



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Artrita postinfecțioasă la copii

Protocol clinic național

PCN-267

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.940 din 30.11.2016
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „ Artrita postinfecțioasă
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”
<i>Silvia Foca</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	6
A.9. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (reumatolog)	8
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	9
C. 1. ALGORITMI DE CONDUCERE	11
C. 1. Algoritmul de diagnostic al artropatiei inflamatorii	11
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	12
C.2.1 Clasificarea artritei postinfecțioase la copii	12
C.2.2. Factorii cauzali ai artritelor postinfecțioase la copii	12
C.2.3 Conduita pacientului cu artrită postinfecțioasă	12
C.2.3.1. Anamneza	12
C.2.3.2. Examenul fizic	13
C.2.3.3. Artrita postvirală	14
C.2.3.4 Artrita din cadrul bolii Lyme	15
C.2.3.5 Investigații paracinice	16
C.2.4 Diagnosticul	20
C.2.4.1. Diagnostic pozitiv	20
C.2.4.2. Diagnosticul diferențial	20
C.2.5. Criteriile de spitalizare a copiilor cu artrită postinfecțioasă	20
C.2.6. Tratamentul	21
C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al artritei postinfecțioase	21
C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al artritei postinfecțioase	22
C.2.7. Pronostic evolutiv	22
C.2.8. Supravegherea pacienților cu artrită postinfecțioasă	22
C.2.9. Complicațiile artritei postinfecțioase	23
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	24
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	24
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	24
D.3 Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția Reumatologie pentru copii a IMSP IMȘIC	25
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	26
ANEXA 1. Formularul de consultație și evidență a copilului cu ARe la pediatru reumatolog	27
ANEXA 2. Ghid pentru părinți	30
Fișa standartizată de audit	32
BIBLIOGRAFIE	33

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	Aspartataminotransferaza
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 Ebstein 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
MCF	Articulațiile metacarpofalangiene
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 postinfecțioasă la copil.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrită postinfecțioasă bacteriană, virală, sau parazitară

Exemplu de formulare a diagnosticului:

Artrită postinfecțioasă, de etiologie virală-Parvovirus B19, cu afectarea articulației genunchiului drept, evoluție acută, gradul II de activitate, stadiul radiologic II, IFA I;

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M01.1 Artrita tuberculoasă

M01.2 Artrita din cadrul bolii Lyme

M01.3 Artrita postinfecțioasă în alte boli

M01.5 Artrita în alte boli virale clasificate altundeva

M01.6 Artrita în micoze

M01.8 Artrita în alte boli infecțioase și parazitare clasificate altundeva

M03.0 Artrita postmeningococică

M03.2 Alte artropatii postinfecțioase în boli clasificate altundeva

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 artrită postinfecțioasă.
2. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a copiilor cu artrită postinfecțioasă.
3. Îmbunătățirea calității tratamentului copiilor cu artrită postinfecțioasă.
4. Creșterea numărului de copii cu artrită postinfecțioasă supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național .


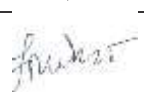


A.5. Data elaborării protocolului: 2016



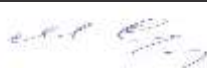

A.6. Data următoarei revizuirii: 2018

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 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”
Silvia Foca	Medic reumatolog pediatru, IMSP IM și C, 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 postinfecțioase sunt artrite bacteriene, virale cauzate de o infecție bacteriană/virală cu posibilă afectare a oricărei articulații. Spre deosebire de artrita reactivă, care la fel este o artrită postinfecțioasă, la acest grup de boli nu există asocierea cu HLA B27.

Artrita tuberculoasă este o artrită subacută sau uneori cronică secundară infecției cu *Mycobacterium tuberculosis*.

Artrita în boala Lyme este o infecție cu spirocheta *Borrelia burgdorferi*, transmisă de căpușe, cu manifestări acute și cronice cu afectarea tegumentelor, cordului, articulațiilor și sistemului nervos central.

Infecțiile virale sunt recunoscute ca fiind o cauză a artralgiilor, artritei. Diagnosticul de artrită virală este complicat de stabilit, de aceea trebuie luat în considerare la orice pacient cu debut poliarticular al artritei.

Artritele virale sunt artrite acute sau artropatii persistente asociate cu diferite infecții virale (rubeolă, parvovirus uman B19, hepatita B și C, virus Epstein-Barr, varicela, virusul urlian, coxsackie B, herpes simplex tip I, citomegalovirus, virusul leucemiei umane cu limfocite T tip I).

A.9. Informația epidemiologică

Frecvența – pe plan internațional incidența artritei postinfecțioase virale este stabilită a fi la 1% din pacienții cu artrită acută [8,9].

Artrita Lyme este limitată doar în emisfera nordică, în zonele temperate- în Europa centrală, America de Nord, rar întâlnită în Asia. În SUA sunt înregistrate anual 300000 cazuri noi de boala Lyme. Boala Lyme are o distribuție bimodală înregistrându-se două picuri: la 5-9 ani și 55-59 ani. La copii mai frecvent sunt afectați copiii de vârstă mare, rar copiii sub 4 ani suferă de această boală. Afectează în mod egal atât fetele cât și băieții.

Artrita cu HBV prezintă o incidență de 5% în copilărie.

