

Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre tratamento da osteoartrite

Felipe Haddad Lovato^I, Mariana Vendramin Mateussi^{II}, Ana Luiza Cabrera Martimbianco^{III}, Rachel Riera^{IV}

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências, Escola Paulista de Medicina —
Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

RESUMO

Contexto: A osteoartrite ou osteoartrose (OA) está associada a dor, incapacidade e utilização de recursos na saúde entre pessoas de média idade e idosos. **Objetivo:** Mapear evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre tratamento da osteoartrite. **Métodos:** Esta foi uma revisão narrativa com busca sistematizada da literatura (*overview*) que incluiu revisões sistemáticas Cochrane. Foram incluídas apenas revisões completas. Projetos ou protocolos de revisões ou revisões excluídas da Biblioteca Cochrane não foram considerados. Após leitura dos resumos por dois autores de modo independente, as revisões que preencheram os critérios de inclusão foram lidas na íntegra, resumidas e apresentadas narrativamente. **Resultados:** A busca inicial resultou em 30 revisões sistemáticas, das quais 16 revisões preencheram os critérios de inclusão desta *overview*. **Conclusões:** As revisões sistemáticas incluídas mostraram que existe algum grau de evidência sobre benefícios das seguintes intervenções: diacereína para OA de quadril, *Persea gratissima* para OA no curto prazo, tramadol ou tramadol/paracetamol para OA, gel de arnica para OA de mãos, gel de confrei para OA de joelho, crioterapia para OA de joelho, terapia com campo eletromagnético para OA, ultrassonografia terapêutica para OA de joelho e de quadril, alguns tipos de viscosuplementação para OA de joelhos. Não foi observado benefício com: gel de capsicum, termoterapia com compressas quentes, debridamento artroscópico, exérese do ligamento cruzado posterior, e osteotomia para OA de joelhos.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão, osteoartrite, medicina baseada em evidências, avaliação de resultado de intervenções terapêuticas, avaliação da pesquisa em saúde

INTRODUÇÃO

A osteoartrite ou osteoartrose (OA) é uma doença degenerativa e é uma das 10 maiores causas de incapacidade em países desenvolvidos.¹ É uma doença associada a dor, incapacidade e utilização de recursos na saúde entre pessoas de

média idade e idosos, tendo grande importância socioeconômica, exigindo gastos com medicamentos e sendo uma das maiores causas de absenteísmo.²

A OA é caracterizada por dor insidiosa, que piora à movimentação (protocinética) e aos esforços e, em estágios mais avançados, pode ocorrer também em repouso. Pode ser

^IAluno de graduação em Medicina, Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

^{II}Aluna de graduação em Medicina, Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

^{III}Fisioterapeuta, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Baseada em Evidências, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pesquisadora do Centro Cochrane do Brasil.

^{IV}Reumatologista, professora adjunta, Disciplina de Medicina Baseada em Evidências, Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Diretora assistente do Centro Cochrane do Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Álvaro Nagib Atallah. Professor titular e chefe das Disciplinas de Medicina de Urgência e Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). Diretor fundador do Centro Cochrane do Brasil e Diretor da Associação Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência:

Mariana Vendramin Mateussi

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências

Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

Rua Botucatu, 740 — 3º andar — Vila Clementino — São Paulo (SP) — CEP 04023-900

Tel. (11) 5576-4203 — E-mail: marianavendramin@hotmail.com

Fontes de fomento: Não houve — Conflito de interesse: os autores declaram não haver conflito de interesse relacionado com este estudo

Entrada: 16 de maio de 2016 — Última modificação: 16 de maio de 2016 — Aceite: 30 de maio de 2016

acompanhada de rigidez articular matinal, que tipicamente ocorre por menos de 30 minutos.^{1,2}

Pacientes com OA de joelhos, por exemplo, queixam-se, inicialmente, de dor e de instabilidade ao descer e subir escadas. Aproximadamente 50% desses pacientes têm desvios articulares, sendo mais comum o varismo decorrente da redução do espaço articular no compartimento medial.^{2,3}

Nos quadris, a dor localiza-se na região inguinal ou nas nádegas, podendo irradiar-se pela face medial das coxas até os joelhos, e é agravada pela marcha ou para sentar-se e levantar-se de superfícies mais baixas. Com a progressão da doença, a dor pode ocorrer ao deambular e, posteriormente com qualquer movimento.³

