



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Artrita reactivă la copil

Protocol clinic național

PCN-266

Chișinău 2016

**Aprobat prin ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 29.09.2016, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 939 din
30.11.2016 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Artrita reactivă la copil”**

Elaborat de colectivul de autori:

<i>Nineli Revenco</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Cracea Angela</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Eremciuc Rodica</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Olesea Grin</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Bogonovschi Livia</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpăna	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul:	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivel de asistență medicală primară	6
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (reumatolog)	6
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	7
C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	9
C. 1.1 Algoritm de diagnostic al artritei reactive poststreptococice	9
C. 1.2 Algoritm de tratament al artritei reactive urogenitale/enterocolitice	10
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	11
C.2.1 Clasificarea ARe	11
C.2.2. Factorii cauzali ai ARe și artritelor postinfecțioase la copii	11
C.2.3 Conduita pacientului cu ARe și artrite postinfecțioase	11
C.2.3.1. <i>Anamneza</i>	11
C.2.3.2. <i>Examenul fizic</i>	11
C.2.3.3. <i>Caracteristica infecției primare în ARe</i>	12
C.2.3.4 <i>Investigații paracinice</i>	13
C.2.4 Diagnosticul	16
C.2.4.1. <i>Diagnostic pozitiv</i>	16
C.2.4.2. <i>Diagnosticul diferențial</i>	16
C.2.5. Criteriile de spitalizare a copiilor cu ARe	18
C.2.6. Tratamentul	18
C.2.6.1. <i>Tratamentul medicamentos al ARe</i>	18
C.2.6.2. <i>Tratamentul nemedicamentos al ARe</i>	20
C.2.7. Pronostic evolutiv	20
C.2.8. Supravegherea pacienților cu ARe	20
C.2.9. Complicațiile ARe	21
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	22
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	22
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	22
D.3 Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția Reumatologie pentru copii a IMSP IMȘIC	22
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	24
ANEXA 1. Formularul de consultație și evidență a copilului cu ARe la pediatru reumatolog	25
ANEXA 2. Informații pentru părinți	28
ANEXA 3. Fișa standartizată de audit	29
BIBLIOGRAFIE	30

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACR	Colegiul American de Reumatologie
ADN	Acid dezoxiribonucleic
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
ARe	Artrita reactivă
ALAT	Alaninaminotransferaza
AMP	Asistența medicală primară
ASAT	Aspartatamino transferaza
CIM 10	Clasificarea a X-a Internațională a Maladiilor
CMV	Citomegalovirus
DAREA	Scorul de activitate a bolii din <i>disease activity of reactive arthritis</i>
DMARD	Tratament antireumatic de bază din <i>disease-modifying antirheumatic drug</i>
EBV	Virusul Epstein Barr
ECG	Electrocardiografie
EchoCG	Ecocardiografie
ELISA	Test imunoenzimatic
GCS	Glucocorticosteroizi
HIV	Virusul imunodeficienței umane
HLA	Sistemul major de histocompatibilitate din <i>human leukocyte antigen system</i>
HSV	Virusul Herpes simplex
HTA	Hipertensiune arterială
IC	Insuficiența cardiacă
IFA	Insuficiența funcțională a articulațiilor
IFP	Articulațiile interfalangiene proximale
IMSP IMȘiC	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și a Copilului
MASES	Scorul aprecierii entezitei din <i>Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score</i>
MCF	Articulațiile metacarpofalangiene
MTX	Metotrexat
MS RM	Ministerul Sănătății Republicii Moldova
NYHA	Asociația inimii din New York/ <i>New York Heart Association</i>
PCR	Proteina C - reactivă
SVAD	Scala vizuală analogă a durerii
VHB	Virus hepatic B
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor
VZV	Virusul varicela/Zona zoster

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, constituit din specialiștii Departamentului Pediatrie și a IMSP IM și C. Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind artrita reactivă la copil.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrită reactivă

Exemplu de formulare a diagnosticului:

1. Artrită reactivă, forma postenterocolitică, de etiologie *Yersinia enterocolitica*, cu afectarea articulației talocrurale drepte, evoluție acută, gradul II de activitate, stadiul radiologic II, IFA I;
2. Artrită reactivă, forma uro-genitală, de etiologie chlamidiană cu afectarea articulațiilor mici ale plantelor și articulației talocrurale stângi, evoluție cronică, gradul II de activitate, stadiul radiologic III, IFA II;

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M02.0 – Artropatie după derivație intestinală

M02.1 – Artropatia post-dezinterică

M02.2 – Artropatia după vaccin

M02.3 – Sindromul Reiter

M02.8 – Alte artropatii de reacție

M02.9 – Artropatia de reacție fără precizare

M07.6 – Alte artrite enteropatice

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- instituțiile/secțiile consultative raionale (reumatologi);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și reumatologi);
- secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane.

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Majorarea numărului de copii cărora li s-a stabilit în prima lună de la debutul bolii diagnosticul de ARe.
2. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a copiilor cu ARe.
3. Îmbunătățirea calității tratamentului copiilor cu ARe.
4. Creșterea numărului de copii cu ARe supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național .

A.5. Data elaborării protocolului: 2016





A.6. Data următoarei revizuirii: 2018

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Nineli Revenco	Profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale, Director Departament Pediatrie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; Vicedirector cercetare, inovare și transfer tehnologic IMSP IM și C, specialist principal MS RM
Angela Cracea	Asistent universitar, Departament Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
Rodica Eremciuc	Asistent universitar, Departament Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
Olesea Grin	Secundar clinic, specialitatea Reumatologie pediatrică, Departament Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
Livia Bogonovschi	Doctorand, Departament Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Persoana responsabilă - Semnătura
Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie și neonatologie”	
Comisia Științifico-Metodică de profil Reumatologie	
Asociația medicilor de familie	

Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Artritele reactive (ARe), sunt un grup de artrite inflamatorii nesupurative, cu un component autoimun, ce se instalează în urma infecțiilor intestinale sau urogenitale, preponderent la persoane cu predispoziție genetică [4,8,10]. Acest termen este utilizat pentru artritele sterile inflamatorii după o infecție. Artritele postinfecțioase sunt destul de frecvente în perioada copilăriei.

Artrită reactivă de obicei urmează după *infecții intestinale* (*Salmonella enteritidis*, *S. Oranienburg*, *S. Typhimurium*, *Shigella flexneri*, *Yersinia enterocolitica*, *Campilobacter jejuni*), *infecții genitourinare* (*Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*). Mecanismul patogenetic important în artritele reactive la copii se consideră a fi un răspuns autoimun cu implicarea limfocitelor T care reacționează încrucișat cu antigene din lichidul sinovial. La adolescenții cu ARe după infecții digestive au fost demonstrate leziuni inflamatorii intestinale și în perioada de remisiune a manifestărilor gastrointestinale (concentrații majorate de IgA secretorii cu alterarea permeabilității intestinale).

ARe poststreptococică se consideră o prezentare clinică a febrei reumatismale incompletă, este o artropatie reactivă cauzată de infecția streptococică (grup A și G) cu risc minim de apariție a carditei. Agentul bacterian ce stă la originea artritei reactive la copil este streptococul beta hemolitic de grup A, care este responsabil de faringite în 20-30% cazuri [2].

A.9. Informația epidemiologică

Frecvența – pe plan internațional incidența ARe este de aproximativ 30-40 cazuri la 100.000 adulți, dar această cifră variază considerabil în diferite zone geografice [8,9].

Mortalitatea/Morbiditatea – ARe de obicei are o evoluție auto-limitantă, cu rezoluția simptomelor în 3-12 luni, chiar și la pacienții cu forme acute. Totuși are o tendință de recurențe, în special cu procese inflamatorii oculare și urogenitale. Indivizii cu determinanta HLA-B27 pozitivă au un risc crescut de recurențe printr-o infecție nouă sau factori de stres ce pot reactiva maladia [15,16].

