



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Sindromul Guillain-Barre

Protocol clinic național

PCN - 346

Chișinău, 2019

**Aprobat prin ședința Consiliului de Experți din 24.01.2019, proces verbal nr. 1
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova nr. 302 din 11.03.2019 cu privire la aprobarea
Protocolului clinic național „Sindromul Guillain-Barre”**

Elaborat de colectivul de autori:

Mihail Gavriiliuc	USMF „Nicolae Testemițanu”
Vitalie Lisnic	USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Hadjiu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Marina Sangheli	USMF „Nicolae Testemițanu”
Pavel Gavriiliuc	IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”

Recenzenti oficiali:

Nicolae Bacinschi	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină

Cuprins

Abrevierile folosite în document	4
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii.....	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Scopurile protocolului:.....	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivelul de asistență medicală primară.....	7
B.2 Nivel de asistență medicală consultativ-specializată de ambulator (neurolog)	7
B.3 Nivelul de asistență medicală spitalicească (secțiile de neurologie, nivel raional și municipal).....	8
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (secție specializată).....	9
C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR, ȘI A PROCEDURILOR	10
C.2.1 Clasificarea.....	10
C.2.2. Factorii ce pot preceda dezvoltarea Sindromului Guillain-Barre	10
C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI CU SGB	11
C.2.3.1 Anamneza	11
C.2.3.2 Examenul fizic	11
C.2.3.3 Investigații paraclinice.....	12
C.2.3.4 Diagnosticul diferențial	13
C.2.3.5 Criterii de spitalizare	14
C.2.3.6 Tratamentul.....	14
C.2.3.7. Evoluție și prognostic	16
C.2.3.8. Supravegherea.....	16
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	17
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	18
Anexa 1. Scoruri pentru SGB	18
Anexa 2. Definiția gradelor de recomandare și nivelelor de evidență	19
Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile din PCN	20
Anexa 4. Ghid pentru pacient	21
Bibliografie	22

Abrevierile folosite în document

SGB	Sindromul Guillain-Barre
EMG	Electromiografie
LD	Latența distală
PAMC	Potențial de acțiune muscular complex
VC	Viteză de conducere
LSN	Limita superioară a normei
LIN	Limita inferioară a normei
PDIA	Polineuropatie demielinizantă inflamatorie acută
NAMA	Neuropatie axonală motorie acută
NAMSA	Neuropatie axonală motorie și senzorie acută
PANS	Potențial de acțiune al nervului senzorial
LCR	Lichid cefalorahidian
IVIG	Imunoglobuline administrate intravenos

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de formulare a diagnosticului clinice

Poliradiculoneuropatie acută demielinizantă. Dipareza facială, tetrapareza flască.

Sindromul Guillain-Barre. Tetraplegie flasca. Disfuncție autonomă cu tahicardie sinusală și hipotensiune arterială.

A.2. Codul bolii

Sindromul Guillain-Barre și variantele sale - G61.0

A.3. Utilizatorii:

- centrele de sănătate, oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- centrele consultative specializate de ambulator raionale/municipale/republican (medici neurologi);
- secțiile de boli interne ale spitalelor raionale/municipale/republicane (medici boli interne, medici neurologi);
- secțiile de neurologie ale spitalelor municipale și republicane (medici neurologi, medici neurochirurgi);

A.4. Scopurile protocolului:

- Ameliorarea procesului de diagnosticare a Sindromului Guillain-Barre, în vederea stabilirii precoce și adecvate a tacticii terapeutice
- Sporirea calității procesului curativ la pacienții cu Guillain-Barre, în vederea reducerii gradului de dizabilitate pe termen scurt și lung
- Accentuarea importanței tratamentului în perioada acută din perspectiva ameliorării calității vieții pacientului și familiei sale





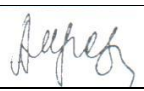
A.5. Data elaborării protocolului: 2019

A.6. Data următoarei revizui: 2024

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

Nume	Funcția
Mihail Gavriiliuc	d.h.ș.m, profesor universitar, Șef Catedră Neurologie nr 1; USMF „Nicolae Testemițanu”
Vitalie Lisnic	d.h.ș.m, profesor universitar, Catedră Neurologie nr 1; USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Hadjiu	d.h.ș.m, profesor universitar, Departament Pediatrie, USMF ”Nicolae Testemițanu”
Marina Sangheli	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra Neurologie Nr. 1 USMF „Nicolae Testemițanu”
Pavel Gavriiliuc	Cercetător științific, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat

Denumirea institutiei	Persoana responsabila –semnatura
Comisia Științifico-Metodică de profil Medicină general, specialitatea Neurologie clinică	
Catedra Medicina de familie USMF „Nicolae Testemițanu”	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Consiliul de Experti al MS RM	

A.8. Definițiile folosite în document

Neuropatiile mediate imun reprezintă un grup eterogen, în cadrul cărora suferă, de regulă, teaca mielinică a fibrelor nervoase cu manifestări clinice diverse. Procesul imunologic în cadrul acestor neuropatii afectează nervii periferici sau vasele sangvine care îi înconjoară. Sindroamele rezultate sunt influențate de ținta și specificitatea atacului imun. O țintă frecventă a răspunsurilor imunologice patologice este mielina nervilor periferici, astfel declanșându-se neuropatiile demielinizante. Se poate dezvolta o pierdere axonală motorie și senzorială. Inițial maladia a fost descrisă de Landry în 1859, iar mai târziu de Guillain, Barre și Strohl care au descris manifestările clinice și modificările în lichidul cefalorahidian. Actualmente, în afară de SGB, deseori se utilizează termenul de polineuropatie demielinizantă inflamatorie acută (PDIA). Mai târziu au fost identificate diferite tipuri ale sindromului, cu particularități clinice distincte. Aceste distincții pot fi constatate în baza manifestărilor clinice, etiologiei și caracteristicilor electrofiziologice. La majoritatea pacienților cu SGB se determină o neuropatie demielinizantă, însă la unii pacienți se atestă semne de afectare axonală fără demielinizare. Din aceste considerente, SGB nu este echivalent cu PDIA, primul fiind preferențial.

Sau

Polineuropatiile acute mediate imun sunt clasificate sub eponimul Sindromul Guillain-Barre (SGB), după autorii care au descris manifestările bolii. Istoric, SGB era considerat ca o patologie desinestătătoare, dar acum se știe că este un sindrom eterogen cu mai multe forme și variante. Cel mai frecvent, SGB se prezintă ca o maladie monofazică, provocată de o

infecție precedentă. Suplimentar formei demielinizante, formele axonale ale SGB sunt bine cunoscute.

