

A ESCALA EXPANDIDA DO ESTADO DE INCAPACIDADE

Após o estabelecimento do diagnóstico, a Escala Expandida do Estado de Incapacidade (*Expanded Disability Status Scale* – EDSS) deve ser utilizada para o estadiamento da doença, bem como monitorização do paciente. Essa escala permite quantificar o comprometimento neuronal em oito sistemas funcionais: piramidal, cerebral, tronco cerebral, sensitivo, vesical, intestinal, visual, mental e outras funções agrupadas. Possui vinte itens com escores que variam de 0 a 10, com pontuação que aumenta meio ponto conforme o grau de incapacidade do paciente.

COMO PREENCHER? Deve-se avaliar os pacientes de acordo com os oito sistemas funcionais (SF), atribuindo graus:



Elaboração:
Nélio Gomes Ribeiro Júnior - CCATES/UFMG
Isabela Maia Diniz - CCATES/UFMG

Revisão Técnica:
Augusto Afonso Guerra Júnior - CCATES/UFMG
Francisco de Assis Acúcio - CCATES/UFMG
Juliana Alvarés - CCATES/UFMG
Livia Lovato Pires de Lemos - CCATES/UFMG
Rodrigo Klempaull - CEM/Hospital das Clínicas/UFMG

As imagens utilizadas neste boletim estão sob licença Creative Commons e são meramente ilustrativas, portanto, as pessoas retratadas não possuem esclerose múltipla.

CGITS - Ministério da Saúde

C.ATES
CENTRO COLABORADOR DO SUS
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
& EXCELENCIA EM SAÚDE

Av. Presidente Antônio Carlos 6627
Faculdade de Farmácia UFMG
Dep. de Farmácia Social
Campus Pampulha 31270 901
Belo Horizonte, MG
tel. 31 34096394
www.ccat.es.org.br

BOLETIM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Conteúdo:
• A Esclerose Múltipla
• Evolução da Doença
• Diagnóstico
• EDSS



