



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

RADAR

INFORMAÇÃO CIENTÍFICA



Nº 1 • ANO 1
OUT/NOV/DEZ 2016

Um novo canal de atualização

O RADAR SBR é um novo serviço de difusão de informação científica da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Trata-se de um alerta bibliográfico moderno, ágil e atualizado que destina-se a informar aos leitores sobre novos conhecimentos e avanços que tragam mudanças conceituais importantes, dados epidemiológicos relevantes, novos métodos diagnósticos e terapias emergentes em Reumatologia publicados nos principais periódicos da especialidade. O objetivo é facilitar o acesso à informações úteis baseadas em evidências que tenham impacto na tomada de decisão em Reumatologia na enfermaria, no ambulatório e no consultório.

O RADAR é preparado por uma equipe de reumatologistas da SBR dedicados a identificar, selecionar e apresentar os temas dos artigos rele-

vantes em um formato didático, intuitivo e direto, buscando entregar ao leitor o núcleo da informação e como ela pode influenciar e se incorporar na prática reumatológica. Referência completa de cada um dos artigos selecionados será disponibilizada, permitindo ao associado consultar o texto de interesse em sua versão completa.

O RADAR será entregue pelos correios a cada um dos reumatologistas da SBR juntamente com o BOLETIM.

Aproveitem este serviço da SBR ao seu associado.

Boa leitura!

Charles Heldan de Moura Castro – Editor do RADAR SBR

José Tupinambá Sousa Vasconcelos – Diretor Científico da SBR

Georges Basile Christopoulos – Presidente da SBR

ACOMPANHE NESTA EDIÇÃO

2 Novembro azul: mapeando os fatores de risco para fraturas de quadril no homem

3 Sarcopenia: considerações sobre a definição e propostas para um diagnóstico operacional

3 Novas terapias para o vírus da hepatite C: boa notícia para o manejo da crioglobulinemia

4 Evidências aumentam, mas pouco ainda se sabe sobre o microbioma e autoimunidade

4 O intrigante impacto do tratamento com biológicos no risco de sepse e mortalidade após infecções graves

5 Parentes de primeiro grau de pacientes com espondilite anquilosante podem ter características da doença mesmo quando assintomáticos

6 Eular publica novas recomendações para tratamento da fibromialgia

6 Recomendações baseadas em evidência do Eular para tratamento da gota

7 Contracepção em adolescentes com doenças reumáticas: responsabilidade do reumatologista

ESCOLHA DO EDITOR - RBR
Dr. Marcos Renato de Assis

**Diretoria Executiva da SBR**

Gestão 2016-2018

Presidente

Georges Basile Christopoulos

Secretária geral

Maria Amazile Ferreira Toscano

1º Secretário

Cleandro Pires de Albuquerque

2ª Secretária

Lilian David de Azevedo Valadares

Tesoureiro

Roberto Cordeiro de Andrade Teixeira

Vice-tesoureiro

Roberto Calil

Diretor Científico

José Tupinambá Souza Vasconcelos

Ouvidor

Fernando Neubarth

Presidente Eleito

José Roberto Provenza

RADAR SBR**Coordenação editorial**

Charles Heldan de Moura Castro, CRM SP 76801

Edgard Torres dos Reis Neto, CRM SP 114511

Thauana Luiza de Oliveira, CRM SP 152304

Sociedade Brasileira de Reumatologia

Av. Brig. Luís Antônio, 2.466, conjuntos 92/93/94

01402-000 - São Paulo - SP

Tel.: (11) 3289-7165 / 3266-3986

www.reumatologia.org.br@ contato@reumatologia.org.br@ boletimsbr@hotmail.com**Representante junto à Panlar**

Adil Muhib Samara – SP

Antonio Carlos Ximenes – GO

Maria Amazile Ferreira Toscano – SC

Representante junto ao Ministério da Saúde

Ana Patrícia de Paula – DF

Mário Soares Ferreira – DF

Representante junto à AMB

Eduardo de Souza Meirelles – SP

Ivone Minhoto Meinão – SP

Hellen Mary da Silveira de Carvalho - DF

Novembro azul: mapeando os fatores de risco para fraturas de quadril no homem

Quase 30% das fraturas de quadril ocorrem em homens. A mortalidade, a morbidade e a perda de independência após fraturas de quadril são maiores nos homens quando comparado a mulheres. Em artigo recente publicado no *Journal of Bone and Mineral Research*, a Dra Jane Cauley e colaboradores do estudo multicêntrico americano MrOs avaliaram os fatores de risco associados a fratura de quadril em 5994 homens com 65 anos de idade ou mais seguidos por cerca de 8,6 anos.

