https://printo.it/pediatric-rheumatology/PT/intro

Artrite Idiopática Juvenil

Versão de 2016

3. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

3.1 Que testes laboratoriais são necessários?

No momento do diagnóstico, determinados testes laboratoriais são úteis, em associação com exames das articulações e observações oftalmológicas, para definir melhor qual o tipo de AIJ e identificar doentes que apresentam risco de desenvolver complicações específicas tais como iridociclite crónica.

O fator reumatoide (FR) é um teste laboratorial que deteta auto-anticorpos, o qual, se for positivo e persistente em alta concentração, indica o subtipo de AIJ.

Os anticorpos antinucleares (ANA) são testes frequentemente positivos em doentes com AIJ oligoarticular precoce. Esta população de doentes com AIJ apresenta um risco elevado de desenvolver iridociclite (uveíte) crónica e, como tal, deve agendar exames oftalmológicos com lâmpada de fenda (a cada três meses).

O HLA-B27 é um marcador celular que é positivo em cerca de 80% dos doentes com artrite associada a entesite. Apenas é positivo em 5-8% dos indivíduos saudáveis.

Outros exames, tais como a velocidade de sedimentação eritrocitária (VS) ou doseamento da proteína C reativa (PCR) que medem o grau de inflamação geral são úteis. No entanto, o diagnóstico, assim como as decisões de tratamento, baseiam-se muito mais nas manifestações clínicas do que nos testes laboratoriais.

Dependendo do tratamento, os doentes podem necessitar de testes periódicos (tais como a contagem de células sanguíneas ou Hemograma, testes da função renal e hepática) para verificar a existência de efeitos secundários do tratamento e para avaliar a

toxicidade dos medicamentos que podem não causar nenhum sintoma. A inflamação nas articulações é avaliada principalmente através do exame clínico e, por vezes, através de estudos de imagiologia tais como a ecografia. Radiografias ou ressonâncias magnéticas (RM) periódicas podem ser úteis para avaliar a saúde e o crescimento dos ossos e, como tal, adaptar o tratamento.

3.2 Como pode ser tratada?

Não existe nenhum tratamento específico para curar a AIJ. O objetivo do tratamento é aliviar a dor, a fadiga e a rigidez, prevenir danos nas articulações e nos ossos, minimizar deformações e melhorar a mobilidade impedindo o crescimento e desenvolvimento de todos os tipos de artrite. Nos últimos dez anos, fizeram-se avanços consideráveis no tratamento da AIJ com a introdução de medicamentos conhecidos como agentes biológicos. No entanto, algumas crianças podem ser "resistentes ao tratamento", o que significa que, apesar do tratamento, a doença ainda permanece ativa e as articulações inflamadas. Existem algumas diretrizes para decidir o tratamento, embora o tratamento deva ser individualizado para cada criança. A participação dos pais na decisão de tratamento e a adesão ao mesmo são muito importantes.
O tratamento baseia-se principalmente na utilização de medicamentos que inibem a inflamação sistémica e/ou articular e em procedimentos de reabilitação que preservem a função da articulação e contribuam para a prevenção de deformações.
O tratamento é bastante complexo e requer muitas vezes a cooperação de diferentes especialistas (reumatologista pediátrico, cirurgião ortopédico, terapeuta físico e ocupacional, oftalmologista).
A secção seguinte descreve as atuais estratégias de tratamento da AIJ. Poderá encontrar mais informações sobre medicamentos específicos na secção Terapia Medicamentosa. Tenha em consideração que cada país dispõe de uma lista de medicamentos aprovados; como tal, os medicamentos listados não estão todos disponíveis em todos os países.

Medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs)

Os medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) têm sido tradicionalmente o principal tratamento de todas as formas de artrite idiopática juvenil (AIJ) e de outras doenças reumáticas pediátricas. São medicamentos anti-inflamatórios sintomáticos e anti-piréticos (para

baixar a febre). Sintomáticos significa que não podem induzir a remissão da doença, mas ajudam a controlar os sintomas devidos à inflamação. Os mais amplamente utilizados são o naproxeno e o ibuprofeno; a aspirina, embora eficaz e barata, é atualmente muito menos utilizada, principalmente devido ao seu risco de toxicidade (efeitos sistémicos no caso de níveis elevados no sangue, toxicidade hepática especialmente na AIJ sistémica). Os AINEs são geralmente bem tolerados e o desconforto gástrico, o efeito secundário mais comum nos adultos, é pouco comum nas crianças. Ocasionalmente, um AINE pode ser eficaz onde outro falhou. A associação entre diferentes AINEs não é indicada. O efeito máximo na inflamação das articulações ocorre após várias semanas de tratamento.

Injeções intra-articulares

Se existirem uma ou mais articulações com atividade intensa, que estejam a inibir o movimento normal da articulação e/ou que sejam muito dolorosas para a criança, são utilizadas injeções intra-articulares. O medicamento injetado é uma preparação de corticosteroides de ação prolongada. O hexacetonido de triancinolona é o preferido devido ao seu efeito prolongado (frequentemente durante muitos meses). A sua absorção na circulação sistémica é mínima. É o tratamento de eleição para a doença oligoarticular e complementar para as outras formas. Esta forma de tratamento pode ser repetida várias vezes na mesma articulação. A injeção articular pode ser efetuada com anestesia local ou geral (geralmente nas crianças mais novas), dependendo da idade da criança, do tipo de articulação e do número de articulações a ser injetadas. Geralmente, não se recomendam mais de 3-4 injeções por ano na mesma articulação.
Geralmente, as injeções articulares são associadas com outro tratamento para alcançar uma rápida melhoria da dor e da rigidez, se necessário, ou até que outros medicamentos comecem a surtir efeito.

Medicamentos de segunda linha

Os medicamentos de segunda linha são indicados para crianças com poliartrite progressiva além do tratamento adequado com AINEs e injeções de corticosteroides. Os medicamentos de segunda linha são geralmente adicionados ao tratamento anterior com AINEs, o qual é normalmente continuado. O efeito da maioria dos medicamentos de segunda linha apenas se torna totalmente evidente após várias

semanas ou meses de tratamento.

Metotrexato

Não existem dúvidas de que o metotrexato representa o medicamento de segunda linha de eleição em todo o mundo para crianças com AIJs. Vários estudos provaram a sua eficácia, assim como o seu perfil de segurança durante até vários anos de administração do medicamento. A literatura médica estabeleceu a dose máxima eficaz (15 mg por metro quadrado tanto por via oral como por via parentérica, através de injecções subcutâneas). Como tal, o metotrexato administrado semanalmente é o medicamento de primeira escolha, especialmente em crianças com AIJ poliarticular. É eficaz na maioria dos doentes. Tem atividade anti-inflamatória mas também é capaz, em alguns doentes e através de mecanismos desconhecidos, de reduzir a progressão da doença ou até mesmo induzir a remissão da doença. É geralmente bem tolerado. A intolerância gástrica (enjoos ou náuseas) e o aumento dos níveis das transaminases hepáticas representam os efeitos secundários mais comuns. Durante o tratamento, é necessário monitorizar a potencial toxicidade através de exames laboratoriais periódicos.
O metotrexato encontra-se atualmente aprovado para utilização nas AIJs em muitos países de todo o mundo. Recomenda-se também a combinação do tratamento com metotrexato com ácido fólico ou ácido folínico, uma vitamina que reduz o risco de efeitos secundários, especialmente na função hepática.

Leflunomida

A leflunomida é uma alternativa ao metotrexato, especialmente para as crianças que não toleram o metotrexato. A Leflunomida é administrada sob a forma de comprimidos e este tratamento foi estudado na AIJ e a sua eficácia foi comprovada. No entanto, este tratamento é mais caro do que o tratamento com metotrexato.

