

Terapias modificadoras da doença na esclerose múltipla: Atuais perspectivas quanto aos dados mais recentes

Renúncia 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 touchIME® a garantir que revelam tais referências feitas relativamente à utilização não rotulada ou não aprovada*
- *A touchIME® não endossa nem sugere implicitamente a utilização de produtos ou utilizações não aprovados em virtude da menção de tais produtos ou utilizações nas suas atividades*
- *A touchIME® não aceita qualquer responsabilidade por erros ou omissões*

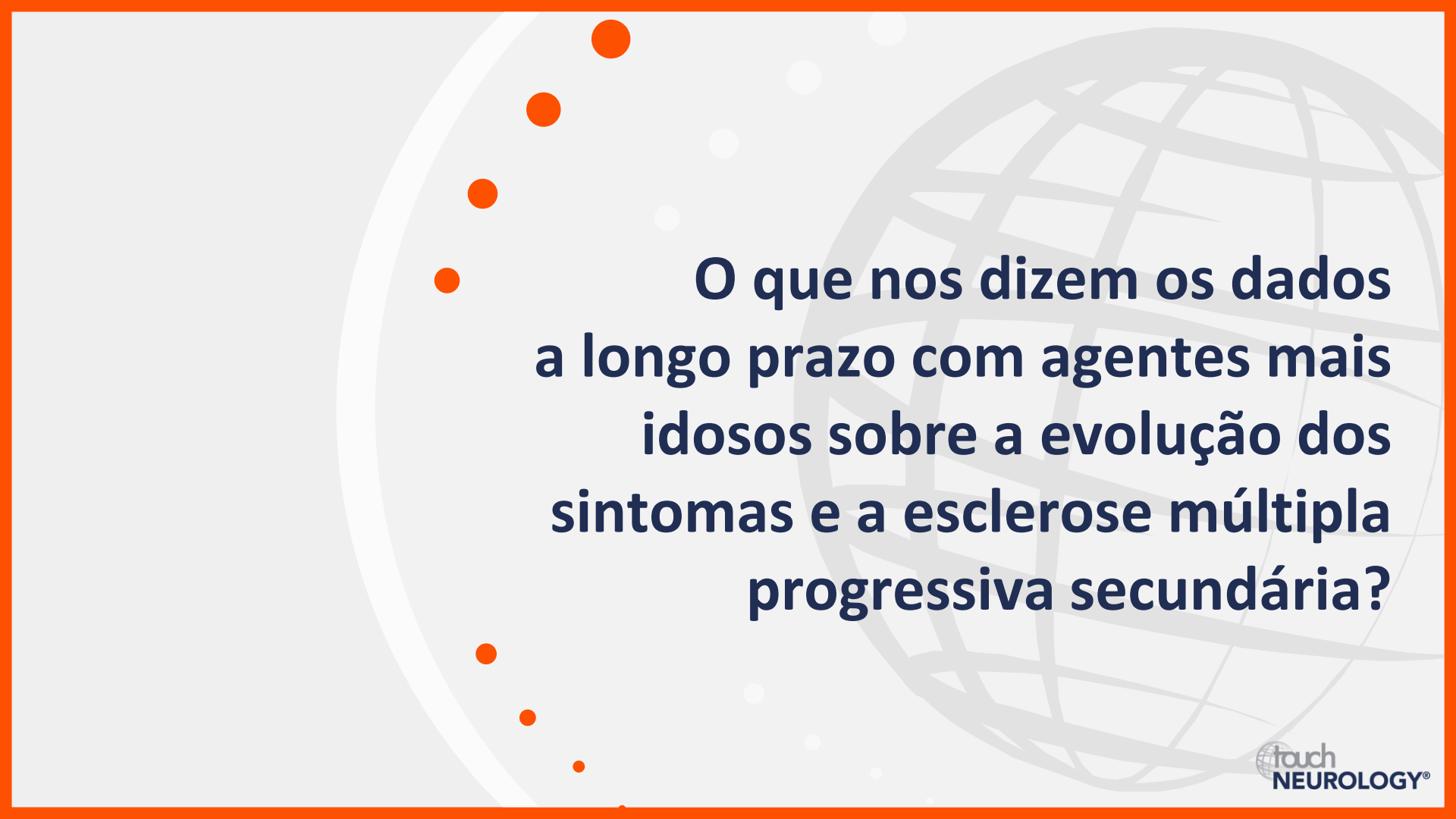
De que forma é que os dados novos e emergentes estão a mudar a forma como consideramos o tratamento da esclerose múltipla?

Prof. Xavier Montalban

Diretor do Centro da Esclerose Múltipla da Catalunha (Cemcat)

Vall d'Hebron University Hospital e Research Institute, Barcelona, Espanha



The background of the slide features a large, faint globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The overall color scheme is light gray and white, with orange accents.

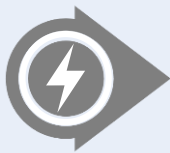
**O que nos dizem os dados
a longo prazo com agentes mais
idosos sobre a evolução dos
sintomas e a esclerose múltipla
progressiva secundária?**

Dados a longo prazo sobre as terapias da plataforma para a EM

Acetato de glatirâmero¹



Ensaio de acetato de glatirâmero EUA
Dosagem SC, 20 µg QD
15 anos (n = 100) e
20 anos (n = 74) dados do estudo de
extensão de rótulo aberto



TRA: 0,25 (15 a) e 0,2 (20 a)
EMPS: 35% (15 a) e 47% (20 a)



EDSS ≥ 6
(doente não ambulatório)
18% (15 a) e 20,5% (20 a)

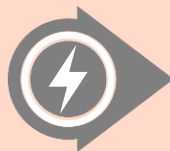
IFN β-1b²



Ensaio de IFN β-1b, dosagem SC DSDN
Placebo (n = 79)
50 µg (n = 85)
250 µg (n = 96)



EDSS ≥ 6 (tempo mediano para EDSS ≥ 6)
Placebo: 46% (14,5 a)
50 µg: 39% (12,8 a)
250 µg: 46% (16,1 a)



EDSS ≥ 6 ou SPMS
Placebo: 56%
Qualquer dose: 53%
250 µg: 57%

a, ano; DSDN, dia sim dia não; EDSS, Escala Expandida do Estado de Incapacidade; EM, esclerose múltipla; EMPS, EM progressiva secundária; INF, interferão; QD, todos os dias; SC, subcutâneo; TRA, taxa de recidiva anualizada.

1. Wynn DR. *Mult Scler Int*. 2019;7151685; 2. Ebers GC, et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81:907–12.



**A atual monitorização dos
pacientes deteta a evolução
da doença atempadamente?**

Monitorização da evolução da doença na EM



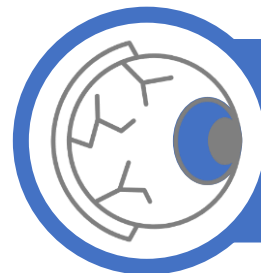
- As recomendações atuais são sintomáticas, sem uma robusta orientação para a monitorização por IRM¹
- A IRM de diagnóstico carece de sensibilidade relativamente à neurodegeneração da matéria cinzenta e não é facilmente quantitativa²
- A deteção precoce da evolução da lesão poderia permitir o ajuste da terapia para evitar os sintomas



As informações obtidas por neurorradiologia especializada relativamente a TMD para condições neurológicas complexas são essenciais para o tratamento otimizado do doente³



- O reduzido volume talâmico⁴ e a atrofia talâmica⁵ identificados através de IRM ponderada a T1 são os parâmetros para a evolução da doença em ensaios clínicos de agentes neuroprotetores
- Em doentes pediátricos, a avaliação completa da IRM basal e a monitorização clínica e por IRM exata durante os primeiros 2 anos da doença são preditivas do prognóstico a longo prazo⁶



As alterações estruturais e funcionais na camada das células ganglionares da retina e da camada de fibra dos nervos da retina são preditivas dos resultados visuais a longo prazo na EM⁷

EM, esclerose múltipla; EMD, equipa multidisciplinar; IRM, imagiologia de ressonância magnética.

1. Rae-Grant A, et al. *Neurology*. 2018;90:777–88; 2. Ontaneda D, Fox RJ. *Neurotherapeutics*. 2017;14:24–34;

3. Ramsay S, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. S2.002; 4. Petracca M, et al. *Neurol Ther*. 2018;7:265–85; 5. Azevedo CJ, et al. *Ann Neurol*. 2018;83:223–34;

6. De Meo E, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. S28.005; 7. Galetta SL, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.096.

Até que ponto são eficazes as terapias modificadoras da doença mais recentes para o tratamento a longo prazo?

