên nhân khác) được đưa vào tiêu chí lâm sàng để phân loại lupus trong tiêu chuẩn này. Bệnh nhân được phân loại là SLE khi có kháng thể kháng nhân dương tính, có ít nhất 1 tiêu chí lâm sàng, tổng điểm  $\geq 10$  điểm và loại trừ các bệnh khác có khả năng. Do đó, tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 có độ nhạy, độ đặc hiệu tương đối cao trong chẩn đoán SLE.<sup>5-7</sup>

Các tiêu chuẩn phân loại lupus (ACR 1997, SLICC 2012, EULAR/ACR 2019) được xác định dựa trên bệnh nhân trưởng thành. Cho đến nay, không có tiêu chuẩn xây dựng riêng cho bệnh nhân lupus trẻ em. Mặt khác, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào được báo cáo về giá trị của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 trong chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống ở người lớn cũng như ở trẻ em. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Số sánh độ nhạy của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, ACR 1997 và một số yếu tố liên quan trong chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

Bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống < 17 tuổi, được chẩn đoán lần đầu độc lập bởi ít nhất 2 bác sĩ nhi khoa được đào tạo và có từ 3 năm kinh nghiệm trở lên về lupus ban đỏ hệ thống trẻ em, tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến hết tháng 12/2023.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.
- Bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống đã điều trị.
- Hội chứng overlap, bệnh mô liên kết hỗn hợp.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang.

Chọn mẫu thuận tiện.

#### **Các biến số và chỉ số nghiên cứu**

- Tuổi: tính theo năm, chia hai nhóm  $\leq 12$  tuổi và  $> 12$  tuổi.

- Giới: chia hai nhóm là nam và nữ.

- Các biểu hiện lâm sàng (sốt, huyết học, tâm thần kinh, da niêm mạc, thanh mạc, khớp, thận) và số điểm được đánh giá theo các tiêu chí trong tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019.<sup>7</sup>

- Đáp ứng tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 khi: kháng thể kháng nhân dương tính, có ít nhất 1 biểu hiện lâm sàng và tổng điểm các biểu hiện  $\geq 10$  điểm.<sup>5,7</sup>

- Đáp ứng tiêu chuẩn ACR 1997 khi có  $\geq 4$  tiêu chí của tiêu chuẩn.<sup>8</sup>

- Đáp ứng tiêu chuẩn SLICC 2012 khi có  $\geq 4$  tiêu chí của tiêu chuẩn (trong đó có ít nhất 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn miễn dịch) hoặc khi có bằng chứng viêm thận lupus trên sinh thiết thận và ANA dương tính hoặc anti-dsDNA dương tính.<sup>9</sup>

#### **Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê phù hợp.

**Thời gian:** từ tháng 01/2021 đến hết tháng 12/2023.

**Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Bạch Mai.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng của Bệnh viện Bạch Mai theo quyết định số 1309/QĐ-BVBM.

## III. KẾT QUẢ

Có 83 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu gồm 91,6% trẻ nữ và 8,4% trẻ nam, với tuổi trung bình là  $13,1 \pm 2,1$  (tuổi).

Độ nhạy của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019, SLICC 2012 và ACR 1997 trong chẩn đoán lupus ở nhóm nghiên cứu là 100%, 95,2% và 65,1% (Bảng 1).

**Bảng 1. Độ nhạy của các tiêu chuẩn trong chẩn đoán lupus trẻ em**

Đáp ứng tiêu chuẩn	Số lượng BN (n = 83)	Tỉ lệ (%)
ACR 1997	54	65,1
SLICC 2012	79	95,2
EULAR/ACR 2019	83	100,0

Sau đây, chúng tôi gọi nhóm tiêu chuẩn lâm sàng trong tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 là tiêu chuẩn X. Tiêu chuẩn X cũng có thể phân loại lupus ban đỏ hệ thống với ngưỡng  $\geq 10$  điểm (mà không cần nhóm tiêu chuẩn miễn dịch).

