

LESÃO ESTRUTURAL E INCAPACIDADE – NEM SÓ DA ARTRITE, TAMBÉM DA ARTROSE

Margarida Cruz*

Actualmente, o tratamento da artrite reumatóide é desejavelmente o mais precoce e eficaz possível, visando aproveitar a janela de oportunidade terapêutica das primeiras 12 semanas da doença para iniciar fármacos modificadores da sua evolução (DMARDs), cuja eficácia nesta fase é muito satisfatória na maioria dos casos. O objectivo é, actualmente, a remissão da doença e a prevenção do aparecimento de erosões articulares, deformação e incapacidade.¹⁻⁴

Relativamente à osteoartrose das mãos, apesar de em muitos casos ser bastante sintomática, interferir com a realização de actividades de vida diária e diminuir a qualidade de vida dos doentes, causando a médio ou longo prazo deformações, erosões e incapacidade consideráveis, o tratamento proposto continua a basear-se num «modelo de pirâmide», que claramente não tem demonstrado alterar a evolução nem as consequências desta doença, quando grave. As recomendações da EULAR (*European League Against Rheumatism*) para o tratamento da artrose das mãos, foram recentemente publicadas e preconizam uma abordagem conservadora, em que o tratamento deve basear-se em analgésicos simples e eventualmente anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), no caso de falência daqueles, agentes tópicos e, em caso de maior gravidade, infiltrações com corticóides ou cirurgia, principalmente na rizartrose.⁵

Tendo em conta a aparente gravidade de alguns casos de artrose das mãos⁶⁻⁸ foi realizado um estudo transversal em que se procurou comparar o grau de dor, deformação e incapacidade funcional das mãos em doentes com artrite reumatóide (AR) e com osteoartrose das mãos (OAM) seguidas na consulta de Reumatologia do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (CHCR). A hipótese colocada foi de que a OAM pudesse causar pelo menos o mesmo grau de dor e de incapacidade funcional a nível das mãos que a AR.

Foi efectuado o registo, de forma transversal, de alguns parâmetros demográficos e clínicos, da medicação actual e feita uma contagem de articulações dolorosas, tumefactas e deformadas, em 20 articulações das mãos em 10 mulheres com AR e 10 com OAM seguidas em consulta de Reumatologia no CHC.⁹ Registou-se ainda o grau de dor nas mãos na última semana, numa escala visual analógica (EVA) de 100 mm, a incapacidade actual das mãos na opinião do médico, em EVA de 100 mm e foi aplicado o índice de Cochin para a incapacidade das mãos.¹⁰

Verificou-se que a média do grau de escolaridade era significativamente superior nas doentes com OAM (6,2 *vs* 3,9, $p=0,02$) e a idade da menopausa era inferior nas com AR (47,8 anos *vs* 52,8 anos, $p=0,016$). O número de articulações dolorosas e tumefactas não foi significativamente diferente (dolorosas: 6 na AR *vs* 7 na OAM, $p=0,33$; tumefactas: 1,1 na AR *vs* 2 na OAM, $p=0,16$), ao contrário do número de articulações deformadas, superior nas mulheres com OAM (9,8 *vs* 5,9, $p=0,036$) – Quadro I. É importante referir que, das 10 mulheres com AR, 6 tinham também OAM das inter-falângicas distais (IFD). As médias do grau de dor nas mãos (57 na AR *vs* 56,5 na OAM, $p=0,49$), da incapacida-

Quadro I. Características demográficas e clínicas das doentes com AR e OAM

Patologia	AR	OAM	p
Idade média	63,7	60	
Média grau escolaridade	3,9	6,2	0,02
Idade à menopausa	47,8	52,8	0,016
Idade média de início	51,2	48,9	0,32
Nº articulações dolorosas	6	7	0,33
Nº articulações tumefactas	1,1	2	0,16
Nº articulações deformadas	5,9	9,8	0,036
Dor média nas mãos	57	56,5	0,49
Incapacidade média opinião médico	29,5	34,2	0,34
Índice Cochin (máximo 90)	32	28,2	0,29

