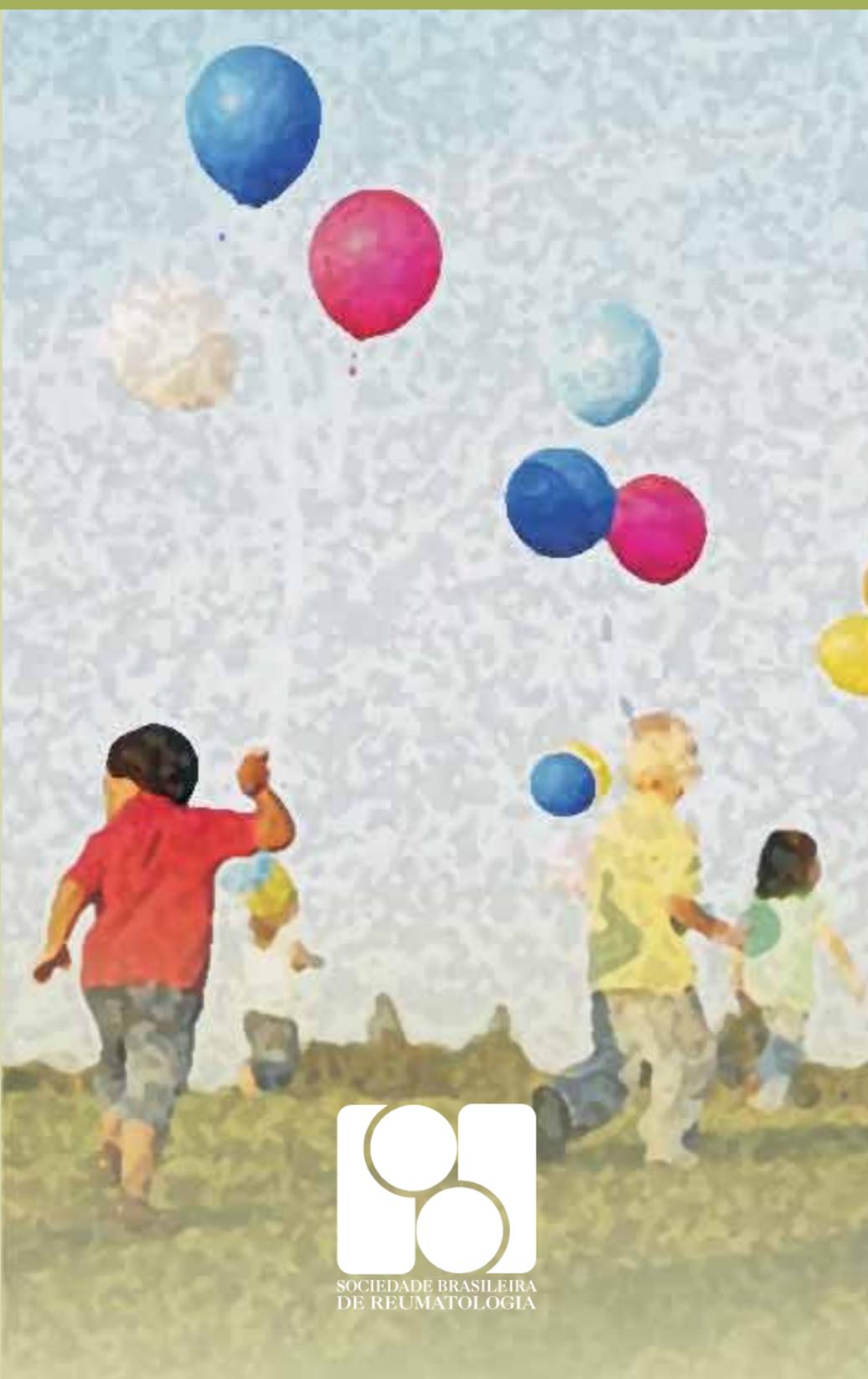


Artrite Idiopática Juvenil



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

CREDITO IMAGEM DA CAPA:
<http://www.purdue.edu/newsroom/>

EDITORAÇÃO:
Rian Narcizo Mariano

PRODUÇÃO:
www.letracapital.com.br



Copyright©SBR- , 2011
O conteúdo desta cartilha pode ser reproduzido
desde que citada a fonte.

