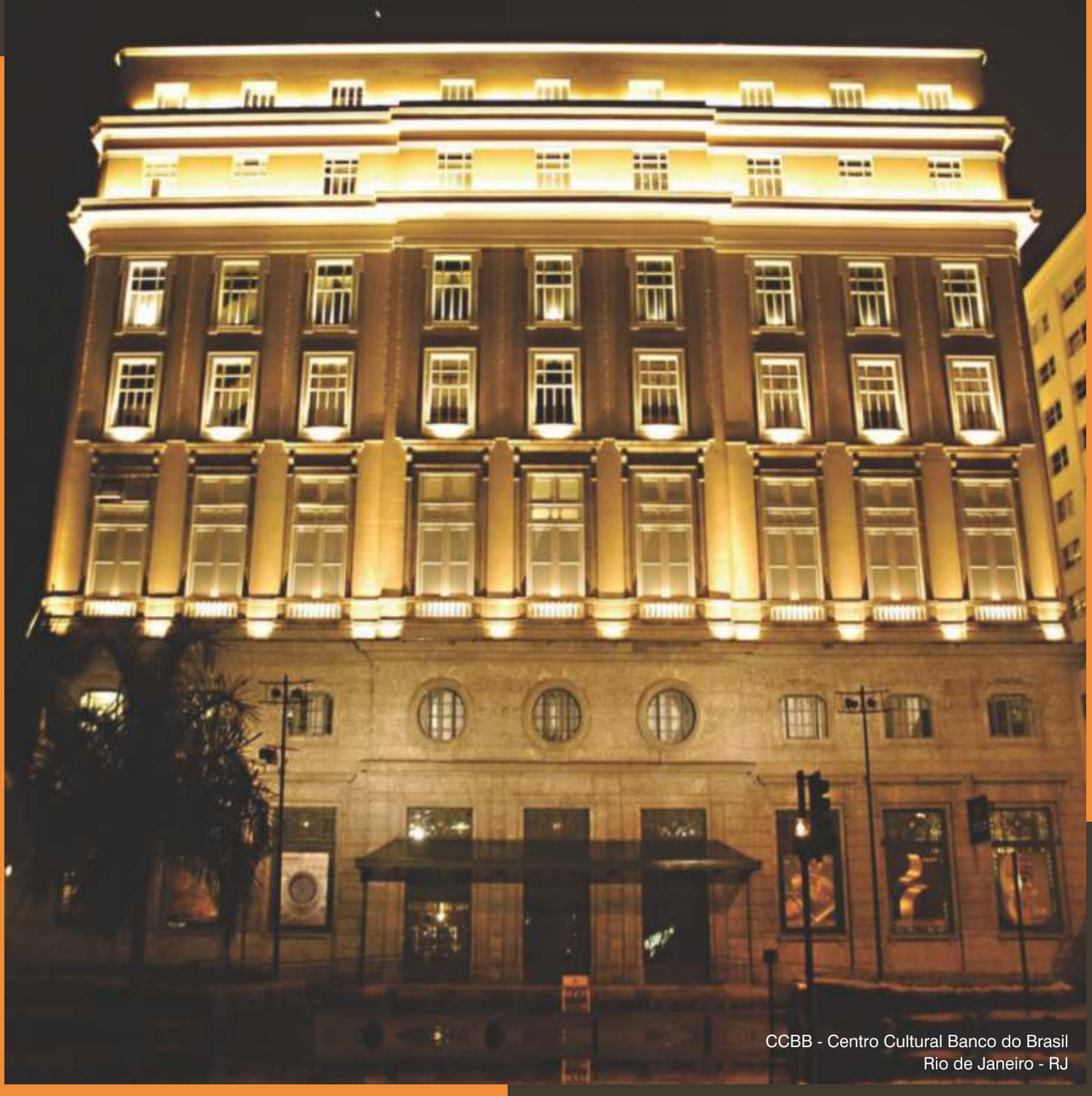
ISSN 2179-6459

BOLETIM SRRJ

Janeiro / Fevereiro / Março 2018

Edição nº 167
Ano XLVI



CCBB - Centro Cultural Banco do Brasil
Rio de Janeiro - RJ

SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DA SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente
Selma da Costa Silva Merenlender

Vice-Presidente
Laura Mendonça

Vice-Presidente do Interior
Flavio Nery

Secretária-Geral
Giselle Baptista Maretti

Primeira-Secretária
Elisa Melo

Tesoureiro
Bruno Schau

Vice-Tesoureira
Carla Dionello

Diretora Científica
Blanca Bica

Diretora de Comunicação e Mídias
Ingrid Bandeira Moss

Boletim
Editora-Chefe
Ingrid Bandeira Moss

Conselho Editorial
Mirhelen Mendes de Abreu
Adelaide Dancour
Cynthia França
Lívia Madeira

Diretora de Ética, Normas e Regimentos
Wanda Heloisa R Ferreira

Conselho Fiscal
José Verztman
Evandro Klumb
Francinne M. Ribeiro
Leonardo Romeiro

Jornalista Responsável
Kelly Beltrão
MTB DF3842JP

Editoração e Impressão
Gráfica Tudo Para Ontem

Redação
reumatologia@reumatorj.com.br
CEP 22040-000 - Rio de Janeiro - RJ - Tel. 2549-4114
Rua Barata Ribeiro, 391 - Sala 801 - Copacabana

Boletim da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro

Março de 2018
Edição nº 167

Periodicidade: Trimestral
ISSN 2179-6459

SUMÁRIO

PALAVRA DA PRESIDENTE 3
EDITORIAL 4
HISTÓRIA DA MEDICINA 6
SIGNOS E SIGNIFICADOS 8
MOLECULAR 12
IMAGINANDO 17
INTERCONSULTA 21
INTEGRALIZAR 24
COM PAIXÃO 25
QUEM SABE DE MIM SOU EU 27
MOSAICO 29
CLUBE DO REUMATISMO 33
CRÍTICA MENTE 37
ARTICULANDO 41
ERUDITA REUMATOLOGIA 44

PALAVRA DA PRESIDENTE

SELMA MERENLENDER

Em 2017, a SRRJ experimentou um crescimento vívido, apesar da crise econômica no País. Aumentamos o número de associados, realizamos a Jornada Rio São Paulo, fizemos do ReumaRio um evento Internacional, trazendo a Universidade Johns Hopkins para o Rio de Janeiro, com temas inovadores. Realizamos diversos cursos, desde o Curso Preparatório para a Prova de Título de Especialista, Encontro de Reumatologia para Estudantes de Medicina (EREEM), Cursos de Atualizações em Vasculites e Osteoartrite.

Seguindo a onda inovadora de nosso predecessor, Dr. Jose Fernando Verztman, fizemos todos os Clubes do Reumatismo com transmissões AO VIVO pelo YouTube, com polos em Campos, Angra dos Reis, Volta Redonda, Niterói, e agora também em Friburgo, trazendo a participação dos colegas do interior em tempo real.

Nossa Newsletter já alcança mais de 4 mil médicos do Brasil e diversos países de Língua Portuguesa, com periodicidade quinzenal, e com temas variados, desde esportes, temas jurídicos, dicas culturais, espaço para poesias, anúncios etc... E o número de colunistas aumenta a cada dia.

Em janeiro de 2018, lançamos o livro ***Crônicas dos Boletins***, de nosso amado Prof. Hilton Seda, em coquetel badaladíssimo, com a presença de diversos reumatologistas de fora do Rio de Janeiro. Em abril tivemos o lançamento do livro para leigos, do Dr. Luiz Octavio Dias, ***Saiba mais sobre reumatismo – 105 perguntas e respostas***, voltado para o público leigo. Ambos os livros estarão a venda no Congresso SBR 2018 e poderão ser adquiridos por todos os colegas interessados.

No início de março, a excelente notícia da aprovação em massa dos residentes do Rio de Janeiro, na prova de Título de Especialista. Mais uma prova da ressurgência da reumatologia carioca no cenário brasileiro.

O ReumaRio em abril de 2018 será realizado em Paraty, com temas de interação com a Neurologia, Gastroenterologia, Infectologia e muitos mais.

E, para finalizar, apalavrando a palavra da presidente, os ganhadores dos prêmios: Melhor caso do Clube do Reumatismo e publicado no Boletim, agraciado com pacote completo para o ACR 2018; Melhor fotografia com tema natalino foi para Dra. Wanda Heloisa Ferreira, e Melhor fotografia de Carnaval foi para o Dr. Luis Maurício Lederman, ambos agraciados com a inscrição para o ReumaRio 2018.

Participem dos eventos da SRRJ. Quem sabe o próximo nome aqui será o seu?

Até breve!

Selma Merenlender
Presidente Biênio 2017 / 2018

EDITORIAL

LIVIA MADEIRA

MIRHELEN ABREU

INGRID BANDEIRA MOSS

CYNTHIA FRANÇA

ADELAIDE DANCOUR

Começamos o ano de 2018 com uma certeza: acertamos mais do que erramos. O ano de 2017 marcou uma grande mudança no Boletim, tanto no conteúdo científico quanto no seu layout, e o alcance atingiu até reumatologistas de além-mar. Grande parte dessa mudança devemos muito à colaboração da Dra. Mirhelen de Abreu, que modernizou o conteúdo e a apresentação do Boletim, dando um ar dinâmico, refinado e de excelência científica. Felizmente, embora por motivos pessoais ela não esteja mais como editora-chefe em 2018, continuará com seu esforço incansável como peça chave da nossa comissão editorial, mantendo a qualidade do nosso trabalho. Ainda há, entretanto muito a ser feito, e mudar eventualmente só corrobora a nossa tentativa natural de evoluir.

Por falar em evolução, Dr. Hilton Seda abre este Boletim com uma viagem no tempo, mais precisamente ao Egito Antigo, para contar a história das práticas médicas daquela civilização, já consideradas um tanto quanto avançadas para a época, destacando o papel da primeira mulher reconhecida como médica da História. Em seguida o Dr. Leonardo Romeiro, em **Signos e Significados**, recorda o exame físico do ombro, articulação complexa pela grande variedade de movimentos possíveis, e "famosa" pelas inúmeras manobras e epônimos que apresenta.

Um dos grandes desafios para o reumatologista é abordado na coluna **Molecular**, onde o Dr. Flavio Nogueira de Melo, brilhante representante da Reumatologia do interior do Estado, traz atualizações sobre o uso dos medicamentos imunobiológicos nos pacientes com doenças reumatológicas e coinfecção pelos vírus das hepatites B e C, com destaque especial para as novas interpretações dos resultados sorológicos e status infeccioso.

Em **Imaginando**, a Dra. Laura Mendonça, referência em osteometabolismo, traz uma abordagem prática e muito facilitada da interpretação do exame de densitometria óssea, descrevendo suas peculiaridades e apontando possíveis vieses confundidores.

Na coluna **Interconsulta**, o Dr. Francisco Andrade, oftalmologista com grande experiência em doenças autoimunes, nos apresenta um caso clínico de paciente com artrite reumatoide e Síndrome de Sjogren com boa resposta a rituximabe, reforçando

a importância da interação Reumatologia – Oftalmologia. Em seguida uma entrevista provocadora sobre os valores e as escolhas em saúde, com o Dr. Stephen Stefani, que nos faz pensar no papel do médico como engrenagem fundamental na gestão de gastos em saúde.

Seguindo a mesma tendência de ampliar o papel do médico reumatologista, em **Com Paixão** o Dr. Paulo Handam, reumatologista e fisiatra, especialista em Medicina do Exercício, concede entrevista ao Boletim sobre a interface das três especialidades e como essa integração pode ser valiosa para o paciente. No modelo de entrevistas, em **Quem Sabe de Mim Sou Eu**, a coluna do Boletim voltada para a voz e o ponto de vista do paciente, traz a Dra. Veronica Vilela e Danilo da Conceição, seu paciente com dermatomiosite juvenil.

Novamente ampliando as possibilidades de abordagem e necessidade de atualização, em **Mosaico** são apresentadas e discutidas as indicações e especificações do uso das órteses para pacientes com artrite reumatoide, assunto ainda não muito bem dominado pelo reumatologista.

Na coluna do **Clube do Reumatismo** reapresentamos os casos classificados como melhores de 2018. Originalidade, peculiaridade, e riqueza de conteúdos que fazem valer à pena a releitura. Congratulações da equipe editorial do Boletim, que se estendem também aos jovens reumatologistas que receberam o Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Reumatologia em 2018.

Retomando a discussão sobre escolhas e valores em saúde, a Dra. Mirhelen de Abreu, em **Crítica Mente**, faz uma abordagem ampla e esclarecedora sobre um assunto bastante em voga na atualidade: os biossimilares e a sua incorporação.

Em **Articulando** destacamos o lançamento do livro "Crônicas dos Boletins", do nosso querido Prof. Hilton Seda, com a compilação dos seus brilhantes melhores textos publicados em nosso Boletim.

Finalizando, como uma viagem no tempo, voltamos um "cadinho" em **Erudita Reumatologia**, onde o Dr. Henrique Ayres de Vasconcellos passeia pela Literatura em obras e textos que fazem referência a doenças e tratamentos com a linguagem leiga que sempre nos intriga e alegra.

Em 2018, o mundo perdeu uma figura ímpar em sua genialidade na ciência e exemplo de superação, Stephen Hawking, e é com uma frase a ele atribuída que abrimos esta primeira edição do ano, lembrando que, ainda bem, temos muito trabalho pela frente: "O maior inimigo do conhecimento não é a ignorância, mas a ilusão da verdade".

Boa leitura!

Ingrid B. Moss
e Equipe Editorial do Boletim da SRRJ

HISTÓRIA DA MEDICINA

MEDICINA NO ANTIGO EGITO

HILTON SEDA

Dedicado à
Dra. Selma da Costa Silva Merenlender

O Egito está entre os primeiros Estados da Antiguidade que se formaram entre 4000 e 2000 a. C. na região banhada pelos rios Tigre, Eufrates, Jordão e Nilo.

Quando se estuda a história da medicina no Antigo Egito, desde logo surge uma polêmica: quem seria o verdadeiro Pai da Medicina? Habitualmente a resposta é Hipócrates, mas há quem atribua o título, inclusive figuras importantes como Wiliam Osler (1849-1919), a Imhotep, o deus egípcio da medicina (1). Imhotep (que significa aquele que vem em paz), filho de Ptah, foi provavelmente um rei ou um sacerdote que conhecia medicina. Viveu no período da terceira dinastia, Antigo Império, mas as datas são discutíveis. Teria nascido aproximadamente no ano 3000 a. C. ou vivido entre 2667 e 2648 a. C. Seu culto se deu principalmente em Mênfis, cidade onde viveu e onde foram erguidos templos, santuários e sanatórios com seu nome. Foi também venerado como divindade na Grécia e em Roma. No exercício da medicina, tratou das mais variadas doenças (cita-se, inclusive, gota e artrite). Atuou, também, como cirurgião e dentista. Usava medicamentos que extraia de ervas (1,2). É notável que, além de fundador da ciência médica egípcia, Imhotep também seja reconhecido como arquiteto e escultor e que seu nome esteja ligado à construção da Pirâmide de Sacará, uma vez que Djoser, primeiro soberano e fundador da III Dinastia, o designou encarregado do projeto daquela que foi a primeira pirâmide de pedra (3).

Na mitologia egípcia quase todos os deuses participavam do controle da saúde, mas Thoth, o mais antigo dos deuses curadores que salvou Horus (deus dos céus) da picada de um escorpião, era o mais importante. Admite-se, também, que os reis das antigas dinastias sempre estiveram ligados à prática da medicina (2).

Sobre a Medicina do Antigo Egito há documentos bastante antigos. Essa documentação compreende papiros egípcios, óstracos (fragmentos de cerâmica ou pedra com inscrições), literatura em geral, corpos mumificados, pinturas e esculturas em tumbas e diários de viajantes estrangeiros (2,4). A medicina egípcia da época era bastante avançada, chegando até a influenciar a grega. Sua reputação chegara ao ponto de líderes de outros impérios solicitarem ao faraó o envio de médico para tratar de um parente ou personalidade importante (5). Existiam duas escolas médicas, uma em Saís ou Sa El-Hagar (capital do Antigo Egito durante a XXIV dinastia) outra em Heliópolis. Eram administradas independentemente dos grandes templos a que estavam anexas. O diretor da escola de Saís usava o título de “O maior dos médicos” e era, ao mesmo tempo, sacerdote-chefe da deusa Neith, divindade especial da cidade. Em Heliópolis funcionava a escola Osiris, com um sanatório anexo. Seu diretor médico usava o título de “O grande vidente” (2). Os cursos tinham programas regulares, mas com função quase sacerdotal. Faziam parte do ensino atividades cirúrgicas (circuncisão, obrigatória por motivos higiênicos, castração, cesariana, provavelmente excisão de cataratas) e próteses dentárias (6). Os egípcios já tinham razoável conhecimento da anatomia humana (5). Há que se salientar, entretanto, que as doenças eram consideradas manifestações da raiva dos deuses e, por isto, a função do médico era a de apaziguá-los e expulsar o demônio que se apoderara do corpo (4). O diagnóstico era feito através da sintomatologia apresentada pelo paciente. Só depois de corretamente estabelecido é que se iniciava a terapêutica que tinha como base um conhecimento profundo da botânica e dos efeitos de ervas especiais. Havia um cuidado particular com as feridas: eram lavadas, cobertas com unguentos à base de óleos selecionados e depois protegidas com ataduras. Os médicos egípcios recomendavam medidas higiênicas, como banhos completos e depilação do corpo, o que

pode ter contribuído para evitar infecções (5). Usavam vários instrumentos em suas atividades: bisturi, serrilhas, lâminas de bronze com cabo de ébano ou marfim. A cirurgia era bastante difundida no Antigo Egito. É possível que tenham usado poções soporíferas para aliviar a dor durante sua execução (6). Foram descobertos em trabalhos arqueológicos vários instrumentos cirúrgicos, como facas, ganchos, brocas, fórceps, balanças, colheres, serras e recipientes para queima de incenso. Usavam próteses, como dedos e globos oculares artificiais, praticamente com finalidades estéticas (5). No Antigo Egito existia uma hierarquia e especializações na medicina. Como especialidades havia oftalmologia, gastroenterologia, proctologia (5). A partir do terceiro milênio a. C., a odontologia começou a desenvolver-se, mas era pouco eficaz, pois as condições dentárias da população eram bastante precárias (5). Hesy-Ra, médico e dentista, ostentava o título de "Chefe dos Dentistas e Médicos". É considerado o primeiro odontólogo conhecido. Era um altíssimo dignitário da corte do faraó Zoser ou Djoser, um dos monarcas mais importantes da terceira dinastia, já referido anteriormente por sua ligação com Imhotep. O nome Hesy-Ra significa "aquele que foi abençoado por Ra e tem em seu interior o poder do sol". Ra é o deus do sol (7).

Os egípcios consideravam a respiração como a função vital mais importante e tinham a crença de que sua cessação precedia o baquear do sangue, o que redundou no "conceito pneumático", característico de sua medicina. Davam, entretanto, grande importância ao sangue. Tanto assim, que acreditavam que os deuses, Hu e Lia, originaram-se do sangue que corria do pênis do deus-sol (Ra), quando este se mutilou, e pintavam as múmias de vermelho para lhes conferir a força do sangue. Os médicos egípcios valorizavam o exame do pulso, a palpação e a inspeção. É bastante provável que conhecessem a ausculta, pois, no papiro de Ebers lê-se: "Aqui o ouvido ouve sob..." É de se salientar que também davam importância ao papel dos vermes, insetos e outros parasitos na etiologia das doenças a tal ponto que, nas situações em que o parasito não era visível, imaginavam um invisível. Conheciam a evolução dos insetos a partir da larva. Empregavam, para eliminar vermes e insetos do corpo, cirurgias mágicas e sortilégios (2).

Muitas doenças puderam ser identificadas no Egito Antigo através de papiros, exames de múmias e receitas que foram conservadas: furúnculo e antraz (identificados como tumores), infestação pela bilharzia ou bilharziose (esquistossomose), oftalmopatias, doenças da pele, reumatismos, mal de Pott, alopecia, dismenorreia e várias outras. A sífilis não foi referida, sendo sua existência até negada na época (2).

