

Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose)^(*)

Brazilian consensus for the treatment of osteoarthritis

Ibsen Bellini Coimbra⁽¹⁾, Elda Hirose Pastor⁽²⁾, Júlia Maria D'Andrea Greve⁽³⁾, Mario Luiz Cardoso Puccinelli⁽⁴⁾, Ricardo Fuller⁽⁵⁾, Fernando de Souza Cavalcanti⁽⁶⁾, Flávio Monteiro de Barros Maciel⁽⁷⁾ e Emerson Honda⁽⁸⁾

RESUMO

Objetivo: Conciliar informações e condutas referentes ao tratamento da osteoartrite pelas três principais especialidades envolvidas: reumatologia, fisioterapia e ortopedia. As condutas consensuais para a maioria dos participantes foram então agrupadas e constam das recomendações deste documento. **Métodos:** Foram utilizados os estudos disponíveis na literatura médica, presentes nas seguintes bases de dados e acessíveis através da internet: OVID de 1966 até o presente e PUBMED até o presente. Foram selecionados trabalhos de metanálise e estudos duplo-cego randomizados, quando presentes. Relato ou série de casos foram utilizados quando publicados em jornais de reconhecida idoneidade. **Resultados:** As opiniões dos especialistas presentes foram utilizadas em relação a terapias não-disponíveis na literatura e que fossem consideradas pela unanimidade dos presentes como importante para o manejo dos pacientes com osteoartrite.

Palavras-chave: diretrizes, osteoartrite, artrose, diagnóstico, terapêutica.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é uma doença crônica, multifatorial que leva à incapacidade funcional progressiva. O tratamento deve ser também multidisciplinar e buscar a melhora funcional, mecânica e clínica.

ABSTRACT

Objective: To compile and coordinate informations and procedures of the following three main specialities: rheumatology, physiatry and orthopaedics regarding the treatment of osteoarthritis. **Methods:** The procedures agreed upon by the majority of the participants were then grouped, and scientific papers from the medical literature available in the following data bases and accessed on the internet were used: OVID from 1966 until the present and PUBMED up to the present. Metanalysis papers and double-blind randomized studies were when present. Reports of case series were employed when published in journals of recognized competence. **Results:** The opinions of the specialists who were present were used when dealing with therapies not available in the literature and which were unanimously considered by those present as being important in the management of patients with osteoarthritis.

Key words: guidelines, osteoarthritis, diagnostic, therapeutic.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO

A OA é uma doença crônica, multifatorial que leva à incapacidade funcional progressiva. O tratamento deve ser também multidisciplinar e buscar a melhora funcional, mecânica e clínica.

* Trabalho realizado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, sob a coordenadoria de Ibsen Bellini Coimbra. Elaboração final em 24 de agosto de 2002.

1. Professor assistente doutor em Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, chefe do ambulatório de Osteoartrose do HC da UNICAMP.
2. Professora doutora em Reumatologia na FMUSP.
3. Professora associada e livre-docente da Faculdade de Medicina da USP.
4. Assistente doutor da disciplina de Reumatologia na UNIFESP.
5. Assistente doutor e responsável pelo Grupo de Osteoartrose do Serviço de Reumatologia do HC/FMUSP.
6. Professor adjunto da disciplina de Reumatologia na UFP.
7. Professor assistente doutor da disciplina de Imunologia do HC/FMUSP.
8. Professor assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Endereço para correspondência: Ibsen Bellini Coimbra. Clínica Médica SCM ReumatoCP6111, Cidade Universitária, Campinas, SP, CEP 13083-970.

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

PROGRAMAS EDUCATIVOS⁽¹⁾

- 1) Esclarecimento sobre a doença: salientar que a doença não é sinônimo de envelhecimento, e está relacionada com a capacidade funcional, sendo que a intervenção terapêutica trará considerável melhora de qualidade de vida.
- 2) Motivar e envolver o paciente no seu tratamento, pois o paciente é um agente ativo no seu programa de reabilitação.
- 3) A prática de atividades esportivas deve ser estimulada, porém sob orientação de um profissional habilitado.
- 4) Orientação para cuidados com relação ao uso de rampas e escadas.
- 5) Orientação com relação à ergonomia do trabalho doméstico e ou profissional.

EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS

COM ORIENTAÇÃO (PRESCRIÇÃO INDIVIDUALIZADA)

– (FISIOTERAPIA)

- 1) Fortalecimento – ganho de massa muscular. O fortalecimento do músculo quadríceps deve ser feito nas artrites do joelho⁽²⁾.
- 2) Aeróbios – Condicionamento físico⁽²⁾.
- 3) Alongamento – Flexibilidade⁽³⁾.

ÓRTESES E EQUIPAMENTOS

DE AUXÍLIO À MARCHA

Também podem ser indicados quando há necessidade de melhora, auxiliar ou substituir uma função⁽⁴⁾.

ESTABILIZAÇÃO MEDIAL DA PATELA

A estabilização que se dá por meio de goteiras elásticas é efetiva no tratamento da sintomatologia dolorosa da OA fêmuro-patelar⁽⁵⁾.

PALMILHAS ANTI-VARO

Associadas com estabilização de tornozelo são eficientes na melhora da dor e função na OA do compartimento medial do joelho⁽⁶⁾.

AGENTES FÍSICOS

Termoterapia e eletroterapia analgésicas são efetivas como fatores coadjuvantes no tratamento sintomático (dor) das osteoartrites⁽⁷⁾.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento sempre deve ser multifatorial, pois a prescrição medicamentosa isolada não é suficiente para o controle ideal da OA.

ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS

- Paracetamol em doses efetivas (até 4 g/dia) para se obter analgesia em pacientes com OA leve ou moderada é indicado como primeira escolha⁽⁸⁾. (A dipirona, em nosso meio, pode ser usada com o mesmo objetivo.)
- Inibidores específicos da COX-2 ou os AINHs não seletivos, esses últimos associados a inibidor de bomba de prótons ou famotidina em altas doses⁽¹⁰⁾. Podem ser indicados nos casos em que apresentam quadro inflamatório evidente.

Em casos em que os fatores de risco estão presentes (Tabela 1), devem ser utilizados os inibidores específicos da COX-2⁽¹¹⁾.

TABELA 1
FATORES DE RISCO PARA EFEITOS ADVERSOS EM TRATO
GASTROINTESTINAL ALTO

Idade maior ou igual a 65 anos
Outras condições médicas
Glicocorticóides orais
História de úlcera péptica
História de sangramento gastrointestinal
Anticoagulantes

- Opióides naturais ou sintéticos. Nos casos de má resposta terapêutica ou quando há contra-indicação para o uso de inibidores específicos COX-2 ou AINHs não seletivos pode-se associar opióides naturais ou sintéticos (tramadol) em casos de dor moderada ou intensa⁽¹²⁾.

AGENTES TÓPICOS

- Capsaicina é um bom agente terapêutico para sintomatologia dolorosa, porém os efeitos colaterais decorrentes do uso tópico (irritabilidade ocular ou epidérmica) limitam seu uso⁽¹³⁾.
- AINH tópicos têm um efeito significativo no tratamento sintomático da dor aguda ou crônica⁽¹³⁾.

DROGAS SINTOMÁTICAS DE AÇÃO DURADOURA

São drogas que têm ação prolongada na melhora da dor e cujo efeito terapêutico persiste após a sua suspensão. As drogas

disponíveis no mercado brasileiro são: sulfato de glucosamina, diacereína e extratos não saponificáveis de soja e abacate.

Com relação ao sulfato de glucosamina, há estudos justificando seu uso para o tratamento sintomático da OA na dose de 1,5 g/dia⁽¹⁴⁾.

CLOROQUINA

É uma droga que vem sendo utilizada de forma consensual pelos especialistas em vários serviços brasileiros, com experiência pessoal mostrando bons resultados. A indicação inicial foi para osteoartrite erosiva de mão e, posteriormente, passou a ser usada nas outras osteoartroses. Por tratar-se de droga com efeitos colaterais e que requer acompanhamento profilático para evitá-los, deverá apenas ser manuseada por reumatologistas.

TERAPIA INTRA-ARTICULAR

– A infiltração intra-articular com CE (triacinolona hexacetonida) também pode ser indicada como primeiro tratamento nos casos de quadro inflamatório evidente⁽¹⁵⁾.

– O uso intra-articular do ácido hialurônico está indicado para o tratamento da osteoartrite do joelho graus II e III nas fases aguda e crônica⁽¹⁶⁾.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Os pacientes com osteoartrite graus II e III com comprometimento progressivo da independência das atividades de vida diária e falha do tratamento conservador devem ser

referidos para o ortopedista que fará a indicação do tratamento cirúrgico. As cirurgias indicadas são: desbridamento artroscópico, osteotomias e artroplastias.