Artrite Idiopática Juvenil

Cartilha para pacientes



Índice

Artrite Idiopática Juvenil	4
É uma doença frequente?	4
O que causa a Artrite Idiopática Juvenil?	4
Quais os tipos mais comuns de Artrite Idiopática Juvenil?	5
Como se diagnostica a doença?	6
Qual o tratamento da Artrite Idiopática Juvenil? ...	7
Quanto tempo dura o tratamento?	10
O que pode acontecer se o tratamento for interrompido?	10
Qual a importância da fisioterapia e dos exercícios físicos?	11
Aspectos emocionais da criança com artrite	11

1. Artrite Idiopática Juvenil

A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), previamente chamada de artrite reumatoide juvenil ou artrite crônica da infância, refere-se a um grupo de doenças caracterizadas por artrite crônica que ocorrem em crianças e adolescentes até os 16 anos. A principal manifestação clínica é a artrite, caracterizada por dor, inchaço e aumento de temperatura de uma ou mais articulações. A dor pode ser mínima ou inexistente.

2. É uma doença frequente?

A incidência da Artrite Idiopática Juvenil é desconhecida no Brasil, mas observa-se que não é rara. Estudos em outros países mostram uma grande variação (cerca de 0,1 a 2 em cada mil crianças).

3. O que causa a Artrite Idiopática Juvenil?

A causa exata da AIJ não é conhecida. Uma hipótese é que a artrite possa ser desencadeada em crianças geneticamente predispostas após estresse psicológico, alteração hormonal, trauma articular, infecção viral ou bacteriana. A artrite não é uma doença infecto-contagiosa e os pacientes podem frequentar normalmente creches, escolas, clubes e piscinas.

4. Quais os tipos mais comuns de Artrite Idiopática Juvenil?

Existem três tipos mais comuns: AIJ oligoarticular, AIJ poliarticular e AIJ sistêmica. Outros dois tipos menos frequentes são a artrite psoriásica e a artrite relacionada à entesite.

1. Na oligoarticular, são acometidas até quatro articulações, sendo os joelhos e os tornozelos as mais frequentes. Crianças com este tipo de doença devem fazer avaliações oftalmológicas constantes, pois os olhos podem ser acometidos por inflamação (uveíte), que geralmente não apresenta sinais externos ou queixas pela criança. Podem ocorrer complicações como glaucoma, catarata e até mesmo diminuição da visão. Daí a importância da detecção precoce por meio de exames oftalmológicos periódicos (biomicroscopia) e acompanhamento regular a cada quatro meses. A uveíte pode aparecer antes, simultaneamente ou anos depois da artrite. A maioria da oligoartrite pode ter cura, mas o tratamento deve ser feito para cessar a inflamação articular que leva a dor, deformidades e comprometimento do crescimento do membro acometido.

2. No tipo poliarticular, cinco ou mais articulações são envolvidas, com destaque para os joelhos, tornozelos, quadris, punhos, cotovelos e as pequenas articulações das mãos e dos pés. Pode haver febre intermitente. Tratamento medicamentoso e exercícios são propostos e devem ser iniciados precocemente.

3. O tipo sistêmico caracteriza-se pela presença de artrite associada à febre alta em um ou dois picos diários (= 39° C), manchas vermelho/rosáceas na pele, gânglios (ínguas), serosite (inflamação da pleura e do pericárdio com dor no peito e dificuldade para respirar) e aumento de fígado e baço ao exame clínico. A criança fica muito abatida no momento da febre.

4. Na artrite psoriásica, a criança manifesta artrite e tem lesões de psoríase ou artrite e história familiar de psoríase.

5. Artrite relacionada à entesite em que crianças maiores, principalmente meninos, podem apresentar artrite em poucas articulações, e inflamação em enteses (pontos de inserção de tendão, ligamentos no osso), como no calcanhar, em torno da patela (joelho).

