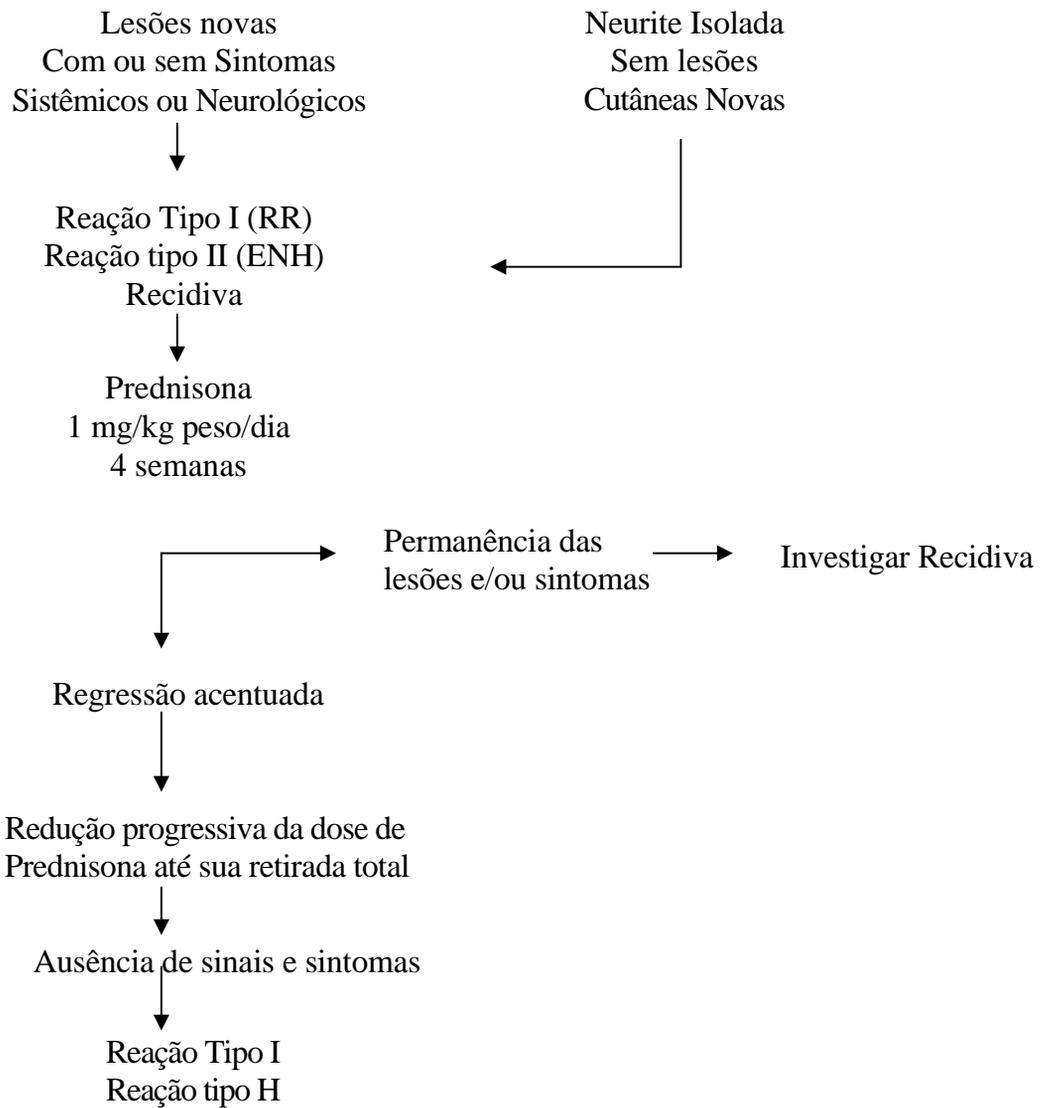


ANEXOS

ANEXO I:

PROTOCOLO PARA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE REAÇÃO E RECIDIVA Pós

POLIQUIMIOTERAPIA - DOSE FIXA



ANEXO II:

RECIDIVAS

Tabela I

CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE RECIDIVA NO DIAGNÓSTICO, DURANTE E NO TÉRMINO DO TRATAMENTO

Esquema de Tratamento: RFM - 600 mg e DDS - 100 mg diários por 3 meses seguidos de DDS - 100 mg diários, auto-administrados por 21 meses.

