

Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico inicial incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar

Influence of the evolution time previous to diagnosis in disabilities present at the initial examination in patients with multibacillary leprosy

Maria Inês Fernandes Pimentel¹

José Augusto da Costa Nery²

Esther Borges³

Rosângela Rolo Gonçalves⁴

Euzenir Nunes Samo⁵

RESUMO

Objetivando determinar a influência do período de evolução prévio ao diagnóstico na presença de incapacidades detectadas no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar, 100 pacientes (18% BB; 47% BL; e 35% LL) foram perguntados, na anamnese, sobre o período de sintomas/sinais da enfermidade anteriormente ao primeiro exame. Mais de 2/3 do pacientes (71%) tiveram o diagnóstico em um período de tempo superior a 6 meses de duração da enfermidade (55% em período superior a 1 ano de evolução). Os pacientes foram avaliados em relação a incapacidades físicas no momento do diagnóstico através do grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT). Quanto às incapacidades presentes no diagnóstico, 44% apresentavam GIAT = 0; 33% apresentavam GIAT = 1;

22% apresentavam GIAT = 2; e 1% apresentava GIAT = 3. O período de evolução previamente ao diagnóstico foi correlacionado com o GIAT (coeficiente de correlação = 0,243440135), e a análise de variação pelo teste de Kruskal-Wallis resultou em $p = 0,012606$; foi estatisticamente significativo mesmo quando o tempo de evolução prévio foi agrupado em < 6 meses e maior que 6 meses ($p = 0,012613$), e quando agrupado de 12 em 12 meses ($p = 0,019428$). Pacientes com maiores tempos de evolução antes do diagnóstico apresentaram maiores graus de incapacidade antes do tratamento. Estes dados demonstram a importância do diagnóstico precoce na prevenção de incapacidades relacionadas à hanseníase.

Descritores: Hanseníase multibacilar, grau de incapacidade, retardo no diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A principal característica da hanseníase é o acometimento neural (REDDY et al., 1984; PEARSON, 1982) que afeta todas as formas da moléstia, desde os filamentos nervosos cutâneos nas lesões de hanseníase indeterminada até o acometimento de troncos nervosos, que pode ocorrer em qualquer das formas do espectro, pauci ou multibacilares. O comprometimento de troncos nervosos está claramente relacionado ao estabelecimento de incapacidades físicas (PIMENTEL, 1998; RICHARDUS et al., 1996), responsáveis pelo estigma de moléstia deformante (RAO

¹ Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professora Titular de Dermatologia na Escola de Ciências Médicas da Uni-FOA, Volta Redonda, RJ.

² Mestre em Dermatologia pela Universidade Federal Fluminense, Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; médico da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

³ Fisioterapeuta da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

⁴ Terapeuta ocupacional da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

⁵ Vice-Presidente de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

et al., 1994; SRINIVASAN, 1990; SIINIVASAN, 1994). Para o leigo, a hanseníase significa deformidade (SRINIVASAN, 1990).

A lesão nervosa com menos que seis meses de evolução é considerada recente (RICHARDUS et al., 1996), o que tem implicações para o prognóstico: o dano neural precoce pode ser revertido sob corticoterapia em muitos casos, sendo as lesões nervosas de mais de seis meses de evolução consideradas de difícil reversão (SAUNDERSON, 2000). O maior tempo de evolução da enfermidade resulta em lesão neural mais intensa e mais extensa (JOB, 1989). A detecção precoce da hanseníase, por si só, poderia prevenir incapacidades em larga proporção de pacientes (RICHARDUS et al., 1996). Há uma concordância generalizada de que o diagnóstico precoce é importante na prevenção do desenvolvimento de incapacidades (BEKRI et al., 1998; LOCKWOOD et al., 2001; MEIMA et al., 1999; MEKLAFI et al., 1996; RICI-IARDUS et al., 1996; ROBERTSON et al., 2000; WITTEN IORST et al., 1998; WU et al., 2000).

