



CARTA DE APOIO DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NEUROPATIAS PERIFÉRICAS DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA À SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA CONTRA A IMPLANTAÇÃO DO ESQUEMA ÚNICO DE 6 DOSES (MDT-U) PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM HANSENÍASE NO BRASIL.

A neuropatia hansênica é a neuropatia periférica de etiologia infecciosa mais comum em todo o mundo, constituindo-se em um problema de saúde pública em muitos países. Além disso, trata-se de uma doença com elevado potencial incapacitante, com forte efeito de discriminação tanto social quanto funcional, sobretudo em decorrência das lesões e sequelas neurais deformantes e incapacitantes que provoca nos pacientes

O Brasil registra cerca de 30 mil novos casos de hanseníase a cada ano, sendo responsável por mais de 90% dos casos das Américas. A altíssima incidência de casos com graves incapacidades neurais no momento do diagnóstico e a notificação de novos casos em crianças comprovam a demora no diagnóstico da doença, a persistência da transmissão ativa e o despreparo no reconhecimento das implicações dessa micobacteriose, evidenciando o controle epidemiológico ineficiente da hanseníase no país.

Compreendendo a necessidade de um maior compromisso do Departamento Científico de Neuropatias Periféricas da Academia Brasileira de Neurologia (DCNP - ABN) com o correto diagnóstico e tratamento da doença, chamamos a atenção de autoridades e da sociedade civil para estes problemas: 1)Faltam profissionais qualificados para diagnosticar a doença; 2)Precária formação em hanseníase nas universidades e residências médicas,;3)Necessidade de capacitação para equipes de serviços de referência e 4)Estratégia mais contundente nos programas de saúde da família.

O DCNP – ABN, através da presente manifestação, visa reforçar o compromisso da especialidade com a erradicação da doença no Brasil, pois a hansenologia constitui uma área de atuação da Neurologia e tem dentro do nosso departamento científico um capítulo de destaque e constante preocupação no seguimento destes pacientes.

Em reunião no dia 18 de abril de 2018 no Ministério da Saúde (MS), o Comitê Técnico Assessor (CTA) de hanseníase foi informado que seria implantado no Brasil um esquema único de tratamento para pacientes de hanseníase. Entretanto, em concordância com a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH), consideramos que não há pesquisas científicas que comprovem a eficácia do esquema MDT-U. Além disso, ressaltamos que nenhum outro país adotou o MDT-U.

A decisão do MS preocupa os neurologistas com experiência na área, já que o reconhecimento do comprometimento neural, sobretudo na forma clínica neural primária ainda representa um grande desafio digno de consideração na prática clínica. O atraso no diagnóstico é quase certamente devida à falta de ferramentas diagnósticas disponíveis, corroborando para um subdiagnóstico. É importante destacar que quanto maior o tempo de evolução da doença (atraso diagnóstico), maior será a gravidade dos sintomas neurológicos e a quantidade de nervos comprometidos com acentuação das incapacidades. Tais dados são bem documentados em publicações científicas de reconhecimento internacional, desenvolvidas por investigadores na área com a notável contribuição de brasileiros que descrevem casos de hanseníase neural com evolução arrastada e comprometimento neural grave e incapacitante (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Uma das preocupações relativas à nova proposta terapêutica do MS é a literatura que a fundamenta. Na referida literatura não foram incluídas investigações com base em métodos diagnósticos utilizados para o reconhecimento do comprometimento neural, tais como eletroneuromiografia (ENMG). A avaliação eletroneuromiográfica é de importância ímpar para o diagnóstico de neuropatia hanseniana, pois possibilita o reconhecimento de lesão subclínica da disfunção neural.

Na informação do MS ao CTA não houve qualquer ênfase em relação ao comprometimento neural. Como propor um esquema de tratamento mais curto

para uma doença primariamente neural, quando não se abordou tal comprometimento devidamente? Seria seguro? Os pacientes que participaram da investigação a embasar a proposta do MS, que fizeram uso do esquema terapêutico ora adotado não apresentavam comprometimento neural em atividade no momento da alta? O comprometimento neural não deveria ser uma prioridade e cuidadosamente avaliado na proposta de novos esquemas “eficazes” no tratamento da hanseníase? Considerando-se a gravidade da neuropatia hansênica e a relevância social de uma mudança como ora proposta, é fundamental respondermos previamente esses questionamentos. A mudança de esquema terapêutico afetará definitivamente o tratamento e o futuro de milhares de pacientes.

A ausência de dados histopatológicos, sorológicos e moleculares, além de uma avaliação neurofisiológica, no estudo a embasar a proposta faz com que a interpretação dos resultados seja insuficiente. Tais ferramentas são essenciais para controle da cura e definição de critérios de alta, além de contribuírem com o diagnóstico do comprometimento neural na doença, que pode ocorrer antes, durante ou mesmo após o tratamento. Estudos prévios reforçam a necessidade da utilização desses métodos complementares para a confirmação do comprometimento neural na hanseníase (7, 8) O tempo de observação, no trabalho científico referenciado pelo MS, de 5 anos, é restrito, vez que o período mínimo de seguimento e avaliação de recidivas em hanseníase deveria ser de 10 anos.

