

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

HANSENÍASE TEM CURA



**casos
clínicos**

Brasília - 2001

Preciso tratar o paciente, como devo fazer?

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em virtude da hanseníase poder apresentar-se com um espectro clínico variável, classificou os doentes em dois grupos. Essa classificação determina qual o esquema terapêutico que deve ser usado e por quanto tempo deve ser o tratamento.

- Classificação da OMS:

PAUCIBACILARES (PB) – casos com até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido.

MULTIBACILARES (MB) – casos com mais que 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido.

Observe que não é eticamente aceito tratar um paciente com hanseníase com um só medicamento. Qualquer que seja a classificação do doente, ele sempre deve receber um esquema terapêutico com associação de medicamentos. Essa associação é chamada de Poliquimioterapia/OMS.

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO(PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT/PB – 6 doses	PQT/MB – 12 doses
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 6 doses, em até 9 meses	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		300 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários, auto-administrada
Seguimento de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 6 doses • Revisão dermatoneurológica na 6ª dose 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, num total de 12 doses • Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 6 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas

No nosso caso, vamos classificar o paciente em PB e tratá-lo por seis meses, conforme orienta o quadro acima.

Preciso tratar o paciente como devo fazer?

Lembre-se da classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), mencionada no Caso Clínico 1, que em virtude da hanseníase poder apresentar-se com um espectro clínico variável, classificou os doentes em dois grupos.

- Classificação da OMS:

PAUCIBACILARES (PB) – casos com até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido.

MULTIBACILARES (MB) – casos com mais que 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido.

Observe que não é eticamente aceito tratar um paciente com hanseníase com um só medicamento. Qualquer que seja a classificação do doente, ele sempre deve receber um esquema terapêutico com associação de medicamentos.

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO (PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT/PB – 6 doses	PQT/MB – 12 doses
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 6 doses, em até 9 meses	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		300 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários, auto-administrada
Seguimento de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 6 doses • Revisão dermatoneurológica na 6ª dose 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, num total de 12 doses • Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 6 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea podem ter um risco maior de desenvolver reações e dano neural após completarem as 12 doses. Esses casos poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos não demonstrem qualquer melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB

No nosso caso, vamos classificar a paciente em MB (mais de cinco lesões) e tratá-la por doze meses, conforme orienta o quadro acima.

Preciso tratar o paciente como devo fazer?

Preste atenção para a idade do nosso pequeno doente, os medicamentos são os mesmos, no entanto nessa faixa etária, as doses são diferentes.

Lembre-se da classificação operacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), pois ela vai definir o esquema terapêutico que deve ser usado e por quanto tempo deve ser o tratamento.

- Classificação da OMS:

PAUCIBACILARES (PB) – casos com até 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido.

MULTIBACILARES (MB) – casos com mais que 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido.

Observe que não é eticamente aceito tratar um paciente com hanseníase com um só medicamento. Qualquer que seja a classificação do doente, ele sempre deve receber um esquema terapêutico com associação de medicamentos. Essa associação é chamada de Poliquimioterapia/OMS.

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO(PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT/PB – 6 doses	PQT/MB – 12 doses
RIFAMPICINA (RFM)	uma vez por mês, supervisionada, num total de 6 doses, em até 9 meses	uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses
DAPSONA (DDS)	uma vez ao dia, auto-administrada	uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 e semanalmente, auto-administrada, de acordo com a tabela de faixa etária abaixo
Seguimento de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 6 doses • Revisão dermatoneurológica na 6ª dose 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, num total de 12 doses • Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 6 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas

No nosso caso, vamos classificar o paciente em MB e tratá-lo por doze meses, conforme orienta o quadro acima.

DOSES (em mg) POR FAIXA ETÁRIA

PAUCIBACILARES

IDADE EM ANOS	DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA	RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA
0 - 5	25 mg	150 - 300 mg
6 - 14	50 - 100 mg	300 - 450 mg

ANEXO I

EPISÓDIOS REACIONAIS:

Um percentual expressivo dos doentes de hanseníase, no curso crônico e insidioso da doença, pode desenvolver sinais e sintomas agudos, localizados e/ou sistêmicos. Esses quadros são denominados de Episódios Reacionais ou Reações Hansênicas, e estão classificadas em Tipo 1 ou Reação Reversa e a Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais comum é o Eritema Nodoso Hansênico.

A Reação Tipo 1 pode cursar com exacerbação das lesões pré existentes, acompanhados ou não do aparecimento de novas lesões, com ou sem neurite.