Dados demográficos, estilo de vida, história pessoal e familiar, estado funcional, avaliação antropométrica e cognitiva, visual e função neuromuscular foram investigados. Os fatores associados ao estilo de vida incluíam o consumo de álcool (número médio de bebidas por semana), tabagismo e ingestão dietética. O histórico do uso de medicamentos foi também investigado. A densidade mineral óssea da coluna e fêmur foram mensuradas na visita inicial.

Os homens foram seguidos para fratura de quadril incidente com questionários administrados a cada 3 anos por correio ou telefone. As fraturas de quadril foram verificadas pela avaliação de prontuários médicos. As fraturas patológicas foram excluídas.

Idade avançada (>75 anos), baixa densidade óssea na colo do fêmur, tabagismo atual, maior perda de altura e peso desde os 25 anos de idade, história de fraturas, uso de antidepressivos tricíclicos, história de infarto agudo do miocárdio ou angina, hipertireoidismo e doença de Parkinson foram todos associados a um aumento do risco de fratura de quadril e reconhecidos como preditores para esse evento. Os autores também observaram que o risco de fraturas do quadril aumenta quanto maior o número de comorbidades do indivíduo. Baixa ingestão de proteínas e performance ruim em testes funcionais foram também preditores do risco de fraturas de quadril.

O estudo concluiu que homens com baixa massa óssea no colo do fêmur, múltiplos fatores de risco e comorbidades têm um alto risco de fraturas de quadril. Nos homens mais velhos, as fraturas de quadril têm imenso impacto pessoal e na saúde pública. Métodos aprimorados para identificar homens em alto risco são essenciais. Esse conjunto de 11 fatores de risco associado a densitometria óssea foram associados com fraturas de quadril em homens mais velhos. Muitas desses fatores podem ser facilmente avaliados e detectados na prática clínica rotineira e podem levar a uma melhor estratificação do risco.

Cauley, JA; Cawthon, PM; Peters, KE; Cummings, SR; Ensrud, KE; Bauer, DC; Taylor, BC; Shikany, JM; Hoffman, AR; Lane, NE; Kado, DM; Stefanick, ML; Orwoll, ES.

THE OSTEOPOROTIC FRACTURES IN MEN (MROS) STUDY RESEARCH GROUP (2016), RISK FACTORS FOR HIP FRACTURE IN OLDER MEN: THE OSTEOPOROTIC FRACTURES IN MEN STUDY (MROS).

J Bone Miner Res, 31: 1810–1819. doi:10.1002/jbmr.2836

Sarcopenia: considerações sobre a definição e propostas para um diagnóstico operacional

Atualmente, não há uma definição operacional de sarcopenia que seja universalmente aceita. Por outro lado, há um amplo reconhecimento de que uma definição é necessária.

O termo sarcopenia ou “escassez de carne” foi cunhado por Irwin Rosenberg em 1989. As alterações musculares que ocorrem ao longo do envelhecimento resultam em um espectro que inclui massa muscular normal, pré-sarcopenia e sarcopenia. Estas mudanças levam à fragilidade e, finalmente, à incapacidade e limitação.

Existe consenso sobre a definição geral de sarcopenia como significando perda de massa e função muscular. Vários grupos de trabalho propuseram definições operacionais de sarcopenia, mas, neste momento, não há uma definição universalmente aceita. As definições propostas incluem a presença de baixa massa muscular esquelética, quer isoladamente quer associada a reduzida força de preensão e ou velocidade de marcha. A maioria das definições inclui a massa magra apendicular (ALM, *apendicular lean mass*) determinada pela densitometria óssea por DXA. A maioria das definições de sarcopenia ajustaram a massa magra para o tamanho corporal dividindo a massa magra pelo quadrado da altura (ALM/altura²).

