

CZU: 616.72-002.77-021.3-053.7+614.253.1

## ARTRITA JUVENILĂ IDIOPATICĂ ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Ninel REVENCO<sup>1,2</sup>, Angela CRACEA<sup>1</sup>,<sup>1</sup>IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu,

<sup>2</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului

### Rezumat

Artrita juvenilă idiopatică (AJI) reprezintă o boală inflamatorie cronică multisistemică, caracterizată prin semne clinice și paraclinice de inflamație articulară de genă nedeterminată, cu o durată de cel puțin șase săptămâni, cu debut până la vârsta de 16 ani și care necesită un suport specializat. În anul 2013 a fost elaborat primul protocol clinic național dedicat artritei juvenile idiopatică, în care a fost descrisă detaliat forma sistemică a AJI. În 2016 a apărut Protocolul clinic național "Artrita juvenilă idiopatică la copii", care a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind AJI. Protocolul clinic național a urmărit scopurile: 1) majorarea numărului de pacienți cărora diagnosticul de AJI li se va stabili în primele trei luni de la debutul bolii; 2) sporirea calității examinărilor clinice și paraclinice la pacienții cu AJI; 3) ameliorarea calității tratamentului aplicat bolnavilor cu AJI; 4) creșterea numărului de pacienți cu AJI supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național; 5) majorarea numărului de pacienți cu AJI cu inducerea remisiunii; 6) sporirea numărului de bolnavi cu AJI la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică; 7) majorarea numărului de pacienți cu AJI cu o calitate a vieții ameliorată. În anul 2019 au fost analizate noi surse bibliografice, precum "Nelson The Textbook of Pediatrics", volumul 21, recomandările Colegiului American de Reumatologie (ACR) și ale Ligii Internaționale a Asociațiilor de Reumatologie (ILAR). În anul 2020, în protocolul clinic național, la compartimentul "Tratamentul AJI" vor fi introduse noile preparate biologice utilizate în perioada pediatrică în tratamentul acestei afecțiuni, precum golimumabul și adalimumabul.

**Cuvinte-cheie:** artrită, copil, medic de familie

### Summary

#### Juvenile idiopathic arthritis in the practice of the family doctor

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a systemic chronic inflammatory disease, characterized by clinical and paraclinical signs of joint's inflammation, idiopathic genesis, is present during 6 weeks and appears until 16 years. In 2013, the first national clinical protocol dedicated to JIA was elaborated. The systemic form of JIA was described in detail. In 2016, the National Clinical Protocol "Juvenile idiopathic arthritis in children" was elaborated according with the international guidelines on JIA. The national clinical protocol has the following aims: 1) to increase the number of patients diagnosed with JIA in the first 3 months of disease; 2) to increase the quality of clinical and paraclinical examinations of patients with JIA; 3) to increase the quality of treatment of patients with JIA; 4) to increase the number of patients with JIA carry according to

the recommendations of the national clinical protocol; 5) to increase the number of patients with JIA in remission; 6) to increase the number of active patients with JIA; 7) to increase the number of patients with JIA with high quality of life. In 2019 new bibliographic sources were studied and analyzed, such as "Nelson the Textbook of Pediatrics", vol. 21, ACR and ILAR recommendations. In 2020 new biological drugs used in the pediatric period in the treatment of JIA, such as Golimumab, Adalimumab, will be introduced in the national clinical protocol at the compartment "Treatment of JIA".

