

Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas da
Mucopolissacaridose Tipo I

Setembro/2017



protocolo

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO



2017 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da CONITEC.

Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: conitec@saude.gov.br

<http://conitec.gov.br>

CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080 de 1990 dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado incluindo medicamentos e demais tecnologias apropriadas; as posologias recomendadas; os cuidados com a segurança dos doentes; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem buscados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Os medicamentos e demais tecnologias recomendadas no PCDT se relacionam às diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde a que se aplicam, bem como incluem as tecnologias indicadas quando houver perda de eficácia, contra-indicação, surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A nova legislação estabeleceu que a elaboração e atualização dos PCDT será baseada em evidências científicas, o que quer dizer que levará em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas.

Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as seguintes competências: definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente, a cada dois anos, os PCDT vigentes.

Após concluídas todas as etapas de elaboração de um PCDT, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da CONITEC, com posterior disponibilização do documento em consulta pública para contribuição de toda sociedade, antes de sua deliberação final e publicação.

O Plenário da CONITEC é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva da CONITEC – exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE) – a gestão e a coordenação das atividades da Comissão.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, a publicação do PCDT é de responsabilidade do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos após manifestação de anuência do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria.

Para a garantia da disponibilização das tecnologias previstas no PCDT e incorporadas ao SUS, a lei estipula um prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira.

APRESENTAÇÃO

A presente proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Mucopolissacaridose tipo I foi avaliada pela Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT da CONITEC e apresentada aos membros do Plenário da CONITEC, em sua 59ª Reunião Ordinária, que recomendaram favoravelmente ao texto. O Protocolo segue agora para consulta pública a fim de que se considere a visão da sociedade e se possa receber as suas valiosas contribuições, que poderão ser tanto de conteúdo científico quanto um relato de experiência. Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a proposta como um todo, assim como se há recomendações que poderiam ser diferentes ou mesmo se algum aspecto importante deixou de ser considerado.

DELIBERAÇÃO INICIAL

Os membros da CONITEC presentes na 59ª reunião do plenário, realizada nos dias 30 e 31 de agosto de 2017, deliberaram para que o tema fosse submetido à consulta pública com recomendação preliminar favorável à atualização do PCDT.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO I

1. INTRODUÇÃO

A mucopolissacaridose tipo I (MPS I) é uma doença lisossômica (DL) progressiva, de herança autossômica recessiva, causada pela atividade deficiente da alfa-L-iduronidase (IDUA), enzima codificada pelo gene *IDUA*. A IDUA é responsável pela clivagem dos resíduos de ácido idurônico dos glicosaminoglicanos (GAGs) heparan e dermatan sulfato. Na MPS I ocorre o acúmulo desses GAGs parcialmente degradados no interior dos lisossomos e o aumento da sua excreção na urina (1). Em consequência, os pacientes apresentam comprometimento dos sistemas respiratório, nervoso, musculoesquelético, gastrointestinal (fígado e baço), cardiovascular, dentre outros.

A MPS I está associada a três formas clássicas, que diferem entre si com base na presença de comprometimento neurológico, na velocidade de progressão da doença e na gravidade do acometimento dos órgãos-alvo (1).

- Forma grave (síndrome de Hurler): os pacientes costumam ser diagnosticados até os dois anos de idade, apresentar atraso de desenvolvimento cognitivo aparente entre os 14 e 24 meses e estatura geralmente inferior a 110 cm. A história clínica é dominada por problemas respiratórios: a maioria das crianças apresenta história de infecção de vias aéreas, otite média recorrente e rinorreia. É o fenótipo mais grave da MPS I (2), envolvendo ainda características faciais grosseiras, hepatoesplenomegalia, valvulopatia, opacificação de córnea, hidrocefalia e manifestações musculoesqueléticas, como rigidez, contraturas, e disostose múltipla. O óbito ocorre geralmente durante a primeira década de vida (3) por insuficiência cardíaca ou respiratória;

- Forma intermediária ou moderada (síndrome de Hurler-Scheie): estes pacientes costumam apresentar evidência clínica da doença entre os três e oito anos de idade. A baixa estatura final é importante, a inteligência pode ser normal, e a sobrevivência até a idade adulta é comum (3);

- Forma atenuada (síndrome de Scheie): a sintomatologia destes pacientes costuma iniciar entre os cinco e 15 anos de idade e progride de forma lenta. O curso clínico é dominado por problemas ortopédicos e a altura final é normal ou quase normal, assim como o tempo de vida, o qual, entretanto, pode se mostrar reduzido pela doença cardíaca (3).

Essa classificação, embora bastante utilizada, é um tanto arbitrária, uma vez que existem pacientes que apresentam quadros mistos que sobrepõem manifestações das diferentes formas mencionadas, atualmente sendo considerado cada fenótipo como um espectro contínuo de uma mesma doença (4). Dados mundiais sugerem que o fenótipo mais grave é o mais comum (4-6). Contudo, dados latino-americanos sugerem que o fenótipo atenuado é o mais prevalente, e que a síndrome de Hurler corresponde a 31% dos casos diagnosticados nesta região (6-8).

A variabilidade clínica associada à MPS I é reflexo, em parte, da variação da atividade enzimática associada a diferentes genótipos: quadros mais graves estariam associados a uma menor atividade enzimática, o inverso ocorrendo nos quadros mais leves (3). Segundo Pastores *et al.*, os testes clínicos e bioquímicos, apesar de serem úteis para a confirmação do diagnóstico, podem não predizer a gravidade da doença (3). Fatores como a idade de início dos sintomas, a presença de duas mutações associadas à ausência de atividade enzimática (mutações nulas como a p.Trp402Ter e p.Gln70Ter) e de características clínicas específicas (como giba e atraso no desenvolvimento) são utilizados para designar a doença grave (a síndrome de Hurler) de maneira mais precisa (3).

A incidência mundial da MPS I é bastante variável, sendo estimada entre 0,69 a 1,66 por 100.000 pessoas (1, 4, 5, 9-12), contudo dados de triagem neonatal demonstraram que a incidência pode ser maior, variando entre 1:7.353 (estado de Washington, EUA) (13) a 1:14.567 (Missouri, EUA) (14). Em estudo de Pastores *et al.* (3), no qual foram capturados dados clínicos de pacientes com MPS I a fim de

caracterizar a evolução natural da doença, a distribuição da MPS I entre os sexos masculino e feminino mostrou-se semelhante, como esperado para uma doença autossômica recessiva. A maioria dos pacientes registrados era de origem caucasiana. (3)

Existem raros estudos epidemiológicos sobre a MPS I no Brasil. Segundo o Registro Brasileiro da doença, e que faz parte de um Registro Internacional, em 2010, estavam registrados 891 pacientes com MPS I em todo o mundo, sendo 82 no Brasil (15). A Rede MPS Brasil cadastrou entre 2004 e 2013, 197 pacientes brasileiros com MPS I (16). Estudo brasileiro realizado em 2008 identificou 68 brasileiros vivos com MPS I naquele ano, estimando a prevalência mínima dessa doença no país em 1/2.700.000 habitantes (11). Outro estudo brasileiro relatou 225 casos diagnosticados de MPS I entre 1982 e 2015 e, considerando o período entre 2000 e 2013, a prevalência da MPS I ao nascimento foi de 1/322.580 nascidos vivos (17).

Não existe tratamento curativo para a MPS I. Este PCDT visa a definir critérios de diagnóstico, acompanhamento e tratamento, incluindo terapia de reposição intravenosa (TRE IV) com laronidase, de pacientes com MPS I. O tratamento através de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) não será abordado neste PCDT.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- E76.0 Mucopolissacaridose do tipo I

3. DIAGNÓSTICO

3.1 SUSPEITA CLÍNICA

O diagnóstico de MPS I deve ser suspeitado em indivíduos que apresentem pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas abaixo relacionados, e especialmente naqueles que apresentarem combinação de pelo menos dois deles (18):

- Características faciais sugestivas de doença lisossômica (face de “depósito”);
- Infecções respiratórias superiores precoces, e de repetição, incluindo otite média, excluídas outras causas mais frequentes;
- Hérnia inguinal ou umbilical, especialmente se ambas e em crianças, excluídas outras causas mais frequentes;
- Hepatoesplenomegalia, excluídas outras causas mais frequentes;
- Alterações esqueléticas ou articulares típicas [disostose múltipla, giba, limitação da amplitude de movimento (AM) das articulações];
- Mãos em garra;
- Achados oculares característicos (opacificação bilateral da córnea);
- Síndrome do túnel do carpo em crianças;
- Irmão de qualquer sexo com MPS I.