Pelo que foi dito, era de se esperar que o tratamento no Antigo Egito fosse uma mescla de terapêutica mística e racional. Nos papiros há menção a incontáveis receitas; no de Ebers, por exemplo, quase um milhar delas. Eram prescritos mel, variadas cervejas, azeite, frutos (tâmaras, figos), cebolas, alho, sementes de linho, funcho, mirra, alface, açafrão, ópio, preparados à base de chumbo e muitos outros, inclusive partes de órgãos de animais. No papiro de Edwin Smith - um dos mais antigos textos médicos conhecidos, escrito em torno de 1700 a. C., mas que é cópia de um relato redigido no Antigo Reinado que durou de 3000 a 2500 a. C. - há minuciosas informações sobre a cirurgia da época (2).

Na história da medicina do Antigo Egito, foram médicos importantes Imhotec e Hesy-Ra, conforme já descrito. Além destes, há referência a Hwy, citado no papiro de Ebers, que pertencia à Escola de Heliópolis e ostentava o título de "O maior dos profetas". Há, entretanto, que se acrescentar Merit Ptah, médica que viveu por volta de 2700 a. C. e era amada pelo deus Ptah (8). Ptah é o deus principal da tríade de Mênfis, com sua esposa Sekhmet e seu filho Nefertum. Além de Mênfis, principal local de seu culto, foi adotado por todo o Egito e Núbia (9).

Merit Ptah é a primeira mulher reconhecida como médica e, possivelmente, também a primeira a ser reconhecida como cientista. Sua figura pode ser apreciada em uma necrópole próxima da pirâmide de Sacará. Seu filho, um Alto Sacerdote, referiu-se a ela como "Médica-Chefe". Não deve, entretanto, ser confundida com Merit-Ptah, esposa de Ramose que foi governador de Tebas e vizir tanto na época de Amenhotep III (Amenófis III), da XVIII dinastia (1389 a. C. – 1351 a. C.), quanto na de Akhenaton (Amenófis IV), da XVIII dinastia (1352 a. C.- 1336 a. C.). A International Astronomical Union (IAU) homenageou Merit-Ptah dando seu nome a uma cratera de impacto em Vênus (8).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardoso W: Imhotep, o verdadeiro pai da medicina, www.waldircardoso.com.br/2011/09 .
2. Castiglioni A: História da Medicina, volume I, Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1947.
3. O Antigo Egito e as primeiras civilizações, Cofina Média SA, Portugal, 2016.
4. Salles JS: Medicina no Antigo Egito, Infoescola
5. Medicina do Antigo Egito, Wikipédia, a enciclopédia livre.
6. Medicina Egípcia, https://www.infopedia.pt/$medicina-egipcia
7. El primer odontólogo, El egípcio Hesy-Ra, https://odontocolombia.workpress
8. Merit Ptah: Wikipédia, a enciclopédia livre.

SIGNOS E SIGNIFICADOS

EXAME FÍSICO DO OMBRO

Dr. LEONARDO DOMINGUES ROMEIRO
Médico Reumatologista do HFSE-RJ
Professor de Medicina da UNESA

"Quem não sabe o que busca, não identifica o que acha"
Immanuel Kant

RESUMO

O ombro é a articulação capaz de realizar a maior variedade de movimentos do aparelho locomotor. Por ser uma articulação do tipo esferoide, possui movimentos nos planos sagital, frontal e transverso. Relaciona-se de maneira funcional e anatômica com, principalmente, outras três articulações - esternoclavicular, acromioclavicular e glenoumeral - duas bursas - subacromial e subdeltoidea - e um conjunto de quatro músculos - supraespinhal, infraespinhal, subescapular e redondo menor - que formam o manguito rotador, capaz de estabilizar e permitir a movimentação do ombro (1). Trata-se de um complexo articular que é não somente alvo de respostas inflamatórias relacionadas à autoimunidade, mas também um local de grande absorção de impacto. A realização de um exame físico adequado orienta a identificação da estrutura acometida e guia a propedêutica a ser realizada.

Este artigo trata-se de uma revisão da literatura e tem como objetivo a padronização na avaliação ambulatorial do ombro. Dor no ombro é uma queixa ambulatorial comum e pode estar associada a algumas condições médicas como doenças do tecido conjuntivo, dor referida - origem cervical, torácica ou abdominal - e pós-traumática (2). O ombro é capaz de realizar quatro grupos de movimento: no plano sagital, flexão, extensão e hiperextensão; no plano frontal, abdução e adução; e no plano transverso, rotação medial e rotação lateral; abdução horizontal, adução horizontal e circundação (1).

Essa grande amplitude de movimento pode gerar instabilidade tornando-o propenso à subluxações, luxações e lesões ligamentares. A cintura escapular, que tem seu esqueleto composto pela clavícula, escápula e úmero também atua como um conduto para o plexo braquial e grandes vasos que irrigam os membros superiores, portanto, a queixa da lesão nessa articulação pode ser relacionada a sintomas nervosos ou vasculares. Para uma correta abordagem, o exame físico deve seguir a sequência de inspeção, palpação e manobras específicas.

INSPEÇÃO

Dor no ombro é uma queixa ambulatorial comum e pode estar associada a algumas condições médicas como doenças do tecido conjuntivo, dor referida - origem cervical, torácica ou abdominal - e pós-traumática (2). O ombro é capaz de realizar quatro grupos de movimento: no plano sagital, flexão, extensão e hiperextensão; no plano frontal, abdução e adução; e no plano transverso, rotação medial e rotação lateral; abdução horizontal, adução horizontal e circundação (1). Essa grande amplitude de movimento pode gerar instabilidade tornando-o propenso a luxações e lesões ligamentares. A cintura escapular, que tem seu esqueleto composto pela clavícula, escápula e úmero também atua como um conduto para o plexo braquial e grandes vasos que irrigam os membros superiores, portanto, a queixa da lesão nessa articulação pode ser relacionada a sintomas nervosos ou vasculares (3).

O exame físico deve seguir a sequência de inspeção, palpação e manobras específicas. Deve ter início com a verificação de anormalidades cutâneas como erupções, eritemas e hematomas.

Edema articular raramente é visualizado, porém os sulcos deltopeitorais devem ser inspecionados para avaliar a presença de um possível derrame articular. Ainda na região anterior, observar a presença de atrofia dos músculos deltoides e peitorais e deformidades da cintura escapular, que podem ser verificadas pela separação da articulação acromioclavicular ou pela constatação de fratura do úmero ou da clavícula. O "sinal da tecla de piano" é típico da luxação acromioclavicular e se caracteriza pela elevação da extremidade lateral da clavícula sob a pele que reduz com a pressão digital realizada pelo examinador, porém retornando à posição original uma vez cessada a pressão. Já na região posterior, atentar-se a assimetrias como a atrofia dos músculos supraespinhal e infraespinhal, muitas vezes associado à artrite glenoumeral ou à patologia do manguito rotador (4).

Após a inspeção estática, iniciar a inspeção dinâmica com a solicitação que o paciente eleve os membros superiores lentamente. Durante o movimento, que conjuga a ação da articulação glenoumeral e o movimento da escápula na parede torácica, devemos observar restrições à amplitude de movimento e assimetrias. A coluna cervical merece especial atenção no exame, pois perda de massa muscular pode estar presente nos pacientes com neuropatia cervical ou braquial, além de dor referida na região do ombro. Solicitar que o paciente faça flexão, extensão, rotação direita e esquerda e flexão lateral bilateral do pescoço atentando-se à amplitude de cada movimento (3;4)

PALPAÇÃO

A palpação deve identificar a presença de sensibilidade dolorosa, edema e instabilidade articular. Iniciar palpando as articulações esternoclaviculares e acromioclaviculares em busca de assimetrias. Para as esternoclaviculares, palpamos a incisura jugular com o dedo indicador ou médio e deslizamos o dedo lateralmente para sentir a linha articular. Nas acromioclaviculares, devemos encontrar o ângulo posterior do acrômio na borda posterolateral do ombro e, então, mover os dedos anteriormente para sentir a sua borda lateral. Cerca de 2 cm medialmente a esta borda encontra-se a articulação. Aplicando pressão com os dedos indicador e médio é possível a sua avaliação. A patologia da articulação acromioclavicular pode ser avaliada pela adução passiva do braço, causando dor conforme o acrômio é comprimido contra a clavícula distal. Osteófitos podem ser palpáveis e, na osteoartrite glenoumeral, pode haver crepitação. Podem-se palpar ainda as articulações costocondrais, dolorosas quando envolvidas em traumas ou processos inflamatórios (Síndrome de Tietz) (3;4). A avaliação da musculatura da cintura escapular e cervical é importante para detecção de pontos de gatilho e de sensibilidade das síndromes miofascial e fibromiálgica respectivamente.

Para avaliação da bursa subdeltoidea, o paciente deve manter os braços pendentes nas laterais enquanto palpamos a borda lateral inferior do acrômio. Em seguida, o paciente deve colocar as mãos nos quadris e realizar o movimento de "apontar os cotovelos para trás", dessa forma teremos a exposição das porções superior e anterior da bursa subacromial. A dor durante a palpação pode indicar inflamação da bursa. Devemos ainda examinar as axilas com o braço do paciente abduzido a procura de nódulos e gânglios(4). O exame de palpação da musculatura do manguito rotador é realizado durante as manobras específicas.

MANOBRAS ESPECÍFICAS

As manobras específicas foram criadas para diagnosticar alterações periarticulares do ombro. Elas aumentam o contato do arco acromial com o manguito rotador e determinam a localização de lesões tendíneas ao testar o movimento contra a resistência (5). Na literatura, existem controvérsias sobre a relação entre queixa clínica de dor e manobras semiológicas, sendo, por vezes necessário recorrer ao exame ultrassonográfico para confirmação anatômica da lesão (6;7). Os resultados mostram que dor no ombro e manobras clínicas têm correlação estatística quando comparadas ao tendão supraespinhal, mas uma fraca associação quando comparadas ao tendão bicipital (6;7;8). No entanto, as manobras continuam sendo um importante instrumento diagnóstico e devem ser executadas a cada consulta em que a dor no ombro esteja presente como queixa. As principais manobras são: (3;4;6;8;9;10;11)

- TESTE DO ARCO DOLOROSO

Avalia os processos inflamatórios que afetam o tendão do músculo supraespinhal e as bolsas sinoviais do ombro. A manobra consiste na abdução ativa do ombro no plano da escápula com o membro

em rotação medial. A resposta é positiva quando há dor entre 70º e 120º. A fricção do tendão supraespinhal sob o arco coracoacromial é o mecanismo que produz a dor. Se a dor ocorre entre 140º e 180º, provavelmente a origem é na articulação acromioclavicular.

- TESTE DE NEER

Avalia a compressão das estruturas do ombro entre o tubérculo maior do úmero e o acrômio. A manobra consiste na elevação passiva do membro superior em rotação medial com a escápula estabilizada pelo examinador. A resposta é positiva quando há aparecimento de dor no ombro ou no braço. O teste é inespecífico, podendo ser positivo na tendinite do supraespinhal, na bursite, na capsulite adesiva, na instabilidade multidirecional e nas lesões da articulação acromioclavicular.

- TESTE DE HAWKINS

Avalia o impacto das estruturas do ombro sobre o arco coracoacromial. A manobra consiste na realização passiva da rotação medial do ombro com flexão a 90º do ombro e cotovelo. A presença de dor ou diminuição da força caracteriza o exame positivo sugerindo bursite e/ou tendinite do supraespinhal.

- TESTE DE YOCUM

Avalia o atrito do tendão do músculo supraespinhal sob o arco coracoacromial e sob a articulação acromioclavicular. O teste é considerado positivo se houver dor referida quando o paciente coloca a palma da mão no ombro oposto, enquanto o examinador eleva o cotovelo para a posição horizontal. Este teste também pode acusar lesão da articulação acromioclavicular.

- TESTE DE APLEY

Solicita-se ao paciente que coloque a mão do ombro afetado por trás da cabeça e toque o ângulo superior da escápula oposta. A seguir, solicita-se ao paciente que coloque a mão para trás das costas e tente tocar o ângulo inferior da escápula oposta. Dor no ombro será referida caso haja tendinite, usualmente do supraespinhal.

- TESTE DE JOBE

Teste exclusivo para avaliação do músculo supraespinhal, sua positividade fornece o diagnóstico de rotura com 90% de chance de acerto. Realizado com o paciente em pé, membros superiores em abdução no plano frontal e anteflexão de 30 graus, assim alinhando o eixo longitudinal do braço com o eixo de movimentos da articulação glenoumeral. O examinador faz uma força de abaixamento nos membros, simultânea e comparativa, enquanto o paciente tenta resistir. Um resultado falso-positivo ou duvidoso pode surgir devido à interferência da dor. Por isso, Neer introduziu o teste anestésico, que consiste em injetar 8ml de lidocaína no espaço subacromial e repetir o exame. Se a manobra negativar, estaremos diante de um tendão íntegro e o teste de Jobe será negativo. Se persistir a perda de força, estaremos provavelmente diante da rotura completa do tendão do supraespinhal.

- TESTE DE PATTE

Exclusivo para o tendão infraespinhoso. Posiciona-se o braço a 90º de abdução e o cotovelo a 90º de flexão. Solicita-se que o paciente resista à força de rotação interna feita pela mão do examinador posicionada no dorso da mão do paciente. A resistência diminuída pode indicar ruptura tendínea. A impossibilidade de manter o membro na posição do exame devido à queda do antebraço em rotação medial, conhecido como “drop arm sign”, não conseguindo vencer a força da gravidade, indica uma lesão extensa do manguito rotador, com grave acometimento do tendão infraespinhal.

- TESTE DE GERBER (LIFT-OFF TEST)

Paciente em pé, rotação interna do ombro com o dorso da mão em região lombar (cotovelo a 90º) em nível de L3. A seguir, solicita-se que afaste a mão do dorso. A incapacidade de realizar a manobra indica o teste alterado e provável inflamação/ruptura do tendão subescapular. Em pacientes com impossibilidade de realizar a rotação medial máxima, este teste é substituído por uma manobra em que o paciente se posiciona com a mão junto ao abdome e o examinador tenta afastá-la em movimento de rotação externa. Na presença de rotura do tendão subescapular, o paciente não conseguirá impedir o afastamento da mão (Belly Press Test), trazendo o braço em extensão, com flexão do punho.

- TESTE DE SPEED (PALM-UP TEST)

Teste exclusivo para avaliação do tendão da cabeça longa do bíceps. Realizado com o paciente flexionando o braço anteriormente contra resistência com o cotovelo estendido e o antebraço supinado. O teste é positivo quando a dor é localizada na corredeira bicipital. Observa-se que a presença de dor no manguito rotador provoca irradiação frequente para

a face lateral do braço e ombro, localização esta que não corresponde ao tendão bicipital e, portanto, não traduz tendinite do mesmo.

- TESTE DE YERGASON

Também específico para a cabeça longa do bíceps, coloca-se o paciente com o braço junto ao tronco, cotovelo flexionado a 90º e o ombro em posição neutra. Solicita-se ao paciente que faça supinação contra resistência. O teste é positivo quando há surgimento de dor na região do sulco bicipital.

- TESTE DE LIPMANN

Inicia-se o teste com o paciente com o cotovelo flexionado a 90º e o braço junto ao tronco. Caso o paciente refira dor na corredeira bicipital durante a flexão do cotovelo contra resistência, o teste será considerado positivo. Este teste também pode detectar luxação ou subluxação do tendão do bíceps para fora do sulco bicipital.

CONCLUSÃO

O reumatologista deve conhecer e praticar adequadamente o exame físico do ombro para uma condução e tratamento adequado das diversas condições dolorosas. Outros testes e manobras existem para luxações, lesões de labrum ou acrômio-clavicular e podem ser encontrados nos livros textos e compêndios. Este artigo objetivou resumir e organizar um exame para as condições mais comuns avaliadas na prática reumatológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.HAMILL, J. KNUTZEN, K. M. Bases Biomecânicas do Movimento Humano. 2ª ed, São Paulo: Manole,2008.

2.Kuijpers T, van der Windt DA, van der Heijden GJ, Bouter LM. Systematic Review of Prognostic Cohort Studies on Shoulder Disorders. Pain 2004;109:420-31

3.Carvalho MAP, Lanna CCD, Bertolo MB, Ferreira GA. Reumatologia: diagnóstico e tratamento. 4ª edição. São Paulo, AC Farmacêutica, 2014.

4.Lawry GV. Exame musculoesquelético sistemático, tradução. Porto Alegre, AMGH, 2012.

5.Hawkins RJ, Mohtadi NG. Clinical evaluation of shoulder instability. Clin J Sports Med 19911:59-64.

6.Maeda EY, Helfenstein MJ, Ascencio JEB, Feldman D. O ombro em uma linha de produção: estudo clínico e ultrassonográfico. Rev Bras Reumatol 2009;49(4):375-86.

7.Naredo E, Aguado P, De Miguel E, Uson J, Mayordomo L, Gijon-Baños J et al. Painful Shoulder: Comparison of Physical Examination and Ultrasonographic Findings. Ann Rheum Dis 2002:61(2):132-6.

8.Dinnes J, Loveman E, McIntyre L, Waugh N. The Effectiveness of Diagnostic Tests for the Assessment of Shoulder Pain Due to Soft Tissue Disorders: a Systematic Review. Health Technol Assess 2003;7:1-166.

9.Park HB, Yokota A, Gill HS, El Rassi G; McFarland EG. Diagnostic Accuracy of Clinical Tests for the Different Degrees of Subacromial Impingement Syndrome. J Bone Joint Surg [Am] 2005;87(7):1446-56.

10.Cipriano JJ. Testes ortopédicos do ombro. In: Cipriano JJ. Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos. 1 ed. São Paulo: Manole, 1999, pp. 71-112

11.Leroux JL, Thomas E, Bonnel F, Blotman F. Diagnostic Value of Clinical Tests for Shoulder Impingement Syndrome. Rev Rhum (Engl Ed) 1995;62:423-8.

USO DE IMUNOBIOLÓGICOS EM PACIENTES PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS

Dr. FLAVIO FERNANDO NOGUEIRA DE MELO
Médico Reumatologista
Hospital Unimed Volta Redonda

RESUMO

A coinfecção pelo vírus da hepatite B e C entre os indivíduos com doenças reumáticas autoimunes é uma realidade e necessita de uma busca ativa, pois, a imunossupressão induzida pelo uso de corticosteroides e imunobiológicos pode reativar a doença e levar a um desfecho negativo do tratamento. Este artigo tem como objetivo orientar a pesquisa destas coinfecções e sua profilaxia, bem como trazer informações baseadas nas evidências científicas no momento, visto que os estudos pivotais de todos imunobiológicos excluem os indivíduos coinfectados pelos vírus B e C. Além disso, como não há referência em bula de como conduzir o tratamento desses pacientes, as novas recomendações e publicações nos encorajam a enfrentar essa necessidade não atendida.

INTRODUÇÃO

A terapia imunobiológica significativamente modificou a evolução das doenças reumáticas, limitando os danos permanentes tanto articulares quanto viscerais relacionados aos processos inflamatórios. Frequentemente na prática clínica dos reumatologistas encontram-se pacientes coinfectados com o vírus da hepatite B (HBV) ou C (HCV), tornando a indicação desta terapia um desafio, pois os estudos clínicos pivotais com os imunobiológicos excluem pacientes portadores de hepatite B ou C [1].

Estima-se que 1/3 da população mundial já teve contato com o HBV e que 350 milhões de pessoas no mundo estão infectadas por esse vírus[2]. No Brasil, aproximadamente 17.000 novos casos são detectados e notificados anualmemte[3].

Calcula-se que a hepatite pelo vírus C atinja mais de 250 milhões de pessoas no mundo[2]. O Ministério da Saúde do Brasil (MSB) estima que entre 1,4 e 1,7 milhão de brasileiros apresentam hepatite C. O HCV está relacionado a 27% dos casos de cirrose e 25% dos casos de carcinoma hepatocelular (CHC) [4].

Diferente do HBV, que pode ser prevenido pelo uso da vacina específica, não existe até o momento vacina contra o HCV, sendo a prevenção o padrão-ouro contra o HCV [2].

HEPATITE B

Através dos marcadores biológicos do HBV, os pacientes infectados por este vírus são divididos em três categorias (tabela 1) [2].

