

BRUNA GRANDO KROEFF

**“PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM
ESPONDILOARTRITES DE UM AMBULATÓRIO DO SUL DO
BRASIL”**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

BRUNA GRANDO KROEFF

**“PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM
ESPONDILOARTRITES DE UM AMBULATÓRIO DO SUL DO
BRASIL”**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Edelson Flávio Morato
Co-orientador: Dr. Ivânio Alves Pereira

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

“Pensa bem enquanto há tempo. Mas se, indiferente à fortuna, aos prazeres, à ingratidão e, sabendo que te verás, muitas vezes, só entre feras humanas, ainda tens a alma estóica o bastante para encontrar satisfação no dever cumprido; se te julgas suficientemente recompensado com a felicidade de uma mãe que acaba de dar a luz, com um rosto que sorri porque a dor passou, com a paz de um moribundo que acompanhaste até ao final; se anseias conhecer o Homem e penetrar na trágica grandeza de seu destino, então, torna-te médico, meu filho.”
(Os Conselhos de Esculápio)

AGRADECIMENTOS

A minha família, pai, “mães”, irmãos e avó, grandes incentivadores, sempre acreditaram que seria possível, apesar de todas as dificuldades. Admiro-os muito por todo o esforço e superação. Por chegar até aqui, devo tudo a vocês.

Aos meus colegas de classe, Rafael, Henrique, Fernando, Adriana, Caroline, e em especial a Ariana, com quem pude compartilhar todos os anseios, angústias, dúvidas, às vezes desesperos, diante dos desafios que cruzaram nossos caminhos ao longo desses anos de estudos. Agradeço por ter conhecido pessoas tão especiais, futuros colegas de profissão e eternos amigos.

Aos meus antigos amigos, sempre próximos, com quem sempre pude contar e compartilhei momentos de intensa alegria e amizade.

Ao Dr. Edelson Flavio Morato, professor ímpar da Universidade, pelo seu grande comprometimento com o ensino e a pesquisa.

Ao Dr. Ivânio Alves Pereira, um grande exemplo de profissional, em quem pretendo espelhar-me ao longo da construção da carreira médica. Agradeço pelo tempo dedicado à minha pesquisa e aos ensinamentos da Reumatologia.

A Silvana e a Fabiana, funcionárias da clínica, que colaboraram na busca pelos pacientes.

Ao professor Rodrigo Moretti, quem me ajudou com todas as dificuldades em relação à análise estatística.

Ao colega e médico Dr. André Pacheco e Silva, quem deu início a pesquisa no ano de 2007.

A todos os pacientes que participaram do presente trabalho, pela ótima receptividade e pelo tempo dispensado às entrevistas.

A Deus, pela oportunidade que me foi dada, por todos estes que citei acima e pela realização de um sonho, a medicina.

RESUMO

Objetivos: traçar um perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com espondiloartrites de Santa Catarina, a partir da implantação do protocolo criado pela Comissão de Espondiloartrites da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Métodos: este é um estudo prospectivo analítico-descritivo, com delineamento transversal, no qual foram entrevistados pacientes com diagnóstico prévio de espondiloartrite, aplicando-se questionário formulado pelo Registro Brasileiro de Espondiloartrites.

Resultados: a amostra analisada foi de 80 pacientes. Desses, 72,50% eram homens, principalmente da raça branca - 87,50% - que tiveram seus primeiros sintomas da doença antes dos 40 anos de idade, em 70% dos pacientes. Espondilite anquilosante foi a espondiloartrite mais comum (51,25%); a manifestação extra-articular mais comum foi a uveíte, presente em 20% da amostra; 75% fazem uso de antiinflamatórios não-hormonais como tratamento, além de outras drogas como, principalmente, os agentes bloqueadores do TNF α , utilizados em 70% dos pacientes entrevistados.

Conclusões: as espondiloartrites são doenças que afetam mais homens adultos jovens e de raça branca. Seus sintomas têm como principal característica a dor axial de ritmo inflamatório, muitas vezes a primeira manifestação da doença. A uveíte é a manifestação extra-articular mais comum. O tratamento com os medicamentos bloqueadores do fator de necrose tumoral alfa propicia alívio importante dos sintomas, bem como diminui a atividade da doença, reduzindo seus níveis de atividade inflamatória. Isso se reflete na qualidade de vida do paciente, que os torna mais capazes de realizar as atividades diárias com certa normalidade, uma vez que as incapacidades físicas decorrentes da doença são importantes e freqüentes causas de afastamento das atividades laborais.

ABSTRACT

Objectives: analyze the clinical and epidemiological characteristics of patients with Spondyloarthritis (SpA) in the state of Santa Catarina, from the implementation of the protocol established by the Spondyloarthritis Commission of the Brazilian Society of Rheumatology.

Methods: this was an analytical-descriptive and transversal study in which patients with a diagnosis of spondyloarthritis were interviewed by applying a questionnaire formulated by the Brazilian Registry of Spondyloarthritis.

Results: the study group was 80 patients; 72,50% of these were male, mostly Caucasian (87,50%), and had their first symptoms before 40 years of age - 70% of the patients. Ankylosing spondylitis was the most common Spondyloarthritis (51,25%); uveitis was the most common extra-articular manifestation, present in 20% of the sample; 75% use nonsteroidal anti-inflammatory drugs, as well as other drugs, mainly the TNF blocking agents, used in 70% of interviewed patients.

Conclusions: Spondyloarthritis are diseases relatively prevalent in our society, affecting mainly men in early adulthood and white. The most common symptoms are related with rhythm inflammatory axial pain, often the first manifestation of the disease. Uveitis is the most common extra-articular manifestation. They are debilitating diseases that require chronic treatment in order to avoid the progression of joint bone and damage. Nowadays, with the discovery of blocking tumor necrosis alpha factor drugs treatment provides important relief of symptoms and decreases the activity of the disease, reducing the levels of inflammatory activity. This is reflected in the quality of patients' life, and let them able to perform daily activities with some degree of normality, since physical disabilities resulting from the disease are important and frequent causes of absence from work activities.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Características demográficas | 16 |
| Tabela 2 – Primeiros sinais e sintomas de espondiloartrites | 19 |
| Tabela 3 – Manifestações extra-articulares | 19 |
| Tabela 4 – Critérios do Grupo Europeu de Espondiloartrites | 21 |
| Tabela 5 – Articulações e ênteses | 25 |
| Tabela 6 – Exames laboratoriais | 26 |
| Tabela 7 – BASRI | 27 |
| Tabela 8 – BASDAI, BASFI e ASQoL | 29 |
| Tabela 9 – Diagnóstico x uveíte anterior | 30 |
| Tabela 10 – Diagnóstico x forma clínica | 31 |
| Tabela 11 – Diagnóstico x sexo | 32 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Critério de classificação ASAS | 02 |
| Figura 2 – Desenho esquemático das articulações | 10 |
| Figura 3 – Desenho esquemático das ênteses | 10 |
| Figura 4 – Atividade e incapacidade laboral | 17 |
| Figura 5 – Exercício físico | 17 |
| Figura 6 – Tratamento | 22 |
| Figura 7 – Teste de Schober | 23 |
| Figura 8 – Distância occipício-parede | 23 |
| Figura 9 – Rotação cervical | 24 |
| Figura 10 – Diagnóstico e forma clínica | 28 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------------|--|
| SpA | Espondiloartrites |
| ASAS | Sociedade Internacional de Avaliação das Espondiloartrites |
| AINH | Antiinflamatórios não-hormonais |
| PCR | Proteína C Reativa |
| EA | Espondilite anquilosante |
| AP | Artrite psoriásica |
| AR | Artrite Reativa |
| DII | Doença inflamatória intestinal |
| RNM | Ressonância Nuclear Magnética |
| RBE | Registro Brasileiro de Espondiloartrites |
| HU-UFSC | Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| MMII | Membros inferiores |
| MMSS | Membros superiores |
| ESSG | Grupo Europeu de Estudo das Espondilartrites |
| VHS | Velocidade de hemossedimentação |
| BASDAI | Índice de atividade da doença na Espondilite Anquilosante |
| BASFI | Índice de capacidade funcional na Espondilite Anquilosante |
| ASQoL | Índice de qualidade de vida na Espondilite Anquilosante |
| mSASSS | modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score |
| TNF α | Fator de necrose tumoral alfa |

SUMÁRIO

| | |
|--|-------------|
| FALSA FOLHA DE ROSTO..... | i |
| FOLHA DE ROSTO..... | ii |
| AGRADECIMENTOS..... | iv |
| RESUMO..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| LISTA DE TABELAS..... | vii |
| LISTA DE FIGURAS..... | viii |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | ix |
| SUMÁRIO..... | x |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 01 |
| 2 OBJETIVO..... | 06 |
| 3 MÉTODOS..... | 07 |
| 3.1 Delineamento do estudo..... | 07 |
| 3.2 População, local, período..... | 07 |
| 3.3 Definição de critérios..... | 07 |
| 3.3.1 Critérios de inclusão..... | 07 |
| 3.4 Estratégia metodológica..... | 07 |
| 3.4.1. Identificação..... | 08 |
| 3.4.2. Dados gerais..... | 08 |
| 3.4.3. Antecedentes..... | 08 |
| 3.4.4. Exames..... | 09 |
| 3.4.5. Diagnóstico..... | 11 |
| 3.4.6. Questionário preenchido pelo paciente..... | 11 |
| 3.5. Variáveis estudadas e análise estatística..... | 14 |
| 3.6. Aspectos éticos..... | 14 |
| 4. RESULTADOS | 15 |
| 4.1. Dados gerais | 15 |

| | |
|---|----|
| 4.1.1. Sexo | 15 |
| 4.1.2. Idade | 15 |
| 4.1.3. Raça | 15 |
| 4.2. Atividade e incapacidade laboral | 16 |
| 4.3. Exercício físico | 17 |
| 4.4. Idade de início dos primeiros sintomas de SpA | 17 |
| 4.5. Primeiros sinais e sintomas de SpA | 18 |
| 4.6. Manifestações extra-articulares | 19 |
| 4.7. Critérios do Grupo Europeu de Estudo das Espondiloartrites | 20 |
| 4.8. Manifestações associadas | 21 |
| 4.9. Tratamento | 21 |
| 4.10. Testes físicos | 22 |
| 4.10.1. Teste de Schober | 22 |
| 4.10.2. Distância occipício-parede | 23 |
| 4.10.3. Rotação cervical | 24 |
| 4.11. Número de articulações inflamadas ou dolorosas | 24 |
| 4.11.1. Número de articulações inflamadas | 24 |
| 4.11.2. Número de articulações dolorosas | 24 |
| 4.12. Número de ênteses dolorosas | 25 |
| 4.13. Exames laboratoriais | 25 |
| 4.13.1. HLA-B27 | 25 |
| 4.13.2. VHS | 25 |
| 4.13.3. PCR | 25 |
| 4.14. BASRI | 26 |
| 4.14.1. Coluna lombar ântero-posterior + lateral | 26 |
| 4.14.2. Lateral coluna cervical | 26 |
| 4.14.3. Sacroilíacas | 26 |
| 4.14.4. Coxofemorais | 26 |
| 4.15. Diagnóstico | 27 |
| 4.16. Forma clínica | 28 |
| 4.17. BASDAI | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 4.18. BASFI | 28 |
| 4.19. ASQoL | 29 |
| 4.20. Diagnóstico x uveíte anterior | 29 |
| 4.21. Diagnóstico x forma clínica | 30 |
| 4.22. Diagnóstico x sexo | 31 |
| 5. DISCUSSÃO | 33 |
| 6. CONCLUSÕES | 38 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 39 |
| NORMAS ADOTADAS..... | 43 |
| ANEXO..... | 44 |

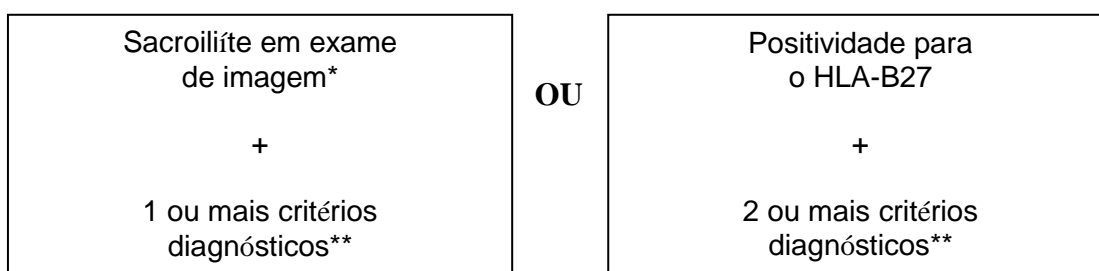
1. INTRODUÇÃO

Em 1974, os pesquisadores ingleses Molly e Wright propuseram o conceito de espondiloartropatias soronegativas para englobar dentro de um mesmo conjunto algumas doenças até então consideradas distintas entre si, mas que, na verdade, apresentavam várias características clínicas, laboratoriais, radiológicas e epidemiológicas comuns. São ditas soronegativas devido à característica negatividade para o fator reumatóide. Esse conjunto de doenças inclui a espondilite anquilosante, a artrite psoriásica, a artrite reativa e a artrite enteropática.¹ Existem casos em que há apresentações típicas de espondiloartrite, mas que não preenchem os critérios diagnósticos para uma doença definida dentro do grupo, por isso, mais recentemente estas doenças passaram a ser denominadas de espondiloartrites indiferenciadas, considerando o importante componente axial e o freqüente envolvimento articular periférico.^{1,2}