Contudo, os achados clínicos variam de acordo com a gravidade da doença e, por si só, não são diagnósticos.

3.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A confirmação do diagnóstico de MPS I pode envolver métodos bioquímicos e/ou genéticos, conforme abaixo descrito.

3.2.1 Atividade da IDUA

A redução ou ausência de atividade da IDUA em fibroblastos, leucócitos, sangue impregnado em papel-filtro ou plasma sugere fortemente o diagnóstico de MPS I, mas não é suficiente para confirmá-lo como único teste, devido à possibilidade de ocorrência de pseudo-deficiência (presença de atividade

diminuída da enzima em indivíduo normal, devido ao uso de substratos artificiais da enzima no ensaio) (19, 20).

A medida da atividade enzimática em gotas de sangue impregnadas em papel de filtro (21) tem a vantagem de o papel-filtro ser mais fácil de transportar e manipular, mas deve ser considerada método de triagem, devido aos casos de falso-positivos associados – no estudo de Verma *et al.* (22), por exemplo, houve concordância, em pacientes com MPS I, de 88% da atividade da IDUA medida em papel-filtro com aquela encontrada em outros tecidos (12% dos casos eram falso-positivos). Em relação à estabilidade da IDUA em papel-filtro, estudo mostrou que a atividade da mesma diminui consideravelmente após 21 dias da realização da coleta (23). A medida da atividade da IDUA em vilos coriônicos cultivados ou amniócitos é rotineiramente utilizada no diagnóstico pré-natal de MPS I (24).

Como os resultados por vezes diferem entre os laboratórios, é importante que valores de referência sejam estabelecidos para cada centro de referência. (23, 25)

3.2.2 Análise de GAGs urinários

A análise de GAGs urinários pode ser quantitativa (como através do método espectrofotométrico descrito por De Jong *et al.*, 1991) ou permitir a identificação do tipo de GAG que está sendo excretado em quantidade aumentada na urina (por cromatografia ou eletroforese de GAGs) (26, 27). Nem o método quantitativo nem o qualitativo são suficientes para prever a enzima lisossômica que está deficiente, pois não são específicos (aumento de sulfato de heparan e de dermatan, por exemplo, ocorre nas MPS I, II e VII). No entanto, uma anormalidade detectada por um ou ambos métodos sugere a presença provável de algum tipo de MPS, e a necessidade de realização de testes adicionais. A quantificação de GAGs urinários também é utilizada para monitorização do tratamento específico da MPS I, uma vez que, na vigência de tratamento, ocorre diminuição da excreção dessas moléculas (18).

3.2.3 Teste genético

A análise do gene *IDUA* permite a detecção das mutações que provocam a doença e, conseqüentemente, o diagnóstico genético pré e pós-natal e a detecção de heterozigotos, facilitando o aconselhamento genético individual e familiar. A taxa de detecção de variantes patogênicas por sequenciamento pelo método Sanger das regiões exônicas e éxon-íntron do gene *IDUA*, em 85 indivíduos (28) e em 102 indivíduos (29), com MPS I foi de 95%-97%. Aproximadamente 250 diferentes mutações já foram descritas no gene *IDUA* (30), o qual possui 14 éxons. As duas mutações patogênicas mais comuns em pacientes brasileiros são p.Trp402Ter (éxon 9) e p.Pro533Arg (éxon 11), com freqüências variando de 27,8-37% e de 11,6-33% (31), respectivamente. As mutações p.Gln70Ter e p.Arg89Gln, que foram relatadas como de alta freqüência para outras populações de pacientes com MPS I, estão presentes em freqüências relativamente baixas nos pacientes brasileiros [1,6% e 3,3%, respectivamente (32)], sendo que a p.Gln70Ter não foi identificada em outro estudo (31).

3.2.4 Associação genótipo-fenótipo clínico

A maior importância dos estudos de genótipo-fenótipo é a identificação, em idade precoce, daqueles indivíduos que apresentarão a forma grave da doença. Apesar de não estar estabelecida para todas as mutações já descritas, para algumas mutações há uma clara associação entre genótipo-fenótipo (18, 33). Os pacientes recém-nascidos pré-sintomáticos/oligosintomáticos com deficiência de IDUA e mutações graves conhecidas (por exemplo, p.Trp402Ter, p.Gln70Ter, p.Ala327Pro e p.Gly51Asp) identificadas em ambos os alelos (homozigoto ou heterozigoto composto) destinam-se a desenvolver MPS I grave (28, 29). As mutações p.Arg89Trp e p.Leu492Pro, por outro lado, associam-se a quadros atenuados da doença (31).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste PCDT todos os pacientes que apresentarem pelo menos um dos sinais ou sintomas descritos no item 3.1 (Suspeita Clínica) deste Protocolo, e confirmação do diagnóstico de MPS I de acordo com um dos critérios abaixo relacionados. Estes também são os critérios para início do tratamento com laronidase.

- Atividade da enzima IDUA < 10% do limite inferior dos valores de referência em plasma, fibroblastos, ou leucócitos, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais, **E** presença de níveis aumentados de GAGs totais na urina ou de excreção aumentada de sulfatos de heparan e dermatan; **OU**
- Atividade da enzima IDUA < 10% do limite inferior dos valores de referência em plasma, fibroblastos, leucócitos, ou em papel-filtro, com atividade da enzima de referência, avaliada na mesma amostra e pelo mesmo método, apresentando valores normais, **E** presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene *IDUA*.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento com laronidase os pacientes que se apresentarem nas seguintes situações:

- Condição médica irreversível e que implique em sobrevida provavelmente < 6 meses, como resultado da MPS I ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;
- Idade >18 anos e que, após serem informados sobre os potenciais riscos e benefícios associados ao tratamento com laronidase, recusarem-se a serem tratados;
- Histórico de falha de adesão, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que, mesmo após o programa, não comparecerem a pelo menos 50% do número de consultas ou de avaliações previstas em um ano.

6. TRATAMENTO

O manejo clínico dos pacientes com MPS I envolve equipe multidisciplinar (1, 3, 34-37) e inclui intervenções não-específicas, realizadas no nível do fenótipo clínico (como cirurgias para correção de hérnias), e específicas, realizadas no nível da proteína mutante (como a TRE IV) (38). Outras estratégias, como uso de TRE intratecal, chaperonas, inibidores de síntese de substrato, terapia traducional e terapia gênica, estão ainda em fase de desenvolvimento (38, 39).

6.1 TRATAMENTO NÃO-ESPECÍFICO

O paciente com MPS I tem uma doença crônica, progressiva e multissistêmica e rotineiramente requer cuidados urgentes por equipe multiprofissional que inclua fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, equipe de enfermagem e diferentes especialidades médicas (33). É crucial que um médico cuide continuamente do paciente, monitorando a evolução da doença, fornecendo orientação à família, encaminhando o paciente para especialistas conforme necessário e coordenando o atendimento ao paciente como um todo. Idealmente, o acompanhamento deve ser feito em centro de referência. Os centros de referência devem incluir uma equipe multidisciplinar integrada de especialistas, que assegurem o gerenciamento abrangente de pacientes com MPS I, desde o diagnóstico até o tratamento e seguimento. (33)

Além disso, é importante que os pacientes e as famílias sejam educados sobre sua doença e possíveis complicações e riscos também por meio de um relatório escrito. Os pacientes também devem ser informados de que, em caso de emergência, o médico assistente deve ser informado da doença e receber uma cópia do relatório médico.

As principais manifestações clínicas da MPS I e suas opções de tratamento de suporte/sintomáticos podem ser encontradas na tabela 1. É importante frisar que nem todos os pacientes apresentarão todas as manifestações citadas, as quais costumam ser mais frequentes e mais graves nos pacientes com a forma grave da doença. Da mesma forma, nem todos os pacientes necessitarão ser submetidos a todas formas de tratamento.

6.1.1. Tratamento não-cirúrgico

Entre os objetivos do tratamento clínico está o melhor controle das infecções recorrentes de via aérea. Normalmente, solução nasal de cloreto de sódio 0,9% (9 mg/mL) é usada para eliminar crostas e secreções, melhorar a mobilidade dos cílios e reduzir o edema da mucosa (40). Antibióticos (cursos de 10 a 15 dias) são utilizados para o tratamento de exacerbações respiratórias de origem bacterianas agudas, como otite média aguda ou tonsilite, conforme indicação clínica e a critério médico. Corticosteróides sistêmicos por breves períodos podem ajudar a reduzir o edema e facilitar a drenagem de secreções, conforme indicação clínica e a critério médico. Pacientes com doença obstrutiva das vias aéreas devem ser avaliados por pneumologistas. Os medicamentos para asma devem ser administrados conforme PCDT específico para esta condição clínica (41). Estudos do sono devem ser realizados rotineiramente para pacientes com MPS I grave após a idade de 2 a 3 anos e para pacientes com MPS I atenuada no momento do diagnóstico. Testes de função pulmonar e estudos de sono podem ser necessários antes de anestesia.