A.9. Informația epidemiologică

Conform datelor epidemiologice din Europa, SUA și Australia, incidența anuală a SGB este de 1-3 cazuri la 100.000 de locuitori. Datele recente obținute prin meta-analiza a 13 studii epidemiologice din Europa și America de Nord indică o frecvență de la 0.81 până la 1.89 cazuri la 100.000. Sindromul poate fi întâlnit la orice categorie de vârstă. Curba specifică vârstei pare a avea o distribuție bimodală, două maxime fiind înregistrate la adulții tineri și la vârstnici. Cercetările efectuate relatează că frecvența acestui sindrom crește odată cu înaintarea în vârstă. Bărbații se îmbolnăvesc de 1.78 ori mai frecvent decât femeile. Nu există variații geografice considerabile, deși unii cercetători au semnalat variații sezoniere. Riscul SGB este mai mic la femeile însărcinate și crește după naștere.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia	Determinarea factorilor de risc: - Infecții virale precedente; - Infecții bacteriene precedente; - Proceduri de imunizare	Prevenirea infecțiilor sezoniere; Informarea despre simptomele inițiale ale bolii; (Casetă 2)
2. Diagnosticul		
2.1 Efectuarea screening-ului medical al pacienților	Determinarea paternului specific de distribuție a slăbiciunii; Istoric de infecție virală /bacteriană precedentă; Stabilirea diagnosticului preventiv și recomandarea consultației specializate	Obligatori: - Anamneza (Casetă 3) - Examenul obiectiv (Casetă 4) - Identificarea infecțiilor precedente (Casetă 2) - Determinarea stărilor de urgență - Investigații paraclinice nu sunt necesare
2.2 Deciderea consultului specialistului/spitalizării		Obligatori: - Consultul specialistului cât de repede posibil al pacienților cu risc de instalare a stărilor de urgență - Evaluarea criteriilor de spitalizare (Casetă 6)
3. Tratament		
3.1 medicamentos	Controlul simptomelor	Controlul durerii neuropate (Casetă 9)
3.2 nemedicamentos	Tratament orientat spre diminuare răspunsului imun	Plasmaferază ambulatorie (Casetă 7)
4. Supravegherea	Se va efectua de către medicul de familie în colaborare cu medicul neurolog	Identificarea recurenței Continuarea tratamentului de reabilitare Consultația neurologului și a altor specialiști la necesitate

B.2 Nivel de asistență medicală consultativ-specializată de ambulator (neurolog)

Descriere (măsur)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
2. Diagnosticul		
2.1 Confirmarea diagnosticului	Diagnosticul cert urmat de administrarea tratamentului timpuriu pentru prevenirea complicațiilor	Obligatori Anamneza (Casetă 2) Examenul obiectiv (Casetă 3) Investigații paraclinice (examenul de stimulodectecție, electromiografia) (Casetă 5) Diagnosticul diferențial (Tab. 5) Indicațiile pentru consultația specialiștilor (chirurg, endocrinolog, urolog, ginecolog, oncolog, traumatolog, reumatolog, hematolog)
2.2 Decizia asupra tacticii de tratament: staționar/ambulator		Determinarea necesității spitalizării conform criteriilor de spitalizare (Casetă 6)
3. Tratamentul		
3.1 medicamentos	Este orientat spre controlul simptomatic al bolii	Controlul durerii (Casetă 9) Controlul funcțiilor vitale cu monitorizarea capacității respiratorii și funcției cardiace

		(Casetă 9, Anexa 1)
3.2 nemedicamentos		Plasmafereza ambulatorie (Casetă 7)
4. Supravegherea	Se va efectua de către medicul de familie în colaborare cu medicul neurolog	Identificarea recurenței Continuarea tratamentului de reabilitare Consultația neurologului și a altor specialiști la necesitate

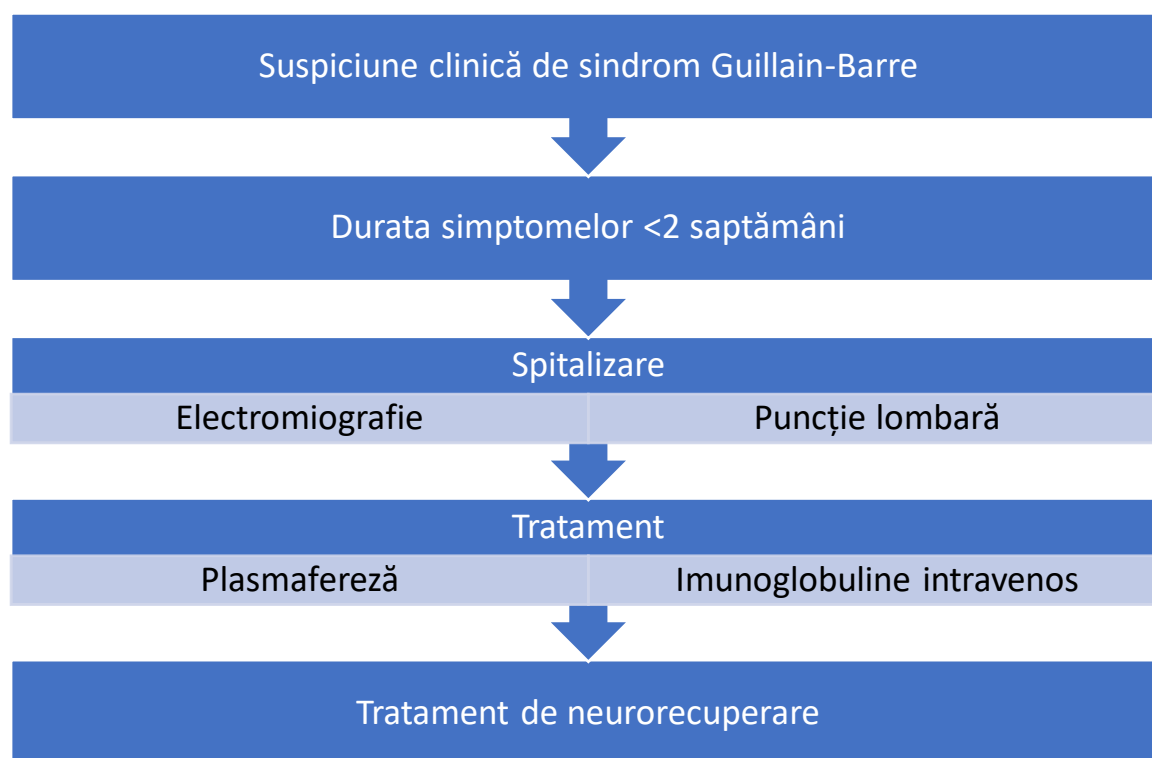
B.3 Nivelul de asistență medicală spitalicească (secțiile de neurologie, nivel raional și municipal)