	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc IgG	HBV DNA	TGO/TGP	Biópsia Hepática
HBV crônica ativa	Positivo	Negativo	Positivo	> 2,000 IU/mL	Elevadas	Hepatite crônica com necroinflamação
Carreador HBV inativo	Positivo	Negativo	Positivo	<2,0000 IU/mL	Normais	Sem hepatite significante
HBV resolvido	**Negativo**	**Positivo**	**Positivo**	**Indetectável**	**Normais**	**Sem hepatite significante**

Tabela 1: Definições de infecção pelo HBV

Vale a pena ressaltar que a hepatite B não tem cura, ela se resolve. Estudos prévios demonstraram que a replicação do HBV persiste no fígado em baixo grau por décadas após a hepatite aguda. Uma vez transportado para o núcleo do hepatócito, o genoma do HBV é convertido em uma forma de DNA circular covalentemente fechado (cccDNA) que assegura a sua persistência a longo prazo, bem como serve de modelo para transcrição viral. Tanto a resposta imune, quanto a tolerância imunológica contribuem para esta baixa, mas persistente replicação viral[5].

A reativação do HBV (rHBV) pode ser definida como: um aumento súbito dos níveis da carga viral do HBV, associado ou não a elevação das transaminases; soroconversão do HBsAg negativo para positivo; desenvolvimento de hepatite em associação a um aumento no nível sérico de HBV DNA maior que 1 $\log^{10}$ cópias/mL, quando comparado com o nível anterior da terapia; um aumento absoluto no nível de carga viral excedendo 6 $\log^{10}$ cópias/mL; conversão do HBV DNA de indetectável para > 100 IU/mL[6-7].

Em 2010, Hou et al.[2] apresentaram um algoritmo para manejo dos pacientes com doença inflamatória intestinal e coinfectados pelo HBV, que pode ser adaptado a todos os pacientes com doenças autoimunes e candidatos a tratamentos imunossupressores (fig.1), chamando a atenção que esta investigação deve ser realizada no momento do diagnóstico da doença autoimune.

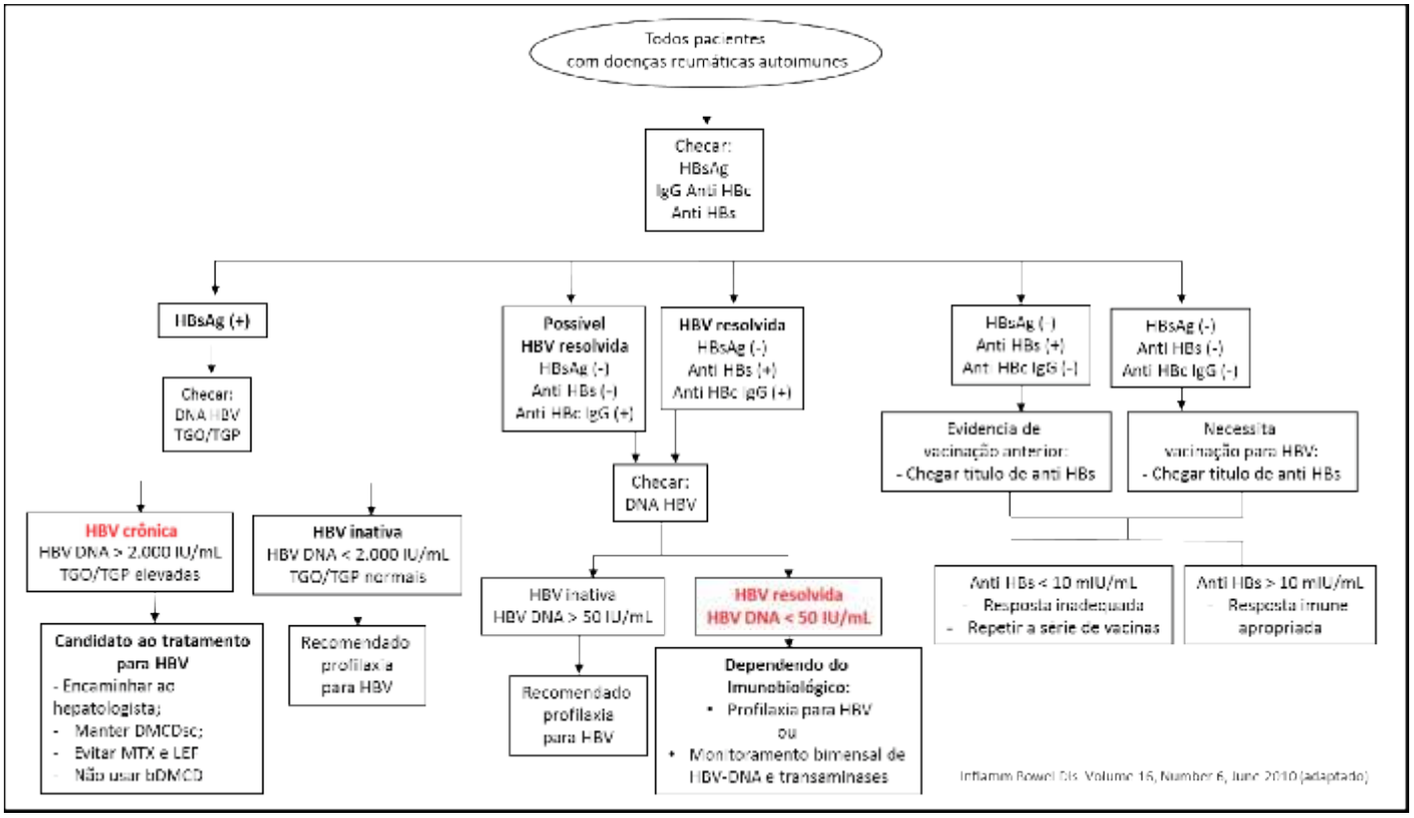


Figura 1: Algoritmo para manejo da hepatite B em pacientes com doenças autoimunes

Em 2016, Fukuda et al.[8] avaliaram 1042 pacientes com doenças reumáticas (959 com artrite reumatoide e 83 com outras doenças reumáticas), em uso de prednisolona ≥ 5 mg/dia, DMARDs convencionais e biológicos. Destes, 79,1% dos pacientes portadores de artrite reumatóide (AR) faziam uso de metotraxate (MTX) e imunobiológicos, incluindo anti TNFa (73,7%), tocilizumabe e abatacepte. A incidência total de rHBV neste estudo foi de 1.93/100 pessoas/ano e os fatores que influenciaram esta incidência foram: a idade ≥ 69 anos, os valores de anti HBs ≤ 71.4 e anti HBs < 10.0 e o uso de prednisolona ≥ 5 mg/dia.

Conforme as recomendações do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) publicadas em 2015, os pacientes com AR com infecção ativa pelo HBV e que estejam recebendo ou tenham recebido tratamento efetivo antiviral contra HBV, têm as mesmas recomendações de tratamento quanto os pacientes sem esta condição. Para pacientes com imuni-

dade natural contra o HBV (HBV resolvido) e testes de função hepática normais, o tratamento deve ser o mesmo dos pacientes não expostos, porém a carga viral deve ser monitorada a cada 6-12 meses. Os pacientes com hepatite B crônica não tratados devem ser encaminhados para terapia antiviral antes da terapia imunossupressora[9].

A Associação Americana de Gastroenterologia (AGA) publicou em 2015 as recomendações para prevenção e tratamento da reativação do HBV (rHBV) durante a terapia imunossupressora, incluindo o uso de corticosteroide, imunossupressores convencionais e os imunobiológicos. Estas recomendações levaram em consideração a positividade ou negatividade dos marcadores biológicos para hepatite B e o imunossupressor que deverá ser utilizado. A partir destas informações, os pacientes foram categorizados em 3 grupos: risco elevado de rHBV (>10%), risco moderado de rHBV (1 – 10%) e risco baixo de rHBV (<1%)[10].

São considerados risco elevado de rHBV (>10%) pacientes HBsAg (+) e Anti HBc (+) – carreadores HBV inativos, ou pacientes HBsAg (-) e Anti HBc (+) – HBV resolvidos, que serão tratados com depletores de célula B (ritiximabe). Pacientes carreadores HBV inativos que tem indicação para uso de prednisona na dose >20 mg/dia por ≥ 4 semanas, também são incluídos nesta categoria. A recomendação para este grupo de pacientes é sempre realizar a profilaxia contra o HBV, sendo que esta deverá ser mantida por 6 a 12 meses após a suspensão do tratamento, ou mantida enquanto durar o tratamento imunossupressor (IMS), ou mantida se HBV > 2.000 UI/mL (independente do IMS)[10].

São considerados pacientes com risco moderado de rHBV (1 – 10%), aqueles que são carreadores HBV inativos ou HBV resolvidos, que serão tratados com anti TNFa (etanercepte, adalimumabe, infliximabe, certolizumabe pegol e golimumabe) ou inibidores de outras citocinas ou integrinas (abatacepte, tocilizumabe). São incluídos neste grupo os pacientes que são carreadores inativos que serão tratados com prednisona na dose < 10 mg/dia por ≥ 4 semanas e aqueles que são HBV resolvidos que farão uso de prednisona na dose de 10 a 20 mg/dia ou > 20 mg/dia por ≥ 4 semanas. Neste grupo de pacientes a profilaxia está indicada nos carreadores HBV inativos ou pode ser postergada até a rHBV nos HBV resolvidos. Se postergada a profilaxia, o HBV DNA e as transaminase deverão ser avaliados a cada 2 meses[10].

Os pacientes considerados de risco baixo de rHBV (<1%), são aqueles carreadores HBV inativos e HBV resolvidos que farão uso de DMARDs convencionais (MTX, azatioprina) ou que serão tratados com prednisona em qualquer dose, por um período menor que 1 semana. Estão incluídos neste grupo os pacientes HBV resolvidos que serão tratados com prednisona na dose < 10 mg/dia por ≥ 4 semanas. Neste grupo a profilaxia não está indicada[10].

Em 2016, o MSB lançou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica para Hepatite B e Coinfecções, estando de acordo com as recomendações da AGA. O medicamento de primeira linha para profilaxia da rHBV é o entecavir na dose de 0,5 mg/dia, sendo que a lamivudina poderá ser utilizada quando o entecavir não estiver disponível, por período menor do que 4 meses, em razão do elevado risco de resistência. A lamivudina não é indicada para pacientes HBV-DNA positivos. Ainda de acordo com este protocolo, quando não houver a disponibilidade de testes HBV-DNA para o monitoramento sequencial durante a terapia imunossupressora, o tratamento profilático deverá ser iniciado nos pacientes com risco elevado e moderado de rHBV. Os pacientes com risco elevado de rHBV e que são candidatos à terapia com rituximabe, devem receber a terapia profilática antes do início do tratamento, independente dos níveis de HBV-DNA[11].

Quanto ao uso de ustequinumabe para tratamento da psoríase (PsO) e artrite psoriásica (APs) e o secuquinumabe para tratamento da PsO, APs e espondilite anquilosante (EA) em pacientes com HBV, os estudos são escassos, limitando a relatos de casos.

Chiu et al. (2013)[12] analisaram o perfil de segurança do ustequinumabe no tratamento de pacientes com PsO e infectados pelo HBV ou HCV. Este estudo incluiu 18 pacientes, sendo 14 com PsO e hepatite B e 4 com PsO e hepatite C. Entre os 11 pacientes HBsAg positivos, 29% que não tinham recebido a profilaxia contra o HBV apresentaram rHBV. Nenhum paciente HBV resolvido apresentou rHBV. Um paciente com HCV, cirrose hepática e CHC tratado, apresentou reativação HCV e recorrência do HCC durante o tratamento com ustequinumabe. Apesar do ustequinumabe não estar incluído nas recomendações do AGA e do MSB, as mesmas orientações profiláticas devem ser seguidas.

Siegel et al. (2017)[13] analisaram o tratamento com secuquinumabe em pacientes com psoríase infectados com HBV e/ou HCV. Este estudo de relato de casos avaliou 5 pacientes (3 homens e 2 mulheres), com idades entre 54-64 anos. Três pacientes

tinham APs concomitante. Um paciente tinha HBV somente e estava recebendo terapia anti HBV. Um paciente era coinfectado com HBV e HCV e estava recebendo terapia anti HBV. Três pacientes tinham HCV somente. Nenhum paciente reativou a hepatite ou apresentou elevações significantes das transaminases.

HEPATITE C

Os pacientes infectados pelo HCV são divididos em 3 categorias de acordo com marcadores biológicos para o HCV (tabela 2). É importante salientar que a hepatite C tratada resulta em cura[2].

Categoria	Anti HCV	HCV RNA	TGO/TGP	Biópsia Hepática
HCV crônica ativa	Positivo	Presente	Elevadas	Hepatite crônica com necroinflamação
Carreador HCV inativo	Positivo	Presente	Normais	Sem hepatite significante
HCV curada	**Positivo**	**Indetectável**	**Normais**	**Sem hepatite**

Tabela 2: Definições de infecção pelo HCV

O Fator de Necrose Tumoral alfa (TNFa) tem um papel de extrema importância na fisiopatologia da hepatite pelo vírus C. Estudos demonstram que o TNFa é produzido pelos hepatócitos nos pacientes que são cronicamente infectados pelo HCV e podem ter um papel na regulação da replicação viral ou lesão do hepatócito e títulos elevados de TNFa estão associados com altos níveis de transaminases nestes pacientes. Um desequilíbrio no número circulante de linfócitos Th1 e Th2 tem sido implicado na progressão da infecção pelo HCV. Quando a resposta aguda contra o HCV é mediada pelos linfócitos Th1 com produção predominantemente de interferon gama (IFN-γ), a resposta autolimitada contra o HCV parece ser ótima, isso porque o IFN-γ aumenta a secreção da porção solúvel do receptor de TNFa, que naturalmente inibe o TNFa. Quando a resposta é primariamente mediada por linfócitos Th2, os pacientes tendem a se tornar cronicamente infectados. Outra evidência de que o TNFa tem um papel negativo no desfecho da hepatite C, é que pacientes com altos títulos de TNFa antes do tratamento com IFN-α respondem menos do que aqueles que têm títulos baixos de TNFa[14].

Em uma revisão sistemática[14] foi avaliado a segurança dos agentes anti-TNFa nos pacientes com infecção crônica pelo HCV. Foram analisadas 37 publicações, incluindo 153 pacientes um uso de anti TNFa (etanercepte, infliximabe e adalimumabe) para tratamento da AR, APs, PsO, EA e Doença de Crohn. O etanercepte foi o anti TNFa mais utilizado. Houve dois casos de piora da hepatite C, um caso com etanercepte e outro com infliximabe. Houve cinco casos de elevação de transaminases sem aumento da carga viral. Os autores concluiram que os anti TNFa apresentam um perfil de segurança aceitável nos pacientes com HCV; existem aparente diferenças no perfil hepatotóxico entre os anti TNFa e que estes agentes podem ter um papel na regulação da replicação viral ou lesão do hepatócito induzido pelo HCV.

Quanto ao rituximabe e o HCV, estudos demonstram que este agente imunobiológico é seguro no contexto das complicações extra-hepáticas relacionadas ao HCV, tendo como maior exemplo a Crioglobulinemia[15].

Outros agentes imunobiológicos, tais como abatacepte[16] e tocilizumabe[17] no contexto dos pacientes com HCV, possuem poucos dados de segurança, sendo apresentado somente estudos de relatos de casos.

De acordo com recomendações ACR/2015, os pacientes com AR com infecção HCV, que estão recebendo/receberam tratamento efetivo antiviral HCV podem ser tratados seguindo as mesmas recomendações dos pacientes sem esta condição. Aqueles pacientes com infecção HCV e não recebendo ou requerendo tratamento antiviral efetivo, o uso de DMARD deve ser preferido ao uso de anti-TNFa[9].

CONCLUSÃO

O tratamento com imunobiológicos em pacientes coinfectados pelo HBV e HCV será sempre um desafio para o reumatologista, já que os estudos clínicos pivotais excluem estes pacientes e esta indicação está fora de bula. Apesar de vários artigos/recomendações demonstrarem certa segurança quanto ao uso de anti TNFa ou rituximabe (desde que os pacientes tenham sido tratados ou estejam em uso de profilaxia especifica), os inibidores de outras citocinas ou integrinas carecem deste quesito. A busca ativa da infecção pelo HBV e HCV é imperativo nos pacientes candidatos ao uso de imunobiológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- FELIS-GIEMZA, A.; OLESIŃSKA, M.; ŚWIERKOCKA, K.; WIĘSIK-SZEWCZYK, E.; HAŁADYJ, E. Treatment of rheumatic diseases and hepatitis B virus coinfection. Rheumatology international, v. 35, n. 3, p. 385-92, 2015.

2- HOU, J. K.; VELAYOS, F.; TERRAULT, N.; MAHADEVAN, U. Viral hepatitis and inflammatory bowel disease. Inflammatory bowel diseases, v. 16, n. 6, p. 925-32, 2010.

3- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde (TABNET). Portal da Saúde. [Online] [Citado em: 20/10/2016.] http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153.

4- RIBEIRO, J. E.; OLIVEIRA, R. S.; HALLAL, R. C. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfecções. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2011.

5- KATO, M.; ATSUMI, T. Reactivation of occult hepatitis B virus infection in patients with rheumatic diseases: pathogenesis, risk assessment and prevention. Rheumatology international, v. 36, n. 5, p. 635-41, 2016.

6- LAU, G.K. Hepatitis B reactivation after chemotherapy: two decades of clinical research. Hepatology international, v. 2, n. 2, p. 152-62, 2008.

7- TORRES, H. A.; DAVILA, M. Reactivation of hepatitis B virus and hepatitis C virus in patients with cancer. Nature reviews Clinical oncology, v. 9, n. 3, p. 156-66, 2012.

8- FUKUDA, W. et al. Incidence of hepatitis B virus reactivation in patients with resolved infection on immunosuppressive therapy for rheumatic disease: a multicentre, prospective, observational study in Japan. Annals of the rheumatic diseases, v. 76, n. 6, p. 1051-1056, 2017.

9- SINGH, J. A. et al. 2015 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis & rheumatology, v. 68, n. 1, p. 1-26, 2016.

10- REDDY, K. R.; BEAVERS, K. L.; HAMMOND, S. P.; LIM, J. K.; FALCK-YTTER, Y. T RAJENDER American Gastroenterological Association Institute guideline on the prevention and treatment of hepatitis B virus reactivation during immunosuppressive drug therapy. Gastroenterology, v. 148, n. 1, p. 215-19, 2015.

11- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.131 p.: il.

12- CHIU, H. Y.; CHEN, C. H.; WU, M. S.; CHENG, Y. P.; TSAI, T. F. The safety profile of ustekinumab in the treatment of patients with psoriasis and concurrent hepatitis B or C. British Journal of Dermatology, v. 169, n. 6, p. 1295-303, 2013.

13- SIEGEL, S. A. R.; WINTHROP, K. L.; EHST, B. D.; ORTEGA-LOAYZA, A. G. 191 Secukinumab treatment of individuals with psoriasis infected with hepatitis B and/or hepatitis C virus. Journal of Investigative Dermatology, v. 137, n. 5, p. S32, 2017.

14- BRUNASSO, A. M.; PUNTONI, M.; GULIA, A.; MASSONE, C. Safety of anti-tumour necrosis factor agents in patients with chronic hepatitis C infection: a systematic review. Rheumatology, v. 50, n. 9, p. 1700-11, 2011.

15- CACOUB, P.; COMMARMOND, C.; SADOUN, D.; DESBOIS, A. C. Hepatitis C Virus Infection and Rheumatic Diseases. Rheumatic Disease Clinics, v. 43, n. 1, p. 123-32, 2017.

16- MAHAJAN, T. D.; HOOKER, R.; MAHER, L.; BROWN, G.; REIMOLD, A. Abatacept therapy for rheumatoid arthritis in the setting of hepatitis C infection. JCR: Journal of Clinical Rheumatology, v. 16, n. 7, p. 332-4, 2010.

17- IEBBA, F.; DI SORA, F.; TARASI, A.; LETI, W.; MONTELLA, T.; MONTELLA, F. Case report: safety and efficacy of tocilizumab in a patient with rheumatoid arthritis and chronic hepatitis C. Case reports in medicine, v. 2012, p. 1-3, 2012.

IMAGINANDO

DENSITOMETRIA ÓSSEA (DXA)
Como entender para melhor utilizar

Dra. LAURA MARIA CARVALHO DE MENDONÇA
Vice-presidente da SRRJ
Coordenadora do Núcleo de Osteometabolismo e Osteoartrite – Reumatologia UFRJ
Sub-chefe de Serviço de Reumatologia HUCFF-UFRJ

RESUMO

O diagnóstico de osteoporose pode ser definido por meio da medida da DMO utilizando-se de absorciometria de raios-x com energia dupla (DXA) em fêmur proximal, coluna lombar e/ou radio proximal ou pela ocorrência de fraturas sem história de trauma importante.

Compreender o método densitométrico possibilita sua utilização com segurança, sem excessos e sem sub-usos.