**Keywords:** arthritis, child, family doctor

### Резюме

#### Ювенильный идиопатический артрит в практике семейного врача

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – системное хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся клиническими и параклиническими признаками воспаления суставов, продолжительностью шесть недель, появляется у детей до 16-лет. В 2013 году был разработан первый национальный клинический протокол, посвященный ЮИА, в котором была подробно описана системная форма ЮИА. В 2016 году был разработан Национальный клинический протокол «Ювенильный идиопатический артрит у детей» в соответствии с международными руководствами по ЮИА. Национальный клинический протокол имеет следующие цели: 1) увеличить количество пациентов, у которых ЮИА будет диагностирован в течение первых трёх месяцев с момента возникновения заболевания; 2) повысить качество клинических и параклинических исследований у пациентов с ЮИА; 3) улучшить качество лечения больных с ЮИА; 4) увеличить количество пациентов с контролируемым ЮИА, в соответствии с рекомендациями национального клинического протокола; 5) увеличить число пациентов с ЮИА с индукцией ремиссии; 6) увеличить количество пациентов с ЮИА с поддержанием функции суставов и ежедневной активности; 7) увеличить количество больных с ЮИА с улучшенным качеством жизни. В 2019 году были изучены и проанализированы новые библиографические источники, такие как «Nelson The Textbook of Pediatrics», том 21, рекомендации ACR и ILAR. В 2020 году новые биологические препараты, используемые в педиатрическом периоде для лечения ЮИА, такие как голimumаб и адалимумаб, будут введены в национальный клинический протокол в отделении «Лечение ЮИА».

**Ключевые слова:** артрит, ребенок, семейный врач

## Introducere

Artrita juvenilă idiopatică (AJI) reprezintă o boală inflamatorie cronică multisistemică, caracterizată prin semne clinice și paraclinice de inflamație articulară de genă nedeterminată, cu o durată de cel puțin șase săptămâni, cu debut până la vârsta de 16 ani și care necesită un suport specializat.

Prevalența AJI este estimată între 7 și 401 cazuri la 100.000 copii. De asemenea, și incidența AJI variază între 0,83 și 22,6 la 100.000 copii, în funcție de aria geografică studiată.

În anul 2013 a fost elaborat primul protocol clinic național dedicat artritei juvenile idiopatice. În acest document a fost descrisă detaliat forma sistemică a AJI, fiind forma clinică cu evoluția cea mai severă, cu complicații periculoase pentru viața pacientului, întâlnindu-se la copii de vârstă mică. În protocol au fost abordate: definiția și clasificarea AJI; criteriile de clasificare a AJI de formă sistemică; factorii de risc și grupele de risc; manifestările clinice, cu examenul clinic și cel paraclinic al pacienților cu AJI forma sistemică, precum și criteriile de spitalizare, tratamentul, supravegherea și evoluția AJI forma sistemică.

În anul 2016 a fost elaborat Protocolul clinic național *Artrita juvenilă idiopatică la copii* de către grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiști ai Departamentului *Pediatrie* al IP USMF *Nicolae Testemițanu* și ai IMSP Institutul Mamei și Copilului. Protocolul respectiv a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind AJI și a urmărit scopurile:

1) majorarea numărului de pacienți cărora diagnosticul de AJI li se va stabili în primele trei luni de la debutul bolii;

2) sporirea calității examinărilor clinice și a celor paraclinice la pacienții cu AJI;

3) ameliorarea calității tratamentului aplicat bolnavilor cu AJI;

4) creșterea numărului de pacienți cu AJI supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național;

5) creșterea numărului de pacienți cu AJI cu inducerea remisiunii;

6) sporirea numărului de bolnavi cu AJI la care se menține funcția articulară și activitatea zilnică;

7) majorarea numărului de pacienți cu AJI cu o calitate a vieții ameliorată.

**Scopul** studiului realizat a fost determinarea rolului medicului de familie în abordarea pacienților cu artrită juvenilă idiopatică.

## Material și metode

În anul 2019, grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, constituit din specialiști ai Departamentului *Pediatrie* al IP USMF *Nicolae Testemițanu* și ai IMSP Institutul Mamei și Copilului, a studiat și a analizat noi surse bibliografice, precum *Nelson The Textbook of Pediatrics*, volumul 21, recomandările Colegiului American de Reumatologie (ACR – American College of Rheumatology) și ale Ligii Internaționale a Asociațiilor de Reumatologie (ILAR – International League of Associations for Rheumatology). Au apărut noi preparate biologice utilizate în perioada pediatrică în tratamentul AJI, precum golimumabul și adalimumabul. În anul 2020, în protocolul clinic național, la compartimentul *Tratamentul AJI*, vor fi introduse rectificările necesare.

