

THE BULLETIN OF PEDIATRIC RHEUMATOLOGY SOCIETY OF IRAN



فصلنامه انجمن روماتولوژی کودکان ایران (علمی ترویجی)



فصلنامه پاییز و زمستان ۱۴۰۱



عبور از دروازه آینده :
اشتراک تجربه ها در دنیای
بدون محدودیت گذشته

دستورالعمل بالینی مدیریت و
نحوه پیگیری سرپائی کودکان با
سابقه ابتلا به کووید و سندرم
التهابی مولتی سیستمیک (MISC)

اخبار کنگره APLAR 2022
گایدلاین ۲۰۲۱ بنیاد واسکولیت
و ACR برای مدیریت بیماری
کاواساکی





فصلنامه پاییز و زمستان ۱۴۰۱

- صاحب امتیاز: انجمن روماتولوژی کودکان ایران
- مدیر مسئول: دکتر وحید ضیائی
- سر دبیر: دکتر ناهید اصلانی
- شورای سردبیری: دکتر سحر نادری شیران
- همکاران این شماره:
جناب آقای دکتر پیمان صادقی، جناب آقای دکتر نوید نمازی
و سرکار خانم دکتر مهرناز ادیب

۱ پیشگفتار

۲ عبور از دروازه آینده: اشتراک تجربه ها در دنیای بدون محدودیت گذشته، گزارش Sister's Project

۵ بررسی مقالات (مقایسه کلشی سین و سایمتیدین در PFAPA)

۱۴ نکات مهم در برخورد با میوزیت های حاد خوش خیم و بررسی

۱۶ دستاوردهای علمی جدید اعضای انجمن

۱۷ مروری بر دستورالعمل بالینی مدیریت و نحوه پیگیری سرپائی کودکان با سابقه ابتلا به کووید و سندرم التهابی مولتی سیستمیک (MISC)

۱۹ مروری بر دستورالعمل کمیته علمی کشوری کووید در مدیریت ترومبوز/ترومبوسایتوپنی ناشی از واکسن کووید-۱۹

۲۱ اخبار کنگره APLAR2022

۲۳ برنامه های گراندراوند انجمن روماتولوژی کودکان

۲۵ سومین همایش بین المللی التهاب

همکاران محترم می توانند نظرات و دیدگاههای خود را در مورد فصلنامه انجمن از طریق پست الکترونیک و شناسه تلگرام زیر به اطلاع سردبیر و مدیر مسئول محترم برسانند.

Pria1390@gmail.com

[@PediatricRhe2020](https://www.instagram.com/PediatricRhe2020)



CinnoRA[®]

Adalimumab

Back to Life



Orchid Pharmed
Sky's the Limit



شرکت سیناژن
CinnaGen



دوستان و همراهان گرامی، از اینکه باز فرصتی فراهم شد که با انتشار شماره ای دیگر از فصلنامه انجمن روماتولوژی کودکان ایران در خدمت شما باشیم، خدای بزرگ را شاکریم. هرچند مطالب این شماره در روزهای نخستین مهرماه ۱۴۰۱ به نگارش در آمده ولی به علت پاره ای مشکلات علی الخصوص عدم دسترسی مناسب به اینترنت، به ناچار شماره مهرماه و زمستان ۱۴۰۱ در یک شماره تقدیم نگاه ارزشمند شما عزیزان می شود و از همه اساتید و همکاران بزرگواری که در تولید محتوای این شماره ما را همراهی نمودند صمیمانه عذرخواهی و تشکر می کنیم، امید که در آینده ای نه چندان دور، بستری مناسب برای دستیابی به راه های برقراری ارتباط با همکاران گرامی فراهم شود و با حمایت شما عزیزان چراغ این راه روشن نگه داشته شود.



هیأت تحریریه فصلنامه انجمن روماتولوژی کودکان ایران



دکتر پیمان صادقی^۱

« عبور از دروازه آینده :

اشتراک تجربه ها در دنیای بدون محدودیت گذشته

"با ورود و همه گیری فناوری های نو و شاید مهم ترین آنها اختراع رایانه و سپس ایجاد فضای جدیدی از ارتباطات در بستر آن تحت نام اینترنت، بتدریج دریچه جدیدی از تعامل بین انسان ها در اقصی نقاط زمین فراهم شد که در بسیاری جهات فاقد محدودیت های جهان واقعی بود. انسان، شگفت زده از آزادی عمل، شروع به انتقال تجربیات گذشته خود به این دنیای تازه وارد تحت نام فضای مجازی کرد. یکی از مزیت های این فضا، نشر و گسترش محصولات علمی با کمترین هزینه و با بیشترین قابلیت انتشار بود."



پاندمی کووید و قرنطینه های وسیع جهانی به دنبال آن، موجب قطع ارتباطات انسانی در فضای واقعی گردید. انسان هوشمند در مقابله با این شرایط بحرانی، این بار نیز در جهت حفظ و بسط این ارتباطات، اقدام به باز کردن مسیری جدید در فضای مجازی کرد. نتیجه به قدری شگفت انگیز بود که تمامی جنبه های ارتباطات فردی و جمعی را تحت تاثیر قرار داد و حتی از دنیای واقعی نیز پیشی گرفت. در همین راستا کمیته آموزش انجمن روماتولوژی کودکان اروپا در سپتامبر سال ۲۰۲۰، برنامه ابتکاری تحت عنوان "پروژه خواهر خواندگی یا Sister's Project" را در جریان همایش عمومی به تصویب رساند. اهداف این پروژه اتصال مراکز مختلف دنیا به یکدیگر در بستر تکنولوژی الکترونیکی به منظور به اشتراک گذاشتن دانش و تجربه علمی، آشنایی با تفاوت های برنامه های بهداشتی کشورهای مختلف، یادگیری در ارتباط با استفاده از روشهای مراقبت از کودکان مبتلا به بیماری های روماتولوژیک در شرایط های مختلف، نحوه تشکیل تیم درمانی و چگونگی تعامل این تیم با شاخه های دیگر رشته پزشکی در مراکز مختلف، و بررسی ایجاد بستر مناسب جهت تبادل نیروی انسانی بین مراکز مختلف جهت انتقال و بسط دانش بود.

PRS
PAEDIATRIC
RHEUMATOLOGY
EUROPEAN
ASSOCIATION



۱- فوق تخصص روماتولوژی کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

محور اصلی برنامه ها معرفی موارد بیماری های نادر روماتولوژی کودکان و یا موارد شایع اما وجود مشکل در تشخیص و درمان بیماری ها قرار گرفت. با توجه به تاکید فراوان کمیته آموزش مبنی بر دعوت از سایر گروه های پزشکی و پیراپزشکی جهت شرکت فعال در جلسات و برنامه ها به صورتی تنظیم گردید تا ضمن مشارکت فعالانه همکاران جوان تر در معرفی بیمار، از نظرات ارزشمند اساتید سایر رشته ها نیز استفاده گردد.

پس از گذشت ۶ ماه از شروع برنامه، گزارش اولیه برای کمیته آموزش انجمن روماتولوژی اروپا ارسال گردید که جمع بندی گزارش های مراکز پیشتاز برنامه توسط کمیته آموزش در سپتامبر ۲۰۲۱ در مجمع عمومی ارایه شد.

با توجه به بازخورد مناسب مراکز پیشتاز، کمیته آموزش، تصمیم به تمدید برنامه برای سال ۲۰۲۲ گرفت. به منظور تبادل تجربیات مراکز شرکت کننده قبلی و آشنایی با مراکز جدید وارد شده به برنامه، جلسه مجازی در فوریه ۲۰۲۲ برگزار گردید. در این جلسه تقسیم بندی جدید در همکاری مراکز مختلف دنیا اعلام شد و ادامه همکاری با مراکز قبلی به تصمیم خود مراکز واگذار گردید. در این برنامه بیمارستان مرکز طبی کودکان با بیمارستان کودکان نروژ با مسئولیت دکتر الن نوردال (Dr.Ellen Nordal) متصل گردید. با توجه به تمایل هر دو مرکز ایران و انگلستان مبنی بر ادامه همکاری، تصمیم به تشکیل جلسات با همکاری سه مرکز ایران، انگلستان، نروژ گرفته شد. برنامه در حال اجرا در سال ۲۰۲۲ است و گزارش نهایی آن باید در ماه نوامبر برای کمیته آموزش ارسال گردد.

هرچند شروع این تجربه با نگرانی فراوان همراه بود بخصوص آنکه برنامه همکاری به زبان انگلیسی اجرا و بصورت زنده انجام میشد، اما بتدریج با تمرکز و تسلط بیشتر بر روی نقاط ضعف و تلاش مضاعف در جهت برطرف نمودن آنها برنامه های اجرا شده از طرف ایرانی، پروژه، شکل منسجم تری بخود گرفت. در این راستا از همکاران روماتولوژیست کودکان در سراسر کشور دعوت به حضور در برنامه گردید.

در ماه نوامبر ۲۰۲۰ فراخوان عمومی برای اعضای انجمن ارسال گردید. دانشگاه علوم پزشکی تهران با محوریت مرکز طبی کودکان، بنا بر رسالت همیشگی این دانشگاه مبنی بر تلاش در جهت ورود به افق های جدید در علم پزشکی، داوطلب ورود به این برنامه ابتکاری گردید. هرچند باید اعتراف کرد که تصمیم سختی بود چرا که نیاز به بستر سخت افزاری و نرم افزاری قوی و قابل اتکایی داشت و تا کنون سابقه چنین تجربه ای، شامل در معرض نقد قرار دادن فعالیت های علمی با مراکز کشورهای توسعه یافته، حداقل در سطح مرکز طبی کودکان و یا حتی در بین مراکز کودکان ایران وجود نداشت. در ماه ژانویه ۲۰۲۱ مراکز پذیرفته شده در هفت گروه دوتایی اعلام گردید. در هر مرکز یک نفر از اعضای انجمن، به عنوان مسئول اجرایی برنامه تعیین گردید. نحوه اجرای برنامه شامل تعیین زمان بندی، موضوع های مورد مباحثه و چگونگی تقسیم بندی جلسه ها به مسئولان اجرایی واگذار گردید، هرچند که کمیته آموزش در این زمینه پیشنهاداتی ارایه داد.