Uma definição operacional padronizada com gradações (pré-sarcopenia, sarcopenia, sarcopenia grave) é esperada. Uso da massa magra (ALM/altura²) será um componente objetivo importante de uma definição global, e idealmente seria baseado em pontos de corte padronizados e uma única base de dados de referência. Uma vez que uma definição operacional global tenha sido estabelecida, deve ser demonstrado que indivíduos que atendem a essa definição de sarcopenia se beneficiariam de intervenções específicas.

Os estudos que avaliaram a sarcopenia definida como baixa massa muscular associada a reduzida força ou performance muscular mostram prevalência mais baixa do que aqueles estudos que definem sarcopenia apenas como reduzida massa magra. Do ponto de vista das intervenções, parece oportuno o diagnóstico precoce antes que o prejuízo na força e na performance muscular estejam presentes.

Dawson-Hughes, B & Bischoff-Ferrari, H.

CONSIDERATIONS CONCERNING THE DEFINITION OF SARCOPENIA.

Osteoporos Int (2016) 27: 3139. doi:10.1007/s00198-016-3674-8.

Novas terapias para o vírus da hepatite C: boa notícia para o manejo da crioglobulinemia

Um estudo recente mostrou que os novos regimes antivirais com drogas de ação direta (DADs) são eficazes na remoção do vírus da hepatite C (HCV) em pacientes com diagnóstico de crioglobulinemia associada ao vírus. O estudo realizado em centro único em Barcelona avaliou os efeitos clínicos e imunes da erradicação viral com DADs. Os DADs usados foram aqueles aprovados pelo governo da Espanha e incluíram: Sofosbuvir; Simeprevir; Daclatasvir; Paritaprevir+Ritonavir+Ombitasvir+Dasabuvir; Ledipasvir; Grazoprevir+Elbasvir; Faldaprevir+Deleobuvir; dentre outros.

Os autores estudaram prospectivamente pacientes com crioglobulinemia infectados pelo HCV que receberam tratamento com diversos regimes com os novos DADs. A resposta clínica completa foi definida como melhoria em todos os órgãos afetados após a obtenção de uma resposta virológica sustentada 12 semanas após o fim da terapia ou ausência de atividade da vasculite, conforme definido pelo score de Birmingham (zero).

Um total de 64 pacientes com a crioglobulinemia associada ao HCV foram tratados com os novos DADs. Um total 35 pacientes (54,7%) tinha vasculite e os demais estavam assintomáticos. A população do estudo apresentou uma taxa de resposta virológica sustentada 12 semanas após o fim da terapia de 94%, índice muito superior ao observado com o tratamento convencional. Vinte e cinco pacientes com vasculite (71%) obtiveram uma resposta completa após o uso dos DADs (cerca de 13 pacientes alcançaram pontuação de Birmingham de zero, enquanto 12 outros tiveram melhora clínica de todos os órgãos). Além disso, o uso dos novos DADs teve efeito benéfico também sobre a necessidade de drogas para o manejo da crioglobulinemia. A terapia imunossupressora foi reduzida em 4 de 13 pacientes e retirada completamente em 6 pacientes de um conjunto de 13 em uso de imunossupressores.

Esse estudo reforça a importância do HCV na patogênese e manutenção da crioglobulinemia e aponta para o papel crucial das novas estratégias para erradicação do vírus como forma de manejo das vasculites de pequenos vasos associada ao HCV.

Bonacci, M; Lens, S; Londoño, M-C; Mariño, Z; Cid, MC; Ramos-Casals, M; Sánchez-Tapias, JM; Forns, X; Hernández-Rodríguez, J.

VIROLOGIC, CLINICAL, AND IMMUNE RESPONSE OUTCOMES OF PATIENTS WITH HEPATITIS C VIRUS-ASSOCIATED CRYOGLOBULINEMIA TREATED WITH DIRECT-ACTING ANTIVIRALS, CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY.

(2016), doi: 10.1016/j.cgh.2016.09.158.



