

REUMATO

Em Revista

Set/Out/Nov/Dez/2022 - Número 9



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

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/cgcis/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.

[illegible]

**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:**

Editorial

É um orgulho constatar que a REUMATO EM REVISTA já está em sua nona edição! Além disso, é a última edição do ano, e que nos traz um sabor peculiar de despedida e renovação de um 2022 que nos trouxe diversas novidades no cenário mundial, revelações culturais, médicas e científicas da nossa especialidade e sobretudo de vários colegas pertencentes à Sociedade Paranaense de Reumatologia. Pois é, já começamos a edição degustando as palavras do Dr. Antonio Carlos Ribas, que deixa a gestão de nossa Sociedade de forma impecável após o que parece ter sido o ápice do período pandêmico. Vamos apreciar as novidades científicas e as grandes discussões clínicas apresentadas na nossa incrível Jornada Paranaense de Reumatologia realizada em outubro.

Mas não é só isso, colegas escritores e poetas se revelam no Premio Literário João Manuel Cardoso Martins e colegas de muita capacidade técnica e científica nos agraciam com seus excelentes trabalhos apresentados para o Prêmio Acir Rachid. Não obstante essa densidade de informações, apresentamos ainda nessa edição matérias importantes com a Dr^a Andrieli Mehl sobre o papel da Ultrassonografia ungueal como ferramenta auxiliar na avaliação de pacientes com artrite psoriásica e os caminhos científicos emergentes que se revelam com o estudo da microbiota intestinal nas doenças reumáticas autoimunes apresentados pela Dr^a Lilian Schade. As valiosas Dicas Culturais, se consolidam nesta edição com as sugestões de cinema e TV da Dr^a Ana Luísa Berti.

É sempre uma satisfação agradecer nossos grandes parceiros da indústria farmacêutica que nos apoiaram na produção da REUMATO EM REVISTA. Saibam que ela é feita com muito carinho e atenção aos nossos associados, com a dedicação de colegas que, em meio a seus cotidianos de trabalho, encontram tempo para pensar, escrever, produzir matérias com o sentido de proporcionar sempre uma agradável e informativa leitura. Finalmente, devo dizer que foi uma honra ter sido o editor de nossa revista e fico mais feliz ainda ao transmitir esta responsabilidade para a Dr^a Sinara Freitas, colega e amiga reumatologista a quem tenho admiração e certeza de que assumirá de forma engajada esse papel para os próximos dois anos da nova gestão da SPR.

Que venha 2023 com sabor de renovação de nossos espíritos e que traga muita união entre os reumatologistas do Paraná e do Brasil!

Dr. Valderilio Feijó Azevedo



DR. VALDERILIO FEIJÓ AZEVEDO
Editor da REUMATO EM REVISTA

7

PALAVRA DO PRESIDENTE 2021/2022

O Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas, presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SBR), escreve sobre a gestão 2021/2022.

9

PALAVRA DO PRESIDENTE 2023/2024

O Dr. Valderilio Feijó Azevedo, presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SBR), escreve sobre a revista e gestão 2023/2024 que se inicia.



10

JORNADA HISTÓRICA E INESQUECÍVEL!

A 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia foi marcante e inesquecível. Confira mais sobre esse importante evento, realizado em outubro, no formato híbrido.

20

ULTRASSONOGRRAFIA UNGUEAL - TEM ESPAÇO NA ARTRITE PSORIÁSICA?

Artigo da Drª Andrieli Mehl.

30

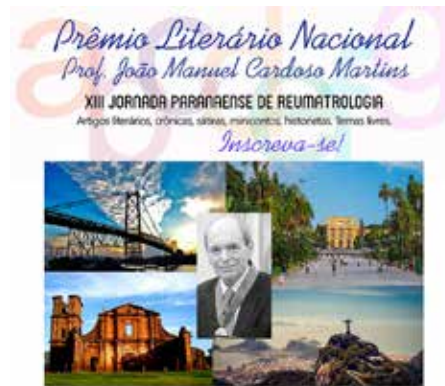
MICROBIOTA INTESTINA E AUTOIMUNIDADE

Artigo de revisão da Drª Lilian Schade.

46

DICA CULTURAL

A Drª Ana Luísa Berti Sella apresenta a dica cultural dessa edição



PRÊMIO LITERÁRIO 2022

14



PRÊMIO ACIR RACHID 2022

35



36

1º LUGAR TRABALHO ORIGINAL PRÊMIO ACIR RACHID 2022

A Drª Natalia Machado recebeu do Dr. Valderílio o troféu pelo 1º lugar. Confira o trabalho.

- 3** Palavra do Editor, Dr. Valderilio Feijó Azevedo
- 6** Diretoria Gestão 2021/2022
- 7** Palavra do Presidente - Gestão 2021/2022
- 8** Diretoria Gestão 2023/2024
- 9** Palavra do Presidente - Gestão 2023/2024
- 10** 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia, histórica e inesquecível
- 14** Vencedores do Prêmio Literário Nacional Professor João Manoel Cardoso Martins
- 16** Conto: “Ângela”, Dr. Igor Interliche
- 18** Poema: “Senecer”, Dr. Sérgio Kovalski
- 19** Conto: “Labirinto do Cuidar”, Drª Flávia Marin
- 20** Artigo: Ultrassonografia ungueal - tem espaço na artrite psoriásica? Drª Andrieli Mehl
- 30** Artigo de revisão: Microbiota intestinal e autoimunidade. Drª Lilian Schade
- 35** Vencedores do Prêmio Acir Rachid 2022
- 36** Trabalhos vencedores do Prêmio Acir Rachid 2022 - Resumos
- 46** Dica cultural. Drª Ana Luísa Berti Sella



Set/Out/Nov/Dez/2022
Edição Número 9

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

Presidente da SPR - 2021/2023:
Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas
antonio cmribas@gmail.com

Presidente da SPR - 2023/2024:
Dr. Valderilio Feijó Azevedo
valderilio@hotmail.com

Comissão de Mídias:
Coordenador 2021/2023:
Dr. Valderilio Feijó Azevedo
Coordenadora 2023/2024:
Drª Maria Cristina Singer Wallbach

Jornalista:
Diniz Neto
dinizne@gmail.com





Gestão 2021/2022

DIRETORIA EXECUTIVA

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

Vice-presidente: **Dr. Márcio 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 Gonçalo Dias**

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

COMISSÃO CIENTÍFICA

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

Dra. Juliana Simioni, Drª Márcia Bandeira, Drª Andrieli Caroline Mehl, Dr. Valderilio 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/

Instagram: @reumatopr

Caríssimos colegas e amigos:

Com o término de nossa gestão junto à Sociedade Paranaense de Reumatologia gostaria de agradecer a todos que de alguma forma participaram e contribuíram para o crescimento e engrandecimento de nossa SPR.

Os dois últimos anos foram bastante difíceis em razão da pandemia, mas superamos todas as metas de alcance das atividades da SPR aos seus associados, o que incluiu colegas em vários locais do Brasil. Com as atividades virtuais no primeiro ano de gestão e híbridas a partir de 2022, o alcance foi ainda maior e o conagração dos colegas que estiveram presentes aos eventos foi importante depois de tanto tempo de distanciamento social.

Foram feitas profundas modificações no Estatuto da SPR como todos puderam conhecer e a criação da Comissão de Mídias e da Comissão de Eventos pôde trazer um benefício enorme à SPR, que foi apresentada a todos os públicos, leigo e médico, através das mídias sociais. Pudemos conhecer, também, novas formas e locais para os eventos da SPR.

Nossa XIII Jornada foi um sucesso, com palestras de alto gabarito e muito aproveitada por todos os associados.

Agradecemos a todos os membros da diretoria da SPR no biênio 2021-2022, a todos os palestrantes convidados para as nossas reuniões e jornadas e principalmente aos associados que continuam acreditando no crescimento da nossa Sociedade. Um agradecimento especial à nossa secretária Luciane, sempre incansável em coordenar os trabalhos de secretaria.

Também aproveito para agradecer a parceria da indústria farmacêutica, ativamente presente nos eventos da SPR e com grande confiança no crescimento da nossa Sociedade.

Parabéns a todos por se associarem à Sociedade Paranaense de Reumatologia. Foi uma honra muito grande ter presidido a SPR nos dois últimos anos. Muito obrigado a todos.



DR. ANTONIO CARLOS MONTEIRO RIBAS,
Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia
Gestão 2021/2022



Gestão 2023/2024

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: DR. VALDERILIO FEIJÓ AZEVEDO

Vice-presidente: DRª CAROLINA DE SOUZA MÜLLER

Secretária-Geral: DRª DEBORAH NEGRÃO GONÇALO DIAS

1º Secretário: DR. CARLOS FREDERICO RODRIGUES PARCHEN

Tesoureiro Geral: DRª CHAYANNE NATIELLE ROSSETTO

1ª Tesoureira: DRª SINARA DA SILVA FREITAS

Diretora Científica: DRª DEBORA KARINE MARINELLO

COMISSÃO DE MÍDIAS:

Coordenadora: DRª MARIA CRISTINA SINGER WALLBACH



*Deborah Negrão Gonçalo
Dias, Debora Karine
Marinello,, Sinara da Silva
Freitas, Valderilio Feijó
Azevedo, Chayanne Natielle
Rosseto e Carlos Frederico
Rodrigues Parchen*

Palavras do novo presidente da SPR

Presidir significa dirigir, guiar, governar e o ato da presidência traz consigo responsabilidade e respeito aos interesses daqueles que são guiados, dirigidos. Não se preside quase nada sozinho em se tratando de organizações. A excelência sempre deverá estar na qualidade do trabalho em grupo, no coletivo, nas realizações do conjunto dos que aceitam o desafio e contribuem, cada um dividindo as responsabilidades, ações e ideias inerentes ao processo da gestão.

Aproveito este ensejo para agradecer a todos os que nos deram um voto de confiança para estar à frente da coordenação da Sociedade Paranaense de Reumatologia nos próximos dois anos. Estaremos sim com muito orgulho representando nossos associados nas questões políticas, sociais, culturais e científicas relacionadas à reumatologia paranaense. É nosso objetivo darmos continuidade ao que foi produzido e que provou ser eficiente e útil até este momento, mas também devemos buscar o aperfeiçoamento e a inovação.

Inovar faz parte de nosso espírito humano, e a inovação deve sempre objetivar facilidades, conforto e benefícios para as gerações futuras. Ela deve incluir a utilização de novos métodos e tecnologias a favor da vida de nossos semelhantes. Assim, iniciamos esta etapa com uma equipe de jovens e competentes reumatologistas compondo um grupo harmonioso e interessado em servir. Além disso, nossa forma de gestão será participativa e inclusiva para que possamos atingir excelência nas mais diversas decisões e pautados pela clareza nas informações que devemos dar aos nossos associados. É nossa missão aperfeiçoarmos nossos eventos científicos incluindo temas relevantes para a prática clínica e também temas gerais que completam nossa formação cultural e humanística. Temos grande interesse em melhorar nossa participação nas mídias sociais levando mais informações para pacientes e médicos e divulgando ainda mais nossa especialidade. Estamos só começando! Não faremos muito sem o apoio dos nossos associados e parceiros, que são a razão da existência da SPR. É nosso dever buscar a retroalimentação proporcionada por vocês nossos colegas reumatologistas, outrossim almejamos estar no caminho certo, atingir a excelência na constituição de uma sociedade cada vez mais forte, produtiva e unida!



DR. VALDERILIO FEIJÓ AZEVEDO

Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia
Gestão 2023/2024



O presidente da SPR, Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas, abriu a 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia, no auditório da Associação Médica do Paraná. O evento foi realizado no formato híbrido, com transmissão online pela internet.

13ª Jornada Paranaense de Reumatologia

A Sociedade Paranaense de Reumatologia realizou a XIII Edição da Jornada Paranaense de Reumatologia, nos dias 21 e 22 de outubro de 2022, em Curitiba, no formato híbrido, com transmissão online.

A realização da Jornada de Reumatologia 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 de 2022, a programação foi especialmente elaborada a fim de proporcionar aos participantes ótimo conteúdo e aproveitamento. Foram abordados temas de relevância no campo da Reumatologia e que auxiliam no dia a dia do reumatologista.

Durante a Jornada Paranaense de Reumatologia foram conhecidos os vencedores do Concurso

Literário Prof. João Manuel Cardoso Martins, idealizado e promovido pela Sociedade Paranaense de Reumatologia desde novembro de 2014. Leia mais nessa edição.

A Jornada ocorreu no auditório da Associação Médica do Paraná, localizada à Rua Cândido Xavier, 575, no Bairro Água Verde, em Curitiba, de onde aconteceu a transmissão para reumatologistas que acompanharam pela internet, em número expressivo.

O Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas, presidente da SPR, e a Drª Carolina Müller, diretora Científica, deram as boas-vindas aos participantes.

Os temas e os participantes foram os seguintes:
“Lúpus Eritematoso Sistêmico”, moderação do Dr. Acir Rachid Filho (PR).

“LES 2022”, com a Drª Nafice Costa Araújo (SP).

“Atualização em biopsia renal” foi apresentado pela

Drª Itamara Danucalov (PR).

O Dr. Jan Pawel Andrade Pachinicki (PR) foi responsável pelo tema “Complicações gestacionais no lúpus eritematoso sistêmico”.

O Dr. Marcelo Pinheiro (SP), no Simpósio Janssen – “Tremfya®– Eficácia e segurança na Artrite Psoriásica”.

Na sexta-feira, 21, à tarde, a programação foi a seguinte:

“Artropatias por Cristais”, moderador Dr. Márcio Augusto Nogueira.

“Hiperuricemia”, Dr. Maurício de Carvalho (PR).

“Gota: Atualização terapêutica”, Dr. Eduardo Paiva (PR).

“Rediscutindo os uricosúricos na gota”, Dr. Valderilio Azevedo (PR).

Logo em seguida, discussão.

No Simpósio Amgen - “O sistema de saúde está falindo? Entenda a importância de pensar na farmacoeconomia”, com o Dr. Valderilio Feijó Azevedo (PR) e Camila Pepe (SP).

Depois do coffee-break , “Condrocálcinose: Investigação por Imagem”, com o Dr. Rodrigo Aguiar (PR).

“Condrocálcinose: Manejo Clínico”, Dr. Geraldo Castelar (RJ).

O dia foi encerrado com discussões sobre os temas apresentados.

No dia 22, sábado pela manhã:

“Atualidades”, com moderação do Dr. Fernando Augusto Chiuchetta.

A seguir, o evento contou com a participação do Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas e da Drª Carolina Müller, abrindo as apresentações.

“Microbiota Intestinal e doenças inflamatórias”, Drª Lilian Schade (PR).

“Ambulatório de transição na Reumatologia”, Drª Christina Pelajo (PR).

Logo depois, discussão dos casos.

No Simpósio Abbvie – “Uma visão 360° do programa de fase 3 select na Artrite Reumatoide”, com o Dr. Vinicius Batistella (RS).

“Síndrome ASIA” com o Dr. Ivânio Pereira (SC).

“Novas demandas da Secretaria Estadual de Saúde na Renovação de Receitas”, com a Drª Deise Pontarolli (PR).

Após discussão, aconteceu o encerramento da 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia.

O evento teve o apoio da Abbvie, Amgen Biossimilares, Boehringer Ingelheim, GSK, Janssen-Cilag, Lilly, Novartis, Pfizer, UCB Biopharma e Unicred.



