

Procedimentos de Assistência Passo a Passo- Artralgias e Artrite

Avaliação

Observar: <ul style="list-style-type: none">- O paciente parece desconfortável?- O paciente parece indisposto?- O andar está afetado?- Articulação/ções inchada(s) ou deformada(s)?- O paciente está a ter dificuldade em subir e descer escadas?	Ouvir: <ul style="list-style-type: none">- Os sintomas pioraram?- Os sintomas limitam as AVDs?- Os sintomas estão a aumentar o risco de queda do paciente? Outras questões de segurança?- Sintomas associados?<ul style="list-style-type: none">o Fadiga (nova ou agravada)	Reconhecer: <ul style="list-style-type: none">- Existe alguma uma disfunção autoimune pré-existente?- Há histórico de lesão ortopédica prévia, DAD, OA, AR?- Outros efeitos adversos relacionados com o sistema imunológico- Três subtipos de artrite inflamatória associada a inibidores de ponto de controlo:<ul style="list-style-type: none">o Poliartrite semelhante à ARo Artrite reativa verdadeira com conjuntivite, uretrite e oligoartriteo Subtipo semelhante à espondiloartrite soronegativa com dor nas costas inflamatória e envolvimento articular predominantemente maior
--	---	---

Classificação de toxicidade

Artralgia

Definição: distúrbio caracterizado por uma sensação de desconforto acentuado numa articulação

Grau 1 (leve) Dor suave	Grau 2 (Moderado) Dor moderada. AVD instrumental limitante	Grau 3 (Grave) Dor forte; limitando a AVD de autocuidado	Grau 4 (potencialmente fatal)	Grau 5 (Morte)
-----------------------------------	--	--	--------------------------------------	-----------------------

Artrite

Definição: Um distúrbio caracterizado por inflamação envolvendo uma articulação

Grau 1 (leve) Dor leve com inflamação, eritema ou inchaço nas articulações	Grau 2 (Moderado) Dor moderada associada a sinais de inflamação, eritema ou inchaço nas articulações; AVD instrumental limitada	Grau 3 (Grave) Dor intensa associada a sinais de inflamação, eritema ou inchaço nas articulações; dano articular irreversível; incapacitante; limitando a AVD de autocuidado	Grau 4 (potencialmente fatal)	Grau 5 (Morte)
--	---	--	--------------------------------------	-----------------------

Abordagem clínica

Estratégia geral:

- Avaliar outras etiologias, como metástases líticas ou ósseas
- Intervenção precoce para manter ou melhorar a função física e o impacto na QV. O controlo dos sintomas através do tratamento da inflamação e da dor geralmente é alcançado com AINEs, corticosteroides e outras terapias adjuvantes

Grau 1 (leve) <ul style="list-style-type: none">- Antever a imunoterapia a seguir- Incentivar a atividade física<ul style="list-style-type: none">o 30 minutos de atividade física de intensidade baixa a moderada, durante 5 dias por semana podem melhorar a condição física, o sono e diminuir a percepção da doro Para pacientes fisicamente inativos, aconselhar exercícios supervisionados, treino de resistênciao Outros: ioga, tai chi, Qigong, pilates, exercícios aquáticos, programa de dança focada- Antever o uso de analgesia<ul style="list-style-type: none">o AINEs de baixa dose<ul style="list-style-type: none">▪ Tópica: diclofenaco (gel ou adesivo). Melhor para inflamação articular localizada, limitada e superficial ou para uso em pacientes que não toleram AINEs orais▪ Oral: ibuprofeno, naproxeno, celecoxibe<ul style="list-style-type: none">➢ Recomendações preventivas sobre uma administração adequada- Avaliar a compreensão do paciente e da família sobre as recomendações<ul style="list-style-type: none">o Identificar barreiras à eficácia do tratamento <p>Se os sintomas não melhorarem dentro de 4 a 6 semanas, passar para o próximo nível de terapia</p>	Grau 2 (Moderado) <ul style="list-style-type: none">- Iplimumab deve ser retirado para qualquer evento de Grau 2 (até o Grau 0/1) e descontinuado para eventos que duram ≥ 6 semanas ou incapacidade de reduzir a dose de esteroide para 7,5 mg de prednisona, ou equivalente, por dia- Dose de pembrolizumab ou nivolumab a ser mantida para não agravar os sintomas- Pembrolizumab ou nivolumab deve ser descontinuado para eventos de Grau 2 que duram ≥ 12 semanas- Continuar a incentivar a atividade física- Antever o uso de analgesia<ul style="list-style-type: none">o AINEs<ul style="list-style-type: none">▪ Oral: ibuprofeno, naproxeno, celecoxibe<ul style="list-style-type: none">➢ Recomendações preventivas sobre uma administração adequada- Antever o encaminhamento para a reumatologia para tratamento colaborativo e consideração do tratamento adjunto- Monitorização de acompanhamento após diagnóstico de artrite/artralgias (durante 4-6 semanas após o início do tratamento): HC, VHS, PCR, BUN/Cr e aminotransferases, ANA, FR- Esteroides intra-articulares a serem utilizados em articulações sintomáticas significativas- A serem usados corticosteroides em baixa dose * (0,5 mg/kg/dia)<ul style="list-style-type: none">o Orientação antecipatória sobre uma administração adequadao A duração da terapia com corticosteroides* geralmente é limitada, durando cerca de 4 a 6 semanas, com possível resolução dos sintomas dentro de semanas a meses após o tratamento- Avaliar a compreensão do paciente e da família sobre a sua toxicidade, informação sobre a suspensão do tratamento (se aplicável)<ul style="list-style-type: none">o Identificar barreiras à eficácia do tratamento <p>Se os sintomas não melhorarem em 4 a 6 semanas, passar para o próximo nível de terapia</p>	Graus 3/4 (grave ou com risco de vida) <ul style="list-style-type: none">- Pembrolizumab ou nivolumab devem ser retirados no primeiro evento de Grau 3/4 e interrompidos permanentemente se:<ul style="list-style-type: none">o se repetir evento de grau 3/4o Persistir por ≥12 semanas- Iplimumab será descontinuado permanentemente para qualquer evento de grau 3/4- A serem usados esteroides em doses elevadas (1 mg/kg) diariamente (efeito rápido em dias)<ul style="list-style-type: none">o Recomendações preventivas sobre uma administração adequadao Início da ação é rápido, geralmente dentro de dias- Se não houver melhoria com corticosteroides em 2 semanas, considerar infliximab ou tocilizumabe- Antever o encaminhamento para a reumatologia para tratamento colaborativo e tratamento adjunto<ul style="list-style-type: none">o Agentes não biológicos (é mais provável que sejam recomendados)<ul style="list-style-type: none">▪ DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs), que têm um efeito retardado e levam semanas para atuar:<ul style="list-style-type: none">➢ Metotrexato➢ Sulfasalazina†➢ Hidroxicloroquina➢ Leflunomidao Agentes biológicos (menos propensos a serem recomendados)<ul style="list-style-type: none">▪ DARDs biológicos (bDMARDs)▪ Inibidores do TNF<ul style="list-style-type: none">➢ Infliximab➢ Etanercept➢ Adalimumabe➢ Golimumab➢ Certolizumab pegol▪ Agentes anti-células B (bloqueio de CD-20)<ul style="list-style-type: none">➢ Rituximabeo Agentes NÃO aconselhados<ul style="list-style-type: none">▪ Inibidores de JAK (tofacitinibe) devido ao risco de perfuração do cólon▪ Inibidor da co-estimulação de células T (abatacept), dado que se opõe diretamente ao mecanismo dos agentes de bloqueio do ponto de controloo Avaliar a compreensão do paciente e da família sobre a toxicidade e justificação para a descontinuação do tratamentoo Identificar barreiras à adesão, especificamente conformidade com medicamentos, atividade física
---	--	--