Pacientes com OA de mãos, além de dor, referem perda da habilidade manual e da força de preensão, especialmente quando são acometidas as articulações da base do polegar (primeira carpometacarpal e trapézio-escafoide). São comuns os nódulos de Heberden nas interfalângias distais e os nódulos de Bouchard nas interfalângicas proximais, os quais possuem consistência endurecida e correspondem ao aumento ósseo. Na face dorsal, podem ocorrer cistos justa-articulares (cistos dorsais), que contêm substância de aspecto gelatinoso quando puncionados.⁴

De modo geral, a OA pode ser classificada em primária (degeneração não associada a uma outra doença articular prévia) ou secundária (resultado de um processo degenerativo e/ou articular pré-existente). A OA secundária pode ser posterior a artrite, trauma e osteonecrose, por exemplo.¹ Alguns pacientes apresentam uma forma erosiva da doença, evoluindo com sinais inflamatórios e deformidades importantes. Ao exame físico, pode-se encontrar alargamento articular com dor à palpação. Nas crises inflamatórias, pode-se encontrar aumento da temperatura articular e derrame.^{3,4}

A doença é vista como avançada quando há limitação do movimento articular e instabilidade ligamentar. Quando há presença de corpo livre no líquido sinovial, podem ocorrer crises de bloqueio da articulação.^{3,4} Como é uma doença essencialmente articular, não cursa com queixas gerais ou comprometimento visceral, mas, como o prejuízo funcional da articulação é progressivo, pode haver incapacidade até para os cuidados pessoais.³

O diagnóstico é clínico, com base na anamnese e no exame físico. O paciente pode referir dor protodinâmica e rigidez articular, além de limitação da amplitude de movimento. Ao exame, estas queixas podem ser confirmadas, acompanhadas de crepitação à mobilização e, algumas vezes, de sinais inflamatórios locais.^{3,4} Exames de imagem são úteis para classificação do grau da doença (Kelgren-Lawrence de I a IV) e para o afastamento de outras doenças articulares associadas.³

A indicação do tipo de tratamento pode depender do grau de comprometimento articular e de sua repercussão nas

atividades diárias e na qualidade de vida do paciente. As opções terapêuticas atualmente disponíveis são inúmeras e incluem intervenções não farmacológicas (como acupuntura, técnicas de fisioterapia, e órteses), farmacológicas (sistêmicas e tópicas) e cirúrgicas (próteses). Considerando a diversidade de intervenções disponíveis, seria importante mapear a literatura para identificar as evidências sobre a efetividade e a segurança de cada uma dessas intervenções, para embasar a prática clínica e também para direcionar pesquisas futuras sobre intervenções que ainda não foram adequadamente avaliadas.

OBJETIVO

Mapear evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre tratamento da osteoartrite.

MÉTODOS

Esta foi uma revisão narrativa com busca sistematizada da literatura (*overview*) que incluiu revisões sistemáticas Cochrane. Realizamos busca na Biblioteca Cochrane (via Wiley, disponível em www.cochranelibrary.com) em 13 de abril de 2016 e incluímos revisões sistemáticas Cochrane que avaliaram a efetividade e a segurança de intervenções para prevenção e tratamento da OA.

A estratégia de busca utilizada está apresentada no **Quadro 1**. Foram incluídas apenas revisões completas. Projetos ou protocolos de revisões ou revisões excluídas da Biblioteca Cochrane não foram considerados.

Após leitura dos resumos por dois autores de modo independente, as revisões que preencheram os critérios de inclusão foram lidas na íntegra.

RESULTADOS

A busca inicial resultou em 30 revisões sistemáticas. Estas foram selecionadas por dois autores independentes e avaliadas quanto à adequação ao objetivo deste estudo.

Quadro 1. Estratégia de busca realizada na Biblioteca Cochrane em 13 de abril de 2016

Termos de busca
"ostearthritis" (search all text)
"osteoarthritis" (search all text)
"osteoarthritic" (search all text)
"arthrosis" (search all text) and " in Cochrane Reviews"
"arthroses" (search all text)
#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
#6 (in Cochrane Reviews)

Assim, 16 revisões sistemáticas avaliaram a pergunta desta *overview* e foram resumidas e detalhadas a seguir.