در این برنامه، بیمارستان مرکز طبی کودکان با مسئولیت دکتر پیمان صادقی از طرف ایران با بیمارستان کودکان ساوتهمپتون (Southampton Children's Hospital) با مسئولیت دکتر آلیس لهی (Dr. Alice Leahy) متصل گردیدند. پس از برگزاری جلسه مجازی معارفه و تعیین نحوه همکاری در چارچوب برنامه، جلسه های مجازی با مشارکت همکاران هر دو مرکز آغاز گردید.



لازم به یادآوری است این برنامه مانند هر برنامه دیگری دارای نقاط قوت و ضعف بوده و آنچه که مهم است تلاش در جهت بهبود هر چه بیشتر برنامه در طول اجرا می باشد. این مهم تنها در سایه همکاری جمعی دست یافتنی خواهد بود. به عنوان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران وظیفه ذاتی خود می دانستم در راه معرفی فعالیت های انجام شده در حیطه روماتولوژی کودکان در ایران در سطح جهانی قدم های ابتدایی را بردارم اما به عنوان یکی از اعضای انجمن روماتولوژی کودکان ایران، چشم به راه مشارکت فعالانه کلیه همکاران علاقه مند از اقصی نقاط کشور می باشم. تا زمان تهیه این گزارش، از مشارکت خانم ها دکتر راحله عساری، دکتر نسیم موحدی و دکتر کوثر اثنی عشری و نیز پشتیبانی ریاست محترم انجمن، جناب آقای دکتر ضیائی در اجرای برنامه ها بهره مند بودم که از کلیه بزرگواران سپاسگزاری می کنم.

در نهایت، آنچه که مبرهن می باشد این است که دنیای فردا دنیای دیگری خواهد بود و آینده را باید از امروز شروع کرد. امیدوارم روزی برسد که هر مرکز علمی فعال در حیطه روماتولوژی کودکان در سطح کشور، برگزار کننده این چنین برنامه های مشترک با مراکز معتبر دنیا باشد و هر روز برگ زرینی به افتخارات انجمن روماتولوژی ایران افزوده و نام ایران و ایرانی در سطح دنیا سر بلند تر گردد.

دکتر پیمان صادقی

مهر ۱۴۰۱ معادل سپتامبر ۲۰۲۲

به طور کلی اهدافی را که در خلال شرکت در این برنامه به دست آمد را می توان به صورت زیر طبقه بندی نمود:

۱) پس از چند جلسه معرفی بیماران، مشخص گردید که بین اقدامات علمی شده در ایران در زمینه روماتولوژی کودکان با کشورهای پیشرفته دنیا فاصله چندانی وجود ندارد و بیشتر در زمینه دسترسی به تکنولوژی های جدید و برخی داروهای نوظهور می باشد.

۲) چالش های موجود در برخورد تشخیصی- درمانی با بیماری های مختلف این رشته در نقاط مختلف دنیا همانند بوده و تنها به اشتراک گذاری آنها می تواند راهگشای موارد احتمالی بعدی باشد.

۳) با توجه به برداشته شدن مرزها در دنیای مجازی و تبادل اطلاعات، در ایران نیازمند تقویت هر چه بیشتر بستر این ارتباطات می باشیم. این مقوله وظیفه تمامی افراد فعال در حیطه های علمی می باشد. شاید اولین قدم آن، کسب توانایی کافی در تسلط به یک زبان خارجی به منظور ایجاد ارتباط کلامی مناسب باشد.

۴) رشته روماتولوژی کودکان در سیستم درمانی ملی اجرا شده در انگستان دارای برنامه ریزی و سطح بندی بسیار قوی بوده که از حمایت بیمه عمومی برخوردار می باشد. در این نظام، سیستم ارجاع بیمار به مراکز فوق تخصصی، تشکیل تیم درمانی در مراکز فوق، و استفاده بهینه از روش های درمانی غیر دارویی و در نهایت پیگیری بیمار پس از ترخیص توسط سیستم های حمایتی کاملاً منظم و تعریف شده می باشد. تجربیات ثابت کرده خروجی نهایی این سیستم، بهره مندی بیشتر بیماران از منابع درمانی و در نتیجه افزایش احتمال بهبودی و کاهش بار مالی سیستم می باشد.

بررسی نتایج مقالات:



(دکتر سحر نادری شیران^۱)

عنوان مقاله

Colchicine versus cimetidine: the better choice for Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis (PFAPA) syndrome prophylaxis, and the role of MEFV gene mutations

کلشی سین در مقابل سایمتیدین: انتخاب بهتر برای سندرم تب دوره ای، استوماتیت آفتی، فارنژیت، سندرم آدنیت (PFAPA) و نقش جهش های ژن MEFV

Pediatr Rheumatol 20, 72 (2022)

نویسندگان مقاله: سیدرضا رییس کرمی، پیمان صادقی، مهدیه واحدی، کوثر اثنی عشری، مهدیه موسوی و وحید ضیایی



Periodic
Fever
Aphthous stomatitis
Pharyngitis
Adenitis



۱- فوق تخصص روماتولوژی کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



مقایسه سه معیار طبقه بندی سندرم PFAPA در این جدول عنوان شده است :

مقدمه :

در دوران کودکی، شایع ترین تب دوره ای ، تب دوره ای، استوماتیت آفتی، فارنژیت و سندرم آدنیت گردنی (PFAPA) است.

Table 1 Comparison of three classification criteria of PFAPA syndrome

classification criteria	Modified Marshall's	Vanoni et al	Takeuchi et al
Fever	Regular recurrent fevers	Periodic Fever for at least 6 months: a. fever $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ b. Regular recurrent fevers ≥ 5 episodes, interval between fevers ≥ 2 months, Asymptomatic between episodes	Fever $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ that Recurr ≥ 4 times Asymptomatic between episodes
Duration of fever	-	2-7 days	<8 day
Symptoms	Constitutional symptoms, absence of infection, ≥ 1 of the following signs: 1.Aphthous stomatitis 2.Cervical lymphadenitis 3.Pharyngitis	Pharyngitis, cervical adenitis, Aphthous stomatitis, ≥ 1 in every episodes and ≥ 2 from 3 in the majority of episodes	Tonsillitis or pharyngitis Accompanying symptoms with ≥ 1 of the following signs 1.Aphthous stomatitis 2.cervical lymphadenitis 3.sore throat 4.vomiting 5.severe headache 6.No cough
Exclusion	Cyclic neutropenia	Other causes of recurrent fever	-
Growth and development	Normal Growth and development	Normal Growth	-
Family history	-	-	A history of recurrent fever
laboratory Tests	-	-	Inflammatory findings (CRP & SAA) during febrile episodes Elevations of IgD
corticosteroids during febrile episode	-	-	Significant effect

CRP C-reactive protein, SAA Serum amyloid, IgD Immunoglobulin D

درمان موثر و پیشگیری از حملات تب باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران و خانواده های آنها می شود. با این حال، هیچ استراتژی واحد یا دستورالعمل مبتنی بر شواهد برای مدیریت این سندرم وجود ندارد و بیشتر آنها بر اساس برنامه های درمانی توافقی هستند.

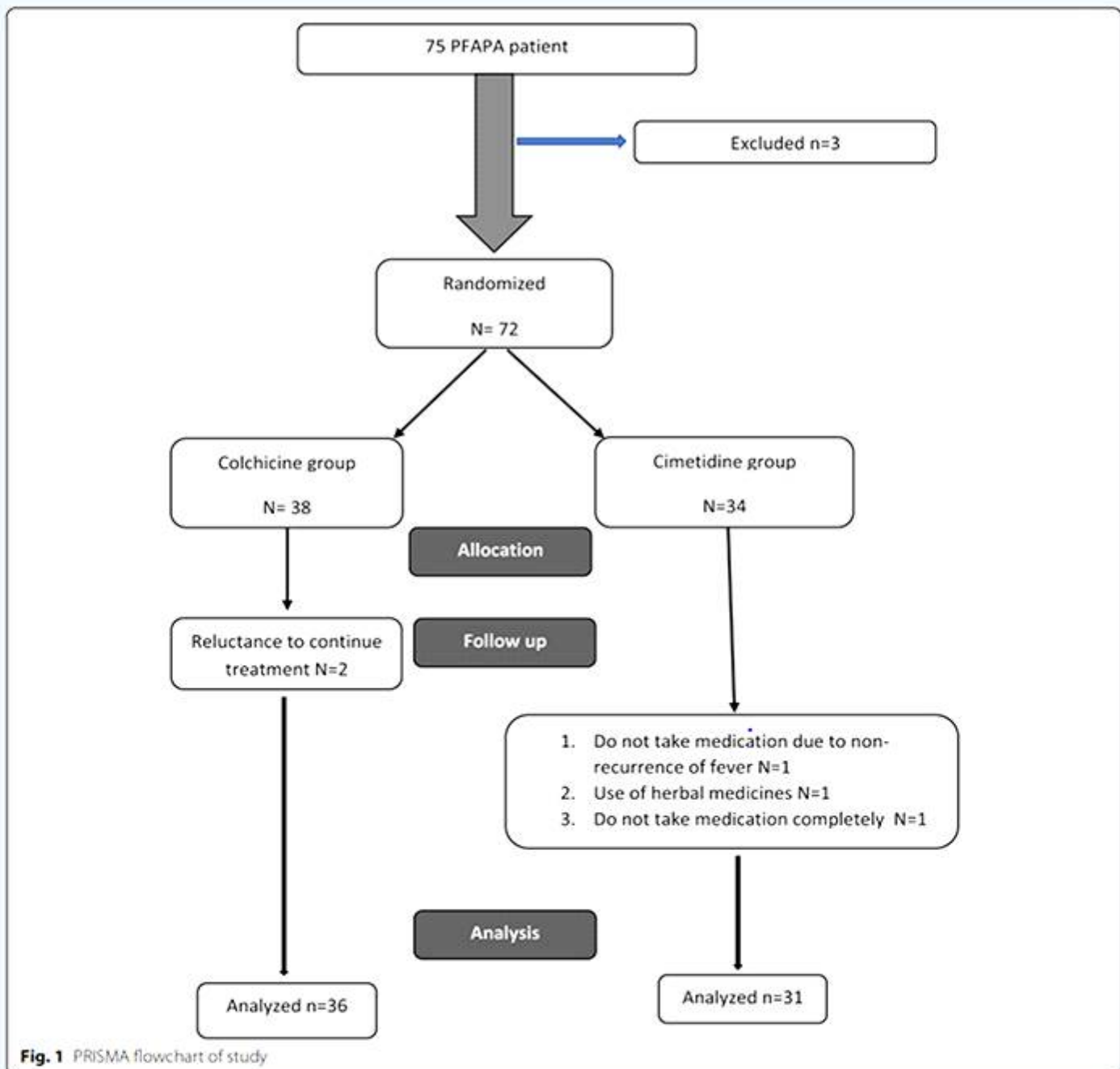
تنها چند کارآزمایی بالینی برای ارزیابی اثرات سایمتیدین و کلشی سین وجود دارد. در اکثر مطالعات قبلی، اثرات درمان پیشگیرانه با کلشی سین و سایمتیدین به صورت گذشته نگر بررسی شده است.