În 15% cazuri pacienții cu ARe dezvoltă artrite, entezite și spondilite destructive de durată. Implicarea articulației coxo-femurală, VSH 30 precum și lipsa răspunsului la tratament cu AINS – sunt indicatori ai unei forme grave sau cronicizării procesului.

Faringita streptococică afectează cel mai frecvent copii de la 5-15 ani, cu o frecvență înaltă în regiunile cu climă temperată, cu o incidență maximală iarna și primăvara. Microorganismul de asemenea poate fi întâlnit și în absența simptomelor unei infecții, situație întâlnită la purtători în aproximativ 10% la copii de vârstă școlară, și mai puțin la adulți. Distribuția artropatiei reactive poststreptococice este bimodală, cu un peak la vârsta de 8-14 ani și altul la 21-37 ani. În contrast cu reumatismul articular acut care are un singur peak în jurul vârstei de 12 ani, iar artrita reactivă (intestinală și urogenitală) la fel cu un singur peak la vârsta de 27-34 ani. Ambele sexe sunt în mod egal afectate [2,6,11].

Frecvența relativă a ARe este în proporție de 4,1-8,6% din patologia reumatică la copii. Majoritatea cazurilor de ARe debutează la băieții de vârstă 8-12 ani. Infecțiile enterice se întâlnesc la copiii cu ARe de orice vârstă, însă ARe urogenitală debutează cu precădere la adolescenți.

B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Evaluarea pacientului	Recunoașterea semnelor precoce de ARE.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Anamneză (casetele 1,2,3,4,6) Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casetele 5,6; anexa1);
1.2. Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Evaluarea criteriilor de spitalizare pentru pacientul cu ARE (caseta 11)
2. Tratament		
2.1. Tratamentul		Obligatori (caseta 12): <ul style="list-style-type: none"> AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 14). Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 17).
3. Supravegherea		Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Supravegherea în baza programului elaborat de pediatru reumatolog.
6. Recuperarea		Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Conform programelor recuperatoare existente, cât și recomandărilor medicilor specialiști; Tratament sanatorial.
<i>B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)</i>		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de ARE	Diagnosticul precoce și tratamentul administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament antireumatic specific poate minimaliza durata bolii și micșora numărul pacienților cu afectări viscerale prin proces autoimun indus.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> Anamneză (casetele 1,2,3,4,6) Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casetele 5,6, anexa 1); Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (casetele 2,7,8), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 10,18); Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ORL- ist, ginecolog/urolog, oftalmolog, gastroenterolog, dermatolog, nefrolog.

1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Aprecierea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>). Elaborarea programului de tratament și supraveghere pentru nivelul de asistență medicală primară.
2. Tratament		
2.1. Tratamentul medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu.	Scopul tratamentului este eradicarea infecției provocatoare de artrită, combaterea procesului inflamator, prevenirea reacției autoimune induse și menținerea abilităților funcționale articulare.	Obligatoriu (<i>caseta 13</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (<i>caseta 13</i>)[după verificare în secția specializată de reumatologie pediatrică]; • AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile atingerilor sistemice sau ineficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară (<i>caseta 16</i>))[după verificare în secția specializată de reumatologie pediatrică]; • Preparate remisive antireumatice (DMARD) (<i>caseta 16</i>)[după verificare în secția specializată de reumatologie pediatrică]; • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 17</i>).
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea	Supravegherea tratamentului antibacterian, de fond (DMARD), AINS – eficacitatea, reacțiile adverse. Este important pentru aprecierea funcției articulare	<ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului antibacterian; • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD) (<i>casetele 15, 16, 17</i>).

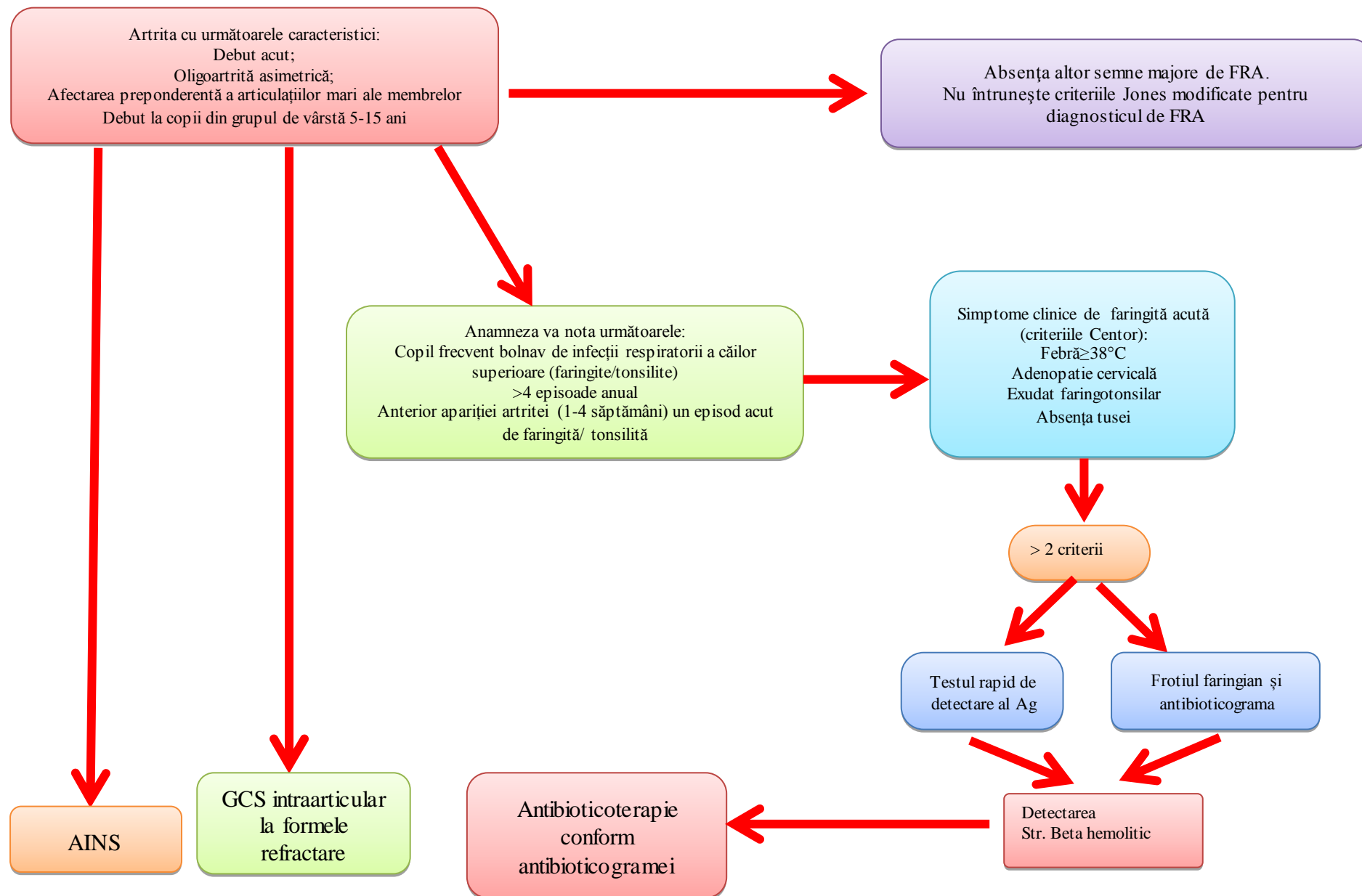
B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare		
1. Spitalizare	Diagnosticul precoce și tratamentul administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament de fond va permite minimalizarea duratei bolii și micșorarea numărului copiilor cu afectări viscerale prin proces autoimun indus.	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalizarea în secția de reumatologie pediatrică republicană. • Criterii de spitalizare (<i>caseta 11</i>)
2. Diagnosticul		