Evidências aumentam, mas pouco ainda se sabe sobre o microbioma e autoimunidade

Em recente artigo de revisão, Jethwa H. e Abraham S. abordam alguns conceitos básicos sobre o microbioma e seu papel na fisiopatologia de algumas doenças reumatológicas autoimunes.

Os micro-organismos comensais e simbióticos que colonizam a pele, cavidade oral e os tratos respiratório superior, genital feminino e principalmente o gastrointestinal compõem o microbioma. O intestino de adultos saudáveis contém cerca de 10¹⁴ células não-eucarióticas, bactérias em sua maioria, sendo as do gênero bacteroides as mais prevalentes.

Para garantir o equilíbrio entre o sistema imune do hospedeiro e o microbioma gastrointestinal, impedindo a circulação de bactérias, há uma série de mecanismos, como uma barreira gastrointestinal que contém muco, anticorpos IgA e proteínas com propriedades antimicrobianas, além de células do sistema imune inato presentes na lâmina própria.

Existem algumas teorias que procuram explicar como a interação entre o microbioma e o sistema imune pode induzir autoimunidade, dentre elas o aumento da permeabilidade da parede intestinal e exposição do sistema imune a antígenos dos micro-organismos comensais, sob a influência de fatores genéticos e também do sexo, dieta, idade, infecções e uso de medicações.

Uma das doenças em que o microbioma parece contribuir como gatilho para o desequilíbrio imune é a artrite reumatoide (AR), doença em que bactérias periodontais são as mais implicadas. Como exemplo disso, ressalta-se o achado de que pacientes com AR em atividade apresentam aumento na frequência de doença periodontal. Do mesmo modo, há maior prevalência de AR dentre aqueles que apresentam inflamação gengival. Adicionalmente, já foi demonstrado que tanto o soro quando o líquido sinovial desses pacientes podem apresentar níveis elevados de anticorpos direcionados a *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* e *Prevotella intermedia*. Essas são potentes estimuladoras da produção de fator de necrose tumoral e fator reumatoide. Além disso, anticorpos anti-peptídeos citrulinados (anti-CCP) ligam-se a epítopos criados a partir da deaminação de resíduos de arginina realizada por meio da expressão da enzima peptidil arginina deaminase presente na *P. gingivalis*.

Assim como na AR, há evidências de que nas espondiloartrites também há importante contribuição do microbioma, não só na artrite reativa, mas também na espondilite anquilosante e na artrite psoriásica. Há uma série de modelos animais dessas doenças que demonstram que, quando criados em um meio interno e externo livre de bactérias, não desenvolvem plenamente as manifestações clínicas da doença, particularmente a artrite. Além disso, a presença do HLA-B27 parece modular o microbioma intestinal.

Em relação às possíveis intervenções no microbioma com

fins terapêuticos, já foi demonstrado que pacientes com AR inicial responderam melhor à combinação de metotrexato (MTX) e doxiciclina que à monoterapia com MTX. Achado semelhante foi observado com a associação de um probiótico e MTX. Apesar de promissores, tanto os antibióticos e probióticos, assim como o transplante fecal, uma ferramenta eficaz em algumas condições como a colite pseudomembranosa, ainda não podem ser indicados como parte do arsenal terapêutico das doenças reumatológicas autoimunes. Contudo, esses dados sugerem potenciais benefícios e seguem como agenda para pesquisas futuras.

Jethwa, H; Abraham, S.

THE EVIDENCE FOR MICROBIOME MANIPULATION IN INFLAMMATORY ARTHRITIS.

RHEUMATOLOGY (OXFORD). 2016 Oct 27.

O intrigante impacto do tratamento com biológicos no risco de sepse e mortalidade após infecções graves

Nesse interessante estudo retrospectivo de Richter A. et al, foi avaliada a contribuição do tratamento da artrite reumatoide (AR) e das características de pacientes da coorte alemã RABBIT (*Rheumatoid arthritis: observation of biologic therapy*) para o risco de infecções graves evoluírem para sepse e óbito.

