



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

ARTRITA REACTIVĂ LA COPIL

**Protocol clinic național
(Ediția II)**

PCN-266

Chișinău 2025

**Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de experți al Ministerului Sănătății
din 30.09.2025, proces verbal nr. 3**

**Aprobat prin Ordinul MS al RM nr.1114 din 05.12.2025 Cu privire la aprobarea
Protocolului clinic național „Artrita reactivă la copil”, ediția II**

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul:	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele 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	5
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	10
C. 1.1 Algoritmul de diagnostic al artritei reactive poststreptococice	10
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	11
C.2.1 Clasificarea ARe	11
C.2.2. Factorii cauzali ai ARe și artritelor postinfecțioase la copii	11
C.2.3 Conduita pacientului cu ARe și artrite postinfecțioase	12
C.2.3.1. Anamneza	12
C.2.3.2. Examenul fizic	12
C.2.3.3. Caracteristica infecției primare în ARe	13
C.2.3.4 Investigații paracine	14
C.2.4 Diagnosticul	17
C.2.4.1. Diagnostic pozitiv	17
C.2.4.2. Diagnosticul diferențial	18
C.2.5. Criteriile de spitalizare a copiilor cu ARe	19
C.2.6. Tratamentul	19
C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al ARe	19
C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al ARe	21
C.2.7. Prognostic evolutiv	21
C.2.8. Supravegherea pacienților cu ARe	22
C.2.9. Complicațiile ARe	22
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	23
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	23
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	23
D.3 Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția Reumatologie pentru copii a IMSP IM și C	24
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	25
ANEXA 1. Formularul de consultație și evidență a copilului cu ARe la pediatru reumatolog	26
ANEXA 2. Fișa standardizată de audit	29
ANEXA 3. Informații pentru părinți	30
BIBLIOGRAFIE	31

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
MASES	Scorul aprecierii entezitei din <i>Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score</i>
MCF	Articulațiile metacarpofalangiene
MTX	Methotrexatum
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” și specialiștii Departamentului Pediatrie a IMSP IM și C.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind artrita reactivă la copil și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrită reactivă

Exemplu de formulare a diagnosticului:

1. Artrită reactivă, forma postenterocolitică, de etiologie *Yersinia enterocolitica*, cu afectarea articulației talocrurale drepte, evoluție acută, gradul II de activitate, stadiul radiologic II, IFA I;
2. Artrită reactivă, forma uro-genitală, de etiologie chlamidiană cu afectarea articulațiilor mici ale plantelor și articulației talocrurale stângi, evoluție cronică, gradul II de activitate, stadiul radiologic III, IFA II;

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M02.0 – Artropatie după derivație intestinală

M02.1 – Artropatia post-dezinterică

M02.2 – Artropatia după vaccin

M02.3 – Sindromul Reiter

M02.8 – Alte artropatii de reacție

M02.9 – Artropatia de reacție fără precizare

M07.6 – Alte artrite enteropatie

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici de familie, asistentele medicale de familie, medici pediatri)
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medici pediatri, reumatologi-pediatri);
- Prestatorii serviciilor de AMS (secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale; secția de reumatologie a IMSP IM și C – medici pediatri, medici reumatologi pediatri).

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Majorarea numărului de copii cărora li s-a stabilit în prima lună de la debutul bolii diagnosticul de ARe.
2. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a copiilor cu ARe.
3. Îmbunătățirea calității tratamentului copiilor cu ARe.
4. Creșterea numărului de copii cu ARe supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național .

A.5. Elaborat: 2016

A.6. Revizuit: 2025

A.7. Următoarea revizuire: 2030

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Ninel Revenco</i>	dr. hab. șt. med., șef Departament Pediatrie USMF, „Nicolae Testemițanu”
<i>Angela Cracea</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Rodica Eremciuc</i>	dr. șt. med., asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Silvia Foca</i>	dr. șt. med., asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, medic pediatru-reumatolog, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<i>Livia Bogonovschi</i>	asist. univ., dr. șt. med., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Olesea Grin</i>	medic pediatru-reumatolog, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<i>Olga Gaidarji</i>	asist. univ., Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Elena Nedalcova</i>	doctorand, Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

Prenume, numele	Funcția, instituția
<i>Lucia Mazur-Nicorici</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., Departamentul Medicină Internă, Disciplina de cardiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Alesea Nistor</i>	dr. hab. șt. med., asist. univ., Departamentul Medicină Internă, Disciplina de reumatologie și nefrologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ninel Revenco</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., Șef Departament
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie și neonatologie”	<i>Ninel Revenco</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef, catedră
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Bacinschi Nicolae</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte, șef catedră
Catedra de Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Iuliana Albu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<i>Valentin Mustea</i> , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Artritele reactive (ARe), sunt un grup de artrite inflamatorii nesupurative, cu un component autoimun, ce se instalează în urma infecțiilor intestinale sau urogenitale, preponderent la persoane cu predispoziție genetică [4,8,10]. Acest termen este utilizat pentru artritele sterile inflamatorii după o infecție. Artritele reactive sunt cel mai frecvent manifeste în perioada copilăriei.

Artrita reactivă de obicei este precedată de *infecții intestinale* (*Salmonella enteritidis*, *S. Oranienburg*, *S. Typhimurium*, *Shigella flexneri*, *Yersinia enterocolitica*, *Campilobacter jejuni*) și *infecții urogenitale* (*Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*). Mecanismul patogenetic important în artritele reactive la copii se consideră a fi un răspuns autoimun cu implicarea limfocitelor T care reacționează încrucișat cu antigene din lichidul sinovial. La adolescenții cu ARe după infecții intestinale au fost demonstrate leziuni inflamatorii intestinale și în perioada de remisiune a manifestărilor gastrointestinale (concentrații majorate de IgA secretorii cu alterarea permeabilității intestinale).

A.10. Informația epidemiologică

Frecvența - la nivel mondial, datele epidemiologice referitoare la artrita reactivă la copii indică următoarele:

- Incidența artritei reactive acute variază între aproximativ 1 la 11.000 și 1 la 166.000 de cazuri pe an, fiind posibil subestimată [20].
- Frecvența la nivel global variază geografic și în funcție de criteriile de diagnostic utilizate.
- În general, artrita reactivă este mai des întâlnită la adulții tineri, dar și copiii pot fi afectați, de obicei după o infecție bacteriană sau virală.
- În Republica Moldova, frecvența artritei reactive la copii nu este exact precizată, dar această afecțiune are o incidență majoră în cadrul bolilor reumatice pediatrice postinfecțioase.
- La nivel internațional, incidența artritei reactive este estimată la 30-40 cazuri la 100.000 adulți, iar forma pediatrică are o incidență mai mică, cu o tendință de manifestare la vârsta școlară și adolescenți [13,20].
- Artrita reactivă la copii are o evoluție auto-limitantă în cele mai multe cazuri, rezolvându-se în 3-12 luni, cu posibilitatea unor recidive în special la pacienții cu markerul HLA-B27 pozitiv.