1. Ácido hialurônico e outras opções de tratamentos conservadores para osteoartrite de tornozelo⁵

A OA de tornozelo geralmente é causada por trauma e por isso ocorre mais em pessoas relativamente jovens. Essa revisão sistemática teve como objetivo avaliar os benefícios e os malefícios de qualquer tratamento conservador para osteoartrite de tornozelo em adultos. No entanto, foram encontrados apenas estudos com ácido hialurônico, que foi comparado com placebo (três estudos), com exercício (um estudo), em que o ácido hialurônico foi associado ao exercício *versus* injeção intra-articular de toxina botulínica (um estudo) e com diferentes doses do mesmo ácido hialurônico (quatro estudos). Ácido hialurônico pode ser, com restrições, recomendado para pacientes que não respondam bem a analgésicos simples. Ainda não está claro quais pacientes (idade, grau de osteoartrite de tornozelo) se beneficiam mais de injeções de ácido hialurônico e em quais dosagens e horários elas devem ser administradas.

2. Órteses para o tratamento de osteoartrite de joelho⁶

Indivíduos com OA de joelho podem ser tratados com órteses de joelho ou de pé/tornozelo. Essa revisão sistemática, publicada em 2005 e atualizada em 2007 e 2015, teve como objetivo avaliar os benefícios e os malefícios do uso de órteses de joelho e pé/tornozelo para OA de joelho em adultos. Foram incluídos estudos que compararam o uso da órtese de joelho com nenhum tratamento (quatro estudos), órtese de pé/tornozelo com nenhum tratamento ou outro tratamento (sete estudos) e o uso da órtese de joelho comparado à órtese de pé/tornozelo (dois estudos). Não houve evidência conclusiva sobre os benefícios da órtese de joelho no tratamento dos pacientes com OA do compartimento medial, em relação à melhora da dor, função e qualidade de vida. Faltam evidências sobre a efetividade do uso de palmilhas em cunha lateral para pacientes com OA do joelho varo. Evidências de qualidade moderada sugerem que não há diferença entre o uso da palmilha em cunha lateral comparada à palmilha neutra. Ademais, evidências de qualidade baixa sugerem que não há diferença nos efeitos clínicos entre a palmilha em cunha lateral e a órtese de joelho. Ainda não está claro qual é a melhor opção de tratamento com órteses para pacientes com OA de joelho.

3. Prótese com plataforma rotatória versus fixa para artroplastia total de joelho com retenção do ligamento cruzado posterior em pacientes com osteoartrite e artrite reumatoide⁷

Ainda não está claro se há diferenças entre a artroplastia total de joelho utilizando a prótese com plataforma rotatória

e a plataforma fixa. Essa revisão sistemática, publicada em 2004 e atualizada em 2015, teve como objetivo avaliar os benefícios e os malefícios da prótese com plataforma rotatória comparada à fixa na artroplastia total de joelho com retenção do ligamento cruzado posterior, em pacientes com osteoartrite de joelho ou artrite reumatoide (98,5% dos pacientes com osteoartrite). Foram incluídos 19 estudos. Evidências de qualidade moderada a baixa não mostraram diferenças significativas entre as plataformas rotatória e fixa, em relação à dor no joelho, função física, qualidade de vida, cirurgia de revisão, mortalidade, taxa de reoperação e eventos adversos.

4. Osteotomia para o tratamento de osteoartrite de joelho⁸

Pacientes com OA em apenas um dos compartimentos de joelho podem ser tratados com osteotomia, com o objetivo de aliviar a sobrecarga no compartimento afetado. Essa revisão sistemática, publicada em 2005 e atualizada em 2013, teve como objetivo avaliar os benefícios e malefícios da osteotomia para o tratamento de pacientes com OA de joelho. Foram incluídos 21 estudos que compararam diferentes técnicas cirúrgicas de osteotomia (11 estudos), e as diferenças clínicas entre o período pré e pós-operatório (10 estudos). Foi possível demonstrar que a osteotomia tibial alta em valgo reduz a dor e melhora a função do joelho em pacientes com OA do compartimento medial do joelho. Entretanto, essa conclusão foi baseada na comparação entre diferentes técnicas cirúrgicas, e não entre grupos controle de tratamento conservador (não cirúrgico). Não há evidência sobre a diferença entre as diferentes técnicas de osteotomia. Também não há evidências que demonstrem se a osteotomia é mais efetiva que outras cirurgias, como a artroplastia unicompartmental do joelho ou o tratamento não invasivo. Os resultados desta revisão não mostram uma conclusão sobre os benefícios da técnica específica de osteotomia tibial alta para pacientes com OA de joelho.