As espondiloartrites (SpA) são algumas das doenças reumáticas mais comuns, com prevalência entre 0,5 e 1,9%.^{3,4,5} Afetam primariamente o esqueleto axial, embora envolvam articulações periféricas, de forma oligoarticular, e estruturas extra-articulares, como os olhos, pele e mucosas. O diagnóstico de SpA é baseado em aspectos clínicos. Ademais, o diagnóstico clínico presuntivo é substanciado por evidências radiológicas de sacroiliíte.⁶ Em 2008, após estudo multicêntrico, o ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society), definiu novos parâmetros diagnósticos para as espondiloartrites.³ Dentre os critérios diagnósticos para espondiloartrites estão: 1) dor inflamatória da coluna, que inclui a presença de 4 ou mais dos seguintes parâmetros – idade de início inferior a 40 anos, início insidioso, melhora da dor com a prática de exercícios físicos, ausência de melhora com repouso, e dor à noite, com melhora ao levantar-se; 2) história prévia ou atual de sinovite, diagnosticada por um médico; 3) entesite – história prévia ou atual de dor espontânea, ou sensibilidade dolorosa no momento do exame, na inserção do tendão de Aquiles ou da fáschia plantar no osso calcâneo; 4) uveíte – história prévia ou atual de uveíte anterior, diagnosticada por um oftalmologista; dactilite – história prévia ou atual, diagnosticada por um médico; 5) psoríase – história prévia ou atual, diagnosticada por um médico; 6) doença inflamatória intestinal – história prévia ou atual de doença de Crohn ou de colite ulcerativa, diagnosticada por um

médico; 7) boa resposta a antiinflamatórios não-hormonais (AINH) – ausência ou melhora importante da dor na coluna após 24 a 48 horas da primeira dose de AINH; 8) história familiar positiva, em parentes de primeiro ou segundo grau, de qualquer uma das doenças incluídas no grupo das espondiloartrites; 9) proteína C reativa (PCR) elevada na presença de dor na coluna e depois de excluídas outras causas possíveis para elevação dos níveis de PCR; 10) positividade para o antígeno leucocitário humano-B27 (HLA-B27); 11) presença de sacroiliíte em exames radiográficos graus 2 a 4 bilateralmente ou graus 3 a 4 unilateralmente, de acordo com os critérios modificados de New York; 12) presença de sacroiliíte em exames de ressonância magnética – lesões inflamatórias nas articulações sacroilíacas, com edema ou osteíte sugestivos de sacroiliíte associada a SpA³. Definiu-se como critério para diagnóstico de espondiloartrite axial, a presença de sacroiliíte em exame de imagem associado à presença de um ou mais critérios para SpA, ou pela presença de positividade para o exame do HLA-B27 associado à presença de dois ou mais critérios para SpA (Figura 1).

Critérios de classificação ASAS
(em pacientes com dor na coluna por mais de 3 meses e idade inferior a 45 anos)



**Características de SpA:

- dor inflamatória na coluna
- artrite
- entesite (calcanhares)
- uveíte
- dactilite
- psoríase
- Doença de Crohn/ colite ulcerativa
- boa resposta a AINHs
- história familiar de SpA
- PCR elevado

*Sacroiliíte em imagem:

- inflamação aguda em ressonância nuclear magnética altamente sugestiva de sacroiliíte a associada com SpA
- ou
- sacroiliíte definida em radiografia de acordo com os critérios modificados de *New York*⁷

Figura 1 – Critérios de classificação ASAS.
Adaptado da referência 3

Portanto, além dos sintomas clínicos, as imagens de radiografias convencionais e de ressonância nuclear magnética (RNM) são importantes no diagnóstico e definição de condutas nas espondiloartrites. Enquanto que a radiografia é útil na detecção de mudanças crônicas estruturais, a RNM é também capaz de detectar atividade inflamatória e alterações estruturais, características de doença aguda.^{8,2}

Espondilite Anquilosante

A espondilite anquilosante (EA) é a mais comum entre as SpA, com prevalência de 0,9% da população geral.⁹ Tem predileção por pacientes do sexo masculino (3:1) e acomete principalmente indivíduos da raça branca, com início insidioso na faixa etária entre os 20 e os 40 anos de idade. Costuma ter como sintoma inicial a dor lombar de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada e predomínio dos sintomas axiais durante sua evolução.¹ O envolvimento articular periférico costuma ser oligoarticular, assimétrico e com predominância para articulações de membros inferiores ou articulações próximas do tronco (articulações coxofemorais e ombros). Pelo menos um terço dos pacientes tem envolvimento periférico em algum período da doença.¹⁰ Entesopatias são comuns, especialmente na inserção do tendão de Aquiles ou da fásia plantar no osso calcâneo.¹⁰

Nos últimos anos, em virtude do surgimento de drogas mais eficazes para o tratamento da EA, foram propostos vários instrumentos de avaliação clínica e de imagem que avaliam, de maneira geral, a atividade da doença, a capacidade funcional do paciente, bem como sua qualidade de vida, e o comprometimento radiológico dos principais sítios de acometimento da espondilite anquilosante.^{9,11} Entre eles, podemos citar o BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*), o BASFI (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*), o ASQoL (*Ankylosing Spondylitis Quality of Life*), o SF-12 (*Short-Format Health Survey-12*), o BASRI (*Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index*) e o modified Stokes Ankylosing Spondylitis Spinal Score (mSASSS).^{12,13}

Artrite psoriásica

A artrite psoriásica (AP) é uma artrite inflamatória associada à psoríase cutânea, doença freqüente que pode acometer até 2 a 3% da população. Estatísticas têm demonstrado que 6 a 42% dos pacientes com psoríase desenvolvem algum tipo de acometimento articular. É mais prevalente em populações brancas, sem predomínio de sexo. A lesão mais característica da psoríase cutânea é a placa eritemato-escamosa de bordas bem definidas, que varia em número e em tamanho, estando presente particularmente sobre as superfícies extensoras dos membros e do couro cabeludo. O acometimento da pele costuma preceder a artrite em 75% dos casos, havendo início simultâneo em 10% dos pacientes; nos outros 15%, a artrite pode preceder a lesão de pele.¹

Artrite Reativa/ Síndrome de Reiter

O conceito de artrite reativa (AR) requer a presença de uma artrite asséptica associada à evidência de infecção precedente.¹⁴ O termo Síndrome de Reiter, proposto em 1942, se restringe aos casos caracterizados pela tríade uretrite, artrite e conjuntivite, que ocorre após infecção geniturinária ou gastrointestinal, estando incluído no grupo das artrites reativas. A prevalência da artrite reativa é de 30 a 40 casos por 100.000 adultos. O agente infeccioso representa, no indivíduo geneticamente predisposto, o “fator gatilho” para o desenvolvimento da doença. Na etiologia pós-disentérica predominam as bactérias enteropatogênicas, como as do gênero *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* e *Campylobacter*; já nos casos de etiologia geniturinária, predomina a *Chlamydia trachomatis*. As manifestações clínicas costumam se iniciar de uma a quatro semanas após a infecção. Dentro da tríade característica, a primeira manifestação costuma ser a uretrite. O quadro articular geralmente é caracterizado por uma oligoartrite assimétrica, recorrente, de predomínio em grandes articulações de membros inferiores, sendo comum nos pacientes com doença ativa a presença de volumosos derrames articulares recorrentes em joelhos. Na evolução do quadro articular é bastante freqüente a presença de entesites na inserção do tendão de Aquiles e da fáschia plantar, também cursando com tenossinovites em dedos de mãos e pés. Em 20% dos casos pode haver acometimento axial. As crises podem ser únicas, recorrentes ou crônicas e, nesses casos, a positividade para o HLA-B27 é importante fator prognóstico.¹⁴

Artrite enteropática

O acometimento articular pode afetar 2 a 26% dos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII). Observam-se manifestações articulares associadas à retocolite ulcerativa e à doença de Crohn. Os acometimentos articulares nas DII podem ser subdivididos em oligoartrite periférica, que acomete principalmente grandes articulações de membros inferiores, associada à entesopatias periféricas; poliartrite periférica, que pode ocorrer na doença de Crohn, doença de Whipple e após cirurgia de by-pass intestinal; espondilite enteropática, que pode acometer 2 a 12% dos pacientes com retocolite ulcerativa e doença de Crohn. A evolução dos quadros articulares costuma ser independente do quadro intestinal.¹⁴

2. OBJETIVOS

O trabalho visa traçar um perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com espondiloartrites de Santa Catarina, a partir da implantação do protocolo criado pela Comissão de Espondiloartropatias da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

3. MÉTODOS

3.1. Delineamento do estudo

Este é um estudo analítico-descritivo, com delineamento transversal.

3.2. População, local, período

Foram entrevistados pacientes com diagnóstico estabelecido de qualquer uma das espondiloartrites, que fazem tratamento e acompanhamento clínico no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), na cidade de Florianópolis, no período compreendido entre abril de 2007 e julho de 2007, e janeiro de 2010 e setembro de 2010.

3.3. Definição de critérios

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos no presente estudo todos os pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento de quaisquer espondiloartrites, que fazem acompanhamento no ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Não houve recusa de nenhum paciente perante a solicitação de participarem da pesquisa.

3.3.2. Critérios de exclusão

Não houve recusa de nenhum paciente perante a solicitação de participarem da pesquisa.

3.4. Estratégia metodológica

Em 2006, a comissão de espondiloartropatias da Sociedade Brasileira de Reumatologia criou o Registro Brasileiro de Espondiloartropatias (RBE), com o objetivo de fazer um cadastramento de todos os pacientes com tal diagnóstico no Brasil. Para isso, foi criado um questionário a ser preenchido junto aos pacientes e posteriormente registrado no programa online do RBE (anexo 1).

Em um primeiro momento, foram identificados todos os pacientes com prontuário registrado no Hospital Universitário da UFSC, com diagnóstico prévio de SpA (espondilite anquilosante, artrite psoriásica, artrite reativa, artrite enteropática, espondiloartrite indiferenciada), que faziam tratamento e acompanhamento no ambulatório de Reumatologia,

provenientes de diversas regiões do Estado de Santa Catarina. Aqueles que concordaram em participar assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2).

O questionário elaborado pelo RBE pode ser dividido em seis partes, redigidas a seguir.

3.4.1. Identificação

Letras iniciais do nome, a data de nascimento, o sexo e a profissão.

3.4.2. Dados gerais

- Incapacidade laboral: nenhuma, transitória, parcial ou total.
- Raça: branca, negra, parda, branco-indígena, branco-amarela, negro-indígena, negro-amarela, indígena ou outra.
- Prática de exercício físico: se sim, quantas horas por semana.

3.4.3. Dados clínicos

- Ano dos primeiros sinais/sintomas de SpA (aparelho locomotor).
- Qual: lombalgia, dor em nádegas, cervicalgia, coxalgia, artrite de MMII, artrite de MMSS, entesite, dactilite.
- Ano do primeiro episódio de afecção extra-articular e tipo: uveíte, doença inflamatória intestinal, psoríase, uretrite.
- Critérios do Grupo Europeu de Estudo das Espondiloartrites (ESSG): dor axial inflamatória, sinovite assimétrica ou predominantemente em MMII, história familiar positiva, psoríase, doença inflamatória intestinal, uretrite/cervicite/diarréia no mês anterior à artrite, dor alternante em nádegas, entesopatia, sacroilíte.
- Manifestações associadas: irite/uveíte anterior, dactilite, pustulose palmo-plantar, acne conglobata, balanite, prostatite, comprometimento cardíaco, comprometimento renal, comprometimento do sistema nervoso, comprometimento pulmonar, comprometimento ungueal.
- História familiar de SpA: pai, mãe, irmãos ou filhos com SpA
- Tratamento até o dia da consulta (descrever): AINH, corticóide, metotrexato, sulfassalazina, leflunomida, infliximabe, adalimumabe.

- AINE: maior ou menor de 50% do tempo, por demanda, e eficácia – melhora após 48 horas do uso.