## Rezultate și discuții

Protocolul clinic național *Artrita juvenilă idiopatică la copii* conține exemple de formulare a diagnosticului clinic de AJI, codul bolii conform Clasificării ICD-10, algoritmul de conduită și managementul acestei afecțiuni în diferite forme clinice. Pentru medicina de familie este importantă cunoașterea factorilor de prognostic rezervat în diferite forme clinice ale AJI (v. tabelul).

*Aprecierea factorilor de prognostic rezervat [1]*

| Forma clinică a AJI  | Factorii de prognostic rezervat  |
|--|--|
| Forma oligoarticulară  | Prezența a cel puțin unui factor:<br>• artrita coxofemurală sau afectarea porțiunii cervicale a coloanei vertebrale;<br>• afectarea talocrurală sau radiocarpiană și reactanți de fază acută crescuți îndelungat;<br>• modificări radiologice (eroziuni sau îngustarea spațiului articular). |
| Forma poliarticulară   | Prezența a cel puțin unui factor:<br>• artrita coxofemurală sau afectarea porțiunii cervicale a coloanei vertebrale;<br>• factor reumatoid pozitiv sau anticorpii anti-CCP;<br>• modificări radiologice (eroziuni sau îngustarea spațiului articular).                                       |
| Forma sistemică, cu modificări sistemice active (și fără artrită activă) | Durata de șase luni a activității înalte a bolii, manifestată prin: febră, reactanții de fază acută crescuți sau necesitatea tratamentului cu glucocorticosteroizi sistemici.  |
| Forma sistemică, cu artrită activă (și fără modificări sistemice)        | Prezența a cel puțin unui factor:<br>• artrita coxofemurală;<br>• modificări radiologice (eroziuni sau îngustarea spațiului articular).  |
| Prezența sacroileitei active   | • Modificări radiologice ale oricărei articulații (eroziuni sau îngustarea spațiului articular)  |

Pentru a determina forma clinică a AJI, utilizăm clasificarea AJI (Durban, 1997, revizuire ILAR, 2011) care include următoarele forme clinice: 1. Forma sistemică; 2. Forma poliarticulară seropozitivă; 3. Forma poliarticulară seronegativă; 4. Forma oligoarticulară extensivă și persistentă; 5. Artrita în asociere cu entezită; 6. Artrita în asociere cu psoriazis; 7. Alte artrite.

Pentru a stabili diagnosticul de artrită juvenilă idiopatică, este necesară cunoașterea criteriilor de diagnostic al acestei afecțiuni (toate criteriile trebuie să fie prezente): artrita persistentă mai mult de șase săptămâni; debutul artritei înainte de vârsta de 16 ani; excluderea altor afecțiuni asociate cu artrita.

Fiecare formă clinică are criteriile sale de clasificare.

Criteriile de clasificare a **formei oligoarticulare extensive și persistente** sunt:

- Debutul bolii până la 16 ani;
- Mai frecvent la copiii cu vârstele cuprinse între 1 și 5 ani;
- Mai frecvent la fetițe (85%);
- Artrita în cel mult patru articulații în primele șase luni de la debutul bolii (oligoartrita persistentă);
- Implicarea în proces a mai mult de patru articulații după șase luni de la debutul maldiei (oligoartrita extensivă);
- Durata artritei de geneză nedeterminată mai mult de șase săptămâni;
- Sindromul articular: sunt afectate articulațiile genunchilor, talocrurale, ale coatelor, radiocarpene, asimetric, în 40% cazuri evoluție agresivă cu distrucție articulară;
- Iridociclita la 30-50% din copii;
- Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Criteriile de clasificare a **formei sistemice** sunt:

- Febra prelungită, mai înaltă de 39°C, zilnică, uneori de două ori pe zi, deseori după-amiază, seara, cu o durată mai mare de 14 zile;
- Artrita sau poliartralgia, inclusiv în sectorul cervical, în articulațiile temporomandibulare, evidențierea atrofiei musculare, a durerilor musculare;
- Prezența exantemului evanescent pe trunchi, extremități proximal, cu nuanță pală (caracter macular – 90%, caracter maculopapular – în 10%) în asociere cu prurit sau cu fenomenul Koebner, sau de tip urticant, migrator, cu intensificare la apogeul febril;
- Limfadenopatia generalizată (2/3 din pacienți);
- Hepatomegalia, splenomegalia;
- Poliserozitele (circa 25% din pacienți).