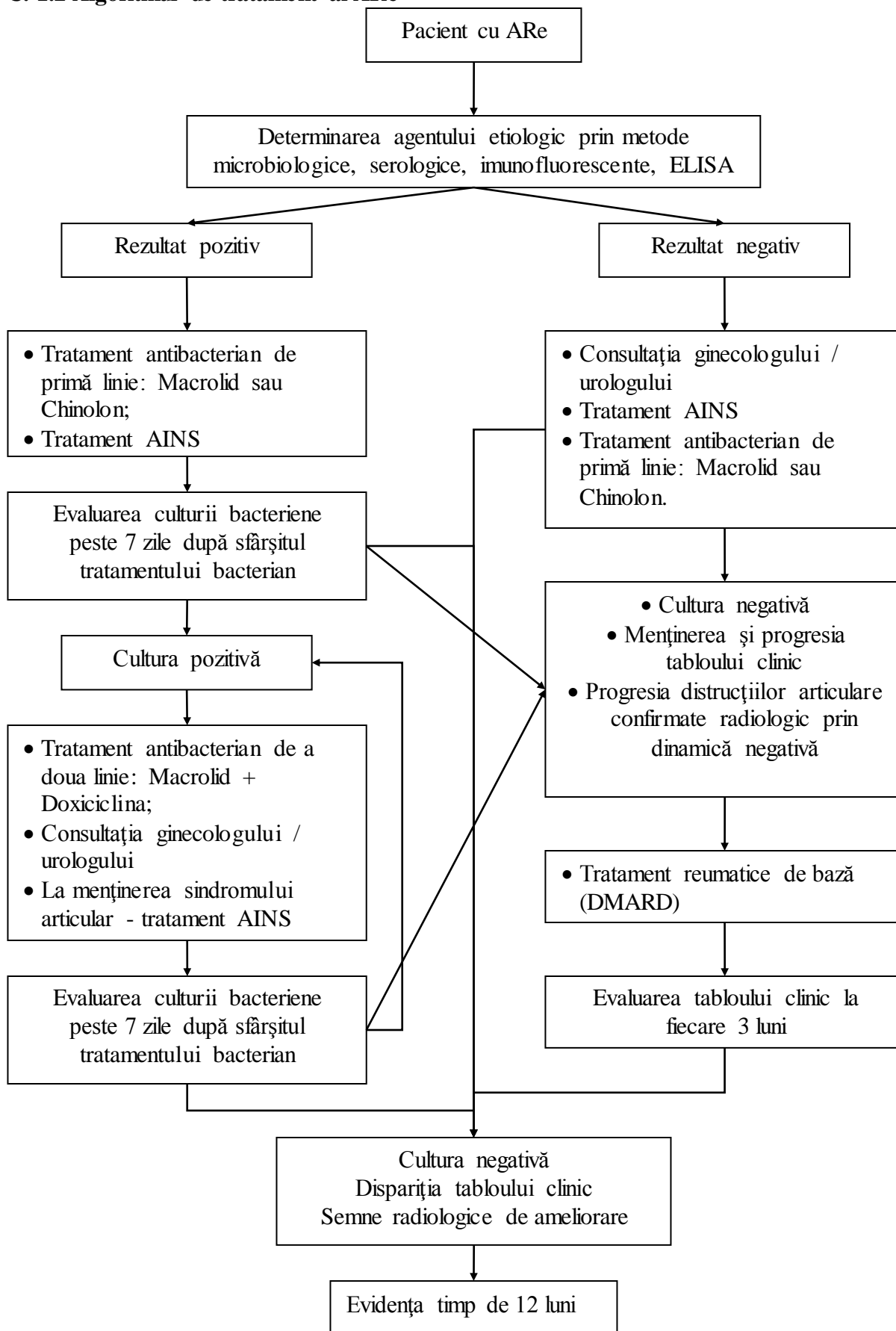
2.1. Confirmarea diagnosticului de ARe și evaluarea posibilelor atingeri viscerale	Diagnosticul precoce al ARe și tratamentul administrat din start, va minimaliza durata bolii și va micșora numărul copiilor cu disabilități articulare stabile.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>casele 1,2,3,4,6</i>) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>casele 5,6 anexa 1</i>); • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (<i>casele 7,8</i>), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (<i>casele 10,18</i>); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ORL-ist, ginecolog/urolog, oftalmolog, gastroenterolog, dermatolog, nefrolog.
3. Tratament		
3.1. Tratamentul medicamentos și nemedicamentos în condiții de staționar.	Scopul tratamentului este eradicarea infecției provocatoare de artrită, combaterea procesului inflamator, prevenirea sau combaterea reacției autoimune induse, tratamentul atingerilor viscerale și menținerea abilităților funcționale articulare.	Obligatori (caseta 12): <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (<i>caseta 13</i>); • AINS (<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile atingerilor sistemice sau insuficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară (<i>caseta 15</i>); • Preparate antireumatice specifice (DMARD) (<i>caseta 16</i>); • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 17</i>).
3. Externarea		
3.1. Externarea cu recomandările către nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat; • Rezultatele investigațiilor și consultațiilor efectuate; • Recomandările pentru pacient; • Recomandările pentru reumatolog pediatru consultant.

C.1.ALGORITM DE CONDUITĂ

C. 1.1 Algoritm de conduită al artritei reactive poststreptococice



C. 1.2 Algoritm de tratament al ARe



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea ARe la copii [4]

Caseta 1. Clasificarea ARe.

ARe este cunoscută cu două forme majore, clasice:

- ARe forma uro-genitală;
- ARe forma entero-colitică.
- Artrita poststreptococică;

C.2.2. Factorii cauzali ai ARe la copii [2,12,13,17]

Caseta 2. Factorii etiologici ai ARe la copii

➤ Bacterii intestinale :

- Salmonella: serovaruri diferite.
- Shigella: S.flexneri, S.dysenteriae, S.sonnei
- Yersinia: Y.enterocolitica, Y.pseudotuberculosis
- Campylobacter : C.jejuni, C.coli, Clostridium difficile, Escherichia coli 0157.

➤ Bacterii ce produc uretrite :

- Chlamidia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum

➤ Bacterii ai tractului respirator superior :

- Streptococul β hemolitic de grup A*
- Chlamidia pneumoniae

*tipic este agentul etiologic al febrei reumatismale, dar este descris și ca germenele ce cauzează ARe.

C.2.3. Conduita pacientului cu ARe [15]

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu ARe

1. Stabilirea diagnosticului precoce de ARe;
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea agentului trigger patogen, gradului de activitate a bolii, determinarea implicării articulare și a coloanei vertebrale, posibilei implicări sistemice;
3. Alcătuirea planului de tratament (individualizat) în funcție de agentul patogen, gradul de activitate a bolii, durata maladiei, exprimarea implicării sistemice;
4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului.

C.2.3.1. Anamnestical [13,14,15]

Caseta 4. Recomandări în colectarea anamnesticalui

- Evidențierea factorilor infecțioși (infecțiile uro-genitale și entero-colitice, streptococice, ș.a.);
- Determinarea susceptibilității genetice (determinanta HLA-B27);
- Debutul bolii (acut <6 luni; trenant 6-12 luni, cronic >12 luni);
- Simptoamele de afectare articulară și a coloanei vertebrale;
- Simptoamele de afectare sistemică ca manifestare a gradului procesului inflamator;
- Tratament anterior.

