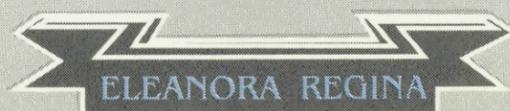


ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XX

Nº 75

Outubro-Dezembro 1995



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

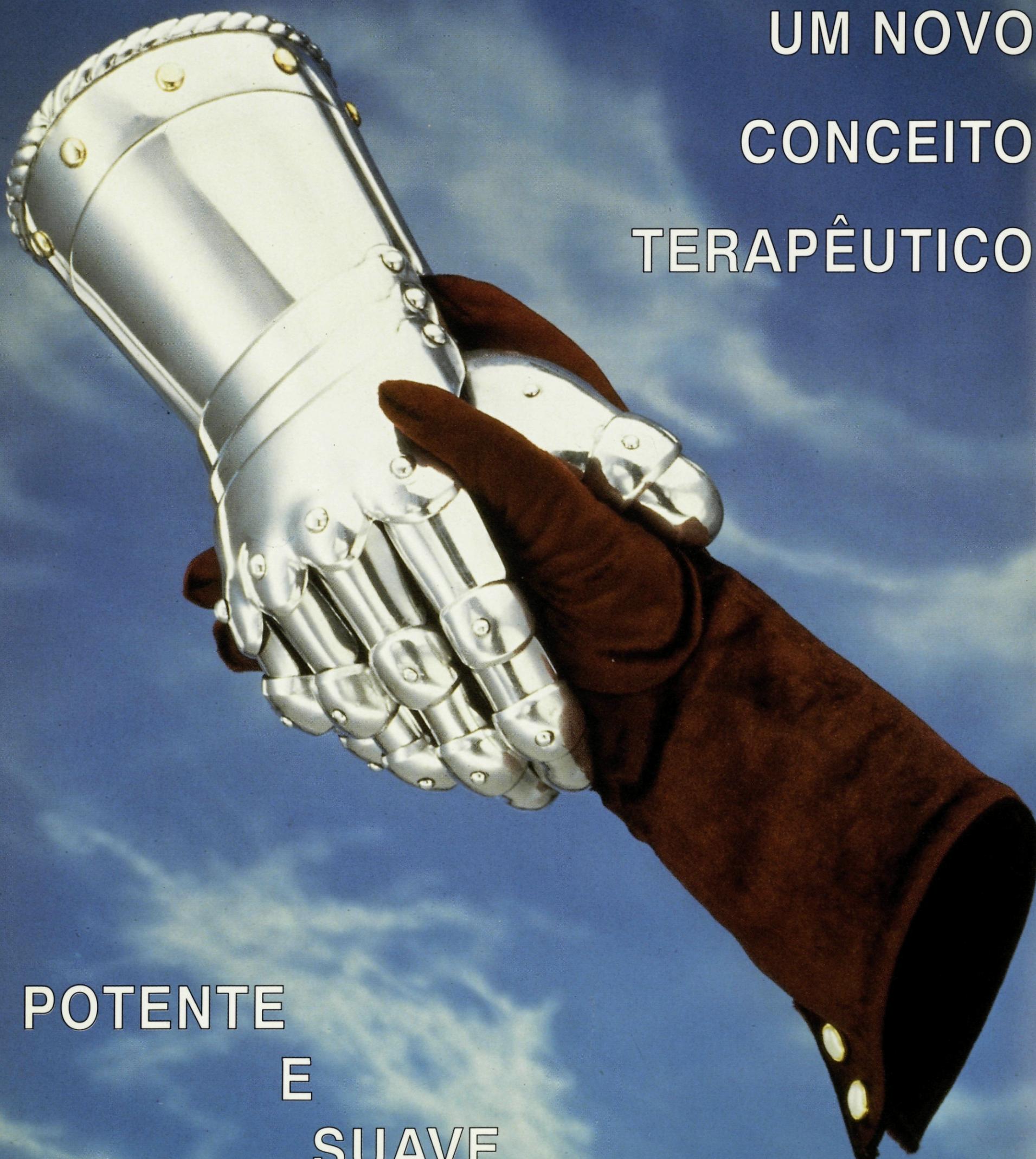
ARTHROTEC[®]

(diclofenac Na 50 mg/misoprostol 200 µg)

UM NOVO
CONCEITO
TERAPÊUTICO

POTENTE
E
SUAVE

SEARLE



Índice

Editoriais

Estudos multicêntricos em Reumatologia Pediátrica

J. A. Melo Gomes 179

Balanço de um ano de actividade

Viviana Tavares..... 180

Artigos originais

Perfil de auto-anticorpos na Esclerose Sistémica

Percival Degraça Sampaio-Barros, Ricardo de Lima Zollner, Ricardo Manoel de Oliveira,
João Francisco Marques Neto 181

Injecção intra-articular de hexacetonido de triancinolona na criança com Artrite Crónica Juvenil

M. Manuela Costa, M. José Santos, Bravo Pimentão, Teixeira da Costa, J. L. Peralta,
M. José Vieira, J. Melo Gomes, Adriano Neto 187

Vírus da Hepatite C e Artrite Reumatóide

Helena Madeira, José Vaz Patto, Manuela Parente, Manuela Micaelo, Helena Santos,
Paula Peixe, Vera Las, António Vilar 191

Notícias 194

Regulamentos de Prémios e Bolsas 198

Agenda nacional 203

Agenda internacional 203

Normas de publicação 205

Acta Reumatológica Portuguesa

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR CHEFE (Chief Editor)
EDITOR EXECUTIVO (Executive Editor)
EDITORES ASSOCIADOS (Associated Editors)

Viviana Tavares
J. Canas da Silva
A. Aroso Dias
Eugénia Simões
Jaime Branco
J. A. Melo Gomes
J. A. Pereira da Silva
J. C. Teixeira da Costa
José António Silva
Helena Santos
M^a José Leandro
Pedro Gonçalves
Rui André Santos
Teresa Nóvoa

EDITORES ADJUNTOS (Assistant Editors)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

DIRECÇÃO

PRESIDENTE
VICE-PRESIDENTES

Dr. J. A. Pereira da Silva
Dr. Adriano Neto
Dr^a Sara de Freitas
Dr. A. C. Alves de Matos
Dr^a Viviana Tavares

SEC.-GERAL
SEC.-ADJUNTO

TESOUREIRO
VOGAL REGIÃO SUL
CENTRO
NORTE
ILHAS

Dr. Carlos Miranda Rosa
Dr^a Cristina Catita
Dr. Jorge Silva
Dr. Simões Ventura
Dr. Guilherme Figueiredo

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE
VOGAIS

Prof. Dr. Mário Viana Queiroz
Dr. Rui André Santos
Dr^a Eugénia Simões

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
RELATOR
VOGAL

Prof. José António Silva
Dr. Augusto Faustino
Dr^a Maria do Céu Maia

PRESIDENTE ELEITO

Dr. José António Melo Gomes

CONSELHO CIENTÍFICO

ANATOMIA PATOLÓGICA
BIOQUÍMICA
CARDIOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
HIDROLOGIA
IMUNOLOGIA
MED. FÍSICA E DE REAB.
MEDICINA INTERNA

Dr^a Odete Almeida
Prof. Dr. J. Martins e Silva
Prof. Dr. Mário Lopes
Prof. Dr. Galvão Teles
Prof. Dr. Guilherme Peixe
Prof. Dr. Frederico Teixeira
Prof. Dr. Rui Victorino
Dr. Martins da Cunha
Dr. Monteiro Batista

MEDICINA DO TRABALHO
NEUROCIRURGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
PATOLOGIA CLÍNICA
PEDIATRIA
RADIOLOGIA
REUMATOLOGIA

Dr. A. Meyrelles do Souto
Prof. Dr. António Trindade
Prof. Dr. Castanheira Diniz
Prof. Dr. Salis Amaral
Prof. Dr. Pinto de Barros
Dr^a Maria José Vieira
Dr. J. Covas de Lima
Prof. Dr. A. Lopes Vaz

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Rua D. Estefânia, 177, 1^o-D – 1000 Lisboa

FOTOCOMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Seleprinter Sociedade Gráfica, Lda. – Rua Nova do Zambujal, 6 – 2735 Cacém

PREÇO: N^o AVULSO: 500\$00 (\$10 USD); ANUAL (4 números): 2000\$00 (\$30 USD)

TIRAGEM: 2000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL: 86 955/95

REGISTO: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n^o 101 897

Contents

Editorials

Multicentric studies in Pediatric Rheumatology

J. A. Melo Gomes 179

Assessment of one year of publication

Viviana Tavares..... 180

Original Articles

Autoantibodies in Systemic Sclerosis

Percival Degraça Sampaio-Barros, Ricardo de Lima Zollner, Ricardo Manoel de Oliveira,
João Francisco Marques Neto 181

Objective: To determine the incidence and clinical significance of serum autoantibodies (antinuclear, anti-centromere, anti-topoisomerase I, anti-RNP, anti-Sm, anti-Ro, anti-La) in systemic sclerosis (SSc).

Methods: Fifty-six patients were studied. Antinuclear antibody (ANA) and anti-centromere antibody (ACA) were tested using indirect immunofluorescence with HEp-2 cells as substrate. Anti-topoisomerase I (anti-topo I), anti-RNP, anti-Sm, anti-Ro and anti-La antibodies were detected by microhemagglutination technique. The results were compared to the diffuse (dSSc) and limited (lSSc) variants, sex, race, total skin score (TSS), calcinosis, telangiectasias and visceral manifestations.

Results: ANA was positive in 82% of the patients, presenting speckled, nucleolar, homogeneous and centromeric patterns. ACA was detected in 18% of the patients, associated to lSSc, TSS < 20, calcinosis and telangiectasias. Anti-topo I was positive in 25 %, associated to TSS > 20, articular and vascular manifestations, independent of SSc variants. Anti-RNP was positive in two patients, anti-Ro was detected in five, while anti-Sm and anti-La were negative in all of them.

Conclusions: These results confirm the association ACA – lSSc and the presence of anti-topo I in the two clinical variants of SSc, associated with more extensive skin involvement.

Keywords: Systemic sclerosis – Autoantibodies – Anti-centromere antibody – Anti-topoisomerase I antibody.

Intra-articular injections of triamcinolone hexacetonide in Juvenile Chronic Arthritis

M. Manuela Costa, M. José Santos, Bravo Pimentão, Teixeira da Costa, J. L. Peralta,
M. José Vieira, J. Melo Gomes, Adriano Neto 187

Objective: Treatment of chronic arthritis in children requires a multidisciplinary team with the aim of controlling pain and preserving articular function. Pharmacological intervention includes several drugs, some with severe side effects. In the present study the authors assessed the efficacy and tolerance of intra-articular injection of triamcinolone hexacetonide in children with synovitis resistant to anti-inflammatory therapy.

Material: Sixty-one knees were evaluated in 40 children (30 females) with Juvenile Chronic Arthritis, of which one had a Juvenile Psoriatic Arthritis and one an arthropathy related with Crohn disease. Mean duration of knee arthritis was 22 ± 24 months and mean age of patients was 8 ± 5 years.

Result: Six months after local treatment 41/54 (75.9%) present a complete resolution of symptomatology while recidive of articular swelling or persistence of joint limitation was seen in 11.1%. After 1 year of follow-up 70.8% of the knees still present an excellent result. Complications consisted in intra and peri-articular calcifications and soft tissue atrophy in 4 knees.

Conclusion: We conclude that intra-articular injection of triamcinolone hexacetonide is an efficient therapy with few side effects.

Keywords: Intra-articular injection – Triamcinolone hexacetonide – Juvenile Chronic Arthritis.

Hepatitis C virus and rheumatoid Arthritis

Helena Madeira, José Vaz Patta, Manuela Parente, Manuela Micaelo, Helena Santos,
Paula Peixe, Vera Las, António Vilar 191

Objective: Study of hepatitis C virus (HCV) prevalence in rheumatoid arthritis patients.

Patients and methods: 51 RA patients (according the ACR criteria) and a control group of 32 patients with osteoarthritis were studied by the authors in order to detect the presence of HCV infection. HCV antibodies were detected by a second generation ELISA test. The patients whose tests were positive were then screened for viral RNA (RNA-HCV) using the polimerase chain reaction (PCR). A study of serum levels of transaminases and gamma-glutamyltranspeptidase (GGT) was also performed in all patients.