Experiência a longo prazo com TMD altamente eficazes

Alemtuzumab¹

CARE-MS II (EMRI)

Outras TMD em OLE

Seguimento de 9 anos

- 41% dos doentes tratados com ALE não receberam TMD após o A2



- TRA 0,19 anos 3–9
- 68% EDSS estável/melhorada



- 69% sem atividade da doença na IRM

Ocrelizumab²

OPERA OLE (EMR)

OLE após estudo de 2 anos

Seguimento de 6 anos

- TRA 0,13–0,05 durante os anos 3–6 (OLE anos 1–4)



- 19,2% com EIC de 24 semanas no ano 6 (OLE ano 4)

Ofatumumab³

APOLITOS (EMRI)

Seguimento de 48 semanas até ao estudo de 24 semanas de fase II



- TRA 0,081



- Lesões T1 medianas 0,027 Gd+

TRA reduzida e lesões em doentes que mudaram do placebo para OFA no estudo inicial

Ublituximab⁴

ULTIMATE I e II (EMR)

Estudo de fase III de 96 semanas



- TRA 0,076 e 0,091



- Lesões T1 medianas 0,016 e 0,009 Gd+

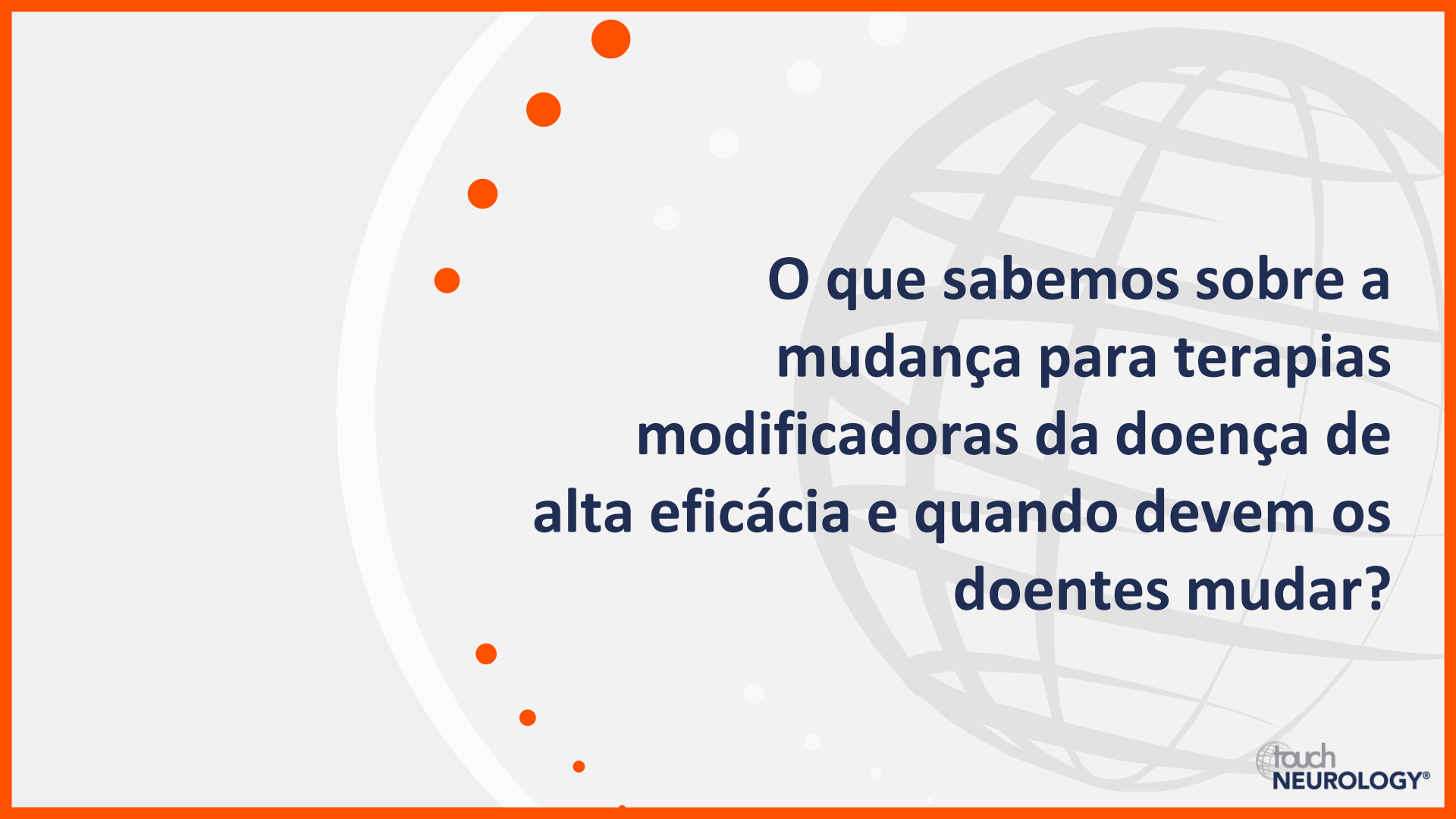
TRA e lesões significativamente reduzidas com ublituximab vs. teriflunomida

Respostas sustentadas e baixas taxas de evolução/incapacidade após vários anos de terapia com TMD altamente eficazes

ALE, alemtuzumab; EDSS, Escala Expandida do Estado de Incapacidade; EIC, evolução da incapacidade confirmada; EM, esclerose múltipla; EMR, EM em recidiva; EMRI, EM em recidiva intervalada; IRM, imagiologia por ressonância magnética; OFA, ofatumumab; OLE, extensão de rótulo aberto; TMD, terapia modificadora da doença; TRA, taxa de recidiva anualizada.

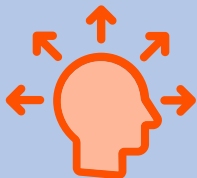
1. Bass AD, et al. *Neurology*. 2020;94(15 Suppl.):151; 2. Hauser SL, et al. *Mult Scler J*. 2020;26(1 Suppl.):45; 3. Saida T, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.103;

4. Steinman L, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.074.

The background features a light gray globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes. The entire slide is framed by a thick orange border.

**O que sabemos sobre a
mudança para terapias
modificadoras da doença de
alta eficácia e quando devem os
doentes mudar?**

Mudar para TMD de alta eficácia



- A decisão de mudar para TMD de alta eficácia deverá ser discutida com os doentes
- A monitorização dos doentes adicional ou mais intensiva poderá suscitar discussões caso sejam detetadas lesões pré-sintomáticas

Alemtuzumab¹

- 282 dts em CARE-MS I/II OLE mudaram de IFN β -1a para ALE
- 230 dts concluíram 7 anos de ALE: A TRA era de 0,11
68% registaram EDSS estável/melhorada

Ocrelizumab²

- Dts com resposta subotimizada a TMD anterior mudaram para OCR no estudo CHORDS
- 555 dts concluíram 2 anos de OLE: a TRA foi de 0,046
62% registaram EDSS estável
23% melhoraram a EDSS

Natalizumab³

- Dts que mudaram de NAT para TMD de alta ou moderada eficácia (n=130 e n=270, respetivamente)
- Aos 2 anos após a mudança: sem diferença na TRA
O grupo de eficácia moderada registou um maior risco de novas lesões T2 e Gd+ e um risco menor da ausência de atividade da doença (todos $p < 0,05$)

A mudança de terapias protocolares para TMD de alta eficácia está associada a resultados melhores e menos preocupações de segurança adicionais

ALE, alemtuzumab; dts, doentes; EDSS, Escala Expandida do Estado de Incapacidade; Gd+, gadolínio reforçado; INF, interferão; NAT, natalizumab; OCR, ocrelizumab; OLE, extensão de rótulo aberto; TRA, taxa de recidiva anualizada; TMD, terapia modificadora da doença.

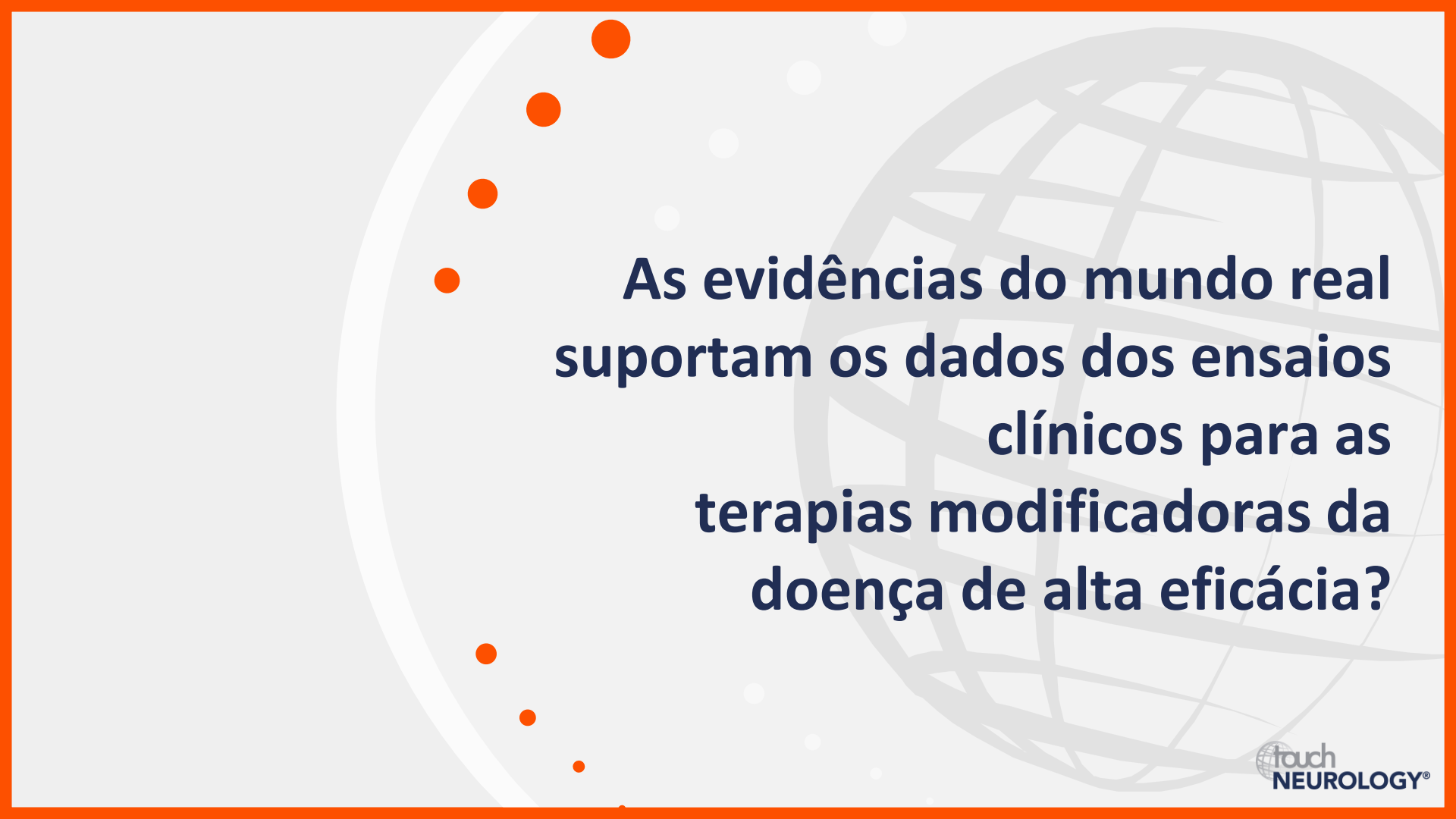
1. Pelletier D, et al. *Mult Sci J.* 2020;26(Suppl. 1):43; 2. Weinstock-Guttman B, et al. *Eur J Neurol.* 2020;27(Suppl. 1):43; 3. Hersh C, et al. *Neurology.* 2020;94(Suppl. 15):683.