3.4.4. Exames

- Mobilidade da coluna: expansão torácica, Schober, distância dedo-solo, distância occipício-parede, flexão lombar lateral para a direita, flexão lombar lateral para a esquerda, rotação cervical maior que 70 graus, rotação cervical entre 20 e 70 graus e rotação cervical menor que 20 graus.
- Peso e altura
- Articulações periféricas: marcam-se em desenho esquemático as articulações dolorosas ou inflamadas no momento do exame (Figura 2).
- Entesites: marcam-se em desenho esquemático as ênteses dolorosas no momento do exame (Figura 3).
- Dor ou limitação: ombros, coxofemorais, sacroilíacas – presente ou ausente, unilateral ou bilateral.
- Exames laboratoriais: HLA-B27, VHS, PCR, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicerídeos. Os exames laboratoriais foram colhidos e analisados no laboratório de análises clínicas do HU-UFSC.
- Avaliação radiológica (0-4): coluna lombar 9-posterior + lateral, lateral coluna cervical, sacroilíacas, coxofemorais. A análise radiológica foi efetuada por um profissional capacitado e especializado em doenças reumatológicas.
- Avaliação radiológica das coxofemorais: presença de erosões, osteófitos ou protusão

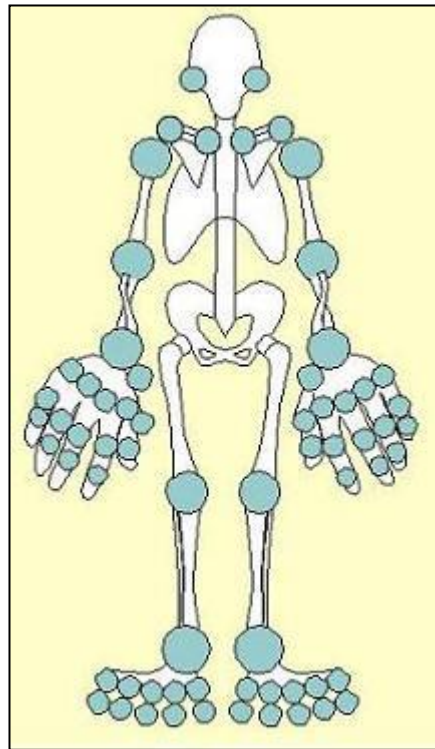


Figura 2 – Desenho esquemático das articulações.

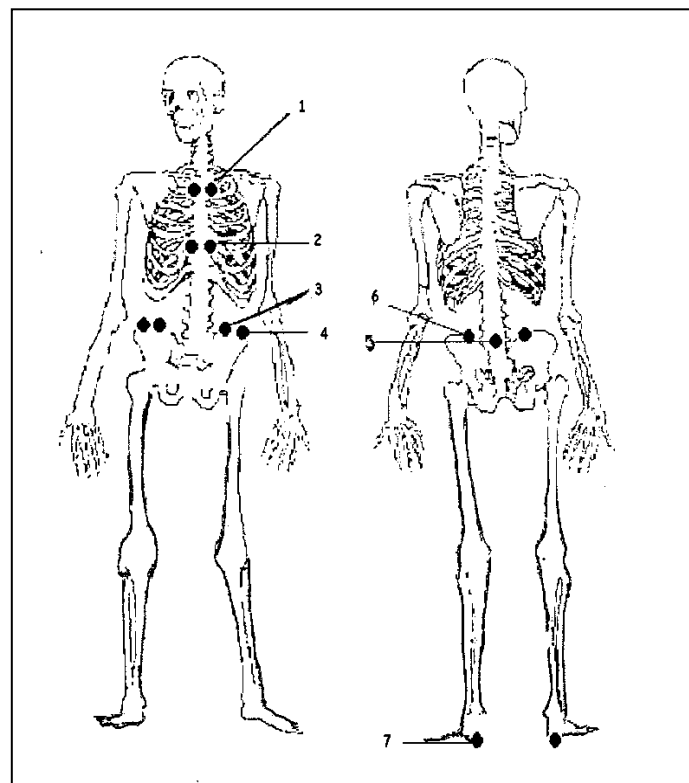


Figura 3 – Desenho esquemático das ênteses.

3.4.5. Diagnóstico

- Diagnóstico: EA primária, EA associada à psoríase, EA associada à doença inflamatória intestinal (DII), artrite psoriásica, artrite reativa, espondiloartropatia indiferenciada, espondiloartropatia juvenil.
- Forma clínica: axial, periférica, mista, entesítica.
- Ano do diagnóstico.

3.4.6. Questionário preenchido pelo paciente

Nessa parte do exame o paciente é submetido a uma série de perguntas, explicadas pelo examinador. Nela, constam os índices BASDAI – índice de atividade da doença, BASFI - índice funcional, ASQoL - índice de qualidade de vida, e SF-12 – índice sobre o estado de saúde geral. Nesse momento, pede-se que o paciente indique com um número de 1 a 10 o que a resposta para a pergunta representa como forma numérica.

- Dor: nesse momento, pede-se que a cada pergunta o paciente indique o grau de dor sentida durante a última semana, relacionando com um número de 0 a 10, sendo 0 a condição sem dor e 10 a condição de dor máxima.

Pergunta 1: indique o grau de dor na coluna que sentiu durante a noite.

Pergunta 2: indique o grau de dor na coluna que sentiu em qualquer momento.

- Avaliação global pelo paciente: questiona-se como o paciente avalia suas condições de saúde considerando todos os aspectos pelos quais a doença o afeta, sendo 0 o estado de saúde muito bom e 10 o estado de saúde muito mal.

- BASDAI: pede-se que o paciente responda com um número de 0 a 10, referindo-se às perguntas sobre a atividade da doença, na última semana (0 = nenhum; 10 = intenso).

Pergunta 1: Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que tem tido?

Pergunta 2: Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e/ou no quadril relacionada à sua doença?

Pergunta 3: Como você descreveria o grau total de dor e edema nas outras articulações sem contar com pescoço, costas ou quadril?

Pergunta 4: Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas?

Pergunta 5: Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda?

Pergunta 6: Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda? (Para essa pergunta, a resposta pode ser dada em relação à horas ou minutos, de 0 a 120 minutos).

Ao fim do exame do BASDAI, soma-se os valores das perguntas 1,2,3 e 4 e a média dos valores das perguntas 5 e 6, dividindo-se esse total por 5.

– BASFI: pede-se que o paciente responda com um número de 0 a 10, referindo-se às perguntas sobre sua própria capacidade funcional, sendo 0 o grau mais fácil de atividade e 10 a impossibilidade funcional.

Pergunta 1: Vestir meias ou meia-calça sem ajuda ou auxílio de aparelhos.

Pergunta 2: Curvar o corpo da cintura para cima para pegar uma caneta no chão sem o uso de um instrumento de auxílio.

Pergunta 3: Alcançar uma prateleira alta sem ajuda ou auxílio de um instrumento.

Pergunta 4: Levantar-se de uma cadeira sem braços da sala de jantar sem usar suas mãos ou qualquer outro tipo de ajuda.

Pergunta 5: Levantar-se quando deitado de costas no chão, sem ajuda.

Pergunta 6: Ficar em pé sem ajuda por dez minutos sem desconforto.

Pergunta 7: Subir 12 a 15 degraus sem usar o corrimão ou outra forma de apoio (andador), um pé em cada degrau.

Pergunta 8: Olhar para trás, virando a cabeça sobre o ombro, sem virar o corpo.

Pergunta 9: Fazer atividades que exijam esforço físico, isto é, fisioterapia, jardinagem ou esporte.

Pergunta 10: Ter um dia repleto de atividades, seja em casa ou no trabalho.

Ao fim do exame, somam-se os valores das repostas e divide-se o resultado da soma por 10.

– ASQoL: pede-se que o paciente apenas responda SIM ou NÃO a cada uma das afirmações, considerando a melhor resposta que se aplique no momento do exame.

Afirmação 1: Minha doença limita os lugares que eu posso ir.

Afirmação 2: Às vezes tenho vontade de chorar.

Afirmação 3: Eu tenho dificuldades para me vestir.

Afirmação 4: Eu tenho dificuldades para fazer os serviços de casa.

Afirmação 5: É impossível dormir.

Afirmação 6: Eu sou incapaz de participar de atividades com a família ou com os amigos.

Afirmação 7: Estou cansado(a) o tempo todo.

Afirmação 8: Eu tenho que ficar parando o que estou fazendo para descansar.

Afirmação 9: Eu tenho dores insuportáveis.

Afirmação 10: Eu demoro muito tempo para começar minhas atividades pela manhã.

Afirmação 11: Eu sou incapaz de fazer os serviços de casa.

Afirmação 12: Eu me canso facilmente.

Afirmação 13: Eu me sinto frustrado freqüentemente.

Afirmação 14: A dor está sempre presente.

Afirmação 15: Eu sinto que deixo de fazer muitas coisas.

Afirmação 16: Eu acho difícil lavar meu cabelo.

Afirmação 17: Minha doença me deixa deprimido.

Afirmação 18: Eu me preocupo se deixo as pessoas desapontadas.

– SF-12: pede-se que o paciente responda à pergunta conforme as opções disponíveis de resposta a cada uma delas.

Pergunta 1: Em geral, você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

Pergunta 2: Esforços moderados como mover uma mesa, passar o aspirador de pó ou caminhar mais de uma hora não o limita em nada, limita-o um pouco ou limita-o muito?

Pergunta 3: Subir vários degraus de uma escada não o limita em nada, limita-o um pouco ou limita-o muito?

Pergunta 4: Durante as últimas quatro semanas você fez menos do que gostaria de fazer em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas devido à sua saúde?

Pergunta 5: Durante as últimas quatro semanas você teve que deixar de fazer algumas tarefas em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas devido à sua saúde?

Pergunta 6: Durante as últimas quatro semanas você fez menos do que gostaria de fazer devido a algum problema emocional?

Pergunta 7: Durante as últimas quatro semanas você não fez o seu trabalho ou suas atividades cotidianas tão cuidadosamente como de costume devido algum problema emocional?

Pergunta 8: Durante as últimas quatro semanas até que ponto a dor dificultou seu trabalho habitual, nada, um pouco, medianamente, bastante ou muito?

Pergunta 9: Durante as últimas quatro semanas você se sentiu calmo e tranquilo sempre, quase sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes ou nunca?

Pergunta 10: Durante as últimas quatro semanas você teve muita energia sempre, quase sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes ou nunca?

Pergunta 11: Durante as últimas quatro semanas você se sentiu desanimado e triste sempre, quase sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes ou nunca?

Pergunta 12: Durante as últimas quatro semanas com que frequência sua saúde física e os problemas emocionais dificultaram suas atividades sociais, como visitar família e amigos, sempre, quase sempre, algumas vezes, poucas vezes ou nunca?

3.5. Variáveis estudadas e análise estatística

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, raça, presença de incapacidade laboral, prática de exercício físico e a quantidade de horas efetuadas por semana, tipo dos primeiros sinais e sintomas de SpA, presença ou ausência de afecções extra-articulares, presença ou ausência dos critérios do ESSG, presença ou ausência de manifestações associadas a SpA, uso de drogas definidas para tratamento das SpA, testes físicos, como o Schober, distância occipício-parede e rotação cervical, número de articulações inflamadas e/ou dolorosas, número de ênteses dolorosas, positividade para o exame laboratorial HLA-B27, exames laboratoriais de prova inflamatória como o VHS e o PCR, medianas para os índices BASRI, BASFI, BASDAI e ASQoL e tipo de diagnóstico e forma clínica.

A idade registrada foi o número de anos completos no momento da entrevista.

Foram calculadas basicamente as frequências e em alguns casos as frequências acumuladas de cada tópico do questionário. Também foi utilizado o teste do qui-quadrado nos cruzamentos das frequências analisados.

Para realização dos cálculos estatísticos e dos gráficos e tabelas foram utilizados os softwares *Microsoft Excel 2003* e *Stata: data analysis and statistical software*.

3.6. Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado em reunião deste Comitê sob o projeto de número 398, no ano de 2009.

4. RESULTADOS

O presente estudo contou com o número de oitenta pacientes (N = 80).

4.1. Dados gerais

4.1.1. Sexo

Dentre os pacientes que participaram do estudo, 72,5% pertenciam ao sexo masculino e 27,5% pertenciam ao sexo feminino (Tabela 1).

4.1.2. Idade

No dia da entrevista, 1,25% dos entrevistados possuíam idade menor do que 20 anos. Em 53,75%, a idade variava na faixa entre 21 e 40 anos; em 40%, variava entre 41 e 60 anos, e 5% dos entrevistados eram maiores de 61 anos.

4.1.3. Raça

No presente trabalho, 87,5% dos pacientes eram brancos; 2,5% eram negros; 7,5% eram pardos e 12,5% eram indígenas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características epidemiológicas dos entrevistados

| Característica | % |
|-----------------------|----------|
| Sexo | |
| Masculino | 72,5 |
| Feminino | 27,5 |
| Raça | |
| Branca | 87,5 |
| Negra | 2,5 |
| Parda | 7,5 |
| Indígena | 1,25 |
| Idade | |
| < 20 anos | 1,25 |
| 21 – 40 anos | 53,75 |
| 41 – 60 anos | 40,00 |
| > 61 anos | 5,00 |

4.2. Atividade e incapacidade laboral

Dos oitenta pacientes entrevistados, 42,5% trabalhavam e 57,5% não trabalhavam. No entanto, do total de pacientes, 46,25% não possuíam incapacidade laboral alguma conforme o que era exigido por suas respectivas profissões, 10% possuíam incapacidade laboral transitória, sendo necessário afastamento das atividades em períodos intermitentes, 10% possuíam incapacidade laboral parcial, o que os faz trabalharem em períodos menores, em atividades mais brandas ou em suas residências e 33,75% possuíam incapacidade laboral total, sendo, portanto, afastados definitivamente (Figura 4).