Results: Four patients (8%) presented a positive ELISA and RNA-HCV result. One patient with borderline ELISA result tested negative for RNA-HCV. The mean values of transaminases and GGT in patients with RA and positive RNA-HAC results were found to be higher than the mean values of RA patients and negative HCV and osteoarthritis patients. All the RNA-HCV (+) patients presented positive RF.

Conclusions: RA patients have a higher prevalence of HCV infection. The abnormal transaminases and GGT values of RA patients, usually attributed to treatment, could indeed be a result of an HCV infection.

Keywords: Hepatitis C virus – Rheumatoid Arthritis.

News	194
Prizes and Scholarships Regulations	198
National Agenda	203
International Agenda	203
Instructions to Authors	205
J. A. Melo Gomes	179

ESTUDOS MULTICÊNTRICOS EM REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Os estudos multicêntricos são de fundamental importância para o desenvolvimento e adequada valorização de novas terapêuticas, em qualquer ramo da Medicina.

Tornam-se particularmente indispensáveis quando a necessidade de homogenizar grupos de doentes se faz sentir em patologias pouco frequentes, ou com curso clínico imprevisivelmente irregular.

Tal acontece frequentemente em Reumatologia Pediátrica, onde mesmo a entidade clínica mais comum – a Artrite Crónica Juvenil – não permite que cada centro de Reumatologia Pediátrica tenha um número de doentes suficiente para randomização de grupos terapêuticos diferentes com doença de gravidade idêntica, ou mesmo para a avaliação de grupos significativos de doentes, se atendermos à grande variabilidade clínica da ACJ, constituída muito provavelmente por várias doenças reumáticas crónicas distintas, que se manifestam na infância e adolescência.

Reconhecendo a importância dos estudos multicêntricos, o *Grupo de Reumatologia Pediátrica do CIAR* (Comité Ibero-Americano de Reumatologia), por mim coordenado, aprovou a criação de uma seroteca ibero-americana de doentes com ACJ, com protocolo comum partilhado por centros de Reumatologia Pediátrica de *Portugal, Espanha, Brasil, Colômbia, Chile e Argentina*. Curiosamente, apesar de convidados todos os centros nacionais de Reumatologia Pediátrica para este projecto, e de 4 deles terem manifestado interesse em participar, até agora apenas um centro contribuiu com cerca de 50 soros.

Também o Grupo Europeu de Reumatologia Pediátrica (*EULAR Pediatric Standing Committee*), em colaboração com o *Capítulo de Reumatologia Pediátrica do American College of Rheumatology*, reconhecendo a importância dos estudos multicêntricos, organizará a 18-19 de Maio de 1996 em Pavia, a *"International Consensus Conference on Defining Improvement in Juvenile Arthritis"*; com participação limitada aos representantes nacionais do *EULAR Pediatric Standing Committee*, a qual tem como objectivo o de desenvolver uma definição de

melhoria que possa ser usada em ensaios clínicos na ACJ.

Esta reunião será seguida de um *"International Trials Workshop"*, destinado a promover a realização de estudos multicêntricos internacionais, envolvendo a Europa e os Estados Unidos da América.

A importância dos estudos multicêntricos em Reumatologia Pediátrica parece pois ser amplamente reconhecida, não havendo motivos para dela se duvidar. Contudo, em Portugal estes estudos são bastante mais difíceis de efectuar, como se a realidade por todos reconhecida se alterasse neste nosso País, onde pouco ou (quase) nada de multicêntrico se tem feito.

Esta é razão de sobra para todos nos congratularmos com a publicação, neste número da *Acta Reumatológica Portuguesa*, do trabalho, da autoria de Maria Manuela Costa e colaboradores intitulado *"Injecção intra-articular de hexacetonido de triancinolona na criança com artrite crónica juvenil"*.

Este trabalho despretensioso, que se baseou na análise dos resultados da sinovectomia química de 61 joelhos de 40 doentes com artrite crónica juvenil, comprovou não só a eficácia desta abordagem terapêutica, mas também que os estudos multicêntricos são possíveis e desejáveis no nosso País.

Pena é que a participação conjunta das Unidades de Reumatologia do Hospital de Santa Maria e do Hospital Militar Principal, do Instituto Português de Reumatologia e dos Serviços de Pediatria do Hospital de S. João no Porto e do Hospital Distrital de Vila Nova de Famalicão, constitua a excepção e que a regra seja a não realização de estudos multicêntricos.

Vamos inverter esta tendência nefasta?

Julgo que a Reumatologia Portuguesa o exige, apesar da existência de alguns *"Velhos do Restelo"*, que cada vez são menos *"do Restelo"* e mais representantes de formas de pensar e actuar ultrapassadas...

J. A. Melo Gomes
Assistente Graduado de Reumatologia
Responsável pela Unidade de Reumatologia do
Hospital Militar Principal

BALANÇO DE UM ANO DE ACTIVIDADE

Com o completar de um ano de publicação da Acta nos novos moldes pensamos que se justificam algumas breves considerações sobre os resultados que conseguimos obter.

Não pretendemos aqui realçar os aspectos que consideramos positivos, como o grafismo renovado, a qualidade dos trabalhos publicados ou o maior intercâmbio com serviços e autores estrangeiros (muito particularmente com os nossos colegas brasileiros).

Preferimos antes chamar a atenção para alguns problemas que tivémos ou temos de enfrentar.

A modificação dos critérios editoriais levou-nos já a recusar alguns trabalhos, por motivos diferentes. Este facto não deve ser encarado pelos autores dos artigos recusados como desmotivador, mas antes como um estímulo para continuar a produzir e a enviar para a Acta os seus trabalhos que merecerão sempre a melhor atenção dos editores.

Alguns dos trabalhos foram recusados por se tratarem de artigos de revisão feitos por internos. Como se pode verificar nas normas de publicação os artigos de revisão são, por princípio, artigos encomendados aos seus autores. Pensamos no entanto que talvez se justifique a criação de um espaço novo para artigos de revisão, sobre temas essencialmente práticos, destinado aos internos, o que irá acontecer já no próximo número, sob o título "A revisão do interno".

A Acta tornou-se um espaço aberto para todos os problemas relacionados com a Reumatologia e os reumatologistas. Publicámos, e publicaremos,

todas as notícias que nos sejam enviadas pelos vários órgãos de decisão e trabalho da Reumatologia, tais como o Colégio de Especialidade, a SPR, os Grupos de Trabalho ou as Associações de Doentes. Com a inclusão destas notícias ficámos à espera que existisse discussão e crítica dos leitores o que até agora não tem acontecido, embora alguns dos problemas com que se debate a Reumatologia merecerem por certo a atenção de todos.

Embora existam artigos para os próximos dois números, os trabalhos recebidos são ainda insuficientes para garantir a publicação continuada no próximo ano. Por isso voltamos a insistir que a Acta deve ser o local de publicação privilegiado de todos os trabalhos originais e reflexo da investigação realizada por todos os serviços e unidades de Reumatologia do país.

O nosso principal problema é no entanto de índole financeira. Os custos de publicação e expedição da revista são enormes e não são compensados pelas receitas de publicidade, pelo que a edição da Acta foi motivo de prejuízo para a SPR. Neste aspecto o futuro não se afigura optimista e a manter-se o déficite terão de ser ponderadas decisões que podem ir, numa fase inicial, desde a diminuição da tiragem à diminuição da periodicidade de publicação. Como é óbvio nenhuma destas opções nos agrada e esperamos não ter de as tomar.

Temos a certeza de estar no bom caminho para manter a Acta uma revista de qualidade. Tal como fizemos há um ano continuamos a pedir trabalhos, comentários, críticas, sugestões e, principalmente, o apoio de todos os reumatologistas para que a revista, que é de todos, se mantenha no lugar cimeiro a que tem direito.

Viviana Tavares

Editor Chefe da Acta Reumatológica Portuguesa

PERFIL DE AUTO-ANTICORPOS NA ESCLEROSE SISTÊMICA

Percival Degraça Sampaio-Barros¹, Ricardo de Lima Zollner²
Ricardo Manoel de Oliveira³, João Francisco Marques Neto⁴

RESUMO

Objetivo: Estudar a incidência de auto-anticorpos séricos numa população de pacientes com esclerose sistêmica (ES), verificando sua importância clínica e analisando sua distribuição quanto às formas da doença.

Métodos: Foram avaliados 56 pacientes. O factor antinuclear (FAN) e o anticorpo anticentrômero foram pesquisados por imunofluorescência indirecta, utilizando como substrato células HEP-2. Os anticorpos antitopoisomerase I, anti-RNP, anti-Sm, anti-Ro e anti-La foram pesquisados pela técnica de microhemaglutinação. Foram comparados com as formas clínicas da ES, difusa (ESd) e limitada (ESl), além de sexo, raça, escore cutâneo total (ECT), calcinose, telangiectasias e manifestações viscerais.

Resultados: O FAN mostrou-se positivo em 82% dos pacientes, nos padrões pontilhado, nucleolar, homogêneo e centrômero. O anticorpo anticentrômero foi positivo em 18% dos casos, todos com ES1, estando associado ao ECT < 20, à calcinose e às telangiectasias. O anticorpo antitopoisomerase I foi positivo em 25% dos pacientes, estando associado ao ECT > 20 e aos acometimentos articular e vascular. Não houve predomínio de anticentrômero ou antitopoisomerase I em relação às manifestações viscerais. O anti-RNP foi positivo em dois pacientes, o anti-Ro em cinco, enquanto que o anti-Sm e o anti-La foram negativos em todos os casos.

Conclusões: Os resultados obtidos confirmam a associação do anticorpo anticentrômero com a ES1 e a presença do anticorpo antitopoisomerase I nas duas formas clínicas da ES, associado ao envolvimento cutâneo mais extenso. (Acta Reuma Port 1995;75:181-186)

Palavras-chave: Esclerose sistêmica - Auto-anticorpos - Anticorpo anticentrômero - Anticorpo antitopoisomerase I.

INTRODUÇÃO

A esclerose sistêmica (ES) é uma doença inflamatória crônica do tecido conjuntivo caracterizada por fibrose acometendo pele, sinóvia, músculos e vísceras⁽¹⁾. Condição multissistêmica, de considerável variabilidade clínica, tem-se enfatizado a importância das alterações imunológicas^(2,3) e do acometimento vascular^(4,5) na gênese da doença.

A importância dos auto-anticorpos na ES vem crescendo nestas duas últimas décadas, devido à disponibilidade de testes cada vez mais sensíveis. A positividade do factor antinuclear (FAN), geralmente nos padrões pontilhado ou nucleolar, varia de 40% a 98%, dependendo da população avaliada e do substrato utilizado^(3,6,7). O anticorpo anticentrômero pode ser encontrado em 44% a 98% dos pacientes com ES forma limitada (ES1), sendo muito

raro na forma difusa (ESd)^(3,6-15); clinicamente, parece caracterizar um subgrupo de pacientes esclerodérmicos com envolvimento cutâneo limitado, calcinose, telangiectasias e acometimento visceral menos grave, portanto com prognóstico mais favorável^(3,6).

O anticorpo antitopoisomerase I (também conhecido como anti-Scl 70) é positivo em 8% a 56% dos pacientes esclerodérmicos^(3,6,7,9,11,12,14-17). Tem sido encontrado em 28% a 75% na ESd, sendo pouco frequente (<20%) na ES1. Clinicamente, costuma ser marcador de envolvimento cutâneo mais extenso e de maior frequência de fibrose pulmonar intersticial e doença vascular periférica (ulcerações de polpas digitais)^(3,6,15,16). O facto dos anticorpos antitopoisomerase I e anticentrômero não serem detectados no soro de um mesmo paciente sugere que são marcadores de subtipos clinicamente distintos da ES^(6,15).

A presença do anti-RNP em altos títulos (maior que 1/1000) exige diagnóstico diferencial com doença mista do tecido conjuntivo^(3,18,19). O anti-La e o anti-Sm costumam ser negativos na ES, a não ser em casos de síndrome de superposição^(6,19). Alguns autores associam a presença do anti-SSA/Ro com rápida progressão do espessamento cutâneo e mau prognóstico visceral, principalmente pulmonar^(14,20). Outros auto-anticorpos, ainda em estudo quanto à sua aplicabilidade clínica, também têm sido detectados na ES, como o anti-RNA polimerase^(3,15,21), o

¹Professor Colaborador da Disciplina de Reumatologia. Doutor em Reumatologia.