Drª Itamara Danucalov (PR), Drª Nafice Costa Araújo (SP), Dr. Acir Rachid Filho (PR) e Dr. Jan Pawel Andrade Pachinicki (PR)



A diretora Científica, Drª Carolina Müller, na abertura da Jornada Paranaense de Reumatologia 2022



Dr. Eduardo dos Santos Paiva



Dr. Rodrigo Aguiar, Dr. Geraldo Castelar e Dr. Marcio Nogueira



Dr Ivânio Alves Pereira



O Dr. Valderilio Azevedo (PR), presidente da SPR 2023/2024, apresentando, o tema “Rediscutindo os uricosúricos na gota”



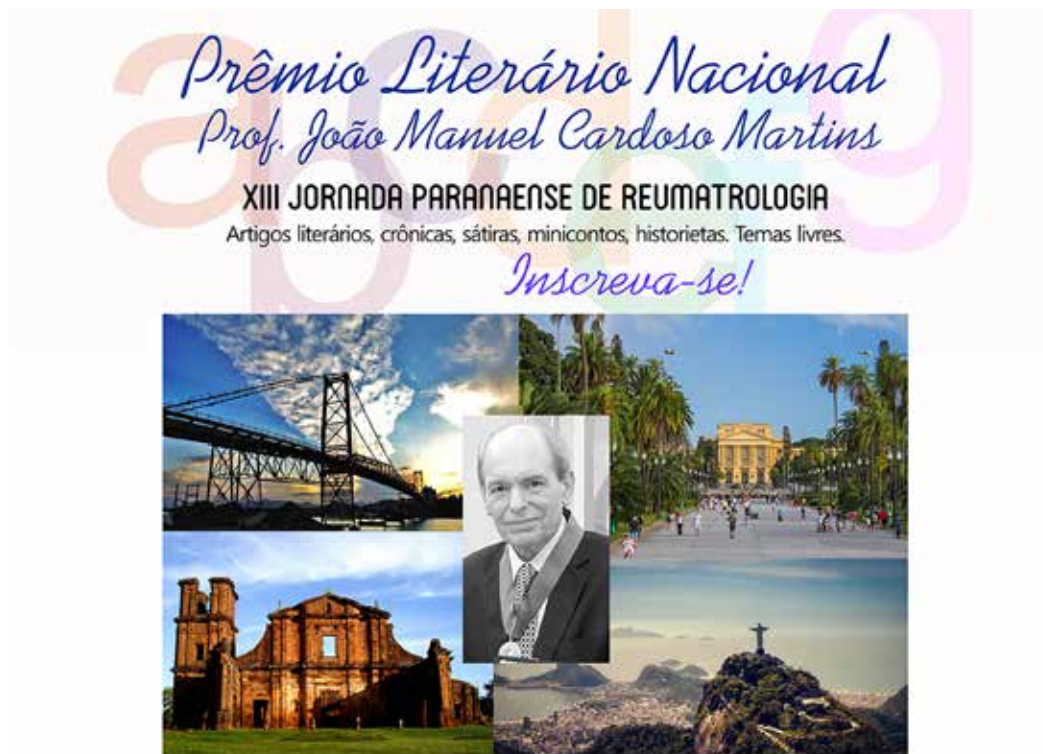
Discussão de casos



Pausa para a foto



O presidente da SPR, Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas, Dr. Márcio Nogueira, Camila Pepe, o presidente da SPR para a gestão 2023/2024, Valderilio Feijó Azevedo, e o Dr. Fernando Augusto Chiuchetta



Na 13ª Jornada Paranaense de Reumatologia também foram apresentados os vencedores do Prêmio Literário Nacional Prof. João Manuel Cardoso Martins.

1º lugar: Dr. Igor Interliche - Conto “Ângela”

2º lugar: Sérgio Kovalski - Poema “Senescer”

3º lugar: Flávia Marin - Conto “Labirinto de cuidar”

Os trabalhos estão publicados a seguir.

1º lugar, Dr. Igor Interliche, com o conto “Ângela” - participação online na Jornada



2º lugar, Dr. Sérgio Kovalski, poema “Senescer”



3º lugar, Drª Flávia Marin, com o conto “Labirinto de cuidar”

**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.

Conto - 1º lugar

Ângela

Como qualquer recém-formada em medicina, a ânsia em aplicar o que aprendeu, cuidar de pessoas e ainda ganhar dinheiro com isso, levou Ângela, 24 anos, a enveredar pelo mundo dos plantões. Muitos plantões.

Por muitas vezes emendava dois ou três plantões em locais diferentes. Procurava não fazer isso em locais muito distantes para não perder tempo entre um plantão e outro. Buscava sempre trabalhar com colegas compreensivos pelos atrasos de saída de um e entrada no outro.

Quando a adrenalina de um dia muito corrido abaixava, lembrava-se das provas de residência que tinha deixado de fazer, para poder ganhar mais dinheiro e pagar seu financiamento estudantil, conseguido a duras penas e que agora vinha bater à sua porta em forma de boletos, para não deixá-la esquecer que estudar naquela faculdade cara, não saía de graça, de jeito nenhum.

Pensava em diminuir o ritmo, trabalhar menos, ter um tempo para estudar para as provas do próximo ano. Mas o valor pago pelos plantões era sedutor. Ninguém da família, que não era humilde, mas também não nadava em dinheiro, imaginava ganhar aquela quantia em uma semana de trabalho, mesmo que essa jornada de trabalho a impedisse de ter qualquer vida social minimamente saudável. Independente dessa ótica, ela era o orgulho da família.

Seu pai enchia os olhos de lágrimas quando perguntavam se estava orgulhoso. A mãe sempre enfatizava o quanto a filha tinha sido batalhadora pra chegar onde estava.

Num plantão desses mais corridos, muito estressada e preocupada com a atenção que devia dar aos pacientes, mas pela quantidade de atendimentos, não estava conseguindo, Ângela “desabou”.

Entrou correndo na sala do conforto médico, tremendo o corpo todo, taquicárdica e com respiração bastante ofegante.

Um colega um pouco mais experiente que estava lá em seu período de descanso, logo tentou ajudá-la:

- Ângela, te acalma que você não vai conseguir resolver os problemas do mundo no plantão. Você tem que entender que estamos enxugando gelo aqui. Se continuar nesse ritmo vai acabar tendo um piripaque, mas posso te ajudar. Me procura no final do plantão.

Ela ficou uns minutos sem abrir os olhos, só escutou

o colega e consentiu com a cabeça. Por sorte naquele dia não sairia para outro plantão e poderia ver com o colega que tipo de ajuda ele poderia dar.

Depois da passagem do plantão, encontrou o colega no estacionamento, e ele tinha um saquinho de papel na mão e iniciou a conversa:

- Todo mundo que trabalha nesse ritmo sofre o que você sofreu hoje. Não tem jeito, a gente não consegue se desligar e acaba ficando muito pilhado. Adrenalina mesmo. Com o tempo seu corpo não vai aguentar e vai acabar tendo algum problema. Já vi colega infartar, precisar se internado em clínica psiquiátrica, ter surto psicótico, até AVC. Um amigo anestesista me ensinou a usar isso aqui e pra mim foi muito bom. Hoje em dia uso muito pouco, mas me ajuda a relaxar bem quando estou nessa condição que você estava hoje.

Entregou a ela dois frascos de tampa preta e rótulo branco e azul escrito Fentanil. Lógico que ela sabia que era um anestésico potente, mas ficou bastante surpresa de como aquilo iria ajudá-la.

- Sabe que não pode usar muito, né. Vai ter que diluir em bastante quantidade de cloreto de sódio, pra só te ajudar a relaxar e não te dar problema grave, tá bem? Dentro do saquinho tem a diluição que eu faço. Esses frascos eu costumo pegar do carrinho de emergência quando tem alguma parada, sempre acaba sobrando e as vezes prescrevo a mais, pra poder sumir com uns.

- Obrigado, mas é seguro?

- É o que eu te falei. Segue a diluição que te passei aí, se não vai ter problema.

Ângela foi pra casa, mal entrou já tirou o frasco do saquinho e olhou o papel. Buscou uma seringa que tinha a mão e já aspirou o conteúdo do frasco e depois o soro. Garroteou o braço como podia, mordendo a blusa e injetou lentamente como o amigo tinha orientado.

Conforme o líquido foi entrando, Ângela sentia como se estivesse desligando da realidade, entrou num túnel, inicialmente andando, depois flutuando, subindo como se estivesse indo em encontro a estrelas coloridas, a melhor sensação que já teve. Não sabia dizer quanto tempo ficou assim, mas quando parou de flutuar e começou a cair no túnel, a sensação muito boa que teve, foi virando um misto de desespero e angústia, até que sentiu como se tivesse batido no fundo, acordando do efeito.

Naquele dia dormiu bem, relaxada, havia apagado o estresse do plantão, ficou um misto de melhor sensação que havia sentido e a angústia do final.

Acordou cedo e partiu pro próximo plantão, retornando ao ritmo normal.

Na outra semana, chegou estressada um dia, jogou a bolsa no sofá e só pensou em achar o frasco, fez todo o ritual novamente e lá estava ela no túnel de novo.

Continuou assim, por semanas, até que os episódios angustiantes foram se tornando mais frequentes e a necessidade de se injetar foi ficando cada vez mais próxima.

O colega havia lhe arrumado mais dois frascos, mas avisou que não poderia pegar mais pois estava sendo vigiado pela enfermeira nova do pronto atendimento.

Naquela semana, Ângela já havia “viajado” três dias seguidos. Achou que mais um seria demais, tentou dormir, mas a dor de cabeça e a tremedeira aumentaram muito, parece que o corpo pedia pela injeção. Tentou ser forte, mas sentiu náuseas, teve que correr ao banheiro vomitar e só se acalmou quando estava com o frasco na mão.

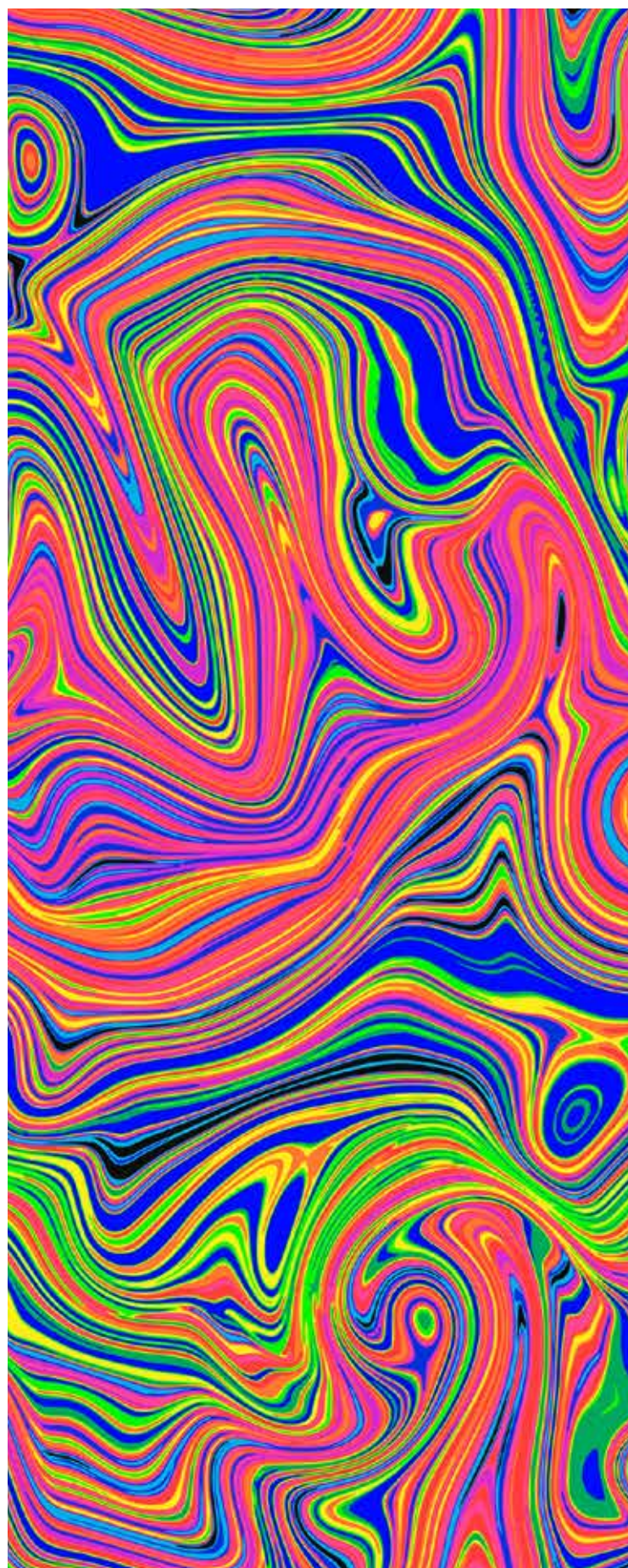
Puxou uma dose um pouco maior do que a que o amigo havia recomendado. Achava que os efeitos ruins eram reflexo do corpo ter acostumado com aquele tantinho, precisava de mais.

Pra não ficar visível, já estava buscando veias menos aparentes pra injetar, buscou uma na perna, sentada na cama. Garroteou e iniciou a injeção.

Lá estava o túnel, a entrada sempre era serena, flutuar era um alívio, a viagem era a melhor sensação que tinha experimentado.

Depois, como uma pedra atirada ao alto, tendo atingido a maior altitude possível, vinha a queda. Ela caía no túnel com estrelas menos coloridas e sensação menos confortável do que a de flutuar. Sentia um frio na barriga, junto com a sensação de angústia e desespero da primeira vez. Esperava sempre a batida no fundo pra saber que a viagem havia acabado.

-Não naquele dia, a batida no fundo não chegou e Ângela não saiu do túnel.



Autor:

Dr. Igor Interliche



Poema, 2º lugar

Senescer

Caminha

no vão da vida

Trôpego, torce as verdades

Machuca o saber,

Duvida o ser

Segue dorado, contuso.

O ponteiro, das horas

Afunda lento, a pele, o pêlo, músculo

Escorre o sangue.