Criteriile de clasificare a **formei poliarticulare seronegative** sunt:

- Debutul bolii până la vârsta de 16 ani;
- Mai frecvent la copii de 1-15 ani;
- Mai frecvent la fetițe (90%);
- Debut acut sau cronic;
- Artrita a mai mult de cinci articulații în primele șase luni de la debutul bolii;
- Sindrom articular: simetric, afectarea articulațiilor mari, medii și mici (inclusiv temporomandibulare și sectorul cervical al coloanei vertebrale);
- În 10% – evoluție agresivă cu distrucția articulațiilor coxofemorale;
- Risc sporit de uveită anterioară;
- Factorul reumatoid negativ;
- Durata artritei de geneză nedeterminată mai mult de șase săptămâni;
- Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Criteriile de clasificare a **formei poliarticulare seropozitive** sunt:

- Debutul bolii până la 16 ani;
- Artrita a mai mult de cinci articulații în primele șase luni de la debutul bolii;
- Mai frecvent la copii de 8-15 ani;
- Debut subacut;
- Sindrom articular simetric cu afectarea articulațiilor genunchilor, radiocarpene, talocrurale, a articulațiilor mici ale pumnului și ale plantelor;
- Factorul reumatoid pozitiv în două examinări consecutive cu interval de trei luni și persistență timp de un an;
- Durata artritei de geneză nedeterminată mai mult de șase săptămâni;
- Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Criteriile de clasificare a **formei în asociere cu entezita**

Prezența artritei și entezitei în asociere cu minim două din următoarele:

- Durere în regiunea lombosacrală de tip inflamator sau sacroileită;
- HLA-B27 pozitiv;
- Maladii cronice asociate cu HLA-B27 pozitiv la rude de gradul I;
- Iridociclita anterioară, deseori asimptomatică;
- Debut la băieți cu vârsta mai mare de opt ani.

Criterii de excludere:

- Factor reumatoid pozitiv de două ori la interval de cel puțin trei luni;
- Prezența artritei sistemice;
- Psoriazis sau istoric familial de psoriazis la rude de gradul I.

Criteriile de clasificare a **formei în asociere cu psoriazis**

Artrita asociată psoriazisului tegumentar sau artrita în asociere cu minim două din următoarele criterii:

- Dactilită;
- Pîchete unghinale sau onicoliză;
- Raș psoriaziform;
- Istoric familial de psoriazis la rudele de gradul I;
- Obligatoriu excluderea altor maladii cu atingere articulară.

Este importantă cunoașterea faptului că AJI reprezintă o maladie cu mecanism autoimun, debutul ei fiind legat de intervenția unui factor declanșator, cum ar fi: infecțiile intercurrente (virale, bacteriene, bacteriene intracelulare); traumatismul articular frecvent; hiperinsolația; reacțiile adverse postvaccinale, alergice medicamentoase și/sau alimentare; susceptibilitatea genetică.

În conduita pacientului cu AJI este obligatorie respectarea următorilor pași:

1. Stabilirea timpurie a diagnosticului de AJI.
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea gradului de activitate și a posibilei implicării oculare.
3. Alcătuirea schemei de tratament (individualizat) în funcție de: gradul de activitate, termenul adresării primare, durata maladiei, forma clinică evolutivă.
4. Monitorizarea evoluției bolii, a complianței la tratament, a eficacității tratamentului de remisiune, cu aprecierea criteriilor de remisiune ACR.