²Professor Assistente-Doutor da Disciplina de Imunologia. Coordenador do Laboratório de Imunologia Clínica e Alergia.

³Professor Visitante da Escola de Medicina da Universidade de Boston (EUA).

Colaborador da Disciplina de Reumatologia. Doutor em Reumatologia.

⁴Professor Titular da Disciplina de Reumatologia.

Disciplina de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

anti-Th ribonucleoproteína^(3,22) e os anticorpos anti-histonas^(23,24).

O presente estudo visa demonstrar a incidência de auto-anticorpos séricos numa população de pacientes com ES, analisando sua importância clínica.

MATERIAL E MÉTODOS

Pacientes. Foram estudados prospectivamente 56 pacientes com diagnóstico de ES atendidos no ambulatório de Reumatologia da FCM-UNICAMP no período entre Janeiro de 1991 e Dezembro de 1992. Todos preenchiam os critérios diagnósticos de ES segundo o Colégio Americano de Reumatologia⁽²⁵⁾ e foram subdivididos em forma clínica difusa (ESd) e limitada (ESl) segundo critérios de Le Roy e colaboradores⁽²⁶⁾. O grupo foi constituído por 36 pacientes com ESl (31 mulheres e 5 homens, 30 brancos e 6 não brancos) e 20 com ESd (16 mulheres e 4 homens, 14 brancos e 6 não brancos).

Constituíram critérios de exclusão: 1) esclerodermia localizada; 2) ES em síndrome de superposição com outra doença difusa do tecido conjuntivo; 3) doença mista do tecido conjuntivo, definida ou provável, pelos critérios de Sharp⁽¹⁸⁾; 4) fasciíte eosinofílica e/ou qualquer estado esclerodermóide induzido por agentes químicos e ambientais.

Protocolo de investigação clínica. Todos os pacientes foram avaliados em entrevista individual, com respeito à história clínica, exame físico e exames subsidiários, sendo preenchida ficha-padrão idealizada para este fim⁽²⁷⁾. Na avaliação clínica foram pesquisados: escore cutâneo total (ECT), pelo método original de Rodnan⁽²⁸⁾; calcinose; telangiectasias; úlceras cutâneas isquêmicas; artrite; fraqueza muscular (manobras deficitárias); disfagia; alterações do hábito intestinal; dispneia progressiva aos esforços; tabagismo; insuficiência cardíaca congestiva; angina pectoris; hipertensão arterial; insuficiência renal aguda.

Exames subsidiários incluíram: radiografia de mãos e punhos; enzimas musculares (creatinina fosfoquinase e lactato desidrogenase); exame radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno (EED); trânsito intestinal; enema opaco; radiografia de tórax; prova de função pulmonar; difusão de monóxido de carbono (CO); electrocardiograma de repouso; ecocardiograma com Doppler; urina tipo I; proteinúria de 24 horas; clearance de creatinina.

As seguintes definições foram utilizadas para descrever envolvimento orgânico específico: 1) Articular: artrite e/ou acrosteólise (reabsorção

espontânea de falanges distais) à radiografia de mãos; 2) Vascular: ulcerações de polpas digitais e reabsorção de falanges distais ou necrose extensa e/ou amputação; 3) Muscular: fraqueza muscular, acompanhada de elevação das enzimas musculares; 4) Gastrointestinal: A) Esôfago: disfagia, com hipomotilidade esofágica ao EED; B) Intestinos: alteração do hábito intestinal, acompanhado de defeito de motilidade ao exame de trânsito intestinal ou enema opaco; 5) Pulmões: A) Doença pulmonar restritiva (DPR): queixa clínica de dispneia progressiva aos esforços associada à presença de infiltrado intersticial em bases pulmonares na radiografia de tórax e defeito ventilatório restritivo à prova de função pulmonar; B) Hipertensão pulmonar (HP): aumento da pressão pulmonar documentado pelo ecocardiograma com Doppler, isolada ou associada à DPR; 6) Coração: insuficiência cardíaca congestiva, pericardite ou arritmia sintomáticas; 7) Rins: crise renal esclerodérmica (insuficiência renal aguda e hipertensão arterial).

Auto-anticorpos séricos. Os testes sorológicos foram realizados no soro obtido ao tempo da avaliação clínica inicial dos pacientes. O FAN e o anticorpo anticentrômero foram realizados pela técnica de imunofluorescência indirecta utilizando como substrato células HEP-2, no Laboratório Raul Dias dos Santos, em São Paulo - SP. Padrões de imunofluorescência foram considerados positivos quando superiores a 1/40. Os anticorpos anti-topoisomerase I, anti-RNP, anti-Sm, anti-Ro e anti-La foram obtidos pela técnica de microhemaglutinação, no Laboratório de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Análise estatística. Os dados foram avaliados, no caso de associação, pelo teste do qui-quadrado com correção de Yates (X) e pelo teste exacto de Fisher. Para comparação de dados quantitativos utilizou-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney (U-test). O nível de significância foi de 5% para rejeitar a hipótese nula ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Factor antinuclear. Foi positivo em 46 pacientes (82%), sendo 28 com ESl e 18 com ESd. Diferentes padrões de FAN foram observados: pontilhado, nucleolar, homogêneo e centromérico, isolados ou combinados (Quadro I). Houve associação estatística entre o padrão centromérico e a ESl; quanto aos demais padrões, foram observados nas duas formas clínicas da ES.

Anticentrômero. Foi positivo em 10 pacientes (18%), sendo todos com ESl ($p < 0,05$). Os pacientes anticentrômero positivo apresentaram uma

Quadro I**Padrões de FAN**

Padrão	ES1	ESd	Total	p
N + P	05	08	13	NS
P	06	04	10	NS
C	10	0	10	p < 0.05
H	04	03	07	NS
N	02	02	04	NS
P + H	01	0	01	NS
N + H	0	01	01	NS

N=Nucleolar; P=Pontilhado; C=Centromérico; H=Homogêneo; ES1=Forma limitada; ESd=Forma difusa

maior proporção de mulheres, brancos, com idade de início mais tardia e maior tempo de doença, embora sem alcançar significância estatística (Quadro II). Quanto à extensão do acometimento cutâneo, houve associação estatística entre anticentrômero e ECT < 20; o ECT médio foi de 13 nos pacientes anticentrômero positivo e 22 naqueles negativos (Quadro II).

Quadro II**Anticorpo anticentrômero**

	Positivo	Negativo	p
Forma clínica	ES1	10	p < 0.05
	ESd	0	
Sexo	Feminino	10	NS
	Masculino	0	
Raça	Caucasóide	08	NS
	Não Caucasóide	02	
Idade de início (anos)	41	34	NS
Tempo de doença (anos)	18	11	NS
ECT (médio)	13	22	p < 0.05

ES1=Forma limitada; ESd=Forma difusa; ECT=Escore cutâneo total

Quanto às manifestações clínicas, houve associação estatística entre anticentrômero e calcinose e telangiectasias; porém, não houve correlação com envolvimento visceral específico (Quadro III).

Quadro III**Anticorpo anticentrômero**

	Positivo (N=10)	Negativo (N=46)	p
Calcinose	10 (100)	15 (33)	p < 0.05
Telangiectasias	10 (100)	25 (54)	p < 0.05
Articular	07 (70)	26 (57)	NS
Vascular	05 (50)	15 (33)	NS
Esôfago	07 (70)	31 (68)	NS
Intestinos	01 (10)	01 (04)	NS
DPR	04 (40)	26 (57)	NS
HP	03 (30)	16 (35)	NS
Coração	03 (30)	08 (17)	NS
Rins	0 (0)	02 (04)	NS

DPR=Doença pulmonar restritiva; HP=Hipertensão pulmonar

Antitopoisomerase I. Foi positivo em 14 pacientes (25%), sendo 6 com ES1 e 8 com ESd (sem predomínio quanto à forma clínica). Não houve associação estatística entre antitopoisomerase I e sexo, raça, idade de início e tempo de doença (Quadro IV). Quanto à extensão do acometimento cutâneo, houve associação estatística entre antitopoisomerase I e ECT > 20; o ECT médio foi de 25 nos pacientes antitopoisomerase I positivo e 19 naqueles negativos (Quadro IV).

Quadro IV**Anticorpo antitopoisomerase I**

	Positivo	Negativo	p
Forma clínica	ES1	06	NS
	ESd	08	
Sexo	Feminino	11	NS
	Masculino	03	
Raça	Caucasóide	12	NS
	Não Caucasóide	02	
Idade de início (anos)	35	36	NS
Tempo de doença (anos)	7,5	12	NS
ECT (médio)	25	19	p < 0.05

ES1=Forma limitada; ESd=Forma difusa; ECT=Escore cutâneo total

Com relação às manifestações clínicas, houve correlação estatística entre antitopoisomerase I e acometimentos vascular e articular; porém, não houve associação com envolvimento visceral específico (Quadro V). Houve predomínio de doença pulmonar restritiva nos pacientes antitopoisomerase I positivos, embora sem alcançar significância estatística.

Todos os pacientes antitopoisomerase I positivo apresentaram positividade do FAN, nos seguintes padrões: nucleolar e pontilhado - 8; pontilhado - 3; nucleolar - 3.

Quadro V

Anticorpo antitopoisomerase I

	Positivo (N=14)	Negativo (N=42)	P
Calcinose	08 (57)	17 (40)	NS
Telangiectasias	08 (57)	27 (64)	NS
Articular	12 (86)	21 (50)	p < 0.05
Vascular	11 (79)	09 (21)	p < 0.05
Esófago	10 (71)	28 (67)	NS
Intestinos	0 (0)	02 (05)	NS
DPR	10 (71)	20 (48)	NS
HP	05 (36)	14 (33)	NS
Coração	0 (0)	08 (19)	NS
Rins	02 (14)	0 (0)	NS

DPR=Doença pulmonar restritiva; HP=Hipertensão pulmonar

Outros auto-anticorpos. O anticorpo anti-RNP foi positivo, em título menor que 1/1000, em 2 pacientes (4%). Os anticorpos anti-Sm e anti-La foram negativos em todos os pacientes. O anticorpo anti-Ro foi positivo em 5 pacientes (9%), sendo 1 com ES1 e 4 com ESd, não apresentando predomínio de acometimento visceral.

DISCUSSÃO

O presente estudo realça a importância dos auto-anticorpos séricos na caracterização dos pacientes com ES, uma vez que diferentes anticorpos podem marcar padrões distintos da doença ^(3,6,29).

Com relação ao FAN, o método de imunofluorescência indirecta usando como substrato as células

HEp-2 mostrou uma positividade de 82%, sem predomínio de um padrão específico, compatível com as grandes séries da literatura ^(6,7,9,30-32). O anticorpo anticentrômero esteve associado ao seu padrão específico, enquanto que o anticorpo antitopoisomerase I associou-se aos padrões nucleolar e pontilhado, isolados ou combinados.

A não observação da presença dos anticorpos anticentrômero e antitopoisomerase I num mesmo paciente reforça a hipótese de que os dois auto-anticorpos representam espectros distintos da ES ⁽⁶⁾. O anticorpo anticentrômero foi positivo em 18% dos casos, todos com ES1, confirmando a alta especificidade para esta forma clínica da ES ^(3,6,8-15). A utilização da imunofluorescência indirecta usando como substrato células HEp-2 é necessária para a pesquisa do anticentrômero, já que este não pode ser observado quando se utiliza fígado de camundongo.

O anticorpo anticentrômero esteve associado ao acometimento cutâneo mais leve (ECT < 20), à calcinose e às telangiectasias, de acordo com dados amplamente estabelecidos na literatura ^(3,6,9,11,14,15). Alguns autores relatam associação entre anticentrômero e sexo feminino ^(6,11) e maior duração da doença ^(6,9,11); na presente casuística, esta associação foi observada, embora sem significância estatística. Quanto às manifestações viscerais específicas, não houve correlação entre anticentrômero e menor frequência de acometimento pulmonar, renal e cardíaco, conforme demonstram alguns estudos ^(6,7,9,14); o reduzido número de pacientes com manifestações renais e cardíacas neste estudo pode explicar em parte esta situação.

O anticorpo antitopoisomerase I foi positivo em 25% dos pacientes avaliados, frequência compatível com aquela observada na literatura ^(3,6,7,9,11,12,14-17,29). Foi observado predominantemente na ESd (40% dos casos), mas também foi encontrado na ES1 (17%). Estes dados confirmam a observação de que, embora tido inicialmente como marcador da ESd, o antitopoisomerase I também pode ser encontrado numa parcela da população com ES1 ^(3,6).

