



Clasificarea AJI (Durban, 1997, ILAR)

- Forma sistemică
- Forma poliarticulară seronegativă
- Artrita în asociere cu enterite
- Alte artrite
- Forma poliarticulară seropozitivă
- Forma oligoarticulară extensivă și persistentă
- Artrita psoriatică

Criteriile de clasificare

- Debutul bolii pînă la 16 ani.
- Artrita în una/mai multe articulații cu durere, limitare a funcției, febră locală, tumefiere.
- Durata bolii > 6 săptămâni.
- Tipul de debut în primele 6 luni: sistemic, poliarticular: 5 și mai multe articulații, oligoarticular: 4 și mai puține articulații, artrita psoriazică, spondiloartropatiile.
- Obligatoriu excluderea altor maladii cu implicare articulară.

Profilaxia

- Identificarea copiilor cu factori de risc în scopul prevenirii dezvoltării AJI, forma sistemică.
- Informarea pacientului privind riscul individual pentru dezvoltarea AJI. Sanarea focarelor cronice de infecție.
- Supravegherea pacienților cu AJI, forma sistemică.
- Profilaxia traumatismelor articulare frecvente și hiperinsolației.

Factorii de risc

- Infecțiile intercurrente (virale, bacteriene, bacteriene intracelulare).
- Traumatismul articular frecvent.
- Insolația.
- Reacțiile adverse postvaccinale, alergice medicamentoase și/sau alimentare.
- Susceptibilitatea genetică.

Grupurile de risc

- Copiii cu infecții intercurrente frecvente.
- Copiii cu hiperinsolație.
- Copiii cu reacții adverse postvaccinale, alergice medicamentoase și/sau alimentare.
- Copiii cu traumatism articular frecvent.
- Copiii cu susceptibilitate genetică.

Manifestările clinice

Anamnesic:	Acuze
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Predispunere genetică. <input checked="" type="checkbox"/> Prezență a factorilor de risc. <input checked="" type="checkbox"/> Debut recent al maladiei (acut sau insidios). <input checked="" type="checkbox"/> Tratament anterior (CSTN, AINS, tratament de remisiune). 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Astenie, fatigabilitate. <input checked="" type="checkbox"/> Febră prelungită: > de 39°C, zilnică, uneori de 2 ori pe zi, deseori după amiază, seara, cu o durată > de 14 zile. <input checked="" type="checkbox"/> Dispnee. <input checked="" type="checkbox"/> Palpitații. <input checked="" type="checkbox"/> Dureri musculare și/sau articulare. <input checked="" type="checkbox"/> Dureri în cutia toracică. <input checked="" type="checkbox"/> Tumefieri articulare. <input checked="" type="checkbox"/> Eruptii.

Examenul clinic

- Semne clinice comune de AJI, forma sistemică**
 - Artrită sau poliartralgie, inclusiv în sectorul cervical, articulațiile temporomandibulare.
 - Evidențiere a atrofiei musculare.
 - Exantem evanescent pe trunchi, extremități proximal, cu nuanță pală, (caracter macular în – 90%, maculopapular – în 10%) în asociere cu prurit sau cu fenomenul Koebner sau de tip urticarian, migratoriu cu intensificare în picul febril.
 - Limfadenopatie generalizată (la 2/3 dintre pacienți).
 - Hepatomegalie, splenomegalie.
 - Poliserozite (la circa 25% dintre pacienți).
- Aprecierea capacității funcționale articulare după Steinbrocker**
Se efectuează cu determinarea a 4 clase funcționale:
 - Clasa I (pacientul poate efectua toate activitățile).
 - Clasa II (activitate zilnică efectuată cu unele limitări din cauza durerii și reducerii mobilității articulare).
 - Clasa III (activitate limitată exclusiv la activitatea casnică și autoîngrijire).
 - Clasa IV (copil anchilozat la pat sau la scaun cu roțile și nu se poate autoîngriji).

Examenul paraclinic

- Teste pentru determinarea activității bolii și pentru supravegherea evoluției bolii:**
- Analiza generală a sîngelui, VSH, trombocitele.
 - Analiza generală a urinei.
 - Analiza biochimică a sîngelui: creatinina, transaminazele, ureea, fibrinogenul.
 - Determinarea proteinei C reactive.
 - Radiografia articulațiilor afectate.
 - Electrocardiografia.

Tratamentul

- Principiile tratamentului**
- Regim cruțător (cu evitarea eforturilor fizice excesive în insuficiență poliorganică).
 - Dietă cu restricții în lichide, hiposodată (în IC), cu aport sporit de microelemente (în osteoporoză și tratament cronic cu glucocorticosteroizi).
 - Tratament medicamentos: AINS, glucocorticosteroizi, tratament de remisiune.
 - Tratament de reabilitare.
 - Tratament chirurgical.

Tratamentul medicamentos

AINS

- Sunt indicate în debutul bolii, la introducerea noului preparat remisiv, în cazul persistenței semnelor clinice de sinovită acută.
- Naproxen (15 mg/kg/zi), de 2 ori sau
 - Ibuprofen (40 mg/kg/zi), de 3 ori, sau
 - Diclofenac (2-3 mg/kg/zi), de 2 ori, sau
 - Meloxicam (pacienți mai mari de 12 ani) 0,15–0,2 mg/kg/24ore, 1–2 prize, sau
 - Piroxicam (pacienți mai mari de 12 ani) 0,3–0,6 mg/kg/24ore, 1–2 prize.