În colectarea anamnezei sunt importante: evidențierea factorilor de risc (infecțiile intercurrente frecvente, traumatismul articular frecvent, hiperinsolația, reacțiile adverse postvaccinale și medicamentoase), a simptomelor AJI forma sistemică (durata febrei >14 zile, dureri și/sau tumefieri articulare, erupții eritematoase, maculopapuloase la apogeul febril, limfadenopatie, hepatosplenomegalie, dispnee, palpitații, dureri în cutia toracică, astenie, fatigabilitate); determinarea susceptibilității genetice, a istoricului familial de psoriazis sau de maladii cronice inflamatorii intestinale în asociere cu HLA-B27 pozitiv la rudele de gradul I, a debutului

recent al bolii (acut, insidios, cronic); evidențierea simptomelor AJI în funcție de forma evolutivă; identificarea tratamentului anterior (glucocorticosteroizi, antiinflamatoare nesteroidiene ș.a.).

În timpul examenului fizic al pacienților cu AJI trebuie respectate următoarele reguli:

- determinarea stării generale, cu evidențierea semnelor de pericol sau sistemice;
- evidențierea semnelor clinice comune de AJI: febra (durata, timpul apariției, semnele pasagera febrei, maximul febrei), artrita sau poliartralgia, inclusiv în sectorul cervical, articulațiile temporomandibulare, sectorului lombosacral, evidențierea atrofiei musculare, a durerilor musculare;
- evidențierea semnelor clinice particulare de AJI:

- *forma oligoarticulară persistentă și extensivă*: aproximativ la o jumătate din numărul de pacienți cu această formă este afectată articulația genunchiului, urmată de articulația talocrurală; majoritatea copiilor prezintă acuze la durere, redoare matinală, dar există un grup de pacienți la care lipsesc aceste semne (aproximativ 25%); destul de frecvent se dezvoltă uveita anterioară; 20% copii pot dezvolta iridociclită (care, de obicei, este asimptomatică);

- *forma sistemică*: febra prelungită: mai înaltă de 39°C, zilnică, uneori de două ori pe zi, deseori după-amiază sau seara, cu o durată mai mare de 14 zile, artrită sau poliartralgie, inclusiv în sectorul cervical, articulațiile temporomandibulare, evidențierea atrofiei musculare, a durerilor musculare, prezența exantemului evanescent pe trunchi, pe extremități proximal, cu nuanță pală (caracter macular în 90% cazuri, maculopapular – în 10%) în asociere cu prurit sau cu fenomenul Koebner, sau de tip urticant, migrator, cu intensificare la apogeul febril, limfadenopatie generalizată (2/3 din pacienți), hepatomegalie, splenomegalie, poliserozite (circa 25% din pacienți);

- *forma poliarticulară seronegativă*: artrita este insidioasă și asimetrică; frecvent se afectează articulațiile mici, inclusiv cel interfalangiene distale; la 5% copii se poate dezvolta iridociclită;

- *forma poliarticulară seropozitivă*: artrita este deseori insidioasă și simetrică, cu afectarea articulațiilor mici ale pumnului; frecvent se afectează mai mult de 30 articulații; la debut poate fi febra; nu este caracteristică iridociclită;

- *forma în asociere cu entezita*: prezența inflamației tendoanelor și/sau ligamentelor; entezita va fi definită în prezența durerii în trei din opt puncte de inserție tendinoasă la presiune digitală cu o forță de cel puțin 4 kg (obligatoriu se va efectua presiunea în următoarele zone: articulația sacroiliacă, polul inferior al patelei, tendonul Achilles, punctul de

inserție a fasciei plantare la osul calcanean); copiii cu HLA-B27 pozitiv pot avea afectare axială similară spondilitei anchilozante;

- *forma în asociere cu psoriazis*: artrita este tipic asimetrică; în 15% se asociază cu iridociclita asimptomatică; afectarea patului unghial; dactilită; psoriazis tegumentar.

Examinările paraclinice în AJI includ teste pentru determinarea activității bolii și pentru supravegherea evoluției acesteia (hemoleucograma, VSH, trombocite, reticulocite; proteina C reactivă, fibrinogenul, fierul seric, feritina), precum și teste și proceduri pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și pentru efectuarea diagnosticului diferențial (biochimia serică – ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiunile ei, fosfataza alcalină, ureea, proteina totală; imunoglobulinele serice, anticorpii antinucleari, complementul C3, C4, factorul reumatoid; examinarea complexului major de histocompatibilitate clasa I – HLA B27; examinarea serologică și imunologică pentru excluderea infecțiilor virale sau bacteriene – infecția cu virusul Ebstein-Barr, citomegalovirus, infecția herpetică, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Borrelia burgdorferi*; sumarul urinei; examinarea radiologică articulară, a cutiei toracice; ultrasonografia articulară sau tomografia computerizată (la necesitate), sau rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate); ecocardiografia; electrocardiografia; spirografia; puncția articulară cu examinare bacteriologică; ultrasonografia organelor interne; scintigrafia scheletică – la necesitate).