DXA é um exame quantitativo que utiliza baixas doses de raio-X e pode ser aplicado em screening populacional da osteoporose.

Permite diagnosticar, monitorar a massa óssea ao longo do tempo e estabelecer o risco de fratura dos pacientes.

OS PARÂMETROS FORNECIDOS:

1. Valor absoluto de densidade mineral óssea (DMO) expresso em gramas por centímetro quadrado (g/cm2). Utilizado para cálculos comparativos na monitorização.

2.T-score = compara a DMO do paciente em questão a uma população de referência composta por adultos jovens entre 20 a 40 anos. Esse parâmetro é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para diagnóstico.

3. Z-score= compara a DMO a outra curva de normalidade ajustada para idade do paciente, sexo e etnia.

O diagnóstico estabelecido pela OMS em 1994, utiliza o número de desvios padrão abaixo da curva de jovens (T-scores):

T-Score (em DP)	Diagnóstico
≥ - 1,0	Normal
Entre -1.1 e -2 .49	Osteopenia
≤ - 2,5	Osteoporose
≤ - 2,5 associado a fratura	Osteoporose estabelecida ou grave

Os critérios citados podem ser utilizados para a interpretação da DXA em mulheres pós-menopausa e homens com mais de 50 anos de idade.

No caso de mulheres pré-menopausa ou homens com idade inferior a 50 anos recomenda-se utilizar o Z-score, sendo um Z-score ≤ -2,0 DP definido como "DMO reduzida para a idade".

SÍTIOS DE ANALISE:

- Coluna lombar (L1-L4, no mínimo 2 vértebras devem ser avaliadas)
- Fêmur proximal (colo e fémur total)
- Antebraço (radio a 33% ou proximal)
- Corpo todo

Geralmente escolhemos dois sítios representativos do esqueleto como um todo (osso trabecular e cortical): coluna lombar e fêmur proximal.

O antebraço é um sítio alternativo para pacientes com impedimentos à medição da coluna ou fêmur pela presença de artefatos ou excesso de peso. Indivíduos com hiperparatireoidismo (perda principal de osso cortical) também pode se beneficiar da medição nesse sítio.

A boa técnica de aquisição e análise são fundamentais para garantir a exatidão e precisão do método. A densitometria óssea, por ser um exame baseado em cálculo areal, sofre, de maneira direta a interferência do operador quanto ao posicionamento do paciente e escolha da área de análise.

O clínico que solicita o exame deve estar apto a reconhecer um exame válido e bem realizado.

O EXAME CORRETO DA COLUNA LOMBAR EM PA (Fig. 1)
- Coluna retificada, alinhada com o centro da mesa.
- Mesma quantidade de tecido mole bilateralmente.
- Visualização da metade de L5, cristas ilíacas e de arcos costais de T12
- Inclusão de todas as vértebras de L1 a L4.

EXAME CORRETO DO FÊMUR PROXIMAL (Fig. 2)
- A rotação interna do membro inferior expõe de maneira adequada o colo femoral. Um pequeno trocanter muito proeminente indica uma má rotação interna. Alguns pacientes têm limitações anatômicas à uma boa rotação (coxartrose, por exemplo) e estas devem ser respeitadas
- Toda a cabeça femoral deve ser visível,
- Diáfise femoral retificada em relação à linha média (evitar posicionamentos em adução/abdução)
- Boa quantidade de tecido mole abaixo do ísquio e acima do grande trocanter.

EXAME CORRETO DO ANTEBRAÇO (Fig. 3)
- Antebraço não dominante.
- Visualização de uma carreira de ossos do carpo, com inclusão total do processo estilóide do rádio.
- Centrado e alinhado.
- Ausência de movimentos.

EXAME CORRETO DO CORPO TOTAL: (Fig. 4)
- Posicionamento facilmente realizado e reproduzível.
- O paciente deve estar alinhado em decúbito dorsal, com todos os membros incluídos dentro das linhas desenhadas na mesa de exame que definem até onde ocorrerá a varredura.
- Ausência de artefatos de movimento.

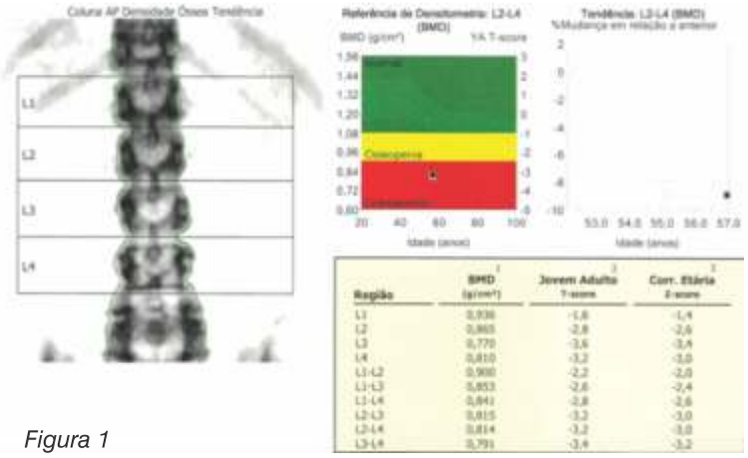


Figura 1

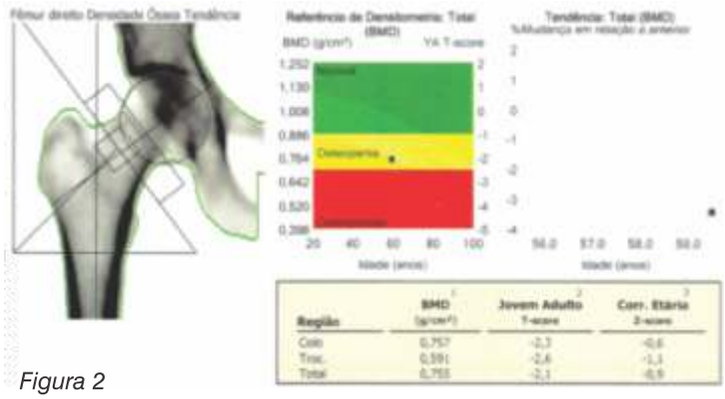


Figura 2

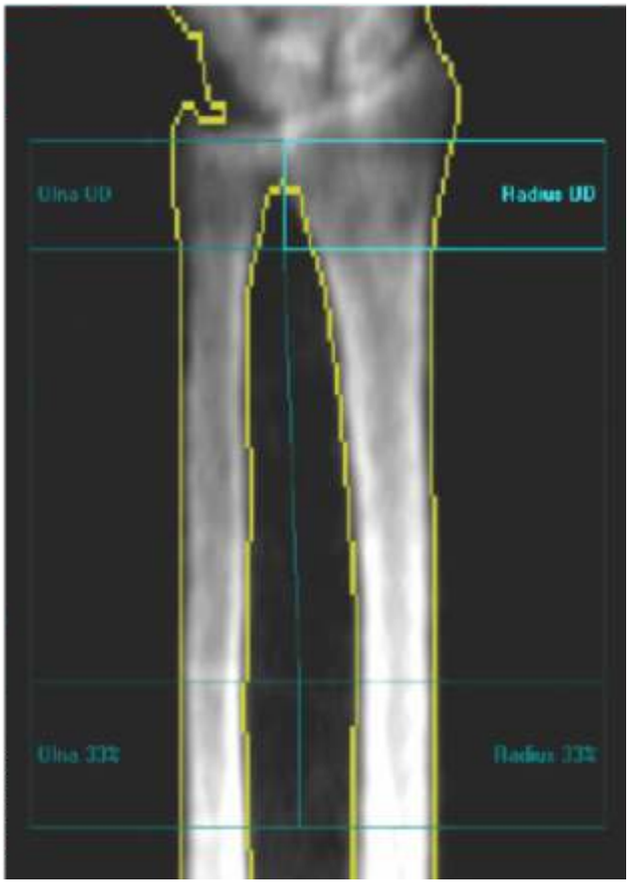


Figura 3

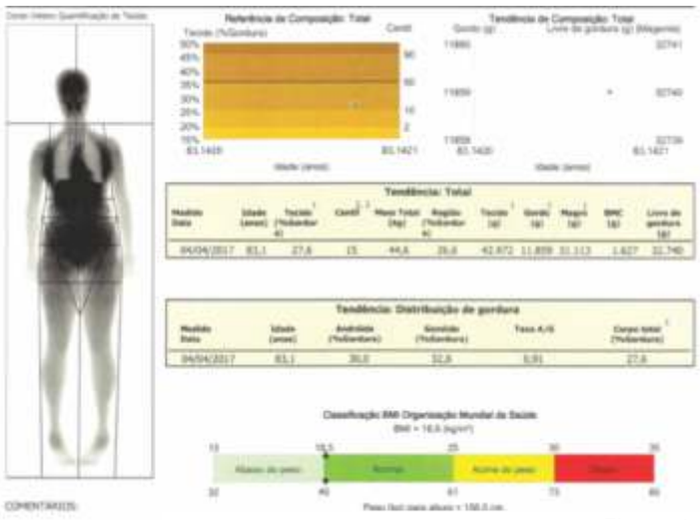


Figura 4

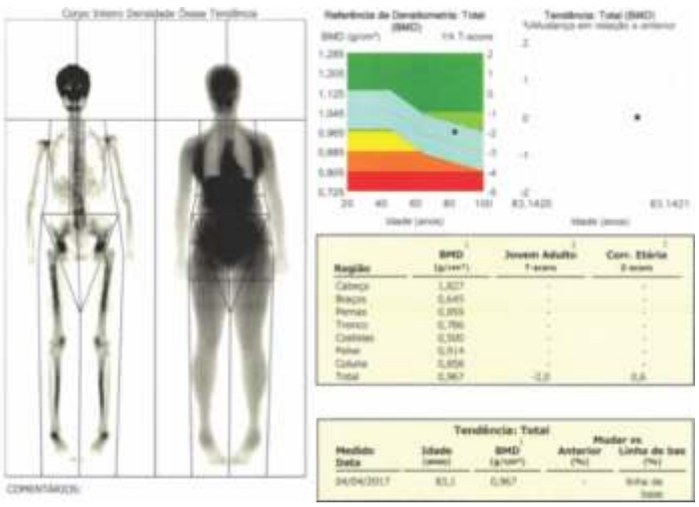


Figura 4a

A análise pelo médico densitometrista também merece atenção. Ajuste dos limites ósseos, definição das vértebras escolhidas para análise, comparação adequada com exames anteriores.

São critérios de exclusão de vértebras adjacentes no exame da Coluna Lombar: acentuado processo osteodegenerativo, hemivertebras ou outras malformações, fraturas compressivas, laminectomia, diferenças superiores a 1 desvio padrão em relação ao T-score. (Fig. 5)

Em relação aos exames comparativos, vários parâmetros deverão ser respeitados:

- Variações entre os exames: histórias de fraturas nas áreas de análise, mudanças de peso e altura entre os exames, medicações usadas no período.
- O mesmo equipamento deve ser utilizado, com a mesma velocidade de varredura, utilizando a "máscara de comparação". (Fig. 6)

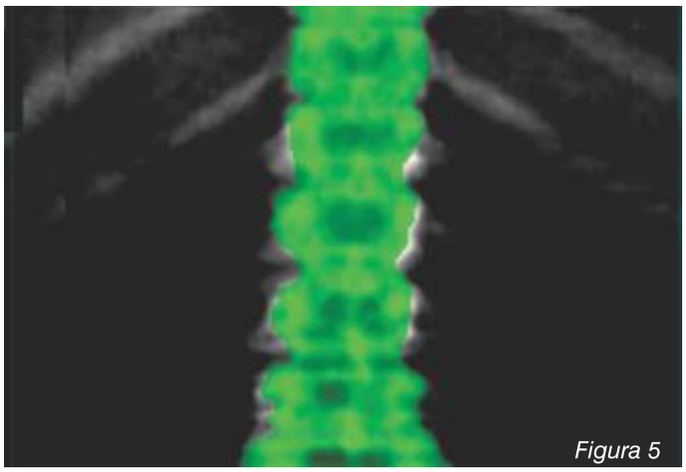


Figura 5

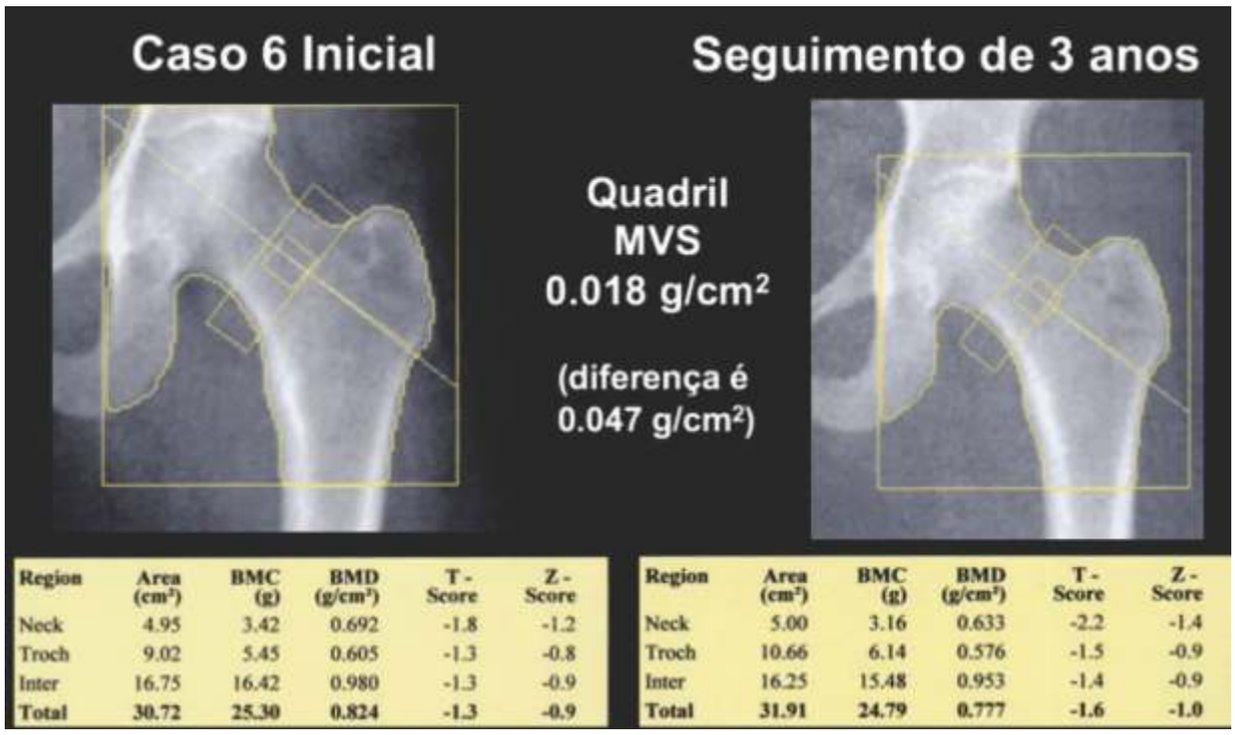


Figura 6

- É preciso saber o erro do Serviço de Densitometria . A mínima variação significativa (MVS) estabelece o intervalo a partir do qual as diferenças de massa óssea entre os exames é significativa clinicamente.

Alguns artefatos podem afetar os resultados:
- Ingestão de comprimidos de cálcio (duas horas antes)
- Prótese metálica, osteoartrite grave, escoliose importante, múltiplas fraturas vertebrais, próteses de silicone em glúteos, cirurgias prévias com parafusos ou hastes metálicas.

A avaliação de DMO deve ser realizada em populações que tenham a devida indicação de rastreio para osteoporose, ou seja:

Indicações de DXA
Mulheres com idade > 65 anos e homens com idade > 70 anos
Mulheres pós -menopausa com idade < 65 e homens de idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para osteoporose
Adultos com fraturas após 50 anos de idade
Adultos com doenças (como artrite reumatoide) ou uso de medicamentos (como corticoesteroides) associados à redução da DMO

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, vários avanços têm sido alcançados na compreensão da fisiopatologia da osteoporose, risco de fraturas e fatores correlatos, e metabolismo ósseo.

O diagnóstico da osteoporose, embora possa prescindir da densitometria óssea quando a fratura por baixo impacto se apresenta, continua dependente do método quando pensamos no diagnóstico precoce.

Além disso, a monitoração da massa óssea vem auxiliando no controle do tratamento e na adesão às medidas propostas.

Embora a DXA não seja capaz de explicar a qualidade óssea e estabelecer o diagnóstico etiológico da osteoporose, ainda não existe outro método mais eficiente, disponível e acessível para testar o grande número de pacientes acometido pela doença no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DXA Quality Matters, E. MichaelLewiecki1, NeilBinkley2, Steven M.Petak3 JCISCD, Volume 9, Issue 4, Pages 388-392 (October 2006

2.Lewiecki EM, Binkley N, Petak S. Impact of DXA quality on patient care: clinician and technologist perceptions. J Bone Miner Res. 2006;21(Suppl 1):S354.

3. JSCD ,Volume 11, Issue 4, Pages 525-531 (October 2008) Use of Lowest Single Lumbar Spine Vertebra Bone Mineral Density T-Score and Other T-Score Approaches for Diagnosing Osteoporosis and Relationships with Vertebral Fracture Status

4. Bone Densitometry in Clinical Practice: Application and Interpretation (Current Clinical Practice) 3rd ed. 2010 Edition Sydney Lou Bonnick (autora)

INTERCONSULTA

POLIARTRITE E DOR COM HIPEREMIA OCULAR

Dr. FRANCISCO ASSIS DE ANDRADE
Disciplina de Oftalmologia – Departamento de Uveítes
Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados – Rio de Janeiro
Mestre em Doenças Autoimunes Sistêmicas – Universidade de Barcelona
Doutorando em Ciências Médicas – UERJ/UNIFESP

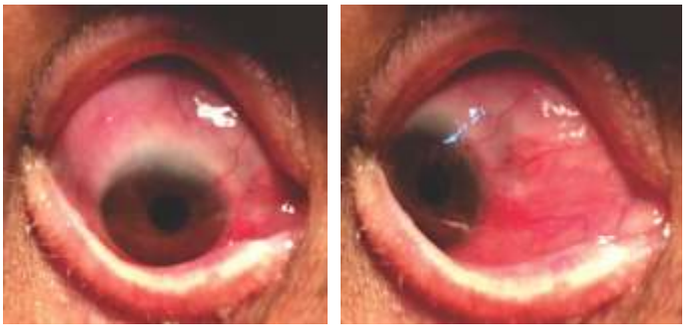
RELATO DE CASO

RCMB, feminina, 61 anos, negra, aposentada, natural do Rio de Janeiro. Encaminhada pelo reumatologista para o ambulatório de uveíte do Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados - CEPOA em agosto de 2016 devido ao quadro de dor e hiperemia ocular intensa de início há 5 dias. Portadora de Artrite Reumatóide (AR) e Síndrome de Sjögren (SS), prenchendo os critérios SICCA (Sjögren's International Colaborative Clinical Alliance), com ambas em atividade. Na história patológica pregressa era hipertensa, tabagista (2 maços/dia por 15 anos) e sequela de AVE isquêmico. Estava em uso contínuo dos medicamentos: Prednisona (PDN) de 10mg, Hidroxicloroquina (HCQ) de 400mg, Metotrexato (MTX) de 25 mg por semana e Etoricoxibe de 90mg sem sucesso em mantê-la sem atividade.

Ao exame clínico era portadora de deformidades de mãos e joelhos e poliartrite de várias várias articulações.

