

SOCIETATEA ROMANA DE REUMATOLOGIE PEDIATRICA

GHID

PENTRU TRATAMENTUL ARTRITEI IDIOPATICE JUVENILE

**(Proiect supus dezbaterii specialistilor din domeniul reumatologiei si
pediatriei)**

- 1. INTRODUCERE**
- 2. OBIECTIVELE TRATAMENTULUI**
- 3. CRITERIILE ILAR PENTRU DIAGNOSTICUL ARTRITEI
IDIOPATICE JUVENILE (AIJ)**
- 4. CLASIFICAREA ARTRITEI IDIOPATICE JUVENILE**
- 5. EVALUAREA CLINICA SI A FACTORILOR CARE INFLUENTEAZA
DECIZIA TERAPEUTICA**
- 6. METODE DE TRATAMENT**
 - 6.1.Tratamentul farmacologic**
 - 6.1.2.Tratamentul simptomatic al AIJ**
 - 6.1.3.Tratamentul remisiv clasic (DMARD'S)**
 - 6.1.4.Agentii biologici**
 - 6.2.Tratamentul chirurgical**
 - 6.3. Fizioterapia si terapia ocupatională**
 - 6.4.Orientarea fenotipica a tratamentului AIJ**
- 7. TRATAMENTUL COMPLICATIILOR INVALIDANTE SAU CU RISC
VITAL ALE AIJ**
 - 7.1.Tratamentul uveitelor reumatismale**
 - 7.2.Tratamentul sindromului de activare macrofagică**
- 8. REMISIUNEA AIJ SI MANAGEMENTUL SĂU**
- 9. MONITORIZAREA PACIENTULUI CU AIJ**

1. INTRODUCERE

În ultimii 20 de ani s-au înregistrat poate cele mai importante progrese din istoria acestei boli: o nouă clasificare, definirea ameliorării pe baza unei evaluări standardizate, o mai bună înțelegere a mecanismelor imunogenetice, studii terapeutice atât asupra medicamentelor remisive conventionale, cât mai ales asupra noilor produse obținute prin bioinginerie cunoscute ca agenți biologici, la toate acestea putându-se adăuga sursele de informare *online*.

2.OBIECTIVELE TRATAMENTULUI

2.1.Pe termen scurt :

- Controlul inflamației
- Reducerea distrugerilor articular
- Prevenirea handicapului funcțional
- Ameliorarea calității vieții

2.2.Pe termen lung:

- Remisiunea bolii
- Minimizarea efectelor secundare ale bolii și ale tratamentului
- Promovarea creșterii și dezvoltării normale
- Recuperare
- Educație

3.CRITERIILE ILAR PENTRU DIAGNOSTICUL ARTRITEI IDIOPATICE JUVENILE (AIJ)

Diagnosticul pozitiv al AIJ, eminent clinic, impune după confirmarea artritei, îndeplinirea criteriilor ILAR: **artrită de etiologie necunoscută care debutează înaintea vârstei de 16 ani și persistă cel puțin șase săptămâni**. Artrita, diferită de la un subtip la altul, este confirmată fie de **tumefacția articulară**, fie de **2** din următoarele **4** modificări: **durere, căldură locală, durere la palpare sau limitarea mișcărilor articulare**.

4. CLASIFICARE (Tabel I)

Clasificarea ILAR a AIJ, Durban 1997

- 1. Artrita sistemică**
- 2. Oligoartrita**
 - a. Persistentă**
 - b. Extensivă**
- 3. Poliartrita FR negativă**
- 4. Poliartrita FR pozitivă**
- 5. Artrita psoriazică**
- 6. Artrita asociată entezitei**
- 7. Artrita nediferențiată**
 - a. Nu corespunde niciunei categorii**
 - b. Corespunde la mai mult decât o categorie**

From Petty RE, Southwood TR, Baum J et al: Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997, J Rheumatol 25:199-1994, 1998.

In tabelul Tabelele II si III sunt redate criteriile de diferentiere intre subtipurile artritei idiopatice juvenile

| |
|--|
| a) Psoriazis sau anamneză familială pozitivă la rude de gradul I |
| b) Artrită la un băiat mai mare de 6 ani cu HLA-B27 pozitiv |
| c) Spondilită ankilozantă, artrită asociată entezitei, sacroiliită asociată cu boala inflamatoare a intestinului, sindrom Reiter sau istoric familial pozitiv pentru acestea |
| d) FR pozitiv la 2 examinări la interval de cel puțin 3 luni |
| e) Artrită sistemică |

| AIJ | Criterii de excludere |
|----------------------------------|-----------------------|
| Artrita sistemică | a,b,c,d |
| Oligoartrita | a,b,c,d,e |
| Poliartrita FR negativă | a,b,c,d,e |
| Poliartrita FR pozitivă | a,b,c,e |
| Artrita psoriazică | b,c,d,e |
| Artrita asociată entezitei (AAE) | a,d,e |

5. EVALUAREA CLINICA SI A FACTORILOR CARE INFLUENTEAZA

DECIZIA TERAPEUTICA se refera la elementele de prognostic negativ si la nivelurile de activitate a bolii: redus, moderat, inalt, in conformitate cu recomandarile de tratament pentru Artrita Idiopatica Juvenila ale ACR-2011.

6. METODE DE TRATAMENT

6.1.Tratamentul farmacologic

6.1.2.Tratamentul simptomatic al AIJ

Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) reprezintă o componentă esențială a tratamentului. Toate AINS interferează în diferite grade metabolismul cicloxigenazei, responsabilă de producția de prostaglandine, mediatori importanți ai inflamației, realizând astfel diminuarea durerii și reducerea febrei. Deși mai rar la copii, toate AINS provoacă efecte adverse gastrice, hepatice, renale și cutanate. Este deja intrată în rutină

asocierea cu antagoniști H₂ sau cu inhibitori de pompă de protoni. In Tabelul IV sunt prezentate AINS aprobate la copiii cu AIJ (In SUA).

Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene utilizate in AIJ

| Medicament | Doza/doză mg/kg | Număr doze/zi | Doza/zi mg/kg |
|------------------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------|
| Ibuprofen | 10 | 3-4 | 30-50 |
| Naproxen | 5-10 | 2 | 10-20 |
| Diclofenac | 1 | 2-3 | 2-3 (max.150mg/zi) |
| Tolmetin (la copii ≥ 2 ani) | 5-7 | 3-4 | 15-30 (600-1800mg/zi) |
| Piroxicam | <15kg : 5mg/zi | 1 | 5mg/zi |
| | 16-25kg:10mg/zi | 1 | 10mg/zi |
| | 26-45kg:15mg/zi | 1 | 15mg/zi |
| | >46 kg: 20mg/zi | 1 | 20mg/zi |
| Celecoxib (la copii ≥ 2 ani) | ≥10-≤ 25kg:50mg de 2x/zi | 2 | 100mg/zi |
| | >25kg: 100mg de 2x/zi | 2 | 200mg/zi |

Corticosteroizii ocupa încă un loc important în tratamentul AIJ deși introducerea medicamentelor remisive (*disease-modifying anti-rheumatic drugs: DMARD*) și în special a metotrexatului (MTX) , iar mai recent a agenților biologici, a redus dramatic

„dependentă” de corticosteroizi. Este preferată administrarea locală în special în oligoartrite (triamcinolon hexacetonid : 1mg/kg /doză intraarticular în cazul articulațiilor mari, fără a depăși 40 mg; 0,5 mg/kg pentru articulațiile mai mici; 2-4 mg/articulație pentru articulațiile interfalangiene, sub anestezie generală la copii de vârstă mică) (35), în timp ce administrarea sistemică pe cale IV (pulsterapia cu metilprednisolon 30mg/kg/zi, 3 zile consecutiv) sau *per os* (prednison, prednisolon) este rezervată pentru inducerea remisiunii în formele severe de artrită sistemică și în uveite.

6.1.3.Tratamentul remisiv clasic (DMARD’S)

Metotrexatul (MTX) este medicamentul remisiv de primă alegere, fiind foarte eficient în majoritatea subtipurilor AIJ. Dozele uzuale: 10-15 mg/m²/săptămână (până la 0,6 mg/kg/săptămână), fără a depăși 20 mg/săptămână. În caz de intoleranță sau de ineficiență după administrarea orală, se poate recurge la administrarea subcutanată sau intramusculară. Alte efecte adverse posibile includ pneumonia interstitală, ulceratiile orale, diareea, ciroza hepatică, dermatita, alopecia și fotosensibilitatea

Leflunomida este indicată ca alternativă la MTX atunci când acesta este ineficient sau rău tolerat, înainte de a se recurge la tratamentul biologic. Doză de încărcare: sub 20 kg, 100 mg timp de 1 zi, apoi 10 mg la 2 zile (discontinuu); între 20-40 kg, 100mg timp de 2 zile, apoi 10 mg/zi; peste 40 kg, 100mg timp de 3 zile , apoi 10-20 mg/zi.

Sulfasalazina (SSZ) este foarte eficientă în Artrita Asociată Entezitei (AAE) și mult mai puțin în celelalte forme. Sulfasalazina se asociază la tratamentul cu AINS atunci când acesta nu este eficient, dar fără a-l întrerupe. Posologia prevede startul cu doze mici, de 10 (25) mg/kg/zi, crescând la nevoie, treptat, până la 50mg/kg/zi, dar fără a depăși 2g/zi, repartizată în 2-3 administrări zilnice, după mese, cu un supliment de lichide de 200 ml la fiecare. Efectele adverse apar la 11-31% dintre bolnavi: greață, disconfort abdominal, diaree, ulceratii bucale, exantem, creșterea transaminazelor, febră și supresie medulară, impunând monitorizarea periodică a hemogramei, transaminazelor și a examenului de urină.

Ciclosporina este indicată în unele cazuri refractare de artrită asociată entezitei, artrită sistemică și uveită. Efecte adverse (rare la dozele utilizate în AIJ): hipertricoza, hipertensiunea, nefrotoxicitatea, hepatotoxicitatea, sindromul de encefalopatie posterioară

reversibilă și hipertrofia gingivală. Doza inițială pentru administrarea orală este de 2,5-3 mg/kg/zi în 1-2 prize. După 4-8 săptămâni, doza poate fi crescută cu câte 0,5-1mg/kg/zi pe paliere de 1-2 luni până la atingerea dozei maxime de 5mg/kg/zi. După 3 luni de la stabilizarea bolii, se trece la reducerea treptată a dozelor cu câte 0,5 mg/kg/zi la intervale de 1-2 luni până la cea mai mică doză care menține rezultatele favorabile obținute.

6.1.4. Agentii biologici probează o ameliorare dramatică a evoluției majorității fenotipurilor AIJ. Dintre medicamentele biologice, cele mai cunoscute în pediatrie sunt blocanții factorului de necroză tumorală alfa.

