



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

REUMATO

Em Revista

Mai/Jun/Jul/Ago/2022 - Número 8





Mais uma conquista para os pacientes do SUS



Sandoz assina parceria com o Instituto Butantan para disponibilização de Hyrimoz® (adalimumabe) e Erelzi® (etanercepte) no SUS.

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) assinadas entre a Sandoz e o Instituto Butantan permitirão ampliar o acesso gratuito de toda população ao Hyrimoz® (adalimumabe) e Erelzi® (etanercepte), medicamentos biológicos indicados para tratamento de algumas patologias reumatológicas, dermatológicas e gastroenterológicas.^{1,2}

As PDPs possuem um papel fundamental para a saúde no Brasil, fomentando o desenvolvimento tecnológico e promovendo o intercâmbio de conhecimentos entre a indústria e o sistema público.³

Em breve, Hyrimoz® (adalimumabe) e Erelzi® (etanercepte) estarão disponíveis para os pacientes do SUS, assim como Riximyo® (rituximabe) que já está disponível desde 2020, em parceria com a Fiocruz/Biomanguinhos.

Os pacientes contarão com apoio do programa Cuidar +, o Programa de Suporte ao Paciente da Sandoz. As 3 PDPs assinadas só reforçam a missão da Sandoz de levar acesso a medicamento de qualidade para quem mais precisa.⁴

Você, profissional de saúde, será informado de todos os passos dessa grande conquista.
Fique atento às demais comunicações!

Referências Bibliográficas: 1. Bula do produto Erelzi®. Disponível em: https://www.sandoz.com.br/sites/www.sandoz.com.br/files/PC_Erelzi.pdf. Acessado em abril de 2022. 2. Bula do produto Hyrimoz. Disponível em: https://www.sandoz.com.br/sites/www.sandoz.com.br/files/PF_Hyrimoz.pdf. Acessado em abril de 2022. 3. Parceria para o desenvolvimento produtivo (PDP). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/cgic/instrumentos-estrategicos/pdp>. Acessado em abril de 2022. 4. Sandoz Global. Disponível em: <https://www.sandoz.com.br/sobre-nos/quem-somos/nossa-missao-e-proposito>. Acessado em abril de 2022.

ERELZI® etanercepte USO SUBCUTÂNEO USO ADULTO E PEDIÁTRICO A PARTIR DE 6 ANOS DE IDADE E 62,5 KG DE PESO Clique aqui para ler a bula de Erelzi® na íntegra. Contraindicações: Hipersensibilidade ao Erelzi® ou a qualquer componente da formulação do produto. Erelzi® é contraindicado em pacientes com septicemia ou em risco de desenvolver uma septicemia. O tratamento com Erelzi® não deve ser iniciado em pacientes com infecções ativas sérias, incluindo infecções crônicas ou localizadas. Este medicamento é contraindicado para menores de 2 anos de idade e para crianças e adolescentes que pesem menos que 62,5 Kg. Interações Medicamentosas: Tratamento concomitante com anakinra: Foi observado que pacientes tratados com etanercepte e anakinra tiveram uma taxa maior de infecções sérias quando comparados com pacientes que foram tratados apenas com etanercepte (dados históricos). Adicionalmente, em um estudo duplo-cego placebo controlado em pacientes recebendo terapia de base com metotrexato, observou-se que os pacientes tratados com etanercepte e anakinra tinham uma taxa maior de infecções sérias e neutropenia do que os pacientes tratados apenas com etanercepte. Tratamento concomitante com abatacepte: Nos estudos clínicos, a administração concomitante da terapia com o abatacepte e o etanercepte resultou em incidências aumentadas de eventos adversos sérios. Essa combinação ainda não demonstrou maior benefício clínico; o uso não é recomendado. Tratamento concomitante com sulfasalazina: Em um estudo clínico com pacientes que tinham recebido doses estabelecidas de sulfasalazina, para os quais etanercepte foi acrescentado, observou-se neste grupo diminuição estatisticamente significativa da contagem média de leucócitos em comparação aos grupos tratados com etanercepte ou sulfasalazina isoladamente. A significância clínica desta interação não é conhecida. Ausência de Interações: Em estudos clínicos envolvendo pacientes adultos com artrite reumatoide, não foram observadas interações ao se administrar etanercepte com glicocorticóides, salicilatos (exceto sulfasalazina), anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), analgésicos ou metotrexato. O metotrexato não altera a farmacocinética de etanercepte. Não foram observadas interações medicamentosas farmacocinéticas clinicamente significativas nos estudos com digoxina e varfarina.	HYRIMOZ® adalimumabe USO SUBCUTÂNEO USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 2 ANOS DE IDADE E 30 KG DE PESO Clique aqui para ler a bula de Hyrimoz® na íntegra. Contraindicações: Hipersensibilidade ao adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto, pacientes com tuberculose ativa ou outras infecções graves, nomeadamente, sepse e infecções oportunistas; pacientes com insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). Interações Medicamentosas: Metotrexato: quando adalimumabe foi administrado a 21 pacientes sob terapia estável com metotrexato, não houve alteração estatisticamente significativa no perfil da concentração plasmática de metotrexato. Em contraste, após dose única e dose múltipla, o metotrexato reduziu a depuração aparente de adalimumabe para 29% e 44%, respectivamente. No entanto, os dados não sugerem a necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. Outras: Não foram realizados estudos formais de farmacocinética entre adalimumabe e outras substâncias. O uso concomitante de Hyrimoz® com outros DMARDs (por exemplo, anakinra e abatacepte) não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a Hyrimoz®. Nos estudos clínicos, não foram observadas interações quando adalimumabe foi administrado concomitantemente a DMARDs (sulfasalazina, hidroxiquinona, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticóides, salicilatos, anti-inflamatórios não esteróides ou analgésicos. Interação com testes laboratoriais: não são conhecidas interferências entre adalimumabe e testes laboratoriais.	RIXIMYO® rituximabe VIA INTRAVENOSA USO ADULTO Clique aqui para ler a bula de Riximyo® na íntegra. Contraindicações: pacientes com hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer um dos seus excipientes ou a proteínas murinas. Contraindicação da utilização em linfoma não Hodgkin e leucemia linfóide crônica: infecções ativas e graves e pacientes em estado gravemente imunocomprometido. Em pacientes com artrite reumatoide, granulomatose com poliangite e poliangite microscópica: infecções ativas e graves, pacientes em estado gravemente imunocomprometido, insuficiência cardíaca grave e cardiopatia não controlada grave. Interações Medicamentosas: os dados sobre possíveis interações medicamentosas com rituximabe são limitados até o momento. Em pacientes com LLC, a coadministração com rituximabe não mostrou ter efeito na farmacocinética de fludarabina ou ciclofosfamida. Além disso, não houve efeito aparente de fludarabina e ciclofosfamida sobre a farmacocinética do rituximabe. Administração concomitante de MTX não tem efeito na farmacocinética de rituximabe em pacientes com AR. O rituximabe não interage com alimentos. Pacientes que desenvolvem anticorpos humanos anti-camundongo (HAMA) ou anticorpos humanos anti-químicos (HACA) poderão desenvolver reações alérgicas ou de hipersensibilidade quando utilizarem outros anticorpos monoclonais.
--	--	---



Acesse o QR Code para ler a bula de Erelzi® (etanercepte) na íntegra:



Acesse o QR Code para ler a bula de Hyrimoz® (adalimumabe) na íntegra:



Acesse o QR Code para ler a bula de Riximyo® (rituximabe) na íntegra:

Material destinado a profissionais de saúde habilitados em prescrever/dispensar medicamentos. BR2204142335. Abril/2022.

Editorial

Apresentamos aqui a nossa Reumato em Revista número 8.

Compartilhamos informações científicas, da Sociedade Paranaense de Reumatologia, relato de hobbies dos colegas reumatologistas paranaenses e dicas culturais.

Mais uma vez, a nossa edição da revista mostra uma entidade atuante feita por colegas dedicados, apaixonados pela medicina, pela reumato e pela vida!

Sim! Vale a pena ler os textos da Chayanne Rosseto, apresentando um estudo epidemiológico muito interessante sobre artrite psoriásica. Convido para a leitura do meu texto “Benzobromarona: Uma nova “velha” medicação no tratamento de pacientes gotosos”, preparado com muito carinho para a revista.

Imperdível também o texto da Sinara Freitas sobre seu novo estilo “Forrest Gump” de viver, com fotos feitas em muitos lugares do Brasil e do mundo.

As dicas culturais que a Ana Luísa Berti Guimarães Sella preparou, sobre séries, estão muito boas.

Finalmente, o nosso convite para a 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia, em outubro e para que escrevam e participem do Prêmio Literário Prof. João Manuel Cardoso Martins.



DR. VALDERILIO FEIJÓ AZEVEDO
Editor da REUMATO EM REVISTA



7 PALAVRA DO PRESIDENTE

O Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas, presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SBR), escreve sobre a revista e a entidade.

18 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁSICA ACOMPANHADOS PELO SUS

Estudo realizado por Chayenne N. Rosseto e Valderilio Feijó Azevedo.

32 BENZOBROMARONA: UMA NOVA "VELHA" MEDICAÇÃO NO TRATAMENTO DE PACIENTES GOTOSOS

Estudo publicado pelo Dr. Valderilio Feijó Azevedo.



8

13ª JORNADA PARANAENSE DE REUMATOLOGIA

Dias 21 e 22 de outubro, participe, em Curitiba.



26 DO SOFÁ PARA A VIDA DE FORREST GUMP

A paixão pelas corridas de rua, contada pela Drª. Sinara Freitas

- 3** Palavra do Editor
- 6** Expediente
- 7** Palavra do Presidente
- 8** 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia
- 10** Concurso Literário Prof. João Manuel Cardoso Martins
- 12** Biossimilars, um livro editado por Valderilio Feijó Azevedo e Robert Mools
- 14** Análise Epidemiológica dos Pacientes com Artrite Psoriásica acompanhados pelo Sistema Único de Saúde
- 18** Benzobromarona: Uma nova “velha” medicação no tratamento de pacientes gotosos
- 26** Hobbies - Dra. Sinara Freitas: Do sofá para a vida de Forrest Gump
- 34** Dicas Culturais: séries Only Murders in the Building e Sandman



Mai/Jun/Jul/Ago/2022
Número 8
Sociedade Paranaense de
Reumatologia

Editor:
Dr. Valderilio Feijó Azevedo
valderilio@hotmail.com

Presidente da SPR:
Dr. Antonio Carlos Monteiro
Ribas
antoniocmribas@gmail.com

Comissão de Mídias:
Coordenador,
Dr. Valderílio Feijó Azevedo

Jornalista:
Diniz Neto
dinizne@gmail.com





DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: **Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas**

Vice-presidente: **Dr. Marcio Augusto Nogueira**

Secretário Geral: **Dr. Carlos Frederico Rodrigues Parchen**

1ª Secretário: **Dra. Debora Karine Marinello**

Tesoureiro Geral: **Dra. Madeleine Rose Luvison Gomes da Silva**

1ª Tesoureiro: **Dra. Deborah Negrão Gonçalves Dias**

Diretora Científica: **Dra. Carolina de Souza Müller**

COMISSÃO CIENTÍFICA

Diretora Científica: **Dra. Carolina de Souza Müller.**

Dra. Juliana Simioni, Dra. Marcia Bandeira, Dra. Andrieli Caroline Mehl, Dr. Valderílio Feijó Azevedo, Dr. Eduardo dos Santos Paiva.

COMISSÃO DO INTERIOR

Dr. Antonio Techy, Dr. Diogo Cunha Lacerda, Dra. Neide Tomimura Costa, Dr. Paulo Roberto Donadio.

COMISSÃO DE MÍDIAS

Coordenador: **Dr. Valderilio Feijó Azevedo.**

Dra. Ana Carolina Beer Baümle Cubilla, Dra. Ana Paula Adame, Dra. Deborah Colombo Ito, Dra. Fernanda Borghi, Dra. Maria Cristina Wallbach, Dr. Nathan Catolino, Dra. Sinara da Silva Freitas e Dra. Sueny Munarin

COMISSÃO DOS EX-PRESIDENTES

Dr. Acir Rachid Filho, Dr. Sebastião Cezar Radominski, Dra. Marília Barreto Gameiro Silva, Dr. Eduardo dos Santos Paiva, Dr. Marco Antonio Araújo da Rocha Loures, Dr. Fernando Augusto Chiuchetta.

SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA (SPR)

Rua Padre Anchieta, 1846 - sala 104 - Edifício Biocentro - Bigorriho, Curitiba - PR - CEP 80730-000

Fone: (41) 3324-6562

E-mail: reumatopr@gmail.com

Site: reumatologiapr.com.br

WhatsApp: +55 (41) 41 99512-4567

Facebook: [/SociedadeParanaensedereumatologia/](https://www.facebook.com/SociedadeParanaensedereumatologia/)

Instagram: [@reumatopr](https://www.instagram.com/reumatopr)

Caros colegas

Com muita satisfação apresentamos uma nova edição da Reumato em Revista, da Sociedade Paranaense de Reumatologia, sempre trazendo novidades e excelente momento para leitura.

O ano de 2022 está se aproximando de seu final e a SPR apresentou muito crescimento neste período, com muitos progressos científicos apesar de todo o momento pandêmico que vivemos. Mesmo dentro das incertezas relacionadas à saúde pudemos voltar a ter as reuniões da SPR de forma presencial, reiniciadas em abril deste ano e, assim, seguimos com reuniões híbridas, com o objetivo de congregar os colegas que moram fora da capital e mesmo aqueles de outras regiões do Brasil.

A Comissão Científica da SPR, capitaneada pela Dr^a. Carolina de Souza Müller tem sido incansável em nos proporcionar reuniões científicas de alto gabarito com palestrantes renomados e com assuntos de ordem prática, pertinentes ao dia a dia do consultório.

A SPR teve a oportunidade de organizar e realizar em Curitiba, juntamente com os colegas das Sociedades de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, a Jornada de Reumatologia do ConeSul, com aulas e cursos de alto nível científico, para uma plateia expressiva, tanto presencial quanto virtualmente, e com a participação de colegas de vários estados do Brasil. O evento foi um sucesso e muito elogiado por todos.

Também em outubro de 2022, mais precisamente nos dias 21 e 22, a SPR realizará a XIII Jornada Paranaense de Reumatologia, já bastante consagrada entre os associados e, claro, também com assuntos de extrema importância. O acesso aos associados adimplentes será gratuito, por isso convidamos os colegas que ainda não se associaram à SPR e aqueles que porventura possam ter esquecido dos pagamentos de suas anuidades junto à Sociedade que o façam para poder usufruir da gratuidade. O valor é praticamente simbólico, mas auxilia a SPR a manter seus compromissos, que não são poucos.

Convidamos todos os colegas reumatologistas associados da SPR a participarem do Concurso Literário Professor João Manuel Cardoso Martins, já divulgado a todos os colegas. Serão bem-vindos os contos, histórias, poemas e crônicas e sabemos que temos muitos escritores talentosos entre nós. Os prêmios serão entregues durante a Jornada Paranaense.

E por fim, em novembro deste ano, durante a nossa última reunião teremos eleições para a nova gestão da Sociedade Paranaense de Reumatologia, quando

também termina a gestão atual. As eleições ocorrerão antes do início da última reunião e, à noite, nessa mesma data, a SPR convida seus associados para o jantar de conagração e reencontro de todos os colegas, onde também será feita a entrega dos prêmios aos vencedores do Prêmio Acir Rachid, que também já faz parte dos eventos da SPR.

Agradecemos a leitura da Reumato em Revista e esperamos que todos aproveitem bastante seu con-



DR. ANTONIO CARLOS MONTEIRO RIBAS,
Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia

teúdo. Também convidamos os colegas associados que desejarem publicar seus escritos na Revista que entrem em contato com a Secretaria da SPR para entender os procedimentos.

Boa leitura.





XIII Jornada Paranaense de Reumatologia

Dias 21 e 22 de Outubro de 2022



Informações e inscrições no site:
jornadaparanaense2022.com.br

Local: Associação Médica do Paraná
Rua Cândido Xavier, 575 - Curitiba - PR

13ª Jornada Paranaense de Reumatologia

Com imensa satisfação a Sociedade Paranaense de Reumatologia anuncia a realização da Décima Terceira Edição da Jornada Paranaense de Reumatologia, a realizar-se nos dias 21 e 22 de outubro de 2022, em Curitiba.