Segundo

Finca fundo o ponteiro,

Perde o ar,

Fino jato de cinzas, morno

Suspiro esvai do peito, palha

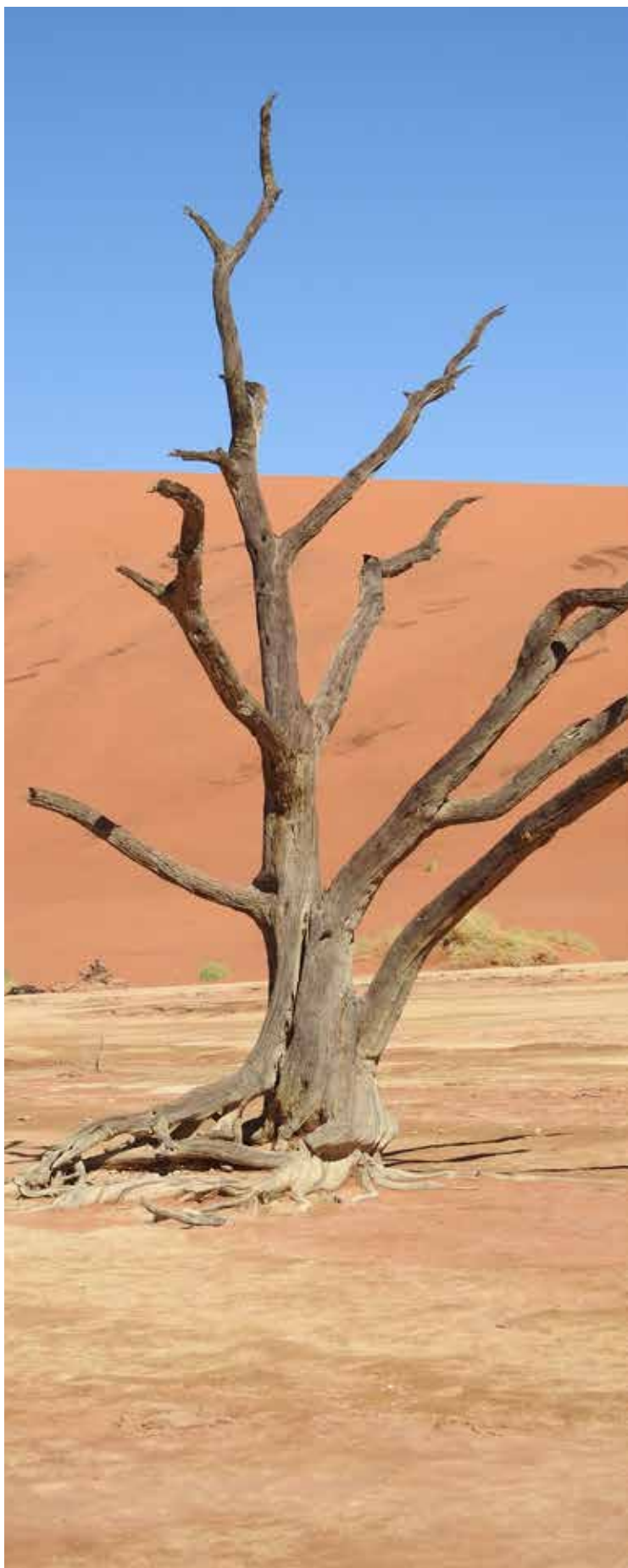
Seca queimando o lixo, o podre viver.

Tosse, engasga, vomita o viver.

Murcha as vontades, esprai a fumaça vã

Secou de viver.

Autor:
Dr. Sérgio Kovalski



Conto: 3º lugar

Labirinto do cuidar

Corredores cheios de pessoas correndo.
Um vai com a alegria do alimento,
outro volta com a tristeza da doença e da morte.
Mais um se vai com a dor nas mãos,
outro, diferente, retorna com palavras de conforto e
liberdade entregues a poucas pessoas de sorte.

Um grupo reunido afoga o trânsito, discorre à cerca
de patologia e tratamento.

Diferentes grupos transitam hierarquizados por
cores, estas relacionadas à paz e saúde, amenizando
a dor e o lamento.

Corredores desesperados correm por entre pes-
soas sorridentes, calçam não somente tênis, mas sim
sapatos de salto.

Corredores não são atletas, distribuem dúvida e
pânico, enquanto confabulam e pensam alto.

Roedores correm escondidos e aproveitam os
restos das portas e mobílias de madeira.

Roedores, outros, corroem fé e emoção,
desencadeiam gritos e choradeira.

Roedores são os corredores, às vezes, corroendo
esperança e ilusão de longevidade.

Ratos de biblioteca vivem num jardim de labirinto,
desconhecem a luz e a própria cidade.

Tais animais precisam de queijo saboroso para
saciar suas angústias.

Solicitam em silêncio carinho e conforto para brilhar
alegrias rústicas.

Anseiam por tempo de si sem remorso, tempo sem
culpa de viver o ócio.

Cuidadores de corredores, alguns seres humanos,
também precisam de cuidado para um dia não
estarem do outro lado; para hoje serem mais do que
ratos brancos corredores no breu,
para serem símbolo de vida,
união de todos num só eu.



Autora:
Drª Flávia Marin

Título:

Ultrassonografia ungueal - TEM ESPAÇO NA ARTRITE PSORIÁSICA?



Autora:

Dr^a Andrieli Mehl

Reumatologista pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Título de especialista em Reumatologia pela SBR. Mestranda do Programa de pós-graduação de Medicina Interna e Ciências da Saúde da UFPR CRM 27690

Introdução

A artrite psoriásica (APs) pertence ao grupo das espondiloartrites e está presente em 7 a 30 % dos pacientes com psoríase (1,2). São cinco os domínios principais da artrite psoriásica conforme as manifestações clínicas: cutâneo/ungueal, artrite periférica, doença axial, dactilite e entesite (1,3). O acometimento ungueal ocorre entre 15 a 79% dos pacientes com psoríase, com uma média de 50%, sendo em apenas 5 a 10% dos casos forma isolada de acometimento. Na artrite psoriásica o acometimento ungueal é ainda mais comum, variando de 50 a 87%. Pacientes com acometimento ungueal tem maior predisposição ao desenvolvimento de artrite de interfalangeanas distais (IFDs) (1–4). O acometimento ungueal não tem implicação apenas estética mas interfere na qualidade de vida dos pacientes, com interferência nas relações sociais e de trabalho desses pacientes.

Ainda que o conhecimento sobre as citocinas envolvidas nas espondiloartrites e demonstrações sobre o início do acometimento musculoesquelético na Aps -no complexo ênteso-sinovial como nas unhas

(1,5–7)- tenha mudado paradigmas na pesquisa e desenvolvimento de novas terapias, há um caminho a ser percorrido sobre como melhor acompanhar e avaliar esses pacientes. **FIGURA1 - pág. 25**

Até pouco menos de 1 década, o porfólio de tratamento para artrite psoriásica provinha quase que exclusivamente das terapias desenvolvidas e usadas em artrite reumatoide e que tinham seu uso estendido para artrite psoriásica. Hoje dispomos de terapias com alvos específicos diferentes e direcionados às citocinas e vias envolvidas na APs (anti-TNFs, anti-interleucinas 12/23; 23; 17 e anti-JAKs).

Acompanhamento de pacientes com artrite psoriásica

Por ser uma doença com vários domínios, a definição de atividade de doença para acompanhamento dos pacientes e decisões sobre mudança ou manutenção de tratamento, usando escores com dados clínicos e laboratoriais, é complexa e não precisa (4,8). Os escores mais usados atualmente são: 1- Psoriasis Area and Severity Index (DAPSA) que leva em consideração articulações doloridas de 68, número de articulações edemaceadas – de 66, escala de dor pelo paciente -VAS dor 0-10, avaliação global pelo paciente- VAS global 0-10, além do valor da proteína C reativa (PCR) em mg/dl; 2- Minimal Disease Activity (MDA) - 5 dos 7 seguintes devem ser atingidos: ≤ 1 articulação dolorida, ≤ 1 articulação edemaceada, ≤ 1 êntese dolorida, BSA $\leq 3\%$ ou PASI (Psoriasis Area and Severity Index) ≤ 1 , HAQ $\leq 0,5$, avaliação de dor pelo paciente VAS ≤ 15 , avaliação global de

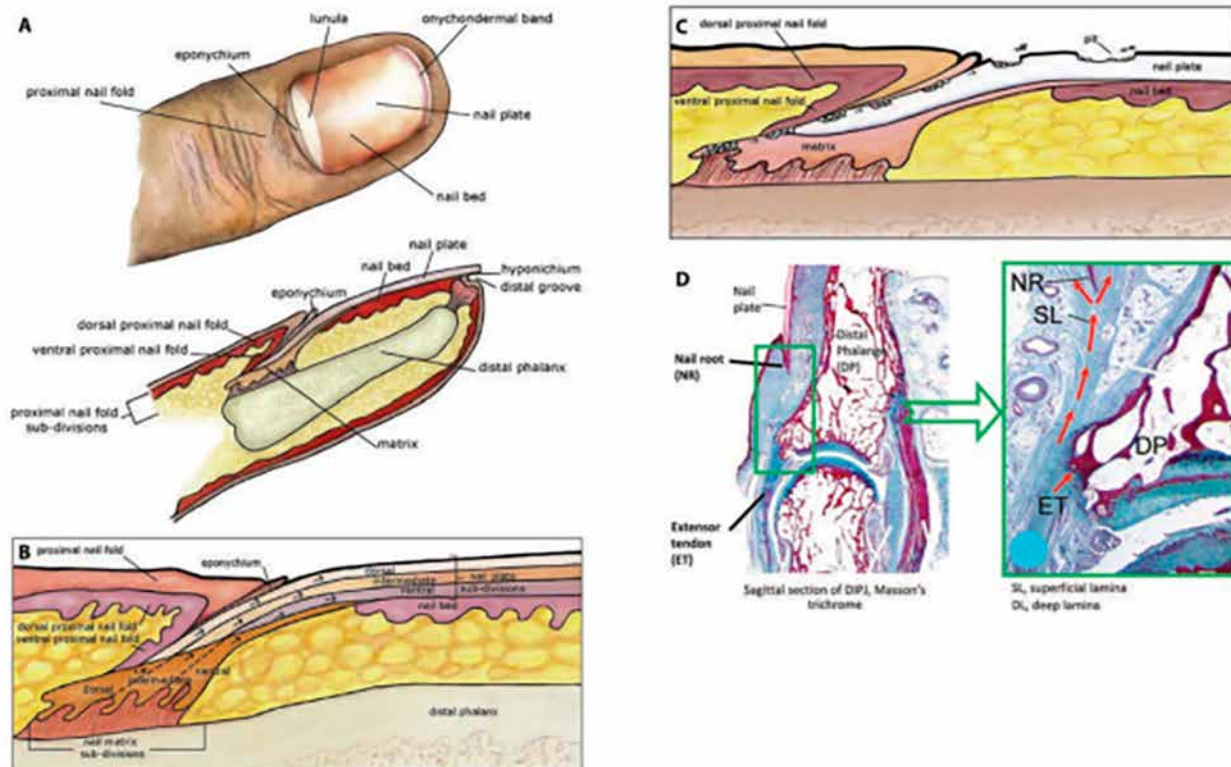


Figure 1. (A) Structural components of the nail unit. (B) The subdivisions of the nail matrix. (C) Pit formation in the nail plate arising from the nail matrix.⁵ (D) Anatomical relationship between the nail and distal interphalangeal extensor tendon enthesitis: histology sections showing the superficial lamina and deep lamina from the extensor tendon are associated with the nail root and matrix.¹⁵ (A), (B), and (C) reprinted from Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:1-27. Copyright 2007, with permission from Elsevier. (D) Reproduced from Tan AL, Benjamin M, Toumi H, Grainger AJ, Tanner SF, Emery P, et al. The relationship between the extensor tendon enthesitis and the nail in distal interphalangeal joint disease in psoriatic arthritis—a high-resolution MRI and histological study. *Rheumatology* 2007;46:253-6. Copyright 2009: the author. Journal compilation copyright 2009: European Academy of Dermatology and Venerology. Adapted from: Tan AL, et al. *Rheumatology* 2007;46:253-256 by permission of Oxford University Press.

Figura 1 - Estruturas da unha e o complexo ênteso-sinovial

(A) Componentes estruturais da unha. (B) As subdivisões da matriz ungueal. (C) Formação de pitting na lâmina ungueal surgindo a partir da matriz ungueal. (D) Relação anatômica entre a unha e a êntese do tendão extensor da interfalangeana distal – as lâminas superficial e profunda do tendão extensor são associados com a raiz e matriz ungueal. (Kaeley, 2016)

doença pelo paciente VAS $\leq$ 20. O MDA não leva em consideração a pele nem acometimento axial, DAPSA não considera êntese nem alteração axial.

Para quadro axial emprestamos as métricas da espondiloartrite axial- BASDAI e ASDAS-PCR. Há ainda escores para avaliação de dactilite- como o de LDI (Leeds Dactylitis Index) com o dactilômetro -, e para avaliação específica de ênteses LEI (Leeds Enthesitis Index) e SPARCC (Spondyloarthritis Research Consortium of Canada) são os mais usados na APs..

Para avaliação cutânea, o PASI e o BSA são os mais usados. Mesmo sendo específicos para pele, não são suficientes para avaliar gravidade de doença quando há acometimento de áreas como genitais, couro

cabeludo, palmoplantar e unhas. Tanto é assim que no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), quando há acometimento dessas áreas especiais, não precisa PASI ou BSA $>$ 10 para guiar indicação de terapia, mas o grau de interferência na qualidade de vida do paciente e o DLQI (Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia) é um escore utilizado para tal.

Nenhum dos escores supracitados avalia a unha, então há escalas específicas para esse tipo de acometimento. Aquela mais utilizada e conhecida é o NAPSÍ (Nail Psoriasis Severity Index) com avaliação das unhas das mãos em quadrantes. Esse escore varia de 0 a 80. A unha é dividida em 4 quadrantes e cada quadrante avaliado quanto à presença de alteração de matriz e leito ungueal, variando de 0 a 4 para cada



Figura 2 - Exemplos de alterações psoriásicas de matrix (A) e leito (B) ungueal. (6) (Kaeley, 2021)

um dos tipos de alteração em cada dedo, sendo 0 nenhum quadrante, 1=1 quadrante, 2=2 quadrantes, 3= 3 quadrantes, 4=4 quadrantes acometidos. As alterações de matriz são: depressões cupuliformes-pittings, crumbling-ondulações, manchas vermelhas na lúnula e leuconíquia. As alterações de lâmina são onicólise, hemorragias em estilha, hiperqueratose subungueal e manchas de óleo. (6,9).

Diante de vários fenótipos de artrite psoriásica, é perceptível que seja difícil encontrar uma métrica única para avaliar e acompanhar esses pacientes. Recomenda-se no mínimo duas, que abranjam os domínios de acometimento da paciente. Além de ser multifacetada, a artrite psoriásica também está rodeada por multicomorbidades – dislipidemia, obesidade, depressão, fibromialgia, entre outras. Assim, a busca por meios que possam auxiliar o reumatologista no manejo dos pacientes é motivo de muitas pesquisas. Sabe aquele paciente com os parâmetros objetivos controlados – contagem de articulações edemaceadas, psoríase cutânea, proteína C reativa, mas com vários pontos de êntese dolorosos e fadiga presentes? O que fazer nesses casos? Progredir no tratamento? Iniciar biológico? Trocar? E se tivermos uma ferramenta para auxiliar nessa decisão?

A ultrassonografia na Artrite Psoriásica

Em 2001 a EULAR (Liga Acadêmica Europeia contra o

Reumatismo) publicou guideline sobre a utilização da ultrassonografia (US) - exame que permite avaliação dinâmica da articulação e estruturas periarticulares, de baixo custo e indolor – como ferramenta de auxílio para os reumatologistas. O desenvolvimento de transdutores de alta frequência (7,5 a 10 MHz) foi fundamental para avaliação com maior precisão com a US das estruturas menos profundas, como ligamentos e pequenas articulações com suas estruturas (10).

A avaliação da vascularização local, com o power Doppler, é a outra medida do sistema musculoesquelético feita com US, mostrando aumento ou neovascularização nos locais com maior hiperemia/inflamação. Nesses locais os vasos sanguíneos estão mais dilatados e permeáveis, sendo medida a resistividade do vaso. Quanto menor essa resistividade, maior associação com neovascularização ou aumento da vascularização local, que corresponde a inflamação local.

O grupo de estudo da OMERACT (Outcome Measures in Rheumatology) e o GRAPPA 2012 publicaram, respectivamente, as alterações encontradas e orientações para avaliação ultrassonográfica das entesites e dactilites (11,12). Há evidência de bons resultados da ultrassonografia na APs sobretudo na pesquisa de sinovite, tenossinovite e entesite, que por vezes apresentam-se sem manifestações clínicas evidentes (10,12,13,14).