Terapias modificadoras da doença de alta eficácia na esclerose múltipla: Qual é o papel do tratamento precoce?

Prof.^a Eva Kubala Havrdová

Professora de Neurologia
General University Hospital,
Charles University,
Praga, República Checa



The background of the slide features a large, faint globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The overall color scheme is light gray and white, with orange accents.

**As evidências do mundo real
suportam os dados dos ensaios
clínicos para as
terapias modificadoras da
doença de alta eficácia?**

Dados do mundo para TMD na EM

Alemtuzumab



84 doentes eslovacos com EMRI,
≥2 doses¹
Idade média: 37,5 anos

- Pontuação de EDSS inalterada ($3,5 \pm 1,47$ vs. $3,23 \pm 1,58$)
- **TRA média reduzida de $0,58 \pm 0,96$ para $0,04 \pm 0,21$**
- Evolução em IRM reduzida de 0,56 para 0,16



49 doentes croatas com EMRI,
≥ 2 doses²
Idade média: 33,2 anos

- TRA de 1,86 no ano anterior ao tratamento
- TRA 0,08, 0,07 e 0,24 após o 1.º, 2.º e 3.º anos, respetivamente; todos $p < 0,001$
- **Reduções de TRA de 87–96%**

Natalizumab



Estudo observacional do mundo real multinacional a longo prazo em doentes com EMRI que receberam natalizumab³

- 1649 doentes continuaram o tratamento e 1309 doentes descontinuaram o tratamento após ≥1 ano
- Seguimento de 5 anos: conversão para EMPS não ativa mais baixa com a continuação do natalizumab em comparação com a descontinuação (0,14 vs. 0,2; $p < 0,0001$)
- Os doentes descontinuaram o tratamento com natalizumab principalmente devido à positividade para anti-JCV Ab (38%) ou por decisão do doente (24%)
- **O natalizumab regista uma eficácia no mundo real a longo prazo e abranda a evolução da doença EMPS**

Ocrelizumab



65 doentes com EM no Qatar (52 com EMPS)⁴
Idade média: 38,7 anos

- Média de 3,2 infusões
- **Número médio de lesões em IRM reduzido de 1,27 para 0,07**
- Os doentes com mais idade do que os doentes dos estudos OPERA I/II, mas com duração da doença mais prolongada

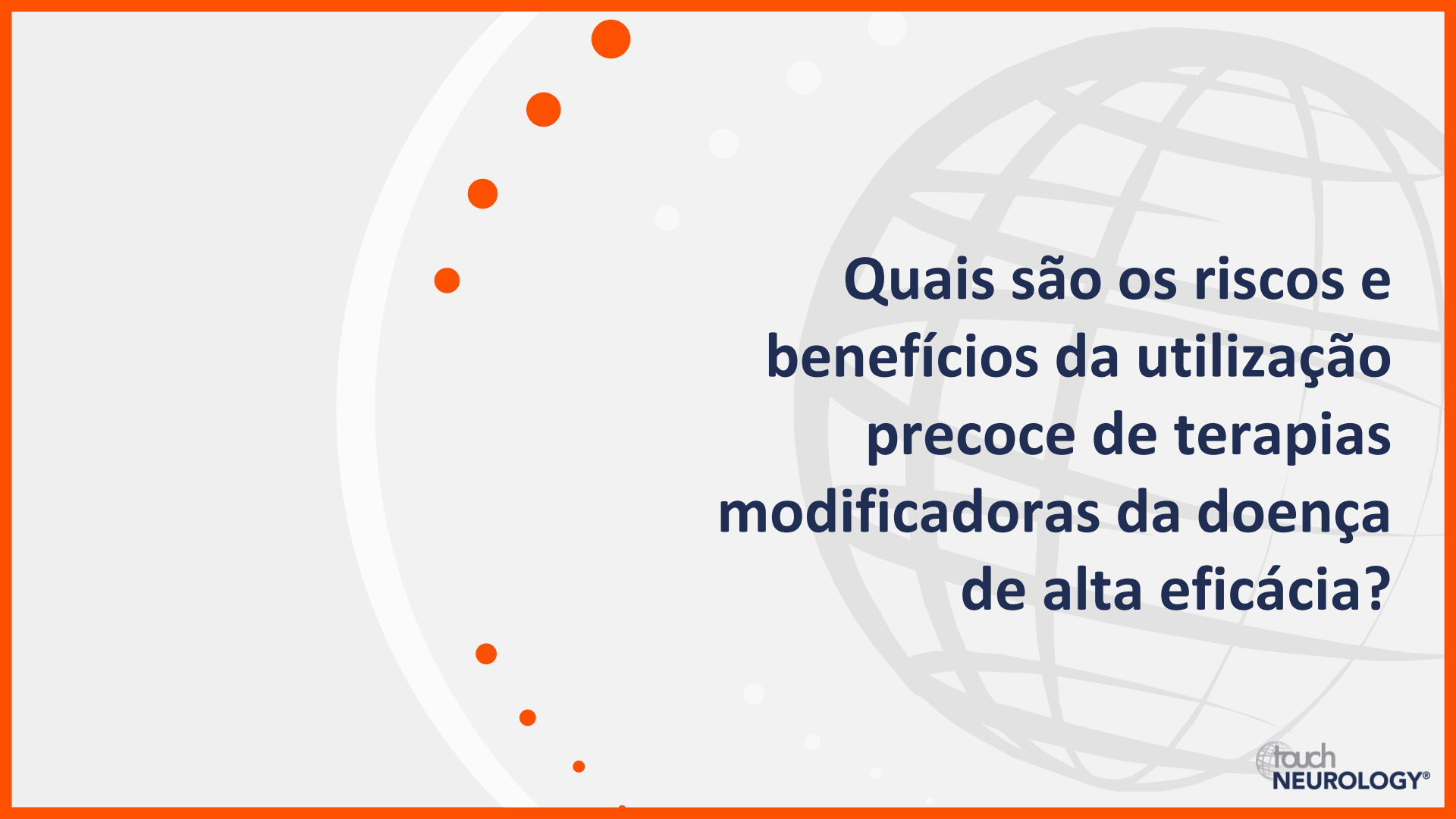


100 doentes com EM no Colorado (82% EMRI)⁵
Idade média: 44,3 anos

- Mais de 2 anos, 2% registaram recidiva clínica, 1% uma lesão com melhorias e 6% com uma nova lesão T2
- 20% descontinuaram o tratamento aos 24 meses
- **Ocrelizumab seguro e eficaz para o tratamento da EM numa cenário de mundo real**

Ab, anticorpos; EDSS, Escala Expandida do Estado de Incapacidade; EM, esclerose múltipla; EMPS, esclerose múltipla progressiva secundária; EMRI, esclerose múltipla em recidiva intervalada; IRM, imagiologia de ressonância magnética; JCV, vírus John Cunningham; TMD, terapia modificadora da doença; TRA, taxa de recidiva anualizada.

1. Kantorová E, et al. *Mult Scler J.* 2020;26(1 Suppl.):28; 2. Habek M, et al. *Eur J Neurol.* 2020;27(Suppl. 1):671; 3. Kappos L, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.078; 4. Yousuf W, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.070; 5. Vollmer B, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.217.