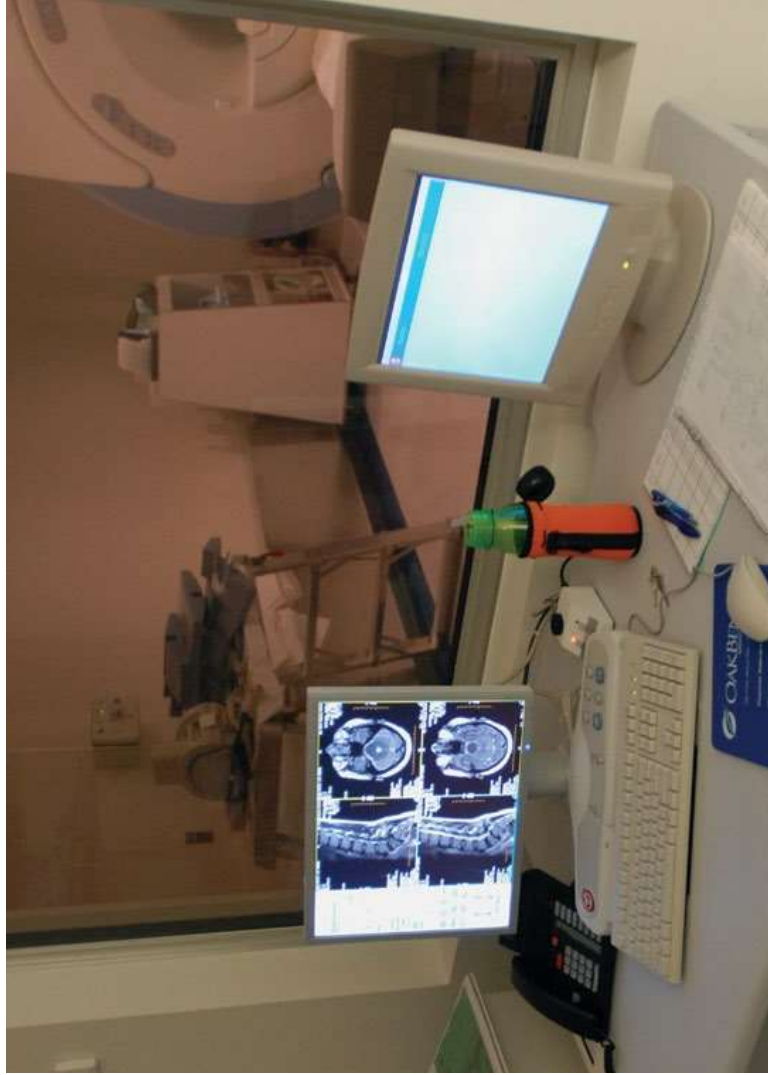
UFMG

C.ATES

CENTRO COLABORADOR DO SUS
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS
& EXCELENCIA EM SAÚDE

Volume

5



A ESCLEROSE MÚLTIPLA

A auto-imunidade desempenha papel relevante na Esclerose Múltipla (EM). Durante a formação do sistema imunológico, algumas células, com potencial de reagir contra os próprio antígenos, escapam da natural depleção clonal e permanecem sobre vigilância. Contudo, essa tolerância imunológica pode ser perdida o que permite tais células exercerem sua ação auto-imune deletéria. Especula-se que um mecanismo de mimetismo molecular pela exposição do sistema imunológico a antígenos (componentes virais) que compartilhem semelhanças estruturais com proteínas da bainha de mielina do SNC desempenhem um papel na perda dessa tolerância. Outro mecanismo seria uma infecção do SNC que causaria lesão tissular e a liberação de antígenos sequestrados no SNC para a circulação periférica, desencadeando a ação de células T auto-reativas.

“O quadro clínico se manifesta, na maior parte das vezes, por surtos ou ataques agudos, podendo entrar em remissão de forma espontânea ou com o uso de corticosteroides (pulsoterapia). Os sintomas mais comuns são neurite óptica, parestesia ou paralisia de membros, disfunções da coordenação e equilíbrio, mielites, disfunções esfincterianas. Recomenda-se atentar para os sintomas cognitivos como manifestação de surto da doença, que atualmente vem ganhando relevância neste sentido.” (Retirado do PCDT - DIAGNÓSTICO ESTADIAAMENTO DA DOME) (A)

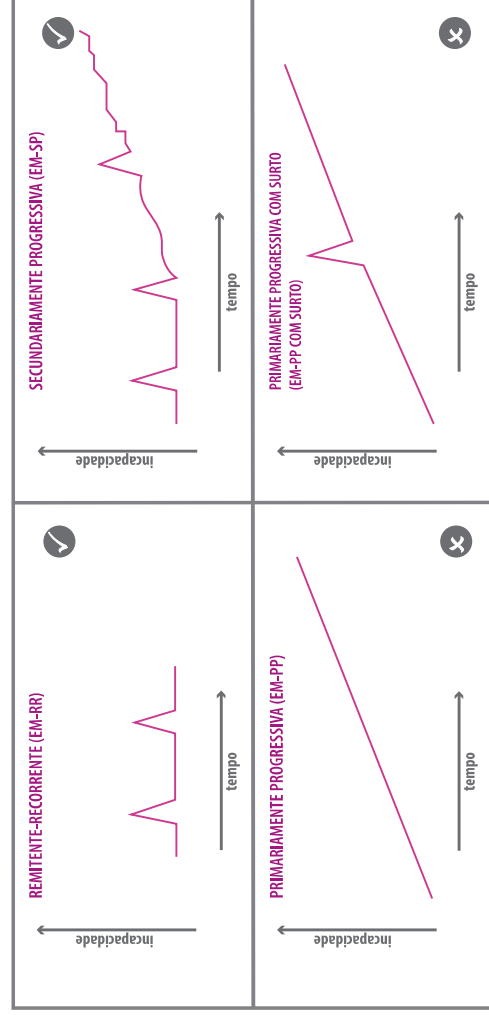
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Em 1996 um comitê Consultivo da Sociedade de Esclerose Múltipla Norte-Americana sugeriu a definição de quatro formas de evolução clínica:

- ◆ Remitente-recorrente (EM-RR)
- ◆ Primariamente progressiva (EM-PP)
- ◆ Primariamente progressiva com surto (EM-PP com surto)
- ◆ Secundariamente progressiva (EM-SP)

Lublin et al. (2014) revisaram os cursos clínicos e descreveram dois outros: Síndrome Radiológica Isolada (RIS) e Síndrome Clinicamente Isolada (CIS). Estes cursos clínicos não são considerados no vigente PCDT da esclerose múltipla.

A forma mais comum é a EM-RR, representando 85% de todos os casos no início de sua apresentação. A forma EM-SP é uma evolução natural da forma EM-RR em 50% dos casos após 10 anos do diagnóstico. As formas EM-PP e EM-PP com surto perfazem 10%-15% de todos os casos.



É muito importante que o **Formulário de Informações Complementares para Esclerose Múltipla seja completamente preenchido** de acordo com a evolução da doença e outras informações importantes. O formulário vai fornecer ao profissional analista do processo informações importantes para a inclusão e consequente deferimento de tratamento ao paciente.