E se olharmos para as unhas? As projeções cápsulo-ligamentares e tendões extensores dos dedo inserem-se nas falanges distais e a ultrassonografia é capaz de avaliar não só a lâmina ungueal como essas estruturas adjacentes. A presença de alterações ultrassonográficas pode preceder as manifestações clínicas ungueais e articulares na APs, mas como elas poderiam nos auxiliar no diagnóstico e seguimento dos pacientes? (5,6,10,14)

A avaliação ungueal com ultrassonografia de alta frequência (≥ 15 MHz) envolve 2 técnicas: 1- captação de imagens no modo B para detalhamento

de estruturas das unhas, avaliação da matriz e leito ungueais; 2- power doppler (PD) para identificar alterações da microvascularização na matriz e leito ungueal para quantificar a presença de inflamação em locais de êntese (5,15–17).

À ultrassonografia, no modo B em alta resolução, a unha é caracterizada por um aspecto trilaminar: duas lâminas hiperecogênicas paralelas entre si, uma ventral e outra dorsal, separadas por um espaço hipocogênico. Abaixo da placa ventral, a mais profunda, encontra-se uma zona hipocogênica que vai até a raiz da unha, correspondendo ao leito e matriz

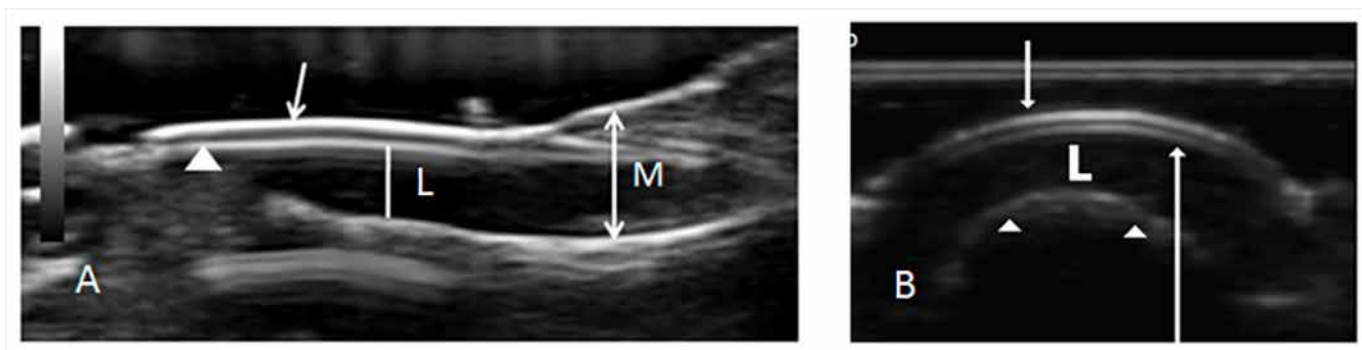


Figura 3 - Anatomia ultrassonográfica da unha em cortes longitudinal (A) e transversal (B). Identificadas placa ungueal dorsal (flecha curta) e ventral (ponta de flecha), além do leito (L) e matriz ungueal (M). A superfície óssea da falange distal é identificada com pontas de flecha. (Wortsman, 2004; Mondal, 2018)

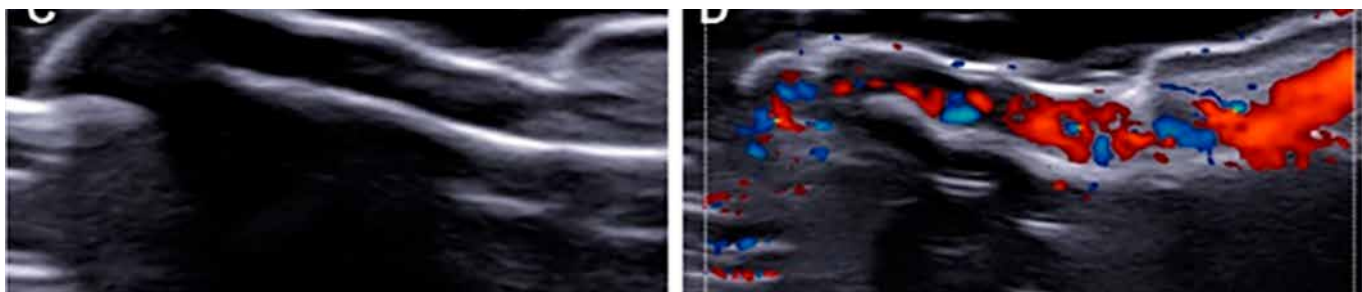


Figura 4 - Unha sem e com aumento do sinal ao Doppler em leito e matriz. RUSCITTI (2022)

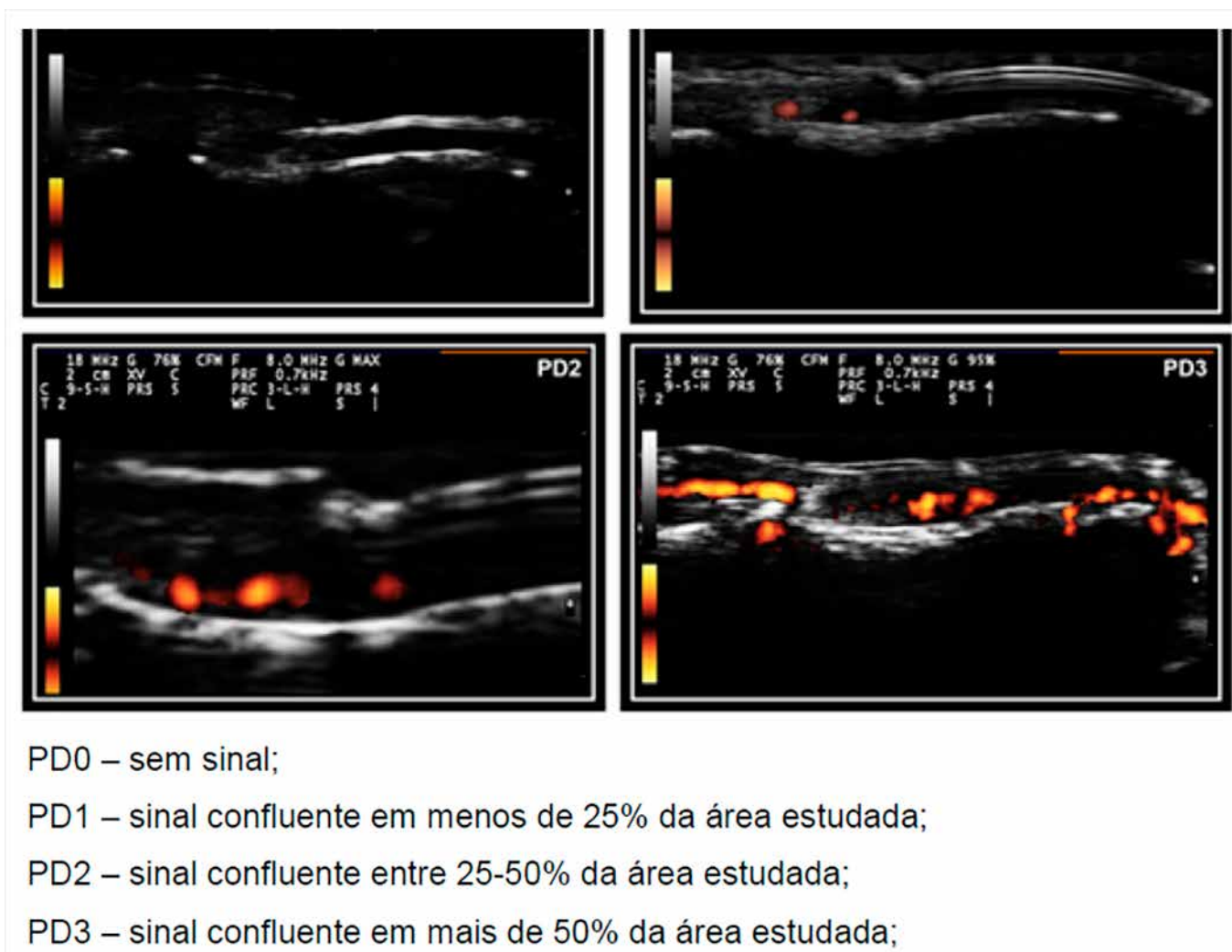


Figura 5 - Escala semiquantitativa do power doppler. Gutierrez (2012)

ungueal. A avaliação com power doppler procura aumento de sinal em matriz e leito ungueal (18–20)

FIGURAS 3, 4 e 5

Uma das descrições pioneiras da unha com psoríase é do grupo chileno da Dra Ximena Wortsman, publicada em 2004. Foram definidos quatro tipos de mudanças morfológicas na unha com psoríase. Tipo 1- envolvimento hiperecoico focal da placa ventral sem envolvimento da placa dorsal; tipo 2 – perda das bordas da placa ventral; tipo 3 – ondulações nas lâminas ventral e dorsal; e tipo 4 – perda da definição de ambas as lâminas (19). **FIGURA 6 - Pág. 25**

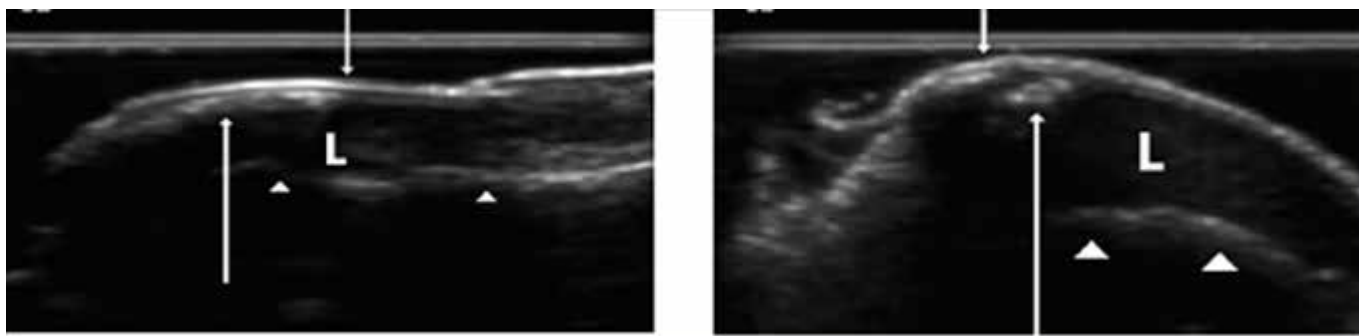
A alteração mais precoce é a da morfologia da lâmina ungueal ventral, que perde sua definição hiperecoica e apresenta irregularidades focais com depósitos hiperecóicos. Nos estágios mais avançados de psoríase ungueal, há perda do padrão

trilaminar, sendo possível identificar apenas uma lâmina hipoecoica e espessa. Há perda do espaço virtual entre as lâminas ventral e dorsal e pode haver alteração ao power doppler com aumento do fluxo de sangue no leito ungueal com espessamento do mesmo.

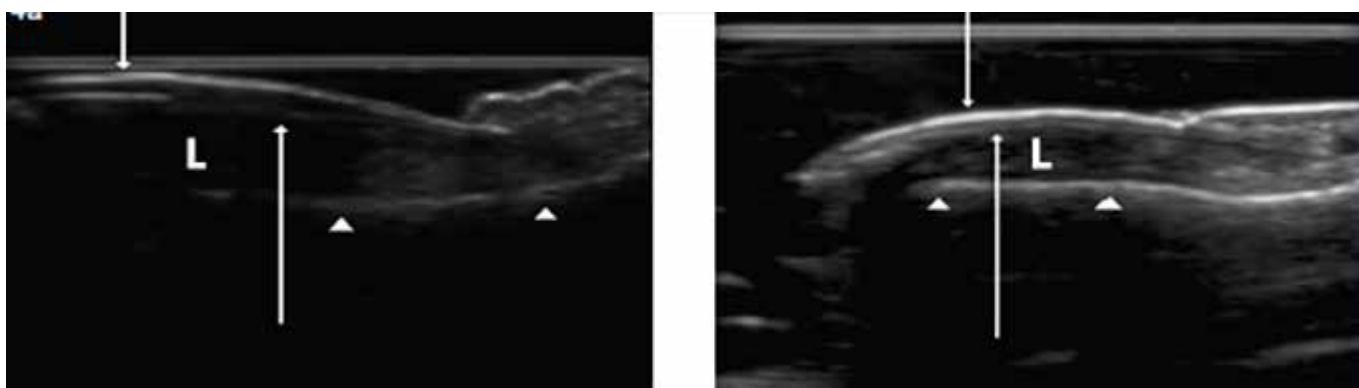
A perda desse aspecto trilaminar da unha na psoríase está associada a maior risco de artrite psoriásica. Quanto à monitorização de tratamento é importante saber que as mudanças na unha de forma significativa podem ocorrer até 6 meses após início de terapia, como biológico. Isso decorre do tempo do crescimento da unha (16).

WORTSMAN (2004) identificaram diferença significativa na DPVFD/espessura do leito ungueal entre os participantes controles e os psoriásicos (1,5 x 3,0mm; p=0,02) **FIGURA 5 - acima.**

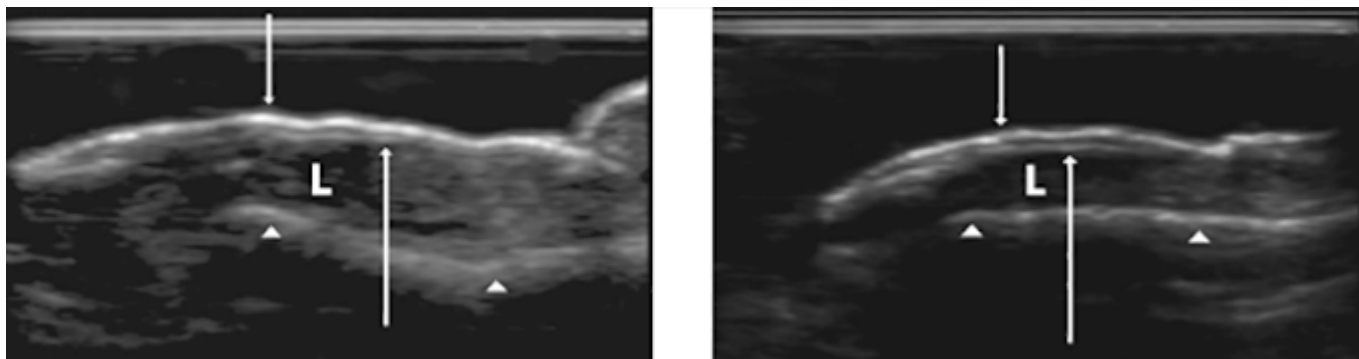
Figura 6 - Alterações ultrassonográficas nas lâminas/placas ungueais na psoríase. (Wortsman, 2004)



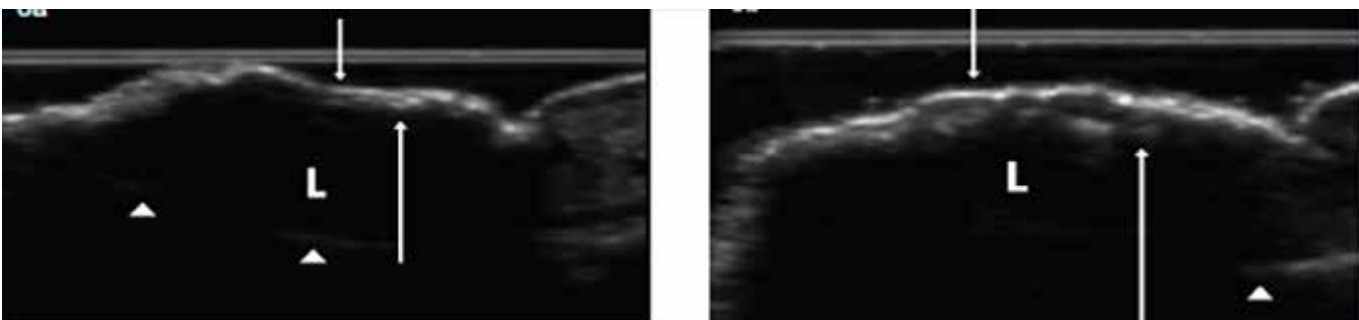
Unha psoriásica, corte longitudinal (a) e transversal (b). Placas hiperecogênicas que comprometem a placa ventral (flecha longa) com a placa dorsal poupada (flecha curta). Pontas de flecha: superfície óssea da falange distal. L:leito ungueal.