هدف اصلی این مطالعه مقایسه اثربخشی دو داروی پذیرفته شده کلشی سین و سایمتیدین در پیشگیری از حملات تب این بیماری بود. همچنین این مطالعه به بررسی تأثیر جهش ژن MEFV بر پاسخ بیمار به کلشی سین پرداخت و نقش ژن MEFV را در تأثیرگذاری بر انتخاب رژیم درمانی به عنوان یک هدف فرعی بررسی کرد.

متد انجام مطالعه:



این کارآزمایی تصادفی و کنترل شده بر روی ۶۷ بیمار PFAPA مراجعه کننده به سه مرکز سطح سه روماتولوژی کودکان انجام شد. بیماران به دو گروه تقسیم شدند، از جمله گروه ۱ (n=۳۶) که پردنیزولون و کلشی سین دریافت کردند. گروه ۲ (n=۳۱) پردنیزولون به همراه سایمتیدین دریافت کردند. خصوصیات دموگرافیک و تعداد دفعات تب بین دو گروه، قبل و بعد از مداخله مقایسه شد.





یافته‌ها:

در هر دو گروه، تعداد دفعات تب پس از درمان کاهش یافت ($P \geq 0.001$). تجزیه و تحلیل آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه نشان نداد ($P=0.88$). همچنین ۴۴ بیمار از هر دو گروه از نظر ژن MEFV بررسی شدند. تفاوت آماری بین زیرگروه های MEFV مثبت و منفی در پاسخ به کلشی سین وجود نداشت ($P=1$).

Table 2 Demographic data and other characteristics of patients

Characteristics	Colchicine group	Cimetidine group	P-value
Age (months)(mean \pm SD)	73.22 \pm 28.47	76.16 \pm 29.44	0.68
Age at onset (months) (mean \pm SD)	27.19 \pm 19.77	28.42 \pm 23.19	0.81
Sex			
Female	12 (33%)	9 (29%)	0.70
Male	24 (67%)	22 (71%)	
Weight (Kg)	21.88 \pm 6.73	21.59 \pm 6.16	0.85
Positive family history ^a	4(11%)	3(10%)	0.58
Parents blood relatives	8(22%)	5(16%)	0.52

^a Positive family history of recurrent fevers

Table 3 Clinical symptoms and signs of the patients in two groups

Variable	Colchicine group	Cimetidine group	Total	P-Value
Fever	36(100%)	31(100%)	67	0.76
Pharyngitis	33(92%)	27 (87%)	60 (90%)	0.69
Oral Aphthous	30(83%)	24(77%)	54 (81%)	0.54
Lymphadenopathy	27(75%)	20(65%)	47 (70%)	0.35
Abdominal pain	25(69%)	16(52%)	41 (61%)	0.13
Arthralgia	17(47%)	16(52%)	33 (49%)	0.72
Headache	11(31%)	9(29%)	20 (30%)	0.89
Rash	3(8%)	0(0%)	3 (5%)	0.24

Table 4 Number of febrile attacks before and after treatment in two groups

variable	Drug regimens	Mean \pm SD		P value ^a	P value ^b
		Three months before treatment	Three months after treatment		
febrile attacks (number)	Colchicine	5.11 \pm 2.03	2.17 \pm 1.79	≤ 0.0001	0.88
	Cimetidine	4.65 \pm 2.15	2.52 \pm 1.76	≤ 0.0001	

^a P within Subjects Effects/ Repeated Measures analysis

^b P between Subjects Effects/ Repeated Measures analysis

Table 5 Laboratory examination during febrile episodes in patients

variable	Mean \pm SD		P-value
	Colchicine group	Cimetidine group	
White Blood Cell /ml	12,719.34 \pm 4.4	12,725.39 \pm 8.6	0.99
Platelets /mcl	322,427.92 \pm 7.9	274,709.96501 \pm 6.5	0.04
Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) mm/hr	31.18 \pm 5.8	33.18 \pm 9.5	0.59
C-Reactive Protein mg/dl	41.14 \pm 9.8	34.11 \pm 2.9	0.02

Table 6 Frequency of MEFV gene mutations in responder group and non-responder group

variable	Responder group	Nonresponder group	total	*P-value		
MEFV mutation	Cimetidine	Carriers (number)	4 (36%)	1 (14%)	5 (28%)	1
		Non Carriers (number)	7(64%)	6 (86%)	13 (72%)	
	colchicine	Carriers (number)	7(41%)	4(44%)	11(42%)	1
		Non Carriers (number)	10(59%)	5(56%)	15(58%)	

* Fisher's Exact Test

بحث:

اگرچه سندرم PFAPA یک اختلال خود التهابی خوش خیم است، اما عوارض جدی مانند آمیلوئیدوز در سندرم PFAPA بسیار نادر است. از آنجایی که این وضعیت می تواند کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد و تأثیر عمیقی بر اقتصاد خانواده بگذارد، تصمیم گیری در مورد انتخاب گزینه بهتر برای پیشگیری از حملات تب یکی از چالش های درمانی است.

در مطالعه حاضر، نسبت مرد به زن حدود ۲/۱ و سن شروع بیماری بین ۶ ماه تا ۴٫۵ سال بود که تقریباً با نتایج مطالعات قبلی در ترکیه و اسلوانی مطابقت دارد. در بیشتر مطالعات قبلی، غلبه قابل توجه مردان در بروز سندرم PFAPA گزارش شده است. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، تفاوت معنی داری در ویژگی های دموگرافیک بین گروه های کلسی سین و سایمتیدین وجود نداشت. در ۷ بیمار (۱۰٪) سابقه خانوادگی تب راجعه در بستگان درجه اول مثبت بود. همچنین ۱۳ نفر (۱۹٪) از بیماران دارای والدینی با ازدواج فامیلی بودند. سابقه خانوادگی تب مکرر در مطالعات دیگر بین ۱۰ تا ۴۴ درصد گزارش شده است. این یافته می تواند زمینه ژنتیکی سندرم PFAPA را نشان دهد. بررسی بیشتر علل ژنتیکی در سندرم PFAPA به تشخیص علت این بیماری کمک می کند.

جدول ۳ فراوانی علائم و نشانه های بالینی مختلف را نشان می دهد. حملات تب برای تشخیص اجباری است، و فارنزیت شایع ترین علامت بود، مانند بسیاری از مطالعات دیگر در این مطالعه درد شکم در بین بیماران شایع تر بود. بروز درد شکمی در بیماران ما بیشتر بود که می تواند به دلیل شیوع بالای جهش های MEFV در جمعیت ما نسبت به سایر کشورها باشد. ما نمی توانیم نتایج را به جمعیت های دیگر با شیوع کم جهش های ژن MEFV تعمیم دهیم. همچنین، میانگین بالای تعداد حملات قبل از درمان را می توان به جستجوی بیشتر برای درمان پیشگیرانه در میان بیماران مبتلا به بیماری فعال تر نسبت داد. هیچ کارآزمایی بالینی وجود ندارد که اثر سایمتیدین را در پیشگیری از حملات تب در سندرم PFAPA ارزیابی کند. در اکثر مطالعات قبلی، اثرات درمان پیشگیرانه با کلسی سین و سایمتیدین به صورت گذشته نگر مورد بررسی قرار گرفته اند.

طبق مطالعات قبلی، بیماران PFAPA با جهش ژن MEFV پاسخ بهتری به کلسی سین دارند. بنابراین به نظر می رسد بیماران نژاد مدیترانه ای به درمان با کلسی سین بهتر پاسخ می دهند. این مطالعه نتوانست این فرضیه را تایید کند. دلیل اصلی می تواند به دلیل قومیت مختلط در بیماران ما و شیوع بالای جهش های کم اهمیت تر باشد. در مطالعه حاضر، شیوع جهش MEFV در پاسخ دهندگان به کلسی سین و افراد غیر پاسخ دهنده تفاوت معنی داری نشان نداشت.



