

Recomendações EULAR para manejo de vasculites de grandes vasos

Ann Rheum Dis, 28 Feb 2009

C Mukhtyar, L Guilevin, M C Cid, B Dasgupta, K de Gross, W Gross, T Hauser, B Hellmich, D Jayne, C G M Kallenberg, P A Merkel, H Raspe, C Salvarani, D G I Scott, C Stegeman, R Watts, K Westman, J Witter, H Yazici, R Luqmani, for the European Vasculitis Study Group.

- OBJETIVOS: Grupo de especialistas (10 reumatologistas, 3 nefrologistas, 2 medicina interna, 1 epidemiologista clínico, 1 representante agência regulação de medicamento). Foram identificados 10 pontos de foco da pesquisa pelo método de Delphi. Pesquisa de publicações PubMed, Medline e Cochrane, sem limitação temporal ou de idioma. Categorização de nível de evidência e força de recomendação.
- RESULTADOS:
 - 1) Recomendamos uma avaliação clínica e imaginológica completa da árvore arterial quando suspeita-se de Arterite de Takayassu (nível evidência 3, força recomendação C).
- Angiorressonância nuclear magnética ou PET-CT, pode auxiliar no diagnóstico e documentar a extensão da doença. Na indisponibilidade desses utilizar a arteriografia.

- 2) A biópsia de artéria temporal deve ser realizada sempre que houver suspeita de Arterite de Células Gigantes, porém não deve atrasar o início do tratamento. A biópsia contralateral não é indicada de rotina (nível 3 de evidência, força recomendação C).
- Histopatologia é padrão ouro. Procedimento não é sensível e presença de lesões salteadas podem render falso-negativo. Biópsia bilateral apenas em casos muito selecionados. Necessário segmento de no mínimo 1 cm.
 - Não atrasar tratamento, não é comum alterar o rendimento da biópsia o início da corticoterapia, porém não atrasar o procedimento em mais de 1 a 2 semanas.
 - Provas inflamatórias são altamente sensíveis.
 - USG de artérias temporais tem 88% de sensibilidade e 97% de especificidade (meta-análise).

- 3) Recomendamos o início precoce de altas dose de glicocorticóides na indução de remissão das vasculites de grandes vasos (nível evidência 3, força recomendação C).
- Evidência na indução de remissão. Dose inicial de 1 mg/kg/dia (máximo 60mg/dia de prednisolona) por no mínimo 1 mês, redução gradual nunca em dias alternados, sendo no terceiro mês a dose média no ensaios clínicos de 10 a 15mg/dia. Duração do tratamento na Arterite de Células Gigantes pode ser de vários anos, alguns reagudizam doença ou apresentam insuficiência renal com a retirada. Proteção óssea para todos.
 - Pulso de metilprednisolona pode ser benéfico em pacientes com início de sintomatologia ocular. Até 18% no diagnóstico tem perda visual, que é irreversível

- 4) Recomendamos considerar imunossupressores adjuvantes (nível de evidência 1, força recomendação B em Arterite de Células Gigantes/nível de evidência 3, força de recomendação C para Arterite de Takayasu)
- Arterite de Células Gigantes requer longo tempo de corticoterapia e 86% dos pacientes sofrem eventos adversos em 10 anos. Três ensaios controlados randomizados com MTX, sendo que a meta-análise dos estudos demonstrou papel modesto do MTX 10-15mg/semana em evitar recidivas e poupar corticóides. Combinação CE+ INFLIXIMABE não reduziu taxas de recidivas comparado à monoterapia com CE.
 - Arterite de Takayasu pode apresentar atividade subclínica apesar do CE. Associação de MTX 20-25mg/semana ou AZA 2mg/Kg/dia pode melhorar controle da doença e poupar CE. CCY foi usada em pacientes resistentes à CE em pequeno estudo aberto.

- 5) Monitoramento da terapêutica deve ser clínico e de marcadores de provas inflamatórias (nível evidência 3, força recomendação C).
- Não há marcadores isolados para assegurar resposta e recidiva. Parâmetros clínicos e provas inflamatórias podem ser úteis.
 - Monitoramento de pacientes com Arterite de Células Gigantes mostra elevação de VHS e PCR em recidivas. Imagem da aorta pode ser considerada devido envolvimento assintomático. Em recidivas a dose deve ser aumentada em 5-10mg/dia ou reiniciado o tratamento se descontinuado, apesar de que dose de 1mg/kg/dia só será necessária naqueles com recidiva ocular ou neurológica.
 - Arterite de Takayasu deve ser monitorada por longo tempo. MRI e PET-CT podem ser usados. USG de carótidas e subclávias tem evidência limitada. Necessidade de validação formal dos exames de imagem para monitoramento.

6) Recomendamos o uso de baixa dose de aspirina em pacientes com Arterite de Células Gigantes (nível de evidência 3, força de recomendação C).

- Esses pacientes têm risco aumentado de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. AAS 75-150mg/dia, possibilidade de associar IBP.
- Estatinas não parecem influenciar evolução da doença ou dose do CE.

7) Cirurgias de reconstrução vascular podem ser feitas em fases quiescentes em pacientes com Arterite de Takayassu.

- Reconstruções arteriais ou bypass podem ser necessários em até 70% dos pacientes. Em mãos experientes podem ser bem sucedidas, apesar de necessidade de revisão ser freqüente. Angioplastias e stents têm taxas maiores de estenose, mas pode ser apropriado em devidas ocasiões.