

# Diagnóstico e tratamento precoces do NMOSD: perspectivas práticas

# Exoneração de responsabilidade

- *Os produtos não aprovados ou as utilizações não aprovadas de produtos aprovados poderão ser debatidos pelo corpo docente; estas situações poderão refletir o estatuto de homologação em uma ou mais jurisdições*
- *O corpo docente que faz esta apresentação foi aconselhado pela USF Health e a touchIME® a garantir que revela tais referências feitas relativamente à utilização não rotulada ou não aprovada*
- *A USF Health e a touchIME não endossam nem sugerem implicitamente a utilização de produtos ou utilizações não aprovados em virtude da menção de tais produtos ou utilizações nas suas atividades*
- *A USF Health e a touchIME não aceitam qualquer responsabilidade por erros ou omissões*

# Uma conversa entre:



**Prof. John Chen**

Mayo Clinic, Rochester,  
MN, EUA



**Prof. Friedemann Paul**

Charité - Universitätsmedizin Berlin,  
Alemanha



## Pontos de discussão

**Compreender as características clínicas e os sintomas do NMOSD**

**Avaliação inicial e diagnóstico diferencial do NMOSD**

**Tratamento precoce do NMOSD para atenuar os sintomas e reduzir o risco de novos ataques**

# Compreender as características clínicas e apresentar os sintomas do NMOSD

**Prof. John Chen**

Mayo Clinic, Rochester,  
MN, EUA



# Características clínicas do NMOSD



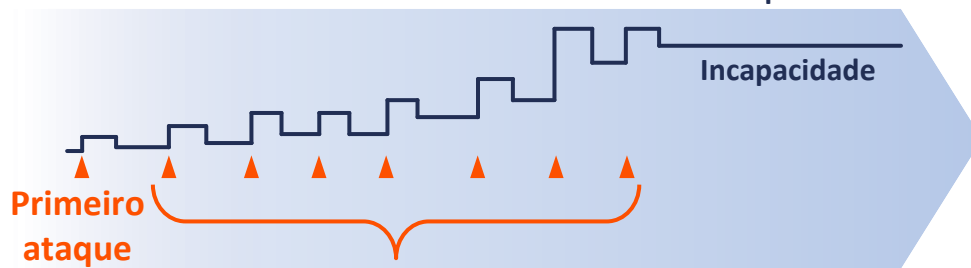
## Sinais clínicos:<sup>1</sup>

- Neurite ótica aguda
- Mielite transversal
- Síndrome da área postrema



## Evolução da doença:<sup>1,2</sup>

- Uma série de **ataques discretos**
- A recuperação após um ataque é frequentemente parcial
- **A incapacidade aumenta com cada recaída**



## Recaídas<sup>1</sup>

- Ocorrem em **80%-90%** dos pacientes
- Frequentemente **nos primeiros 3 anos** após o episódio inicial



**Um diagnóstico definitivo do NMOSD é essencial para combater rápida e eficazmente os ataques agudos e para prevenir futuros ataques, dando início à imunoterapia<sup>3</sup>**