A realização da Jornada de Reumatologia já é tradição no Paraná. Realizada desde o ano de 2010 pela Sociedade Paranaense de Reumatologia, sempre contou com expressiva audiência e palestrantes renomados.

Para o evento dos dias 21 e 22 de outubro, a programação vem sendo especialmente elaborada a fim de proporcionar aos participantes um ótimo aproveitamento. Serão abordados temas de relevância no campo da Reumatologia e que auxiliem no dia a dia

do reumatologista.

Durante a Jornada Paranaense de Reumatologia serão conhecidos os vencedores do Concurso Literário Prof. João Manuel Cardoso Martins, idealizado e promovido pela Sociedade Paranaense de Reumatologia desde novembro de 2014.

A Jornada ocorrerá na Sede da Associação Médica do Paraná, localizada à Rua Cândido Xavier, 575, no Bairro Água Verde, CEP 80240-280, em Curitiba – Paraná.

Inscrições:

- Sócios adimplentes da SPR: inscrição gratuita
- Alunos e residentes (com comprovação): inscrição gratuita
- Demais inscrições: R\$ 150,00.

Programação

Dia 21 sexta manhã – Lúpus Eritematoso Sistêmico

Moderador: Dr. Acir Rachid Filho (PR)

08h30 – 08h35: Introdução e boas-vindas - Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas e Dra. Carolina Müller

08h35 - 09h05: LES 2022: Dra. Nafice Costa Araujo (SP)

09h05 – 09h35: Atualização em biopsia renal: Dra. Itamara Danucalov (PR)

09h35 – 10h05: Complicações gestacionais no lúpus eritematoso sistêmico: perguntar Dr. Jan Pawel Andrade Pachinicki (PR)

10h05 – 10h20: Discussão

10h20 – 10h50: Coffee-Break

11h00 – 11h35: Simpósio Janssen – “Tremfya® – Eficácia e segurança na Artrite Psoriásica” – Dr. Marcelo Pinheiro (SP)

11h35 – 13h30: Almoço

Dia 21 sexta à tarde – Artropatias por Cristais

Moderador: Dr. Marcio Augusto Nogueira

13h30 – 14h00: Hiperuricemia: Dr. Maurício de Carvalho (PR)

14h00 – 14h30: Gota: Atualização terapêutica: Dr. Eduardo Paiva (PR)

14h30 – 15h00: Rediscutindo os uricosúricos na gota: Dr. Valderilio Azevedo (PR)

15h00 – 15h15: Discussão

15h15 – 16h00: Simpósio Amgen - O sistema de saúde está falhando? Entenda a importância de pensar na farmacoeconomia: Dr. Valderilio Feijó Azevedo (PR) e Camila Pepe (SP)

15h50 – 16h20: Coffee-Break

16h20 – 16h50: Condrocálcinose: Investigação por Imagem- Dr. Rodrigo Aguiar (PR)

16h50 – 17h20: Condrocálcinose: Manejo Clínico: Dr. Geraldo Castelar (RJ)

17h20 – 17h35: Discussão e encerramento

Dia 22 sábado pela manhã - Atualidades

Moderador: Dr. Fernando Augusto Chiuchetta

08h30 – 08h35: Introdução Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas e Dra. Carolina Müller

08h35 – 09h05: Microbiota Intestinal e doenças inflamatórias: Dra. Lilian Schade (PR)

09h05 – 09h35: Ambulatório de transição na Reumatologia: Dra. Christina Pelajo (PR)

09h35 – 09h50: Discussão

10h00 – 10h35: Simpósio Abbvie – Uma visão 360° do programa de fase 3 select na Artrite Reumatoide - Dr. Vinicius Batistella (RS)

10h35 – 11h05: SARS-Cov-2 como gatilho para doenças reumatológicas - o que há de novo? - Dr. Ivânio Pereira (SC)

11h05 – 11h35: Novas demandas da Secretaria Estadual de Saúde na Renovação de Receitas – Dra. Deise Pontarolli (PR)

11h35 – 11h50: Discussão e encerramento da Jornada

Apoio:

Abbvie

Amgen Biossimilares

Boehringer Ingelheim

GSK

Janssen-Cilag

Lilly

Novartis

Pfizer

UCB Biopharma

Unicred

Confira a programação e participe!

21 e 22 de outubro

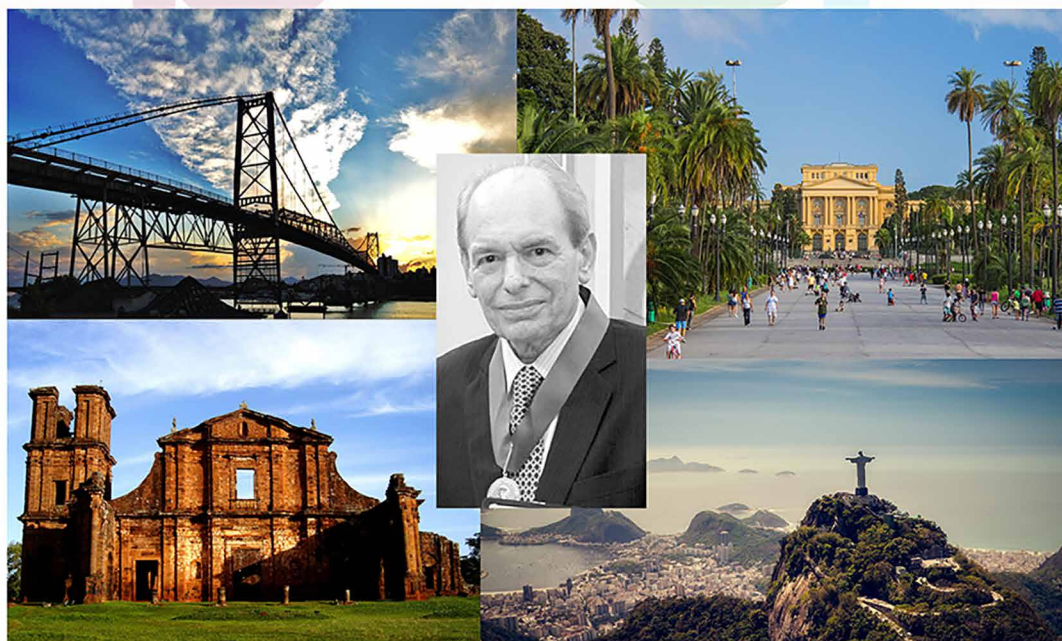


Prêmio Literário Nacional Prof. João Manuel Cardoso Martins

XIII JORNADA PARANAENSE DE REUMATOLOGIA

Artigos literários, crônicas, sátiras, minicontos, historietas. Temas livres.

Inscriva-se!



Inscrições até 20 de setembro de 2022

Regulamento: www.reumatologiapr.com.br | Informações: reumatopr@gmail.com

Resultados na XIII Jornada Paranaense de Reumatologia dias 21 e 22 de Outubro, em Curitiba.

Rua Padre Anchieta, 1846, sala 104, Edifício Biocentro
Bigorriho - 80730-000 - Curitiba-PR
Fone: (41) 3324 6562
E-mail: reumatopr@gmail.com



sociedade
paranaense de
reumatologia

Convidamos os reumatologistas e residentes em Reumatologia, associados à SPR e à SBR, para participarem do Concurso Literário Prof. João Manuel Cardoso Martins, idealizado e promovido pela Sociedade Paranaense de Reumatologia. Os vencedores serão conhecidos durante a XIII Jornada Paranaense de Reumatologia, entre 21 e 22 de Outubro de 2022, quando serão entregues os prêmios destacados no Regulamento que pode ser baixado no site reumatologiapr.com.br. Importante conhecer o regulamento e os prazos de entrega dos trabalhos.

Baixe o regulamento (word ou pdf) e faça a sua inscrição.

Os participantes deverão encaminhar seus escritos para a sede da Sociedade Paranaense de Reumatologia, Rua Padre Anchieta, 1846 sala 104 – Bigorriho – 80.730-000 – Curitiba – PR.

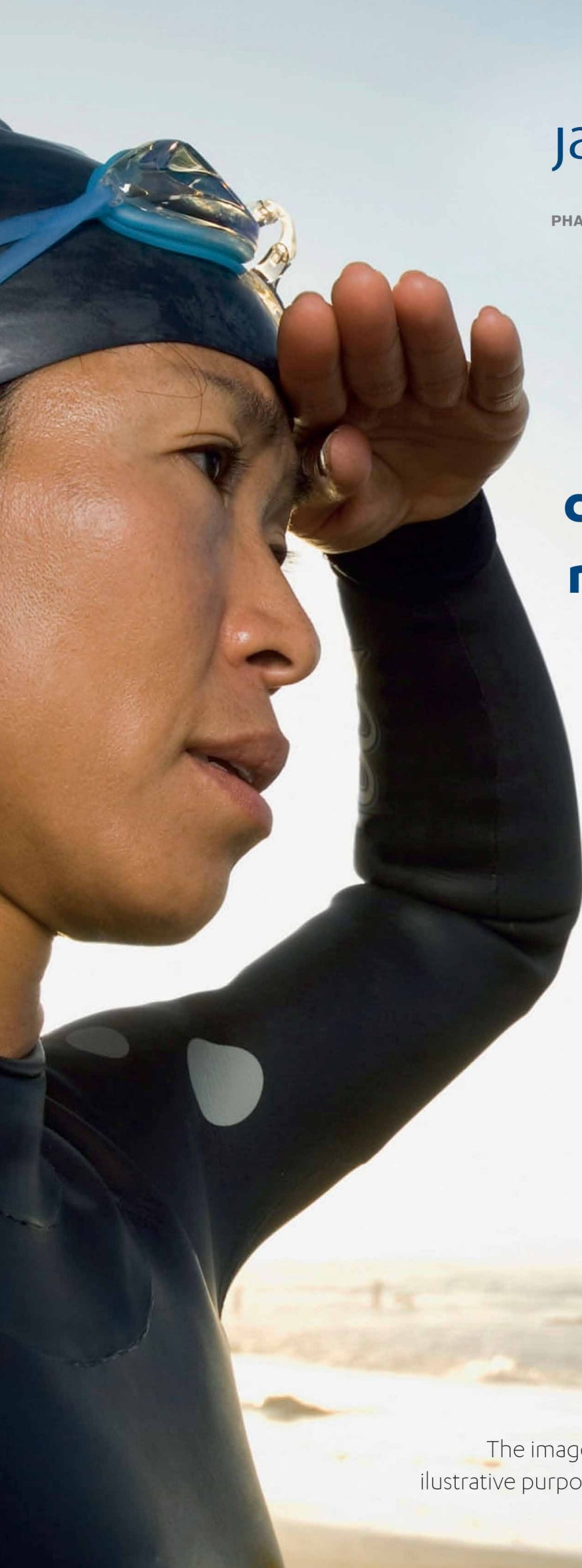
Dúvidas escreva para reumatopr@gmail.com

Convide os colegas reumatologistas para participarem.





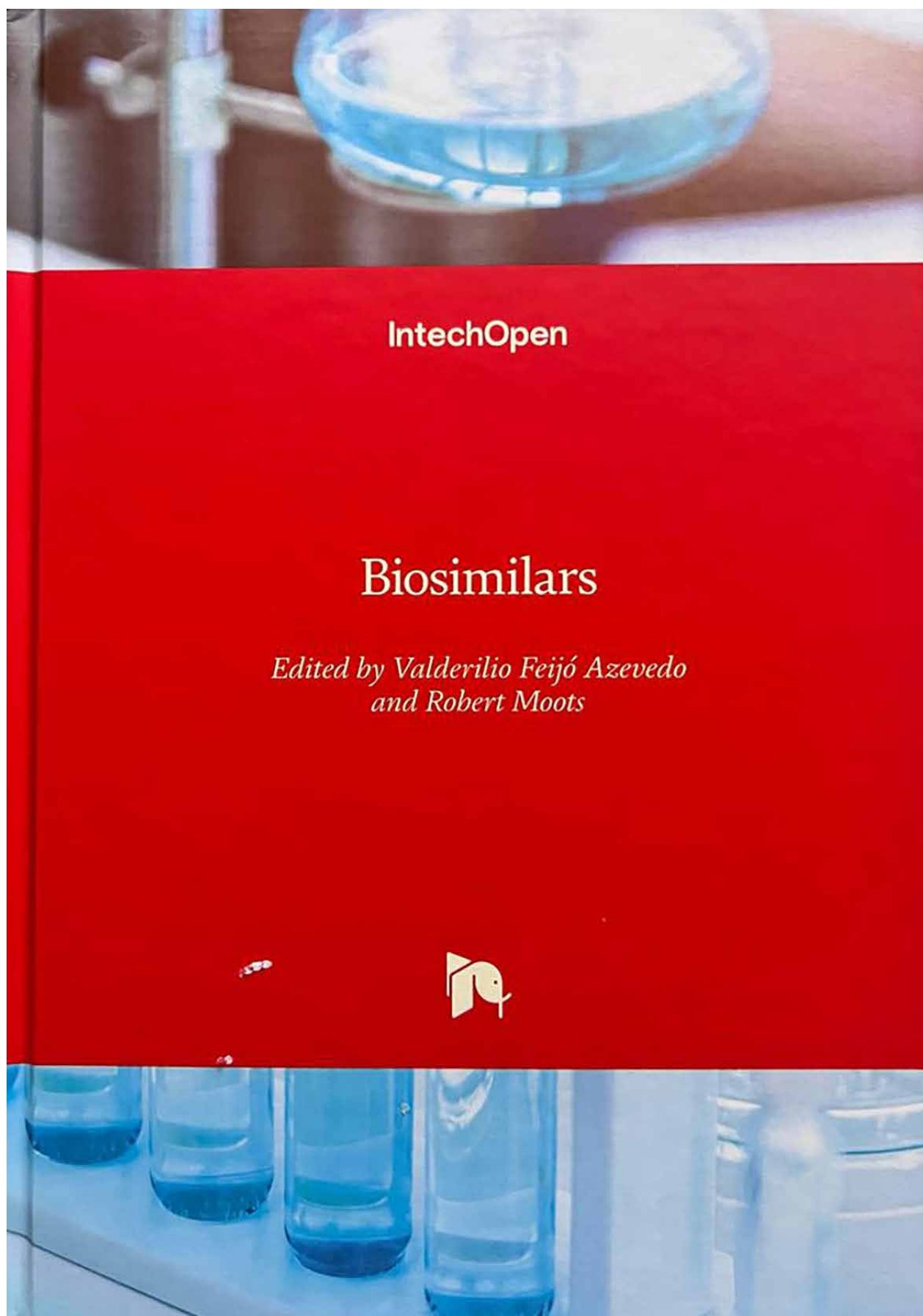
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

A close-up, profile view of a person wearing a dark blue wetsuit and a diving mask. They are looking out towards the ocean, with their hand raised to their forehead, shielding their eyes from the sun. The background shows a sandy beach and the ocean under a clear sky.

Em breve, doenças “invisíveis” não terão mais lugar para se esconder.

A Janssen possui hoje, no Brasil, um amplo portfólio de terapias e moléculas grandes em Imunologia. Oferecemos quatro medicamentos que combinam indicações para mais de seis doenças, com três mecanismos de ação e duas vias de administração diferentes - atendendo a diversas necessidades médicas e diferentes perfis de pacientes.

The image depicted contains models and is being used for illustrative purpose only. Janssen Global Services, LLC. © JGS 2021.



Biossimilars, um livro editado por Valderilio Feijó Azevedo e Robert Mools

Vivemos em uma era de grandes avanços em biotecnologia em saúde e os medicamentos biológicos são produtos de tais avanços. Assim começa o prefácio de Biossimilars, uma obra internacional lançada recentemente pelo nosso colega reumatologista e professor de medicina, Dr Valderilio Feijó Azevedo, um dos estudiosos nacionais sobre o tema. O Dr Valderilio Divide a co-edição com o Dr Robert Mools, chefe do Serviço de Reumatologia do Aintree Hospital de Liverpool, Inglaterra. A obra foi editada pela Editora internacional Intechopen e é totalmente escrita em inglês e está disponível desde julho deste ano tanto para aquisição digital como em edição de luxo pelo site da própria editora e pela Amazon Books.