**Quais são os riscos e
benefícios da utilização
precoce de terapias
modificadoras da doença
de alta eficácia?**

Benefícios e riscos do tratamento precoce com TMD de alta eficácia

As diretrizes da AAN para TMD permitem a sua utilização perante a EMRI em vez da escolha de terapias menos eficazes¹

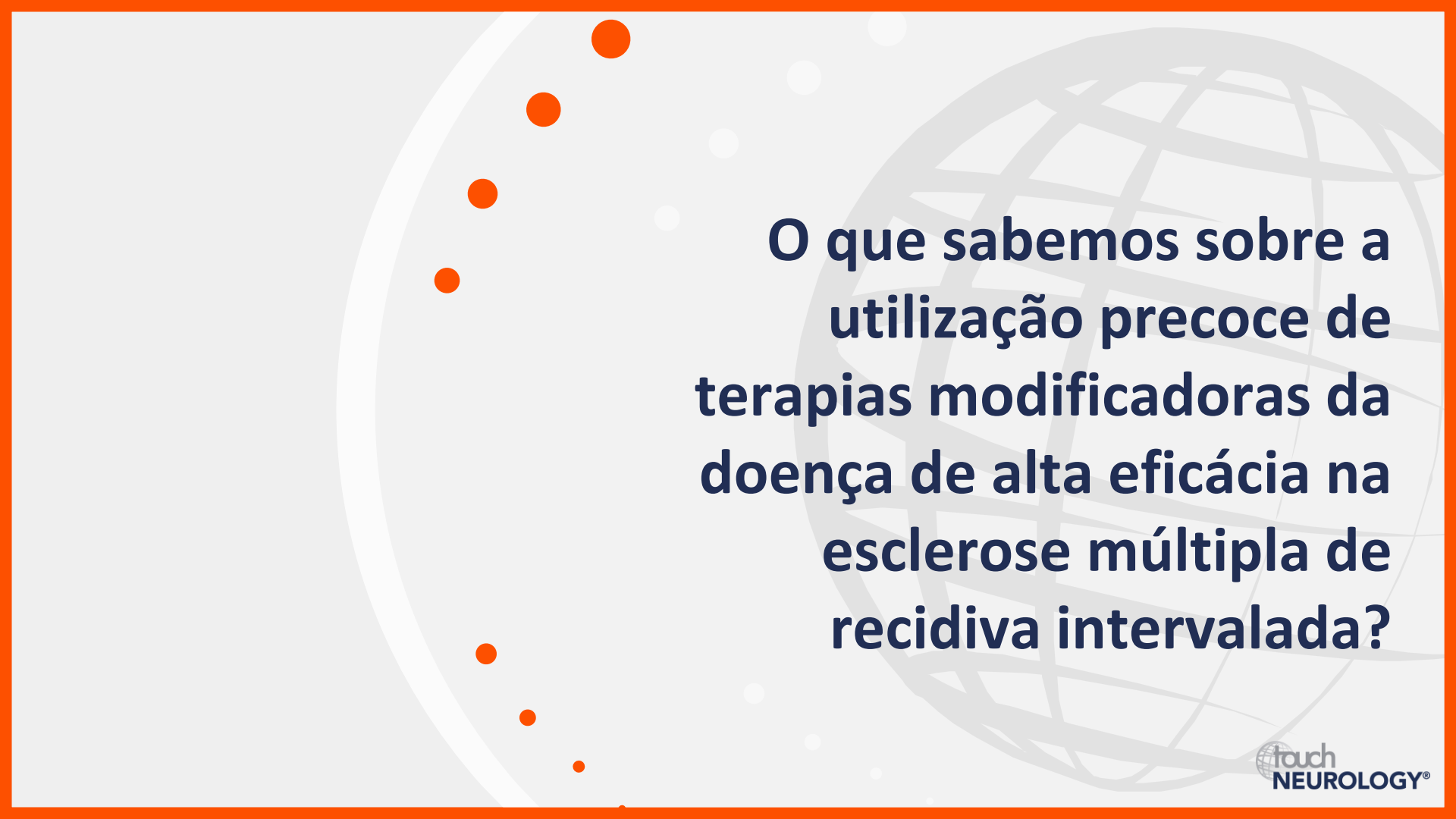


As TMS de alta eficácia estão associadas a níveis de atrofia cerebral e alteração do volume cerebral mais reduzidos em comparação com o IFN- β 1a²



São necessários mais dados para apoiar a presente estratégia de estudos aleatorizados futuramente³

- Marcadores de prognóstico disponíveis limitados para identificar os doentes adequados
- São necessários dados de eficácia e segurança a longo prazo para as terapias mais recentes



**O que sabemos sobre a
utilização precoce de
terapias modificadoras da
doença de alta eficácia na
esclerose múltipla de
recidiva intervalada?**

Utilização precoce de TMD na EMRI

Estudo de coortes retrospectivo¹



592 dts que receberam TMD para EM

104 dts de TIP

(alemtuzumab/natalizumab)

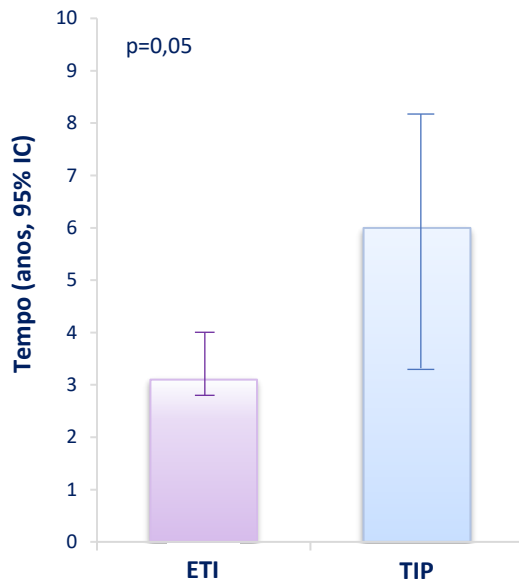
488 dts com ETI

(a partir de TMD de eficácia moderada)

Aumento de EDSS significativamente inferior após 5 anos com TIP vs. ETI (média 0,3 vs. 1,2; $p < 0,001$)

- Melhores resultados a longo prazo com TIP num coorte de doentes com fatores de prognóstico mais fracos
- 58 doentes com ETI passaram para TMD após um período mediano de 2,4 anos
- Taxa de redução de recidiva com TMD similar à primeira linha ou como terapia intensificada

Período de tempo mediano para a acumulação sustentada de incapacidade em virtude da estratégia de tratamento inicial



Estudo de extensão OPERA²

2 anos

3 anos



623 dts com IFN



702 dts com ocrelizumab

Ocrelizumab

EIC significativamente inferior ao 5.º ano no grupo de ocrelizumab contínuo vs. mudança (16% vs. 21,3%; $p = 0,014$)

- Todos os doentes registaram uma supressão quase completa e sustentada de nova atividade de lesões em IRM dos anos 3–5
- Administração contínua de ocrelizumab associada a perda de volume cerebral total mais baixa (-1,87% vs. -2,15% ao 5.º ano; $p < 0,01$)

Utilização precoce de TMD na EMRI

Estudo de coortes com correspondência retrospectiva¹



544 dts do Registo de EM sueco

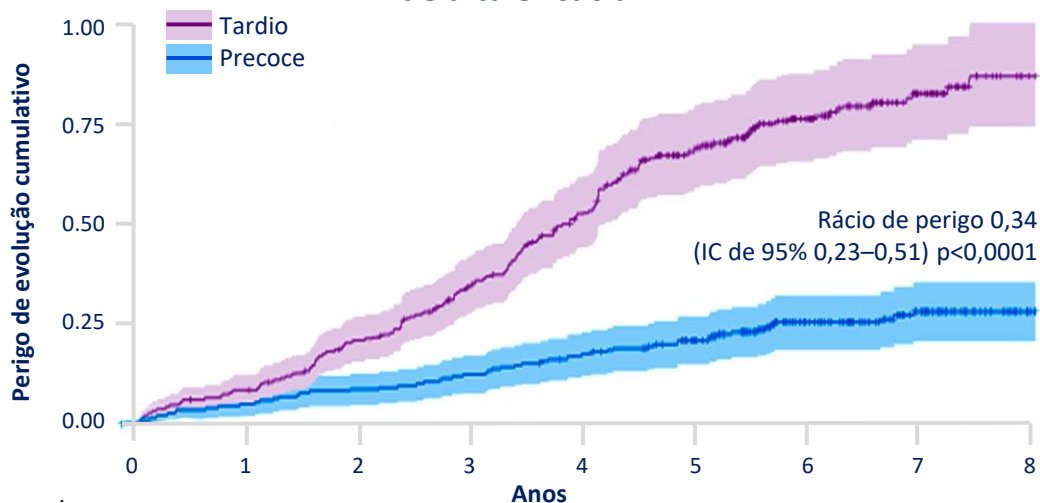
213 dts com TIP
(≤ 2 anos após o início da doença)

253 dts com TIT
(4–6 anos após início da doença)

Seguimento mediano de 7,8 anos
(coorte com correspondência)