Salazopirina e ciclosporina

Outros medicamentos não-biológicos, tais como a salazopirina, também demonstraram ser eficazes na AIJ, mas geralmente têm uma tolerância inferior à demonstrada com o metotrexato. A experiência com a salazopirina é muito mais limitada em comparação à existente com o metotrexato. Até à data, não foram realizados nenhuns estudos adequados na AIJ para avaliar a eficácia de outros medicamentos

potencialmente úteis tais como a ciclosporina. A salazopirina e a ciclosporina são atualmente menos utilizados, pelo menos nos países onde a disponibilidade de agentes biológicos está mais difundida. A ciclosporina é um medicamento importante, em associação com os corticosteroides, para o tratamento da síndrome de ativação macrofágica em crianças com AIJ sistémica. Esta é uma complicação grave e potencialmente fatal da AIJ sistémica, a qual é secundária a uma ativação geral maciça do processo inflamatório.

Corticosteroides

Os corticosteroides são os medicamentos anti-inflamatórios disponíveis mais eficazes, mas a sua utilização é limitada porque, a longo prazo, estão associados a vários efeitos secundários significativos, incluindo osteoporose e atrasos de crescimento. No entanto, os corticosteroides são importantes para o tratamento de sintomas sistémicos resistentes a outros tratamentos, para o tratamento de complicações sistémicas com risco de vida e como um medicamento que ajuda a controlar a doença aguda enquanto se espera que os medicamentos de segunda linha sejam eficazes.
Utilizam-se corticosteroides tópicos (colírios oculares) no tratamento da iridociclite. Em casos mais graves, podem ser necessárias injeções peribulbares (dentro do globo ocular) de corticosteroides ou a administração de corticosteroides sistémicos.

Agentes biológicos

Nos últimos anos foram introduzidas novas perspetivas com medicamentos conhecidos como agentes biológicos. Os médicos utilizam este termo para os medicamentos produzidos através de engenharia biológica, os quais, ao contrário do metotrexato ou da leflunomida, são direcionados principalmente contra moléculas específicas (fator de necrose tumoral ou TNF, interleucina 1, interleucina 6 ou moléculas estimulatórias de células T). Os agentes biológicos foram identificados como meios importantes para bloquear o processo inflamatório típico da AIJ. Existem atualmente vários agentes biológicos quase todos aprovados especificamente para utilização na AIJ (ver legislação pediátrica abaixo).

Medicamentos anti-TNF

Os medicamentos anti-TNF são agentes que bloqueiam seletivamente o

TNF, um mediador essencial do processo inflamatório. São utilizados isoladamente ou em associação com o metotrexato e são eficazes na maioria dos doentes. O seu efeito é bastante rápido e a sua segurança, até à data, demonstrou ser boa, pelo menos durante alguns anos de tratamento (ver a secção de segurança abaixo). No entanto, são necessários acompanhamentos mais longos para estabelecer possíveis efeitos secundários a longo prazo. Os agentes biológicos para a AIJ, incluindo vários tipos de bloqueadores do TNF, são os utilizados mais amplamente e diferem consideravelmente em termos do método e frequência de administração. Por exemplo, o etanercept é administrado por via subcutânea uma vez ou duas por semana, o adalimumab é administrado por via subcutânea a cada 2 semanas e o infliximab é administrado por infusão intravenosa mensal. Ainda existem outros sob investigação (por exemplo, o golimumab e o certolizumab pegol) em crianças e existem outras moléculas a ser estudadas em adultos, as quais poderão ficar disponíveis no futuro para as crianças. Geralmente, as terapêuticas anti-TNF são utilizadas na maioria das categorias das AIJs, com exceção da oligoartrite persistente, a qual geralmente não é tratada com agentes biológicos. Têm indicações mais limitadas na AIJ sistémica, na qual são normalmente utilizados outros agentes biológicos, tais como anti-IL-1 (anakinra e canacinumab) ou anti-IL-6 (tocilizumab). Os agentes anti-TNF são utilizados isoladamente ou em combinação com o metotrexato. Tal como todos os outros medicamentos de segunda linha, devem ser administrados sob rigoroso controlo médico.

Anti CTL4Ig (abatacept)

O abatacept é um medicamento com um mecanismo de ação diferente direcionado contra alguns glóbulos brancos designados linfócitos T. Atualmente, pode ser utilizado para tratar crianças com poliartrite que não respondem ao metotrexato ou a outros agentes biológicos.

