



O nosso informativo anterior foi dedicado à ARTROSE, salientando o aparecimento de novos medicamentos para o controle do desgaste das articulações. Naquela oportunidade foi dado destaque especial para os **condroprotetores**, uma promissora categoria de remédios capazes de retardar a perda da camada de cartilagem. O sucesso desse tratamento, entretanto, está restrito à fase inicial da doença, o que torna decisivo o **diagnóstico precoce**.

Ocorre que o desgaste articular, quando se inicia, é quase silencioso. Muitas vezes não é dada a devida atenção àquela dorzinha leve e persistente numa articulação, que cede com um comprimido analgésico. Não é raro que a pessoa passe a conviver durante anos com a queixa, que vai aumentando paulatinamente. Em nossa experiência clínica observamos que, enquanto a dor for controlada pelos analgésicos, muitas vezes a orientação médica vai sendo adiada.

Na primeira avaliação ortopédica é comum a radiografia mostrar que o processo de desgaste da articulação se encontra em estágio tão avançado, que a cartilagem praticamente já desapareceu. É óbvio que os medicamentos protetores dessa camada de revestimento não vão mais proporcionar o benefício esperado.

A “**janela terapêutica**” foi perdida.

O desafio representado por esses casos de artrose em fase avançada vem se constituindo, há mais de um século, em um dos principais objetos de estudo de Centros Ortopédicos em todo o mundo.

Essa preocupação é endossada pela Organização Mundial da Saúde, que escolheu 2000-2010, como a década do “**OSSO E DA ARTICULAÇÃO**”

Esse será o tema do nosso Informativo nº. 4.

Boa Leitura

Horst Wever

A artrose na sua fase mais avançada é tratável, mas não curável. Ela sempre tende a progredir, provocando, além do aumento da dor, a limitação de movimentos da articulação atingida. Nos estágios finais as opções de tratamento ficariam restritas a medidas de alívio: analgésicos, antiinflamatórios, fisioterapia, acupuntura e toda uma vasta gama de procedimentos que, embora às vezes se mostrem eficazes no alívio transitório dos sintomas, não influenciarão em nada os danos já existentes na articulação..

ARTROSE: ARTICULAÇÕES MAIS AFETADAS

A artrose pode ocorrer em qualquer articulação. Mas as estatísticas apontam que a frequência é muito maior na **coluna vertebral, no quadril e no joelho**.

O desgaste da coluna vertebral é comuníssimo na terceira idade. Os “bicos de papagaio” são achados de radiografia quase constantes nessa fase da vida e, em geral, não determinam qualquer tipo de queixa. A artrose da coluna vertebral é considerada uma condição com a qual é possível conviver tranquilamente na imensa maioria dos casos. Já o mesmo não acontece com o quadril e o joelho. Essas duas articulações, quando afetadas pelo desgaste avançado, causam dor intensa, além da perda progressiva da mobilidade. A evolução natural será uma condição de invalidez, prejudicando a capacidade de caminhar. Mas a **dor** é a manifestação realmente importante, e que vai tornar muito difícil o cotidiano desses pacientes.

“Doutor, a vida com essa dor não é vida”.

Trata-se de um desabafo ouvido com frequência na consulta das pessoas nessa situação. O exemplo da articulação do quadril—cabeça do fêmur com a bacia—é o mais típico. **O quadril é considerado a pior localização para a artrose.** A dor nessa articulação tem a tendência de se tornar permanente, persistindo mesmo com a pessoa deitada. A explicação: a musculatura da região é fortíssima (fig. 1) e, em resposta ao estímulo doloroso vai se contrair, pressionando as superfícies ósseas—já sem as suas camadas protetoras de cartilagem—de modo ininterrupto. O resultado será o aumento da fricção direta de um osso exposto contra o outro. As terminações nervosas aí existentes passam a ser irritadas dia e noite, e a dor resultante chega mesmo a impedir o sono.

