



Efetividade e segurança da terapia biológica para artrite psoriásica: um estudo observacional

PD-27

SILVA, M.R.R.¹; SANTOS, J.B.R.²; KAKEHASI, A.M.³; ALMEIDA, A.M.⁴; PIMENTA P.R.K.⁵; ALVARES-TEODORO J.⁴; ACURCIO, F.A.^{3,4}

¹Docente do Departamento de Farmácia e Nutrição da UFES, ²Pesquisadora do Grupo de Avaliação, Tecnologia e Economia em Saúde da UFES, ³Docente da Faculdade de Medicina da UFMG, ⁴Docente do Departamento de Farmácia Social da UFMG, ⁵Discente do Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da UFMG.

INTRODUÇÃO

A artrite psoriática (PsA) é uma doença inflamatória crônica associada à psoríase que afeta múltiplas articulações. O seu tratamento é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

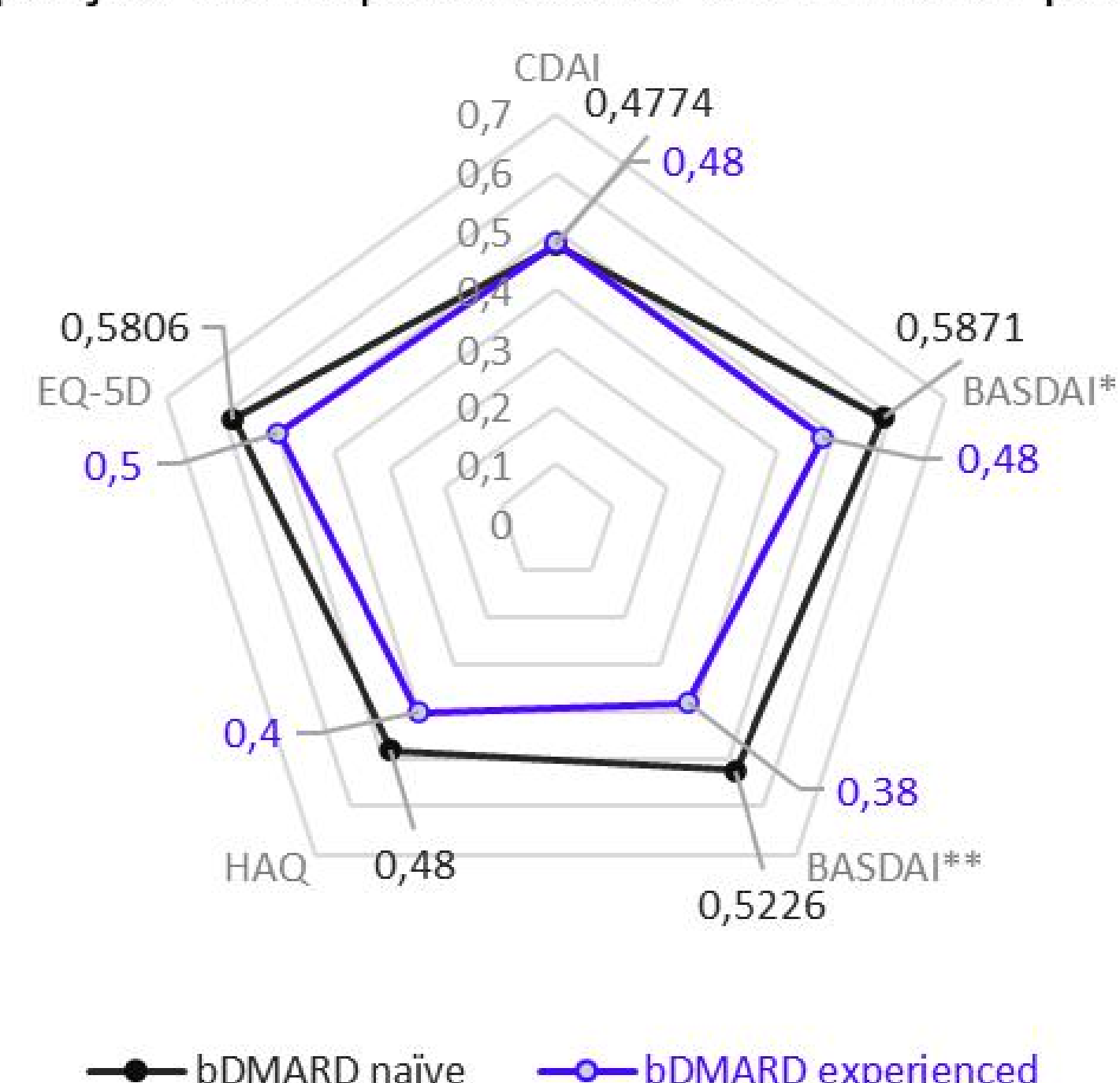
METODOLOGIA

Coorte prospectiva para avaliar a efetividade, funcionalidade, qualidade de vida e segurança, de janeiro de 2012 a julho de 2019, em um centro único na cidade de Belo Horizonte. Foram incluídos pacientes com PsA virgens e experientes em terapia biológica, que iniciaram tratamento com adalimumabe, etanercepte ou infliximabe (inibidores do fator de necrose tumoral; anti-TNF), os quais foram acompanhados por um ano. Boa resposta clínica (GCR) foi definida como remissão ou baixa atividade da doença pelo CDAI, indicada como $CDAI \leq 10$, e uma redução no BASDAI ≥ 2 pontos ou 50%. Diferença clínica minimamente importante (MCID) foi definida como uma melhora na qualidade de vida $\geq 0,05$ pelo EQ-5D e uma redução $\geq 0,35$ na funcionalidade pelo HAQ. GCR