As tentativas de sistematizar o estudo das incapacidades geradas pela hanseníase levaram ao desenvolvimento de um formulário para anotações das incapacidades em cada paciente, considerando graus de incapacidade em ordem crescente de gravidade, segundo o acometimento de mãos, pés e olhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Grau de incapacidade zero corresponde à ausência de incapacidades devido à hanseníase, e os graus 1, 2 e 3 decorrem de alterações sensitivas e/ou motoras de gravidade crescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

O presente estudo objetivou correlacionar o tempo de evolução dos sinais e sintomas da hanseníase antes do diagnóstico da enfermidade, conforme relatado pelos pacientes na anamnese inicial, com a presença de incapacidades físicas detectadas no momento do diagnóstico através do cálculo do grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT).

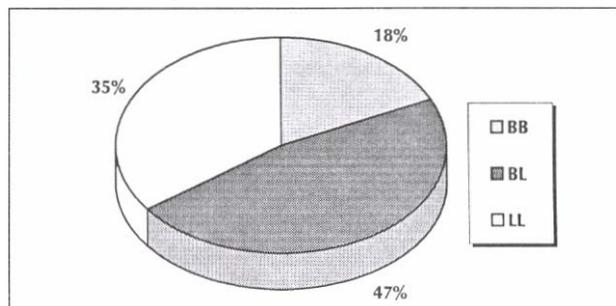
MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 100 pacientes portadores de formas multibacilares de hanseníase, conforme a classificação de Ridley e Jopling, 1966, apresentando os seguintes percentuais para cada forma: 18% BB, 47% BL e 35% LL (gráfico 1), seqüencialmente admitidos para tratamento com poliquimioterapia para multibacilares (PQI-MB) no Ambulatório Souza Araújo, do Laboratório de Hanseníase da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, entre Janeiro de 1990 e Dezembro de 1991. Todos os pacientes receberam informações claras e precisas sobre esse estudo e seus objetivos e aquiesceram em participar do mesmo. Todos assinaram termo de consentimento para participar de pesquisas na referida instituição.

Os critérios de exclusão foram os tratamentos prévios para hanseníase; formas exclusivamente neurais e ausência de dados, na anamnese, relacionados ao período, anterior ao diagnóstico, em que se manifestaram sinais e sintomas.

Os dados foram colhidos da anamnese inicial, feita na instituição, no momento do diagnóstico, em relação ao

Gráfico 1 - Tempo de evolução da enfermidade antes do diagnóstico.



tempo previamente ao diagnóstico em que se manifestaram sinais ou sintomas da enfermidade.

O grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT) foi determinado no momento do diagnóstico. Foi utilizado o teste de sensibilidade de Semmes-Weinstein e o teste dos músculos voluntários (VMT), bem como o teste do fio dental para avaliação da sensibilidade ocular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Os resultados obtidos foram anotados em formulário apropriado para esta finalidade. Vide na figura 1 o formulário utilizado na época do estudo; o grau de incapacidade corresponde ao maior valor atribuído em qualquer das colunas do formulário.

O tempo de evolução prévio ao diagnóstico foi correlacionado com o grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT), sendo calculado o coeficiente de correlação entre as duas variáveis. Foi utilizado ainda o teste de análise de variação de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

O tempo de evolução da enfermidade previamente ao diagnóstico foi de até 6 meses em 29% dos pacientes, e superior a 6 meses em 71% dos pacientes (vide gráfico 2). Cinquenta e cinco por cento dos pacientes tiveram o diagnóstico feito mais de um ano após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da enfermidade.

O grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT) foi de zero (sem incapacidades relacionadas à hanseníase) em 44% dos pacientes, de 1 em 33% dos pacientes, de 2 em 22% dos pacientes, e de 3 em 1% dos pacientes (vide gráfico 3).