A sepse é a principal preocupação no contexto de infecções graves porque resulta em elevada mortalidade (30-50%). Dentre os inúmeros estudos que objetivam encontrar estratégias que sejam capazes de reduzir essa taxa de mortalidade, encontram-se aqueles que observaram elevada concentração de fator de necrose tumoral (TNF) nesses pacientes e outros que introduziram os anti-TNF no tratamento da sepse. Não houve sucesso na redução de mortalidade nesses estudos, mas especula-se que o início tardio dos anti-TNF, depois que a cascata inflamatória da sepse já havia se iniciado, possa ter sido o fator que contribuiu para o insucesso dessa terapêutica.

Nesse estudo, a análise se baseou em 1017 infecções graves de 859 pacientes. Foram avaliados três cenários: A (risco simultâneo de sepse e morte após infecção grave, incluindo todos os casos de sepse fatal e não-fatal e todas as mortes dentro dos 90 dias após a infecção grave), B (risco de morte secundária a sepse dentro de 30 dias após a infecção) e C (risco de morte independente de sepse após a infecção grave). Para cada um desses cenários foram realizadas diferentes análises estatísticas, tendo sido o método de equações de estimativas generalizadas nos cenários A e C, e a regressão logística múltipla no cenário B.

Na análise descritiva, observou-se que a pneumonia foi a infecção mais frequente (n=332, 28,4%), seguida por 131 infecções osteoarticulares (11,2%) e 120 outras infecções

do trato respiratório. Quando os casos foram estratificados por tipo de tratamento (biológicos *versus* imunossupressores sintéticos), não houve diferença em relação ao espectro de infecções graves. Foram 137 (11,7%) casos que evoluíram para sepse nos primeiros 30 dias, sendo que dois pacientes o fizeram por duas vezes. A taxa de mortalidade foi de 63% (85 óbitos em 135 pacientes).

Os pacientes com infecções graves eram mais velhos, com AR de maior duração e em elevada atividade, sendo que aqueles que evoluíram para sepse apresentavam maior frequência de insuficiência cardíaca e doença renal crônica.

O risco de evoluir para sepse foi significativamente reduzido quando os pacientes foram expostos a um anti-TNF ou outro biológico no momento da infecção grave (OR: 0,64; intervalo de confiança (IC): 0,42-0,97). Quando os pacientes expostos a biológicos no momento da infecção grave foram comparados àqueles que nunca os haviam usado, o risco ajustado de sepse e óbito foi significativamente reduzido (OR:0,57; IC:0,34-0,97) e (OR:0,34; IC:0,15-0,80), respectivamente.

Ainda que pacientes expostos a biológicos no momento da infecção grave tenham evoluído para sepse com menor frequência e também tenham apresentado menor risco de óbito após, não se pode concluir, com esse estudo, que os agentes biológicos devam ser continuados nesse contexto. São necessários estudos adicionais para que recomendações baseadas em melhores evidências sejam propostas.

Richter, A; Listing, J; Schneider, M; Klopsch, T; Kapelle, A; Kaufmann, J, et al.

IMPACT OF TREATMENT WITH BIOLOGIC DMARDS ON THE RISK OF SEPSIS OR MORTALITY AFTER SERIOUS INFECTION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. *Ann Rheum Dis* 2016;75:1667–1673.

Parentes de primeiro grau de pacientes com espondilite anquilosante podem ter características da doença mesmo quando assintomáticos

Turina M.C. e colaboradores apresentam estudo com dados clínicos e de imagem basais de parentes de primeiro grau (PPG) de pacientes com espondilite anquilosante (EA) que estão sendo acompanhados na coorte Pre-Spondyloarthritis.

Nessa coorte, foram incluídos PPG de pacientes com EA HLA-B27 positivos, com idade entre 18 e 40 anos, sendo que não podiam apresentar o diagnóstico de EpA no momento da primeira avaliação ou estar em tratamento de queixa musculoesquelética, mas podiam apresentar sintomas prévios ou atuais quando questionados.