O Dr Valderilio Feijó Azevedo considera que os biossimilares representam um dos grandes avanços para a farmacoeconomia de medicamentos biológicos e ampliação de acesso de pacientes a essas terapias. Os biossimilares chegaram ao mercado como opções mais acessíveis e de menor custo para pacientes tratados com biológicos há cerca de duas décadas. Além disso, os biossimilares têm proporcionado concorrência no mercado e ampliado o acesso dos pacientes a terapias biológicas.

Segundo o professor Valderilio, essa classe de produtos biológicos está ligada a avanços regulatórios, políticas de saúde, oportunidades de mercado bem como a grandes investimentos financeiros da indústria farmacêutica. Curiosamente, não apenas o robusto processo de aprovação dos biossimilares levou a uma grande aceitação desses produtos biológicos, mas também evidências e dados do mundo real tem contribuído para tranquilizar médicos e pacientes sobre a eficácia e segurança dos biossimilares em comparação com seus produtos de referência e o mais importante tem levado os profissionais de saúde a perceber o quão importantes os biossimilares são para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

À medida que o mercado de biossimilares continua a se expandir e o número de produtos biossimilares para cada produto de referência biológica aprovado aumenta, a probabilidade de que nossos pacientes necessitem mudar de um biossimilar para outro, por

qualquer motivo, também deve aumentar. Uma série de cenários do mundo real, de natureza médica e não médica, podem levar à troca cruzada entre biossimilares do mesmo produto de referência, outro tópico tratado no livro.

“Provavelmente esta obra estará sempre em construção e atualização, pois o conhecimento sobre biossimilares está em constante evolução”, reitera o autor.” Por isso, um dos principais objetivos ao escrever esse livro era o de rever e resumir os tópicos clínicos mais importantes que estão ligados aos biossimilares, sem esgotar a temática, pois não consideramos um tratado”.

Título do livro:
Biossimilars

Editores:
Valderilio Feijó Azevedo
Robert Mools



Título:***Análise Epidemiológica dos Pacientes com ARTRITE PSORIÁSICA acompanhados pelo Sistema Único de Saúde*****Autores:*****Chayanne N. Rossetto******Valdelirio Feijó Azevedo***

A artrite psoriásica é uma doença osteoarticular crônica e bastante complexa, que afeta de 0,1 a 1% da população mundial e de 6 a 41% dos portadores de psoríase. Por tratar-se de uma doença bastante multifacetada, exige atendimento especializado, e o médico reumatologista é o mais bem capacitado pela atendê-la.

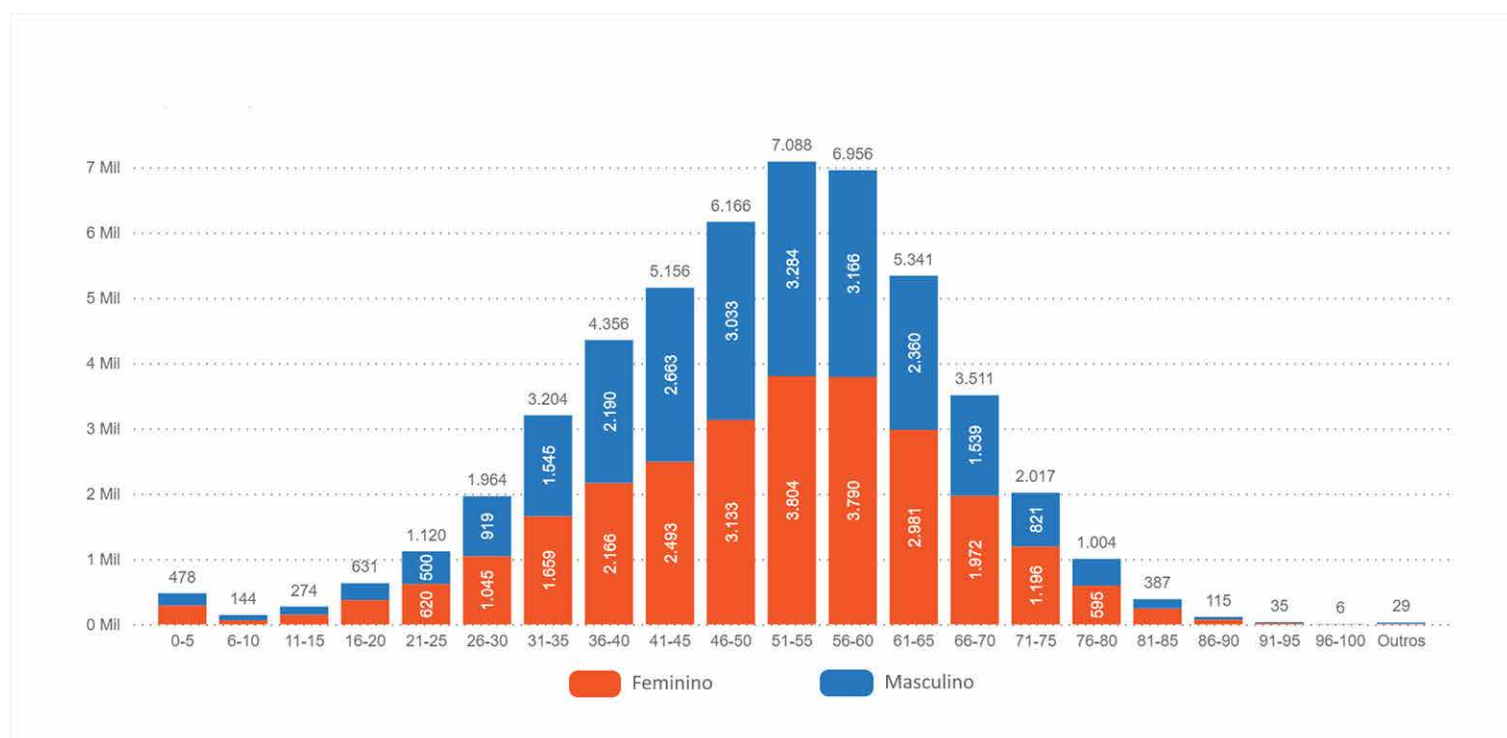
O diagnóstico e a descrição epidemiológica dessa patologia não estão bem elucidados até o momento, porém são muito importantes para a definição de políticas de saúde. No Brasil, que dispõe de um Sistema Único de Saúde (SUS) que é público, que é responsável pelo atendimento exclusivo de 70% da população do país, essas definições são ainda mais importantes.

Um trabalho realizado pela reumatologia da UFPR no ano passado descreveu as características epide-

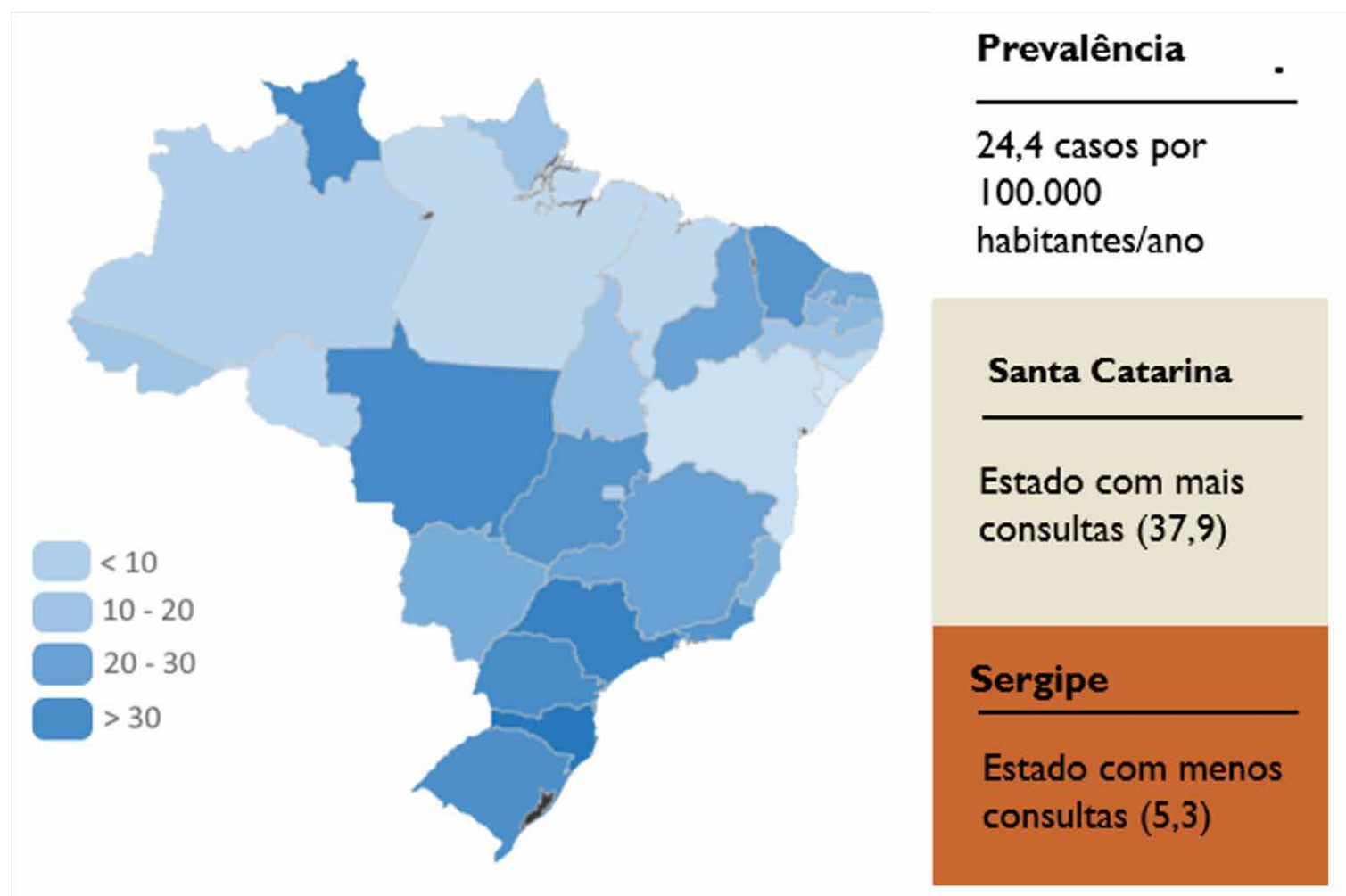
miológicas dos pacientes com artrite psoriásica atendidos no SUS, com foco na incidência e prevalência da doença, de comorbidades e de hospitalizações.

Foram coletados dados do SIASUS referentes a consultas ambulatoriais e de pacientes hospitalizados entre os períodos de janeiro de 2008 a março de 2021, através da plataforma Techtrials Disease Explorer®.

Foram avaliados 40.009 pacientes, e encontrou-se uma prevalência de 24,4 casos de consultas por artrite psoriásica a cada 100.000 pacientes atendidos pelo SUS. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino (54,38%), e incidência de 8.982 novos atendimentos no ano de 2020. A média de idade foi de 51,79 anos.

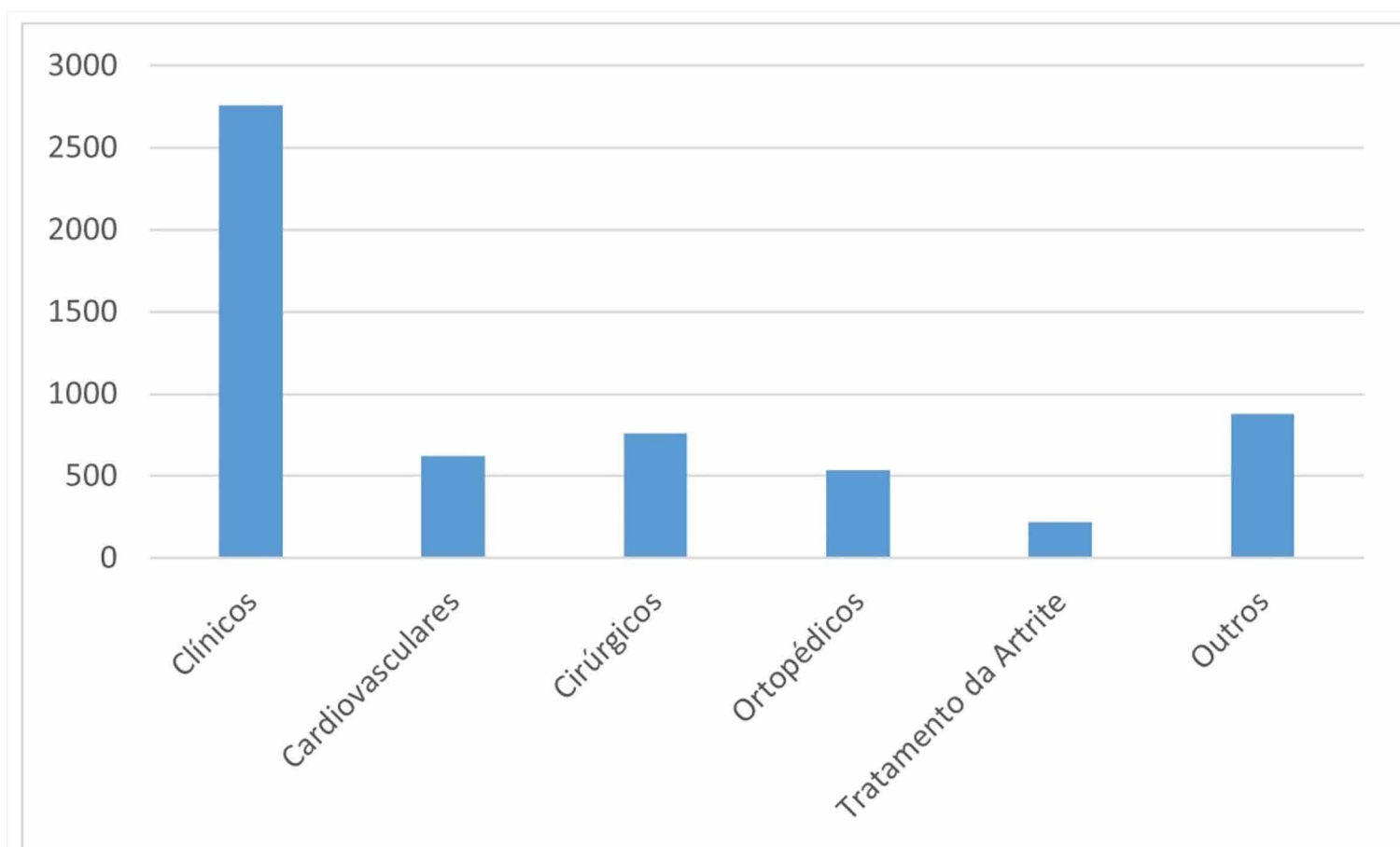


Legenda 1 - Distribuição dos pacientes com artrite psoriásica atendidos no Sistema Único de Saúde brasileiro, no período de janeiro de 2008 a março de 2021, em números absolutos, por idade e gênero



A prevalência nacional ficou em pouco mais de 24 pacientes que consultaram por artrite psoriásica para cada 100 mil habitantes-ano, com uma grande diferença regional. Os estados do sul e sudeste apresentaram uma prevalência maior, sendo o campeão o estado de Santa Catarina, com 37,9, e os estados do norte e nordeste com muito menos consultas, sendo a menor prevalência dentre eles, no estado de Sergipe, com 5 consultas por APS para cada 100.000 habitantes.

A incidência de consultas por artrite psoriásica foi crescente nos últimos anos e as principais comorbidades descritas nas consultas médicas foram osteoartrite, lombalgia, lesões nos ombros, doenças oncológicas, artropatias por cristais e osteoporose. As principais hospitalizações nos pacientes acompanhados foram para tratamento de condições clínicas e cardiovasculares além de realização de procedimentos ortopédicos.



Legenda 3- Causas de hospitalizações em pacientes com artrite psoriásica agrupadas por CID.

A taxa de malignidades encontradas nesse estudo é semelhante com os publicados anteriormente. Estudos de 2008 e 2016 mostraram 10% e 12% de prevalência de malignidade na população com artrite psoriásica, semelhante à taxa de 14% agora publicada.

Esse trabalho é o primeiro a usar dados exclusivamente advindo de um sistema de notificação do SUS como fonte de estudo para artrite psoríase, e principalmente é o primeiro com abrangência de todo o território nacional. Isso o diferenciou dos estudos prévios, que usava dados captados em grandes centros, em serviços de referências, ou diziam respeito a populações mais específicas, como indígenas ou grupos específicos. Outro ponto interessante é o tempo de abrangência, já que o estudo reúne mais de uma década de dados.