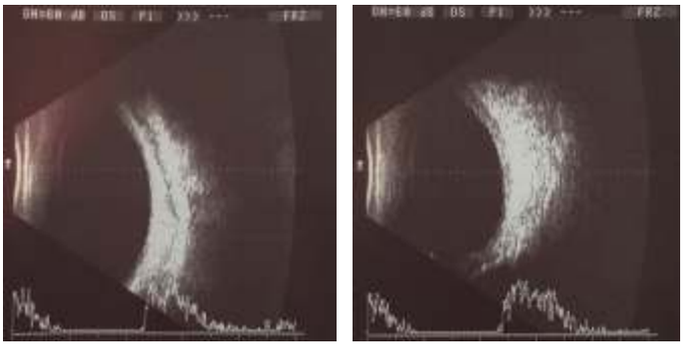
O exame oftalmológico revelava a acuidade visual (tabela de Snelen) com correção no Olho Direito (20/40) e no Olho Esquerdo (20/40), biomicroscopia (lâmpada de fenda) com catarata nuclear (+/4+) e subcapsular posterior (+/4+) em ambos os olhos e esclerite anterior difusa no olho direito (Fig 2A e B) e com propedêutica para olho seco (ESCORE SICCA:10 pontos para cada olho – olho seco grave característico de SS). (1)

Figuras 1 A e B revelando deformidades de mãos e joelhos associadas à artrite



Figuras 2 A e B revelando esclerite anterior difusa no olho direito no exame biomicroscopia com lâmpada de fenda

O exame fundoscópico mostrou retinopatia hipertensiva leve em ambos os olhos. Na ultrassonografia ocular (USG) foi confirmado o diagnóstico de esclerite anterior difusa no olho direito. (Fig 3 A e B)

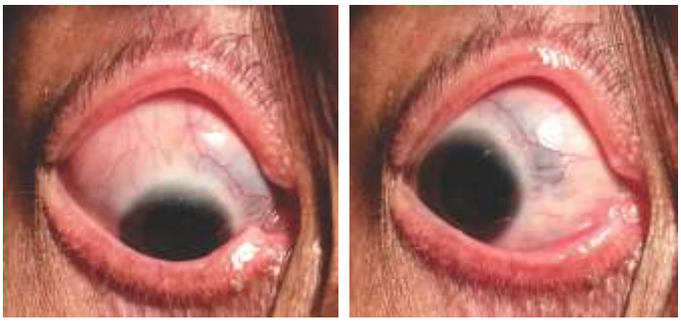


Figuras 3 A e B Ultassonografia ocular revelando ondas de alta refletividade devido ao edema escleral confirmando o diagnóstico de esclerite anterior difusa no olho direito

Como conduta, foi prescrito colírio de prednisolona, lubrificante, aumento da prednisona sistêmica para 1mg/kg, manutenção do AINE, MTX e HCQ com solicitação de nova avaliação do quadro reumatológico e sugerido o tratamento da TB latente.

Retorna com exames e laudo do reumatologista que apresentavam: VHS 80, PCR 9.6, Teste tuberculínico reator (5mm), FAN 1/160 pontilhado fino, FR 150 (látex) e Anti- CCP de 290, Anti- SSa e Anti SSb positivos, Raio X mostrando piora das erosões ósseas, caracterizando atividade e progressão das doenças sistêmicas.

Após um mês da primeira consulta oftalmológica a paciente apresentava melhora da esclerite anterior difusa, sendo suspenso o tratamento tópico e redução gradativa da prednisona sistêmica. (Fig 4 A e B).



Figuras 4 A e B revelando melhora do quadro de esclerite anterior difusa no olho direito ao exame da biomicroscopia pela lâmpada de fenda

Entretanto, com o desmame da corticoterapia sistêmica teve novo episódio de esclerite no olho direito e sem melhora sistêmica. Foi proposta nova pulsoterapia com metilpredinisolona (1g/Kg) com manutenção do AINE, MTX, HCQ. Após a discussão entre os especialistas sobre a gravidade da apresentação oftalmológica, sistêmica e baseado em evidências foi iniciado o tratamento da tuberculose latente e programada a troca para terapia biológica (Anti- TNF alfa). (2)

No primeiro mês após a pulsoterapia e com tratamento imunossupressor sistêmico evoluiu com baixa acuidade visual no olho direito (20/400) sem piora da esclerite. O diagnóstico foi confirmado pelo exame da biomicrosopia e fotografia do olho na lâmpada de fenda associado a USG que não revelava esclerite (anterior e/ou posterior). Entretanto, ao exame da RetinoAngiografia com fluoresceína e Tomografia de Coerência Óptica macular (OCT - Optovue) revelaram um quadro de neurite óptica e edema macular . (Fig 5A e B)

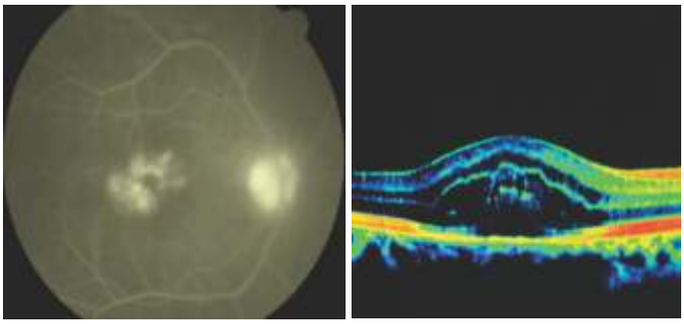


Figura 5A revelando edema macular e neurite óptica na retinoangiografia com fluoresceína no olho direito e na 5B a tomografia de coerência óptica (OCT) confirmando o edema macular

Como hipóteses diagnósticas, pensou-se no desenvolvimento de esclerite posterior e uveíte posterior infecciosa (Tuberculose, Toxoplasmose, Viral ou Fúngica) (3, 4 e 5) para justificar a baixa acuidade visual sem atividade da esclerite. Após exames não foi confirmada a etiologia infecciosa. Através desses resultados, clínicos e de exames complementares, concluímos ser atividade das doenças de base (AR e SS).

RESULTADO / EVOLUÇÃO

O tratamento proposto foi nova pulsoterapia com Metilprednisolona (1g/kg endovenosa – 3 dias) seguido de troca para agente biológico (RITUXIMABE) que é recomendado para ambas doenças de base em atividade e mantido tratamento para tuberculose latente de acordo com o proposto no estudo de Valim V e colaboradores . (6)

Após um mês de uso do RITUXIMABE a paciente apresentou melhora da acuidade visual (20/60) e ausência de atividade da esclerite.

Ao exame de USG ocular foi evidenciada ausência da esclerite e na retinoangiografia com fluoresceína com resolução completa da neurite óptica e do edema macular .

DISCUSSÃO

Devido à gravidade das manifestações sistêmicas, oftalmológicas e sem resposta ao tratamento com os esquemas de primeira e segunda linhas, optou-se para o ajuste terapêutico. Assim sendo, o rituximabe mostrou-se eficaz e seguro para o controle sistêmico das doenças de base e das manifestações oculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- de Andrade FA, Fiorot SH, Benchimol EI, Provenzano J, Martins VJ, Levy RA.
Autoimmun Rev. 2016 Mar;15(3):258-71.

2- Consenso de 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatóide. Rev Bras Reumatol 2012;52(2):135-174

3- Mahdavi Fard A, Sorkhabi R, Tajlil A. Extrapulmonary Tuberculosis Presenting With Isolated Uveitis.Iran J Public Health. 2015 Dec;44(12):1720-2.

4- Garweg JG.Ocular Toxoplasmosis: an Update. Klin Monbl Augenheilkd. 2016 Apr;233(4):534-9.

5- Lin P. Infectious uveitis .Curr Ophthalmol Rep. 2015 Sep;3(3):170-183.

6- Valim V et at. Current Approach to Dry Eye Disease. Clin Rev Allergy Immunol. 2015 Dec;49(3):288-97

Prezado Associado,

O boletim é para você. Envie seus casos, seus artigos e suas colaborações construtivas para nosso e-mail.

Boa leitura!

boletim@reumatorj.com.br

Equipe Editorial
Gestão 2017-2018 SRRJ

INTEGRALIZAR

ESCOLHAS E VALORES NAS DECISÕES EM SAÚDE

Entrevista com DR. STEPHEN STEFANI
Oncologista, preceptor da residência médico do Hospital do Câncer Mãe de Deus
Fundador do capítulo Brasil da International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR)
Chair do Consórcio Latino Americano da ISPOR

Oncologista, preceptor da residência médica do Hospital do Câncer Mãe de Deus. Foi fundador do capítulo Brasil da International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR) e primeiro brasileiro chair do Consórcio Latino Americano da ISPOR. Trabalha como consultor de várias empresas ligadas à saúde, como dezenas de operadoras de planos de saúde. Editor do Jornal Brasileiro de Economia da Saúde e autor de várias publicações, incluindo artigos e livros de economia da saúde.

Boletim: Como escolher a forma de gastar o recurso da saúde?

Dr. Stephen Stefani: De forma irrealista, poderíamos definir que todo o dinheiro seja alocado para que se possa dar todos tratamentos básicos e todos tratamentos de ponta para todos os pacientes. Como o recurso é finito, nossas escolhas vão significar retirar investimentos de outra área. É um dilema moral. Foot & Thomson propuseram o Problema do Bondinho. Você se depara com um bondinho desgovernado indo na direção de cinco trabalhadores. Feliz ou infelizmente, você pode apertar um botão para desvia-lo. Só que, se você fizer isso, ele vai direto pra cima de outra pessoa. Então? Você mata um ou mata cinco? Dilemas morais não nos dão a opção para escolher ''salvo todos''. Não existe resposta certa ou errada, mas existe o desconforto de não haver solução simples. Em saúde, um modelo sensato é, através de uma metodologia técnica e científica, alinhar como usar o dinheiro de forma a se extrair o maior benefício possível para cada unidade monetária.

Boletim: E qual o papel do médico?

Dr. Stephen Stefani: O médico é um profissional fundamental nessa discussão. A avaliação de valor – um conceito muito mais complexo do que preço – só ocorre quando o profissional com visão crítica consegue traduzir o que a literatura médica tem a oferecer e, com isso, aplicar metodologias como os estudos farmacoeconômicos, que contribuem para tomada de decisão de políticas de saúde.
E além de uma política coletiva, como isso contribui na assistência individual de um paciente?
Quando se diz de forma simplificada que se deve que utilizar todo o recurso disponível para o primeiro paciente que está na minha frente, temos que lembrar que o próximo paciente pode ficar sem receber o básico. O médico deve, portanto, ter a leitura da saúde coletiva justamente porque sua responsabilidade é trazer saúde para as pessoas de uma forma geral e não só para o primeiro da fila!

Boletim: E o que devemos fazer?

Dr. Stephen Stefani: Questões áridas, mas necessárias e já pautadas mundialmente, não podem seguir tão tímidas, como, por exemplo, a inclusão somente de tecnologias que tragam impacto relevante e preços viáveis. Sequer definimos o que é ''relevante e viável'' na perspectiva do brasileiro. Temos que ter coragem de escolher qual nossa prioridade, aumentar a transparência e lutar duramente contra o mau uso de nosso parco recurso. Quanto mais precocemente incluirmos esse debate no treinamento médico, mais rico fica o debate e, possivelmente, conseguiremos uma saúde melhor para todos.

COM PAIXÃO

A INTERFACE DA REUMATOLOGIA E A MEDICINA DO ESPORTE

Entrevista com DR. PAULO HANDAM
Médico Fisiatra (TEMFR-CFM) e Reumatologista (UNI-RIO)
Especialista em Medicina do Exercício e do Esporte (UFRJ /TEME-AMB)
Especialista em Fisiologia do Exercício (UFRJ)
Especialista em Treinamento de Força (UFRJ)
Mestre em Clínica Médica - Reumatologia (UFRJ)
Doutorando em Reumatologia (UFRJ)

1. Boletim: Caro Paulo Hamdan, primeiramente, comente sobre a interface da reumatologia e a medicina do esporte e como essa associação pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos nossos pacientes.

A Reumatologia é uma especialidade clínica que cuida basicamente de dois grupos de doença: as doenças músculo esqueléticas e as doenças autoimunes. A Medicina do Esporte, já há algum tempo, como especialidade é denominada de Medicina do Exercício e Esporte e cuida de indivíduos que queiram manter, melhorar ou recuperar sua saúde, através da prática de exercício como ferramenta adicional na redução de risco de diferentes doenças (Medicina do Exercício), além de atuar na prevenção e/ou tratamento de atletas de competição amadores e/ou profissionais (Medicina do Esporte). Os reumatologistas têm muito a oferecer por sua capacidade em reconhecer uma série de distúrbios musculoesqueléticos, que no contexto de uma clínica esportiva é de vital importância, já que muitas condições podem se disfarçar de lesões esportivas.

2. Boletim: O alcance desta interface entre a reumatologia e a medicina do esporte visa exclusivamente pacientes com alguma enfermidade, ou também pode contemplar pessoas hígidas? Quem é, de fato, o público-alvo?

A inatividade física da população em geral tornou-se um grande problema de saúde pública e é um fator contribuinte em várias doenças e condições crônicas. O reconhecimento da importância da prática de exercícios visando benefícios relacionados à saúde levou ao desenvolvimento de estratégias de saúde pública focada na gestão de doenças crônicas. Entretanto, apesar da acurácia no diagnóstico e do vasto arsenal terapêutico a disposição do reumatologista, a prescrição de exercícios ainda é hesitante.

3. Boletim: Do ponto de vista da educação, de que forma a residência de reumatologia pode capacitar seus residentes para esta formação?

Percebo um hiato no campo da fisiologia e da biomecânica, o que não ocorre com a imunologia. Se existir um equilíbrio destas informações creio que esta situação mude. Sinceramente não vejo como não coexistir com a interação entre fisiologia, biomecânica e imunologia. Poucos sabem que o treinamento de força atua como anti-inflamatório. Lembrar que na definição das Espondiloartrites cita dor lombar que piora com repouso e melhora com movimento. Será que lhes foi ensinado o papel da musculatura CORE na estabilização do ritmo lombo pélvico e que Teste de Schober o avalia?

Desta forma, creio que no programa de residência médica para formação de reumatologista deveria constar: reconhecimento e gestão de lesões musculoesqueléticas regionais; biomecânica aplicada; técnicas de reabilitação; prescrição e monitoramento de exercícios especializados; monitoramento da função muscular e resposta às terapias; compreensão da resposta fisiológica ao exercício na doença músculo-esquelético e a participação no esporte com doenças reumatológicas

4.Boletim: Uma abordagem da medicina do esporte é necessariamente multidisciplinar? Quais os profissionais que podem estar envolvidos nesse cuidado?

A gestão das doenças musculoesqueléticas e da própria dor são áreas centrais de conhecimentos Reumatológico e o cuidado multidisciplinar é o padrão de prática aceito na medicina em geral. O clube que trabalho é de pequeno investimento, mesmo assim, em nosso departamento médico temos além de mim, um clínico, um ortopedista, um nutricionista, um ultrassonografista, um fisiologista e dois fisioterapeutas.

5. Boletim: O que diferencia e em que se assemelha a atuação do reumatologista, do fisiatara e do ortopedista na prática da medicina do esporte?

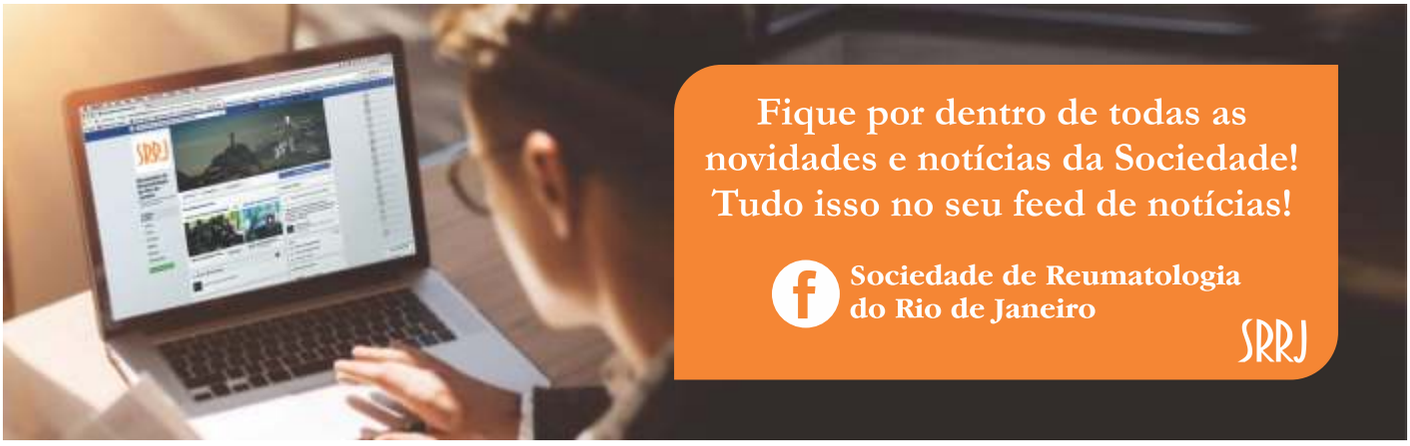
Vou ser sucinto, a semelhança é que todas as três especialidades atuam no sistema musculo esquelético:

- Fisiatra estará voltado à necessidade da prescrição objetivando a reabilitação do movimento.

- Ortopedistas na grande maioria estão distribuídos em especialidades cirúrgicas.

- Reumatologista é o clinico do aparelho locomotor e de suas correlações com demais órgãos e sistemas.

Todos podem atuar na área de Medicina do Exercício e do Esporte, desde que queiram e sejam capacitados.



QUEM SABE DE MIM SOU EU

ENTREVISTA COM PACIENTE COM DERMATOMIOSITE JUVENIL

Entrevista realizada pela
Dra. VERÔNICA SILVA VILELA
Reumatologista e Mestre em Ciências Médicas

**Foto e entrevista autorizadas pelo paciente*

Paciente: Danilo da Conceição*, 23 anos, nível superior em curso, estudante de publicidade, trabalha como fotógrafo.

1. Conte-nos como foram os primeiros sintomas da doença? Quantos anos você tinha?
Eu tinha 10 anos de idade. Senti muita dor no corpo e surgiram manchas vermelhas no rosto todo e nas mãos. Depois, senti muita fraqueza, não conseguia me levantar, sentar, nem pegar as coisas.

2. Nessa ocasião, quais foram os seus sentimentos? Os médicos demoraram a fazer o diagnóstico? Como você se sentiu diante dessas incertezas de diagnóstico?
Demorou um mês até o diagnóstico. No começo fiquei triste. Acho que não houve dificuldades grandes para o diagnóstico porque a fui ao Hospital Jesus e lá logo suspeitaram da doença. Demorou cerca de 1 mês entre o início dos sintomas e o diagnóstico.

3. Você tem familiares com alguma autoimunidade?
Não.

4. E foi difícil fazer o diagnóstico de miopatia ?
Não demorou muito tempo e a médica que me atendeu suspeitou logo do diagnóstico. Como a suspeita foi rápida, fizeram logo a biópsia muscular, que confirmou o diagnóstico da doença.

5. De lá para cá, quantas crises/internações você teve?
Cerca de 10 ou mais. Eu ficava muito no sol e a doença piorou várias vezes. Há alguns anos estou me protegendo bem do sol e não tive mais crises.

6. A sua doença já te atrapalhou na vida diária, seja para namorar, para trabalhar? Conte-nos um pouco sobre isso.
Atrapalhou. Eu me sentia muito diferente dos outros. Não tinha força para correr e fazer as coisas que os outros faziam. Tinha dificuldades para sentar, levantar, fazer as coisas no tempo. Com a melhora na doença, as atividades ficaram mais fáceis.

7. E como é para você lidar com a dermatomiosite?
Hoje é tranquilo. Às vezes, dá tristeza. Mas depois de conhecer mais sobre a doença ficou mais fácil.

8. Vamos conversar um pouco mais sobre o seu tratamento. Quantos remédios você toma por dia, em geral?
Quatro.

9. Você costuma esquecer de tomar os remédios? O que te faz esquecer de tomar os remédios?
Não costumo me esquecer de tomar os remédios. Eu esqueço ou me atraso com os horários. Mas nunca deixo de tomar os remédios.

10. O que você acha que pode melhorar para você não deixar de tomar os seus remédios?
Colocar despertador, ter planilhas.

11. E o que você acha de participar da construção da sua receita junto com o seu médico? Você acha possível isso?
Eu gostaria de poder participar da construção da minha receita. Acho que seria possível.

12. Como você poderia participar das decisões sobre os seus remédios junto com seu médico?
Podendo colocar, na consulta, os meus pontos de vista sobre tudo. Depois, podendo falar o que eu acho que cada remédio faz em mim e poder saber mais do médico sobre isso. Finalmente, podendo falar mais sobre o que eu preciso.

13. Por fim, deixe uma mensagem para a gente sobre como é a vida de um paciente com miopatia inflamatória.
É uma superação diária.

