



VI Fórum Estadual Integrado de
**Tuberculose
e Hanseníase**

Data: 04 e 05 de abril

Horário: 8 h

Local: Auditório da Associação
Piauiense de Municípios
(APPM/PI)



SECRETARIA
DA SAÚDE - SESAPI



Hanseníase - Exame dermatoneurológico (EDN) e teste rápido

PROFA. DRA. OLÍVIA DIAS 2024

Hanseníase

Aspectos conceituais

HANSENÍASE - CONCEITOS BÁSICOS



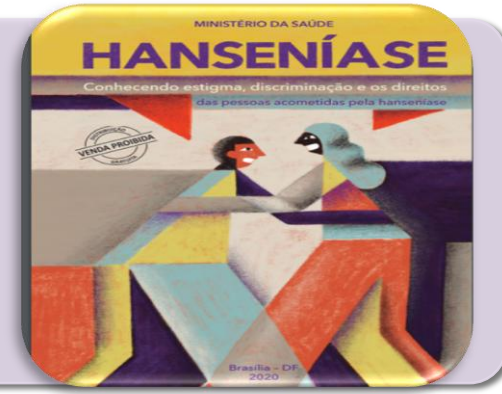
**LESÕES
NEUROLÓGICAS**



**LESÕES
CUTÂNEAS**



**FENÔMENOS
IMUNOLÓGICOS**



**ESTIGMA E
PRECONCEITO**

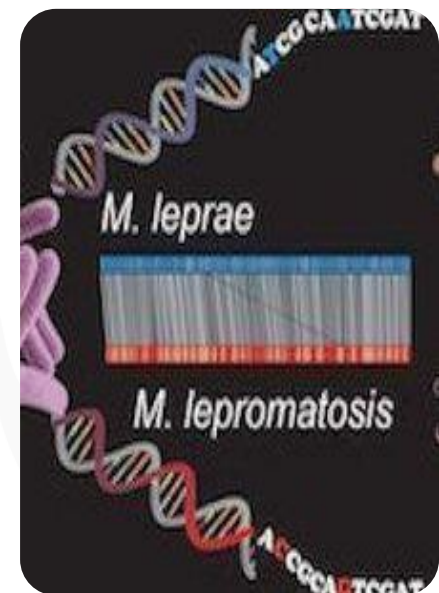
MYCOBACTERIUM LEPRAE

- Armauer Hansen - 1873
- Parasito intracelular obrigatório
- Reprodução lenta = 11 a 16 dias
- Período de incubação = 2 a 5 anos
- Cultura = não existe (apesar de todas as bactérias responsáveis por infecções no homem já terem sido isoladas em laboratório. Até o *T.pallidum* um dos mais resistentes foi possível ser cultivado em cultura de tecido em 1981)
- Inoculação pata de camundongo / tatu



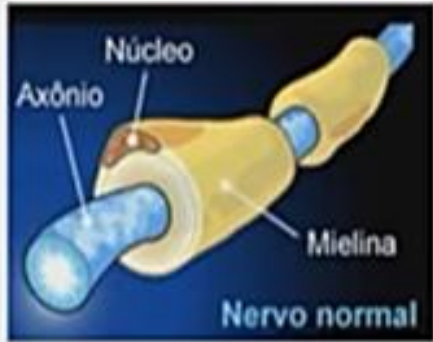
MYCOBACTERIUM LEPROMATOSIS

- ✓ Em 2008, um estudo mostrou evidências consideráveis de que outra espécie de bactéria, *M. lepromatosis*, causa uma forma distinta e agressiva da doença chamada “hanseníase lepromatosa difusa”, encontrada no México e no Caribe. Componente zoonótico?
- ✓ Identificada como uma nova espécie e segundo agente causal da doença de Hansen (DH, ou lepra) em 2008, 150 anos após a doença ter sido atribuída pela primeira vez a *Mycobacterium leprae*;
- ✓ Parasito intracelular obrigatório
- ✓ A DH causada pela *M. lepromatosis* tem sido relatados por três países endêmicos: Brasil, Mianmar e Filipinas, e três países não endêmicos: México, Malásia, e Estados Unidos.
- ✓ Os genomas das duas espécies de bactérias causadoras da hanseníase foram comparados. O estudo mostra como as duas espécies evoluíram a partir de um ancestral comum há 13,9 milhões de anos ESTUDO FEITO PELA École Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL)



Agressão ao Sistema nervosa provoca interrupção ou diminuição da velocidade dos impulsos elétricos

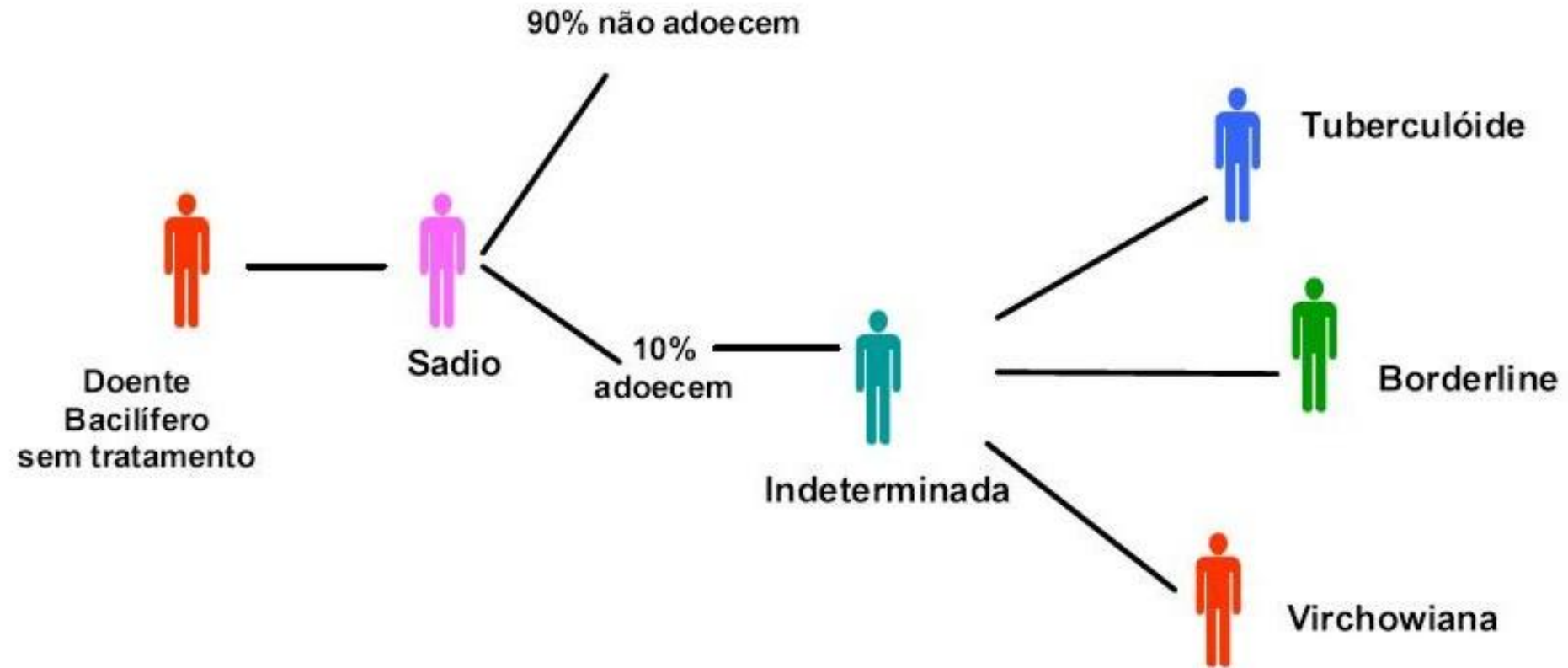
Comprometimento dos nervos pelo *Mycobacterium leprae*