5. Opioides orais ou transdérmicos para osteoartrite de joelho e quadril⁹

Opioides podem ser uma opção viável de tratamento em casos de OA com dor intensa ou quando outros analgésicos forem contraindicados. Entretanto, as evidências sobre sua efetividade e segurança são contraditórias. Essa revisão sistemática, publicada em 2009 e atualizada em 2014, teve como objetivo avaliar os efeitos dos opioides orais ou transdérmicos sobre a dor, função, segurança e dependência da droga, em comparação com placebo ou nenhuma intervenção em pessoas com OA de joelho ou quadril. Foram incluídos 22 estudos que compararam o uso de opioides ao placebo. Para o desfecho dor, em particular, os efeitos observados foram de relevância clínica questionável uma vez que não foi observada

diferença mínima clinicamente significativa na escala analógica visual. A ocorrência de eventos adversos levou um em cada 20 participantes a interromper o tratamento, fato que pode restringir seu uso clínico por longo prazo. As evidências encontradas, apesar de baseadas em estudos de curto prazo, mostraram o risco de eventos adversos graves e a ocorrência de dependência ao medicamento. O uso de opioides pode ser justificado em situações especiais, como no tratamento de pacientes com OA avançada, aguardando cirurgia. No entanto, os pacientes devem ser informados sobre os riscos e os pequenos benefícios do tratamento com opioides.

6. Terapias orais à base plantas para osteoartrite¹⁰

Os produtos à base de plantas medicinais são administrados por via oral para o tratamento da OA. Embora os mecanismos de ação ainda não sejam totalmente conhecidos, interações com mediadores inflamatórios comuns fornecem a análise racional do uso desses produtos no tratamento dos sintomas da OA. Essa nova revisão sistemática foi elaborada para atualizar uma revisão prévia da Cochrane que avaliou os benefícios e malefícios dos produtos fitoterápicos orais no tratamento da OA. O Piascledine (*Persea gratissima*, derivada do abacate) parece melhorar os sintomas da OA no curto prazo. Entretanto estudos com período maior de acompanhamento e que compararam esse produto com um grupo controle farmacologicamente ativo são menos convincentes. Vários outros medicamentos fitoterápicos, incluindo o extrato de *Boswellia serrata*, têm evidência de qualidade moderada sobre provável benefício, o que precisa ser confirmado em futuras investigações, uma vez que o risco de eventos adversos parece menor. Não há evidência de que o Piascledine melhore significativamente a estrutura da articulação, e há evidência limitada de que previna o estreitamento do espaço articular. Mais investigações são necessárias para determinar uma dose ótima diária produzindo benefícios clínicos sem eventos adversos.

7. Diacereína para osteoartrite¹¹

A diacereína é uma antraquinona sintetizada em 1980 que interfere com a interleucina 1, um mediador inflamatório. A diacereína foi proposta para atuar na redução dos sintomas. Essa revisão sistemática, publicada em 2006 e atualizada em 2013, teve como objetivo avaliar os benefícios e malefícios da diacereína para o tratamento de adultos com OA, comparado com placebo e outras intervenções farmacologicamente ativas para OA. Foram incluídos 10 estudos. A força da evidência para a efetividade dos desfechos avaliados foi baixa a moderada. Os benefícios da diacereína em relação ao alívio da dor são mínimos. A respeito dos eventos adversos, a diarreia foi o mais frequente. Diante da recente orientação questionada pela EMA (European Medicines Agency), recomendando a suspensão da

diacereína na Europa, o *website* da EMA deve ser consultado para mais recomendações considerando o uso da diacereína.