Copii sunt mai susceptibili la infecții cu parvovirus B19 decât adulții, deși artrita apare rar la copii (10%). Până la 60% dintre adulți au evidența serologică de infecții cu parvovirus în antecedente.

Mortalitatea/Morbiditatea – Artrita postinfecțioasă are o evoluție auto-limitată, și de obicei are o evoluție favorabilă. În cazul persistenței, cronicizării procesului se va reconsidera diagnosticul.

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 Artrită postinfecțioasă.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneză (<i>casele 1,2,3,4</i>) Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>casele 5,7 anexa1</i>);
1.2. Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Evaluarea criteriilor de spitalizare pentru pacientul cu Artrită postinfecțioasă (<i>caseta 11</i>)
2. Tratament		
2.1. Tratamentul		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (<i>caseta 14</i>). Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 16</i>).
3. Supravegherea		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Supravegherea în baza programului elaborat de pediatru reumatolog.
6. Recuperarea		Obligatoriu: <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 Artrită posinfecțioasă	Diagnosticul precoce și tratamentul administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament specific poate minimaliza durata bolii și apariția complicațiilor.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneză (<i>casele 3,4</i>) Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>casele 5,7 anexa 1</i>); Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (<i>caseta 8,9</i>), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (<i>caseta 10</i>); Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: infecționist, ORL-ist, dermatolog etc.

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, menținerea al abilităților funcționale articulare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (<i>caseta 13</i>)[după verificare în secțiile specializate reumatologie pediatrică]; • AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (<i>caseta 14</i>); • Glucocorticoستيروizi – doar în cazurile excepționale cu contraindicații la AINS, în doze minimale pe o scurt durată de timp (<i>caseta 15</i>); • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 16</i>).
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea	Supravegherea tratamentului antibacterian, antiviral specific, AINS – eficacitatea, reacțiile adverse. Este important pentru aprecierea funcției articulare	<ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului antibacterian ; • Controlul eficacității tratamentului cu AINS

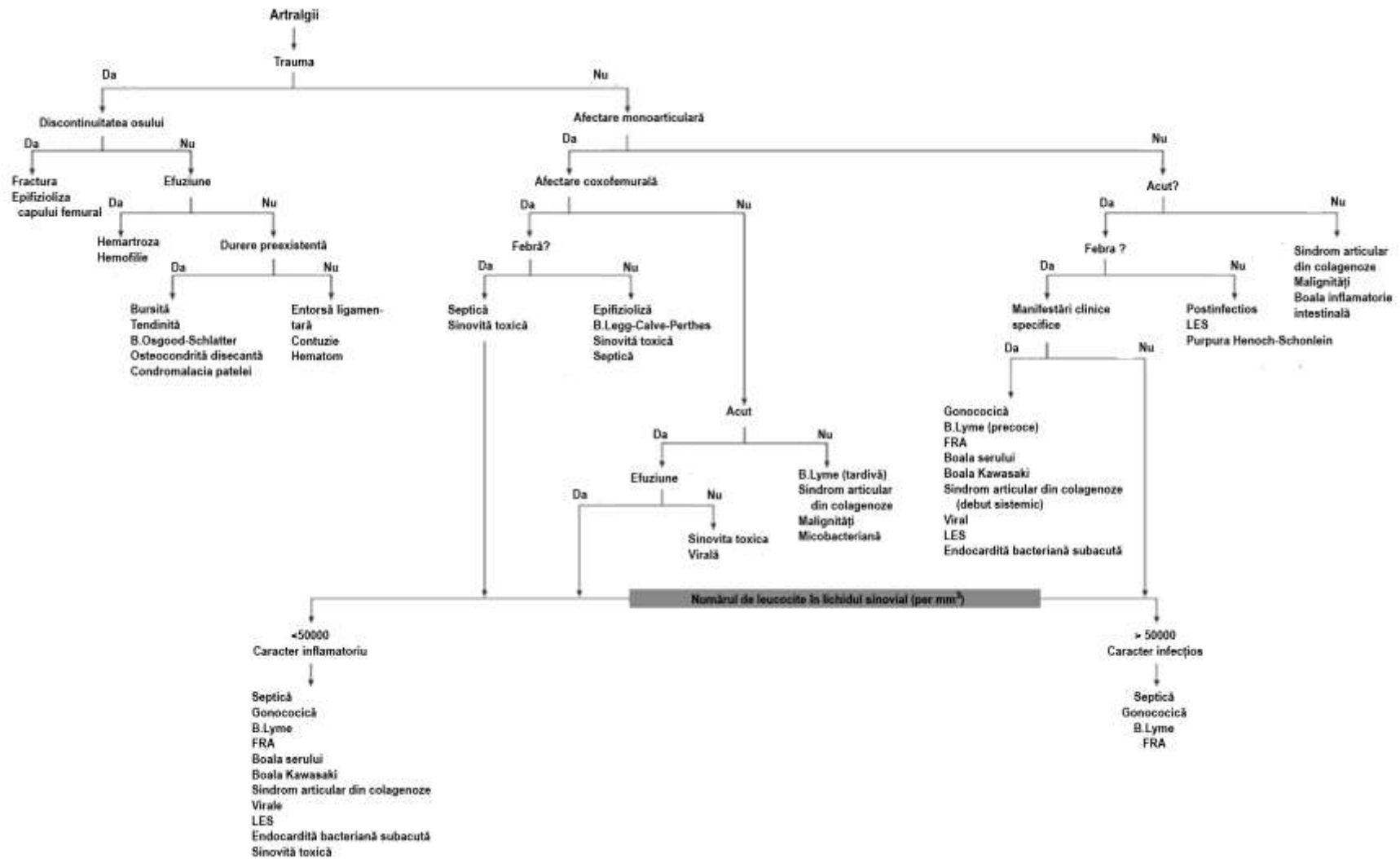
B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare		
1. Spitalizare	Diagnosticul precoce și tratamentul administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament specific poate minimaliza durata bolii și apariția complicațiilor.	<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 Artrită postinfecțioasă și evaluarea posibilelor atingeri viscerale	Diagnosticul precoce al artritei postinfecțioase și tratamentul administrat din start, va minimaliza durata bolii și va micșora numărul copiilor cu dizabilități articulare stabile.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>casetele 3,4</i>) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>casetele 5,7 anexa 1</i>); • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (<i>casetele 8,9</i>), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (<i>casetele 10,17,18</i>); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: infecționist,