Em trabalho recentemente publicado na *PLOs Neglected Tropical Diseases*, além de uma caracterização clínica da neuropatia hansênica, enfatiza-se a extrema relevância de adicionarmos novas ferramentas diagnósticas na prática clínica, que contribui para o diagnóstico precoce e maior precisão diagnóstica. Há dificuldade na caracterização e classificação operacional dos casos primariamente neurais na prática clínica (existem casos de mononeuropatia com elevada carga bacilar) , para os quais os critérios atualmente utilizados pelo Ministério da saúde não se mostram suficientes para uma decisão sobre o tratamento mais adequado. A referida publicação propõe que todos os casos de hanseníase neural sejam submetidos ao mesmo tratamento utilizado na hanseníase multibacilar,

objetivando-se uma maior garantia de eficácia e redução das incapacidades neurais.

Com base nos aspectos discutidos nos parágrafos anteriores e em concordância com quatro dos seis centros de referência nacional no tratamento da hanseníase, com a SBH e com a Organização Mundial de Saúde (OMS), de cujas diretrizes terapêuticas para o tratamento da hanseníase em todos os países, o MS se afasta ao propor o esquema único de tratamento, reforçamos a nossa posição **contrária** a nova proposta de esquema terapêutico (MDT-U) da hanseníase.

Assim , concluímos :

- 1) Nosso total apoio ao posicionamento da SBH e questionamos os critérios utilizados na mudança do esquema atual do tratamento para hanseníase.

- 2) Ressaltamos ainda os seguintes pontos pertinentes a Neurologia dentro do diagnóstico , tratamento e prevenção de incapacidades na hanseníase:
 - Existe subdiagnóstico do comprometimento neural na hanseníase, inclusive na forma neural primária.
 - Os métodos diagnósticos complementares atualmente disponíveis na maioria dos centros são escassos e não contribuem com o diagnóstico precoce.
 - Existem casos de recidiva de hanseníase sob a forma neural. O tempo proposto de acompanhamento dos pacientes no trabalho que fundamenta a mudança do esquema terapêutico é insuficiente e desconsidera tal possibilidade.
 - Há casos de resistência medicamentosa primária. Estes pacientes recebem alta e podem permanecer por vários anos sendo tratados como “estados reacionais”, evoluindo com piora da sequela neural, quando na verdade nunca foram curados.
 - Consideramos essencial a presença do neurologista como parte da equipe multidisciplinar de atendimento da hanseníase , também nas complicações neurológicas dos pacientes multibacilares, oligossintomáticos na sua maioria no início do tratamento e que não desenvolvem neurite aguda, mas um comprometimento neurológico silenciosamente progressivo com incapacidades permanentes. Cabe ao

neurologista o diagnóstico diferencial entre neurite aguda e dor neuropática , pois estas entidades se apresentam de forma isolada e em sobreposição na hanseníase e podem ter tratamentos e desfechos diferentes.

O compromisso do Departamento Científico da Academia Brasileira de Neurologia é estimular que nossos especialistas e os residentes em formação se atentem para esta causa. Nossa maior preocupação neste momento, é que esta mudança de esquema terapêutico implique em tratamento inadequado de uma neuropatia devastadora e incapacitante.

Considerando a relevância da atuação da Neurologia na luta contra a hanseníase, é necessário virar a página da "lepra bíblica" e trabalhar com a Hanseníase do século XXI. A luta não é tão simples como parece, já que o *Mycobacterium leprae* é um bacilo virulento, sobretudo porque afeta nervos periféricos e pode ser devastador para o paciente, levando a deficiências, deformidades irreparáveis e estigmas sociais.

Atenciosamente .

Membros do DCNP- ABN

Coordenação do DCNP – ABN

Autor :Dr Diogo Fernandes dos Santos

Dr Francisco de Assis A. Gondim

Revisores:

Dr Francisco Telechea Rotta

Dr Amilton Antunes Barreira

Dra Raquel Campos Pereira

Dr José Antônio Garbino

Dra Márcia Maria Jardim Rodrigues

Dr Marcos Raimundo Gomes de Freiras

Dr Wilson Marques Jr

Referências:

1. JARDIM, M. R. et al. Criteria for diagnosis of pure neural leprosy. *J. Neurol.*, Berlin, v. 250, p. 806-809, 2003.
2. JARDIM, M. R. et al. Clinical, electroneuromyographic and morphological studies of pure neural leprosy in a Brazilian referral centre. *Lepr Rev*, v. 75, p. 242-53, 2004.
3. DE FREITAS, MRG and Said G. Leprous neuropathy. *Handbook of Clinical Neurology* 2013, Vol. 115, 499-514.
4. DOS SANTOS, ACJ. Diagnóstico da hanseníase com base nas características da neuropatia hansênica. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto. 2015.
5. TOMASELLI, P.J. Hanseníase forma neural pura: aspectos clínicos e eletroneuromiográficos dos pacientes avaliados no serviço de doenças neuromusculares do HCRP da USP no período de março de 2001 a março de 2013. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto. 2014.
6. GARBINO, J.A. et al. Hanseníase Neural Primária. Projeto Diretrizes, p. 1-26, 2011.
7. GARBINO, J.A. et al. Primary neural leprosy: systematic review. *Arq Neuropsiquiatr*, p.397-404, 2013.
8. JARDIM, M. R.; ANTUNES, S. L.; SIMONS, B. Role of PGL-1 antibody detection in the diagnosis of pure neural leprosy. *Lepr Rev*, n. 76, p. 232-40, 2005.
9. CUNHA, F.M.B et al. Pure neural leprosy: Diagnostic value of the polymerase chain reaction. *Muscle & Nerve*, v. 33, n. 3, p.409-414, 2006. 10. SANTOS, D.F.D. et al. Revisiting primary neural leprosy: Clinical, serological, molecular, and neurophysiological aspects. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017 Nov 27;11(11):e0006086.