Pacientes com MPS I têm comprometimento ósseo significativo (1) e requerem fisioterapia motora dinâmica, cujo objetivo principal é a prevenção ou estabilização de deformidades osteoarticulares, mantendo a AM. A fisioterapia deve se concentrar em massoterapia para ajudar o relaxamento de todos os músculos, enfatizando o antebraço e o punho por causa da síndrome do túnel do carpo, além de manobras e manipulações de todas as articulações com movimentos lentos para não causar dor, de acordo com os critérios da técnica de mobilização miofascial. Outras atividades de fisioterapia incluem alongamentos para reduzir contraturas musculares e aumentar a flexibilidade articular, com fortalecimento da musculatura para melhorar a marcha e o equilíbrio, além de dissociação da cintura escapular e pélvica, exercícios de coordenação motora, propriocepção, jogos (usando acessórios para funcionar bem o movimento) e dança. É importante evitar a hiperextensão da cabeça por causa do comprometimento atlanto-axial. (42, 43)

Fisioterapia respiratória visa melhorar a função pulmonar, ventilação e biomecânica respiratória prejudicadas na MPS I. As manobras de higiene brônquica descritas na literatura estão indicadas, como vibrocompressão, drenagem postural, tosse administrada através manobra de aceleração do fluxo expiratório, nebulização, limpeza das vias aéreas superiores com solução salina fisiológica e aspiração nasotraqueal com material estéril e descartável. Orientação para cuidadores e membros da família é de vital importância porque a fisioterapia respiratória deve ser realizada diariamente. (42, 43)

O tratamento do envolvimento cardíaco é essencialmente de suporte, envolvendo identificação e tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva desenvolvida como resultado da miocardiopatia, geralmente hipertrófica, ou, mais raramente, devido à disfunção valvar grave. Nesse caso, o paciente deve ser tratado com beta bloqueadores, inibidores da ECA e/ou diuréticos, conforme avaliação clínica. No último caso, os pacientes devem sofrer valvuloplastia com balão ou reparação /substituição valvar cirúrgica (44-47). De acordo com as orientações da American Heart Association, recomenda-se profilaxia de endocardite bacteriana apenas para pacientes com história de endocardite ou prótese valvar (48).

Crianças com MPS I grave devem receber o máximo de estimulação ao desenvolvimento possível durante os estágios iniciais da doença. A adaptação do ambiente às necessidades da criança (por exemplo, teclados com caracteres de grandes dimensões) pode apoiar o desenvolvimento. Habilidades desenvolvidas precocemente podem ser mantidas em fases posteriores de progressão da doença.

Crianças com MPS atenuada que tenham alterações cognitivas ou comportamentais beneficiam-se de intervenções padrão. (36)

O transplante de córnea não é realizado rotineiramente em pacientes com fenótipo grave para MPS I. Em pacientes com MPS I atenuada, o transplante de córnea pode melhorar notavelmente a visão, embora possa ocorrer opacificação da córnea na córnea transplantada. As lentes corretivas devem ser prescritas para corrigir erros de refração em todos os espectros da doença. (36)

6.1.2 Tratamento cirúrgico

Os procedimentos cirúrgicos mais frequentes incluem adenotonsilectomia, cirurgia de cornetos nasais e traqueostomia. Como o bloqueio das vias aéreas em MPS é multifatorial, os resultados de adenotonsilectomia variam, mas a melhora a médio prazo na qualidade respiratória é percebida na maioria dos casos. No entanto, à medida que a doença progride, a traqueostomia ou o uso de pressão nasal positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) podem ser necessários.

A cirurgia das vias aéreas pode ser complicada pela macroglossia, abertura limitada da boca, margem cirúrgica restrita e instabilidade da coluna cervical, dificultando a visualização do campo cirúrgico. Hiperextensão no pescoço nesses pacientes pode causar compressão medular aguda. Uma alternativa de realização de adenoidectomia quando o acesso pela abertura oral está comprometida é a cirurgia endoscópica através da via nasal (49). A traqueostomia definitiva ou temporária pode ser realizada antes de outras cirurgias para facilitar o controle das vias aéreas. A traqueostomia deve ser evitada sempre que possível por dificuldades na técnica cirúrgica, endurecimento da traquéia, alterações anatômicas significativas com um pescoço curto e possibilidade de complicações pós-operatórias, como traqueíte, pneumonia recorrente e bloqueio da traqueostomia por secreções espessas (50). A deglutição, já prejudicada pela anatomia e comprometimento neurológico, tende a piorar, aumentando o risco de aspiração (51). Os desafios da gestão de uma traqueostomia nesses pacientes, associados à dificuldade de aceitação pelo paciente e pela família, também devem ser levados em consideração (24).

Perda auditiva, seja de origem neurossensorial ou condutiva, ocorre em 70% a 100% dos pacientes com MPS I (24). Audiometria pode ser realizada utilizando técnicas indicadas para crianças. Tratamento de perdas condutivas requer inserção de tubos de ventilação em T, porém nem sempre é resolutive (52).

A MPS I pode evoluir com complicações neurológicas, como hidrocefalia comunicante e compressão medular (24, 53); porém, os sinais clássicos de hipertensão intracraniana geralmente estão ausentes, evoluindo de forma insidiosa, e os sintomas são difíceis de distinguir de danos primários ao cérebro. Alterações comportamentais como agitação ou hipoatividade podem ser sinais de hipertensão intracraniana (1, 54-57), sendo que a melhor forma de diagnosticar hipertensão intracraniana nesses pacientes é através de raquimaniometria, uma vez que frequentemente não é observada dilatação ventricular importante nos exames de imagem. A derivação ventriculoperitoneal pode ser eficaz em reduzir a pressão do SNC (53), mas normalmente não reverte a doença clínica significativamente, embora melhore sintomas como dor de cabeça ou comportamento do sono (36, 58). Devido ao mecanismo particular da hipertensão intracraniana nas MPSs, recomenda-se utilizar para válvulas de alta pressão, no intuito de evitar síndrome de hiperdrenagem. A maioria dos casos de compressão medular apresenta tetraparesia espástica, mas paraparesia espástica ou hemiparesia também podem ocorrer (59).

Cirurgia de coluna toracolombar para correção da cifose pode ser uma alternativa quando a deformidade progride (60). Há relatos que sugerem que os pacientes com MPS I que realizam cirurgia da coluna vertebral aumentam risco de grandes complicações, incluindo infarto da medula espinhal e instabilidade da coluna vertebral (36, 60). Assim, cirurgias de coluna devem ter avaliações periódicas de monitorização com neurofisiologia. Seguimento com ressonância cerebral ao diagnóstico e durante

o seguimento a cada dois a três anos é recomendada e imagem da coluna deve ser realizada na presença de novos sintomas (53, 61).

Eventualmente esses pacientes necessitam de cirurgias corretivas por deformidades ósseas diversas, incluindo a região do quadril. Apesar da realização de cirurgia de estabilização do quadril, essa intervenção não parece impedir o desenvolvimento de deterioração radiológica e artrite do quadril clinicamente significativa (62). Recomenda-se que a cirurgia pediátrica do quadril especialmente na síndrome de Hurler seja programada com a possibilidade de substituição precoce do quadril em mente. (62)

As hérnias inguinais e umbilicais são comuns entre os pacientes com MPS I. Para os pacientes com MPS I grave, as hérnias inguinais são comumente reparadas antes do diagnóstico da doença. As hérnias umbilicais freqüentemente se repetem após o reparo inicial, talvez como resultado de elastogênese comprometida (63). A protuberância abdominal causada por hepatoesplenomegalia progressiva pode aumentar as hérnias umbilicais (36).

A descompressão cirúrgica do nervo mediano é indicada nos casos de síndrome do túnel do carpo. Liberação cirúrgica de tendões também pode melhorar a função das mãos (64). A fusão cervical é controversa em casos com evidência radiológica, mas sem clínica de instabilidade atlanto-axial.

