



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

Espondilartrites Juvenis/Artrite Relacionada com Entesite (Epa-Are)

Versão de 2016

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

2.1 Como é diagnosticada?

Os médicos diagnosticam EpA-ARE juvenis se o início da doença ocorrer antes dos 16 anos de idade, se a artrite se mantiver durante mais de 6 semanas e se as características se enquadrarem no padrão clínico descrito acima (consulte a definição e os sintomas). O diagnóstico de uma EpA-ARE específica (por exemplo, espondilite anquilosante, artrite reativa, etc.) baseia-se em características clínicas e radiológicas específicas. É evidente que estes doentes devem ser tratados e acompanhados por um reumatologista pediátrico ou por um reumatologista de adultos com experiência em doenças reumáticas pediátricas.

2.2 Qual a importância dos testes?

Um teste positivo de HLA-B27 é útil para o diagnóstico de EpA-ARE juvenis, especialmente nas crianças com um único sintoma. É muito importante saber que menos de 1% das pessoas com este marcador desenvolve espondiloartropatia e que a prevalência do HLA-B27 na população em geral pode atingir 12%, dependendo da região do mundo (5% na população geral em Portugal). Também é importante notar que a maioria das crianças e adolescentes praticam algum tipo de desporto e que essas atividades podem resultar em lesões algo semelhantes aos sintomas iniciais da EpA-ARE juvenil. Como tal, não é a presença de HLA-B27, por si só, mas sim a sua associação aos sinais e sintomas

característicos da EpA-ARE que tem relevância.

As análises como a velocidade de sedimentação eritrocitária (VS) ou a proteína C-reativa (PC-R) fornecem informações sobre a inflamação em geral e, com o tal, indiretamente sobre a atividade da doença. São úteis na gestão da doença, embora esta se deva basear muito mais nas manifestações clínicas do que nos testes laboratoriais. Os testes laboratoriais também são utilizadas para monitorizar possíveis efeitos secundários do tratamento (hemograma, função hepática e renal). Os exames de Raios-X são úteis para acompanhar a evolução da doença e para avaliar quaisquer danos articulares provocados pela doença. No entanto, nas crianças com EpA-ARE, o valor dos exames de Raios-X é limitado. Uma vez que os resultados dos Raios-X podem ser normais na maioria das crianças, uma ecografia e/ou ressonância magnética (RM) das articulações e entese é necessária para revelar os sinais inflamatórios precoces da doença. Através da RM, pode ser detetada a inflamação das articulações sacroilíacas e/ou da coluna vertebral sem recurso a radiação. A ecografia das articulações, incluindo o sinal de potência do Doppler, pode fornecer uma melhor ideia da ocorrência e gravidade de uma artrite e entesite periférica (membros).

2.3 Há tratamento/cura para a doença?

Infelizmente, não existe nenhum tratamento curativo para as EpA-ARE, uma vez que as causas são desconhecidas. No entanto, o tratamento atual pode ser muito útil para controlar a atividade da doença e para provavelmente impedir lesões estruturais.

2.4 Quais são os tratamentos?

O tratamento baseia-se principalmente na utilização de medicamentos e em procedimentos de fisioterapia/reabilitação que preservam a função da articulação e contribuem para a prevenção de deformações. É importante que a utilização de medicamentos dependa da aprovação das entidades regulamentares locais.

Medicamentos anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs)

São medicamentos sintomáticos, anti-inflamatórios e antipiréticos. Sintomáticos significa que servem para controlar os sintomas devidos à

inflamação. Os mais amplamente utilizados em crianças são o naproxeno, o diclofenac e o ibuprofeno. Em geral, estes medicamentos são bem tolerados e o efeito secundário mais comum é o desconforto gástrico, o qual, nas crianças, é na verdade raro. A associação de diferentes AINEs não está recomendada, embora possa ser necessária para mudar um AINE por motivos de ineficácia ou de efeitos secundários.

Corticosteroides

Estes medicamentos atuam ao nível da gestão a curto prazo dos doentes com sintomas mais graves. Os corticosteroides tópicos (colírios oftálmicos) são utilizados no tratamento da uveíte anterior aguda. Em casos mais graves, podem ser necessárias injeções peribulbares de corticosteroides ou a administração de corticosteroides sistémicos. Ao receitar corticosteroides para a artrite e entesite, é importante ter em consideração que não existem estudos adequados sobre a eficácia e segurança em crianças com EpA-ARE. Em alguns casos, apenas a opinião do especialista apoia a sua utilização.

Outros tratamentos (medicamentos modificadores da doença) Sulfassalazina

Este medicamento está indicado para o tratamento de crianças com manifestações periféricas (artrites) da doença que persistem apesar do tratamento adequado com AINEs e/ou injeções intralesionais de corticosteroides. A sulfassalazina é adicionada ao tratamento anterior com AINEs (o qual deve ser continuado) e o seu efeito poderá apenas tornar-se totalmente visível após várias semanas ou meses de tratamento. No entanto, existem apenas evidências limitadas da eficácia da sulfassalazina em crianças. Ao mesmo tempo, apesar da sua utilização generalizada, não existem evidências claras de que o metotrexato, a leflunomida ou os medicamentos antimaláricos sejam eficazes nas EpA-ARE juvenis.