نتیجه :

اثر پیشگیرانه سایمتیدین در سندرم PFAPA در سال های اخیر کمتر مورد توجه پزشکان قرار گرفته است و اثر کلشی سین توسط کارآزمایی های بالینی تصادفی شده تایید نشده است. مطالعه حاضر نشان داد که هر دو رژیم کلشی سین و سایمتیدین در کاهش تعداد دوره های تب و افزایش تعداد روزهای بدون تب موثر هستند. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. بنابراین، درمان با هر دو رژیم می تواند برای جلوگیری از حملات تب استفاده شود. در مطالعه حاضر، فراوانی جهش های ژن MEFV در گروه پاسخ دهنده بالاتر نبود. بنابراین، ممکن است مکانیسم های دیگری علاوه بر جهش ژن MEFV در پاتوژنز سندرم PFAPA دخیل باشد.

مزایا و محدودیت ها :

چالش اصلی که سعی شد به آن پاسخ داده شود، انتخاب یک گزینه بهتر برای پروفیلاکسی PFAPA بود. تا جایی که ما می دانیم، این مطالعه یکی از اولین مطالعاتی بوده است که به مقایسه اثرات سایمتیدین و کلشی سین بر پیشگیری از تب در سندرم PFAPA در یک کارآزمایی بالینی پرداخته است. با توجه به تعداد کمی از مطالعات کارآزمایی بالینی مرتبط با درمان های مؤثر در پیشگیری از تب در سندرم PFAPA، انجام مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی شده آینده نگر متعدد با حجم نمونه بزرگ و جمعیت های متفاوت نژادی توصیه می شود. مطالعه جهش ژن MEFV در همه بیماران به دلیل هزینه بالای آزمایش غیرممکن بود. در مطالعات آتی، بهتر است جهش MEFV در همه بیماران بررسی شود. با توجه به وجود سابقه خانوادگی تب مکرر در بیماران و فراوانی زیاد والدین با ازدواج های فامیلی، مطالعات بیشتر برای بررسی علل ژنتیکی احتمالی سندرم PFAPA توصیه می شود. در این کارآزمایی بالینی، بروز درد شکم بیشتر بود که می تواند به دلیل شیوع بالای جهش های MEFV در جمعیت ما نسبت به سایر کشورها باشد. از آنجایی که ما هیچ اطلاعاتی در مورد الگوی و شدت درد شکم جمع آوری نکردیم، نمی توانیم این نتیجه را به سایر جمعیت هایی با بروز کم جهش های ژن MEFV تعمیم دهیم.



◀ گایدلاین ۲۰۲۱ بنیاد واسکولیت و ACR برای مدیریت بیماری کاواساکی

دکتر مهرناز ادیب^۱

2021 American College of Rheumatology / Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Kawasaki Disease

بیماری کاواساکی (KD) یک واسکولیت عروق متوسط است که معمولاً در کودکان کمتر از ۵ سال به عنوان یک بیماری تب‌دار حاد و خود محدود شونده ظاهر می‌شود و با ترکیبی از چندین علامت بالینی شامل راش پلی مورفیک، کونژکتیویت غیر چرکی دو طرفه، موزیت لب و اوروفارنکس، پاپیلیت زبان، اریتم و ادم دستها و پاها و همچنین لنفادنوپاتی گردنی یک طرفه مشخص می‌شود. این گایدلاین توصیه‌هایی را برای آزمایشات یا تستهای تشخیصی، درمان و مدیریت KD ارائه داده است. در زیر به نکات برجسته آنها اشاره خواهیم کرد.

IVIG به عنوان درمان استاندارد برای KD در چهار دهه گذشته به دلیل کاهش قابل توجه آنوریسم عروق کرونر و همچنین کاهش طول مدت تب و سایر علائم مرتبط با استفاده از آن گذاشته شده است.

توصیه ۱

برای بیماران KD حاد که در معرض خطر بالای مقاومت به IVIG یا ابتلا به آنوریسم عروق کرونر هستند، استفاده از IVIG همراه با گلوکوکورتیکوئیدهای کمکی به عنوان درمان اولیه بیش از درمان IVIG به تنهایی توصیه می‌شود. به کارگیری این توصیه ابتلا به آنوریسم عروق کرونر و همچنین پیشرفت آنوریسم در بیماران مبتلا به آن در زمان تشخیص را کاهش می‌دهد. برای این توصیه ویژگی‌های های‌ریسک به عنوان Zscore بیشتر یا مساوی دو و نیم (Z- ≥ 2.5) برای شریان کرونر نزولی قدامی چپ یا راست در زمان اکو کاردیو گرافی اولیه و سن کمتر از شش ماه تعریف شده است. توصیه می‌شود درمان با پردنیزولون (2mg/kg/day ماکزیمم 60 میلی گرم روزانه) شروع شود و بعد از ۱۵ روز taper گردد.

۱. دستیار فوق تخصص روماتولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز طبیبی کودکان



توصیه ۵

برای بیماران مبتلا به KD حاد و تب های مداوم پس از درمان اولیه با IVIG، یک دوره دوم IVIG بر استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها توصیه می شود.

مطالعات نشان می دهد که هیچ تفاوتی در پیامدهای عروق کرونر بین تکرار دوره IVIG در مقابل یک دوز واحد از پالس کورتون یعنی (۳۰ میلی گرم) وجود ندارد.

بنابراین دوره دوم IVIG در بیمارانی که تب مداوم بیش از ۳۶ ساعت پس از اولین دوز اولیه دارند توصیه می شود و گلوکوکورتیکوئیدها یک جایگزین معقول و مناسب به شمار می آیند.

شروع با (۲mg/kg/day) ۲ و taper بعد از ۱۵ روز یا یک سینگل دوز (۲۰-۳۰ mg/kg) دوزهای مکرر IVIG ممکن است بیماران را در معرض خطر آنمی همولیتیک قرار دهد. لذا در بیماران با عوامل خطر برای کم خونی همولیتیک با IVIG، درمان های جایگزین با گلوکوکورتیکوئیدها یا درمان با تعدیل کننده های ایمنی غیر گلوکوکورتیکوئیدی باید در نظر گرفته شود.

در ادامه این توصیه ذکر شده است که در بیماران مبتلا به KD و تب های مداوم پس از ۲ دوز IVIG، استفاده از داروی دیگری اندیکاسیون دارد. یافته های حاصل از مطالعات مزایای بالقوه استفاده از اینفلکسیمب و سیکلوسپورین را برای درمان Refractory KD نشان می دهد.

توصیه ۶

برای بیماران با KD حاد استفاده از آسپرین اکیداً توصیه می شود. استفاده از آسپرین در این بیماران برای کاهش التهاب و جلوگیری از ترومبوز از طریق اثر ضد پلاکتی آن در نظر گرفته شده است. با این حال دوز مطلوب آن نامشخص است. هیچ شواهدی مبنی بر فواید آسپرین با دوز بالا (۸۰-۱۰۰mg/kg/day) در مقابل دوز پایین (۳-۵ mg/kg/day) هنگام بررسی عروق کرونر وجود ندارد.

توصیه ۲

برای بیماران مبتلا به KD حاد که در معرض خطر بالای مقاومت IVG یا ابتلا به آنوزیم عروق کرونر هستند، استفاده از IVIG با سایر عوامل ایمنوساپرسیو ایمنومدولاتوری غیر گلوکوکورتیکوئیدی به عنوان درمان اولیه بیش از IVIG به تنهایی توصیه می شود. برای بیمارانی که ویژگی های بیماری های ریسک را دارند، درمان کمکی با یک عامل تعدیل کننده ایمنی غیر گلوکوکورتیکوئیدی، مانند اینفلکسیماب، آناکینرا یا سیکلوسپورین، ممکن است پیامدهای بیماری حاد و همچنین پیامدهای قلبی را بهبود بخشد.

توصیه ۳

برای بیماران با KD incomplete، درمان سریع با IVIG در زمان تشخیص به شدت توصیه میشود. مشخص شده است که درمان سریع از پیامدهای نامطلوب جلوگیری میکند و بیماران باید به محض تشخیص KD incomplete درمان را دریافت کنند، نه اینکه منتظر بمانند تا ۱۰ روز ببینند آیا معیارهای KD کامل را پر میکنند یا خیر زیرا خطر ایجاد دیلاتاسیون عروق کرونر هر روز بدون درمان افزایش میابد.

توصیه ۴

برای بیماران مبتلا به KD حاد و MAS مشکوک یا تشخیص داده شده، درمان با IVIG برای KD و عوامل اضافی برای درمان MAS به شدت توصیه میشود. MAS فرمی از هموفاگوسیتیک لنفوهایستوسیتوز (HLH) ثانویه، یک عارضه بالقوه ناشناخته KD است.

MAS ممکن است در بیماران KD با تب مداوم، اسپلنومگالی، سطح فریتین بالا، و ترومبوسیتوپنی مشکوک باشد. عواقب درمان ناکافی KD یا MAS میتواند شامل آنوریزم های بزرگ کرونر یا تنگی عروق کرونر باشد که منجر به مرگ از طریق انفارکتوس قلبی یا پارگی کرونر می شود. لذا KD باید با IVIG درمان شود و MAS هم با عوامل مناسب برای هدف قرار دادن طوفان سیتوکین یا محرک های زمینه ای درمان شود.

آناکینرا و گلوکوکورتیکوئیدها برای درمان در این بیماران نسبت به پروتکل درمانی اولیه HLH با عوامل سیتوتوکسیک ترجیح داده می شود.