Anti-interleucina 1 (anakinra e canacinumab) e anti-interleucina 6 (tocilizumab)

Estes medicamentos são especificamente úteis no tratamento da AIJ sistémica. Normalmente, o tratamento da AIJ sistémica é iniciado com corticosteroides. Embora eficazes, os corticosteroides estão associados a efeitos secundários graves a longo prazo, especialmente sobre o crescimento. Como tal, quando não conseguem controlar a atividade da

doença num curto período de tempo (normalmente alguns meses), os médicos adicionam os medicamentos anti-IL-1 (anakinra ou canacinumab) ou anti-IL-6 (tocilizumab) para tratar tanto a manifestação sistémica (febre) como a artrite. Nas crianças com AIJ sistémica, por vezes as manifestações sistémicas desaparecem espontaneamente, mas a artrite persiste. Nestes casos, poderá ser introduzido o metotrexato, isoladamente ou em combinação com um anti-TNF ou o abatacept. O tocilizumab pode ser utilizado na AIJ sistémica e poliarticular. A sua eficácia foi comprovada inicialmente na AIJ sistémica e posteriormente na AIJ poliarticular, e pode ser utilizado em doentes que não respondem ao metotrexato ou a outros agentes biológicos.

Outros tratamentos complementares

Reabilitação

A reabilitação é um componente essencial do tratamento. Inclui exercícios apropriados, assim como, quando indicado, a utilização de talas para as articulações de modo a manter o alinhamento destas numa posição confortável para evitar dor, rigidez, contraturas musculares e deformações das articulações. Deve ser iniciada precocemente e realizada de forma rotineira para melhorar ou manter saudáveis os músculos e as articulações.

Cirurgia ortopédica

As principais indicações para cirurgia ortopédica são a substituição protética das articulações (principalmente próteses das ancas e joelhos) no caso de destruição articular e libertação cirúrgica dos tecidos moles no caso de contraturas permanentes.

3.3 E os tratamentos não convencionais/complementares?

Existem muitos tratamentos complementares e alternativos disponíveis e isto pode ser confuso para os doentes e para as suas famílias. Avalie cuidadosamente os riscos e os benefícios de experimentar estes tratamentos uma vez que existem poucos benefícios comprovados e podem ser dispendiosos, tanto em termos de tempo, fardo para a criança e financeiros. Se pretender saber mais sobre tratamentos complementares e alternativos, discuta essas opções com o seu

reumatologista pediátrico. Alguns tratamentos podem interagir com os medicamentos convencionais e nenhum tem eficácia comprovada cientificamente. A maioria dos médicos não se oporá a tratamentos alternativos, desde que siga as indicações médicas. É muito importante não parar de tomar os medicamentos receitados. Quando são necessários medicamentos, tais como corticosteroides, para manter a doença sob controlo, pode ser muito perigoso parar de os tomar caso a doença ainda esteja ativa. Fale com o médico do seu filho sobre preocupações que tenha em relação à medicação.

3.4 Quando é que os tratamentos devem começar?

Atualmente, existem recomendações nacionais e internacionais que ajudam os médicos e as famílias a escolher o tratamento.
O Colégio Americano de Reumatologia (American College of Rheumatology) (ACR em www.rheumatology.org) publicou recentemente recomendações internacionais, e a Sociedade Europeia de Reumatologia Pediátrica (Paediatric Rheumatology European Society) (PRES em www.pres.org.uk) está também a preparar outras recomendações. A SPR - Sociedade Portuguesa de Reumatologia (www.spreumatologia.pt) também tem recomendações aprovadas e atualizadas para o tratamento das AIJs em Portugal.
De acordo com estas recomendações, as crianças com uma doença menos grave (poucas articulações envolvidas) são geralmente tratadas principalmente com AINEs e injeções de corticosteroides.
Nas crianças com AIJ mais grave (várias articulações envolvidas), é administrado inicialmente metotrexato (ou leflunomida em menor quantidade) e se não for suficiente, é adicionado um agente biológico (principalmente um anti-TNF), isoladamente ou em combinação com o metotrexato. Nas crianças resistentes ou intolerantes ao tratamento com metotrexato ou com agentes biológicos, pode ser utilizado outro agente biológico (outro anti-TNF ou abatacept).