	Caso 1		Caso 2	
Clinica	Diagnóstico	Alta	Diagnóstico	Alta
	LL	Involução acentuada	LL	Involução acentuada
IB (média 6 sífios)	3.50+	1.83+	1.83+	4.00+
IB (sífio maior valor)	cotovelo 4+	lesão 2+	lesão 2+	lóbulo 5+
Histopatologia	LLs	* Regressão	LLs	* Regressão
ILB	5.8	1.00	4.9	2.50
Nº de troncos espessados/dor	3	0	0	0
Grau de Incapacidade	2	1	1	0
Período do tratamento	Novembro/86	Dezembro/88	Agosto/87	Novembro/89
Reações no 1º ano do tratamento	ENH, N	—	—	—
Reações no 2º ano do tratamento	ENH	—	ENH	—
Sulfonúrias (realizadas aleatoriamente nos comparcimentos mensais)	Positivas	Positivas	Positivas	Positivas

* Regressão do quadro histopatológico comparado com a histopatologia do diagnóstico

ANEXO II:

RECIDIVAS

Tabela II

EXAMES CLÍNICO, BACILOSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO NAS AVALIAÇÕES ANUAIS SUBSEQUENTES A SUSPENSÃO DO TRATAMENTO CONSTITUÍDO POR RFM - 600 MG E DDS - 100 MG DIÁRIOS POR 3 MESES SEGUIDOS DE DDS - 100 MG DIÁRIOS POR 21 MESES, AUTO-ADMINISTRADOS.

	Caso 1					Caso 2					
	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano
Ex. Dermatológico	ENH	ENH	ENH	ENH	R	ENH	-	-	ENH	ENH	R
IB (médio)	0.16+	0.50+	1.0+	0	E C	0.16+	1.80+	2.83+	0.83+	0.50+	E C
IB (sítio maior valor)	*lob.1+	*lob.2+	*lob.2+	-	I D	*lob.1+	*lob.3+	*lob.3+	*lob.2+	*lob.2+	I D
Grau de incapacidade	1	1	0	0	I V	0	0	0	0	0	I V
Histopatologia (Biópsia cutânea)	-	-	reação tipo II **	reação tipo II **	A	-	-	-	reação tipo II **	-	A

* - Lóbulo auricular

** - Laudo histopatológico baseado em duas colorações; hematoxilina - eosina: compatível com eritema nodoso; Wade com presença de b.a.a.r. fragmentados.

**ANEXO II:
RECIDIVAS**

Tabela III

EXAMES CLÍNICO, BACILOSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO NO DIAGNÓSTICO DE RECIDIVA

	Caso 1 (55 meses pós alta)*	Caso 2 (73 meses pós alta)*
Exame Dermatológico	nódulos (2) MMSS _s	nódulo (1) MMSS _s pavilhão auricular eritemato-infiltrado
Grau de Incapacidade	0	0
IB (média 6 sítios)	1.16+	1.16+
IB (sítio maior valor)	lesão cutânea 4+	lesão cutânea 4+
Histopatologia (Biópsia cutânea)	LL	BL
ILB	4.70	4.00

* - Alta terapêutica após 3 meses de RFM 600 mg e DDS 100 mg diários, seguidos de DDS 100 mg diários, auto-administrados por 21 meses.

ANEXO III:

Documentação Fotográfica

Clínica:

Sr. Genilton Vieira (1986-1989)

Dr. José Augusto da Costa Nery (1995-1996)

