



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

Spondilartropatia Juvenilă / Artrita Asociată Entezitei (SpA-AAE)

Versiunea 2016

2. DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

2.1 Cum este diagnosticată?

Medicii stabilesc diagnosticul de SpA-AAE juvenilă dacă debutul bolii s-a produs înaintea vârstei de 16 ani, artrita durează mai mult de 6 săptămâni și caracteristicile acesteia se potrivesc în tiparul clinic descris mai sus (vezi definiția bolii și simptomele). Diagnosticul unei SpA-AAE specifice (de ex. spondilita anchilozantă, artrita reactivă etc.) se bazează pe trăsături clinice și radiologice specifice. Este clar că acești pacienți trebuie tratați și urmăriți de către un medic reumatolog pediatru sau de un pediatru cu experiență în bolile reumatologice.

2.2 Care este importanța analizelor?

Un test pozitiv pentru HLA-B27 este util în diagnosticul de SpA-AAE, în special la copiii mono-simptomatici. Este foarte important de știut că mai puțin de 1% dintre persoanele cu acest marker vor dezvolta spondilartropatie și că prevalența HLA-B27 în populația generală poate fi până la 12%, în funcție de zona geografică. De asemenea, este important de remarcat că majoritatea copiilor și a adolescenților practică un sport și că aceste activități ar putea duce la leziuni oarecum similare cu simptomele inițiale ale SpA-AAE. De aceea, nu prezența izolată a HLA-B27 are relevanță diagnostică, ci asocierea cu semnele și simptomele caracteristice ale SpA-AAE.

Analizele de sânge, cum ar fi viteza de sedimentare a hematiilor (VSH), sau proteina C-reactivă (PCR), furnizează informații despre inflamația

generală și, indirect, despre activitatea bolii. Acestea sunt utile în controlul bolii, deși acest lucru ar trebui să se bazeze mai mult pe manifestările clinice decât pe examenele de laborator. Testele de laborator sunt folosite și pentru urmărirea posibilelor efecte secundare ale terapiei (hemoleucograma, funcția ficatului și a rinichilor). Examinarea cu raze X este utilă pentru urmărirea evoluției bolii și evaluarea leziunilor articulare cauzate de aceasta. Cu toate acestea, valoarea examinării cu raze X este limitată la copiii cu SpA-AAE. Deoarece rezultatele examinării cu raze X pot fi normale la majoritatea copiilor, este necesară ecografia și/sau imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) a articulațiilor și a locurilor de inserție a tendoanelor pe os, pentru a descoperi semne inflamatorii precoce ale bolii. Cu RMN, se poate detecta inflamația articulațiilor sacroiliace și/sau a coloanei vertebrale fără utilizarea iradierii. Ultrasonografia articulațiilor, inclusiv folosind semnalul Doppler, poate oferi o idee mai bună cu privire la apariția și severitatea unei artrite periferice sau a unei entezite (membre).

2.3 Boala poate fi tratată/vindecată?

Din păcate, nu există încă niciun tratament curativ pentru SpA-AAE, deoarece nu cunoaștem cauza acesteia. Cu toate acestea, tratamentul disponibil la ora actuală poate fi foarte util pentru a controla activitatea bolii și, probabil, pentru a preveni deteriorarea structurală.

2.4 În ce constă tratamentul ?

Tratamentul se bazează pe utilizarea medicamentelor în combinație cu fizioterapia și procedurile de recuperare, care au rolul de a păstra funcția articulară și contribuie la prevenirea deformărilor. Este important de știut că utilizarea unor medicamente depinde de aprobarea de către agențiile de reglementare locale.

Medicamentele anti-inflamatoare nesteroidiene (AINS)

Aceste preparate sunt medicamente anti-inflamatoare și antipiretice simptomatice. Simptomatic înseamnă că au rolul de a controla simptomele produse de inflamație. Cel mai des utilizate la copii sunt naproxenul, diclofenacul și ibuprofenul. Aceste medicamente sunt de obicei bine tolerate și disconfortul gastric, cel mai frecvent efect

secundar, apare rar la copii. Asocierea a două AINS nu este recomandată. Uneori însă un AINS poate fi eficient la un pacient la care alt AINS nu a avut efect.

Corticosteroidii

Aceste medicamente au un rol în gestionarea pe termen scurt a pacienților care prezintă forme severe de boală. Corticosteroidii topici (sub formă de picături oculare) sunt utilizați în tratamentul uveitei anterioare acute. În cazurile mai severe poate fi necesară administrarea injectabilă peribulbară (în interiorul globului ocular) sau administrarea sistemică de corticosteroizi. În prescrierea de corticosteroizi pentru artrită și entezită, este important să se aibă în vedere că nu există studii adecvate cu privire la eficacitatea și siguranța acestora la copii afectați de SpA-AAE. În unele cazuri, însă, opiniile experților susțin utilizarea acestor medicamente.

Alte tratamente (medicamente de modificare a bolii)

Sulfasalazina

Acest medicament este indicat la copiii cu manifestări periferice ale bolii care persistă în ciuda terapiei adecvate cu AINS și/sau injecții cu corticosteroizi intralezionale. Sulfasalazina se adaugă terapiei cu AINS (care trebuie continuată) și efectele sulfasalazinei se pot instala abia după câteva săptămâni sau luni de tratament. Cu toate acestea, există doar dovezi limitate privind eficacitatea sulfasalazinei la copiii afectați de boală. În același timp, în ciuda utilizării lor pe scară largă, nu există dovezi clare că metotrexatul, leflunomida sau medicamentele anti-malarice ar fi eficiente în tratarea SpA-AAE.