Figura 1 - Formulário para registro do grau de incapacidade. Fonte: Guia para Controle da Hanseníase. Ministério da Saúde. Brasília. 1994. pág. 100.

HANSENÍASE
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Unidade Federada: _____ Município: _____

Nome: _____ Sexo: ___ Idade: ___ Forma Clínica: _____ Nºda Ficha: _____

GRAUS	MÃO			PÉ			OLHO		
	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D
0	Nenhum problema com as mãos devido a hanseníase			Nenhum problema com os pés devido a hanseníase			Nenhum problema com os olhos devido a hanseníase		
1	Anestesia			Anestesia			Sensibilidade corneana diminuída ou ausente		
2	Úlceras e lesões traumáticas			Úlceras tróficas			Lagoftalmo e/ou ectrópio		
	Garra móvel da mão Reabsorção discreta			Garra dos artelhos Pé caído Reabsorção discreta			Triquiase Opacidade corneana		
3	Mão caída			Contratura			Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros		
	Articulações anquilosadas			Reabsorção intensa					
	Reabsorção intensa								
(*)Soma									
Maior grau atribuído									

(*) A ser preenchido no órgão central

(*) Índice

Data do exame _____

PARALISIA FACIAL

COMPROMETIMENTO DA LARINGE SIM NÃO

DESABAMENTO DO NARIZ SIM NÃO

SIM NÃO

Gráfico 2 - Tempo de evolução da enfermidade antes do diagnóstico.

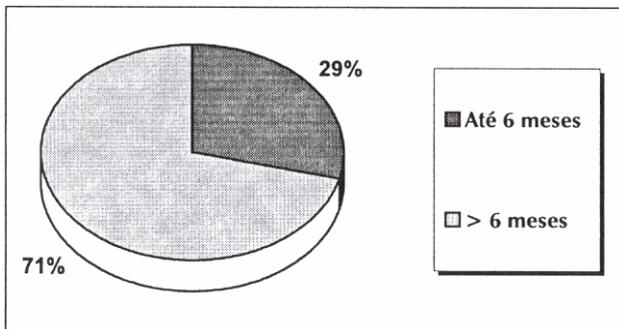
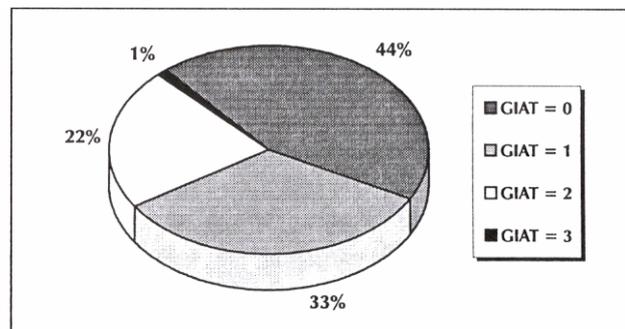


Gráfico 3 - Grau de Incapacidade Antes do Tratamento (GIAT) em 100 pacientes multibacilares.



Correlacionando-se o tempo de evolução decorrido antes do diagnóstico e o grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT), obtivemos um coeficiente de correlação de 0,243440135. Observamos que maiores tempos de evolução correspondiam a maiores GIAT, ou seja, mais incapacidades físicas ($p = 0,012606$) (vide gráfico 4). Quando o tempo de evolução foi agrupado de 12 em 12 meses, o GIAT foi significativamente maior nos

pacientes com evolução superior a 12 meses ($p = 0,019428$) (vide gráfico 5). Agrupando o tempo de evolução em "1 a 6 meses" e "mais que 6 meses", obtivemos também significância estatística ($p = 0,012613$), com maiores graus de incapacidade antes do tratamento nos pacientes com maiores tempos de evolução prévios (vide gráfico 6).

Gráfico 4 - Correlação entre o tempo de evolução prévio ao diagnóstico e grau de incapacidade antes do tratamento - GIAT ($p=0,012606$; coeficiente de correlação $r = 0,243440135$).