Muitos pacientes com MPS apresentam risco anestésico elevado devido à obstrução das vias aéreas superiores. A dificuldade na intubação pode ser fatal (65). Idealmente as cirurgias devem ser realizadas em centros de referência com experiência em MPS, sendo fundamental a presença de anestesista experiente em intubação difícil para a realização desses procedimentos, pois a necessidade de acompanhar a intubação com fibroscopia é frequente. As máscaras laríngeas podem ser usadas para o manejo das vias aéreas por períodos curtos ou para facilitar a intubação de fibra óptica (65, 66). Os tubos endotraqueais podem precisar ser menores do que o previsto para a idade eo tamanho de um paciente com MPS I. Pacientes geralmente apresentam obstrução pós-operatória das vias aéreas, e as observações hospitalares durante a noite não são incomuns. A consciência da possibilidade de traqueostomia pós-operatória é importante para todas as partes envolvidas. Quando possível, os procedimentos que exigem anestesia geral devem ser evitados, para minimizar o risco.

6.2 TRATAMENTO ESPECÍFICO

As indicações e demais aspectos envolvendo o uso de TCTH na MPS I (1, 4, 33, 61) fogem do escopo deste PCDT.

A laronidase, IDUA recombinante, é uma enzima produzida em células de ovário de hamster chinês (células CHO) e trata-se do fármaco disponível para o tratamento específico da MPS I (38, 67, 68). A laronidase foi considerada segura nos estudos incluídos, com eventos adversos leves na maioria dos casos e facilmente tratáveis, apesar de sua ocorrência relacionada ao tratamento ou à infusão ser frequente. Aqueles relatados em dois ou mais estudos foram erupção cutânea, urticária e febre. O único estudo placebo-controlado (69) não encontrou diferença significativa na ocorrência de eventos adversos entre os grupos. O resultado dos estudos incluídos sugere que a laronidase tem um efeito benéfico na flexão do ombro (melhora na amplitude de movimento variando de 17° a 33,5°) e redução estatisticamente significativa da hepatomegalia. Em todos os estudos que relataram análise de GAGs urinários, houve redução estatisticamente significativa comparada ao placebo ou aos valores pré-TRE de pelo menos 50%, mensurável a partir da 4ª semana de tratamento.

6.3 CASOS ESPECIAIS

A laronidase é considerada classe B para uso na gestação e aleitamento (70). Há relato na literatura de manutenção de uso da laronidase durante a gestação com desfechos positivos para mãe e recém nascido (71). Sendo assim, o uso da TRE com laronidase em mulheres grávidas ou que estejam amamentando é de decisão do médico assistente. De forma geral, recomenda-se que tratamento com TRE não seja iniciado durante a gestação, especialmente durante o primeiro trimestre. Da mesma

forma, caso seja utilizada pré-medicação, a interrupção da TRE, especialmente no primeiro trimestre, deve ser considerada.

Casos associados à não-redução de GAGs urinários devem ser avaliados de forma individualizada, para exclusão de ocorrência de anticorpos neutralizantes (72).

Quando houver reação à infusão mediada por IgE, deve ser discutida a possibilidade do uso de protocolos que promovam a tolerização.

6.3 FÁRMACO

Laronidase: 0,58 mg/mL solução injetável (frasco com 5 mL).

6.4 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

A dose recomendada para a laronidase é de 0,58 mg/kg de peso corporal administrado uma vez por semana por infusão IV. Pré-tratamento com antipiréticos ou anti-histamínicos é recomendado 60 minutos antes do início da infusão (73). A infusão deve se feita em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Infusões domiciliares podem ser consideradas após 6 meses de tratamento sem intercorrências.

O volume total da infusão é determinado pelo peso corporal do paciente e deve ser infundido ao longo de 3 a 4 horas. Pacientes com 20 kg ou menos devem receber um volume total de 100 mL. Pacientes com mais de 20 kg devem receber um volume total de 250 mL. A taxa inicial de infusão é de 10 mcg/kg/h e pode ser aumentada a cada 15 minutos durante a primeira hora, conforme a tolerância, até uma velocidade máxima de infusão de 200 mcg/kg/h ser atingida. A taxa máxima é então mantida para o restante da infusão (2-3 horas) (73).

6.5 RISCOS E BENEFÍCIOS ESPERADOS

A laronidase é considerada um medicamento seguro. Os seus principais benefícios são a melhora da mobilidade articular, a redução da hepatomegalia e a diminuição da excreção urinária de GAGS.

Eventos adversos

A laronidase foi segura nos estudos incluídos, com eventos adversos leves na maioria dos casos e facilmente tratáveis, apesar de sua ocorrência relacionada ao tratamento ou à infusão ser frequente. Aqueles relatados em dois ou mais estudos foram erupção cutânea, urticária e febre. O único estudo placebo-controlado (69) não encontrou diferença significativa na ocorrência de eventos adversos entre os grupos.

Todos os óbitos relatados (n = 4) foram considerados como não relacionados ao tratamento (74, 75) e geralmente ocorreram em pacientes com fenótipo grave, decorrendo de complicações associadas à doença de base. Embora um elevado número de pacientes exibisse soro conversão, os resultados para este desfecho foram altamente heterogêneos. Além disso, uma associação entre a presença de anticorpos, o desenvolvimento de efeitos adversos e os desfechos clínicos não foi demonstrada nos estudos incluídos (72). O títulos de anticorpos IgG à laronidase parecem, ainda, diminuir com a continuidade do tratamento.

Doença ósteo-articular (mobilidade articular)

Os estudos que relataram esse desfecho foram considerados heterogêneos, pois os protocolos utilizados para a avaliação da amplitude de movimento (AM) diferem quanto ao lado medido, ao tipo de AM (ativo ou passivo) e às articulações avaliadas. O resultado dos estudos incluídos sugere que a laronidase tem um efeito benéfico na flexão do ombro (melhora na AM variando de 17° a 33,5°). Não foram localizados na literatura os valores considerados clinicamente relevantes, mas alguns autores, na MPS VI, consideram o aumento superior a 10° como significativo (76, 77).

Excreção de GAGs urinários

Em todos os estudos que relataram este desfecho, houve redução estatisticamente significativa comparada ao placebo ou aos valores pré-TRE. Em Wraith *et al.*, a excreção urinária de GAGs diminuiu significativamente no grupo laronidase, com redução média de 54,1%, enquanto o grupo placebo (n=22) teve um aumento médio de 47,3% (69). No grupo laronidase, a redução média para níveis próximos da normalidade ocorreu por volta da 4ª semana e foi mantida durante todo o tratamento. Sifuentes *et al.* descreveram que as reduções em relação ao valor basal na excreção urinária de GAGs variaram de 69,1% a 88,4%, com uma média de redução de 76,9% (68). Em 2007, Wraith *et al.* (78) demonstraram que, após o início do tratamento com laronidase, os níveis de GAGs na urina apresentaram declínio acentuado nas primeiras 13 semanas, com redução média de 61,3%. Em Giugliani *et al.* (75) os quatro regimes de tratamento foram eficientes para reduzir os níveis de GAGs urinários e não houve diferença estatisticamente significativa entre os quatro regimes de tratamento. No estudo de Clarke *et al.* (74), houve redução significativa nas 12 primeiras semanas de tratamento (queda de 60 a 70%).

Hepatomegalia

Houve redução estatisticamente significativa da hepatomegalia nos estudos que avaliaram este desfecho variando a magnitude do resultado de acordo com o método de avaliação. No estudo de Wraith *et al.* (78), o tamanho do fígado diminuiu de 6,0 para 1,7cm (redução de 69,5%). Já em Sifuentes *et al.* (68), a média do volume hepático diminuiu de 3,42% do peso corporal para 1,84% após tratamento ($p < 0,0001$). Em Clarke *et al.* (74), o volume hepático diminuiu de 3,54% do peso corporal para 2,04%, normalizando em 92% dos pacientes. Em Giugliani *et al.* (75), o volume do fígado foi avaliado por TC e o grupo 0,58mg/kg/semana apresentou redução levemente menor na média do volume hepático (26%), comparado aos grupos 1,2mg/kg/2 semanas e 1,2mg/kg/semana (ambos 31%) e ao grupo 1,8mg/kg/2 semanas (32%), sem diferença estatisticamente significativa.

7. TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tempo de tratamento não é pré-determinado, mas, a princípio, devido às características da doença e à ausência de tratamento específico alternativo, deve ser mantido por toda a vida do paciente. Para fins deste PCDT, recomenda-se que a TRE seja interrompida nas seguintes situações (79):

a) Pacientes que não apresentarem melhora após 6 meses de tratamento em alguma das seguintes manifestações clínicas que comprovadamente respondem ao tratamento com TRE: hepatomegalia (por quaisquer dos métodos utilizados para aferição da mesma: exame físico, ecografia abdominal ou ressonância abdominal); níveis basais de GAGs urinários (é esperada uma redução de pelo menos 50%); restrição da amplitude de movimento do ombro (é esperada uma redução de pelo menos 10°);

b) Pacientes que desenvolverem condição irreversível que implique em morte iminente, cujo prognóstico não se alterará devido ao uso da TRE, como resultado da MPS I ou de outra doença associada, em acordo entre mais de um especialista;

c) Pacientes que não apresentarem pelo menos 50% de adesão ao número de infusões previstas em um ano; ou ao número de consultas previstas em um ano; ou ao número de avaliações previstas em um ano com o médico responsável pelo seguimento do paciente, desde que previamente inseridos, sem sucesso, em programa específico para melhora de adesão, ou seja, pacientes que mesmo após o programa não comparecerem a pelo menos 50% do número de infusões, consultas ou de avaliações previstas em um ano.

d) Pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou reação adversa grave (choque anafilático, risco de óbito) ao uso da laronidase, que não podem ser controlados com segurança utilizando medidas terapêuticas e preventivas apropriadas;

e) Pacientes com idade > 18 anos e que, após devidamente informados sobre os riscos e benefícios de sua decisão, optarem por não mais se submeterem ao tratamento com TRE IV com laronidase.

Os critérios de interrupção do tratamento devem ser apresentados, de forma clara, aos pais/paciente ou aos responsáveis quando a TRE estiver sendo considerada e antes de iniciá-la. Durante o acompanhamento clínico do paciente em TRE, os parâmetros de resposta terapêutica à TRE deverão ser avaliados periodicamente e discutidos com os pais/paciente ou responsáveis. No caso de interrupção por falha de adesão, o paciente e familiares deverão ser inseridos em programa de incentivo à adesão, e poderão retornar ao tratamento caso haja comprometimento explícito de seguimento das recomendações médicas.

8. MONITORIZAÇÃO

Os pacientes devem ser monitorizados a resposta terapêutica e os eventos adversos. O médico deve realizar anamnese completa em cada visita e coletar dados de altura (em pé ou em decúbito dorsal, e, no caso de restrições nos membros inferiores, por segmento), peso e perímetro cefálico, de preferência usando o mesmo instrumento, devidamente calibrado. O exame físico deve ser completo e incluir sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial), bem como medidas para quantificação do tamanho de fígado (por hepatimetria) e de baço. A avaliação do desenvolvimento sexual deve ser realizada em adolescentes, de acordo com os critérios de Tanner. Nas visitas, dados sobre todas as avaliações realizadas desde o último agendamento, devem ser obtidos e os testes necessários devem ser solicitados, incluindo avaliação por especialistas em neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cardiologia e pneumologia, e um estudo do sono e avaliação de volumes viscerais com RNM, TC, ou, quando o paciente não é capaz de passar por esses exames, com ecografia (24).

Para fins de diagnóstico e acompanhamento, radiografias do crânio (perfil), coluna vertebral (perfil, incluindo região cervical), tórax (postero-anterior), coxofemoral (pósterio-anterior) e ambas as mãos devem ser realizados. Sobreexposição à radiação deve ser evitada (3). As avaliações de rotina devem ser realizadas anualmente pelo pediatra ou clínico, além de ginecologista para adolescentes e mulheres adultas, com vacinas, orientação dietética, exames e conselhos preventivos. Seguindo o calendário obrigatório de vacinação, vacinação contra *Haemophilus influenza* e imunização a cada 5 anos para pneumonia são recomendadas, bem como imunização anual para Influenza. O médico assistente também deve sempre solicitar informações sobre ou avaliar periodicamente outros membros afetados da família, além de periodicamente avaliar se a família tem uma boa compreensão da doença e riscos reprodutivos, fornecendo ou referindo-os para orientação e aconselhamento genético adicionais sempre que aplicável.

Pacientes com MPS também são monitorados por outros profissionais como dentistas (80, 81), fisioterapeutas (42, 43), fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (42), nutricionistas e psicólogos. É papel do médico dar a estes profissionais informações pertinentes, discutir os riscos e benefícios das intervenções e incentivar a família a seguir corretamente as terapias. O médico também é responsável, juntamente com o assistente social, por identificar as dificuldades encontradas pelas famílias e deve procurar ajudá-los, orientando-os nas avaliações e tratamento, atividades de vida diária, atividades escolares e inserção social do paciente e sua família.

A tabela 2 (Anexo 1) apresenta as avaliações consideradas mínimas para o acompanhamento de pacientes com MPS I. São definidos períodos mínimos apenas para aquelas avaliações que têm por objetivo detectar a eficácia e segurança da TRE; para as demais, a periodicidade de avaliações fica a critério do médico assistente.

9. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste PCDT, a duração e a monitorização do tratamento bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso do medicamento.

Recomenda – se que o tratamento da MPS I seja feito por equipe em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de acompanhamento dos pacientes e de suas famílias. Como o controle da doença exige experiência e familiaridade com manifestações clínicas associadas, convém que o médico responsável tenha experiência e seja treinado nessa atividade. Para a administração de medicamentos biológicos intravenosos, é essencial o atendimento centralizado, para maior racionalidade do uso e avaliação da efetividade dos medicamentos. A infusão deve se feita em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Infusões domiciliares podem ser consideradas após 6 meses de tratamento sem intercorrências.

10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

Deve-se informar ao paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste PCDT, bem como critérios para interrupção do tratamento, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

ANEXO 1
TABELAS E FLUXOGRAMA

Tabela 1 – Principais manifestações clínicas das MPS e opções de tratamentos de suporte/sintomáticos

Órgão/sistem a	Manifestação clínica	Avaliação/Tratamento
Sistema nervoso central	Atraso de desenvolvimento neuropsicomotor Hidrocefalia / Hipertensão intracraniana Crises convulsivas, alteração ciclo sono-vigília, distúrbio do comportamento	Psicopedagogia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicomotricidade Derivação ventrículo-peritoneal Farmacológico, psicologia
Sistema Nervoso Periférico	Compressão medular Síndrome do Túnel do Carpo	Cirurgia, fisioterapia Cirurgia
Olhos	Acuidade visual diminuída Opacificação de córnea	Avaliação oftalmológica Transplante de córnea (em casos específicos)
Vias aéreas	Síndrome da apnéia obstrutiva do sono Infecções de repetição, hipersecreção Doença pulmonar restritiva	Amigdalectomia, adenoidectomia, oxigenioterapia, Avaliação pneumológica Farmacológico Fisioterapia
Tecido conjuntivo	Hérnias	Cirurgia
Articulações	Dor, contraturas	Fisioterapia, terapia ocupacional Farmacológico
Ossos	Giba toracolombar, genu valgo	Coletes, cirurgia
Orelhas	Hipoacusia Otites de repetição	Próteses (em casos específicos) Farmacológico, cirúrgico
Gastrointestinal	Diarreia Ganho inadequado ou excessivo de peso Distúrbio deglutição	Orientação nutricional Orientação nutricional Farmacológico, fonoaudiologia Cirurgia (gastrostomia)
Bucomaxilo	Mal oclusão, dentição anômala	Cirurgia Aparelho ortodôntico
Cardiovascular	Valvulopatias, cardiomiopatia,	Farmacológico, cirúrgico

Tabela 2. Programa mínimo de avaliações para seguimento clínico dos pacientes com MPS I, em tratamento específico ou não (3, 24, 36)

Avaliações	Avaliação Inicial	A cada 6 meses*
Atividade enzimática	X	
GAGs urinários	X	X
Historia médica	X	X
Revisão do número de infusões realizadas no período		X
Determinação da adesão ao acompanhamento/tratamento	X	X
Peso / Altura	X	X
Pressão Arterial	X	X
Hepatimetria (exame físico)	X	X
Questionário de qualidade de vida validado**	X	
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA		
- Exame Neurológico	X	X
- RNM Crânio	X	
- RNM Coluna	X	
- Velocidade de condução do nervo mediano	X	
- Avaliação do neurodesenvolvimento	X	
AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA (acuidade visual, retina, córnea)	X	
AUDIOMETRIA	X	
AVALIAÇÃO FUNCIONAL		
- Ecocardiograma	X	
- Eletrocardiograma	X	
- CVF/VEF1 (espirometria)	X	

- Polissonografia	X	
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR	X	X
RX ÓSSEO	X	