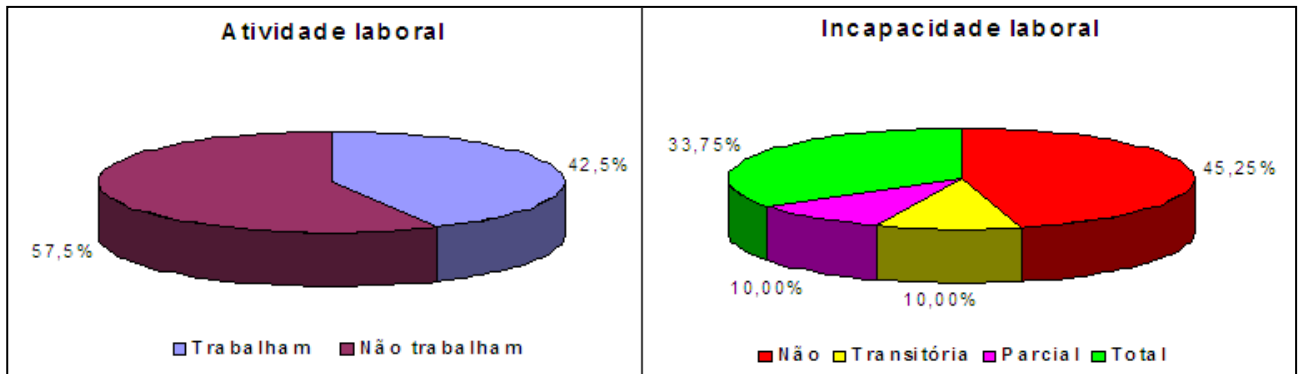


Figura 4 – Atividade e incapacidade laboral.

4.3. Exercício físico

Dentre a amostra, 53,75% dos entrevistados praticavam exercício físico e 46,25% não praticavam qualquer exercício. Dentre aqueles que praticavam atividade física, 40,56% praticavam atividade de 1 a 4 horas por semana, 48,64% de 5 a 8 horas por semana e 10,80% de 9 a 18 horas por semana (Figura 5).

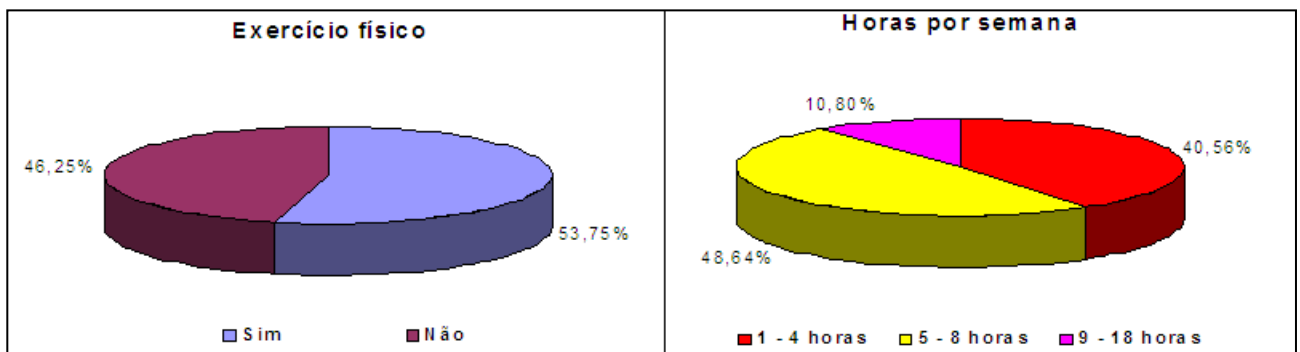


Figura 5 – Exercício físico.

4.4. Idade de início dos primeiros sintomas de SpA

Na amostra analisada, o primeiro sintoma de SpA surgiu na faixa etária entre 21 e 40 anos em 53,75% dos pacientes. Em 30%, a idade de início foi antes dos 20 anos e em 16,25%

a idade de início dos sintomas foi maior que 41 anos (entre 40 e 50 anos). A média de idade de início dos sintomas dentre a amostra analisada foi de 27,7 anos.

4.5. Primeiros sinais e sintomas de SpA

Os resultados referentes aos primeiros sinais e sintomas de espondiloartrite condizem com a resposta afirmativa para a apresentação do sintoma no quadro inicial da doença. No entanto, deve-se enfatizar que alguns pacientes manifestaram dois ou mais sintomas concomitantes no início da doença (Tabela 2).

Do total de entrevistados, 41,25% dos pacientes apresentaram como primeiro sintoma de espondiloartrite a lombalgia; 16,25% dos pacientes apresentaram dor alternante em nádegas; 16,25% dentre os oitenta pacientes apresentaram cervicalgia; 11,25% dos pacientes manifestaram coxalgia; 35% dos pacientes apresentaram artrite de MMII; 16,25% dos pacientes apresentaram artrite de MMSS; 12,50% dos pacientes apresentaram entesite e 1,25% dos pacientes iniciaram a doença com dactilite.

Tabela 2 – Primeiros sinais e sintomas de espondiloartrites

| Primeiros sinais e sintomas de SpA | % |
|---|----------|
| Lombalgia | 41,25 |
| Dor em nádegas | 16,25 |
| Cervicalgia | 16,25 |
| Coxalgia | 11,25 |
| Artrite de MMII | 35,00 |
| Artrite de MMSS | 16,25 |
| Entesite | 12,50 |
| Dactilite | 1,25 |

4.6. Manifestações extra-articulares

Dentre as manifestações extra-articulares de espondiloartrite, 20% da amostra obtiveram diagnóstico clínico para uveíte anterior; 3,75% manifestaram doença inflamatória intestinal; 27,50% manifestaram psoríase, antes ou depois das manifestações articulares; e 2,50% manifestaram uretrite, anteriormente ao quadro articular (Tabela 3).

Tabela 3 – Manifestações extra-articulares

| Manifestações extra-articulares | % |
|--|----------|
| Uveíte anterior | 20,00 |
| Doença inflamatória intestinal | 3,75 |
| Psoríase | 27,50 |
| Uretrite | 2,50 |

4.7. Critérios do Grupo Europeu de Estudo das Espondiloartrites

Foram perguntadas quais características clínicas os pacientes em algum momento da doença manifestaram, de acordo com os critérios diagnósticos do ESSG. De maneira geral, as respostas foram positivas para mais de um critério, no entanto, as perguntas foram feitas individualmente para cada um dos seguintes aspectos (Tabela 4):

- 1) Dor axial inflamatória: presente em 81,25% dos entrevistados.
- 2) Sinovite assimétrica ou predominantemente em MMII: presente em 62,50% dos entrevistados.
- 3) História familiar positiva: presente em 35% dos entrevistados.
- 4) Psoríase: presente em 27,50% dos entrevistados.
- 5) Doença inflamatória intestinal: presente em 3,75% dos pacientes entrevistados.
- 6) Uretrite, cervicite, diarreia no mês anterior à artrite: presente em 2,50% dos entrevistados.
- 7) Dor alternante em nádegas: presente em 56,25% dos entrevistados.
- 8) Entesopatia: presente em 47,50% dos entrevistados.
- 9) Sacroiliíte: presente em 76,25% dos entrevistados.

Tabela 4 – Critérios do Grupo Europeu de Estudo das Espondiloartrites

| Critérios do ESSG* | % |
|---|----------|
| Dor axial inflamatória | 81,25 |
| Sinovite assimétrica ou predominantemente em MMII | 62,50 |
| História familiar positiva | 35,00 |
| Psoríase | 27,50 |
| Doença inflamatória intestinal | 3,75 |
| Uretrite, cervicite, diarreia no mês anterior à artrite | 2,50 |
| Dor alternante em nádegas | 56,25 |
| Entesopatia | 47,50 |
| Sacroiliíte | 76,25 |

*ESSG = Grupo Europeu de Estudo das Espondiloartrites; Critérios do ESSG adaptados da referência 15

4.8 Manifestações associadas

Dentre as onze possíveis manifestações associadas a SpA, apenas foram positivas as respostas para uveíte/irite anterior, em 20%, e dactilite, em 1,25%, tendo diagnóstico confirmado por médico especialista.

4.9. Tratamento

Os resultados são de acordo com o tratamento vigente no momento da entrevista. Muitos pacientes faziam uso de mais de uma droga, no entanto, as frequências estão individualmente registradas para cada medicamento: 75% usavam AINH; 51,25% usavam corticosteróide; 57,50% usavam metotrexato; 15% usavam sulfasalazina; 1,25% dos pacientes usavam leflunomida; 63,75% usavam infliximabe; 1,25% usavam etanercepte e 5% usavam

adalimumabe. Dentre os pacientes que faziam tratamento com AINH, 53,30% faziam o uso apenas por demanda, e 55% utilizavam-no em mais da metade do tempo (Figura 6).

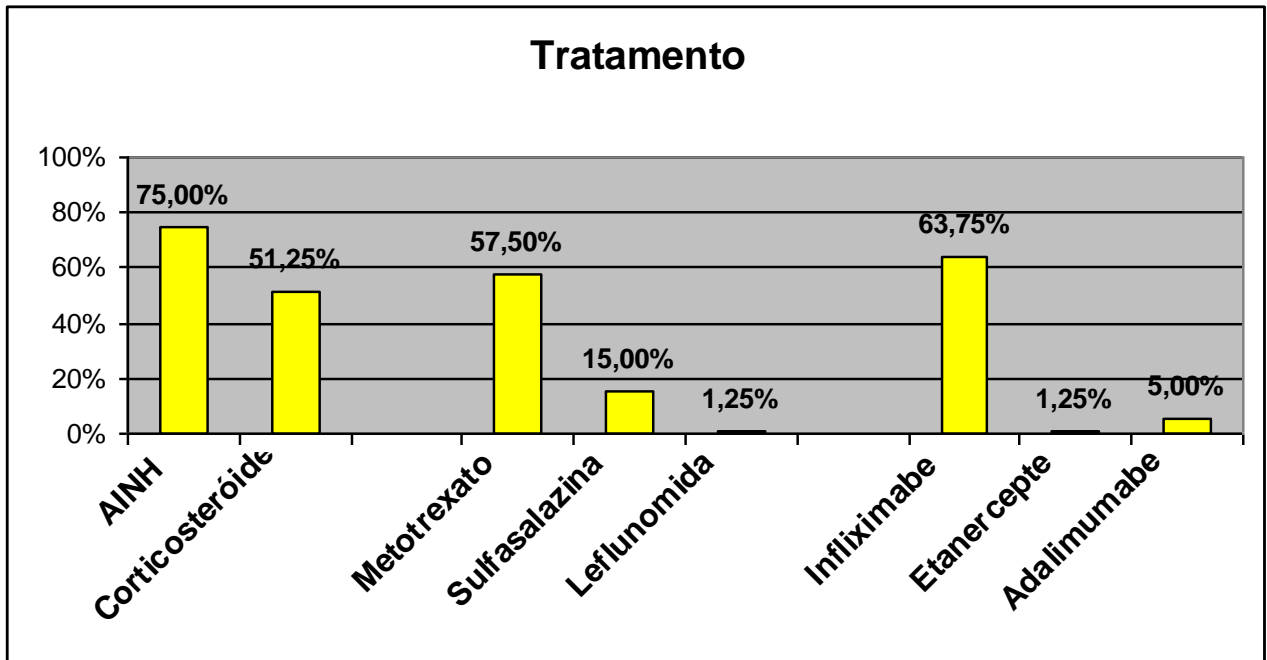


Figura 6 – Tratamento.

4.10. Testes físicos

4.10.1 Teste de Schober

Dentre os 80 pacientes entrevistados, 51% apresentaram teste de Schober menor ou igual a cinco (Figura 7).

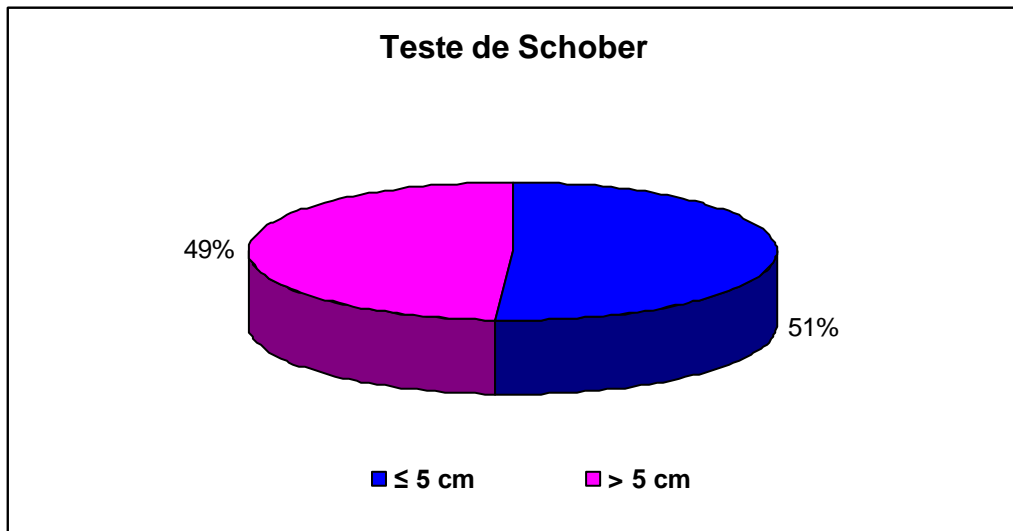


Figura 7 – Teste de Schober.

4.10.2. Distância occipício-parede

Para 32,50% dos pacientes, a distância occipício-parede foi igual a zero, ou seja, não apresentaram incapacidade em encostar a região occipital na parede, estando com os calcanhares e escápulas também encostados contra a parede. Em 55%, a distância occipício-parede foi entre 1 e 10 cm; em 6,25%, a distância occipício-parede foi entre 11 e 20 centímetros (cm); e em 2,50% a distância occipício-parede foi superior a 20 cm. Em 3,75% dos pacientes não foi possível realizar o teste devido a incapacidades físicas (Figura 8).