8. Terapia eletromagnética para tratamento da osteoartrite¹²

A terapia de campo eletromagnético é atualmente utilizada por fisioterapeutas, e tem como propósito promover o crescimento e reparação do osso e da cartilagem, com base no princípio físico que inclui a lei de Wolff, o efeito pizoelétrico e o conceito de potencial de fluxo. Essa revisão sistemática, publicada em 2002 e atualizada em 2013, teve como objetivo avaliar os benefícios e malefícios do campo eletromagnético para o tratamento da OA. Foram incluídos nove estudos que compararam o campo eletromagnético ao tratamento placebo. A evidência atual sugere que campo eletromagnético no tratamento de pacientes com OA pode gerar um benefício moderado no alívio da dor. Não houve diferença entre a intervenção e placebo a respeito da função e número de eventos adversos, e nenhum paciente relatou a ocorrência de eventos adversos graves. Mais estudos são necessários para confirmar se este tratamento gera benefícios importantes em termos de função física e da qualidade de vida.

9. Preservação versus retirada do ligamento cruzado posterior em artroplastia do joelho para tratamento da osteoartrite¹³

As bases funcionais e clínicas a respeito da escolha entre manter ou não o ligamento cruzado posterior (LCP) durante a cirurgia de artroplastia de joelho permaneceram incertas após uma revisão sistemática da Cochrane com metanálise publicada em 2005, a qual incluiu oito ensaios clínicos. Como vários estudos novos foram conduzidos desde então, esta revisão foi atualizada em 2013. O objetivo desta revisão foi avaliar os benefícios e os malefícios da retirada do LCP quando comparada à sua preservação, na artroplastia total de joelho em pacientes com OA de joelho. Foram incluídos 17 estudos. A qualidade da evidência e o risco de viés entre os estudos foram altamente variáveis. Em relação aos desfechos dor, exame clínico e desfechos radiológicos, nenhuma diferença foi encontrada entre manter ou retirar LCP na artroplastia total de joelho. Dois desfechos mostraram diferença estatisticamente significativa a favor da retirada do LCP, mas não foram considerados clinicamente relevantes: a amplitude de movimento foi 2,4% maior no grupo que retirou o LCP (118,3% *versus* 115,95), porém foi detectada heterogeneidade entre os estudos; e a média do escore funcional Knee Society Score foi 2,3 pontos maior nesse grupo.

10. Terapias tópicas à base de plantas para tratamento de osteoartrite¹⁴

Antes mesmo de a extração química ser inventada, as afecções musculoesqueléticas eram tratadas com plantas

medicinais, por via oral ou tópica. Os produtos fitoterápicos administrados de forma tópica são, geralmente, considerados tóxicos para a administração oral. O objetivo desta revisão, publicada em 2000 e atualizada em 2013, foi avaliar a efetividade dos produtos de uso tópico à base de plantas medicinais. Foram incluídos sete estudos que avaliaram diferentes intervenções (tipos de plantas) e por isso não foram comparáveis entre si. Um estudo de evidência moderada, com 174 participantes com OA nas mãos, mostrou efeito semelhante entre o uso do gel com arnica e o ibuprofeno. O número total de eventos adversos foi maior no grupo que utilizou arnica (13% *versus* 8%). Um estudo de evidência moderada, com 99 participantes com OA de joelho, utilizou o gel com extrato de *Capsicum* comparado com placebo, e observou que não houve melhora de dor ou função, além de o produto estar associado à irritação da pele e sensação de queimação. Outro estudo de evidência moderada, com 220 pessoas com OA de joelho, mostrou que, quando comparado ao placebo, o gel de extrato de confrei pode melhorar a dor, sem aumentar a ocorrência de eventos adversos. Embora o mecanismo de ação dos produtos tópicos derivados de plantas medicinais tenha coerência científica para justificar seu uso, não há estudos suficientes que comprovam esse resultado. O gel de arnica é efetivo em diminuir os sintomas da OA, porém mostrou eventos adversos iguais (ou piores) que o ibuprofeno. Gel de confrei provavelmente melhora a dor, e o gel de *Capsicum* provavelmente não melhora a dor nem a função nas doses estudadas. Mais estudos de alta evidência são necessários para justificar o uso desses medicamentos.