Comprometimento psoriásico, cortes longitudinais. Há perda de definição da placa ventral (flecha longa) com placa dorsal poupada (flecha curta).



Unha psoriásica, cortes longitudinais. Ondulações em ambas as placas ungueais



Comprometimento psoriásico – perda de definição de ambas as placas ungueais

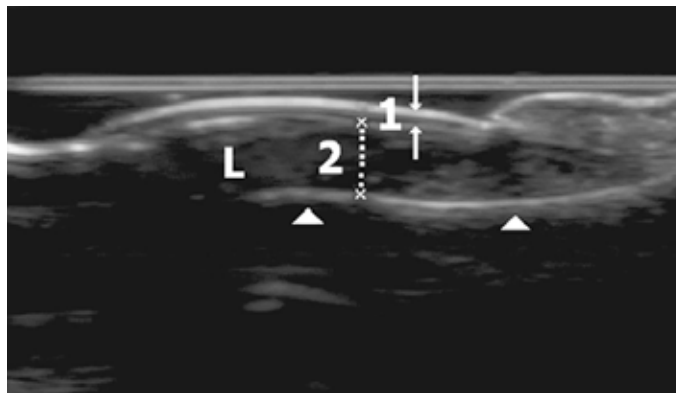


Figura 7 - Medidas em corte longitudinal da unha. (1) Distância entre as placas (entre flechas). (2) Distância entre a placa ventral e a margem óssea da falange distal (entre os X). Pontas de flecha: superfície óssea da falange distal. L: leito ungueal (19)

GUTIERREZ-MANJARREZ (2018) também encontraram diferença na espessura do leito ungueal e medidas normais até 2,5-3 mm após comparação de pacientes com artrite psoriásica versus controles.

AYDIN (2012) não identificaram associação do aumento da espessura da lâmina ungueal com acometimento de interfalangeanas distais; mas sim maior espessamento do tendão extensor quando acometimento ungueal presente –verificado pelo NAPI-, ou quando artrite de interfalangeanas distais, tanto em pacientes com psoríase quanto com artrite psoriásica. A entesopatia foi associada a alterações de matriz ungueal (pitting ao exame físico) e onicólise (alteração de lâmina ungueal). Doença ungueal foi associada a maior risco para artrite psoriásica e maior grau de entesopatias.

Em avaliação comparativa de achados

ultrassonográficos ungueais de pacientes com artrite psoriásica e controles e correlação dos achados de imagem com os índices de atividade de doença para artrite psoriásica (DAPSA), psoríase (PASI) e doença ungueal (NAPI) envolvendo US 895 unhas das mãos (448 unhas de 45 pacientes com artrite psoriásica e 447 unhas de 45 controles), foram identificados resultados interessantes. Todos os pacientes com artrite psoriásica apresentaram alterações na lâmina ungueal mesmo quando sem alterações clinicamente aparentes: 87,95% do total de unhas das mãos e 75,34% das unhas clinicamente normais. A alteração da borda ventral da lâmina ungueal foi a alteração mais comum (51,79%). Foi identificado nos pacientes com artrite psoriásica aumento da espessura da matriz e do leito ungueal e correlação moderadamente positiva entre espessura da matriz ungueal e o score NAPI (17).

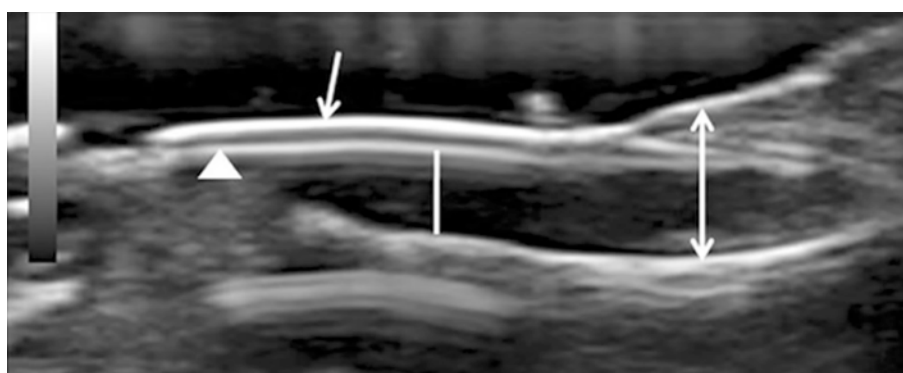


Figura 8 - Morfologia ultrassonográfica do leito ungueal (linha branca), matriz ungueal (dupla seta), lâmina ungueal dorsal (seta simples) e ventral (triângulo). (MONDAL., 2018)

Os estudos de ultrassonografia ungueal em pacientes com psoríase/ artrite psoriásica concordam na necessidade de avaliação do aspecto trilaminar da unha e os sinais de power doppler, mas há variação quanto ao número de unhas avaliadas (se a mais acometida e sua contralateral, 3 de cada mão, as 10 unhas das mãos ou as 10 unhas das mãos + os 2 háluces) e as medidas utilizadas. Algumas dessas medidas são a distância interplacas (DIP) ou espessamento da lâmina ungueal, distância entre a placa ventral e a borda óssea da falange distal (DPVFD) – espessura do leito ungueal, espessura da matriz ungueal, espessamento enteseal – do tendão extensor. (6,11,16,19,21,22).

Uma revisão sistemática publicada em 2020 sobre o papel da US na avaliação do complexo articular-enteseal-ungueal em termos de prevalência, diagnóstico, monitoramento e tratamento para psoríase e artrite psoriásica mostrou grande heterogeneidade na performance da detecção de anormalidades ultrassonográficas das unhas e interfalangeanas distais (IFDs). Em muito essa discrepância se deve a diferentes número de unhas avaliadas, medidas ungueais consideradas e número de participantes de cada estudo. A prevalência de acometimento de lâmina ungueal variou de <10 a 97%, sinal positivo ao power Doppler de 20-30 a 96% e de 8,9 a 100% para envolvimento de IFDs. A reprodutibilidade e confiabilidade inter-observador foi moderada(23).

Em estudo de 2021 buscando avaliar viabilidade, reprodutibilidade e diferenciação entre pacientes com artrite psoriásica e controles (64 versus 26), foram avaliadas 12 unhas de cada participante (10 das mãos e hálucess) e 5 parâmetros ungueais ultrassonográficos (alteração da lâmina ungueal, espessamento da lâmina ungueal, espessamento do leito ungueal, espessamento ungueal - que é a soma do espessamento da lâmina com espessamento do leito ungueal, e atividade ao power doppler). O diferencial desse estudo foi a criação de escores para esses parâmetros :1- alteração de lâmina ungueal de 0-12 :número de unhas acometidas, 2- media de todas unhas no que tange o espessamento ungueal-soma do leito + lâmina ungueal, espessamento de lâmina ungueal e do leito ungueal, 3- soma dos sinais de doppler nas 12 unhas avaliadas sendo 0 a 3 para cada unha, num total que poderia chegar a 36. Esses valores foram pontuados e analisados por análise de regressão. A reprodutibilidade nesse estudo foi verificada através da realização do exame por 2 avaliadores com o mesmo aparelho. Os melhores parâmetros com viabilidade e reprodutibilidade,

além de método discriminativo para diagnóstico de artrite psoriásica, foram os escores de alteração de lâmina ungueal, espessamento ungueal e atividade ao power doppler. Detectou-se alteração da lâmina ungueal em 27.21% das 768 unhas do grupo com APs de e 8.33% nas 312 unhas do grupo controle com diferença estatística ($p < 0.001$). O uso dos escores ultrassonográficos para alteração de lâmina ungueal, espessamento ungueal e atividade ao doppler foram melhores que uso de valores isolados desses parâmetros para performance diagnóstica. Houve boa consistência intra e interobservador(22).

CONCLUSÃO

A avaliação ultrassonográfica ungueal dos pacientes com artrite psoriásica como exame para auxiliar no diagnóstico precoce e melhor definir a atividade de doença, em conjunto com os escores clínicos já validados, pode vir a auxiliar na tomada de decisões terapêuticas para essa doença multifacetada. Embora as alterações ultrassonográficas estejam presentes, há necessidade de melhor definição da relevância da US ungueal para diagnóstico, acompanhamento e prognóstico na artrite psoriásica, bem como normatização e validação dos parâmetros a serem analisados, auxiliando na prática clínica.

Ficamos no aguardo dos próximos capítulos...

REFERÊNCIAS

1. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. Longo DL, editor. N Engl J Med [Internet]. 2017 Mar 9;376(10):957–70. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1505557>
2. Villani AP, Rouzard M, Sevrain M, Barnette T, Paul C, Richard M-A, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2015 Aug;73(2):242–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962215016357>
3. Huynh DQ, Kavanaugh A. Psoriatic arthritis: Current therapy and future approaches. Rheumatol (United Kingdom) [Internet]. 2014;54(1):20–8. Available from: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/keu237>
4. Coates LC, Fransen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: A proposed objective target for treatment. Ann Rheum Dis. 2010;69(1):48–53.
5. Arbault A, Devilliers H, Laroche D, Cayot A, Vabres P, Maillefert JF, et al. L'échographie des ongles dans le rhumatisme psoriasique : étude pilote sur la faisabilité, la reproductibilité et la validité de mesure.

Rev du Rhum (Edition Fr [Internet]. 2016;83(1):37–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.11.004>

6. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Rich P, Bakewell CJ. Nail psoriasis: Diagnosis, assessment, treatment options, and unmet clinical needs. J Rheumatol. 2021;48(8):1208–20.

7. Tan AL, McGonagle D. Psoriatic arthritis: Correlation between imaging and pathology. Jt Bone Spine [Internet]. 2010;77(3):206–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2009.09.011>

8. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds. Arthritis Care Res. 2011;63(SUPPL. 1).

9. Augustin M, Ogilvie A. Methods of outcomes measurement in nail psoriasis. Vol. 221, Dermatology. 2010. p. 23–8.

10. Backhaus M, Burmester GR, Gerber T, Grassi W, Machold KP, Swen WA, et al. Guidelines for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. Ann Rheum Dis [Internet]. 2001 Jul 1;60(7):641–9. Available from: <https://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ard.60.7.641>

11. Aydin SZ, Castillo-Gallego C, Ash ZR, Marzo-Ortega H, Emery P, Wakefield RJ, et al. Ultrasonographic Assessment of Nail in Psoriatic Disease Shows a Link between Onychopathy and Distal Interphalangeal Joint Extensor Tendon Enthesopathy. Dermatology [Internet]. 2012;225(3):231–5. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/343607>

12. KAELEY GS, D'AGOSTINO MA, GRASSI W, ØSTERGAARD M, OLIVIERI I. GRAPPA 2011: Proceedings from the Ultrasound Imaging Module. J Rheumatol [Internet]. 2012 Nov 1;39(11):2211–3. Available from: <http://www.jrheum.org/lookup/doi/10.3899/jrheum.120826>

13. Arbault A, Devilliers H, Laroche D, Cayot A, Vabres P, Mailliefert JF, et al. Reliability, validity and feasibility of nail ultrasonography in psoriatic arthritis. Jt Bone Spine. 2016;83(5):539–44.

14. Sedie AD, Riente L. Psoriatic arthritis: What ultrasound can provide us. Clin Exp Rheumatol. 2015;33:60–5.

15. Cunha JS, Qureshi AA, Reginato AM. Nail Enthesis Ultrasound in Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Report from the 2016 GRAPPA Annual Meeting. J Rheumatol [Internet]. 2017 May 1;44(5):688–90. Available from: <http://www.jrheum.org/lookup/doi/10.3899/jrheum.170146>

16. Gutierrez-Manjarrez J, Gutierrez M, Bertolazzi

C, Afaro-Rodriguez A, Pineda C. Ultrasound as a useful tool to integrate the clinical assessment of nail involvement in psoriatic arthritis. Reumatologia/Rheumatology [Internet]. 2018;56(1):42–4. Available from: <https://www.termidia.pl/doi/10.5114/reum.2018.74749>

17. Mondal S, Dutta S, Lahiri D, Sinha D, Sircar G, Mandal AK, et al. Assessment of nail unit structures by ultrasound in patients with psoriatic arthritis and their correlations with disease activity indices: a case–control study. Rheumatol Int [Internet]. 2018 Nov 17;38(11):2087–93. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00296-018-4160-8>

18. Ruscitti P, Esposito M, Gianneramo C, Di Cola I, De Berardinis A, Martinese A. Nail and entheses assessment in patients with psoriatic disease.

19. Wortsman CX, Holm EA, Jemec GB, Gniadecka M, Wulf HC. ULTRASONIDO DE ALTA RESOLUCION (15 MHz) EN EL ESTUDIO DE LA UÑA PSORIÁTICA. Rev Chil Radiol. 2004;10(1):6–11.

20. Gutierrez M, Di geso L, Salaffi F, Bertolazzi C, Tardella M, Filosa G, et al. Development of a preliminary US power Doppler composite score for monitoring treatment in PsA. Rheumatol (United Kingdom). 2012;51(7):1261–8.

21. Mondal S, Dutta S, Lahiri D, Sinha D, Sircar G, Mandal AK, et al. Assessment of nail unit structures by ultrasound in patients with psoriatic arthritis and their correlations with disease activity indices: a case–control study. Rheumatol Int. 2018 Nov 1;38(11):2087–93.

22. Acer Kasman S, Gezer HH, Baklacioğlu HŞ, Erdem Gürsoy D, Duruöz MT. A standardized sonographic analysis of nails in psoriatic arthritis and healthy controls: Feasibility, reliability, diagnostic performance, and demographic and clinical associations. Jt Bone Spine. 2021;88(5):13–6.

23. Fassio A, Giovannini I, Idolazzi L, Zabotti A, Iagnocco A, Sakellariou G. Nail ultrasonography for psoriatic arthritis and psoriasis patients: a systematic literature review. Vol. 39, Clinical Rheumatology. 2020. p. 1391–404.

Título:

Ultrassonografia ungueal - TEM ESPAÇO NA ARTRITE PSORIÁSICA?