Os PPG foram globalmente avaliados por um reumatologista quanto aos dados demográficos, história familiar, uso de medicação e presença de características relacionadas às EpA como a artrite, entesite, dactilite, doença inflamató-

ria intestinal, psoríase e uveíte. Quando sintomáticos, foram aplicados os instrumentos de avaliação das EpA. Além disso, foram realizados os seguintes testes laboratoriais: pesquisa do HLA-B27, proteína C-reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS) e níveis de calprotectina, e obtidas radiografias e ressonâncias (RNM) de coluna lombar, cervical e das articulações sacroilíacas (SI).

Os pacientes foram classificados de acordo com os critérios do *Assessment of Spondyloarthritis* (ASAS) axial e periférico, *European Spondyloarthropathy Study Group* (ESSG), Amor, *CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis* (CASPAR) e de Nova Iorque modificado (mNY).

Foram incluídos 51 PPG de 36 probandos com EA, sendo que em 27 (75%) famílias os probandos eram os únicos membros com o diagnóstico de EpA. Seis (17%) probandos tinham um irmão e um (3%) tinha um filho com diagnóstico de EpA. Além disso, cinco (14%) tinham um PPG com o diagnóstico.

A média de idade dos PPG incluídos foi de 25 anos, sendo 25 (49%) do sexo masculino e 26 (51%) HLA-B27 positivos. Identificaram-se 29 (57%) dos PPG com dor nas costas, sendo que 11 (22%) preenchiam os critérios de lombalgia inflamatória. Dos 51 PPG, 20 (40%) reportaram artralgia prévia ou atual sendo que apenas um (2%) já havia apresentado artrite. Nenhum dos PPG apresentava história de entesite ou dactilite. De todos os 51 PPG, 2 (4%) apresentavam psoríase e 1 (2%) relatava uveíte prévia. A PCR, VHS e calprotectina estava elevada em 6(12%), 4(8%) e 0 (0%) dos PPG, respectivamente.

Em relação à imagem, 3(6%) dos PPG apresentavam sacroilite grau I ou II que não preenchiam os critérios de mNY, um (2%) tinha sindesmófitos na coluna, mas nenhum apresentava achados inflamatórios agudos na RNM de coluna. Em contrapartida, 10 (20%) das RNM de SI foram consideradas positivas devido à presença de edema da medula óssea segundo os critérios ASAS.

Dezessete (33%) pacientes preencheram pelo menos um dos critérios de classificação, sendo que aqueles classificados por meio do ASAS axial e ESSG apresentavam mais dor axial e periférica e entesite, com pior comprometimento funcional e maior atividade de doença.

Portanto, esse estudo ressalta a elevada proporção de PPG com sintomas e imagem sugestivos de EpA. O seguimento desses casos permitirá avaliar quantos manifestarão clinicamente uma EpA e determinar que características podem vir a ser preditoras disso, nos auxiliando no diagnóstico cada vez mais precoce.

Turina, MC; de Winter, JJ; Paramarta, JE; Gamala, M; Yeremenko, N; Nabibux, MN, et al.

CLINICAL AND IMAGING SIGNS OF SPONDYLOARTHRITIS IN FIRST-DEGREE RELATIVES OF HLA-B27-POSITIVE ANKYLOSING SPONDYLITIS PATIENTS: THE PRE-SPONDYLOARTHRITIS (PRE-SPA) COHORT STUDY. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(10):2444-55.