CRONOGRAMA DA PROGRAMAÇÃO DO CLUBE DO REUMATISMO 2018

	MARÇO (29/03)	ABRIL (26/04)	MAIO (24/05)
	Moderador: Bianchi	Moderador: Blanca	Moderador: Evandro
18h- 18:40h	Doenças Autoimunes / Inflamatórias e Imunossupressão Ocular - Dr Francisco Andrade (Oftalmo)	Aula Pediatria: Prof Adriana Fonseca (IPPMG/ UFRJ): Síndrome de Ativação Macrofágica.	Lúpus: Desafios para os critérios de classificação da doença -Prof Dra Mirhelen Mendes de Abreu (UFRJ)
19h- 19:20h	UERJ	UFRJ	UFRJ
19:20h- 19:40h	HFSE	UNIRIO	Marcilio Dias
19:40- 20h	REUMATOPEDIATRIA - HUCFF BLANCA	SANTA CASA	REUMATOPEDIATRIA- UFF KATIA LINO
20h- 20:20h	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)	Caso Rede Privada: Quinta D'OR	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)
20:20h- 20:50h	Assembléia	Caso Multidisciplinar Radio: Silvana Mendonça (tel : 99124-3378)	Caso Multidisciplinar USG Ingrid Musa

	JUNHO (28/06)	JULHO (26/07)	AGOSTO (30/08)
	Moderador: Mauro	Moderador: Pepi	Moderador:Cecilia
18h- 18:40h	Aula Pediatria: Prof. Dra. Bianca Elena Rios Gomes Bica - HUCFF/UFRJ - CREMO	Aula Pediatria : Prof. Dra. Sheila Knupp Feitosa de Oliveira - IPPMG/UFRJ - Tratamento da Artrite idiopática juvenil	Aula Pediatria: Dra Amanda Donner - Reumatopediatra do Hospital Federal da Lagoa: AIJ e Doença Celíaca: existe associação?
19h- 19:20h	HFSE	UNIRIO	HFSE
19:20h -19:40h	UFRJ	UERJ	UFRJ
19:40- 20h	SANTA CASA	REUMATOPEDIATRIA- PIEDADE CYNTHIA	H. Cardoso Fontes (Gisele Meretti)
20h- 20:20h	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)
20:20h- 20:50h	Caso Multidisciplinar Radio: Ana Clara Huguenin (tel.99300752 2)	Caso Multidisciplinar Dermato : Sueli Carneiro	Caso Multidisciplinar Radio: Nina Ventura (tel 99941407)

	SETEMBRO (27/09)	OUTUBRO (25/10)	NOVEMBRO (29/11)
	Moderador: Bianchi	Moderador: Blanca	Moderador: Evandro
18h- 18:40h	Dra. Ana Beatriz Vargas -GOTA	Aula Pediatria: Professor Leonardo Campos (UFRJ): Trombose no paciente pediátrico: o que o reumatologista precisa saber ?	AULA
19h- 19:20h	SANTA CASA	UERJ	UNIRIO
19:20h -19:40h	UNIRIO	UFRJ	SANTA CASA
19:40- 20h	HCE -Carla Dionello	HFSE	REUMATOPEDIATRIA -LAGOA AMANDA DONNER
20h- 20:20h	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)	REUMATOPEDIATRIA- IPPMG ADRIANA FONSECA	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)
20:20h- 20:50h	Caso Multidisciplinar Oftalmo: Francisco Andrade	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)	Caso Multidisciplinar Dermato : Sueli Carneiro

UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES PARA MEMBROS INFERIORES EM CASOS DE ARTRITE REUMATOIDE

Dra. RENATA PAIVA DE MEDEIROS NEGREIROS
Fisioterapeuta pela Universidade Castelo Branco

RESUMO

Conhecida como uma doença autoimune, a atrite reumatóide tem etiologia desconhecida e é identificada por poliartrite periférica, simétrica, levando à deformidade e degeneração articular por destruição do osso e da cartilagem. Em geral acomete mais o sexo feminino. O uso de órteses pode gerar diminuição nos danos e na algia causada pela artrite reumatóide.

Palavras-chave: atrite reumatóide, autoimune, órteses.

ABSTRACT

Known as an autoimmune disease, rheumatoid arthritis has unknown etiology and is identified by symmetrical peripheral polyarthritis, leading to joint deformity and degeneration through destruction of bone and cartilage. In general it affects the female more. The use of orthoses can lead to a decrease in the damage and the pain caused by rheumatoid arthritis.

Keywords: rheumatoid arthritis, autoimmune, orthoses.

INTRODUÇÃO

Conhecida como uma doença autoimune, a atrite reumatóide tem etiologia desconhecida e é identificada por poliartrite periférica, simétrica, levando à deformidade e degeneração articular por destruição do osso e da cartilagem. Em geral acomete mais o sexo feminino.

Acomete geralmente grandes e pequenas articulações associadas a manifestações sistêmicas, tais como, rigidez matinal, perda de peso e fadiga. Envolvendo outros órgãos, a doença pode diminuir a expectativa de vida.

Com o avanço da doença, os pacientes com artrite reumatóide desenvolvem incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional, causando grande impacto econômico para o paciente e para a sociedade.

REVISÃO

A dor é o sintoma que mais afeta os pacientes e ao qual se dirigem muitas das intervenções selecionadas pelo fisioterapeuta. Os pacientes podem sentir dor em repouso, que poderá intensificar-se com a atividade, mas que também pode diminuir após o período de atividade. Costuma ser difícil separar a dor da rigidez na atrtrite reumatóide.

Além da presença da dor, o indivíduo também pode apresentar hipersensibilidade no local palpado. Isso pode dever-se a pressão intra-articular anormal e sensibilização dos nervos, provocando hiperalgia secundária. A presença dos pontos doloridos ao redor das articulações afetadas é um dos critérios diagnósticos da AR e existem escalas padronizadas para essa medição, como o índice articular de Ritchie (Ritchie et al., 1968)

O edema é um sinal característico de inflamação na doença reumatóide. Ocorre ao redor das articulações e membranas sinoviais afetadas e relaciona-se intimamente com a anatomia da membrana sinovial, como à própria doença. É causado pela sinovite, que resulta na hipertrofia da membrana sinovial e em aumento da produção do líquido sinovial.

Na fase inflamatória aguda, as articulações afetadas pela artrite reumatóide podem parecer quentes ao toque. Entretanto, isso nem sempre é evidente: o paciente pode relatar que suas articulações ficam quentes, mas durante o exame objetivo essa característica pode não ser detectável.

Os pacientes com Atrite reumatóide não conseguem manter o nível funcional que apresentavam antes, o que pode levar a frustração ou desespero. A perda da capacidade funcional pode estar diretamente ligada à dor, deformidades, instabilidade articular, fraqueza muscular, sinovite ativa, ruptura dos tendões, fadiga e complicações neurológicas, além da rigidez matinal, responsável pela perda funcional pela manhã. Os fisioterapeutas estão diretamente envolvidos na avaliação e intervenção para corrigir esse efeito da doença reumática.

A Artrite reumatóide é um distúrbio sistêmico que pode manifestar-se em vários órgãos. Embora essas áreas não pertençam exatamente ao campo da fisioterapia, devemos reconhecer que isso pode afetar a intervenção do tratamento.

As manifestações extra-articulares da doença tendem a ocorrer nos pacientes com problemas graves, e ocasionalmente podem ser a característica de apresentação, representando um diagnóstico.

Os pacientes com AR podem queixar-se de fadiga profunda ou de um cansaço inexplicável. Alguns podem não reconhecer essa característica como parte de sua doença, considerando-a como um dos problemas decorrentes de tentar agir sob dor constante. Essa sensação de esgotamento pode contribuir para outras características da doença, como mal-estar generalizado, expresso por um sentimento pouco comum de indisposição geral, possivelmente acompanhada por anorexia e perda de peso. Tudo isso pode contribuir ainda para uma depressão leve.

O diagnóstico da Artrite reumatóide deve ser feito por médico especialista em doenças reumáticas, o reumatologista. O diagnóstico em geral, baseia-se nos antecedentes, achados clínicos, exames radiológicos e de sangue. Além disso, vai basear na queixa de dor e inchaço nas juntas, principalmente das mãos e dos punhos, mas também de outras, como os joelhos, os tornozelos, os cotovelos, os quadris, etc. Geralmente, o comprometimento ocorre de maneira semelhante no lado direito e esquerdo.

Devido ao comprometimento preferencial da mão na Artrite reumatóide, existe uma exploração clínica específica da mesma na qual serão avaliados os seguintes aspectos:

- O estado da pele;
- O edema;
- Mobilidade articular;
- O estado da musculatura;
- A situação dos tendões;
- A funcionalidade;
- As deformidades

O tratamento depende do estágio e da gravidade da doença. Os casos precoces e leves necessitam apenas de repouso na cama e talas. Nos casos mais avançados com deformidades já consolidadas deve se considerar as seguintes medidas:
- Repouso leito
- Orteses
-Tratamento medicamentoso (analgésicos, drogas anti-inflamatórias não esteróides)
- Medidas ortopédicas
- Injeções intrarticulares
- Tratamento cirúrgico
- Terapêutica ocupacional e reabilitação
- Fisioterapia

O tratamento global de um dado paciente com Artrite reumatóide é baseado nos seguintes objetivos:
- Ajudar o paciente a entender a natureza da doença;
- Fornecer apoio psicológico;
- Aliviai a dor;
- Suprimir a reação inflamatória;
- Manter a função articular e prevenir deformidade;
- Corrigir deformidades existentes;
- Melhorar a função;
- Reabilitar o paciente como indivíduo.

As órteses são ferramentas altamente eficazes no tratamento fisioterapêutico para artrite reumatóide. São capazes de aliviar a dor, a fadiga, melhorar a mobilidade articular do paciente, fazendo com que o mesmo não fique impossibilitado de realizar suas atividades da vida diária e suas atividades laborais e sociais por conta de dor.

- TALA PARA PUNHO COM DEDOS LIVRES

Imobiliza e mantém a articulação do punho em posição anatômica permitindo que os dedos fiquem livres.

Indicadas para tenossinovites do punho, luxações, lesões ligamentares, prevenções de contusões e desvios radial e ulnar, instabilidade nas articu-

lações, correções anatômicas na artrite reumatoide, pós-operatório e fraqueza da musculatura extensora.

- TALA PARA PUNHO E POLEGAR

Mantém o punho e o polegar em posição anatômica reduzindo alterações musculares. Imobilizando isoladamente o polegar.

Indicadas para sequelas de acidentes vasculares encefálico, trauma raqui medular, trauma crânio encefálico, lesões traumáticas, alívio de tendinite, paralisia dos nervos periféricos, síndrome do túnel do carpo, lesões por esforço repetitivo, artrose, artrite reumatóide, fraturas, entre outras.

- ÓRTESE PARA DEDO - SPLINT

Proporciona a extensão da articulação interfalangiana distal.

São indicadas em casos de sinovite na articulação interfalangiana como artrite reumatóide, artrose, entorses, pequenas fraturas, leões subagudas, luxações, contraturas, instabilidade articular e pós-operatório.

- AFO - ÓRTESE TORNOZELO E PÉ:

Estas órteses são indicadas para manter a articulação do tornozelo na posição funcional em pacientes com sequelas espásticas e flácidas, melhorar a imagem corporal, controlar a motricidade aprimorar a independência, a qualidade da marcha e equilíbrio do tônus muscular. Posicionar o tornozelo 90 graus, bem como prevenir futuras deformidades e complicações como a perda da massa tissular.

São altamente indicadas para pacientes com neuropatia periférica, lesões nervosas, atraso no desenvolvimento motor, poliomielite, distrofia muscular, artrite reumatóide, trauma raquimedular, espinha bífida, desordens ortopédicas. Não é necessário repouso.

- SMO - ÓRTESE SUPRA MALEOLAR:

Tem como finalidade promover a estabilidade articular do tornozelo, melhorar o esquema e imagem corporal a independência, a qualidade de marcha e equilíbrio do tônus muscular, bem como prevenir faturas e deformidades.

Indicadas para pacientes com neuropatia periférica, atraso no desenvolvimento motor, poliomielite, distrofia muscular, artrite reumatóide, trauma raquimedular, espinha bífida, alterações ortopédicas como, pé valgo, varo, equino e plano. Não é necessário repouso.

- ÓRTESE IMOBILIZADORA DE JOELHO:

Imobiliza o movimento articular do joelho.
É indicada para esão ligamentar, tratamento auxiliar em artropatias dos hemofílicos, instabilidade crônica do joelho, artrite reumatóide, pós-operatórios e auxiliar no tratamento de fraturas quando não é possível realizar cirurgia.
Ideal que o paciente fique em repouso e deambule somente quando necessário.

- ÓRTESE IMOBILIZADORA DE TORNOZELO:

Inibe qualquer movimento da articulação do tornozelo fornecendo estabilidade articular.
É indicada para entorses da articulação, prevenção de deformidades da artrite reumatoide e pós-operatória.

Ideal que o paciente fique em repouso e deambule somente quando necessário.

DISCUSSÃO

Segundo Laurindo et al (2014) e Bértolo et al (2007) o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da atividade da doença e para prevenir incapacidade funcional e lesão articular irreversível. A abordagem terapêutica começa com a educação do paciente e de seus familiares sobre sua doença, as possibilidades de tratamento, com seus riscos e benefícios. O acompanhamento multidisciplinar é necessário, preferencialmente sob a orientação do reumatologista, corroborando com esta pesquisa.

Para Bueno et al (2007) a fisioterapia e a terapia ocupacional são fundamentais no tratamento para prevenção e resolução de possíveis danos articulares causados pela artrite reumatóide, danos estes que podem prejudicar o paciente impedindo-o de realizar suas atividades da vida diária e profissional e social, entrando em total concordância com esta pesquisa.

Para Saad et al (1996) e Teixeira et al (2001) a análise de marcha oferece dados importantes para a compreensão e tratamento de distúrbios da locomoção. A marcha humana compreende uma seqüência de eventos rápidos e complexos. É difícil, à observação clínica, analisar estes fenômenos, e quantificar seu grau de afastamento da normalidade, o que corrobora com o pesquisado nesta pesquisa, enfatizando a importância desta análise e mostrando que é algo que preocupa a população há mais de duas décadas.

Para Noordhoek e Loschiavo (2007) o emprego de órteses tem como metas a sustentação das articulações acometidas em uma posição ideal para a função e a redução da inflamação, proporcionando, assim, repouso articular, sendo o tratamento mais efetivo para diminuição da dor,em concordância com a International Standards Organization in Redford (1995) e com esta pesquisa.

CONCLUSÃO

A utilização das órteses para Artrite reumatóide são de extrema importância e devem ser levadas em consideração quando se trata de um tratamento fisioterapêutico, pois como foi observado são de grande eficácia para o avanço do tratamento e diminuição da sintomatologia causada pelo distúrbio autoimune.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLO, M.B; et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide. Rev Bras Reumatol, v. 47, n.3, p. 151-159, mai/jun, 2007.

BUENO, V.C; et al. Reabilitação em Artrite Idiopática Juvenil. Rev Bras Reumatol, v. 47, n.3, p. 197-203, mai/jun, 2007

LAURINDO, I.M.M; XIMENES, A.C; LIMA, F.A.C; PINHEIRO, G.R.C; BATISTELLA, L.R; BERTOLO, M.B; ALENCAR, P; XAVIER, R.M; GIORGI, R.D.N; CICONELLI, R.M; RADOMINSKI, S.C. Artrite Reumatóide: Diagnóstico e Tratamento. Rev. Bras. Reumatol. vol.44 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2004.

TEIXEIRA, M.J; et al. Dor Nos Membros Inferiores. Rev. Med. (São Paulo), 80(ed. esp. pt.2):391-414, 2001.

NOORDHOEK, J; LOSCHIAVO, F.Q. Custom-Designed Hand Orthosis in Acute Rheumatoid Arthritis. Rev Bras Reumatol, v. 47, n.2, p. 121-122, mar/abr, 2007

SAAD, M; BATISTELLA, L,R; MASIERO, D. Técnicas de Análise de Marcha. Acta Fisiátrica 3(2): 23-26, 1996.

Newsletter

SRRJ
SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

A Newsletter da SRRJ é uma REVISTA ON LINE, da SRRJ, com a periodicidade quinzenal, com diversos colunistas, especialistas de diversas áreas, como Jurídica, Cultural, Esportiva, Científica, Pediatria, Relacionamento com Paciente, Eventos da SRRJ, Concursos de Fotografia, Poesias, e a sua contribuição será muito bem-vinda. Se tem algum evento que deseja divulgar, ou algum anúncio, não precisa ser sócio da SRRJ. Basta mandar um e-mail para nossa redação e já daremos andamento.

Para enviar dados ou imagens: newsletter@reumatorj.com.br

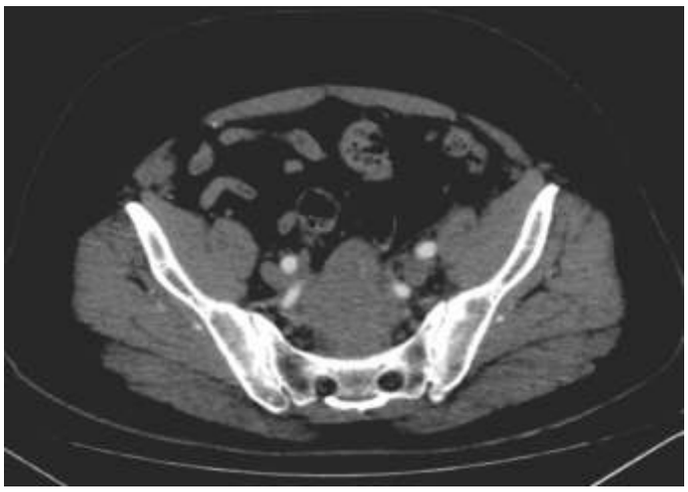
CLUBE DO REUMATISMO

HOMEM COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DE MIE

1º LUGAR - Vencedor!
Clube de Novembro
Apresentadora: Dra. VIVIAN VIGNERON
Instituição: Hospital Universitário
Gaffree e Guinle - HUGG

Paciente, 56 anos, iniciou quadro de edema, calor e rubor súbitos em membro inferior esquerdo. Negava dor, febre ou perda ponderal. Ao exame físico havia empastamento e edema discretos ++/4+, calor e rubor em membro inferior esquerdo, pulsos palpáveis. Exames laboratoriais com aumento de provas inflamatórias, sorologias negativas, FAN: 1/80 padrão nuclear pontilhado fino e padrão nucleolar; LAC e cardiolipinas negativas, além do restante da imunologia também não reagente. Doppler venoso de abdômen e membros inferiores com trombose da veia Ilíaca externa esquerda. TC de abdômen com formação expansiva em densidade de partes moles, de limites imprecisos e aspecto infiltrativo, de localização pré sacral; envolvendo as artérias Ilíacas comuns, sem oclusão, além de trombo mural na veia ilíaca externa esquerda. TC de tórax com massa de densidade de partes moles, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos, ocupando mediastino anterior e médio, infiltrando pelas estruturas vasculares, sem ocluí-las, aspecto compatível com conglomerado linfonodal. As hipóteses diagnósticas foram doenças neoplásicas, infecções indolentes, SAF, Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca, fibrose retroperitoneal idiopática e doença relacionada ao IgG4.

Realizada biópsia percutânea de massa pré sacral revelando infiltrado predominantemente composto por plasmócitos maduros e ocasionais agregados de pequenos linfócitos, ausência de neoplasia, quadro morfológico sugestivo a doença esclerosante relacionada a IgG4. Dosagem de imunoglobulinas séricas com aumento de IgA, IgE, IgG e IgG4 (174 mg/dl; VR:8-140). Logo, diagnóstico compatível com fibrose retroperitoneal e mediastinal relacionadas a IgG4, sendo iniciado anticoagulação plena e prednisona 60 mg/dia.



PACIENTE RENAL CRÔNICA COM LESÕES NECRÓTICAS EM TODO CORPO.

2º LUGAR
Clube de Março
Apresentadora: Dra. BRUNA OLIVEIRA
Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE

Paciente, 33 anos, sexo feminino, sem comorbidades prévias conhecidas, tornou-se renal crônica com necessidade de hemodiálise após quadro de pielonefrite com litíase renal em 2015. A paciente evoluiu com livedo reticular em membros inferiores e superiores, além de lesões necróticas e dolorosas em todo corpo.

Foram realizados exames de imagem para mapeamento das circulações arteriais e venosas, evidenciando múltiplas tromboses em arquitetura de membros inferiores e superiores.

Foi então realizado biópsia de pele de lesão não necrótica que mostrou material amorfo, de coloração pálida, aspecto poliédrico, que encontrava-se na derme e na parede dos vasos, sendo compatível com oxalose intravascular.

Oxalose é uma síndrome pouco comum, de prevalência desconhecida, que se relaciona a depósitos de oxalato de cálcio, principalmente no trato urinário e rins, sendo uma causa incomum de insuficiência renal terminal.