		ORL-ist , dermatolog, neurolog etc.
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 (<i>caseta 12</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (<i>caseta 13</i>); • AINS (<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile cu contraindicații la AINS, în doze minimale pe o scurt durată de timp (<i>caseta 15</i>).; • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 16</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.

ALGORITM DE CONDUITĂ

C. 1 Algoritmul de diagnostic al artropatiei inflamatorii [7]



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea artritelor postinfecțioase la copii [4,10]

Caseta 1. Artritele postinfecțioase sunt:

- Artrita poststreptococică-subiectul PCN Artrita reactivă la copii.
- Artrita septică- subiectul protocolului separat
- Artrita tuberculoasă- subiectul protocolului separat
- Artrita din boala Lyme;
- Artritele virale.

C.2.2. Factorii cauzali ai ARe și artritelor postinfecțioase la copii [10]

Caseta 2. Factorii etiologici ai artritelor postinfecțioase la copii

➤ Virusuri aritrogene :

Rubella	Coxsackie virus B
Parvovirus B19	Togavirușii
Hepatita B	Rubivirușii
Hepadnavirus	Ross River
Adenovirușii	Chikungunya
Adenovirus 7	O`nyong- nyong
Herpes virușii	Mayaro
Herpes simplex	Sindbis
Citomegalovirușii	Ockelbo
Ebstein Barr	Pogosta
Varicella-zoster	Orthopoxviruses
Paramixovirușii	Variola virus
Oreion	Alphavirușii
Enterovirușii	Vaccinia virus
Echovirușii	
Influenza B	

➤ Micobacterium tuberculosis

➤ Spirocheta Borrelia burgdorferi

C.2.3. Conduita pacientului cu artrită postinfecțioasă [15]

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu artrită postinfecțioasă:

1. Stabilirea diagnosticului precoce de artrită postinfecțioasă;
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 [1-5,13,14,15]

Caseta 4. Recomandări în colectarea anamnesticalului

- Evidențierea factorilor infecțioși (infecții respiratorii virale, prezența focarului de TBC ș.a.);
- Anamneza epidemiologică: migrație, expunerea la căpușe etc.
- Debutul bolii (acut <6 luni; trenant 6-12 luni, cronic >12 luni);
- Simptomele de afectare articulară și a coloanei vertebrale;
- Simptomele de afectare sistemică ca manifestare a gradului procesului inflamator;
- Tratament anterior.

Istoricul bolii – Artrita postinfecțioasă se dezvoltă într-un interval de câteva zile pînă la câteva săptămîni (de obicei la 2-4 săptămîni). Artritele septice sunt rezultatul diseminării hematogene bacteriene în rezultatul traumatismului sau prin contiguitate. Artritele tuberculoase au debut insidios cu afectarea

preferențială a articulațiilor mari. La 10% din pacienți boala nu este precedată de o infecție simptomatică. Artritele virale pot fi asimptomatice, dar de obicei debutează cu simptome catarale, limfadenopatie și caracterul afectării este poliarticular. Debutul artritelor postinfecțioase poate fi acut sau lent și se caracterizează prin alterarea stării generale, fatigabilitate și febră/subfebrilitate.