Tabel V

Medicamente biologice aprobate în România pentru tratamentul AIJ

| Denumire | Mecanism de acțiune | Indicații | Doze |
|----------------------------|--|---|---|
| Etanercept (Enbrel) | Moleculă de fuziune a doi receptori TNF p75 umani solubili care se leagă de TNF α | AIJ cu evoluție poliart. rezistentă la MTX după vârsta de 2 ani | 0,4mg/kg sc de 2 ori/săpt. (max. 25mg/ doză) |
| Adalimumab (Humira) | IgG1 umani recombinati care se leagă de TNF α , prevenind legarea de TNFR | idem, după v. de 4 ani | 24 mg/m ² s.c. la 2 săpt. (max.40mg), sau: copii 15-30 kg: 20mg; copii >30 kg: 40mg s.c.la 2 săptămâni |
| Tocilizumab (RoActemra) | Blocant al IL-6 | Artrita sistemică, după vârsta de 2 ani | 12mg/Kg/doza la pacienții cu greutatea sub 30Kg; 8mg/kg/doză peste 30Kg greutate corporală în perf. iv la interval de 2 săptămâni |

| | | | |
|------------------------|-------------------------|--|---|
| Abatacept (Orencia) | Blocant al costimulării | AIJ cu evoluție poliarticulară, după vârsta de 6 ani | 10mg/kg în perf. i.v. la interval de 1 lună |
|------------------------|-------------------------|--|---|

Criterii de includere a pacienților cu artrita idiopatică juvenilă în tratamentul cu blocați de TNF α (Etanercept, Adalimumab), anti-IL-6 (Tocilizumab) și inhibitori ai costimularii (Abatacept):

1. Vârsta

- 1.1. pacienți cu vârsta între 2-17 ani - Etanercept
- 1.2. pacienți cu vârsta între 2-17 ani - Tocilizumab
- 1.3. pacienți cu vârsta între 4-17ani - Adalimumab
- 1.4. pacienți cu vârsta între 6-17ani - Abatacept

2. Forme active de boală, identificate pe baza următoarelor semne clinice:

- A. cel puțin 5 articulații tumefiate
și
- B. cel puțin 3 articulații cu mobilitatea diminuată și durere la mișcare, sensibilitate la presiune sau ambele
- C. prezența manifestărilor de mai sus în ciuda tratamentului cu cel puțin un medicament remisiv conventional (DMARD) dintre:
 - **Methotrexat** în doză de 0,6 mg/kg/săptămână sau 10 – 15 mg/m²/săptămână fără a depăși doza de 20 mg/săptămână (doza adultului) timp de 3 luni sau au prezentat reacții adverse inacceptabile la acesta
 - **Sulfasalazina** în doză de 50 mg/kg/zi timp de 3 luni sau, au prezentat reacții adverse inacceptabile la aceasta sau
 - **Boala nu a putut fi controlată decât prin corticoterapie generală** cu doze care expun copilul la reacții adverse inacceptabile (peste 0,25 mg/kg/24 ore echivalent prednisonum).

Scheme terapeutice cu medicamente biologice aprobate pentru tratamentul AIJ în România

Etanercept în doză de 0,4 mg/kg, administrat subcutanat de două ori pe săptămână la

interval de 3 zile, va fi efectuat, potrivit schemei terapeutice, sub supravegherea medicului curant și va fi continuat în principiu pe o durată nelimitată, evaluările fiind făcute la intervale de 6 luni, cu condiția ca tratamentul să se fi dovedit eficient. Dacă la 6 luni de la inițiere nu se înregistrează ameliorarea conform ACR 30 – Pedi, bolnavul va fi declarat *non-responder*, iar tratamentul va fi întrerupt.

Adalimumab, în doză de 24 mg/mp (suprafata corporala) sau 40 mg pentru cei cu vârsta peste 13 ani, se administrează subcutanat, la interval de două săptămâni. Datele disponibile sugerează că răspunsul clinic se obține de regulă în cursul a 12 săptămâni de tratament. Continuarea tratamentului, în cazul pacienților care nu răspund la tratament în acest interval de timp, va fi reevaluată

Tocilizumab in doza de 8 mg/kg la pacientii de peste 30 kg si de 12 mg/kg la pacientii de pana in 30 kg in perfuzie i.v. cu durata de 1 ora la interval de 2 saptamani

Abatacept in doza de in doza de 10 mg/kg i.v.in perfuzie de 30 de minute la interval de 1 luna la copiii cu greutatea mai mica de 75 de kilograme, fara a depasi doza de 750 mg; bolnavii cu greutatea de 75 de kg sau peste ar trebui sa primeasca doza adultului (750-1000mg).

Evaluarea răspunsului la tratamentul biologic

Pe baza evoluției **scorurilor CSD** (Core Set Data of American College of Rheumatology, 1997, adaptat): **1.număr total de articulații afectate 2.scara vizuală analogă /pacient (SVAp) 3. scara vizuală analogă/medic (SVAm) 4.CHAQ 5.VSH și CRP.**

Definirea ameliorării: **a.1.** $\geq 30\%$ reducere a scorului în cel puțin 3 din cele 5 criterii și (eventual); **a.2.** $\geq 30\%$ creștere a scorului în nu mai mult decât unul dintre cele 5 criterii.

Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) pentru evaluare functionala.Sistemul presupune evaluarea activitatilor copilului prin calificative de la 0-3 (0: situația cea mai bună, perfect sănătos; 1: efectuare cu puțină dificultate; 2:efectuare cu multă dificultate; 3: situația cea mai rea în care bolnavul nu poate efectua ceea ce i se cere), pentru următoarele 8 domenii :

a.Ridicare b. Deplasare c.Igienă d. Îmbrăcare e.Alimentație f. Prehensiune g. Activități cotidiene h. Realizarea scopurilor

Criteriile de excludere a tratamentului cu agenti biologici se refera la:

1. fete gravide, care alăptează sau fete active din punct de vedere sexual care nu utilizează mijloace contraceptive eficiente;
2. infecții severe precum: sepsis, abcese, infecții oportuniste, infecție a unei proteze articulare aflate in situ etc;
3. tuberculoză activă
4. afecțiuni maligne
5. bolnavi cu insuficiență cardiacă congestivă severă (NYHA III-IV)

6. bolnavi cu LES sau sindroame lupus-like
7. reacții de hipersensibilitate la substanța activă sau la excipienți (anafilaxie, reacții anafilactoide)

N.B.1.La inițierea tratamentului cu agenți biologici, este obligatorie menționarea rezultatului testării Quantiferon TB Gold Test (teste imunologice de tip IGRA: Interferon Gamma Release Assay).