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea	Elaborarea tacticii de tratament individualizate Revizuirea diagnosticului Inițierea tratamentului patogenetic prin plasmafereza sau administrare intravenoasă de imunoglobuline umane	Spitalizarea în secția specializată republicană Evaluarea criteriilor de spitalizare (Casetă 6)
2. Diagnosticul		
2.1 Confirmarea clinică și paraclinică a diagnosticului	Diagnosticul cert urmat de administrarea unui tratament complex va minimaliza dezvoltarea complicațiilor Prognosticul bolii	Obligatoriu Anamneza (Casetă 3) Examenul obiectiv (Casetă 4) Determinarea stărilor de urgență (Casetă 6) Investigații paraclinice și de laborator (Casetă 5, Tab. 3) Diagnosticul diferențial (Tab. 5) Indicațiile pentru consultația specialiștilor (chirurg, endocrinolog, urolog, ginecolog, oncolog, traumatolog, reumatolog, hematolog)
3. Tratamentul		
3.1 Tratamentul medicamentos	Tratamentul este orientat spre diminuarea răspunsului imun, controlul simptomelor pacientului pentru prevenirea și controlul complicațiilor	Obligatoriu Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos Elaborarea schemei individuale de tratament (Casetă 9) Patologii concomitente Imunoglobuline administrate intravenos (Casetă 7)
3.2 Tratament nemedicamentos	Prezența contraindicațiilor la administrarea intravenoasă a imunoglobulinelor umane	Plasmafereză curativă (Casetă 7)
4. Externarea		
4.1 Externarea, nivelul raional și primar de continuare a tratamentului și supraveghere	Pacienții care au finisat cura de tratament în perioada acută recomandată și nu necesită tratament simptomatic spitalicesc	Extrasul va conține: Diagnosticul stabilit de SGB Rezultatele investigațiilor efectuate Tratamentul efectuat Recomandări (medicamentoase și nemedicamentoase) explicite pentru pacient Recomandări pentru medicul de familie

B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (secție specializată)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea	Elaborarea tacticii de tratament individualizate la pacienții care nu au răspuns la tratamentul administrat. Revizuirea diagnosticului	Spitalizarea în secția specializată republicană Evaluarea criteriilor de spitalizare (Casetă 6)
2. Diagnosticul		
2.1 Confirmarea clinică și paraclinică a diagnosticului	Diagnosticul cert urmat de administrarea unui tratament complex va minimaliza dezvoltarea complicațiilor Prognosticul bolii	Obligatoriu Anamneza (Casetă 3) Examenul obiectiv (Casetă 4) Determinarea stărilor de urgență (Casetă 6) Investigații paraclinice și de laborator (Casetă 5, Tab. 3) Diagnosticul diferențial (Tab. 5) Indicațiile pentru consultația specialiștilor (chirurg, endocrinolog, urolog, ginecolog, oncolog, traumatolog, reumatolog, hematolog)
3. Tratamentul		
3.1 Tratamentul medicamentos	Tratamentul este orientat spre diminuarea răspunsului imun, controlul simptomelor pacientului pentru prevenirea și controlul complicațiilor	Obligatoriu Respectarea principiilor generale ale tratamentului medicamentos Elaborarea schemei individuale de tratament (Casetă 9) Patologii concomitente Imunoglobuline administrate intravenos (Casetă 7)
3.2 Tratament nemedicamentos	Prezența contraindicațiilor la administrarea intravenoasă a imunoglobulinelor umane	Plasmafereză curativă (Casetă 7)
4. Externarea		
4.1 Externarea, nivelul raional și primar de continuare a tratamentului și supraveghere	Pacienții care au finisat cura de tratament în perioada acută recomandată și nu necesită tratament simptomatic spitalicesc	Extrasul va conține: Diagnosticul stabilit de SGB Rezultatele investigațiilor efectuate Tratamentul efectuat Recomandări (medicamentoase și nemedicamentoase) explicite pentru pacient Recomandări pentru medicul de familie

C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR, ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea CIM-10

Sindromul Guillain-Barre – G61.0

Clasificarea în funcție de forma clinică

- Poliradiculoneuropatia demielinizantă inflamatorie acută (PDIA)
- Neuropatia acută motorie axonală
- Neuropatia acută motorie senzorială axonală
- Sindromul Miller-Fisher
- Encefalita Bikerstaff
- Polineurita cranialis
- Slăbiciunea faringo-cervico-brahială
- Alte forme: Pandisautonomia acută; SGB pur senzitiv; Diplegie facială cu parestezii în membre; paralizia nervului VI cu parestezii în membre

C2.2. Factorii ce pot preceda dezvoltarea Sindromului Guillain-Barre

Caseta 2. Factorii ce pot preceda dezvoltarea Sindromului Guillain-Barre

Circa două treimi din pacienții cu SGB vor menționa un eveniment antecedent evoluării simptomelor și semnelor propriu-zise ale neuropatiei.

Tab. 1. Evenimentele antecedente sindromului Guillain-Barre (după Grupul Italian de Studiu al SGB, 1996)

Eveniment antecedent	%
Maladii respiratorii	58
Maladii gastrointestinale	22
Maladii respiratorii și gastrointestinale	10
Intervenții chirurgicale	5
Vaccinare	3

Altele	2
Evidența serologică a unui agent infecțios specific	
Campylobacter jejuni	26
Cytomegalovirus	15
HIV tip I	8
Virusul Epstein-Barr	8
Mycoplasma pneumoniae	10

C.2.3. CONDUITA PACIENTULUI CU SGB

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 3. Repere în colectarea anamnezei

Un eveniment infecțios antecedent se determină în 60% din cazuri, deseori fiind o infecție a căilor respiratorii sau gastroenterită. Cele mai frecvente sunt infecțiile respiratorii, care sunt raportate în circa 40% din cazuri, cu aproximativ o lună înainte de debutul SGB. În 20% din cazuri, gastroenterita precedă manifestările SGB. Cel mai frecvent virus asociat SGB este citomegalovirusul, iar cea mai frecventă bacterie – Campylobacter jejuni, cauza gastroenteritei. Alte infecții incriminate în declanșarea SGB sunt virusul Epstein-Barr, Mycoplasma pneumoniae și Haemophilus influenzae.

Debutul poate fi acut sau subacut. La majoritatea pacienților, manifestările progresează pe parcursul zilelor și săptămânilor, urmat de un stadiu de platou înainte de recuperare, după aproximativ 4 săptămâni de la debutul maladiei.

C.2.3.2 Examenul fizic

Caseta 4. Examenul fizic

Examenul fizic include:

- Inspecția generală a pacientului
- Examinarea semnelor neurologice

Aspectul general – observarea prezenței paraliziei faciale, atitudinea de mers

Examinarea fizică generală - cu atenție specială pentru zonele indicate de anamneză; Evaluarea volumului mișcărilor active

Evaluarea neurologică

Manifestările clinice

Simptomele neurologice ale SGB tipic evoluează rapid timp de câteva zile sau câteva săptămâni.

