17 Maggio 2012
I sintomi e i segni che possono ingannare

Paolo Siani
Direttore UOC Pediatria
AORN Santobono-Pausilipon-Annunziata
Napoli
Presidente ACP
www.acp.it

Daniele De Brasi
UOC Pediatria
AORN Santobono-Pausilipon-Annunziata
Napoli

ingannati dalla febbre

La febbre che inganna (anche quando hai già una diagnosi...),

oltre la febbre c'è di più

UNA STRANA ARTRITE SETTICA DELL'ANCA

Paolo Siani
Claudia Mandato

LA STORIA

• Vittoria, 3 anni, e' nata e vive in Italia, ha la mamma ucraina e il papà polacco.

•Mentre è in vacanza in Polonia presenta
•febbre,
•dolore all'anca sx,
•zoppia

viene ricoverata presso l'ospedale Pediatrico di Wroclaw per sospetta artrite dell'anca

COSA E' STATO FATTO

- Aspirato e coltura del liquido sinoviale: positiva per Stafilococco Aureo ed inizia terapia antibiotica guidata dall'antibiogramma

- Per l'iniziale scarsa risposta clinica le applicano delle spugne endoarticolari antibiotiche

Vittoria migliora e viene dimessa con terapia antibiotica per os.
Torna in Italia dopo 2 giorni

AL RIENTRO

- **Ricompare dolore. Vomita l'antibiotico.**

- **Il PdF a Napoli prescrive Rocefin per 5 giorni poi la invia in PS**

- **All'EO l'anca sx appare semiflessa e la posizione eretta è impossibile. Ha la febbre ed è sofferente.**

- **Gli esami :**
- **GB 10.500 (N 80%), Hb 11.0, PCR 91, VES 100,**
- **LDH 650.**

- **Chiediamo Rx ed ecografia delle anche**

Rx anche:

esiti di processo infiammatorio destruente della regione intertrocanterica sx, con frammento distaccato nei tessuti periferici laterali.

Eco anche: A sinistra, il recesso sinoviale anteriore appare di spessore aumentato e disteso (spessore 10 mm) per la presenza di fluido ad ecostruttura finemente corpuscolata. La quantità di liquido è relativamente poco rispetto al grado di distensione della capsuala (1cc circa) per discreto ispessimento della sinovia (fino a 3mm) che mostra irregolarità nel profilo e nell'ecogenicità come da focali aggregati litiasici.

Inoltre si rileva una lieve irregolarità ed aspetto sfumato del profilo della corticale ossea del collo femorale e dell'apice della metafisi.

La valutazione eco Doppler mostra un diffuso aumento della vascolarizzazione dei vasi pericapsulari

COSA FACCIAMO NOI

- **Sentiamo gli ortopedici: non ritengono opportuno ripetere aspirato sinoviale.**

iniziamo terapia antibiotica con

Ampicillina Sulbactam e Gentamicina

•Vittoria è molto sofferente, non si muove e non si fa toccare, le somministriamo paracetamolo e.v

Dopo 2 giorni migliora clinicamente, ma gli esami mostrano:

Emocormo GB 12500 (N 85%) ⇧ Hb 10, ⇩ PCR 120. ⇧

Aggiungiamo Vancomicina.

Migliora dopo alcuni giorni, poi il dolore si accentua di nuovo e risponde solo al Tramadolo e.v.

derivato oppioide, come il fentanyl e il metadone

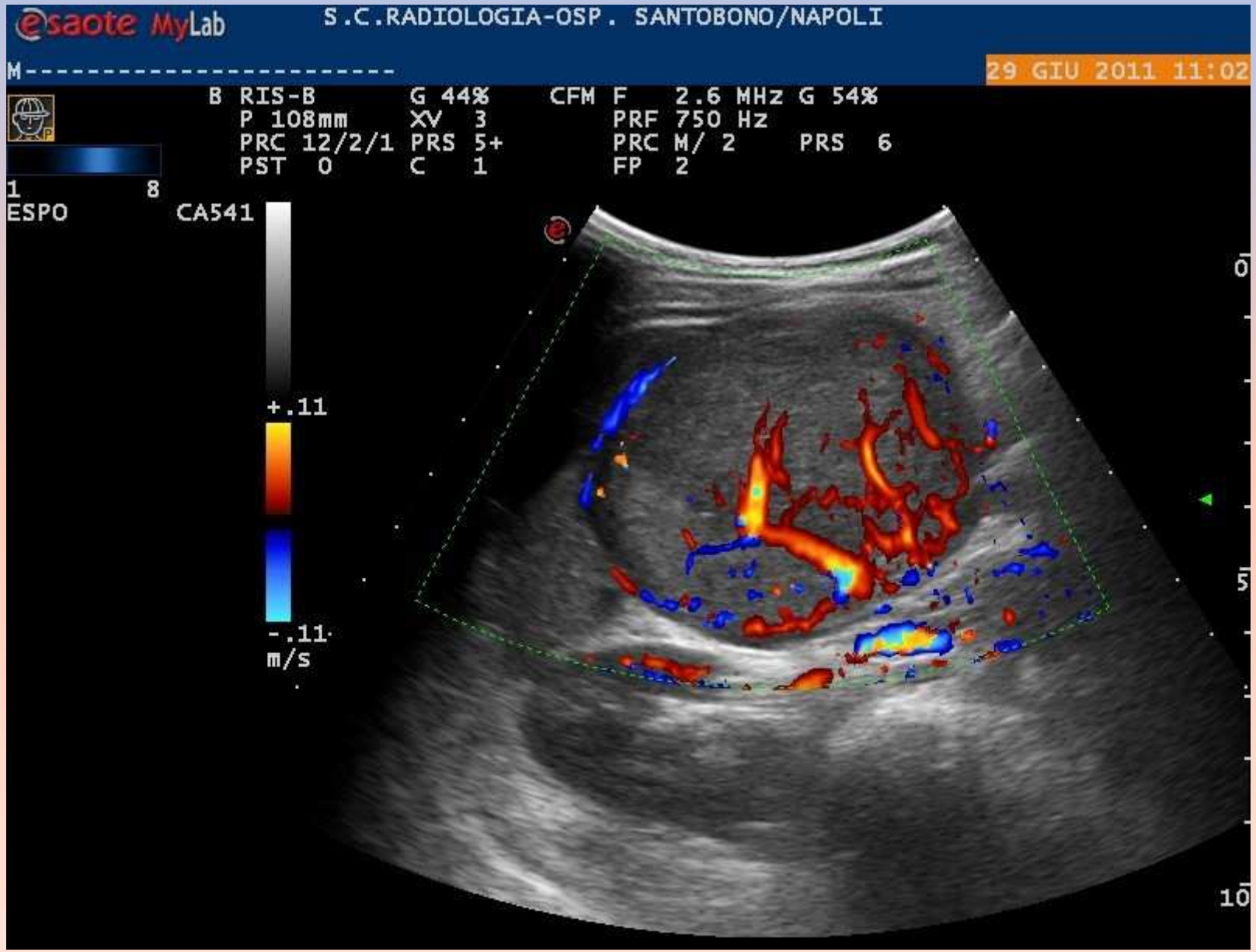
Durante la visita sempre molto difficoltosa, ci colpisce che Vittoria accusava dolore anche all'altra gamba.