Istoricul bolii – ARe se dezvoltă într-un interval de câteva zile până la câteva săptămâni (de obicei la 2-4 săptămâni) după o infecție intestinală sau urogenitală. Artrita poststreptococică apare la 2 săptămâni după o faringită streptococică documentată.

C.2.3.2. Examenul fizic [13,14,15]

Caseta 5. Regulile examenului fizic în ARe

- *Semne constituționale:*
 - febra sau subfebrilitate periodică, cu valorile în mediu sub 39°C, fatigabilitate, pierdere ponderală;
- *Evidențierea semnelor clinice osteo-articulare ale ARe:*
 - oligoartrita sau poliartrita asimetrică ce afectează preponderent articulațiile mici și medii ale

membrelor inferioare: articulațiile plantelor, genunchilor, talocrurale, dar pot fi afectate și articulațiile radiocarpiană, cotului, umărului;

- în cazurile cronice și grave pot fi implicate articulațiile mici ale mâinilor și plantelor, prin oligoartrită sau poliartrită asimetrică cu dezvoltarea dactilitei (degete în „crenvrurști”).
- lombagiile în ARe se dezvoltă în aproximativ 50% cazuri, însă la examenul fizic al pacienților cu forma acută a bolii, sindromul algic este minimal, fiind prezentă excepțional limitarea flexiei lombare.
- entesopatiile din ARe sunt asociate cu manifestări inflamatorii (ex. durere, tumefacție, parestezii) în regiunea inserției tendonului Ahile, fasciei plantare pe calcaneu, tuberozității ischiadice, creștelor iliace și coastelor.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare a pielii, mucoaselor și unghiilor:*
 - cheratodermie blenoragică plantară și palmară imperceptibilă de cea din psoriazis pustulos, dar foarte specific pentru ARe;
 - eritemul nodos (poate fi prezent);
 - unghiile pot deveni subțiri și stratificate, asemenea unei infecții micotice sau distrofiei unghiale psoriazice, dar fără ulceratii;
 - ulceratiile bucale se localizează pe limbă, palatul moale al gurii sau pe gingii, fiind puțin dureroase;
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare oculară:*
 - conjunctivita;
 - uveite acute;
 - episclerite;
 - keratite;
 - ulceratii corneene.
- *Evidențierea semnelor clinice de infecție entero-colitică:*
 - crize diareice și colică abdominală persistentă sau alternantă;
 - colita ulceroasă nespecifică, cât și maladia Crohn se asociază cu riscul marcat pentru dezvoltarea ARe.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare renală:*
 - proteinurie nesemnificativă și microhematurie;
 - depozitari de IgA cu dezvoltarea glomerulopatiilor.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare cardiovasculară:*
 - tulburări de conducere prin nodul AV;
 - aortită și regurgitație aortică;
 - miocardită.
- *Determinarea scorului entezitei MASES – pentru durere la palpare (în perioada copilăriei nu sunt complet validate)*

C.2.3.3. Caracteristica infecției primare în ARe:

Caseta 6. Factorii triggeri infecțioși

Infecția trigger	Caracteristica
Shigella enteritis	<ul style="list-style-type: none"> ● Febră înaltă, cu sau fără diaree apoasă ● Crampe abdominale cu o durată de 48-72 ore ● Debutul (în 7-21 zile) a oligoartritei asimetrice, nonmigratorie ● Prezența aglutinelor la Shigella flexneri serotip 2 sau 2a, izolarea microorganismului din masele fecale ● Din cauza duratei lungi de timp dintre debutul diareei și a artritei hemocultura va fi pozitivă doar în <4% din pacienți
Salmonella enteritidis	<ul style="list-style-type: none"> ● Debut cu oligoartrita, mai frecvent genunchi, gleznă ● Debut la 1-3 săptămâni după manifestările infecțioase ● Subfebrilitate ● Lichidul sinovial trebuie să fie steril (se va efectua punctatul și bacteriologia lichidului), deoarece Salmonella poate să provoace și osteomielita și artrita septică

	<ul style="list-style-type: none"> • VSH de obicei elevat, leucopenie în faza acută a bolii, ulterior leucocitoză • Coprocultura pozitivă în aproape toate cazurile, chiar și în fazele tardive ale bolii, dar seroconversia la Salmonella H și antigenul O se întâlnește doar în 50 % pacienți.
Yersinia enterocolitica	<ul style="list-style-type: none"> • Sindromul articular debutează după 2-4 săptămâni de la infecția cu Yersinia enterocolitica • Diaree neânsemnată, de obicei cauzată de consumul apei sau laptelui infectat • Cauzează gastroenterită la copiii mici, și sindrom algic abdominal similar apendicitei la copiii mari • Într-un studiu s-a demonstrat asocierea HLA B27 la 85% din copiii cu ARe postinfecțioasă cu Y.enterocolitica
Campylobacter jejuni	<ul style="list-style-type: none"> • Într-o epidemie de enterită cu C.jejuni din Finlanda , 2,6% din pacienți au dezvoltat oligo- și poliartrită în 4-30 zile după infecția intestinală. • Bacteriologia fluidului sinovial negativ, iar 33% din pacienți aveau asociere cu HLA B27
Chlamydia trachomatis	<ul style="list-style-type: none"> • Cea mai frecventă infecție cu transmitere sexuală • Este demonstrat faptul că infectarea are loc în cea mai mare parte în adolescență • Infecția asimptomatică (5 din 10 bărbați vor manifesta semne de infecție, și respectiv 3 din 10 femei vor fi simptomatice) • Simptomele infecției cu C.trachomatis: triada clasică conjunctivita, uretrita/cervicita și artrita

C.2.3.4. Investigații paraclinice [2,5,7,11,13,14,15]

Caseta 7. Teste pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii:

- Hemoleucograma, VSH, PCR (proteina C reactivă), fibrinogenul;
- Notă:** Testele se efectuează obligatoriu la nivel de AMP și specializată.

Teste pentru determinarea agentului etiologic al bolii:

- Izolarea agentului patogen prin metode microbiologice clasice (frotiu faringian, uretral, sau izolare din mase fecale pe culturi celulare), imunologice (determinarea titrului anticorpilor specifici în serul pacientului) sau molecular-biologice (reacția de polimerizare în lanț);

Teste și proceduri pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și efectuarea diagnosticului diferențial:

- Factorul reumatoid;
- Tipizarea la HLA-B27;
- Analiza generală a urinei;
- Biochimia serică (ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteina totală);
- Puncția articulară (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologică (molecular-biologic prin reacția de polimerizare în lanț la ADN agentului posibil provocator) și clinică a lichidului sinovial;
- Examinarea radiologică articulațiilor afectate și articulațiilor sacro-iliace cu aprecierea stadiului radiologic;
- Ultrasonografia articulară sau tomografia computerizată (la necesitate) sau rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate) sau scintigrafia scheletică (la necesitate);
- Electrocardiografia;
- Ecocardiografia;
- Ultrasonografia organelor interne (la necesitate);

Teste pentru determinarea infecțiilor asociative:

- Testarea la HIV/SIDA;
- Testarea la VHB.