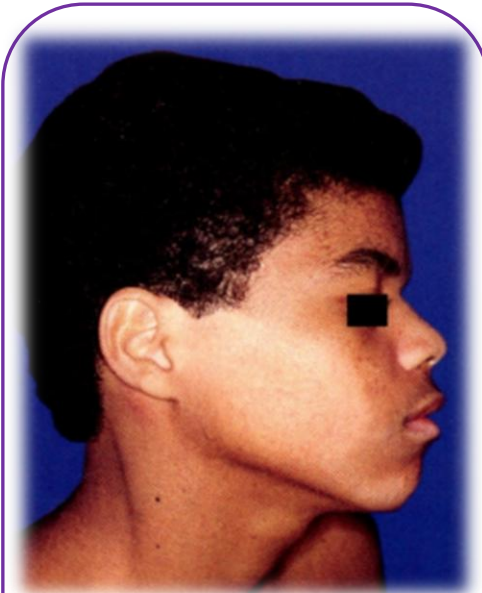
Comprometimento dos nervos pelo *Mycobacterium leprae*



Hanseníase - Patogenia



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



Manchas claras, ou avermelhadas



Placas, nódulos



Infiltração generalizada



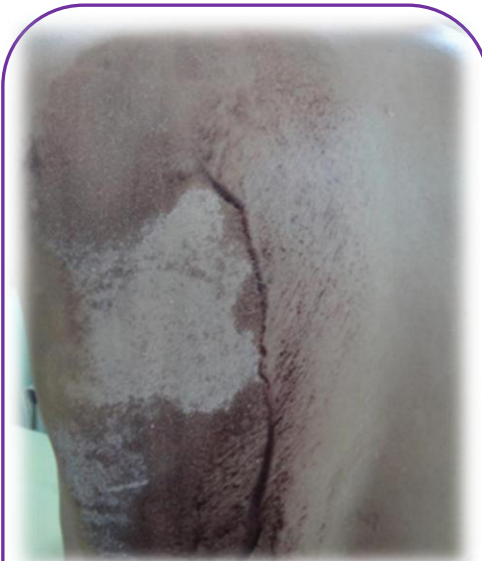
Xerodermia (pele seca e áspera)



Ictiose (ressecamento “escama de peixe” em ilhas)

FONTE: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3348>, Google imagens

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



Anidrose (redução ou ausência suor)



Queda de pelos



Diminuição ou ausência de **Sensibilidade** tér, dor - tátil



Amiotrofia 1º interósseo na região hipotenar



Manchas que **SEM prurido e não doem**

FONTE: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3348>, Google imagens

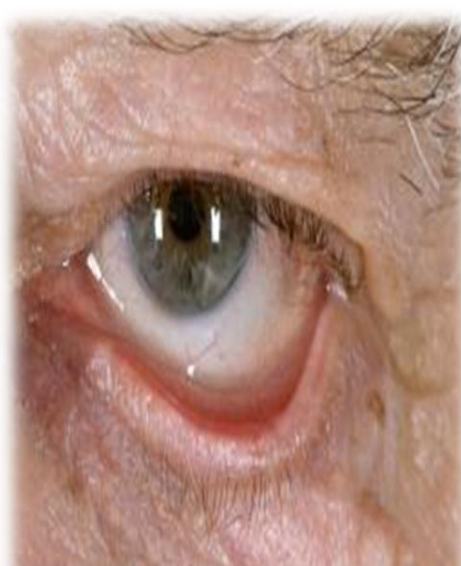
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



Lagoftalmo



Triquíase



Ectrópio

Dores articulares

Dores neurais

Formigamentos
(parestesias)

Todas as pessoas
que tem contato
com doente
contagante
“pegam”
hanseníase?

- Não!
- É necessário **contato prolongado**, como a convivência de familiares na mesma residência ou fora dela
- Também depende da condição imunológica
- **90%** da população adulta **tem resistência** contra a doença



DEFINIÇÃO DE CASO

O Ministério da Saúde do Brasil define um caso de hanseníase pela presença de pelo menos **um ou mais dos seguintes critérios**, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase:

- 1) Lesão(oes) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
- 2) Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- 3) Presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele.

DEFINIÇÃO DE CONTATO

Contato domiciliar: toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não.

Atenção especial deve ser dada aos familiares do caso notificado, por apresentarem maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no domicílio do caso.

Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, mesmo sem vínculo familiar, sobretudo, àqueles que frequentem o domicílio do doente ou tenham seus domicílios frequentados por ele.

DEFINIÇÃO DE CONTATO

Contato social: toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiares ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado.

Os contatos sociais que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.

DEFINIÇÃO DE CONTATO

Atenção especial deve ser dada aos **familiares do doente** (pais, irmãos, avós, netos, tios, etc.), por estarem inclusos no grupo de maior risco de adoecimento, **mesmo que não residam no mesmo domicílio.**

Tanto os contatos domiciliares quanto os sociais deverão ser identificados **a partir do consentimento do caso notificado**, buscando-se estabelecer estratégias de acolhimento e aconselhamento que permitam abordagem qualificada e ética, prevenindo situações que potencializem diagnóstico tardio, estigma e preconceito.

EXAME DERMATONEUROLÓGICO: por que fazer?

O diagnóstico de hanseníase é em sua essência **clínico e epidemiológico**.

Para quebrar a cadeia de transmissão e evitar sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado. É necessário especial atenção às **crianças e idosos**.

A OMS recomenda a utilização de estratégias inovadoras, como a intensificação do exame dos **contatos intradomiciliares** e o monitoramento das populações que vivem em áreas de difícil acesso e nas periferias urbanas, para a realização do diagnóstico precoce a fim de reduzir a prevalência oculta e a ocorrência de diagnóstico de casos com GIF 2 instalado.

EXAME DERMATONEUROLÓGICO: por que fazer?

A estratégia preconizada no Brasil para diagnóstico de hanseníase em contatos é o **exame dermatoneurológico (EDN)**.

Para identificar lesões e/ou áreas da pele com alteração da sensibilidade, espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas

Para alcançar uma vigilância com qualidade e efetividade epidemiológica no controle de hanseníase é necessário o fortalecimento da avaliação clínica por EDN como estratégia prioritária.

EXAME DERMATONEUROLÓGICO: quando fazer?

Recomenda-se a avaliação dermatoneurológica pelo **menos uma vez ao ano, por pelo menos (5) anos**, de **todos os contatos domiciliares e sociais** que não foram identificados como casos de hanseníase na avaliação inicial, independentemente da classificação operacional do caso notificado – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).

Após esse período esses contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.

EXAME DERMATONEUROLÓGICO: como fazer?

Instrumentos;
Protocolos;

Equipamentos necessários*: estesiômetros, caneta esferográfica com bocal, monofilamentos, água morna e fria (uma garrafa térmica para água quente (não pode ser apenas morna) e um copo com água e gelo), lanterna clínica, algodão, éter, agulha de insulina esteril, dois tubos de ensaio de vidro de 5ml, com a tampa de borracha.