† A sulfasalazina está associada a erupção cutânea. Não usar em pacientes com historial disso ou dermatite relacionada ao tratamento atual

*Administração de corticosteroides:

Instruções/calendário de redução gradual de esteroides enquanto guia, mas não como absoluto

- A redução gradual deve considerar o perfil atual dos sintomas do paciente
- Acompanhamento próximo, pessoalmente ou por telefone, com base nas necessidades individuais e na sintomatologia
- Esteroides causam indigestão. Fornecer terapia antiácida diariamente como prevenção de úlcera gástrica enquanto estiver em esteroides (por exemplo, bloqueador da bomba de prótons ou bloqueador H2, se a dosagem de prednisona for >20 mg/dia)
- Analisar os efeitos colaterais dos medicamentos esteroides: alterações de humor (irritação, reatividade, hiperconsciência, euforia, paranoia), aumento do apetite, sono interrompido, sapinhos, retenção de líquidos
- Estar atento aos sintomas recorrentes, à medida que os esteroides diminuem e reportá-los (pode ser necessário redução gradual da dose)

Esteroides de elevada dose a longo prazo:

- Considerar a profilaxia antimicrobiana (sulfametoxazol/trimetoprim em dose dupla M/P/F; dose única se usada diariamente) ou em alternativa se for alérgico a sulfa (por exemplo, atovaquona [Mepron®] 1500 mg VO por dia)
 - Considerar cobertura antiviral e antifúngica adicional
 - Evitar álcool/acetaminofeno ou outras hepatoxinas
- Se houver uso prolongado de esteroides, há o risco de osteoporose. Iniciar suplementos de cálcio e vitamina D

Implementação:

- Identificar indivíduos de alto risco e aqueles com disfunção autoimune subjacente
- Informar os pacientes que artralgias e artrite são as irAEs reumáticas e musculoesqueléticas mais comumente relatadas com inibidores de ponto de controlo
- Os sintomas do tipo artrite podem variar de leve (bem administrado com AINEs e corticosteroides em baixa dose) a grave e erosivo (exigindo vários medicamentos imunossuppressores)
- Antever que os requisitos de esteroides para gerir as artralgias podem ser muito mais elevados (ou seja, até 1,5 mg/kg/dia) do que o normalmente necessário para tratar a artrite inflamatória "clássica"

SINAIS DE ALERTAS:

- **Risco de queda devido a problemas de mobilidade**



AINE = anti-inflamatório não esteroide; ANA = anticorpo antinuclear; AR = artrite reumatoide; AVDs = atividades da vida diária; CR = creatinina; DAD = doença articular degenerativa; DMARD = fármaco anti-reumático modificador da doença; FR = fator reumatoide; HC = hemograma completo; irAE = evento adverso imune; JAK = Janus quinase; OA = osteoartrite; PCR = proteína C reativa; QV = qualidade de vida; TNF = fator de necrose tumoral; ; Ureia = nitrogenio da ureia no sangue; VHS = taxa de sedimentação de eritrócitos; VO = por via oral