Prevalență: ARe reprezintă **4,1-8,6%** din patologia reumatică la copii, deși incidența exactă este dificil de stabilit din cauza lipsei unor criterii de diagnostic unificate.

Sex și vârstă: Majoritatea cazurilor de ARe debutează la **băieți, cu vârste între 8 și 12 ani**, în timp ce infecțiile enterice se întâlnesc la copii de orice vârstă. ARe urogenitală debutează cu precădere la adolescenți.

Noi agenți patogeni: Pe lângă agenții infecțioși clasici (*Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Chlamydia*), cercetările recente au identificat noi agenți etiologici, inclusiv ***Mycoplasma pneumoniae***, și chiar **virusuri** (de exemplu, SARS-CoV-2), care pot declanșa artrita reactivă.

Mortalitatea/Morbiditatea – Artrita reactivă (ARe) are, de obicei, o evoluție **auto-limitantă**, cu rezoluția completă a simptomelor în 3-12 luni. Mortalitatea este extrem de rară și, atunci când apare, este asociată cu complicații ale tratamentului mai degrabă decât cu boala în sine.

Totuși, morbiditatea pe termen lung și riscul de recurențe sunt aspecte importante:

- **Recurențe:** ARe are o tendință semnificativă de a recidiva. Frecvența recurențelor variază în funcție de studiu, dar se estimează că între 15% și 50% dintre pacienți pot avea episoade recurente pe parcursul anilor, declanșate de o nouă infecție sau de alți factori de stres. Recurențele pot afecta în special articulațiile, ochii (uveită) și sistemul urogenital.
- **Forma cronică:** Până la 20% dintre pacienți pot dezvolta o formă cronică a bolii, cu artrite, entezite sau spondilite distructive.
- **Prognostic sever:** Afectarea articulației coxo-femorale, lipsa răspunsului la tratamentul cu AINS și niveluri ridicate de VSH și PCR sunt indicatori ai unei forme severe sau a cronicizării.
- **Riscul de evoluție spre spondiloartropatie:** Indivizii cu HLA-B27 pozitiv au un risc crescut de a dezvolta recurențe și, în cazuri mai rare, pot evolua spre o spondiloartropatie stabilă, cum ar fi spondilita anchilozantă.

B. PARTEA GENERALĂ

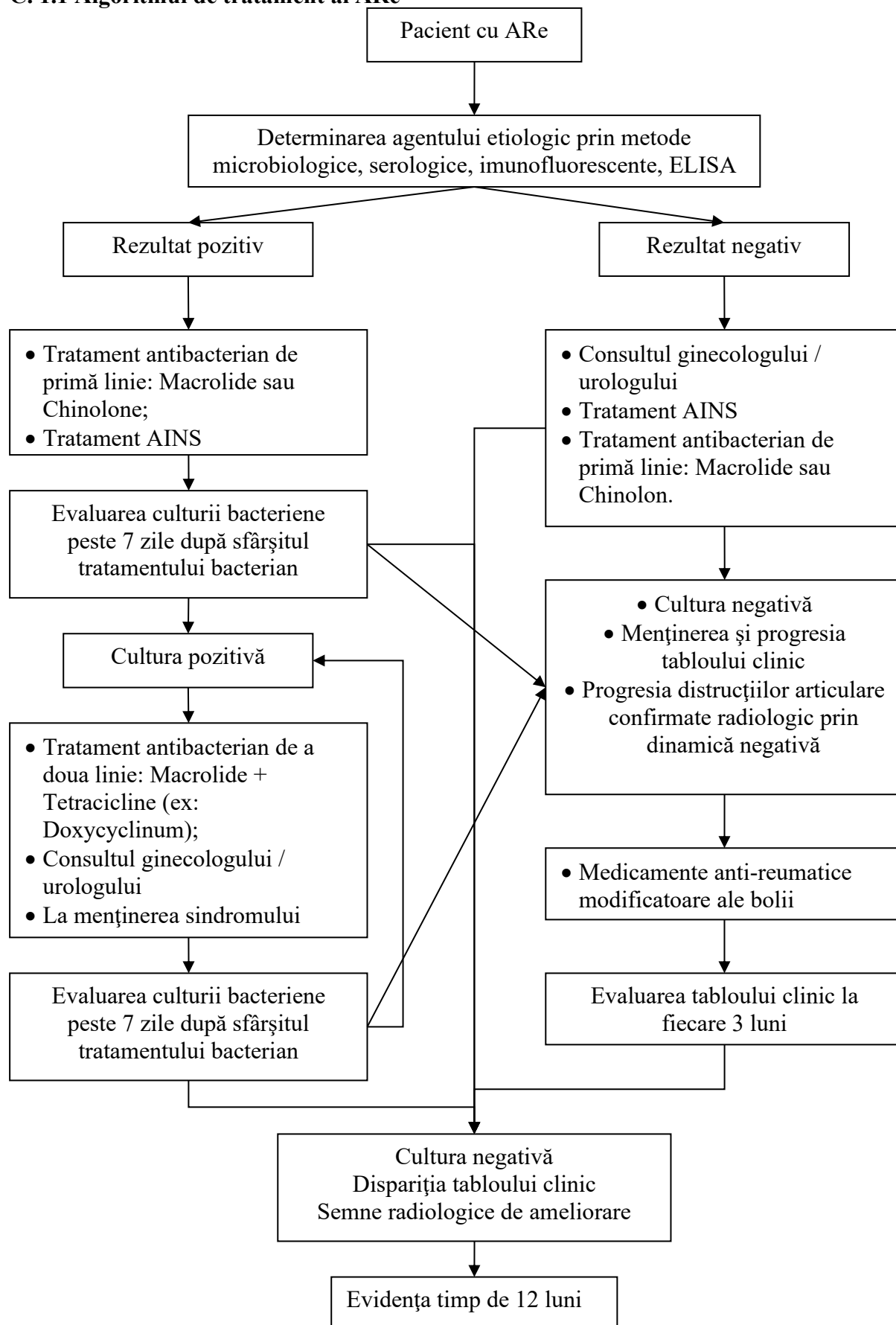
B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul		
1.1. Evaluarea pacientului	Recunoașterea semnelor precoc de Are este important pentru inițierea precoce a tratamentului	Standard/Obligativ: - Anamneză (<i>casetele 1,2,3,4,6</i>) - Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>caseta 5</i>)
1.2. Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu	Aprecierea severității bolii, a riscului de complicații și a necesității supravegherii continue	Evaluarea criteriilor de spitalizare pentru pacientul cu Are (<i>caseta 13</i>)
2. Tratamentul	- Reducerea durerii și inflamației articulare. - Prevenirea complicațiilor articulare și extraarticulare. - Restabilirea mobilității și funcției articulare. - Limitarea evoluției către formă cronică.	Standard/Obligativ: - AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (<i>caseta 16</i>). - Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 20</i>).
3. Supravegherea	Monitorizarea evoluției și a complicațiilor	Standard/Obligativ: Supravegherea în baza programului elaborat de pediatru reumatolog. (<i>caseta 22</i>)
4. Recuperarea	- Restabilirea mobilității și funcției articulare. - Reducerea durerii și rigidității. - Prevenirea limitărilor funcționale.	Standard/Obligativ: - Conform programelor recuperatoare existente, cât și recomandărilor medicilor specialiști; - Tratament balneo-sanatorial.