Agenții biologici

Agenții anti-factor de necroză tumorală (TNF) sunt recomandați în stadiile incipiente ale bolii, datorită eficienței lor semnificative în tratarea simptomelor inflamatorii. Există studii privind eficacitatea și siguranța acestor medicamente care sprijină utilizarea lor la pacienții cu SpA-AAE juvenilă severă. Aceste studii au fost prezentate autorităților din domeniul sănătății și se așteaptă aprobarea pentru a se începe utilizarea lor în tratarea SpA-AAE. În unele țări europene, agenții anti-TNF sunt deja aprobați în tratamentul copiilor.

Preparatele injectabile intra-articulare

Injecțiile intra-articulare sunt folosite când doar una sau foarte puține articulații sunt afectate și când există pericolul real al deformării articulare. În general, medicamentul injectat este un preparat corticosteroid cu acțiune prelungită. Se recomandă internarea în spital și sedarea copiilor pentru a se efectua această procedură în cele mai bune condiții.

Chirurgia ortopedică

Principala indicație pentru intervențiile chirurgicale este în cazul nevoii de protezare articulară, dacă articulația a fost sever afectată, mai ales în cazul șoldului. Datorită tratamentului medicamentos mai eficient, nevoia de intervenții chirurgicale ortopedice este în scădere.

Fizioterapia

Fizioterapia este o componentă esențială a tratamentului. Trebuie inițiată precoce și trebuie efectuată continuu, având ca scopuri: menținerea mobilității articulare, a troficității și forței musculare; prevenirea, limitarea sau corectarea deformărilor articulare. Mai mult, dacă există și afectare axială (a coloanei), trebuie aplicate exerciții de mobilizare a coloanei și exerciții respiratorii.

2.5 Care sunt efectele secundare ale tratamentului medicamentos?

Medicamentele utilizate în tratamentul spondilartropatiilor juvenile sunt de obicei bine tolerate.

Intoleranța gastrică, cea mai frecventă reacție adversă a AINS (care trebuie administrate împreună cu alimentele), este mai puțin frecventă la copii decât la adulți. AINS poate determina creșterea nivelurilor sanguine ale unor enzime hepatice, dar acesta este un eveniment rar întâlnit la alte medicamente decât aspirina.

Sulfasalazina este destul de bine tolerată. Cele mai frecvente efecte secundare sunt: intoleranța gastrică, creșterea enzimelor hepatice, scăderea leucocitelor și erupțiile cutanate. Pentru monitorizarea toxicității sunt necesare analize periodice de laborator .

Utilizarea pe termen lung a corticosteroizilor în doze mari este asociată cu reacții adverse moderate până la grave, inclusiv o încetinire a creșterii și osteoporoză. Corticosteroizii în doze mari determină o creștere semnificativă a apetitului, care poate duce la obezitate. Prin

urmare, este important să se încurajeze copiii să mănânce alimente care le pot satisface apetitul fără însă a crește aportul caloric. Tratamentul cu agenți biologici (agenți blocanți TNF) poate fi asociat cu o frecvență mai mare a infecțiilor. Examenle preventive pentru depistarea tuberculozei latente sunt obligatorii. Până în prezent, nu există dovezi ale unei frecvențe mai mari de afecțiuni maligne (cu excepția unor forme de cancer de piele la adulți).

2.6 Cât timp ar trebui să dureze tratamentul?

Tratamentul trebuie efectuat atâta timp cât simptomele și activitatea bolii persistă. Durata bolii este imprevizibilă. La unii pacienți, artrita răspunde foarte bine la AINS. La acești pacienți, tratamentul poate fi oprit rapid, după câteva luni. La alți pacienți, cu o boală mai îndelungată sau mai agresivă, sulfasalazina și alte medicamente sunt necesare ani de zile. Oprirea completă a tratamentului este luată în calcul abia după o perioadă îndelungată de remisiune completă a bolii.

2.7 Care sunt terapiile neconvenționale/complementare?

Există multe terapii complementare și alternative disponibile, iar acest lucru poate crea confuzie în rândul pacienților și familiilor. Meditați cu atenție la riscurile și avantajele acestor terapii, deoarece există puține beneficii dovedite și tratamentele pot fi costisitoare atât în termeni de timp și bani, cât și ca dificultate pentru copil. Dacă doriți să explorați terapii complementare și alternative, vă rugăm să discutați aceste opțiuni cu un specialist reumatolog pediatru. Unele terapii pot interacționa cu medicamentele convenționale. Majoritatea medicilor nu se vor opune terapiilor alternative, cu condiția să urmați sfatul medical. Este foarte important să nu opriți administrarea medicamentelor prescrise. Atunci când este necesară administrarea unor medicamente pentru a menține boala sub control, poate fi foarte periculos să întrerupeți administrarea lor în cazul în care boala este încă activă. Vă rugăm să discutați preocupările dumneavoastră privind administrarea medicamentelor cu medicul copilului dumneavoastră.

2.8 Cât timp va dura boala? Care este prognosticul (evoluția pe termen lung a bolii) ?

Evoluția bolii poate fi diferită de la un pacient la altul. La unii pacienți, artrita dispare rapid sub tratament. În alte cazuri, boala evoluează cu perioade de remisiune și de recădere. La alți pacienți, artrita poate avea o evoluție progresivă, fără remisiuni. În marea majoritate a cazurilor simptomele sunt limitate la articulațiile periferice și la tendoanele afectate la debutul bolii. Pe măsură ce boala progresează, unii copii pot prezenta afectarea articulațiilor sacroiliace și ale coloanei. Pacienții cu artrită periferică persistentă și simptome axiale au un risc mai mare de a dezvolta leziuni articulare la vârsta adultă. Cu toate acestea, la începutul bolii este imposibilă orice predicție în legătură cu prognosticul pe termen lung. Cu toate acestea, un tratament adecvat poate influența evoluția și prognosticul bolii.