*para pacientes em tratamento específico. GAGs = glicosaminoglicanos; RNM = Ressonância; QI = Quociente de inteligência; CVF = Capacidade vital forçada; VEF1 = volume expiratório forçado no primeiro segundo. As demais avaliações devem ser realizadas em períodos determinados pelo médico assistente. ** recomenda-se aplicação anual.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neufeld EF, Muenzer J. The Mucopolysaccharidoses. . In: Valle D, Beaudet AL, Vogelstein B, Kinzler KW, Antonarakis SE, Ballabio A, et al., editors. The Online Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
2. Soliman OI, Timmermans RG, Nemes A, Vletter WB, Wilson JH, ten Cate FJ, et al. Cardiac abnormalities in adults with the attenuated form of mucopolysaccharidosis type I. *J Inherit Metab Dis.* 2007;30(5):750-7.
3. Pastores GM, Arn P, Beck M, Clarke JT, Guffon N, Kaplan P, et al. The MPS I registry: design, methodology, and early findings of a global disease registry for monitoring patients with Mucopolysaccharidosis Type I. *Mol Genet Metab.* 2007;91(1):37-47.
4. Moore D, Connock MJ, Wraith E, Lavery C. The prevalence of and survival in Mucopolysaccharidosis I: Hurler, Hurler-Scheie and Scheie syndromes in the UK. *Orphanet J Rare Dis.* 2008;3:24.
5. Nelson J. Incidence of the mucopolysaccharidoses in Northern Ireland. *Hum Genet.* 1997;101(3):355-8.
6. Beck M, Arn P, Giugliani R, Muenzer J, Okuyama T, Taylor J, et al. The natural history of MPS I: global perspectives from the MPS I Registry. *Genet Med.* 2014;16(10):759-65.
7. Muñoz-Rojas MV, Bay L, Sanchez L, van Kuijk M, Ospina S, Cabello JF, et al. Clinical manifestations and treatment of mucopolysaccharidosis type I patients in Latin America as compared with the rest of the world. *J Inherit Metab Dis.* 2011;34(5):1029-37.
8. Dornelles AD, de Camargo Pinto LL, de Paula AC, Steiner CE, Lourenço CM, Kim CA, et al. Enzyme replacement therapy for Mucopolysaccharidosis Type I among patients followed within the MPS Brazil Network. *Genet Mol Biol.* 2014;37(1):23-9.
9. Lowry RB, Applegarth DA, Toone JR, MacDonald E, Thunem NY. An update on the frequency of mucopolysaccharide syndromes in British Columbia. *Hum Genet.* 1990;85(3):389-90.
10. Meikle PJ, Hopwood JJ, Clague AE, Carey WF. Prevalence of lysosomal storage disorders. *JAMA.* 1999;281(3):249-54.
11. Boy R, Schwartz IV, Krug BC, Santana-da-Silva LC, Steiner CE, Acosta AX, et al. Ethical issues related to the access to orphan drugs in Brazil: the case of mucopolysaccharidosis type I. *J Med Ethics.* 2011;37(4):233-9.
12. Baehner F, Schmiedeskamp C, Krummenauer F, Miebach E, Bajbouj M, Whybra C, et al. Cumulative incidence rates of the mucopolysaccharidoses in Germany. *J Inherit Metab Dis.* 2005;28(6):1011-7.
13. Elliott S, Buroker N, Cournoyer JJ, Potier AM, Trometer JD, Elbin C, et al. Pilot study of newborn screening for six lysosomal storage diseases using Tandem Mass Spectrometry. *Mol Genet Metab.* 2016;118(4):304-9.

14. Hopkins PV, Campbell C, Klug T, Rogers S, Raburn-Miller J, Kiesling J. Lysosomal storage disorder screening implementation: findings from the first six months of full population pilot testing in Missouri. *J Pediatr*. 2015;166(1):172-7.
15. D'Aco K, Underhill L, Rangachari L, Arn P, Cox GF, Giugliani R, et al. Diagnosis and treatment trends in mucopolysaccharidosis I: findings from the MPS I Registry. *Eur J Pediatr*. 2012;171(6):911-9.
16. Federhen A, Burin M, Leistner-Segal S, Matte U, Tirelli K, Facchin A, et al. Minimal Estimated Incidence of MPS I, II, IV-A and VI in Brazil and Comparison to the Rest of the World. In: Giugliani R, editor. 14th International Symposium of Mucopolysaccharidoses and Related Diseases; Bonn, Germany. *Journal of Inborn Errors of Metabolism & Screening* Sage; 2016. p. 9-10.
17. Giugliani R, Federhen A, Michelin-Tirelli K, Riegel M, Burin M. Relative frequency and estimated minimal frequency of Lysosomal Storage Diseases in Brazil: Report from a Reference Laboratory. *Genet Mol Biol*. 2017;40(1):31-9.
18. Clarke LA. Mucopolysaccharidosis type I 2016 [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1162/>].
19. Aronovich EL, Pan D, Whitley CB. Molecular genetic defect underlying alpha-L-iduronidase pseudodeficiency. *Am J Hum Genet*. 1996;58(1):75-85.
20. Keating KG, Whiteaker L, Corkery J, Charrow J, Burton B. Pseudodeficiency of alpha-iduronidase is a common finding identified from newborn screening in the state of Illinois. *Mol Genet Metab* 2016;117(2):S66.
21. Chamoles NA, Blanco M, Gaggioli D. Diagnosis of alpha-L-iduronidase deficiency in dried blood spots on filter paper: the possibility of newborn diagnosis. *Clin Chem*. 2001;47(4):780-1.
22. Verma J, Thomas DC, Kasper DC, Sharma S, Puri RD, Bijarnia-Mahay S, et al. Inherited Metabolic Disorders: Efficacy of Enzyme Assays on Dried Blood Spots for the Diagnosis of Lysosomal Storage Disorders. *JIMD Rep*. 2017;31:15-27.
23. Breier AC, Cé J, Mezzalira J, Daitx VV, Moraes VC, Goldim MPS, et al. Alpha-l-iduronidase and arylsulfatase B in dried blood spots on filter paper: Biochemical parameters and time stability. *Clin Biochem*. 2017;50(7-8):431-5.
24. Martins AM, Dualibi AP, Norato D, Takata ET, Santos ES, Valadares ER, et al. Guidelines for the management of mucopolysaccharidosis type I. *J Pediatr*. 2009;155(4 Suppl):S32-46.
25. Müller KB, Pereira VG, Martins AM, D'Almeida V. Evaluation of α -iduronidase in dried blood spots is an accurate tool for mucopolysaccharidosis I diagnosis. *J Clin Lab Anal*. 2011;25(4):251-4.
26. de Jong JG, Hasselman JJ, van Landeghem AA, Vader HL, Wevers RA. The spot test is not a reliable screening procedure for mucopolysaccharidoses. *Clin Chem*. 1991;37(4):572-5.
27. Auray-Blais C, Lavoie P, Tomatsu S, Valayannopoulos V, Mitchell JJ, Raiman J, et al. UPLC-MS/MS detection of disaccharides derived from glycosaminoglycans as biomarkers of mucopolysaccharidoses. *Anal Chim Acta*. 2016;936:139-48.
28. Beesley CE, Meaney CA, Greenland G, Adams V, Vellodi A, Young EP, et al. Mutational analysis of 85 mucopolysaccharidosis type I families: frequency of known mutations, identification of 17 novel mutations and in vitro expression of missense mutations. *Hum Genet*. 2001;109(5):503-11.
29. Bertola F, Filocamo M, Casati G, Mort M, Rosano C, Tylki-Szymanska A, et al. IDUA mutational profiling of a cohort of 102 European patients with mucopolysaccharidosis type I: identification and characterization of 35 novel α -L-iduronidase (IDUA) alleles. *Hum Mutat*. 2011;32(6):E2189-210.
30. The Human Gene Mutation Database [Available from: <http://www.hgmd.cf.ac.uk/ac/index.php>].
31. Pereira VG, Martins AM, Micheletti C, D'Almeida V. Mutational and oxidative stress analysis in patients with mucopolysaccharidosis type I undergoing enzyme replacement therapy. *Clin Chim Acta*. 2008;387(1-2):75-9.