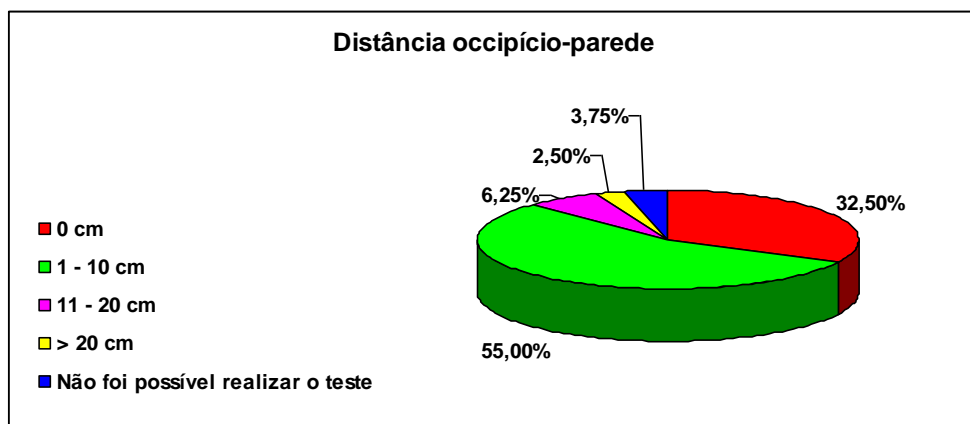


Figura 8 – distância occipício-parede.

4.10.3. Rotação cervical

Ao exame, 68,75% dos pacientes foram capazes de girar o pescoço em mais de 70 graus, para ambos os lados; 16,25% dos pacientes foram capazes de rodar o pescoço em ângulos entre 20 e 70 graus e 12,50% dos pacientes possuíam capacidade de girar o pescoço limitada em, no máximo, 20 graus (Figura 9).

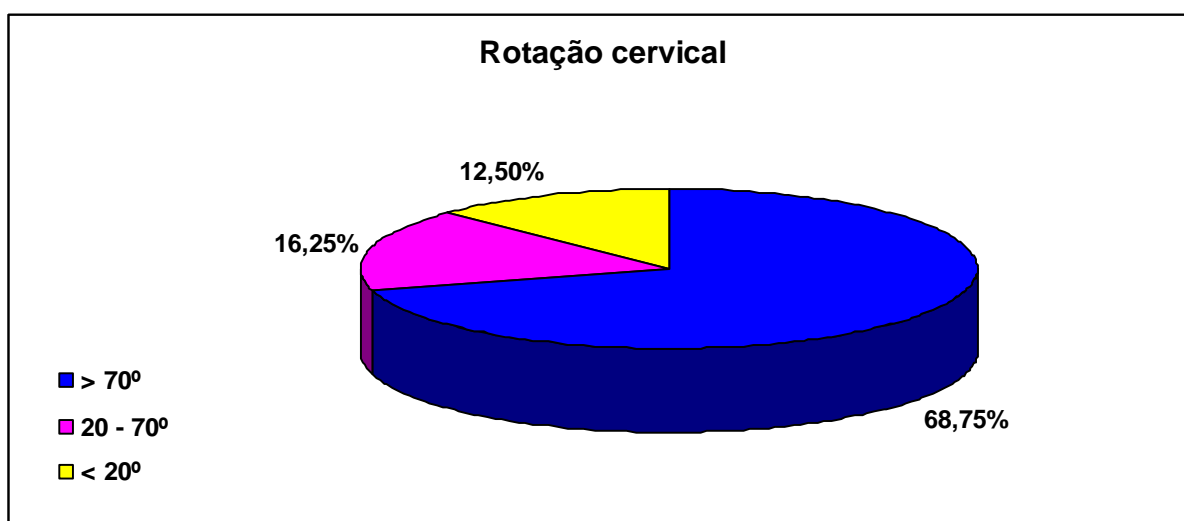


Figura 9 – Rotação cervical.

4.11. Número de articulações inflamadas e dolorosas

4.11.1. Número de articulações inflamadas

No momento da entrevista, 71,25% dos pacientes não apresentavam quaisquer articulações com sinais inflamatórios; 28,75% dos pacientes apresentavam articulações inflamadas, com número variando entre 1 e 17 (Tabela 5).

4.11.2. Número de articulações dolorosas

No momento da entrevista, 56,25% dos pacientes não se queixaram de dor nas articulações; 43,75% dos pacientes apresentavam articulações dolorosas, em número variando entre 1 e 17.

4.12. Número de ênteses dolorosas

No momento da entrevista, 63,75% dos pacientes não apresentavam quaisquer ênteses dolorosas; 36,25% queixaram-se de dor em ênteses, em número variando entre 1 e 7.

Tabela 5 – Articulações e ênteses

| | Sim | Não |
|--------------------------------|--------|--------|
| Articulações inflamadas | 28,75% | 71,25% |
| Articulações dolorosas | 43,75% | 56,25% |
| Ênteses dolorosas | 36,25% | 63,75% |

4.13. Exames laboratoriais

4.13.1. HLA-B27

Dentre os oitenta pacientes entrevistados, em 62,50% a positividade para o exame do antígeno HLA-B27 era desconhecida; em 31,25% dos pacientes o resultado para o teste foi positivo e em 6,25% o resultado foi negativo (Tabela 6).

4.13.2. VHS

Na amostra analisada, 49,50% apresentaram resultado menor ou igual a 20 mm/h no exame laboratorial que mede a velocidade de hemossedimentação. Dentre os pacientes que obtiveram resultado maior do que 20 mm/h, este variou entre 21 e 120 mm/h, sendo que 27,50% da amostra variaram entre 21 e 40 mm/h; 8,75% da amostra variaram entre 41 e 60 mm/h; e em 3,75% da amostra o resultado obtido foi acima de 61 mm/h (Tabela 6).

4.13.3. PCR

Dentre os pacientes analisados, 33,75% apresentaram na análise mais recente do PCR menor ou igual a 3 mg/l. Dentre os que obtiveram resultado maior do que 3 mg/l, este número variou entre 4 e 164 mg/l. Nesse caso, uma análise quantitativa do PCR indica maior ou menor grau de atividade inflamatória devido à doença. Em 10% da amostra não foi possível avaliar o PCR (Tabela 6).

Tabela 6 – Exames laboratoriais

| Característica | % | Perda* |
|-----------------------|----------|---------------|
| HLA – B27 | | |
| Positivo | 31,25 | |
| Negativo | 6,25 | |
| Desconhecido | 62,50 | |
| VHS | | 10,00% |
| ≤ 20 | 49,50 | |
| > 20 | 50,50 | |
| PCR | | |
| ≤ 3 | 33,75 | |
| > 3 | 66,25 | |

* respostas em branco

4.14. BASRI

De acordo com o Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index, as prevalências analisadas para os exames de imagem são (Tabela 7):

4.14.1. Coluna lombar anterior-posterior + lateral

Dentre os oitenta pacientes, 56,25% dos pacientes apresentavam grau zero para lesão radiológica em coluna lombar, enquanto que 10% apresentavam lesão grau 1; 8,75% apresentavam lesão grau 2; 3,75% apresentavam lesão grau 3 e 12,5% apresentavam lesão grau 4.

4.14.2 Lateral coluna cervical

Dentre os oitenta pacientes, 71,25% apresentavam grau zero para lesão radiológica em coluna cervical; 6,25% apresentavam lesão grau 1; 2,50% apresentavam lesão grau 2; 7,50% apresentavam lesão grau 3 e 7,50% apresentavam lesão grau 4.

4.14.3. Sacroilíacas

Dentre os oitenta pacientes, 18,75% apresentavam grau zero para lesão radiológica em articulações sacroilíacas; 8,75% apresentavam lesão grau 1; 41,25% apresentavam lesão grau 2; 13,75% apresentavam lesão grau 3 e 7,50% apresentavam lesão grau 4.

4.14.4. Coxofemorais

Dentre os oitenta pacientes, 75% apresentavam grau zero para lesão radiológica em articulações coxofemorais; 12,50% apresentavam lesão grau 1; 3,75% apresentavam lesão grau 2 e 3,75% apresentavam lesão grau 4. Nenhum dos pacientes apresentava lesão radiológica grau 3.

Tabela 7 – BASRI

| Característica | % | Perda* |
|--|----------|---------------|
| Coluna lombar anterior-posterior + lateral | | 8,75% |
| 0 | 56,25 | |
| 1 | 10,00 | |
| 2 | 8,75 | |
| 3 | 3,75 | |
| 4 | 12,50 | |
| Lateral coluna cervical | | 5,00% |
| 0 | 71,25 | |
| 1 | 6,25 | |
| 2 | 2,50 | |
| 3 | 7,50 | |
| 4 | 7,50 | |
| Sacroilíacas | | 5,00% |
| 0 | 18,75 | |
| 1 | 8,75 | |
| 2 | 41,25 | |
| 3 | 13,75 | |
| 4 | 12,50 | |
| Coxofemorais | | 5,00% |
| 0 | 75,00 | |
| 1 | 12,50 | |
| 2 | 3,75 | |
| 3 | - | |
| 4 | 3,75 | |

* respostas em branco

4.15. Diagnóstico

Dentre os oito possíveis diagnósticos no grupo das espondiloartrites, a análise estatística constatou que em 51,25% dos casos o diagnóstico era de espondilite anquilosante; em 3,75% dos casos o diagnóstico era de espondilite associada a doença inflamatória intestinal; em 26,25% dos casos o diagnóstico era de artrite psoriásica; em 3,75% dos casos o diagnóstico era de artrite reativa; em 10% dos casos o diagnóstico era de espondiloartrite indiferenciada e em 5% dos casos o diagnóstico era de espondiloartrite juvenil. (Figura 10).

4.16. Forma clínica

Dentre as formas clínicas manifestadas por pacientes com SpA, 38,75% manifestavam doença de predominância axial; 22,50% manifestavam doença de predominância periférica e 38,75% manifestavam doença com características mistas, axial e periférica (Figura 10).

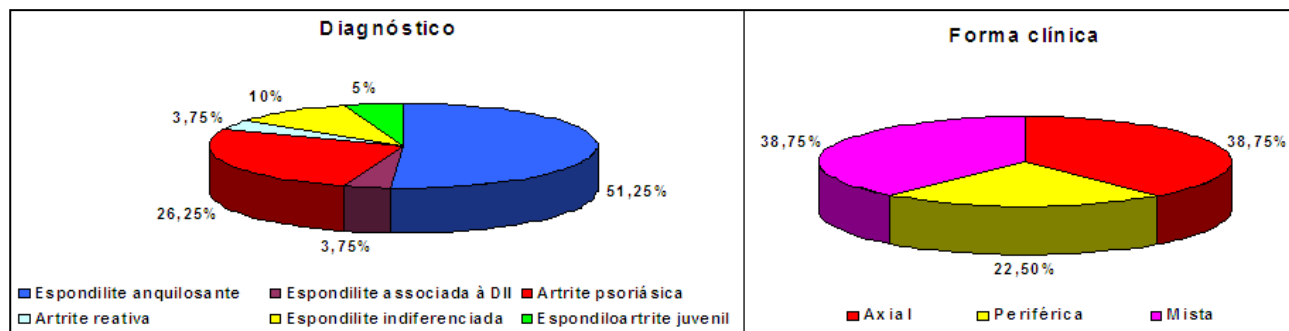


Figura 10 - Diagnóstico e forma clínica.

4.17. BASDAI

De acordo com o Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, índice que mede a atividade da doença, no momento do exame, 23,75% dos pacientes que responderam ao questionário obtiveram BASDAI entre zero e 1,3; 26,25% obtiveram BASDAI entre 1,4 e 2,9; 25% obtiveram BASDAI entre 3,0 e 5,0; 25% obtiveram BASDAI entre 5,1 e 9,2 (Tabela 8).

4.18. BASFI

De acordo com o Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, índice que mede a capacidade funcional do paciente com espondiloartrite, 22,50% dos pacientes que responderam ao questionário obtiveram BASDAI entre zero e 0,6; 28,75% obtiveram BASDAI entre 0,7 e 2,1; 22,50% obtiveram BASDAI entre 2,2 e 4,3; 26,25% obtiveram BASDAI entre 4,4 e 9 (Tabela 8).

4.19. ASQoL

Em relação ao índice ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life), o presente estudo analisou o número de respostas afirmativas de cada paciente para as dezoito perguntas, o que representa que, quanto maior é o número de respostas positivas, pior é a qualidade de vida do entrevistado devido à doença. Em 27,50% dos pacientes o número variou entre zero e uma respostas afirmativas; em 18,75% dos pacientes o número de respostas afirmativas variou entre 2 e 4; em 28,75% dos pacientes variou entre 5 e 9 e em 25% dos pacientes o número variou entre 10 e 17 (Tabela 8).