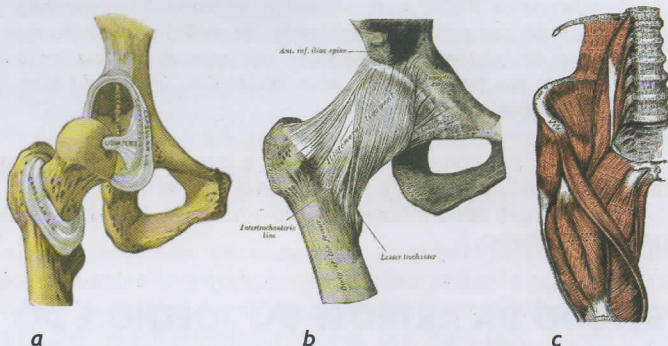


Fig.1 - Estrutura anatômica do quadril, evidenciando (c) complexidade da sua espessa camada muscular.

Em busca de alívio, o doente recorre usualmente aos analgésicos e antiinflamatórios. Mas como a dor não passa, é comum nessa fase ocorrer o abuso dos medicamentos: o próprio paciente decide aumentar as doses e a frequência das tomadas. Como acontece com qualquer tipo de remédio de uso prolongado, os efeitos adversos podem aparecer. No caso dos analgésicos e antiinflamatórios, a dor de estômago é o primeiro sinal de alerta. É sempre oportuno lembrar a já tão conhecida recomendação médica: **nunca tomar ou aumentar a dose de medicamentos sem orientação. Há o risco real de prejudicar, de modo irreversível, vários órgãos e sistemas.**

Uma outra consequência inevitável da artrose avançada no quadril é o sedentarismo forçado, com todas as repercussões negativas óbvias e bem conhecidas. A pessoa afetada vai sendo levada a um isolamento progressivo, tornando-se cada vez mais dependente dos familiares ou acompanhantes. Com o passar do tempo, também os danos emocionais se manifestam: a irritabilidade e os estados depressivos passam a ser ocorrências frequentes. O impacto negativo dessa situação sobre a vida familiar não pode ser ignorado.

QUANDO TUDO JÁ FALHOU, O QUE FAZER NO TRATAMENTO DA ARTROSE?

Para nós ortopedistas é sempre delicado transmitir para o paciente em busca de alívio, que a indicação para o seu caso seria a cirurgia.

Sabemos perfeitamente que a maioria das pessoas com um quadro de artrose avançada está sempre buscando a opinião de um outro especialista, que lhes diga o que mais querem ouvir:

"O SEU CASO NÃO É CIRÚRGICO".

Na rotina de consultório, quando é comunicado que a cirurgia não só já deveria ter sido realizada, mas há muito tempo, a reação inicial é quase sempre negativa por parte do paciente e dos seus familiares. É uma defesa emocional compreensível, instintiva, especialmente quando se trata de uma pessoa mais idosa, fragilizada pela sua limitação física, pela dor, e pela dependência familiar.

Mas, na presença de um quadril ou de um joelho em fase final de desgaste, é necessário entender que, considerando o estado atual do conhecimento médico, não há outra escolha. As articulações artificiais constituem um procedimento consagrado por mais de 50 anos de experiência vitoriosa, e que se tornou uma rotina na ortopedia contemporânea. Deve ficar muito claro, entretanto, que essa é uma opção que vai depender sempre e exclusivamente da vontade do paciente. Num primeiro passo, o mais importante é que ele tome conhecimento da existência da cirurgia, dos seus detalhes e benefícios. A decisão de se submeter deve ser amadurecida sem pressa. A pessoa com as articulações doentes deveria fazer uma auto-avaliação daquilo que chamamos "Qualidade de Vida".

"A Qualidade de Vida" pode ser definida como "a percepção individual da sua própria existência, dentro do contexto da cultura e do sistema de valores em que a pessoa está inserida, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Trata-se de um conceito abrangente, e que considera tanto as diferenças individuais, quanto a influência do ambiente social.

Como exemplo desta influência sócio-ambiental, foi selecionada a publicação abaixo.