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (reumatolog pediatru)		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de ARe	Diagnosticul precoce și tratamentul administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament antireumatic specific poate minimaliza durata bolii și micșora numărul pacienților cu afectări viscerale prin proces autoimun indus.	Standard/Obligativ: • Anamneză (casetele 1, 2, 3, 4, 6) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casetele 5,6, anexa 1) • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (casetele 2,7,8), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 10,18) • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ORL- ist, ginecolog/urolog, oftalmolog, gastroenterolog, dermatolog, nefrolog.
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament : staționar versus ambulatoriu	Aprecierea severității bolii, a riscului de complicații și a necesității supravegherii continue	• Aprecierea criteriilor de spitalizare (caseta 11) • Elaborarea programului de tratament și supraveghere pentru nivelul de asistență medicală primară.
2. Tratamentul medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu.	Scopul tratamentului este eradicarea infecției provocatoare de artrită, combaterea procesului inflamator, prevenirea reacției autoimune induse și menținerea abilităților funcționale articulare.	Standard/Obligativ: • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (caseta 13) [după verificare în secția specializată de reumatologie pediatrică] • AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 14) • Glucocorticoizi – doar în cazurile atingerilor sistemice sau insuficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară (caseta 16) [după verificare în secția specializată de reumatologie pediatrică] • Preparate remisive antireumatice (DMARD) (caseta 16) [după verificare în secția specializată de reumatologie pediatrică] • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 20).
3. Supravegherea	Supravegherea tratamentului antibacterian, de fond (DMARD), AINS – eficacitatea, reacțiile adverse. Este important pentru aprecierea funcției articulare.	Standard/Obligativ: • Controlul eficacității tratamentului antibacterian. • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD) (casetele 15, 16, 17).

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (reumatologie pediatrică)		
Descriere	Motive	Pași
1. Spitalizare	Diagnosticul precoce și tratamentul administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament de fond va permite minimalizarea duratei bolii și micșorarea numărului copiilor cu afectări viscerale prin proces autoimun indus.	• Spitalizarea în secția de reumatologie pediatrică republicană. • Criterii de spitalizare (caseta 11)
2. Confirmarea diagnosticului de ARe și evaluarea posibilelor atingeri viscerale	Diagnosticul precoce al ARe și tratamentul administrat din start, va minimaliza durata bolii și va micșora numărul copiilor cu dizabilități articulare stabile.	Standard/Obligatori: • Anamneza (casetele 1,2,3,4,6) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casetele 5,6 anexa 1) • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (casetele 7,8), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 10,18) • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ORL-ist, ginecolog/urolog, oftalmolog, gastroenterolog, dermatolog, nefrolog.
3. 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.	Standard/Obligatori: • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (caseta 13) • AINS (caseta 14) • Glucocorticoizi – doar în cazurile atingerilor sistemice sau insuficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară (caseta 15) • Preparate antireumatice specifice (DMARD) (caseta 16) • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 20).
4. Externarea cu recomandările către nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul definitiv desfășurat • Rezultatele investigațiilor și consultațiilor efectuate • Recomandările pentru pacient • Recomandările pentru reumatolog pediater consultant.

C.1.ALGORITM DE CONDUITĂ

C. 1.1 Algoritmul de tratament al ARe



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea ARe la copii [4]

Caseta 1. Clasificarea ARe.

ARe este cunoscută cu două forme clinice:

- ARe forma uro-genitală;
- ARe forma entero-colitică.

După debutul bolii:

- Acut <6 luni,
- Trenant 6-12 luni,
- Cronic >12 luni;

Gradul de severitate:

- Forma ușoară/moderată: *Artrită cu afectare articulară minoră (oligoartrită), fără manifestări extra-articulare severe și cu un răspuns bun la medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS).*
- Forma severă: *Afectare poliarticulară, entezită extinsă, uveită, afectarea articulației coxo-femorale sau lipsa răspunsului la tratamentul cu AINS.*

C.2.2. Factorii cauzali ai ARe la copii [2,12,13,17]

Caseta 2. Factorii etiologici ai ARe la copii

➤ Bacterii intestinale :

- Salmonella enteritidis
- Salmonella typhimurium
- Shigella flexneri,
- Shigella dysenteriae
- Shigella sonnei
- Yersinia enterocolitica,
- Yersinia pseudotuberculosis
- Campylobacter jejuni,
- Campylobacter coli,
- Clostridium difficile,
- Escherichia coli 0157.

➤ Bacterii ce produc uretrite :

- Chlamidia trachomatis,
- Mycoplasma hominis,
- Mycoplasma genitalium
- Ureaplasma urealiticum

Nota: Pentru alte infecții la moment nu sunt date convingătoare suficiente de factor cauzal.

C.2.3. Conduita pacientului cu ARe [15]

Caseta 3. Pași obligatorii în conduita pacientului cu ARe

1. Stabilirea diagnosticului precoce de ARe conform criteriilor;
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea agentului trigger patogen, evaluarea severității 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, compliancei la tratament, eficacității tratamentului.