A Reação Tipo 2 cursa com um quadro clínico clássico que é o aparecimento de nódulos dolorosos por todo o tegumento, acompanhados ou não de sinais e sintomas sistêmicos como febre, artrite, linfadenopatia, ou ainda neurite, orquite, irite, iridociclite.

O quadro dermatológico, muitas vezes, reflete o acometimento de vísceras como fígado, rim, testículos, etc.

A interação *M.leprae*/hospedeiro/fatores desencadeantes, é capaz de desenvolver esses surtos, que estão associados, do ponto de vista imunopatológico, à destruição bacilar. Se de um lado isso pode significar uma melhora da hanseníase (doença infecciosa), de outro lado essas reações podem incapacitar e deformar um paciente, se não houver uma intervenção IMEDIATA, tanto na reação Tipo 1 quanto na Tipo 2. Tratam-se de quadros agudos e requerem tratamento que vai desde a imobilização do segmento afetado, controle do estado geral do paciente, uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINES), até uso de imunossuppressores (tipo corticosteroide e/ou talidomida). Esse tratamento, por vezes, requer internação hospitalar do paciente.

Se, no momento do diagnóstico, ou durante o acompanhamento de seu paciente, ele vier a apresentar um quadro como esse, discuta na sua equipe os mecanismos de referência e contra-referência que você e a equipe dispõe, e encaminhe o paciente. Se a equipe já está treinada e sente-se apta, e se o paciente não requerer internação hospitalar, trate-o em regime ambulatorial.

Uma vez que sua equipe avalie e sinta-se apto a tratar episódios reacionais, leia abaixo algumas orientações que são imprescindíveis no manejo do paciente.

A) Quadro clínico

Estados Reacionais	TIPO 1 - Reação Reversa	TIPO 2 - Eritema Nodoso Hansênico (ENH)
Formas clínicas	Paucibacilar	Multibacilar
Início	Antes do tratamento PQT, ou nos primeiros 6 meses do Tratamento PQT. Pode ser a primeira manifestação da doença.	Pode ser a primeira manifestação da doença. Pode ocorrer durante ou após o tratamento com PQT.
Causa	Processo de hiper-reatividade imunológica em resposta ao antígeno (bacilo).	Processo de hiper-reatividade imunológica em resposta ao antígeno (bacilo).
Manifestações clínicas	Aparecimento de novas lesões que podem ser eritemato-infiltradas (aspecto erisipelóide). Reagudização de lesões antigas. Dor espontânea nos nervos periféricos. Aumento ou aparecimento de áreas hipo ou anestésicas.	As lesões pré-existentes permanecem inalteradas. Há o aparecimento brusco de nódulos eritematosos, dolorosos à palpação ou até mesmo espontaneamente, que podem evoluir para vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras.
Comprometimento sistêmico	Não é freqüente.	É freqüente. Apresenta febre, astenia, mialgias, náuseas (estado toxêmico) e dor articular.
Fatores associados	Edema de mãos e pés. Aparecimento brusco de mão em garra e pé caído.	Edema de extremidades. Irite, epistaxes, orquite, linfadenite. Neurite. Comprometimento gradual dos troncos nervosos.
Hematologia	Pode haver leucocitose.	Leucocitose com desvio à esquerda e aumento de imunoglobulinas. Anemia.
Evolução	Lenta. Podem ocorrer seqüelas neurológicas e complicações, como abscesso de nervo.	Rápida. O aspecto necrótico pode ser contínuo, durar meses e apresentar complicações graves.

B) Tratamento quimioterápico

Atenção:

Se o Estado Reacional for identificado durante o processo de diagnóstico da Hanseníase, deve-se iniciar o tratamento PQT, juntamente com o tratamento para Reação.

Se o Estado Reacional for identificado durante o tratamento PQT deve-se mantê-lo e iniciar o tratamento específico para Reação.

Se o Estado Reacional for identificado no pós-alta, o tratamento PQT não deve ser reiniciado, somente deve-se fazer o tratamento para a reação.

Em caso de comprometimento neural deve-se imobilizar o segmento afetado e acompanhar atentamente a evolução do caso.

Em caso de persistência de dor neural crônica, reagudização ou agravamento do quadro neurológico, deve-se avaliar a necessidade de cirurgia descompressiva.