- Paralizie ascendentă rapidă. Cea mai frecventă manifestare clinică este slăbiciunea în membre, fiind mai exprimată în porțiunile proximale. Au fost menționate mai multe variante ce includ slăbiciunea proximală, slăbiciunea descendentă, varianta Miller-Fisher (oftalmoplegie, ataxie și areflexie);
- Senzația de pierdere a echilibrului sau coordonare proastă în timpul mersului;
- Simptomele senzitive sunt caracteristice:
 - ✓ Durerea este un simptom frecvent întâlnit la pacienții cu SGB, manifestată în 90% din cazuri, deseori fiind accentuată;
 - ✓ Tulburări de sensibilitate sunt, de obicei, "pozitive" (durere, parestezii) mai mult decât "negative" (hipo- sau anestezie). Paresteziile distale, de obicei, se manifesta simultan în degetele mâinilor și picioarelor (ceea ce nu este caracteristic altor polineuropatii).
- Hipo- sau areflexia evoluează precoce în cursul maladiei;
- Slăbiciunea bifacială se manifestă în circa 50% din cazuri;
- Semnele bulbare cu disartrie și disfagie de asemenea sunt frecvente;
- Alte neuropatii craniene nu sunt caracteristice;
- Durerile în regiunea lombară și radiculară se depistează în aproximativ 50% din cazuri și pot necesita administrarea opiaceelor;
- Disfuncția vegetativă se întâlnește în circa 2/3 din cazuri, manifestată prin activitate excesivă sau redusă din partea sistemului nervos parasimpatic sau simpatic:
 - ✓ Modificările pulsului sau ale tensiunii arteriale sunt cele mai frecvente manifestări ale disautonomiei vegetative;

- ✓ Tahicardie fixă în repaus;
- ✓ Dereglări intermitente ale funcțiilor sfincteriene;
- ✓ Aritmii;
- ✓ Presiune arterială labilă;
- ✓ Termoreglare perturbată.

Notă: Prezența reflexelor pune semne de întrebare referitor la diagnosticul de SGB.

Tab. 2. Manifestările clinice ale SGB

Disfuncție motorie	Slăbiciune simetrică în membre: proximală, distală sau globală
	Slăbiciune în mușchii cervicali
	Slăbiciune ai mușchilor respiratori
	Paralizia nervilor cranieni: III-VII, IX-XII
	Areflexie
Disfuncție senzorială	Hipotrofia mușchilor membrelor
	Durere
	Amorțeli, paretezii
	Pierderea simțurilor tactil, de durere, vibrație, proprioceptiv în porțiunile distale ale membrelor
	Ataxie
Disfuncție vegetativă	Tahicardie sau bradicardie sinuzală
	Alte aritmii cardiace
	Hipertensiune sau hipotensiune posturală
	Fluctuații importante ale pulsului și tensiunii arteriale
	Pupile tonice
	Hipersalivație
	Anhidroza sau sudorare excesivă
	Tulburări ale funcției sfincterelor urinare
	Constipații
Dismobilitate gastrică	
Altele	Edemul discurilor nervilor optici

Reconvalescența survine treptat, după faza de platou. În studii multicentrice s-a determinat că reconvalescența clinică durează de la 12 până la 200 zile.

C.2.3.3 Investigații paraclinice

Tab. 3. Investigații paraclinice

Investigații de laborator	
<i>Hemograma desfășurată</i>	Poate depista cauzele fatigabilității patologice la unii pacienți (de ex: anemie, infecție)
<i>Biochimia sangvină (Glucoza, Bilirubina directă, bilirubina indirectă, ALAT, ASAT, Creatinina, Urea, Proteina totală, Na, K, Ca).</i>	Permite de a face diagnosticul diferențial cu unele stări ce mimează fatigabilitatea și slăbiciunea musculară (ex: hipoglicemia, hiponatriemia, hipokaliemia)
<i>Examinarea LCR</i>	Se poate depista un nivel înalt de proteine pe fundal de 10 sau mai puține celule mononucleare într-un milimetru cub. Disocierea albuminocitologică este nespecifică și poate fi constatată în cadrul infecțiilor, neoplaziilor, maladiilor vasculare sau inflamatorii ale creierului și măduvei spinării. Concentrația proteinelor în LCR poate fi normală pe parcursul primei săptămâni. Circa 10-12% din pacienți pot avea mai mult de 5 celule/mcl. Prezența a 50 sau mai multe mononucleare induce dubii referitoare la diagnostic. Pleiocitoza LCR este cunoscută în cazurile de HIV asociate cu SGB
<i>Testarea anticorpilor GQ1b în ser</i>	Pot fi determinați la pacienți diagnosticați cu sindromul

	Miller-Fisher cu o sensibilitate de 80-90%, dar pot fi prezenți și în alte forme de SGB. Nu sunt prezenți în alte maladii decât SGB.
Examenul electrofiziologic	Poate pune în evidență demielinizarea în cadrul poliradiculoneuropatiei demielinizantă inflamatorie acută (PDIA), sau predominarea implicării axonale în neuropatia acută motorie axonală sau neuropatia acută motorie senzorială axonală. Notă: Pe parcursul primelor zile ale maladiei, rezultatele examenului de stimulodectecție pot fi în limitele normei.

Caseta 5. Criteriile electrofiziologice pentru polineuropatia demielinizantă inflamatorie acută

Demonstrarea a cel puțin 3 manifestări din cele enumerate:

1. Prelungirea latentelor distal (în doi sau mai mulți nervi, în afara zonei unei posibile compresiuni):
 - a. LD > 115% de la LSN (pentru amplitudini în limitele normei a PAMC);
 - b. LD > 125% de la LSN (pentru amplitudini PAMC < valorile normale)
2. Diminuarea vitezei de conducere (în doi sau mai mulți nervi, în afara zonei de posibilă compresiune):
 - a. VC < 90% LIN (pentru PAMC cu amplitudini >50% LIN);
 - b. VC < 80% LIN (pentru PAMC cu amplitudini <50% LIN).
3. Răspunsuri tardive prelungite: răspunsurile F și reflexul H (în doi sau mai mulți nervi) > 125% LSN.
4. Bloc de conducere/dispersie temporară (în doi sau mai mulți nervi).
Bloc cert de conducere: aria PAMC proximal/distal < 0.5
Dispersie temporară: durata PAMC distal/proximal > 1.15
Bloc posibil de conducere: amplitudinea PAMC proximal/distal < 0.7.

Notă: LD – latența distală; PAMC – potențial de acțiune muscular complex; VC – viteză de conducere; LSN – limita superioară a normei; LIN – limita inferioară a normei.

Tab. 4. Criteriile electrofiziologice ale unor variante de sindrom Guillain-Barre

PDIA	Reducerea vitezei de conducere
	Blocaj de conducere sau dispersie temporară patologică
	Latență distală prelungită
	Unde F absente sau latențe prelungite ale undei F
NAMA	Potențial de acțiune muscular complex (PAMC) absent sau reducerea amplitudinii lui
	Latență distală și viteză de conducere în limitele normei
	Potențial de acțiune al nervului senzorial (PANS) normal
NAMSA	PANS absent sau reducerea amplitudinii lui
	PAMC absent sau reducerea amplitudinii lui
	Latență distală motorie și viteză de conducere în limitele normei.