C.2.3.1. Anamnestical [13,14,15]

Caseta 4. Recomandări în colectarea anamnesticalului

- Evidențierea factorilor infecțioși (infecțiile uro-genitale și entero-colitice, streptococice, ș.a.);
- Determinarea susceptibilității genetice (determinanta HLA-B27);
- Debutul bolii (acut <6 luni; trenant 6-12 luni, cronic >12 luni);
- Simptoamele de afectare articulară și a coloanei vertebrale;
- Simptoamele de afectare sistemică ca manifestare a gradului procesului inflamator;
- Tratament anterior.

Istoricul bolii – ARe se dezvoltă într-un interval de câteva zile până la câteva săptămâni (de obicei la 2-4 săptămâni) după o infecție intestinală sau urogenitală. Artrita poststreptococică apare la 2 săptămâni după o faringită streptococică documentată.

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

Caseta 5. Regulile examenului fizic în ARe

- *Semne constituționale:*
 - febra sau subfebrilitate periodică, cu valorile în mediu sub 39°C, fatigabilitate, pierdere ponderală;
- *Evidențierea semnelor clinice osteo-articulare ale ARe:*
 - oligoartrita sau poliartrita asimetrică ce afectează preponderent articulațiile mici și medii ale membrelor inferioare: articulațiile plantelor, genunchilor, talocrurale, dar pot fi afectate și articulațiile radiocarpiană, cotului, umărului;
 - în cazurile cronice și grave pot fi implicate articulațiile mici ale mâinilor și plantelor, prin oligoartrită sau poliartrită asimetrică cu dezvoltarea dactilitei (degete în „crenvrști”).
 - lombalgiiile 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.
 - entesopatiile din ARe sunt asociate cu manifestări inflamatorii (ex. durere, tumefacție, parestezii) în regiunea inserției tendonului Ahile, fasciei plantare pe calcaneu, tuberozității ischiadice, creștelor iliace și coastelor.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare a pielii, mucoaselor și unghiilor:*
 - cheratodermie blenoragică plantară și palmară imperceptibilă de cea din psoriazis pustulos, dar foarte specific pentru ARe;
 - eritemul nodos (poate fi prezent);
 - unghiile pot deveni subțiri și stratificate, asemenea unei infecții micotice sau distrofiei unghiale psoriazice, dar fără ulceratii;
 - ulceratiile bucale se localizează pe limbă, palatul moale al gurii sau pe gingii, fiind puțin dureroase;
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare oculară:*

- conjunctivita;
- uveite acute;
- episclerite;
- keratite;
- ulcerații corneene.
- *Evidențierea semnelor clinice de infecție entero-colitică:*
 - crize diareice și colică abdominală persistentă sau alternantă;
 - colita ulceroasă nespecifică, cât și maladia Crohn se asociază cu riscul marcat pentru dezvoltarea ARe.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare renală:*
 - proteinurie nesemnificativă și microhematurie;
 - depozitari de IgA cu dezvoltarea glomerulopatiilor.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare cardiovasculară:*
 - tulburări de conducere prin nodul AV;
 - aortită și regurgitație aortică;
 - miocardită.
- *Determinarea scorului entezitei MASES – pentru durere la palpare (în perioada copilăriei nu sunt complet validate)*

C.2.3.3. Caracteristica infecției primare în ARe:

Caseta 6. Factorii triggeri infecțioși

Infecția trigger	Caracteristica
Shigella enteritis	• Febră înaltă, cu sau fără diaree apoasă • Crampe abdominale cu o durată de 48-72 ore • Debutul (în 7-21 zile) a oligoartritei asimetrice, nonmigratorie • Prezența aglutininelor la Shigella flexneri serotip 2 sau 2a, izolarea microorganismului din masele fecale • Din cauza duratei lungi de timp dintre debutul diareei și a artritei hemocultura va fi pozitivă doar în <4% din pacienți
Salmonella enteritidis	• Debut cu oligoartrita, mai frecvent genunchi, gleznă • Debut la 1-3 săptămâni după manifestările infecțioase • Subfebrilitate • Lichidul sinovial trebuie să fie steril (se va efectua punctatul și bacteriologia lichidului), deoarece Salmonella poate să provoace și osteomielita și artrita septică • VSH de obicei elevat, leucopenie în faza acută a bolii, ulterior leucocitoză • Coprocultura pozitivă în aproape toate cazurile, chiar și în fazele tardive ale bolii, dar seroconversia la Salmonella H și antigenul O se întâlnește doar în 50 % pacienți.
Yersinia enterocolitica	• Sindromul articular debutează după 2-4 săptămâni de la infecția cu Yersinia enterocolitica • Diaree neînsemnată, de obicei cauzată de consumul apei sau laptelui infectat • Cauzează gastroenterită la copiii mici, și sindrom algic abdominal similar apendicitei la copiii mari • Într-un studiu s-a demonstrat asocierea HLA B27 la 85% din copiii cu ARe postinfecțioasă cu Y.enterocolitica
Campylobacter jejuni	• Într-o epidemie de enterită cu C.jejuni din Finlanda , 2,6% din pacienți au dezvoltat oligo- și poliartrită în 4-30 zile după

	infecția intestinală. • Bacteriologia fluidului sinovial negativ, iar 33% din pacienți aveau asociere cu HLA B27.
Chlamydia trachomatis	• Cea mai frecventă infecție cu transmitere sexuală • Este demonstrat faptul că infectarea are loc în cea mai mare parte în adolescență • Infecția asimptomatică (5 din 10 bărbați vor manifesta semne de infecție, și respectiv 3 din 10 femei vor fi simptomatice) • Simptomele infecției cu C. trachomatis: triada clasică conjunctivita, uretrita/cervicita și artrita.

C.2.3.4. Investigații paraclinice [2,5,7,11,13,14,15]

Caseta 7. Teste pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii:

- Analiza generală a sângelui, 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, uretral, sau izolare din mase fecale pe culturi celulare), 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;
- Testarea la VHB.