ESTUDO DA ARTROSE DO JOELHO E DO QUADRIL NOS DIFERENTES GRUPOS RACIAIS DOS E.U.A.

Foi avaliada a reação das pessoas de diferentes grupos étnicos frente à situação de invalidez dolorosa representada pela artrose avançada. Constatou-se uma intrigante diferença na procura da solução cirúrgica para a artrose de quadril e joelho nos três principais grupos humanos nos EUA: caucasianos (brancos), afrodescendentes (negros), e hispânicos (latino-americanos).

Apesar dos três grupos terem chances equivalentes de desenvolver a doença, os dados estatísticos foram muito diferentes quanto ao número de próteses implantadas.

Constatou-se que os caucasianos se mostram muito mais receptivos à solução cirúrgica, se comparados aos outros dois grupos. A exigência dos caucasianos no sentido de restabelecer o quanto antes a sua "Qualidade de Vida" parece ser uma motivação muito evidente nesse grupo. A alegação da falta de recursos financeiros não pode ser apontada como única explicação, considerando que os vários sistemas de amparo à saúde disponíveis nos EUA, como o "Medicare" p. ex., arcariam com os custos dos integrantes dos dois grupos economicamente menos favorecidos.

Algumas hipóteses com viés sociológico poderiam ser levantadas:

— Até que ponto o menor grau de instrução estaria afastando os afrodescendentes e hispânicos da busca de uma solução segura para uma condição reconhecidamente dolorosa e incapacitante?

O temor e a desconfiança com relação ao procedimento cirúrgico parecem ser mais presentes nesses dois grupos.

— Outra dúvida: qual seria a influência do meio em que vivem?

A ausência do exemplo de pessoas operadas com sucesso no círculo social mais próximo, não estaria suprimindo um importante estímulo para que os idosos afrodescendentes e hispânicos procurassem o mesmo tratamento?

— Até que ponto a passividade dos familiares influenciaria na busca da solução cirúrgica?

É muito comum a idéia de que um grau maior ou menor de invalidez seria aceitável e inerente ao "pacote de sofrimentos" que acompanha a velhice.

Conclusão: Pacientes idosos das minorias étnicas, portadores de artrose do quadril e do joelho, necessitam ser melhor informados e instruídos com relação às opções disponíveis para eles. Programas comunitários e palestras voltados para esses pacientes e suas famílias mereceriam ser incentivados. Essas ações deveriam ser na língua da minoria a que se destinam, e considerando ainda as características da sua cultura.

Fonte: Long, W.T, *Clinical Geriatrics*-ISSN: 1070-1389 - Vol. 07 - Issue January 1999; "Osteoarthritis of the Hip and Knee in Minority Elderly".

SAIBA O QUE É UMA ARTICULAÇÃO ARTIFICIAL

As cirurgias pioneiras com o emprego de articulações artificiais tiveram início por volta de 1830. Foram numerosas tentativas, com resultados pouco animadores, mas que tiveram o mérito de pavimentar o longo caminho até a metade do século XX. Foi, portanto, exatamente há meio século que o Dr John Charnley, médico inglês, iniciou a aplicação clínica de articulações artificiais específicas para o quadril, trazendo um conceito totalmente novo.

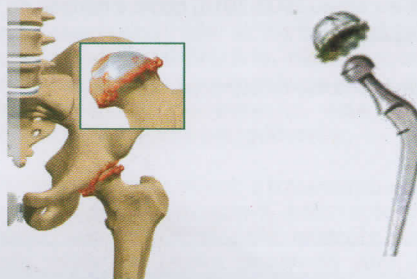


Fig.2 - articulação artificial do quadril (Charnley)

Ele propôs a combinação de novos materiais de confecção para a sua prótese: metal e plástico de alta resistência, além do emprego de "cimento ósseo" (metilmetacrilato- um tipo de acrílico) para a fixação dos implantes. Todos esses materiais, rigorosamente avaliados, demonstraram perfeita compatibilidade com o organismo humano. Os resultados clínicos do novo procedimento foram excelentes, ganhando rapidamente a confiança e a aceitação dos ortopedistas de todo o mundo. O sucesso do novo procedimento rendeu-lhe o reconhecimento como "**A CIRURGIA ORTOPÉDICA DO SÉCULO**".