OSTEOTOMIAS

É importante ressaltar o papel das osteotomias, pois são procedimentos que devem ser feitos precocemente em pacientes selecionados⁽¹⁷⁾. São feitos dois tipos de osteotomias:

– Profilática, indicada precocemente em pacientes sintomáticos e ainda sem alterações radiográficas para a correção dos desvios de eixos articulares.

– Terapêutica, indicada em casos sintomáticos e com alterações radiográficas. É feita para modificar o eixo de alinhamento do membro afetado e deslocar a carga para outra região da superfície articular.

DESBRIDAMENTOS ARTROSCÓPICOS

São indicações precisas para correção das lesões parciais de meniscos, labrum e retirada de corpos livres intra-articulares⁽¹⁸⁾.

ARTROPLASTIAS

As artroplastias totais promovem acentuada redução na dor e melhora funcional na maioria dos pacientes com osteoartrite⁽¹⁹⁾.

ARTRODESES

Indicadas principalmente na dor e incapacidade funcional persistentes de osteoartrite de tornozelos e que não tenham melhorado com tratamento conservador⁽²⁰⁾.

REFERÊNCIAS

1. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR: Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care Res* 9: 292-301, 1996. *apud in* Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth M, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 59: 936-944, 2000.
2. Ettinger Jr WH, Burns R, Messier SP, et al: A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis: the Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST). *JAMA*: 277: 25-31, 1997.
3. Van Baar ME, Dekker J, Ostendorp RAB, et al: *J Rheumatol* 25: 2432-2439, 1998.
4. Pendleton A, Arden N, Dougados M, et al: EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 59: 936-944, 2000.
5. Cushman J, McCarthy C, Dieppe P: Taping the patella medially: a new treatment for osteoarthritis of the knee joint? *BMJ* 308: 753-755, 1994.
6. Toda Y, Segal N, Kato A, Yamamoto S, Irie M: Effect of a novel insole on the subtalar joint of patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 28: 2705-2710, 2001.
7. Welch V, Brosseau L, Peterson J, Shea B, Tugwell P, Wells G: Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD003132, 2001 (Review).
8. Eccles M, Freemantle N, Mason J: For the North of England Non-steroidal Anti-inflammatory Drug Guideline Development Group. North of England Evidence Based Guideline Development Project: summary guideline for non-steroidal anti-inflammatory drugs versus basic analgesia in treating the pain of degenerative arthritis. *BMJ* 317: 526-530, 1998.
9. Hawkey CJ: COX-2 inhibitors. *Lancet* 353: 307-314, 1999.
10. Taha AS, Hudson N, Hawkey CJ, et al: Famotidine for the prevention of gastric and duodenal ulcers caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med* 334: 1435-1439, 1996.

11. Gabriel SE, Jaakkimainen L, Bombardier C: Risk for serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs : a meta-analysis. *Ann Intern Med* 115: 787-796, 1991.
12. Rothe SH: Efficacy and safety of tramadol HCl in breakthrough musculoskeletal pain attributed to osteoarthritis. *J Rheumatol* 25: 1358-63, 1998.
13. Moore RA, Tramer MR, Carroll D, Wiffen PJ, McQuay HJ: Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 31: 333-338, 1998.
14. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, et al: Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 357: 251-256, 2001.
15. Gaffney K, Ledingham J, Perry JD: Intra-articular triamcinolone hexacetonide in knee osteoarthritis: factors influencing the clinical response . *Ann Rheum Dis* 54: 379-381, 1995.
16. Raynamed JP: Osteoarthritis *Cartilage* 10: 506-517, 2002.
17. Schramm M, Pitto RP, Rohm E, Hohmann D: Long-term results of spherical acetabular osteotomy. *J Bone Joint Surg* 81-B: 60-66, 1999.
18. Margheritini F, Villar RN: The efficacy of arthroscopy in the treatment of hip osteoarthritis. *Chir Organi Mov* 84: 257-261, 1999.
19. Callaghan JJ, Albright JC, Goetz DD, Olejniczak JP, Jonhston RC: Charnley total hip arthroplasty with cement. *J Bone Joint Surg* 84: 487-497, 2000.
20. Abidi NA, Gruen GS, Conti SF: Ankle arthrodesis: Indication and Techniques. *J Am Acad Orthop Surg* 8: 200-209, 2000.
21. *J Rheumatol* 29: 139-146, 2002.