

NOI VIZIUNI ÎN CLASIFICAREA ARTRITEI CRONICE JUVENILE

Ninel Revenco

Catedra Pediatrie nr.1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

New considerations on classification of juvenile chronic arthritis

This article presents actual considerations on classification criteria of juvenile chronic arthritis. Also, it describes 7 evolutive variants of juvenile chronic arthritis in correspondence with ILAR demandings 1997.

Rezumat

În articolul dat sunt prezentate viziuni actuale asupra criteriilor de clasificare ale artritei cronice juvenile. Deasemenea sunt descrise cele 7 variante evolutive ale artritei idiopatice juvenile în corespundere cu cerințele ILAR, 1997.

Artrita Cronică Juvenilă (ACJ) este definită ca o afectare articulară inflamatorie ce survine înaintea vârstei de 16 ani fiind asociată cu diverse manifestări extraarticulare, artrita persistentă sau recidivantă fiind semnul major al bolii [12, 14]. Problema maladiilor inflamatorii cronice la copii se studiază de mai mulți ani. Astfel, S.Hershkovitz, B.Rothschild au identificat în materialul arheologic (colecția Hamman-Todd, 2036 exemplare) modificări osteo-articulare caracteristice ACJ: eroziuni marginale, subcondrale, subluxații în regiunea cervicală, luxații patologice în articulațiile periferice, retard statural, retenție în dezvoltarea mandibulei și osteopenie. Prima prezentare a unui pacient cu ACJ a avut loc în 1800 fiind realizată de Augustin Landre Beauvais. În anul 1897 Still a descris tabloul clinic al formei sistemice a ACJ. În 1879 sir Alfred Garrod a propus termenul de Artrită Reumatoidă, care a fost acceptat în 1922 de către Consiliul Imperial Britanic pentru reumatism și în anul 1941 de către Colegiul American de Reumatologie [5]. Odată cu majorarea incidenței bolii pe parcursul secolului XX, interesul față de această maladie era în creștere. Așa au fost introduse modificări și în noțiunea ACJ. Unii autori consideră că noțiunea de Artrită Cronică Juvenilă ar fi mai acceptabilă pentru stadiile incipiente ale maladiei, în stadiul de formare a bolii, în timp ce în formele cu factor reumatoid pozitiv este mai adecvat termenul de Artrită Reumatoidă Juvenilă. Pentru facilitarea studiilor științifice și clinice, unificarea terminologiei, setului de criterii de diagnostic a apărut necesitatea unui consens asupra terminologiei. Acest termen ar unifica maladiile osteoarticulare inflamatorii cronice la copii omogene în prezentare, dar heterogene după natura lor. Acest termen “umbrelă” a fost discutat pe parcursul unui deceniu și în 1994, sub egida Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și Ligii Internaționale contra Reumatismului (ILAR), au fost propuse noi criterii de clasificare a maladiilor cronice articulare la copii. Opțiunea pentru actuala denumire de artrită idiopatică juvenilă (AIJ) este rezultatul consensului oficial realizat în 1997 la Congresul ILAR de la Durban (Republica Sud-Africană), eliminându-se în acest fel motivele de discordie provocate de vechile denumiri agreate în diferite țări sau continente (ARJ în SUA și Canada, ACJ în Europa, Boala Still și Poliartrita Cronică Juvenilă în Marea Britanie).

AIJ înglobează o serie de procese care au o caracteristică comună: artrită inflamatorie de genă necunoscută. Termenul “idiopatică” evită vechile denumiri (“cronică”, “reumatoidă”) și reprezintă în același timp recunoașterea faptului că etiologia bolii rămâne necunoscută [12].

Artrita cronică la copii prezintă interes de studiu și evaluare nu în ultimul rând din cauza inconsistențelor în definiție și terminologie. Din punct de vedere genetic, artrita cronică este heterogenă, din punctul de vedere al fenotipului este diversă în prezentare și evoluție. Clasificarea artritei cronice la copii a fost problematică pe parcursul a câtorva decenii. În anii 70

ai secolului trecut au fost propuse 2 seturi de criterii de clasificare a artritei cronice la copii: 1) pentru ARJ, criterii create și validate de un comitet al Colegiului American de Reumatologie (ACR); 2) pentru ACJ, publicate de Liga Europeană de Combatere a Reumatismului (EULAR). Mai târziu, a fost propusă o a treia clasificare (pentru AIJ) de către Liga Internațională de Combatere a Reumatismului (ILAR). Aceste 3 clasificări sunt comparate în tabelele 1 și 2. Aplicarea acestor criterii prezintă dificultăți din cauza necesității excluderii altor boli pentru care nu sunt criterii de clasificare și a faptului că toate cele trei clasificări au fost bazate pe populația Europei de Nord.