Guia prático sobre a hanseníase, 2017

Investigação epidemiológica de hanseníase



- **ANAMNESE** dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase;
- **EXAME DERMATONEUROLÓGICO** e;
- **VACINAÇÃO BCG**

Guia prático sobre a hanseníase, 2017

Instrumentos

1. Ficha busca ativa de casos/contatos –USP
2. Ficha avaliação EDN – UFPI- DEPENF
3. Protocolo EDN- UFPI- DEPENF

SUSPEIÇÃO DE HANSEIASE NA ATENÇÃO BÁSICA (ACS)						
PROPOSTA CRND SHANSEN-HCFMRPUSP			Data: ___/___/___			
Entrevistador: _____			Cidade: _____			
FAMÍLIA nº: _____ Telefones: () _____						
End: _____			Bairro: _____			
Contato: () Sim () Não			Nome caso índice:			
SINAIS E SINTOMAS			INDIVÍDUOS INTERROGADOS			
Iniciais dos nomes (contatos)						
Grau de parentesco/relação						
Idade						
			Marque com "X" se presença de alteração = Agendamento consulta UBS			
Sente dormências nas mãos e/ou pés?						
Formigamentos?						
Sensação de picadas, agulhadas?						
Câimbras, mais em repouso e à noite?						
Áreas adormecidas na pele?						
Manchas na pele?						
Caroços no corpo?						
Dor nos nervos?						
Inchaços nas mãos e nos pés?						
Inchaços no rosto?						
Fraqueza nas mãos?						
Dificuldade de abotoar camisa? Por óculos? De escrever?						
Fraqueza nos pés? Dificuldade de calçar sandálias, chinelos?						
Perda dos cílios?						
Perda da sobrancelhas?						
Alteração é de nascença? SIM = X						
Observações:						
Nomes completo dos contatos						
1) _____						
2) _____						
3) _____						

Busca ativa de casos/contatos

Fonte: Prof. Marco Andrey HCFMRPUSP

Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde
Gerencia de vigilância em Saúde

Projeto Abordagens Inovadoras para Intensificar Esforços para um Brasil Livre da Hanseníase
(Ministério da Saúde- Organização Pan-Americana de Saúde – Fundação NIPPON)

UBS: _____ ESF: _____ DATA: ___ / ___ / ___

FICHA PARA AVALIAÇÃO DE CONTATOS EM HANSENÍASE

1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	Estado: _____
Contato Domiciliar () Contato Social ()	
Sexo: () M () F	Nasc. ___/___/___ Cartão Sus: _____
Caso índice: _____	Ano PQT: inicio: _____ alta: _____
Grau de parentesco/relação (contato com caso índice): _____	
Tratamento anterior de hanseníase (contato): () Não () Não lembro/Não sei () Sim, qual ano?: _____	

Fonte: Profa.
Olívia Dias
DEPENF-UFPI



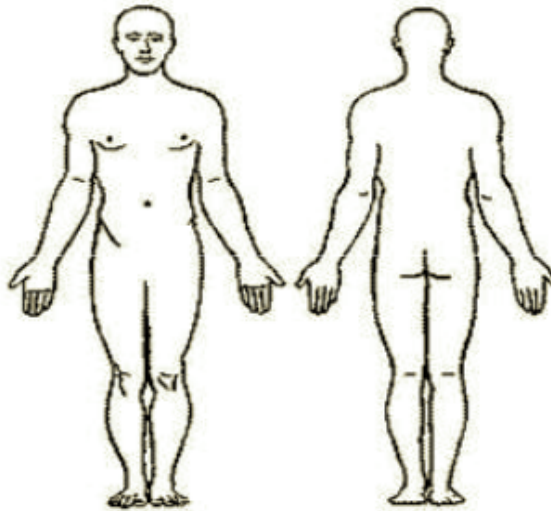
FICHA AVALIAÇÃO DE CONTATOS- UFPI- cont.

2. ANAMNESE (marcar S para SIM, N para NÃO)	
<input type="checkbox"/> Dormência	<input type="checkbox"/> Neurite
<input type="checkbox"/> Formigamento	<input type="checkbox"/> Agulhada
<input type="checkbox"/> Triquíase (inversão dos cílios)	<input type="checkbox"/> Ectrópio (eversão da margem palpebral)
<input type="checkbox"/> Edema mãos e/ ou pés	<input type="checkbox"/> Edema facial
<input type="checkbox"/> Fraqueza nas mãos	<input type="checkbox"/> Fraqueza nos pés
<input type="checkbox"/> Mãos em garra	<input type="checkbox"/> Pés em garra
<input type="checkbox"/> Perda de cílios	<input type="checkbox"/> Perda de sobrancelhas
<input type="checkbox"/> Entupimento, sangramento, ferida ou ressecamento do nariz	<input type="checkbox"/> Ressecamento nos olhos
<input type="checkbox"/> Úlceras de pernas e pés	<input type="checkbox"/> Câimbras noturnas
<input type="checkbox"/> Outros:	

FICHA AVALIAÇÃO DE CONTATOS- UFPI- cont.

3. EXAME DERMATONEUROLÓGICO – EDN (marcar S para SIM, N para NÃO)

MARQUE NO DESENHO O LOCAL DA(S) MANCHA(S)



3.1 Sinais Dermatológicos (marque com um X)

- () Áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato;
- () Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local;
- () Pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas;

FICHA AVALIAÇÃO DE CONTATOS- UFPI- cont.

3.2 Avaliação da Sensibilidade Térmica (marque com um X)

Preservada Hipoestesia Anestesia Hiperestesia

3.3 Avaliação da Sensibilidade Dolorosa (marque com um X)

Preservada Hipoestesia Anestesia Hiperestesia

3.4 Avaliação da Sensibilidade Tátil (marque com um X)

Preservada Hipoestesia Anestesia Hiperestesia

3.5 Avaliação Neurológica

Membros Superiores	Direito	Esquerdo
Radial		
Ulnar		
Mediano		
Membros Inferiores	Direito	Esquerdo
Fibular		
Tibial Posterior		

Legenda: N= Normal E= Espessado D=Dor

4. CONDUTAS/ ENCAMINHAMENTOS

BCC Serviço de referência Urcio de BCT, caso confirmado Avaliação

FICHA AVALIAÇÃO DE CONTATOS- UFPI- cont

4. **CONDUTAS/ ENCAMINHAMENTOS**

BCG Serviço de referencia Início de PQT- caso confirmado Avaliação anual

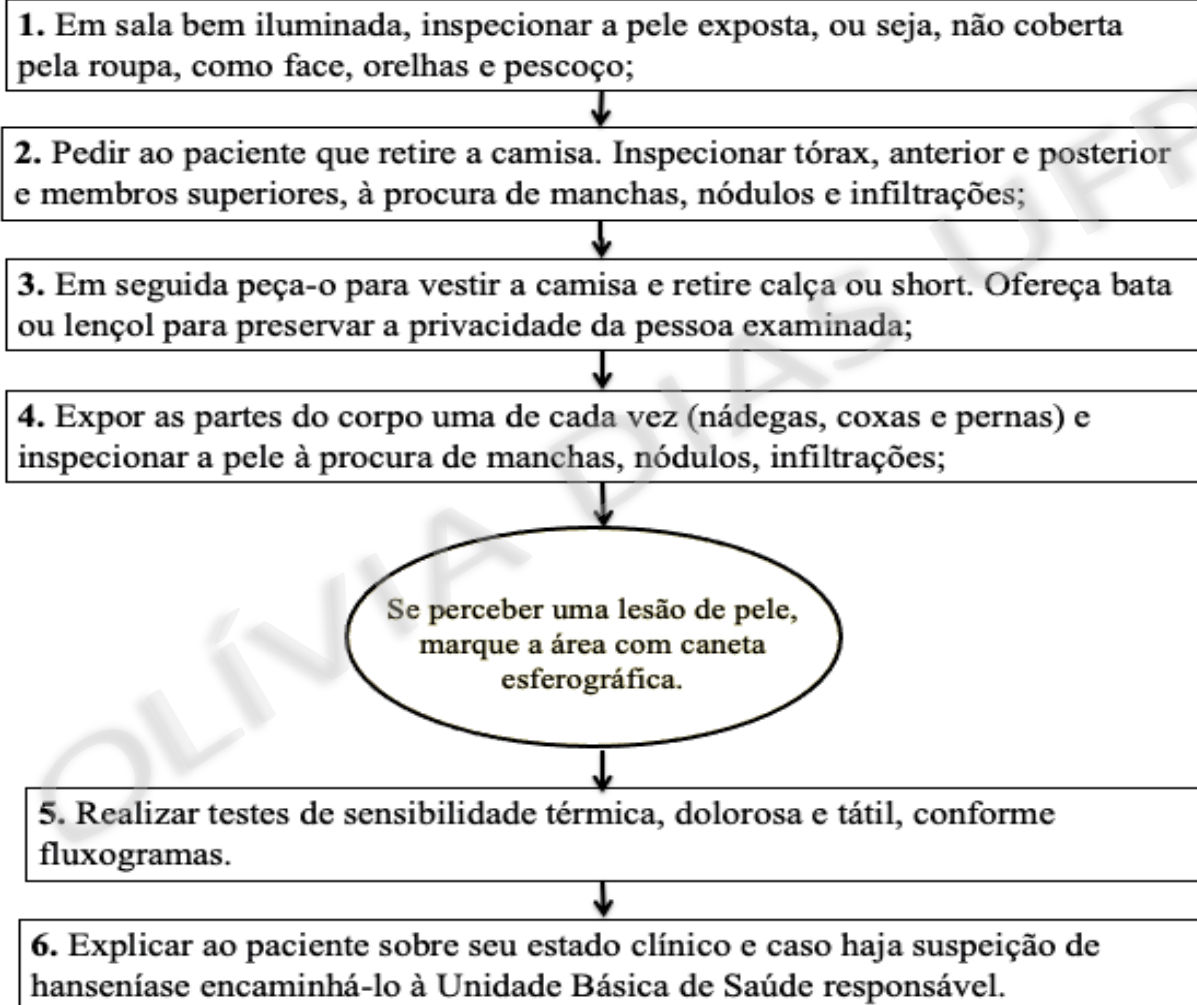
Profissional(assinatura e carimbo)