O antitopoisomerase I esteve associado ao envolvimento cutâneo mais extenso (ECT > 20), nas duas formas clínicas da ES, de acordo com tendência verificada na literatura ^(3,6,7,9,14-17). Também foi demonstrada associação com os envoltimentos articular e vascular, acarretando maior frequência de ulcerações em polpas digitais e superfícies extensoras, em conformidade com estudos em diferentes populações ^(6,14-16). Não foi estabelecida correlação estatística entre antitopoisomerase I e envolvimento visceral específico, embora alguns autores demonstrem maior frequência de acometimento pulmonar, renal e cardíaco nestes pacien-

tes^(6,14-17). Destes, o acometimento pulmonar (notadamente fibrose intersticial) é o mais importante, pela sua frequência e mortalidade^(3,6,9,14-16,33).

Com relação aos outros auto-anticorpos observados neste estudo, a inclusão somente de pacientes com ES "pura", sem outras doenças auto-imunes associadas, justifica possivelmente a não detecção dos anticorpos anti-Sm e anti-La. A necessidade de exclusão de pacientes com doença mista do tecido conjuntivo fez com que o anti-RNP fosse detectado em apenas dois pacientes, em baixos títulos (< 1/1000). Foram observados cinco pacientes anti-Ro positivos, predominantemente brancos com ESd, sem predomínio de envolvimento visceral; o pequeno número de pacientes anti-Ro positivo não permitiu uma análise estatística adequada. Mas o seguimento destes pacientes anti-Ro positivo torna-se necessário, já que é descrita rápida progressão do espessamento cutâneo e mau prognóstico visceral nestes casos^(14,20).

Concluindo, a análise desta população de pacientes brasileiros com ES revelou que os auto-anticorpos séricos anticentrômero e antitopoisomerase I estão associados predominantemente a diferentes padrões de envolvimento cutâneo, não estando correlacionados especificamente com as manifestações viscerais da doença.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o Prof. Dr. Aquiles Eugenio Piedrabuena pela orientação estatística.

BIBLIOGRAFIA

1. Medsger Jr. TA: Systemic sclerosis (scleroderma), eosinophilic fasciitis and calcinosis. In McCarty DJ (ed): Arthritis and allied conditions. 10ª. edição. Philadelphia, Lea & Febiger. 1989. pp. 1118-1165.
2. Postlethwaite AE: Early immune events in scleroderma. *Rheum Dis Clin N Am.* 1990. 16:125-139.
3. Reimer G: Autoantibodies against nuclear, nucleolar and mitochondrial antigens in systemic sclerosis (scleroderma). *Rheum Dis Clin N Am.* 1990. 16:169-183.
4. Kahaleh MB: Vascular disease in scleroderma. *Rheum Dis Clin N Am.* 1990. 16:53-73.
5. Pearson JD: The endothelium: its role in scleroderma. *Ann Rheum Dis.* 1991. 50:866-871.
6. Steen VD, Powell DL, Medsger Jr. TA: Clinical correlations and prognosis based on serum autoantibodies in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 1988. 31:196-203.
7. Bruns M, Herrmann K, Hausteil U-F: Immunologic parameters in systemic sclerosis. *Int J Dermatol.* 1994. 33:25-32.
8. Fritzler MJ, Kinsella TD, Garbutt E: The CREST syndrome: A distinct serologic entity with anticentromere antibodies. *Am J Med.* 1980. 69:520-526.
9. Catoggio LJ, Bernstein RM, Black CM, Hughes GRV, Maddison PJ: Serological markers in progressive systemic sclerosis: clinical correlations. *Ann Rheum Dis.* 1983. 42:23-27.
10. Tuma MFF: Marcadores sorológicos na esclerose sistêmica: correlação com as formas clínicas. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1985.
11. Weiner ES, Earnshaw WC, Senecal JL, Bordwell B, Johnson P, Rothfield NF: Clinical associations of anticentromere antibodies and antibodies to topoisomerase I: A clinical study of 355 patients. *Arthritis Rheum.* 1988. 31:378-385.
12. Johanet C, Agostini MM, Vayssairat M, Abuaf N: Autoanticorps anti-Scl 70 et anti-centromère: Marqueurs biologiques de 2 variétés différentes de sclérodémie systémique. *Presse Med.* 1989. 18:207-211.
13. Marques Neto JF, Innocencio RM, Sampaio GC, Gabriel Jr. A, Samara AM, Costallat LTL: The anticentromere antibody and carbon monoxide diffusing capacity in PSS. *Rev Bras Reumatol.* 1989. 29:147-150.
14. Parodi A, Puiatti P, Rebora A: Serological profiles as prognostic clues for progressive systemic scleroderma: The Italian experience. *Dermatologica.* 1991. 183:15-20.
15. Kuwana M, Kaburaki J, Okano Y, Tojo T, Homma M: Clinical and prognostic associations based on serum antinuclear antibodies, in Japanese patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 1994. 37:7583.
16. Jarzabek-Chorzelska M, Blaszczyk M, Jablonska S, Chorzelski T, Kumar V, Beutner EH: Scl 70 antibody - A specific marker of systemic sclerosis. *Clin Lab Invest.* 1986. 115:393-401.
17. Aeschlimann A, Meyer O, Bourgeois P, Haim T, Belmatoug N, Palazzo E, Khan MF: Anti-Scl-70 antibodies detected by immunoblotting in progressive systemic sclerosis: specificity and clinical correlations. *Ann Rheum Dis.* 1989. 48:992-997.
18. Alarcon-Segovia D, Cardiel MH: Comparison between 3 diagnostic criteria for mixed connective tissue disease: Study of 593 patients. *J Rheumatol.* 1989. 16:328-334.
19. Bennett RM: Scleroderma overlap syndromes. *Rheum Dis Clin N Am.* 1990. 16:185-198.
20. Bell S, Krieg T, Meurer M: Antibodies to Ro/SSA detected by ELISA: correlation with clinical features in systemic scleroderma. *Br J Dermatol.* 1989. 121:35-41.
21. Okano Y, Steen VD, Medsger Jr. TA: Autoantibody reactive with RNA polymerase III in systemic sclerosis. *Ann Intern Med.* 1993. 119:1005-1013.
22. Okano Y, Medsger Jr. TA: Autoantibody to Th ribonucleoprotein (nucleolar 7-2 RNA protein particle) in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 1990. 33:1822-1828.
23. Martin L, Pauls JD, Ryan JP, Fritzler MJ: Identification of a subset of patients with scleroderma

with severe pulmonary and vascular disease by the presence of autoantibodies to centromere and histone. *Ann Rheum Dis.* 1993. 52:780-784.

24. Sato S, Ihn H, Kikuchi K, Takehara K: Antihistone in systemic sclerosis: Association with pulmonary fibrosis. *Arthritis Rheum.* 1994. 37:391-394.

25. Masi AT, Rodnan GP, Medsger Jr. TA, Altman RD, D'Angelo WA, LeRoy EC, Kisner AB, MacKenzie AH, McShane DJ, Myers AR, Sharp GC: Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum.* 1980. 23:581-590.

26. LeRoy EC, Black CM, Fleischmajer R, Jablonska S, Krieg T, Mledger Jr. TA, Rowell N, Wollheim F: Scleroderma (systemic sclerosis): Classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol.* 1988. 15:202-205.

27. Sampaio-Barros PD: Reavaliação da abordagem clínica e laboratorial da esclerose sistêmica: Análise prospectiva de 56 pacientes. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 1993 .

28. Steen VD, Medsger Jr. TA, Rodnan GP: D-penicillamine therapy in progressive systemic sclerosis (scleroderma). *Ann Intern Med.* 1982. 97:652-659.

29. von Muhlen CA, Tan EM: Autoantibody specificities in autoimmune rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol.* 1994. 34:173-194.

30. Giordano M, Valentini G, Migliaresi S, Piccillo N, Vatti M: Different antibody patterns and different prognosis in patients with scleroderma with various extent of skin sclerosis. *J Rheumatol.* 1986. 13:911-916.

31. Barnett AJ, Miller MH, Littlejohn GO: A survival study of patients with scleroderma diagnosed over 30 years (1953-1983): The value of a simple cutaneous classification in the early stages of the disease. *J Rheumatol.* 1988. 15:276-283.

32. Akesson A, Wollheim FA: Organ manifestations in 100 patients with progressive systemic sclerosis: A comparison between the CREST syndrome and diffuse scleroderma. *Br J Rheumatol.* 1989. 28: 281-286.

33. Kuwana M, Kaburaki J, Mimori T, Tojo T, Homma M: Autoantigenic epitopes on DNA topoisomerase I: Clinical and immunogenetic associations in systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 1993. 36:1406-1413.

Patologia Da Coluna



Feldene[®] PIROXICAM[®]

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA



PIROXICAM[®]
Feldene IM

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
838\$00	587\$/713\$00	251\$/125\$00

(5 ampolas x 1 ml)

RÁPIDO A DISPERSAR
RÁPIDO A ACTUAR

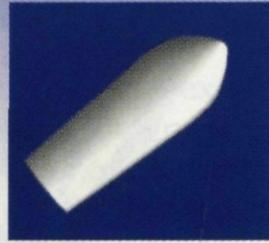


PIROXICAM[®]
Feldene 20 Comprimidos
Dispersíveis

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
2938\$00	2057\$/2498\$00	881\$/440\$00

(30 comp. disp. x 20 mg)

A ALTERNATIVA
À VIA ORAL



PIROXICAM[®]
Feldene Supositórios

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
1485\$00	1040\$/1263\$00	445\$/222\$00

(12 supositórios x 20 mg)