Criteriile ACR de Clasificare a Artritei Reumatoide Juvenile. Criteriile ACR au fost pe larg utilizate, validate și revăzute, dar ele sunt aplicabile în primul rând la copii caucazieni. Ele definesc vârsta limită la copii, durata bolii necesară pentru diagnostic și caracteristicile artritei. Au fost stabilite trei tipuri la debut: oligoarticulară (pauciarticulară), poliarticulară și sistemică. Cerința ca vârsta la debutul bolii să fie mai mică de 16 ani a fost un criteriu reieșind mai mult din necesitățile practice decât din variațiile bolii corespunzătoare vârstei. Cu toate că prezența artritei în una sau mai multe articulații timp de 6 săptămâni este suficientă pentru diagnosticare, este necesară o durată de cel puțin 6 luni până ca tipul de debut să fie sigur (cu excepția cazului în care elementele sistemice sunt prezente).

Tipul de debut este definit de o multitudine de semne clinice prezente pe parcursul primelor 6 luni ale bolii. Tipul (forma) oligoarticular este definit ca artrita a 4 sau mai puține articulații. Tipul poliarticular este definit ca artrita a 5 sau mai multe articulații. În determinarea tipului de debut, fiecare articulație este calculată separat, cu excepția articulațiilor sectorului cervical al coloanei vertebrale, carpus și tarsus; fiecare din aceste structuri este calculată ca o singură articulație. Tipul sistemic al ARJ este caracterizat prin prezența febrei (cotidiene sau intermitente) mai mare ca 39°C timp de cel puțin 2 săptămâni în asociere cu artrita unei sau a mai multor articulații. Majoritatea copiilor cu debut sistemic au de asemenea rash caracteristic și alte simptome extraarticulare (limfadenopatie, hepatosplenomegalie sau pericardită). Pe parcursul evoluției bolii au fost identificate nouă subtipuri.

Tabelul 1

Compararea clasificărilor artritei cronice la copii

Artrita Reumatoidă Juvenilă (ACR)	Artrita Cronică Juvenilă (EULAR)	Artrita Idiopatică Juvenilă (ILAR)
Sistemică	Sistemică	Sistemică
Poliarticulară	Poliarticulară	Poliarticulară FR-negativă
Oligoarticulară (pauciarticulară)	Artrita Reumatoidă Juvenilă	Poliarticulară FR-pozitivă
	Pauciarticulară	Oligoarticulară
	Artrita Juvenila Psoriazică	Persistentă
	Spondilita Anchilozantă Juvenilă	Extinsă
		Artrita Psoriatică
		Artrita în asociație cu entezită
		Alte Artrite

Criteriile EULAR de clasificare a Artritei Cronice Juvenile. În 1977, la Conferința EULAR din Oslo, termenul de Artrita Cronică Juvenilă (ACJ) a fost propus pentru grupul heterogen al bolilor care se prezintă ca artrită cronică la copii. Tipurile de debut ale ACJ și vârsta la debut au fost definite în corespundere cu criteriile ACR. Este necesar ca semnele bolii să persiste timp de cel puțin 3 luni și pe parcurs să fie excluse alte boli reumatice. Cu toate acestea, spondilita anchilozantă juvenilă, artropatia psoriazică și artropatiile asociate cu bolile inflamatorii ale intestinului sunt de asemenea incluse în clasificarea ACJ. Unicele diferențe substanțiale dintre criteriile ACR și EULAR sunt: 1) includerea spondilitei anchilozante juvenile, artritei psoriatică și artritelor din cadrul bolilor inflamatorii ale intestinului și 2) restricția

referitoare la utilizarea termenului artrita reumatoidă juvenilă la copii cu artrită și factor reumatoid pozitiv, cu toate că nici o definiție a seropozitivității nu a fost oferită.

