

## Critérios de Remissão e Melhora Clínica nas Doenças Reumáticas Pediátricas

As doenças reumatológicas pediátricas, particularmente a artrite idiopática juvenil/artrite reumatóide juvenil (AIJ/ARJ), o lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) e a dermatomiosite juvenil (DMJ) são raras, com alto impacto físico, mental, emocional, econômico e social nos pacientes e familiares.

Nos últimos 20 anos, duas organizações internacionais merecem destaque na Reumatologia Pediátrica (RP) por condução de estudos colaborativos, multicêntricos e internacionais: Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG) e Pediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO).

O PRCSG foi fundado por Earl Brewer e posteriormente conduzido por Edward H. Giannini e Daniel J. Lovell, com importância na realização de alguns estudos terapêuticos controlados, particularmente na AIJ, nas décadas de 1980 e 1990. O PRINTO foi fundado em 1996 por iniciativa de Alberto Martini e Nicolino Ruperto, inclui 43 países distribuídos mundialmente, com cerca de 170 reumatologistas pediátricos inscritos. Atualmente, os seguintes Estados e serviços de RP brasileiros têm participado de estudos multicêntricos e estão aliados ao PRINTO: São Paulo (UNESP, UNIFESP, FMRP-USP, UNICAMP, Reumatologia da FMUSP e Departamento de Pediatria da FMUSP), Rio de Janeiro (UFRJ-IPPMG, UFRJ-Clínica Médica e UERJ), Paraná (Hospital Pequeno Príncipe), Rio Grande do Sul (UFRGS) e Minas Gerais (UFU-MG).

Nesta edição da *Revista Brasileira de Reumatologia*, dois importantes artigos de revisão, redigidos por Machado e Ruperto, merecem destaque no universo recente da RP<sup>(1,2)</sup>. Os artigos incluem critérios de doença inativa e remissão para AIJ/ARJ e critérios de melhora clínica para LESJ e DMJ. Estes foram realizados por membros do PRCSG, PRINTO e Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA).

A AIJ/ARJ é a principal causa de artrite crônica na faixa etária pediátrica. Apesar de recentes estudos em AIJ, tais como: revisão da classificação do ILAR<sup>(3)</sup>, validação e adaptação para o português brasileiro de instrumentos de

qualidade de vida (como CHAQ e CHQ)<sup>(4)</sup>, padronização dos critérios de melhora clínica (ACR Pediátrico 30)<sup>(5)</sup> e estudos controlados com drogas (etanercepte e metotrexato)<sup>(6,7)</sup>, existiam na literatura médica várias definições de doença inativa e remissão para esta doença. Entre os anos 2000 e 2001, avaliando-se 24 estudos publicados com o termo ARJ, apenas três utilizaram a mesma definição de remissão.

Machado e Ruperto<sup>(1)</sup> ressaltam os critérios preliminares de doença inativa e remissão clínica (com e sem medicação) propostos recentemente para AIJ<sup>(8)</sup>. Estes critérios foram desenvolvidos de forma semelhante aos critérios de remissão clínica da artrite reumatóide propostos por Pinals *et al.*<sup>(9)</sup>. O método Delphi e o Consensus Conference – Nominal Group Technique foram utilizados para o desenvolvimento destes critérios para as quatro formas de início da AIJ: oligoarticular (persistente ou estendida), poliarticular FR positivo, poliarticular FR negativo e sistêmica. Estes critérios apresentaram validade de construção, abrangência e conteúdo. Por sua vez, ainda estão em desenvolvimento e necessitam validação prospectiva em pacientes reais, assim como precisam ser validados nas outras duas formas da AIJ: artrite psoriática e artrite associada a entesite. Algumas características clínicas da AIJ não obtiveram consenso entre os especialistas e merecerão validação prospectiva, tais como: rigidez matinal, hepatomegalia e nódulos subcutâneos. A definição de uveíte ativa e inativa também deverá ser realizada.

O LESJ e a DMJ são doenças com manifestações clínicas heterogêneas, cursos imprevisíveis e com alta morbimortalidade. Os estudos terapêuticos com medicamentos avaliando eficácia e segurança nessas doenças incluem pequenas populações, estudos não controlados ou com experiências adaptadas da população adulta. A padronização de critérios de melhora clínica é extremamente importante para a realização de estudos controlados com drogas para LESJ e DMJ<sup>(10)</sup>, assim como foi padronizado e validado na AIJ/ARJ e atualmente conhecido como critério ACR Pediátrico 30<sup>(5)</sup>.

Machado e Ruperto<sup>(2)</sup> revisam as definições de melhora clínica propostas recentemente para LESJ e DMJ, desenvolvidas por meio de um consenso entre reumatologistas pediátricos. Estas variáveis foram testadas em uma casuística representativa e evidenciaram responsividade e validade discriminativa.

Esses critérios serão ferramentas importantes na reumatologia pediátrica, poderão ser utilizados em futuros

ensaios terapêuticos e metanálises, assim como na prática clínica diária.

CLOVIS ARTUR ALMEIDA DA SILVA

Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brasil.  
Responsável pela Unidade de Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da FMUSP

---

#### REFERÊNCIAS

1. Machado C, Ruperto N: Consenso em reumatologia pediátrica. Parte I – Definição dos critérios de doença inativa e remissão em artrite idiopática juvenil/artrite reumatóide juvenil. *Rev Bras Reumatol* 45: 9-13, 2005.
2. Machado C, Ruperto N: Consenso em reumatologia pediátrica. Parte II – Definição de melhora clínica para o lúpus eritematoso sistêmico e dermatomiosite juvenil. *Rev Bras Reumatol* 45: 14-19, 2005.
3. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al: International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 31: 390-2, 2004.
4. Machado CS, Ruperto N, Silva CH, et al: The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol* 19: S25-30, 2001.
5. Giannini EH, Ruperto N, Ravelli A, Lovell DJ, Felson DT, Martini A: Preliminary definition of improvement in juvenile arthritis. *Arthritis Rheum* 40: 1202-9, 1997.
6. Lovell DJ, Giannini EH, Reiff A, et al: Etanercept in children with polyarticular juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. N Engl J Med* 342: 763-9, 2000.
7. Ruperto N, Murray KJ, Gerloni V, et al: A randomized trial of parenteral methotrexate comparing an intermediate dose with a higher dose in children with juvenile idiopathic arthritis who failed to respond to standard doses of methotrexate. *Arthritis Rheum* 50: 2191-201, 2004.
8. Wallace CA, Ruperto N, Giannini E: Preliminary criteria for clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol* 31: 2290-4, 2004.
9. Pinals RS, Masi AT, Larsen RA: Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 24: 1308-15, 1981.
10. Ruperto N, Ravelli A, Murray KJ, et al: Preliminary core sets of measures for disease activity and damage assessment in juvenile systemic lupus erythematosus and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology* 42: 1452-9, 2003.