



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Qual o melhor ponto de corte de índice de massa corporal para diagnosticar a obesidade em mulheres com artrite reumatoide? Um estudo que usa a composição corporal pela absorciometria com raios X de dupla energia

Maria Fernanda B. Resende Guimarães^{a,*}, Maria Raquel da Costa Pinto^a,
Renata G. Santos Couto Raid^b, Marcus Vinícius Melo de Andrade^c
e Adriana Maria Kakehasi^{a,d}

^a Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Faculdade de Tecnologia em Radiologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Departamento do Aparelho Locomotor, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 12 de março de 2015

Aceito em 16 de setembro de 2015

On-line em xxx

Palavras-chave:

Artrite reumatoide

Obesidade

Densitometria óssea

Composição corporal

Índice de massa corporal

R E S U M O

Introdução: Medidas antropométricas universalmente usadas para diagnosticar obesidade na população geral podem não apresentar a mesma performance em pacientes com artrite reumatoide.

Objetivos: Determinar pontos de corte do índice de massa corporal (IMC) e da circunferência de cintura (CC) para detecção de obesidade em mulheres com artrite reumatoide (AR) por meio da comparação dessas medidas antropométricas habituais com os índices de adiposidade obtidos pela densitometria óssea por dupla emissão de raios X (DXA).

Pacientes e método: Mulheres adultas com mais de seis meses de diagnóstico de AR foram submetidas a avaliação clínica com medidas antropométricas e à DXA com exame da composição corporal.

Resultados: Foram incluídas 82 pacientes, média de $55 \pm 10,7$ anos. O diagnóstico de obesidade na amostra foi de 31,7% pelo IMC, 86,6% pela circunferência de cintura e 59,8% pela DXA. Considerando a DXA o padrão-ouro, o valor de IMC acima de 25 kg/m^2 foi o mais adequado para definição de obesidade nas pacientes com AR, apresentou sensibilidade de 80% e especificidade de 60%. Da mesma forma, para a CC, com 80% de sensibilidade e de 35% de especificidade, o valor encontrado foi de 86 cm para se detectar a obesidade.

* Autor para correspondência.

E-mail: mfbresende@yahoo.com.br (M.F.B.R. Guimarães).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.09.008>

0482-5004/© 2016 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Conclusão: Foi elevado o porcentual de pacientes obesas. Os pontos de corte tradicionalmente usados para obesidade não foram adequados para nossa amostra. Para essa população de pacientes femininas com diagnóstico de AR, o ponto de corte de 25 kg/m² para IMC e de 86 cm para CC foi o mais adequado para definir obesidade.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Which is the best cutoff of body mass index to identify obesity in female patients with rheumatoid arthritis? A study using dual energy X-ray absorptiometry body composition

A B S T R A C T

Keywords:

Rheumatoid arthritis
Obesity
Bone densitometry
Body composition
Body mass index

Introduction: Standard anthropometric measures used to diagnose obesity in the general population may not have the same performance in patients with rheumatoid arthritis.

Objective: To determine cutoff points for body mass index (BMI) and waist circumference (WC) for detecting obesity in women with rheumatoid arthritis (RA) by comparing these standard anthropometric measures to a dual-energy x-ray absorptiometry (DXA)-based obesity criterion.

Patients and Method: Adult female patients with more than six months of diagnosis of RA underwent clinical evaluation, with anthropometric measures and body composition with DXA.

Results: Eighty two patients were included, mean age 55 ± 10.7 years. The diagnosis of obesity in the sample was about 31.7% by BMI, 86.6% by WC and 59.8% by DXA. Considering DXA as golden standard, Cutoff points were identified for anthropometric measures to better approximate DXA estimates of percent body fat: for BMI value $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ was the best for definition of obesity in female patients with RA, with sensitivity of 80% and specificity of 60%. For WC, with 80% of sensitivity and 35% of specificity, the best value to detect obesity was 86 cm.

Conclusion: A large percentage of patients were obese. The traditional cutoff points used for obesity were not suitable for our sample. For this female population with established RA, BMI cutoff point of 25 kg/m^2 and WC cutoff point of 86 cm were the most appropriate to detect obesity.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Obesidade e artrite reumatoide (AR) têm se mostrado relacionadas de formas distintas. A primeira parece se relacionar com o maior risco de desenvolvimento da segunda doença. Metanálise recente que incluiu 11 estudos mostrou que indivíduos obesos, com $\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$, apresentavam maior risco relativo de desenvolver AR.¹

Na doença instalada o processo inflamatório é capaz de alterar a composição corporal e levar à obesidade com aumento da gordura abdominal e perda da massa magra.² Esse decréscimo da massa magra, concorrente com o aumento da massa gorda e da obesidade central, pode se relacionar com o aumento da morbidade cardiovascular e ao declínio funcional.³

Na AR, o acúmulo de massa gorda sem aumento significativo no peso corpóreo é condição conhecida como caquexia reumatoide^{4,5} cuja prevalência estimada varia de 10 até 67%.⁶ Níveis elevados de citocinas na inflamação crônica provocam mudanças do metabolismo capazes de resultar nessas alterações.^{7,8}

Acrescenta-se o fato de que a prevalência de obesidade nos pacientes com artrite reumatoide é 54% maior do que nos indivíduos que não apresentam essa doença, segundo o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC).⁹ Estudo multicêntrico encontrou uma prevalência de 18% de obesos em uma população com AR¹⁰ enquanto outro mostrou prevalência de 31%.¹¹

Dados epidemiológicos estabelecem a AR como fator independente de risco para doença cardiovascular (DCV), uma das principais causas de mortalidade na doença.¹²⁻¹⁴ Metanálise de 24 estudos de pacientes com AR mostrou um aumento de 50% no risco de mortalidade por causas cardiovasculares em geral.¹⁵

A obesidade pode contribuir para o aumento de risco de desenvolvimento das DCVs, além de aumentar o risco de diabetes mellitus tipo II (DM II), dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica (HAS).^{16,17}

O excesso de peso na AR já foi associado à maior mortalidade, ao aumento da dor, à pioria na qualidade de vida, à maior indicação de próteses articulares e ao aumento dos custos com a doença.^{18,19} A obesidade pode também influenciar negativamente a evolução da doença, a capacidade funcional

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8732781>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8732781>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)