Elaborado por Universidade Federal do Piauí- Departamento de Enfermagem 2019.

Fonte: Profa. Olívia Dias - Grupo de Pesquisa Doenças Tropicais Negligenciadas **DEPENF-UFPI**.

PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF/ppgenf

PROCEDER AO EXAME DERMATOLÓGICO



**Utilizar celular
smartphone no
modo fotografia
como um
escanner da pele**

Exame dermatológico

- 5 Inicie a avaliação com o paciente de olhos vendados, comparando sempre **lesão e periferia da lesão**, de maneira alternada e, as vezes, simulada (sem tocar). Fique atento às respostas e condicionamento do paciente.
- 6 Marque previamente com caneta pequenos sinais para garantir precisamente os pontos a serem testados, tornando-os
 - + se **NORMOESTESIA**,
 - se **HIPOESTESIA**, ou mantendo-o
 - 0 quando **ANESTESIA**. A hiperestesia é rara.
- 7 O teste é diagnóstico quando a maioria dos pontos de **HIPOESTESIAS** ou **ANESTESIAS** encontram-se dentro da(s) área(s) suspeitas, diferente da periferia de **NORMOESTESIAS**;
- 8 Ao final, torne o exame consciente visualmente ao paciente.

Exame dermatológico

Marcação das áreas de alterações da sensibilidade

NORMOESTESIA

+

HIPOESTESIA

-

ANESTESIA

0





Ausência de sinal do dermatografismo na área lesional no dorso, após 60 segundos;



Áreas insulares anestésicas coincidentes às áreas de ausência de vasodilatação (seta) por traçado reto e/ou puntual com uso da caneta para marcação de sensibilidade álgica com agulha (+/-).

PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF

PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO

- Identificar-se e acolher o paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito e porquê;

- Observe simetria de movimentos palpebrais e sobrancelhas (nervo facial), espessamento visível ou palpável nos nervos auriculares (A), ramos dorsais dos nervos radial e ulnar (B) e fibular superficial (C) e sural.



Examinar o paciente sempre preservando sua privacidade;
A PALPAÇÃO DE NERVOS deve ser realizada por **UM ÚNICO EXAMINADOR** para observar assimetrias, endurecimentos dor e sensação de choque

Fonte da imagens: Instituto Lauro Souza Lima apud BRASIL, 2017.

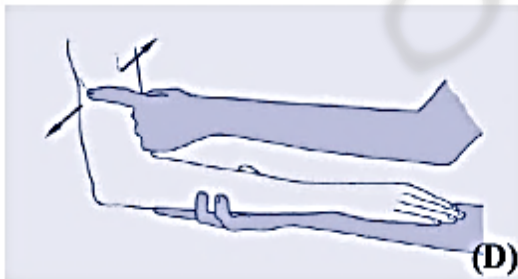
PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF

PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO

- Palpar nervo radial, ulnar, mediano, fibular comum e tibial posterior de ambos os membros (sempre comparando-os), verificando presença de espessamento e dor:

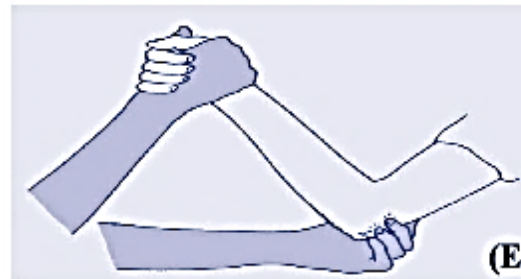
NERVO RADIAL

Cotovelo fletido (dobrado) com o antebraço apoiado na mão do examinador
Local da palpação: ao nível do braço, 2 dedos atrás da inserção do deltoide



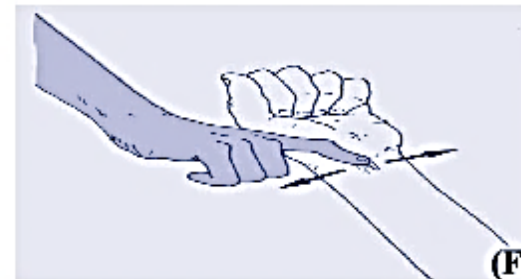
NERVO ULNAR

Cotovelo fletido (dobrado) com a mão do paciente apoiada no braço do avaliador
Local da palpação: ao nível do cotovelo, na goteira epitrocleana, “entre os dois ossinhos”



NERVO MEDIANO

Punho ligeiramente fletido (dobrado), mão ligeiramente fechada apoiada na mão do avaliador
Local da palpação: ao nível do punho entre os tendões



O **nervo mediano** é raramente papável pois é mais profundo. Frequentemente, percute-se o trajeto do nervo, de proximal para distal, para verificar a presença de dor ou choque (sinal de tinel)

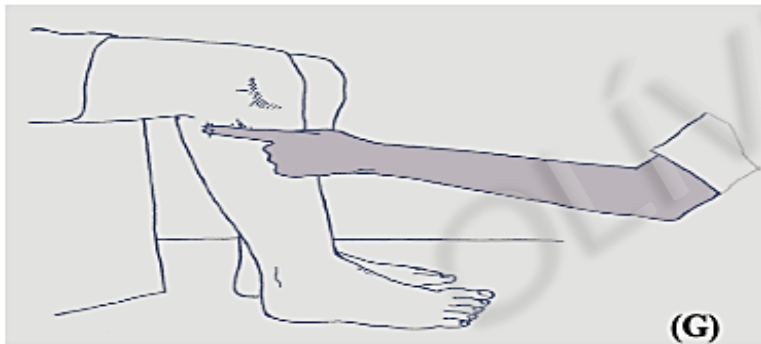
PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF

PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO

Palpar o nervo fibular comum e tibial posterior de ambos os membros (sempre comparando-os), verificando presença de espessamento e dor:

NERVO FIBULAR COMUM

Paciente sentado ou em pé, com joelho ligeiramente fletido (dobrado).
Local da palpação: ao nível da perna, 2 dedos atrás e abaixo da cabeça da fíbula.