Autora:

Drª Andrieli Mehl



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:

Microbiota intestinal e autoimunidade



Autora:
Dr^a Lilian Schade

*Médica Reumatologista.
Doutora e Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde – UFPR.
Professora da UFPR e da Universidade Positivo.*

RESUMO

A autoimunidade é um processo complexo que afeta órgãos e tecidos, podendo resultar em declínio funcional e risco para a vida. Embora a etiopatogenia das doenças autoimunes permaneça desconhecida, genética e fatores ambientais são os principais contribuintes. Recentes estudos sugerem que um desequilíbrio na composição e diversidade da microbiota intestinal é capaz de contribuir para o desenvolvimento de doenças autoimunes. O presente estudo faz uma breve revisão da literatura sobre o que conhecemos hoje do papel da microbiota intestinal nas doenças autoimunes, incluindo doenças inflamatórias intestinais, espondiloartrites, psoríase, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico.

INTRODUÇÃO

O trato intestinal é colonizado por um grande número de microrganismos comensais, incluindo bactérias, vírus e fungos, que são coletivamente chamados de microbiota intestinal¹. Uma vez que a maioria dos antígenos derivados de alimentos e da microbiota comensal intestinal não são prejudiciais, as respostas imunológicas contra esses antígenos

devem ser suprimidas. Sendo assim, o intestino é um local em que a tolerância imunológica é fundamental para a manutenção da homeostase imunológica¹.

Múltiplos fatores interferem na composição da microbiota intestinal, como predisposição genética, via de parto, envelhecimento, comorbidades, dieta, infecções e uso de medicamentos². Estudos recentes sugerem que um desequilíbrio na composição e diversidade da microbiota intestinal, conhecido como disbiose, é capaz de contribuir para o desenvolvimento de doenças autoimunes. A microbiota intestinal modula vias de sinalização específicas envolvendo processos imunes inatos e adaptativos, exibindo propriedades próinflamatórias e anti-inflamatórias, capazes de interferir nos mecanismos de regulação imunológica local e sistêmica³.

Como apenas 5-20% das bactérias são cultiváveis, métodos moleculares que permitem o sequenciamento de milhões de fitas de DNA são utilizados para avaliar a microbiota e sua relação com o hospedeiro⁴.

DISBIOSE, QUEBRA DE BARREIRA INTESTINAL E DESEQUILÍBRIO TH17/TREG

Além da ativação de células imunes intestinais autorreativas, a disbiose pode levar à quebra de barreira intestinal e consequente translocação bacteriana para a corrente sanguínea. Ainda que estas bactérias não sejam replicantes na corrente sanguínea, a exposição antigênica pode induzir a ativação de células imunes autorreativas. O desfecho final é a infiltração de células imunes inatas e adaptativas em órgãos alvo e o aumento da produção de citocinas próinflamatórias^{5,6}.

Diversos estudos sugerem que a disbiose é capaz de

interferir nos mecanismos de regulação imunológica através da ativação da via próinflamatória T helper 17 (Th17) e da disfunção de células T reguladoras (T reg)³.

Embora a importância da via Th17 seja classicamente descrita na imunopatogênese das espondiloartrites e doenças inflamatórias intestinais³, o desequilíbrio das células Th17 e T reg induzido por disbiose parece ser um dos mecanismos imunológicos envolvidos na patogênese de outras doenças autoimunes, como a artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico^{7,8}. Por outro lado, em relação aos metabólitos bacterianos, importante destaque se dá aos Short-Chain Fatty Acids (SCFA - ácidos graxos de cadeia curta) na diferenciação das células T reg e seu efeito anti-inflamatório^{9,10}.

A MICROBIOTA INTESTINAL NAS DOENÇAS AUTOIMUNES

A microbiota intestinal tem sido estudada em diversas doenças autoimunes. Destaco nesse artigo algumas doenças que apresentam dados mais consistentes e que são de grande importância para a Reumatologia.

Os estudos em doenças inflamatórias intestinais (DII) têm contribuído imensamente para o entendimento do possível papel da microbiota intestinal no desenvolvimento de doenças, tanto na avaliação da composição taxonômica quanto na análise metabólica. Estudos em doença de Crohn e retocolite ulcerativa apontam para a redução da diversidade da microbiota intestinal, redução de bactérias produtoras de SCFA (como *Faecalibacterium prausnitzii*) e aumento de bactérias mucolíticas (como o *Ruminococcus gnavus* e *Ruminococcus torques*) nesses pacientes comparados a controles⁹.

As espondiloartrites partilham diversos aspectos clínicos, genéticos (HLA-B27) e imunológicos (via Th17) com as DII¹¹. Inflamação intestinal microscópica ocorre em 60% dos pacientes e 10% desenvolverão DII¹². A composição da microbiota intestinal de pacientes com espondiloartrites difere significativamente em comparação com os controles, embora os dados taxonômicos variem entre os estudos, o que pode estar relacionado aos diversos fatores capazes de interferir na composição da microbiota, assim como variações nas metodologias utilizadas¹³.

A psoríase, embora seja uma doença predominantemente cutânea, apresenta caráter sistêmico, pois pode cursar com manifestação articular inflamatória, a artrite psoriásica, classificada no grupo das espondiloartrites, além de apresentar maior prevalência de doença inflamatória intestinal^{14,15}. O seu caráter sistêmico também é verificado

na associação com doenças cardiovasculares e metabólicas (estudos também apontam para o papel da microbiota intestinal no desenvolvimento destas doenças)¹⁶. A espécie *Akkermansia muciniphila*, produtora de SCFA, foi descrita por alguns autores como possível assinatura da psoríase, pois foi verificada uma menor abundância desta espécie em pacientes com psoríase comparados a controles^{17,18}.

Estudos em artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico também mostram que a composição da microbiota intestinal difere significativamente em comparação com os controles. Muitos autores descrevem maior abundância da espécie *Prevotella copri*¹⁹ em pacientes com artrite reumatoide e maior abundância de *Enterococcus gallinarum* e *Ruminococcus gnavus*⁸ em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico comparados a controles.

PERSPECTIVAS FUTURAS

A análise da composição e diversidade da microbiota intestinal, seu metabólitos e a possível associação com o desenvolvimento de doenças autoimunes poderão contribuir futuramente para a identificação de biomarcadores para diagnóstico e para o desenvolvimento de terapias direcionadas, ao invés de amplos agentes imunossupressores⁶. Também têm se desenvolvido estudos intervencionistas com probióticos, intervenção dietética e transplante de microbiota intestinal, até o momento sem resultados conclusivos e ainda difíceis de implementar na prática clínica devido à heterogeneidade dos estudos^{20,21,22}.

CONCLUSÃO

A presente revisão da literatura destaca que diferenças significativas na composição e diversidade da microbiota intestinal de pacientes com doenças autoimunes têm sido descritas. Limitações destes estudos incluem os vários fatores que podem interferir na composição da microbiota intestinal, assim como variações nas metodologias utilizadas. São necessários mais estudos realizados com maior número de pacientes, em diferentes localizações geográficas e com rigorosos e detalhados critérios de exclusão e pareamento para melhor elucidar a associação entre a microbiota intestinal e doenças autoimunes.

REFERÊNCIAS

1. Lee GR. The Balance of Th17 versus Treg Cells in Autoimmunity. *Int J Mol Sci* 2018;19(3):730.
2. Nicholson JK, Holmes E, Kinross J, Burcelin R, Gibson G, Jia W, Pettersson S. Host-gut microbiota metabolic interactions.

Science 2012;336(6086):1262-1267.

3. Cheng H, Guan X, Chen D, Ma W. The Th17/Treg Cell Balance: A Gut Microbiota-Modulated Story. Microorganisms 2019;7(12):583.

4. Costa M, Weese JS. Methods and basic concepts for microbiota assessment. Vet J 2019;249:10-15.

5. Christovich A, Luo XM. Gut Microbiota, Leaky Gut, and Autoimmune Diseases. Front Immunol 2022;13:946248.

6. Tsai YW, Dong JL, Jian YJ, Fu SH, Chien MW, Liu YW, et al. Gut Microbiota-Modulated Metabolomic Profiling Shapes the Etiology and Pathogenesis of Autoimmune Diseases. Microorganisms 2021;9(9):1930.

7. Xu H, Zhao H, Fan D, Liu M, Cao J, Xia Y, et al. Interactions between Gut Microbiota and Immunomodulatory Cells in Rheumatoid Arthritis. Mediators of Inflammation 2020;1430605.

8. Li R, Meng X, Chen B, Zhao L, Zhang X. Gut Microbiota in Lupus: a Butterfly Effect? Current Rheumatology Reports 2021;23(4):27.

9. Nishida A, Inoue R, Inatomi O, Bamba S, Naito Y, Andoh A. Gut microbiota in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. Clinical Journal of Gastroenterology 2018;11(1):1-10.

10. Pittayanon R, Lau JT, Leontiadis GI, Tse F, Yuan Y, Surette M, et al. Differences in Gut Microbiota in Patients With vs Without Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review. Gastroenterology 2020;158(4):930-46.e1.

11. Gracey E, Vereecke L, McGovern D, Fröhling M, Schett G, Danese S, et al. Revisiting the gut-joint axis: links between gut inflammation and spondyloarthritis. Nat Rev Rheumatol 2020;16(8):415-433.

12. Mielants H, Veys EM, Cuvelier C, De Vos M, Goemaere S, De Clercq L, et al. The evolution of spondyloarthropathies in relation to gut histology. II. Histological aspects. J Rheumatol 1995;22(12):2273-2278.

13. Wang L, Wang Y, Zhang P, Song C, Pan F, Li G, et al. Gut microbiota changes in patients with spondyloarthritis: A systematic review. Semin Arthritis Rheum 2022;52:151925.

14. Myers B, Brownstone N, Reddy V, Chan S, Thibodeaux Q, Truong A, et al.

The gut microbiome in psoriasis and psoriatic arthritis. Best Pract Res Clin

Rheumatol 2019;33(6):101494.

15. Eppinga H, Poortinga S, Thio HB, Nijsten TEC, Nuij VJAA, van der Woude

CJ, et al. Prevalence and Phenotype of Concurrent Psoriasis and Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis 2017;23(10):1783-89.

16. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. J Am Acad Dermatol 2017;76(3):377-90.

17. Tan L, Zhao S, Zhu W, Wu L, Li J, Shen M, et al. The Akkermansia muciniphila is a gut microbiota signature in psoriasis. Exp Dermatol 2018;27(2):144-49.

18. Schade L, Mesa D, Faria AR, Santamaria JR, Xavier CA, Ribeiro D, et al. The gut microbiota profile in psoriasis: a Brazilian case-control study. Lett Appl Microbiol 2022;74(4):498-504.

19. Li M, Wang F. Role of Intestinal Microbiota on Gut Homeostasis and Rheumatoid Arthritis. Journal of Immunology Research 2021; 4;2021:8167283.

20. Szántó M, Dózsa A, Antal D, Szabó K, Kemény L, Bai P. Targeting the gutskin axis-Probiotics as new tools for skin disorder management? Exp Dermatol 2019; 28(11):1210-1218.

21. Wagenaar CA, Put M, Bisschops M, Walrabenstein W, Jonge CS, Herrema H, Schaardenburg D. The Effect of Dietary Interventions on Chronic Inflammatory Diseases in Relation to the Microbiome: A Systematic Review. Nutrients 2021; 13(9):3208.

22. Caldeira LF, Borba HH, Tonin FS, Wiens A, Fernandez-Llimos F, Pontarolo R. Fecal microbiota transplantation in inflammatory bowel disease patients: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2020; 15(9):e0238910.

Título:

Microbiota intestinal e autoimunidade

Autora:

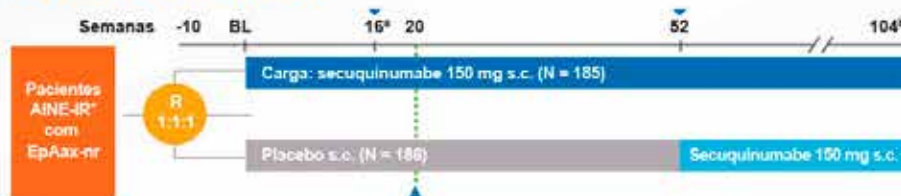
Dr^a Lilian Schade



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

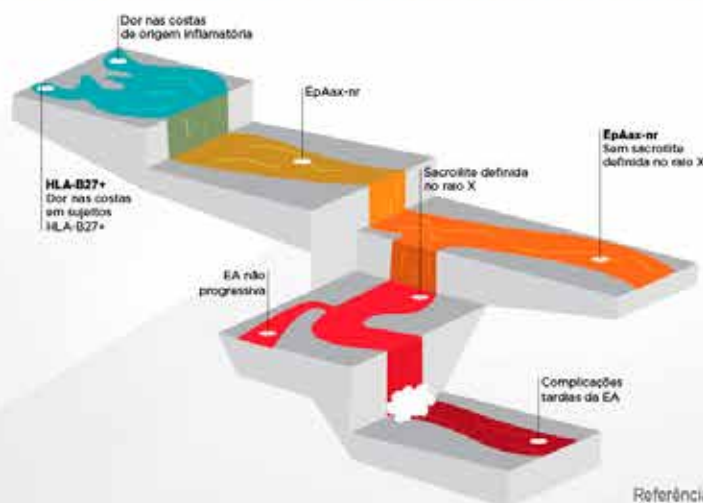


*p<0,001; §p<0,01 e †p<0,05 vs placebo. Valores de p não ajustados na semana 16. Valores n entre parênteses são o número de pacientes avaliáveis que mudaram para secuquinumabe aberto após a Semana 20. Resposta NRI até a semana 16, como observado (sombreado) até a Semana 52.

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 RESPOSTA⁵⁻⁸

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 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. *Bost 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

Doença pulmonar intersticial (DPI) associada às doenças autoimunes

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.referenciaincientifica.com.br

Referências: 1. Bula profissional de OFEV® (islatato de nintedanibe). Versão aprovada pela ANVISA em 07/Jan/2021; 2. Wells AU, Denton CE Interstitial lung disease in connective tissue disease: mechanism and management. Nat Rev Rheumatol. 2014;10(1):27-38; 3. Faherty KR, Wells AU, Cottin V, Devaraj A, Walsh SJ, Inoue I, et al. Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. N Engl J Med. 2019;381(18):1718-27.

OFEV® (islatato de nintedanibe) - uso adulto Apresentação: cápsulas de 100 mg e 150 mg - embalagem com 60 cápsulas moles. Indicação: tratamento e retardação 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 abscissa depletiva. 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 drogas, 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 desidratado, hipertensão, tromboembolismo venoso, tromboцитopenia, perda de peso, prurido e cefaleia. Reações adversas incomuns: FPI aumento de fosfatase alcalina (FA) sanguínea, hiperbilirrubinemia, hipertensão, pancreatite, tromboцитopenia, lesões hepáticas induzidas por drogas, prurido e alopecia. DPI-ES: tromboцитopenia, lesões hepáticas induzidas por drogas, rash, prurido. Outras DPIs fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: tromboцитopenia, 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 ou semelhança de sintomas de desidratação, o que 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 a 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 marcadores cardiovasculares, 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 refridária. Pacientes com risco conhecido para sangramento devem ser tratados com o benefício superando o risco. Cuidados particulares devem ser tomados quando se tratam pacientes que passaram por cirurgia abdominal prévia, têm histórico recente de perfuração de órgão ou histórico prévio de úlcera péptica, doença diverticular ou que estejam recebendo concomitantemente corticosteroides ou anti-inflamatórios não-esteroides (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 danos fetais (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. Não há indicação do uso em crianças e adolescentes. Interações: O uso dos seguintes medicamentos pode aumentar ou reduzir o efeito do tratamento com nintedanibe: cetoconazol, eritromicina, rifamicina, carbamazepina, feniltoína e de-são-jão. Posologia: DPI-ES e outras doenças fibrosantes crônicas com fenótipo progressivo: 150 mg por via oral de 12 em 12 horas com água e alimentos. Adose 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 horas. Aqueles 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 (conservar entre 2°C e 8°C) e manter na embalagem original para proteger da umidade. Bula aprovada pela ANVISA em 22/05/2020. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS: 1.036.7.0173. 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, RIFAMICINA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA E ERVA-DE-SÃO-JOÃO.