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

Caseta 5. Regulele examenului fizic în artritele postinfecțioase

- *Determinarea stării generale;*
 - febra sau subfebrilitate periodică, cu valorile în mediu sub 39°C;
- *Prezentarea clinică a infecțiilor virale (debutul):*
 - Ebstein Barr virus- faringită, limfadenopatie cervicală, febră.
 - Adenovirusii și enterovirusii: infecții respiratorii, gastrointestinale, conjunctivite
 - Parvovirus B19: exantem virala copii mici, la cei mari artralgie/artrita
 - Virusul hepatic A: simptome catarale, urmate de icter
 - Virusul hepatic B: stare de rău general, rash, icter
 - Virusul hepatic C: stare de rău general, icter
 - Oreion: parotidită, limfadenopatie
 - Rubeola: rash maculopapular, mialgii, febră
- *Evidențierea semnelor clinice osteo-articulare ale artritelor postinfecțioase:*
 - Cel mai frecvent va fi afectare poliarticulară în majoritatea infecțiilor virale, oligoarticulară (parvovirus B19), cu caracter non-eroziv; artrita cronică, tenosinovită, sindrom de canal carpian, debut de sindrom Raynaud, trombocitopenie asociată - infecții cu unii alți viruși (chikungunya, etc)
 - 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.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare a pielii, mucoaselor și unghiilor:*
 - Exantem facial (fața copilului palmei) –Parvovirus B19
 - Eritem migrator- boala Lyme
 - Rash
 - Icter etc.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare oculară:*
 - conjunctivita;
 - uveite acute;
 - episclerite.
- *Evidențierea semnelor clinice de infecție entero-colitică:*
 - crize diareice și colică abdominală persistentă sau alternantă;
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare renală:*
 - Afectare din cadrul unei boli infecțioase cronice- subiectul protocoalelor separate
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare cardiovasculară:*
 - tulburări de conducere prin nodul AV;
 - aortită și regurgitație aortică;
 - miocardită.
- *Determinarea stadiilor de evoluție în artrita din boala Lyme:*
 - Stadiul I (3 zile – 4 săptămâni după infecție) – eritem cronic migrator cu diametru de 20 cm durată de 1 lună asociat cu artralgie și mialgii;
 - Stadiul II (săptămâni până la luni după infecție) – mialgii, artralgie, dureri osoase, uveita, manifestări neurologice și cardiace;
 - Stadiul III (5 luni după debut) – artrita pauciarticulară, sechele neurologice cronice.

C.2.3.3 Artrita postvirală: diagnosticul diferențial [6].

Caseta 6. Diagnosticul diferențial al artritelor postvirale					
Virusul	Frecvența artritei	Manifestări clinice caracteristice	Probabilitatea manifestării artritei	Durata artritei	Comentarii
EBV	Foarte mic	Faringita, limfadenopatie cervicală, febră	Foarte mic	Zile	Mialgii asociate cu infecții acute
Virusurile herpetice	Foarte mic	CMV – mononucleoza infecțioasă VZV – varicela/Zona Zoster Afectarea HSV a mucoasei	Foarte mic	N/A	Rar asociată cu artrita
Adenovirus și enterovirus	Foarte mic	Infecții ale căilor respiratorii superioare, simptome gastrointestinale, conjunctivită	Foarte mic	N/A	
Parvovirus B19	Înalt	Exantem viral la copii Artrita/artralgii la adulți, precedată de sindrom febril	înalt	Zile/ luni	Diagnosticul se confirmă prin dozajul seric al anticorpilor IgM și IgG
Hepatita A	Minimă	Sindrom pseudogripal urmat de icter	Minimă	Zile	Artralgia mai frecventă decât artrita pronunțată
Hepatita B	Moderată	Senzație de disconfort general, rash, icter	Moderată	Zile/ săptămâni	Artrita este fulminantă la debut, iar în distribuția artritelor reactive precedează faza icterică
Hepatita C	Moderat	Senzație de disconfort general, icter	Moderat	Săptămâni, luni la pacienții cronici	Artralgie cronică (20%); Artrita veritabilă (2-5%)
HIV	Minim	Maladia infecțioasă acută pseudo-mononucleozică la unii pacienți cu seroconversie	Minim		Artrita, artralgia cu infecție acută. Incidența mărită în multe maladii reumatice în infecția cronică
RRV (Ross River virus)	Foarte înalt	Artralgia, mialgia, rash, febră	Foarte înalt	Săptămâni - luni	Diagnostic confirmat prin seroconversie. Rar poate fi asociată cu artrita prelungită.

Oreion	Foarte scăzut	Parotidită cu limfadenopatie	Foarte scăzut	Săptămâni.	
Rubeola	Înalt	Rash pronunțat maculopapular, neexprimat la nivelul palmelor și tălpilor	Înalt	Săptămâni.	poate

C.2.3.4. Artrita din cadrul bolii Lyme [4]:

Etiologia. Borrelia burgdorferi, vectori transmitători căpușele, cu o sezonabilitate de afectare aprilie-septembrie. Pacienții cu HLA-DR4, HLA-DR2 asociat au un risc înalt de dezvoltare a unei artropatii erozive cronice.

Caseta 7. Manifestări clinice cardinale/ tratament antibacterian:		
Stadiul I (3-4 zile după infecție):	Eritemul migrator, artralgi, mialgi, faringită, cefalee, stare de rău general, limfadenopatie.	Antibiotice orale pentru 3 săptămâni: doxyciclina, sau amoxicilina, sau cefuroxim, sau pentru 1 săptămână: claritromicina, sau azitromicina (caseta 13)
Stadiul II (săptămâni- luni după infecție):	SNC- meningoencefalită, neuropatie craniană; irită, uveită; radiculoneurită; cardiac: blocuri A-V, miopericardite, artralgi	Activitate ușoară a bolii: doxyciclin, sau amoxicilina pentru 3 săptămâni, moderată sau severă antibioterapie i/v de 2 săptămâni sau 3 săptămâni (în cazul prezenței meningitei) cu ceftriaxon, sau cefotaxim, sau penicilina G în dozele corespunzătoare (caseta 13)
Stadiul III (>5 luni de la debutul bolii):	afectarea SNC difuz (encefalită demielinizantă etc), oligoartrită, acrodermită cronică trofică.	Doxiciclina timp de 4 săptămâni, sau ceftriaxon 2 săptămâni.