Caseta 8 – Recomandările pentru efectuarea investigațiilor					
Investigațiile de laborator și paraclinice		Semne sugestive pentru ARe	AMP	AMSA	AMS
Analiza generală a sângelui		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
	Metode microbiologice clasice (frotiu uretral, faringian, sau izolare din mase fecale pe culturi celulare)				
	Metode imunologice (determinarea titrului anticorpilor specifici în serul pacientului)				O
	Metode molecular-biologice (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
Puncția articulara (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologica (molecular-bilogic 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 afectate și articulațiilor sacro-iliace cu		Apreciază modificările structurale osoase și caracterizează diagnosticul, necesar pentru		O	O

aprecierea stadiului radiologic	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, cartilaginoase 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
Consultul specialiștilor – ginecolog / urolog, oftalmolog, nefrolog, dermatovenerolog, gastro-enterolog	Pentru efectuarea diagnosticului diferențial		O	O

O – obligatoriu; **R** - recomandabil

C.2.3.5. Determinarea gradului activității bolii [13,14,15]**Caseta 9. Determinarea scorului de activitate al artritei reactive (DAREA – disease activity of reactive arthritis)**

Indicii care sunt incluși în calcularea scorului

- Numărul articulațiilor tumefiate;
- Numărul articulațiilor dureroase;
- Aprecierea gradului durerii de către pacient;
- Aprecierea stării globale de pacient;
- Valoarea proteinei C-reactive mg/L

Parametrul	Manifestarea	Punctajul
Aprecierea durerii de către pacient	Lipsește	0
	Moderată	1
	Severă	2
Aprecierea stării globale	Bine	0
	Mediu	1
	Grav	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

(Eberl G, Studnicka-Benke A, et al. Development of a disease activity index for the assessment of reactive arthritis (DAREA). Rheumatology. 2000; 39: 148-155.)

C.2.3.6. Determinarea gradului de exprimare a entezitei prin scorul MASES [13,14,15]**Caseta 10. Determinarea scorului MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score) pentru durere la palpare:**

1.	prima articulație costocondrală (dreapta)	
2.	prima articulație costocondrală (stânga)	
3.	a 7-a articulație condrocostală (dreapta)	
4.	a 7-a articulație condrocostală (stânga)	
5.	spina iliaca anterosuperioară (stânga)	
6.	spina iliaca posterosuperioară (dreapta)	
7.	spina iliaca posterosuperioară (stânga)	
8.	crestele iliace (dreapta)	
9.	crestele iliace (stânga)	
10.	al 5-lea proces spinos lombar	
11.	inserția proximală a tendonului lui Ahile (dreapta)	
12.	inserția proximală a tendonului lui Ahile (stânga)	
	TOTAL (MAX 13 puncte)	

C.2.4. Diagnosticul [2,13,14,15]

C.2.4.1. Diagnosticul pozitiv – se bazează pe criteriile generale al spondiloartritelor seronegative cu excluderea semnelor spondiloartritei anchilozante și artritei psoriazice

Caseta 11. Criteriile preliminare de diagnostic al artritelor reactive la copii (modificate de Braun și al., 2000)

Criterii majore:

I. Artrita cu 2 sau 3 din următoarele caracteristici:

1. Asimetrică;
2. Monoartrită sau oligoartrită;
3. Afectarea predominant a membrelor inferioare.

II. Care au fost precedate de infecția simptomatică cu una sau două din următoarele simptome:

1. Enterita (diaree în ultimele 1 zi, 3 zile până la 6 săptămâni până la apariția artritei);
2. Uretrita (disuria sau disconfort în ultimele 1 zi, 3 zile până la 6 săptămâni până la apariția artritei).

Criterii minore:

1. Evidență de infecție (culturi bacteriologice pozitive, PCR, alte metode imune).
2. Evidență de infecție persistentă în lichidul sinovial (imunohistologic, ELISA, PCR pentru Chlamidia).

Criterii de excludere:

Alte cauze de artrită acută (artrită septică, boala Lyme, artrita poststreptococică, artrită microcristalină)

Criterii de definire:

Diagnostic pozitiv: 2 criterii majore și un criteriu minor relevant;

Diagnostic probabil: 2 criterii majore, dar fără un criteriu minor relevant, **sau** un criteriu major și unul sau mai multe criterii minore.

C.2.4.2. Diagnosticul diferențial

Caseta 12. Efectuarea diagnosticului diferențial

- Artritele postinfecțioase
Artritele virale
Febra reumatismală acută
Boala Lyme
Artrita septică, tuberculoasă, gonococică
- Bolile inflamatorii idiopatice:
AJI
Artrita din cadrul bolii Crohn, colita ulcerosă
Sindromul SAPHO (sinovită, acnee, pustule, hiperostoză, osteomielită)
Boala Behcet
Boala Kawasaki
- Maladii ortopedice:
Boala Leg kalve Perthes
Osgood Schlatter
„Durerile de creștere"
Sindrom algic idiopatic: fibromialgia, distrofia reflexă simpatică

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 ACR/EULAR.
3. Excluderea artritei septice, se efectuează prin depistarea agentului patogen în lichidul sinovial.

C.2.5. Criteriile de spitalizare a copiilor cu ARe [17,20]

Caseta 13. Criteriile de spitalizare a pacienților cu ARe

- Artrită reactivă primar depistată sau adresare primară cu semne clinice de ARe;
- Adresare repetată cu semne clinice de recădere a bolii (reapariția artritelor, sinovitei, febrei, apariția semnelor de implicare sistemică, non-responder la tratament AINS, necesitatea inițierii unui tratament remisiv);
- Apariția semnelor complicațiilor ARe (semne ale afectării cardiace, renale, afectări oculare progresive);
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului.
- Progresarea afectării articulare prin implicarea articulațiilor noi, insuficiența 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 14. Principiile de tratament ARe

- Regim (cruțător cu evitarea eforturilor fizice excesive în articulațiile afectate, cât și în prezența afectării cardiace);
- Dieta va depinde de varianta afectării prin agentul patogen: regim dietetic cruțător în vizorul sistemului gastro-intestinal sau/și excluderea condimentelor.
- Tratamentul medicamentos:
 - Preparate antibacteriene;
 - Preparate AINS;
 - Glucocorticoizi pentru administrare sistemică de scurtă durată (doar în cazul atingerilor sistemice și la eșecul preparatelor AINS);
 - Tratament remisiv;
 - Tratament local (glucocorticoizi intra-articular 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 ARe

Caseta 15. Tratamentul medicamentos al factorilor triggeri infecțioși ai ARe

Conceptul actual al patogeniei ARe indică acțiunea unui agent infecțios care declanșează boala, dar tratamentul cu antibiotice nu schimbă evoluția bolii, chiar și în cazul izolării microorganismului. În aceste cazuri antibioticele sunt folosite pentru tratarea infecției de bază, tratamentul specific pentru ARe fiind de fond DMARD (disease - modifying antirheumatic drugs – clasice și biologice).

