

3. MÉTODO

3.1 Método propriamente dito

Foram levantados manualmente do livro de registro de biópsias do Laboratório de Anatomia Patológica do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru-SP (ILSL), os nomes dos indivíduos com hanseníase cujas biópsias eram procedentes do ILSL, do Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária, Curupaiti-RJ, e do Centro Estadual de Dermatologia, Rondonópolis-MT, com alguma biópsia registrada entre 1987 e 1994, período em que a poliquimioterapia foi implantada nestes centros.

A partir dos nomes selecionados no livro de registro foram fotocopiadas as fichas dos indivíduos com no mínimo duas biópsias que tinham pelo menos um diagnóstico de hanseníase registrado entre 1987 e 1994.

Através da análise destas fichas foram selecionados os indivíduos que apresentavam no mínimo duas biópsias classificadas como hanseníase com diferentes classificações histológicas ou com a mesma classificação porém em biópsias colhidas com intervalo igual ou maior que um ano. Os indivíduos que não preencheram estas condições, bem como aqueles pertencentes ao projeto terapêutico pelo ofloxacim, foram eliminados.

O passo seguinte foi o levantamento dos livros dos laudos histopatológicos dos indivíduos cujas fichas haviam sido selecionadas, incluindo as informações clínicas neles contidas, visando identificar os indivíduos que apresentaram na evolução do tratamento episódios de lesões ativas com classificação diversa ou igual à biópsia inicial. Foram desprezados aqueles indivíduos que na evolução do tratamento apresentaram exclusivamente alterações de caráter regressivo ou residual.

Neste contexto 81 indivíduos foram selecionados, e seus prontuários foram analisados nos locais de procedência, pela autora, visando coletar dados clínicos e o tipo do tratamento a que foram submetidos.

Em seguida, foram separadas para análise as lâminas histopatológicas coradas pelas técnicas de Hematoxilina-Eosina e FARACO (1938) - FITE et al. (1947) das biópsias correspondentes aos indivíduos selecionados. As lâminas sem

qualidade técnica adequada foram substituídas por novas lâminas recortadas a partir dos blocos de parafina arquivados.

As leituras histológicas foram realizadas segundo a evolução da doença. Nesta avaliação foram eliminados 15 indivíduos cujas biópsias não preencheram os critérios estabelecidos, ou seja, as lâminas histológicas não confirmaram atividade no mínimo em duas biópsias por doente. Por exemplo, é comum empregarmos a terminologia regressiva ou residual apenas para o pólo virchoviano, enquanto para o pólo tuberculóide e para o grupo dimorfo esta qualificação não é normalmente colocada no diagnóstico. Assim, muitos laudos que sugeriram atividade tuberculóide ou dimorfa mostraram quadros regressivos quando reavaliados e portanto foram eliminados, visto que não revelaram lesões ativas. Outro motivo de exclusão foi quando pelo exame microscópico não conseguimos definir com precisão a exata classificação histopatológica. Por exemplo, para fins práticos o diagnóstico genérico de hanseníase multi ou paucibacilar é válido, mas não para o presente trabalho, no qual empregamos a classificação de RIDLEY & JOPLING (1966).

O termo padrão histológico foi utilizado para caracterizar o diagnóstico da doença no momento da realização da biópsia, não levando em consideração a classificação prévia do doente.

Para registrar os dados coletados na revisão histológica elaboramos um quadro em cujas ordenadas estavam os itens da descrição histológica e nas abcissas os da identificação das biópsias estudadas.

A idade foi coletada segundo o momento do diagnóstico.

A leitura clínica da reação de Mitsuda registrada no prontuário foi considerada: positiva 5mm e negativa <5mm.

Os dados dos indivíduos segundo o diagnóstico clínico, o esquema e os meses de tratamento coletados dos prontuários e das requisições de biópsias foram ordenados conforme o momento da biópsia. Os dados registrados em meses refe- rem-se: aos meses decorridos antes do tratamento até a biópsia, meses de trata- mento interbiópsias e meses de alta interbiópsias. Todos os meses foram registra- dos acumulados. A alta foi considerada, alta da quimioterapia ou por abandono, segundo o registro do prontuário.

3.1.1 Classificação histológica

A classificação histológica utilizada foi a de RIDLEY & JOPLING (1966), com as seguintes alterações:

1. Não incluímos o subgrupo virchoviano subpolar (LLsp)
2. Para o tipo tuberculóide e os subgrupos dimorfo-tuberculóide (BT) e dimorfo-dimorfo (BB) ressaltamos o caráter reacional quando demonstrado histologicamente com as seguintes siglas:

tuberculóide reacional (TRc)

dimorfo-tuberculóide reacional (BTRc) dimorfo-dimorfo reacional (BBRc)

As características histopatológicas reacionais são as referidas por RIDLEY (1987).

3. Para qualquer tipo ou subgrupo, quando o quadro histológico mostrava evidências de regressão com presença de bacilos granulados, adicionamos a sigla Rg. Por exemplo dimorfo-dimorfo regressivo (BBRg). Quando na seqüência evolutiva observou-se quadro regressivo ou não específico sem bacilos, adicionamos ao diagnóstico histológico a sigla Rd (Residual). Por exemplo, hanseníase virchoviana residual (LLRd).

A baciloscopia da biópsia foi avaliada segundo o índice baciloscópico e morfológico de RIDLEY (1987).

3.1.2 Classificação clínica

A classificação clínica utilizada pelo médico que realizou a biópsia nem sempre seguiu a utilizada neste trabalho, a de RIDLEY & JOPLING (1966) modificada. Nestes indivíduos o diagnóstico clínico foi definido levando-se em conta os dados registrados tanto na requisição da biópsia como no prontuário.

A classificação clínica e histológica utilizada está apresentada a seguir:
indeterminada (I)

tuberculóide tórpido ou polar (TT)

tuberculóide reacional (TRc)

"borderline" ou dimorfo-tuberculóide (BT)

"borderline" ou dimorfo-tuberculóide reacional (BTRc)

"borderline borderline" ou dimorfo-dimorfo (BB)

"borderline borderline" reacional ou dimorfo-dimorfo reacional (BBRc)

"borderline lepromatoso ou dimorfo-virchoviano (BL)

lepromatoso ou virchoviano (LL).

Os dados coletados foram processados no "SPSS for Windows" e encontram-se nos Anexos 1.1, 1.2, 1.3 e 2.

3.2 Método estatístico

Para estudarmos possível concordância entre diagnóstico clínico e padrão histológico utilizamos o teste de McNemar.

Para estudarmos possíveis associações entre padrão da 1ª biópsia e baciloscopia, negativa ou positiva, bem como padrão da 1ª biópsia com evolução baciloscópica, usamos o teste do Qui quadrado (χ^2), obedecendo-se às restrições de Cochran, e neste caso usamos o teste exato de Fisher.

O nível de rejeição da hipótese de nulidade foi fixado em 0,05 (5%). Quando a estatística calculada apresentou um valor significativo usamos um asterisco para caracterizá-la; no caso contrário, isto é, não significativo, usou-se NS (SIEGEL, 1975).

Apenas a título de informação calcularam-se média aritmética, mediana, moda e desvio padrão para a variável idade.