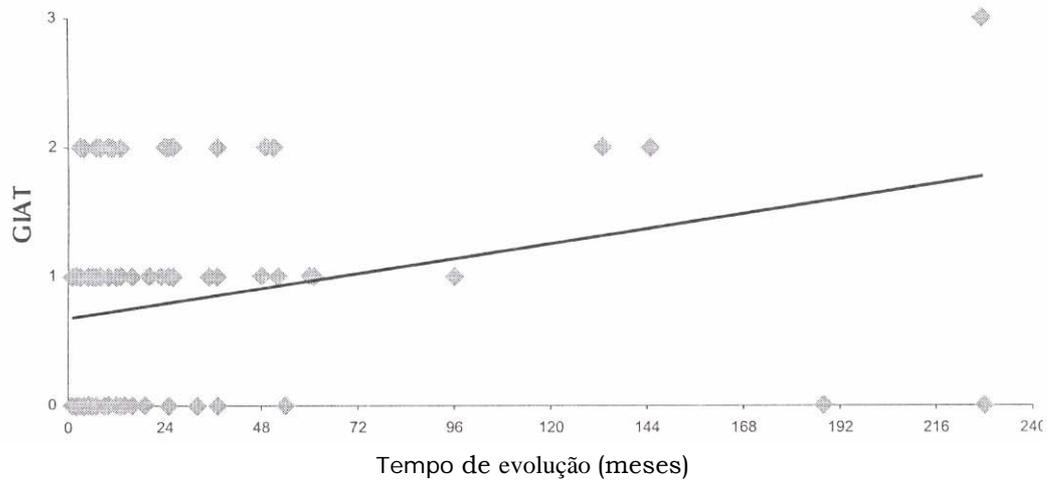


Gráfico 5 - Tempo de evolução prévio ao diagnóstico e grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT).

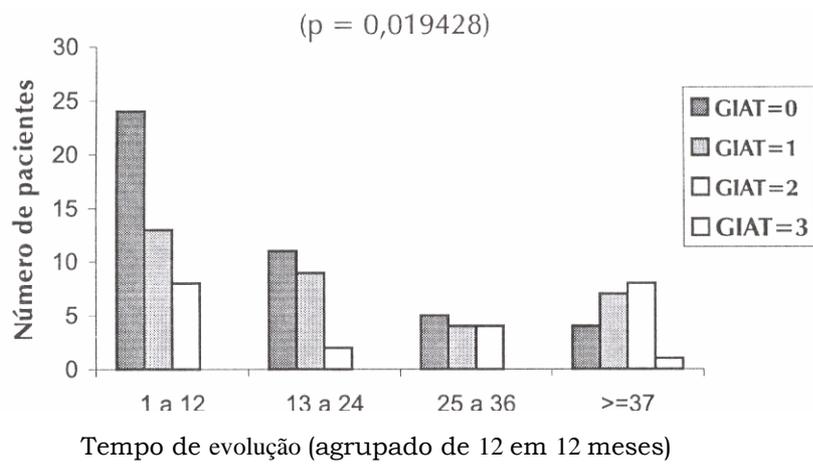
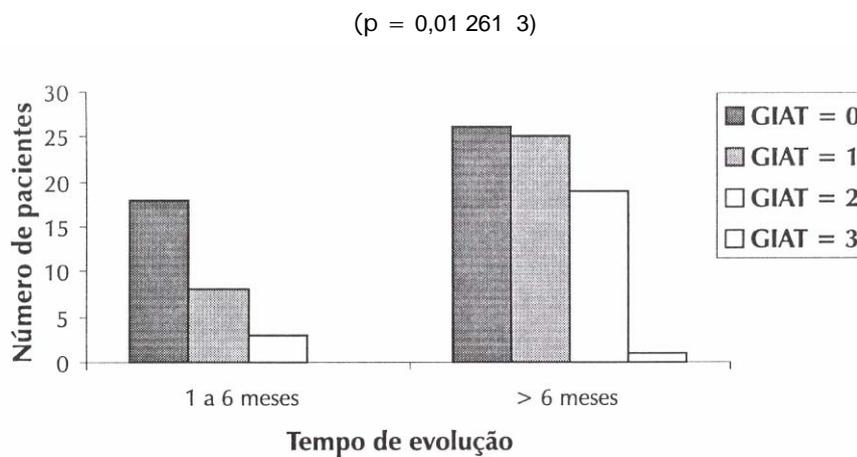