توصیه ۸

برای بیماران مبتلا به KD حاد که آرتریت دارند و پس از درمان با IVIG ادامه میابد و آنوریسم عروق کرونر ندارند استفاده از NSAID ها توصیه می شوند. بیماران مبتلا به KD حاد و تحت حاد می توانند به آرتریت مبتلا شوند اما درمان با IVIG باعث کاهش بروز آرتریت در این شرایط می شود.

آرتریت در KD معمولاً کوتاه مدت است و بین ۷ تا ۲۱ روز طول می کشد. به طور کلی آرتریت را می توان با NSAID ها درمان کرد اما به دلیل اینکه NSAID ها اثرات محافظتی آسپرین را کاهش می دهند درمان ترکیبی معمولاً با توجه به افزایش سمیت بالقوه توصیه نمی شود.

بیماران بدون آنوریسم عروق کرونر معمولاً نیازی به درمان طولانی مدت با آسپرین ندارند. مدت بهینه درمان با آسپرین در این بیماران معمولاً ۶ تا ۸ هفته است. بیماران مبتلا به آنوریسم عروق کرونر نیاز به درمان طولانی مدت و بالقوه نامشخص آسپرین دارند.

برای بیماران بدون آنوریسم عروق کرونر که نیاز به استفاده طولانی مدت از آسپرین ندارند و مبتلا به آرتریت هستند، آسپرین را می توان به طور موقت معلق کرد و در صورت نیاز می توان از یک دوره کوتاه (۳ تا ۴ هفته) NSAID استفاده کرد. بر عکس اگر به دلیل آنوریسم عروق کرونر مصرف طولانی مدت آسپرین مورد نیاز باشد می توان از استامینوفن، دوره کوتاه کورتون یا گزینه های کنترل درد غیر سیستمیک NSAID (مثلاً یک NSAID موضعی) استفاده کرد.

در صورت نیاز به استفاده طولانی مدت از NSAID های سیستمیک (به عنوان مثال بیش از ۳ هفته) به خصوص در بیماران مبتلا به آنوریسم عروقی کرونر باید با یک هماتولوژیست یا کاردیولوژیست اطفال مشورت شود تا یک ضد انعقاد جایگزین (مثل کلوپیدوگرل) را در نظر بگیرد.

توصیه ۹

برای کودکان مشکوک به KD incomplete و تب، انجام یک اکوکاردیوگرافی با اندازه گیری عروق کرونر بدون تاخیر اکیداً توصیه می شود. ارزیابی اکوکاردیوگرافی ابعاد مطلق شریان کرونری و Z-Score های تنظیم شده با سطح بدن می تواند به تشخیص KD incomplete کمک کند و در صورت مشکوک شدن به این تشخیص درمان باید فوراً انجام شود تا از پیامدهای نامطلوب جلوگیری شود.

توصیه ۱۰

برای کودکان مبتلا به شوک unexplained، انجام اکوکاردیوگرام با اندازه گیری عروق کرونر به شدت توصیه می شود. شوک unexplained، می تواند به دلیل سندرم شوک کاواساکی یک تظاهر شناخته شده KD باشد. اکوکاردیوگرام اغلب در کودکان مبتلا به شوک unexplained، به ویژه در کودکان مبتلا به تب طولانی مدت برای ارزیابی عملکرد قلب و کمک به شناسایی علت بالقوه انجام می شود.

نهایتاً در قسمت Discussion مقاله در مورد سندرم التهابی چند سیستمی جدید در کودکان (MIS-C) در طول پاندمی COVID-19 ذکر شده که در حالی که ۵۰ درصد مبتلایان به این سندرم می توانند کرایتریای کاواساکی را پر کنند بسیاری از آنها دارای تظاهراتی هستند که برای بیماری کاواساکی غیر معمول می باشد از جمله: کولیت، میوکاردیت، تعییرات نورولوژیک و شوک.



دکتر نوید نمازی^۱

◀ نکاتی در مورد میوزیت های حاد خوش خیم ویروسی



علائم بالینی: یک روز تا یک هفته پس از بهبودی علائم تنفسی فوقانی (سرفه، آبریزش بینی و تب) کودک دچار درد شدید و ضعف عضلات ساق پای دو طرف می شود به گونه ای که یا بیمار از ایستادن و راه رفتن امتناع می کند و یا روی نوک انگشتان پا راه می رود. در معاینه علاوه بر حساسیت در لمس عضلات ساق پاها، دورسی فلکسیون پاها دردناک است. همچنین اگر از بیمار بخواهیم روی پاشنه پاها بایستد معمولا برای وی امکانپذیر نیست. لازم به ذکر است که گاهی عضلات ران دو طرف هم درد و ضعف را تجربه می کنند. به عنوان یک قانون باید سایر معاینات از جمله معاینات عصبی (رفلکس های وتری عمقی و ..) مفاصل و پوست طبیعی باشند.

با توجه به پیش رو بودن فصول سرد سال و افزایش احتمال عفونت ها و عوارض آنها، بهتر است در مورد میوزیت های حاد خوش خیم ویروسی که ناشایع هم نیستند اطلاعاتی داشته باشیم. به طور معمول، کودکان ۳ تا ۹ سال و با احتمال بیشتر، پسر بچه ها گرفتار می شوند. عمدتا عامل آن ویروس های تنفسی همچون آنفلوانزا و پارآنفلوانزا (و با احتمال کمتر سایر ویروس ها) هستند.

۱- فوق تخصص روماتولوژی کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران



پیگیری :

از ویزیت های مکرر بدون علت و یا درخواست آزمایشات، حتی المقدور پرهیز کنیم و می توان در صورت وجود والدین هوشیار، ویزیت مجدد را با ذکر علائم خطری همچون پیشرونده بودن بیماری، وجود خون در ادرار یا تیره شدن آن و یا مناسب نبودن وضعیت عمومی بیمار به دو هفته بعد موکول کرد و در صورت طبیعی بودن بررسی ها، اطمینان دهی لازم انجام و از پیگیری نیز رها گردد.

نکات آموزشی:

- ۱- تشخیص آسان با تاکید بر معاینه دقیق و همه جانبه و آزمایشات مرتبط با تشخیص
- ۲- پرهیز از بررسی های پرهزینه غیرضروری در اکثر بیماران
- ۳- رفع استرس و نگرانی شدید والدین با دادن آگاهی های لازم به آنها

بررسی های آزمایشگاهی لازم:

در این موارد می بایست آزمایشات لازم نظیر CBC, Diff, ESR, CRP, BUN, Cr, Na, K, Ca, Mg, CPK, LDH, AST, ALT, Aldolase از بیمار به عمل آید. در آزمایشات، ممکن است مختل شدن آزمایشات کلیوی و افزایش خفیف مارکرهای التهابی و افزایش آنزیم های عضلانی (بخصوص CPK) دیده شود.

پیش آگهی :

این التهاب عضلانی غالباً خوش خیم و گذرا است و نباید والدین بیمار را متحمل بررسی های تشخیصی غیرضروری گران قیمت نمود و در عرض چند روز و حداکثر یک ماه، این بیماری رفع خواهد شد.

علائم خطر:

- در صورتی که کودک، هر یک از این علائم را داشت حتما بستری و ارزیابی های تکمیلی، انجام شود :
- ۱- سن زیر سه سال (سن غیرمعمول)
 - ۲- سابقه خانوادگی مثبت از نظر بیماری های عصبی عضلانی
 - ۳- ضعف عضلانی، پیشرونده باشد. (محدود به ران و ساق پاها نباشد)
 - ۴- معاینه عصبی غیرطبیعی باشد.
 - ۵- وضعیت عمومی بیمار خوب نباشد یا بیماری زمینه ای داشته باشد.
 - ۶- آنزیم های عضلانی، بسیار بالا باشند. (بخصوص CPK بالاتر از ۱۵۰۰ mcg/L)
 - ۷- تست های کلیوی غیر طبیعی باشند یا ادرار تیره و یا هم در ادرار دیده شود.
 - ۸- نوبت اول بیماری نباشد. (دوم به بعد)

درمان :

الزامی به بستری به جز موارد علائم خطر نمی باشد، با این حال پزشک با توجه به شرایط بیمار باید تصمیم گیری کند، در هر دو صورت تجویز ضد درد (استامینوفن یا NSAID) همراه با هیدراسیون و استراحت در بستر، اصول اساسی درمان می باشد.



◀ دستاوردهای علمی اعضای انجمن روماتولوژی کودکان ایران

Article Title	Authors	Journal	PubMed/Journal link
The Negative Predictive Value of Harada Scoring for Coronary Artery Dilatation or Aneurysm in Children with Kawasaki Disease: A Cross-sectional Study	Abdolreza Malek Alireza Ghodsi Abdolkarim Hamed	Iran J Med Sci. 2022;47(4):379-384.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35919082
Multisystem inflammatory syndrome in a newborn (MIS-N): clinical evidence and neurodevelopmental outcome	Zahra Jamali, Reza Sinaei, Leyla Razi	Curr Pediatr Rev. 2022 Aug 6.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35946103
Association between forkhead box P3 expression level and gender of Iranian juvenile idiopathic arthritis patients	Afshin Abdi Ghavidel, Shirin Farivar, Shahin Aghamiri, Reza Shiari	Reumatologia. 2022;60(1):26-34.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35645413
Musculoskeletal pain in children, should we think about neuroblastoma?	Payman Sadeghi, Zohreh Habibi, Vahid Ziaee	Clin Case Rep. 2022;10(9):e6284.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36093442
TNFAIP3 mutation causing haploinsufficiency of A20 with a hemophagocytic lymphohistiocytosis phenotype: a report of two cases	Nahid Aslani, Kosar Asnaashari, Nima Parvaneh, Mohammad Shahrooei, Maryam Sotoudeh-Anvari, Farhad Shahram, Vahid Ziaee	Pediatr Rheumatol Online J. 2022;20(1):78.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36064566/
The Post-COVID-19 Complications in Children: Hemolytic Uremic Syndrome, New-Onset Vasculitis, and Acute Hepatitis	Vahid Ziaee, Raheleh Assari	IranJ Pediatr. 2022; 32(4):e128727	https://brieflands.com/articles/ijp-128727.html
Colchicine versus cimetidine: the better choice for Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis (PFAPA) syndrome prophylaxis, and the role of MEFV gene mutations	Seyed Reza Raeeskarami, Payman Sadeghi, Mahdiah Vahedi, Kosar Asna Ashari, Mahdiah Mousavi T. Vahid Ziaee	Pediatric Rheumatology. 2022;20:72	https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12969-022-00733-3