NERVO TIBIAL POSTERIOR

Paciente sentado com pés apoiados no chão ou perna cruzada, apoiando o lado de uma perna sobre a outra.
Local da palpação: ao nível do tornozelo, atrás e abaixo do maléolo medial.



Fonte das imagens D, E, F, G, E H (BRASIL, 2008)

PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF

TESTE DE SENSIBILIDADE TÉRMICA

1. Separe dois tubos de ensaio de vidro e preencha um com água fria e outro com água morna;

2. Demonstre ao paciente o que vai ser feito, exemplificando em uma área sadia da pele que ele possa ver. Certifique-se que ele sente as temperaturas morna, quente ou fria;

3. Peça que feche os olhos ou coloque uma venda e proceda ao teste.



4. Teste dentro da lesão e compare com áreas saudias da pele adjacentes à lesão. Se houver diferença de percepção entre as áreas, com hipo ou anestesia dentro das lesões, confirma-se o diagnóstico.

5. Explicar ao paciente sobre seu estado clínico e caso haja suspeição de hanseníase encaminhá-lo à Unidade Básica de Saúde responsável.

Caso não haja disponibilidade de tubos de ensaio o teste pode ser feito com um algodão embebido com álcool ou éter, para simular o frio, e outro seco para simular o quente. Caso não haja nenhum desses materiais passe para o teste de sensibilidade dolorosa.

PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF

TESTE DE SENSIBILIDADE DOLOROSA

1. Com agulha de insulina demonstre ao paciente o que será feito.

2. Encoste a agulha nas lesões, com cuidado para não perfurar, e observe se há expressão de dor;

3. Alterne entre a ponta da agulha e a parte plástica e observe se o examinado(a) percebe a diferença. Certifique-se de que a percepção sentida é de dor (ai!)



Caso o examinado(a) seja criança não mostre a agulha. Se após testar a sensibilidade térmica persistir a dúvida, peça para mãe manter os olhos da criança fechados, encoste a agulha e observe a reação da criança.

4. Teste dentro da lesão e compare com áreas sadias da pele adjacentes à lesão. Se houver diferença de percepção entre as áreas, com hipo ou anestesia dentro das lesões, confirma-se o diagnóstico.

5. Explicar ao paciente sobre seu estado clínico e caso haja suspeição de hanseníase encaminhá-lo à Unidade Básica de Saúde responsável.

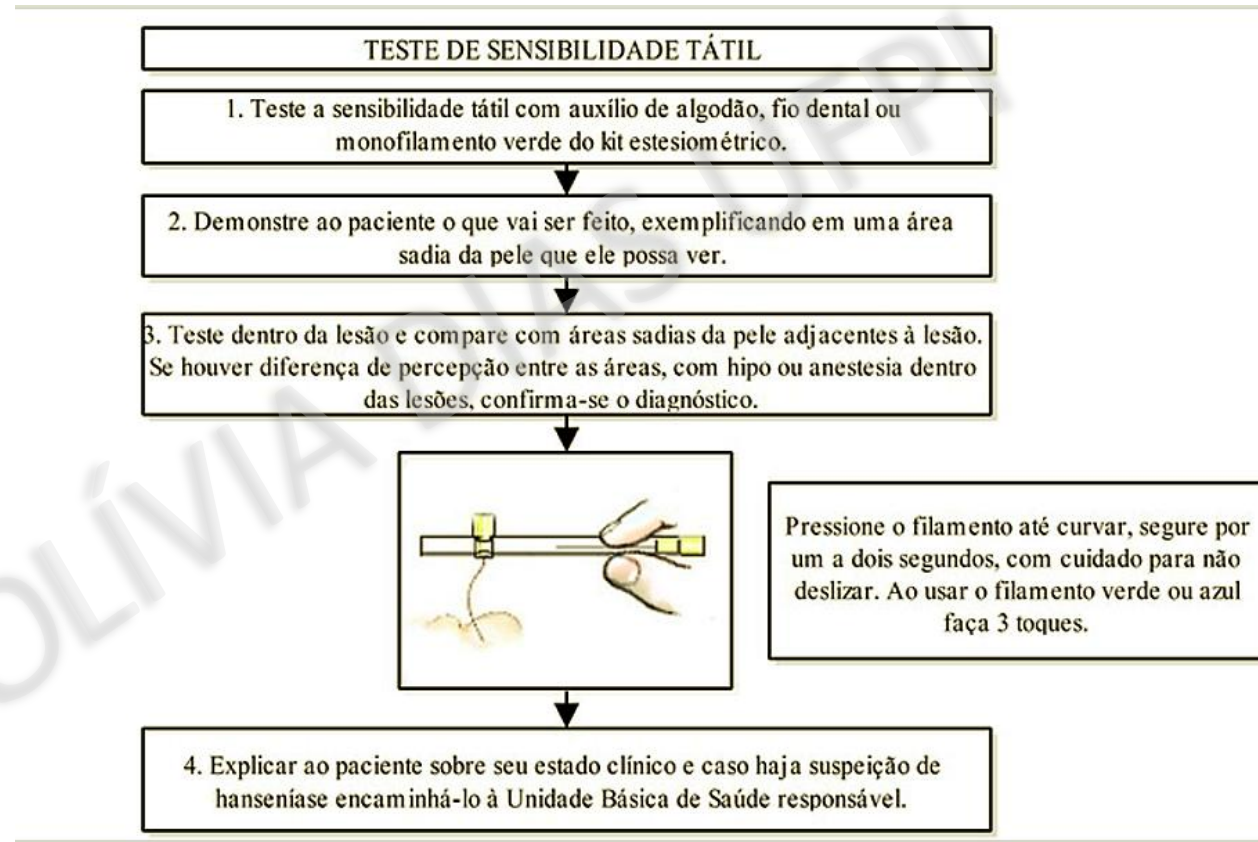
Teste de sensibilidade dolorosa

Utiliza-se objeto pontiagudo como agulha de insulina estéril.



FONTE: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3348>

PROTOCOLO EDN - UFPI/DEPENF



BCG- POR QUÊ?



Reduzirá a chance de desenvolver as formas mais graves e NÃO impedirá o desenvolvimento da doença.

A vacinação de todos os contatos poderia ser um meio eficaz na redução substancial na incidência da hanseníase no Brasil, se assegurada como rotina em todos os contatos de hanseníase

A eficácia da BCG-ID tem sido demonstrada como agente protetor da hanseníase entre os contatos intradomiciliares, potencialização a resposta imune do indivíduo infectado, evitando a sua progressão até o estado de doença ou sua influência no desenvolvimento da forma paucibacilar.

Lobato DC, et al. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase -2016.

BCG- POR QUÊ?



O seu efeito protetor está relacionado com a idade, assim como uma proteção adicional é conferida com a segunda dose.

O papel da vacina BCG-ID no controle da hanseníase foi objeto de estudo de uma metanálise que incluiu trabalhos publicados de janeiro de 1960 até junho de 2009 e levou em consideração variáveis que influenciam no grau de eficácia da vacina, tais como população-alvo, tipo de vacina utilizada e número de doses recebidas. Como resultado, os autores observaram que para as formas multibacilares a proteção foi de 76% (IC 95%: 69%-83%), sendo de 62% (IC 95%: 51%-73%) para as formas paucibacilares.

Lobato DC, et al. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase -2016.

BCG- QUANDO?

VACINAÇÃO BCG para os contatos sem presença de sinais e sintoma de hanseníase **no momento da avaliação**, não importando se são contatos de casos PB ou MB.

BCG- QUANDO?



Menores de 1 (um) ano de idade:

- Não vacinados: administrar 1 (uma) dose de BCG.
- Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal: **não** administrar outra dose de BCG.
- Comprovadamente vacinados que **não** apresentem cicatriz vacinal: administrar uma dose de BCG seis meses após a última dose.