Tabela 8 – BASDAI, BASFI e ASQoL

| Característica | Frequência acumulada (%) |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| BASDAI | |
| 0 – 1,3 | 23,75 |
| 1,4 – 2,9 | 26,25 |
| 3,0 – 5,0 | 25,00 |
| 5,1 – 9,2 | 25,00 |
| BASFI | |
| 0 – 0,6 | 22,50 |
| 0,7 – 2,1 | 28,75 |
| 2,2 – 4,3 | 22,50 |
| 4,4 – 9,0 | 26,25 |
| ASQoL – N° de respostas afirmativas | |
| 0 – 1 | 27,50 |
| 2 – 4 | 18,75 |
| 5 – 9 | 28,75 |
| 10 – 17 | 25,00 |

4.20. Diagnóstico x uveíte anterior

Foi analisada a correlação entre o tipo de diagnóstico dentro do grupo das espondiloartrites e a presença de uveíte anterior. Como demonstrado na tabela a seguir, o resultado obtido não é estatisticamente significativo (teste do qui-quadrado – $p= 0,098$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Diagnóstico x uveíte anterior

| Diagnóstico | Sem uveíte | Com uveíte | Total |
|---------------------------------|------------|------------|--------|
| Espondilite anquilosante | 29 | 12 | 41 |
| | 70,73 | 29,27 | 100,00 |
| | 45,31 | 75,00 | 51,25 |
| Espondilite associada à DII | 3 | 0 | 3 |
| | 100,00 | 0 | 100,00 |
| | 4,69 | 0 | 3,75 |
| Artrite psoriásica | 20 | 1 | 21 |
| | 95,24 | 4,76 | 100,00 |
| | 31,25 | 6,25 | 26,25 |
| Artrite reativa | 3 | 0 | 3 |
| | 100,00 | 0 | 100,00 |
| | 4,69 | 0 | 3,75 |
| Espondiloartrite indiferenciada | 5 | 3 | 8 |
| | 62,50 | 37,50 | 100,00 |
| | 7,81 | 18,75 | 10,00 |
| Espondiloartrite juvenil | 4 | 0 | 4 |
| | 100,00 | 0 | 100,00 |
| | 6,25 | 0 | 5,00 |
| Total | 64 | 16 | 80 |
| | 80,00 | 20,00 | 100,00 |
| | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Pearson $\chi^2(5) = 9,2801$ $p=0,098$

4.21. Diagnóstico x forma clínica

Foi analisada no presente estudo a correlação entre o tipo de diagnóstico dentro do grupo das espondiloartrites e a forma clínica de apresentação. Este resultado é

estatisticamente significativo, de acordo com o teste do qui-quadrado, com $p= 0,005$ (Tabela 10).

Tabela 10 – Diagnóstico x forma clínica

| Diagnóstico | Axial | Periférica | Mista | Total |
|---------------------------------|--------|------------|--------|--------|
| Espondilite anquilosante | 24 | 3 | 14 | 41 |
| | 58,54 | 7,32 | 34,15 | 100,00 |
| | 77,42 | 16,67 | 45,16 | 51,25 |
| Espondilite associada à DII | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | 0 | 66,67 | 33,33 | 100,00 |
| | 0 | 11,11 | 3,23 | 3,75 |
| Artrite psoriásica | 4 | 9 | 8 | 21 |
| | 19,05 | 42,86 | 38,10 | 100,00 |
| | 12,90 | 50,00 | 25,81 | 26,25 |
| Artrite reativa | 0 | 0 | 3 | 3 |
| | 0 | 0 | 100,00 | 100,00 |
| | 0 | 0 | 9,68 | 3,75 |
| Espondiloartrite indiferenciada | 2 | 2 | 4 | 8 |
| | 25,00 | 25,00 | 50,00 | 100,00 |
| | 6,45 | 11,11 | 12,90 | 10,00 |
| Espondiloartrite juvenil | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | 25,00 | 50,00 | 25,00 | 100,00 |
| | 3,23 | 11,11 | 3,23 | 5,00 |
| Total | 31 | 18 | 31 | 80 |
| | 38,75 | 22,50 | 38,75 | 100,00 |
| | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Pearson $\chi^2(10) = 25.4778$ $p=0,005$

4.22. Diagnóstico x sexo

Foi analisada a correlação entre o tipo de diagnóstico dentro do grupo da espondiloartrites e o sexo. Como demonstrado na tabela a seguir, o resultado obtido não é estatisticamente significativo (teste do qui-quadrado – $p= 0,412$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Diagnóstico x sexo

| Diagnóstico | Masculino | Feminino | Total |
|---------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
| | 26 | 15 | 41 |
| Espondilite anquilosante | 44,83 | 68,18 | 51,25 |
| | 63,41 | 36,59 | 100,00 |
| | 3 | 0 | 3 |
| Espondilite associada à DII | 5,17 | 0 | 3,75 |
| | 100,00 | 0 | 100,00 |
| | 16 | 5 | 21 |
| Artrite psoriásica | 27,59 | 22,73 | 26,25 |
| | 76,19 | 23,81 | 100,00 |
| | 3 | 0 | 3 |
| Artrite reativa | 5,17 | 0 | 3,75 |
| | 100,00 | 0 | 100,00 |
| | 7 | 1 | 8 |
| Espondiloartrite indiferenciada | 12,07 | 4,55 | 10,00 |
| | 87,50 | 12,50 | 100,00 |
| | 3 | 1 | 4 |
| Espondiloartrite juvenil | 5,17 | 4,55 | 5,00 |
| | 75,00 | 25,00 | 100,00 |
| | 58 | 22 | 80 |
| Total | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| | 72,50 | 27,50 | 100,00 |

Pearson $\chi^2(5) = 5,0321$ $p=0,412$

5. DISCUSSÃO

Espondiloartrite é o termo designado a um grupo de doenças inflamatórias crônicas, com características comuns, que tipicamente envolvem o esqueleto axial, articulações periféricas, principalmente as de membros inferiores, e as ênteses. Cursam com dor do tipo inflamatória, associada a rigidez matinal. Dentre as manifestações extra-articulares, podemos citar a uveíte anterior, de caráter recorrente, que freqüentemente é unilateral, a psoríase, que pode manifestar-se anteriormente ao quadro articular, a doença inflamatória intestinal, basicamente a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa, e a uretrite, muitas vezes associada à Síndrome de Reiter. São doenças complexas, potencialmente debilitantes, que resultam em importante impacto socioeconômico e à vida do paciente.^{5,16,17}

Até recentemente, o tratamento das SpA era limitado e pouco eficaz. Limitava-se à prática de fisioterapias regularmente e ao uso de antiinflamatórios não-hormonais. Além do mais, os agentes modificadores do curso da doença (DMARDs), assim como os corticóides, medicamentos que costumam ser muito efetivos no tratamento de outras doenças inflamatórias crônicas, como a artrite reumatóide, demonstram pouco benefício no tratamento das espondiloartrites. Entretanto, nos últimos anos, com o surgimento das drogas bloqueadoras do fator de necrose tumoral alfa (TNF α) - infliximabe, etanercepte e adalimumabe - houve grande avanço no tratamento das SpA. Estas se mostraram efetivas para boa parte da grande variedade de sintomas que a doença manifesta, bem como capazes de reduzir a atividade da doença, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes acometidos.¹⁶ O diagnóstico de SpA costuma ser tardio, uma vez que levam-se anos para que a lesão radiológica seja vista em radiografias simples, a partir do início dos primeiros sintomas da doença. Estima-se que esse tempo varie entre 5 e 10 anos.¹⁶ Por isso, torna-se importante um melhor entendimento sobre as características clínicas deste grupo de doenças reumatológicas, que estão entre as mais prevalentes, para que seja possível diminuir o tempo até o diagnóstico e, conseqüentemente, fornecer alívio mais imediato aos pacientes e modificar a evolução da doença.

De acordo com análise em estudos de Calin *et al* e Zink *et al*, a prevalência de SpA na população em geral é duas a três vezes maior em homens.^{18,19} Este dado confere com o

resultado de nossa amostra, na qual aproximadamente dois terços dos pacientes com espondiloartrites eram do sexo masculino. A doença também tende a ser mais agressiva em homens.^{17,20} Nos homens a coluna e a pelve tendem a ser mais acometidas, com algum envolvimento da parede torácica, articulações coxofemorais e de ombros e pés. Já nas mulheres, o envolvimento axial é mais brando, com mais sintomas em joelhos, punhos, calcaneares e pelve.^{20,21} Costuma ter início entre a segunda e quarta décadas de vida. Em pesquisa na Alemanha com 3000 pacientes, 90% dos pacientes apresentaram os primeiros sintomas entre os 15 e 40 anos.¹⁶ Um estudo feito a partir de um banco de dados, também na Alemanha, calculou em 28,3 anos a média de idade para o início da doença.¹⁷ Frequentemente se leva longo tempo entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico da doença. Um estudo retrospectivo revelou tempo médio de 10 anos até chegar-se ao diagnóstico.¹⁹ Em nosso estudo, a maioria dos pacientes manifestou seus primeiros sintomas até os 40 anos de idade, sendo 43 pacientes em idades entre os 21 e os 40 anos e 24 pacientes em idades menores do que os 20 anos. A média de idade de aparecimento dos primeiros sintomas no presente trabalho foi de 27,7 anos.

Os primeiros sintomas da doença costumam manifestar-se como dor de caráter insidioso em articulações axiais, principalmente em região lombar e em nádegas, associada a rigidez matinal, que dura algumas horas, alivia com atividade física e retorna com o repouso. Cerca de 5% dos pacientes com dor inflamatória na coluna tem diagnóstico de SpA. Em alguns pacientes, a sensibilidade dolorosa em regiões ósseas manifesta-se como primeira queixa ou pode acompanhar a dor na coluna e a rigidez. Artrite nas articulações coxofemorais ou ombros também pode manifestar-se no quadro inicial da doença. Artrites assimétricas em articulações periféricas, predominantemente em membros inferiores, podem estar presente em qualquer estágio da doença. A dor e a rigidez em coluna cervical se fazem mais presentes em estágio avançados da doença.¹⁹ No presente estudo, na maior parte da amostra (33 pacientes), a lombalgia foi o sintoma inicial. Além do mais, a dor axial inflamatória se fez presente em 65 pacientes (85% da amostra) em qualquer momento da doença. É notável também, que em pacientes com diagnóstico de espondiloartrite juvenil, a artrite assimétrica de membros inferiores foi, de maneira geral, o primeiro sintoma.

Em estudo feito em população branca, J. Braun *et al*, concluiu que a positividade para o antígeno HLA-B27 aumenta em 20 vezes a chance de um indivíduo ter espondiloartrite, em especial espondilite anquilosante e espondiloartrite indiferenciada. Ademais, pessoas com dor inflamatória na coluna e exame positivo para o HLA-B27, apresentam chance 50 vezes maior de desenvolver SpA.⁴ Observa-se também que a presença do antígeno HLA-B27 se faz mais presente na população branca, o que nos leva a inferir o motivo pelo qual a doença seja mais prevalente em brancos do que em negros. Dentre as espondiloartrites, sua positividade está fortemente ligada a espondilite anquilosante, em aproximadamente 90% dos casos. Na artrite psoriásica é positivo em 40-50% dos casos, na artrite reativa em 40-80% dos casos, na espondiloartrite juvenil em 70% dos casos, na artrite enteropática em 35-75% dos casos e na espondiloartrite indiferenciada em 70% dos casos.²³ No presente estudo, devido ao elevado custo, o exame havia sido previamente realizado em apenas 37,5% da amostra, sendo positiva em 31,25% (25 pacientes).

A história familiar positiva também é fator a ser levado em consideração quando se pensa em diagnóstico de espondiloartrite. Em nosso estudo, 28 pacientes (35%), possuíam familiar de primeiro grau – pai, mãe, irmãos ou filhos – com história de SpA.

Com relação à avaliação radiológica, neste estudo, o método de avaliação utilizou o BASRI, que se baseia nas radiografias de coluna cervical e lombar, articulações sacroilíacas e coxofemorais, para graduar a lesão existente. No entanto, de acordo com estudo feito por Wanders *et al*, o mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score) é a classificação atualmente mais apropriada para acompanhar a progressão das lesões, nesse caso, analisadas em 2 anos de estudos.^{11,24}

Segundo estudo feito por Wanders *et al*, o uso continuado de antiinflamatórios não-hormonais mostrou redução significativa da progressão das lesões radiológicas em comparação com o uso de AINHs por demanda.²⁵ Em nosso estudo, 60 pacientes faziam uso de AINH; destes, 32 os usavam por demanda, devido basicamente aos efeitos colaterais que o medicamento causava ou à presença de contra-indicações. Segundo Song *et al*, a espondilite anquilosante talvez seja a única doença reumatológica na qual o uso continuado de AINHs é

justificável, tendo em vista sua alta eficácia clínica e a ausência de outros tratamentos realmente efetivos, com exceção dos medicamentos anti-TNF.²⁶ Em nosso estudo, todos os pacientes que relataram uso de AINHs, seja contínuo ou por demanda, afirmaram a eficácia no alívio dos sintomas dentro de 24 a 48 horas após o início do tratamento. No entanto, nosso estudo não avaliou em longo prazo a eficácia desse medicamento em relação aos possíveis efeitos benéficos na progressão das lesões axiais, bem como em relação a potencial ação anti-osteoproliferativa. Por fim, faz-se necessária a realização de estudos que avaliem o risco/benefício do uso de AINHs em pacientes com SpA, considerando sua eficácia clínica e seus possíveis efeitos colaterais a longo prazo.