Materiais destinados exclusivamente a profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.
PC-BR-10-4460. Abril de 2022



Olumiant® está disponível no SUS!

Veja o algoritmo de decisão terapêutica, conforme as recomendações!¹



*Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil



Aponte a câmera do seu celular para o QR Code e confira o novo PCDT* na íntegra

Figura 1A - Algoritmo de decisão terapêutica a AR e AIAJ

- I. A suspensão do tratamento pode se dar por eventos adversos intoleráveis ou por falha terapêutica (falha 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 droga terapêutica em intervalo de tempo inferior.
- II. Considerar o uso de MTX apenas nas combinações de terapias duplas ou triplas.
- III. O tofacitinibe, baricitinibe e upadacitinibe devem ser usados apenas em combinação com um MMCDs para o tratamento de AR e AIAJ.
- IV. O tofacitinibe e o upadacitinibe podem ser usados como monoterapia ou em combinação com outros MMCDs (baricitinibe ou MTX). Baricitinibe pode ser usado em monoterapia ou em combinação com MTX.

olumiant®
(baricitinibe) comprimidos

Referência: 1. PCDT de Artrite Reumatoide. Disponível em: https://www.gov.br/cv/artigos/pt-br/midias/pt-br/2021/12/guia_rh_baricitinibe.pdf. Acesso em: 12/08/2022.

© 2022 Boehringer Ingelheim Farmacêutica



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 (BT), o transportador aniônico orgânico 1, DAT2, OAT3, transportador catiônico orgânico 1, OCT 2, OATP1B3, proteína de resistência ao câncer de mama e proteína de extrusão tóxica e multidroga 1 e MATE2-K.



Vencedores 2022

Durante o jantar de confraternização de final de ano da Sociedade Paranaense de Reumatologia aconteceu o anúncio dos vencedores do Prêmio Acir Rachid 2022.

TRABALHO ORIGINAL

1º lugar – Willy Wonka

FRAGILIDADE ÓSSEA NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE: UMA DOENÇA DE BAIXO REMODELAMENTO?

Autores: Natália Pereira Machado, Marcelo de Medeiros Pinheiro, domingos Candiota Chula, Rafaela Ceron, Varlei Antonio Serrato, Valderilio Feijó Azevedo e Carolina Aguiar Moreira.

2º lugar – Forrest Gump

HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA (DISH) - PREVALÊNCIA NO BRASIL E SUAS ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS

Autores: Lais Yurie Facimoto, Luciano Henrique Gazoni Scremin, Felipe Cayres Nogueira da Rocha Loures, Willian Augusto de Melo, Gabriel Caetano Pereira, Cassiano Christmann, Gabriel Augusto de Lima Mortean, Lorena Lima Gargaro, Amanda Alves Volse, Beatriz Kaway Van Linschoten, Anderson Gusthavo dos Santos Mucenieks, Rudimila Caroline dos Santos Viana, Jéssica Dias Godinho, Mateus Sabaini Venazzi, Cassia de Fatima Monteiro Franchini, Fernanda Maria Borghi, Juliana Yuri Sekiyama, Paulo Roberto Donadio, Felipe Merchan Ferraz Grizzo.

RELATO DE CASO

1º Lugar – João Carlos Martins

OSTEÓLISE CARPOTARSAL MULTICÊNTRICA: U IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Autores: Rudimila Caroline dos Santos Viana, Leandro Hideki Otani, Luciano Henrique Gazoni Scremin, Amanda Alves Volse, Lais Yurie Facimoto, Jéssica Dias Godinho, Beatriz Kaway Van Linschoten, Anderson Gusthavo dos Santos Mucenieks, Gabriel Caetano Pereira, Mateus Sabaini Venazzi, Cassia de Fatima Monteiro Franchini, Fernanda Maria Borghi, Juliana Yuri Sekiyama, Paulo Roberto Donadio, Felipe Merchan Ferraz Grizzo.

2º Lugar – Amy Farrah Fowler

ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR POR DOENÇA DE BEHÇET: SÍNDROME DE HUGHES STOVIN, DESCRIÇÃO DE CASO

Autores: Adriano Reinaldo Timm, Cassiane Marina Ambroso Reiter, Nicole Kovalhuk Borini, Thelma Larocca Skare, Thiago Alberto Fernandes Gomes dos Santos.

3º Lugar – Garrincha

RAQUITISMO HIPOFOSFATÊMICO LIGADO AO X EM ADULTO: RELATO DE CASO

Autores: Amanda Alves Volse, Lais Yurie Facimoto, Rudimila Caroline dos Santos Viana, Luciano Henrique Gazoni Scremin, Gabriel Caetano Pereira, Beatriz Kaway Van Linschoten, Anderson Gusthavo dos Santos Mucenieks, Jéssica Dias Godinho, Mateus Sabaini Venazzi, Cassia de Fatima Monteiro Franchini, Fernanda Maria Borghi, Juliana Yuri Sekiyama, Paulo Roberto Donadio, Felipe Merchan Ferraz Grizzo.

Título:

Fragilidade óssea na espondilite anquilosante: UMA DOENÇA DE BAIXO REMODELAMENTO?

Autores:

Dr^a Natalia Pereira Machado¹

Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro²

Dr. Domingos Candiota Chula³

Dr^a Rafaela Ceron⁴

Dr. Varlei Antonio Serrato⁵

Dr. Valderilio Feijó Azevedo⁶

Dr^a Carolina Aguiar Moreira⁷

1 médica reumatologista e aluna de doutorado do CHC-UFPR

2 médico reumatologista, doutor e docente da UNIFESP-EPM

3 médico nefrologista e aluno de doutorado do CHC-UFPR

4 biomédica e aluna de mestrado da UFPR

5 médico reumatologista e mestre pela UFPR

6 médico reumatologista, doutor e docente da UFPR

7 médica endocrinologista, doutora e docente da UFPR

RESUMO

Introdução: a espondilite anquilosante (EA) é uma doença imunomediada associada à fragilidade óssea de fisiopatologia desconhecida.

Objetivos: analisar os parâmetros histomorfométricos e densitométricos de pacientes com EA, e correlacionar estes achados com marcadores de atividade e gravidade da doença.

Metodologia: estudo transversal, incluindo pacientes entre 34-55 anos com EA (critérios de Nova Iorque modificados, 1984), submetidos a avaliação clínica, laboratorial, radiográfica e densitométrica, incluindo TBS (escore de osso trabecular). Biópsia óssea de crista ilíaca para histomorfometria óssea (HO) foi realizada em todos os pacientes após marcação com tetraciclina. Os dados de HO foram comparados com biópsias ósseas post mortem de 22 indivíduos previamente saudáveis (grupo controle), pareados para idade, e com valores de referência da literatura. Foram realizados teste exato de Fisher e teste u de Mann-Whitney para comparar variáveis categóricas e numéricas respectivamente e correlações de Spearman entre variáveis numéricas. Foi utilizado o software IBM SPSS Statistics 23 e valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Resultados: Foram incluídos 22 pacientes do sexo masculino, com média de idade de 46 anos, em sua maioria brancos (63,6%) e com positividade para o gene HLA-B27 (90,5%). 31,8% dos pacientes apresentaram baixa densidade óssea na densitometria, sendo 9,1% classificados como osteoporose. O TBS classificou os pacientes como microarquitetura deteriorada ($<1,350$) em 59,4% e se correlacionou negativamente com marcadores de atividade de doença (BASDAI e ASDAS-PCR $p=0,006$ e $p<0,001$) e com IMC ($p=0,03$) e positivamente com densidade mineral óssea de coluna e colo do fêmur ($p=0,018$ e $p=0,025$). Na histomorfometria, a maioria apresentou volume ósseo normal (77,3%), no entanto, com tendência a maior espessura osteóide ($p=0,005$) comparado ao grupo controle e atraso no tempo de mineralização em 72,7%. Foram observadas ainda menores superfícies mineralizadas ($p<0,01$), taxa de formação óssea ($p<0,01$) e de aposição mineral ($p=0,03$). Além disso, 27% dos pacientes apresentaram osteomalácia.

Conclusão: A deterioração da microarquitetura trabecular, defeito da mineralização óssea e padrão de baixo remodelamento são elementos que podem explicar a fragilidade óssea observada em homens com EA



A Dr^a Natalia Machado recebeu do Dr. Valderilio Feijó Azevedo a premiação pelo 1º lugar “Trabalho Original”, representando os autores.



Título:

Hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH) - PREVALÊNCIA NO BRASIL E SUAS ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS

Autores:

Lais Yurie Facimoto

Luciano Henrique Gazoni Scremin

Felipe Cayres Nogueira da Rocha Loures

Willian Augusto de Melo

Gabriel Caetano Pereira

Cassiano Christmann

Gabriel Augusto de Lima Morteau

Lorena Lima Gargaro

Amanda Alves Volse

Beatriz Kaway Van Linschoten

Anderson Gusthavo dos Santos Mucenieks

Rudimila Caroline dos Santos Viana

Jéssica Dias Godinho

Mateus Sabaini Venazzi

Cassia de Fatima Monteiro Franchini

Fernanda Maria Borghi

Juliana Yuri Sekiyama

Paulo Roberto Donadio

Felipe Merchan Ferraz Grizzo

Palavras chaves: Hiperostose esquelética idiopática difusa, DISH, prevalência

RESUMO

Introdução: Trata-se do primeiro estudo no Brasil que avaliou a prevalência da hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH) e suas associações clínicas.

Métodos: Foram incluídos 1005 participantes com idade ≥ 40 anos, que realizaram raio x de tórax e possuíam dados de prontuário em uma clínica privada de pneumologia. Para o diagnóstico de DISH utilizou-se os critérios propostos por Julkunen e Resnick. Dados para avaliação de associações clínicas foram retiradas de prontuário e dados como calcificação de aorta torácica, discopatia degenerativa e achatamento vertebral foram analisados por radiologista experiente na área músculo-esquelética. A prevalência de DISH e suas possíveis associações passaram por análise de dados utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis.

Resultados: A prevalência total segundo os critérios de Julkunen e Resnick, foi de 25,9% e 17,3%, respectivamente. Conforme a média entre as prevalências dos 2 critérios utilizados, mais de 80% dos pacientes com DISH tinham mais de 60 anos, cerca de 21,6% dos pacientes tinham dislipidemia, 42% eram hipertensos, 21,5% tinham diabetes mellitus, 3,1% osteoporose, 76,1% calcificação de aorta e 31,2% discopatia, com resultados estatisticamente significativos.

Conclusão: Associações positivas com idade superior a 60 anos, dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus, osteoporose, calcificação de aorta e discopatia foram encontradas.



Dr. Sebastião Radominski entregou ao Dr. Felipe Merchan Ferraz Grizzo prêmio pelo segundo lugar na categoria “Trabalho Original”. O Dr. Felipe representou os autores, nessa premiação, eles que também foram premiados com o terceiro lugar na categoria “Relato de Caso”.



Título:

Osteólise carpotarsal multicêntrica:
UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL DE ARTRITE IDIOPÁTICA
JUVENIL

Palavras chaves: Osteólise carpotarsal multicêntrica, MAFB, RANK-L.

Autores:

Rudimila Caroline dos Santos Viana
Leandro Hideki Otani
Luciano Henrique Gazoni Scremin
Amanda Alves Volse
Lais Yurie Facimoto
Jéssica Dias Godinho
Beatriz Kaway Van Linschoten
Anderson Gusthavo dos Santos Mucenieks
Gabriel Caetano Pereira
Mateus Sabaini Venazzi
Cassia de Fatima Monteiro Franchini
Fernanda Maria Borghi
Juliana Yuri Sekiyama
Paulo Roberto Donadio
Felipe Merchan Ferraz Grizzo

O Dr. Eduardo Paiva entregou ao Dr. Felipe Merchan Ferraz Grizzo o troféu pelo 1º lugar na categoria “Relato de Caso” do Prêmio Acir Rachid 2022. O Dr. Felipe representou o grupo de autores do trabalho vencedor.



RESUMO

Introdução: A síndrome de osteólise carpotarsal multicêntrica (MCTO) é uma doença rara, de herança autossômica dominante, com casos esporádicos ou familiares, causada por variantes heterozigóticas no gene MAFB. Cursam com osteólise progressiva, predominantemente dos ossos do carpo e do tarso e frequentemente associa-se à doença renal crônica. Sua fisiopatologia ainda não foi totalmente compreendida.

Relato: Relatamos um caso de MCTO, devido a mutação do gene MAFB. Nossa paciente apresenta a variante patogênica c. 161C>G, p.Ser54Trp, e essa variante até o momento é o segundo caso descrito na literatura.

Discussão: Nos estágios iniciais da doença, frequentemente pode ser diagnosticada como artrite idiopática juvenil, no entanto com a evolução da osteólise, as alterações radiográficas se tornam características. O diagnóstico precoce é importante para evitar tratamentos desnecessários especialmente com medicações com potencial ação nefrotóxica. Ainda não existem opções de tratamento eficazes reconhecidas para lesões ósseas e nefropatias associadas à MCTO.

Conclusão: O cuidado interdisciplinar, e o monitoramento da função renal é fundamental para o sucesso do manejo desses pacientes.



Título:

*Aneurisma de artéria pulmonar por
doença de Behçet:
SÍNDROME DE HUGHES STOVIN.
Descrição de caso.*

*Pulmonary artery aneurysm due to
Behçet's disease:
HUGHES STOVIN SYNDROME..
Case report.*

*SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EVANGÉLICO MACKENZIE. CURITIBA. PR*

Autores:

Adriano Reinaldo Timm¹ - ORCID-0000-0002-9729-4791

Cassiane Martina Ambrosi Reiter² - ORCID-0000-0003-2988-9299

Nicole Kovalhuk Borini² - ORCID-0000-0003-4682-0250

Thelma Larocca Skare¹ - ORCID-0000-0002-7699-3542

*Thiago Alberto Fernandes Gomes dos Santos¹ -
ORCID-0000-0002-6310-9789*

1 - Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba PR, Brasil

2 - Membro da liga de Reumatologia FEMPAR/HUEM

Conflito de interesses: NENHUM

Financiamento: NENHUM

Aprovação do comitê de ética em pesquisa número: 5.659.460

Autor para correspondência:

Cassiane Martina Ambrosi Reiter, cassi_martina@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A doença de Behçet é uma vasculite rara, com manifestações ulcerosas orais e/ou genitais, panuveites, lesões cutâneas, entre outras manifestações. A síndrome de Hughes-Stovin é uma variante da doença de Behçet, caracterizada por aneurismas pulmonares e trombozes em grandes vasos.

Objetivo: Relatar o caso de um paciente portador de aneurisma de artéria pulmonar em que a possibilidade da síndrome de Hughes-Stovin foi considerada, visando alertar a comunidade médica para essa possibilidade diagnóstica.

Descrição do caso: Homem jovem com história de hemoptise de 9 meses de evolução, úlceras orais recorrentes e um episódio de úlcera genital. O diagnóstico de aneurisma sacular de artéria pulmonar, trombose pulmonar e epididimite foi mostrado pelo pet-scan.