MODO DE EMPREGO ABREVIADO

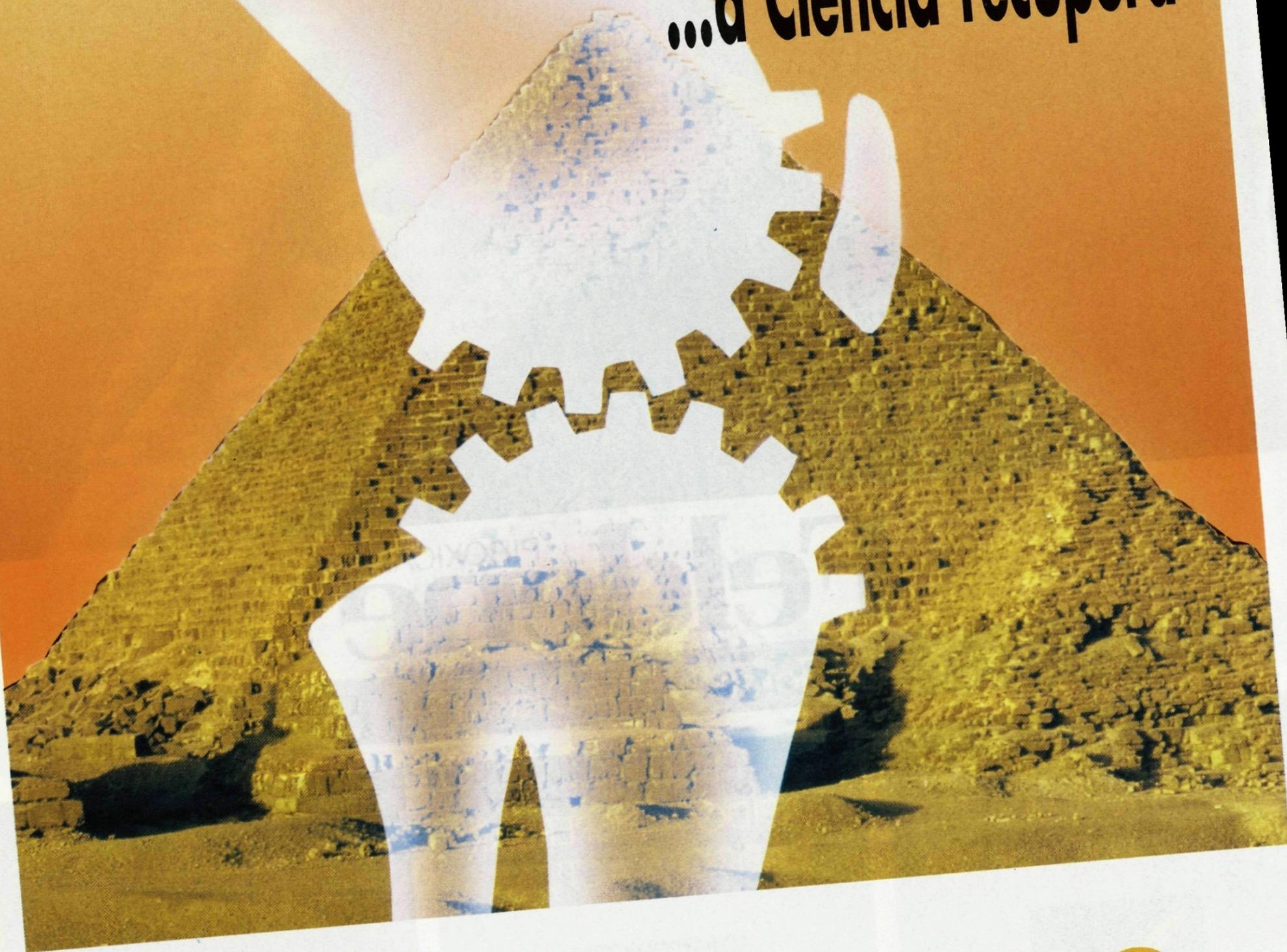
Indicações: Artrite reumatóide, osteoartrose, espondilite anquilosante, gota aguda, situações músculo-esqueléticas agudas, e crianças com diagnóstico confirmado de artrite crónica juvenil (Doença de Still). **Posologia:** Artrite reumatóide, osteoartrose e espondilite anquilosante – dose habitual de 20 mg uma vez ao dia no início e na terapêutica de manutenção. A utilização prolongada de doses iguais ou superiores a 30 mg por dia acarretam um risco de reacções adversas gastrointestinais. Gota aguda – 40 mg por dia em toma única ou em tomas divididas até ao máximo de 7 dias. Situações músculo-esqueléticas agudas – 40 mg por dia, em toma única ou em tomas divididas, durante os dois primeiros dias, 20 mg por dia nos restantes dias até perfazer 7 a 14 dias de tratamento. Artrite crónica juvenil em crianças com 6 ou mais anos de idade – Feldene comprimidos dispersíveis utilizando a seguinte posologia: peso inferior a 15 kg - 5 mg, 16 a 25 kg - 10 mg, 26 a 45 kg - 15 mg, peso superior a 46 kg - 20 mg. **Contra-indicações:** Úlcera péptica activa ou história de ulceração recorrente. Hipersensibilidade ao Feldene, ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Supositórios – doentes com história de lesões inflamatórias ou hemorragias do recto ou ânus. **Advertências:** Gravidez, lactação. Como acontece com outros AINEs, os doentes idosos devem ser sujeitos a vigilância apertada. **Precauções:** Disfunção renal significativa. Monitorizar doentes com terapêutica anticoagulante concomitante. Não se recomenda o uso concomitante de ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. **Reacções Adversas:** Sintomas gastrointestinais: se ocorrer úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal, suspender a terapêutica com Feldene. Edema, principalmente do tornozelo e "Rash" cutâneo.



Laboratórios Pfizer, S.A.
Apartado 1402 — 1012 LISBOA CODEX

Para mais informações sobre o produto, é favor consultar o Modo de Emprego que será enviado a pedido.
Sede: Porto Zemouto, Coíma Seixal • Capital Social: Escudos 850 000 000 • Conserv. Reg. Seixal – Matrícula NR 775

O que o tempo desgasta...
...a Ciência recupera



viartril-S[®]

sulfato de glucosamina

A glucosamina é o componente principal do VIARTRIL-S. Esta substância tem actividade metabólica artrotrófica, estimulando o metabolismo anabólico dos tecidos osteocartilagueos e melhora as propriedades lubrificantes do líquido sinovial. O VIARTRIL-S possui uma eficácia particular em todas as formas de doenças osteoarticulares degenerativas, como a artrose a osteoartrite, tanto subaguda como crónica. O VIARTRIL-S proporciona um tratamento causal (e não sintomático) e os seus efeitos terapêuticos só se podem apreciar depois de uma semana após o seu início; assim, em casos de dor intensa, aconselha-se a associação de um medicamento anti-inflamatório, durante os primeiros dias da administração. **INDICAÇÕES:** Todas as formas de doença osteoarticular degenerativa. **POSOLOGIA MÉDIA:** A) quando a sintomatologia artrósica é leve ou moderada: 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante um mínimo de seis semanas. B) quando a sintomatologia artrósica é grave. **Terapêutica inicial:** recomenda-se um tratamento inicial de 8 semanas, segundo o esquema seguinte: 1. Uma ampola diária de VIARTRIL-S duas vezes por dia durante seis semanas. 2. Em caso de contra-indicação da via parentérica, efectuar o tratamento com 2 cápsulas três vezes por dia, quinze minutos antes das refeições. O VIARTRIL-S oral pode ser utilizado em tratamento de longa duração, visto não provocar quaisquer perturbações gástricas. O tratamento pode repetir-se de 6 em 6 meses. Este esquema posológico pode ser modificado segundo prescrição médica. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Não se conhecem contra-indicações para a glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, deve ser utilizada com prudência nos doentes com perturbações cardíacas de condução e na descompensação cardíaca aguda e está contra-indicada nos doentes com impersensibilidade à lidocaína. **EFEITOS COLATERAIS:** Não se conhecem efeitos colaterais provocados pela glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, pode por vezes provocar náuseas e muito raramente também vômitos. **PRECAUÇÕES:** Deve evitar-se o emprego de ampolas nos primeiros meses de gravidez. **MODO DE APLICAÇÃO:** Antes do uso injectável, aspirar na mesma seringa o conteúdo da ampola A (amarela) que contém Sulfato de Glucosamina e Lidocaína, e o da ampola B (incolor) que contém a solução tampão diluente. Este medicamento contém lactose. Contribuinte n.º 500 802 360 — Sociedade por quotas — Capital Social 100.000.000\$00 Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192, L.º C-6

PRODUTO	P.V.P. c / IVA	REGIME GERAL			REGIME ESPECIAL		
		Preço Estado	Preço Utente	Comp. (Estado)	Preço Estado	Preço Utente	Comp. (Estado)
VIARTRIL - S 312,5 mg x 60 cápsulas	2100\$09	1470\$00	630\$00	70%	1785\$00	315\$00	85%
VIARTRIL - S 502,5 mg x (5+5) ampolas	1236\$04	865\$00	371\$00	70%	1051\$00	185\$00	85%
VIARTRIL - S DUO - 20 cáps. + (5+5) ampolas	2036\$09	1425\$00	611\$00	70%	1731\$00	305\$00	85%

DELTA
LABORATÓRIOS

Grupo Rotta Research

DELTA Osteo-articular

INJECCÃO INTRA-ARTICULAR DE HEXACETONIDO DE TRIANCINOLONA NA CRIANÇA COM ARTRITE CRÓNICA JUVENIL

M. Manuela Costa¹, M. José Santos², Bravo Pimentão², Teixeira da Costa², J. L. Peralta³, M. José Vieira⁴, J. Melo Gomes⁵, Adriano Neto⁶

RESUMO

Objectivo: O tratamento da artrite crónica na criança requer uma equipa multidisciplinar e tem por objectivo o controlo da dor e a preservação da função articular. A intervenção farmacológica inclui várias drogas, algumas com graves efeitos secundários.

No presente estudo os autores analisaram a eficácia e a tolerância da injeção intra-articular de hexacetonido de triancinolona na criança com sinovite resistente à terapêutica anti-inflamatória.

Material: Foram avaliados 61 joelhos, correspondendo a 30 crianças do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com o diagnóstico de Artrite Crónica Juvenil, sendo uma Artrite Psoriática Juvenil e uma artropatia da Doença de Crohn. A duração média da artrite foi de 22 ± 24 meses e a idade actual foi de 8 ± 5 anos.

Resultado: Seis meses após o tratamento local 41/54 (75,9%) dos joelhos mantêm resolução completa dos sintomas e sinais enquanto a recidiva do derrame articular ou a persistência da deformação se verificou em 11,1% dos casos. Aos 12 meses de follow-up 70,8% dos joelhos continuam com um excelente resultado. As complicações detectadas consistiram em calcificações peri e intra-articulares, e atrofia das partes moles em 4 joelhos.

Conclusão: Concluímos que a injeção intra-articular de hexacetonido de triancinolona é um tratamento eficaz e com raros efeitos adversos. (Acta Reum Port 1995;75:187-190)

Palavras-chave: Injeção intra-articular – Hexacetonido de triancinolona – Artrite Crónica Juvenil.

INTRODUÇÃO

Thorn foi o primeiro médico a injectar corticosteróides numa articulação, porém foi Hollander, na década de 50, que introduziu na prática clínica do reumatologista a injeção intra-articular deste produto^(1,2).

Os diversos trabalhos realizados no adulto com artrite reumatóide têm demonstrado bons resultados e raros efeitos adversos.

Mais recentemente, os estudos têm realçado o importante papel do tratamento local na criança com Artrite Crónica Juvenil, principalmente nas formas oligoarticulares.

No presente estudo os autores analisaram a eficácia e a tolerância da injeção intra-articular de hexacetonido de triancinolona ao nível do joelho, na criança com Artrite Crónica Juvenil, que não cedeu à terapêutica anti-inflamatória em doses adequadas, no período mínimo de três meses.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo incluiu 40 crianças, 30 do sexo feminino e 10 do sexo masculino com o diagnóstico de Artrite Crónica Juvenil, de acordo com os critérios de classificação da EULAR, sendo 27 formas oligoarticulares, 9 formas poliarticulares, 2 formas sistémicas, uma Artrite Psoriática Juvenil e uma Doença de Crohn. A idade média de início da doença e a idade no momento do tratamento local foram de $4,9 \pm 3,9$ anos (1-15 anos) e $8,2 \pm 4,6$ anos (2-17 anos), respectivamente. A duração da artrite variou entre os 3 e 96 meses, com um valor médio de 22 ± 24 meses.

Os critérios de inclusão neste estudo consistiram na existência de artrite do joelho com uma duração mínima de 3 meses sob terapêutica anti-inflamatória em doses adequadas. No total foram incluídos 61 joelhos.

¹Interna do Complementar de Reumatologia, Unidade de Reumatologia, Hospital Santa Maria (HSM), Lisboa.

²Assistente Hospitalar de Reumatologia, Unidade de Reumatologia, (HSM), Lisboa.

³Assistente Hospitalar de Pediatria, Serviço de Pediatria do Hospital S. João, Porto.

⁴Consultor de Pediatria, Hospital Distrital de Vila Nova de Famalicão.

⁵Consultor de Reumatologia, Responsável pela Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal, Lisboa.

⁶Assistente Hospitalar de Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

A avaliação clínica consistiu numa observação prévia à injeção intra-articular e depois aos 3,6,12,18,e 24 meses. Em cada uma das observações foram analisados os seguintes parâmetros clínicos: dor, rigidez matinal, perímetro articular, calor, derrame articular, mobilidade articular e deformação. Os resultados foram classificados em 3 grupos: excelente, bom e mau. As definições adoptadas foram: excelente resultado quando houve resolução completa de todos os sintomas e sinais; bom resultado se houve melhoria clínica; e um mau resultado se o derrame recidivou ou a deformação persistiu⁽⁷⁾.

Em cada uma das observações incluímos ainda um estudo laboratorial composto por: hemograma, velocidade de sedimentação, doseamento da proteína C reactiva e urina tipo II. A avaliação radiológica dos joelhos consistiu num radiograma antero-posterior em carga e perfil realizado no início do estudo e após 12 meses.

A injeção intra-articular efectuou-se sob anestesia geral em crianças com menos de 10 anos. Nos outros casos, e sempre que se previa uma boa colaboração do paciente, não foi realizada qualquer anestesia ou sedação prévia. O hexacetonido de triancinolona foi o corticosteróide preferido por ter uma maior duração de acção e uma eficácia superior aos outros, como comprovado por alguns estudos^(3,4). As doses utilizadas foram de 20 mg nas crianças com peso < 20kg e de 40 mg nas restantes. Nas 48h após o tratamento local recomendou-se repouso articular, tendo-se realizado imobilização articular com tala.

No estudo estatístico determinamos a significância a partir do teste T de Student (paired T value) para comparação de médias e do teste Chi Quadrado, considerámos significativos valores de p<0,05.