Existe uma grande falta de estudos epidemiológicos nacionais, principalmente que envolvam dados do SUS. Esse é o primeiro estudo nacional que usa dados do SIA/SUS para avaliação da epidemiologia das espondiloartrites.

O número de consultas por artrite psoriásica no SUS vem aumentando nos últimos anos, principalmente devido a novos diagnósticos da doença. É sabido que existe uma alta demanda de recursos para

o tratamento dessa doença, e com o aumento dos diagnósticos, é necessário que sejam realizados mais estudos de custo efetividade, custo minimização e fármaco economia para o tratamento da doença.

O número de pacientes acompanhados por APs no SUS ainda é mais baixo do que a prevalência global. Isso demonstra que, apesar dos avanços, ainda é necessária mais atenção para o diagnóstico. As grandes diferenças regionais encontradas neste estudo demonstram que são necessárias políticas públicas de melhoria do acesso aos serviços de saúde, ao diagnóstico e ao tratamento adequado em algumas macrorregiões, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

Título:

Análise Epidemiológica dos Pacientes com ARTRITE PSORIÁSICA acompanhados pelo Sistema Único de Saúde

Autores:

***Chayanne N. Rossetto
Valdelirio Feijó Azevedo***



AMGEVITA[®] É ÚNICO

Em um mundo de biossimilares,
AMGEVITA se destaca.



#1

**BIOSSIMILAR DE ADALIMUMABE
MAIS PRESCRITO
NO BRASIL E NA EUROPA¹**

**+205 MIL
PACIENTES
TRATADOS COM
OS BIOSSIMILARES
AMGEN^{3*}**

14

**INDICAÇÕES
APROVADAS
EM BULA⁴**

**FORMULAÇÃO
SEM CITRATO
PODE PERMITIR UMA APLICAÇÃO
MENOS DOLOROSA⁵**

**+3
ANOS
TRATANDO
PACIENTES²**

**ÚNICO BIOSSIMILAR NO BRASIL COM
INDICAÇÃO PEDIÁTRICA
PARA COLITE/RETOCOLITE ULCERATIVA^{4,6}**

ACESSE A BULA DE



*Dado Global.

REFERÊNCIAS: 1. IQVIA. Adalimumab Sales Report. Acessado em: 31/01/2022. 2. Sindusfarma. Empresas em Foco. Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/noticias/empresas-foco/exibir/8042-anvisa-aprova-amgevita-adalimumabe-o-biossimilar-da-amgen-usado-no-tratamento-de-doencas-inflamatorias>. Acessado em: 21/02/2022. 3. Amgen Biosimilars. Amgen Oncology Biosimilars. Disponível em: <https://www.amgenoncologybiosimilars.com/>. Acessado em: 10/03/2022. 4. AMGEVITA[®] (adalimumabe). Bula aprovada pela ANVISA em 13/12/2021. 5. Laursen T, Hansen B, Fisker S. Pain perception after subcutaneous injections of media containing different buffers. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2006 Feb;98(2):218-21. 6. Consulta de Produtos ANVISA. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/q/?substancia=20272&situacaoRegistro=V>. Acessado em: 10/03/2022.

Material promocional aprovado de acordo com as regulamentações locais, destinado apenas aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. A AMGEN recomenda o uso de seus medicamentos, de acordo com a aprovação regulatória local. Todas as referências citadas neste material estão disponíveis mediante solicitação dos profissionais da saúde ao SIC (Serviço de Informações Científicas), por meio do número gratuito 0800 42 0800 e/ou e-mail sicbrasil@amgen.com. PR-AMV-BRA-000014-03-2022 - Aprovado em março de 2022.



SERVIÇO DE INFORMAÇÕES
CIENTÍFICAS
SIC
0800 742 0800
sicbrasil@amgen.com

0800 264 0800
SAC
sacbrasil@amgen.com

bemperto
do seu bem-estar
0800 264 0002

Título:

Benzobromarona: Uma nova “velha” medicação no tratamento de pacientes gotosos

Autor:

Valderilio Feijó Azevedo

INTRODUÇÃO

Notoriamente a gota é a artropatia inflamatória mais prevalente na população. Essa doença, na maioria das vezes de fácil identificação representa a verdadeira intersecção entre distúrbio metabólico e inflamatório. O acúmulo de cristais de urato monossódico no espaço articular, leva à inflamação e dor extrema e esse acúmulo é diretamente ligado à hiperuricemia.

Os episódios agudos de gota ocasionam dor intensa, embora sejam autolimitados com curta duração. Entretanto, em certos casos, relacionados ao tratamento inadequado e ou refratariedade, pode haver cronificação da resposta inflamatória e o estabelecimento acúmulos macroscópicos de urato monossódico, entre outras substâncias – culminando em destruição articular, e consequentemente limitação física, são os chamados tofos e que caracterizam a gota tofácea.²

O tratamento da gota divide-se basicamente em duas etapas: o manejo da crise aguda e o tratamento a longo prazo.

A benzobromarona (Narcaricina) é um potente agente uricosúrico, que tem sido utilizado no tratamento da gota há cerca de quarenta anos. Embora tenha sua comprovada eficácia, esse medicamento nunca foi aprovado pelos Estados Unidos, e sofreu uma extensa retirada do mercado pelo laboratório Sanofi-Synthelabo, cuja formulação detinha grande parte das vendas na Europa. Essa retirada se deu devido a relatos de hepatotoxicidade. No entanto, ainda hoje defende-se que não houve evidência suficiente para sua retirada do mercado. Esse fármaco ainda é aprovado e comercializado por diversos países como Nova Zelândia, alguns países europeus e aqui no Brasil.

Farmacologia da Benzobromarona

A Benzobromarona é um derivado benzofurano, e

compartilha semelhanças estruturais com a amiodarona e a benzarona. Pertence à classe dos uricosúricos e atua aumentando a excreção de ácido úrico (AU) nos túbulos proximais renais, através da inibição dos trocadores urato-ânion URAT1. Por meio desse bloqueio, a reabsorção do AU é diminuída o que aumenta a eliminação do Ácido úrico na urina. Em estudos in vitro, a benzobromarona reduz a reabsorção de AU em 93%. Além disso, parece haver pequena ação do fármaco no OAT1, mas não no OAT 3, que são transportadores de íons também responsáveis pela secreção de AU nos túbulos renais.

A benzobromarona é basicamente metabolizada no fígado, principalmente através do citocromo P450 2C9. Sua meia vida dura cerca de 3 horas, no entanto, a de seu metabólito ativo pode chegar a 30 horas, conferindo ao produto ação prolongada. Tanto a droga como seus metabólitos são excretados por meio da bile e das fezes.

A benzobromarona é eficaz?

Diversos estudos clínicos e meta-análises tem demonstrado a eficácia da Benzobromarona na redução da hiperuricemia, e na prevenção da recidiva de ataques agudos na gota. Em indivíduos normais e com hiperuricemia, pode aumentar a depuração de ácido úrico em 500%, levando a uma redução média nos níveis de urato entre 25% e 50%. Alguns estudos demonstraram superioridade da benzobromarona em relação ao alopurinol na redução do urato sérico. No final da década de 90 um estudo demonstrou eficácia da benzobromarona em pacientes utilizando diuréticos simultaneamente, e em pacientes com altos níveis séricos iniciais e que não obtiveram resposta satisfatória com alopurinol. Alguns anos depois, em 2002 um estudo comparando a eficácia de benzobromarona 100mg contra alopurinol 300 mg, demonstrou sua maior ação na redução da uricemia.

De fato, a experiência indica que ambos os tratamentos têm eficácia similar em reduzir ataques de gota e redução de tofos após a obtenção dos níveis séricos ótimos de AU.

Sobretudo, a benzobromarona parece ser útil nos casos de falha ao alopurinol. Um ensaio clínico randomizado publicado em 2009 evidenciou superioridade da mesma na dose de 200/mg e melhor tolerabilidade em relação a probenecida na dose de 2g. Outros estudos demonstraram também a eficácia do tratamento de associação entre alopurinol e benzobromarona, e da adição da benzobromarona ao tratamento com alopurinol em casos de mau controle em monoterapia.

Em relação ao tratamento da hiperuricemia em pacientes com doença renal crônica, uma coorte de 13 anos de duração comparou a efetividade do alopurinol, febuxostate e benzobromarona na função renal e progressão de doença. Esse estudo demonstrou superioridade da benzobromarona na redução da progressão para a diálise com uma razão de risco de 0,5. Além disso, os pacientes nos grupos benzobromarona e febuxostate obtiveram menos progressão para doença renal em estágio terminal.

A benzobromarona é segura ?

A Benzobromarona foi retirada do mercado pelo laboratório Sanofi-Synthelabo no ano de 2003, após relatos de hepatotoxicidade grave. O primeiro deles, ocorrido na Holanda e publicado em 1994, seguido por três relatos japoneses no início dos anos 2000.^{32–35} Em nossa pesquisa de literatura, não encontramos relatos de hepatotoxicidade publicados nas bases de dados latino-americanas Lilacs e Scielo. Além dos relatos de hepatotoxicidade na Holanda e no Japão o que provocou a retirada da benzobromarona do mercado em 2003, houve apenas um relato adicional, publicado no ano de 2016, também no Japão. Um total de 11 casos de hepatotoxicidade relacionada a Benzobromarona foi levantado pela Periodic Safety Update Report (PSUR) de 1995 a 2000, dentro os quais presume-se estarem considerado os 4 relatos publicados em literatura, com exceção do último. Diversos outros ensaios de laboratório tentaram esclarecer possíveis razões

para a hepatotoxicidade aventada por tais relatos. Além disso estudos de coorte, meta-análises e revisões sistemáticas avaliaram aspectos adicionais de segurança relacionados a Benzobromarona.

Uma revisão publicada em 2008 a respeito do risco-benefício do uso da Benzobromarona estimou a incidência de eventos de toxicidade hepática relacionada ao medicamento em 1:17000 pacientes. Dois destaques especiais vão para um estudo em 123 pacientes neozelandeses em uso de benzobromarona no período de um ano e um estudo retrospectivo de 3 anos chinês, ambos não evidenciaram eventos graves relacionados a Benzobromarona.

Em relação ao uso da Benzobromarona em pacientes com algum grau de Insuficiência Renal, há evidência satisfatória para seu uso com valores de clearance de creatinina de até 20ml/min/1.73 m² tanto para tratamento de gota quanto de hiperuricemia. Alguns estudos evidenciam aparecimento de urolitíase em uma frequência de cerca de 3% dos pacientes em uso do medicamento.

Quando usar benzobromarona?

Os relatos de hepatotoxicidade levantaram preocupações, ocasionando a retirada do mercado. Porém ainda hoje se discute se a retirada desse medicamento do mercado não foi somente por causa do de processos

legais por parte do laboratório fabricante. De fato, poucas são as evidências clínicas de hepatotoxicidade acumuladas até o momento .

Mesmo após os relatos de hepatotoxicidade, muitas recomendações para o tratamento da gota embora não proscrevam, não recomendam claramente o uso rotineiro da benzobromarona no tratamento da gota.

Sobretudo, o sucesso do tratamento com a benzobromarona se deve a uma boa seleção de pacientes para o seu uso, sobretudo no sentido de evitar a hepatotoxicidade. E quais seriam essas condições ideais para uma seleção efetiva de candidatos ao seu uso?

1. Não deve ser usada em pacientes com doença hepática conhecida. Pacientes com esteatose hepática devem ser avaliados caso-a-caso. Por exemplo, seu uso pode ser permitido em casos de pacientes sem disfunção hepática documentada e com pouca



alteração de imagem e sem obesidade.

2. Reservar a prescrição para casos refratários a tratamento com outros medicamentos ou em pacientes com clara demonstração de hipoexcreção renal de uratos.

3. Iniciar o tratamento com baixas doses- ao redor de 100 mg/dia

4. Monitorizar de forma constante e cautelosa as enzimas hepáticas durante o tratamento

5. Evitar ao máximo associação da benzobromarona com outros medicamentos potencialmente hepatotóxicos, fitoterápicos e ingestão de álcool.

6. Evitar o uso para tratamento de hiperuricemia assintomática. Normalmente a exceção é feita quando há indicação de profilaxia como no caso do tratamento citotóxico.

7. Evitar o uso em pacientes com clearance abaixo de 20ml/min/1.73 m²

8. Evitar o uso em pacientes com evidências de litíase renoureteral associada a hiperuricemia.

Enfim, a benzobromarona é um medicamento de baixo custo e com o qual há extensa experiência de eficácia há pelo menos 04 décadas, de forma que devemos considerar sempre usá-la no tratamento de nossos pacientes gotosos. Uma nova ‘velha’ medicação que devemos ter em nosso rol de medicamentos para o tratamento dessa enfermidade tão prevalente em nosso país e no mundo.

REFERÊNCIAS

1. Roddy E, Doherty M. Epidemiology of gout. *Arthritis Res Ther* [Internet]. BioMed Central; 2010 [cited 2018 May 29];12(6):223. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205285>

2. Perez-Ruiz F, Dalbeth N, Bardin T. A review of uric acid, crystal deposition disease, and gout. *Adv Ther* [Internet]. Springer; 2015 Jan [cited 2018 May 29];32(1):31–41.

3. Cronstein BN, Sunkureddi P. Mechanistic aspects of inflammation and clinical management of inflammation in acute gouty arthritis. *J Clin Rheumatol* [Internet]. NIH Public Access; 2013 Jan [cited 2018 May 29];19(1):19–29.

4. Azevedo VF, Lopes MP, Catholino NM, Dos E, Paiva S, Araújo A, et al. Revisão crítica do tratamento medicamentoso da gota no Brasil Critical revision of the medical treatment of gout in Brazil. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 29];57:346–55.

5. Li L, Yang C, Zhao Y, Zeng X, Liu F, Fu P. Is hyperuricemia an independent risk factor for new-onset chronic kidney disease?: A systematic review and

meta-analysis based on observational cohort studies. *BMC Nephrol* [Internet]. BioMed Central; 2014 Jul 27 [cited 2018 May 29];15:122.

6. Perez-Ruiz F, Alonso-Ruiz A, Calabozo M, Herretero-Beites A, García-Erauskin G, Ruiz-Lucea E. Efficacy of allopurinol and benzbromarone for the control of hyperuricaemia. A pathogenic approach to the treatment of primary chronic gout. *Ann Rheum Dis* [Internet]. BMJ Publishing Group; 1998 Sep [cited 2018 May 29];57(9):545–9.

7. Jansen TLTA, Reinders MK, van Roon EN, Brouwers JRB. Benzbromarone withdrawn from the European market: another case of ‘absence of evidence is evidence of absence’? *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. [cited 2018 May 29];22(5):651.

8. Kaufmann P, Török M, Hänni A, Roberts P, Gasser R, Krähenbühl S. Mechanisms of benzarone and benzbromarone-induced hepatic toxicity. *Hepatology* [Internet]. Wiley-Blackwell; 2005 Apr [cited 2018 May 25];41(4):925–35.

9. Masbernard A, Giudicelli CP. Ten years’ experience with benzbromarone in the management of gout and hyperuricaemia. *S Afr Med J* [Internet]. 1981 May 9 [cited 2018 May 29];59(20):701–6.

10. Lee M-HH, Graham GG, Williams KM, Day RO. A benefit-risk assessment of benzbromarone in the treatment of gout. Was its withdrawal from the market in the best interest of patients? *Drug Saf* [Internet]. 2008 [cited 2018 May 20];31(8):643–65.

11. Vries JX, Walter-Sack I, Ittensohn A, Weber E, Empl H, Gresser U, et al. Benzbromarone hydroxylation in man: defective formation of the 6-hydroxybenzbromarone metabolite. *Clin Investig* [Internet]. Springer-Verlag; 1993 Nov [cited 2018 May 29];71(11):947–52.

12. Jain AK, Ryan JR, McMahon FG, Noveck RJ. Effect of single oral doses of benzbromarone on serum and urinary uric acid. *Arthritis Rheum* [Internet]. [cited 2018 May 29];17(2):149–57.

13. Stamp LK, Haslett J, Frampton C, White D, Gardner D, Stebbings S, et al. The safety and efficacy of benzbromarone in gout in Aotearoa New Zealand. *Intern Med J* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 May 20];46(9):1075–80.

14. Li S, Yang H, Guo Y, Wei F, Yang X, Li D, et al. Comparative efficacy and safety of urate-lowering therapy for the treatment of hyperuricemia: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* [In-

ternet]. 2016 Dec 8 [cited 2018 May 20];6(1):33082.