Conclusão: O caso relatado e as publicações levantadas ressaltam a importância de considerar a doença de Behçet como diagnóstico diferencial em pacientes com aneurisma pulmonar, fundamental para o tratamento correto.

Descritores: Relatos de Casos; Doenças Autoimunes; Síndrome de Behçet; aneurisma

ABSTRACT

Background: Behçet's disease is a rare vasculitis, with oral and/or genital ulcers, panuveitis, and skin lesions, among other systemic manifestations. Hughes-Stovin syndrome is a Behçet's disease variant, characterized by pulmonary aneurysms and large vessel thrombosis.

Aim: To report the case of a patient with pulmonary artery aneurysm due to Behçet's disease, in which the possibility of Hughes-Stovin syndrome was considered, aiming to call the attention of medical community for this diagnosis.

Case description: Young male with 9 months history of hemoptysis, recurrent oral ulcers and one episode of genital ulcer. The diagnosis of pulmonary artery saccular aneurysm, pulmonary thrombosis and epididymitis was done by pet-scan.

Conclusion: The reported case and reviewed publications emphasize the importance of considering Behçet's disease as a differential diagnosis in patients with pulmonary aneurysms, that is important for the correct treatment.

Key words: Case Reports; Autoimmune Diseases; Behçet Syndrome; Aneurysm



Título:

Raquitismo hipofosfatêmico ligado ao x em adulto: RELATO DE CASO

Palavras chaves: hipofosfatemia ligada ao cromossomo X, osteomalácia, burosumabe, fator de crescimento de fibroblastos.

Autores:

Amanda Alves Volse

Lais Yurie Facimoto

Rudimila Caroline dos Santos Viana

Luciano Henrique Gazoni Scremin

Gabriel Caetano Pereira

Beatriz Kaway Van Linschoten

Anderson Gusthavo dos Santos Mucenieks

Jéssica Dias Godinho

Mateus Sabaini Venazzi

Cassia de Fatima Monteiro Franchini

Fernanda Maria Borghi

Juliana Yuri Sekiyama

Paulo Roberto Donadio

Felipe Merchan Ferraz Grizzo

RESUMO

Introdução: A hipofosfatemia ligada ao cromossomo X (XLH) é a forma mais comum de raquitismo hipofosfatêmico hereditário. É uma doença genética rara associada a variantes patogênicas no gene PHEX. Estas mutações com perda de função do PHEX levam a um aumento da expressão do fator de crescimento de fibroblastos 23 (FGF23) o qual atua diminuindo a reabsorção de fosfato no túbulo proximal renal, inibe a 1-alfa hidroxilase e estimula a 24,25 hidroxilase. Portanto, pacientes com XLH apresentam níveis reduzidos ou inapropriadamente 1,25-OH-vitamina D e hipofosfatemia.

Relato: Relatamos o caso de uma paciente com XLH que, apesar de apresentar sinais e sintomas da doença desde os 3 anos de idade, recebeu o diagnóstico apenas aos 28 anos de idade, causando morbidade significativa que afetou sua função física e qualidade de vida. Desde 2014 está em tratamento com reposição oral de fosfato e calcitriol e atualmente busca acesso judicial ao burosumabe.

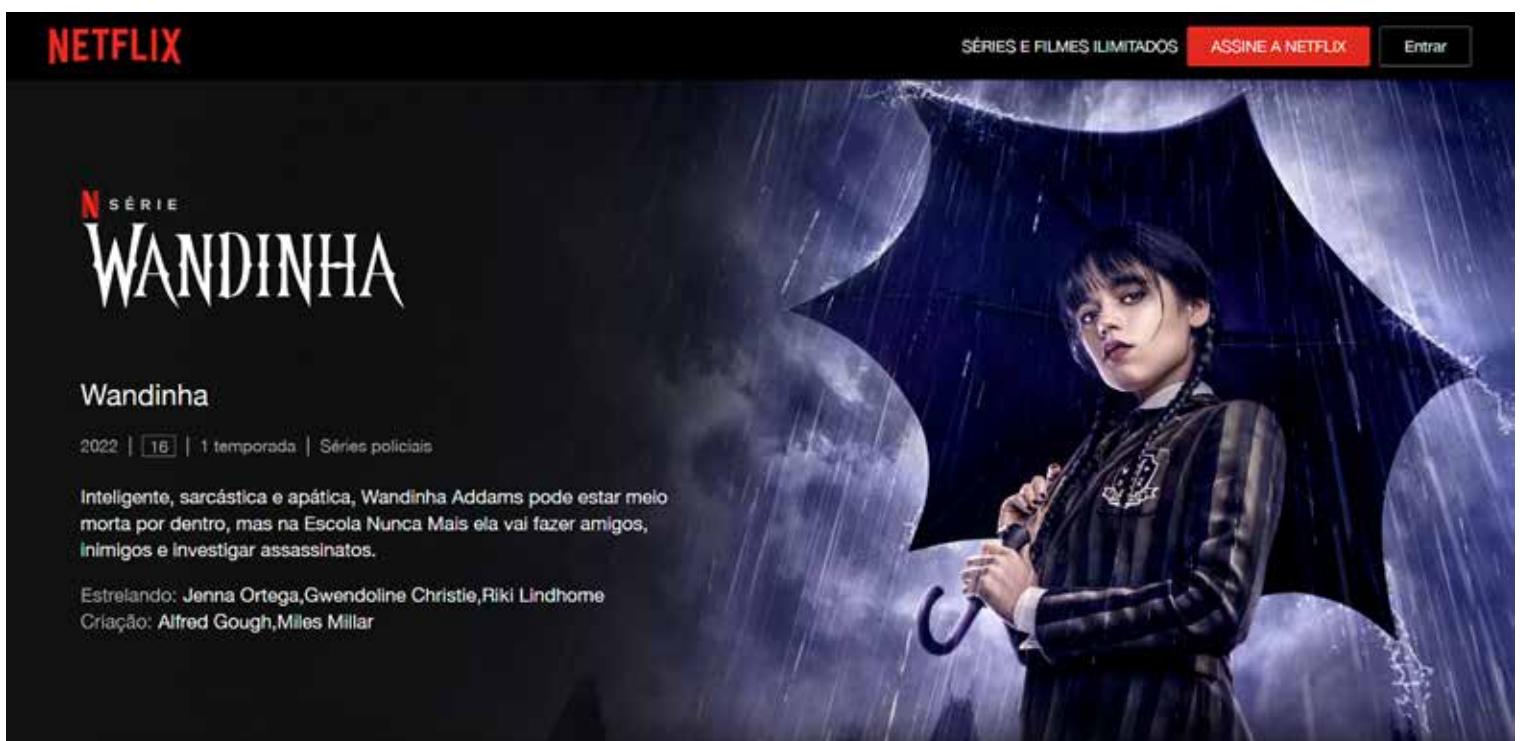
Discussão: As manifestações clínicas da doença podem variar tanto em apresentação quanto em gravidade. A terapia convencional para XLH inclui a ingestão oral de fosfato e análogos ativos de vitamina D, no entanto a adesão é limitada pelo inconveniente posológico e múltiplos efeitos adversos. Em 2018 o burosumabe foi aprovado pelo FDA e em 2019, pela Anvisa. O burosumabe é um anticorpo monoclonal totalmente humano que se liga ao excesso de FGF23 circulante e inibe sua atividade. Os estudos demonstraram normalização da fosfatemia, além de melhora na dor, rigidez, função física e fadiga.

Conclusão: O diagnóstico precoce e correto dessa condição, seguido de tratamento com uma equipe multidisciplinar é fundamental para controlar as manifestações clínicas, prevenir as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.



Dicas Culturais: Série da Netflix *Wandinha*

Autora:
Dr^a Ana Luísa Berti Guimarães Sella



<https://www.netflix.com/br/title/81231974>

Provavelmente da publicação deste artigo, *Wandinha*, nova série do Netflix, já estará ainda mais em alta do que hoje. Já figura nesta data como uma das séries mais assistidas da plataforma e acho que vai mais longe, ressuscitando músicas e artistas, como já vimos acontecer com a cantora Kate Bush após o sucesso de *Stranger Things*.

E não é sem motivo. Embora possamos pensar que se trata de mais um terror adolescente, *Wandinha* vai além.

Idealizado pelo genial Tim Burton, *Wandinha* retoma a trajetória de *Wednesday*, (no Brasil, chamada *Wandinha* desde a exibição da série *Família Addams*, de 1964), filha mais velha do casal Gomez e Morticia Addams.

E se nos quadrinhos de Charles Addams, na série e nos filmes dos anos 90, a macabra Família já havia conquistado nosso coração, o seu spin-off já nasce um sucesso.

Aqui, a adolescente *Wandinha*, é expulsa de seu colégio “normal” e seus pais resolver transferi-la para o internato onde se conheceram e apaixonaram: *Nevermore*.

Lá, *Wandinha* vai se envolver em uma trama adolescente charmosa, com direito a baile e triangulo amoroso, mas que traz muito mais escondido, como a própria protagonista.

Nostalgia pura, o Netflix traz série cheia de referências ao cinema de terror clássico, e que não esconde a referência-mor de Tim Burton: Edgar Allan

Poe.

Desde o nome da Gincana na escola Nevermore, na qual Wandinha é matriculada logo ao início da série, a Copa Poe, quanto ao menos obvio nome da própria escola, Nevermore, em português Nunca Mais, que faz referência ao clássico poema de Poe, o Corvo, tudo em Wandinha tem um porquê.

E este pássaro noturno fez-se menos taciturno com o modo rijo e sério dos seus gestos glaciais.

“Não trazendo embora crista”, disse eu, “ninguém avista Covardia em tua pista, egresso de orlas infernais. Qual é lá teu nome, lá nas orlas infernais?”

Disse o Corvo: - “Nunca mais.”

***Edgar Allan Poe
(Tradução de Alexei Bueno)***

Do livro: “O Corvo e suas Traduções Lacerda Editores”, 1998, RJ

Enviado por: Márcia Maia

Não nos escapa a escolha (perfeita!) da protagonista Jenna Ortega, jovem atriz norte-americana a se observar. Seus grandes e expressivos olhos escuros, que encantam no sucesso de crítica *The Fallout*, cabem como ninguém à sombria (mas ainda adolescente), Wandinha Addams. E a garota já coleciona em sua filmografia várias histórias de terror.

E como não comentar a descoberta da famigerada *Game of Thrones*, Gwendoline Christie, como a dura diretora Weems e a atuação do famoso Mãozinha, a mão que acompanha os Addams, vivida aqui um pouco pela computação gráfica e muito pelo ator Victor Dorobantu, que rende muitas cenas ótimas na série.

Mas mais que as diversas estrelas, como Catherine Zeta-Jones (Morticia) e Christina Ricci (nossa eterna Wandinha retorna aqui como uma jovem professora da Nevermore), o elenco todo tem sua importância. Não há aqui personagem que não importe à trama, que à primeira-vista pode parecer mais uma série adolescente, mas cresce em uma série viciante, com um mistério a ser resolvido e uma protagonista que pode parecer apática e calculista, mas se mostra apaixonante.

Preste atenção também se for um amante da boa música, pois a trilha de Wandinha é impecável. De Edith Piaf a Fleetwood Mac, de Roy Orbison a Rolling Stones, passando por Vivaldi e Talking Heads, a série entrega uma seleção gratíssima e nos momentos certos, com as escolhas certeiras de Danny Elfman

e Chris Bacon, colaboradores antigos de Burton em outros de seus filmes, como *Batman*, *Edward Mãos de Tesoura* e *The Nightmare Before Christmas*.

Aliás, para finalizar a dica de série e trilha, por que não recomendar um giro pela filmografia de Tim Burton?

Eu não esqueceria: *Ed Wood*, *Beetlejuice*, *Edward Mãos de Tesoura*, *Batman* e *Batman: O Retorno* e as animações *A Noiva Cadáver* e *o Estranho Mundo de Jack* (*The Nightmare Before Christmas*), além das deliciosas (e sombrias) versões de *A Fantástica Fábrica de Chocolates* e *Dumbo*.

São dicas suficientes para o mês inteiro!

Excelente final de ano a todos e nos vemos em 2023!



Jenna Ortega, jovem atriz norte-americana, protagonista perfeita para Wandinha





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.

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

XELJANZ[®]

citrato de tofacitinibe

MAIS DE 6 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO BRASIL³



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.anvisa.gov.br/bula/bula_xeljanz_2_009.pdf, acesso em 11/06/2021, disponível em https://www.pfizer.com.br/bula/bula_xeljanz_2_009.pdf, acesso em 11/06/2021, disponível em https://www.pfizer.com.br/bula/bula_xeljanz_2_009.pdf, acesso em 11/06/2021. 2. DODGSON J, et al. (2013). "Tofacitinibe in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial." *New England Journal of Medicine* 369: 978-988. 3. KUMAR S, et al. (2013). "Tofacitinibe in combination with nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with active rheumatoid arthritis: a randomized trial." *Annals of Internal Medicine* 159: 251-261. 4. VAN DER HEIJDE D, et al. (2013). "Tofacitinibe (CP-673,203) in patients with rheumatoid arthritis: results of a global, open-label, long-term extension study." *Arthritis Research & Therapy* 15: 11. 5. GANDY S, et al. (2015). "Effects of tofacitinibe monotherapy on patient-reported outcomes in a randomized phase 3 study of patients with active rheumatoid arthritis and inadequate response to DMARDs." *Arthritis Research & Therapy* 17: 307. 6. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021. 7. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021. 8. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021. 9. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021. 10. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021. 11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021. 12. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Psoriásica. Acesso em 01/06/2021, em <http://conselho.gov.br/imagem/Protocolos/Protocolos/Artrite%20Reumatoide%20e%20Artrite%20Psor%C3%ADica.pdf>, acesso em 01/06/2021.

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 sepsis, 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 tratar 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 sepsis. 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 perturbação 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 de 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 desenvolvem 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 em pacientes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, interrompa prontamente o uso de tofacitinibe enquanto 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. **Gestação:** 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[®]. Dirija veículos e opere 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, dispepsia, rash, artralgia, parestesia, edema periférico, fadiga, aumento de creatinina fosfoquinase no sangue. Reação Infrequente (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, inchaço 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): sepsis, urosepsis, tuberculose disseminada, fascíte necrotizante, bacteremia, bacteriemia estafilocócica, 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-dialítico. **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 – Chácara 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
Laboratórios

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
0800-7701375
www.pfizer.com.br

Pfizer

PP-XEL-BRA-0542 - Abril/2022

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



SociedadeParanaensedReumatologia



SOCIEDADE
PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

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.²

RINVOQ® (upadacitinibe) + csDMARDs é a única terapia a demonstrar taxas de remissão⁵ 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 articulação.²

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 vs. placebo + MTX e adalimumabe + MTX ($p < 0.001$) para ambas as comparações. 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.⁸

a Remissão medida por DAS28-PCR <2.6; b indica 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 ao 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): 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. Roberi-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):2502-2512. 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-RINQR-220021.

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



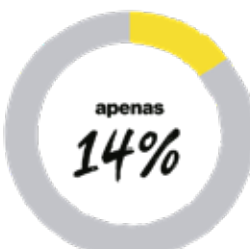
abbvie

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 SUSTENTADA*

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, Lobbasso 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, Shengji 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;39(3):727-738. doi: 10.1007/s10067-018-4340-7. 3. Svensson B, Andersson MLE, Balla 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-2013-000554. 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 RM, Enejosa MC, Enejosa JV 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 congresso. 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 congresso.



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-RINQR-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