A partir de 1 (um) ano de idade:

- Sem cicatriz: administrar 1 (uma) dose.
- Vacinados com 1 (uma) dose: administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior.
- Vacinados com 2 (duas) doses: **não** administrar outra dose de BCG.

Hanseníase

Aspectos diagnósticos na APS: casos suspeitos, NÃO contatos

FLUXOGRAMA 1 – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Solicitar Baciloscopia

CASO SUSPEITO DE HANSENÍASE (INDIVÍDUO NÃO CONTACTANTE)

- Lesões de pele esbranquiçadas e/ou avermelhadas persistentes e com diminuição de sensibilidade, da sudorese e/ou dos pelos;
- Áreas de pele com diminuição de sensibilidade, da sudorese e/ou dos pelos;
- Infiltração ou nódulos na face e pavilhões auriculares; obstrução e/ou sangramento nasal persistentes;
- Queixas de dormência, formigamento, sensação de agulhadas, nas mãos e/ou nos pés;
- Hipersensibilidade ou sensação do dor ou choque no trajeto de nervos periféricos;
- Áreas de dormência ou anestesia nas mãos e pés, especialmente quando há ferimentos ou queimaduras indolores;
- Diminuição da força muscular ou paralisias nas mãos, pés e/ou olhos;
- Incapacidades físicas adquiridas, visíveis nas mãos, pés e/ou olhos.

AValiação DERMATOLÓGICA
Inspeção da pele em toda a superfície corporal
Avaliação da sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) nas lesões de pele e/ou nas áreas referidas como dormentes

AValiação NEUROLÓGICA
Palpação dos nervos periféricos + Avaliação sensitiva e motora nas mãos, pés e olhos

ACHADOS CLÍNICOS 1
Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; e/ou
Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.

ACHADOS CLÍNICOS 2
Testes de sensibilidade cutânea duvidosos
Avaliação neurológica normal ou inconclusiva

ACHADOS CLÍNICOS 3
Comprometimento neural comprovado, com ausência de lesões cutâneas

DESCARTADO
Exclusão do protocolo. Investigar outras causas.

SOLICITAR BACILOSCOPIA

POSITIVA (IB > 0,0)

NEGATIVA (IB = 0,0)

CASO DE HANSENÍASE DEFINIDO
Definir classificação operacional + Definir grau de incapacidade física + Avaliar a presença de reações hansênicas + Notificar no SINAN

Até 5 lesões de pele e baciloscopia negativa
Hanseníase Paucibacilar (PB)
Iniciar tratamento farmacológico de 1ª linha na APS
PQTU por 6 meses
+ Tratamento de reações hansênicas, se houver

Mais de 5 lesões de pele e/ou 02 ou mais nervos periféricos comprometidos e/ou baciloscopia positiva
Hanseníase Multibacilar (MB)
Iniciar tratamento farmacológico de 1ª linha na APS
PQTU por 12 meses
+ Tratamento de reações hansênicas, se houver

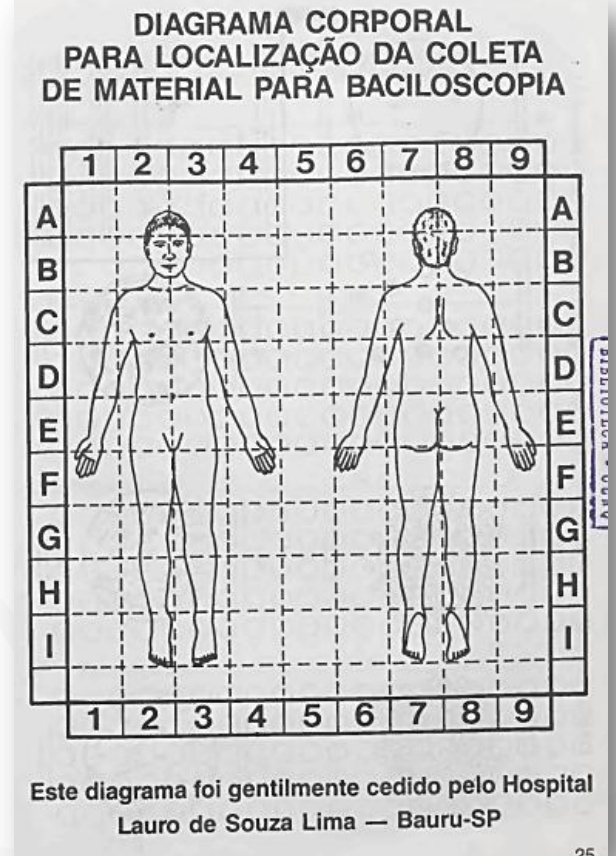
Encaminhar para avaliação na Atenção Especializada Fluxograma 2

BACILOSOCPA DE SEGUIMENTO

Importância dos sítios de coleta do material

Nos pacientes com lesões ativas, ou áreas com alteração da sensibilidade (dormentes), os esfregaços deverão ser feitos em 4 sítios, segundo a ordem de prioridade a seguir:

- Esfregaço de uma lesão ativa ou área com alteração da sensibilidade (dormentes), observando as recomendações abaixo, relativos ao local da coleta do material em cada tipo de lesão.
- Esfregaços de dois lóbulos auriculares (LOD, LOE).
- Esfregaço de cotovelo.
 - Na ausência de lesões ou áreas dormentes, colher o material de 4 locais (dois lóbulos auriculares e dois cotovelos).
- **Esses sítios de coleta deverão ser mantidos do início ao término do tratamento, devendo-se utilizar o diagrama corporal para marcação desses sítios, em cada paciente.**

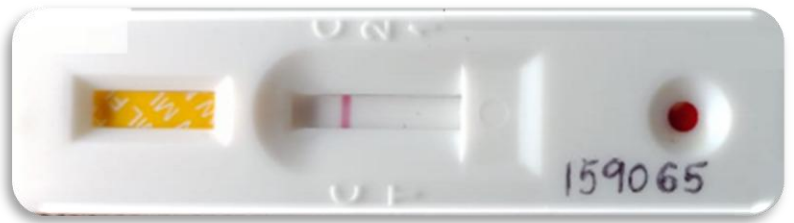




Hanseníase aspectos diagnósticos na APS: CONTATOS

SOROLOGIA POR ML FLOW

Registro ANVISA nº 10269360345 - BIOCLIN FAST ML FLOW

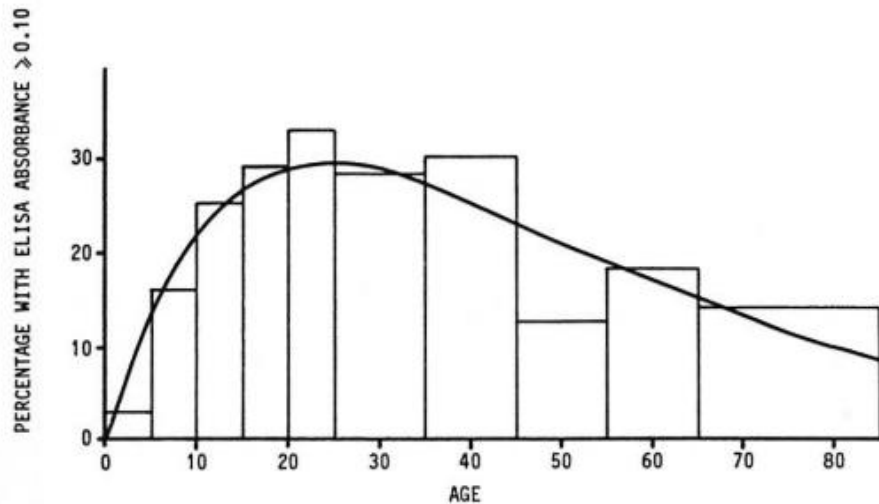


Agosto/2021

O teste ML Flow é um teste diagnóstico para hanseníase?