e MCID foram definidos como a proporção da resposta clínica. As diferenças nas medidas clínicas contínuas entre a linha de base e 6 meses e a linha de base e 12 meses foram avaliadas pelo teste-T pareado. O teste T para amostras independentes foi utilizado para comparar variáveis contínuas entre pacientes virgens e experientes. O teste de χ^2 de Pearson foi usado para comparar a proporção de pacientes que obtiveram resposta clínica (GCR e MCID) para pacientes virgens e experientes. Regressão linear foi utilizada para identificar os fatores preditivos para a resposta clínica aos 12 meses.

RESULTADOS

205 pacientes foram avaliados, sendo 155 virgens e 55 experientes em terapia biológica. Todas as medidas clínicas apresentaram melhora significativa para pacientes virgens e experientes ($p < 0,05$), com tendência para melhor resposta em pacientes virgens. A proporção de pacientes virgens e experientes que atingiram resposta clínica no CDAI foi de 49% e 44%, no BASDAI de 59% e 38%, no HAQ de 48% e 42%, e no EQ-5D de 63% e 52%, respectivamente (Figura 1). Os principais preditores de pior resposta clínica (efetividade pelo BASDAI e CDAI, funcionalidade e qualidade de vida) em pacientes virgens foram sexo feminino, uso de etanercepte ou de infliximabe, e pior funcionalidade ou qualidade de vida na linha de base. Em pacientes experientes, os principais preditores permaneceram os mesmos, com exceção do sexo feminino. As principais reações adversas foram alopecia, dor de cabeça, reação no local da aplicação, gripe, sinusite e infecções.