Dolore da postura ?
Altro ?

•Nel sospetto di dolore neoplastico chiediamo Rx torace ed eco addome, poi TC total body

Vittoria è risultata affetta da neuroblastoma IV stadio.

esaote MyLab
S.C.RADIOLOGIA-OSP. SANTOBONO/NAPOLI
M----------
29 GIU 2011 11:02
B RIS-B G 44%
P 108mm XV 3
PRC 12/2/1 PRS 5+
PST 0 C 1
1 8
ESPO CA541
D1 66.0 mm
0
5
10


esaote MyLab
S.C.RADIOLOGIA-OSP. SANTOBONO/NAPOLI
29 GIU 2011 11:02
B RIS-B G 44% CFM F 2.6 MHz G 54%
P 108mm XV 3 PRF 750 Hz
PRC 12/2/1 PRS 5+ PRC M/ 2 PRS 6
PST 0 C 1 FP 2
1 8
ESPO
CA541
+.11
-.11
m/s
0
5
10

Take home messages

- Il neuroblastoma può mimare diverse patologie ortopediche all'esordio e tra queste la sinovite e l'artrite settica dell'anca sono le più frequenti (15% all'esordio, *Aston, Orthop Rev 1997*)

- Possono orientare la diagnosi: anemia severa (*Hb*<7.7-*Aston 1997*), aumento di LDH VES e PCR con GB normali (*Trapani, Semin Arthritis Rheum 2000*)

  - GB 10.500 (N 80%), Hb 10, PCR 91, VES 100, LDH 650.

- La radiologia tradizionale non permette una adeguata diagnosi differenziale *(Applegate, Pediatr Radiol 1995)*

- Nel nostro caso il dolore, “sproporzionato” rispetto a quello atteso ha permesso di orientare la diagnosi.

Protocollo di trattamento antibiotico nei pazienti con Osteomielite e artrite settica

paziente	Bambino < 2 anni
Etiologia presumibile	Staphilococco aureus, streptococco pn
antibiotici	Ceftriaxone 100 mg/Kg/die 1 dose Oppure cefotaxime 150-200 mg/kG/die in 3-4 dosi + Oxacillina 150 mg/Kg/die in 4 dosi (o se non risposta clinica : vancomicina)
Paziente	Bambino > 2 anni
Etiologia presumibile	Staphilococco aureus,
Antibiotici	Oxacillina 150 mg/kG/die in 4 dosi O Clindamicina 30-40 mg/kG/die in 3 dosi

Durata del trattamento: va instaurata precocemente , scelta empirica iniziale, fare diagnosi microbiologica accurata.
10 giorni di terapia ev, poi per os per altri 14 giorni con amoxi-clav 50 mh/kg/ in 3 dosi

Agente etiologico più frequente artrite settica anca:

Staphilococco aureo non meticillino resistente

Terapia antibiotica va instaurata precocemente sui dati della letteratura

Terapia antibiotica dell'artite settica dell'anca nel bambino con più di 2 anni in I fase Ceftriaxone

Durata della terapia dell'artrite settica dell'anca : 20 giorni

Table III. Empirical therapy guidelines from the British Society for antimicrobial chemotherapy[62]

Because of the potential for permanent joint damage if suboptimal treatment is given, treatment should be discussed with your microbiologist

The following are suitable empirical antibiotic regimens:

Non high-risk patients

High-dose, µV flucloxacillin plus benzylpenicillin (plus either fusidic acid or rifampicin, depending on the severity of infection)

If the patient is in a high-risk group, has pre-existing rheumatoid arthritis, or Gram-negative organisms were identified on Gram stain, treatment can be modified as follows:

High-dose, intravenous flucloxacillin plus either an aminoglycoside such as gentamicin or a quinolone such as ciprofloxacin (plus either fusidic acid or rifampicin depending on severity)

or

A second-generation cephalosporin such as cefuroxime (plus either fusidic acid or rifampicin depending on severity)

In penicillin-allergic patients:

Clindamycin plus a quinolone such as ciprofloxacin

or

Vancomycin plus a quinolone such as ciprofloxacin

If MRSA* is suspected, consult your microbiologist, as treatment will depend on local antibiotic susceptibilities. The following general principles usually apply:

intravenous vancomycin should be used instead of flucloxacillin

Gentamicin or a quinolone such as ciprofloxacin can be added to vancomycin, subject to local policies and the advice of your microbiologist

If clinical signs indicate gonococcal septic arthritis, suitable treatments include:

High-dose IV second- or third-generation cephalosporin such as cefuroxime or cefotaxime

or

A quinolone such as ciprofloxacin plus flucloxacillin

* MRSA, methicillin-resistant *Staphyloccus aureus*

■ REVIEW ARTICLE

The management of septic arthritis in children

SYSTEMATIC REVIEW OF THE ENGLISH LANGUAGE LITERATURE

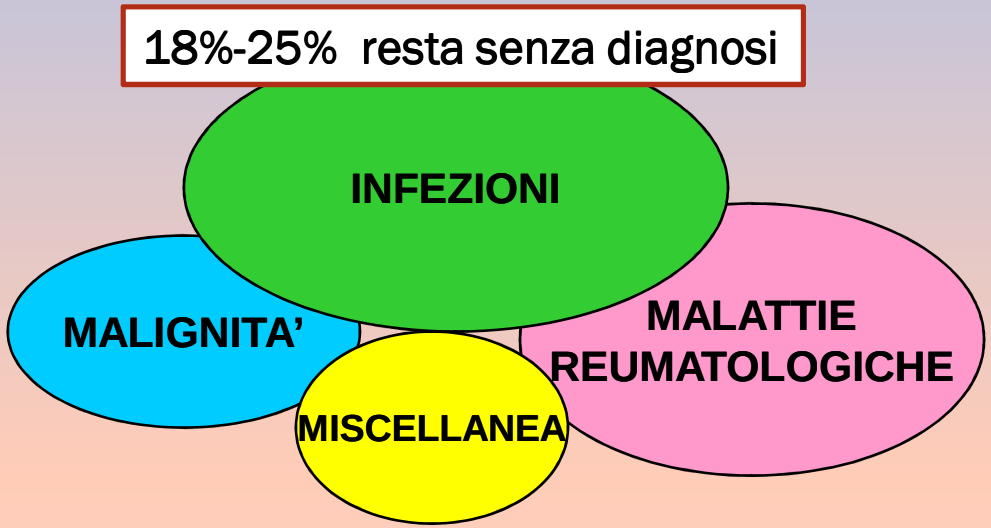
LA FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA (FUO)