Histopatologia

Dr^a Alice de Miranda Machado

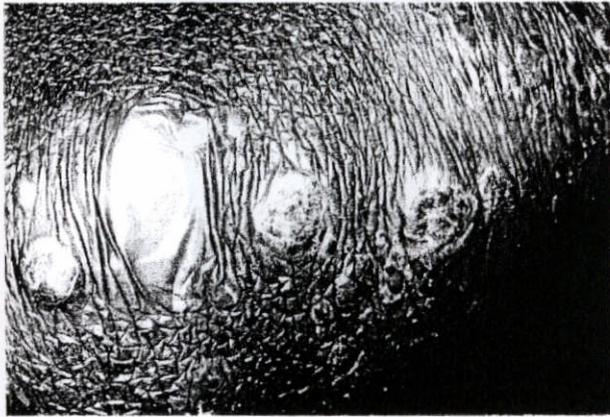
Dr^a Patrícia Elizabeth Pignataro

Digitalização

Heloísa Maria de Nogueira Diniz

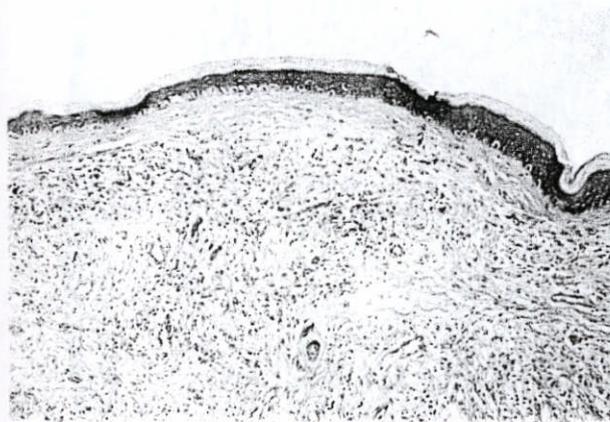
PACIENTE JLCA - ALOCADO NO GRUPO I

DIAGNÓSTICO



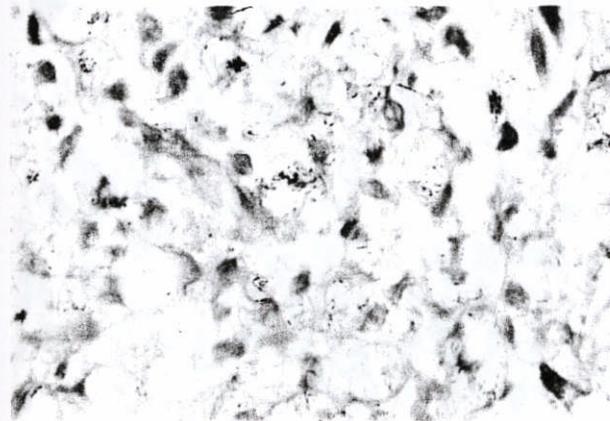
a) Clínica

Joelho Direito: hansenomas de tamanhos diversos em diferentes estágios evolutivos.



b) Histopatologia

Coloração pela hematoxilina - eosina: epiderme com aplainamentos das cristas interpapilares; faixa de Unna sub-epidérmica; infiltrado monomórfico composto predominantemente por macrófagos vacuolados.



Coloração de Wade: presença de b.a.a.r. íntegros, fragmentados e globias.
ILB: 5.8+

PACIENTE JLCA - ALOCADO NO GRUPO I

TÉRMINO DO TRATAMENTO

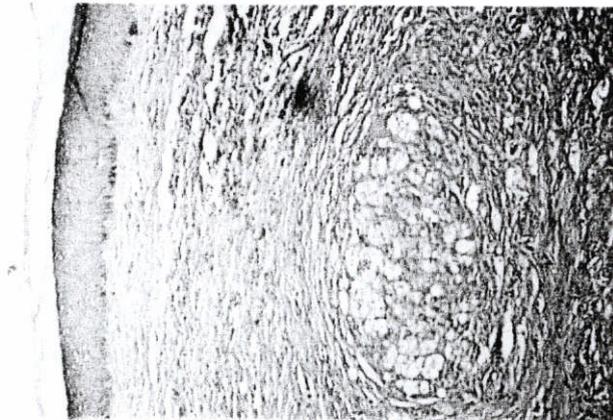


a) Clínica

Joelho Direito: pele com aspecto apegaminhado, com áreas atrópicas hipo e hiper-crômicas.