C 2.3.4 Diagnosticul diferențial

Tab. 5. Diagnosticul diferențial

Diagnostic	Similarități cu sindromul Guillain-Barre	Puncte de reper în diagnosticul diferențial
Myasthenia gravis	Slăbiciune simetrică, difuză, adesea asociată cu insuficiență respiratorie	Debut mai lent Prezența reflexelor Ptoză, oftalmoplegie, slăbiciune disproporțională a mușchilor cervicali și bulbari Lipsa tulburărilor de sensibilitate LCR în limitele normei Anticorpi contra receptorilor de acetilcolină/kinază specifică musculară Decrement la stimulări electrice repetitive

Mielita transversă și alte mielopatii acute	Parapareză sau tetrapareză mai jos de nivelul afectării medulare Șocul spinal poate induce areflexie Creșterea concentrației proteinelor în LCR	Retenția urinării apare precoce disproporțional cu slăbiciunea în membre Lipsa slăbiciunii mușchilor mimici și bulbari Nivel de tulburare a sensibilității Pleiocitoză în LCR
Botulismul	Slăbiciune simetrică, difuză, adesea asociată cu insuficiență respiratorie Reflexele pot fi abolite	Ptoză, pupile modificate, slăbiciunea mușchilor cervicali în stadiile precoce Paralizie descendentă Lipsa tulburărilor de sensibilitate LCR în limitele normei Modificări "miopatic" la EMG cu ac-electrod Decrement la stimulări electrice repetitive
Poliomielita cauzată de poliovirus, virusul West Nile, alte virusuri	Instalarea rapidă a slăbiciunii după un prodrom viral Insuficiență respiratorie Creșterea concentrației proteinelor în LCR	Slăbiciune asimetrică Păstrarea reflexelor în membrele neafectate și abolirea lor în mușchii implicați Lipsa tulburărilor de sensibilitate Pleiocitoză în LCR
Neuropatiile toxice acute (cu talii, arsenic, plumb)	Slăbiciune generală cu pierderea reflexelor	Debut de obicei mai lent (săptămâni) Slăbiciune mai exprimată în porțiunile distale ale membrilor Grețuri, vome, dureri abdominale Modificări cutanate (talii, arsenic) Linii Mees (plumb, arsenic)
Paralizia indusă de căpușe	Slăbiciune generalizată instalată acut	Debut extrem de rapid (1-2 zile) de obicei la copii Ptoză și slăbiciune cervicală în stadiile precoce Contractări musculare, mioclonii, coree (în unele cazuri) LCR în limitele normei Descoperirea și înlăturarea căpușei duce la recuperare rapidă
Meningita carcinomatoasă	Slăbiciune acută generalizată, deseori cu durere Pot fi implicați nervii cranieni Majorarea concentrației proteinelor în LCR	Implicare asimetrică, regională Debut lent (săptămâni) Encefalopatie (cefalee, tulburări mintale, convulsii) Pleiocitoză în LCR, ctologie modificată, scăderea nivelului glucozei

C.2.3.5 Criterii de spitalizare

Caseta 6. Criteriile de spitalizare

- perioada acută a bolii (2 săptămâni de la debut)
- pacienții cu disfuncție autonomă
- evaluarea riscul de dezvoltare a insuficienței respiratorii (*Anexa 1*)
- scorul de dizabilitate Guillain-Barre (*Anexa 1*)

C.2.3.6 Tratamentul

Caseta 7. Tratamentul orientat spre diminuarea răspunsului imun.

Tratamentul specific. Plasmafereza și imunoglobulinele administrate intravenos (IGIV, J06BA02) sunt eficiente în egală măsură, dacă sunt administrate în primele două săptămâni ale maladiei. Metoda de tratament se alege în funcție de accesibilitate și contraindicații. Nicio metodă nu ameliorează imediat starea pacienților. În unele cazuri, manifestările clinice pot chiar progresa după inițierea tratamentului specific. După o stabilizare inițială, un puseu se constată la circa 10% din pacienți. Se recomandă administrarea unei noi cure de plasmafereză sau IGIV.

Schimbul de plasmă. Se efectuează în cure de 4-5 ședințe pe parcursul a 8-10 zile, în volum total de 200-250ml/kg. (Nivel A, Clasa II).

Complicațiile principale sunt hipotensiunea, sepsis, problema accesului venos.

Imunoglobulinele administrate intravenos. Tratament de 5 zile, cu 0.4 gr/kg per zi. (Nivel A, Clasa II).

Tab. 6. Contraindicațiile și reacțiile adverse ale IVIG

Contraindicații	Deficiență selectivă de IgA
	Reacții anafilactice la administrarea precedentă a soluțiilor intravenoase cu IG
Contraindicații relative	Insuficiență cardiacă congestivă severă
	Insuficiență renală
Efecte adverse	Fatigabilitate, mialgii, febră, frisoane
	Simptome vasomotorii, cefalee
	Grețuri, vomismente
	Creșterea transaminzelor hepatice
	Necroza tubulară renală, insuficiență renală acută
	Meningită asptică
	Status hipercoagulant
	Anafilaxie
	Encefalopatie
	Reacții alergice

Caseta 8. Tratament orientat spre diminuarea răspunsului imun. Corticosteroizi.

Corticosteroizii. Tratamentul SGB cu steroizi nu a dat rezultate satisfăcătoare. Acest aspect a fost studiat într-un studiu dublu orb, placebo verificat, multicentric. 242 de pacienți au fost randomizați pentru a primi sau doze mari de metilprednisolon intravenos (500mg/zi timp de 5 zile pe parcursul a două săptămâni de la debut) sau placebo. Datele nu au arătat o diferență semnificativă între grupuri. (Nivel A, Clasa I).

Caseta 9. Tratament de susținere

Insuficiență respiratorie – frecvent întâlnită în SGB, iar 15-30% din pacienți necesită suport ventilator. Monitorizarea frecventă a funcției pulmonare cu măsurarea capacității vitale trebuie efectuată în majoritatea cazurilor.

Factori predictivi pentru necesitatea ventilației mecanice a pacienților:

- Capacitatea vitală forțată mai mică de 20ml/kg;
- Presiunea inspiratorie maximă mai mică de 30 cm H₂O
- Presiunea expiratorie maximă mai mică de 40 cmH₂O

Alți factori predictivi al disfuncției respiratorii:

- Timpul de la debut mai puțin de 7 zile;
- Inabilitatea de a tuși;
- Inabilitatea de a sta în picioare;
- Inabilitatea de a ridica sprincenele;
- Inabilitatea de a ridica capul;
- Creșterea transaminazelor hepatice.