C.2.3.5. Investigații paraclinice [2,5,7,11,13,14]

Caseta 8. 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, bacteriologia lichidului sinovial), 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;

Infecțiile virale:

- -pentru parvovirusul B19 se dozează hemoglobina, neutrofilele, limfocitele, anticorpii IgM și IgG, AND-ul B-19 și o serie de anticorpi specifici (anti-AND, antinucleari, anticardiolipina);
- pentru virusul hepatic A se dozează transaminazele și bilirubina, precum și IgM;
- pentru virusul hepatic B: transaminaze, bilirubina, IgM, antigen de suprafață;
- pentru virusul hepatic C: transaminaze, bilirubina, anticorpi anti VHC, crioglobulina, factorul reumatoid;
- pentru virusul rubeolic: IgM, IgG, izolarea virusului din sânge sau lichid articular.

Caseta 9 – 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, bacteriologia lichidului sinovial etc)				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		Apreciază modificările structurale osoase și		O	O

afectate și articulațiilor sacro-iliace cu aprecierea stadiului radiologic	caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii			
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, infecționist, oftalmolog, nefrolog, dermatovenerolog, gastro-enterolog, etc	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 :

- anamneza detaliată (epidemiologic contact cu una dintre infecții)
- examenul clinic obiectiv care de obicei este predominant de simptome catarale, limfadenopatie investigațiile de laborator și instrumentale
- excluderea altor patologii cronice (diagnosticul diferențial),
- caracterul autolimitat cu evoluție favorabilă chiar și în absența tratamentului (artritele virale).

C.2.4.2. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Efectuarea diagnosticului diferențial

În dependență de prezentarea clinică este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu următoarele maladii:

- Febra reumatismală acută – mono-, sau oligoartrita reumatismală.
- Artrita reactivă
- Artrita juvenilă idiopatică (toate variantele evolutive).
- Eritem polimorf.

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 Artrită postinfecțioasă [7-13]

Caseta 11. Criteriile de spitalizare a pacienților cu Artrită postinfecțioasă

- De obicei, artritele postvirale au un caracter autolimitat cu evoluție favorabilă și sunt de obicei tratate la locul de trai.
- Adresare repetată cu semne clinice de recădere a bolii (reapariția artritelor, sinovitei, febrei, apariția semnelor de implicare sistemică, non-responder la tratament AINS, necesitatea reevaluării diagnosticului);
- Apariția semnelor complicațiilor în Artrită postinfecțioasă (semne ale afectării cardiace, renale, agravarea bolii infecțioase de bază etc);
- 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 în Artrita postinfecțioasă

- 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 vizerul sistemului gastro-intestinal sau și excluderea condimentelor.
- Tratamentul medicamentos:
 - Preparate antibacteriene în cazul certificării prezenței unei infecții bacteriene
 - Preparate AINS;
 - Glucocorticosteroizi, în doze mici pentru administrare sistemică de scurtă durată (doar în cazul contraindicațiilor preparatelor AINS);
 - Tratament local (sau aplicații locale de dimetilsulfoxid și unguente de preparate AINS);
 - Tratamentul afectărilor tegumentare și oculare (coordonat cu dermatologul și oftalmologul);
 - Tratament de reabilitare.

C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al Artritei postinfecțioase:

Caseta 13. Tratamentul medicamentos al artritei postinfecțioase cu preparate antibacteriene

Tratamentul antibacterian este util când infecția este documentată.

Se pot utiliza următoarele grupe de preparate:

- Grupul penicilinelor semisintetice:
 - *Amoxicillinum* 25-50mg/kg/zi în 3 prize, 10 zile
 - *Amoxicillinum/acidum clavulanicum* 20-40 mg/kg/zi în 2 prize, 10 zile
- Grupul macrolidelor:
 - *Clarithromycinum* – 15mg/kg/zi – 10-14 zile
 - *Azithromycinum* – 10mg/kg/zi timp de 7 zile

Boala Lyme: (mg/doză)

Doxiciclina 100 mg per os de 2 ori/zi (copii ,mai mari de 8 ani)

Amoxicilina 500 sau 17 mg/kg per os de 3 ori/zi (copii <8 ani și gravide)

Cefuroxim axetil 500 mg sau 15 mg/kg per os de 2 ori/zi

Eritromicină 500 mg sau 12.5 mg/kg per os , o priză (mai puțin efektiv)

Azitromicină 500 mg sau 10 mg/kg o priză (mai puțin efektiv)

Claritromicina 500 mg sau 7.5 mg/kg de 2 ori/zi, (mai puțin efektiv)

Penicilina G 4 milioane unități sau 50,000 unități/kg i/v, la fiecare 4 ore

Ceftriaxon sodium 2 g sau 50–75 mg/kg i/v o priză

Cefotaxim sodium 6 g sau 50 mg/kg i/v la fiecare 8 h

Eritemul migrator

Doxiciclina, amoxicilina, cefuroxim axetil, eritromicina, azitromicina sau claritromicina per os pentru 14–21 zile (7 zile azitromicina)

Artrita Lyme:

Doxiciclina sau amoxicilina per os pentru 21–28 zile

În absența răspunsului clinic : ceftriaxon sodium sau Penicilina G i/v pentru 30 zile

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al artritei postinfecțioase 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, 2012AINS: 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 Artritei postinfecțioase cu preparate glucocorticoستيروizi

Glucocorticoستيروizii sistemici se administrează în special la pacienții ce prezintă contraindicații AINS sau care prezintă reacții adverse către AINS, în prezența semnelor obiective de inflamație. Durata tratamentului nu va depăși 10-14 zile.