CONDIZIONE FEBBRILE (38,5°C) PERDURANTE DA ALMENO DUE SETTIMANE LA CUI CAUSA E' DIFFICILMENTE INDIVIDUABILE AD UNA PRIMA VALUTAZIONE CLINICA

Table 170-4 – SUMMARY OF DEFINITIONS AND MAJOR FEATURES OF THE FOUR SUBTYPES OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

FEATURE	CLASSIC FUO	HEALTH CARE–ASSOCIATED FUO	IMMUNE-DEFICIENT FUO	HIV-RELATED FUO
Definition	>38.0°C, >3 wk, >2 visits or 1 wk in hospital	≥38.0°C, >1 wk, not present or incubating on admission	≥38.0°C, >1 wk, negative cultures after 48 hr	≥38.0°C, >3 wk for outpatients, >1 wk for inpatients, HIV infection confirmed
Patient location	Community, clinic, or hospital	Acute care hospital	Hospital or clinic	Community, clinic, or hospital
Leading causes	Cancer, infections, inflammatory conditions, undiagnosed, habitual hyperthermia	Health care–associated infections, postoperative complications, drug fever	Majority due to infections, but cause documented in only 40-60%	HIV (primary infection), typical and atypical mycobacteria, CMV, lymphomas, toxoplasmosis, cryptococcosis, immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS)
History emphasis	Travel, contacts, animal and insect exposure, medications, immunizations, family history, cardiac valve disorder	Operations and procedures, devices, anatomic considerations, drug treatment	Stage of chemotherapy, drugs administered, underlying immunosuppressive disorder	Drugs, exposures, risk factors, travel, contacts, stage of HIV infection
Examination emphasis	Fundi, oropharynx, temporal artery, abdomen, lymph nodes, spleen, joints, skin, nails, genitalia, rectum or prostate, lower limb deep veins	Wounds, drains, devices, sinuses, urine	Skin folds, IV sites, lungs, perianal area	Mouth, sinuses, skin, lymph nodes, eyes, lungs, perianal area
Investigation emphasis	Imaging, biopsies, sedimentation rate, skin tests	Imaging, bacterial cultures	CXR, bacterial cultures	Blood and lymphocyte count; serologic tests; CXR; stool examination; biopsies of lung, bone marrow, and liver for cultures and cytologic tests; brain imaging
Management	Observation, outpatient temperature chart, investigations, avoidance of empirical drug treatments	Depends on situation	Antimicrobial treatment protocols	Antiviral and antimicrobial protocols, vaccines, revision of treatment regimens, good nutrition
Time course of disease	Months	Weeks	Days	Weeks to months
Tempo of investigation	Weeks	Days	Hours	Days to weeks

CAUSE DI FUO



- QUESTI 4 GRUPPI POSSONO PRESENTARE QUADRI CLINICI SIMILI
- LE INFEZIONI RAPPRESENTANO LA CAUSA PIU' FREQUENTE DI FEBBRE NEL BAMBINO
- IL 5-20% DI FUO SONO CAUSATE DA MALATTIE REUMATOLOGICHE
- LE MALATTIE REUMATOLOGICHE POSSONO RICHIEDERE SETTIMANE O MESI PER LA DIAGNOSI O SONO SPESSO UNA DIAGNOSI CLINICA O DI ESCLUSIONE!

Cause di fuo

MALATTIE INFETTIVE SISTEMICHE	batteriche, virali, protozoarie
MALATTIE INFETTIVE A LOCALIZZAZIONE DI ORGANO	endocarditi, osteomieliti
MALATTIE INFIAMMATORIE A PATOGENESI NON INFETTIVA	malattie reumatologiche,
MALATTIE NEOPLASTICHE	leucemie, linfomi, neuroblastomi
FEBBRE DA INGANNO	fittizia, Munchausen by proxy
ASSUNZIONE DI FARMACI	

CAUSE DI FUO NEI PAESI INDUSTRIALIZZATI

FORME INFETTIVE DI ORGANO	*FORME INFETTIVE SISTEMICHE*	*FORME INFIAMMATORIE*
Infezioni vie Urinarie Broncopolmonite Osteomielite Endocardite Ascesso peritonsillare Ascesso addominale Sinusite	Infezione da EBV Tubercolosi Bartonella Salmonellosi *DA FARMACI* Fans Anticomiziali Atropina *DA INGANNO*	AIG Malattia di Kawasaki (?) Malattia di Crohn LES *NEOPLASIE* LLA Linfoma

VALUTAZIONE DEL BAMBINO CON FUO

L'ANAMNESI

- ✓ DURATA E TIPO DI FEBBRE
- ✓ MODALITÀ DI ESORDIO
- ✓ SINTOMI ASSOCIATI
  - a) dolori muscoloscheletrici
  - b) lesioni della cute e delle mucose
  - c) problemi oculari
  - d) disturbi gastrointestinali

- ✓ STORIA DI VIAGGI (zecche o parassiti)
- ✓ ASSUNZIONE DI MEDICAMENTI (gocce oftalmiche di atropina!)
- ✓ STORIA DI PICACISMO (Toxocara e Toxoplasma)
- ✓ ESPOSIZIONE AD ANIMALI SELVATICI O DOMESTICI
- ✓ MORSO DI ZECCA (Rickettsiosi e malattia di Lyme)
- ✓ STORIA FAMILIARE E SOCIALE- BACKGROUND GENETICO (Diabete insipido renale e Disautonomia familiare)

VALUTAZIONE DEL BAMBINO CON FUO

L'ESAME OBIETTIVO

- DATI AUXOLOGICI
- PARAMETRI VITALI
- ESAME OBIETTIVO GENERALE (sudorazione,segni di disidratazione, epatosplenomegalia, linfoadenopatia)
- ESAME DELLA CUTE E DELLE MUCOSE (afte orali e genitali, eritemi, rash cutanei)
- ESAME ARTICOLARE
- ESAME DELLA FORZA MUSCOLARE
- DOLORABILITA' MUSCOLARE, OSSEA, SENI PARANASALI E DENTI
- ESAME DELL'ANDATURA E NEUROLOGICO

ESAMI PER LA DIAGNOSI DI FUO
I step

- Esame emocromocitometrico, striscio periferico
- VES, PCR, TAS
- Funzionalità epatica e renale,
- LDH,
- Widal Wright
- EBV VCA
- Parvovirus
- Borrelia
- Leishmania
- TORCH
- Ft3,Ft4,TSH
- Esame urine, urinocoltura
- Rx torace
- Eco addome