**Bảng 2. Độ nhạy của tiêu chuẩn X trong chẩn đoán lupus trẻ em**

Tiêu chuẩn X (tiêu chuẩn lâm sàng)	Số lượng BN (n = 83)	Tỉ lệ (%)
< 10 điểm	24	28,9
$\geq 10$ điểm	59	71,1

Nếu chỉ sử dụng nhóm tiêu chuẩn lâm sàng trong tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 để phân loại lupus, tỉ lệ đáp ứng là 71,1% (Bảng 2).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa số lượng biểu hiện lâm sàng và độ nhạy của tiêu chuẩn X**

Tiêu chuẩn X (tiêu chuẩn lâm sàng)	1 biểu hiện (n = 13)		$\geq 2$ biểu hiện (n = 70)		$p^a$
	n	%	n	%	
Tiêu chuẩn X < 10 điểm	10	76,9	14	20,0	< 0,05
Tiêu chuẩn X $\geq 10$ điểm	3	23,1	56	80,0	

<sup>a</sup>Fisher's exact test

Nếu chỉ sử dụng nhóm tiêu chuẩn lâm sàng trong tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 để phân loại lupus, tỉ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có  $\geq 2$  biểu hiện lâm sàng là 80%, trong khi ở nhóm có 1 biểu hiện lâm sàng là 23,1% (Bảng 3).

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997**

Đặc điểm		Không đáp ứng ACR		Đáp ứng ACR		p
		n	%	n	%	
Tuổi	$\leq 12$ tuổi	10	45,5	12	54,5	> 0,05 <sup>a</sup>
	> 12 tuổi	19	31,1	42	68,9	
Giới	Nam	3	42,9	4	57,1	> 0,05 <sup>b</sup>
	Nữ	26	34,2	50	65,8	

Đặc điểm		Không đáp ứng ACR		Đáp ứng ACR		p
		n	%	n	%	
Số lượng biểu hiện lâm sàng	1	12	92,3	1	7,7	< 0,05 <sup>b</sup>
	≥ 2	17	24,3	53	75,7	
Sốt	Không	11	26,8	30	73,2	> 0,05 <sup>a</sup>
	Có	18	42,9	24	57,1	
Biểu hiện huyết học	Không	21	46,7	24	53,3	< 0,05 <sup>a</sup>
	Có	8	21,1	30	78,9	
Biểu hiện tâm thần kinh	Không	29	37,7	48	62,3	> 0,05 <sup>b</sup>
	Có	0	0	6	100,0	
Biểu hiện da niêm mạc	Không	25	59,5	17	40,5	< 0,05 <sup>b</sup>
	Có	4	9,8	37	90,2	
Biểu hiện thanh mạc	Không	28	43,1	37	56,9	< 0,05 <sup>b</sup>
	Có	1	5,6	17	94,4	
Biểu hiện khớp	Không	21	35,0	39	65,0	> 0,05 <sup>a</sup>
	Có	8	34,8	15	65,2	
Tổn thương thận	Không	20	66,7	10	33,3	< 0,05 <sup>a</sup>
	Có	9	17,0	44	83,0	

<sup>a</sup>Chi-square test, <sup>b</sup>Fisher's exact test

Theo bảng 4, độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997 ở nhóm bệnh nhân có ≥ 2 biểu hiện lâm sàng (75,7%), biểu hiện huyết học (78,9%), biểu hiện da niêm mạc (90,2%), biểu hiện thanh mạc (94,4%) và tổn thương thận (83,0%) cao hơn tương ứng so với nhóm có 1 biểu hiện lâm sàng (7,7%), không có bất thường huyết học (53,3%), không có biểu hiện da niêm mạc (40,5%), không có biểu hiện thanh mạc (56,9%) và không tổn thương thận (33,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ . Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, biểu hiện sốt, biểu hiện tâm thần kinh và biểu hiện khớp với độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997.

#### IV. BÀN LUẬN

Độ nhạy của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 và SLICC 2012 để chẩn đoán lupus ở nhóm

bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 100% và 95,2%, cao hơn độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997 (65,1%). Reem Abdwani và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân lupus trẻ em ở Ả Rập - Trung Đông, so sánh độ nhạy của 3 tiêu chuẩn phân loại ở lần chẩn đoán ban đầu và đánh giá lại sau 1 năm cũng cho thấy độ nhạy của tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 (81%, 88,89%) cao hơn SLICC 2012 (76%, 84,86%) và ACR (49%, 57,66%).<sup>6</sup> Bên cạnh đó, một số nghiên cứu khác so sánh hiệu quả của ba tiêu chuẩn phân loại trên và đưa ra những nhận định khác nhau. Batu và cộng sự đã mô tả hiệu quả của 3 tiêu chuẩn phân loại trong một nhóm lớn trẻ mắc SLE ( $n = 262$ ) từ Thổ Nhĩ Kỳ khi chẩn đoán, báo cáo độ nhạy của SLICC-2012 là cao nhất (95,4%), sau đó đến EULAR/ACR-2019 (91,5%), thấp nhất là ACR-1997 (68,7%).<sup>4</sup>