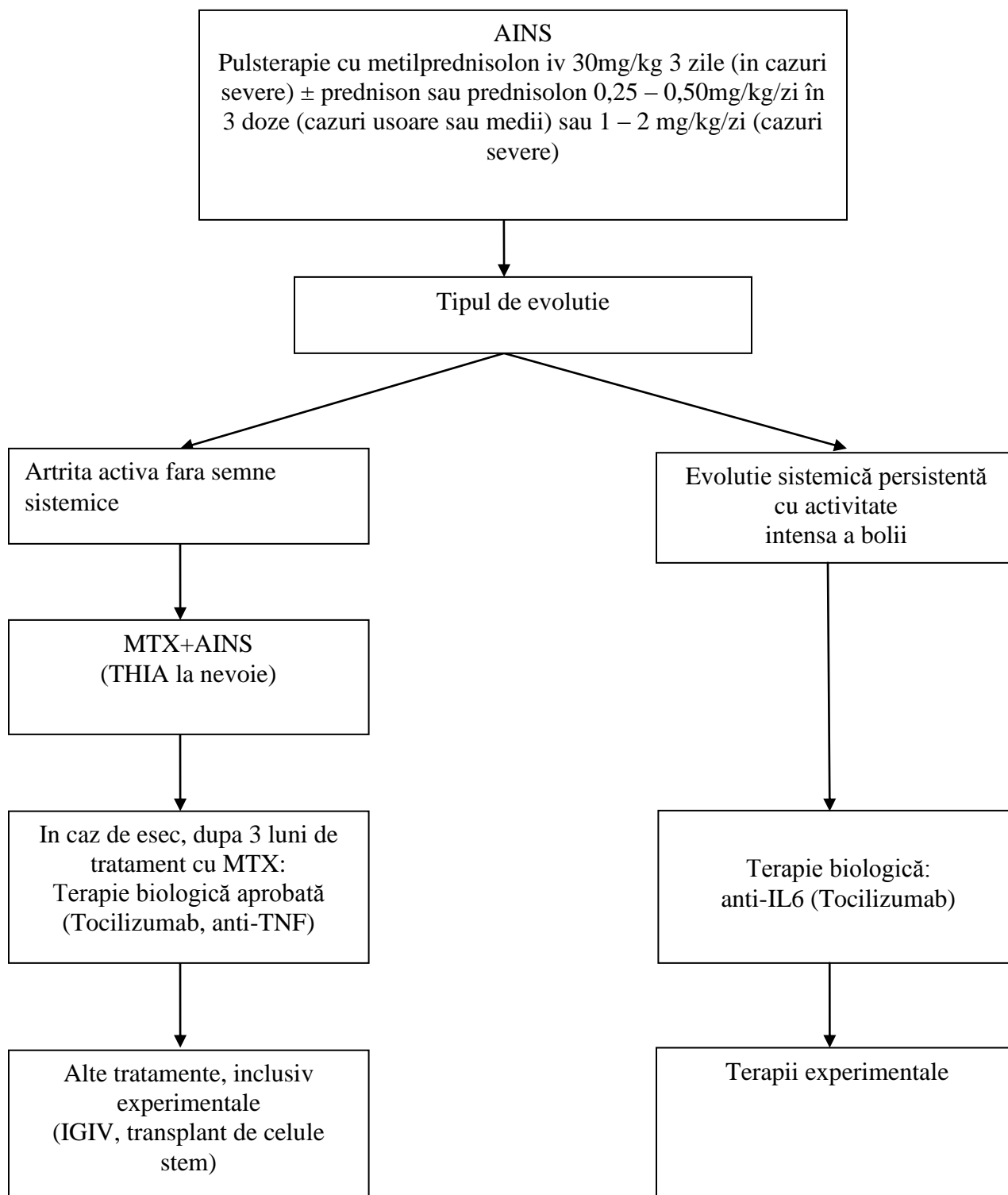
N.B.2.De asemenea, înaintea inițierii tratamentelor biologice, bolnavii vor fi testați obligatoriu pentru virusurile hepatitice B și C din cauza riscului de activare a acestora sub tratament.