5. Como se diagnostica a doença?

Não há exame que faça o diagnóstico de AIJ. O diagnóstico é clínico e baseia-se na presença de artrite em uma ou mais articulações com duração acima de seis semanas. Conforme o tipo, a criança pode manifestar febre alta principalmente à tarde por período maior que duas semanas. É importante definir que não há outra causa para a artrite como infecção. Além da dor, a criança mostra limitação de movimento e inchaço articular. Há uma certa dificuldade na movimentação ao acordar (rigidez matinal), fraqueza ou incapacidade na mobilização das articulações.

6. Qual o tratamento da Artrite Idiopática Juvenil?

O objetivo do tratamento é controlar a dor, evitar deformidades, promover o crescimento adequado da criança e o seu bem-estar. Devido aos avanços no tratamento, muitos pacientes podem entrar em remissão (controle total da doença). Uma boa relação entre médico, paciente e familiares é fundamental para que o tratamento tenha sucesso, uma vez que a sua duração é prolongada. Deve ser individualizado e envolve educação sobre a doença, controle da inflamação e da dor por meio do uso de medicamentos e prevenção de deformidades. A reabilitação (fisioterapia) é muito importante desde as fases iniciais da doença e em alguns casos pode ser necessário o acompanhamento psicológico. O início do tratamento deve ser precoce; nos casos de demora, pode haver comprometimento da cartilagem articular, acarretando deformidades e limitações físicas irreversíveis.

Cada tipo de Artrite Idiopática Juvenil tem um tratamento específico e o esquema terapêutico pode variar de um paciente para o outro, de acordo com as suas manifestações clínicas. Os medicamentos utilizados inicialmente são os anti-inflamatórios não-hormonais, como o naproxeno e ibuprofeno, úteis no alívio da dor. São utilizados diariamente e recomenda-se sua ingestão após as refeições para evitar efeitos indesejáveis como náuseas, vômitos e dor epigástrica.

Um remédio muito útil, mas que deve ser bem indicado, é o corticosteróide. Em

doses altas são utilizados nos pacientes com o tipo cuja febre ou pericardite não respondem ao anti-inflamatório não-hormonal. Podem ser utilizados também por via endovenosa (metilprednisolona), em doses mais altas e por um período mais curto, reduzindo os possíveis efeitos colaterais (ganho rápido de peso, estrias, hipertensão arterial, aumento de pelos, maior suscetibilidade a infecções, osteoporose e retardo de crescimento). Recomenda-se evitar o uso excessivo de sal e restringir a ingestão de alimentos excessivamente calóricos. Outra indicação é para tratar a uveíte, e nestes casos na forma de gota oftálmica, e eventualmente em doses baixas diárias quando a artrite da criança é muito grave, dolorosa e rapidamente progressiva. Os corticosteróides não devem ser suspensos ou reduzidos sem orientação médica, sob risco de graves complicações. Os corticosteróides por via intra-articular (infiltração) trazem grandes benefícios para alguns pacientes com poucas articulações acometidas.

Quando a inflamação persiste, são empregadas as drogas antirreumáticas modificadoras da doença, ou de base. São introduzidas o quanto antes com o objetivo de controlar e, até mesmo, cessar a inflamação, melhorando a evolução da doença. Os mais utilizados são a sulfassalazina, o metotrexato e a leflunomida.

O metotrexato (MTX) é o medicamento mais utilizado para o controle da artrite devido à sua eficácia, facilidade posológica (uma vez por semana por via oral ou subcutânea), segurança

e baixo custo. Recomenda-se a realização de exames laboratoriais periódicos (hemograma e enzimas hepáticas) para a detecção precoce de possíveis efeitos adversos, como a anemia e a hepatite medicamentosa. O MTX está indicado em todos os pacientes com o tipo poliarticular e alguns com oligoartrite, que não respondem bem aos anti-inflamatórios não-hormonais e infiltração articular com corticóide. Leflunomida é medicação similar ao metotrexato.

As novas terapias biológicas (infliximabe, etanercepte, adalimumabe, entre outros) são recomendadas para os pacientes com má resposta (ou resposta incompleta) às medicações acima citadas. São utilizados de forma subcutânea ou endovenosa e podem ser observados raros efeitos adversos como hipersensibilidade (fenômenos alérgicos no local da aplicação ou sistêmicos), alteração no fígado, maior risco de infecções e linfoma. Um fator que restringe o uso destes medicamentos é o custo elevado.