A importância dessa nova geração de próteses articulares pode ser medida pela cifra impressionante de 15 milhões de pacientes operados até o presente. *Em reconhecimento pelo seu trabalho, John Charnley recebeu da Coroa Britânica o título de "Sir".* Caberia ressaltar, que as expectativas das Autoridades de Saúde Pública dos países mais industrializados prevêm que a procura por essas operações cresça exponencialmente nas próximas décadas. Seria um dos muitos reflexos do envelhecimento das populações.

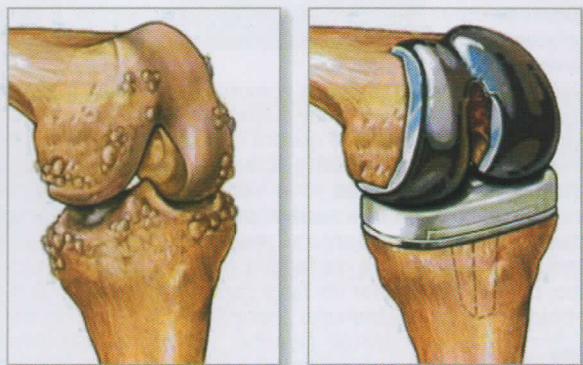


Fig.3 - articulação artificial do joelho

Os princípios biomecânicos de Charnley provaram ser corretos, removendo a dor, devolvendo a mobilidade à articulação doente, e possibilitando ainda que o paciente voltasse a caminhar perfeitamente. Outro fato importantíssimo: esse verdadeiro milagre mostrou-se capaz de se prolongar por décadas. A durabilidade dos novos implantes surpreendeu, desafiando o tempo e resistindo à pesada solicitação mecânica.

Poucos anos depois, esses mesmos princípios foram aplicados para as próteses de joelho, com resultados igualmente excelentes.

IMPLANTE DE ARTICULAÇÕES ARTIFICIAIS: UMA TENDÊNCIA MUNDIAL EM CRESCIMENTO

Trabalho apresentado em Chicago, durante o 73º. Congresso Anual da Academia Americana de Cirurgia Ortopédica em 24/03/2006, demonstrou que o número cirurgias para o implante de próteses de joelho nos Estados Unidos **terá um aumento de 673%** — alcançando 3,48 milhões — por volta de 2030.

Com relação às próteses de quadril, estima-se um **aumento de 174%** — alcançando 572.000 cirurgias no mesmo período. Essas previsões têm como base os procedimentos realizados entre 1990 e 2003, confrontados com os dados do Censo Populacional dos EUA.

“Vem sendo observado um aumento expressivo de pacientes idosos nos EUA, devido, entre outros fatores, ao fenômeno demográfico conhecido como o “baby boom” (verdadeira “explosão” do número de nascimentos entre 1945 e 1950).

“Essas pessoas vão chegando agora aos sessenta anos, e se tornando candidatas potenciais para o implante de articulações artificiais.”

“Os implantes de próteses articulares têm mostrado resultados excelentes, de tal modo que o procedimento se torna cada vez mais aceito e mais conhecido pela população em geral. A observação da melhora da qualidade de vida das pessoas operadas vem resultando na aceitação e na demanda crescente dessas cirurgias por parte dos numerosos portadores de artrose no quadril e no joelho, que representam cerca de 21 milhões de pessoas nos EUA”. “O procedimento cirúrgico está sendo visto como rotineiro, de risco reduzido, e como uma alternativa à dor e à incapacidade física”, explica o pesquisador Steven M. Kurtz, PhD.

Fontes: Steven M. Kurtz, PhD, diretor e coordenador do Instituto Federal de Análises Estatísticas Populacionais, Filadélfia.