# Avaliação inicial e diagnóstico diferencial do NMOSD

**Prof. John Chen**

Mayo Clinic, Rochester,  
MN, EUA



# Algoritmo de critérios de diagnóstico do NMOS<sup>1</sup>

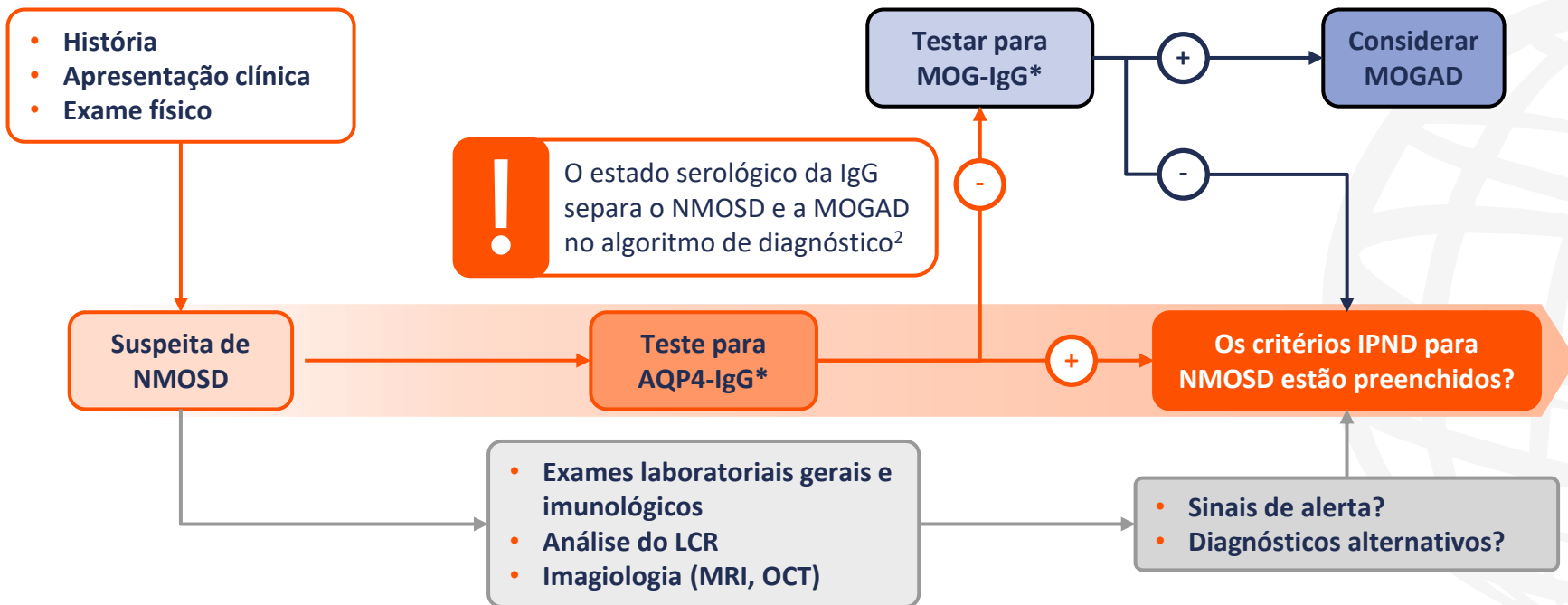


Figura adaptada de Jarius S, et al. *J Neurol.* 2023;270:3341-68 (CC POR 4.0 [www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/](http://www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/)).

\*Os testes devem ser repetidos se os resultados forem negativos.

AQP4, aquaporin-4; CSF, líquido cefalorraquidiano; IgG, imunoglobulina G; IPND, International Panel for Neuromyelitis Optica Diagnosis; MOG, glicoproteína da mielina de oligodendrócitos; MOGAD, doença associada ao anticorpo da glicoproteína da mielina de oligodendrócitos; MRI, ressonância magnética; NMOSD, transtorno do espectro de neuromielite ótica; OCT, tomografia de coerência ótica.