JOVEM COM EDEMA FRIO E DOLOROSO EM MIE

3º LUGAR
Clube de Junho
Apresentador: Dr. CARLOS DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Instituição: Hospital Naval Marcílio Dias

Mulher de 36 anos, branca, utilizando anticoncepcional oral combinado, apresentou em agosto de 2016 dor de forte intensidade e edema frio no membro inferior esquerdo (MIE), amenizado por elevação do membro. Negava manifestações constitucionais, cutâneo-mucosas, respiratórias, digestivas, urinárias, osteomioarticulares. Negava história de trombofilia na família ou intercorrências gestacionais. No exame físico apresentava edema 2+/4+, frio, de raiz de coxa até dorso do pé com coloração algo violácea de todo MIE associado a varizes em fossa poplítea. Pulsos femoral e poplíteo esquerdos, de difícil palpação e pulsos pedioso e tibial posterior palpáveis e simétricos. Achados laboratoriais evi-

denciaram FAN 1:80 nuclear pontilhado fino, anticoagulante lúpico (LAC) positivo e heterozigose da mutação do gene G20210A da protrombina. O doppler venoso evidenciou trombose venosa profunda (TVP) em veias femoral e poplítea esquerdas. A angiotomografia de pelve evidenciou compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita, caracterizando a Síndrome de May-Thurner. Esta síndrome pode resultar em varizes no MIE e até mesmo em TVP. Sua prevalência é relativamente comum em pacientes portadores de TVP do MIE, com incidência entre 18% a 49%, sendo mais prevalente em mulheres entre a 2ª e 4ª décadas de vida. Isoladamente não implica em fenômenos tromboembólicos, sendo necessários fatores de risco adicionais para trombose, conforme os apresentados pela paciente (Síndrome Antifos-folípide, heterozigose de mutação do gene da protrombina e uso de anticoncepcional oral). No entanto, a literatura é escassa em relatos de casos de associação de Síndrome de May-Thurner com trombofilias adquiridas e hereditárias.

PACIENTE JOVEM COM ABALOS MUSCULARES E POLIARTRALGIA A ESCLARECER

4º LUGAR
Clube de Agosto
Apresentador: Igor Pereira
Instituição: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF

Paciente feminina, 36 anos, previamente hígida, cujos familiares relataram que, um mês antes de sua internação, ela apresentava febre intermitente associada artralgia em tornozelos, joelho esquerdo e punhos, que aliviavam parcialmente com uso de analgésicos. Evoluiu, ao longo deste mês, com melhora parcial das dores articulares, porém cursou com distensão e dor abdominal associado a quadro neuropsiquiátrico, não mais reconhecendo seus familiares, desorientada, agitada e com tremores que a restringiam ao leito. Ao exame físico apresentava hipercromia em face extensora de IFP e MCF com espessamento e leve descamação desta área. Hemiparesia à E, paralisia supranuclear do olhar assim como movimentos rítmicos de membros superiores e inferiores. Durante a investigação, foi observado que seus "tremores" se tratavam, na verdade, de miorritmia (movimento rítmico com frequência entre 1-4 Hz). Foram realizadas tomografia e ressonância de crânio com resultados normais, além de pesquisa de autoanticorpos negativa. Havia apenas leucocitose e PCR elevadas. Prosseguindo a busca pelos diagnósticos diferenciais de origem infecciosa, foi realizado EDA que apontou a presença de macrófagos PAS + na lâmina própria fechando o diagnóstico para doença de whipple.

Poucos meses após o início do tratamento, a paciente já apresentava melhora substancial do quadro, sem ao leito ou desorientação e regressão completa da artralgia.

HOMEM, 61 ANOS, COM LESÕES PURPÚRICAS HÁ UM ANO

5º LUGAR
Clube de Maio
Apresentadora: Dra. VERÔNICA MELLO MAIA
Instituição: Hospital Universitário
Pedro Ernesto - UERJ

Paciente, previamente hígido, notou o surgimento de lesões purpúricas levemente dolorosas, circunscritas, inicialmente em extremidades, com progressão cranial há cerca de um ano, associado à adinamia, mialgia difusa, fraqueza generalizada e artrite de punhos, tornozelos e mãos. Evoluiu com parestesia e hipoestesia em mãos associado a perda ponderal de 30kg, febre, dor abdominal, elevação de transaminases, sendo iniciada antibioticoterapia. Realizada TC de abdome com imagem hipovascular em segmentos VIII e VI de fígado e um trombo na artéria ilíaca externa. Biópsia de pele compatível com vasculopatia trombótica. Uma dosagem de LAC positivo, porém anticardiolipinas negativas. Eletroforese de proteínas mostrou um pico monoclonal, com imunofixação compatível com pico monoclonal de IgG/kappa. Aspirado de medula óssea com 30% de plasmócitos.

O diagnóstico final foi de Mieloma múltiplo IgG/kappa com vasculopatia trombótica manifesta como púrpura retiforme possivelmente associada a crioglobulinemia tipo I e coagulação intravascular disseminada crônica. O paciente evoluiu para óbito alguns dias após o diagnóstico final por choque misto.

CRÍTICA MENTE

UMA ABORDAGEM CRÍTICA SOBRE A INCORPORAÇÃO DOS BIOSSIMILARES NO MERCADO - CONSTRUINDO UMA NOVA CADEIA DE VALOR EM SAÚDE -

MIRHELEN MENDES DE ABREU, M.D., Ph.D.
Faculdade de Medicina - UFRJ

RESUMO

Biossimilar é definido como um produto bioterapêutico que é semelhante em termos de qualidade, segurança e eficácia a um produto bioterapêutico de referência, já licenciado. Sua entrada no mercado traz desafios para os formuladores de políticas, médicos, pacientes e atores. Dentre tais desafios, destacam-se a definição de medidas de acurácia que possam refletir as comparações requeridas. Adicionalmente, sua penetração no mercado delineia nichos geográficos de mercado, dentre os quais destacam-se os mercados farmacoeconômicos emergentes, onde inclui-se o Brasil. Este cenário se traduz por maiores possibilidades de acesso aos cuidados de saúde com o uso de medicamentos de alta complexidade, porém com custo acessível. Este artigo apresenta os pontos críticos para o debate dos biossimilares tanto na perspectiva do médico, do paciente, como dos gestores e formuladores de políticas públicas.

Palavras-chave: biossimilar; acesso; sistema de saúde; comparabilidade; eficiência alocativa.

Valor em saúde pode ser mensurado pelo ganho em desfechos de saúde alcançados pelo custo monetário empreendido para obtê-lo. Um valor deve sempre ser definido em torno do cliente e, em um sistema de saúde bem estruturado, a criação de valor para os pacientes deve determinar as recompensas para todos os atores desse sistema, tendo como foco principal o paciente [1].

Mas, do ponto de vista prático, como o conceito de valor pode ser traduzido de um modo realista para o cenário dos biossimilares? Para discutir essa pergunta, esse artigo aborda os biossimilares do ponto de vista farmacoeconômico. O primeiro passo é entender o que significa um biossimilar e as remodelações que ele promove no mercado saúde. Essas implicações incluem aspectos diretamente associados à prática clínica, à ética em pesquisa e, principalmente, ao acesso do paciente ao tratamento que lhe é de direito.[1-3]

A ESTRUTURA DA CADEIA DE VALOR EM BIOSSIMILARES

Nos últimos vinte anos, os agentes biológicos revolucionaram o tratamento de muitas doenças que ameaçam a vida, como as doenças oncológicas [2]. Os agentes biológicos (ou, simplesmente, biológicos) referem-se a substâncias produzidas por células vivas que atuam influenciando processos celulares e/ ou citocinas que modulam uma doença. Podem ser utilizados tanto no tratamento como na prevenção de doenças. Incluem uma vasta gama de substâncias, incluindo quimioterápicos, anticorpos monoclonais, receptores solúveis e vacinas[3]. Com a antecipação da expiração de patentes e/ ou proteção de dados para um grande grupo de agentes biológicos originais, surgiu uma nova geração de produtos projetados para ser "altamente similar" aos produtos originariamente licenciados: os biossimilares.

- CONCEITOS E TERMINOLOGIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define produtos bioterapêuticos biossimilares ou biossimilares como "***um produto bioterapêutico que é semelhante em termos de qualidade, segurança e eficácia a um produto bioterapêutico de referência já licenciado***" (RBP). Os biossimilares devem ser desenvolvidos estritamente de acordo com a definição da OMS, que exige procedimentos comparativos utilizados para os produtos de referência. Em outras palavas, é necessário que haja comparação entre um biossimilar e o seu biológico de referência, demonstrando que não existem diferenças clinicamente significativas entre eles.

- ASPECTOS REGULATÓRIOS

As diretrizes estabelecidas pelo Comitê de Especialistas em Padronização Biológica (ECBS) da OMS servem de base para o estabelecimento de requisitos nacionais para produção, controle de qualidade e regulação geral de medicamentos biológicos[4]. Um número crescente de biossimilares está sendo desenvolvido e licenciado em muitos países e a OMS reconheceu formalmente a necessidade geral de diretrizes de avaliação e regulação em 2007[5]. Tais diretrizes afirmam que a comparação de qualidade mostrando semelhança molecular é indispensável para justificar a previsão de que o perfil de segurança e a eficácia clínica do BRP se aplicará ao biossimilar. Para abordar estas questões, a OMS define os atributos que devem ser incluídos em todos os estudos biosimilares:

1. Comparabilidade
2. Eficácia
3. Segurança
4. Extrapolação
5. Farmacovigilância e rastreabilidade
6. Rótulos e informações

1. COMPARABILIDADE

Uma vez que um biossimilar é produzido temos um biológico de referência, a forma de comparação precisa ser explicitamente definida. Esse modo de comparar a similaridade com o biológico de referência pode variar entre as agências regulatórias dos países, pois tem relação com a política de saúde que cada país define para a incorporação de tecnologias. Para a agência americana, a *Food and Drug Administration* (FDA), o foco da comparação é biomolecular. Os estudos devem demonstrar que uma molécula de biossimilar seja comparativamente semelhante em termos de segurança, pureza e potência. Esse modo de regulamentação tem como risco a questão da heterogeneidade decorrente da complexidade da estrutura molecular. Pela natureza terciária e quaternária das moléculas, pode haver variações entre os diferentes lotes de um produto biológico. Por esta razão, o FDA tem como exigência regulatória fundamental que todos os estudos de biossimilaridade incluam a análise simultânea de múltiplos lotes do biológico de referência.

Somente pequenas diferenças em componentes clinicamente inativos são permitidos em produtos biossimilares. [5,6]

Para a agência europeia (EMA, European Medicines Agency) e, no Brasil, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o foco da comparabilidade é clínico, isto é, um biossimilar tem que apresentar comprovada semelhança em termos de qualidade, segurança e eficácia. [4 - 6] A premissa dessas agências traz à discussão a necessidade de definir que tipos de estudos clínicos são necessários para preencher esses requisitos e como delineá-los.

2. EFICÁCIA

A avaliação de eficácia deve ser medida pelos ensaios clínicos. Esses estudos deverão abranger tanto o ganho em saúde a curto prazo como em longo prazo, abordando um período suficientemente adequado para abranger os desfechos finais. Além disso, as medidas de desfecho devem incluir uma avaliação suficiente dos fatores de risco ou condições iniciais da doença e do medicamento. Nesses estudos, também deve-se incluir, preferencialmente, comparativos de custos desses produtos em relação ao custo da doença. Por fim, os resultados devem incluir as circunstâncias de saúde mais relevantes para os pacientes.

3. SEGURANÇA E O PAPEL DO PACIENTE

A segurança de um biossimilar é um marco para o fortalecimento da autonomia do paciente na tomada de decisão. Por parte dos médicos, o cenário de incertezas de evidências pode gerar resistências prescritivas. Por parte dos pacientes, as chan-

ces de ocorrerem os benefícios e os eventos adversos, somado ao acesso à medicações de alta complexidade e de alto custo vão explicitar a sua disposição ao risco. Assim, a realidade do biossimilar provoca a necessidade de um paradigma revolucionário de assistência à saúde: a decisão compartilhada. [1]

A diretriz da OMS é categórica quanto a necessidade de um monitoramento cuidadoso para a determinação da segurança clínica desses produtos em todas as indicações aprovadas. Adicionalmente, enfatiza a avaliação contínua das relações de riscos e benefícios durante a fase de pós-comercialização.

4. FARMACOVIGILÂNCIA, RÓTULOS E INFORMAÇÕES

Qualquer monitorização de segurança específica imposta ao BRP ou classe de produto deve ser incorporada no plano de farmacovigilância para o biossimilar. Além disso, outros riscos potenciais identificados durante análises de resultados de testes biossimilares devem ser sujeitos a procedimentos de vigilância adicionais. Os relatórios de vigilância pós-comercialização devem incluir todas as informações sobre a tolerabilidade do produto recebido pelo titular da autorização comercial. A informação deve ser avaliada cientificamente e deve incluir a frequência e a causalidade de eventos adversos[1,2].

- A QUESTÃO DO ACESSO, MERCADO E CUSTOS

As principais preocupações em torno dos biossimilares envolvem o equilíbrio entre segurança versus custo e a questão da disposição do paciente ao risco, o que requer a decisão compartilhada com o paciente. Em geral, as diretrizes regulatórias enfatizam segurança e propriedades farmacológicas, tais como farmacocinética, farmacodinâmica e eficácia equivalentes, enquanto as políticas de reembolso enfatizam o custo [1, 6]. A realidade dos biossimilares traz implicações para a qualidade da assistência à saúde, com potenciais transformações para o acesso, a relação médico-paciente até questões macropolíticas e macroeconômicas enfrentadas pelos tomadores de decisão [1,6].

A oportunidade oferecida pelos biossimilares pode ser considerada sob dois pontos de vista diferentes: ou como meio de proteger o valor atual ou como fonte de geração de novos valores. Desbloquear o potencial dos biossimilares exigirá uma estratégia focada ao longo de toda a cadeia de valor, desde a otimização do programa de desenvolvimento clínico até o desenvolvimento da estratégia mais adequada para a sua comercialização. O equilíbrio entre alianças internas versus alianças estratégicas será essencial para se obter eficiência de custos e acelerar o tempo de absorção no mercado.

Três nichos farmacoeconômicos básicos têm se configurado no mercado de biossimilares: mercado farmacoeconômico líder (Estados Unidos); mercado farmacoeconômicos avançado e mercado farmacoeconômico emergente (Figura 1). Este último

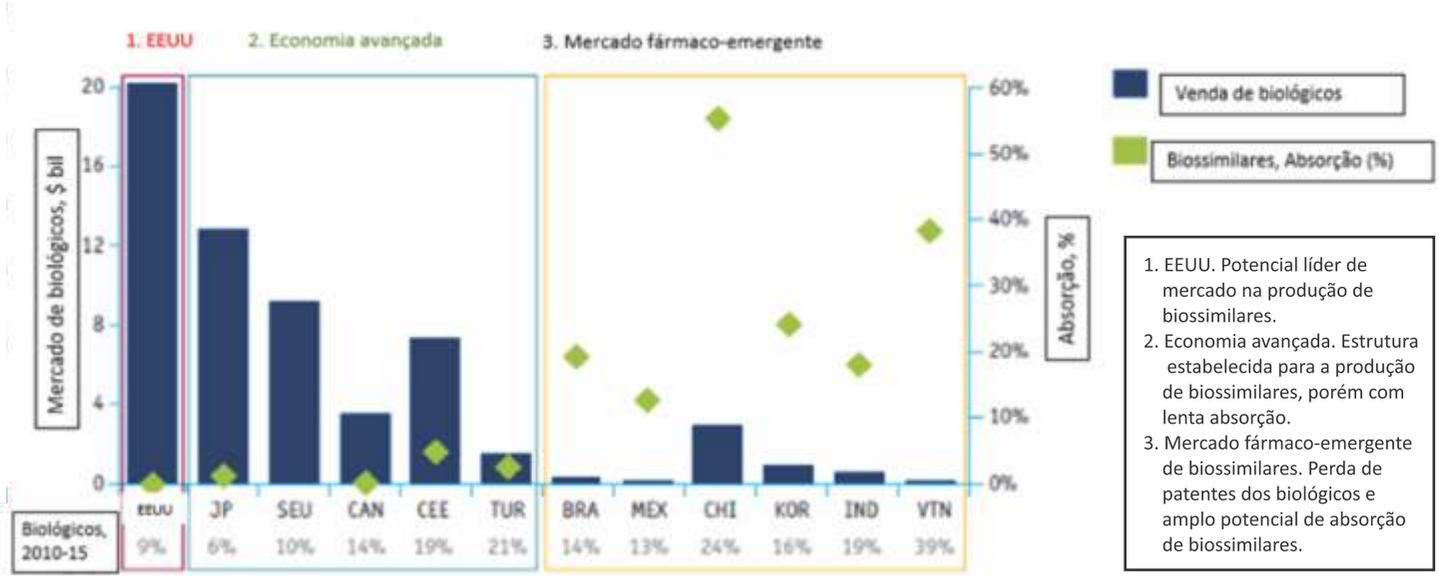


Figura 1. Nichos geográficos de mercados fármaco-econômicos no contexto dos biossimilares. No Brasil, a entrada dos biossimilares tende a otimizar o acesso à terapia com biológicos. Fonte: Referências 1, 4 e 6

tem particular interesse para os países da América Latina, sobretudo para o Brasil. É nesse ponto que está a questão de maior relevância econômica para a discussão dos biossimilares: a sustentabilidade do acesso[1,6].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre os biossimilares está apenas começando. Alcançar uma cadeia de valor em biossimilar requer estratégias de gestão do conhecimento, gestão de custos e acesso. Cada sistema de saúde definirá suas prioridades regulatórias em conformidade com suas necessidades de alocação eficiente dos recursos.

Um consenso sobre biossimilares pode ser desenvolvido para cada organização de saúde pública. Este consenso deve ir além da criação de um posicionamento. Pode ser uma força-tarefa para construir uma plataforma de conhecimento sobre o uso biossimilar que permita discussões de comparações com agentes biológicos.

Outra estratégia a ser considerada é o desenvolvimento de apoios à decisão para ajudar aos tomadores de decisão a entenderem as ponderações exigidas pelo cenário trazido pelos biossimilares. Tais apoios à decisão são especialmente úteis em situações que envolvem dois ou mais tomadores de decisão, uma mistura de considerações tangíveis e intangíveis, ou ambos. Esse recurso visa a consolidar o mecanismo de decisão compartilhada para a prática real do cuidado em saúde. Por fim, outro aspecto fundamental no debate dos biossimilares é a construção de estratégias eficazes de acesso ao mercado, o que será vital para uma entrada bem sucedida: a proposta de valor é complexa e terá de abordar toda a gama de partes interessadas - incluindo os pagadores, os médicos e os pacientes, cuja opinião será crítica. [1,6].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu, Mirhelen Mendes de; Strand, Vibeke; Levy, Roger A; Vianna, Denizar A. Putting the value into biosimilar decision making. The judgment value criteria. Autoimmunity Reviews 13 (2014) 678–684.

2. Porter ME. Defining and introducing value in health care. Evidence-based medicine and the changing nature of health care: 2007 IOM annual meeting summary. Washington, DC: Institute of Medicine; 2008. p. 161–72.

3. Leardini G, Rigon C. The impact of the profile of biologics on treatment costs. Autoimmun Rev 2013;12(8):842–7.

4. Cockburn I, Lerner J. The cost of capital for early-stage biotechnology ventures. In: Pisano G, editor. Science business: the promise, the reality and the future of biotech. Cambridge, MA: Harvard Business School Press; 2006.p. 115.

5. Schneider CK, Schäffner-Dallmann G. Typical pitfalls in applications for marketing authorization of biotechnological products in Europe. Nat Rev Drug Discov 2008;7:893–9.

6. Dörner T, Strand V, Castañeda-Hernández G, Ferraccioli G, Isaacs GI, Kvien TK, et al. The role of biosimilars in the treatment of rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 2013;72:322–8.

RELATÓRIO DO 38º CURSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PORTADORES DE DOENÇAS REUMÁTICAS Florianópolis-SC

Setembro de 2017

GRUPARJ PETRÓPOLIS

Cumprindo o calendário de atividades programado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) através da sua Comissão de Relacionamento com os Grupos de Pacientes, o Grupo de Pacientes Artríticos do Rio de Janeiro em Petrópolis - GRUPARJ PETRÓPOLIS realizou o 38º Curso de Educação em Saúde sobre Doenças Reumáticas com foco nos pacientes, familiares e cuidadores, que aconteceu na cidade de Florianópolis-SC, dia 13 de setembro de 2017, no horário das 09h às 17h, no Centro de Convenções Centro Sul, como curso pré-congresso.