Tương tự với nghiên cứu của Fonesca và cộng sự đã mô tả hiệu quả của 3 phân loại trong nhóm trẻ mắc SLE (n = 122) ở Brazil, chẩn đoán lần đầu và theo dõi trong vòng 1 năm, báo cáo độ nhạy của SLICC 2012 (89,3%, 97,5%) và EULAR/ACR 2019 (87,7%, 95,1%) cao hơn so với ACR 1997 (70,5%, 95,1%).<sup>10</sup> Có thể giải thích rằng, vấn đề sắc tộc, dân tộc và địa lý là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn tới sự thay đổi về độ nhạy của các tiêu chuẩn phân loại tại các địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Ngoài ra, trong một nghiên cứu khác của Fonesca và cộng sự ở nhóm trẻ vị thành niên mắc SLE, đánh giá về hiệu quả phân loại trẻ mắc SLE ở lần khám đầu và sau 1 năm theo dõi ở 1 trung tâm Brazil. Độ nhạy của SLICC 2012 cao hơn so với ACR 1997, 82,7% so với 58,0% ( $p < 0,001$ ) ở lần khám đầu tiên và 96,3% so với 91,3% ( $p = 0,125$ ) ở năm đầu tiên.<sup>11</sup> Tương tự, nghiên cứu của Hartman và cộng sự so sánh độ nhạy của SLICC 2012 và ACR 1997 trên cỡ mẫu lớn, lặp lại nhiều lần ở trẻ vị thành niên (n = 907) cho thấy SLICC 2012 có độ nhạy cao hơn ACR 1997 (99,9% so với 84,3%).<sup>12</sup> Theo một nghiên cứu của Israel, Levinsky và cộng sự đã cho thấy độ nhạy của tiêu chí EULAR/ACR 2019 và SLICC 2012 tốt hơn đáng kể so với ACR 1997 trong tất cả các giai đoạn (96%, 96% so với 79%,  $p$ -value  $< 0,001$  tại mỗi thời điểm); hơn nữa, độ nhạy của các tiêu chí này tăng lên theo thời gian.<sup>13</sup> Như đã biết, các biểu hiện của SLE có thể không xuất hiện cùng một lúc mà có thể xuất hiện ở nhiều giai đoạn khác nhau của bệnh. Việc khảo sát ở nhiều lần ở các thời điểm khác nhau khiến cho các biểu hiện bệnh không bị bỏ sót, dẫn tới độ nhạy của tiêu chuẩn được tăng lên. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tại thời điểm chẩn đoán lupus ban đầu nhưng độ nhạy của các tiêu chuẩn cao hơn phần lớn các nghiên cứu khác trên thế giới. Điều này có thể giải thích do Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện

tuyệt cuối, bệnh nhân thường được chuyển đến khi tình trạng bệnh đã nặng. Mặt khác, cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế. Ngoài ra, cũng có khả năng lupus ở trẻ em Việt Nam có khởi phát bệnh nặng hơn so với các quốc gia khác, để trả lời cần có thêm các nghiên cứu khác ở Việt Nam.

Phân tích tổng hợp của Hartman đưa ra nhận xét, ở trẻ em mắc SLE, SLICC 2012 có độ nhạy cao hơn nhiều và phân loại bệnh nhân sớm hơn trong quá trình phát triển bệnh so với ACR1997.<sup>12</sup> Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi tại Trung tâm Nhi khoa Bạch Mai cho thấy tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 có độ nhạy cao nhất so với SLICC 2012 và ACR 1997 ngay tại thời điểm chẩn đoán ban đầu.

Trên lâm sàng, việc đánh giá và phân loại ban đầu là rất quan trọng trong việc định hướng bệnh. Ngoài ra, chi phí làm xét nghiệm miễn dịch cũng tương đối cao và không phải bệnh viện nào cũng có điều kiện làm được đầy đủ. Vì vậy, việc sàng lọc bệnh nhân trên tiêu chuẩn lâm sàng là một vấn đề cần được quan tâm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu chỉ sử dụng nhóm tiêu chuẩn lâm sàng trong tiêu chuẩn EULAR/ACR (chúng tôi gọi tắt là tiêu chuẩn X) với mốc  $\geq 10$  điểm để phân loại lupus, tỉ lệ đáp ứng là 71,1%. Tỉ lệ đáp ứng này tương đối cao (cao hơn cả độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997 là 65,1%), tuy nhiên cũng bỏ sót khá nhiều bệnh nhân trong lần đánh giá ban đầu. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, nếu nâng mức giới hạn tổng điểm EULAR/ACR 2019 lên  $\geq 13$  điểm sẽ cho độ nhạy cao hơn so với ACR 1997.<sup>6,14</sup> Nhưng trong nghiên cứu của Fonseca và cộng sự, tổng điểm EULAR/ACR 2019  $\geq 13$  không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ nhạy so với ACR 1997, (76,2% so với 70,5%  $p = 0,189$ ) nhưng EULAR/ACR  $\geq 13$  có độ nhạy thấp hơn so với SLICC 2012 ở lần thăm khám đầu tiên (76,2% so với 89,3%,  $p < 0,001$ ) và lần đánh giá lại