RESULTADOS

Neste estudo incluímos 61 joelhos, que completaram pelo menos 3 meses de follow-up. Na observação prévia ao tratamento local todos os joelhos tinham tumefacção, a dor estava presente em 59 (96,7%) sendo moderada em cerca de metade dos casos. Cinquenta e sete joelhos (93,4%) tinham derrame articular e os movimentos estavam limitados em 48 (78,7%). Um flexo irreductível foi detectado em quatro joelhos (Fig. 1). Três meses após a injeção intra-articular de hexacetonido de triancinolona 48/61 (78,7%) joelhos têm um excelente resultado, enquanto a recidiva do derrame ou a persistência da deformidade ocorreu em 3/61 (4,9%). Cinquenta e quatro joelhos têm 6 meses de follow-up dos quais 41 (75,9%) mantêm um exce-

lente resultado, 7 (13%) têm um bom e 6 (11,1%) um mau resultado. Aos 12 meses de follow-up 34/48 (70,8%) joelhos mantêm-se em remissão, 7/48 (14,6%) têm um bom resultado e nos restantes 7 (14,6%) houve falência da terapêutica com recidiva do derrame ou persistência da deformação. Vinte e seis joelhos têm um follow-up de 24 meses dos quais 25 mantêm uma resolução completa de todos os sintomas e sinais (Quadro I). No quadro II referem-se as características demográficas e laboratoriais dos doentes com excelente e mau resultado ao 6º e 12º mês após a injeção intra-articular do corticosteróide. Apesar da resolução completa dos sintomas e sinais ter sido mais frequente nos doentes do sexo masculino, na artrite de menor duração e na presença de anticorpos anti-nucleares (ANA), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

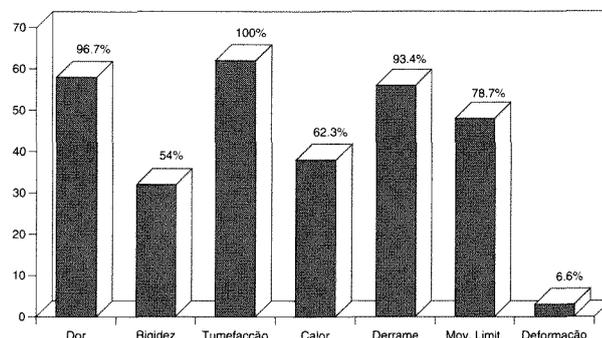


Figura 1: Manifestações clínicas observadas antes da injeção intra-articular em joelhos de doentes com reumatismo crónico da infância.

Quadro I
Resultados obtidos aos 3, 6, 12 e 24 meses após a injeção intra-articular

	3 meses 61 joelhos	6 meses 54 joelhos	12 meses 48 joelhos	24 meses 26 joelhos
Excelente	48 / 78,7%	41 / 75,9%	34 / 70,8%	25 / 96,2%
Bom	10 / 16,4%	7 / 13%	7 / 14,6%	1 / 3,8%
Mau	3 / 4,9%	6 / 11,1%	7 / 14,6%	0 / -

Analísamos a terapêutica efectuada nos três meses que antecederam a injeção intra-articular e verificámos que os anti-inflamatórios não esteróides foram prescritos, isoladamente, em cerca de metade dos casos. As restantes terapêuticas consistiam na associação de anti-inflamatórios não esteróides com outros fármacos, tais como: prednisolona (15%), sais de ouro (15%), antipalúdicos de síntese (5%) e o metotrexato (2,5%). O doente com Doença de Crohn estava medicado apenas com o ácido 5' amino salicílico. Doze meses após o tratamento local 7 doentes (21,9%) suspenderam a

terapêutica farmacológica, por outro lado 5 doentes (15,6%), correspondendo a 8 articulações tratadas, interromperam a prednisolona e/ou os sais de ouro mantendo apenas os anti-inflamatórios não esteróides. Dos restantes casos salienta-se uma forma sistémica, que por uma exacerbação poliarticular, iniciou metotrexato (Fig. 2).

Quadro II

Caracterização dos grupos com excelente e mau resultado ao 6º e 12º mês em relação ao sexo, idade de início, idade actual, duração da artrite, anticorpos anti-nucleares, velocidade de sedimentação e hemoglobina

	6º Mês		12º Mês	
	Excelente 41 Joelhos	Mau 6 Joelhos	Excelente 34 Joelhos	Mau 7 Joelhos
Sexo F / M	30 / 11	5 / 1	26 / 8	6 / 1
Idade de início (min-max)	5,1±4,2 anos (2-15 anos)	3±1,5 anos (2-15 anos)	4,6±4,1 anos (1-15 anos)	3,4±1,4 anos (2-5 anos)
Idade actual (min-max)	7,1±4,5 anos (2-17 anos)	7,7±4,7 anos (2-16 anos)	7,1±4,5 anos (2-17 anos)	9±4,7 anos (2-16 anos)
Duração artrite (min-max)	18,02±19,8 meses (3-84 meses)	34,3±31,4 meses (7-72 meses)	17,2±19,9 meses (3-84 meses)	31,8±29,3 meses (7-72 meses)
ANA pos (%)	18 / 36 (50%)	1 / 6 (16,7%)	14 / 29 (48,3%)	0 / 7 (0%)
ANA ng (%)	18 / 36 (50%)	5 / 6 (83,3%)	15 / 29 (51,7%)	7 / 7 (100%)
VS≤20 mm/h(%)	11 / 33 (33,3%)	1 / 6 (16,7%)	7 / 27 (25,9%)	1 / 7 (14,3%)
VS>20 mm/h(%)	22 / 33 (64,7%)	5 / 6 (83,3%)	20 / 27 (74,1%)	6 / 7 (85,7%)
VS≤12 gr/dl(%)	26 / 34 (76,5%)	5 / 6 (83,3%)	20 / 28 (71,4%)	7 / 7 (100%)
VS>12 gr/dl(%)	8 / 34 (23,5%)	1 / 6 (16,7%)	8 / 28 (28,6%)	0 / 7 (0%)

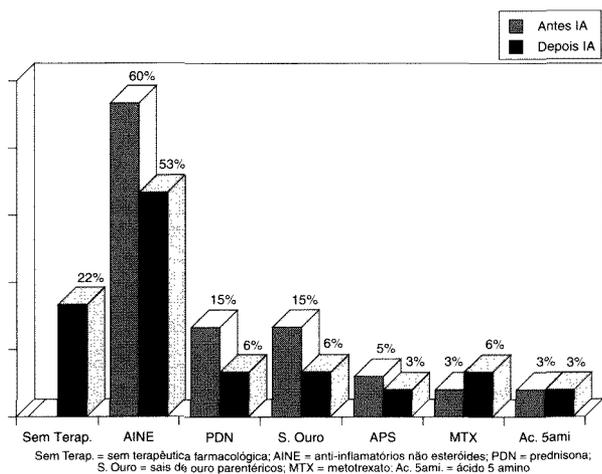


Figura 2: Terapêutica efectuada nos 3 meses que antecederam a injeção intra-articular (IA) e 12 meses depois.

Em relação ao estudo radiológico, 50 Joelhos foram radiografados antes da injeção intra-articular, apresentando 43 (86%) anomalias que con-

sistiam em: tumefacção das partes moles (66%), osteoporose periarticular (60%), aumento das dimensões das epífises (34%), diminuição ligeira da entrelinha (20%) e erosões (12%). No fim do estudo analisaram-se as radiografias de 37 Joelhos, dos quais 23 (62,2%) não apresentavam qualquer alteração, verificando-se que todas as anomalias detectadas nos restantes catorze estavam presentes desde o início (Quadro III).

Quadro III

Resultados da avaliação radiológica realizada antes e 12 meses após a injeção intra-articular

	antes da injeção intra-articular (50 Joelhos)	12 meses após a injeção intra-articular (37 Joelhos)
Normal	7 / 14%	23 / 62,2%
Tumefacção partes moles	33 / 66%	3 / 8,1%
Osteoporose periarticular	30 / 60%	8 / 21,6%
Dim. entrelinha articular	10 / 20%	7 / 18,9%
Aum. dimensões epífises	17 / 34%	4 / 10,8%
Erosões	6 / 12%	5 / 13,5%

Treze Joelhos foram reinjectados por recidiva do derrame, com uma duração média da artrite de 4 meses (1-12 meses). O derrame recidivou em 4 Joelhos após a 2ª injeção intra-articular, ocorrendo aos 3 (1 Joelho), 6 (1 Joelho) e 12 meses (2 Joelhos). A resolução completa dos sintomas e sinais verificou-se em 60% dos casos com 12 meses de follow-up (Quadro IV).

Quadro IV

Resultados obtidos aos 3, 6 e 12 meses após a 2ª injeção intra-articular

	3 meses 13 Joelhos	6 meses 10 Joelhos	12 meses 5 Joelhos
Excelente	8 / 61,5%	6 / 60%	3 / 60%
Bom	4 / 30,8%	3 / 30%	0 / -
Mau	1 / 7,7%	1 / 10%	2 / 40%

As complicações ocorreram em 4 Joelhos (6,5%) e consistiram numa calcificação periarticular, 2 calcificações intra-articulares e uma atrofia de partes moles periarticulares (Fig. 3).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo são sobreponíveis a outros descritos na literatura. Allen descreveu bons resultados em 45% dos Joelhos injectados aos 12 meses de follow-up⁽⁵⁾. Pelo contrário nas séries de Fousset e Earley 76 a 77% dos Joelhos injectados tiveram bons resultados, tal como

na nossa casuística ^(6,7). Num outro estudo, Deslandre demonstrou o bom prognóstico das formas oligoarticulares, comparativamente às formas sistêmicas ⁽⁸⁾. Embora tivéssemos observado uma falência precoce ao tratamento e má resposta à reinjecção nas formas sistêmicas, sugerindo um efeito menos persistente nestas, o número de doentes é muito reduzido para uma conclusão segura.



Figura 3: Atrofia das partes moles periarticulares em consequência de infiltração intra-articular de hexacetonido de triamcinolona.

A evolução favorável nos doentes com início precoce, artrite de curta duração e sexo masculino descrita por Allen, não foi por nós observada, tal como sucedeu com outros autores ^(5,7). Embora na nossa série se verificasse uma tendência para os excelentes resultados ocorrerem na artrite de início precoce, esta diferença não atingiu significado estatístico.

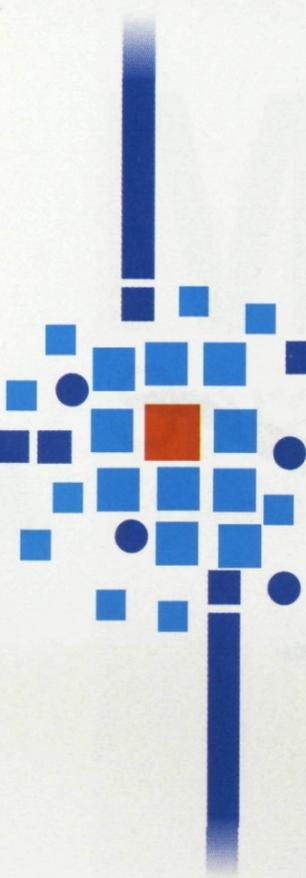
A atrofia subcutânea que é a complicação mais frequente, ocorrendo em cerca de 8,3% dos casos em algumas séries ^(8,9), apenas foi constatada num caso deste estudo, o que poderá estar relacionado com o tamanho da articulação em causa assim como com os cuidados durante a realização da técnica. As calcificações articulares e periarticulares descritas por Gilsanz e Bernstein em 32 de 92 articulações injectadas ⁽¹⁰⁾, foram um achado radiográfico em apenas 3 (4,9%) articulações, tal como noutras séries ^(8,9,11). No nosso estudo, tal como no de Sparling, a deterioração radiográfica foi rara e não houve o aparecimento de alterações sugestivas de evolução radiológica da doença ⁽¹¹⁾.

É do nosso conhecimento que a Artrite Crónica Juvenil é uma doença cuja história natural se caracteriza por exacerbações e remissões, e deste modo alguns dos excelentes resultados observados pode-

rão eventualmente não significar mais que a evolução natural da doença. Porém a resolução da artrite em cerca de 3/4 dos casos permite-nos concluir que a injecção intra-articular de hexacetonido de triamcinolona é, ao nível do joelho, um tratamento eficaz da Artrite Crónica Juvenil renitente à terapêutica farmacológica e com raros efeitos adversos. Durante um período de tempo variável há resolução dos sintomas e sinais articulares, permitindo, deste modo, uma marcha normal, tão importante para o desenvolvimento do aparelho locomotor da criança. De salientar ainda que, 12 meses após a injecção intra-articular, 22% das crianças (7/32 crianças) não necessitam de nenhuma terapêutica farmacológica.