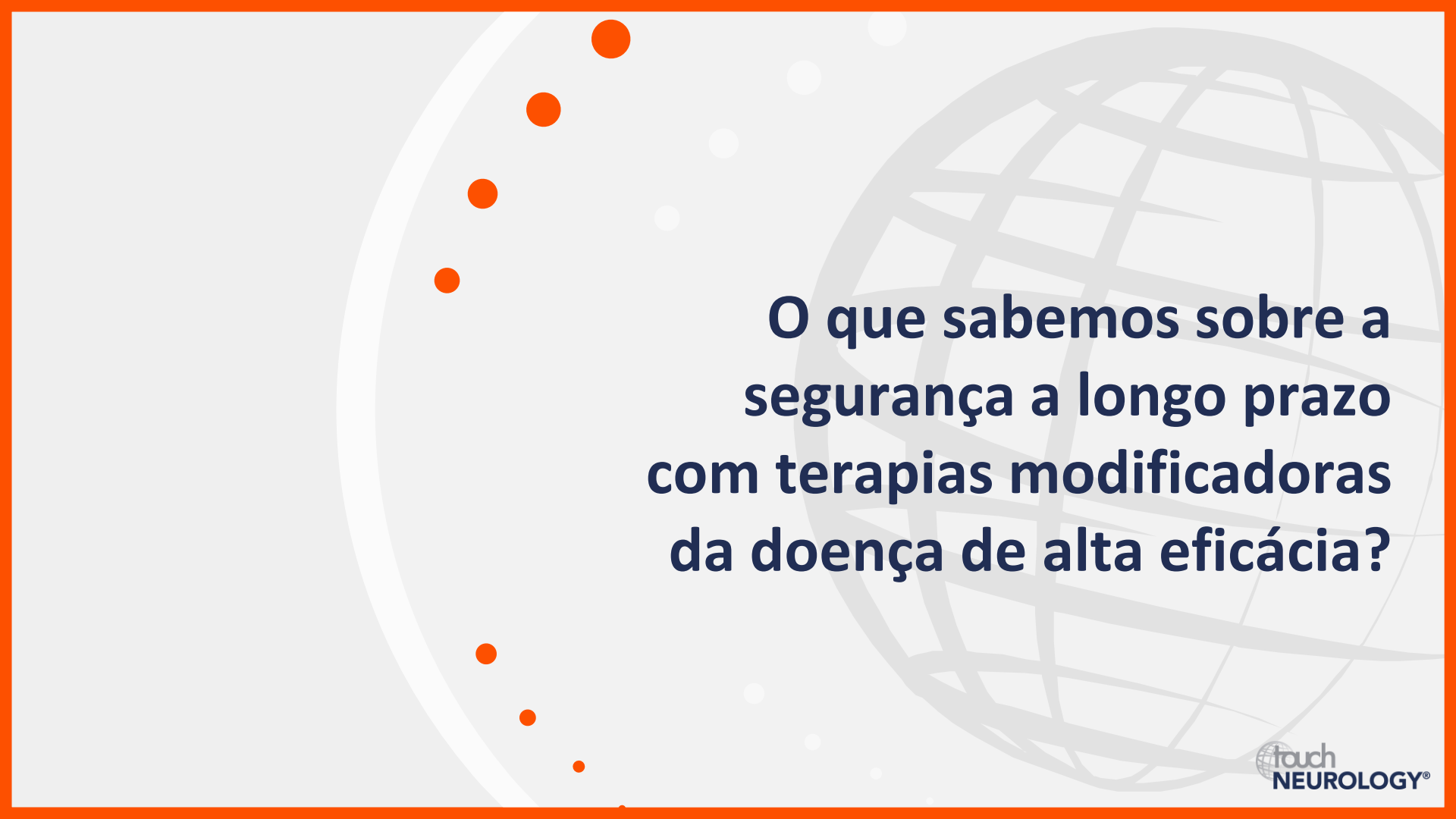
- 6 anos após o início, EDSS significativamente inferior em TIP vs. TIT (2,2 vs. 2,9; $p < 0,0001$)
- Diferença na EDSS média ainda evidente 10 anos após o início (2,3 vs. 3,5; $p < 0,0001$)
- Diferença na EDSS com ajuste cronológico de -0,98 entre os grupos de TIP e TIT no período de seguimento de 6 a 10 anos

Risco de evolução da doença após início da terapia de alta eficácia



Número em risco
(censurado)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Grupo tardio	253 (0)	251 (2)	248 (5)	242 (11)	233 (20)	209 (44)	145 (108)	90 (163)	48 (205)
Grupo precoce	213 (0)	213 (0)	213 (0)	213 (0)	211 (2)	198 (15)	141 (72)	101 (112)	48 (165)



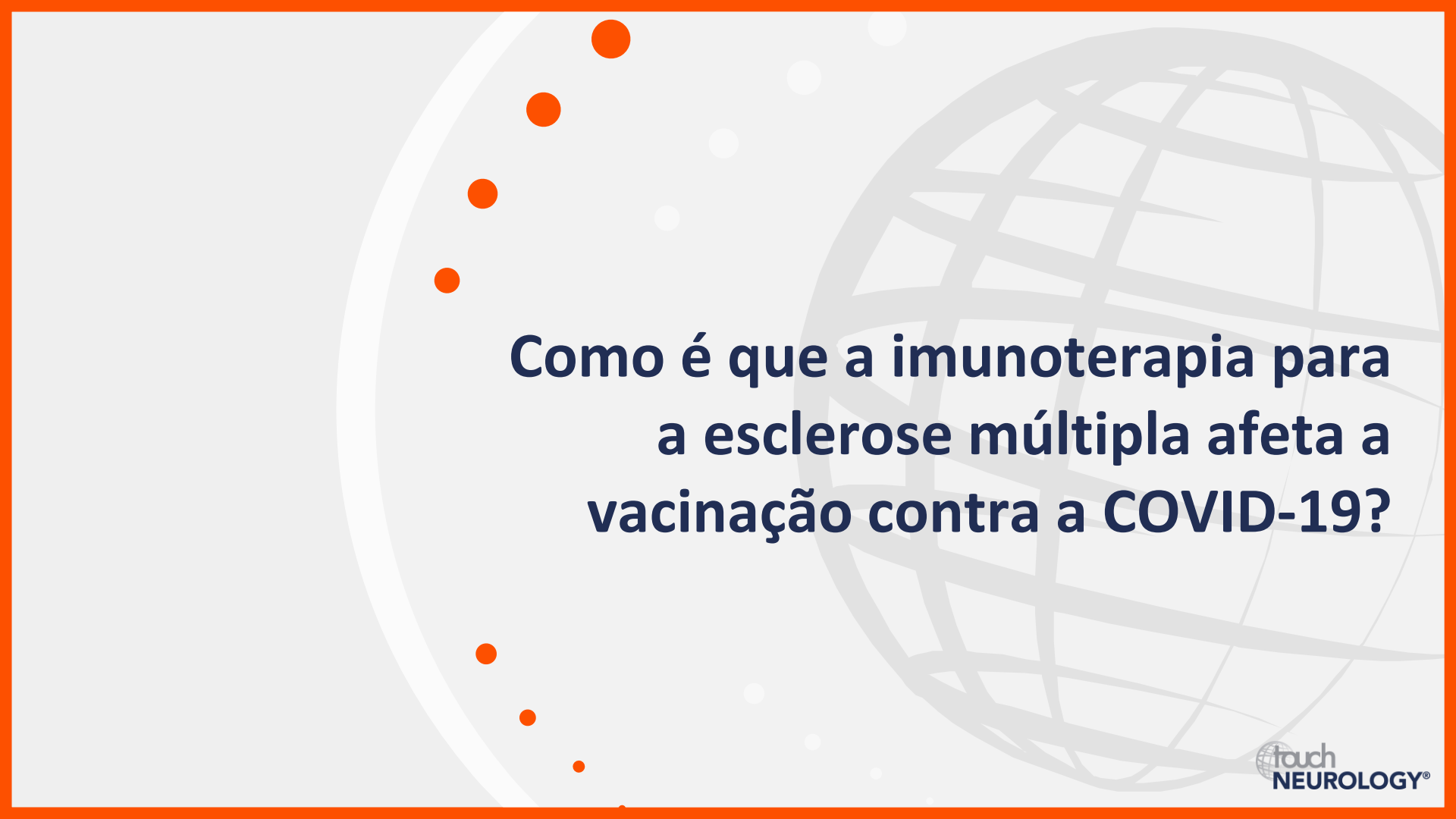
**O que sabemos sobre a
segurança a longo prazo
com terapias modificadoras
da doença de alta eficácia?**

Perfil de segurança e monitorização com TMD de alta eficácia¹

	Principais características do perfil de EA (ensaios clínicos)	Experiência adicional (estudos de extensão/relatórios de casos)	Monitorização de rotina
Alemtuzumab anti-CD52 mAb	<ul style="list-style-type: none"> • IRR (cefaleia, erupção cutânea, pirexia, hipotensão) • Infeções (ITRS, ITU, viral/fúngica/bacteriana) • Condições autoimunes secundárias e malignidades (incluindo tiroide) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil similar após 5 anos; menos infeções e condições da tiroide após 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de TSH, CBC, LFT, creatinina e urina • Profilaxia antiviral • Exame da pele e ginecológico
Natalizumab anti- α 4 integrina mAb	<ul style="list-style-type: none"> • IRR, fadiga, cefaleia, artralgia, sintomas gripais, reações de hipersensibilidade • Infeções (ITRS, ITU, viral/fúngica/bacteriana) • LMP, enzimas hepáticas aumentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Malignidades (melanoma, CNS e linfomas de células T-) • Infeções (incluindo herpes, VZV, encefalite e meningite) 	<ul style="list-style-type: none"> • Testes de anti-JCV Ab • Hemograma completo de LFT • IRM ao cérebro • Abs neutralizantes
Ocrelizumab anti-CD20 mAb	<ul style="list-style-type: none"> • IRR, cefaleia, nasofaringite • Infeções (ITRS, ITU, pneumonia, virais/fúngicas/bacterianas, reativação da hep B) • Carcinomas secundários e melanoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Neutropenia de início tardio, hipogamaglobulinemia, infeções virais, reativação da hep B, hepatite fulminante, LMP 	<ul style="list-style-type: none"> • CBC, LFT • Níveis de imunoglobulina em caso de infeções graves/recorrentes

- As evidências do mundo real suportam os perfis de segurança e eficácia das TMD de alta eficácia²⁻⁶

Ab, anticorpo; CBC, hemograma completo; EA, evento adverso; hep B, hepatite B; IRM, imagiologia de ressonância magnética; IRR, reação relacionada com a infusão; ITRS, infeção do trato respiratório superior; ITU, infeção do trato urinário; JCV, vírus John Cunningham; LFT, teste da função hepática; mAb, anticorpo monoclonal; PML, leucoencefalopatia multifocal progressiva; SNC, sistema nervoso central; TMD, terapia modificadora da doença; TSH, hormona estimulante da tiroide; VZV, vírus varicella zoster. 1. Jalkh G, et al. *Vaccines*. 2021;9:12; 2. Kantorová E, et al. *Mult Scler J*. 2020;26(1 Suppl.):28; 3. Habek M, et al. *Eur J Neurol*. 2020;27(Suppl. 1):671; 4. Kappos L, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.078; 5. Yousuf W, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.070; 6. Vollmer B, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstr. P15.217.