Tratamentul antibacterian este util când infecția este documentată și cu sensibilitate documentată anume la aceste grupe de preparate – fluorchinolone și tetraciclina.

Se pot utiliza următoarele grupe de preparate (în dependență de vârstă și reacții adverse):

- Grupul tetraciclinei:
 - Doxycyclinum: masa <45 kg- 2.2 mg/kg/priza, x2 ori/zi, per os, 10-14 zile
masa >45 kg- 200mg în 1 zi de administrare, ulterior 100 mg/zi 10-14 zile (doza poate fi divizată în 2 prize), per os.
- Grupul macrolidelor:
 - Clarithromycinum 15 mg/kg/zi în 2 prize, per os, 10-14 zile
 - Azithromycinum – 10 mg/kg/zi, o priză, per os, 7 zile

- Roxithromycinum - 300 mg/zi, per os, 10-14 zile
- Fluorochinolone (a fi administrate pentru o perioadă de 10-14 zile):
 - Ciprofloxacinum – 20-30 mg/kg/zi, divizata în 2 prize (la interval de 12h), doza maximă/zi 1,5 g
 - Levofloxacinum- admisibil de la vârsta de 6 luni; masa < 50 kg- 8 mg/kg/zi fiecare 12 h, per os sau i/v, doza maxima 250 mg/zi; masa > 50 kg- 500 mg/zi.

Sunt prezentate date despre eficacitatea asocierii grupurilor macrolide, apoi fluorochinolone sau tetraciclone, apoi chinolone. Durata optimă a terapiei antibacteriene este de 10-14 zile, prelungirea acesteia poate aduce beneficii terapeutice.

Caseta 16. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate AINS

Sunt indicate pentru combaterea artralgiilor și semnelor de artrită.

Obligatori:

Naproxenum: 15 mg/kg/zi, 2 prize/zi, per os sau

Ibuprofenum: 20-40 mg/kg/zi, 3 prize/zi, per os sau

Diclofenacum: 1-3 mg/kg/zi, 1-2 prize/zi, per os sau i/muscular

Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis. Gregor Dueckers, 2012. AINS: Preparatele recomandate pentru tratamentul artritei: Diclofenacum, Naproxenum, Ibuprofenum, Indometacinum (nivel de evidență I, II, grad de recomandare A). Durata de administrare 7-21 zile.

Notă: Este necesară monitorizarea continuă a reacțiilor adverse la tratament cu AINS – nausea, 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 analizei generale a sângelui, creatininei, ureei și transaminazelor.

Caseta 17. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate glucocorticoizi

Glucocorticoizi sistemici se administrează în special la pacienții ce nu răspund la tratament cu preparate AINS sau care prezintă reacții adverse către AINS, în prezența semnelor obiective de inflamație sau în prezența dovezilor atingerilor sistemice. Durata tratamentului nu va depăși 10-14 zile.

Pot fi folosite:

- **Prednisolonum** 5-15 mg/zi, per os, 1-2 prize/zi, în funcție de gradul exprimării procesului inflamator, atingerilor sistemice și răspuns la tratament;
- **Methylprednisolonum** 4-8 mg/zi, per os, 1-2 prize/zi, în funcție de gradul exprimării procesului inflamator, atingerilor sistemice și răspuns la tratament

Glucocorticoizi intraarticular (triamcinolon acetamid)- 0,5 ml/articulații mici, 1 ml-articulații mari, o singură priză.

Caseta 18. Tratamentul medicamentos al ARe cu antireumatice specifice (remisiv – DMARD)

La pacienții cu formele cronice sau persistente de ARe în pofida folosirii medicației sus-numite, pot fi folosite medicamente de linia a doua, preparatele antireumatice specifice DMARD.

Sulfasalazinum –Doza utilă terapeutic este de 1,5- 2 g/24h, cu creștere treptată de la o doză inițială de 500 mg/zi, testînd toleranța și eficiența. Lipsa eficienței constatată după 4 luni de tratament, obligă la stoparea administrării.

Methotrexatum 7,5-12,5-15 mg/săptămână, oral sau intramuscular în asociere urmat de administrarea - Acidum folicum (5 mg/săptămână sau 1 mg zilnic – în afara zilelor de administrare de Methotrexatum). Este indicat la ineficiența Sulfasalazinum, în afectările axiale, în cazul atingerilor sistemice, la o progresie rapidă a bolii (chisturi, eroziuni articulare)

Notă:

- Pentru a monitoriza posibilitatea apariției reacțiilor adverse se va examina analiza generală a sângelui (monitorizată de 2 ori pe lună) și transaminazele (monitorizate o dată pe lună);
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii, se va efectua reevaluarea pacientului în vederea prezenței altor maladii articulare așa ca artrita juvenilă;
- La inițierea tratamentului se indică teste hepatice (ALAT, ASAT, fosfataza alcalină, proteinele serice, serologia pentru virusurile hepatice B și C);
- La pacienții cu teste hepatice anormale, infecție cronică cu VHB sau VHC se va întrerupe administrarea MTX.

Caseta 19. Tratamentul medicamentos de fond biologic al ARe (remisiv – DMARD biologic) Nivel de evidență Ia [2,8,12].

Posedă acțiune țintită asupra unui anumit component al sistemului imun. Au potențial remisiv sporit, demonstrat pe studii clinice. Prezintă alternativa de linia a doua în cazul lipsei efectului la tratamentul cu DMARD clasic. Cel mai redutabil efect advers – complicații infecțioase primare sau exacerbarea celor latente.

- **Anti-TNF α (Infliximabum, Adalimumabum, Golimumabum, Etanerceptum*)**

Contraindicații – infecții recurente, tuberculoză, maladiile demielinizante, neoplasme, insuficiența cardiacă, sarcina, alăptarea, imunizarea cu vaccinuri vii

Efecte adverse – complicații infecțioase, tuberculoza, inducerea maladiilor autoimune, neoplasmelor

Monitorizare paraclinică -ALAT, ASAT, bilirubina totală, analiza generală a sângelui anticorpi antinucleari – în caz de semne clinice și paraclinice de lupus eritematos de sistem; radiologia pulmonară – 1 la 3 luni; testare cutanată tuberculinică – 1 la 6 luni.

Se administrează conform schemei standard – vezi Protocolul Clinic Național Artrita juvenilă idiopatică!!!