Tabelul 2

Caracteristici ale clasificărilor artritei cronice la copii

Caracteristici	ACR	EULAR	ILAR
Tipuri de debut	3	6	6
Subtipuri în evoluție	9	Nici unul	1
Varsta la debut	<16 ani	<16 ani	<16 ani
Durata artritei	>6 săptămâni	>3 luni	>6 săptămâni
Include SAJ	Nu	Da	Da
Include APJ	Nu	Da	Da
Include bolile inflamatorii ale intestinului	Nu	Da	Da
Alte boli excluse	Da	Da	Da

Notă. SAJ - Spondilita Anchilozantă Juvenilă; APJ - Artrita Psoriatică Juvenilă.

Criteriile ILAR de Clasificare a Artritei Idiopatice Juvenile. În 1993, Comitetul Pediatric ILAR a propus o clasificare a artritelor idiopatice la copii. Această clasificare și revizuirile care au urmat (Durban, 1997) au fost create cu scopul de a asigura omogenitate în boală și categorii. Clasificarea de artrită nediferențiată include condițiile care, din diverse motive, nu corespund criteriilor altor categorii sau care corespund criteriilor a mai mult de o singură categorie. Aceste criterii ale AIJ încă mai necesită validare și consens și în cel mai sigur mod vor fi modificate odată cu descoperirea de noi evidențe în patogenie. De remarcat că această clasificare prezintă un grup de procese inflamatorii ale articulațiilor pe care le clasifică ca un tot integru fără a le diferenția patogenetic, cu excepția variantelor descrise mai sus.

În practica medicală diferențele în clasificare necesită grijă în interpretarea literaturii pentru că termenii ARJ, ACJ și AIJ sunt utilizați incorect de cele mai multe ori de parcă ele ar fi sinonime. Această dilemă a fost subiectul a mai multor publicații.

În ultimii ani au apărut date despre mecanismele fine la nivelul molecular, imun, genetic ale proceselor inflamatorii articulare care, probabil, în viitor vor genera modificări ale clasificării și, ceea ce-i mai important – în tratamentul AIJ. Pentru elaborarea acestor criterii va fi nevoie de o îmbinare a eforturilor clinicienilor, imunologilor, geneticienilor și reprezentanților altor specialități medicale

Semnele de afectare articulară sunt comune diferitor forme de ACJ. Sindromul articular adesea este asociat cu diverse grade de manifestări extraarticulare și paraclinice. În funcție de aceste aspecte se evidențiază diverse forme de ACJ. În cele ce urmează vor fi descrise particularitățile unor forme de AIJ conform criteriilor de clasificare ILAR, 1997.

AIJ pauciarticulară (oligoarticulară) include afectarea a maximum 4 articulații în primele 6 luni de la debutul bolii cu distingerea a două subgrupe: 1) *persistentă*, în care de-a lungul evoluției nu sunt afectate mai mult de 4 articulații; 2) *extensivă*, în care sunt afectate peste 4 articulații după 6 luni de la debutul bolii. Circa 50% din copiii cu AIJ suferă de această formă. În evaluarea inițială a acestor copii este necesar în diagnosticul diferențial de exclus istoricul familial pozitiv pentru psoriazis la rudele de gradele I și II, istoricul familial pozitiv de HLA-B27 la rudele de gradele I și II, factorul reumatoid pozitiv, artrita sistemică [12].

AIJ pauciarticulară afectează mai frecvent articulațiile mari (genunchii, gleznele, coatele și șoldurile). Inițial manifestările clinice sunt de obicei insidioase. În circa jumătate din cazuri afectarea este monoarticulară. În aceste cazuri este necesară excluderea artritelor bacteriene. Anterior, până la adoptarea criteriilor de clasificare ILAR din Durban [14] în literatura de specialitate se delimitau 2 variante ale formei oligoarticulare a ACJ în funcție de vârsta debutului bolii și sex [6]. Astfel, se deosebea forma oligoarticulară cu debut precoce care mai frecvent afecta fetițele în primii ani de viață. Circa o treime din acești copii prezentau în decursul evoluției maladiei cointeresare oftalmologică cu dezvoltarea uveitei cronice anterioare [9]. De