Gráfico 6 - Tempo de evolução antes do diagnóstico e grau de incapacidade antes do tratamento (GIAT).



DISCUSSÃO

Vários estudos demonstram que os pacientes portadores de formas multibacilares de hanseníase apresentam risco maior de desenvolverem incapacidades físicas, quando comparados aos pacientes paucibacilares (CROFT et al., 1999; PONNIGHAUS et al., 1990; REDDY et al., 1984; RICHARDUS et al., 1996; WITTENHORST et al.). A presença de incapacidades no momento do diagnóstico configura dado de pior prognóstico para a ocorrência de incapacidades após o término da poliquimioterapia (SAUNDERSON, 2000), particularmente nos pacientes multibacilares (RICHARDUS et al., 1996). Diversos estudos epidemiológicos apontam entre 20 e 64% de pacientes multibacilares com incapacidades físicas detectadas no momento do diagnóstico (CROFT et al., 1999; PONNIGHAUS et al., 1990; REDDY et al., 1984; RICHARDUS et al., 1996; SMITH et al., 1980), o que varia com a população estudada e com diversos fatores, inclusive se os casos se apresentam por demanda espontânea ou por busca ativa (PONNIGHAUS et al., 1990). No presente estudo, observamos que 56% dos pacientes multibacilares apresentavam alguma incapacidade física no momento do diagnóstico, o que é, no mínimo, preocupante. Cumpre salientar que os casos atendidos no Ambulatório Souza Araújo se apresentam por demanda espontânea, referência a partir de outros serviços de saúde ou por exames de contactantes de pacientes com hanseníase.

O retardo no diagnóstico da enfermidade é comprovadamente um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de incapacidades físicas (BEKRI et al., 1998; CHEN et al., 2000; MEIMA et al., 1999; PONNIGHAUS et al., 1990; SAUNDERSON, 2000; WITTENHORST et al., 1998; WU et al., 2000). Este atraso pode ocorrer compreensivelmente em áreas do mundo com baixa prevalência de hanseníase, devido ao pouco conhecimento dos médicos sobre a enfermidade, cujos sinais e sintomas são erroneamente diagnosticados como indicadores de outras doenças dermatológicas, neurológicas ou reumatológicas (LOCKWOOD et al., 2001; NATIONS et al., 1998; OOI et al., 2001; SADEGHI et al., 2000). Entretanto, a demora no diagnóstico ocorre também em regiões de média e alta prevalência de hanseníase (CHEN et al., 2000), por questões como dificuldade de acesso a serviços de saúde ou outros fatores.

Observamos em nosso estudo que 55% dos pacientes levaram mais que 12 meses evoluindo com sinais/sintomas de hanseníase, sem que tenha sido realizado o diagnóstico; 71% evoluíram com a doença por mais de 6 meses sem diagnóstico. O retardo no

diagnóstico influenciou significativamente a ocorrência de incapacidades no exame inicial, tanto considerando um retardo de mais de 12 meses ($p = 0,019428$), quanto considerando um retardo superior a 6 meses ($p = 0,012613$), com maiores graus de incapacidade antes do tratamento nos pacientes com maiores tempos de evolução da enfermidade previamente ao diagnóstico (gráficos 4, 5 e 6).