**Como é que a imunoterapia para
a esclerose múltipla afeta a
vacinação contra a COVID-19?**

COVID-19 em doentes medicados com TMD para a EM



Análise do gráfico retrospectivo de centro único a 6 meses: variação das taxas de COVID-19 por tipo de TMD¹

- Natalizumab: 4%
- Rituximab: 21%
- Ocrelizumab: 10%
- Fingolimod/siponimod: 10%

Estudo observacional retrospectivo italiano:² frequência aumentada de admissão em UCI ou morte com terapias anti-CD20 (8%) em comparação com IFN (0%) ou outras terapias (5%)

- Fatores de risco para COVID-19 grave: idade, EDSS, sexo masculino e tratamento anti-CD20 (vs. outros fármacos), dose elevada de esteroides recente



Como proteger os doentes que recebem a terapia anti-CD20:

- Utilizar anticorpos contra proteínas S (bamlanivimab, etc.) nos primeiros dias da positividade para o SARS-CoV-2
- Recomendar a vacinação a todos os doentes com EM (com a calendarização adequada para os doentes que recebam a terapia anti-CD20 e terapias de empobrecimento celular)^{3,4}

Recomendar a todos os doentes com EM o cumprimento de todas as medidas preventivas antiepidémicas³



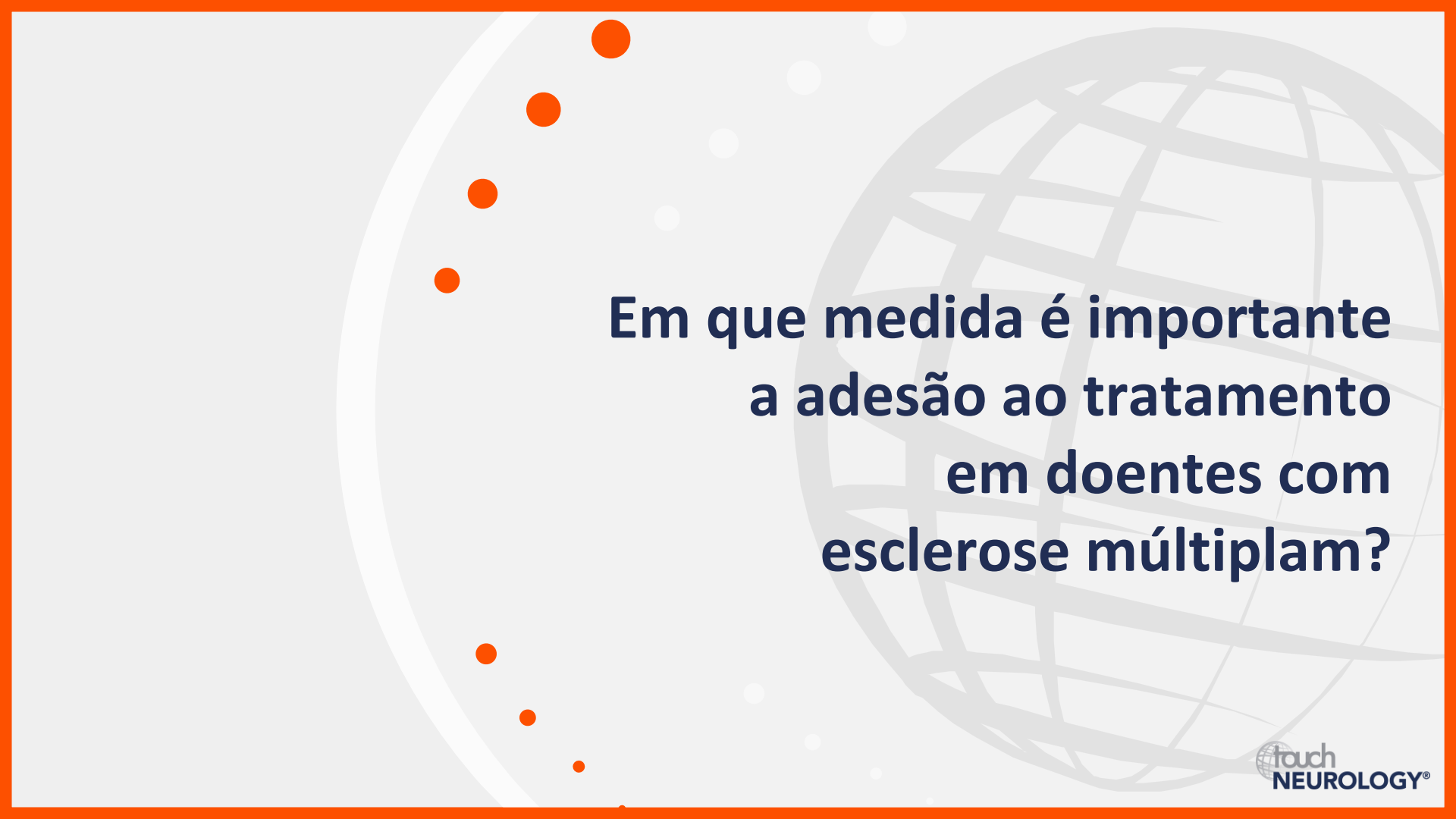
Centrar o doente: Considerar as necessidades e preferências dos doentes em cada momento de tomada de decisão relativamente ao tratamento

Dr.ª Aliza B Ben-Zacharia

Professor Assistente

Mount Sinai Beth Israel Hospital,
Hunter-Bellevue School of Nursing,
Nova Iorque, NY, EUA

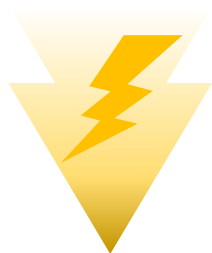




**Em que medida é importante
a adesão ao tratamento
em doentes com
esclerose múltipla?**

Adesão a TMD

A adesão a TMD varia (40–90%), mas tem benefícios clínicos significativos em comparação com a não adesão^{1–4}



42–46% de redução nas recidivas^{3,5}



50–52% de redução nas hospitalizações^{3,4}



Redução na utilização dos cuidados de saúde
↓ em urgências (38%)³
↓ em consultas com o médico (20%)⁴
↓ em visitas a cuidados ambulatoriais (20%)⁴
↓ em consultas externas (0,7/ano)³



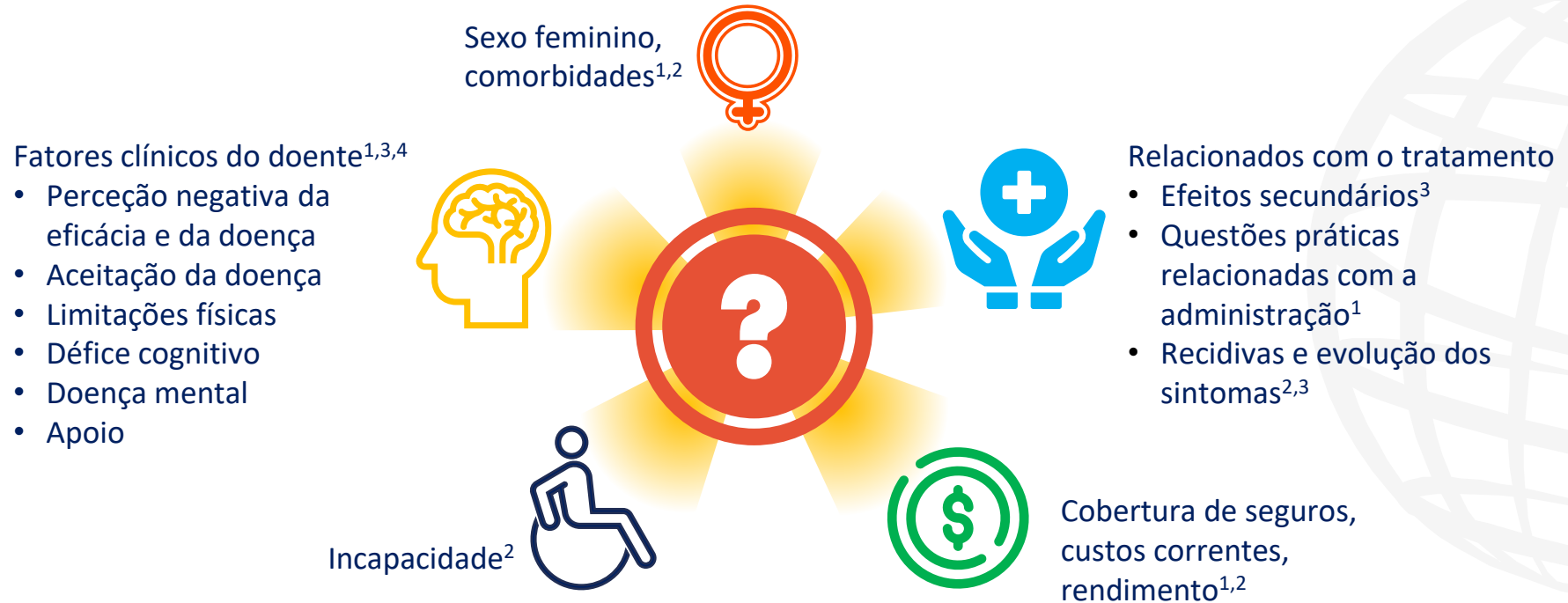
A adesão e os resultados com TMD não são afetados pela via da administração^{3,5}

TMD, terapia modificadora da doença.