Pot fi folosite:

- *Prednisolonum* max 10 mg/zi per os

C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al artritei postinfecțioase:

Caseta 16. 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 [6]

Caseta 17. Prognosticul artritelor postinfecțioase virale, artita Lyme este favorabil, cu caracter autolimitat și evoluție spre rezolvarea procesului inflamator articular până la 6 săptămâni. În cazul prelungirii duratei artritei, semne de cronicizare a procesului se va reconsidera diagnosticul.

C.2.8. Supravegherea pacienților cu artrită postinfecțioasă [7,13,14,16]

Caseta 18. Supravegherea copiilor cu artrită postinfecțioasă

- 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;

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu Artrită postinfecțioasă de către pediatru reumatolog:

- Controlul eficacității tratamentului la 14 și 28 zile după externare;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, 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 artritei postinfecțioase [7,13,14]

Caseta 19. Complicațiile artritei postinfecțioase

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

Caseta 20. Complicațiile cele mai frecvente în urma tratamentului Artritei postinfecțioase

- Afectarea tractului gastro-intestinal: sindromul dispeptic, gastrită, duodenită, boala ulceroasă, colită pseudomembranoasă, disbacterioza intestinală;
- Rezistența bacteriană;
- Reacții alergice;

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

D.1. Instituțiile de AMP	Personal:
	Aparataj, utilaj:
	Medicamente [casetele 13-15]:
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	Personal:
	Aparataj, utilaj:
	Medicamente [casetele 13-15]:
D.3. Secția de reumatologie pediatrică a IMSP IM și C	Personal:
	Aparataj, utilaj:

- 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.

Medicamente[casetele 13-15]:

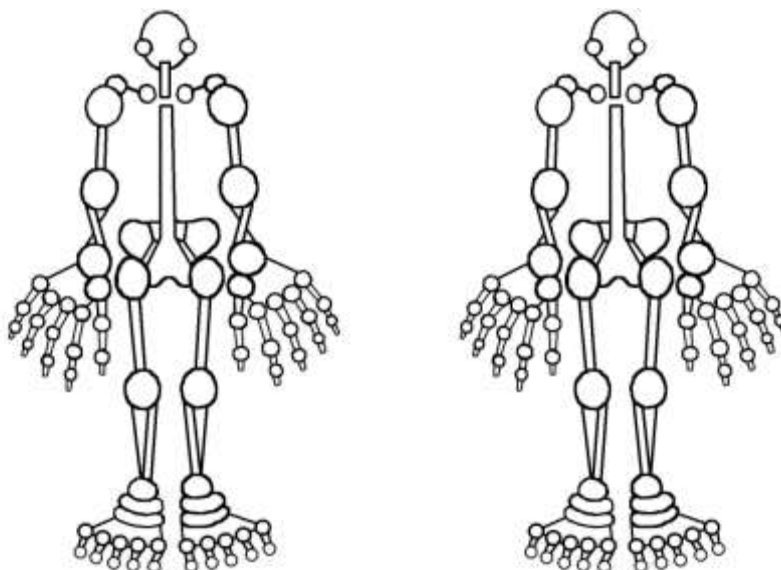
- Antibiotice;
- AINS;
- Glucocorticosteroizi;

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 Artrită postinfecțioasă	Proporția copiilor cu diagnosticul Artrită postinfecțioasă, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii	Numărul copiilor cu diagnosticul de Artrită postinfecțioasă, 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 Artrită postinfecțioasă care se află la supravegherea pediatrului reumatolog
2.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a copiilor cu Artrită postinfecțioasă	Proporția copiilor cu diagnosticul Artrită postinfecțioasă, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrită postinfecțioasă la copii”	Numărul copiilor cu diagnosticul de Artrită postinfecțioasă, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrită postinfecțioasă la copii” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de Artrită postinfecțioasă care se află la supravegherea pediatrului reumatolog
3.	Îmbunătățirea calității tratamentului copiilor cu Artrită postinfecțioasă	Proporția copiilor cu diagnosticul Artrită postinfecțioasă, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrită postinfecțioasă la copii”	Numărul copiilor cu diagnosticul Artrită postinfecțioasă, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrită postinfecțioasă la copii” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de Artrită postinfecțioasă care se află la supravegherea pediatrului reumatolog
4.	Creșterea numărului de copii cu Artrită postinfecțioasă supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național	Proporția copiilor cu diagnosticul de ARE, care au fost supravegheați conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrită postinfecțioasă la copii”	Numărul copiilor cu diagnosticul Artrită postinfecțioasă, care au fost supravegheați conform recomandărilor „Protocolului clinic național Artrită postinfecțioasă la copii” pe parcursul unui an X 100	Numărul total de copii cu diagnosticul de Artrită postinfecțioasă care se află la supravegherea pediatrului reumatolog

ANEXA 1. FORMULARUL DE CONSULTAȚIE ȘI EVIDENȚĂ A COPILULUI CU ARTRITĂ POSTINFECTIOASĂ 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		dureroase	

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.)