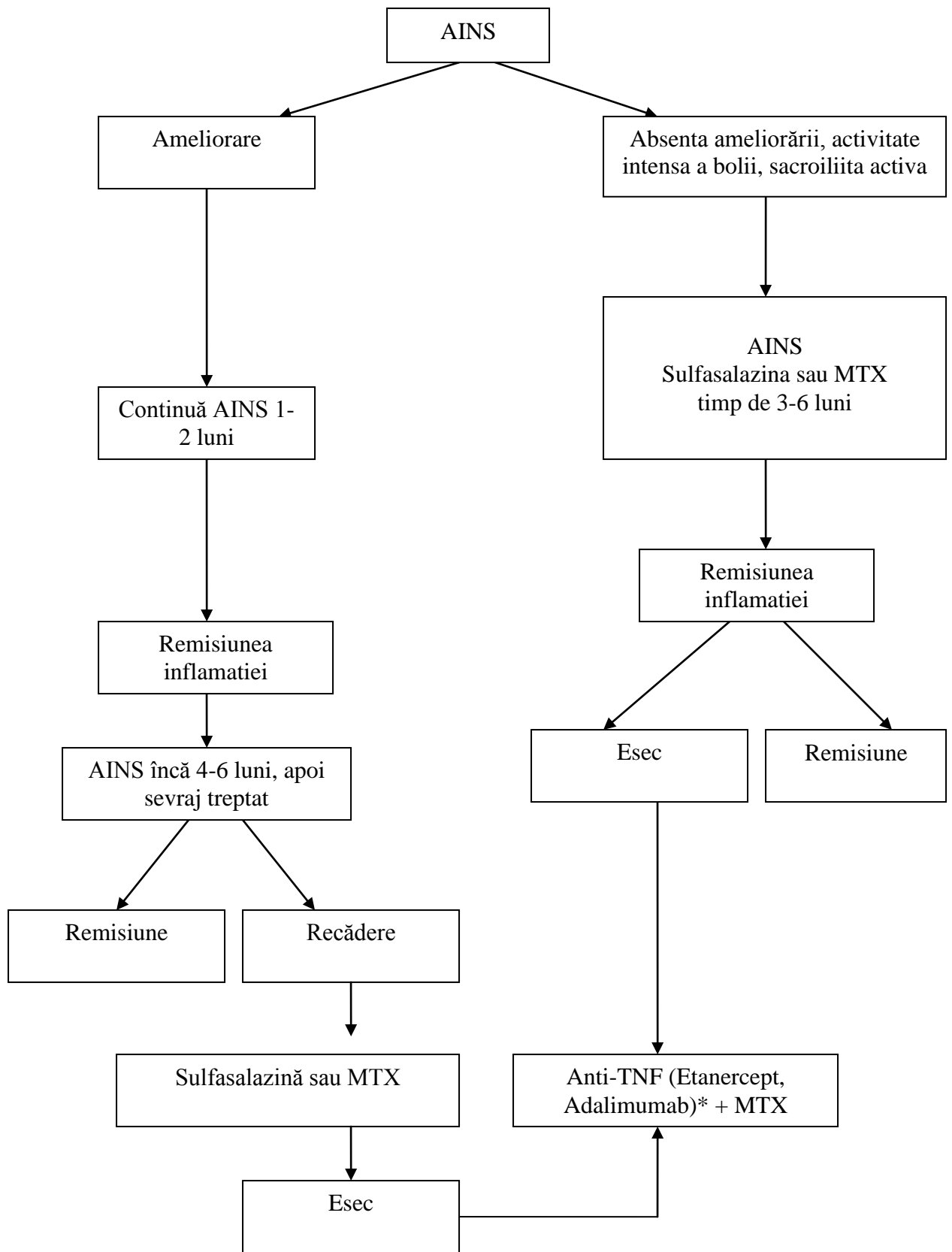
6.2.Tratamentul chirurgical vizează în special protezarea articulară. În prezent se pot proteza articulațiile soldului, genunchiului și umărului, iar în centre specializate se practică chirurgia reconstructivă a pumnului, cotului, gleznei și piciorului.). Contribuția ortopediei în domeniul diagnosticului și tratamentului AIJ a devenit de asemenea remarcabilă după introducerea artroscopiei, în special la nivelul genunchiului, prin utilizarea corticoterapiei intraarticulare și a sinovectomiei artroscopice în cazurile refractare.

6.3. Fizioterapia și terapia ocupațională contribuie la menținerea funcțiilor articulare și la prevenirea deformărilor articulare, responsabile de handicapul fizic. Exercițiile fizice zilnice sub supravegherea fizio- și kinetoterapeuților, practicarea înotului, ortezele, purtarea de încălțăminte ortopedică și/sau de diverse susținătoare de mers, sunt măsuri obligatorii pentru realizarea obiectivului pe termen lung vizând păstrarea abilităților articulare și a calității vieții. Terapia ocupațională presupune facilitarea integrării în școală (continuarea școlarizării în regim comunitar atunci când gradul de handicap nu este unul prohibitiv), în familie și în societate.