1. Bowen J, et al. *Adv Ther.* 2020;37:3163–77; 2. Lahdenperä S, et al. *Acta Neurol Scand.* 2020;142:605–12; 3. Burks J, et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2017;9:251–60; 4. Gerber B, et al. *Mult Scler Relat Disord.* 2017;18:218–24; 5. Freeman L, et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2021;13:65–75.

Que fatores relacionados e não relacionados com o tratamento influenciam a adesão a terapias modificadoras da doença em doentes com esclerose múltipla?

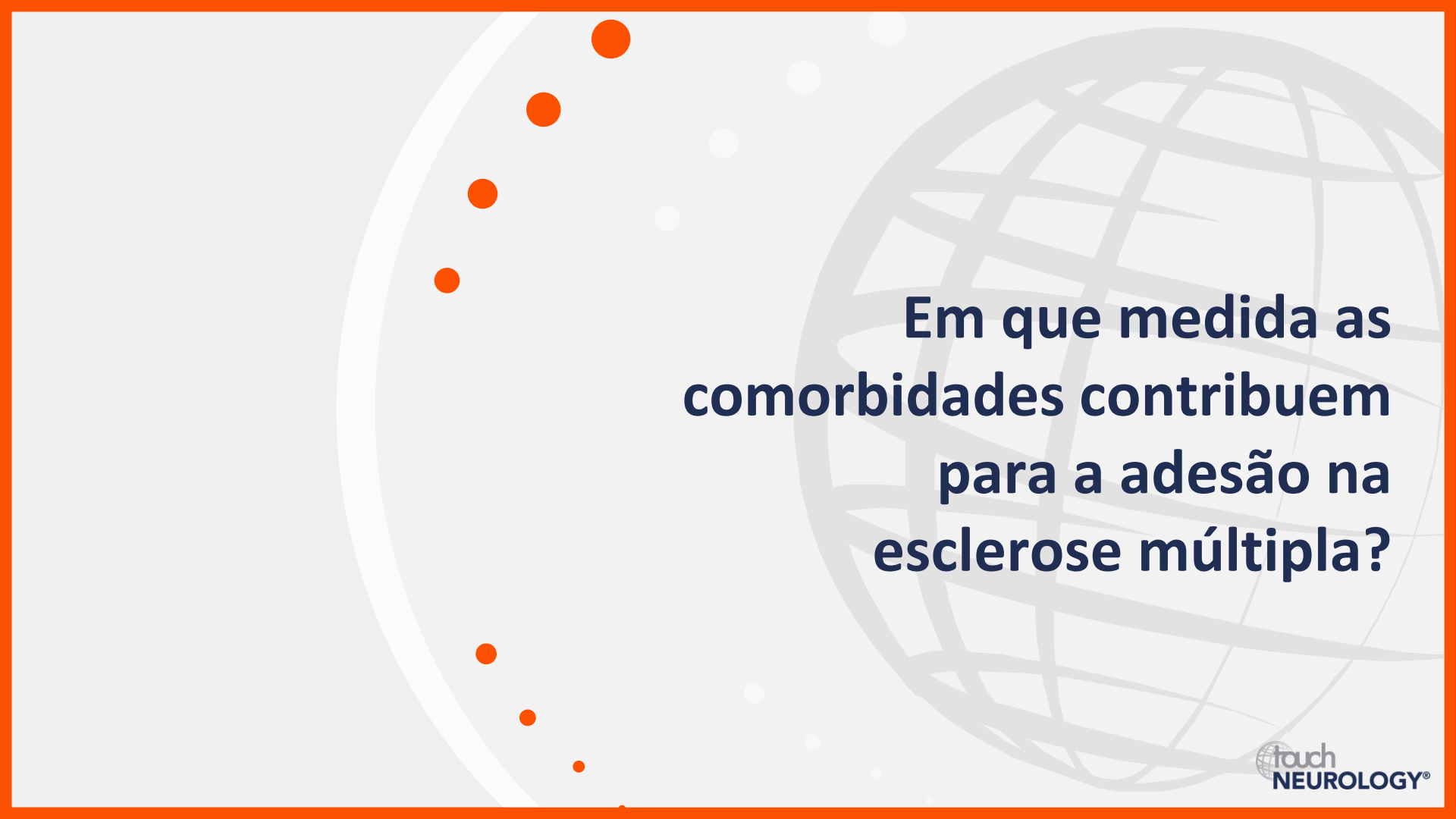
Fatores que afetam a adesão a TMD na EM



TMD, terapia modificadora da doença; EM, esclerose múltipla.

1. Ben-Zacharia A, et al. *Int J MS Care*. 2018;20:287–97; 2. Li P, et al. *Value Health*. 2020;23:328–34; 3. Pust GEA, et al. *Int J MS Care*. 2020;22:219–25;

4. Koltuniuk A, Rosińczuk J. *Int J Med Sci*. 2021;18:216–25.



**Em que medida as
comorbidades contribuem
para a adesão na
esclerose múltipla?**

Comorbidades e adesão na EM

As comorbidades **umentam os custos do tratamento**

- Em doentes com EM, as comorbidades de doença mental registaram o custo da doença mais elevado e uma elevada perda de produtividade¹



Os doentes com EM registaram um **elevado ónus de sintomas depressivos, reduzida qualidade do sono e perceção aumentada da fadiga** (um dos sintomas mais incapacitantes da EM)^{2,3}

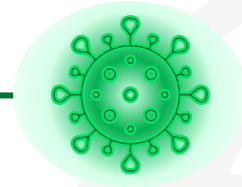


A ansiedade e a depressão afetam adversamente a **adesão**

- A aceitação da adesão ao tratamento da EM está associada a menos efeitos secundários do tratamento⁴



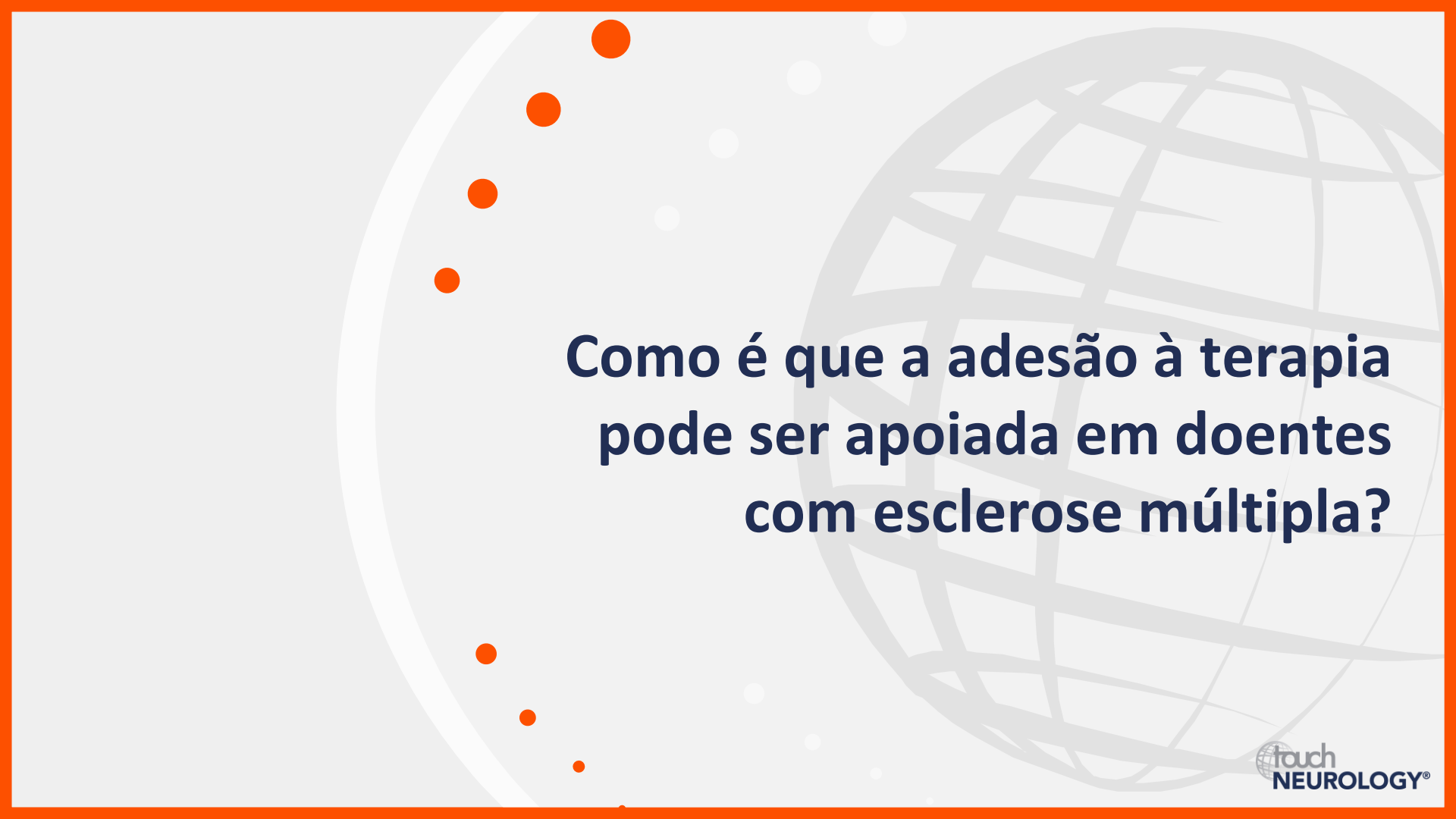
A pandemia de COVID-19 e o confinamento aumentaram o ónus das comorbidades da doença mental e fadiga nas pessoas com EM²



EM, esclerose múltipla.