« مروری بر دستورالعمل بالینی مدیریت و نحوه پیگیری سرپائی کودکان با سابقه ابتلا به کووید و سندرم التهابی مولتی سیستمیک (MIS-C):



گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران، براساس تجارب همکاران در دپارتمان های مختلف گروه کودکان، دستورالعمل پیشنهادی با عنوان "دستورالعمل بالینی مدیریت و نحوه پیگیری سرپائی کودکان با سابقه ابتلا به کووید و سندرم التهابی مولتی سیستمیک (MIS-c) را تدوین و منتشر کرده است. در این دستورالعمل، پس از اشاره مختصر به علائم و نحوه مدیریت علائم و عوارض فاز حاد بیماری کووید و یا MIS-c، پیگیری های لازم پس از ترخیص بیماران، بر اساس نوع و شدت ارگان درگیر، مشخص شده است. خلاصه ای از مطالب این دستورالعمل، جهت مطالعه کامل تر، در این قسمت آورده شده است.



◀ تقسیم بندی شدت MIS-c - بر حسب ارگانهای گرفتار و درمانهای حمایتی

MIS-c شدید	MIS-c متوسط	MIS-c خفیف	
اختلال عملکرد بطنی آسیب متوسط یا شدید ارگان	آسیب خفیف یک ارگان یا درگیری چند ارگان وجود دارد	شواهد آسیب هیچ ارگانی دیده نمی شود	درگیری ارگانها
نیاز به اکسیژن مکمل دارد. نیاز به اینوتروپ وجود دارد.	به داروی اینوتروپ نیاز ندارد به اکسیژن مکمل نیز دارد.	هیچ نیازی به حمایت تنفسی نیست.	اقدامات حمایتی درمانی

اندیکاسیون بستری در MIS-c:

- علائم حیاتی غیر طبیعی (تاکی پنه و تاکیکاردی)
- دیسترس تنفسی (با هر شدتی)
- علایم نورولوژیک یا تغییر وضعیت هوشیاری
- شواهد درگیری کبد یا کلیه
- مارکهای التهابی بالا
- نوار قلب غیر طبیعی
- آنزیمهای قلبی بالا

پیگیری بعد از ترخیص بیمار با MIS-c خفیف تا متوسط:

- در تمام بیماران آسپیرین با دوز ضد تجمع پلاکتی تجویز می شود. (با رعایت موارد عدم تجویز و احتیاطات لازم)

ویزیتهای پس از ترخیص:

اولین ویزیت: ۱۳ تا ۱۴ روز پس از ترخیص

بررسی های لازم:

- تکرار آزمایش CBC و ESR و CRP
- هر آزمایش غیر طبیعی در مرحله حاد بیماری (شامل آنزیم کبدی یا بیوشیمی مختل و...)
- تکرار اکوکاردیوگرافی (در صورتی که اکوکاردیوگرافی اول طبیعی بوده یا تغییرات خفیف داشته است).
- ارزیابی سرولوژی کووید در صورتی که بیمار عفونت کووید در وی اثبات نشده (عدم سابقه علائم کووید قبل از ابتلا به MIS-c و PCR منفی و یا عدم ارزیابی PCR در زمان ابتلا به MIS-c)
- دومین ویزیت: ۴-۶ هفته بعد

بررسی های لازم:

- تکرار آزمایش CBC و تکرار ESR و CRP (در صورتی که در نوبت اول پس از ترخیص طبیعی نشده باشند)

- تکرار آزمایش هر یافته غیر طبیعی در ویزیت اول پس از ترخیص
- تکرار اکوکاردیوگرافی
- به شرط طبیعی بودن معاینه، و فاکتورهای التهابی آزمایشگاهی، و تعداد پلاکت و طبیعی بودن یافته های دو اکوکاردیوگرافی بعد از ترخیص می توان آسپیرین را قطع کرد.
- پیگیری بعد از ترخیص بیمار با MIS-c شدید (موارد با سابقه بستری در ICU)

ویزیتهای پس از ترخیص:

اولین ویزیت: ۲ تا ۳ روز پس از ترخیص

- بررسی های لازم:

- تکرار آزمایش CBC, CRP, BNP, Troponin, D-Dimer
- تکرار اکوکاردیوگرافی و نوار قلب (در صورتی که در فاز حاد اختلال شدید داشته اند).

دومین ویزیت: ۱۴-۱۳ روز پس از ترخیص

- تکرار آزمایشات براساس موارد مختل در فازهای قبلی
- تکرار اکوکاردیوگرافی و نوار قلب
- ارزیابی سرولوژی کووید در صورتی که بیمار عفونت کووید در وی اثبات نشده (عدم سابقه علائم کووید قبل از ابتلا به MIS-c و PCR منفی و یا عدم ارزیابی PCR در زمان ابتلا)

سومین ویزیت: ۴-۶ هفته بعد

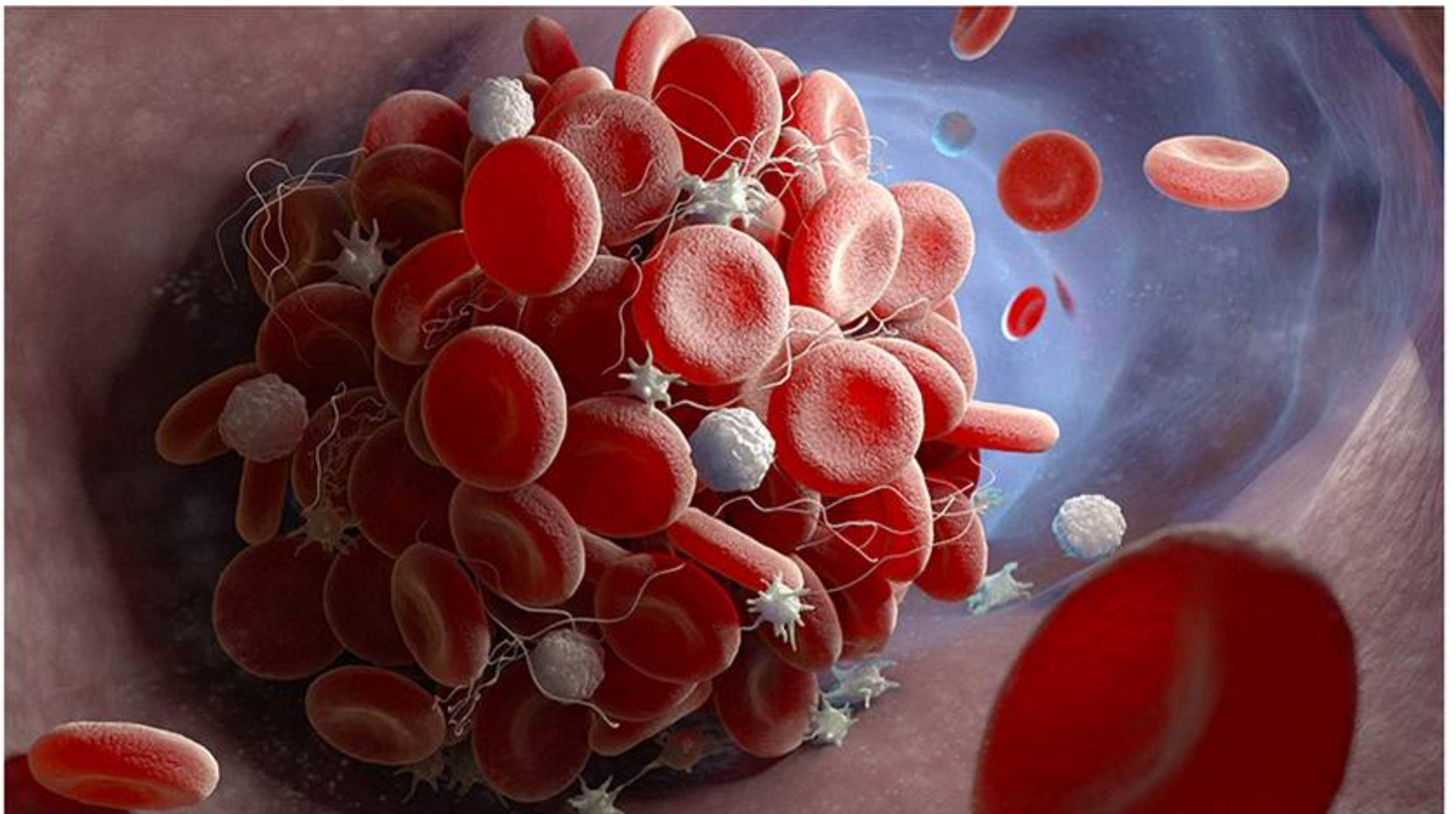
- تکرار آزمایش CBC و تکرار ESR و CRP (در صورتی که در دو نوبت قبل ویزیت طبیعی نشده باشند)
- تکرار آزمایش هر یافته غیر طبیعی در ویزیت اول و دوم پس از ترخیص
- تکرار اکوکاردیوگرافی

در ادامه، پیگیری سرپائی درگیری ارگان های مختلف به تفکیک همراه با درمان های لازم توضیح داده شده است.