asemenea, copiii erau pozitivi la factorul antinuclear care releva un risc înalt de apariție a uveitei. Uveita cronică poate fi primul semn de manifestare a bolii, dar de regulă apare după luni sau chiar ani de zile de la debutul artritei. Uveita se manifestă prin dureri oftalmice, fotofobie, lăcrimare, diminuarea acuității vizuale, hiperemie conjunctivală, precipitate corneene, congestie și neovascularizarea irisului [13]. Cea mai precoce manifestare este creșterea numărului de celule și a proteinelor în camera anterioară a ochiului, detectabilă la nivelul polului anterior prin metoda biomicroscopică [3]. Formele pauciarticulare cu AAN pozitivi sunt în corelație cu prezența HLA-DR5 și HLA-DR8 [20].

Varianta a doua a ACJ pauciarticulare de obicei afectează băieții cu vârsta peste 8 ani. Mai frecvent sunt implicate următoarele articulații: sacroiliace, coxofemorale, genunchii, gleznelor. Este caracteristică inflamarea ligamentelor și tendoanelor. În această formă, la fel, se instalează uveita preponderent în varianta acută față de cea cronică.

AIJ pauciarticulată poate fi ca o primă manifestare a altor forme de artrită, ca de exemplu, spondiloartropatia care prezintă un grup de boli inflamatorii ale coloanei vertebrale, tendoanelor și ochilor. La fel, poate fi asociată cu un factor genetic de tip HLA-B27 [2].

În general, se consideră că copiii sub 7 ani cu AIJ pauciarticulată cu AAN pozitivi au un risc major de dezvoltare a uveitei cronice. În așa cazuri examenul oftalmologic se recomandă de efectuat la fiecare 3 luni pe parcursul a mai multor ani [3].

AIJ poliarticulară se caracterizează prin afectarea a 5 sau mai multe articulații în primele 6 luni de la debutul maladiei. La 50% din copii factorul reumatoid este pozitiv (de obicei la două determinări succesive în primele trei luni de la debutul maladiei). Atingerea articulară deseori este simetrică. Mai frecvent sunt afectate fețele. În vârsta “teenager-ilor” simptomatologia clinică a AIJ adesea se aseamănă cu artrita reumatoidă a adultului [12].

În această formă sunt lezate articulațiile mici ale pumnului și tălpii, în mod tipic – articulațiile “de greutate”: genunchii, șoldurile, gleznelor. De asemenea, se menționează implicarea articulațiilor sectorului cervical al coloanei și articulațiile temporomandibulare.

În funcție de gradul de activitate al bolii, pacienții prezintă redoare matinală de diferită durată. Sinovita poate persista timp îndelungat.

AIJ poliarticulară se asociază frecvent cu semne extraarticulare. Astfel, deseori este prezentă febra de diferit grad; apariția nodulilor reumatoizi – care ulterior induc disconfort în timpul șederii pe scaun sau portul încălțămintei. Afectarea seroaselor nu este caracteristică sau se manifestă minimal [1].

În conformitate cu clasificarea ILAR [14], deosebim două subtipuri ale AIJ poliarticulare: cu factor reumatoid pozitiv și cu factor reumatoid negativ. Astfel, varianta seropozitivă se va considera în prezența: artritei simetrice a articulațiilor mici ale pumnului și tălpii, fatigabilității, febrei, erupțiilor eritematoase nefixate (rash reumatoid), nodulilor reumatoizi și FR pozitiv în minim 3 probe consecutive și persistență cel puțin timp de 1 an. AIJ forma poliarticulară FR negativ are o incidență mai înaltă la sexul masculin, cu cointeresare a articulațiilor mari și mici, deseori – articulația temporomandibulară. Pentru această formă nu este caracteristică apariția nodulilor reumatoizi. FR este negativ la două examinări succesive în primele 3 luni de la debut.

Pentru AIJ poliarticulară sunt tipice apariția în cadrul bolii a unor complicații. Astfel, copiii cu AIJ poliarticulară, în deosebi fețele cu AAN pozitiv, pot dezvolta uveită cronică anterioară. Evoluția cronică a sinovitei induce modificări severe ale funcției articulare: dificultăți progresive de mobilitate, încetinirea creșterii mandibulei cu consecințe orodentale, dezvoltarea microretrognatiei și subnutriției. De asemenea se instalează reducerea diverselor activități uzuale: scrisul, pictatul, mersul, etc [4]. Ținând cont de consecințele AIJ poliarticulare, tratamentul trebuie început cât mai precoce, cu indicarea medicației de fond, deseori combinat [19].