Adalimumabum, Golimumabum, Etanerceptum* - sunt preparate anti-TNF α de nivelul doi, pentru pacienții non-responderi la Infliximabum.

C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al ARe

Caseta 20. 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 [17]

Caseta 21. Aprecierea pronosticului în ARe

S-au sistematizat factori de pronostic nefavorabil, cu valoare predictivă negativă în primii doi ani de la debut. Factori de predicție negativă:

1. artrita coxofemurală
2. VSH > 30 mm/oră
3. limitare a mobilității coloanei lombare
4. deget „în crenvurșt”
5. oligoartrită
6. HLA-B27+
7. infecția HIV/SIDA
8. infecția VHB
9. debut la vârstă ≤ 16 ani
10. eficiență slabă a AINS

- prezența a 3 factori la debut – semnificație predictivă negativă
- afectarea coxofemurală are cea mai importantă semnificație de predicție negativă

C.2.8. Supravegherea pacienților cu ARe [7,13,14,16,18,20,21]

Caseta 22. Supravegherea copiilor cu ARe

- 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;
 - analiza generală a sângelui;
 - analiza generală a urinei;
 - 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;
 - scintigrafia scheletică

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu ARe de către pediatru reumatolog:

- Controlul eficacității tratamentului la 14 și 28 zile după externare;
- Reevaluarea pacientului în vederea eficacității tratamentului DMARD și posibilelor reacții adverse – o dată în lună primele 4 luni, apoi o dată la 2 luni 12 luni;
- Cooperarea cu alte specialități – fizio/kinetoterapeut, 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 ARe [7,13,14,20,21]

Caseta 23. Complicațiile ARe

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

Caseta 23. Complicațiile cele mai frecvente în urma tratamentului ARe

- Afectarea tractului gastro-intestinal: sindromul dispeptic, gastrită, duodenită, boala ulceroasă, colită pseudomembranoasă, disbacterioza intestinală;
- Afectarea toxică hepatică (hepatita), glandei pancreatice (pancreatita), hematologică, a rinichilor;
- Rezistența bacteriană;
- Acutizarea infecțiilor recurente (în cadrul tratamentului de bază– DMARD);
- Reacții alergice;
- Osteoporoza secundară;

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatori de servicii de asistență medicală primară	Personal: • medic de familie • medic pediatru • asistent/ă medicală de familie
	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinarea: (analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul).
	Medicamente pentru prescriere [casetele 13-16]: • Antibiotice (macrolide, fluorochinolone, chinolone) • AINS; • Glucocorticoizi (per os) • Preparate DMARDs <i>Notă:</i> Glucocorticoizii și preparatele DMARD se vor indica la etapa de AMP doar după consultul și indicațiile unui specialist pediatru reumatolog!
D.2 Prestatori de servicii de asistență medicală specializată de ambulator	Personal: • pediatru reumatolog • asistente medicale.
	Aparataj, utilaj: • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ecocardiograf • ultrasonograf • oftalmoscop • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: (analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul).
	Medicamente pentru prescriere [casetele 13-16]: • Antibiotice (marolide, fluorochinolone, chinolone) • AINS • Glucocorticoizi (per os) • Preparate DMARDs <i>Notă:</i> tratamentul se va continua la necesitate după etapa spitalicească.
D.3. Prestatori de	Personal:

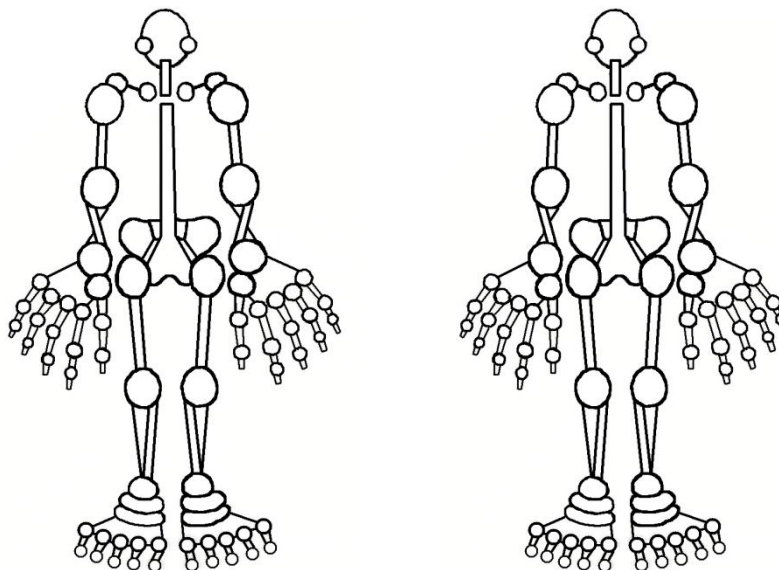
servicii de asistență medicală spitalicească: Secția de reumatologie pediatrică a IMSP Institutul Mamei și Copilului	• pediatru-reumatolog pediatru • asistente medicale • acces la consultul calificat: ginecolog/urolog, nefrolog, neurolog, oftalmolog, ortoped, fizioterapeut, kinetoterapeut Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • ecocardiograf; • oftalmoscop; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (analizei generale a sângelui, 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 13-16]: • Antibiotice (macrolide, fluoroquinolone, chinolone); • AINS; • Glucocorticoizi (per os, soluție); • Preparate DMARDs.
--	---

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

**ANEXA 1. FORMULARUL DE CONSULTAȚIE ȘI EVIDENȚĂ A COPILULUI CU ARE
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			
Analiza generală a sângelui + 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.)

TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trece data începerii și data întreruperii fiecărei doze)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTUL DE FOND ACTUAL1. **Sulfasalazinum**. Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de Sulfasalazinum?

DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

2. **Methotrexatum (MTX)**. Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX?

DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATA (anexați documentele medicale) a Sulfasalazinum sau MTX, furnizați detalii privitor la terapia de fond _____

	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.