*Assistente Hospitalar de Reumatologia
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha

de avaliada pelo médico (29,5 na AR *vs* 34,2 na OAM, $p=0,34$) e do índice de Cochin (32 na AR *vs* 28,2 na OAM, $p=0,29$) não tiveram diferenças significativas nos dois grupos de mulheres. Das mulheres com AR, todas menos duas (primeiras consultas no CHCR) faziam DMARDs, todas menos uma estavam medicadas com prednisolona e 7 tomavam regularmente AINEs. Das doentes com OAM grave, 4 estavam medicadas com hidroxiclороquina, 4 com deflazacort e 7 tomavam AINEs regularmente – Quadro I.

Um viés importante deste trabalho foi a utilização de um modelo de contagem articular de OAM, que considera as 8 interfalângicas distais (IFD), 10 interfalângicas proximais (IFP) e 2 trapézio-metacarpais. No entanto, fazendo a correcção para 12 articulações, excluindo as IFD, os resultados continuam a não ter diferenças significativas (dolorosas: 5,1 na AR *vs* 5 na OAM; tumefactas: 1,1 na AR *vs* 2 na OAM; deformadas: 3,3 na AR *vs* 5 na OAM). O viés oposto foi a ocorrência simultânea de OAM e AR em 6 mulheres incluídas no grupo da AR, o que poderia ter aumentado a incapacidade neste grupo; no entanto, tal não se verificou.

Este estudo, embora considerando o reduzido número de doentes incluídas, permitiu concluir que a osteoartrose das mãos pode ser tão ou mais responsável por dor articular, deformação e incapacidade a nível das mãos como a artrite reumatóide. É possível que as doentes com AR, e mesmo as que tinham AR e OAM, tivessem registado um melhor estado funcional graças ao tratamento apropriado e mais eficaz. São necessários estudos e ensaios clínicos com novas estratégias de tratamento desta particular manifestação de osteoartrose, nomeadamente em casos mais graves, quando erosiva e deformante, possivelmente respondendo a tratamentos usados em artropatias inflamatórias. Se o tratamento da OAM grave fosse mais precoce, agressivo e eficaz, seria possível evitar o aparecimento de erosões, deformação e incapacidade?

Correspondência para

Margarida Cruz
R. do Bairro, nº 5 A
2500-068 Caldas da Rainha
E-mail: cmargaridamocccruz@gmail.com

Referências

1. Ahmed K, Emery P. Rheumatoid Arthritis, 1999, 106-111
2. Emery P, Marzo-Ortega H, Proudman S. Management of patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38:27-31
3. Corbett M, Dalton S, Young A, Silman A, Shipley M. Factors predicting death, survival and functional outcome in a prospective study of early rheumatoid disease over fifteen years. *Br J Rheumatol* 1993;32:717-723
4. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JE, Schiff MH, Smolen JS. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-297
5. W Zhang, M Doherty, B F Leeb et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a task force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007;66:377-388
6. Ehrlich GE. Erosive osteoarthritis: presentation, clinical pearls and therapy. *Current Rheumatology Reports* 2001;3:484-488
7. Bryant LR, des Rosier KF, Carpenter MT. Hydroxychloroquine in the treatment of erosive osteoarthritis. *J Rheumatol* 1995;22:1527-1531
8. Fajardo M, Di Cesare PE. Disease-modifying therapies for osteoarthritis. *Drugs Aging* 2005;22:141-161
9. Maheu E, Dewailly J. Arthritis Rheum 1997, 40 (poster ACR) citado por Dougados M em La Mesure, Paris, Expansion Scientifique Publications 1997, 204-205
10. Duruoz MT, Poiraudau S, Fermanian J et al. Development and validation of a rheumatoid hand functional disability scale that assesses functional handicap. *J Rheumatol* 1996;23:1167-1172