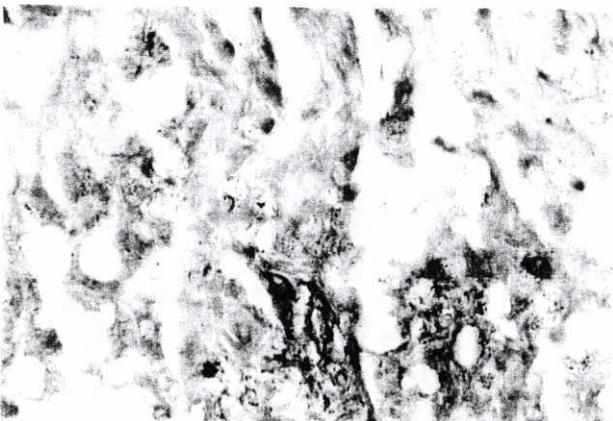
b) Histopatologia

Coloração pela hematoxilina - eosina. infiltrado composto por células vacuoladas e linfócitos.



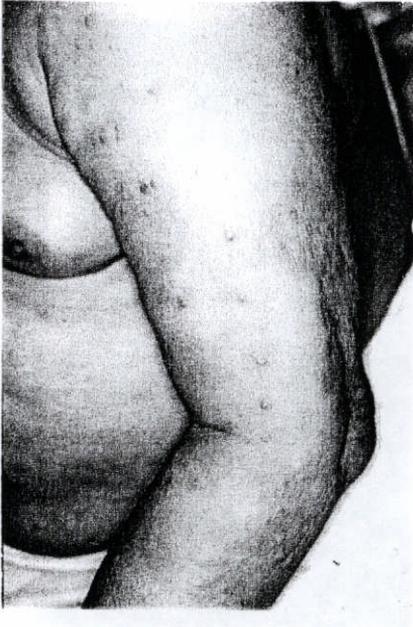
Coloração de Wade: macrófagos vacuolados com poeira bacilar.

ILB: 2.50+



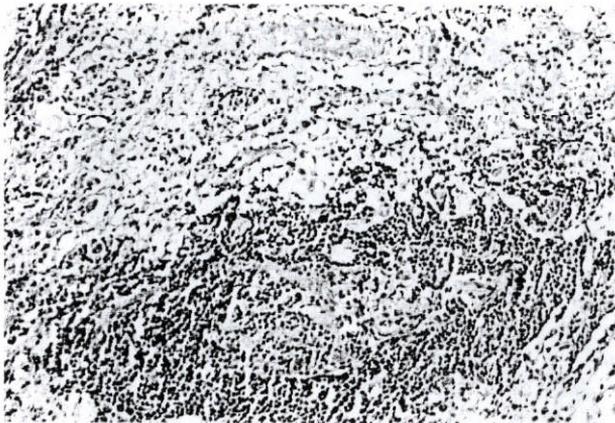
PACIENTE MLC - ALOCADO NO GRUPO II

DIAGNÓSTICO



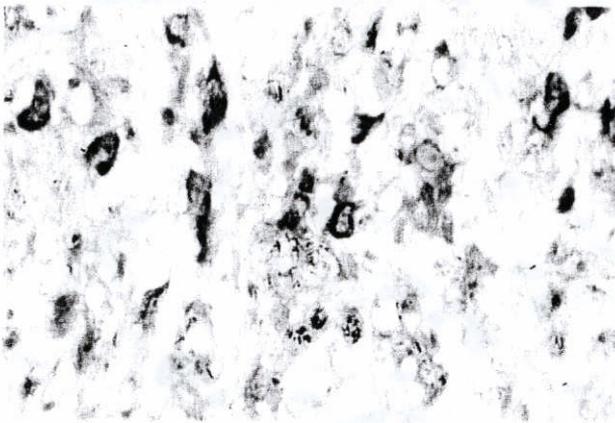
a) Clínica

Membro superior esquerdo: inúmeros hansenomas isolados com superfície lisa e brilhante.



b) Histopatologia

Coloração pela hematoxilina - eosina: infiltrado granulomatoso composto por macrófagos vacuolados e ninhos de linfócitos.