sau 1 năm (91% so với 97,5%,  $p = 0,008$ ).<sup>10</sup> Sau khi xử lý dữ liệu, nghiên cứu của chúng tôi đưa ra nhận xét rằng: có mối liên quan giữa số lượng biểu hiện lâm sàng và độ nhạy của tiêu chuẩn X. Xét 2 nhóm bệnh nhân chỉ có 1 biểu hiện lâm sàng và nhóm có từ 2 biểu hiện lâm sàng bất kỳ. Nếu chỉ sử dụng nhóm tiêu chuẩn lâm sàng trong tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 để phân loại lupus, tỉ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có  $\geq 2$  biểu hiện lâm sàng là 80%, trong khi ở nhóm có 1 biểu hiện lâm sàng là 23,1% ( $p < 0,05$ ). Đối với nhóm bệnh nhân chỉ có 1 biểu hiện lâm sàng, đa số bệnh nhân sẽ có điểm tính theo tiêu chuẩn X  $< 10$  điểm, dẫn tới nhóm này chẩn đoán khó khăn hơn và chẩn đoán phân biệt rộng. Tỉ lệ đáp ứng tiêu chuẩn X của nhóm có từ 2 biểu hiện lâm sàng là tương đối cao nhưng vẫn có một phần lớn có thể bỏ sót. Cũng chưa có nhiều nghiên cứu so sánh sự khác biệt dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng để chúng tôi có thể so sánh, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có từ 2 biểu hiện lâm sàng trở lên có độ nhạy cao hơn (80% so với 23,1%, với  $p < 0,05$ ) nhóm bệnh nhân chỉ có 1 biểu hiện khi đánh giá bằng tiêu chuẩn X.

Độ nhạy của tiêu chuẩn ACR luôn được đánh giá là thấp nhất trong các nghiên cứu đã đưa ra trước đó nhưng vẫn được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán SLE do có độ đặc hiệu cao.<sup>4,6,10,15</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi mô tả một số yếu tố liên quan tới độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997. Có sự khác biệt về độ nhạy ở nhóm bệnh nhân có  $\geq 2$  biểu hiện lâm sàng (75,7%), biểu hiện huyết học (78,9%), biểu hiện da niêm mạc (90,2%), biểu hiện thanh mạc (94,4%) và tổn thương thận (83,0%) cao hơn tương ứng so với nhóm có 1 biểu hiện lâm sàng (7,7%), không có bất thường huyết học (53,3%), không có biểu hiện da niêm mạc (40,5%), không có biểu hiện thanh mạc (56,9%) và không tổn thương thận (33,3%). Sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ . Hiện chưa có nhiều nghiên cứu liên quan tới các yếu tố ảnh hưởng lên độ nhạy của ACR 1997 nên việc so sánh còn tương đối hạn chế. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra, không có mối liên quan giữa tuổi, giới, biểu hiện sốt, biểu hiện tâm thần kinh và biểu hiện khớp với độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997. Cần có thêm nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997 để áp dụng hợp lý cho các nhóm bệnh nhân lupus có những đặc điểm khác nhau.

## V. KẾT LUẬN

Tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 và SLICC 2012 có độ nhạy cao so với tiêu chuẩn ACR 1997 trong chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống trẻ em. Độ nhạy của tiêu chuẩn ACR 1997 ở nhóm bệnh nhân có  $\geq 2$  biểu hiện lâm sàng, nhóm có biểu hiện huyết học, nhóm có biểu hiện da niêm mạc, nhóm có biểu hiện thanh mạc và nhóm có tổn thương thận cao hơn ở các nhóm bệnh nhân không có các biểu hiện tương ứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- George C. Tsokos. Systemic Lupus Erythematosus. *NEJM*. 2011;365:2110-2121. Accessed February 17, 2024. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1100359>
- Rahman A, Isenberg DA. Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med*. 2008;358(9):929-939. doi:10.1056/NEJMra071297
- Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25(11):1271-1277. doi:10.1002/art.1780251101
- Batu ED, Akca UK, Kisaarslan AP, et al. The Performances of the ACR 1997, SLICC 2012, and EULAR/ACR 2019 Classification Criteria in Pediatric Systemic Lupus Erythematosus. *J*