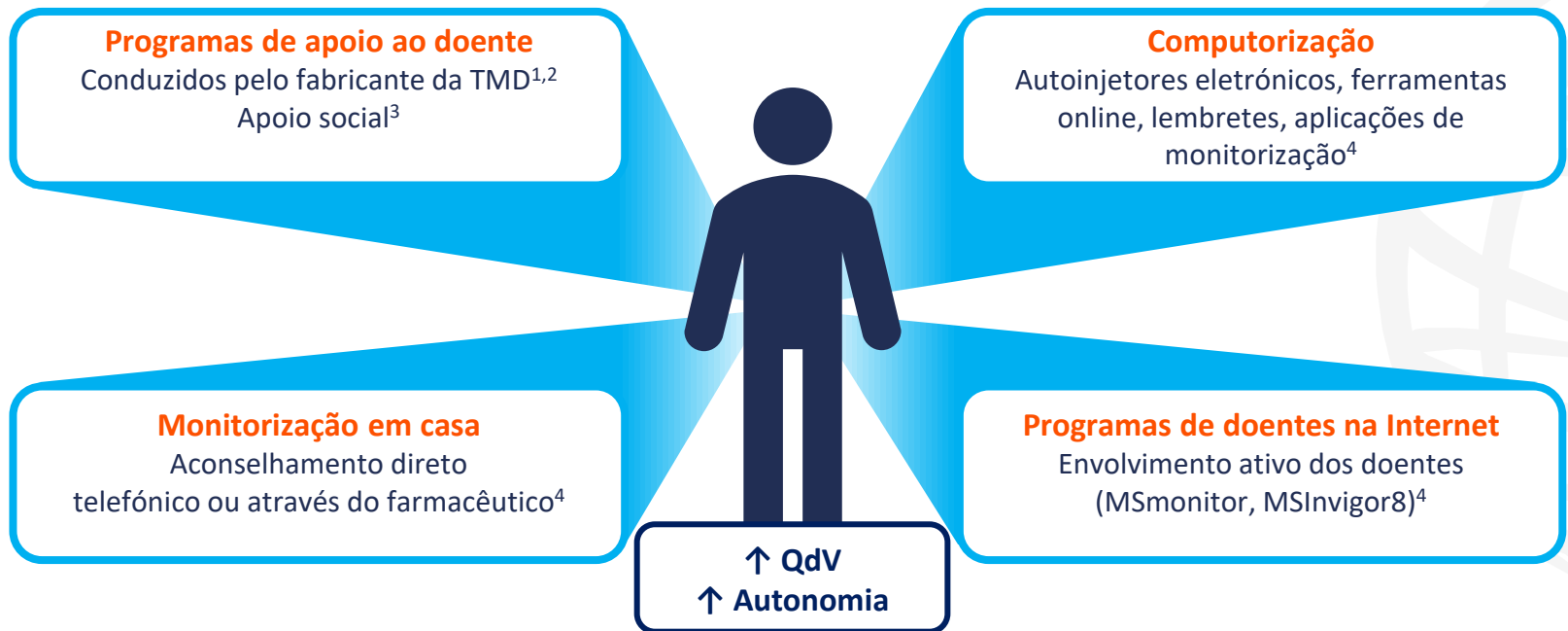
1. Büttepage G, et al. *Mult Scler J Exp Transl Clin.* 2020;6:2055217320968597; 2. Motolese F, et al. *Front Neurol.* 2020;11:580507;

3. Davis BE, et al. *Neurol Ther.* 2021;1–21. doi: 10.1007/s40120-021-00240-9; 4. Koftuniuk A, Rosińczuk J. *Int J Med Sci.* 2021;18:216–25.



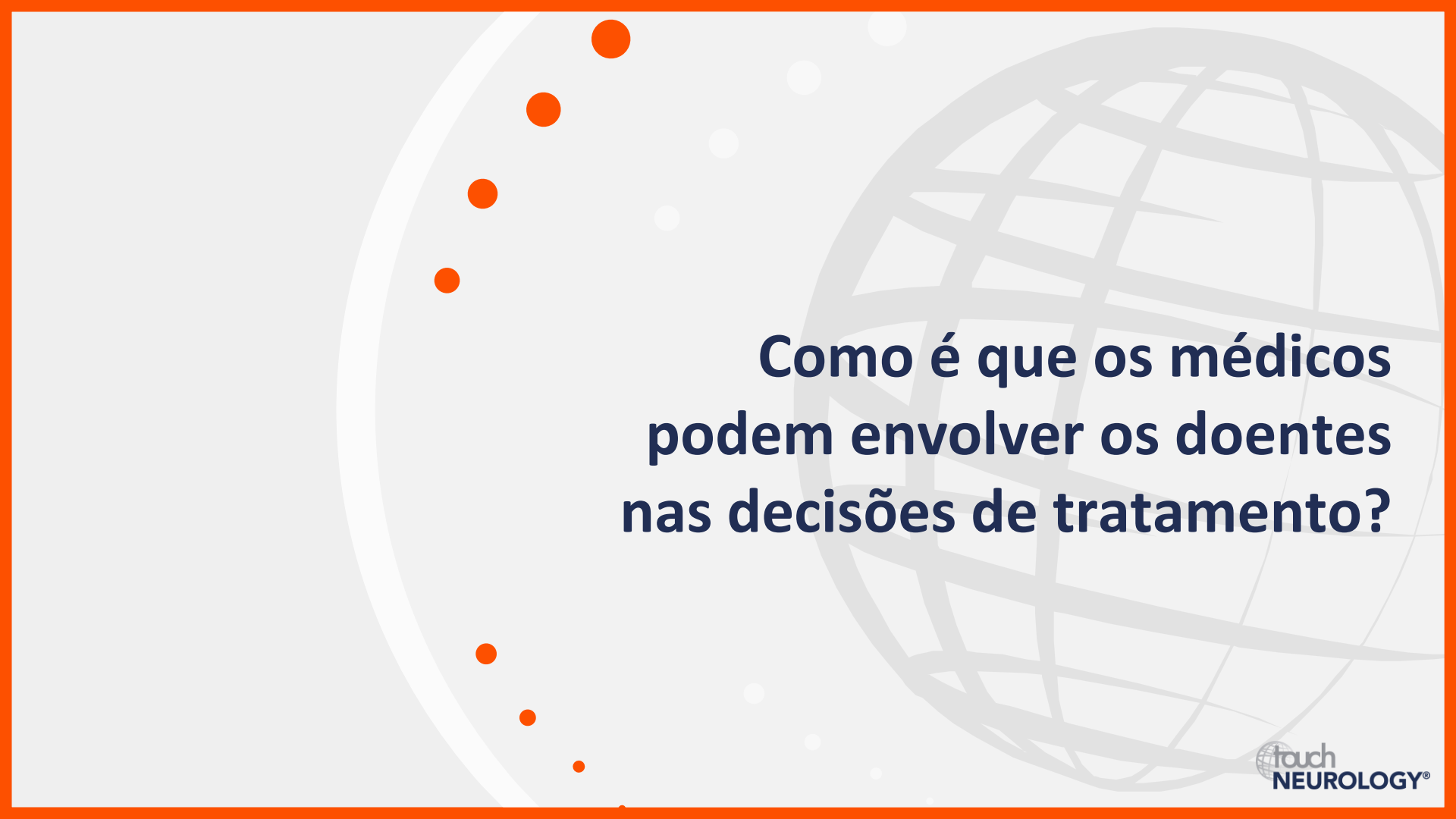
**Como é que a adesão à terapia
pode ser apoiada em doentes
com esclerose múltipla?**

Estratégias para apoiar a adesão a TMD na EM



EM, esclerose múltipla; QdV, qualidade de vida; TMD, terapia modificadora da doença.

1. Lenz F, Harms L. *Adv Ther.* 2020;37:2999–3009; 2. Evans C, et al. *BMJ Open.* 2021;11:e043930; 3. Eizaguirre MB, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstract P15.059; 4. Ben-Zacharia A, et al. *Int J MS Care.* 2018;20:287–97.



**Como é que os médicos
podem envolver os doentes
nas decisões de tratamento?**

A tomada de decisões partilhada aumenta os níveis de adesão



Informações e interpretação

Exames IRM, QdV, evolução, prognóstico, metas de tratamento, prevenção da recidiva¹⁻⁶

Abordar os equívocos

Sobre a doença e o tratamento (Internet/redes sociais)⁴

Gerir as expectativas

Relativamente ao prognóstico e tratamento⁴

Compreender a doença

Entendimento partilhado da evolução da doença e outros termos com o PS,¹ Acesso a exames de IRM^{5,6}

Opções de tratamento

Fundamentos, benefícios e riscos das diferentes TMD⁴

Preferências e situação

Via de administração, tolerância, ambiente de trabalho, estilo de vida^{1-4,6}



Estratégia de tratamento acordada

IRM, imagiologia por ressonância magnética; PS, profissional de saúde; QdV, qualidade de vida; TMD, terapia modificadora da doença.

1. Celius EG, et al. *Patient Pref Adherence*. 2021;15:15-27; 2. Rahn AC, et al. *Int J MS*. 2020;22:285-93; 3. Eskyte I, et al. *Mult Scler Relat Disord*. 2019;27:370-7;

4. Ben-Zacharia A, et al. *Int J MS Care*. 2018;20:287-97; 5. Kennedy F, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstract P15.231;

6. Shirani A, et al. AAN 2021 Virtual Annual Meeting. Abstract P15.232.