3.5 E em relação à legislação pediátrica, sobre a utilização de medicamentos indicados e sem indicação e futuras possibilidades terapêuticas?

Até há 15 anos atrás, todos os medicamentos utilizados para tratar a AIJ e muitas outras doenças pediátricas não foram devidamente estudados

em crianças. Isto significa que os médicos estavam a receitar medicamentos com base na sua experiência pessoal ou em estudos realizados em doentes adultos.
Na verdade, no passado, a realização de ensaios clínicos em reumatologia pediátrica era difícil, principalmente devido à falta de financiamento para estudos em crianças e à falta de interesse das empresas farmacêuticas no pequeno e não-gratificante mercado pediátrico. Há alguns anos a situação mudou drasticamente, devido à introdução do Best Pharmaceuticals for Children Act (Decreto-lei dos Melhores Medicamentos Para Crianças) nos EUA e de legislação específica para o desenvolvimento de medicamentos pediátricos (Regulamento Pediátrico) na União Europeia (UE). Estas iniciativas forçaram essencialmente as empresas farmacêuticas a estudar também os medicamentos nas crianças.
As iniciativas dos EUA e da UE, juntamente com 2 grandes redes, a Paediatric Rheumatology International Trials Organisation – Organização International de Ensaios Clínicos em Reumatologia Pediátrica (PRINTO em www.printo.it), que reúne mais de 50 países em todo o mundo e o Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group (Grupo Colaborativo de Estudo da Reumatologia Pediátrica) (PRCSG em www.prcsg.org), sedeado na América do Norte, tiveram um impacto positivo no desenvolvimento da reumatologia pediátrica, em particular no desenvolvimento de novos tratamentos para crianças com AIJ. Centenas de famílias de crianças com AIJ tratadas pelos centros PRINTO ou PRCSG em todo o mundo, participaram nestes ensaios clínicos, permitindo que todas as crianças com AIJ sejam tratadas com medicamentos estudados especificamente para elas. Por vezes, a participação nestes estudos requer a utilização de placebo (ou seja, um comprimido ou uma infusão sem nenhuma substância ativa) para ter a certeza de que o medicamento em estudo tem mais benefícios do que malefícios.
Devido a esta importante investigação, existem atualmente vários medicamentos aprovados especificamente para a AIJ. Isto significa que as autoridades regulamentares, tais como a Agência Americana dos Medicamentos e da Alimentação (Food and Drug Administration)(FDA), a Agência Europeia de Medicamentos (European Medicine Agency)(EMA) e várias autoridades nacionais reviram as informações científicas provenientes de ensaios clínicos e permitiram que as empresas farmacêuticas indicassem no rótulo dos seus medicamentos

que estes são eficazes e seguros para as crianças.
A lista de medicamentos aprovados especificamente para a AIJ incluem o metotrexato, etanercept, adalimumab, abatacept, tocilizumab e o canacinumab.
Vários outros medicamentos estão atualmente a ser estudados em crianças, pelo que o seu médico poderá pedir-lhe que o seu filho participe nesses estudos.
Existem outros medicamentos que não estão formalmente aprovados para utilização na AIJ, tais como vários medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides, azatioprina, ciclosporina, anakinra, infliximab, golimumab e certolizumab pegol. Estes medicamentos podem ser utilizados mesmo sem uma indicação aprovada (a designada utilização off-label) e o seu médico pode propor a sua utilização, especialmente se não existir nenhum outro tratamento disponível.