11. Ultrassom terapêutico para osteoartrite de joelho e quadril¹⁵

O ultrassom terapêutico é uma das modalidades de fisioterapia sugeridas para o controle da dor e melhora da função para OA. O objetivo dessa revisão foi comparar os efeitos do ultrassom terapêutico com placebo ou nenhuma intervenção, sobre a dor e função das articulações do joelho ou do quadril acometidas por OA. Foram incluídos cinco estudos. Não foram encontrados estudos que incluíram participantes com OA de quadril, apenas de joelho. A qualidade da evidência foi baixa e há grande heterogeneidade entre os estudos. Em relação à dor, houve efeito significativo a favor do ultrassom comparado ao controle. Para a função física, houve uma tendência de efeito a favor do ultrassom. Não foram relatados eventos adversos graves decorrentes da intervenção. Dessa forma, conclui-se que o ultrassom terapêutico pode ser benéfico para pacientes com OA de joelho, embora a baixa qualidade da evidência torne a magnitude do efeito incerta para o alívio da dor e a melhora da função.

12. Adenosilmetionina-S para osteoartrite de joelho e quadril¹⁶

A adenosilmetionina-S (AM-S) é uma substância química produzida e presente normalmente no nosso organismo, mas é considerada um suplemento dietético popular disponível em farmácias e lojas de produtos naturais. A AM-S pode ser um tratamento viável para OA, embora ainda não haja evidência suficiente. O objetivo dessa revisão foi comparar o uso da AM-S com placebo ou com nenhuma intervenção, em relação à dor, função e segurança, para pacientes com OA de joelho e quadril. Foram incluídos quatro estudos que compararam a AM-S ao placebo. Entretanto, devido à baixa qualidade da evidência e a inclusão de estudos pequenos, os resultados desta revisão são questionáveis e inconclusivos. Os efeitos da AM-S na melhora da dor e da função, apesar de pequenos, podem ser clinicamente relevantes, o que torna necessária a realização de mais ensaios clínicos randomizados, com tamanho adequado da amostra. Até o momento, o uso rotineiro da AM-S não deve ser recomendado para pacientes com OA de joelho e quadril.

13. Debridamento artroscópico para osteoartrite de joelho¹⁷

Alguns estudos observacionais mostraram que debridamento por artroscopia (DA) pode ser benéfico na OA de joelho, porém outros estudos mais recentes evidenciaram resultados conflitantes que podem sugerir que o DA não é tão efetivo. O objetivo dessa revisão foi identificar a eficácia do DA na OA de joelho, em relação à melhora da dor e da função física. Foram incluídos três estudos de qualidade moderada. Um estudo comparou o DA com a limpeza cirúrgica e placebo. Comparado à limpeza, não houve diferença entre os grupos. Comparado ao placebo, o estudo mostrou resultados desfavoráveis ao DA para dor e função. Um estudo com alto risco de viés mostrou que a DA reduz significativamente a dor quando comparado com a limpeza cirúrgica. Outro estudo com alto risco de viés comparou o DA com a limpeza fechada e não encontrou diferença entre os grupos. Com base nos três estudos, os autores concluíram que há alta evidência de que o DA não proporcione benefício algum para os pacientes com qualquer tipo de OA (de causa mecânica ou inflamatória).

14. Tramadol para osteoartrite¹⁸

O tramadol tem sido cada vez mais usado no tratamento da OA, uma vez que, ao contrário dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), o tramadol não causa sangramento gastrointestinal ou problemas renais. O objetivo dessa revisão foi avaliar os efeitos do tramadol oral sobre a dor, a função física, e obter dados a respeito da duração do efeito e da segurança da

droga, em pacientes com OA. Foram incluídos 11 estudos com pacientes que receberam tramadol ou tramadol/paracetamol comparados ao placebo ou ao tratamento ativo. Os pacientes que receberam tramadol tiveram redução significativa da dor, quando comparados ao placebo. Contudo, ainda não está claro se o efeito do tramadol ou tramadol/paracetamol é benéfico quando comparado a drogas ativas.

15. Viscosuplementação para tratamento de osteoartrite de joelho¹⁹

O objetivo desta revisão foi analisar os efeitos da “viscosuplementação” no tratamento da OA de joelho. Setenta e seis ensaios clínicos foram identificados. O tempo de *follow up* dos estudos variou de um dia (dia da infiltração) a 18 meses. As principais comparações realizadas foram: infiltração de ácido hialurônico versus placebo (40 estudos), infiltração de corticoide versus placebo (10 estudos), anti-inflamatório não esteroide versus placebo (seis estudos). As metanálises sobre a viscosuplementação comparada ao placebo em geral apoiaram a efetividade desta intervenção. Nessas mesmas análises, foram observados efeitos diferentes para os diferentes produtos em diferentes variáveis e momentos de avaliação da intervenção (*follow up*). Poucos eventos adversos foram relatados. A viscosuplementação parece ser um tratamento efetivo para OA de joelho com os seguintes efeitos benéficos: melhora da dor, da função e da avaliação global do paciente. Entretanto, esses resultados devem ser avaliados com cautela devido à grande variabilidade entre os estudos incluídos nessa revisão.