Amar S. Ranawat, cirurgião ortopédico do Lenox Hill Hospital, New York City - 73ª. Reunião anual da Academia Americana de Cirurgia Ortopédica, Chicago, março 24, 2006.

ARTROSE AVANÇADA DE QUADRIL E JOELHO: ATÉ QUANDO INSISTIR NOS TRATAMENTOS PALIATIVOS?

Para que se tenha uma noção, existem cadastrados na literatura mundial nada menos que 250 tipos de tratamento para a artrose (<http://www.deutsches-arthrose-forum.de>). É uma curiosa lista, que vai desde os antiquíssimos banhos termais, passando por massagens de todos os tipos, chás diversos, até os mais sofisticados equipamentos eletrônicos.

Como todos esses métodos, invariavelmente, acabam por ser mostrados decepcionantes, sempre haverá quem proponha uma outra novidade “infalível” para ser experimentada.

Essas tentativas, em nossa visão, além de frustrantes, acabam por consumir o bem mais precioso de uma pessoa: o prazer de uma vida ativa, plena, e sem dor. A hesitação em aceitar a prótese articular na artrose avançada leva, por outro lado, a uma piora lenta e gradual do estado de saúde.

Quando uma pessoa está com as suas artérias do coração entupidadas ou com um tumor se expandindo, existe uma ameaça iminente à vida. O médico clínico do paciente vai encaminhá-lo sem demora ao cirurgião, e o tratamento operatório, tendo sido indicado, é aceito sem qualquer hesitação por parte do paciente ou da sua família. Já com a artrose avançada não ocorre o mesmo. Aqui o comprometimento do estado de saúde vai se processando de modo indireto e muito lento. Esse fato leva a que muitos profissionais da área médica — e também da paramédica — encarem a doença com uma certa complacência, persistindo nas tentativas de alívio da dor por um tempo que ultrapassa em muito o justificável.

O sedentarismo e a medicação sintomática — especialmente se tomada por períodos longos — são apontados como os fatores mais importantes na deterioração da condição clínica, como conclui o estudo canadense que se segue.



LISTA DE ESPERA PARA PRÓTESES ARTICULARES NO CANADÁ

O número de pacientes com indicação de cirurgia para o implante de prótese de quadril e joelho no Canadá mostra a tendência de ultrapassar a capacidade de atendimento da rede hospitalar.

A pesquisa conduzida pelo Ministério da Saúde daquele país avaliou a correlação entre o tempo de espera para a cirurgia e as alterações do estado de saúde dos pacientes durante esse período. O objetivo foi estabelecer os limites ideais para o tempo de espera.

Oito grupos de estudo foram formados em diferentes Províncias do país. Os pesquisadores avaliaram as evidências clínicas disponíveis, concentrando-se na correlação entre o tempo de espera e as variações de saúde dos pacientes durante o período, e na influência do tempo maior ou menor de espera sobre a evolução pós-operatória.

Foi feita também uma revisão internacional, focando os padrões considerados ideais para o tempo máximo aceitável de espera para a cirurgia de prótese de quadril e joelho.

Conclusões:

— Pacientes que aguardaram mais de seis meses para a cirurgia apresentaram declínio de seu estado geral.

— Um prazo de espera maior que doze meses vai se refletir negativamente na evolução pós-operatória, tornando a recuperação mais lenta.

— A lista de espera deveria levar em conta “critérios de precedência” como a idade, o estado geral, o grau de ansiedade, e a tolerância à dor.

— A evidência científica disponível sugere que o tempo de espera para a cirurgia de implante articular de quadril e de joelho não deve ultrapassar 6 (seis) meses.

Fonte:

CIHR Results of Research for wait times for joint replacement surgery - 2005. www.cihr-irsc.gc.ca

A DOR SUPERA O MEDO

É uma pequena frase que resume a situação que leva uma pessoa de 80 anos, ou mais, a abandonar a segurança confortável de sua rotina doméstica para enfrentar uma internação de cirurgia. Muitos pacientes tentam “incorporar” a dor, aceitando-a como uma situação própria da idade. Seria como um ônus, a ser pago pelo privilégio de uma vida mais longa.

