

SEGUNDO CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA PARA O TRATAMENTO DE NEFRITE LÚPICA

Consenso apresentado no XXXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia no dia 08 de setembro de 2022 pelo Prof. Dr. Edgard Torres dos Reis Neto. Ainda aguarda publicação

Nefrite Lúpica Classes III ou IV ± V Tratamento Inicial / Indução

Avaliação na tomada de decisão para escolha do imunossupressor

Medicamento	Gravidade	Adesão	Disponibilidade	Infusão	Gestação	Lactação	Infertilidade	Custos
Azatioprina			✓		✓	✓		↓
Micofenolato								↓↑
Ciclofosfamida NIH	✓	✓	✓	✓			✓	↓
Ciclofosfamida EuroLES		✓	✓	✓			✓	↓
Micofenolato + Tacrolimus								↑
Ciclosporina			✓		✓	✓		↓
Tacrolimus					✓	✓		↑
Belimumabe + Micofenolato				✓				↑

Pulsoterapia com metilprednisolona preferencialmente 500mg (250 à 750mg/dia) 3 dias
Prednisona 0,5mg/kg/dia (0,25 à 0,7mg/kg/dia), preferencialmente ≤5mg/dia em 3 a 6 meses
Associado a um dos esquemas de imunossupressão abaixo (devendo ser individualizado conforme tabela ao lado)

Micofenolato de mofetila (MMF) 2-3g/dia 6 meses **OU** Ciclofosfamida (CFA) EuroLES: 500mg 15/15d EV por 3 meses **OU** Ciclofosfamida NIH: 0,5-1g/m² EV mensal por 6 meses

Alvos após início do tratamento:
Preservação (±10% do início do tratamento)/Melhora da função renal
Redução da proteinúria:
• 3 meses: redução em 25%
• 6 meses: redução em 50%
• 1 ano: <0,8g - Resposta clínica completa
Proteinúria na faixa nefrótica no período basal pode exigir 6-12 meses adicionais para atingir a resposta clínica completa; nesses casos, trocas imediatas de terapia não são necessárias se a proteinúria estiver melhorando
Se piora clínica ou laboratorial em 3 meses: considerar mudança de terapia



Alvo alcançado 3, 6 e 12 meses?
Manutenção/Preservação da função renal e proteinúria

SIM

NÃO

Tratamento Sequencial/Manutenção 3-5 anos, individualizado:
Fatores prognósticos, manifestações extra-renais e episódios prévios de recidiva, podendo prolongar o tempo

MMF 1-2g/dia **OU** Azatioprina (AZA) 2mg/kg/dia

Se evento adverso e/ou impossibilidade de AZA e/ou MMF trocar por uma das opções abaixo

Inibidor de Calcineurina Tacrolimus (TAC) ou Ciclosporina (CSA) **OU** Leflunomida

Recidiva?

SIM

Avaliação adesão, dose de imunossupressores, terapia adjuvante, comorbidades e considerar biópsia/rebiópsia renal

Tratamento inicial/indução
escolha de IMS conforme resposta prévia

Avaliar adesão, dose de imunossupressores, terapia adjuvante, comorbidades e considerar biópsia/rebiópsia renal

FALHA

Reindução:
Inverter terapia inicial alternativa
MMF versus CFA

Alvo alcançado 3, 6 e 12 meses?
Manutenção/Preservação da função renal e proteinúria

NÃO

Avaliar entre as opções abaixo, considerando caso a caso, de maneira individualizada

MMF 1g + TAC 4mg	Estudos em orientais e TFG > 45ml/min/1,73m ² Evitar em MAT
Belimumabe + MMF	Recidiva recorrente / prevenção Dano Manifestações não renais associadas Dificuldade de desmame de corticoide Pior resposta: Proteinúria > 3g Classe V Associação CFA EuroLES Falta de dados falha MMF e CFA
TAC Monoterapia	Estudos em orientais Nível sérico Gestação

SEM POSSIBILIDADE DE TROCA ENTRE MMF E CFA

Alvo alcançado 3, 6 e 12 meses?
Manutenção/Preservação da função renal e proteinúria

NÃO

Refratário
Falta de resposta completa em 12 meses com pelo menos dois esquemas de terapia inicial/indução ou contraindicação aos tratamentos propostos

Avaliação adesão, dose de imunossupressores, terapia adjuvante, comorbidades e considerar biópsia/rebiópsia renal

Rituximabe 1g + 1g