O uso de um ou mais medicamentos implica um seguimento cuidadoso e periódico, com consultas e exames laboratoriais seriados, com o objetivo de avaliar a inflamação, além de detectar e tratar possíveis efeitos colaterais. De um modo geral deve-se evitar a aplicação de vacinas de vírus vivos em pacientes em uso de corticosteróides e imunossupressores. Converse sempre com o seu médico antes de administrar vacinas no seu filho.

7. Quanto tempo dura o tratamento?

Em muitos pacientes a doença é controlada até o final da adolescência. No entanto, alguns podem apresentar doença crônica com períodos de melhora e piora que persistem até vida adulta. Nestes casos deve ser feita uma transição lenta para o reumatologista de adultos. Muitos adolescentes são “rebeldes” ao tratamento e devem ser conscientizados quanto à importância do uso contínuo de medicamentos. A responsabilidade, que sempre é dos pais ou responsáveis até os 18 anos de idade, deve ser transferida gradualmente ao paciente de maneira firme e segura.

8. O que pode acontecer se o tratamento for interrompido?

A interrupção do tratamento sem orientação médica pode ter consequências graves e irreversíveis, como piora da inflamação, deformidades articulares, destruição da cartilagem e piora da capacidade física. Os pais devem garantir a ingestão dos medicamentos e conversar com os filhos sobre a doença, reforçando a importância do tratamento, especialmente nos casos de pacientes adolescentes.

9. Qual a importância da fisioterapia e dos exercícios físicos?

A fisioterapia é fundamental para a manutenção e recuperação da mobilidade das articulações acometidas e deve ser iniciada assim que possível. Seu principal objetivo é reabilitar o paciente para a realização das atividades diárias rotineiras, através do fortalecimento dos músculos, alongamento de tendões e aumento da amplitude de movimento articular. Métodos que utilizam frio sobre a articulação inflamada são válidos para o controle da dor e diminuição do edema especialmente nas fases iniciais da doença.

O fisioterapeuta poderá orientar a família na utilização de adaptações para uso em tarefas diárias (alimentação, escrita, etc) e na realização de exercícios em casa. As crianças devem ser estimuladas a ter uma vida mais saudável. A prática de esportes deve ser supervisionada por um especialista em reabilitação e as articulações protegidas contra possíveis traumatismos. Esportes com impacto como o futebol e o vôlei devem ser evitados nas fases iniciais do tratamento. A natação pode ser sempre estimulada.

10. Aspectos emocionais da criança com artrite

A doença crônica tem um impacto em várias dimensões da vida da criança e dos familiares: aspectos físicos, emocionais, sociais, educacio-

nais e econômicos. Com isto, a dinâmica da família pode alterar-se significativamente. A troca de informações entre o paciente, seus familiares, o reumatologista pediátrico e os demais profissionais relacionados (fisioterapeuta e psicólogo) é fundamental para que este impacto seja reduzido.

Os pais devem estar atentos, uma vez que poderão ser observadas modificações no comportamento da criança com artrite, especialmente devido à presença da dor e diminuição da capacidade física. Algumas crianças podem ficar tristes enquanto outras podem sentir raiva de intensidade variável. Em alguns casos pode ser observado sentimento de culpa nos pais ou nos irmãos, que satisfazem todas as vontades dos pacientes, levando a um “ganho secundário”. Este processo dificulta o retorno da criança com artrite para uma “vida normal”. As crianças com artrite devem ser estimuladas a retomar o mais breve possível a sua vida social e escolar. Conversas francas entre todos os membros da família são de grande ajuda. Em alguns casos é indicado o acompanhamento por especialista em saúde mental (psicólogo ou psiquiatra) aos pacientes, pais ou ambos.

No âmbito escolar, o professor deve ser orientado sobre a doença. As necessidades pessoais deverão ser avaliadas e respeitadas. Uma vez que a incapacidade física tem melhora lenta, as atividades intelectuais e artísticas devem ser estimuladas e valorizadas.

Sociedade Brasileira de Reumatologia

[www. reumatologia.org.br](http://www.reumatologia.org.br)

Av. Brigadeiro Luis Antonio, 2.466 gr. 93-94

CEP 01402-000 – São Paulo – SP

Fone/fax: 55 11 3289 7165