Os agentes bloqueadores do fator de necrose tumoral alfa têm se mostrado altamente eficazes no tratamento das espondiloartrites. Têm sido eficientes no alívio de sinais e sintomas articulares e extra-articulares, bem como na redução dos níveis de PCR e de inflamação ativa na coluna e nas articulações sacroilíacas vistas nos exames de RNM, em estudos que avaliaram a eficácia a longo e moderado prazos. No entanto, segundo estudos liderados por Appel *et al* e van der Heijde *et al*, concluiu-se que apesar da já estabelecida eficácia clínica de tais medicamentos, não se pode ainda afirmar a eficácia em relação a progressão de lesões estruturais crônicas em um período de 2 anos.^{24,25} No presente estudo, a maior parte da amostra que fazia tratamento com medicamentos anti-TNF α , o fazia através do uso do infliximabe, e uma menor parte através do uso do etanercepte ou do adalimumabe. No entanto, no início da coleta dos dados da pesquisa, no ano de 2007, poucos pacientes já haviam iniciado este tipo de tratamento, visto que o acesso ao medicamento na rede pública do país ainda não era bem estabelecido. No ano de 2010, ano em que foi retomada a pesquisa, um número consideravelmente maior de pacientes já fazia terapia anti-TNF α . A partir disso, pôde-se perceber que as queixas dos pacientes em relação à doença eram mais brandas do que no primeiro momento da análise, no início da pesquisa. Além disso, o estudo analisou que os índices que avaliam atividade da doença, capacidade funcional e qualidade de vida dos pacientes com SpA (BASDAI, BASFI e ASQoL, respectivamente), tiveram resultados melhores do que os resultados da primeira parte da amostra analisada, ou seja, foi notável a mudança que esta terapia proporcionou àqueles que anteriormente mostravam-se com a doença em intensa atividade. Em estudo realizado por Braun *et al*, após tratamento feito com

infiximabe por 54 semanas, 47% dos pacientes obtiveram melhora de pelo menos 50% no índice BASDAI. Quando a análise foi estendida para 3 anos, 44% dos pacientes obtiveram melhora maior que 50% no índice BASDAI.²⁷ Em estudo no *Gent University Hospital*, na Bélgica, a partir de amostra com 107 pacientes, concluiu-se que no tratamento continuado com infiximabe por 5 anos, a redução dos índices BASDAI e BASFI observada no primeiro ano de tratamento foi mantida ao longo dos próximos 4 anos de tratamento.²⁸

6. CONCLUSÕES

Com base nesses resultados, podemos concluir que as espondiloartrites são doenças afetam mais homens adultos jovens e de raça branca. Seus sintomas têm como principal característica a dor axial de ritmo inflamatório, muitas vezes a primeira manifestação da doença. A uveíte é a manifestação extra-articular mais comum. Trata-se de doença debilitante, que necessita de tratamento crônico para que se evite a progressão das lesões articulares e ósseas. Hoje em dia, com a descoberta dos medicamentos bloqueadores do fator de necrose tumoral alfa, o tratamento propicia alívio importante dos sintomas, bem como diminui a atividade da doença, reduzindo seus níveis de atividade inflamatória. Isso reflete na qualidade de vida do paciente, sendo capaz de realizar as atividades diárias com certa normalidade, uma vez que incapacidades físicas decorrentes da doença são importantes e freqüentes causas de afastamento das atividades laborais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sampaio-Barros PD et al.: Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica diagnóstico e tratamento – primeira revisão. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v.47, n.4, p. 233-242, jul/ago. 2007.
2. Braun J, Sieper J.: The sacroiliac joint in the spondyloarthropaties. Curr Opin Rheumatol. 1996 Jul;8(4):275-87.
3. M. Rudwaleit, D van der Heijde, M A Khan et al.: How to diagnose axial early. Ann Rheum Dis. 2004;63:535-543.
4. Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, Sieper J.: Prevalence in Spondyloarthropaties in HLA-B27 positive and negative blood donors. Arthritis Rheum. 1998 Jan;41(1):58-67.
5. Elewaut D, van der Bosch F, Verbruggen G, de Keyser F, Cruyssen BV, Mielants H.: Clinical observations programme in SpA: disease parameters, treatment options and practical management issues. Rheumatol Int. 2009;29:239-250.
6. M Rudwaleit, D van der Heijde, R Landewé, et al.: The Development of Assessment of Spondyloarthritis international Society classification criteria for axial (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009;68:777-783.
7. van der Linden, Valkenburg, Cats: Evaluation of diagnostic criteria for: a proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum. 1984;27:361
8. Braun J, Rudwaleit M, Hermann KG, Rau R.: Imaging in Spondylitis. Z Rheumatol 2007 Mar;66(2):167-78.
9. Themis Mizerkowski Torres, Rozana Mesquita Ciconelli.: Instrumentos de avaliação em espondilite anquilosante. Rev Bras Reumatol, v.46, supl.I, p. 52-59, 2006.

10. Firestein GS et al.; Kelley's textbook of Rheumatology. 7 ed: Elsevier; 2005. p.1125-1138.
11. Wanders AJ, Landewé RB, Spoorenberg A, Dougados M, van der Linden S, Mielants H, van der Tempel H, van der Heijde DM.: What is the most appropriate radiologic scoring method for 39 39? A comparison of the available methods based on the Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials filter. *Arthritis Rheum.* 2004 Aug;50(8):2622-32.
12. Cusmanich KG: Validação para a língua portuguesa dos instrumentos de avaliação de índice funcional e índice de atividade de doença em pacientes com espondilite anquilosante. Dissertação de mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Banco de Tese Capes, 2006.
13. Baraliakos X, Listing J, Rudwaleit M, Haibel H, Brandt J, Sieper J, Braun J.: Progression of radiographic damage in patients with 39 Spondylitis: defining the central role of syndesmophytes. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:910-915.
14. SAMPAIO-BARROS, P.D. et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Outras Espondiloartropatias Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v.47, n.4, p.243-250, jul/ago. 2007.
15. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, et al.: The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991;34:1218-27.
16. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J.: The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism.* 2005 abr;52(4):1000-1008.

17. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A.: Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis.* 2002;61(suppl III):iii8-iii18.
18. Zink A, Braun J, Listing J, Wollenhaupt J.: Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis – results from the German rheumatological database. *J Rheumatol.* 2000;27:613-22.
19. Calin A, Brophy S, Blake D.: Impact of sex on inheritance of Ankylosing Spondylitis: a cohort study. *Lancet.* 1999;354:1687-1690.
20. Jimenez-Balderas FJ, Mintz G.: Ankylosing spondylitis: clinical course in women and men. *J Rheumatol.* 1993;20:2069-72.
21. Braunstein EM, Martel W, Moidel R.: ankylosing spondylitis in men and women: a clinical and radiographic comparison. *Radiology.* 1982;144:91-4.
22. Resnick D, Dwosh II, Goergen TG, Shapiro RF, Utsinger PD, Wiesner KB, et al.: Clinical and radiographic abnormalities in ankylosing spondylitis: a comparison of men and women. *Radiology.* 1976;119:293-7.
23. Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Burmester G et al.: Long-term efficacy and safety of infliximab in the treatment of ankylosing spondylitis: an open, observational, extension study of three-month, randomized, placebo controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2003;48:2224-2233.
24. van der Heijde D, Landewé R, Baraliakos X, Houben H, van Tubergen A, Williamson P, Xu W, Baker D, Goldstein N, Braun J, et al.: Radiographic finds following two years of infliximab therapy in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism.* 2008 out;58(10):3063-3070.

25. Wanders A, van der Heijde D, Landewé R, Behier JM, Calin A, Olivieri I, et al.: Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with Ankylosing Spondylitis: a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52:1756-65.
26. Song IH, Poddubnyy DA, Rudwaleit M, Sieper J.: Benefits and risks of ankylosing spondylitis treatment with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Arthritis and Rheumatism.* 2008 abr;58(4):929-938.
27. Appel H, Janssen L, Listing J, Heydrich R, Rudwaleit M, Sieper J.: Serum levels of biomarkers of bone and cartilage destruction and new bone formation in different cohorts of patients with axial spondyloarthritis with and without tumor necrosis factor-alpha blocker treatment. *Arthritis Research & Therapy.* 2008;10:R125.
28. van der Bosch F, Devinck M, Kruithof I, Verbruggen G, De Keyser F, Mielants H et al.: 5-year safety and efficacy follow-up in 107 spondyloarthropathy patients with continued long-term infliximab treatment. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(suppl III):330.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXO 1

1. ARQUIVO DE DADOS DE ESPONDILOARTROPATIAS (SpA)

DATA: 1ª VISITA: REVISÃO:

CENTRO: _____

MÉDICO INVESTIGADOR: _____

Cole a etiqueta

DADOS DO PACIENTE

TELEFONE: _____

CELULAR: _____

TELEFONE DE UM FAMILIAR: _____

SEXO: M F DATA DE NASCIMENTO: TRABALHA: NÃO SIM EM CASA PROFISSÃO: _____

INCAPACIDADE LABORAL: 0) não 1) transitória 2) parcial 3) total

RAÇA 1) Branca 2) Negra 3) Parda 4) Branca - Indígena 5) Branca - Amarela 6) Negra - Indígena 7) Negra - Amarela 8) Indígena 9) OutraEXERCÍCIO FÍSICO: NÃO SIM Horas por semana ____ANO* DOS PRIMEIROS SINAIS/SINTOMAS DE SpA (aparelho locomotor): INDICAR QUAL (pode marcar mais de um): 1) lombalgia 2) dor nádegas 3) cervicalgia 4) coxalgia 5) artrite de MMII 6) artrite de MMSS 7) entesite 8) dactilite

ANO* DO PRIMEIRO EPISÓDIO DE AFECCÃO EXTRA-ARTICULAR: (*se é desconhecido=9999)

1) uveíte 2) doença inflamatória intestinal 3) psoríase 4) uretrite CRITÉRIOS DO ESSG** (marque com um X)
(pelo menos um do tipo A e outro do tipo B)

| Anterior ou atual | Sim | ? |
|---|-----|---|
| 1A- dor axial inflamatória** | | |
| 2A- sinovite assimétrica ou predominantemente em MMII | | |
| 1B- história familiar positiva | | |
| 2B- psoríase | | |
| 3B- doença inflamatória intestinal | | |
| 4B- uretrite, cervicite, diarreia no mês anterior à artrite | | |
| 5B- dor alternante nas nádegas | | |
| 6B- entesopatia | | |
| 7B- sacroilíte | | |

MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS
(marque com um X)

| Anteriores ou atuais (com diagnóstico) | Sim | ? |
|--|-----|---|
| 1- irite/uveíte anterior | | |
| 2- dactilite | | |
| 3- pustulose palmo-plantar | | |
| 4- acne conglobata | | |
| 5- balanite | | |
| 6- prostatite | | |
| 7- comprometimento cardíaco | | |
| 8- comprometimento renal | | |
| 9- comprometimento do sistema nervoso | | |
| 10- comprometimento pulmonar | | |
| 11- comprometimento ungueal | | |

HISTÓRIA FAMILIAR DE SpA: SIM NÃO

(Se é sim, indique parentesco e diagnóstico)

EA = espondilite anquilosante; **APs** = artrite

psoriásica

ARe = artrite reativa; **ADII** = artrite associada à

doença

inflamatória intestinal; **EI** = espondiloartropatia indiferenciada

Pai Diag: _____ Mãe Diag: _____

Irmão/s Diag: _____ Filho/s Diag: _____

Nº _____ Diag: _____ Nº _____ Diag: _____

**** TRATAMENTOS** (até o dia da consulta)

| Fármaco | Sim | Não |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| AINE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Corticosteróide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Metotrexato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfasalazina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leflunomida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infliximabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etanercepte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adalimumabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Princípios Ativos: _____

Princípios ativos: _____

Data de início: ____ / ____ / _____ Data de término: ____ / ____ / _____

Data de início: ____ / ____ / _____ Data de término: ____ / ____ / _____

Data de início: ____ / ____ / _____ Data de término: ____ / ____ / _____

AINH: ≥ 50% do tempo Sim Não

Por demanda Sim Não

Eficácia dos AINH: Melhora da dor após 48 horas de uso ou piora rápida da dor 48 horas após sua suspensão

Sim Não

**** Dor lombar, dorsal ou cervical reunindo ao menos quatro dos seguintes critérios:** a) início insidioso; b) início antes dos 45 anos de idade; c) duração maior de três meses; d) melhora com exercício; e) rigidez matinal.