Emocoltura

Tampone faringeo

ESAMI PER LA DIAGNOSI DI FUO
II step

- Anticorpi antinucleo, C3, C4, Ig
- Procalcitonina
- Sangue occulto fecale, coprocoltura calprotectina fecale
- Intradermoreazione di Mantoux
- VMA
- Ecocardio
- Visita ORL con rinoscopia, Rx cranio (TC?)(sinusite)
- Agoaspirato midollare
- Scintigrafia ossea con tecnezio
- TC Total body
- Gastro, colonscopia
- Emoscopia per malaria

Foglio Anamnesi per Febbre

A.F.:
vi sono in famiglia malattie ereditarie? (in particolare FMF, immunodeficienze, ecc)
Vi sono in famiglia parenti che hanno presentato, anche in età infantile, episodi ricorrenti di febbre?
Di che origine geografica è la famiglia?

Sono stati fatti recentemente viaggi all'estero ? dove
C'è stato contatto con animali?(gatti, zecche, bovini, ecc) :
C'è stato contatto con persone affette da patologie tbc, altre malattie infettive ?
Come è stato l'accrescimento staturo ponderale ?
E lo sviluppo psicomotorio?
Il b. frequenta comunità infantili (nido, scuola): |

APP. :
da quanti giorni ha la febbre
Caratteristiche della febbre:
Negli intervalli liberi il b. sta bene?
Come risponde la febbre ai farmaci?

E' una febbre periodica?
Intervalli di benessere di giorni:
Sintomi associati:
il b. è affetto da altre malattie? (IVU…)

Ciclo vaccinale Completo ☐ Incompleto ☐

ARGONAUTI XIII

L'approdo alla Terra delle Sirene

25-26 Maggio 2012

Sala Convegni Azienda Autonoma di Soggiorno e Turismo – Sorrento (NA)

ACP
ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Venerdì 25

Le reumoartropatie croniche *E. Cortis, M. Alessio*

I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo *R. Militerni*

La genetica ci aiuta a capire meglio *L. Pastore, G. Gison*

Gruppi di lavoro: Impariamo a usare gli strumenti utili *C. Bravaccio, A. Frolli*

Sabato 26

Dal latte… al companatico. Esperienze a confronto

Mangiare bene: una ipoteca sulla salute futura *S. Auricchio*

Neuroni in via di connessione… Cresce una rete per il futuro. *R. Bosio*

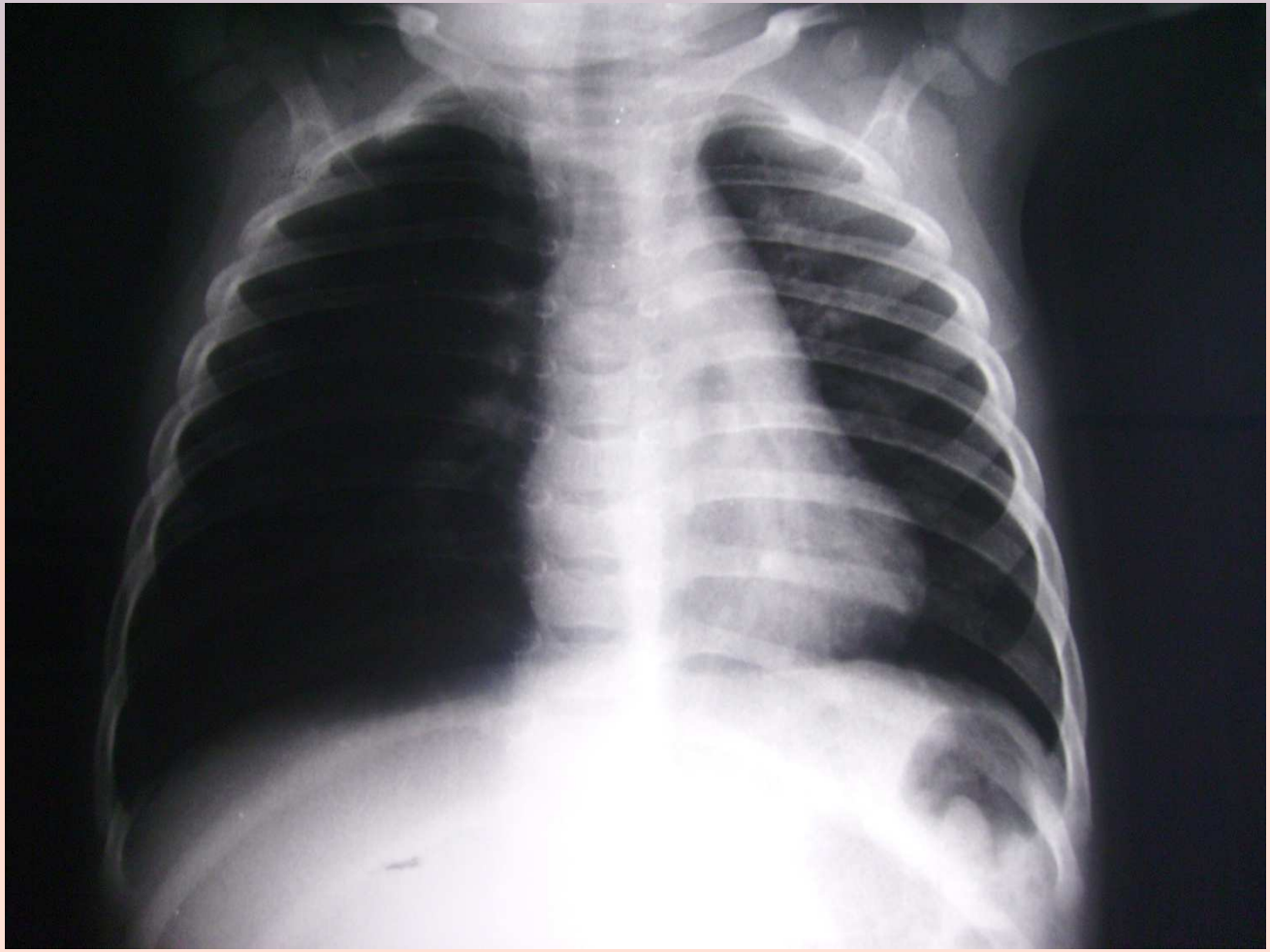
I bambini in auto: una serie di errori da evitare