AIJ sistemică este manifestată în 11-20% din cazurile de AIJ. Poate apărea în orice vârstă cu toate că după unele publicații sunt recunoscute două vârfuri ale incidenței, unul sub 6 ani și altul între 11-12 ani, existând cazuri în care boala începe la vârsta de 1 an sau chiar la sugari [11].

Artrita sistemică, la fel ca alte boli sistemice, afectează mai multe organe și sisteme. Această formă poate fi în egală măsură atât la fete cât și băieți. Este caracteristică febra cu o durată de cel puțin 2 săptămâni în asociere cu unul sau mai multe din următoarele semne: rash eritematos nefixat (exantem, nepruriginos), limfadenopatie generalizată, hepatomegalie, splenomegalie, serozite. Serozitele sunt manifestate mai frecvent prin pericardită exsudativă, pleurezie. Sunt descrise și cazuri de encefalite și meningite aseptice [4].

Artralgiile și artrita pot asocia febra. Uneori primele și singurele semne de artrită sunt prezentate de dureri și redoare cervicală. Artrita poate lipsi în primele zile sau săptămâni de la debutul febrei. Totuși pe termen lung afectarea articulară devine o problemă majoră pentru astfel de copii [18].

Uveitele nu sunt caracteristice pentru AIJ sistemică, cu toate că se recomandă consultația oftalmologului o dată pe an [3] și în această formă.

Examenul paraclinic relevă perturbări esențiale ale reactanților de fază acută a inflamației (VSH, PCR, leucocite). VSH atinge uneori cifre de peste 100 mm/h. Anemia deseori prezentă este o anemie din bolile inflamatorii cronice. La fel, poate fi constatată trombocitoza marcată [8].

Evoluția AIJ sistemice se caracterizează prin pusee imprevizibile cu remisiuni de la câteva luni la câțiva ani. La cca jumătate de copii simptomatologia clinică poate dispărea peste un an de la debutul bolii. De remarcat că infecțiile căilor respiratorii superioare ar putea fi un trigger în apariția puseelor [15].

Majoritatea copiilor cu AIJ sistemică necesită un tratament de lungă durată (luni sau ani) având ca scop controlul atât a manifestărilor sistemice cât și a artritei.

Artrita asociată cu entezite sau spondiloartropatiile (entezitele-inflamația la nivelul inserției tendoanelor pe oase) include sindromul SEA (seronegativ entezopatic artropathie), spondilita anchilozantă juvenilă. Clasificația Durban a AIJ nu include în această formă de artrită artritele reactive, inclusiv sindromul Reiter și artrita din boala inflamatorie cronică a intestinului. Totodată, manifestarea spondiloartropatiilor juvenile la adulți se încadrează în formele de spondilopatii seronegative [10].

Copiii cu spondiloartropatii juvenile au semne comune manifestate prin: 1) implicarea coloanei vertebrale, îndeosebi a articulațiilor sacroiliace; 2) afectarea asimetrică a articulațiilor; 3) mai frecvent sunt afectate articulațiile mari: genunchii, gleznele, șoldul în asociere cu dureri iliosacrale; 4) este asociată deseori cu afectarea oculară, manifestată prin uveită anterioară; 5) prezente entezitele; 6) este prezentă expresia HLA B-27. Această formă mai frecvent afectează băieții cu vârsta mai mare de 8 ani. Mulți copii prezintă dureri spontane sau la presiune la locul de inserție a tendonului Achile, la nivelul plantar sau la nivelul inserției tendoanelor cvadricepsului pe rotulă și tuberozității tibiale.

Entitatea cea mai cunoscută este spondilita anchilozantă juvenilă. În aceste cazuri mai frecvent sunt afectate membrele inferioare decât cele superioare. Afectarea scheletului axial poate inițial mult timp absentă. Frecvent boala debutează cu artrita articulațiilor coxofemorale. De obicei, debutează prin durere localizată în jurul șoldului și genunchiului. Maladia evoluează cu lungi perioade de remisiuni. "Coloana de bambus" caracteristică la clișeu radiografic pentru spondiloartrita anchilozantă a adultului este foarte rar întâlnită la copil.