O número expressivo de participantes, 552 presenças no total, confirma o bom resultado obtido nos cursos anteriores. Estavam presentes participantes de Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Goiânia, Salvador, Ilhéus, Minas Gerais, Fortaleza e Santa Catarina capital e interior. Com a participação média de 457 pessoas com Artrite reumatoide, diversos assuntos foram abordados que, além do aprendizado, proporcionou ao grupo maior integração e disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas e novos questionamentos. Surpreendeu o nível cultural dos participantes e o número de profissionais da área da saúde presente: educador físico, psicologia, nutricionista, enfermagem e médicos da atenção básica que agradeceram todo o aprendizado proporcionado pelo curso.

A metodologia utilizada para ministrar o curso foi de fácil compreensão respeitando os diversos níveis de conhecimento de cada participante. A maioria foi beneficiada com a doação do livro Educação Nutricional para Adolescentes – edição 2014. Temas importantes foram abordados no curso conforme, destacando: “Como tornar-se proativo no cuidado com a Artrite, Resolução de Problemas e Introdução às técnicas para o manejo da dor”. As palestras foram apresentadas de forma prática e expositiva, utilizando-se “chuva de ideias” que favorece maior dinâmica entre os participantes.

Todos compareceram bastante motivados, colocando suas reflexões sobre o que sedimentou do aprendizado, os propósitos que foram apresentados para mudanças significativas nas atividades da vida diária, conscientização e aceitação da doença e responsabilidade com o tratamento. As facilitadoras foram dinâmicas e abordaram também temas como: “Relação médico-paciente, Administração de medicamentos e Novas adaptações para portadores de doenças reumáticas”.

Todos os presentes participaram das dinâmicas de aquecimento mental, trocando experiências e firmando seus propósitos. Alguns outros temas e atividades foram ilustrados com algumas vivências interativas, com a participação muito animada dos presentes.

No final do curso cada pessoa fez uma avaliação sobre o conteúdo dos temas abordados, assumindo, também, compromissos viáveis para administrar a doença e seu tratamento de forma correta. Através dos depoimentos sobre o quanto o curso influenciou de forma positiva em suas vidas, celebramos o êxito do evento e confirmamos a nossa missão de educar, apoiar, orientar e reabilitar os portadores de doenças reumáticas no contexto biopsicossocial.

Finalizando, as facilitadoras do curso agradeceram a presença e participação de todos os presentes e mostraram o quanto é importante o engajamento dos pacientes em uma associação de pacientes. Não tem só que se associar, tem que participar. Ressaltaram também a importância do voluntariado como forma de doação e amor à causa. Mais uma vez, nosso agradecimento à SBR na pessoa do seu presidente Dr. Georges Christopoulos pela confiança e pela credibilidade no trabalho de Educação em Saúde desenvolvido pelo GRUPARJ PETRÓPOLIS, ao Dr. Ivânio Alves Pereira, presidente do XXXIV Congresso Brasileiro de Reumatologia pelo reco-

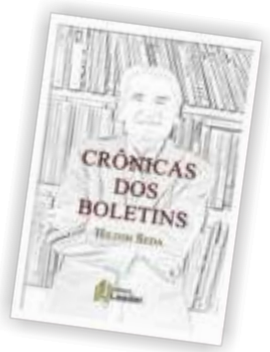
nhecimento, pela excelente receptividade e acolhimento, às Dras. Ana Maria Gallo e Giovana Ribeiro pelo apoio logístico e irrestrito para a realização do curso e a todos os colegas reumatologistas de Santa Catarina , pela atenção e carinho com que nos acolheram nessa ocasião e pelo prestígio que a Sociedade Brasileira de Reumatologia e a Sociedade Catarinense de Reumatologia dispensaram a esse curso.

A todos o nosso sincero agradecimento.

Facilitadoras do curso:

Drª. Helenice Gonçalves
Drª. Wanda Heloisa Rodrigues Ferreira.
Drª. Geralda do Nascimento Sá

GRUPARJ PETRÓPOLIS
Grupo de Pacientes Artríticos de Petrópolis - RJ
Desde 2001 oferecendo apoio e ações socioeducativas para portadores de doenças reumáticas.



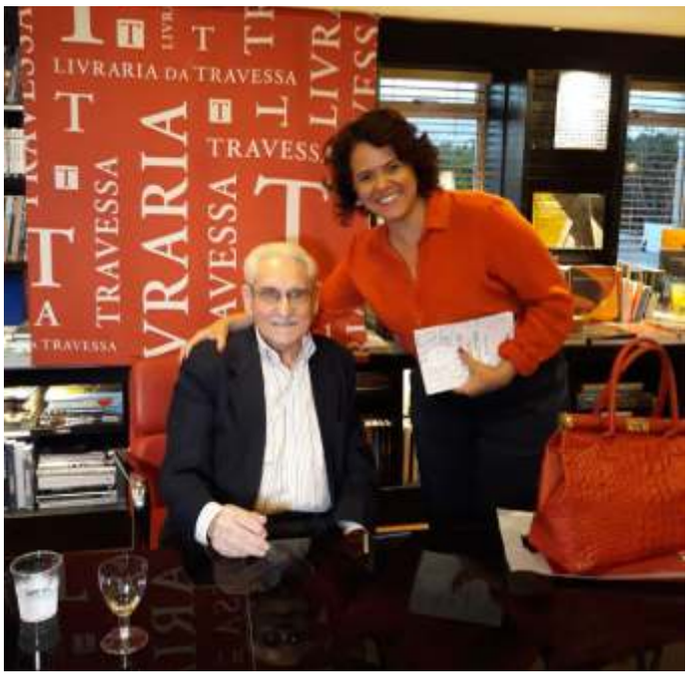
NOITE DE AUTÓGRAFOS NO LANÇAMENTO DO LIVRO DO PROFESSOR HILTON SEDA

Janeiro 2018

Começamos 2018 com dois super eventos nesse 1º trimestre! Em janeiro, nos emocionamos com a publicação do livro do nosso honroso e ilustre Professor Hilton Seda! O livro "Crônicas dos Boletins" reúne uma seleção de crônicas publicadas no boletim da Sociedade Brasileira de Reumatologia e descreve um panorama da história da medicina focando na evolução e no crescimento da reumatologia. Uma viagem divertida e intrigante que entremeia os importantes médicos da nossa especialidade com os clássicos da literatura e das artes.

A noite de autógrafos foi um sucesso total e contou com a presença vários reumatologistas, chefes de serviços de hospitais, médicos e leigos, todos interessados em adentrar na alma da medicina e prestigiar nosso tão querido e eterno professor.

Parabéns ao Dr. Hilton Seda!



Prof. Hilton Seda com a Dra. Mirhelen Abreu

Prof. Hilton Seda com o Dr. José Verztman

CURSO PREPARATÓRIO PARA PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

Fevereiro 2018

Partindo para o mês de fevereiro, logo antes do carnaval, residentes, reumatologistas e pós-graduandos já estavam a mil por hora estudando durante o Curso preparatório para prova de Título de Especialista 2018 da SRRJ! O curso contou com 2 dias de duração em uma intensa imersão sobre os temas mais cotados para serem cobrados na prova. Coordenado pelo futuro presidente da nossa sociedade, Dr. Leonardo Romeiro, o primeiro dia foi iniciado pela Dra. Carla Dionello, expondo a fisiopatogênese e novas terapias do osteometabolismo.

Prosseguindo, a patologista Dra. Leila Chimelli colocou as noções básicas sobre biópsia de músculos e nervos, seguida pelo Dr. Flávio Stanjblok, que apresentou casos clínicos em reumatopediatria. Para fechar a manhã deste dia, Dra. Elise Tonomure ensinou como interpretar as técnicas de imagem na Reumatologia.

A seguir, a tarde contou com um intensivão sobre semiologia e terminou com o simulado para a prova prática, aplicado pelos doutores Felipe Freire, Carla Gottgtroy e Leonardo Romeiro.

Durante o segundo dia, tivemos o Dr. Luiz Felipe Dipe abordando as vias de inflamação nas doenças reumáticas. Logo após, Dr. Felipe Freire atualizou a turma sobre imunologia e, encerrando a parte teórica, Dra. Débora Aguiar ficou responsável pela aula de genética na reumatologia. A tarde, contamos uma longa e reforçada aula de questões sobre os temas mais cotados para a prova e seus “bizus”, apresentados pelas doutoras Carla Gottgtroy e Livia Madeira.

O curso contou com a presença de quase 40 inscritos de todo país! Esse fato só comprova a qualidade e excelência que os eventos organizados pela SRRJ com fama diante da reumatologia do país inteiro! Parabéns a todos os envolvidos e estudantes que tanto se esforçaram durante essa jornada!

ERUDITA REUMATOLOGIA

...Remédio para a azia? Papai receitava.....bicarbonato ...Laurinda mandava o paciente repetir 3 vezes: "...Santa Sofia, tinha 3 fia, uma cosia, outra bordava, outra curava mal de azia..."(1).

HENRIQUE AYRES DE VASCONCELLOS, M.D., Ph.D.
Médico Fisiatra; Mestre em Fisiatria, UFRJ;
Doutor em Anatomia Humana, UNIFESP/EPM;
Professor Adjunto Disciplina de Anatomia Humana
FMP/FASE/Petrópolis/RJ.

Há obras literárias que citam enfermidades, seus diagnósticos e até mesmo tratamentos na narrativa da participação de seus personagens. Há referências leigas, de acordo com a época em que são ambientadas as descrições e, até mesmo, citações que demonstram o cuidado narrativo dos autores, baseados em fundamentos reais, médico-assistenciais.

A citação-título deste estudo, pertence ao livro "O Arquipélago", 3 volumes, que faz parte da trilogia "O Tempo e o Vento" do escritor brasileiro Erico Verissimo, referência da inigualável fidelidade dos acontecimentos da colonização do Brasil de 1745 a 1945. (Figura 1)

"....Alguns santos protegem contra sintomas, porém deixam a doença evoluir à vontade. É o caso de Santa Sofia, encarregada de proteger as pessoas contra um sintoma desagradável, mas não protege contra a causa da azia... Uma pessoa, ao se queixar de AZIA, sabe que algo não vai bem com seu estômago..."

Santa Sofia – Sofia: sabedoria de Deus - viveu no século II, tempo do imperador Adriano - Públio Élio Trajano Adriano, 76 a 138 -. Viúva cristã, mãe de 3 filhas: 12, 10 e 9 anos. O imperador incomodou-se com a educação cristã que a mãe as dava. Forçou, então que oferecessem sacrifícios aos deuses pagãos, mas elas recusaram. O imperador as martirizou na frente da mãe. O Prof. Geraldo Barroso de Carvalho, no "Meu Santo Protetor", nomeia os santos protetores das enfermidades. Mas faz uma ressalva, é necessário orar para ser atendido:

Esta santa nos anima;
Ao proteger contra a azia:
Basta encontrar a rima;
Que serva de garantia;
Se a rima for a razão,
Servirá também Luzia;
E outros nomes terão;
Os devotos de Sofia (2).

(Figura 2)

"...A cidade precisava de uma curandeira... alguém que não dependia apenas de orações e água benta, nem de sangrias, mas use tratamentos simples...conhecia as receitas das principais poções de Mattie: uma para atenuar a dor, uma para causar vômito, uma para lavar ferimentos, uma para baixar a febre...".

Este romance de Ken Follett, traz à cena os descendentes dos protagonistas de "Os pilares da terra". Amor, fé, ganância e poder estão no centro de uma trama passada na Inglaterra medieval. É interessante a riqueza de dados que o autor fornece para quem se interessa de como era e como viviam os habitantes de uma floresta num condado inglês em 1327 (3).

"...Tocou a testa de Nathanael delicadamente, examinou os olhos dele, cheirou o hálito... é amigdalite – disse Fero século XIraton finalmente, mostrando as manchas brancas na garganta rubra do doente...uma inflamação supurativa de natureza temporária. Nada mais...".

Noah Gordon narra, no "O Físico", a Inglaterra do século XI. Primava o obscurantismo e brutalidade nos usos e costumes...um jovem – Rob Cole – órfão de pai e mãe, ambicioso, parte das ruas de Londres para o esplendor e a sensual efervescência da Pérsia onde começam a surgir as primeiras descobertas da Medicina (4).

"...quando o caso o levou a uma taberna da Madragoa...julho, à noite...calor de abafar... senhor Ventura, queimado por aquele fogo que o sol tinha deixado no seu caminho, com mais 3 companheiros, resolveu refrescar-se... havia vinho do Cartaxo, música e sardinhas fritas...para quem tinha dispensa de recolher e bom estômago, melhor só no céu..."

Miguel Torga publicou em 1943, aos 36 anos "O Senhor Ventura". Viaja, então, no imaginativo que em mínima parcela se mostra acima. Mas a sua característica fica logo a amostra, estamos diante de um médico escritor (5) (Figura 3).

"...Teu irmão tem câncer de estômago... a doença já invadiu amplamente também o fígado ... demos-lhe comida altamente temperada, para despertar-lhe o apetite, que é fraco, e todo o vinho que ele deseja, além de *anódinos para as dores, que são tremendas..."

Eurico Branco Ribeiro, médico e jornalista, a nosso ver, foi um dos que mais nos trouxe informações sobre a vida de Lucas Evangelista – Dr. Lucas - . Difíceis de se obter esses dados ficaram transparentes em suas pesquisas referentes à prática médica desse evangelista. Vemos isso no "Lucas, O Médico Escravo"(6).

"...são ervas – disse Lucano – eu as apanhei nos campos, como se assim me tivessem indicado. Senhor, manda um escravo as pôr de infusão em vinho quente, e faze Rúbria beber a mistura, pois sua dor passará..."

A escritora inglesa Taylor Caldwell nos brinda com essa linda história sobre a vida de São Lucas gastando para isso quarenta e seis anos de sua competente vida. O resultado não poderia ter sido melhor. As passagens da vida de Lucano, seu nome ao berço, são mostradas com riqueza de dados tornando-se essa obra mais uma das referências, fiéis, de quem foi o Dr. Lucas (7) (Figura 4).

O Arquipélago
Érico Veríssimo

Figura 1

O Senhor Ventura
Miguel Torga

Figura 3

Santa Sofia e suas 3 Filhas

Figura 2

Médico de Homens e de Almas
Taylor Caldwell

Figura 4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veríssimo, E. O Arquipélago I. Rio de Janeiro, Globo, vol.1, 1987.

2. Carvalho, GB. Meu Santo Protetor. Barbacena, Gráfica e Editora Cidade de Barbacena, 2008.

3. Follett, K. Mundo sem Fim. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

4. Gordon, N. O Físico. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

5. Torga, M. O Senhor Ventura. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2006

6. Ribeiro E, B. Lucas, o Médico Escravo. São Paulo, Martins Editora, 1974.

7. Caldwell, T. Médico de homens e de almas. A história de São Lucas. Rio de Janeiro, Record, 2013.

Programação

Fique por dentro de tudo que acontecerá em 2018!

Dia Mundial de atenção aos portadores de doenças reumáticas

12 de Outubro 2018

- Organizamos um evento para a divulgação de Osteoartrite e Osteoporose, além das outras doenças reumáticas de autoimunidade, para público leigo e imprensa geral, com campanhas de osteoporose ocorrendo em cidades do Estado do Rio de Janeiro, ao mesmo tempo.
  Coordenação Dra. Blanca Bica, Dra. Laura Mendonça e Dra. Wanda Heloisa.

Jornada Fluminense de Reumatologia

Petrópolis/RJ

23 e 24 de Novembro 2018

- Coordenação Dra. Wanda Heloísa e Dra. Blanca Bica sendo Jornada de Posse na nova diretoria, Dr. Leonardo Romeiro e equipe. Temas: Revisão da participação da SRRJ no Congresso Brasileiro, com a revisão dos temas apresentados pelos cariocas, premiações do ano, Posse.

Cursos de Atualização SRRJ 2018

- Temas escolhidos através de pesquisa ON LINE com os Sócios
- Temas já aprovados: Check Points terapia neoplásica, Chikungunya e cronificação de doenças, indicações cirúrgicas de patologias reumatológicas, ultrassonografia musculoesquelética

Clube do Reumatismo

Dr. Haim Maleh

Março a Novembro 2018 (total: 9 sessões)

- Reunião que congrega os Reumatologistas do Estado do Rio de Janeiro (capital e interior).
- Discussão de Casos Clínicos, Confraternização e Integração entre os Serviços de Reumatologia e colegas da Especialidade.
- **Público Alvo:** Reumatologistas, Residentes, Especializandos e Pós-Graduandos
- **Horário:** 19:00 – 21:00 h
- **Frequência:** Mensal, na última 5ª feira de cada mês • **Jantar de Confraternização**

Pré-Clube

Março a Novembro 2018 (total: 9 sessões)

- Reuniões científicas com Objetivo de educação continuada e atualização científica
- **Objetivos:** 1. Revisão de grandes temas 2. Interdisciplinaridade com convidados de áreas próximas
- **Público Alvo:** Reumatologistas, Residentes, Especializandos e Pós-Graduandos
- **Horário:** 18:00 – 18:40 h
- **Frequência:** Mensal, na última 5ª feira de cada mês

WebClube

- Desde 2017, estamos atendendo à solicitação dos Sócios que por motivos diversos não podem comparecer na data, hora e/ou local do Clube.
- ON LINE, link dedicado, WEBINAR, Transmitido para todo o Brasil, via YOUTUBE, com participação em tempo real via Twitter.
- Inovação com tecnologia sendo difundida para outras regionais. • Diversos polos no Rio de Janeiro.

Boletim da Sociedade de Reumatologia do RJ

Dra. Mirhelen Abreu
Dra. Cynthia França
Dra. Adelaide Dancour
Dra. Livia Madeira
Dra. Ingrid B. Moss

- **Informativo Oficial da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro**
- **Objetivo:** Informar ciência, acontecimentos, passado e futuro da Reumatologia.
- **Conteúdo:** Artigos originais, transcrições, história da Reumatologia e dos Reumatologistas pioneiros, entrevistas com "experts", Clube do Reumatismo, notícias da Reumatologia e amenidades.
- **Público Alvo:** Reumatologistas do Estado do Rio de Janeiro e todos os demais Reumatologistas, de todos os estados, constantes da mala direta da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Todas as bibliotecas das Universidades, das Santas Casas e dos Hospitais Universitários do país. Portugal, Angola, São Tome e Principe.
- **Periodicidade:** Trimestral (Volumes Extras de acordo com a necessidade) • **Tiragem:** 2500 exemplares

Newsletter

- **Objetivo:** Informar ciência, acontecimentos, passado e futuro da Reumatologia, eventos de pacientes, da indústria, da Saúde em geral, eventos desportivos, e dicas culturais.
- **Conteúdo:** Pequenas chamadas com fotos dos eventos e dicas • **Periodicidade:** Quinzenal
- **Público Alvo:** Reumatologistas do Estado do Rio de Janeiro e todos os demais Reumatologistas, de todos os estados, constantes da mala direta da Sociedade Brasileira de Reumatologia
- **E-Mail Marketing, aberto ao público geral.**

Site Oficial

www.reumatorj.com.br

- **Objetivos:** 1. Promoção da Sociedade de Reumatologia do RJ em ambiente web de fácil navegação.
  2. Divulgação das ações da SRRJ, tais como dos Reumatologistas Associados e suas respectivas graduações.
- Totalmente reformulado, com expansibilidade para tablets e smartphones
- **Público alvo:** Reumatologistas, outros especialistas, residentes, estudantes, grupos de apoio, leigos, Já com mais de 180 mil visitantes.

Fundo de Apoio Científico

- Destinado a pesquisa para membros da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro.
- Liberação de verba mediante aprovação de projeto cientifico pelo COMITÊ.

Prepare-se para uma experiência inesquecível

SBR 2018
Rio de Janeiro

XXXV Congresso Brasileiro de Reumatologia

Windsor Convention & Expo Center Barra da Tijuca

XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA

5 a 8 de setembro 2018

Rio de Janeiro, Brasil

www.sbr2018.com.br

DATAS LIMITE:

Inscrição antecipada:
5 de fevereiro 2018

Envio de trabalhos:
24 de abril 2018

Promoção

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Realização

SRRJ SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Organização

CCM CONGRESSES

KENES GROUP