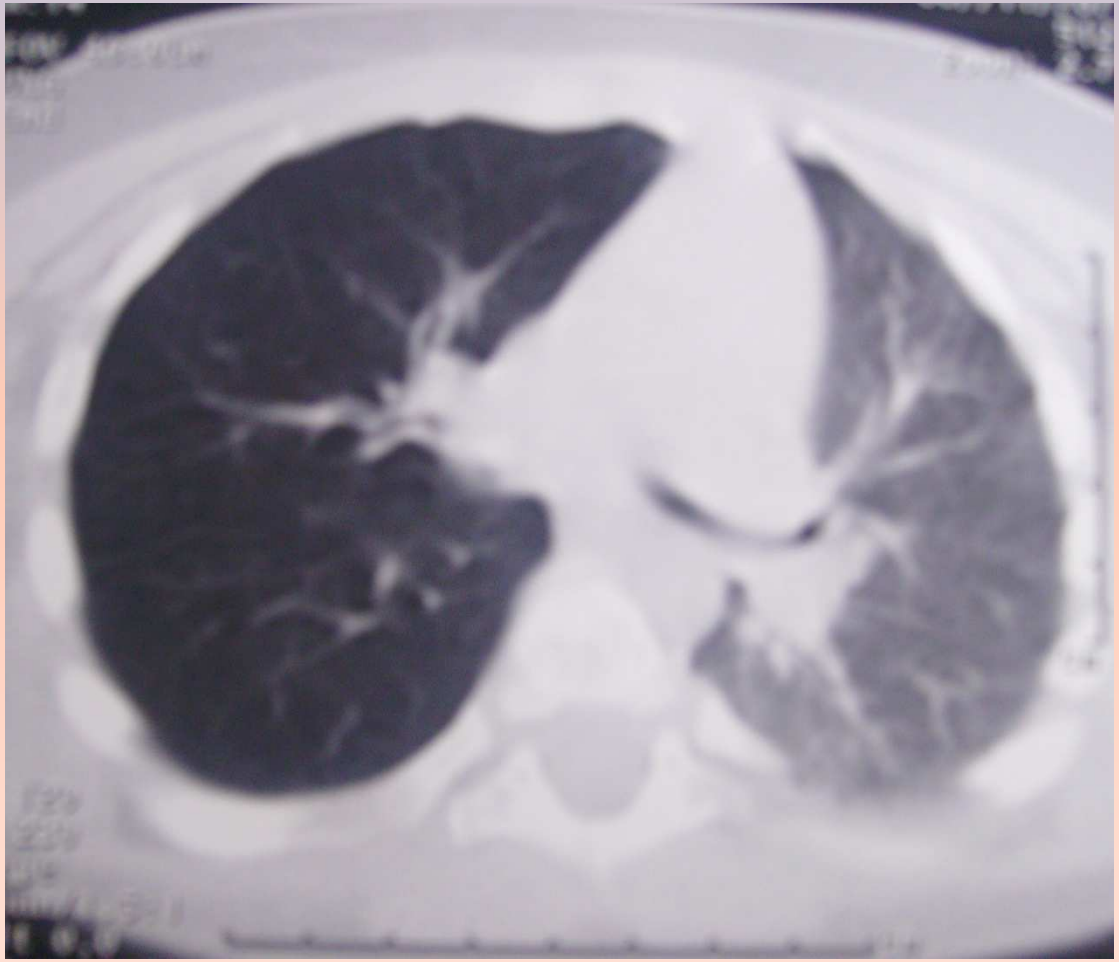
A. Fiorentino

Gennaro, 12 mesi

Nessuna patologia significativa.
Si ricovera in altro ospedale della regione per tosse e distress respiratorio.
Saturazione sempre buona, reperto clinico di broncostenosi

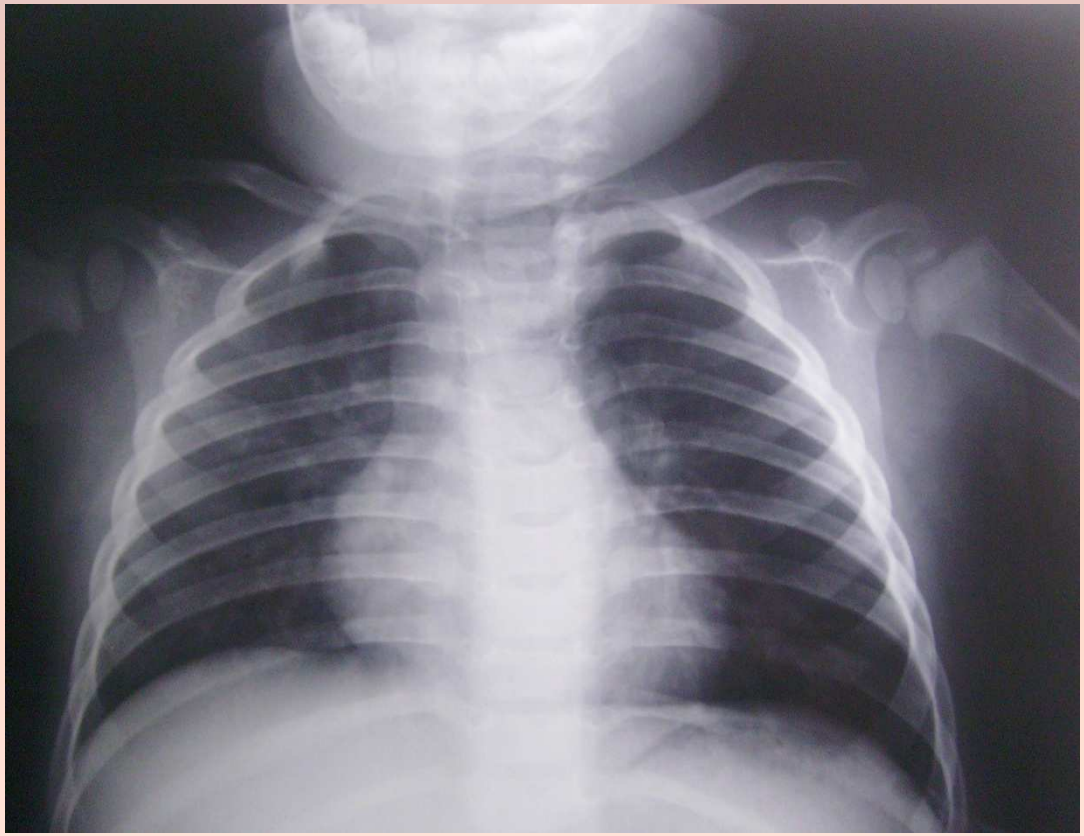
Rx al ricovero





Terapia antibiotica, cortisonica e broncodilatatore

Dopo 4 giorni ripete rx torace



Ma Gennaro continua a presentare tosse e lieve dispnea con broncostenosi

Si ricovera nella nostra Divisione

Broncoscopia

↓

Frammento di mandorla a sn !!!