32. Matte U, Yogalingam G, Brooks D, Leistner S, Schwartz I, Lima L, et al. Identification and characterization of 13 new mutations in mucopolysaccharidosis type I patients. *Mol Genet Metab.* 2003;78(1):37-43.
33. Parini R, Deodato F, Di Rocco M, Lanino E, Locatelli F, Messina C, et al. Open issues in Mucopolysaccharidosis type I-Hurler. *Orphanet J Rare Dis.* 2017;12(1):112.
34. Pastores GM, Meere PA. Musculoskeletal complications associated with lysosomal storage disorders: Gaucher disease and Hurler-Scheie syndrome (mucopolysaccharidosis type I). *Curr Opin Rheumatol.* 2005;17(1):70-8.
35. Pastores GM. Musculoskeletal complications encountered in the lysosomal storage disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2008;22(5):937-47.
36. Muenzer J, Wraith JE, Clarke LA, I ICPoMaToM. Mucopolysaccharidosis I: management and treatment guidelines. *Pediatrics.* 2009;123(1):19-29.
37. Turra GS, Schwartz IV. Evaluation of orofacial motricity in patients with mucopolysaccharidosis: a cross-sectional study. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(3):254-60.
38. Schwartz IV, Souza CF, Giugliani R. Treatment of inborn errors of metabolism. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(4 Suppl):S8-19.
39. Giugliani R, Federhen A, Vairo F, Vanzella C, Pasqualim G, da Silva LM, et al. Emerging drugs for the treatment of mucopolysaccharidoses. *Expert Opin Emerg Drugs.* 2016;21(1):9-26.
40. Wald ER. Rhinitis and acute and chronic sinusitis. . In: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA, editors. *Pediatric otolaryngology.* 3rd ed. ed. Philadelphia: Pediatric otolaryngology; 1996.
41. Brasil MdS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas ASMA. Portaria SAS/MS nº 1.317, de 25 de novembro de 2013. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-asma-livro-2013.pdf>.
42. Dusing SC, Thorpe D, Rosenberg A, Mercer V, Escolar ML. Gross motor abilities in children with Hurler syndrome. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48(11):927-30.
43. Haley SM, Fragala Pinkham MA, Dumas HM, Ni P, Skrinar AM, Cox GF. A physical performance measure for individuals with mucopolysaccharidosis type I. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48(7):576-81.
44. Pierpont MEM, Moller JH. Cardiac manifestations of genetic disease. In: Moss A, editor. *Heart disease in infants, children, and adolescents.* 5th ed. ed. London: Williams & Wilkins; 1995. p. 1486-520.
45. Dangel JH. Cardiovascular changes in children with mucopolysaccharide storage diseases and related disorders--clinical and echocardiographic findings in 64 patients. *Eur J Pediatr.* 1998;157(7):534-8.
46. Fischer TA, Lehr HA, Nixdorff U, Meyer J. Combined aortic and mitral stenosis in mucopolysaccharidosis type I-S (Ullrich-Scheie syndrome). *Heart.* 1999;81(1):97-9.
47. Minakata K, Konishi Y, Matsumoto M, Miwa S. Surgical treatment for Scheie's syndrome (mucopolysaccharidosis type I-S): report of two cases. *Jpn Circ J.* 1998;62(9):700-3.
48. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation.* 2007;116(15):1736-54.
49. Nayak DR, Balakrishnan R, Murthy KD. An endoscopic approach to the deviated nasal septum--a preliminary study. *J Laryngol Otol.* 1998;112(10):934-9.
50. Shapiro J, Strome M, Crocker AC. Airway obstruction and sleep apnea in Hurler and Hunter syndromes. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1985;94(5 Pt 1):458-61.

51. Wetmore R. Tracheotomy. In: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA, editors. Pediatric otolaryngology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1996.
52. Oghan F, Harputluoglu U, Guclu E, Guvey A, Turan N, Ozturk O. Permanent t-tube insertion in two patients with Hurler's syndrome. *Int J Audiol.* 2007;46(2):94-6.
53. Reichert R, Campos LG, Vairo F, de Souza CF, Pérez JA, Duarte J, et al. Neuroimaging Findings in Patients with Mucopolysaccharidosis: What You Really Need to Know. *Radiographics.* 2016;36(5):1448-62.
54. Wraith JE. The mucopolysaccharidoses: a clinical review and guide to management. *Arch Dis Child.* 1995;72(3):263-7.
55. Seto T, Kono K, Morimoto K, Inoue Y, Shintaku H, Hattori H, et al. Brain magnetic resonance imaging in 23 patients with mucopolysaccharidoses and the effect of bone marrow transplantation. *Ann Neurol.* 2001;50(1):79-92.
56. Watts RW, Spellacy E, Kendall BE, du Boulay G, Gibbs DA. Computed tomography studies on patients with mucopolysaccharidoses. *Neuroradiology.* 1981;21(1):9-23.
57. Sheridan M, Johnston I. Hydrocephalus and pseudotumour cerebri in the mucopolysaccharidoses. *Childs Nerv Syst.* 1994;10(3):148-50.
58. Dalla Corte A, de Souza CFM, Anés M, Giugliani R. Hydrocephalus and mucopolysaccharidoses: what do we know and what do we not know? *Childs Nerv Syst.* 2017;33(7):1073-80.
59. Kachur E, Del Maestro R. Mucopolysaccharidoses and spinal cord compression: case report and review of the literature with implications of bone marrow transplantation. *Neurosurgery.* 2000;47(1):223-8; discussion 8-9.
60. Williams N, Cundy P, Eastwood D. Surgical Management of Thoracolumbar Kyphosis in Patients with Mucopolysaccharidosis: A Systematic Review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2017.
61. Liang J, Singhal A. Regression of ventriculomegaly following medical management of a patient with Hurler syndrome. *J Neurosurg Pediatr.* 2016;17(5):537-9.
62. Kennedy J, Noel J, O'Meara A, Mulhall K, Crushell E, Fogarty E, et al. A Long-term Retrospective Evaluation of Functional and Radiographic Outcomes of Pediatric Hip Surgery in Hurler Syndrome. *J Pediatr Orthop.* 2016;36(1):25-8.
63. Pronicka E, Tyłki-Szymanska A, Kwast O, Chmielik J, Maciejko D, Cedro A. Carpal tunnel syndrome in children with mucopolysaccharidoses: needs for surgical tendons and median nerve release. *J Ment Defic Res.* 1988;32 (Pt 1):79-82.
64. Kakkis ED, Muenzer J, Tiller GE, Waber L, Belmont J, Passage M, et al. Enzyme-replacement therapy in mucopolysaccharidosis I. *N Engl J Med.* 2001;344(3):182-8.
65. Sifuentes M, Doroshov R, Hoft R, Mason G, Walot I, Diament M, et al. A follow-up study of MPS I patients treated with laronidase enzyme replacement therapy for 6 years. *Mol Genet Metab.* 2007;90(2):171-80.
66. Wraith JE, Clarke LA, Beck M, Kolodny EH, Pastores GM, Muenzer J, et al. Enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidosis I: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, multinational study of recombinant human alpha-L-iduronidase (laronidase). *J Pediatr.* 2004;144(5):581-8.
67. ANVISA. Aldurazyme 2015 [Available from: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9237372015&pIdAnexo=2901868].
68. Castorina M, Antuzzi D, Richards SM, Cox GF, Xue Y. Successful pregnancy and breastfeeding in a woman with mucopolysaccharidosis type I while receiving laronidase enzyme replacement. therapy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42(1):108-13.

69. Xue Y, Richards SM, Mahmood A, Cox GF. Effect of anti-laronidase antibodies on efficacy and safety of laronidase enzyme replacement therapy for MPS I: A comprehensive meta-analysis of pooled data from multiple studies. *Mol Genet Metab.* 2016;117(4):419-26.
70. Genzyme. 2016 [Available from: <https://www.aldurazyme.com/>].
71. Clarke LA, Wraith JE, Beck M, Kolodny EH, Pastores GM, Muenzer J, et al. Long-term efficacy and safety of laronidase in the treatment of mucopolysaccharidosis I. *Pediatrics.* 2009;123(1):229-40.
72. Giugliani R, Rojas VM, Martins AM, Valadares ER, Clarke JT, Goes JE, et al. A dose-optimization trial of laronidase (Aldurazyme) in patients with mucopolysaccharidosis I. *Mol Genet Metab.* 2009;96(1):13-9.
73. Harmatz P, Giugliani R, Schwartz I, Guffon N, Teles EL, Miranda MC, et al. Enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidosis VI: a phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled, multinational study of recombinant human N-acetylgalactosamine 4-sulfatase (recombinant human arylsulfatase B or rhASB) and follow-on, open-label extension study. *J Pediatr.* 2006;148(4):533-9.
74. Harmatz P, Kramer WG, Hopwood JJ, Simon J, Butensky E, Swiedler SJ, et al. Pharmacokinetic profile of recombinant human N-acetylgalactosamine 4-sulphatase enzyme replacement therapy in patients with mucopolysaccharidosis VI (Maroteaux-Lamy syndrome): a phase I/II study. *Acta Paediatr Suppl.* 2005;94(447):61-8; discussion 57.
75. Wraith JE, Beck M, Lane R, van der Ploeg A, Shapiro E, Xue Y, et al. Enzyme replacement therapy in patients who have mucopolysaccharidosis I and are younger than 5 years: results of a multinational study of recombinant human alpha-L-iduronidase (laronidase). *Pediatrics.* 2007;120(1):e37-46.
76. Giugliani R, Federhen A, Muñoz Rojas MV, Vieira TA, Artigalás O, Pinto LL, et al. [Enzyme replacement therapy for mucopolysaccharidoses I, II and VI: recommendations from a group of Brazilian F experts]. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2010;56(3):271-7.
77. Hingston EJ, Hunter ML, Hunter B, Drage N. Hurler's syndrome: dental findings in a case treated with bone marrow transplantation in infancy. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16(3):207-12.
78. Guven G, Cehreli ZC, Altun C, Sençimen M, Ide S, Bayari SH, et al. Mucopolysaccharidosis type I (Hurler syndrome): oral and radiographic findings and ultrastructural/chemical features of enamel and dentin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(1):72-8.