Paraclinic, maladia este caracterizată prin modificarea reactanților de fază acută, FR negativ, AAN negativ și HLA B-27 pozitiv [7].

Stabilirea diagnosticului cert este importantă din considerentele particularităților tratamentului. Deseori AINS sunt eficiente. Corticoterapia locală este preferabilă celei sistemice. Prognosticul precoce este în general favorabil. Pe termen lung pot apărea alterări severe ale coloanei vertebrale și articulațiilor sacroiliace.

Artrita psoriazică prezintă unele dificultăți în diagnostic. Este cunoscut faptul că pentru psoriazis este caracteristică afectarea dermei, în timp ce numai la cca 12%-14% din persoane psoriazisul se asociază cu sindromul articular. Diagnosticul este facilitat de istoricul familial de psoriazis la părinți sau frați, prezența dactilitei (inflamația unui deget la mână sau picior), modificarea patului unghial (onicoliză, unghii punctate) [4, 16].

Artrita în cadrul acestei forme de AIJ este inițial asimetrică, afectează predominant fețițele, interesează marile articulații. Poate debuta cu afectarea concomitentă a genunchilor și unei articulații interfalangiene izolată de la mână sau picior. La băieți uneori se poate manifesta prin sacroileită. Cu timpul afectarea devine poliarticulară. În evoluție poate apărea implicarea oculară la 10-20% din pacienți [12].

Tratamentul acestei forme are unele particularități ce țin de administrarea AINS în doze mari, respectiv este posibilă dezvoltarea ulterioară a toxicității medicamentoase. Corticosteroizii se indică de preferință intraarticular. Preparatul de elecție va fi sulfasalazina care are indicații în artritele periferice și în entezite, în timp ce în formele cu eroziuni, spondilită, sacroileită sau anchiloză eficiența sulfasalazinei nu va fi sigură. Metotrexatul este eficient în ambele forme: articulară și cutanată. Ciclosporina rămâne preparatul de rezervă [17].

Alte artrite includ copiii cu artrite cu persistență de 6 săptămâni de cauză necunoscută și care nu corespund criteriilor descrise mai sus sau întrunesc criteriile pentru mai multe categorii [10]. Este un fel de “gaură” unde sunt incluse artritele clasificarea cărora este dificil de interpretat. Pentru viitor, utilizând metode și tehnici noi de diagnostic unele forme vor fi definitive. În general, stabilirea unor forme de diagnostic de artrite juvenile necesită din partea medicului multă insistență și, uneori, curaj.

Bibliografie

1. AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. SUBCOMMITTEE ON RHEUMATOID ARTHRITIS GUIDELINES. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, february, 2002; vol.46, no.2, p. 328-346, doi 10.1002/art.10148.
2. BARNES, M. G., ARONOW, B. J., LUYRINK, L.K., et al. Gene expression in juvenile arthritis and spondyloarthritis: proangiogenic ELR chemokine genes relate to course of arthritis. *Rheumatology*, 2004, vol. 43, p. 973-979.
3. CASSIDY, J, KIVLIN, J, LINDSLEY, C, NOCTON, J. Ophthalmologic examinations in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics*, 2006, vol.117, p.1843.
4. CASSIDY, JT, PETTY, RE. Juvenile rheumatoid arthritis. In: Textbook of Pediatric Rheumatology, 5 th ed.: Cassidy JT., Petty RE (Eds) W. B. Sanders Company, Philadelphia, 2005, p.206-260.
5. CODREANU, CATALIN, GEORGESCU, LIA, IVAN, DAN., et al. Poliartrita reumatoidă. Ghid de diagnostic și tratament. Comisia de reumatologie, București, 2002.
6. FINK, CW. Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. *Rheumatology*, 1995, vol.22, p.1566.
7. GUIPCAR Group. Clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis. Madrid: Spanish Society of Rheumatology, 2001, 12p.
8. HARVEY, AR, PIPPARD, MJ, ANSELL, BM. Microcytic anemia in juvenile chronic arthritis. *Scand J Rheumatol*, 1987, vol.16, p.53.
9. HEILIGENHAUS, A., MINGELS, A., NEUDORF, U., GANSER G. Juvenile idiopathic arthritis and uveitis: screening and anti-inflammatory therapy. *Klin Monatsbl Augenheilkd.*, 2003, vol.220, no.11, p.738-753.
10. HOFER, MF, MOUY, R, PRIEUR, AM. Juvenile idiopathic arthritides evaluated prospectively in a single center according to the Durban criteria. *J Rheumatol*, 2001, vol.28, p.1083.
11. HOFER, MICHAEL, SAURENMANN, T., OZEN, SEZA, et. al. Pediatric rheumatology european society clinical guidelines: systemic arthritis. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 2004, vol.9, no.24, p.1-10.
12. IAGĂRU, Nicolae. Reumatologie pediatrică. București: Amaltea, 2004, 315p.
13. KOTANIEMI, K., ARKELA-KAUFIAINEN, M., HAAPASAARI, I, et al. Uveitis in young adults with juvenile idiopathic arthritis: a clinical evaluation of 123 patients. *Ann Rheum Dis*, 2005, vol.64, p.871-874.