S.D. è un bambino di 12 anni nato in Italia, figlio di genitori immigrati dalla Repubblica di Guinea.
Viene inviato a ricovero dal pediatra di famiglia perché:

Da 5 giorni presenta febbre molto elevata e assume già da tre giorni cefalosporina orale senza miglioramento della sintomatologia.

Dall'anamnesi emerge che da due settimane il b. era rientrato da un soggiorno in Guinea Konakry durato tre mesi.

All'esame obiettivo

febbre (TC 39.9℃), disidratazione,
alterazione del sensorio, sonnolenza,
risposta agli stimoli dolorifici,
assenza di segni di irritazione meningea,
mucose pallide,
anitterico.
lieve tachicardia (F.C.155),
modesta epato-splenomegalia

Inoltre, presenta numerose cicatrici cutanee,
specie agli arti inferiori

Esami d'urgenza

emocromo:
Hb 9.7gr/dl
Ht 29%
PLT 38.000 mm3
VES 38
PCR 148,8
LDH 1009 UI/L.

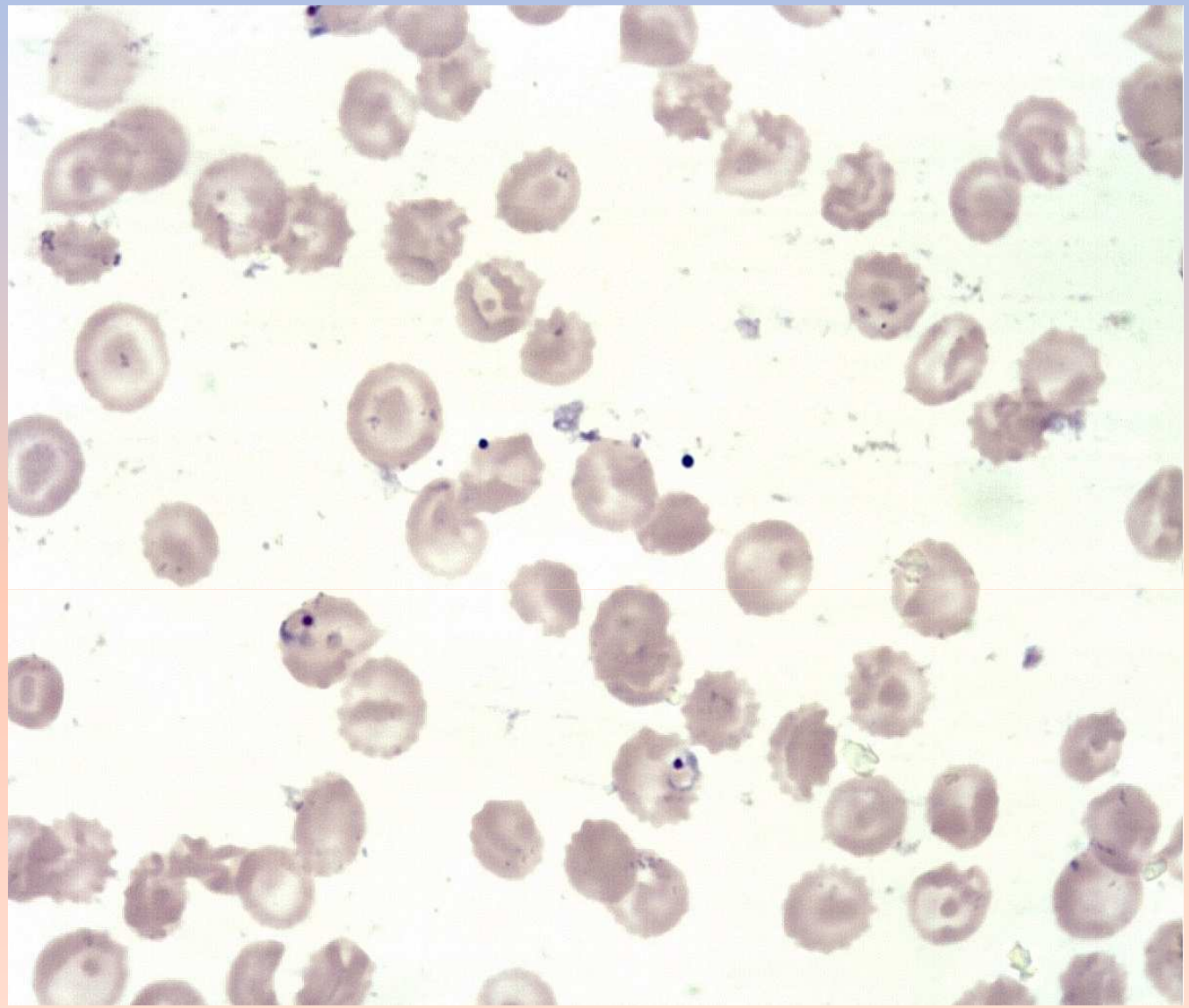
quadro infettivo, associato a lieve anemia microcitica e piastrinopenia