	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 [12,15] CE ESTE ATRITA POSTINFECȚOASĂ? CE ESTE ARTRITA LYME?

Ce este această boală? Artrita Lyme este una dintre bolile cauzate de bacteria *Borrelia burgdorferi* (Lyme Borreliosis) care este transmisă prin înțepătura căpușelor dure, inclusiv *Ixodes ricinus*. Deși pielea, sistemul nervos central, inima, ochii și alte organe pot fi și ele ținta infecției cu *Borrelia burgdorferi*, în majoritatea cazurilor articulațiile sunt singura țintă a artritei Lyme. Cu toate acestea, poate exista un istoric de afectare a pielii, sub forma eritemului migrator (o erupție roșietică care se extinde de la locul unde s-a produs mușcătura de căpușă).

Rareori, cazurile netratate de artrită Lyme pot conduce la afectarea sistemului nervos central.

Cât este de frecventă? Doar o proporție mică dintre copiii cu artrită suferă de artrită Lyme. Cu toate acestea, artrita Lyme este, probabil, cea mai frecventă artrită care apare după o infecție bacteriană la copiii și adolescenții din Europa. Rareori apare înaintea vârstei de 4 ani, afectând în principal copiii de vârstă școlară. Boala apare în toate zonele din Europa, dar este mai frecventă în Europa Centrală și în sudul Peninsulei Scandinave, pe țărmul Mării Baltice. Deși transmisia depinde de mușcătura de căpușe infectate, care sunt active din aprilie până în octombrie (în funcție de temperatura mediului și umiditate), artrita Lyme poate debuta în orice moment în cursul anului, datorită intervalului lung de timp scurs între momentul mușcăturii de căpușă și apariția tumefierii articulare.

Care sunt cauzele bolii? Cauza bolii este bacteria *Borrelia burgdorferi*, transmisă prin mușcătura de căpușă *Ixodes ricinus*. Cele mai multe căpușe nu sunt infectate și, prin urmare, majoritatea mușcăturilor de căpușă nu vor provoca infecția. Majoritatea infecțiilor, chiar dacă se manifestă cu eritem migrator, nu progresează spre etapele ulterioare ale bolii care includ și artrita Lyme. Această situație se întâlnește mai ales dacă în stadiile incipiente, incluzând eritemul migrator, pacienții au fost tratați cu antibiotice. Astfel, chiar dacă borelioza Lyme (sub formă de eritem migrator) poate apare anual la circa 1 din 1000 copii, apariția artritei Lyme, (manifestarea tardivă a bolii), este un eveniment rar.

Este o boală moștenită? Artrita Lyme este o boală infecțioasă și nu este moștenită. Artrita Lyme rezistentă la tratamentul cu antibiotice a fost asociată cu anumiți markeri genetici dar mecanismele exacte ale acestei predispoziții nu sunt cunoscute.

De ce are copilul meu această boală? Boala poate fi prevenită? În zonele din Europa unde trăiesc căpușele, este dificilă prevenirea mușcăturii de căpușă. Cu toate acestea, în cele mai multe cazuri căpușa nu va transmite organismul cauzal al infecției, *Borrelia burgdorferi*, imediat după mușcătură, ci doar după câteva ore sau chiar după o zi, când bacteria ajunge în glandele salivare ale căpușei și este eliminată prin salivă în organismul gazdă (de ex. corpul uman). Căpușele se fixează pe organismul gazdă pentru 3-5 zile și se hrănesc cu sângele acestuia. Când copiii sunt controlați în fiecare seară, în timpul verii, și eventualele căpușe descoperite sunt îndepărate imediat, transmiterea *Borrelia burgdorferi* este foarte puțin probabilă. Tratamentul preventiv cu antibiotice după o mușcătură de căpușă nu este recomandat. Totuși, atunci când se produce manifestarea timpurie a eritemului migrator, acesta ar trebui să fie tratat cu antibiotice. Acest tratament va opri proliferarea în continuare a bacteriei și va preveni artrita Lyme. În SUA a fost realizat un vaccin împotriva unei singure tulpini de *Borrelia burgdorferi*, dar acesta a fost retras de pe piață din motive economice. Acest vaccin nu este util în Europa, din cauza faptului că aici sunt răspândite alte tulpini de *Borrelia burgdorferi*.

Este o boală contagioasă? Deși este o boală infecțioasă, infecția cu *Borrelia burgdorferi* nu este contagioasă (nu se poate transmite de la o persoană la alta), pentru că bacteria trebuie transportată de căpușă.

Care sunt principalele simptome? Principalele simptome ale artritei Lyme sunt tumefierea (umflarea) articulațiilor cu efuziune (creșterea volumului de lichid intraarticular) și limitare a mișcării la nivelul articulațiilor afectate. Adesea, în ciuda tumefierii impresionante, articulația nu este dureroasă sau este puțin dureroasă. Articulația cel mai frecvent afectată este genunchiul, însă și alte articulații mari și chiar mici pot fi afectate de boală. Rareori se întâmplă ca genunchiul să nu fie deloc afectat (2/3 dintre cazuri prezintă monoartrită a articulației genunchiului). Peste 95% dintre cazuri prezintă artrită oligoarticulară (maxim 4 articulații afectate), adesea articulația

genunchiului rămânând singura afectată pe termen lung. Artrita Lyme apare sub forma unei artrite episodice în 2/3 dintre cazuri (de exemplu, artrita dispare de la sine după câteva zile sau câteva săptămâni și, după un interval fără simptome, reapare la aceleași articulații).

