

MINISTÉRIO DA SAÚDE

UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS

PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS
Nº 13, DE 11 DE SETEMBRO DE 2019

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Exame oftalmológico completo, com medida da acuidade visual, avaliação dos reflexos pupilares, biomicroscopia de segmento anterior, tonometria e fundoscopia direta e indireta. O exame deve identificar as alterações oculares compatíveis com uveíte (celularidade no humor aquoso e vítreo; precipitados ceráticos; nódulos e áreas de atrofia iriana; aumento ou diminuição da pressão intraocular; hiperemia conjuntival, episcleral ou escleral; opacificação do cristalino; presença de lesão focal ou difusa de retina ou coróide; edema retiniano; embainhamento vascular; isquemia retiniana e trombose retiniana)

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E DE IMAGEM

A partir da suspeita clínica devem ser realizados exames complementares visando à identificação do fator etiológico.

É obrigatória a exclusão de causas infecciosas e neoplásicas para estabelecer o diagnóstico.

| Para quantificar o grau de acometimento inflamatório podem ser necessários: | Na investigação complementar de doenças sistêmicas associadas, exclusão de etiologias infecciosas e síndromes de mascaramento podem ser necessários: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angiografia fluoresceínica (retinografia fluorescente binocular) ✓ Ecografia ocular (ultrassonografia de globo ocular / órbita (monocular)) ✓ Mediadores de inflamação sistêmica, | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipagem de imunocomplexos ✓ Punção lombar ✓ Exames de imagem tomografia computadorizada, radiografia, ressonância nuclear magnética e cintilografia) |

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes que apresentarem diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional.

Para o uso de ciclosporina e azatioprina, além do diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoide sistêmico (superior a 3 meses)

Falha na terapêutica com glicocorticoide sistêmico em monoterapia

Toxicidade aguda, crônica presente ou presumida ou contraindicação ao uso de glicocorticoide por qualquer via de administração

Diagnóstico de uveítes sabidamente graves, como doença de Behçet, coroidite serpiginosa e vasculites retinianas idiopáticas

ou

Uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento funcional

Para uso de adalimumabe, além de paciente adulto e diagnóstico confirmado de uveíte não infecciosa, deve haver:

Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade

Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos

ou

Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade

INTRODUÇÃO

A uveíte é definida como a inflamação da úvea, camada vascular média dos olhos. Essa é causa importante de cegueira e de baixa visão no mundo todo.

As uveítes podem ser divididas entre uveítes não infecciosas e infecciosas. As não infecciosas podem ter diferentes causas ou estarem associadas a doenças sistêmicas.

CID-10

H30.1 Inflamação coriorretiniana disseminada

H30.2 Ciclite posterior

H30.8 Outras inflamações coriorretinianas

H20.1 Iridociclite crônica

H15.0 Esclerite

CASOS ESPECIAIS

Gestantes e mulheres em idade fértil, nutrízes, crianças, hepatopatas, nefropatas, cardiopatas, neoplasias malignas, doença desmielinizante e tuberculose são casos que demandam avaliação e monitoração específicas (consultar item 6 da PT Nº 13, DE 11/09/2019).

REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Recomenda-se que o tratamento da uveíte seja realizado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de seguimento adequados, e que contemplem equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias. Pacientes com diagnóstico de uveíte associada à doença sistêmica, em diversas situações, serão tratados de forma multidisciplinar por médicos de diferentes especialidades.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentarem as seguintes condições:

Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular

Contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados

Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação

Sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossuppressores

Contraindicação, hipersensibilidade ou intolerância a algum dos medicamentos

TRATAMENTO

| | GLICOCORTICOIDES | IMUNOSSUPRESSORES |
|---|--|---|
| Função | São a principal classe de medicamentos para atingir esses objetivos com desvantagens relacionadas aos efeitos adversos locais. Eventualmente não ocorre controle adequado da doença com o uso isolado do medicamento. | Servem como redutores da dose ou poupadores de glicocorticoides e adjuvantes no controle inflamatório. Indicados para pacientes com: <ul style="list-style-type: none"> Falha de resposta ao glicocorticoide sistêmico em monoterapia; Necessidade de dose de glicocorticoide sistêmico com toxicidade intolerável para o controle da doença; Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoides sistêmicos; Uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento funcional. |
| Medicamentos (apresentação e dose) | Prednisona: comprimidos de 5 mg e 20 mg. Dose: 1 mg a 2 mg/kg/dia, via oral Metilprednisolona: pó para solução injetável 500 mg. Dose: 1.000 mg/dose, por via endovenosa por três a cinco dias | Azatioprina: comprimidos de 50 mg Dose: entre 1 mg e 3 mg/kg/dia, por via oral; dose máxima de 4 mg/kg/dia Ciclosporina: cápsulas de 10 mg, 25 mg, 50 mg e 100 mg; solução oral 100 mg/mL Dose: 2 mg a 5 mg/kg/dia, dividido em duas administrações por via oral; dose máxima de 7 mg/kg/dia Adalimumabe: solução injetável 40mg Dose: inicial de 80 mg, por via subcutânea, seguida de doses de 40 mg administradas em semanas alternadas a partir da semana seguinte à dose inicial. |
| Monitoramento | Glicocorticoide por mais de 3 meses monitoramento de pressão arterial, medidas para redução de risco de perda óssea. Orientar exercício, alimentação adequada, profilaxia de parasitose, prova de mantoux para definir quimioprofilaxia <i>M. tuberculosis</i> . Em pulsoterapia monitorar: glicemia capilar, pressão arterial e sintomas de psicose, ivermectina e albendazol profiláticos. | Devem ser avaliadas alterações laboratoriais e apresentação de efeitos adversos e ajustar ou suspender os medicamentos segundo achados. Ciclosporina: monitorar pressão arterial, creatinina e ureia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol e transaminases hepáticas. Azatioprina: hemograma, transaminases. Adalimumabe: hemograma, transaminases. Alguns pacientes necessitam de imunossuppressores indefinidamente. Após o início do tratamento é necessária a observação da resposta terapêutica por pelo menos 3 meses conforme critérios apresentados no item 7 da Portaria Conjunta nº 13, de 11/09/2019. |

TEMPO DE TRATAMENTO - CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO

A resposta ao tratamento é o principal fator que define o tempo de uso de cada medicamento. A interrupção do tratamento é definida pelo controle adequado da inflamação ocular de forma individualizada, pela instalação de efeitos adversos intoleráveis específicos de cada medicamento, ou em casos de indicação de intervenção cirúrgica eletiva de grande porte ou tratamentos dentários com abscessos. Contudo, a relação risco-benefício deve ser individualizada.

ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

A grande variabilidade de apresentações e etiologias das uveítes não infecciosas não permite o estabelecimento de tempo padrão de tratamento, sendo necessária constante reavaliação da doença e do quadro ocular. É recomendável realizar reavaliação trimestral, com exames de controle adequados para cada medicamento, nos casos de doença em remissão e ausência de efeitos adversos. Após um período entre 12 e 24 meses de remissão da doença ocular, poderá ser considerada a redução da dose ou eventual suspensão do tratamento, porém haverá casos em que o tratamento deverá ser mantido por período superior ao de 24 meses ou reiniciado em caso de recidiva da doença.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta nº 13, de 11 de setembro de 2019 e pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.