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC STANDARDIZAT "ARTRITA REACTIVĂ LA COPII"		
	Domenii/parametri evaluați	Codificarea
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
4	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu se cunoaște
5	Genul/sexul pacientului	0 = masculin; 1 = feminin; 9 = nu este specificat.
6	Categoria Artritei reactive la copii	Forma urogenitală [a] = 1; Forma enterocolitică [b] = 2; Poststreptococică [c]=3.
INTERNAREA		
7	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
8	Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
9	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
10	Biroul de internare	Secția de profil terapeutic = 0; Secția de profil chirurgical = 1; Secția de terapie intensivă = 2;
11	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		
12	Evaluarea semnelor critice clinice	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
13	Anamneza	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
14	Examenul fizic , incluzând evaluarea statutului funcțional	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
15	Investigații paraclinice	Au fost efectuate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16	Determinarea scorului de activitate DAREA	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
17	Aprecierea pronosticului în Are	A fost evaluat: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
18	Aprecierea factorilor de risc	Au fost estimați după internare: nu = 0; da = 1
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR		
19	Pacienții internați de urgență în staționar	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20	Pacienții internați programat cu îndreptare de la CMF	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
TRATAMENTUL		
21	Tratament antibacterian	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
22	Tratament cu AINS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
23	Tratament de fond DMARD	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
24	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
		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		
25	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

Anexa 3. Ghid pentru părinți

Artrita reactivă posturogenitală/enterocolitică

Artrita reactivă este o inflamație a articulațiilor care apare **ca răspuns la o infecție** în altă parte a corpului. Aceasta nu este o infecție directă a articulației, ci un răspuns imunologic la o infecție, cel mai adesea bacteriană.

- Poate afecta genunchii, gleznele, picioarele sau mâinile.
- Se manifestă de obicei **la 1–4 săptămâni după o infecție**.

Artrita reactivă la copii este declanșată de o infecție, cum ar fi:

- Infecții bacteriene intestinale: *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*.
- Infecții urogenitale
- Factori genetici: prezența genei **HLA-B27** poate crește riscul.

Simptome frecvente

- Umflarea, durerea sau rigiditatea unei articulații (de obicei genunchi, glezne).
- Dificultăți la mers sau activități fizice.
- Febră ușoară sau stare generală de rău.
- Oboseală sau conjunctivită (ochi roșii, iritați).

Simptomele apar de obicei după o infecție recentă și pot fi intermitente. Medicul pediatru sau reumatologul pediatru pentru diagnostic poate recomanda: analize de sânge și urină pentru a detecta inflamația și infecțiile recente, teste pentru factorul HLA-B27, dacă este cazul, radiografii sau ecografii ale articulațiilor afectate.

Tratamentul urmărește reducerea inflamației, a durerii și prevenirea complicațiilor:

1. **Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)** – pentru durere și inflamație.
2. **Glucocorticoizi** – în cazuri severe sau persistente.
3. **Tratamentul infecției** care a declanșat artrita (dacă este activă).
4. **Fizioterapie și exerciții ușoare** – mențin mobilitatea articulațiilor.
5. **Monitorizare regulată** – vizite la reumatolog pentru urmărirea evoluției.

Măsurile de prevenție sunt: igiena corectă: spălatul pe mâini și consumul de alimente gătit, tratamentul prompt al infecțiilor bacteriene, observarea atentă a simptomelor articulare după infecții. Pronostic: majoritatea copiilor se recuperează complet în câteva săptămâni până la câteva luni; uneori, artrita poate recidiva sau poate deveni cronică, mai ales la copiii cu HLA-B27 pozitiv; supravegherea medicală previne complicațiile și ajută la identificarea formelor severe.

Sfaturi pentru părinți

- Observați orice articulație umflată sau dureroasă după o infecție.
- Încurajați copilul să facă mișcare ușoară și să evite efortul excesiv.
- Nu ignorați durerile articulare persistente.
- Urmăriți cu strictețe schema de tratament prescrisă de medic.

Artrita reactivă este o afecțiune tratabilă. Diagnosticul precoce și supravegherea medicală adecvată asigură recuperarea completă și o viață activă și sănătoasă pentru copil.

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, 2005:315-319
4. Dueckers Gregor et al. Evidence and consensus based GKJR guidelines for the treatment of juvenile idiopathic arthritis, 2012
5. Migliorini F, Bell A, Vaishya R, Eschweiler J, Hildebrand F, Maffulli N. Reactive arthritis following COVID-19 current evidence, diagnosis, and management strategies. J Orthop Surg Res. 2023;18(1):205.
6. Bănicioiu-Covei S., Vreju A. F., Rosu A., Ciurea P. L. The Importance of HLA-B27 in the Evolution of Reactive Arthritis // Current Health Sciences Journal. – 2019. – V. 45, № 4. – P. 345-352
7. Holand Richard, Barnsley L., Viral arthritis, Australian Family Physician Vol. 42, No. 11, november 2013
8. Linder Jeffrey et al. Antibiotic treatment of children with sore throat. JAMA. 2005;294(18):2315-2322
9. Tugelbayeva A, Ivanova R, Goremykina M, Rymbayeva T, Toktabayeva B. REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN (REVIEW). Georgian Med News. 2021 Feb;(311):130-135. PMID: 33814406.
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. Protocol clinic național, Artrita reactivă la adult, Ministerul Sănătății Republicii Moldova, Chișinău, 2009
12. Revenco N, Pediatrie, Chișinău 2014
13. 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
14. Roggen I, van Berlaer G, Gordts F, et al. Centor criteria in children in a paediatric emergency department: for what it is worth. BMJ Open 2013; 3: e002712. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002712
15. Rohekar S, Tsui FW, Tsui HW, Xi N, Riarh R, Bilotta R, et al. Symptomatic acute reactive arthritis after an outbreak of salmonella. J Rheumatol. Aug 2008;35(8):1599-602.
16. Alshaya M, Almutairi N, Alrasheed A, Albanaqi I, Laxer RM, Alhammad A. Reactive Arthritis in Children: Case Report, Narrative Review and Proposed Therapy. Curr Pediatr Rev. 2024;20(4):444-452. doi: 10.2174/1573396320666230913103007. PMID: 37702166.
17. Jubber, Ameen & Moorthy, Arumugam. (2021). Reactive Arthritis: A Clinical Review. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 51. 288-297. 10.4997/JRCPE.2021.319.
18. Paediatric Innovation, Education and Research (PIER) Network. Management of Swollen Joints in Children. 2021. Online guideline/pathway; triage and diagnostic guidance.
19. Infectious Diseases Society of America, Pediatric Infectious Diseases Society. Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Arthritis in Pediatrics. Clinical Infectious Diseases. 2023. Important differential diagnosis guidance.
20. Anonymous, et al. Modern reactive arthritis in children — views on the problem. Contemporary Pediatrics Review. 2024. Epidemiology, HLA-B27, and controversies.
21. EULAR / PReS. Consensus and Recommendations for Pediatric Rheumatology (various entities). 2023. EULAR/PReS official documents; includes recommendations applicable to inflammatory arthritis in children.