15. Zhou Q, Su J, Zhou T, Tian J, Chen J, Zhu J. A study comparing the safety and efficacy of febuxostat, allopurinol, and benzbromarone in Chinese gout patients: a retrospective cohort study. *Int J Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2018 May 20];55(2):163–8.

16. Bluestone R, Klinenberg J, Lee IK. Benzbromarone as a long-term uricosuric agent. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 1980 [cited 2018 May 25];122A:283–6.

17. Hanvivadhanakul P, Akkasilpa S, Deesomchok U. Efficacy of benzbromarone compared to allopurinol in lowering serum uric acid level in hyperuricemic patients. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2002 Jun [cited 2018 May 25];85 Suppl 1:S40-7.

18. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Fernandez-Lopez MJ, Herrero-Beites A, Ruiz-Lucea E, Garcia-Erauskin G, et al. Treatment of chronic gout in patients with renal function impairment: an open, randomized, actively controlled study. *J Clin Rheumatol* [Internet]. 1999 Apr [cited 2018 May 25];5(2):49–55.

19. Reinders MK, Haagsma C, Jansen TLTA, van Roon EN, Delsing J, van de Laar MAFJ, et al. A randomised controlled trial on the efficacy and tolerability with dose escalation of allopurinol 300-600 mg/day versus benzbromarone 100-200 mg/day in patients with gout. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2018 May 25];68(6):892–7.

20. Reinders MK, van Roon EN, Jansen TLTA, Delsing J, Griep EN, Hoekstra M, et al. Efficacy and tolerability of urate-lowering drugs in gout: a randomised controlled trial of benzbromarone versus probenecid after failure of allopurinol. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2008 Jul 29 [cited 2018 May 25];68(1):51–6.

21. Kumar S, Ng J, Gow P. Benzbromarone therapy in management of refractory gout. *N Z Med J* [Internet]. 2005 Jun 24 [cited 2018 May 25];118(1217):U1528.

22. Azevedo VF, Buiar PG, Giovanella LH, Severo CR, Carvalho M. Allopurinol, benzbromarone, or a combination in treating patients with gout: analysis of a series of outpatients. *Int J Rheumatol* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 25];2014:263720.

23. Chou H-W, Chiu H-T, Tsai C-W, Ting I-W, Yeh H-C, Huang H-C, et al. Comparative effectiveness of allopurinol, febuxostat and benzbromarone on renal function in chronic kidney disease patients with hyperuricemia: a 13-year inception cohort study. *Nephrol*

Dial Transplant [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2018 May 20];

24. Suzuki T, Suzuki T, Kimura M, Shinoda M, Fujita T, Miyake N, et al. [A case of fulminant hepatitis, possibly caused by benzbromarone]. *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi* [Internet]. 2001 Apr [cited 2018 May 26];98(4):421–5.

25. Wagayama H, Shiraki K, Sugimoto K, Fujikawa K, Shimizu A, Takase K, et al. Fatal fulminant hepatic failure associated with benzbromarone. *J Hepatol* [Internet]. 2000 May [cited 2018 May 26];32(5):874.

26. van der Klauw MM, Houtman PM, Stricker BHC, Spoelstra P. Hepatic injury caused by benzbromarone. *J Hepatol* [Internet]. 1994 [cited 2018 May 25];20(3):376–9.

27. Stamp LK, Haslett J, Frampton C, White D, Gardner D, Stebbings S, et al. The safety and efficacy of benzbromarone in gout in Aotearoa New Zealand. *Intern Med J* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 May 25];46(9):1075–80.

28. Yu H, Liu X, Song Y, Cheng J, Bao H, Qin L, et al. Safety and Efficacy of Benzbromarone and Febuxostat in Hyperuricemia Patients with Chronic Kidney Disease: A Prospective Pilot Study. *Clin Exp Nephrol* [Internet]. 2018 May 14 [cited 2018 May 24];

29. Felser A, Lindinger PW, Schnell D, Kratschmar D V., Odermatt A, Mies S, et al. Hepatocellular toxicity of benzbromarone: Effects on mitochondrial function and structure. *Toxicology* [Internet]. 2014 Oct 3 [cited 2018 May 25];324:136–46.

30. Sun P, Zhu J-J, Wang T, Huang Q, Zhou Y-R, Yu B-W, et al. Benzbromarone aggravates hepatic steatosis in obese individuals. *Biochim Biophys Acta - Mol Basis Dis* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 May 20];1864(6):2067–77.

Título:

Benzobromarona: Uma nova “velha” medicação no tratamento de pacientes gotosos

Autor:

Valderílio Feijó Azevedo





Neil, UCB

Tornando as vidas melhores, todos os dias. Essa é a UCB

Tudo o que fazemos começa com uma simples questão: como isso fará a diferença na vida das pessoas?

Nossos medicamentos tratam milhares de pessoas em todo o mundo, por isso é vital que as ouçamos para entender melhor suas necessidades clínicas, econômicas, sociais e pessoais. Não tratamos apenas de doenças, cuidamos de pessoas.

Os pacientes nos inspiram a valorizá-los por meio da ciência mais avançada, de medicamentos mais inovadores e de soluções mais práticas. Nossa paixão pela ciência nos impulsiona a desenvolver medicamentos inovadores que façam diferença na vida das pessoas.

SAC 0800-166-613
www.ucb-biopharma.com.br

Material voltado exclusivamente
à profissionais de saúde.
BR-N-OT--1900002_Abril/2019

 Inspired by patients.
Driven by science.

Veja o **algoritmo de decisão terapêutica**, conforme as recomendações:¹



Figura 1A - Algoritmo de decisão terapêutica da artrite reumatoide

1. A suspensão do tratamento pode se dar por eventos adversos intoleráveis ou por falha terapêutica (não atingimento de meta terapêutica). Para avaliar a eficácia, deve-se aguardar pelo menos 3 meses do tratamento vigente, não devendo ser trocada de linha ou etapa

II. Considerar o uso de MTX injetável nas combinações de terapias duplas ou triplas.

III. O tofacitinibe, baricitinibe e upadacitinibe têm como vantagens a possibilidade de serem usados por via oral e não necessitarem de refrigeração para armazenamento.

IV. O tofacitinibe e o upadacitinibe podem ser usados como monoterapia ou em combinação com outros MMCDs (preferencialmente MTX). Baricitinibe pode ser usado em monoterapia ou em associação com o MTX.

Em todas as fases, se necessário, associar corticoide (prednisona ou prednisolona) para controle da atividade da doença.

Referência: 1. PCDT de Artrite Reumatoide. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/20211112_portaria_conjunta_16_pcdt_ar.pdf. Acesso em: 17/08/2022midias/protocolos/20211112_portaria_conjunta_16_pcdt_ar.pdf. Acesso em: 17/08/2022

SEDI Instituto de Cultura de Campinas, Transmissão

Lilly

CD5175817.1

Contraindicações: OLUMIANT é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao produto ou a qualquer um de seus componentes da fórmula e em mulheres grávidas. **Interações medicamentosas:** baricitinibe, in vitro, não inibiu nem induziu significativamente a atividade das enzimas do citocromo P450, não inibiu as glicoproteínas P-transportadoras ou polipeptídeos de transporte aniônico orgânico IB1, o transportador aniônico orgânico 1, OAT2, OAT3, transportador catiónico orgânico 1, OCT 2, OATP1B3, proteína de resistência ao câncer de mama e proteína de extrusão tóxica e multidroga 1 e MATE2-K.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde e escritores ou pesquisadores de medicamentos. CD-R# BR-0580, Agosto/2015

Acompanhe a SPR
no Instagram:



@reumatopr

Acompanhe a SPR
no Facebook:



fb.com
/SociedadeParanaense
deReumatologia

ENCARE DE FRENTE

e modifique a progressão da doença, retardando o declínio da função pulmonar.¹

A **fibrose pulmonar** é uma das principais causas de morte nas doenças reumáticas autoimunes²

DPI associada à Esclerose Sistêmica



*pacientes fictícios

DPI associada à Artrite Reumatoide



DPI associada à Miosites



DPI associada à DMTc



OFEV® (nintedanibe) **retarda a progressão da fibrose pulmonar**, reduzindo em até **61%** o declínio da função pulmonar³.

Saiba mais em: www.referenciadocientifica.com.br

Referências: 1. Bula profissional de Ofev® (eslatato de nintedanibe). Versão aprovada pela ANVISA em 07/Jan/2021; 2. Wells AU, Denton CP. Interstitial lung disease in connective tissue disease—mechanism and management. Nat Rev Rheumatol. 2014;10(12):728–39; 3. Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, Devaraj A, Walsh SLF, Inoue Y, et al. Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. N Engl J Med. 2019;381(18):1718–27.

OFEV® (eslatato de nintedanibe) – uso adulto. **Apresentação:** cápsulas de 100 mg e 150 mg – embalagens com 60 cápsulas moles. **Indicação:** tratamento e retardo da progressão da Fibrose Pulmonar (Idiopática (FPI), tratamento da doença pulmonar intersticial associada à esclerose sistêmica (DPI-ES) e para o tratamento de outras doenças pulmonares intersticiais (DPIs) fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo. É também indicado em combinação com o docetaxel para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) localmente avançado, metastático ou recorrente, com histologia de adenocarcinoma, após primeira linha de quimioterapia à base de platina. **Contraindicações:** em casos de hipersensibilidade conhecida ao nintedanibe, amendoim, soja, ou a qualquer excipiente do produto e durante a gravidez. **Reações adversas:** FPI: diarreia, náuseas e vômitos, dor abdominal, diminuição do apetite, perda de peso, aumento das enzimas hepáticas, sangramento, rash e cefaleia. DPI-ES: diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diminuição do apetite, perda de peso, aumento das enzimas hepáticas, sangramento, hipertensão e cefaleia. Outras DPIs fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: diminuição do apetite, perda de peso, sangramento, hipertensão, diarreia, náuseas, dor abdominal, vômitos, aumento das enzimas hepáticas, lesões hepáticas induzidas por droga, rash e cefaleia. CPNPC: neutropenia (incluindo neutropenia febril), desequilíbrio eletrolítico, diminuição de apetite, sangramento, diarreia, náusea, vômito, dor abdominal, aumento de enzimas hepáticas e bilirrubina, mucosite, rash, neuropatia periférica, alopecia, sepsis, abscesso, desidratação, hipertensão, tromboembolismo venoso, trombocitopenia, perda de peso, prurido e cefaleia. **Reações adversas incomuns:** FPI: aumento de fosfatase alcalina (FA) sanguínea, hiperbilirrubinemia, hipertensão, pancreatite, tromboticopenia, lesões hepáticas induzidas por drogas, prurido e alopecia. DPI-ES: tromboticopenia, lesões hepáticas induzidas por droga, rash, prurido. Outras DPIs fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: tromboticopenia, pancreatite, hiperbilirrubinemia, prurido, e alopecia e proteinúria. CPNPC: perfuração gastrointestinal, pancreatite, lesões hepáticas induzidas por drogas. **Precauções:** Diarreia deve ser tratada com hidratação adequada e medicamentos antidiarreicos (como loperamida) e pode exigir a redução da dose ou interrupção do tratamento; se vômitos persistirem mesmo com tratamento de suporte adequado (incluindo terapia antiemética), pode ser necessário reduzir ou interromper o tratamento. Diarreia e vômitos podem levar a desidratação com ou sem distúrbios eletrolíticos, a qual pode evoluir para prejuízo da função renal. Valores de transaminases hepáticas e bilirrubina séricas devem ser avaliados antes do início do tratamento, periodicamente ou quando clinicamente indicado. Não deve ser usado em pacientes com insuficiência hepática moderada e grave (Child-Pugh B e C, respectivamente). Se qualquer elevação nos testes hepáticos estiver associada com sinais ou sintomas clínicos de danos hepáticos, por exemplo, icterícia, o tratamento com OFEV® deve ser permanentemente descontinuado. Causas alternativas de elevações nas enzimas hepáticas devem ser investigadas. Tratar pacientes com maior risco cardiovascular, incluindo doença arterial coronária conhecida, requer cuidados. A interrupção do tratamento deve ser considerada em pacientes com sinais ou sintomas de isquemia miocárdica aguda, assim como de síndrome nefrótica. Pacientes com risco conhecido para sangramento somente devem ser tratados se o benefício superar o risco. Cuidados particulares devem ser tomados quando se tratam pacientes que passaram por cirurgia abdominal prévia, têm histórico recente de perfuração de órgão oco, histórico prévio de úlcera péptica, doença diverticular ou que estejam recebendo concomitantemente corticosteroides ou anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs). Portanto, OFEV somente deve ser iniciado pelo menos 4 semanas após a cirurgia maior, incluindo cirurgia abdominal. Não deve ser usado em gestantes, pois pode causar dano fetal (categoria D), ou em lactantes. Mulheres em idade fértil devem ser aconselhadas a evitar a gravidez durante o tratamento com OFEV e a utilizar métodos contraceptivos altamente eficazes durante e pelo menos até 3 meses após a última dose. Atualmente ainda não se sabe se o nintedanibe pode reduzir a eficácia de contraceptivos hormonais e, portanto, mulheres que utilizam este método devem adicionar um método de barreira. **Interações:** O uso dos seguintes medicamentos pode aumentar ou reduzir o efeito do tratamento com nintedanibe: cetozazol, eritromicina, rifampicina, carbamazepina, fenitoína e erva-de-são-jão. **Posologia:** FPI, DPI-ES e outras doenças fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: 150 mg por via oral de 12 em 12 h junto com água e alimentos. A dose para tratamento de FPI, de DPI-ES ou de outras doenças fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo em pacientes com insuficiência hepática leve (Child-Pugh A) é de 100 mg duas vezes ao dia. CPNPC: 200 mg por via oral de 12 em 12 h. Ajustes de dose: além do tratamento sintomático, o manejo dos efeitos colaterais pode incluir a redução da dose, interrupção temporária ou suspensão do tratamento. **NECESSIDADE DE REFRIGERAÇÃO** (conserver entre 2°C e 8°C) e manter na embalagem original para proteger da umidade. Bula aprovada pela ANVISA em 22/06/2020. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS 1.0367.0173. Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda.

CONTRAINDICAÇÃO: EM CASOS DE HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AO NINTEDANIBE, AMENDOIM, SOJA OU A QUALQUER EXCIPIENTE DO PRODUTO E DURANTE A GRAVIDEZ. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** O USO DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS PODE AUMENTAR OU REDUZIR O EFEITO DO TRATAMENTO COM NINTEDANIBE: CETOCONAZOL, ERITROMICINA, RIFAMPICINA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA E ERVA-DE-SÃO-JOÃO.



Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.
PC-BR-104490. Abril de 2022



Acompanhe a Sociedade Paranaense de Reumatologia na Internet



reumatologiapr.com.br



@reumatopr



SociedadeParanaensedReumatologia



EXPERIÊNCIA BRASILEIRA APÓS FALHA
DE DMARDS CONVENCIONAIS
NA ARTRITE REUMATOIDE^{1,2}

XELJANZ[®]
citrato de tofacitinibe

MAIS DE 6 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO BRASIL²



Estudos clínicos comprovando eficácia³⁻¹⁰



9,5 anos de dados publicados de segurança⁹



Melhora nos desfechos reportados pelos pacientes
(PROs) a partir de 3 dias¹⁰ e eficácia sustentada^{9,10}



Disponível no SUS para tratamento da artrite
reumatoide e da artrite psoriásica^{11,12}



**Posologia para o
paciente de AR ou APs¹**

1 Comprimido 5mg
2X ao dia¹

COMPRIMIDO¹

- SEM injeções¹
- SEM infusões¹
- SEM jejum¹

SUS: Sistema Único de Saúde; APs: Artrite Psoriásica; AR: Artrite Reumatoide

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Bula de Xeljanz, aprovada pela ANVISA, disponível em www.pfizer.com.br/bulas/xeljanz. 2. DOI Xeljanz: 08/12/2014, acesso em 01/06/2021, disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/81951279/dou-suplemento-secao-1-08-12-2014-pg-13>. 3. Fleischmann, R., et al. (2012). "Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 367(6): 495-507. 4. Van Vollenhoven, R.F., et al. (2012). "Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis." *New England Journal of Medicine* 367(6): 508-519. 5. Burmester, G.R., et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in combination with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis with an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: a randomised phase 3 trial." *The Lancet* 381(9865): 451-460. 6. Kremer, J., et al. (2013). "Tofacitinib in combination with nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with active rheumatoid arthritis: a randomized trial." *Annals of Internal Medicine* 159(4): 253-261. 7. Van Der Heijde, D., et al. (2013). "Tofacitinib (CP-690,550) in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate: twelve-month data from a twenty-four-month phase III randomised radiographic study." *Arthritis & Rheumatism* 65(3): 559-570. 8. Fleischmann, R., et al. (2017). "Efficacy and safety of tofacitinib monotherapy, tofacitinib with methotrexate, and adalimumab with methotrexate in patients with rheumatoid arthritis (ORAL Strategy): a phase 3b/4, double-blind, head-to-head, randomised controlled trial." *The Lancet* 390(10093): 457-468. 9. Wollenhaupt, J., et al. (2019). "Safety and efficacy of tofacitinib for up to 9.5 years in the treatment of rheumatoid arthritis: final results of a global, open-label, long-term extension study." *Arthritis research & therapy* 21(1): 89. 10. Strand, V., et al. (2015). "Effects of tofacitinib monotherapy on patient-reported outcomes in a randomized phase 3 study of patients with active rheumatoid arthritis and inadequate responses to DMARDs." *Arthritis research & therapy* 17(1): 307. 11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil (PCDT 2020). Acesso em 12/06/2021, disponível em http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PortariaConjunta_05_PCDT_ArtriteReumatoideJuvenil_2020.pdf. 12. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20210531_PCDT_min_artrite_psoriastica.pdf

XELJANZ[®] (citrato de tofacitinibe) 5 mg ou 10 mg, uso oral. **Indicações:** uso adulto para pacientes com: artrite reumatoide ativa moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada a um ou mais medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs), artrite psoriásica ativa que apresentaram uma resposta inadequada ou intolerância a medicamentos que bloqueiam o fator de necrose tumoral (TNF) e com colite ulcerativa ativa moderada a grave com uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a corticosteroides, azatioprina (AZA), 6 mercaptopurina (6-MP) ou antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao Xeljanz[®] ou a qualquer componente da formulação, pacientes com tuberculose ativa, infecções graves, como seps, ou infecções oportunistas, insuficiência hepática grave, e pacientes grávidas ou que estejam amamentando. **Advertências e Precauções:** Não iniciar Xeljanz[®] em pacientes com uma infecção ativa, incluindo infecções localizadas. Deve-se avaliar e testar quanto à presença de tuberculose latente ou ativa antes e por diretrizes aplicáveis durante a administração de Xeljanz[®]. Considerar terapia antituberculose antes da administração de Xeljanz[®] em pacientes com uma história de tuberculose latente ou ativa, e para pacientes com um teste negativo para tuberculose latente, mas que possuem fatores de risco para uma infecção por tuberculose. Monitorar o desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção, incluindo tuberculose, durante e após o início do tratamento com Xeljanz[®]. Interromper o tratamento se o paciente desenvolver infecção grave, infecção oportunista ou seps. Cautela ao tratar idosos e diabéticos devido à maior incidência de infecções, e também em pacientes com histórico de doença pulmonar crônica já que podem estar mais propensos a infecções. Casos de reativação do vírus do herpes (por exemplo, herpes zoster) foram observados em estudos clínicos com Xeljanz[®]. O risco de herpes zoster parece ser maior em pacientes japoneses e coreanos. Cautela nos pacientes com maior risco de perfuração gastrointestinal. Tromboembolismo venoso (TEV) foi observado em pacientes que tomavam Xeljanz[®] em ensaios clínicos e relatórios pós-comercialização. Avalie os pacientes quanto a fatores de risco para TEV. Cautela em pacientes com fatores de risco conhecidos para fraturas, como idosos, sexo feminino e uso de corticosteroides. Pacientes com colite ulcerativa, devem usar a menor dose efetiva e Xeljanz[®] 10 mg duas vezes ao dia deve ser usado pelo menor tempo necessário para alcançar/manter a resposta terapêutica. Deve-se ter cuidado no tratamento de idosos, fumantes ou ex-fumantes e com outros fatores de risco cardiovascular. Considerar os riscos e os benefícios do tratamento com Xeljanz[®] antes de iniciar a terapia em pacientes com uma malignidade atual ou um histórico de malignidade que não seja câncer de pele não melanoma tratado com êxito ou ao considerar continuar o Xeljanz[®] em pacientes que desenvolvam uma malignidade. Não é recomendado iniciar o tratamento em com contagem baixa de linfócitos (menos de 500 células/mm³) devido a uma maior incidência de infecções. Não é recomendado iniciar o tratamento em pacientes com contagem absoluta de neutrófilos (CAN) menor do que 1000 células/mm³. Se CAN persistente de 500-1000 células/mm³, interromper a administração até que CAN seja maior do que 1000 células/mm³. Não é recomendado iniciar o tratamento com hemoglobina (Hb) <9 g/dL. Interromper o tratamento quando Hb <8 g/dL ou quando Hb diminuir >2 g/dL durante o tratamento. O tratamento com Xeljanz[®] foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos. O tratamento com Xeljanz[®] foi associado com um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas e a monitorização hepática de rotina e pronta investigação das causas da elevação das enzimas são recomendadas. Se houver suspeita de lesão induzida por drogas, interromper a administração de Xeljanz[®]. Reações como angioedema e urticária foram observadas em pacientes que receberam Xeljanz[®], alguns eventos foram graves e muitos ocorreram empadentes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, interrompa prontamente o uso de tofacitinibe enquanto tanto avalia a causa ou as causas potenciais da reação. Recomenda-se que vacinas vivas não sejam administradas concomitantemente com Xeljanz[®]. A segurança e eficácia de Xeljanz[®] não foram estabelecidas em menores de 18 anos de idade. **Gravidez:** Categoria de Risco D: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez. **Lactação:** Mulheres não devem amamentar durante o tratamento com Xeljanz[®]. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. Este medicamento contém lactose. **Reações adversas:** Reação Comum (ocorre entre 1% e 10% dos que utilizam o medicamento): pneumonia, gripe, herpes zoster, infecção do trato urinário, sinusite, bronquite, nasofaringite, faringite, anemia, cefaleia, hipertensão, tosse, dor abdominal, vômitos, diarreia, náusea, gastrite, dispnéia, rash, artralgia, piroxia, edema periférico, fadiga, aumento de creatina fosfoquinase no sangue. Reação Incomum (ocorre entre 0,1% e 1% dos que utilizam o medicamento): tuberculose, diverticulite, pielonefrite, celulite, herpes simples, gastroenterite viral, infecção viral, câncer de pulmão, cânceres de pele não melanoma, leucopenia, linfopenia, neutropenia, dislipidemia, hiperlipidemia, desidratação, insônia, parestesia, infarto do miocárdio, dispnéia, congestão sinusal, esteatose hepática, eritema, prurido, dor musculoesquelética, induração articular, tendinite, aumento de enzimas hepáticas, aumento de transaminases, teste de função hepática anormal, aumento de gama glutamiltransferase, aumento de creatinina no sangue, aumento de colesterol no sangue, aumento do LDL-colesterol, aumento de peso, distensão de ligamento, distensão muscular, tromboembolismo venoso. Reação Rara (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos que utilizam o medicamento): seps, uroseps, tuberculose disseminada, fascíte necrotizante, bacteremia, bacteremia stafilocócica, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, pneumonia pneumocócica, pneumonia bacteriana, encefalite, infecção micobacteriana atípica, infecção por citomegalovírus, artrite bacteriana, linfoma. Muito Rara (ocorre abaixo de 0,01% dos que utilizam o medicamento): tuberculose do sistema nervoso central, meningite criptocócica, infecção pelo complexo *Mycobacterium avium*. Desconhecida (frequência não pode ser estimada a partir dos dados disponíveis): hipersensibilidade ao medicamento, angioedema, urticária. **Interações:** Evitar combinação com DMARDs biológicos e imunossuppressores potentes tais como azatioprina e ciclosporina devido à possibilidade de imunossupressão aumentada e risco aumentado de infecção. Reduzir dose de Xeljanz[®] para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia, ou para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia, quando em uso de inibidores potentes de CYP3A4 (ex: cetoconazol) e em pacientes que recebem uma ou mais medicações concomitantes que resultem na inibição moderada da CYP3A4 e inibição potente da CYP2C19 (ex: fluconazol). A coadministração com indutores potentes de CYP pode resultar em perda ou redução da resposta clínica (ex: rifampicina). **Posologia:** Artrite Reumatoide: Xeljanz[®] pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs não biológicos. A dose recomendada é 5 mg, duas vezes ao dia. Artrite Psoriásica: dose recomendada de Xeljanz[®] é de 5 mg administrada duas vezes ao dia, em combinação com DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs). Colite ulcerativa: dose recomendada de Xeljanz[®] é de 10 mg duas vezes ao dia para indução por pelo menos 8 semanas e 5 mg duas vezes ao dia para manutenção. Nenhum ajuste de dose é necessário em pacientes com 65 anos de idade ou mais, ou com comprometimento renal leve ou com comprometimento hepático leve. Se comprometimento renal ou hepático moderado, a dosagem deve ser reduzida para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia e para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia. Pacientes submetidos à hemodiálise devem receber a dose de Xeljanz[®] após a sessão do dia. Caso essa tenha sido administrada antes do procedimento de diálise, doses suplementares não são recomendadas no período pós-dialise. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MS – 1.2110.0465.** Para informações completas, consulte a bula do produto (XELCOR_55). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda. Rua Alexandre Dumas, 1.860 – Chacara Santo Antônio, São Paulo – SP – CEP 04717-904 Tel.: 0800-0160625. www.pfizer.com.br/Wyeth é uma empresa do Grupo Pfizer.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA MAIS FREQUENTE: NÃO UTILIZAR O PRODUTO EM COMBINAÇÃO COM MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS E IMUNOSSUPRESSORES POTENTES COMO AZATIOPRINA OU CICLOSPORINA. **CONTRAINDICAÇÃO MAIS FREQUENTE:** HIPERSENSIBILIDADE AO XELJANZ[®] OU A QUALQUER COMPONENTE DE SUA FORMULAÇÃO.

Wyeth
Grupo Pfizer

SQC
0800-0160625
www.wyeth.com.br

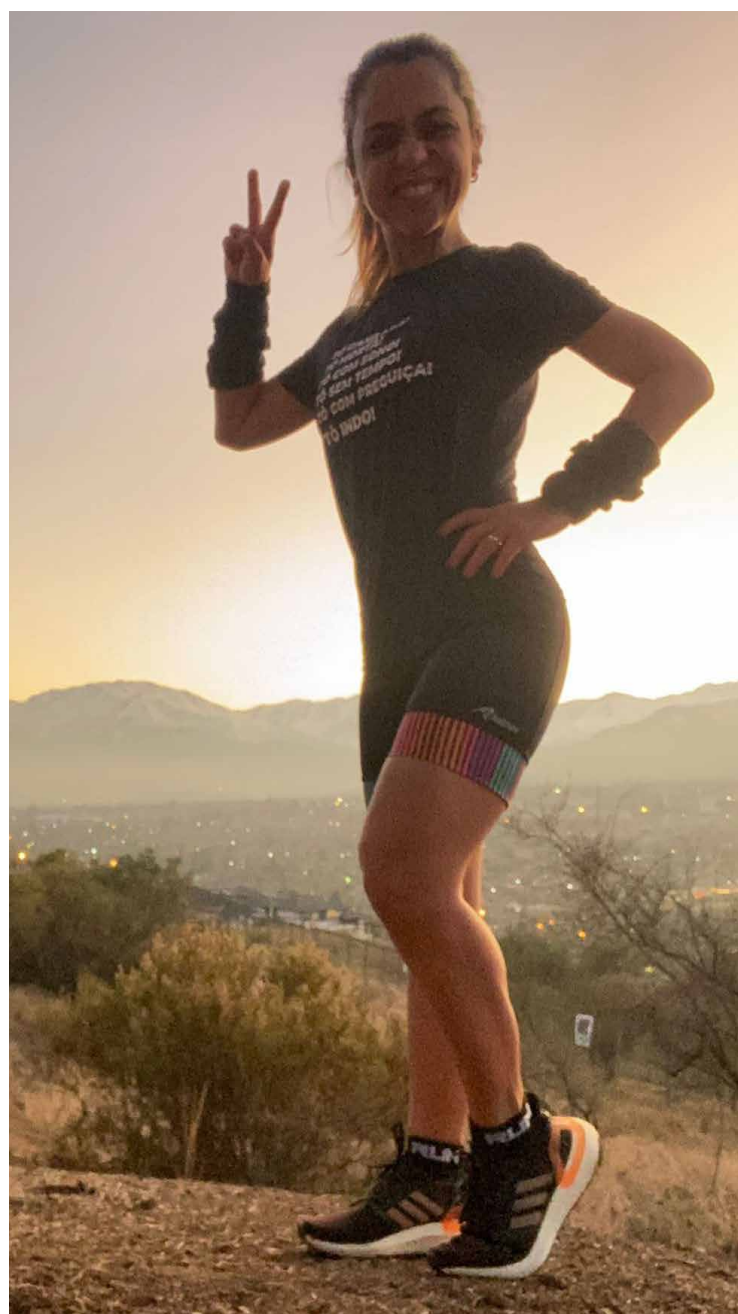
SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

Material de distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.
Proibida a reprodução ou compartilhamento com terceiros

Fale Pfizer
0800-7701575
www.pfizer.com.br

Pfizer

PP-XEL-BRA-0542 - Abril/2022





Do sofá para a vida de Forrest Gump



Dr^a. SINARA FREITAS
reumatologista

Para quem não me conhece, sou Sinara Freitas, médica reumatologista em Curitiba, e, além da minha família e da medicina, minha outra paixão é por corridas de rua.

E é diretamente do Congresso PANLAR em Miami, depois de encher o tanque de endorfinas correndo 15km no ciclo preparatório para mais uma maratona, que eu me sento, e escrevo.

E lembro que nem sempre foi assim... Nunca gostei de atividade física. Na infância, fugia das aulas de educação física. Depois, já adulta, fiz várias matrículas em academia, chegava a pagar 6 meses adiantados, mas ia só no primeiro e logo desistia.

Vida bem corrida, trabalhando fora o dia inteiro, e chegando em casa tendo que cuidar de filho pequeno e lidar com afazeres domésticos, então o sofá virou um grande amigo. E quanto mais sedentária, mais cansada eu ficava. Um ciclo vicioso que parecia não ter fim. Até que, numa conversa com a vizinha em janeiro de 2016 (lembro muito bem deste café), duas mulheres com vidas muito parecidas, decidimos começar a caminhar dentro do próprio condomínio onde moramos, um lugar seguro, no único horário que podíamos- às 6 horas da manhã. Assim, todas as segundas, quartas e sextas, ela batia na minha porta e caminhávamos e conversávamos por 20 a 30 minutos. Mesmo nos dias mais frios, colocávamos luvas, cachecol e touca, e seguíamos mantendo o ritmo. Mas no mês de julho daquele ano começou a chover muito, e caminhar com chuva se tornou inviável, portanto, entramos na academia do condomínio. Mas, como já falei aqui, vontade zero de fazer musculação. E não tinha muita paciência para caminhar na esteira, então comecei a alternar 3 a 5 minutos de caminhadas com 1 minuto de trote leve. Aos poucos fui invertendo essa relação, caminhando menos e correndo mais, até que, 2 meses após, quando consegui correr 3 km ininterruptos na esteira, sem precisar caminhar, decidi sair para correr no Parque Barigui- um dos mais belos de Curitiba, e que ainda é o meu lugar preferido para correr- e aquela

primeira volta de 3km em torno do lago foi inesquecível, paixão à primeira vista.

Logo, na sequência, comecei a me inscrever para as provas de corridas de rua, e a primeira delas foi a McDonald's 5K- Mulheres em Movimento em 09 de outubro de 2016 (e não, não tinha Big Mac na chegada rsrsrs). Dali em diante não parei mais.