BIBLIOGRAFIA

- Owen DS Jr. Aspiration and Injection of Joints and Soft Tissues. Kelley W. N., Harris E. D. Jr., Ruddy S., Sledge C. B., eds. Textbook of Rheumatology. 1993: 545-561.
- Gatter RA. Arthrocentesis Technique and Intrasynovial Therapy. MacCarty D. J. eds. Arthritis and Allied Conditions, A Textbook of Rheumatology. 1993:711-720.
- Bird HA, Ring EFJ and Bacon PA. A thermographic and clinical comparison of three intra-articular steroid preparations in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1979; 38:36-39.
- Balogh Z and Ruzsonyi E. Triamcinolone hexacetonide versus betamethasone. A double-blind comparative study of the long-term effects of intra-articular steroids in patients with juvenile chronic arthritis. *Scand J Rheum.* 1988; suppl. 67: 80-82.
- Allen RC, Gross KR, Laxer RM, Malleson PN, Beauchamp RD and Petty RE. Intraarticular triamcinolone hexacetonide in the management of chronic arthritis in children. *Arthritis Rheum.* 1986; 29(8): 997-1001.
- Fousset L. Les synoviortheses à l'hexacetonide de triamcinolone au cours de l'arthrite chronique juvenile. Thèse Medicine 1986 Creteil.
- Earley A, Cuttica RJ, McCullough C, Ansell BM. Triamcinolone into the knee joint in juvenile chronic arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 1988; 6:153-155.
- Deslandre CJ. Intérêt et resultats des gestes locaux dans les arthrites chroniques juveniles. *Rev. Port. Reumatol.* 1992; 3(21):481-484.
- Deslandre CJ, Menkes CJ. Complications of intra-articular injections of triamcinolone hexacetonide in chronic arthritis in children. *Clin Experimental Rheumatol.* 1990; 8:413-416.
- Gilsanz V, Bernstein BH. Joint calcification following intra-articular corticosteroid therapy. *Radiology.* 1984; 151:647-649.
- Sparling M, Malleson P, Wood B and Petty R. Radiographic follow-up of joints injected with triamcinolone hexacetonide for the management of childhood arthritis. *Arthritis Rheum.* 1990; 33(6):821-826.



Balmox[®]

nabumetona

Balmox[®]
nabumetona

SUMÁRIO TÉCNICO

APRESENTAÇÃO - Comprimidos Revestidos - Embalagens de 10 e de 60 comprimidos revestidos, dosados a 500 mg de nabumetona. **Comprimidos Dispersíveis** - Embalagens de 60 comprimidos dispersíveis dosados a 500 mg de nabumetona. - Embalagens de 30 comprimidos dispersíveis dosados a 1 g de nabumetona. - **Xarope** - Embalagens de 200 ml, cada 5 ml contém 500 mg de nabumetona. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS** - BALMOX está indicado para tratamento agudo e crônico dos sintomas e sinais de osteoartrite e de artrite reumatóide. BALMOX está igualmente indicado numa série de situações que requerem terapêutica anti-inflamatória, incluindo afecções agudas peri-articulares e musculoesqueléticas: bursites, tendinites, sinovites, espondilite, tenossinovites, periartrose do ombro, distensões articulares e musculares, lesões desportivas. **CONTRA-INDICAÇÕES** - BALMOX não deve ser administrado a doentes que previamente tenham tido manifestações de hipersensibilidade ao fármaco. BALMOX também não deve ser administrado a doentes que tiveram asma, urticária ou outras manifestações alérgicas, na sequência da administração de salicilatos ou de outros anti-inflamatórios não esteróides. Tal como acontece com todos os outros AINES, antes de prescrever nabumetona a doentes com insuficiência hepática grave (p.e. cirrose) devem avaliar-se os possíveis benefícios contra os potenciais riscos. Os doentes com sintomas e/ou sinais de insuficiência hepática devem ser monitorizados para despiste de eventual agravamento no decurso da terapêutica com nabumetona. Nesta situação deve suspender-se a terapêutica com nabumetona. **EFEITOS ADVERSOS** - BALMOX é, em regra bem tolerado, os efeitos adversos são geralmente ligeiros e incluem: diarreia, dispesia, náuseas, obstipação, dor abdominal, flatulência, cefaleias, tonturas e sedação. Nos ensaios clínicos em que se utilizaram doses superiores a 1g, não se verificou um aumento da incidência de efeitos adversos. A nefrotoxicidade é um efeito adverso que tem sido atribuído aos AINES, estando descritos casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal associados à sua administração. Contudo, quer nos ensaios clínicos, quer nos estudos de farmacovigilância pós-comercialização efectuados com BALMOX, só muito raramente foram referidas alterações renais. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS** - A administração concomitante de BALMOX e de alimentos ou de leite acelera a absorção do fármaco, mantendo-se, contudo, inalterada a quantidade total do metabolito activo da nabumetona no plasma. Devido à sua grande afinidade para as proteínas plasmáticas, a nabumetona pode eventualmente deslocar outros fármacos que também se liguem a essas proteínas, o que implica a monitorização de manifestações de sobredosagem desses fármacos, sempre que administrados concomitantemente com nabumetona. Assim, doentes recebendo simultaneamente anticoagulantes, sulfonilureias, ou outras drogas com taxa elevada de ligação às proteínas, como por exemplo, sulfonamidas e hidantoínas, devem ser cuidadosamente vigiados, para detecção de quaisquer sinais de possível sobredosagem com estas drogas. A administração concomitante de nabumetona e de antiácidos contendo alumínio, cimetidina, paracetamol ou ácido acetilsalicílico, não afectou a biodisponibilidade do principal metabolito activo da nabumetona. É do conhecimento geral que os anti-inflamatórios não esteróides aumentam as concentrações dos digitálicos, lítio e metotrexato, podem reduzir a eficácia terapêutica dos diuréticos e fármacos anti-hipertensores e podem induzir hipercalcemia quando administrados em simultâneo com diuréticos poupadores de potássio. Não foram efectuados estudos de interacção da nabumetona com esses fármacos pelo que se recomenda precaução aquando da sua administração concomitante. **PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** - No decurso dos ensaios clínicos com nabumetona, cuja duração oscilou entre vários meses e oito anos, ocorreram úlceras sintomáticas do tracto digestivo superior, hemorragia digestiva macroscópica e perfuração em cerca de 0.3% dos doentes tratados durante 3 a 6 meses, em cerca de 0.5% dos doentes tratados durante 1 ano e em 0.8% dos doentes tratados durante 2 anos. Embora estes números sejam inferiores aos atribuídos a outros AINES, os médicos devem estar alertados para a possibilidade da ocorrência de úlcera péptica, hemorragia digestiva ou perfuração, mesmo em doentes sem história prévia de doença ulcerosa. Em doentes com úlcera péptica em actividade, ao iniciar terapêutica com nabumetona, devem ponderar-se os benefícios contra os potenciais riscos, instituir terapêutica anti-ulcerosa adequada e monitorizar cuidadosamente a evolução dos doentes. Nos doentes com insuficiência renal não é, em regra, necessário ajustar a posologia. Contudo, tal como acontece com todos os AINES, a monitorização dos doentes com insuficiência renal grave deve ser mais rigorosa do que a de doentes com função renal normal. Alguns doentes medicados com nabumetona têm referido o aparecimento de edema periférico, pelo que o fármaco deve ser prescrito com precaução em doentes com retenção hídrica, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca. Devem ser submetidos a exame oftalmológico os doentes que medicados com nabumetona (tal como com todos os AINES) surjam com visão embaçada ou diminuição da acuidade visual. **CATEGORIA FARMACO-TERAPÊUTICA** - Medicamento anti-reumático - anti-inflamatório não esteróide. **UTILIZAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ** - Embora não se tenham observado efeitos adversos nos estudos de teratogenicidade, fertilidade e reprodução, a nabumetona não deve ser prescrita durante a gravidez e aleitamento, a não ser que os possíveis benefícios superem os potenciais riscos para o feto ou lactente. A nabumetona não deve ser administrada no decurso do 3º trimestre da gravidez pelos efeitos atribuídos aos inibidores da síntese das prostaglandinas, quer no encerramento do canal arterial (humanos), quer na distócia e atraso no parto (animais). **UTILIZAÇÃO NO IDOSO** - Para a mesma dosagem, o perfil de eficácia e de efeitos adversos da nabumetona no idoso é sobreponível ao da população geral. **UTILIZAÇÃO EM PEDIATRIA** - Os dados existentes relativamente à utilização de BALMOX em pediatria são insuficientes para permitir a sua administração a crianças. **EFEITOS SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS (sedação e sonolência)** - No caso de ocorrerem tonturas ou outras perturbações do SNC durante a administração da nabumetona, o doente não deve conduzir veículos automóveis nem operar com máquinas. **POSOLOGIA** - A dose usual recomendada é de 1.000 mg/dia numa toma única, com ou sem alimentos. A dosagem pode ser aumentada, se necessário, para 1.500 ou 2.000 mg/dia, em toma única ou fraccionadas. A duração do tratamento deve ser estabelecida pelo médico assistente. No caso de omitir uma ou mais administrações, deve prosseguir o tratamento de acordo com a posologia previamente estabelecida. **SOBREDOSAGEM** - Não existe antídoto específico. Em caso de sobredosagem, deve proceder-se à lavagem gástrica e instituir terapêutica com carvão activado (60 g por via oral em doses fraccionadas) e de suporte. **AVISOS** - No caso de ocorrerem efeitos indesejáveis não mencionados neste folheto informativo, deve referi-los de imediato ao seu médico assistente. - BALMOX não deve ser administrado sem verificar previamente o prazo de validade. **MANTER FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS** **PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO** **Manter em lugar seco e fresco.** **Fabricado por:** SmithKline Beecham Pharmaceuticals **Crawley - Inglaterra** **Para - Beecham Portuguesa** **Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.** **Rua Sebastião e Silva, nº 56 - Massamá, 2745 Queluz**

O 1º AINE NÃO ACÍDICO



*Dois comprimidos
à noite*

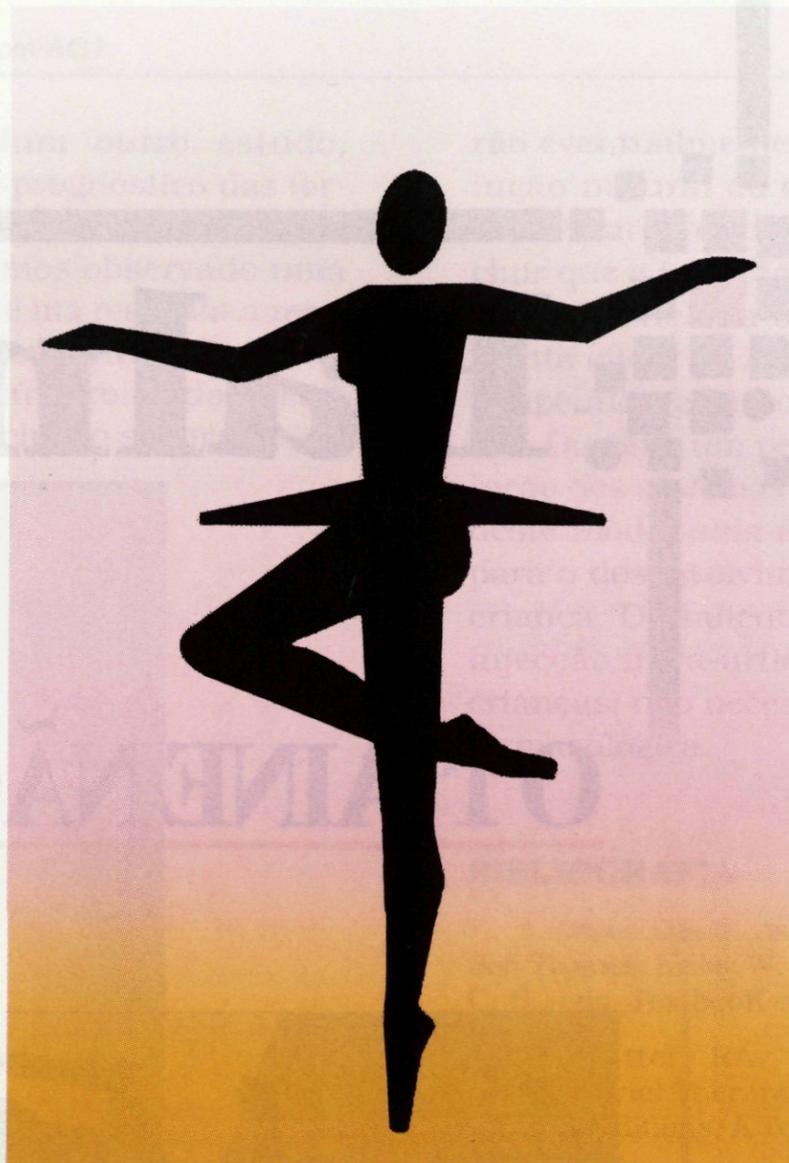
EFICÁCIA
COM ELEVADO ÍNDICE DE SEGURANÇA