Frecvența și durata episoadelor de inflamație articulară scade, în general, cu timpul, dar se poate și amplifica, ajungându-se la cronicizarea artritei. Există și cazuri rare cu artrită de lungă durată de la debutul bolii (durata artritei de 3 luni sau mai mult).

Boala evoluează la fel la toți copiii? Nu. Boala poate fi acută (cu un singur episod de artrită), episodică (recurentă) sau cronică. Artrita pare a avea o evoluție mai acută la copiii mici și una de durată mai lungă la adolescenți.

Este boala la copii diferită de boala în cazul adulților? Boala la adulți și copii este similară. Cu toate acestea, copiii pot avea o frecvență mai mare a artritei decât adulții. Spre deosebire de adulți, cu cât copilul este mai mic, cu atât evoluția favorabilă este mai rapidă și rata de succes a tratamentului antibiotic este mai mare.

Ce este artrita virală?

Artrita virală se referă la o infecție virală în a cărei evoluție apare și inflamarea articulațiilor. Aceste infecții virale evoluează de la început cu afectare articulară determinând astfel artrită virală acută, rar diagnosticată pentru ca simptomatologia în această etapă este slab reprezentată. Ceea ce atrage atenția asupra acestei afecțiuni sunt durerile articulare care apar ulterior în cadrul artritei cronice.

Dezvoltarea artritei virale ține de:

- factori virali care includ poarta de intrare a virusului, localizarea lui la nivel de țesut, modificările pe care le induce și capacitatea infecției de a recidiva;
- factori care țin de gazdă, cum ar fi vârsta extremă ce predispune la infecții virale, sexul, încărcătura genetică, comorbiditățile și starea sistemului imunitar.

Simptomele artritei virale:

Indiferent de virusul incriminat, principalul simptom al artritei virale este eritemul (înroșire a pielii care dispare la presiune) și afectarea articulațiilor mici, în mod simetric. Acest fenomen nu este asociat cu distrucție articulară.

Sub aspect al frecvenței, nu se poate vorbi clar de o anumită categorie de vârstă predispusă la a dezvolta artrita virală. Afectarea pe vârste diferă în funcție de virusul care determină infecția.

Diagnosticul de artrita virală este confirmat în urma unor teste:

1. Teste de laborator:

- pentru parvovirusul B19 se dozează hemoglobina, neutrofilele, limfocitele, anticorpii IgM și IgG, AND-ul B-19 și o serie de anticorpi specifici (anti-AND, antinucleari, anticardiolipina);
- pentru virusul hepatic A se dozează transaminazele și bilirubina, precum și IgM;
- pentru virusul hepatic B: transaminaze, bilirubina, IgM, antigen de suprafață;
- pentru virusul hepatic C: transaminaze, bilirubina, anticorpi anti VHC, crioglobulina, factorul reumatoid;
- pentru virusul rubeolic: IgM, IgG, izolarea virusului din sânge sau lichid articular.

2. Radiografia articulară este puțin utilă pentru că artrita virală nu este erozivă, ci doar determină tumefiere de țesuturi moi.

3. Aspirația articulară este necesară pentru un diagnostic diferențial al artritei virale, dar și pentru izolarea virusului rubeolic.

Tratamentul artritei virale:

Tratamentul artritei virale este de cele mai multe ori unul simptomatic ce își propune combaterea durerii articulare prin:

- administrare de analgezice;
- tratament cu antiinflamatorii nesteroidiene

ANEXA 3. FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU ARTRITA REACTIVĂ ȘI POSTINFECȚIOASĂ LA COPII

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU ARTRITA REACTIVĂ ȘI POSTINFECȚIOASĂ LA COPII		
Domeniul Prompt	Definiții și note	
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	№ de înregistrare a pacientului din "Registrul de evidență a bolilor infecțioase f.060/e"	
4	Numărul FM 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 și postinfecțioase la copii	Forma urogenitală [a] = 1; Forma enterocolitică [b] = 2; Postinfecțioasă [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	Efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
17	Anamneza	Efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
18	Examenul fizic , incluzând evaluarea statutului funcțional	Efectuat 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	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/ 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
4. Dueckers Gregor et al. Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis, 2012
5. Hochberg M. Rheumatology. Mosby Elsevier, V- edition, 2011.
6. Holand Richard, Barnsley L., Viral arthritis, Australian Family Physician Vol. 42, No. 11, november 2013
7. Laxer Ronald M., David D. Sherry, Philip J. Hashkes, Pediatric Rheumatology in Clinical Practice, 2016.
8. Marks M., Marks J, Viral arthritis, Clinical Medicine 2016 Vol 16, No 2: 129–34
9. Matzkin E, Suslavich K., Curry E., Lyme Disease Presenting as a Spontaneous Knee Effusion, The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons · September 2015
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, manual, Chișinău 2014
14. 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
15. www.printo.it/ Ce este boala Lyme?
16. Баранова А.А., Клинические рекомендации для педиатров Детская Ревматология , Москва, 2011, стр.3-7