De zero km em 2016, cheguei a 42km em 2018. Olho para trás e penso quanta loucura foi correr uma maratona naquele ano! Iniciei 2018 começando a correr 10km e sonhando em progredir e terminar com os 15 km da São Silvestre em dezembro. Mas em março uma amiga me convidou para correr 21km revezan-

do com ela na Maratona de Foz do Iguaçu em setembro, e, impulsionada pela vontade de correr cada vez mais, em maio já tinha feito a primeira Meia Maratona (21km). E em novembro corri minha primeira Maratona, aqui em Curitiba, considerada uma das mais difíceis do Brasil pela altimetria do trajeto. Meus primeiros 42,195km (e numa corrida interminável como essa valorizamos muito os 195 metros do final)! Eu não tinha treino, não tinha fôlego. Lembro que, quando avistei a placa do km 40, falei para uma amiga que faltavam exatamente 40 dias para eu completar 40 anos de vida. Loucura mental, devo ter fritado alguns neurônios ali. Por outro lado, eu tinha amigos que me apoiaram... e ti-

nha meu filho de 8 anos me esperando para correr os últimos 500 metros comigo, que quando me viu falou: "mãe, eu sabia que você ia conseguir". Quando as pernas lhe faltam, você corre com a mente, e com o coração! A emoção de cruzar aquela linha de chegada... toda vez que lembro, eu choro. E já maratonista, cumpri a promessa de finalizar 2018 correndo a São Silvestre, outra experiência sensacional, que recomendo que façam pelo menos uma vez na vida.

Correr é uma forma de conhecer e explorar novos lugares. A cada viagem que planejo, seja de férias com família ou para estudos, sempre estudo com antecedência o lugar para ver onde é melhor e mais bonito para correr.



Em janeiro de 2019 fui para o Winter Rheumatology Symposium do Congresso Americano de Reumatologia (ACR) pensando em correr por lá, mas teria que colocar correntes nos tênis (parecidas com as que se colocam nos pneus de carros para dirigir em estradas com neve) para não escorregar, então desastrada que sou, e com baixa massa óssea para idade, achei mais prudente preservar meus fêmures e troquei a corrida por passeios em teleférico e descidas em trenó e boias. No mesmo ano, em 2017, corri pelo belo Parque Bom Retiro em Madri durante o Congresso Europeu de Reumatologia- EULAR, e em 2018, no ACR em Chicago, um grupo de turistas chineses pediu para tirar foto com a moça que estava correndo só de camiseta de manga curta no frio de 2 graus... new friends from China, mal sabem eles que corro em Curitiba, famosa por ter as 4 estações do ano no mesmo dia. Ainda em 2019 também corri uma meia maratona em São Francisco-Califórnia, maravilhada com a Golden Gate vista de pertinho, num raro momento com poucas nuvens.

Em janeiro de 2019 fui para o Winter Rheumatology Symposium do Congresso Americano de Reumatologia (ACR) pensando em correr por lá, mas teria que colocar correntes nos tênis (parecidas com as que se colocam nos pneus de carros para dirigir em estradas com neve) para não escorregar, então desastrada que sou, e com baixa massa óssea para idade, achei mais prudente preservar meus fêmures e troquei a corrida por passeios em teleférico e descidas em trenó e boias.

Ainda em 2019 também corri uma meia maratona em São Francisco- Califórnia, maravilhada com a Golden Gate vista de pertinho, num raro momento com poucas nuvens. Já revisei Orlando, Paris e Lisboa-correndo.

Em agosto de 2019 utilizei o pretexto da corrida do Dia dos Pais para mobilizar a família. Ver meu pai, meu filho, meus irmãos, cunhado e sobrinhos correndo juntos os 3 km da prova- momento raro e preciosos- guardo com carinho.

A corrida me ensinou muitas coisas. A tomar mais água e cuidar melhor da alimentação. A querer melhorar, a ter mais foco, a ser uma pessoa mais disciplinada, mas o melhor de tudo foram os amigos que fiz. Amigos de verdade, amizades verdadeiras, que extrapolam o universo da corrida, dentro e fora da corrida, que guardo no coração, para a vida. Correr com amigos é uma alegria inexplicável. Desde o combinar para correr juntos no final de semana, até participar das provas de corrida de rua... as provas então, aquela alegria, o encontro da galera cedinho, a emoção da largada, o pessoal da torcida, o cruzar e ver amigos cruzando a linha de chegada, e aquele cafezinho depois para comemorar... bons tempos de corrida de rua!



Mas aí veio a pandemia, e o medo de não sobreviver ao caos instalado. Nós médicos absorvemos grande parte desse impacto. Pacientes, familiares e amigos questionando, adoecendo, morrendo... nesses tempos tão difíceis e de tantas incertezas, agradei por ter uma válvula de escape, uma motivação extra para seguir em frente.

Na pandemia tivemos que adaptar nossas relações familiares e sociais, nossa maneira de trabalhar, nossos gastos financeiros, e no âmbito da corrida não foi diferente. Aprendi a correr sozinha, de máscara, e cada vez mais cedo. Aliás, cansada de lutar contra um sono

entrecortado e insônia terminal de uma vida, decidi levantar da cama e sair para correr, muitas vezes ainda na madrugada. Tenho acordado entre 4:00 e 4:30 para correr 4 vezes por semana (e mais 2 vezes para academia às 5:30). Resolvi meu problema de insônia? Confesso que não. Mas consegui transformá-lo em algo útil. Correr cedo me deixa mais disposta, e o dia dura e parece que rende mais. Fora a sensação do dever cumprido por já ter ido. Também consegui unir insônia e corrida com outra paixão, a de apreciar o nascer do Sol. Colírio para os olhos e calmante para a alma. Meus locais preferidos para isso são o Parque Barigui em Curitiba e a Praia de Ibirapuera em Imbituba/SC.

E a gente se adapta... há dois anos corro na maioria

das vezes sozinha, e cada vez mais cedo

Falo para os pacientes que hoje em dia vivemos fácil até os 90 anos de idade, mas com o corpo que temos. E que é muito triste envelhecer com mente boa e corpo ruim. Por isso precisamos ter compromisso com nossa saúde, cuidando dotemos que cuidar do nosso corpo e da nossa mente, todos os dias.

Mas claro que corrida não é atividade física, é esporte. E, como todo esporte, um dia você vai se machucar. Então é preciso estar preparado, com equipe de apoio, muitas vezes envolvendo educadores físicos, fisioterapeutas, ortopedistas e massoterapeutas. Já tive 3 fraturas de estresse em tornozelo, tendinite quadril e sobrecarga com edema ósseo em joelho, tudo isso correndo. Aprendi na dor a importância do fortalecimento muscular, e por isso há quase 5 anos faço academia duas vezes por semana, religiosamente. Também senti na pele os benefícios da massagem de liberação miofascial, que muitas vezes indicamos para nossos pacientes com dor miofascial crônica e fibromialgia. Desfazer os nozinhos de músculos que muitas vezes são indolores e imperceptíveis, mas que “prendem” os movimentos das articulações, deixa a corrida mais fluida, mais solta.

Em 2021, depois de passar quase o ano inteiro treinando sozinha para a segunda maratona, e cansada de esperar por todos os adiamentos que a empresa organizadora da corrida realizava em virtude da pandemia, decidi criar a minha própria maratona: em 09 de outubro, cercada de amigos no meu adorado Barigui, corri a Maratona da Si. Meu dia, meus amores e meus amigos por perto. Terminei sorrindo e cantando, uma alegria que não cabia no peito.

Comecei 2022 com a meta de subir a famosa Serra do Rio do Rastro em SC. Mas como só treinava em locais planos, tive que mais uma vez sair da zona de conforto, e aprender a subir morros. Diferente técnica, outros grupos musculares mais utilizados, novas dores. Mas é fora da zona de conforto que se cresce e

se fortalece. Subi 2 vezes os 900 metros de elevação da Serra da Graciosa em Morretes/PR como parte do treinamento. Subi aquilo tudo duas vezes, e nem medalha tinha... muito injusto isso rsrsrs. E no dia da prova Deus me presenteou com um céu azul dos mais lindos. Eu só olhava aquelas gigantescas montanhas verdes cercadas de azul no fundo, e agradecia. No passo curtinho da vovó corredora eu fui, seguindo a dica de um amigo de, no trecho mais difícil, contar postes, alternado trote com caminhada, antes que o corpo entrasse em exaustão. Assim eu absorvi toda a energia do lugar, agradeci e sorri. Câimbras, cansaço físico, dor muscular? Claro que sim. Prova difícil. Subir quase 2mil metros em 25km, sendo 1000m do km 18 ao 24, não é brincadeira. A Serra lhe exige muito, não lhe perdoa. Mas... sofrimento? Posso dizer que não. Arrependimento, vontade de desistir? Menos ainda. Já está anotado na agenda- ano que vem volto lá, mas dessa vez para correr os 42k.



Em maio deste ano corri 32 km em revezamento na Insane 100K Experience- uma corrida de 100km na Estrada Real em Minas Gerais, de Santo Antônio do Leite até Ouro Preto. Experiência de corrida, parceria e amizade. Mergulhar na História do Brasil, correndo. Também recomendo.

Nessas últimas férias de julho também corri em Santiago no bairro onde fiquei hospedada com a família, apreciando o espetáculo do

sol nascendo e refletindo nas montanhas de neve. E subi para o Valle Nevado de van, olhando a paisagem e pensando como seria gostoso subir aqueles 2500 metros de elevação correndo. Loucura? Provavelmente sim..., mas com foco, disciplina e preparo, o corpo alcança o que a mente acredita. Mente forte leva o corpo a lugares que ele acharia que não conseguiria ir. E quando a mente falha, o corpo sabe exatamente o que fazer.

Mais do que esporte, a corrida é meu alívio mental. Dias de foco e concentração total. Algumas vezes distraída, aproveitando o tempo correndo para resolver as coisas da vida. Outras vezes apenas curtindo a paisagem e absorvendo a energia do lugar.

E assim eu sigo, querendo cada vez mais. Mais desafios, mais corridas, mais endorfinas circulantes. Entendo nada de carros, mas gosto de correr até quase fundir o motor. Essa vida de Forrest Gump... quanto mais tempo na pista, mais adrenalina liberada. A duas semanas da minha tão sonhada Maratona de Floripa, e a dois meses da primeira ultramaratona de 50km no sol escaldante e nas paisagens estonteantes de Fernando de Noronha, em outubro, eu só agradeço a minha decisão de, há 6 anos, ter saído do sofá.

E digo que sempre há tempo de começar e recomeçar. Experimente sair da rotina, fazer algo novo, desafiar-se. Fazer algo que lhe motive, que lhe traga alegria, saúde física e benefício mental. Não precisa correr. Pode caminhar, pedalar, dançar, nadar, ir para academia, enfim, mexer o corpo para uma coisa boa. E se puder fazer isso e se apaixonar como eu me apaixonei pela corrida, tenho certeza de que será o melhor caminho, sem volta.

Título:
*Do sofá para a vida de
Forrest Gump*

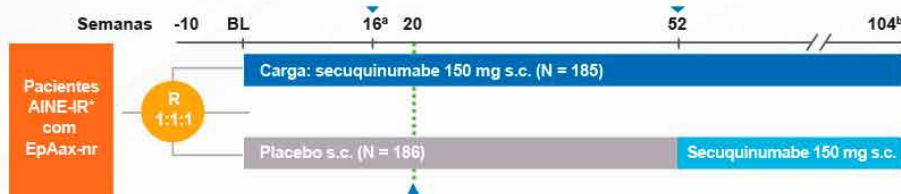
Autora:
Sinara Freitas



ESTUDO PREVENT¹

PREVENT é o maior estudo de EpAax-nr para uma medicação biológica, com 555 pacientes randomizados em 24 países, com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança do tratamento com secuquinumabe em pacientes com EpAax-nr ativa.

Desenho do estudo



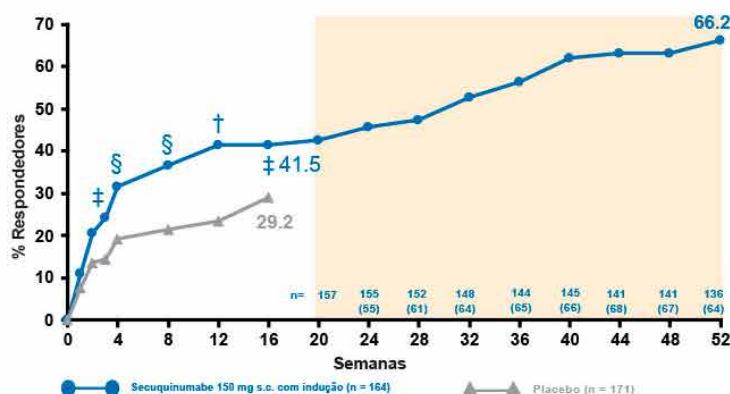
A mudança para SEC braço aberto foi realizada sem a necessidade de parâmetros específicos de eficácia.

*Pacientes falhados previamente com AINE.

Objetivo primário

- Demonstrar superioridade de secuquinumabe 150 mg s.c em relação a placebo em pacientes naive para anti-TNF com base na resposta ASAS40 na Semana 16.

Resposta ASAS 40 em pacientes naive de biológico²

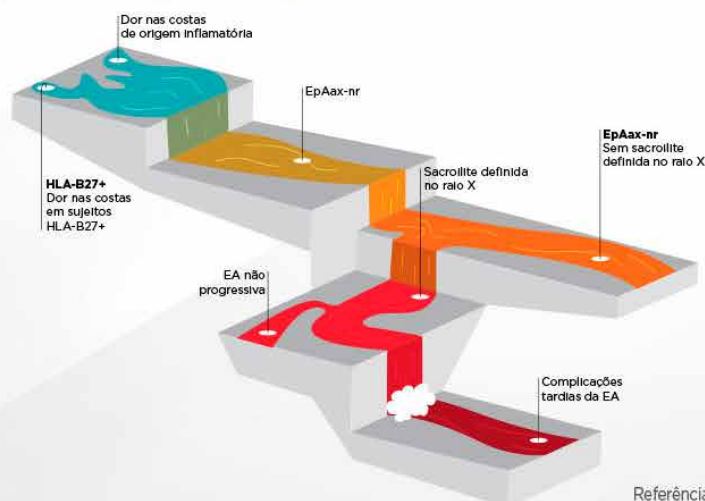


†p<0,001; §p<0,01 e ‡p<0,05 vs placebo. Valores de p não ajustados na semana 16. Valores n entre parênteses são o número de pacientes avaliáveis que mudaram para secuquinumabe aberto após a Semana 20. Resposta NRI até a semana 16, como observado (sombreado) até a Semana 52.

Conclusão

- Secuquinumabe 150 mg atingiu o desfecho primário (ASAS40) na Semana 16 e Semana 52 em pacientes naives de imunobiológicos com EpAax-nr. Todos os desfechos secundários foram atendidos na Semana 16 ou 52.
- Secuquinumabe proporcionou melhora significativa em BASDAI50, BASFI, edema articular SI na RM e ASAS PR até a Semana 16 ou 52.
- Secuquinumabe demonstrou melhoras rápidas, a partir da Semana 1 (alteração BASDAI).
- O perfil de segurança do secuquinumabe foi consistente com estudos anteriores.

A Espondilite Anquilosante e a Espondiloartrite Axial Não Radiográfica (EpAax-nr) são espectros de uma mesma doença, a Espondiloartrite Axial.²



O TEMPO IMPORTA: PACIENTES TRATADOS PRECOCEMENTE TÊM MAIS CHANCE DE BOA RESPOSTA⁶⁻⁸

Guideline da Sociedade Brasileira de Reumatologia

recomenda uso de biológicos para tratar espondiloartrites axiais com sinais objetivos de inflamação, como PCR e/ou presença de sacroilite na RNM (parâmetros particularmente importantes na EpAax-nr).⁹

Referências da imagem:³⁻⁵

Referências bibliográficas: 1. Deodhar A et al. Secukinumab improves signs and symptoms of non-radiographic axial spondyloarthritis: primary results of a randomized controlled phase III study. *Arthritis Rheumatol.* 2020 Aug 7. 2. van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 3. Garg N, et al. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014;28:663-72. 4. Malaviya AN, et al. *Int J Rheumatol.* 2017. Article ID 1824794. 5. Deodhar A. *The Rheumatologist*, 2014 issue. 6. Haibel H, et al. *Arthritis Rheum* 2008;58:1981-91. 7. Rudwaleit M, et al. *Ann Rheum Dis* 2004;63:665-70. 8. Sieper J and Rudwaleit M. *Ann Rheum Dis* 2005;64:iv61-iv64. 9. Resende GG, Meirelles ES, Marques CDL, et al. The Brazilian Society of Rheumatology guidelines for axial spondyloarthritis - 2019. *Adv Rheumatol.* 2020;60(1):19. Published 2020.