B1) Tratamento da reação tipo 1

Medidas recomendadas para tratamento da Reação Tipo 1 - Reação Reversa

- ⇒ Se o doente estiver sob tratamento quimioterápico, mantenha-o, sem modificação, exceto se apresentar efeitos colaterais graves.
- ⇒ Prescrever corticóide: **prednisona** - 1 a 2 mg/kg/dia, conforme avaliação clínica.
- ⇒ Manter a dose inicial da prednisona até a regressão clínica do quadro reacional.
- ⇒ Reduzir a dose do medicamento em intervalos fixos e quantidade predeterminada, conforme avaliação clínica e quadro abaixo.

Exemplo da utilização de prednisona para tratamento de estados reacionais em doente com 60kg:

60 mg/dia	até a regressão clínica
50 mg/dia	15 dias
40 mg/dia	15 dias
30 mg/dia	15 dias
25mg/dia	15 dias

20 mg/dia	15 dias
15 mg/dia	15 dias
10mg/dia	15 dias
05mg/dia	15 dias

Atenção!

Devem ser tomadas algumas precauções na utilização da PREDNISONA:

⇒ Registrar o peso, a pressão arterial e a taxa de glicose no sangue para controle e observação dos efeitos colaterais do medicamento.

⇒ Fazer o tratamento antiparasitário com medicamento específico para *Strongiloides stercoralis*, prevenindo a disseminação sistêmica desse parasita.

Exemplo: Tiabendazol

- 50 mg/kg/dia durante 2 dias, ou
- 1,5 g/dose única.

⇒ Retornar à dose imediatamente anterior em caso de agravamento do quadro clínico.

B2) Tratamento da reação tipo 2

Medidas recomendadas para tratamento da Reação Tipo 2 - Eritema Nodoso Hansênico

- ⇒ Se o doente estiver sob tratamento quimioterápico, mantenha-o, sem modificação, exceto se apresentar efeitos colaterais graves.
- ⇒ Prescrever **talidomida**: de 100 a 400mg/dia.
- ⇒ Manter a dose inicial até a regressão clínica do quadro reacional.
- ⇒ Em casos com comprometimento neural, introduzir corticóides segundo esquema já referido, imobilizar o segmento afetado, e programar ações de prevenção de incapacidades.

Atenção!!!

Está proibida a utilização da talidomida em mulheres em idade fértil, devido a seus conhecidos efeitos teratogênicos, (má formação fetal), segundo a Portaria nº 344/GM de 12 de maio de 1998.

⇒ Nos casos de reação Tipo 2 listados abaixo, deverá também ser indicado a utilização da **prednisona** – no mesmo esquema já utilizado na reação Tipo 1.

- Eritema nodoso necrotizante
- Comprometimento neural
- Orqui-epididimite
- Irite ou iridociclite
- Nefrite
- Mãos e pés reacionais
- Vasculite (Fenômeno de Lúcio)
- Mulheres em idade fértil

As medidas a serem tomadas, também são as mesmas prescritas para a Reação Tipo 1.

Deve-se levar em consideração a gravidade intrínseca de cada quadro clínico e a necessidade de outras medidas terapêuticas tal como o encaminhamento para cirurgia.

⇒ Casos crônicos da **Reação Tipo 2, subintrante ou com complicações graves, devem ser encaminhados para um centro de referência.**

C) Cuidados

Além do tratamento quimioterápico, alguns cuidados devem ser obrigatoriamente observados no manejo com esses episódios reacionais. Observe o quadro abaixo:

Sinais e sintomas	Condutas
Dor neural aguda	<p>⇒ Imobilização do membro até a remissão do sintoma.</p> <p>⇒ Encaminhamento imediato para consulta médica.</p> <p>⇒ Orientação quanto à redução da sobrecarga do nervo durante a realização das atividades.</p> <p>⇒ Orientação quanto a autocuidados.</p>
Dor à palpação do nervo, ou ao fazer esforço	<p>⇒ Orientação quanto à redução de sobrecarga no nervo durante a realização das atividades.</p> <p>⇒ Orientação quanto a autocuidados.</p> <p>⇒ Encaminhamento para consulta médica, caso a dor persista.</p>

<p>Diminuição da sensibilidade dos:</p> <p>Olhos</p> <p>Mãos</p> <p>Pés</p>	<p>⇒ Acompanhamento da alteração de sensibilidade</p> <p>⇒ Orientação quanto a autocuidados.</p>
<p>Diminuição de Força Muscular dos:</p> <p>Olhos</p> <p>Mãos</p> <p>Pés</p>	<p>⇒ Acompanhamento da alteração de força muscular.</p> <p>⇒ Exercícios após remissão dos sinais e sintomas agudos.</p> <p>⇒ Orientação quanto a autocuidados.</p>
<p>Mãos e Pés Reacionais</p>	<p>⇒ Prescrição de repouso do membro, em posição funcional.</p> <p>⇒ Encaminhamento ao médico.</p>
<p>Iridociclite: olho vermelho, dor, diminuição da acuidade visual, diminuição da mobilidade e tamanho da pupila</p>	<p>⇒ Encaminhamento ao oftalmologista.</p>
<p>Orqui-epididimite: inflamação dos testículos</p> <p>Nefrite: inflamação dos rins</p> <p>Vasculite: inflamação dos vasos.</p>	<p>⇒ Encaminhamento imediate para consulta médica.</p>