3.6 Quais são os principais efeitos secundários do tratamento?

Os medicamentos utilizados no tratamento da AIJ são geralmente bem tolerados. A intolerância gástrica, o efeito secundário mais frequente dos AINEs (que, como tal, devem ser tomados juntamente com alimentos), é menos comum nas crianças do que nos adultos. Os AINEs podem provocar um aumento nos níveis de algumas enzimas hepáticas no sangue, mas este é um evento mais comum com a Aspirina que com outros medicamentos.
O metotrexato é também bem tolerado. Contudo, os efeitos secundários gastrointestinais, tais como náuseas e vómitos, são bastante comuns. Para monitorizar a possível toxicidade é importante monitorizar as enzimas hepáticas e recorrer a hemogramas de rotina. A anomalia laboratorial mais frequente é um aumento das enzimas hepáticas, o qual normaliza com a descontinuação do medicamento, ou com a redução da dose de metotrexato. A administração de ácido fólico ou folínico é eficaz na redução da frequência de toxicidade hepática. Ocorrem raramente reações de hipersensibilidade ao metotrexato.
A salazopirina é razoavelmente bem tolerada. Os efeitos secundários mais frequentes incluem erupção cutânea, distúrbios gastrintestinais, hipertransaminasemia (toxicidade hepática), leucopenia (diminuição do número de glóbulos brancos, levando ao risco de infeções). Tal como com o metotrexato, são portanto necessários testes laboratoriais de rotina.

A utilização prolongada de corticosteroides em dose elevada está associada a vários efeitos secundários importantes. Estes incluem atrasos de crescimento e osteoporose. Os corticosteroides em doses mais elevadas provocam um aumento acentuado do apetite, o que por sua vez, pode levar a obesidade. Como tal, é importante incentivar as crianças a comer alimentos que possam satisfazer o seu apetite sem aumentar a ingestão calórica.
Os agentes biológicos são geralmente bem tolerados pelo menos durante os primeiros anos de tratamento. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados quanto à possível ocorrência de infeções ou de outros efeitos adversos. No entanto, é importante compreender que a experiência com todos os medicamentos utilizados atualmente na AIJ é limitada em dimensão (apenas algumas centenas de crianças participaram em ensaios clínicos) e no tempo (os agentes biológicos apenas ficaram disponíveis a partir de 2000). Por estes motivos, existem atualmente vários registos de AIJ para acompanhar as crianças em tratamento com agentes biológicos a nível nacional (por exemplo, Alemanha, Reino Unido, EUA, Portugal e outros) e a nível internacional (por exemplo, Pharmachild, que é um projeto realizado pela PRINTO e pela PRES) com o objetivo de monitorizar de perto as crianças com AIJ e ver se ocorrem eventos de segurança a longo prazo (vários anos após os medicamentos terem sido administrados).

3.7 Quanto tempo deve o tratamento durar?

O tratamento deve durar enquanto a doença persistir. A duração da doença é imprevisível. Na maioria dos casos, a AIJ entra em remissão espontânea após uma evolução que varia entre alguns a muitos anos. A evolução da AIJ caracteriza-se muitas vezes por remissões e exacerbações periódicas, que levam a alterações importantes no tratamento. A descontinuação total do medicamento é considerada apenas após a artrite estar inativa durante um longo período de tempo (6 a 12 meses ou mais). No entanto, não existe nenhuma informação definitiva sobre a possível recidiva da doença assim que um medicamento é interrompido. Geralmente, os médicos acompanham as crianças com AIJ até estas se tornarem adultos, mesmo que a artrite esteja inativa.

3.8 Exame oftalmológico (exame de lâmpada de fenda): com que frequência e durante quanto tempo?

Nos doentes de risco (especialmente se forem ANA positivos), o exame com lâmpada de fenda deve ser realizado, pelo menos, a cada três meses. Os doentes que desenvolverem iridociclite devem efetuar exames com maior frequência, dependendo da gravidade do envolvimento ocular determinado durante as consultas de oftalmologia. O risco de desenvolvimento de iridociclite ou uveíte diminui com o tempo. No entanto, a iridociclite também se pode desenvolver muitos anos após o início da artrite. Como tal, é prudente efetuar exames oftalmológicos durante muitos anos, mesmo que a artrite esteja em remissão.

A uveíte aguda, a qual pode surgir em doentes com artrite e entesite, é sintomática (olhos vermelhos, dor nos olhos e sensibilidade à luz ou fotofobia). Caso alguns destes sintomas surjam, é necessário recorrer imediatamente a um oftalmologista. Ao contrário da iridociclite, não existe necessidade de exames periódicos com a lâmpada de fenda para o diagnóstico precoce.