16. Termoterapia para o tratamento da osteoartrite²⁰

Essa revisão teve como objetivo avaliar a efetividade da termoterapia no tratamento da OA de joelho. Os desfechos de interesse foram: alívio da dor, redução do edema e melhora da função. Foram incluídos três estudos heterogêneos. Um estudo comparou 20 minutos de massagem diária com gelo (durante três semanas) a um grupo controle (sem intervenção), e demonstrou benefício clínico significativo no aumento da força muscular do quadríceps, na amplitude de movimento de flexão do joelho e no estado funcional do paciente. Um estudo mostrou que a aplicação de bolsa de gelo diminui o edema. As compressas quentes não mostraram efeito benéfico sobre o edema em comparação ao placebo ou à aplicação do frio. A aplicação de bolsas de gelo não teve efeito sobre a dor em relação ao controle. Ainda são necessários mais estudos para comprovar a efetividade dessa intervenção.

DISCUSSÃO

O tratamento da OA representa um grande desafio, considerando que (a) está associada a uma diversidade de fatores

etiológicos e complicadores, (b) grande parte das opções terapêuticas não possui respaldo científico sobre sua efetividade e segurança e (c) estas opções atualmente baseiam-se na melhora de sintomas, não tendo como alvo a causa de base da doença.^{21,22}

Entre as 16 revisões sistemáticas Cochrane incluídas nesta *overview*, 6 avaliavam tratamentos cirúrgicos e 10 avaliavam opções medicamentosas ou métodos de fisioterapia. Nenhuma revisão avaliou a efetividade de medidas preventivas, incluindo atividade física e perda de peso, que, na prática, são recomendadas com frequência tanto para profilaxia como para o tratamento.

Assim, mesmo sendo a OA altamente prevalente em todo o mundo em várias faixas etárias, esta *overview* mostrou que a prevenção e o manejo da doença e de suas complicações ainda são baseados em evidências de baixa qualidade. Desfechos relevantes para os pacientes, como qualidade de vida, controle da dor e melhora da função articular, não têm sido rotineiramente considerados nos estudos primários. A falta de evidência ou a presença de evidências limitadas aumentam a incerteza na tomada de decisão do profissional e abrem espaço para utilização de opções “terapêuticas” que podem oferecer mais riscos do que benefícios.

Mais estudos são também necessários para definir a progressão de sintomas dos pacientes, que é muito variável. Ainda não se sabe claramente por que alguns pacientes apresentam dor, porém sem alterações radiológicas, enquanto outros apresentam notáveis mudanças em sua radiografia, porém sem sintoma algum.

Estudos avaliando medidas preventivas, bem como opções terapêuticas não invasivas e não medicamentosas seriam importantes, considerando que a maioria dos pacientes com OA primária é composta por pessoas mais velhas com algumas comorbidades e que já usam um número considerável de medicamentos.

Por outro lado, o desenvolvimento de medicamentos com efeito modificador da doença, como agentes que atuam, por exemplo, na sinovite ou nas lesões ósseas associadas à osteoartrite, certamente melhoraria o prognóstico, incluindo uma melhor qualidade de vida e independência motora de pacientes com OA.

CONCLUSÃO

As revisões sistemáticas Cochrane mostraram que existe algum grau de evidência sobre as intervenções abaixo para OA:

- A diacereína apresenta um efeito mínimo na melhora da dor e na progressão da perda do espaço articular na OA de quadril.
- Piasclédine (*Persea gratissima*, derivada do abacate) parece melhorar os sintomas da OA no curto prazo.