◀ دستورالعمل کمیته علمی کشوری کووید در مدیریت ترومبوز /

ترومبوسایتوپنی ناشی از واکسن کووید-۱۹

ترومبوز/ ترومبوسیتوپنی ناشی از واکسن در پی واکسیناسیون وسیع کووید ۱۹ عارضه نادر تشکیل لخته در محل های نامتعارف با مکانیسم مشابه ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین (HIT) گزارش شده است



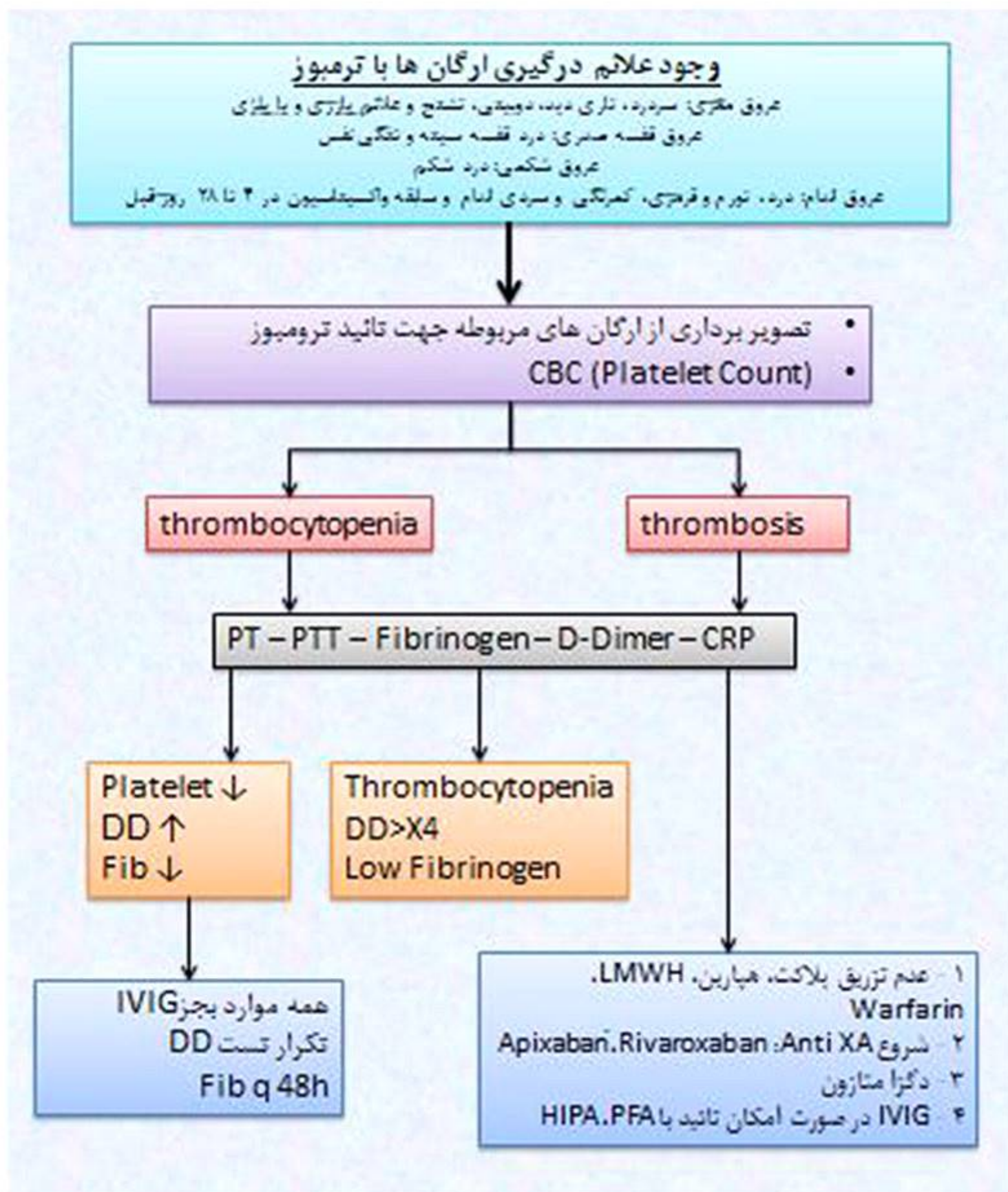
در این دستورالعمل کشوری که با همکاری زیر گروه بالینی کمیته علمی کشوری کووید ۱۹ و با همکاری انجمن ترومبوز و هماتولوژی تدوین شده، پس از توضیح علائم بالینی مطرح کننده ترومبوز، اقدامات تشخیص و درمانی لازم، در متن دستورالعمل و در ادامه در قالب الگوریتم توضیح داده شده است که نکات مهم به صورت خلاصه به شرح زیر است :

در صورت بروز هر یک از علائم بالینی ترومبوز شریانی و وریدی که مشتمل (و نه منحصر) به علائم زیر می باشد مشروط بر اینکه در فاصله ۴ تا ۲۸ روز بعد از تزریق واکسن رخ دهند، باید به بروز VITT شک کرد

- سردرد شدید و مداوم، علائم نورولوژیک فوکال، تشنج، تاری دید یا دوبینی (نشانه ترومبوز سینوس
- وریدی مغزی یا سکتة مغزی
- تنگی نفس یا درد قفسه سینه (نشانه آمبولی ریه یا سندروم حاد کرونری)
- درد شکم (مشخصه ترومبوز ورید پورت)
- تورم یا قرمزی اندام (نشانه ترومبوز وریدی اندام)



الگوریتم تشخیصی در بیماران مبتلا به ترومبوز به همراه ترومبوسیتوپنی به دنبال واکسیناسیون



« اخبار کنگره APLAR2022

بیست و چهارمین کنگره بین‌المللی (APLAR) 24th Asia-Pacific League of Associations for Rheumatology Congress 2022 در تاریخ ۶ تا ۹ دسامبر ۲۰۲۲ در هنگ کنگ برگزار گردید. شرکت کنندگان از کشورهای مختلف به صورت مجازی یا حضوری در پنل‌های متنوع این کنگره با موضوعات متنوع روماتولوژی بالغین و کودکان حضور به هم رساندند.



APLAR 2022

Hong Kong Convention and Exhibition Centre
6 - 9 December 2022



ABOUT • APLAR 2022 • ON-DEMAND REGISTRATION • PARTNERSHIP OPPORTUNITIES • CONTACT



< View all speakers

Prof. Vahid Ziaee

TEHRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, IRAN



Dr. Vahid Ziaee is working as full professor of pediatric rheumatology and head of pediatric rheumatology division in the Children's Medical Center, Pediatrics Center of Excellence that is affiliated to Tehran University of Medical Sciences in Iran. He has authored or co-authored more than 230 research articles and about 10 chapters of books. He is president of Pediatric Rheumatology society of Iran, a member of Iranian rheumatology association, and a member of PRINTO (Pediatric Rheumatology International Trials Organization). Chief editor in 2 journals (Iran J Pediatr and Asian J Sports Med) and the editorial board in 3 other journals are other his academic activities. His research interests are auto-inflammatory disorders, mono-genic pediatric rheumatology disorders, and autoimmune disorders (such as SLE, JDM, JA).

Register now

View Program >

در این کنگره این فرصت و افتخار برای انجمن روماتولوژی کودکان ایران فراهم گردید که با حمایت جناب آقای دکتر وحید ضیائی، ریاست محترم انجمن روماتولوژی کودکان ایران، دو تن از اعضای محترم انجمن، سرکار خانم دکتر نسیم موحدی، روماتولوژیست کودکان با موضوع لوپوس مونوژنیک در روز ششم دسامبر (سه شنبه ۱۵ آذرماه) و سرکار خانم دکتر کوثر اثنی عشری، عضو هیئت علمی گروه کودکان مرکز طب کودکان با موضوع ADA2 Deficiency و سندرم VEXAS در روز هفتم دسامبر (۱۶ آذرماه)، به عنوان سخنران و به نمایندگی از انجمن روماتولوژی کودکان ایران در این کنگره بین‌المللی حضور داشتند.



Update of monogenic vasculitis –DADA2 and VEXAS syndrome

① Presentation Description

Update of monogenic vasculitis –DADA2 and VEXAS syndrome

🗣️ Speakers



Kosar ASNAASHARI AMIRI
Assistant professor of pediatrics - Tehran University of Medical Sciences
Iran, Islamic Republic Of

Monogenic Lupus: Phenotypes and Genotypes

① Presentation Description

Monogenic Lupus: Phenotypes and Genotypes

🗣️ Speakers



Doctor Nasim MOVAHEDI
Assistant Professor of Pediatric Rheumatology - Golestan University Of Medical Sciences
Iran, Islamic Republic Of

همچنین سخنرانان محترم از انجمن روماتولوژی کودکان ایران در Special Interest Groups (SIGs) روماتولوژی کودکان نیز شرکت نموده و مسئولیت هایی را در این گروه عهده دار شدند. به موازات برگزاری کنگره، فرصت خوبی برای انجمن روماتولوژی کودکان ایران فراهم شد تا با مسئولین APLAR و نیز سایر روماتولوژیست های شرکت کننده در کنگره ارتباط و امکان فعالیت های مشترک آینده برقرار شود. امیدواریم که شرکت در این کنگره باعث گسترش روابط علمی و پژوهشی محققان کشور ما با سایر کشورها در آینده گردد.