Notă: Monitorizarea reacțiilor adverse în tratamentul cu AINS – grețuri, vome, dispepsie, diaree, constipații, ulcer gastric, majorarea nivelului ALAT, ASAT, hematurie, cefalee, trombocitopenie, fotosensibilitate. Pacienților cu tratament îndelungat cu AINS (> 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu – efectuarea analizei generale a sîngelui, monitorizarea obligatorie a funcției hepatice - (ALAT, ASAT), funcției renale (creatinina, ureea).

Tratamentul

GLUCOCORTICOSTEROIZI

Sunt recomandate în prezența contraindicațiilor la AINS, în inițierea tratamentului cu preparate remisive ca „punte” pînă la apariția semnelor de eficacitate a citostaticilor, în lipsa controlului maladiei cu AINS.

- ✓ Prednisolon: oral, inițial 1-2 mg/kg/zi, cu reducerea treptată a dozei inițiale după obținerea răspunsului clinic și paraclinic (descreșterea dozei < 0,2 mg/kg/zi, imediat cum este posibil).

Tratamentul remisiv

Individualizat, se inițiază în staționar:

- ✓ Metotrexat 10-15 mg/m²/săptămână, oral sau subcutanat (dozele mari trebuie indicate parenteral). Opțional - Acid folic (5 mg/săptămână sau 1 mg/zi).
- ✓ În rezistență – tratament biologic: Tocilizumab 8mg/kg, la interval de 3 săptămîni.

Notă: La inițierea tratamentului se vor efectua testele hepatice (ALAT, ASAT, fosfataza alcalină, proteinele serice, serologia pentru virusurile hepatice B și C).
Pe parcursul tratamentului – efectuarea analizei generale a sîngelui, monitorizarea obligatorie a funcției hepatice - (ALAT, ASAT), funcției renale (creatinina, ureea).
În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii, se va efectua reevaluarea pacientului în vederea prezenței infecției, sindromului de activare macrofagală sau altor maladii inflamatorii așa ca vasculitele sistemice.

Tratamentul de reabilitare

- Reabilitarea reprezintă cheia succesului în cazul artritei persistente: se va utiliza terapia intensivă cu remedii fizice, terapia ocupațională, crioterapia.
- Program de gimnastică curativă la domiciliu, protecție articulară habituală, coordonare a tratamentului ocupațional cu programul școlar.
- Reabilitare psihologică.
- Acordare a asistenței educaționale părinților, suport psihosocial.

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.
- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

Criteriile de spitalizare

- Adresare primară cu semne clinice de AJI forma sistemică.
- Adresare repetată cu semne clinice de agravare a bolii (reapariția febrei, intensificarea sindromului articular, apariția semnelor de implicare sistemică).
- Apariție a semnelor de complicații ale AJI, forma sistemică, pe parcursul supravegherii de către medicul de familie (semnele sindromului de activare macrofagală, intensificarea insuficienței cardiace sau respiratorii, progresia sindromului anemic, apariția semnelor clinice și paraclinice de amiloidoză renală).
- Imposibilitate de îngrijire la domiciliu și de respectare a tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu.
- Rezistență la tratament sau evoluție atipică a bolii, pentru reevaluarea pacientului.
- Comorbidități importante (deficit ponderal marcant, stări cu o imunitate compromisă).
- Ineficiență a tratamentului de remisiune.
- Puseu inflamator intens și trenant pentru investigații și reconsiderare terapeutică.
- Realizare de puls-terapie, plasmafereze etc.
- AJI sistemică, refractară cu degradare articulară importantă.

Supravegherea

Supravegherea se va efectua de către medicul de familie în comun cu medicii specialiști.

La evidența medicului de familie – copii cu maladie aflată în remisiune și care nu necesită continuarea unei terapii de fond, pacienții cu forme ușoare.

Cooperarea cu alți specialiști – reumatolog-pediatru, balneofizeoterapeut, psiholog, chirurg etc.

- **Regimul de supraveghere:**
 - ✓ În primul an – o dată la 3 luni.
 - ✓ În următorii ani (în caz de evoluție stabilă) – o dată la 6 luni.
- **Volumul cercetărilor**
 - ✓ Analiza generală a sîngelui.
 - ✓ Analiza biochimică a sîngelui: creatinina, transaminazele, ureea, fibrinogenul.
 - ✓ Analiza generală a urinei.
 - ✓ Determinarea proteinei C reactive, factorului reumatoid.
 - ✓ ECG.
 - ✓ Radiografia articulațiilor afectate.

Evoluția

Variantele evolutive ale AJI, forma sistemică:

- Monociclică (tratarea maladiei în câteva luni fără sechele articulare).
- Policiclică (forma cu dezvoltarea poliartritei distructive care nu răspunde la terapia convențională și induce un handicap sever și mortalitate precoce).
- Persistentă.

Abrevierile folosite în document:

AINS – antiinflamatoare nesteroidiene

AJI – Artrită juvenilă idiopatică

CSTN – glucocorticosteroizi topici nazali

ECG – electrocardiografia

IC – insuficiența cardiacă

PCR – proteina C reactivă

VSH – viteza de sedimentare a hematiilor