Eular publica novas recomendações para tratamento da fibromialgia

Com prevalência estimada em cerca de 2% da população, a fibromialgia é uma das doenças mais frequentes na prática clínica do reumatologista e, porque não dizer, uma das mais desafiadoras também. Após mais de 10 anos da publicação das últimas recomendações para o tratamento da fibromialgia, um grupo multidisciplinar do Eular (*European League Against Rheumatism*) formado por membros de 12 países avaliaram os níveis de evidência em revisão sistemática e metanálise das intervenções farmacológicas ou não farmacológicas no tratamento da fibromialgia, principalmente em relação a dor, fadiga, sono e atividades diárias. Baseado na metanálise, a única “recomendação forte” foi a prática de exercício físico. Dentre as recomendações para tratamento não farmacológico estão incluídos exercícios aeróbicos e de fortalecimento, terapias cognitivo comportamentais, terapias multicomponentes, acupuntura ou hidroterapia e terapias meditativas de movimento (yoga, tai chi). Como tratamento farmacológico são recomendadas a amitriptilina em doses baixas, duloxetine, milnacipran, tramadol, pregabalina e a ciclobenzaprina. Diante das evidências, os autores ressaltam que terapias não farmacológicas devem ser a primeira linha de tratamento, enquanto outras terapias devem ser introduzidas somente na sua falha de acordo com as necessidades individualizadas de cada paciente, incluindo a terapia farmacológica. No artigo, são ainda discutidos de maneira isolada cada intervenção, classe de droga e seus efeitos na doença baseados em trabalhos placebo controlados. Entretanto, alguns pontos ainda precisam ser esclarecidos em outros estudos, tais como: qual melhor tipo de exercício para o tratamento da doença? A combinação do tratamento farmacológico e não farmacológico é mais efetiva que o tratamento único? A fibromialgia associada a outras doenças reumáticas deve ser tratada de maneira diferente?. Estas recomendações podem ser importantes na disseminação do conhecimento da doença e seu tratamento como importante estratégia de saúde pública, especialmente em locais onde o acesso ao médico reumatologista ainda é remoto.

Macfarlane, GJ; Kronisch, C; Dean, LE, et al.

EULAR REVISED RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF FIBROMYALGIA.

Ann Rheum Dis. 2016 Jul 4. pii: annrheumdis-2016-209724. doi: 10.1136/annrheumdis 2016-209724.

Recomendações baseadas em evidência do Eular para tratamento da gota

Novos tratamentos e evidências surgiram sobre o manejo da gota desde as últimas recomendações para o tratamento da doença publicadas pelo Eular (*European League Against Rheumatism*) em 2006, quando apenas o alopurinol e poucos agentes uricosúricos eram disponíveis para o tratamento da doença. Com prevalência estimada de 0,9% a 2,5% em diferentes países da Europa, seu tratamento e diagnóstico são por vezes realizados de maneira não satisfatória. As recomendações foram elaboradas por grupo multidisciplinar formada por reumatologistas, radiologistas, clínicos gerais, pacientes e especialistas em pesquisa, metodologia e epidemiologia de 12 países da Europa. Três princípios gerais e 11 recomendações foram definidos. Para o tratamento da crise, são recomendados colchicina, anti-inflamatórios não esteroidais, corticoesteróide oral ou intra articular ou a combinação entre os fármacos. A escolha do medicamento deve basear-se na presença de contra-indicações do paciente, na experiência prévia do paciente aos tratamentos, no tempo da crise e no número e tipo de articulações envolvidas. Profilaxia pode ser utilizada com colchicina (0,5 a 1mg/dia) durante os primeiros 6 meses de tratamento hipouricemiante, cuja dose deve ser reduzida em doentes com insuficiência renal. Naqueles pacientes com crises frequentes e contraindicações aos medicamentos acima descritos, pode-se considerar o uso de bloqueador de interleucina-1. Durante o tratamento deve-se ter como alvo níveis séricos de ácido úrico abaixo de 6mg/dL. Níveis abaixo de 5mg/dL devem ser utilizados para aqueles com casos graves: gota tofácea, artropatia crônica e crises frequentes. Alopurinol deve ser recomendado como primeiro agente redutor do urato e sua dose deve ser ajustada de acordo com a função renal. Quando o alvo não é atingido com o alopurinol, febuxostate, um agente uricosúrico ou a combinação de inibidor de xantina oxidase com agente uricosúrico podem ser prescritos. Em casos refratários pode ser indicada a pegloticase. No artigo estão disponíveis ainda fluxogramas de fácil compreensão e aplicabilidade na prática clínica diária. O estabelecimento de um alvo para o tratamento da doença pode levar ao engajamento do médico e do paciente no tratamento. Embora algumas destas medicações ainda não estejam disponíveis no Brasil para o tratamento da gota, vale a pena a leitura e atualização.

Richette, P; Doherty, M; Pascual, E, et al. 2016 UPDATED EULAR EVIDENCE-BASED RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF GOUT.

Ann Rheum Dis 2016;0:1–14. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209707.