Dacă sunt prezente 4 sau mai multe din aceste semne, ventilarea mecanică va fi necesară în 85% din pacienți. Complicațiile cardiovasculare sunt o cauză importantă de morbiditate în cadrul SGB. Cele mai frecvent întâlnite manifestări sunt fluctuațiile tensiunii arteriale, tahi și bradiaritmii, iar mai rar întâlnite sunt miocarditele sau insuficiența cardiacă.

Presiunea arterială. Pot fi episoade paroxistice de hipertensiune și hipotensiune ortostatică. Episoadele de hipotensiune pot fi tratate prin administrare de lichide sau doze mici de fenilefrină.

Episoadele de hipertensiune arterială pot fi cupate prin administrare de urapidil, sau nitroprusiat.

Aritmiile cardiace. Tahi și bradiaritmii de obicei nu necesită tratament. Aritmiile cardiace severe care pun în pericol viața pacientului, ca blocurile atrioventriculare sau asistolia, în cadrul disautonomiei, necesită tratament prin administrare de atropină sau implantare de pacemaker.

Dereglările sfincteriene. Cel mai des întâlnite în SGB sunt ileusul adinamic și retenția de urină. Pentru

tratamentul ileusului neostigmina poate fi eficientă sau utilizarea laxativelor (ex. bisacodil).
Infecțiile intercurrent vor fi tratate în concordanță cu agentul patogen (antibiotice, antivirale, după caz).

Caseta 10. Controlul durerii.

Durerea este prezentă la aproximativ 2/3 din pacienți cu SGB și deseori necesită tratament. Pot fi utilizate carbamazepina sau gabapentina pentru controlul durerii. Antiinflamatoriile non-steroidine (ex. ibuprofenum, meloxicamum, etc) pot fi încercate, însă de obicei nu oferă controlul adecvat al durerii. Pentru managementul de lungă durată al durerii neuropatie sunt recomandate antidepresantele triciclice (duloxetine), gabapentinum, carbamazepinum, și pregabalinum.

C.2.3.7. Evoluție și prognostic

Caseta 11. Evoluție și prognostic

Prognosticul SGB depinde de câțiva factori. În general, peste un an circa două treimi din bolnavi se vindecă complet. Suportul ventilator este necesar la o pătrime din pacienți. După un an de la debutul maladiei, 18% din pacienți nu pot alerga, 9% nu pot merge fără ajutor, și 4% sunt imobilizați la pat sau chiar dependenți de respirația dirijată. Într-un studiu prospectiv s-a arătat că la 36% din bolnavi ameliorarea începe pe parcursul primei săptămâni, iar la 85% - pe parcursul primelor 4 săptămâni. Letalitatea variază de la un grup la altul, ajungând la 13%.

Circa 5% din pacienți decedază în secțiile de terapie intensivă. Letalitatea este mai înaltă la bolnavii de vârstă înaintată. Circa 25% din decese survin pe parcursul primei săptămâni, iar circa 50% - pe parcursul primei luni a maladiei. Stopul cardiac survenit în urma disfuncției vegetative este cea mai frecventă cauză a deceselor (20-30%). Alte cauze ale deceselor sunt: infecțiile pulmonare, embolia pulmonară și insuficiența respiratorie.

Tab. 8. Factorii asociați cu un prognostic nefast

Etiologia	Infecția gastrointestinală precedentă Infecția cu C. jejuni Cytomegalovirus
Particularități clinice	Vârsta înaintată Latența mai mică până la apogeu Timp mai îndelungat până la ameliorarea clinică Necesitatea ventilației mecanice Dizabilitate și gravitate mai importante ale maladiei Implicarea mușchilor mimici sau bulbari
Particularități electrofiziologice	PAMC absente sau reduse (amplitudinea medie distală a PAMC < 20% din limita inferioară a normei) Nervi inexcitabili
Markeri biochimici	Anticorpi anti-GM1 Enolază specifică neuronală și proteine S-100b în LCR

Caseta 12. Vaccinurile și SGB

Au fost raportate cazuri de debut al SGB după vaccinare contra rabiei și a mai multor variante ale virusului gripal A.

După campania de vaccinare din 1976 contra virusului gripal A, incidența SGB la pacienții vaccinați a fost de 1 la 100.000. Campania de vaccinare în 2009 a relatat o incidență SGB după vaccinare de 1.6 cazuri la 1000000 populație, o frecvență similară cu fluctuațiile sezoniere.

Nu au fost raportate cazuri de recurență a SGB la pacienți vaccinați.

În general nu există contraindicații pentru vaccinare a pacienților cu SGB în anamneză.

C2.3.8. Supravegherea

Caseta 13. Supravegherea

Pacienții cu Sindromul Guillain-Barre prezintă un progres al maladiei în primele 4 săptămâni de la debut, după care se instalează faza de platou care, de obicei, durează 4 săptămâni. Perioada de reconvalescență

durează de la 6 la 12 luni.

Disfuncția respiratorie și dereglările respiratorii se pot instala acut în primele 4 săptămâni. În această perioadă este necesară supravegherea pentru prevenirea și tratamentul complicațiilor infecțioase, trombozelor venoase, controlul durerii, dereglările de deglutiție. Se va decide timpul de aplicare a trahioptomei. În faza de platou și de reconvalescență, pacienții trebuie supravegheați pentru nu a dezvolta infecții intercurrente.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medicul de familie;• asistenta medicalului de familie.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• tonometru;• fonendoscop.
D.2. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator	Personal: <ul style="list-style-type: none">• neurolog (la 25 mii de populație);• psihoterapeut (la 25 mii de populație);• kinetoterapeut (la 25 mii de populație);• asistent serviciul social (la 25 mii de populație)• ergoterapeut (la 12,5 mii de populație);• asistenta neurologului (la 10 mii de populație).
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• tonometru;• fonendoscop.
	Medicamente (vezi anexele): Pregabalinum Gabapentinum Duloxetine
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de neurologie; spitale de neurologie	Personal: <ul style="list-style-type: none">• neurolog;• anestezist, reanimatolog• psihoterapeut;• laborant;• asistent serviciul social;• kinetoterapeut• logoped• asistente medicale;• consultații calificate (chirurg, terapeut, psihiatru).
	Aparataj, utilaj. <ul style="list-style-type: none">• tonometru;• fonendoscop;• electrocardiograf;• electromiograf• glucometru portabil;• laborator clinic standard pentru realizarea de: hemoleucogramă, sumar al urinei indici biochimici serici (glicemie, lactat dehidrogenaza (LDH), transaminaze, ionogramă, creatinină și uree).
	Medicamente (vezi): <ul style="list-style-type: none">• Pregabalinum• Gabapentinum• Duloxetine• Antiinflamatorii nesteroidiene (ex. ibuprofenum, meloxicamum, etc.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Laxative • Anticolinesterazice • Antibiotice • Imunoglobuline administrate intravenos
--	--