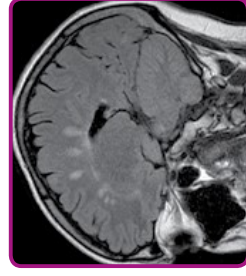
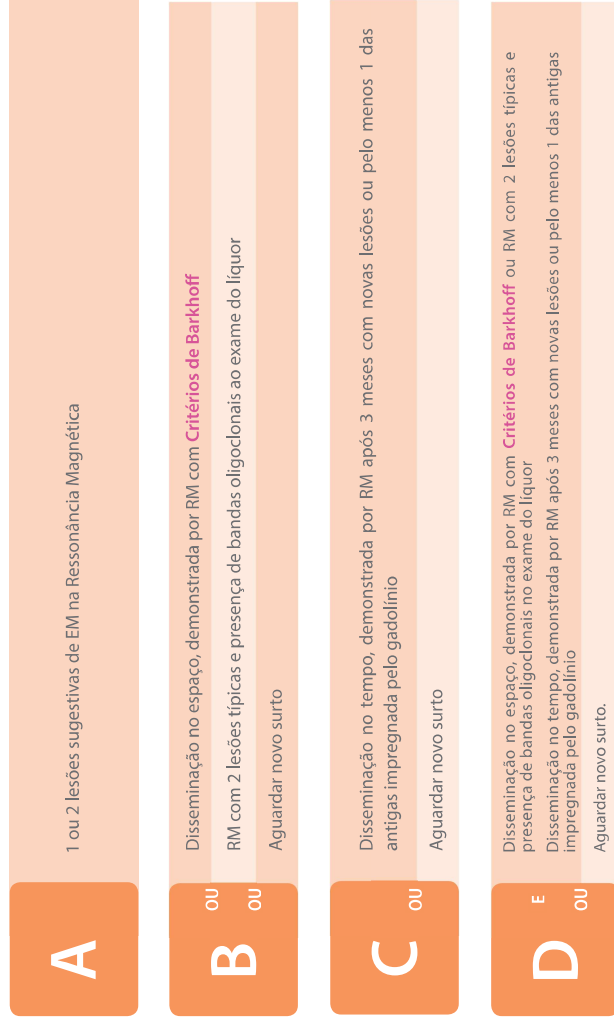
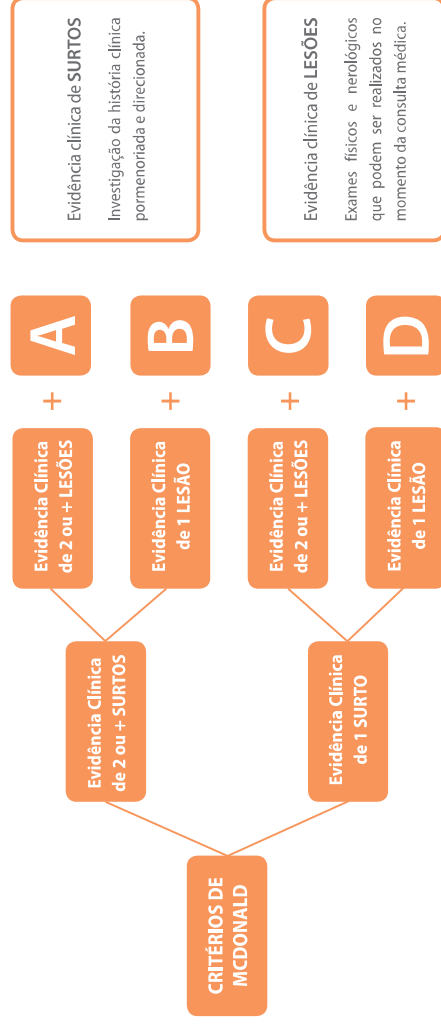
DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DA DOENÇA

A definição diagnóstica da esclerose múltipla é complexa, uma vez que **não existe marcador ou teste diagnóstico específico**. Exames radiológicos e laboratoriais podem em conjunto às evidências clínicas, serem essenciais para compor o diagnóstico. Exame de ressonância magnética (RM) do encéfalo demonstrará lesões características de desmielinização sendo o principal exame de imagem empregado.

O aumento da **permeabilidade vascular por ruptura da barreira hematoencefálica** é detectado por extravasamento de **gadolínio** intravenoso para dentro do parênquima, o qual contribui para evidenciar o número, a **localização e o formato das lesões**.

Durante o diagnóstico é **essencial excluir outras doenças de apresentação semelhante à Esclerose Múltipla**. Nesse sentido exames laboratoriais, tais como exames de anti-HIV, VDRL e dosagem sérica de vitamina B12, podem ser utilizados como diagnóstico diferencial de doenças que apresentam quadros radiológicos semelhantes aos da Esclerose Múltipla.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS



Críticos de Barkhoff

- PRESENÇA DE PELO MENOS 3 DAS 4 CARACTERÍSTICAS**
- ◆ pelo menos 1 lesão impregnada pelo gadolínio ou pelo menos 9 lesões supratentoriais em T2
 - ◆ pelo menos 3 lesões periventriculares
 - ◆ pelo menos 1 lesão justacortical
 - ◆ pelo menos 1 lesão infratentorial

Existem outros critérios diagnósticos que não foram considerados no vigente PCDT da esclerose múltipla, tais como os Critérios de McDonald (2010) e Critérios de Swanton (2016).