Agentes biológicos

Os agentes anti-fator de necrose tumoral (TNF) são recomendados nas fases iniciais da doença devido à sua eficácia significativa no tratamento de sintomas inflamatórios. Existem estudos sobre a eficácia e segurança destes medicamentos que apoiam a sua utilização em doentes com EpA-ARE juvenil grave. Estes estudos foram submetidos às

autoridades de saúde e estão a aguardar a sua aprovação para começarem a ser utilizados na EpA-ARE. Em alguns países europeus, os agentes anti-TNF já estão aprovadas para as crianças.

Injeções articulares

As injeções articulares são utilizadas quando uma ou muito poucas articulações estão afetadas e quando a persistência da contractura articular pode causar deformações. Em geral, são injetadas preparações de corticosteroides de ação prolongada. É recomendável que as crianças sejam admitidas na enfermaria e anestesiadas para executar este procedimento sob as melhores condições.

Cirurgia ortopédica

A principal indicação para cirurgia é a substituição articular por prótese nos casos de lesões articulares graves, em particular na anca. Graças ao melhor tratamento com medicamentos, a necessidade de cirurgia ortopédica está a diminuir.

Fisioterapia

A fisioterapia é um componente essencial do tratamento. Deve ser iniciada precocemente e realizada de forma rotineira de modo a manter a amplitude do movimento, o desenvolvimento e a força muscular e para impedir, limitar ou corrigir deformações articulares. Além disso, se o envolvimento axial for proeminente, a coluna vertebral terá de ser mobilizada e será necessário realizar exercícios respiratórios.

2.5 Quais são os principais efeitos secundários da terapia medicamentosa?

Os medicamentos utilizados no tratamento das EpA-ARE juvenis 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 raro com outros AINEs que com a aspirina.

A sulfassalazina é razoavelmente bem tolerada. Os efeitos secundários mais frequentes são problemas de estômago, níveis elevados das

enzimas hepáticas, níveis baixos de glóbulos brancos e erupções cutâneas. São necessárias análises laboratoriais periódicas para monitorizar a sua possível toxicidade.

A utilização prolongada de corticosteroides em dose elevada está associada a efeitos secundários moderados a graves, incluindo atrasos de crescimento e osteoporose. Os corticosteroides em doses elevadas provocam um aumento acentuado do apetite, o que por sua vez, pode levar a obesidade acentuada. Como tal, é importante instruir as crianças para comer alimentos que possam satisfazer o seu apetite sem aumentar a ingestão calórica.

O tratamento com agentes biológicos (agentes bloqueadores do TNF) pode estar associado a uma maior frequência de infeções. Uma triagem preventiva para tuberculose (latente) é obrigatória. Até à data, não existem evidências de uma maior frequência de tumores malignos (exceto algumas formas de cancro de pele em adultos).

2.6 Quanto tempo deve o tratamento durar?

O tratamento sintomático deve durar enquanto os sintomas e a atividade da doença persistirem. A duração da doença é imprevisível. Em alguns doentes, a artrite responde muito bem aos AINEs. Nestes doentes, o tratamento pode ser descontinuado rapidamente, no espaço de meses. Noutros doentes, com uma evolução mais prolongada ou agressiva da doença, é necessário tomar sulfassalazina e outro tipo de medicamentos durante anos. A descontinuação total do tratamento pode ser considerada após a remissão prolongada e completa da doença.

2.7 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. A maioria dos médicos não se oporá,

desde que siga as indicações médicas. É muito importante não parar de tomar os medicamentos receitados. Quando são necessários medicamentos 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.

2.8 Quanto tempo durará a doença? Qual é a evolução a longo prazo (prognóstico) da doença?

A evolução da doença pode ser diferente de doente para doente. Em alguns doentes a artrite desaparece rapidamente com o tratamento. Noutros doentes, caracteriza-se por remissão e recidivas periódicas, que podem voltar a surgir apenas na idade adulta. Por fim, noutros doentes, a artrite pode ter uma evolução sem recidivas. Na grande maioria dos doentes, os sintomas restringem-se às articulações periféricas e à entese no início da doença. À medida que a doença evolui, algumas crianças e adolescentes poderão desenvolver envolvimento das articulações sacroilíacas e da coluna vertebral. Os doentes com artrite periférica persistente e sintomas axiais apresentam um maior risco de desenvolver lesões articulares na idade adulta. No entanto, no início da doença, é impossível prever o resultado a longo prazo. Em contraste, o tratamento adequado pode influenciar a evolução e o prognóstico da doença.