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCN

Nr	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Facilitarea procesului de diagnosticare a SGB	1.1. Ponderea pacienților suspectați cu SGB, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an (în %)	Numărul de pacienți suspectați cu SGB, la care diagnosticul s-a confirmat pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți suspectați cu SGB care se află la evidența neurologului, parcursul ultimului an
2.	Sporirea calității managementului, tratamentului și a vieții pacientului cu SGB	2.1. Ponderea pacienților cu SGB tratați în condiții de staționar, conform recomandărilor PCN pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu SGB tratați în condiții de staționar, conform recomandărilor PCN pe parcursul ultimului an 100	Numărul total de pacienți cu SGB tratați în condiții de staționar, pe parcurs ultimului an
		2.2. Ponderea pacienților cu SGB supravegheați de către neurolog, conform recomandărilor din PCN, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu SGB supravegheați de neurolog, conform recomandărilor PCN, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de neurolog, cu diagnosticul de SGB, pe parcursul ultimului an
3.	Evitarea invalidizării și a stigmatizării la pacienții cu SGB	4.1. Ponderea pacienților cu SGB tratați în condiții de ambulatoriu, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu SGB tratați în condiții de ambulator, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de Pacienți supravegheați de neurolog cu diagnosticul de SGB pe parcursul ultimului an
		4.2. Ponderea pacienților cu SGB care au beneficiat de neurorecuperare, pe parcursul unui an (în %)	Numărul de pacienți cu SGB care au beneficiat de neurorecuperare, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de neurolog diagnosticul de SGB, pe parcursul ultimului an
		4.3. Ponderea pacienților cu SGB care, pe parcursul unui an, au continuat activitatea profesională (în %)	Numărul de pacienți cu SGB care au continuat activitatea profesională pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți supravegheați de neurolog cu diagnosticul de SGB, pe parcursul ultimului an

Anexa 1. Scoruri pentru SGB

Scorul de dizabilitate SGB

0	Sănătos
1	Simptome ușoare, pacientul este capabil să alerge sau să efectueze lucru manual
2	Pacientul se poate deplasa fără ajutor (pe o distanță de 5 m), însă nu este capabil să alerge sau să efectueze lucru manual
3	Pacientul necesită suport pentru a se deplasa (pe o distanță de 5 m)
4	Pacientul este la pat sau în scaun cu rotile
5	Pacientul necesită ventilație mecanică
6	Deces

EGRIS - Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score

Criterii	Categoria	Scor
Zile de la debut și internare în spital	>7 zile	0
	4-7 zile	1
	<3 zile	2
Slăbiciune a nervilor faciali și/sau bulbari la internare	Absentă	0
	Prezentă	1
Suma scorului MRC	60-51	0
	50-41	1
	40-31	2
	30-21	3
	<20	4
EGRIS		0-7

Risc scăzut EGRIS 0-2 necesitatea ventilației mecanice 4%

Risc moderat EGRIS 3-4 necesitatea ventilației mecanice 24%

Risc major EGRIS 5-7 necesitate ventilației mecanice 65%

Scala MRC – Medical research council scale

0	Paralizie completă
1	Contrație minimă
2	Mișcări active dacă este eliminată forța de gravitație
3	Mișcări active contra forței de gravitație
4	Mișcări active contra forței de gravitație și rezistență
5	Forța maximă

Anexa 2. Definiția gradelor de recomandare și nivelelor de evidență

În elaborarea unor recomandări clinice sau a unor ghiduri terapeutice, se folosesc nivelele de evidență (levels of evidence) și gradele de recomandare (grades of recommendations).

Clasificarea gradelor de recomandare:

- **Clasa I:** Condiții pentru care exista evidente si /sau consens general ca aceea procedura sau tratament este benefica, utila si eficienta;
- **Clasa II:** Condiții pentru care exista evidente conflictuale, si/sau opinii divergente despre utilitatea /eficacitatea procedurii sau a tratamentului specific;
 - **Clasa IIa** evidentele /opiniile sunt în favoarea procedurii/tratamentului;
 - **Clasa IIb** evidentele/opiniile sunt în defavoarea procedurii/tratamentului;
- **Clasa III:** Condiții pentru care evidentele/opiniile sunt ca aceea procedura/tratament nu este utila/eficienta si ca în anumite cazuri poate fi chiar dăunătoare;

Nivele de evidenta:

- **Nivel de Evidenta A:** date obținute din multiple trialuri clinice randomizate sau metaanalize
- **Nivel de Evidenta B:** date provenite dintr-un singur studiu randomizat clinic sau studii nerandomizate
- **Nivel de Evidenta C:** date provenite prin opinia de consens a experților, studii de caz sau observații clinice;

Clasele de recomandare	Definiție	Termenii sugerați pentru a fi utilizați
Clasa I	Dovadă și/sau acord general potrivit căruia un anume tratament sau o procedură este benefică, utilă și eficientă	Este recomandat/este indicat

Clasa II	Dovezi contradictorii sau divergență de opinie asupra utilității/eficacității unui anumit tratament sau proceduri	
Clasa IIa	Greutatea dovezilor/opiniilor este în favoarea utilității/eficacității	Trebuie luat în considerare
Clasa IIb	Utilitatea/eficacitatea este mai puțin stabilită de dovezi/opinii	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Dovezi sau acord general potrivit căruia un anumit tratament sau o procedură nu este utilă/eficace, și în anumite situații, poate fi dăunătoare.	Nu este recomandat

Nivel de evidență A	Date obținute din multiple trialuri clinice randomizate sau meta-analize
Nivel de evidență B	Date obținute dintr-un singur trial clinic randomizat sau din studii mari nerandomizate
Nivel de evidență C	Consens de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre

Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru PCN „Sindromul Guillain-Barre”