Caseta 8 – Recomandările pentru efectuarea investigațiilor					
Investigațiile de laborator și paraclinice		Semne sugestive pentru ARe	AMP	Nivel consultativ	Staționar
Hemoleucograma		Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator	O	O	O
VSH			O	O	O
Analiza generală a urinei		Pentru excluderea afectărilor renale	O	O	O
Proteina C-reactivă		Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator	O	O	O
Fibrinogenul			O	O	O
Izolarea agentului patogen		Permite izolarea agentului patogen pentru determinarea etiologică și conduita terapeutică antibacteriană		O	O
	<i>Metode microbiologice clasice</i> (frotiu uretral, faringial, sau izolare din mase fecale pe culturi celulare)				O
	<i>Metode imunologice</i> (determinarea titrului anticorpilor specifici în serul pacientului)				O
	<i>Metode molecular-biologice</i> (reacția de polimerizare în lanț)			O	
Factorul reumatoid;		Pentru diagnosticul diferențial		O	O
Biochimia serică (ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteina totală)		Pentru excluderea patologiei organelor interne pe fundalul procesului autoimun indus			O
Punctia articulară (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologică (molecular-biologic prin reacția de polimerizare în lanț la ADN agentului provocator) și clinică a lichidului sinovial		Pentru determinarea agentului etiologic, conduita terapeutică antibacteriană și tratament antiinflamator local			O

Examinarea radiologică articulațiilor afectate și articulațiilor sacro-iliace cu aprecierea stadiului radiologic	Apreciază modificările structurale osoase și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii		O	O
Electrocardiografia;	Permite stabilirea dereglărilor de ritm și de conducere în cazul afectărilor cardiace prin proces autoimun indus		O	O
Ecocardiografia	Permite depistarea afectărilor cardiace prin miocardită, aortită și al. aparente pe fundalul procesului autoimun indus		R	O
Ultrasonografia articulară	Apreciază modificările structurale osoase, cartilajinoase și ligamentare, determină gradul sinovitei și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii			O
Tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară articulară	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial			R
Scintigrafia scheletică	Necesară pentru aprecierea focarelor de inflamație articulară și diagnostic diferențial			O
Testarea la HIV/SIDA;	Necesită determinarea ca fiind în grupul de risc de prognostic negativ			O
Testarea la VHB	Necesită determinarea ca fiind în grupul de risc de prognostic negativ			R
Tipizarea la HLA-B27	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial și determinarea gradului de risc pentru prognostic negativ			R
Ultrasonografia organelor interne	Permite depistarea afectărilor organelor interne aparente pe fundalul procesului autoimun indus			O
Consultația specialiștilor – ginecolog / urolog, oftalmolog, nefrolog, dermatovenerolog, gastro-enterolog	Pentru efectuarea diagnosticului diferențial		O	O

O – obligatoriu; **R** - recomandabil

C.2.4. Diagnosticul [2,13,14,15]

C.2.4.1. Diagnosticul pozitiv – se bazează pe criteriile generale al spondiloartritelor seronegative cu excluderea semnelor spondiloartritei anchilozante și artritei psoriazice

Caseta 9. Criteriile preliminare de diagnostic al artritelor reactive la copii (modificate de Braun și al., 2000)

Criterii majore:

I. Artrita cu 2 sau 3 din următoarele caracteristici:

1. Asimetrică;
2. Monoartrită sau oligoartrită;
3. Afectarea predominant a membrilor inferioare.

II. Care au fost precedate de infecția simptomatică cu una sau două din următoarele simptome:

1. Enterita (diaree în ultimele 1 zi, 3 zile până la 6 săptămâni până la apariția artritei);
2. Uretrita (disuria sau disconfort în ultimele 1 zi, 3 zile până la 6 săptămâni până la apariția artritei).

Criterii minore:

1. Evidență de infecție (culturi bacteriologice pozitive, PCR, alte metode imune).
2. Evidență de infecție persistentă în lichidul sinovial (imunohistologic, ELISA, PCR pentru Chlamidia).

Criterii de excludere:

Alte cauze de artrită acută

Criterii de definire:

Diagnostic pozitiv: 2 criterii majore și un criteriu minor relevant;

Diagnostic probabil : 2 criterii majore, dar fără un criteriu minor relevant , **sau** un criteriu major și unul sau mai multe criterii minore;

Criterii de diagnostic în artrita poststreptococică (după Shulman și Ayoub)

- I. *Caracterul artritei* – 1. debut acut; 2. evoluție persistentă sau recurentă; 3. răspuns slab la AINS.
- II. *Evidențierea infecției streptococice în antecedente.*
- III. *Absența altor semne majore de FRA.*
- IV. *Nu întrunește criteriile Jones modificate pentru diagnosticul de FRA.*

C.2.4.2. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Efectuarea diagnosticului diferențial

- Artritele postinfecțioase:
Artritele virale;
Febra reumatismală acută
Boala Lyme
Artrita septică, tuberculoasă, gonococică
- Bolile inflamatorii idiopatice:
AJI
Artrita din cadrul bolii Crohn, colita ulcerosă
Sindromul SAPHO (sinovită, acnee, pustule, hiperostoză, osteomieliță)
Boala Behcet
Boala Kawasaki
- Maladii ortopedice:
Boala Leg kalve Perthes
Osgood Schlatter
„Durerile de creștere”
Sindrom algic idiopatic: fibromialgia, distrofia reflexă simpatică

Notă:

1. Excluderea febrei reumatismale acute se va efectua în baza criteriilor Jones;
2. Excluderea artritei juvenile idiopatice se va efectua prin confruntarea criteriilor de diagnostic pentru artrita juvenilă idiopatică (criterii de clasificare ILAR, Durban 1997 și revizuire Edmonton 2002);

C.2.5. Criteriile de spitalizare a copiilor cu ARe [17,20]

Caseta 11. Criteriile de spitalizare a pacienților cu ARe

- Artrită reactivă primar depistată sau adresare primară cu semne clinice de ARe;
- Adresare repetată cu semne clinice de recădere a bolii (reapariția artritelor, sinovitei, febrei, apariția semnelor de implicare sistemică, non-responder la tratament AINS, necesitatea inițierii unui tratament remisiv);
- Apariția semnelor complicațiilor ARe (semne ale afectării cardiace, renale, afectări oculare progresive);
- Imposibilitatea îngrijirii la domiciliu și îndeplinirii tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu;
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului.
- Progresarea afectării articulare prin implicarea articulațiilor noi, ineficiența tratamentului AINS, sinovite reactive repetative;
- Puseu inflamator intens și trenant, cu dinamică poliarticulară pentru investigații și reconsiderare diagnostică și terapeutică.

C.2.6. Tratamentul [1,2,4,6,9,15,17,19,20,21]

Caseta 12. Principiile de tratament ARe

- Regim (cruțător cu evitarea eforturilor fizice excesive în articulațiile afectate, cât și în prezența afectării cardiace);
- Dieta va depinde de varinata afectării prin agentul patogen: regim dietetic cruțător în vizorul sistemului gastro-intestinal sau/și excluderea condimentelor.
- Tratamentul medicamentos:
 - Preparate antibacteriene;
 - Preparate AINS;
 - Glucocorticosteroizi pentru administrare sistemică de scurtă durată (doar în cazul atingerilor sistemice și la eșecul preparatelor AINS);
 - Tratament remisiv;
 - Tratament local (glucocorticosteroizi intra-articular sau aplicații locale de dimetilsulfoxid și unguiente de preparate AINS);
 - Tratamentul afectărilor tegumentare și oculare (coordonat cu dermatologul și oftalmologul);
 - Tratament de reabilitare.