Diagnosticul diferențial al AJI se efectuează în funcție de prezentarea clinică, de varianta evolutivă, cu eliminarea altor cauze de artrite la copii:

1. *Forma oligoarticulară*: artrită septică, artrită reactivă, sinovită cauzată de un corp străin, sinovită vilonodulară, malformații arterial-venoase, hemofilie, traumatism, boala Lyme, leucemie, artrită de geneză tuberculoasă, sarcoidoză.
2. *Forma sistemică*: maladii infecțioase (bacteriene, virale – Ebstein-Barr sau citomegalovirus), infecții osteoarticulare – osteomielită, artrită septică, traumatism articular; maladii neoplazice – leucemia, limfoamele, neuroblastomul generalizat, histiocitoza; maladii cronice inflamatorii – colită ulceroasă, sarcoidoză, boala Behcet; alte maladii cronice ale țesutului conjunctiv – lupus eritematos sistemic, dermatomiozită juvenilă, boala Kawasaki; alte vasculite, febră reumatismală acută, sindrom de febră periodică, imunodeficiență.
3. *Forma poliarticulară*: maladii difuze ale țesutului conjunctiv, limfoame, leucemie, sinovită postvirală

trăntă, spondiloartropatie seronegativă, spondilită anchilozantă, artrită psoriazică, artrite din boli inflamatorii intestinale, boala Lyme, sarcoidoză, sindroame sinovite hipertrofice familiale și mucopolizaharidoză.

4. *Forma în asociere cu entezită*: AJI forma sistemică, psoriazis, maladii cronice inflamatorii intestinale, sarcoidoză, artrită reactivă.
5. *Forma în asociere cu psoriazis*: maladii cronice inflamatorii intestinale, sarcoidoză, artrită reactivă.

Este important ca medicul de familie să cunoască *criteriile de spitalizare* a pacienților cu artrită juvenilă idiopatică:

- adresare primară cu semne clinice de AJI;
- adresare repetată cu semne clinice de agravare a bolii (febra, intensificarea sindromului articular, apariția semnelor de implicare sistemică, a complicațiilor la tratamentul de fond, agravarea uveitei);
- apariția semnelor de complicații ale AJI pe parcursul supravegherii de către medicul de familie (semne ale sindromului de activare macrofagă, progresarea sindromului anemic, apariția semnelor clinice și paraclinice de amiloidoză renală);
- imposibilitatea îngrijirii la domiciliu și a respectării tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu;
- rezistență la tratament sau evoluție atipică a bolii, pentru reevaluarea pacientului;
- lipsa eficacității tratamentului la trei luni de la debut după ACR;
- puseu inflamator intens și trăntă, pentru investigații și reconsiderare terapeutică.

Pacientul cu AJI trebuie spitalizat în secția de terapie intensivă dacă prezintă: manifestări neurologice (stare confuză, somnolență, convulsii), tahipnee (frecvența respiratorie >40/minut), hipotensiune (prăbușirea tensiunii arteriale cu peste 40 mmHg fără o altă cauză cunoscută), tahicardie excesivă (frecvența contracțiilor cardiace >150/minut sau neadevătată febrei); hiperpirexie (temperatura corporală >39°C), afectare cardiacă (semne de insuficiență cardiacă congestivă progresivă, pericardită), semne de sindrom de activare macrofagă (febră înaltă, hepatomegalie, icter, anemie, leucopenie, trombocitopenie, feritina serică crescută, majorarea ALAT, ASAT), hiperleucocitoză (peste 40x10<sup>9</sup>/l) sau leucopenie (sub 4x10<sup>9</sup>/l), necesită ventilație asistată.