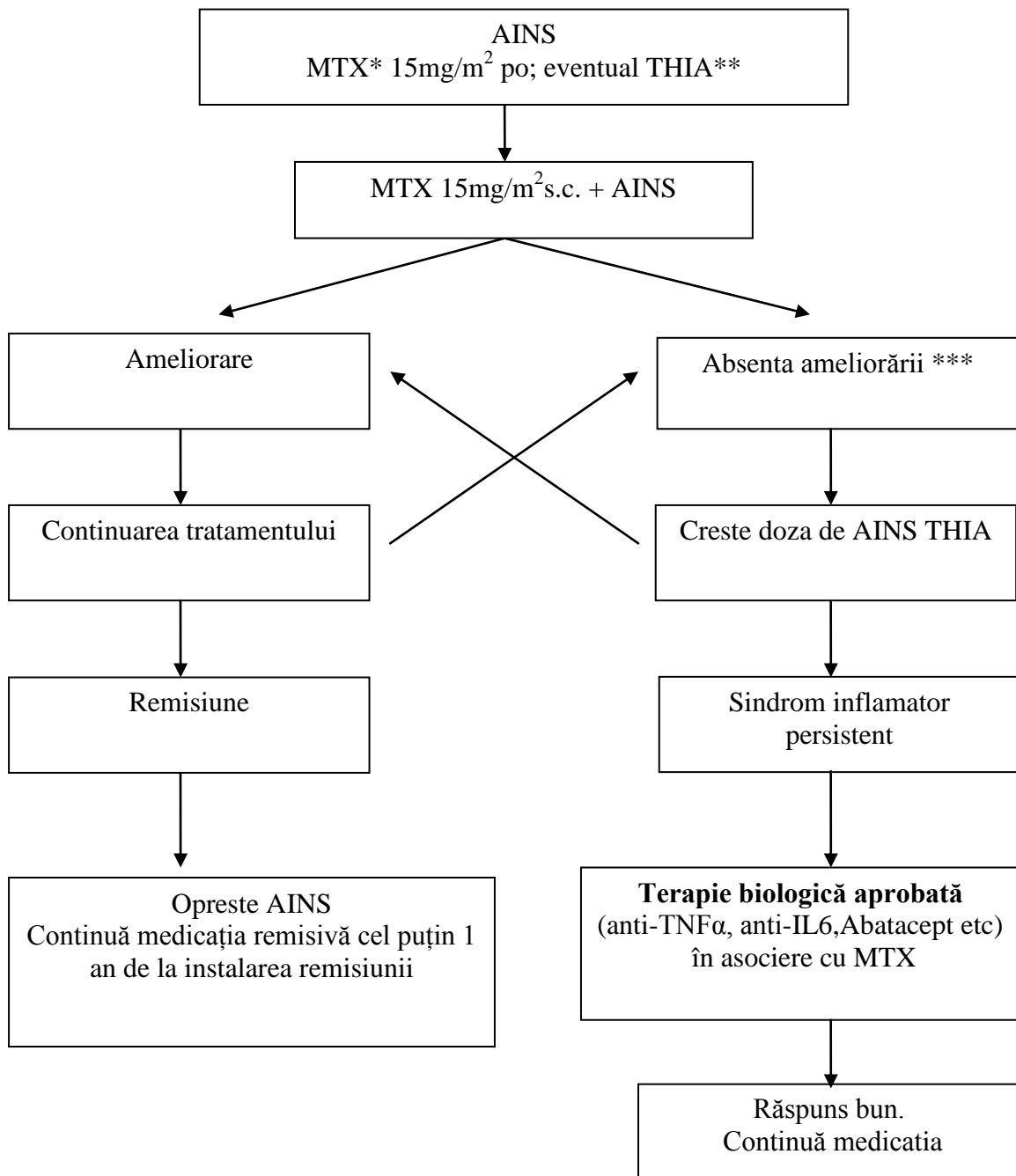
6.4.Orientarea fenotipică a tratamentului AIJ este redată în următoarele algoritmi în acord cu recomandările ACR adaptate.

Algoritm de tratament pentru AIJ – Artrita sistemică





Algoritm de tratament pentru AIJ – Artrita asociată entezitei
(Neuropatologie pentru AAF)

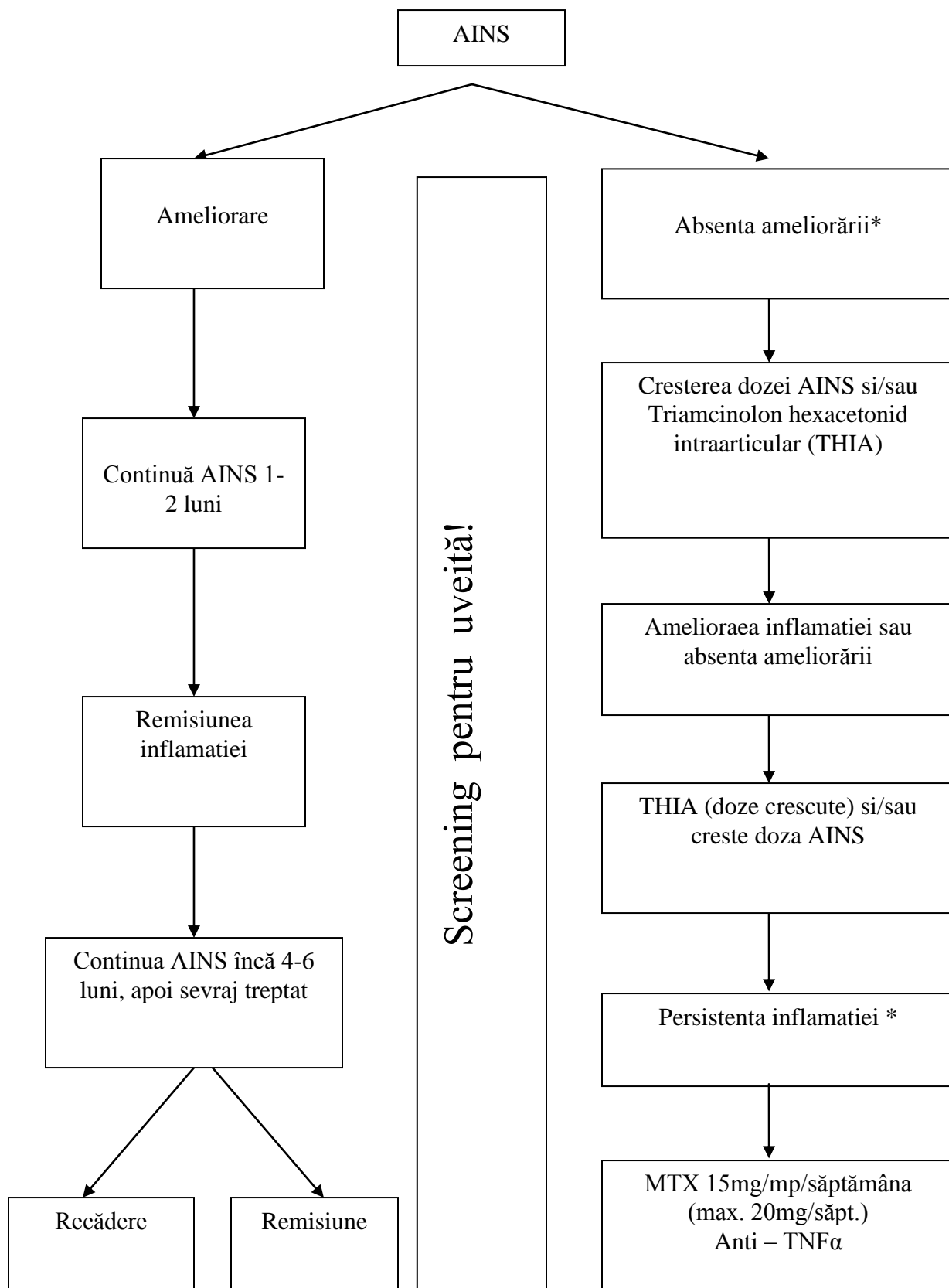


Dacă ameliorarea nu apare după 1-2 luni, este o eroare întârzierea introducerii medicației remisive (MTX), chiar dacă pare a fi o formă ușoară de AIJ.