Nunca é demais enfatizar a importância do diagnóstico precoce e pronta instituição da poliquimioterapia. Somente isso poderia prevenir as incapacidades em mais de 30% dos pacientes (RICHARDUS et al., 1996), com o maior impacto na prevenção de incapacidades (BEKRI et al., 1998; RICHARDUS et al., 1996). O tratamento medicamentoso e acompanhamento subsequente demonstram uma influência favorável nas incapacidades físicas apresentadas pelos pacientes, com diminuição do número de pacientes com incapacidades após o tratamento, em comparação com o encontrado no exame inicial (PIMENTEL, 1998).

SUMMARY

Aiming to determine the influence of the evolution period prior to diagnosis in the prevalence of disabilities detected at the initial examination of multibacillary leprosy patients, one hundred patients (18% BB; 47% BL; and 35% LL) were asked in anamnesis to ascertain the evolution period of the disease before the diagnosis was made. More than 2/3 of the patients (71%) had diagnosis in a time period of over 6 months of disease evolution (55% in a time period of over 12 months of disease evolution). The patients were evaluated in respect to physical disabilities at the time of diagnosis through the disability grade before treatment (DGBT). In relation to the disabilities presented at the initial examination, 44% presented DGBT = 0; 33% presented DGBT = 1; 22% presented DGBT = 2; and 1% presented DGBT = 3. The evolution period prior to diagnosis was correlated with DGBT (correlation coefficient = 0.243440135), and the Kruskal-Wallis one way analysis of variance demonstrated p value = 0.012606. It was statistically significant even when the evolution time prior to diagnosis was grouped in 12-months periods ($p = 0.019428$) and in up to 6 months and above 6 months of disease ($p = 0.012613$). Patients with longer evolution periods before diagnosis presented higher disability grade before treatment, while patients whose diagnosis was made up to 6 months of disease, presented less disabilities. These data show the importance of early diagnosis in the prevention of disabilities related to leprosy.