Essa visão não encontra mais justificativa em nossa época. Cada dia transcorrido com dor é um dia perdido, desperdiçado.

Ninguém precisaria mais ter o “outono da existência” reduzido a uma condição de sofrimento, por causa de uma articulação desgastada. A solução está disponível. Seria de se recomendar que o candidato à prótese entrasse em contato com pessoas já operadas. Não há estímulo mais eficiente.

A FAMÍLIA E O PACIENTE COM ARTROSE AVANÇADA

A artrose é uma doença própria do envelhecimento. A maior parte dos pacientes que recebem a indicação cirúrgica se encontra nas faixas etárias acima dos 75 anos.

O autonomia pessoal nessa fase da vida tende a se reduzir, e o idoso termina cada vez mais dependente da sua família.

A vivência clínica tem nos ensinado que a indicação cirúrgica pode provocar reações por parte dos parentes responsáveis, que freqüentemente revelam resistência ao procedimento. É forçoso reconhecer que uma decisão como essa é sempre um desafio, envolvendo múltiplos aspectos.

Algumas situações familiares comuns: mesmo que o paciente tenha um seguro generoso, que cubra todos os custos, a cirurgia sempre vai representar uma quebra da rotina familiar. Haverá o incômodo inevitável, resultante do acompanhamento durante a internação (quatro dias) e de alguns cuidados pós-operatórios (embora já seja possível deixar o leito, apoiado sobre um “andador”, no dia seguinte ao procedimento). As obrigações de trabalho dos membros da família, e a conseqüente falta de tempo, podem representar um fator para o adiamento — às vezes indefinido — do tratamento necessário. Outra forma de resistência é a preocupação genuína, sincera, em submeter o idoso à cirurgia. Ela é freqüentemente alegada como justificativa para deixar as coisas como estão.

“ Mamãe já esta tão velhinha...ela é tão frágil! Acho que não vai resistir... é melhor deixá-la quietinha...”

Como resposta, seria bom ter em mente que a dor nesses casos pode chegar a níveis quase intoleráveis. Os familiares e circunstantes não podem avaliar o grau de sofrimento pois, como é bem sabido, a dor é uma sensação pessoal e intransferível.

“ Qualquer um pode dominar o sofrimento, exceto quem o sente...” (William Shakespeare-1564-1616).

Quanto à idade, lembramos que atualmente os limites cronológicos perderam muito da sua importância. O que conta é a boa condição clínica da pessoa: é a assim chamada “idade biológica”. A avaliação pré-operatória minuciosa, feita por uma equipe multidisciplinar, permite detectar com segurança os fatores de risco que tornariam inaceitável o procedimento.

Contudo, observamos que as contra-indicações absolutas, com base no estado geral precário, vão se tornando cada vez mais raras. Trata-se de uma conseqüência direta da qualidade do apoio clínico disponível atualmente, seja no preparo pré-operatório, ou na fase após o procedimento.

Nas fraturas do colo do fêmur, o tratamento usual é também o implante de uma prótese de quadril. A operação precisa ser feita em 24 horas, em função do risco iminente à vida do idoso imobilizado. Não há tempo disponível para maior preparo clínico. Tivemos, na nossa vivência clínica pessoal, pacientes com mais de 100 anos de idade com esse tipo de fratura, que foram operados, e que no dia seguinte já estavam deixando o leito.

Como outros exemplos dessa mesma situação, podemos mencionar personalidades como o Papa João Paulo II, a Rainha-Mãe Anne da Inglaterra (prótese bilateral), e o ex-presidente americano George Bush (pai). Entre nós aconteceu, há poucas semanas, o caso do arquiteto Oscar Niemeyer: aos 99 anos, ele fraturou o colo do fêmur, foi operado, e se encontra em plena recuperação. Essa é simplesmente a rotina da especialidade ortopédica atual.