Coloração de Wade: macrófagos vacuolados: b.a.a.r. íntegros, fragmentados e globias
ILB: 4.70+

PACIENTE MLC - ALOCADO NO GRUPO II

TÉRMINO DO TRATAMENTO



Clínica

Membro superior esquerdo: pele com aspecto atrófico, apegaminhada, com áreas hipercrômicas.



b)Histopatologia

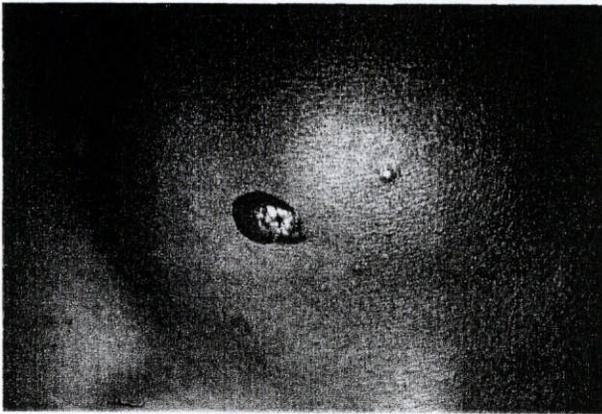
Coloração pela hematoxilina - eosina: infiltrado linfocitocitário discreto, peri-vascular.



Coloração de Wade: macrófagos vacuolados com poeira bacilar.
ILB: 1.00+

RECIDIVAS

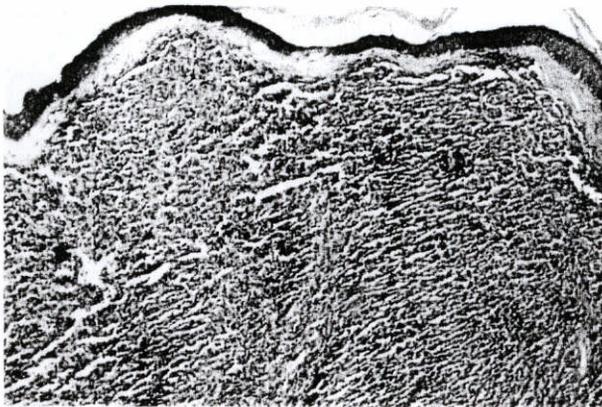
CASO 1



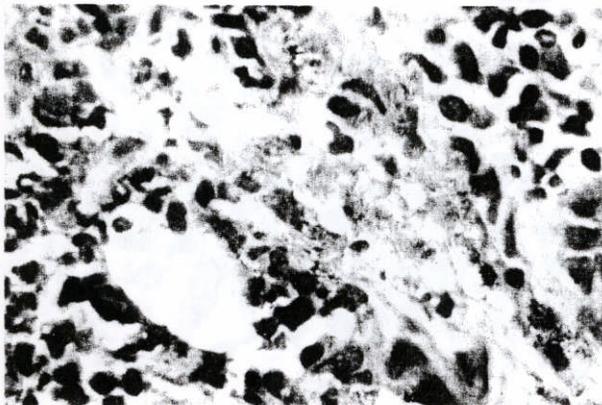
a) Clínica

Braço esquerdo: hansenomas, o maior com umbilicação na superfície; o menor com superfície lisa e brilhante.

b) Histopatologia



Coloração pela hematoxilina - eosina: epiderme ratificada; faixa de Unna sub-epidérmica; infiltrado ocupando toda a derme constituído por macrófagos vacuolados e ninhos de linfócitos.



Coloração de Wade: macrófagos vacuolados com b a.a.r. Íntegros, fragmentados e globias.
ILB:4.70+

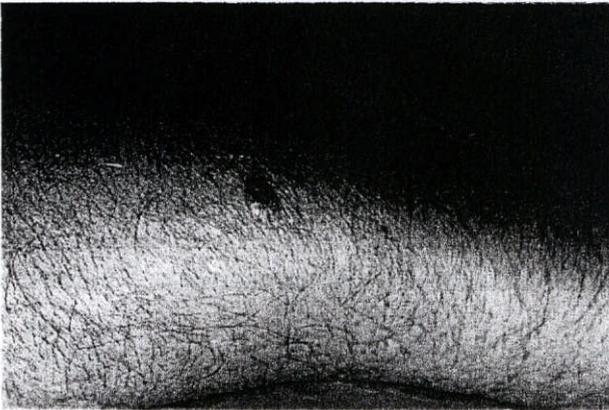
RECIDIVAS

CASO 2

a) Clínica

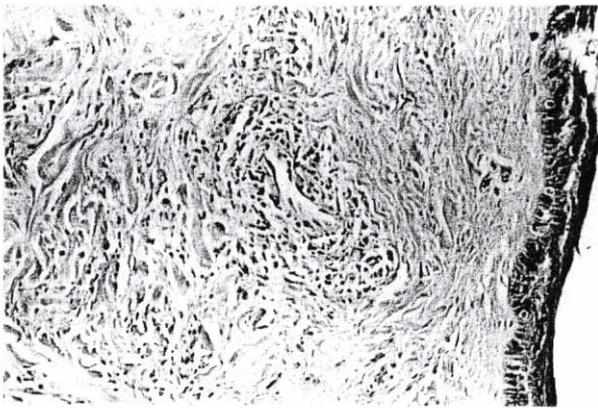


Lóbulo auricular esquerdo eritemato-infiltrado.