Inquérito sorológico em Malawi (África)
envolvendo 6.002 indivíduos

15-20% de positividade



Fine et al. Seroepidemiological studies of leprosy in Northern Malawi based on an enzyme-linked immunosorbent assay using synthetic glycoconjugate antigen. *Int J Lepr* 1988; 56(2): 243-54

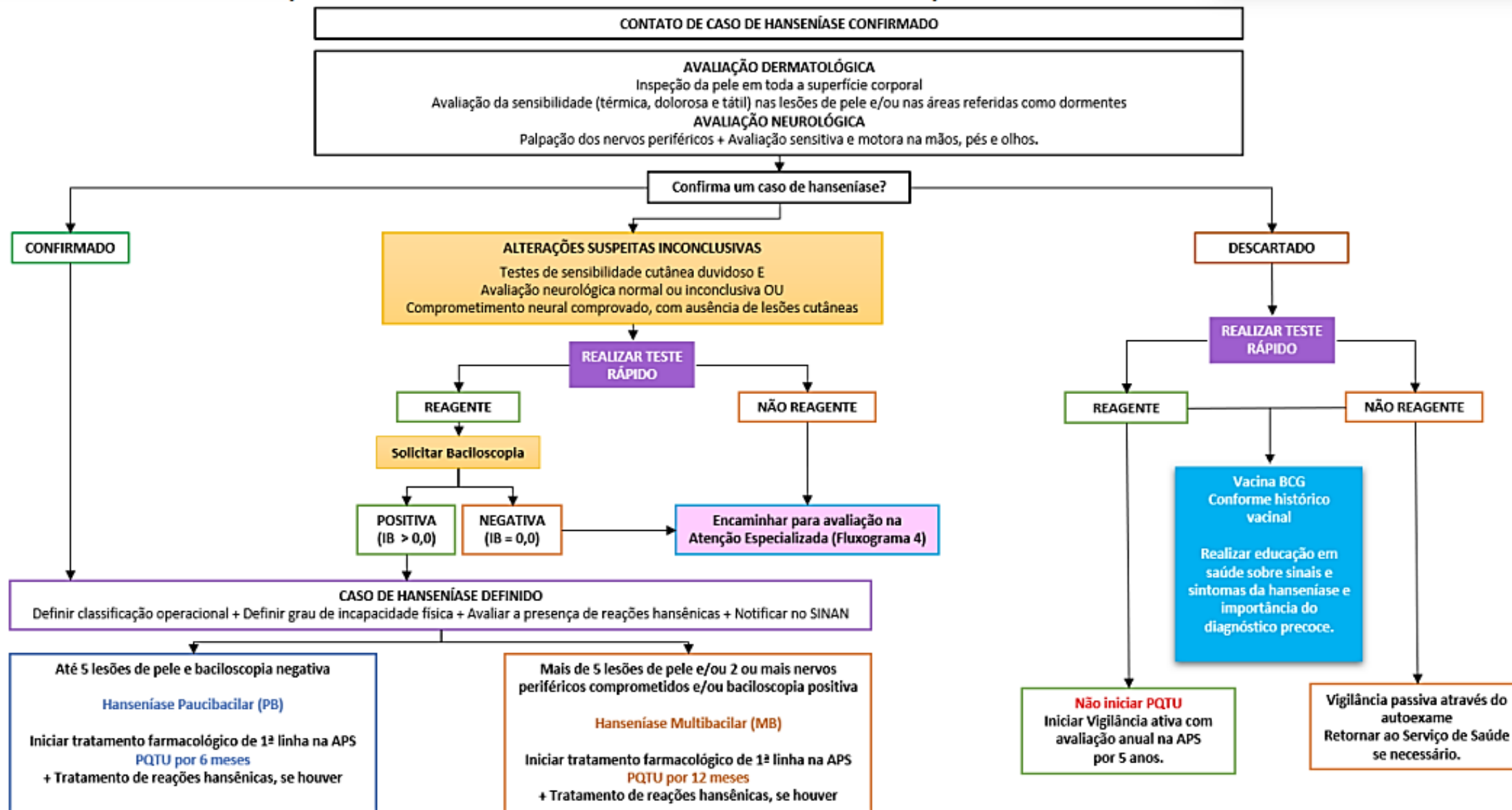
A soropositividade varia de acordo com a forma clínica, ocorrendo em média em 78% nos MB (51,2% a 97,4%) e em 23% nos PB (6,9% a 57,3%)

Moura RS et al. Sorologia da hanseníase utilizando PGL-I: revisão sistemática. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 41(Suplemento II):11-18, 2008

Um método alternativo ao ELISA (sorologia) para detecção de anticorpos IgM anti PGL-1 denominado ML-Flow. Não é um método diagnóstico e sim um exame para classificar pacientes em PB e MB e auxiliar na decisão terapêutica. Não parece apresentar reação cruzada com outras micobacterioses.

Contin LA, Alves CJM, Fogagnolo L, Nassif PW, Barreto JA, Lauris JRP, Nogueira. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):91-5

FLUXOGRAMA 3 – INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS DE CASO DE HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



TESTE RÁPIDO

Quadro 1. Interpretação de resultados e condutas a serem adotadas na avaliação de contatos.

Grupo	Teste Rápido	Interpretação	Conduta
Caso de hanseníase definido por critérios clínicos, na avaliação de contatos.	Não realizar	-	Definir classificação operacional, grau de incapacidade física, avaliar presença de reações hansênicas, notificar no SINAN. Iniciar tratamento farmacológico.
Contato de caso de hanseníase com alterações clínicas inconclusivas para hanseníase	Não Reagente	Não foram detectados anticorpos específicos IgM anti- <i>Mycobacterium leprae</i> ;	Encaminhar para investigação de contatos de caso de hanseníase na Atenção Especializada, conforme Fluxograma 4 - PCDT da Hanseníase.
	Reagente	Foram detectados anticorpos específicos IgM anti- <i>Mycobacterium leprae</i> na amostra analisada. A presença desses anticorpos indica que a pessoa teve contato com o <i>M. leprae</i> e portando tem um risco maior de desenvolver a hanseníase.	Solicitar baciloscopia do raspado intradérmico. Se, IB = 0,0 (Baciloscopia negativa) Encaminhar para investigação de contatos de caso de hanseníase na Atenção Especializada, conforme Fluxograma 4 - PCDT da Hanseníase. Se, IB > 0,0 (Baciloscopia positiva) Caso de hanseníase definido como multibacilar. Definir grau de incapacidade física, avaliar presença de reações hansênicas, notificar no SINAN. Iniciar tratamento farmacológico. ** Importante: Se IB ≥ 2,0 (Baciloscopia positiva) Iniciar tratamento farmacológico de primeira linha e encaminhar para avaliação

Quadro 1. Interpretação de resultados e condutas a serem adotadas na avaliação de contatos.

			da resistência primária, conforme Fluxograma 5 – Diagnóstico e tratamento da resistência primária no <i>M. leprae</i> a antimicrobianos.
Contato de caso de hanseníase sem alterações clínicas sugestivas de hanseníase (assintomático)	Não Reagente	Não foram detectados anticorpos específicos IgM anti- <i>Mycobacterium leprae</i> .	Orientar quanto aos sinais e sintomas da hanseníase e a importância de se realizar o autoexame. Em caso de aparecimento de algum desses sintomas procurar o serviço de saúde.
	Reagente	Foram detectados anticorpos específicos IgM anti- <i>Mycobacterium leprae</i> na amostra analisada; A presença desses anticorpos indica que a pessoa teve contato com o <i>M. leprae</i> e portando tem um risco maior de desenvolver a hanseníase.	Avaliar a necessidade de dose de Vacina BCG, conforme histórico vacinal. Iniciar a vigilância ativa com avaliação anual na Atenção Primária à Saúde por cinco anos. A cada ano, o contato sem alterações clínicas sugestivas de hanseníase deverá passar por uma nova avaliação clínica e caso permaneça assintomático deverá realizar um novo teste rápido. Fluxograma 3 – Investigação de contatos de caso de hanseníase na Atenção Primária à Saúde - PCDT da Hanseníase.