ANEXO II

MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE:

Rifampicina:

- Origem: Rifamicina
- Mecanismo de ação: Inibição do RNA polimerase, DNA dependente de micobactérias, resultando na inibição da síntese de RNA. Bactericida. CIM 0,005 a 0,2µg/ml.
- Absorção: gastro-intestinal, circulação êntero-hepática.
- Metabolização: Hepática.
- Excreção: Intestinal e renal.
- Efeitos colaterais: exantema, febre, náuseas, vômitos, hepatites, icterícia, IRA, Síndrome Pseudo-gripal, coloração alaranjada das excretas.
- Interações medicamentosas: em doses diárias diminui o efeito de hipoglicemiantes orais e contraceptivos orais. **Em doses mensais esses efeitos não foram observados, assim como não interferem nos inibidores de protease. Em caso do paciente ter MH e TB, a dose de rifampicina deve ser a necessária para tratar Tuberculose.**

Dapsona:

- Origem: 4-4 diaminodifenilsulfona.
- Mecanismo de ação: Antagonista competitivo do PABA, impedindo sua metabolização pelas bactérias na síntese do ácido fólico. Bacteriostática. CIM: 1 a 10µg/ml *in vivo*.
- Absorção: gastro-intestinal, quase completa.
- Metabolização: Hepática.
- Excreção: renal.
- Efeitos colaterais: hemólise, (deficiência de G6PD), leucopenia (G6PD), metahemoglobinemia, síndrome sulfona (RARA), cefaléia, insônia, visão turva, neuropatia periférica reversível, anorexia, náuseas, vômitos, erupção cutânea, psicoses.

Clofazimina:

- Origem: corante iminofenazínico.
- Mecanismo de ação: inibe a função de molde do DNA ao ligar-se a ele, efeito antiinflamatório e imunossupressor. Bacteriostático. CIM: Droga de depósito, de difícil avaliação.

-Absorção: gastro-intestinal.

-Metabolização:Hepática.

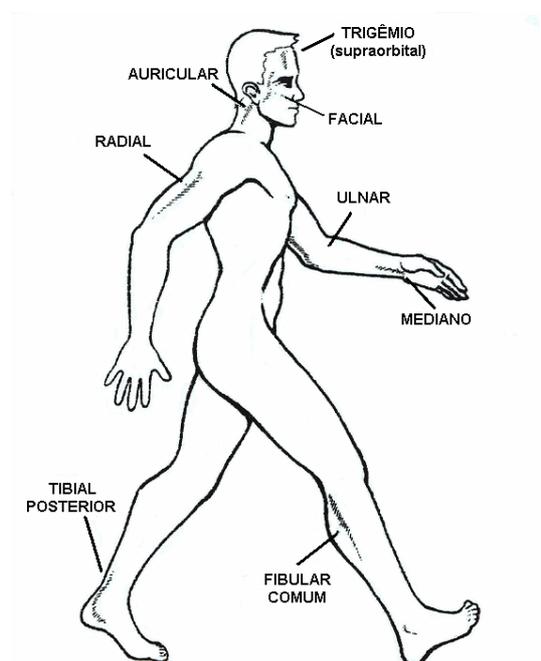
-Excreção: renal, suor, saliva, lágrima.

-Efeitos colaterais: pigmentação avermelhada da pele, urina, fezes, saliva e suor. Ressecamento da pele(ictiose), enterite eosinofílica.

ANEXO III

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

Antes de explorar um nervo, perguntar se há dor espontânea. Fazer a palpação com manobras suaves para não causar desconforto ao paciente, usando a polpa do 2º e 3º dedos. Seguir o trajeto do nervo no sentido distal-proximal. Perceber a espessura, forma, aderências nos planos profundos e existência de nódulos. Sempre que possível, comparar com o lado oposto.



Espaço para 5 fotos do Caderno de Hanseníase(DAB). Figuras 4, 5, 6, 7 e 8, não precisa de legenda.