C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al ARe

Caseta 13. Tratamentul medicamentos al factorilor triggeri infecțioși ai ARe

Tratamentul recomandat în faringita streptococică, IDSA Guideline 2012 [15]

Medicament	Doză	Durata tratamentului	Grad și nivel de recomandare
Pentru pacienții fără alergie la peniciline			
Penicilina V, oral	Copii 250mg de 2-3 ori/zi; adolescenți și adulți 250mg de 4 ori/zi sau 500mg de 2 ori/zi.	10 zile	Înalt
Amoxicilina, oral	50 m/kg , 1 dată în zi, (max 1000mg/zi), alternat cu 25mg/kg max 500mg/doză de 2 ori/zi	10 zile	Înalt
Benzatin Penicilina G, i/m	<27 kg : 600000 U; ≥27 kg 1200000 U	1 doză	Înalt
Pentru pacienții cu alergie la peniciline			
Cefalexina, oral	25 mg/kg, max 500mg/doză, de 2 ori/zi	10 zile	Înalt
Cefadroxil, oral	30 mg/kg 1 dată/zi max 1 g	10 zile	Înalt
Clindamicină, oral	7mg/kg/doză de 3 ori/zi max 300mg/doză	10 zile	Moderat

Azitromicină, oral	12mg/kg/zi 1 doză, max 500mg/zi	5 zile	Moderat
Claritromicină, oral	7,5 mg/kg/doză de 2 ori/zi, max 250mg/doză	10 zile	Moderat
Regimul de antibiotice recomandat în ARe posturogenitală și enterocolitică			
Azitromicină, oral (ARe posturogenitală)	1 g/zi, adolescenți	7 zile	
Doxiciclina (ARe posturogenitală)	200mg/zi	7 zile	
Ciprofloxacina (ARe postenterocolitică)	500-750 mg/zi de 2 ori/zi, la adolescent cu ARe postenteocolitică, cu recurențe de diaree	7-10 zile	

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate AINS

Sunt indicate pentru combaterea artralgiilor și semnelor de artrită.

Obligatoriu:

Naproxenum (15 mg/kg/zi), de 2 ori, sau *Ibuprofenum* (40 mg/kg/zi), de 3 ori, sau *Diclofenacum* (1-3 mg/kg/zi), de 2 ori

Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis.

Gregor Dueckers, 2012 AINS: Preparatele recomandate pentru tratamentul artritei: diclofenac, naproxen, ibuprofen, indometacina (nivel de evidență I,II, grad de recomandare A)

Notă: Este necesară monitorizarea continuă a reacțiilor adverse la tratament cu AINS - grețuri, vome, dispepsie, diaree, constipații, ulcer gastric, majorarea transaminazelor, hematurie, cefalee, micșorarea trombocitelor, fotosensibilitate. Pacienții cu tratament îndelungat cu AINS (mai mult de 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu necesită monitorizarea hemoleucogramei, creatininei, ureei și transaminazelor.

Caseta 15. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate glucocorticoستيroidi

Glucocorticosteroidele sistemice se administrează în special la pacienții ce nu răspund la tratament cu preparate AINS sau care prezintă reacții adverse către AINS, în prezența semnelor obiective de inflamație sau în prezența dovezilor atingerilor sistemice. Durata tratamentului nu va depeși 10-14 zile.

Pot fi folosite:

- *Prednisolonum* 5-15 mg/zi în funcție de gradul exprimării procesului inflamator, atingerilor sistemice și răspuns la tratament;
- *Methylprednisolonum* 4-8 mg/zi în funcție de gradul exprimării procesului inflamator, atingerilor sistemice și răspuns la tratament

Glucocorticosteroizi intraarticular (triamcinolon acetonid).

Caseta 16. Tratamentul medicamentos al ARe cu antireumatice specifice (remisiv – DMARD)

La pacienții cu formele cronice sau persistente de ARe în pofida folosirii medicației sus-numite, pot fi folosite medicamente de linia a doua, preparatele antireumatice specifice DMARD.

Sulfasalazinum –Doza utilă terapeutic este de 1,5- 2 g/24h, cu creștere treptată de la o doză inițială de 500 mg/zi, testând toleranța și eficiența. Lipsa eficienței constatată după 4 luni de tratament, obligă la stoparea administrării.

Methotrexatum 7,5-12,5-15 mg/săptămână, oral sau intramuscular în asociere urmat de administrarea - acid folic (5 mg/săptămână sau 1 mg zilnic – în afara zilelor de administrare de metotrexat). Este indicat la ineficiența sulfasalazinei, în afectările axiale, în cazul atingerilor sistemice, la o progresie rapidă a bolii (chisturi, eroziuni articulare)

Notă:

- Pentru a monitoriza posibilitatea apariției reacțiilor adverse se va examina hemoleucograma (monitorizată de 2 ori pe lună) și transaminazele (monitorizate o dată pe lună);
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii, se va efectua reevaluarea pacientului în vederea prezenței altor maladii articulare așa ca artrita juvenilă;

- La inițierea tratamentului se indică teste hepatice (ALAT, ASAT, fosfataza alcalină, proteinele serice, serologia pentru virusurile hepatice B și C);
- La pacienții cu teste hepatice anormale, infecție cronică cu VHB sau VHC se va întrerupe administrarea MTX.

C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al ARe

Caseta 17. La recomandări speciale:

Tratamentul de reabilitare:

- Reprezintă o latură componentă importantă în tratamentul complex al pacientului cu ARe: se va utiliza terapia cu remedii fizioterapice și terapia ocupațională.
- Elaborarea programului de gimnastică curativă la domiciliu, protecția articulară habituală.

C.2.7. Prognosticul evolutiv [17]

Caseta 18. Aprecierea pronosticului în ARe

S-au sistematizat factori de pronostic nefavorabil, cu valoare predictivă negativă în primii doi ani de la debut. Factori de predicție negativă:

1. artrita coxofemurală
 2. VSH > 30 mm/oră
 3. limitare a mobilității coloanei lombare
 4. deget „în crenvurșt”
 5. oligoartrită
 6. HLA-B27+
 7. infecția HIV/SIDA
 8. infecția VHB
 9. debut la vârstă ≤ 16 ani
 10. eficiență slabă a AINS
- prezența a 3 factori la debut – semnificație predictivă negativă
 - afectarea coxofemurală are cea mai importantă semnificație de predicție negativă

C.2.8. Supravegherea pacienților cu ARe [7,13,14,16,18,20,21]

Caseta 19. Supravegherea copiilor cu ARe

- Pe parcursul spitalizării zilnic se va monitoriza temperatura corpului, pulsul, tensiunea arterială, tabloul auscultativ a cordului (în vederea afectării valvei aortice), statusul articular, numărul articulațiilor dureroase și tumefiate, palparea ganglionilor limfatici (determinarea evoluției limfadenopatiei);
- Periodic la intervale de 1-3-6 luni:
 - intensitatea durerii după SVAD;
 - numărul articulațiilor dureroase și tumefiate;
 - capacitatea funcțională articulară;
 - hemoleucograma;
 - urograma;
 - examinarea la prezența agentului trigger prin metode microbiologice și serologice;
 - proteina C-reactivă;
 - examinarea oftalmologică, urologică/ginecologică, dermatologică;
 - examinarea ultrasonografică a articulațiilor afectate;
 - examinarea EchoCG și ECG în vederea excluderii sau depistării precoce al afectării cordului
- Periodic, o dată pe an:
 - radiografia articulară;
 - schintigrafia scheletică

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu ARe de către pediatru reumatolog:

- Controlul eficacității tratamentului la 14 și 28 zile după externare;
- Reevaluarea pacientului în vederea eficacității tratamentului DMARD și posibilelor reacții adverse – o dată în lună primele 4 luni, apoi o dată la 2 luni 12 luni;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, ORL, urolog, ginecolog, oftalmolog, dermatovenerolog.

Nota: În caz de apariție a semnelor de recădere a bolii, reacțiilor adverse la tratament, complicațiilor sau semnelor de atingere viscerală medicul de familie și specialistul reumatolog va îndrepta pacientul în secția specializată – reumatologie.

C.2.9. Complicațiile ARe [7,13,14,20,21]

Caseta 20. Complicațiile ARe

- Cardita, miocardita, aortita cu insuficiența valvei aortice;
- Glomerulopatiile;
- Sinovite reactive recurente;
- Uveită cronică;
- Anchiloze articulare.