1. Jarius S, et al. *J Neurol.* 2023;270:3341-68; 2. Cacciaguerra L, Flanagan EP. *Neurol Clin.* 2024;42:77-114.



# Desafios do diagnóstico do NMOSD





# Tratamento precoce do NMOSD para atenuar os sintomas e reduzir o risco de novos ataques

**Prof. John Chen**

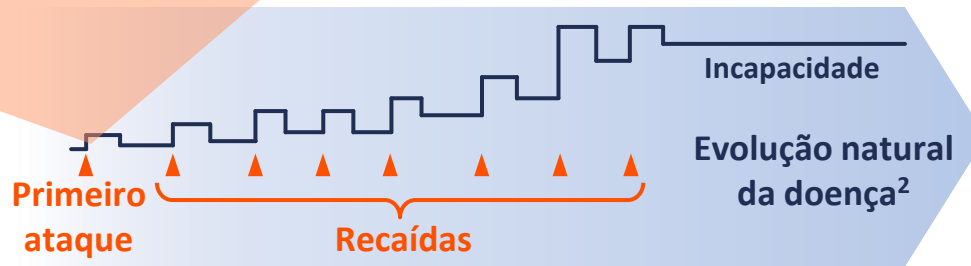
Mayo Clinic, Rochester,  
MN, EUA



# Tratamento do NMOSD: ataques agudos



- Contra-ataque<sup>1</sup>
- Melhorar a recuperação<sup>1</sup>



## Metilprednisolona intravenosa<sup>1,3</sup>

Tradicionalmente utilizada como tratamento de primeira linha

## Imunoadsorção<sup>1,3</sup>

Terapia de aférese alternativa se a PLEX for contraindicada ou não estiver disponível

## Plasmaferese (PLEX)<sup>1,3</sup>

Em complemento aos esteroides intravenosos ou quando falha o tratamento com esteroides intravenosos

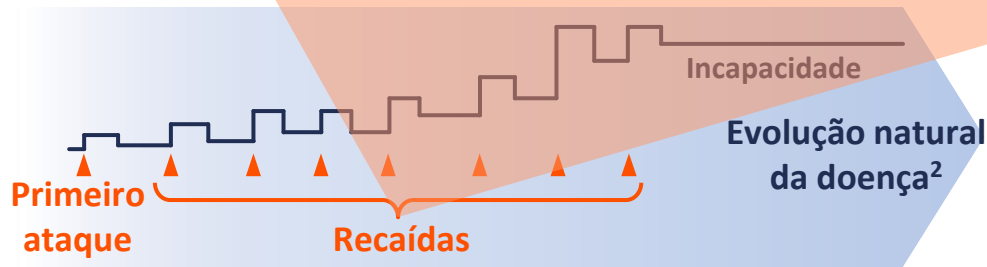
## Imunoglobulinas intravenosas<sup>3</sup>

Consideradas quando os esteroides intravenosos e a aférese são contraindicados

# Tratamento do NMOSD: manutenção a longo prazo



- Reduzir o risco de novos ataques<sup>1</sup>
- Prevenir a acumulação de incapacidades<sup>1</sup>



**Eculizumab<sup>3,4</sup>**

Proteína do complemento  
mAb Anti-C5

**Inebilizumab<sup>5,6</sup>**

Anti-CD19 mAb

**Ravulizumab<sup>7,8</sup>**

Proteína do complemento  
mAb Anti-C5

**Satralizumab<sup>9,10</sup>**

Anti-IL-6  
Recetor mAb

**Rituximab<sup>1</sup>**

Anti-CD20 mAb



Aprovado na Europa e nos EUA para o tratamento de  
pacientes adultos\* com NMOSD que testam positivo para AQP4-IgG<sup>3-10</sup>



Aprovado no Japão;  
utilização off-label  
em muitos países<sup>1</sup>



\*O satralizumab está também aprovado pela EMA em pacientes adolescentes a partir dos 12 anos de idade.

AQP4-IgG, aquaporin-4 imunoglobulina G; IL, interleucina; mAb, anticorpo monoclonal; NMOSD, transtorno do espectro de neuromielite ótica.

1. Kümpfel T, et al. *J Neurol.* 2024;271:141–76; 2. Oh J and Levy M. *Neurol Res Int.* 2012;2012:460825; 3. FDA. Eculizumab PI. 2024; 4. EMA. Eculizumab SmPC. 2023; 5.

FDA. Inebilizumab PI. 2020; 6. EMA. Inebilizumab SPC. 2024; 7. FDA. Ravulizumab PI. 2024; 8. EMA. Ravulizumab SPC. 2023; 9. FDA. Satralizumab PI. 2022; 10. EMA.

Satralizumab SmPC. 2023. Todos os PI disponíveis em: [www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm](http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm). Todos os SPC estão disponíveis em:

[www.ema.europa.eu/en/medicines](http://www.ema.europa.eu/en/medicines). Todos acedidos a 16 de maio de 2024.