Domeniul prompt	Date
Denumirea IMSP evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea fișei	N/P:
Numărul fișei medicale	
Ziua, luna, anul de naștere a pacientei/lui	data (ZZ-LL-AAAA): necunoscut <input type="checkbox"/>
Sexul pacientei/ lui	Masculin <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/>
Mediul de reședință	Urban <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Datele medicului curant	N/P:
Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP <input type="checkbox"/> AMU <input type="checkbox"/> secția consultativă <input type="checkbox"/> instituție medicală privată <input type="checkbox"/> staționar <input type="checkbox"/> adresare directă <input type="checkbox"/> alte instituții <input type="checkbox"/> necunoscut <input type="checkbox"/>
Numărul internării	primară <input type="checkbox"/> secundară <input type="checkbox"/> mai mult de două ori <input type="checkbox"/>
Data și ora internării în spital	data (ZZ-LL-AAAA): ora (HH:mm): necunoscut <input type="checkbox"/>
Durata spitalizării	număr de zile: necunoscut <input type="checkbox"/>
Transferul în alte secții	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> necunoscut <input type="checkbox"/> terapie intensivă <input type="checkbox"/>
Respectarea criteriilor de internare	da <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> necunoscut <input type="checkbox"/>
PENTRU TOȚI PACIENȚII	
A fost efectuată culegerea anamnezelor?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost prelevat sânge pentru hemoleucograma desfășurată? (Hb, Er, Tr, VSH, Leu)	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost prelevat sânge pentru examenul biochimic (Ureea, Creatinina, Glicemia, Troponine, CK, CK-MB, LDH, ALT, AST, Bilirubina)?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost prelevată urina pentru analiza generală (Nu este obligatoriu la internare, dar obligatoriu în primele 24 ore)	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost efectuată ECG (12 derivații)?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost respectat protocolul ABC la internare? (când aplicabil)	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost efectuată determinarea puncției lombare?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost efectuat examenul electrofiziologic?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost apreciat scorul de dizabilitate în SGB?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost calculat riscul de insuficiență respiratorie?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost apreciată forța musculară conform scalei MRC?	Da* <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
Notă: * - criteriu obligator	

Anexa 4. Ghid pentru pacient

Ce este sindromul Guillain-Barré? - Sindromul Guillain-Barré sau "SGB" este o afecțiune care produce slăbiciune musculară ușoară sau severă. Există diferite tipuri de SGB. Cel mai frecvent tip este numit "polineuropatia demielinizantă acută inflamatorie" sau "PDIA". Atât copiii, cât și adulții se pot îmbolnăvi de SGB.

În SGB, sistemul de combatere a infecțiilor al unei persoane atacă propriul său sistem nervos. Acest lucru dereglează funcția sistemului nervos, care poate provoca simptome.

SGB urmează, de obicei, după o infecție bacteriană sau virală. Printre exemplele obișnuite se numără Campylobacter (o boală care provoacă dureri de stomac și diaree), gripa și alte boli similare.

Care sunt simptomele sindromului Guillain-Barré? - SGB cauzează slăbiciune musculară pe ambele părți ale corpului. Slăbiciunea începe de obicei în picioare, apoi se extinde la brațe și față. Unii oameni au slăbiciune ușoară, de exemplu, probleme de mers. Alți oameni nu pot să-și miște mușchii picioarelor, brațelor sau feței. Aceasta se numește "paralizie". La unii oameni, mușchii folosiți pentru respirație pot fi afectați, iar acest lucru poate face respirația dificilă. Alte simptome pot include amorțeala în mâni și picioare, durere în spate și membre. Mai rar pot fi afectați mușchii ochiului.

Există un test pentru sindromul Guillain-Barré? - Da. Medicul sau asistenta vă vor întreba despre simptomele dvs. și vă vor examina. Vor fi indicate teste pentru confirmarea diagnosticului. Testele pot include:

Puncție lombară - în timpul acestei proceduri, un medic pune un ac subțire în partea inferioară a spatelui și colectează o cantitate mică de lichid spinal. Lichidul spinal este fluidul care înconjoară creierul și măduva spinării.

Examenul de stimulodectecție - Acest test poate arăta dacă nervii poartă semnale electrice în mod corect.

Electromiografie sau "EMG" - Acest test arată dacă mușchii răspund la semnalele electrice de la nivelul nervilor în mod corect.

Analiza generală de sânge

Cum este tratat sindromul Guillain-Barré? - Pacienții cu SGB sunt de obicei tratați în spital. Aceasta deoarece simptomele SGB se pot agrava foarte repede. În spital, medicul poate monitoriza respirația, bătăia inimii și sănătatea persoanei. Se vor trata orice probleme care apar, cum ar fi:

Probleme de respirație - Persoanele care au o respirație foarte dificilă au de obicei nevoie de un tub de respirație care coboară în gât și în plămâni. Celălalt capăt este atașat unei mașini care ajută la respirație.

Durerea - Doctorii pot folosi diferite medicamente pentru a trata durerea.

Tratamentul pentru SGB în sine - Nu există nici un tratament pentru SGB. Există însă 2 tratamente diferite care pot ajuta la ameliorarea simptomelor și la scurtarea duratei de durată a SGB. Persoanele cu SGB au, de obicei, unul sau altul dintre aceste tratamente, în funcție de situația lor individuală și de alți factori. Aceste tratamente sunt:

IVIG (Imunoglobuline administrate intravenos) - Este un medicament care ajută la întărirea sistemului de combatere a infecțiilor.

Schimbul de plasmă (denumit și "plasmefereză") - Pentru acest tratament, o mașină pompează sângele din organism și îndepărtează substanțele din sângele care atacă sistemul nervos. Apoi mașina întoarce sângele în corp.

Cât durează sindromul Guillain-Barré? - De obicei, SGB durează câteva săptămâni. După aceea, simptomele devin mai ușoare de la câteva săptămâni până la luni.

Majoritatea oamenilor se vor recupera complet de la SGB și nu vor avea o slăbiciune musculară pe termen lung. Dar unii oameni au slăbiciune musculară care durează ani.

Bibliografie

1. V. Lisnic, "Sindromul Guillain-Barre. Elaborări metodice", Chișinău, 2013.
2. Donofrio, Peter D. MD, FAAN, *Peripheral Nerve and Motor Neuron Disorders, CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 2017.
3. Hugh J Willison, Bart C Jacobs, Pieter A van Doorn, Guillain-Barré syndrome, *Lancet* 2016; 388: 717–27.
4. Lo YL. Clinical and immunological spectrum of the Miller Fisher syndrome. *Muscle Nerve* 2007; 36:615.
5. Shahrizaila N, Yuki N. Bickerstaff brainstem encephalitis and Fisher syndrome: anti-GQ1b antibody syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84:576.
6. Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, Morgan OW. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology* 2011; 36:123.
7. Raphaël JC, Chevret S, Hughes RA, Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; :CD001798.
8. Hughes RA, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD002063.
9. Walgaard C, Lingsma HF, Ruts L, et al. Prediction of respiratory insufficiency in Guillain-Barré syndrome. *Ann Neurol* 2010; 67:781.
10. Hund EF, Borel CO, Cornblath DR, et al. Intensive management and treatment of severe Guillain-Barré syndrome. *Crit Care Med* 1993; 21:433.
11. van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, et al. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol* 2014; 10:469.
12. Walgaard C, Lingsma HF, Ruts L, et al. Early recognition of poor prognosis in Guillain-Barre syndrome. *Neurology* 2011; 76:968.
13. Dionne A, Nicolle MW, Hahn AF. Clinical and electrophysiological parameters distinguishing acute-onset chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy from acute inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Muscle Nerve* 2010; 41:202.
14. Kincaid, John C. MD, FAAN *Neurophysiologic Studies in the Evaluation of Polyneuropathy, Peripheral Nerve and Motor Neuron Disorders, CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 2017