Caseta 21. Complicațiile cele mai frecvente în urma tratamentului ARe

- Afectarea tractului gastro-intestinal: sindromul dispeptic, gastrită, duodenită, boala ulceroasă, colită pseudomembranoasă, disbacterioza intestinală;
- Afectarea toxică hepatică (hepatita), glandei pancreatice (pancreatita), hematologică, a rinichilor;
- Rezistența bacteriană;
- Acutizarea infecțiilor recurente (în cadrul tratamentului de bază– DMARD);
- Reacții alergice;
- Osteoporoza secundară;

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de AMP	Personal:
	Aparataj, utilaj:
	Medicamente [casetele 13-16]:
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	Personal:
	Aparataj, utilaj:
	Medicamente [casetele 13-16]:
D.3. Secția de reumatologie pediatrică a IMSP IMȘIC	Personal:
	Aparataj, utilaj:

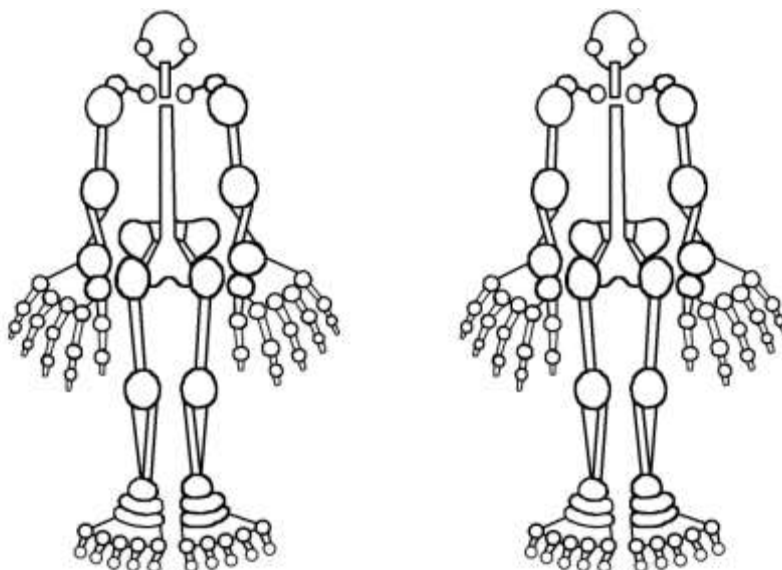
	<ul style="list-style-type: none"> • ecocardiograf; • oftalmoscop; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul, acizilor sialici, lichidului sinovial); • laborator imunologic; • laborator microbiologic; • secție de fizioterapie și reabilitare prin metode fizice.
	<p>Medicamente[casetele 13-16]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotice; • AINS; • Glucocorticosteroizi; • Sulfasalazina, Metotrexat.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Majorarea numărului de copii cărora li s-a stabilit în prima lună de la debutul bolii diagnosticul de ARE	Proporția copiilor cu diagnosticul ARE, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii	Numărul copiilor cu diagnosticul de ARE, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii pe parcursul unui an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea pediatrului reumatolog
2.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a copiilor cu ARE	Proporția copiilor cu diagnosticul ARE, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrita Reactivă la copii”	Numărul copiilor cu diagnosticul de ARE, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrita Reactivă la copii” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea pediatrului reumatolog
3.	Îmbunătățirea calității tratamentului copiilor cu ARE	Proporția copiilor cu diagnosticul ARE, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrita Reactivă la copii”	Numărul copiilor cu diagnosticul ARE, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrita reactivă la copii” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea pediatrului reumatolog
4.	Creșterea numărului de copii cu ARE supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național	Proporția copiilor cu diagnosticul de ARE, care au fost supravegheați conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrita Reactivă la copii”	Numărul copiilor cu diagnosticul ARE, care au fost supravegheați conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrita Reactivă la copii” pe parcursul unui an X 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea pediatrului reumatolog

**ANEXA 1. FORMULARUL DE CONSULTAȚIE ȘI EVIDENȚĂ A COPILULUI CU ARe
LA PEDIATRU REUMATOLOG.**

**DE NOTAT ARTICULAȚIILE AFECTATE
DUREROASE TUMEFIATE**



Stânga Dreapta
tumefiate dureroase tumefiate dureroase

Umăr				
Cot				
Pumn				
MCF	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
IFP	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Genunchi				
Subtotal				
Total	tumefiate	<input type="text"/>	dureroase	<input type="text"/>

Agentul etiologic: _____
confirmat prin _____ data « _____ » _____ 200____
DIAGNOSTICUL

(anul): luna Data debutului: (anul)..... (luna).....

Gradul și particularitățile afectării organelor interne _____

MONITORIZAREA DE LABORATOR

	DATA	DATA	DATA
VSH			
PCR			
Agentul patogen			
Fibrinogenul			
ALAT			
ASAT			
Hemoleucograma + trombocite			

TRATAMENTE ANTIBACTERIENE URMATE ANTERIOR

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTUL ANTIBACTERIAN ACTUAL

1. _____ Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de _____? DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

2. _____ Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de _____? DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

ALTE TRATAMENTE ACTUALE (AINS/GCS)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trece data începerii și data întreruperii fiecărei doze)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTUL DE FOND ACTUAL

1. **Sulfasalazina.** Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de Sulfasalazină?
DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

2. **Metotrexat (MTX).** Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX?
DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATA (anexați documentele medicale) a Sulfasalazinei sau MTX, furnizați detalii privitor la terapia de fond _____

	DATA	DATA	DATA
Examinarea oftalmologică			
Examinarea ginecologică / urologică			
Examinat de fizioterapeut			
Examinat de kinetoterapeut			
Alte probleme			

Determinarea scorului de activitate în artrita reactivă (DAREA) [17]

Indicii care sunt incluși în calcularea scorului

- Numărul de articulații tumefiate.
- Numărul de articulații dureroase.
- Aprecierea gradului durerii de către pacient.
- Aprecierea stării globale de către pacient.
- Valoarea proteinei C-reactive mg/dl

Parametrul	Manifestarea	Punctajul
Aprecierea durerii de pacient	Lipsește	0
	Moderat	1
	Sever	2
Aprecierea stării globale	Bine	0
	Mediu sever	1
	Sever	2

Scorul DAREA = suma valorilor la toți cinci indici

Interpretarea:

- scorul minim – 0;
- cu cât scorul este mai mare cu atât gradul activității bolii este mai exprimat

Anexa 2.Ghid pentru părinți

ARTRITA REACTIVĂ POST-STREPTOCOCICĂ

Ce este această boală?

Uneori se descriu, la adulți sau la adolescenți, cazuri de artrite asociate cu infecții streptococice. Aceste forme sunt de obicei numite „artrită reactivă” sau „artrită reactivă post-streptococică” (ARPS). ARPS afectează de obicei copiii între 8-14 ani și adulții tineri între 21-27 ani. De obicei se dezvoltă în termen de 10 zile de la o infecție faringiană streptococică. Această formă diferă de artrita din reumatismul articular acut (RAA), care implică în principal articulațiile mari. În ARPS sunt implicate articulațiile mari și mici și scheletul axial. De obicei durează mai mult decât artrita din RAA - aproximativ 2 luni, uneori chiar mai mult. Pot fi prezente subfebrilitățile, cu teste de laborator anormale ce indică prezența inflamației (proteina C reactivă și/sau viteza de sedimentare a hematiilor). Markerii inflamatorii sunt mai mici decât în cazul RAA. Diagnosticul de ARPS se bazează pe prezența artritei cu dovezi de infecție streptococică recentă, valori anormale ale testelor de anticorpi streptococici (ASLO, DNază B) și absența semnelor și simptomelor la un diagnostic de RAA în funcție de „criteriile Jones”. APSR este o variantă diferită față de RAA. Probabil pacienții cu APSR nu vor dezvolta cardită. În prezent, American Heart Association (Asociația Americană privind bolile cardiace) recomandă administrarea de antibiotice profilactice timp de un an de la debutul simptomelor. În plus, acești pacienți trebuie supravegheați cu atenție din punct de vedere al semnelor clinice și ecocardiografice ale carditei. În cazul afectării inimii, pacientul trebuie tratat ca pentru RAA; în caz contrar profilaxia poate fi întreruptă. Se recomandă controale regulate la un cardiolog.