3.9 Qual é a evolução a longo prazo (prognóstico) da artrite?

O prognóstico da artrite melhorou significativamente ao longo dos anos, mas ainda depende da gravidade e da forma clínica da AIJ e do tratamento precoce e adequado. Existe uma investigação em curso para desenvolver novos medicamentos e agentes biológicos e também para tornar o tratamento disponível a todas as crianças. O prognóstico da artrite melhorou consideravelmente nos últimos dez anos. De um modo geral, cerca de 40% das crianças ficará sem medicação e sem sintomas (remissão) entre 8-10 anos após o aparecimento da doença. As maiores taxas de remissão são obtidas nos tipos oligoarticular persistente e sistémica.

A AIJ sistémica tem um prognóstico variável. Cerca de metade dos doentes apresenta poucos sinais de artrite e a doença caracteriza-se principalmente por exacerbações periódicas. Nestes casos, o prognóstico final é geralmente bom, uma vez que a doença entra frequentemente em remissão de forma espontânea. Na outra metade dos doentes, a doença caracteriza-se por artrite persistente enquanto os sintomas sistémicos tendem a desaparecer com os anos. Neste subconjunto de doentes pode desenvolver-se destruição articular grave.

Por fim, numa pequena minoria deste segundo grupo de doentes, os sintomas sistémicos persistem juntamente com o envolvimento articular. Estes doentes têm o pior prognóstico e podem desenvolver amiloidose, uma complicação grave que requer tratamento imunossupressor. O progresso do tratamento biológico alvo com anti-IL-6 (tocilizumab) e anti-IL-1 (anakinra e canacinumab) irá provavelmente melhorar muito o prognóstico a longo prazo.
A AIJ poliarticular com FR positivo tem, com maior frequência, um envolvimento articular progressivo, o qual pode causar lesões graves nas articulações. Esta forma é o equivalente na infância da artrite reumatoide com FR positivo dos adultos.
A AIJ poliarticular com FR negativo é complexa, tanto ao nível das manifestações clínicas como no prognóstico. No entanto, o prognóstico geral é muito melhor do que o da AIJ poliarticular com FR positivo; apenas cerca de um quarto dos doentes desenvolve lesões articulares.
A AIJ oligoarticular tem frequentemente um bom prognóstico articular quando a doença permanece limitada a poucas articulações (designada por oligoartrite persistente). Os doentes nos quais a doença articular se estende para envolver várias articulações (oligoartrite estendida) têm um prognóstico semelhante ao dos doentes com AIJ poliarticular com FR negativo.
Muitos doentes com AIJ psoriática têm uma doença semelhante à AIJ oligoarticular, enquanto outros são semelhantes à artrite psoriática nos adultos.
A AIJ associada a entesopatia também tem um prognóstico variável. Em alguns doentes a doença entra em remissão, enquanto noutros a doença progride e pode envolver as articulações sacroilíacas.
Atualmente, na fase inicial da doença, não existem resultados clínicos ou laboratoriais fiáveis disponíveis e os médicos não podem prever que doente terá o pior prognóstico. A existência destes marcadores seria de considerável importância clínica uma vez que permitiriam identificar os doentes aos quais deveria ser prescrito um tratamento mais agressivo desde o início da doença. Outros marcadores laboratoriais estão ainda a ser estudados para prever qual é o momento certo para parar o tratamento com metotrexato ou com agentes biológicos.

3.10 E o prognóstico da iridociclite (uveíte)?

Se não for tratada, a iridociclite pode ter consequências muito graves,

incluindo problemas como turvação do cristalino (catarata) e cegueira. No entanto, se tratados nas suas fases iniciais, estes sintomas geralmente desaparecem com o tratamento que consiste na aplicação de colírios para controlar a inflamação e dilatar as pupilas. Se não for possível controlar os sintomas utilizando colírios, pode ser prescrito o tratamento com agentes biológicos. No entanto, ainda não existe nenhuma evidência clara que sugira a melhor opção para o tratamento da iridociclite grave, devido à resposta variável ao tratamento de criança para criança. Como tal, o diagnóstico precoce é o principal determinante do prognóstico. As cataratas também podem ser uma consequência do tratamento a longo prazo com corticosteroides, especialmente em doentes com AIJ sistémica.