Hanseníase

Teste rápido

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A hanseníase exigirá o uso ideal dos recursos existentes, incluindo ferramentas como o mapeamento de clusters endêmicos, a detecção de novos casos e o **rastreamento de contatos**. Além disso, é crucial expandir as medidas preventivas, como a quimioterapia, e adotar novas ferramentas, tais como testes diagnósticos, novos medicamentos e, eventualmente, uma vacina.
- O controle e o cuidado integrado, juntamente com abordagens de gerenciamento, inclusive em relação a outras Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs), apresentam oportunidades para superar desafios programáticos, compartilhando recursos e fortalecendo a vigilância da hanseníase.



Referências

1. Sarno EN, Duppre NC, Salles AM, Hacker MA, Nery JA, Matos HJ. Leprosy exposure, infection and disease: a 25-year surveillance study of leprosy patient contacts. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2012 Dec;107(8):1054-9.
2. Fine PE. Leprosy: what is being "eliminated"? Bull World Health Organ. 2007 Jan;85(1):1-2.
3. Barreto ML, Pereira SM, Ferreira AA. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. J Pediatr. 2006;82(3 supl):45-54.
4. Merle CS, Cunha SS, Rodrigues LC. BCG vaccination and leprosy protection: review of current evidence and status of BCG in leprosy control. Expert Rev Vaccines. 2010 Feb;9(2):209-22.
5. Lobato DC, et al. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase. Rev Pan-Amaz Saude 2016; 7(1):45-53
6. Smith WC, Aerts A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. Lepr Rev [Internet]. 2014.
7. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 2017:68p.: il. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf> 2. Brasil. Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS



PROTÓCOLO CLÍNICO
E DIRETRIZES
TERAPÊUTICAS DA
HANSENÍASE

Brasília - DF
2022



Hanseníase | 2024



REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

2021, 96, 421–444

No 36



Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 SEPTEMBER 2021, 96th YEAR / 10 SEPTEMBRE 2021, 96^e ANNÉE
No 36, 2021, 96, 421–444
<http://www.who.int/wwer>

Contents

421 Global leprosy (Hansen disease) update, 2020: impact of COVID-19 on global leprosy control

Sommaire

421 Situation de la lèpre (maladie de Hansen) dans le monde, 2020: impact de la COVID-19 sur les activités mondiales de lutte contre la lèpre

Global leprosy (Hansen disease) update, 2020: impact of COVID-19 on global leprosy control

The aim of the global leprosy strategies published by WHO is to reduce the burden of the disease globally and in countries. Early detection and prompt treatment with multidrug therapy (MDT), the basic tenets of leprosy control, led to a significant reduction in the burden of leprosy by the early 2000s. Since 2006, there has been a strategic shift from a campaign approach to long-term integrated services focusing on leprosy complications, chronic care and quality of services, in addition to case detection and treatment. The strategies 2016–2020¹ and 2021–2030² continued to focus on breaking the chain of transmission and active case detection in both high- and low-burden settings. The recommendations include equity and social justice, emphasizing the inclusion of persons affected by leprosy, reducing stigma and discrimination, building partnerships and coalitions of stakeholders and endorsing increased ownership by countries.

Burden of leprosy (Hansen disease)

Essential information on leprosy was collected through a customized, open-source platform, District Health Information System (version 2) (DHIS2), and an

Situation de la lèpre (maladie de Hansen) dans le monde, 2020: impact de la COVID-19 sur les activités mondiales de lutte contre la lèpre

Les stratégies mondiales de lutte contre la lèpre publiées par l'OMS ont pour objectif de réduire la charge de la maladie, tant à l'échelle mondiale qu'au niveau de chaque pays. Au début des années 2000, la charge de la lèpre avait déjà considérablement baissé grâce à la détection précoce des cas et la mise en place rapide d'une polychimiothérapie, mesures qui constituent la pierre angulaire des efforts de lutte contre la maladie. Depuis 2006, les orientations stratégiques ont évolué, se détachant de l'approche fondée sur des campagnes pour mettre l'accent sur des services intégrés à long terme axés sur les complications de la lèpre, les soins chroniques et la qualité des services, en sus de la détection et du traitement des cas. Les stratégies de 2016–2020¹ et de 2021–2030² restent axées sur l'interruption des chaînes de transmission et sur la détection active des cas, que ce soit dans les pays à forte charge ou à faible charge de lèpre. Les recommandations portent notamment sur les questions d'équité et de justice sociale et mettent l'accent sur l'inclusion des personnes atteintes de lèpre, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, la création de partenariats et de coalitions entre les acteurs concernés et une plus grande appropriation par les pays des efforts de lutte contre la maladie.

Charge de la lèpre (maladie de Hansen)

Les informations essentielles sur la lèpre ont été recueillies par l'intermédiaire d'une plateforme open source personnalisée, appelée District Health Information System (version 2) (DHIS2), and an

¹ Global Leprosy Strategy 2016–2020: accelerating towards a leprosy-free world. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2016. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250118>)

² Towards zero leprosy: Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021–2030. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2021. (<https://www.who.int/publications/m/item/951125646>)

¹ Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016–2020: passer plus rapidement à un monde exempt de lèpre. New Delhi: Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, Organisation mondiale de la Santé; 2016. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250118>)

² Vers zéro lèpre: Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre (maladie de Hansen) 2021–2030. New Delhi: Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, Organisation mondiale de la Santé; 2021. (<https://www.who.int/publications/m/item/951125646>)



Microbiology and Infectious Disease / A NEW LEPROSY-CAUSING MYCOBACTERIUM

A New *Mycobacterium* Species Causing Diffuse Lepromatous Leprosy

Xiang Y. Han, MD, PhD,¹ Yiel-Hea Seo, MD, PhD,^{1*} Kurt C. Sizer, MD,¹ Taylor Schoberle, MS,¹ Gregory S. May, PhD,¹ John S. Spencer, PhD,² Wei Li, PhD,² and R. Geetha Nair, MD³

Key Words: Leprosy; Lucio phenomenon; *Mycobacterium*; 16S rRNA gene; *rpoT*

DOI: 10.3389/fmicb.2021.698589

MINI REVIEW

published: 10 September 2021
doi: 10.3389/fmicb.2021.698589



Mycobacterium lepromatosis as a Second Agent of Hansen's Disease

Patricia Deps^{1,2*} and Simon M. Collin³

¹Department of Social Medicine, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brazil, ²Postgraduate Programme in Infectious Diseases, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brazil, ³National Infection Service, Public Health England, London, United Kingdom

Mycobacterium lepromatosis was identified as a new species and second causal agent

erium leprae causes leprosy. M leprae *worldwide have been genetically poorly explains the varying severity atures of the disease. We discovered eterminer species from 2 patients who lepromatous leprosy (DLL). The n was purified from heavily infected, autopsy liver tissue followed by DNA*

Leprosy, caused by *Mycobacterium leprae*, has plagued humans for millennia and remains a significant public health problem in many developing countries. The disease manifests a wide spectrum of clinicopathologic forms, ranging from tuberculoid leprosy (TT), to borderline forms, to lepromatous leprosy (LL). The lesions mainly involve skin and peripheral nerves and can be paucibacillary or multibacillary. A remarkable geographic variation also exists. For example, in India and Africa, 90% of cases are TT, whereas

OBRIGADA!

@ciaten.ids

@oliviadiasenf

@lamdtn_ufpi



LAMDTN
Liga Acadêmica Multiprofissional de
Doenças Tropicais Negligenciadas da UFPI