لازم به ذکر است در این همایش دو سخنران از ایران به عنوان سخنران مدعو سخنرانی دعوت شده بودند که خانم دکتر نسیم موحدی فوق تخصص روماتولوژی کودکان و خانم دکتر کوثر اثنی عشری متخصص کودکان به جانشینی آقای دکتر وحید ضیائی در این همایش شرکت نمودند و آقای دکتر علیرضا خبازی عضو هیات علمی دانشگه علوم پزشکی تبریز نیز سخنران مدعو دیگر بودند که در مورد DC-VAS classification criteria for Takayasu arteritis سخنرانی داشتند. همچنین آقای دکتر محسن سروش رئیس انجمن روماتولوژی ایران نیز عضو سیمپوزیوم Back pain – a COPCORD community perspective در این همایش شرکت نمودند.

برای انجمن روماتولوژی کودکان حضور دو عضو انجمن برای سخنرانی و دعوت از یک عضو به عنوان سخنران مایه افتخار است و امید است در سال های آینده حضور سایر همکاران در همایش های بین المللی موثرتر و پررنگ تر باشد.

لینک سخنرانی ها در سایت انجمن به آدرس <https://aplarcongress.com/program> برای اعضاء آپلار قابل دسترسی است و در گروه تلگرام انجمن برای اعضاء در دسترس قرار می گیرد.



گزارش‌های برگزار شده در تابستان ۱۴۰۱

شماره گزارش	V	مرکز معرفی کننده	تاریخ برگزاری	لینک دسترسی در آپارات	لینک دسترسی در یوتیوب
۹۲		بیمارستان پیرامی دانشگاه ع. پ. تهران	۱۴۰۱/۴/۵	https://aparat.com/v/amI3w	https://youtu.be/HvuQzcuieFE
۹۳		مرکز طبی کودکان	۱۴۰۱/۴/۲۵	https://aparat.com/v/LugRO	https://youtu.be/iptlCwAKDig
۹۴		دانشگاه ع. پ. اصفهان	۱۴۰۱/۵/۲	https://aparat.com/v/3GLh6	https://youtu.be/I68Axlcqvk0
۹۵		مرکز طبی کودکان	۱۴۰۱/۵/۳۰	https://aparat.com/v/513Qp	https://youtu.be/OrTK1HDh7pY
۹۶		مرکز طبی کودکان	۱۴۰۱/۶/۱۶	https://aparat.com/v/oW3Tc	https://youtu.be/QJ4TxkKk-R8
۹۷		مرکز طبی کودکان	۱۴۰۱/۶/۲۰	https://aparat.com/v/7oCpO	https://youtu.be/MjtMKTMBjPY

جلسات ماهانه انجمن در بهار ۱۴۰۱

موضوع	سخنران	تاریخ	لینک دسترسی در آپارات	لینک دسترسی در یوتیوب
آر تریب راکتیو متعاقب عفونت استرپتوکوکی (PSRA)	دکتر ودود جوادی پروانه	۱۴۰۱/۰۴/۰۲	https://aparat.com/v/WI19g	https://youtu.be/I3WgKerMYeo
قش الکترودیاگنوستیک در تشخیص بیماری‌های روماتولوژیک	دکتر مسعود قهوه چی	۱۴۰۱/۵/۰۶	https://aparat.com/v/0kpWv	https://youtu.be/j2gofZ6gCq4
Post-Operative Management in Rheumatic Disorders	دکتر مهدیه موسوی	۱۴۰۱/۰۶/۰۳	https://www.aparat.com/v/jr9dc	https://youtu.be/HbHQemuUhzk

جلسات مشترک Sister Project (بین الملل) در تابستان ۱۴۰۱

موضوع	تاریخ
C1 q Deficiency and Monogenic Lupus; presentation of two cases	Jul, 05, 2022
A challenging Anti-Phospholipid Syndrome cases	Sep 06, 2022

INFLUVAC®

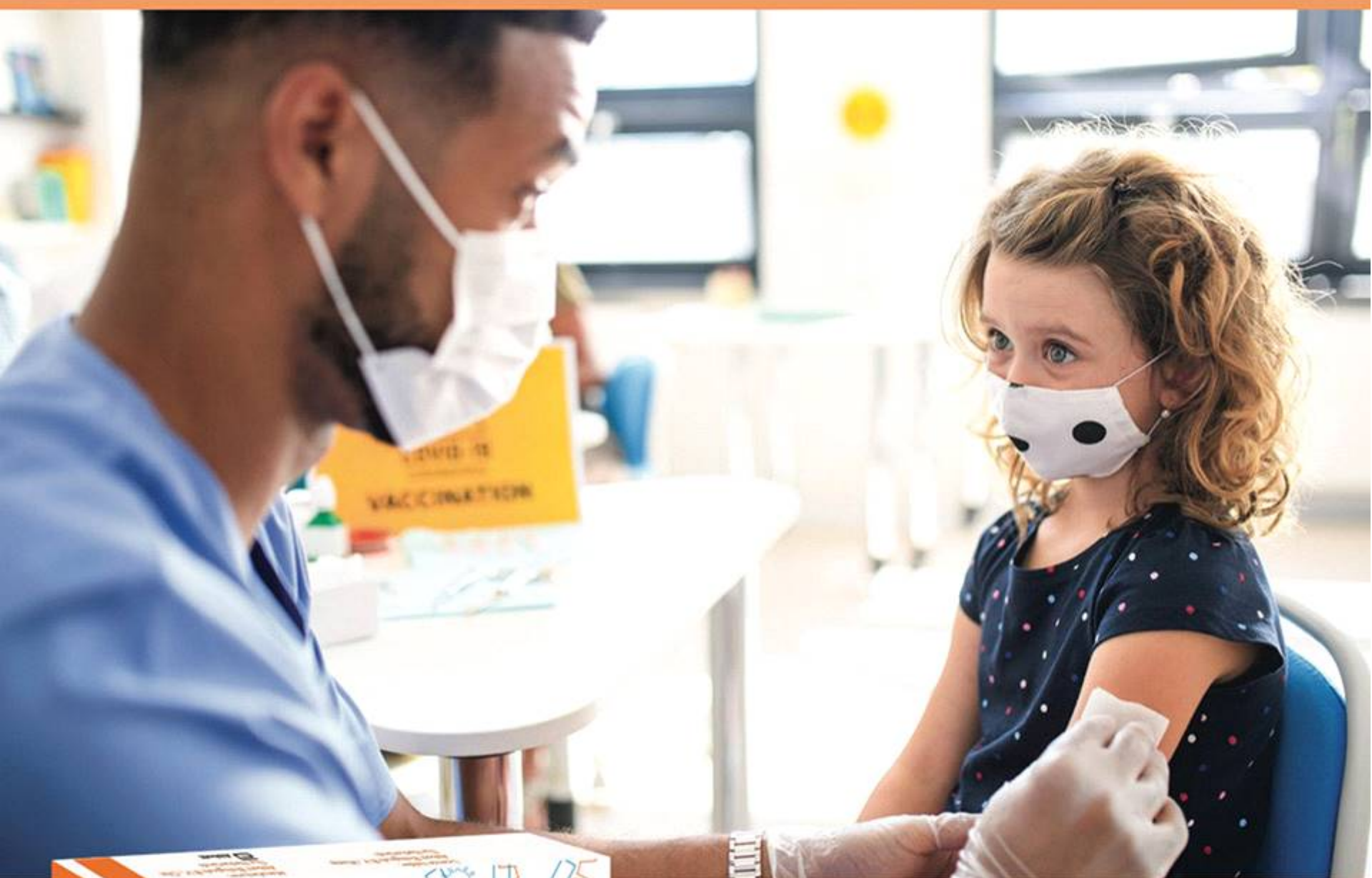
واکسن آنفلوانزا اینفلووک

INFLUVAC® 2022-2023



Made in
Netherlands

بهترین زندگی خود را داشته باشید،
الان و همیشه



- با کاهش محدودیت های کووید-۱۹ احتمال بروز عفونت ها تنفسی همزمان در فصل های سرد پیش رو بیشتر خواهد شد.¹
- واکسن آنفلوانزا اولین و مهم ترین راه محافظت در برابر بیماری آنفلوانزا است.²



سومین همایش بین‌المللی التهاب

3rd International Congress on Inflammation



دبیر اجرایی همایش
دکتر مریم نوری زاده

عضو هیات علمی مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی



دبیر علمی همایش
دکتر سیدرضا کریمی

خوق تخصص روماتولوژی کودکان و رئیس بخش کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران



رئیس همایش
جناب آقای دکتر مصطفی معین

استاد آلرژی و ایمونولوژی بالینی، رئیس مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی

اعضای کمیته اجرایی

سومین همایش بین‌المللی التهاب

محور و موضوعات

- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای قلب و عروق
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای کلیه
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای کبد و گوارش
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بدخیمی ها
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای سیستم عصبی
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای ریه
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای پوستی
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای ایمونولوژی، آسم و آلرژی
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای خودایمن
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹ در بیماریهای روان شناختی
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹: مسائل و مشکلات درمان
- پیامدهای التهابی کووید-۱۹: واکسیناسیون

مهلت ارسال خلاصه مقالات:

۷ بهمن ۱۴۰۱

26 February-1 March 2023



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران



3rd International Congress on Inflammation Inflammatory Outcomes of COVID-19: Past, Present and Future

سومین همایش بین المللی التهاب

پیامدهای التهابی COVID-19: گذشته، حال و آینده پلی بین علوم پایه و بالینی

دارای امتیاز
بازآموزی

مجله ارسال خلاصه مقالات
تمدید شد
۱ بهمن ۱۴۰۱



۱۰-۷ اسفند ۱۴۰۱

تهران، سالن همایش‌های مرکز طبی کودکان

<https://ici.iaari.ir>

ici.iaari@gmail.com

دبیرخانه: ۰۲۱ - ۶۶ ۹۱ ۷۰ ۶۰