Tratamentul pacientului cu AJI include un regim cruțător, cu evitarea eforturilor fizice excesive în prezența semnelor de insuficiență poliorganică; o dietă cu restricții de lichid și hiposodată (la prezența

semnelor de insuficiență cardiacă), cu aport sporit de microelemente (la prezența semnelor de osteoporoză și tratament cronic cu glucocorticosteroizi); tratament medicamentos. Sunt utilizate preparate ce modifică simptomatologia clinică (antiinflamatoare nesteroidiene; glucocorticosteroizi) și preparate antireumatice de bază (imunosupresive; preparate biologice). La necesitate se folosește tratamentul intervențional (plasmafereză), tratament chirurgical (ortopedic) sau terapie de reabilitare.

Artrita juvenilă idiopatică, fiind o maladie cronică, dezvoltă următoarele complicații:

- sindrom de activare macrofagă;
- amiloidoză;
- osteoporoză;
- retard fizic;
- scolioză;
- probleme psihosociale, depresie, anxietate;
- dizabilitate;
- contracturi articulare;
- micșorarea acuității vizuale, cecitate;
- colaps vertebral;
- nanism;
- pubertate întârziată;
- infecții intercurrente frecvente;
- toxicitate pulmonară, hepatică, hematologică, gastroenterologică, nefrologică la agenții terapeutici;
- pericardită cu risc de tamponadă;
- hipertensiune arterială.

În protocolul clinic național sunt incluse o serie de anexe menite să ajute medicul în stabilirea diagnosticului de artrită juvenilă idiopatică (*Chestionar de evaluare a pacientului inițial; Chestionar de evaluare a statusului funcțional; Aprecierea capacității funcționale după Steinbrocker; Indicele de activitate a bolii sau scorul DAS; Scala vizual analogă a durerii*), în evaluarea pacientului cu AJI (*Formular de consultare a pacientului cu artrită juvenilă idiopatică, Evaluarea pacientului cu AJI de către medic*) și în determinarea criteriilor de ameliorare a stării pacientului (*Criterii de ameliorare ACR pediatric 30*), precum și informații pentru părinți.

## Concluzii

Sunt importante stabilirea diagnosticului de artrită juvenilă idiopatică cât mai devreme conform criteriilor de diagnostic, depistarea factorilor de risc și aprecierea factorilor de prognostic rezervat, investigarea obligatorie pentru determinarea gradului de activitate, a posibilei implicări oculare și a complicațiilor apărute.

Medicul de familie trebuie să monitorizeze evoluția bolii, complianța la tratament, eficacitatea tratamentului de remisiune, cu aprecierea criteriilor de remisiune ACR, și să stabilească criteriile de spitalizare a pacienților cu AJI.

## Bibliografie

1. American College of Rheumatology. *Recommendations for the treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis, 2011*. Disponibil pe: [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)
2. Beukelman T., et al. American College of Rheumatology. *Recommendations for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Initiation and Safety Monitoring of Therapeutic Agents for the Treatment of Arthritis and Systemic Features, 2011*.
3. Bijlsma J. *EULAR Textbook on Rheumatic Diseases*. 2<sup>nd</sup> edition, 2015. 1500 p.
4. Bijlsma J. *EULAR Textbook on Rheumatic Diseases*. 1<sup>st</sup> edition, 2012. 1302 p.
5. Dueckers G., et al. *Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis*. 2012.
6. Hochberg M. *Rheumatology*. Mosby Elsevier, V edition, 2011.
7. Laxer Ronald M., et al. *Pediatric Rheumatology in Clinical Practice*. 2016, p. 31-60.
8. Revenco N. *Pediatrie*. 2014, p. 300-311.
9. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network Management of early rheumatoid arthritis*. A national clinical guideline, 2011.
10. *Клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология*. Под ред. Баранова А.А., Алексеевой Е.И. Москва, 2011.

**Angela Cracea**, dr. șt. med.,  
conferențiar universitar,  
IP USMF Nicolae Testemițanu,  
tel.: +373 79708234;  
e-mail: [angela.cracea@usmf.md](mailto:angela.cracea@usmf.md)