**THIA, Triamcinolon hexacetonid intraarticular

***Reevaluează diagnosticul, solicită o a doua opinie!

Algoritm de tratament în AIJ - poliarticulare FR pozitive sau FR negative



*Reevaluează diagnosticul si solicită o a doua opinie. Toti bolnavii cu sindrom inflamator peste 6 luni vor prin tratament remisiv.

Algoritm de tratament pentru AIJ – oligoarticulare

7. TRATAMENTUL COMPLICATIILOR INVALIDANTE SAU CU RISC VITAL

7.1. Tratamentul uveitelor reumatismale este stabilit de echipa formată din medicul oftalmolog și pediatrul reumatolog. Obiective :

- activității inflamatorii (trecerea în stadiul de uveită inactivă)
- reducerea prevalenței tulburărilor de vedere.

Tratamentul farmacologic al uveitelor la copii se bazează pe strategia de abordare în trepte:

- Treapta a I-a (tratament local): corticoterapie și medicamente cicloplegice (midriatice) pentru uveite anterioare ușoare, necomplicate, cu grad de recurență redus (< 1 recurență / an). Precauțiuni : reactivarea unei keratite herpetice. Contraindicații: infecții virale, fungice, hipersensibilitate. Efecte adverse : glaucom, cataractă posterioară subcapsulară. În AIJ cataracta apare între 50% și 71% din cazuri.
- Treapta a II-a: antiinflamatoare nesteroidiene sau corticoterapie sistemică indicate în absența rezultatelor după corticoterapia locală (persistența infiltratului inflamator).
- Treapta a III-a: medicamente imunomodulatoare: ciclosporina, azatioprina, metotrexatul, tacrolimus, anti-TNF α . Indicații : uveitele corticorezistente și uveitele corticodependente.
- Tratamentul chirurgical al uveitelor este indicat în prezența complicațiilor apărute în formele severe sau cronice.
- Se apreciază că 12 % din uveitele AIJ vor prezenta profunde tulburări ale acuității vizuale

7.2. Tratamentul sindromului de activare macrofagică (MAS: *Macrophage Activation Syndrome*). MAS este un complex de manifestări clinice și de laborator caracterizat printr-o proliferare excesivă non-malignă a macrofagelor diferențiate, hemofagocitoză și activare a citokinelor proinflamatorii.

- Deși nu există protocoale standardizate, pulsterapia cu metilprednison (30mg/kg/24h) reprezintă tratamentul inițial de elecție

- In caz de esec: Ciclosporină A (3-7 mg/kg/24h) intravenos sau *per os*.
- Pulsterapia cu imunoglobuline i.v., benefică în unele cazuri refractare la doze mari de corticosteroizi si produse de sânge în scop de substituție.
- Alte tratamente: ciclofosamidă, etoposid, dexametazona, plasmafereză, tratamentul tulburărilor electrolitice si de coagulare asociate.

Evoluție și prognostic. MAS este marcat de o mortalitate ridicată. Cea mai frecventă cauză de deces la bolnavii cu AIJ care dezvoltă MAS a fost coagularea diseminată intravasculară (CDI) cu insuficiență multiorganică rapid progresivă.

8. . REMISIUNEA AIJ SI MANAGEMENTUL SAU

Definiția remisiunii în AIJ, trebuie să întrunească, pe lângă **întreruperea tuturor medicamentelor**, următoarele criterii:

- absența febrei
- absența *rash*-ului
- absența adenopatiilor
- absența hepatomegaliei
- absența serozitei
- absența artritei active
- VSH și CRP normale
- cel mai bun scor posibil la evaluarea globală a medicului

Numai unii bolnavi cu AIJ intră într-o remisiune completă de lungă durată.

În afară de apartenența la un anumit subtip, nu se cunosc alți factori de predicție pentru obținerea remisiunii.

Nu există dovezi care să ghideze medicul în privința modului de întrerupere a medicației din momentul apariției remisiunii.