Artrita reactivă posturogenitală/enterocolitică:

Artrita reactivă reprezintă o formă clinică de artrită sau de inflamație a articulațiilor, care apare drept reacție la infecție localizată în altă parte a corpului. Se mai cunoaște și sub numele de sindromul Reiter sau spondiloartropatie seronegativă. Boala se dezvoltă în special la adolescenți, bărbații tineri cu vârste cuprinse între 20 și 40 de ani. În cazul femeilor cu artrită reactivă simptomele sunt mai ușoare.

Caracteristicile generale sunt inflamația, marcată de roșeață, durere, căldura locală și edem. Simptomele pot evolua pe o perioadă de la 3 la 12 luni dar în unele cazuri se poate manifesta pe un timp nedefinit.

Cauzele artritei reactive:Cauzele nu sunt încă cunoscute, astfel încât se incriminează infecția tractului digestiv sau urogenital. Este implicată și o componentă genetică-asocierea HLA B27. Infecțiile tractului urogenital cu chlamidia, mycoplasma: infecții ale vezicii urinare, ale uretrei, ale vaginului la femei sunt numite artrita reactiva urogenitală.

Se găsește și într-o altă formă, și anume cea gastrointestinală cu: Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter. Infectarea cu aceste bacterii se poate face după consumarea unor alimente infectate, contact cu persoane infectate/purtătoare.

Simptomele artritei reactive:Simptomele pot apărea la o săptămâna sau două după infectare. Organismul bolnavului determina severitatea simptomelor. Zonele cele mai afectate sunt: articulațiile, tractul urogenital, ochii.Bolnavii pot prezenta simptome precum: febra, oboseala excesivă, durere musculară, scădere ponderală.

Tractul urogenital prezintă uretrite/cervicite : dureri la urinare, eliminări.

Tratamentul artritei reactive:Încă nu există un tratament eficient pentru aceasta boala, astfel încât se încearcă doar ameliorarea simptomelor.

În cadrul medicației se include: antiinflamatorii nesteroidiene AINS, corticosteroizi, antibiotice, medicamente imunosupresoare.

Se folosesc exerciții fizice pentru menținerea funcțiilor articulațiilor. Acestea urmăresc ameliorarea redorii, întărirea musculaturii și creșterea flexibilității.

Anexa 3. FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU ARTRITA REACTIVĂ LA COPII

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU ARIA COPIL		
	Domeniul Prompt	Definiții și note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Numărul de înregistrare a pacientului din "Registrul de evidență a bolilor infecțioase f.060/e"	
4	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
5	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
6	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
7	Genul/sexul pacientului	0 = masculin; 1 = feminin; 9 = nu este specificat.
9	Numele medicului curant	
10	Categoria Artritei reactive la copii	Forma urogenitală [a] = 1; Forma enterocolitică [b] = 2; Poststreptococică [c]=3.
INTERNAREA		
11	Data debutului simptomelor	Data (DD:MM:AAAA) sau 9 = necunoscută
12	Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
13	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH:MM) sau 9 = necunoscut
14	Secția de internare	Secția de profil terapeutic = 0; Secția de profil chirurgical = 1; Secția de terapie intensivă = 2;
15	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea stării generale a copilului	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DIAGNOSTICUL		
16	Evaluarea semnelor critice clinice	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
17	Anamneza	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
18	Examenul fizic , incluzând evaluarea statutului funcțional	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
19	Investigații paraclinice	Au fost efectuate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20	Determinarea scorului de activitate DAREA	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
21	Aprecierea pronosticului în Are	A fost evaluat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
22	Aprecierea factorilor de risc	Au fost estimați după internare: nu = 0; da = 1
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR (pentru HCAP)		
23	Pacienții internați de urgență în staționar	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
24	Pacienții internați programat cu îndreptare de la m/f	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL		
25	Tratament antibacterian	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
26	Tratament cu AINS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
27	Tratament de fond DMARD	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
28	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
29		Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
		Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
DECESUL PACIENTULUI LA 30 DE ZILE DE LA INTERNARE		
30	Decesul în spital	Nu = 0; Deces al persoanei cu ARe = 1; Deces favorizat de ARe= 2; Alte cauze de deces = 3; nu se știe = 9

BIBLIOGRAFIA

1. Bijlsma J., EULAR Textbook on Rheumatic Diseases, Ediția a 2-a, 2015
2. Bijlsma J., EULAR Textbook on Rheumatic Diseases, Ediția I, 2012
3. Cush John J, Rheumatology Diagnosis and therapeutics, second edition, 2005:315-319
4. Dueckers Gregor et al. Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis, 2012
5. Gerber Michael A., MD et al. Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. *Circulation*. 2009;119:1541-1551.
6. Hochberg M. Rheumatology. Mosby Elsevier, V- edition, 2011.
7. Holand Richard, Barnsley L., Viral arthritis, *Australian Family Physician* Vol. 42, No. 11, november 2013
8. Linder Jeffrey et al. Antibiotic treatment of children with sore throat. *JAMA*. 2005;294 (18):2315-2322
9. Mackie S.L, A. Keat. Poststreptococcal reactive arthritis: what is it and how do we know? *Rheumatology* 2004;43:949–954
10. Pleșca Doina Anca ; Monica LUMINOS et al. Postinfectious Arthritis in Pediatric Practice *MAEDICA – a Journal of Clinical Medicine* 2013; 8(2): 164-169
11. Popescu V.. Infecțiile căilor aeriene superioare. *Revista română de pediatrie – VOL. LVI, 2007;1:30-37*
12. Protocol clinic național, Artrita reactivă la adult, Ministerul Sănătății Republicii Moldova, Chișinău, 2009
13. Revenco N, *Pediatrie, Chișinău* 2014
14. Riise O et al .Recent-onset childhood arthritis—association with *Streptococcus pyogenes* in a population-based study .*Rheumatology* 2008;47:1006-1011.
15. Riise O. et al. Incidence and characteristics of arthritis in norwegian children: A population based study. *Pediatrics, American Academy of Pediatrics*, february 2008, volume 121/issue 2
16. Roggen I, van Berlaer G, Gordts F, et al. Centor criteria in children in a paediatric emergency department: for what it is worth. *BMJ Open* 2013; 3:e002712. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002712
17. Rohekar S, Tsui FW, Tsui HW, Xi N, Riarh R, Bilotta R, et al. Symptomatic acute reactive arthritis after an outbreak of salmonella. *J Rheumatol*. Aug 2008;35(8):1599-602.
18. Sarrell E. Michael, Shmuel M. Giveon. Streptococcal Pharyngitis: A Prospective Study of Compliance and Complications .Volume 2012, Article ID 796389, 8 pages
19. Uziel Y. , Liat Perl et al. Post-streptococcal reactive arthritis in children: a distinct entity from acute rheumatic fever. *Pediatric rheumatology* 2011, licensee BioMed Central Ltd. <http://www.ped-rheum.com/content/9/1/32>
20. Wessels Michael R., M.D. Streptococcal Pharyngitis .*N Engl J Med* 2011;364:648-655.
21. Баранова А.А., Клинические рекомендации для педиатров *Детская Ревматология* , Москва, 2011, стр.3-7