Genéticos:
- HF (parente de 1 grau)
- Alelo HLA-DR4

Fatores de risco

Ambientais:
- Tabagismo: citrulinização de resíduos de arginina

Patogênese: autoimune
- epítopo compartilhado
- defeito de seleção linfocitária
- linfócitos T autoreativos
- produção de autoanticorpos: FR e Anti-CCP
- autoperpetuação do processo inflamatório (braço celular)

Fisiopatologia:
- Autoimunidade sobre membrana sinovial: Pannus
- Lesão por contiguidade dos tecidos vizinhos

Suspeita:
- Pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema)
- Sinovite não é melhor explicada por outra doença

Diagnóstico diferencial:
- LES
- Artrite psoriática
- ARJ
- Osteoartrose
- Poliartrite viral
- Espondilite anquilosante

Manifestações clínicas: Poliartrite crônica aditiva simétrica com rigidez matinal prolongada, pincipalmente de pequenas articulações, com preservação das IFD

Cronificação do processo inflamatório

Articulares

Mãos:
- Desvio ulnar dos dedos
- Dedos em pescoço de cisne: hiperextensão das IFP e flexão das IFD
- Dedos em abotoadura: flexão das IFP e hiperextensão das IFD

Punhos:
- Punhos em dorso de camelo
- Síndrome do túnel do carpo

Joelhos:
- Sinal da tecla
- Cisto de Baker

Pés:
- Subluxação plantar da cabeça dos metatarsos

Coluna cervical:
- Subluxação atlantoaxial: compressão medular alta

Cotovelos:
- Contratura em flexão
- Mononeuropatia ulnar ou radial

Ombros:
- Cistos sinoviais

Cricoaritenoides:
- rouquidão
- disfagia
- dor na região anterior do pescoço

Temporomandibular:
- dor à abertura da boca

Extraarticulares

Cutâneas:
- Nódulos subcutâneos: vasculite de pequenas veias e proliferação fibroblástica circundante
- Eritema palmar
- Vasculite leucocitoblástica: pequenos infartos acastanhados nas unhas e polpas digitais
- Vasculite necrosante sistêmica: infartos de pequenas e médias artérias

Oftalmológicas:
- Episclerite: eritema localizado e dor ocular, sem secreção
- Síndrome de Sjogren secundária: ceratoconjuntivite seca, xerostomia e aumento das parótida
- Esclerite: dor ocular e redução da acuidade visual

Pulmonares:
- Derrame pleural: pouco volumoso, oligoassintomático, exsudativo
- Nódulos reumatoides pulmonares: múltiplos, assintomáticos, mas podem complicar
- Fibrose intersticial difusa
- Pmeumonite
- Bronquiolite constrictiva

Cardíacas:
- Pericardite
- Derrame pericárdico: pouco volume, oligossintomático, exsudativo
- Nódulos reumatóides no miocárdio ou valvas: complicam com distúrbios da contração e valvares

Renais:
- Nefropatia associada a medicamentos: AINE
- Nefropatia membranosa associada a AR

Neurológica:
- Mononeurite múltipla: vasculite de vaso vasorum
- Síndrome do túnel do carpo
- Nódulos reumatoides em meninges

Síndrome de Felty
- Epidemiologia: 1% casks
- Manifestações: AR + Esplenomegalia + Neutropenia

Complicações:
- Doenças cardiovasculares: DAC e IC
- Osteoporose
- Linfoma

Critérios diagnósticos (ACR-EULAR 2010)

Diagnóstico inconclusivo

pontuação de pelo menos 6 em 10

Epidemiologia:
- Prevalência: 0,5 a 2% da população geral
- Incidência: diminuindo
- Predominância: Sexo feminino, entre 25 e 55 anos
- Impacto: econômico e social

Diagnóstico definido: Artrie reumatoide

Avaliação inicial pré-tratamento:
• CDAI (Índice combinado de atividade de doença)
• SDAI
• DAS28

Prognóstico: índices de mau prognóstico
• Início da doença em idade mais precoce;
• Altos títulos de fator reumatóide;
• VHS e/ou proteína C reativa elevada persistentemente;
• Artrite em mais de 20 articulações;
• Comprometimento extra-articular: presença de nódulos reumatóides, síndrome de Sjögren, episclerite, esclerite, doença pulmonar intersticial, pericardite, vasculite sistêmica e síndrome de Felty;
• Presença de erosões nos dois primeiros anos da doença (raio X mãos e pés)

Tratamento

Não medicamentoso: de forma individualizada
- exercício físico regular
- terapia ocupacional
- órteses
- fisioterapia
- terapia psicológica
- vacina antipneumocócica a cada 5 anos
- vacina anti-influenza a cada ano

Medicamentoso:
- Sintomáticos (como ponte): AINEs e GC
- DARMD: Convencionais e Biológicos

Classificação

- < 6 articulações acometidas
- Nenhuma manifestação extrarticular
- VHS / PCR baixos
- FR / Anti-CCP negativos ou positivos
- Rx articular normal

Doença precoce leve

Conduta:
- Iniciar AINE
- Iniciar Hidroxicloroquina ou Sulfassalazina

- 6 a 20 articulações acometidas
- Em geral, não há manifestação extrarticular
- VHS / PCR elevadas
- FR / Anti-CCP positivos
- Alterações radiográficas iniciais

Doença precoce moderada

Conduta:
- Iniciar AINE
- Iniciar MTX ou Leflunomida, se MTX não tolerado

- > 20 articulações
- Presença de manifestações extraarticulares
- VHS / PCR elevados
- FR / Anti-CCP elevados
- Anemia de doença crônica
- Rx com erosões ósseas

Doença precoce grave

Conduta:
- Iniciar GC
- Iniciar MTX ou Leflunomida, se MTX não tolerado

- Reavaliar paciente em 3-5 semanas após o início do tratamamento
- Verificar resposta terapêutica e ocorrência de efeitos colaterais

Remissão?
- ter <= 1 articulação dolorosa
- ter <= articulação edemaciada
- PCR <= 1
- Autoavaliação do paciente em escada de 0-10 <= 1

Ou

- Índice simplificado de atividade de doença < ou = 3,3

Remissão atingida (doença não cura)

- Diminuir dose

Ausência de remissão: doença persistente

Step up terapêutico:
1) Esquema triplo: MTX + Hidroxicloroquina + Sulfalazina
2) Esquema duplo: MTX + Leflunomida
3) Esquema triplo: MTX + Biológicos
4) Terapia cirúrgica (para dores refratárias): sinovectomia