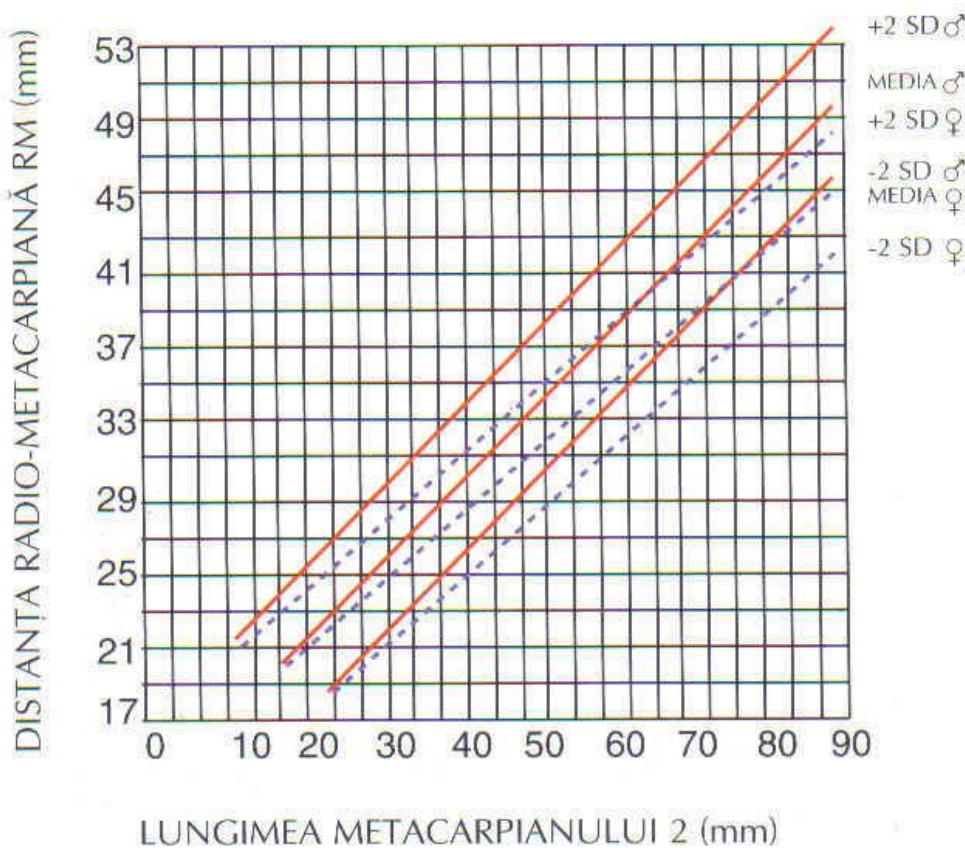
Bolnavii care au întrerupt tratamentul cu MTX curând după înstituirea acestuia fac recăderi mai frecvent decât cei la care tratamentul a fost stopat după un cel puțin an de remisiune.

Din cauza riscului de toxicitate, dozele de corticosteroizi vor fi reduse cât mai rapid la cea mai mică doză posibilă.

Tratamentul cu medicamente biologice durează pe termen nelimitat, până în prezent neexistând criterii de întrerupere a acestuia decât în caz de ineficiență sau de intoleranță.

9. MONITORIZAREA PACIENTULUI CU AIJ

Pacientul cu boala activa in tratament este evaluat la intervale regulate impuse de evolutia bolii si/sau de administrarea medicamentelor remisive conventionale sau biologice si de monitorizarea eficientei si tolerabilitatii acestora. La fiecare consultație vor fi evaluate semnele subiective și obiective de boală activă: durerea articulară, redoarea matinală, semnele inflamatorii articulare, deficitul funcțional (scorul CHAQ). Periodic se va face evaluarea progresiei bolii. Clinic, se va consemna numarul articulatiilor dureroase si tumefiate, apariția deformărilor articulare, a pierderii gradului de mobilitate, scara vizuala analoga si evaluarea globala efectuata de medic si de pacient. Biologic, se vor verifica reactanții de fază acută (CRP, VSH), iar radiologic va fi evaluata progresiunea leziunilor osteoarticulare (indicele Poznanski, scorul Sharp pediatric).



Evaluarea modificărilor radiologice carpo-metacarpiene.

Combinatia dintre lungimea relativă a carpului, măsurată între centrul epifizei radiale și baza metacarpianului III (LRC,Poznanski,1978) și lungimea metacarpianului II(Masson,2005) introdusă în diagrama pentru evaluarea deviației standard(DS).

Cei mai importanți parametri luați în calcul pentru evaluarea gradului de activitate curentă ai bolii sunt: numărul de articulații dureroase (NAD), numărul de articulații tumefi ate (NAT), evaluarea funcțională (CHAQ), durerea, evaluarea globală a activității bolii (de către pacient și medic) și reacții de fază acută (VSH, CRP).

Criteriile ACR 30-Pedi (ACR30, ACR50, ACR70, ACR90 și ACR100) apreciază dacă există ameliorare de $\geq 30\%$, 50%, 70%, 90% și respectiv 100%, în cel puțin 3 dintre următorii 5 parametri: numărul de articulații afectate, evaluare funcțională (CHAQ), scara vizuala pentru durere și evaluarea globala efectuata de pacient, scara vizuala pentru durere și evaluarea globală a activității bolii efectuata de medic și reacții de fază acută (VSH, CRP). Medicul reumatolog pediatru, în colaborare cu medicul de familie, va supraveghea de asemenea statusul imunologic și va recomanda sau va contraindica anumite vaccinări. Adolescenții și familiile acestora vor fi informați și ajutați în inserția socio-familială, orientarea profesională, educația sexuală și transferul/tranzitia către rețeaua de reumatologie pentru adulți.

Bibliografie selectiva

1. Petty R.E., Cassidy J.T., Chronic Arthritis in Childhood. "Textbook of Pediatric Rheumatology", Cassidy, Petty, Laxer, Lindsley, 6th Ed. Elsevier Saunders 2011: 211-248
2. Kiran Nistala, Patricia Woo, Lucy R. Wedderburn. Juvenile Idiopathic Arthritis. Kelley's Rheumatic Diseases of Childhood : 1657-1675, Elsevier Inc, 8th Edition, 2009
3. Davidson J., Cleary A.G., Bruce C. Disorders of bones, joints and connective tissues. "7th Edition Forfar & Arneil's Textbook of Pediatrics" Edited by N. McIntosh, P. Helms, Rosalind Smyth and S. Logan, Churchill Livingstone Elsevier, 2008: 1407-1415

4.Southwood T.R. Classification of childhood arthritis. În “Arthritis in Children & Adolescents Juvenile Idiopathic Arthritis” Edited by Szer I.S.,Kimura Y.,Malesson P.N., Southwood T.R. Oxford University Press,2006 : 205-209

5. Beukelman T, Patkar N.M., Saag G *et al.* 2011 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. *Arthritis Care & Research*, Vol 63, No.4, April 2011. pp 465-482