Ospedale Universitario Donka e Ignace Deen

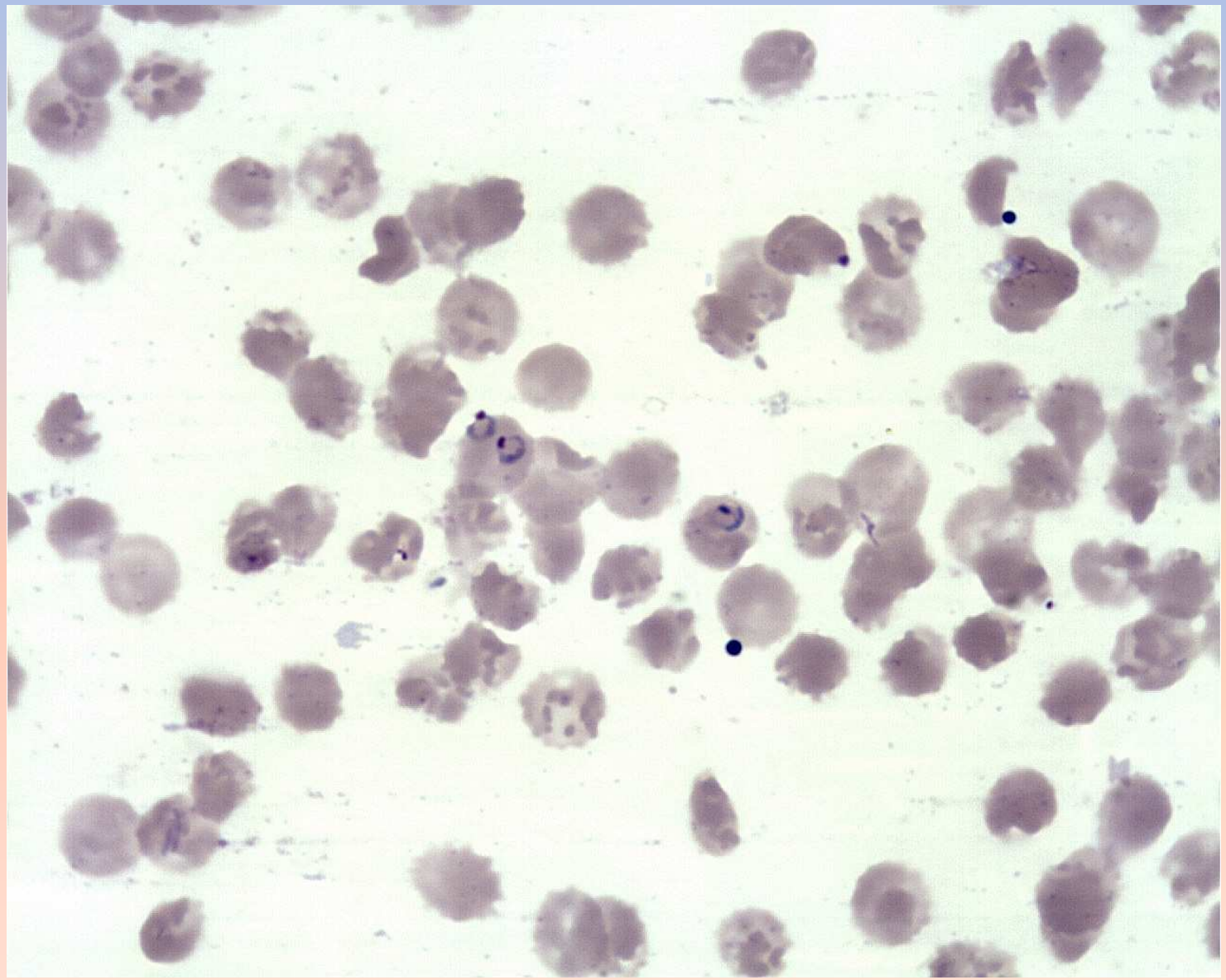
2007/02/11 12:35

La madre riferisce che il p. avrebbe praticato in modo discontinuo profilassi antimalarica non ben specificata durante tale periodo.

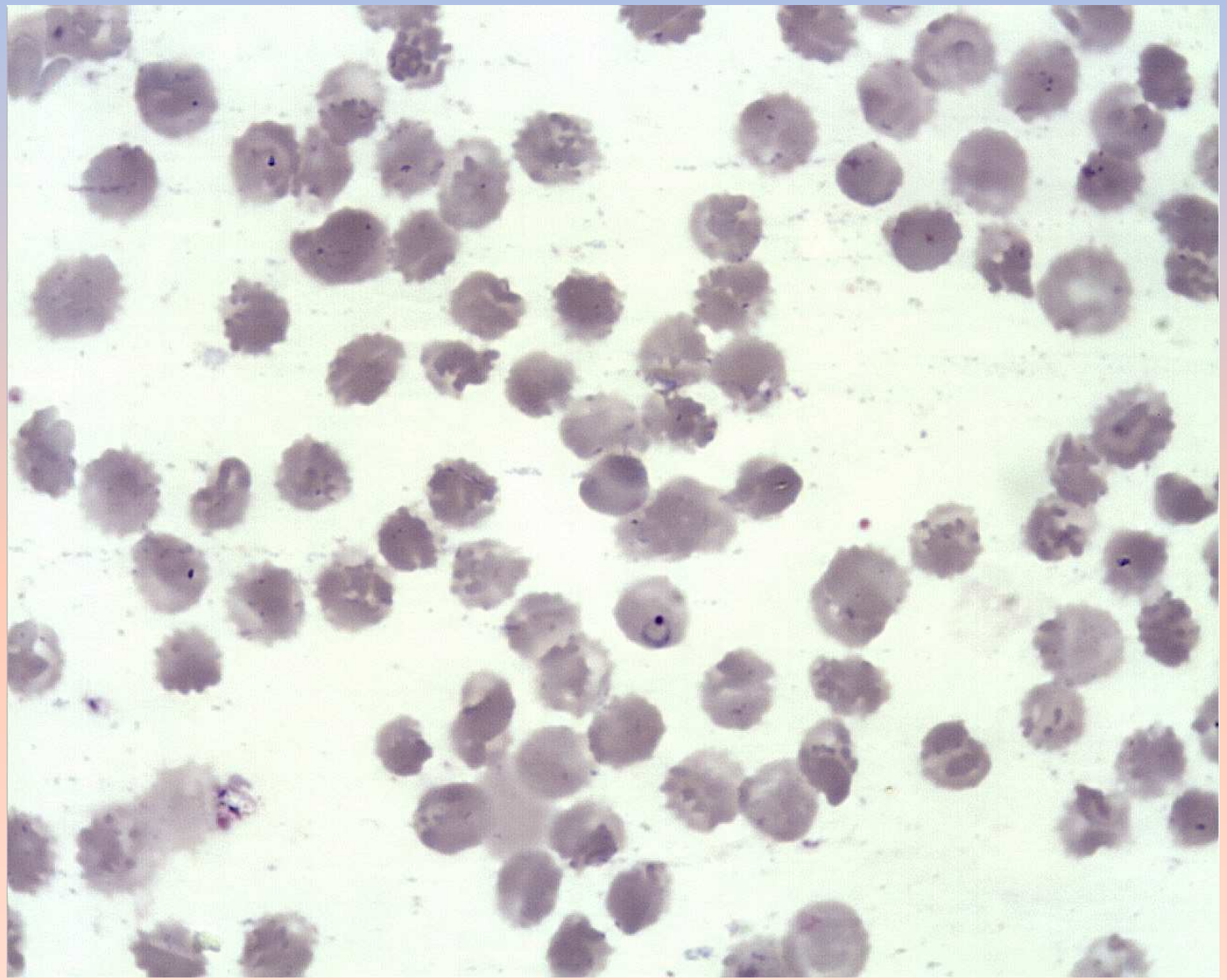
E stato eseguita goccia spessa colata per la ricerca di parassiti, e striscio di sangue periferico (striscio sottile) per l' identificazione della specie con colorazione May Grumwald-Giemsa da cui è emersa la presenza di numerose formazioni intraeritrocitarie fortemente suggestive di infezione da P.Falciparum



Striscio di sangue periferico in cui sono presenti globuli rossi parassitati da trofozoiti ad anello.



Striscio di sangue periferico in cui si rileva la presenza di più trofozoiti per globulo rosso.



Striscio di sangue periferico in cui si osserva la presenza di trofozoiti con il tipico aspetto ad anello con castone.