14. PETTY, RE, SOUTHWOOD, TR, BAUM, J, et.al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol*, 1998, vol.25, p.1991.
15. PACKHAM, J. C., HALL, M. A. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors for mood and pain. *Rheumatology*, 2002, vol. 41, p. 1444-1449.
16. STOLL, MATTHEW L., ZURAKOWSKI, DAVID, NIGROVIC, LISE E, et al. Patients with juvenile psoriatic arthritis comprise two distinct populations. *Arthritis & Rheumatism*, 2006, vol.54, no.11, p.3564-3573.
17. ȘUȚA, MARIA, PEȘTE, ANA-MARIA, COVALEOV, ANATOLII, ȘUȚA, R. Controverse asupra corticoterapiei sistemice în poliartrita reumatoidă. *Revista de reumatologie*, 2003, vol.XI, no.1-2, p. 36-42.
18. SPIEGEL, LR, SCHNEIDER, R., LANG, BA, et al. Early predictors of poor functional outcome in systemic-onset juvenile rheumatoid arthritis; a multicenter cohort study. *Arthritis Rheum*, 2000, vol.43, p.2402.
19. RUPERTO, N, MURRAY, KJ, GERLONI, V., et.al. A randomized trial of parenteral methotrexate comparing a intermediate dose with a higher dose in children with juvenile idiopathic arthritis who failed to respond standard doses of methotrexate. *Arthritis Rheum*, 2004, vol.50, p.2191.
20. ПЛОСКИ РАФАЛ. Иммуногенетический полиморфизм и патогенетические механизмы у больных ювенильным хроническим артритом. *Детская ревматология*, 1997, no.36, стр.36-44.

FACTORII DE RISC PRE- ȘI POSTNATALI ÎN HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ESENȚIALĂ LA COPII

Marcu Rudi, Lucia Pîrțu

Catedra de pediatrie Nr.1 USMF „Nicolae Tesemițanu”

IMSP ICȘOSM ȘI C

Summary

The pre- and postnatal risk factors for essential arterial hypertension in children

The etiology of arterial hypertension in children can not be explained just with risk factors associate to adults: early deaths, obesity, sedentary lifestyle and smoking. The origin of arterial hypertension in childhood is related with pre- and/or postnatal risk factors, as following: the measurements of arterial hypertension during pregnancy, gestation age in birth time, birth weight, *duration of* breastfeeding, rapid weight gain in infancy.

Rezumat

Etiologia hipertensiunii arteriale la copii nu poate fi explicată doar prin factorii de risc incriminați adulților: decese la vârsta tânără, obezitate, sedentarism și fumatul. Debutul precoce al hipertensiunii arteriale depinde de factorii de risc pre- și/sau postnatali (valorile tensiunii arteriale la mamă în timpul sarcinei, vârsta de gestație la momentul nașterii, greutatea la naștere, durata lactației naturale, greutatea corporală în primii ani de viață etc..

Introducere

În etiologia hipertensiunii arteriale (HTA) esențiale sunt incriminați factorii de risc fizici, metabolici și comportamentali. Factorii de risc își încep acțiunea în perioada copilăriei, cu efect întârziat în viața adultă.

Există factori majori de risc pentru apariția acestei boli, implicați și în severitatea prognostică a maladiei hipertensive: obezitatea, stresul, aportul alimentar crescut de sare,