2.ARQUIVO DE DADOS DE ESPONDILOARTROPATIAS (SpA)

MOBILIDADE DA COLUNA

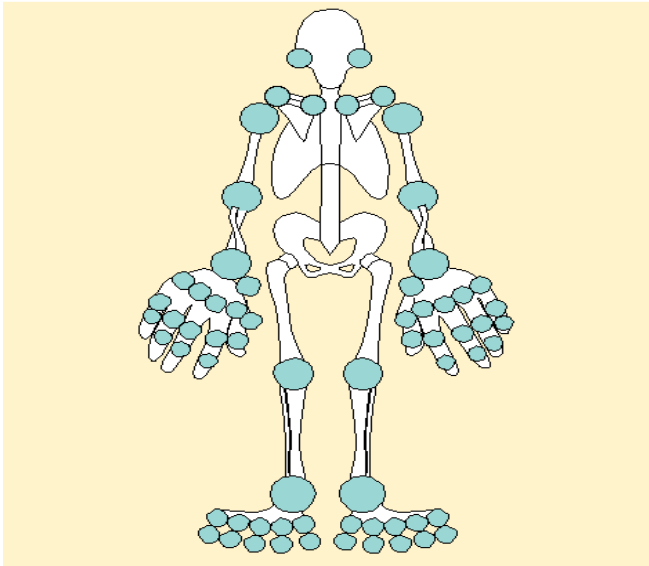
Expansão torácica (cm) _____ Schober (cm) _____ Distância dedo-solo (cm) _____
Distância occipício-parede (cm) _____ Flexão lombar lateral (cm) p/ direita ____ p/esquerda ____
Rotação cervical: > 70° 20-70° <20°

PESO: _____ kg; ALTURA: _____ cm

ARTICULAÇÕES PERIFÉRICAS (marque no homúnculo)

Nº de articulações inflamadas: _____ (marque com **X**)

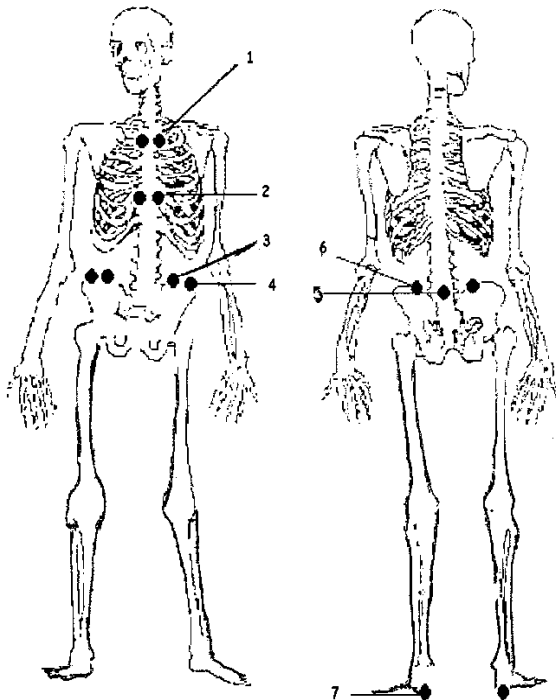
Nº de articulações dolorosas: _____ (marque com +)



ENTESITE

Número de ênteses dolorosas: _____

Indique no manequim: 1. 1ª condrocostal; 2. 7ª condrocostal; 3. crista íliaca; 4. espinha íliaca ântero-superior; 5. processo espinhoso L5; 6. espinha íliaca pósterio-superior; 7. inserção do tendão de Aquiles

**DOR OU LIMITAÇÃO:**

Ombros NÃO UNI BILATERAL

Coxofemorais NÃO UNI BILATERAL

Sacroilíacas NÃO UNI BILATERAL

EXAMES LABORATORIAIS

Data: __/__/__ HLA-B27: positivo negativo desconhecido

VHS: __mm/h PCR: __mg/l

AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA (circule o n°)

Data: __/__/__

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| Coluna lombar AP+lateral | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lateral coluna cervical | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sacroilíacas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Coxofemorais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Para coxofemorais (marque X):

Erosões: SIM NÃO Osteófitos: SIM NÃO Protrusão: SIM NÃO **AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA PELO MÉDICO**

Como descreveria o grau de atividade da doença do paciente na última semana? Marque assim: 0 _____ 10cm

0 _____ 10cm
 inativa _____ muito ativa

Escala Visual Analógica

DIAGNÓSTICO (marque com um X): 1) espondilite anquilosante (EA) primária 2) EA associada à psoríase
 3) EA associada a DII 4) artrite psoriásica 5) artrite reativa 6) artrite associada à DII
 7) espondiloartro indiferenciada 8) espondiloartropatia juvenil

FORMA CLÍNICA: 1) axial 2) periférica 3) mista 4) entesítica Ano do diagnóstico: __/__/__

RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DO PACIENTE**DOR VERTEBRAL DEVIDO À SpA**

1- EVA (cm) – dor na última semana à noite _____

2- EVA (cm) – dor na última semana _____

AVALIAÇÃO GLOBAL PELO PACIENTE

3- EVA (cm) na última semana _____

BASFI:

ÍTEM 1 ___ ÍTEM 2 ___ ÍTEM 3 ___ ÍTEM 4 ___ ÍTEM 5 ___ ÍTEM 6 ___ ÍTEM 7 ___ ÍTEM 8 ___ ÍTEM 9 ___ ÍTEM 10 ___

BASDAI:


ÍTEM 1 ___ ÍTEM 2 ___ ÍTEM 3 ___ ÍTEM 4 ___ ÍTEM 5 ___ ÍTEM 6 ___

QUALIDADE DE VIDA:**ASQoL:** n° de respostas afirmativas _____; n° de respostas em branco _____**SF-12:**P1 ___ P2 ___ P3 ___ P4 ___ P5 ___ P6 ___ P7 ___ P8 ___ P9 ___ P10 ___ P11 ___ P12 ___

QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELO PACIENTE

DATA DO PREENCHIMENTO: __/__/__

Cole a etiqueta aqui

DORPor favor, marque com um risco vertical o local que representa sua resposta (exemplo )**1. Dor noturna na coluna**Indique o grau de dor na coluna durante a noite que **sentiu na última semana**

0 _____ 10cm
sem dor **dor intensa**

2. Dor total na colunaIndique o grau de dor na coluna que sentiu em qualquer momento (dia e noite) **na última semana**

0 _____ 10cm
sem dor **dor intensa**

AVALIAÇÃO GLOBAL PELO PACIENTE3. Considerando todos os aspectos pelos quais sua doença o afeta, marque com um **risco vertical** o que melhor indica como estava na última semana.

0 _____ 10cm
muito bem **muito mal**

BASDAI

Coloque uma marca em cada linha abaixo indicando sua resposta para cada questão, relacionada à **semana passada**.

1 Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

2 Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

3. Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

4. Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

5. Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

6. Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?

0 30 min 1 h 1h30 2 h

BASDAI = soma dos valores das questões 1, 2, 3, 4 e a média dos valores da 5 e 6, dividindo este total por 5.

BASFI

Faça uma marca em cada linha abaixo de cada pergunta indicando o seu grau de capacidade para realizar as seguintes atividades durante a **última semana**.

1. Vestir meias ou meia-calça sem ajuda ou auxílio de aparelhos.

0 _____ 10cm
fácil impossível

2. Curvar o corpo da cintura para cima para pegar uma caneta no chão sem o uso de um instrumento de auxílio.

0 _____ 10cm
fácil impossível

3. Alcançar uma prateleira alta sem ajuda ou auxílio de um instrumento.

0 _____ 10cm
fácil impossível

4. Levantar-se de um cadeira sem braços da sala de jantar sem usar suas mãos ou qualquer outro tipo de ajuda.

0 _____ 10cm
fácil impossível

5. Levantar-se quando deitado de costas no chão sem ajuda.

0 _____ 10cm
fácil impossível

6. Ficar em pé sem ajuda por 10 minutos sem desconforto

0 _____ 10cm
fácil impossível

7. Subir 12 a 15 degraus sem usar o corrimão ou outra forma de apoio (andador); um pé em cada degrau.

0 _____ 10cm
fácil impossível

8. Olhar para trás, virando a cabeça sobre o seu ombro sem virar o corpo.

0 _____ 10cm
fácil **impossível**

9. Fazer atividades que exijam esforço físico, isto é, fisioterapia, jardinagem ou esporte.

0 _____ 10cm
fácil **impossível**

10. Ter um dia repleto de atividades, seja em casa ou no trabalho.

0 _____ 10cm
fácil **impossível**

BASFI = Somatória dos valores em cm anotados nas EVA é dividido por 10 e dado o valor final.

ASQoL

Você encontrará abaixo algumas frases que foram ditas por pessoas que têm Espondilite Anquilosante. Por favor, leia cada frase com cuidado. Nós gostaríamos que você marcasse “sim” se você sente que a frase se aplica a você, e “não” se ela não se aplica a você. Marque uma única resposta que melhor se aplica a você **neste momento**.

1. Minha doença limita os lugares que eu posso ir **sim** () **não** ()
2. Às vezes tenho vontade de chorar. **sim** () **não** ()
3. Eu tenho dificuldade para me vestir **sim** () **não** ()
4. Eu tenho dificuldade para fazer os serviços de casa. **sim** () **não** ()
5. É impossível dormir. **sim** () **não** ()
6. Eu sou incapaz de participar de atividades com a família ou amigos **sim** () **não** ()
7. Estou cansado(a) o tempo todo. **sim** () **não** ()
8. Eu tenho que ficar parando o que estou fazendo para descansar. **sim** () **não** ()
9. Eu tenho dores insuportáveis. **sim** () **não** ()
10. Eu demoro muito tempo para começar minhas coisas pela manhã. **sim** () **não** ()
11. Eu sou incapaz de fazer os serviços de casa. **sim** () **não** ()
12. Eu me canso facilmente. **sim** () **não** ()
13. Eu me sinto frustrado freqüentemente. **sim** () **não** ()
14. A dor está sempre presente. **sim** () **não** ()
15. Eu sinto que deixo de fazer muitas coisas. **sim** () **não** ()
16. Eu acho difícil lavar meu cabelo. **sim** () **não** ()
17. Minha doença me deixa deprimido **sim** () **não** ()
18. Eu me preocupo se deixo as pessoas desapontadas. **sim** () **não** ()

QUESTIONÁRIO “SF-12” SOBRE O ESTADO DE SAÚDE

Copyright© 1994 The Health Institute. New England Medical Center. All rights reserved.

(Traduzido da SF-12 Spanish (Spain) Standard Version 1.0)

INSTRUÇÕES: as perguntas a seguir se referem ao que você pensa sobre sua saúde. Suas respostas permitirão saber como você se encontra e até que ponto é capaz de fazer suas atividades habituais.

Por favor, responda cada pergunta marcando um espaço entre parênteses. Se não está seguro/a de como responder a uma pergunta, escolha a que parecer mais próxima.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

| | | | | |
|------------------|------------------|------------|----------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| excelente | muito boa | boa | regular | má |

As perguntas seguintes se referem a atividades ou coisas que você poderia fazer em um dia normal. Sua saúde atual o(a) limita para fazer estas atividades ou coisas?

1. Esforços moderados como mover uma mesa, passar o aspirador ou caminhar mais de 1 hora.

| | | |
|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 |
| () | () | () |

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sim, me limita muito | Sim, me limita um pouco | Não, não me limita nada |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

3. Subir vários andares pela escada

| | | |
|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 |
| () | () | () |

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sim, me limita muito | Sim, me limita um pouco | Não, não me limita nada |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

Durante as últimas 4 semanas houve algum dos seguintes problemas em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas **devido à sua saúde?**

| | | |
|---|------------|------------|
| | 1 | 2 |
| | sim | não |
| 4. Fez menos do que gostaria de fazer? | () | () |

5. Teve que **deixar de fazer algumas tarefas** em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas?

| | |
|------------|------------|
| 1 | 2 |
| sim | não |
| () | () |

Durante as últimas 4 semanas teve algum dos seguintes problemas em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas **devido a algum problema emocional** (como estar triste, deprimido, nervoso)?

6. Fez menos do que gostaria de fazer **devido a algum problema emocional**?

| | |
|------------|------------|
| 1 | 2 |
| sim | não |
| () | () |

7. Não fez seu trabalho ou suas atividades cotidianas tão **cuidadosamente** como de costume devido a **algum problema emocional**?

| | |
|------------|------------|
| 1 | 2 |
| sim | não |
| () | () |

8. Durante as últimas 4 semanas até que ponto a dor dificultou seu trabalho habitual (incluindo seu trabalho fora de casa e as tarefas domésticas)?

| | | | | |
|-------------|-----------------|---------------------|-----------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| () | () | () | () | () |
| nada | um pouco | medianamente | bastante | muito |

As perguntas a seguir se referem a como você se sentiu e como foram as coisas durante as últimas 4 semanas. Em cada pergunta responda o que mais lhe parece **como se sentiu**.

Durante as últimas 4 semanas quanto tempo

| | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | sempre | quase sempre | muitas vezes | algumas vezes | poucas vezes | nunca |
| 9. sentiu-se calmo e tranquilo? | () | () | () | () | () | () |
| 10. teve muita energia? | () | () | () | () | () | () |
| 11. sentiu-se desanimado e triste? | () | () | () | () | () | () |

12. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência sua saúde física e os problemas emocionais dificultaram suas atividades sociais (como visitar amigos e familiares)?

| | | | | |
|---------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| () | () | () | () | () |
| Sempre | quase sempre | algumas vezes | poucas vezes | nunca |

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá aos seguintes critérios:

- 1º. Análise quanto à forma;
 - 2º. Quanto ao conteúdo;
 - 3º. Apresentação oral;
 - 4º. Material didático utilizado na apresentação;
 - 5º. Tempo de apresentação;
- 15 minutos para o aluno;
05 minutos para cada membro da Banca;
05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA.....
2. CONTEÚDO.....
3. APRESENTAÇÃO ORAL.....
4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO.....

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____