A - Proporção de resposta clínica em 6 meses por grupo



B - Proporção de resposta clínica em 12 meses por grupo

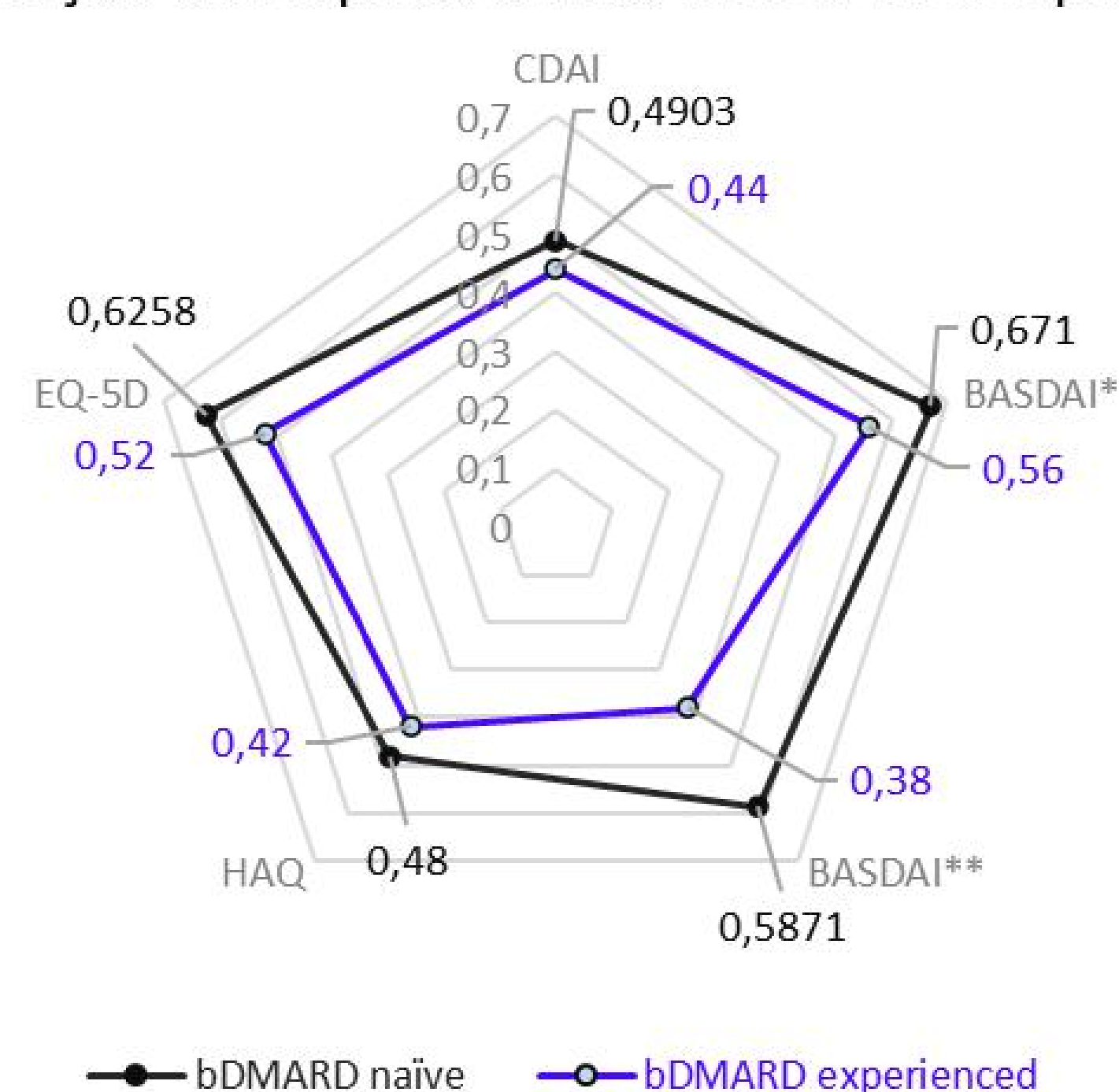


Figura 1: Proporção de resposta clínica por desfecho e grupo de pacientes. BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; CDAI: Clinical Disease Activity Index; EQ-5D: European Quality of Life 5 Dimensions; HAQ: Health Assessment Questionnaire.

BASDAI* = BASDAI < 4 ; BASDAI** = redução de 2 pontos ou 50% no BASDAI;

bDMARD naïve = virgens de tratamento com MMCDb;

bDMARD experienced = experientes em MMCDb

DISCUSSÃO

Uma tendência para a maior descontinuação do acompanhamento e menor efetividade foi observada em pacientes experientes do que em pacientes virgens de terapia biológica. Estudos relataram que pacientes experientes apresentam menor probabilidade de atingir efetividade clínica e maiores taxas de descontinuação do que pacientes virgens. A falta de efetividade e as reações adversas foram os principais motivos da perda de seguimento, o que é descrito por outros estudos [1,2].

CONCLUSÃO

A terapia biológica foi efetiva e segura com tendência para uma melhor resposta em pacientes virgens de tratamento biológico. Após falha com o primeiro antiTNF, pode-se priorizar a escolha de um segundo medicamento que apresente diferente mecanismo de ação, tendo em vista a tendência a menor resposta clínica em pacientes que fizeram uso prévio de anti-TNF.

REFERÊNCIAS

- Aaltonen K, Heinonen A, Joensuu J et al. Effectiveness and drug survival of TNF-inhibitors in the treatment of psoriatic arthritis: a prospective cohort study. *Semin. Arthritis Rheum.* 46(6), 732–739 (2017).
- Glintborg B, Østergaard M, Dreyer L et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 764 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor α therapy: results from the nationwide Danish DANBIO registry. *Arthritis Rheum.* 63(2),382–390 (2011).