Dopo due ore viene trasferito in ospedale per malattie infettive

ulteriore diminuzione del valore dell'emoglobina e delle piastrine: Hb 7.8 gr/dl; Ht 23.7% PLT 35.000 mm3 e un iniziale alterazione dei parametri coagulativi: D dimero 1140 ng/ml e AT III 72%.

test rapido immuno-cromatografico per ricerca parassiti malarici su sangue periferico presentava positività per P. Falciparum.

Inizia terapia con meflochina poiché il p. proveniva da una paese con malaria endemica clorochino-resistente, alla dose di 25 mg/Kg (Lariam cpr 250 mg : 1 cpr ogni 8 ore) preceduta dalla somministrazione di metoclopramide e terapia di supporto (reidratazione parenterale) per 24 ore.

Dopo 24 ore il bambino ha ripreso coscienza,
è sfebbrato e ha ripeso ad alimentarsi regolarmente,

l'emocromo ha evidenziato miglioramento dell'anemia e normalizzazione del valore delle piastrine:

Hb 8.8 gr/dl Ht 26% PLT 216.0000 mm3.

MERCI'

Foglio Anamnesi per Febbre

A.F.:
vi sono in famiglia malattie ereditarie? (in particolare FMF, immunodeficienze, ecc)
Vi sono in famiglia parenti che hanno presentato, anche in età infantile, episodi ricorrenti di febbre?
Di che origine geografica è la famiglia?

Sono stati fatti recentemente viaggi all'estero ? dove
C'è stato contatto con animali?(gatti, zecche, bovini, ecc) :
C'è stato contatto con persone affette da patologie tbc, altre malattie infettive ?
Come è stato l'accrescimento staturo ponderale ?
E lo sviluppo psicomotorio?
Il b. frequenta comunità infantili (nido, scuola): |

APP. :
da quanti giorni ha la febbre
Caratteristiche della febbre:
Negli intervalli liberi il b. sta bene?
Come risponde la febbre ai farmaci?

E' una febbre periodica?
Intervalli di benessere di giorni:
Sintomi associati:
il b. è affetto da altre malattie? (IVU…)

Ciclo vaccinale Completo ☐ Incompleto ☐

ESAMI I STEP

Emocromo, e striscio periferico
VES, PCR, TAS, ferritina
Funzionalità epatica (QPE, AST, ALT)
Funzionalità renale (Azot, Crest)
LDH
Widal Wright
EBV VCA,
Bartonella,(?)
Parvovirus
Borrelia,
Leishmania
TORCH
Ft3, Ft4, TSH
Esame urine,
Urinocultura
Coprocultura
RX Torace, Eco Addome

ECG e Eco cardio

ESAMI II STEP

PCT
Ig, e sottoclassi Ig
ANA,e autoanticorpi + FFOO con lampada a fessura
Emoculture
Ac Vanilmandelico e catecolamimne urinarie
Calprotectina fecale
TC Torace e addome
Midollo
Emoscopia per malaria
Scintigrafia intestinale con leucociti marcati
Ecografia ultima ansa ileale
Gastroscopia
Colonscopia

Sierologia di II livello: HIV, Toxoplasma, CMV, Ab anti-Brucella (ISS), Ab anti-Leishmania (ISS), Ab anti-Borrelia, Ab anti-Leptospira
-Ripetere Mantoux e praticare T-spot (Monaldi) e/o aspirato gastrico per esame microscopico, colturale e PCR per Mtb/MOTT (Monaldi)

- **Valutazione immunologica di II livello:** titolo anticorpale specifico (tossoide tetanico, HBsAb), isoemoagglutinine, eventualmente test di funzionalità macrofagica (NBT, test alla diidrorodamina, al centro trasfusionale al Policlinico) anche se la probabilità di MCG è bassa in una femmina

CAUSE PRINCIPALI DI FUO

Infez sistemiche
Da batteri: brucella, borrelia, bartonella, salmonella, micobac tubercolosi, rickettsie
Da virus: citomegalo, HIV, EBV
Da protozoi: Toxoplasma, plasmodio malaria
Da funghi: istoplasma

Infez con localizzazioni d'organo
Endocardite batterica, Osteomielite, Ascessi, empiemi

Neoplasie
Linfoma Hodgkin, Leucemia, Neuroblastoma

Vasculiti
Kawasaki, Panarterite nodosa, Arterite di Takayasu

M reumatologiche
Lupus, Forma sistemica dell'artrite idiopatica giovanile, Sarcoidosi

Altre Diabete centrale insipido

Caratteristiche dell'accesso febbrile

Durata media dell'accesso febbrile (in giorni)	**< 2**	**2-4**	**5-7**	**>7**	**…….**
Puntate febbrili >38°C		**si**	**no**		
Numero di accessi febbrili/anno	**< 2**	**2-6**	**6-12**	**>12**	**…….**
Periodo intercritico					
Regolare durata media (in gg……)			**Irregolare**		
Presenza di brividi all'esordio dell'accesso febbrile			**si**	**no**	
Presenza degli accessi febbrili durante il periodo estivo			**si**	**no**	

Sintomi associati all'attacco febbrile

Sintomi mucocutanei

	Sempre		Spesso		Talora		Mai	
	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale
Stomatite aftosa								
Aftosi genitale								
Faringite essudativa								
Faringite eritematosa								
Congiuntivite								
Edema periorbitale								
Rash maculo-papulare*								
Rash erisipeloide*								
Rash orticarioide*								
Follicolite-pseudofollicolite*								
Altro…… …… ……								

Sintomi riferibili al sistema linfatico

	Sempre		**Spesso**		**Talora**		**Mai**	
	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale
Linfoadenomegalia LC								
Dolorabilità linfonodi LC								
Splenomegalia								
Altro…… …… ……								

Sintomi correlati all'apparato cardio-respiratorio

	Sempre		**Spesso**		**Talora**		**Mai**	
	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale
Dolore toracico								
Pleurite*								
Pericardite**								
Altro…… …… ……								
Documentazione RX*					Si		No	
Documentazione EcoCG**					Si		No	

Sintomi correlati all'apparato gastrointestinale

	Sempre		**Spesso**		**Talora**		**Mai**	
	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale
Dolore addominale								
Diarrea/feci poco formate								
Vomito								
Altro……								

Sintomi correlati all'apparato locomotore

	Sempre		**Spesso**		**Talora**		**Mai**	
	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale
Artralgie								
Mialgie								
Monoartrite*								
Oligoartrite* (≤4 articolazioni)								
Poliartrite* (≥4 articolazioni)								
Altro…… …… ……								

Altri sintomi

	Sempre		**Spesso**		**Talora**		**Mai**	
	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale	Esordio	Attuale
Astenia-malessere								
Cefalea								
Altro…… …… ……								