APÊNDICE 1

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DE LITERATURA

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras foi publicada em 12 de fevereiro de 2014 por meio da Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014(*)¹, que além de instituir a referida Política, também aprovou as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e instituiu incentivos financeiros de custeio.

Esta Política tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por essas doenças, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças raras. Está organizada no conceito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para as pessoas com doenças raras.

A Política utiliza como definição de doenças raras a estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), isto é, “aquela doença que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos”, conforme estabelecido nas Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS.

Como não seria possível organizar as diretrizes abordando as doenças raras de forma individual, devido ao grande número de doenças, as diretrizes foram organizadas na forma de eixos estruturantes, que permitem classificar as doenças raras de acordo com suas características comuns, com a finalidade de maximizar os benefícios aos usuários.

¹ (*) Republicada para consolidar as alterações introduzidas pela Portaria nº 981/GM/MS, 20 de maio 2014, publicada no DOU nº 95, de 21 de maio de 2014, Seção 1, página 44.

Desta forma, as doenças raras foram classificadas em dois eixos: a) Doenças Raras de origem genética, com 3 grupos: 1-Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia, 2-Deficiência Intelectual, 3-Erros inatos do Metabolismo. b) Doenças Raras de origem não Genética, com os seguintes grupos de causas: 1- Infecciosas, 2- Inflamatórias, 3- Autoimunes, 4- Outras doenças raras não genéticas.

Para a implantação e implementação desta Política foram incorporados, inicialmente, quinze exames, de biologia molecular, citogenética e imunoenaios, além do aconselhamento genético, na tabela de procedimentos do SUS.

Os princípios e diretrizes desta Portaria no artigo 6º, inciso VI, visa garantir a incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Para viabilizar as definições e implementação da Política, a Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC), juntamente com a CONITEC, organizou um “Painel de especialistas” que atuam em doenças raras em todo o país, abarcando os dois eixos da Política e seus respectivos grupos supracitados. O “Painel de Especialistas”, realizado nos dias 19 e 20 de maio de 2014, objetivou estabelecer critérios e prioridades para a elaboração de – PCDTs para implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. Dentre as doenças elencadas para elaboração de PCDT priorizados está a Mucopolissacaridose tipo 1 (MPS 1).

2. REUNIÃO DE ESCOPO

A fim de dar continuidade ao processo de elaboração do PCDT, foi realizada uma reunião de escopo com o comitê gestor e elaborador do protocolo no dia 12 de dezembro de 2016 no Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) onde foram estabelecidas as seguintes perguntas de pesquisa para elaboração deste PCDT:

- Indivíduos com diagnóstico pré-natal de Síndrome de Hurler tiveram melhor resposta a transplante de células troncohematopoiéticas (TCTH)?
- A laronidase é eficaz para desfechos: sobrevida, qualidade de vida, número de infecções de vias respiratórias, cardiopatia, eventos adversos, crises convulsivas, doença óssea, doença ocular?
- Existe diferença de efetividade entre os diferentes esquemas posológicos, quinzenal e semanal?
- Até qual idade o TCTH é efetivo?
- Há necessidade de manter TRE após transplante? Por quanto tempo?
- A laronidase é segura em gestantes e pacientes em aleitamento materno?
- Quais são os critérios para interrupção de tratamento?

3. BUSCAS NA LITERATURA

Foram consultados a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o sítio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) para a identificação das tecnologias disponíveis no Brasil e tecnologias demandadas ou recentemente incorporadas para o tratamento da MPS 1. Foi também realizada busca por diretrizes nacionais e internacionais a respeito da doença.

Não foram encontradas tecnologias disponíveis, já incorporadas ou em avaliação.

As seguintes bases de diretrizes foram consultadas:

- NICE *guidelines* (<http://www.nice.org.uk/guidance/published?type=CG>);
- *National Library of Australia* – <http://webarchive.nla.gov.au/gov/>;
- Diretrizes Associação Médica Brasileira (AMB).
- PCDT MS
- Pubmed/Medline

As diretrizes localizadas foram as seguintes:

- *Guidelines for eligibility to receive treatment of mucopolysaccharidosis type I (MPS I) with laronidase through the life saving drugs program* – disponível em <http://webarchive.nla.gov.au/gov/>
- *Guidelines for the Management of Mucopolysaccharidosis Type I*. Martins AM, et al. J Pediatr. 2009 Oct;155(4 Suppl):S32-46
- *Mucopolysaccharidosis I: Management and Treatment Guidelines*. Muenzer J, et al. J Pediatrics. 2009 Jan; 123(1): 19-29.
- *Terapia de reposição enzimática para as mucopolissacaridoses I, II e VI: recomendações de um grupo de especialistas brasileiros*. Giugliani R, et al. Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(3): 257-77
- *Mucopolysaccharidosis I, II, and VI: Brief review and guidelines for treatment*. Giugliani R, et al. Genet Mol Biol. 2010; 33(4): 589-604

Após a reunião de escopo, ficou estabelecido que o PCDT destina-se a crianças e adultos com MPS I, ambos os sexos, e tem por objetivo revisar práticas diagnósticas e terapêuticas e incorporar as recomendações referentes ao tratamento medicamentoso com a terapia de reposição enzimática com laronidase, e que o tratamento através de TCTH não será abordado no PCDT.

Para elaboração dos critérios diagnósticos, foram utilizados guidelines internacionais elaborados por diferentes grupos de especialistas, que são utilizados como consenso nos diversos centros de referência.

Para avaliação das situações especiais de gestação e aleitamento, a estratégia de busca e seu resultado encontram-se na Tabela 3. A base de dados buscada foi Medline/PubMed e foram incluídos todos os artigos encontrados referentes aos desfechos de interesse.

Estratégia de Busca	Resultados	Incluídos	Referência Incluída
“mucopolysaccharidosis type I AND pregnancy”	55 artigos	1 artigo	Successful pregnancy and breastfeeding in a woman with mucopolysaccharidosis type I while receiving laronidase enzyme replacement therapy.
“mucopolysaccharidosis type I AND breastfeeding”	1 artigo	1 artigo	Successful pregnancy and breastfeeding in a woman with mucopolysaccharidosis type I while receiving laronidase enzyme replacement therapy.

Para avaliação de interrupção de tratamento, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: “mucopolysaccharidosis type I AND interruption”, sendo apenas dois resultados encontrados, listados abaixo. A base de dados buscada foi Medline/PubMed e as duas referências encontradas não respondiam a pergunta definida na reunião de escopo, sendo utilizados os guidelines internacionais acima citados para responder a questão.

- *Deleterious effects of interruption followed by reintroduction of enzyme replacement therapy on a lysosomal storage disorder*.

- *Rapid deterioration of a patient with mucopolysaccharidosis type I during interruption of enzyme replacement therapy*.

Para elaboração dos demais itens do PCDT foram utilizadas as buscas, resultados recomendações e referências constantes no relatório de recomendação da laronidase como terapia de reposição enzimática no tratamento da MPS I disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_Laronidase_MucopolissacaridoseI_C P23_2017.pdf.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
LARONIDASE

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de **laronidase**, indicados para o tratamento da **mucopolissacaridose tipo**
I.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico
_____(nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber
podem trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença, como hepatomegalia e rigidez articular.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais
efeitos adversos e riscos:

- medicamento classificado na gestação como fator de risco B (estudos em animais não
mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve
ser prescrito com cautela);

- efeitos adversos da laronidase: aqueles relatados em dois ou mais estudos foram erupção
cutânea, urticária e febre.

- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da
fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me
a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também
que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações
relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Sim Não

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional do SUS:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico: RS:	CRM:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data:	