BR-21187.

Produzido pela Novartis em abril/2022. Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos. 2022 - © - Direitos reservados - Novartis Biociências S/A - Proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização do titular.

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Dicas Culturais:

Séries

Only Murders in the Building *Sandman*

Autora:

Ana Luísa Berti Guimarães Sella



Indicar séries é sempre complicado, ainda mais se não temos absoluta certeza do público ao qual nos endereçamos.

Mas tarefa é tarefa, então vamos começar com as duas que venho acompanhando e que acho que de forma diversa, entretêm e divertem.

Para começar, comentaremos sobre uma série recentemente indicada ao Emmy 2022, chamada Only Murders in the Building.

Apesar do nome mórbido e do tema que pode parecer ainda mais mórbido, uma série que traz Steve Martin e Martin Short não poderia ser das mais trágicas, não é mesmo?

E para fechar o trio que protagonizará nossa série,

temos Selena Gomez, nossa lúpica mais famosa.

OMTB fala sobre três vizinhos, Charlie, Oliver e Mabel - viciados nos populares podcasts de “true crime” - do Upper West Side, do fictício Edifício Arconia, onde ocorre um assassinato, sem suspeitos.

A partir disso, as personagens iniciarão seu próprio programa, que dá nome à série, e sua própria investigação.

Parece que vamos para mais uma série de suspense, mas Only Murders é bem mais do que isso.

Uma mistura inteligente de humor, suspense, relações familiares e amizade, abordando de forma cômica uma ficção policial, Only foi um acerto em cheio.

Bem produzida, com performances excelentes dos

atores principais, uma química impecável entre os 3 e várias participações para lá de especiais, como Nathan Lane, Tina Fey, Amy Schumer e Sting, a série parece ter se consolidado como uma das mais interessantes do gênero nos últimos anos.

Atualmente na segunda temporada, com desdobramentos do primeiro crime, vale muito a pena conferir, especialmente quem está precisando de uma série leve (na medida do possível, em se tratando de assassínatos) para relaxar.

E para quem gosta da linda Nova Iorque, vários lugares emblemáticos em Manhattan, para matar um pouquinho as saudades.

Vocês podem conferir Only Murders...no Starplus, a

tuos, que após uma malograda tentativa de um mago em controlar a Morte (irmã de Morfeu), acaba aprisionado por 116 anos.

Após sua libertação acidental, Morfeu retorna ao mundo dos Sonhos, perdido em caos e destruição após sua ausência, em busca de retomar seus instrumentos de trabalho: o Elmo, o Rubi, e a Areia. Nesse retorno, Morfeu, também chamado Sonho, encontra suas irmãs e irmãos, sua bibliotecária Lucienne (com uma interpretação excelente de Vivienne Acheampong), as entidades que habitam o mundo dos sonhos, as aliadas e aquelas que são suas inimigas. Muito se desenrolará a partir dessa premissa, com episódios dinâmicos, cheios de detalhes, de seres



plataforma de streaming da Disney.

Minha segunda dica, eu diria que é uma dica dupla.

Disponível recentemente no Netflix, e seguindo nos mais assistidos da plataforma nas últimas semanas, Sandman reúne duas paixões pessoais: o fantástico e Neil Gaiman.

Muito mais conhecido pelo sublime livro Deuses Americanos, e personagens como a doce Coraline, Neil é um dos meus autores favoritos, e além de trazer sua famosa e homônima história em quadrinhos para as telinhas, com mais um toque de modernidade, Neil ainda é um dos produtores da série.

The Sandman conta a história de Lorde Morfeu, o Rei do Mundo dos Sonhos, um dos chamados Perpé-

mitológicos, referências históricas e posso garantir que ninguém se arrependerá de se envolver nesse mundo onírico e cheio de poesia.

Destaco ainda a atuação contida e distinta de Tom Sturridge, ator britânico pouco conhecido, mas que já se torna um nome promissor para os próximos anos. A série ainda conta com nomes como Stephen Fry e Mark Hamill, o que aos puristas do cinema nerd, já diz muito.

Convido vocês então a conhecerem essas minhas duas indicações, e quem sabe, até conferir um dos livros de Neil Gaiman?

Divirtam-se!



REUMATO

Em Revista

Fale com a gente:
Dr. Valderílio Feijó Azevedo
E-mail: valderilio@hotmail.com

Secretaria da SPR:
reumatopr@gmail.com

Acompanhe a
Sociedade Paranaense de Reumatologia
na Internet



reumatologiapr.com.br



@reumatopr



SociedadeParanaensedereumatologia



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA



DESAFIE SUAS EXPECTATIVAS*

RINVOQ® (upadacitinibe) é o inibidor seletivo da JAK1 desenvolvido pela AbbVie.

Com a simplicidade de uma dose, um comprimido uma vez ao dia, RINVOQ® (upadacitinibe) oferece...

REMISSÃO

SIGNIFICATIVAMENTE MAIOR E SUSTENTADA^{1,4}

RINVOQ® (upadacitinibe) + MTX demonstrou taxas significativamente maiores de remissão vs. adalimumabe + MTX na semana 12^{1,3} e mantida até 3 anos de seguimento em pacientes MTX-IR.

RINVOQ® (upadacitinibe) + csDMARDs é a única terapia a demonstrar taxas de remissão* superiores em comparação com ADA + csDMARDs na semana 12 em pacientes bDMARD-IR.⁴

Primeira e única terapia avançada da AR a demonstrar superioridade em dois estudos Head-To-Head vs. 2 bDMARDs.^{2,4}

EFICÁCIA RÁPIDA

E CONSISTENTE^{2,7}

RINVOQ® (upadacitinibe) + MTX é a primeira terapia a demonstrar superioridade vs adalimumabe + MTX em ACR50, melhora da dor e atividade funcional na semana 12 em pacientes MTX-IR.²

RINVOQ® (upadacitinibe) + MTX demonstrou diminuição do dano estrutural na articulação²

RINVOQ® (upadacitinibe) + MTX demonstrou rápido início de ação vs. placebo + MTX (semana 2; $p < 0.001$) e ADA + (semana 2; $p < 0.001$) e ADA + $p < 0.05$) no ACR50 em pacientes MTX-IR.²

RINVOQ® (upadacitinibe) + csDMARDs demonstrou taxas consistentes de remissão entre as populações de pacientes independente da linha terapêutica com ou sem MTX.⁷

AMPLAMENTE ESTUDADO E COM PERFIL DE

SEGURANÇA

BEM CARACTERIZADO^{3,8}

O perfil de segurança de RINVOQ® (upadacitinibe) foi estabelecido por meio de uma revisão integrada de segurança de 4,5 anos, composta por 6 estudos clínicos robustos, com mais de 5000 pacientes, sendo mais de 7000 pacientes-ano de exposição.⁸

No estudo SELECT-COMPARE de extensão de 3 anos, RINVOQ® (upadacitinibe) + apresentou perfil de segurança comparável a ADA + MTX.³

Rinvoq® (upadacitinibe) + MTX foi superior a adalimumabe + MTX na semana 12 quanto às taxas de pacientes que atingiram ACR50 ($p < 0.001$), quanto à variação na dor ($p < 0.001$) e na melhora da capacidade funcional ($p < 0.001$) na semana 12 em relação à visita inicial. A terapia combinada Rinvoq® (upadacitinibe) + MTX demonstrou inibir significativamente os danos estruturais às articulações ($p < 0.001$) vs. placebo. Rinvoq® (upadacitinibe) + MTX apresentou taxas de remissão significativamente maiores ^a vs. placebo + MTX ^b e adalimumabe + MTX ($p < 0.001$) para ambas as comparações ^c. Taxas de remissão foram sustentadas até 3 anos e maiores significativamente vs. adalimumabe + MTX ($p < 0.001$).^{2,3} Rinvoq® (upadacitinibe) em monoterapia apresentou taxas importantes de remissão em pacientes MTX-IR em 84 semanas de análise.⁷ Para análise de segurança integrada, 6 ensaios clínicos de fase 3 de Rinvoq® (upadacitinibe) foram incluídos sendo 3209 pacientes que tomaram ao menos uma dose de Rinvoq® (upadacitinibe) 15 mg 1x ao dia um total de 7023.8 pacientes-ano de exposição.³

a Remissão medida por DAS28-PCR <2,6; b índice de comparação com controle por multiplicidade de Rinvoq® (upadacitinibe) + MTX e placebo + MTX; c objetivo não classificado especificado previamente não controlado por multiplicidade, valor de p nominal informado; d superioridade para ACR50, variação de dor e HAQ-DI para Rinvoq® (upadacitinibe) + MTX vs. adalimumabe + MTX na semana 12 foram objetivos secundários classificados controlados por multiplicidade; valor nominal de p fornecido.

ACR50: melhora de ao menos 50% no critério principal do American college of Rheumatology; MTX-IR: não respondedores a MTX; DMARD: droga modificadora do curso da doença

Contraindicação/Interações medicamentosas: RINVOQ® (upadacitinibe) não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência hepática grave. A exposição ao medicamento é aumentada quando coadministrado com inibidores potentes da CYP3A4 e é reduzida quando coadministrado com indutores potentes de CYP3A4.

Referências: 1. Bula do produto - RINVOQ® (upadacitinibe). 2. Fleischmann R, Pagan AL, Song IH et al. Upadacitinib Versus Placebo or Adalimumab in Patients With Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Methotrexate: Results of a Phase III, Double-Blind, Randomized Controlled Trial. Arthritis & Rheumatology 2019; 0(0): 1-13. DOI 10.1002/art.41032. 3. Fleischmann R, Mysler E, Bessette L, et al. LONG-TERM SAFETY AND EFFICACY OF UPADACITINIB OR ADALIMUMAB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: RESULTS AT 3 YEARS FROM THE SELECT-COMPARE STUDY. Ann Rheum Dis 2021; 80 (Suppl 1): 251. Abstract POS008. Poster apresentado no EULAR 2021 congresso virtual. 4. Rubbert-Roth A, Enejosa J, Pagan AL et al. Trial of Upadacitinib or Abatacept in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med. 2020 Oct 15;383(16):1511-1521. doi: 10.1056/NEJMoa2008250. 5. Burmester GR, Kremer JM, Van den Bosch F, et al. Safety and efficacy of upadacitinib in patients with rheumatoid arthritis and inadequate response to conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs (SELECT-NEXT): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2019 Jun 23;394(10139):2503-2512. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31115-2. 6. Genovese MC, Fleischmann R, Combe B, et al. Safety and efficacy of upadacitinib in patients with active rheumatoid arthritis refractory to biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs (SELECT-BEYOND): a double-blind, randomised controlled phase 3 trial. Lancet. 2018 Jun 23;391(10139):2513-2524. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31116-4. 7. Smolen JS, Pagan AL, Emery P, et al. Upadacitinib as monotherapy in patients with active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate (SELECT-MONOTHERAPY): a randomised, placebo-controlled, double-blind phase 3 study. Lancet. 2019 Jun 8;393(10188):2303-2311. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30419-2. 8. Cohen SB, van Vollenhoven R, Curtis JR, et al. Integrated 8. Safety Profile of Upadacitinib up to 4.5 Years of Exposure in Patients With Rheumatoid Arthritis. Ann Rheum Dis 2021;80 (suppl 1):328. Abstract POS0220 (Poster apresentado no EULAR 2021 congresso virtual).



Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores da área da saúde. Todos os Direitos reservados. Este material é protegido por D. Autorais e por outras Leis de proteção de propriedade intelectual. Qualquer reprodução total ou parcial, alteração, compartilhamento ou uso impróprio deste conteúdo sem autorização prévia da empresa é expressamente proibido. Esta página é parte integrante do material Anúncio promocional RINVOQ AR 2022 não devendo ser interpretada/utilizada de forma isolada. Material aprovado e distribuído em Abril/2022. BR-RNQR-220021.

Escaneie o QR Code para acessar a mini bula do produto RINVOQ® (upadacitinibe):

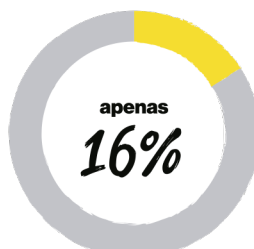


abbvie

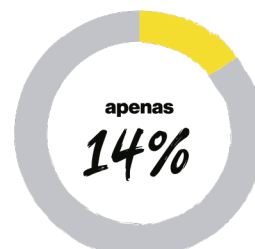


Resposta inadequada aos tratamentos atuais:¹⁻³

Apesar dos avanços, um grande número de pacientes com artrite reumatoide não atinge remissão em 6 meses



dos pacientes atingem remissão em 6 meses



dos pacientes atingem remissão sustentada

REMISSÃO SUSTENTADA⁴⁻⁶

No estudo SELECT COMPARE, o tratamento dos pacientes com artrite reumatoide com RINVOQ® (upadacitinibe) + MTX resultou em **benefício contínuo e sustentado ao longo de 3 anos de tratamento, incluindo remissão clínica.**^{4-7 *}

*Remissão clínica avaliada por DAS28 - PCR < 2,6 e CDAI < 2,8

Contraindicação/Interações medicamentosas: RINVOQ® (upadacitinibe) não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência hepática grave. A exposição ao medicamento é aumentada quando coadministrado com inibidores potentes da CYP3A4 e é reduzida quando coadministrado com indutores potentes de CYP3A4.

Referências: 1. Rivellese F, Lobasso A, Barbieri L, et al. Novel Therapeutic Approaches in Rheumatoid Arthritis: Role of Janus Kinase Inhibitors. Curr Med Chem. 2019;26(16):2823-2843. doi: 10.2174/0929867325666180209145243. 2. Yu C, Shangyi J, Wang Y, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2019 Mar;38(3):727-738. doi: 10.1007/s10067-018-4340-7. 3. Svensson B, Andersson MLE, Bala SV, et al. Long-term sustained remission in a cohort study of patients with rheumatoid arthritis: choice of remission criteria. BMJ Open. 2013 Sep 10;3(9):e003554. doi:10.1136/bmjopen-2013-003554. 4. Fleischmann R, Pagan AL, Song IH et al. Upadacitinib Versus Placebo or Adalimumab in Patients With Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Methotrexate: Results of a Phase III, Double-Blind, Randomized Controlled Trial. Arthritis & Rheumatology 2019; 71(11): 1788-1800. DOI 10.1002/art.41032. 5. Fleischmann R, Pagan AL, Song IH et al. Safety and effectiveness of upadacitinib or adalimumab plus methotrexate in patients with rheumatoid arthritis over 48 weeks with switch to alternate therapy in patients with insufficient response. Ann Rheum Dis 2019;78:1454-1462. 6. Fleischmann R, Song IH, Enejosa J et al. LONG-TERM SAFETY AND EFFECTIVENESS OF UPADACITINIB OR ADALIMUMAB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: RESULTS AT 72 WEEKS FROM THE SELECT-COMPARE STUDY. Ann Rheum Dis 2020; 79 (suppl 1): 319. Abstract THU0201. Poster apresentado no EULAR 2020 e-congress. 7. Fleischmann R, Mysler E, Bessette L, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Upadacitinib or Adalimumab in Patients With Rheumatoid Arthritis: Results at 3 Years From the SELECT-COMPARE Study. Ann Rheum Dis 2021; 80 (Suppl 1): 251; Abstract POS008. Poster apresentado no EULAR 2021 e-congress.



Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores da área da saúde. Todos os Direitos reservados. Este material é protegido por D. Autorais e por outras Leis de proteção de propriedade intelectual. Qualquer reprodução total ou parcial, alteração, compartilhamento ou uso impróprio deste conteúdo sem autorização prévia da empresa é expressamente proibido. Esta página é parte integrante do material Anúncio promocional RINVOQ AR 2022 não devendo ser interpretada/utilizada de forma isolada. Material aprovado e distribuído em março/2022. BR-RNQR-220021.

Escaneie o QR Code para acessar a mini bula do produto RINVOQ® (upadacitinibe):



abbvie

REUMATO

Em Revista

Apoio:

abbvie



Revista científica digital da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)
Presidente: Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas | E-mail: antoniocmribas@gmail.com
Editor: Valderílio Feijó Azevedo - E-mail: valderilio@hotmail.com
Jornalista: Diniz Neto - E-mail: dinizne@gmail.com | WhatsApp: (44) 99122-8715

Acesse a Sociedade Paranaense de Reumatologia na web:
Site: reumatologiapr.com.br