Uniterms: Multibacillary leprosy, disability grade, delay in diagnosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BEKRI W, GEBRE S., MENGISTE A., SAUNDERSON P. R. e ZEWGE S. Delay in presentation and start of treatment in leprosy patients: a case-control study of disabled and non-disabled patients in three different settings in Ethiopia. **Int J Lepr** 1998, 66 (1): 1-9.
- 2 CHEN X. S., LI W. Z., JIANG C. e YE G. Y. Leprosy in China: delay in the detection of cases. **Ann Trop Med Parasitol** 2000, 94 (2): 181-188.
- 3 CROFT R. P., RICHARDUS J. H., NICHOLLS P. G. e SMITH W. C. Nerve function impairment in leprosy: design, methodology and intake status of a prospective cohort study of 2664 new leprosy cases in Bangladesh (The Bangladesh Acute Nerve Damage Study). **Lepr Rev** 1999, 70 (2): 140 —159.
- 4 GUIA DE CONTROLE DA HANSENÍASE / Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Segunda edição, Brasília, 1994, 156 p.
- 5 JOB C. K. Nerve damage in leprosy. **Int J Lepr** 1989, 57 (2): 532-539.
- 6 LOCKWOOD D. N. e REID A. J. The diagnosis of leprosy is delayed in the United Kingdom. **Q J M** 2001, 94 (4): 207-212.
- 7 MEIMA A., SAUNDERSON P. R., GEBRE S., DESTA K., VAN OORTMARSSSEN G. J. e HABBEMA J. D. Factors associated with impairments in new leprosy patients: the AMFES cohort. **Lepr Rev** 1999, 70 (2): 189-203.
- 8 MEKLAFI G. A e AL-QUBATI Y. Retrospective analysis of 194 leprosy cases in Republic of Yemen. **Indian J Lepr** 1996, 68 (3): 227-234.
- 9 NATIONS S. P, KATZ J. S., LYDE C. B. e BAROHN R. J. Leprous neuropathy: an American perspective. **Semin Neurol** 1998, 18 (1): 113-124.
- 10 OOI W. W. e MOSCHELLA S. L. Update on leprosy in immigrants in the United States: status in the year 2000. **Clin Infect Dis** 2001, 32 (6): 930-937.
- 11 PEARSON J. M. H. The evaluation of nerve damage in leprosy. **Lepr Rev** 1982, 53: 119-130.
- 12 PIMENTEL M. I. F. Neurites na hanseníase: significado de parâmetros clínicos e epidemiológicos na indução e agravamento das incapacidades físicas em pacientes multibacilares. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Novembro de 1998, 99 p.
- 13 PONNIGHAUS I. M., BOERRIGTER G., FINE P. E. M, PONNIGHAUS J. M. e RUSSELL J. Disabilities in leprosy patients ascertained in a total population survey in Karonga District, Northern Malawi. **Lepr Rev** 1990, 61:366-374.
- 14 RAO P S., SUBRAMANIAN M. e SUBRAMANIAN G. Deformity incidence in leprosy patients treated with multidrug therapy. **Indian J Lepr** 1994, 66 (4): 449-415.
- 15 REDDY B. N. e BANSAL R. D. An epidemiological study of leprosy disability in a leprosy endemic rural population of Pondicherry (South India). **Indian J Lepr** 1984, 56 (2): 191-199.
- 16 RICHARDUS J. H., FINLAY K. M., CROFT R. P. e SMITH W. C. S. Nerve function impairment in leprosy at diagnosis and at completion of MDT a retrospective cohort study of 786 patients in Bangladesh. **Lepr Rev** 1996, 67: 297-305.
- 17 RICHARDUS J. H., MEIMA A, CROFT R. P. e HABBEMA J. D. Case detection, gender and disability in Bangladesh: a trend analysis. **Lepr Rev** 1999, 70 (2): 160-173.
- 18 RIDLEY D. S. e JOPLING W. H. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. **Int. Lepr** 1966, 34 (3): 255-272.
- 19 ROBERTSON L. M., NICHOLLS P. G. e BUTLIN R. Delay in presentation and start of treatment in leprosy: experience in an out-patient clinic in Nepal. **Lepr Rev** 2000, 71 (4): 511-516.
- 20 SADEGHI P, DUPREE M. e CARLSON J A Delay in diagnosis: indeterminate leprosy presenting with rheumatic manifestations. **J Cutan Med Surg** 2000, 4 (1): 26-29.
- 21 SAUNDERSON P. The epidemiology of reactions and nerve damage. **Lepr Rev** 2000, 71 (Suppl): 5106-S110.
- 22 SCHIPPER A, LUBBERS W. J. HOGEWEG M. e DE SOLDENHOFF R. Disabilities of hands, feet and eyes in newly diagnosed leprosy patients in eastern Nepal. **Lepr Rev** 1994, 65 (3): 239-247.
- 23 SMITH W. C. S., ANTIN U. S. e PATOLE A R. Disability in leprosy: a relevant measurement of progress in leprosy control. **Lepr Rev** 1980, 51: 155-166.
- 24 SRINIVASAN H. Newer tasks for leprosy workers. **Indian J Lepr** 1990, 62 (4): 409-415.
- 25 SRINIVASAN H. Not by chemotherapy alone. **Indian J Lepr** 1994, 66 (2): 209-221.
- 26 WITTENHORST B., VREE M. L., TEN HAM P. B. e VELEMA J. P. The National Leprosy Control Programme of Zimbabwe: a data analysis, 1983 —1992. **Lepr Rev** 1998, 69 (1): 46 — 56.
- 27 WU X. S., NING Y., SHI L. e YANG J. W. An epidemiological analysis of leprosy from 1951 —1996 in Sichuan. **Indian J Lepr** 2000, 72 (2): 215- 226.