- Tramadol ou tramadol/paracetamol parece melhorar a dor e a função articular na OA, embora esses benefícios sejam pequenos.
- O gel de arnica parece ser semelhante ao ibuprofeno na melhora da dor da OA de mãos, porém pode se associar a maior número de eventos adversos.
- O gel de confrei parece melhorar a dor na OA de joelho
- O gel de *Capsicum* parece não melhorar a dor e a função em pessoas com OA de joelho, e se associou a irritação no local de aplicação.
- A termoterapia com compressas geladas parece reduzir o edema e melhorar a função na OA de joelho, mas não melhora a dor.
- A termoterapia com compressas quentes parece não ter efeito benéfico na OA de joelho.
- Terapia com campo eletromagnético pode melhorar a dor na OA, mas os benefícios sobre a função física e a qualidade de vida são incertos.
- A ultrassonografia terapêutica parece melhorar a dor na OA de joelho e de quadril, mas não se sabe a magnitude dessa melhora.
- A viscosuplementação parece melhorar a dor, a função e a avaliação global do paciente com OA de joelhos.

Contudo, este efeito não foi observado com todas as substâncias utilizadas.

- O debridamento artroscópico parece não melhorar dor e função na OA de joelhos.
- A osteotomia não parece melhorar dor e função da OA de joelhos.
- A conduta de manter ou a conduta de retirar o ligamento cruzado posterior durante artroplastia total de joelho por OA parecem ter efeitos semelhantes na dor e função do joelho.
- Artroplastia total de joelho com prótese com plataforma rotatória ou plataforma fixa em pacientes com OA secundária a artrite reumatoide mostraram efeito semelhante na dor, qualidade de vida e função.

As revisões sistemáticas Cochrane existentes mostraram que ainda faltam evidências sobre os efeitos das seguintes intervenções para OA:

- Opioides transdérmicos.
- Suplemento oral de adenosilmetionina-S.
- Tramadol ou tramadol/paracetamol quando comparados com um tratamento ativo (analgésicos não opioides, anti-inflamatórios).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. Chronic rheumatic conditions. Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>. Acessado em 2016 (23 mai).
2. Maetzel A, Li LC, Pencharz J, et al. The economic burden associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and hypertension: a comparative study. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(4):395-401.
3. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum*. 2000;43(9):1905-15.
4. Belo JN, Berger MY, Reijman M, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies. *Arthritis Rheum*. 2007;57(1):13-26.
5. Witteveen AG, Hofstad CJ, Kerkhoffs GM. Hyaluronic acid and other conservative treatment options for osteoarthritis of the ankle. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD010643.
6. Duivenvoorden T, Brouwer RW, van Raaij TM, et al. Braces and orthoses for treating osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;3:CD004020.
7. Hofstede SN, Nouta KA, Jacobs W, et al. Mobile bearing vs fixed bearing prostheses for posterior cruciate retaining total knee arthroplasty for postoperative functional status in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2:CD003130.
8. Brouwer RW, Huizinga MR, Duivenvoorden T, et al. Osteotomy for treating knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD004019.
9. da Costa BR, Nüesch E, Kasteler R, et al. Oral or transdermal opioids for osteoarthritis of the knee or hip. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;9:CD003115.
10. Cameron M, Chrubasik S. Oral herbal therapies for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;5:CD002947.
11. Fidelix TS, Macedo CR, Maxwell LJ, Fernandes Moça Trevisani V. Diacerein for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2:CD005117.
12. Li S, Yu B, Zhou D, et al. Electromagnetic fields for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12:CD003523.
13. Verra WC, van den Boom LG, Jacobs W, et al. Retention versus sacrifice of the posterior cruciate ligament in total knee arthroplasty for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD004803.
14. Cameron M, Chrubasik S. Topical herbal therapies for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:CD010538.
15. Rutjes AW, Nüesch E, Sterchi R, Jüni P. Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD003132.
16. Rutjes AW, Nüesch E, Reichenbach S, Jüni P. S-Adenosylmethionine for osteoarthritis of the knee or hip. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD007321.
17. Laupattarakasem W, Laopaiboon M, Laupattarakasem P, Sumananont C. Arthroscopic debridement for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD005118.

18. Cepeda MS, Camargo F, Zea C, Valencia L. Tramadol for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD005522.
19. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, et al. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD005321.
20. Brosseau L, Yonge KA, Robinson V, et al. Thermotherapy for treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD004522.
21. Hunter DJ, Schofield D, Callander E. The individual and socioeconomic impact of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10(7):437-41.
22. National Clinical Guideline Centre. Osteoarthritis. Care and management. NICE Clinical Guideline 177. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG177>. Acessado em 2016 (24 mai).