- Rheumatol.* 2021;48(6):907-914. doi:10.3899/jrheum.200871
5. Aringer M, Leuchten N, Johnson SR. New Criteria for Lupus. *Curr Rheumatol Rep.* 2020;22(6). doi:10.1007/s11926-020-00896-6
  6. Reem Abdwani, Eman Al Masroori, Eiman Abdullah, et al. Evaluating the performance of ACR, SLICC and EULAR/ACR classification criteria in childhood onset systemic lupus erythematosus. *Pediatric Rheumatology.* 2021; 141(19).
  7. Martin Aringer, Karen H Costenbader, David I Daikh, et al. 2019 EULAR/ACR Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019; 71(9):1400-1412.
  8. Linjia Jia, Alana B Levine, Michael D Lockshin. American College of Rheumatology Criteria for Systemic Lupus Erythematosus Exclude Half of All Systemic Lupus Erythematosus Patients. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69(7):1502-1503. doi:10.1002/art.40120
  9. Michelle Petri, Ana-Maria Orbai, Graciela S Alarcón, et al. Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012; 64(8):2677-2686. doi: 10.1002/art.34473
  10. Rodrigues Fonseca A, Felix Rodrigues MC, Sztajn bok FR, et al. Comparison among ACR1997, SLICC and the new EULAR/ACR classification criteria in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Adv Rheumatol.* 2019;59(1):20. doi:10.1186/s42358-019-0062-z
  11. Fonseca AR, Gaspar-Elsas MIC, Land MGP, et al. Comparison between three systems of classification criteria in juvenile systemic lupus erythematosus. *Rheumatology.* 2015;54(2):241-247. doi:10.1093/rheumatology/keu278
  12. Hartman EAR, van Royen-Kerkhof A, Jacobs JWG, et al. Performance of the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria versus the 1997 American College of Rheumatology classification criteria in adult and juvenile systemic lupus erythematosus. A systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev.* 2018;17(3):316-322. doi:10.1016/j.autrev.2018.01.007
  13. Levinsky Y, Broide M, Kagan S, et al. Performance of 2019 EULAR/ACR classification criteria for systemic lupus erythematosus in a paediatric population - a multicentre study. *Rheumatology.* 2021;60(11):5142-5148. doi:10.1093/rheumatology/keab140
  14. Smith EMD, Rasul S, Ciurtin C, et al. Limited sensitivity and specificity of the ACR/EULAR-2019 classification criteria for SLE in JSLE? - observations from the UK JSLE Cohort Study. *Rheumatology.* 2021;60(11):5271-5281. doi:10.1093/rheumatology/keab210
  15. Lu W, Zhong Y, Weng C, et al. Utility of the ACR-1997, SLICC-2012 and EULAR/ACR-2019 classification criteria for systemic lupus erythematosus: a single-centre retrospective study. *Lupus Sci Med.* 2022;9(1):e000718. doi:10.1136/lupus-2022-000718

## Summary

### **THE SENSITIVITY OF THE EULAR/ACR 2019, SLICC 2012 AND ACR 1997 CLASSIFICATION CRITERIA FOR PEDIATRIC SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

A cross-sectional study was conducted on 83 pediatric patients diagnosed with systemic lupus erythematosus (SLE) at the Pediatric Center of Bach Mai Hospital from January 2021 to December 2023 to compare the sensitivity of the EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, and ACR 1997 classification criteria and various related factors in diagnosing pediatric SLE. The sensitivity of the EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, and ACR 1997 classification criteria in diagnosing lupus in the study group were 100%, 95.2%, and 65.1% respectively. The sensitivity of the ACR 1997 classification criteria in patients with  $\geq 2$  clinical manifestations (75.7%), hematological manifestations (78.9%), mucocutaneous manifestations (90.2%), serositis (94.4%), and renal involvement (83.0%) was higher compared to those with only 1 clinical manifestation (7.7%), no hematological abnormalities (53.3%), no mucocutaneous manifestations (40.5%), no serositis (56.9%) and no renal involvement (33.3%). The differences were statistically significant,  $p < 0.05$ .

**Keywords:** Lupus, EULAR/ACR 2019, SLICC 2012, ACR 1997, sensitivity, pediatric.