Contraceção em adolescentes com doenças reumáticas: responsabilidade do reumatologista

Lourenço et al elaboraram uma revisão narrativa que expõe a “Contraceção para adolescentes com doenças reumáticas crônicas”, assunto que representa um desafio frente às peculiaridades desta faixa etária, das doenças e do uso de medicamentos. Os autores abordam lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ), síndrome antifosfolípida (SAF) e anticorpos antifosfolípidos (ACA), artrite idiopática juvenil (AIJ) e dermatomiosite juvenil (DMJ); discutem riscos e impactos da gravidez, estratégias de contraceção, preferências, níveis de evidência e contra-indicações, esclarecendo distinções de cada método e chamando à responsabilidade os reumatologistas.

Dentre as estratégias recomenda-se considerar o adolescente como alguém com desejo sexual e direitos relacionados a saúde sexual e reprodutiva, e respeitar sua privacidade no atendimento e confidencialidade. Aponta-se a preferência pelos preservativos, que oferecem a dupla proteção (gravidez e DST), e a consideração não apenas da eficácia de cada método, mas sua efetividade (uso real) em adolescentes. É importante conhecer acessibilidade, disponibilidade no SUS ou custo do tratamento e efeitos adversos diferentes para cada condição clínica devido a interferências na progressão da doença ou interação medicamentosa, e fazer uso das diretrizes OMS ou CDC. Destaca-se a avaliação da atitude do adolescente em relação à sexualidade, suas dúvidas e seus mitos, o incentivo à participação do parceiro e da rede de apoio familiar / social, bem como a negociação com o casal adolescente.

Os métodos de barreira masculino e feminino devem ser regularmente recomendados. A associação de outros métodos como contraceptivo oral combinado (COC), pílula contendo apenas progestina (POP), dispositivo intrauterino contendo Cobre (Cu-DIU) ou liberador de levonorgestrel (LNG), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) dependem de cada contexto.

Para a contraceção são citadas a primeira, a segunda sugestão e a contraindicação absoluta (não usar), junto aos níveis de evidência A - ensaios clínicos randomizados / metanálise, B - ensaio clínico não randomizado bem concebido, C - consenso / opinião de especialistas, NS - não há estudos.

LESJ ACA-

1 ^a	Cu-DIU (A) ou DIU-LNG (C)
2 ^a	COC ou POP para doença estável com atividade leve (A) ou DMPA (C)
não usar	sem restrições

LESJ ACA+ ou com SAF

1 ^a	Cu-DIU (NS) ou DIU-LNG (C)
2 ^a	POP ou DMPA (C)
não usar	contraceptivos combinados – oral, adesivo, anel vaginal ou injetável

LESJ com trombocitopenia grave

1 ^a	DIU-LNG (C)
2 ^a	COC para doença leve de atividade estável (NS)
não usar	DMPA; Cu-DIU (iniciação); DIU-LNG (iniciação)

AIJ e DMJ

1 ^a	COC ou outro hormonal combinado (NS)
2 ^a	Contraceptivo reversível de ação prolongada – DIU ou implante (NS)
não usar	Sem restrições

Nos “acidentes contraceptivos” em risco de gravidez (falha no uso), indica-se contraceção de emergência – LNG oral (NS).

DIU e implante subdérmico LNG são permitidos em LESJ ACA-, sem SAF ou com outras doenças reumáticas; POP é segura em doenças reumáticas, porém mais sujeita a baixa adesão devido à irregularidade menstrual; injeções trimestrais de DMPA são altamente eficazes, mas em longo prazo podem diminuir a densidade mineral óssea; e para pacientes com LES em que se pode usar estrogênio optar por formulação com baixo nível.

A escolha contraceptiva para doenças reumáticas crônicas é de responsabilidade de reumatologistas.

CONTRACEPTION FOR ADOLESCENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC DISEASES.

Benito Lourenço, Katia T. Kozu, Gabriela N. Leal, Marco F. Silva, Elisabeth G.C. Fernandes, Camila M.P. França, Fernando H.C. Souza, Clovis A. Silva. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.06.005>

In press



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br