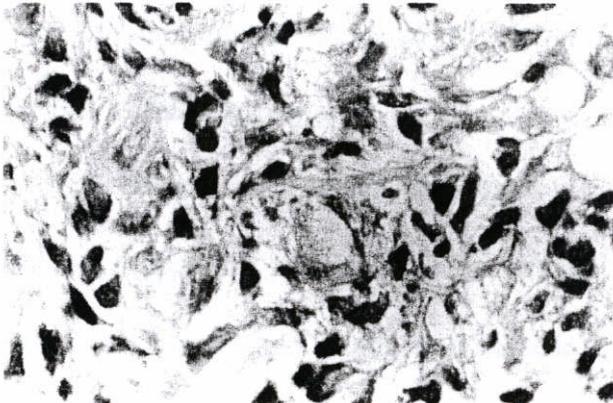


Braço esquerdo: hansenoma.

b) Histopatologia



Coloração pela hematoxilina - eosina: infiltrado com macrófagos vacuolados e linfócitos,



Coloração de Wade: raros b.a.a.r. no interior de macrófagos.

ILB: 4.00+

ANEXO IV:

Efeitos colaterais a PQT/OMS

Não foi objeto dos estudos que compõe esta Tese avaliar a ocorrência ou tipo de efeito colateral às drogas componentes dos esquemas terapêuticos utilizados. Um dos critérios para inclusão dos casos na avaliação dos resultados foi a ausência de reações adversas aos quimioterápicos. A preocupação com o assunto é relevante já que tratamentos alternativos tem que ser utilizados nesta eventualidade. É de extrema importância o diagnóstico diferencial com outras patologias antes da introdução dos esquemas alternativos.

A experiência adquirida com o universo dos casos na nossa unidade assistencial possibilitou a elaboração de artigo já publicado em que referimos a ocorrência de efeitos colaterais em 18 casos entre 980 submetidos aos esquemas PQT/OMS entre paucibacilares e multibacilares (Gallo et al., 1995). Na literatura nacional encontramos um número reduzido de publicações sobre o assunto e com dados contraditórios. Estudo realizado em São Paulo (Brasil MT^LRF, 1996) refere que em 20.667 pacientes utilizando a PQT/OMS foram observados 20 casos de insuficiência renal aguda. Esta alta frequência de efeito colateral tão grave foi discutida por Cunha (Cunha et al., 1997) que, avaliando 10.864 casos na cidade de Manaus encontrou apenas 1 caso de insuficiência renal.

Na avaliação da OMS (WHO, 1994) a conclusão é que as reações adversas as drogas ocorrem em um número reduzido de casos e que são raros as intercorrências graves como insuficiência renal e hepatite.

Em relação aos efeitos colaterais da CFZ, a pigmentação cutânea referida como impedimento para sua continuidade em alguns pacientes (WHO, 1994), não se constituiu um problema em nosso estudo. Diante da colocação do paciente de que a pigmentação tornava as lesões mais evidentes, esteticamente indesejáveis, nossa conduta foi explicar a importância da permanência

da droga na continuidade do tratamento, assegurando a certeza da despigmentação após a suspensão na alta terapêutica. Orientamos para evitar a exposição solar e uso de bloqueadores solares. A ictiose e xerose cutâneas também causadas pela CFZ, quando intensas, foram tratadas com creme de uréia a 10%, diminuindo consideravelmente as queixas dos pacientes, possibilitando a continuidade do tratamento. A despigmentação após a alta terapêutica foi gradativa e com variações individuais. Nos casos avaliados no 2º ano após a suspensão do tratamento observou-se ausência total da pigmentação cutânea.