BALMOX*	PVP*	COMPARTICIPAÇÃO							
		Regime Geral (70%)			Regime Especial (85%)				
		ESTADO	UTENTE	CMTD	ESTADO	UTENTE	CMTD		
500 mg	736800	515800	221800	103800	44820	626800	110800	125820	22500
10 comp.	4298800	3009600	1289600	100820	43800	3653800	645800	121880	21850

* IVA incluído à taxa de 5%

Beecham Portuguesa
Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.
Capital Social 65.000.000\$000 - C.R.C. Sintra - Matrícula nº4428 Pts 12-V5 livro C12 - Cont nº 500 322 708

© Beecham Portuguesa
Uma Companhia **SmithKline Beecham**



Sandocal®

Gluconolactato e carbonato de cálcio

500 mg

2 carteiras por dia = 1g de cálcio

Sandocal®	P.V.P.	40%		55%	
		Est.	Utente	Est.	Utente
	616\$00	246\$00	370\$00	339\$00	277\$00

SANDOZ

Para informações mais detalhadas contactar:

PRODUTOS SANDOZ LDA.

R. S. Caetano, 4 — 1296 Lisboa Codex
 cont. n.º 500223076 - Matric. na C.R.C. de Lisboa
 sob o n.º 19794 Capital Social 100000000\$00

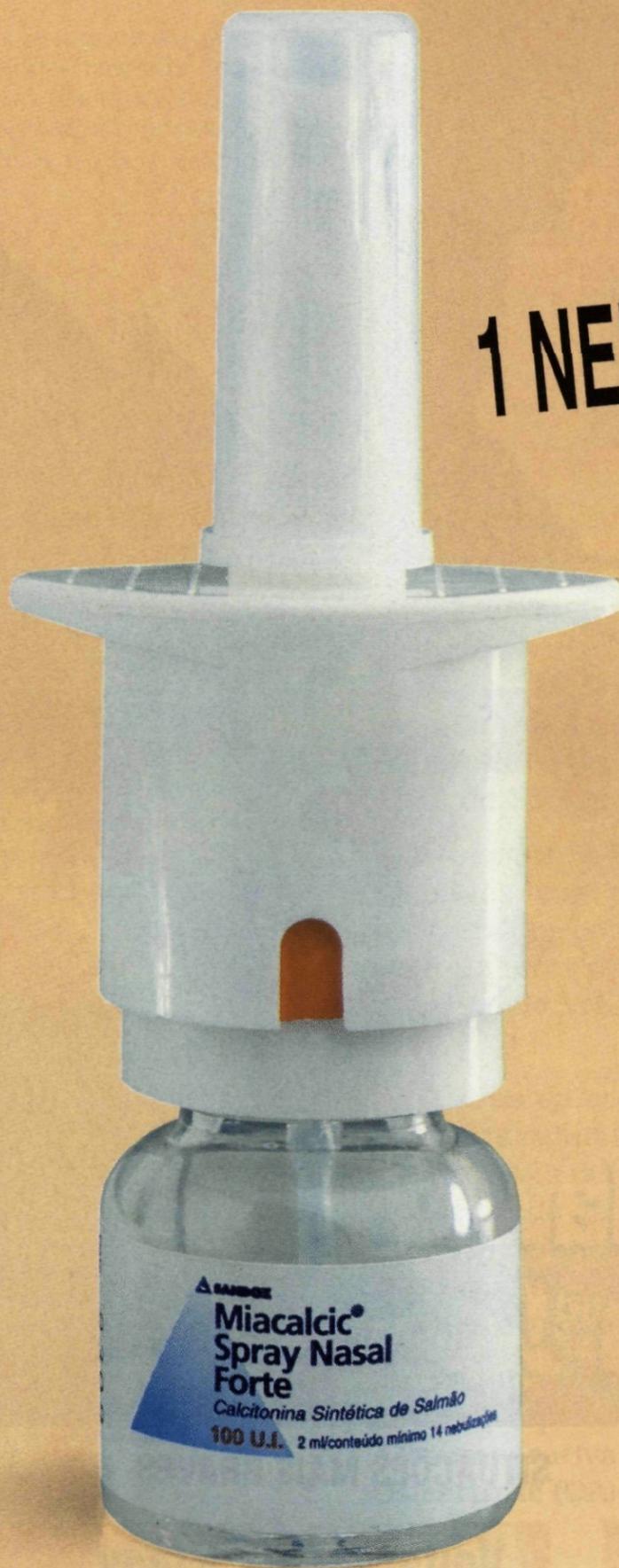


Miacalcic[®]

Spray Nasal forte

(Calcitonina sintética de salmão)

1 NEBULIZAÇÃO / DIA

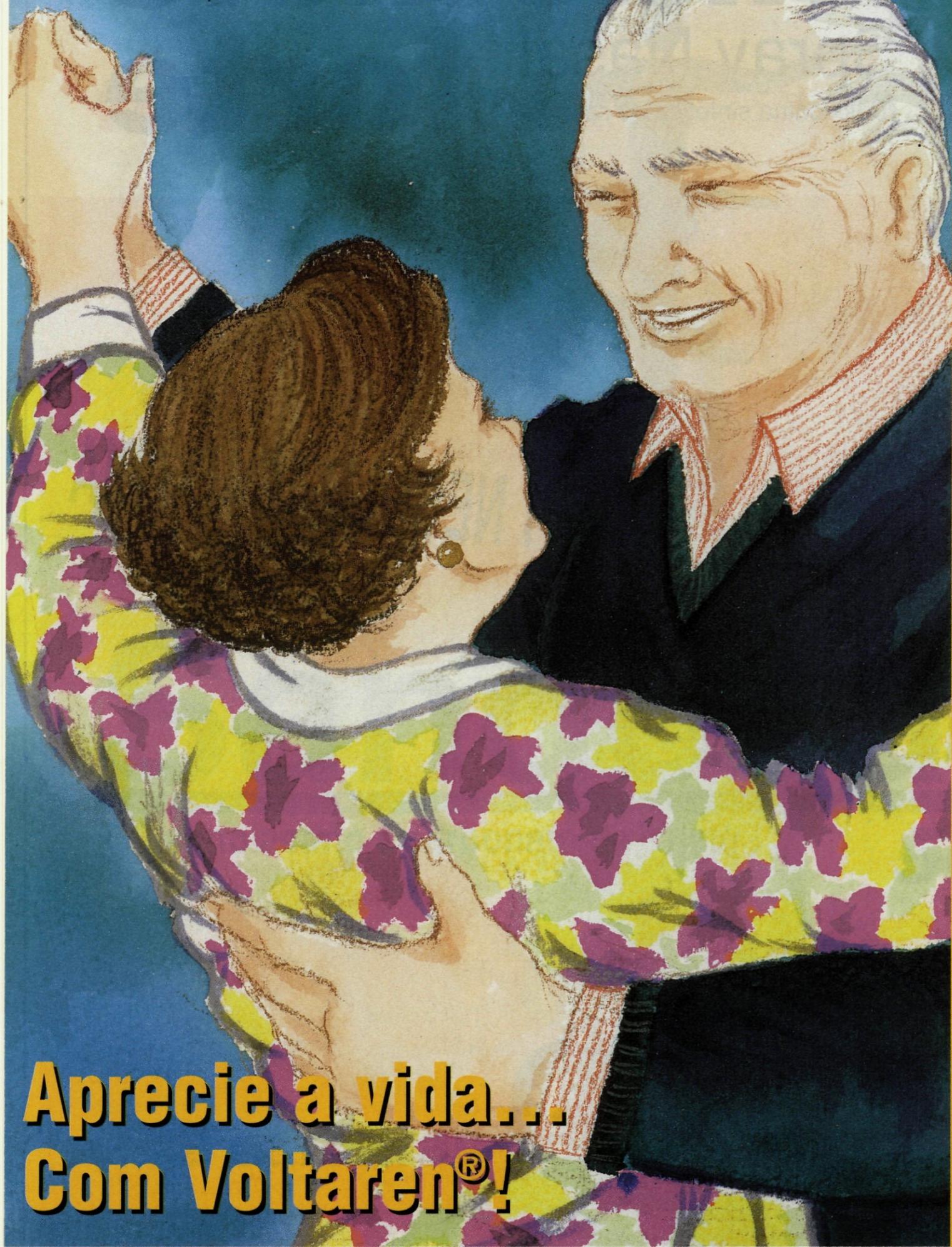


	P.V.P.	70%		85%	
		ESTADO	ESTADO	ESTADO	UTENTE
Spray Nasal Forte	11.482\$	8.037\$	3.445\$	9.760\$	1.722\$

SANDOZ
PRODUTOS SANDOZ LDA.

R. S. Caetano, 4 - 1296 Lisboa Codex
 cont. n.º 500223076 - Matric. na C.R.C. de Lisboa
 sob o n.º 19794 Capital Social 100000000\$00

Há quanto tempo não dança o tango?



Aprecie a vida... Com Voltaren®!

REUMATISMO



1ª ESCOLHA

SITUAÇÕES MAIS GRAVES

**Voltaren
Retard 100**

Geigy

Anti-reumático
Anti-inflamatório

30 drageias de 100 mg

Voltaren 50 Geigy

Anti-inflamatório

60 drageias resistentes
ao suco gástrico 50 mg

VOLTAREN

Apresentação: Diclofenac sódico: drageias de 50 mg, drageias de libertação prolongada de 100 mg.

Indicações: Processos inflamatórios e degenerativos de reumatismo. Alterações músculo-esqueléticas agudas. Gota aguda. Inflamação e tumefacção pós-traumática e pós-operatória. Estados dolorosos e/ou inflamatórios em ginecologia, p. ex. dismenorria.

Como adjuvante nas infecções inflamatórias dolorosas graves do ouvido, nariz ou garganta. (Febre isolada não é uma indicação).

Posologia: Conforme a indicação, 75-150 mg/dia (dismenorria até 200 mg).

Contra-indicações: Úlcera péptica, hipersensibilidade conhecida à substância activa, ao ácido acetilsalicílico, ou a outros produtos inibidores da prostaglandina-sintetase.

Precauções: Sintomas/história de doença gastrintestinal, insuficiência hepática, cardíaca ou renal. Gravidez. Porfíria. Uso cauteloso nos doentes idosos. Doentes com depleção do volume extracelular de qualquer causa. Doentes a tomarem diuréticos, anticoagulantes, ou anti-diabéticos. Durante tratamento prolongado, efectuar exames periódicos da função hepática e recomendar-se contagens de glóbulos.

Efeitos secundários: Ocasionalmente: perturbações gastrintestinais, cefaleias, tonturas ou vertigens, erupção, elevação das TGO e TOP. Raros: úlcera péptica, hemorragias gastrintestinal, hepáticas, reacções de hipersensibilidade. Em casos isolados: perturbações sensitivas, eritema multiforme, púrpura, anomalias da função renal, discrasias sanguíneas.

Informação adicional a pedido da classe médica.

	P.V.P.	EST	VTN.
VOLTAREN 50 20 drag.	939\$	652\$ 792\$	280\$ 140\$
60 drag.	2.280\$	1.596\$ 1.938\$	684\$ 342\$
VOLTAREN RETARD 100 30 drag.	2.293\$	1.605\$ 1.949\$	688\$ 344\$

Os preços incluem 5% de IVA.

ciba

VÍRUS DA HEPATITE C E ARTRITE REUMATÓIDE

Helena Madeira¹, José Vaz Patto¹, Manuela Parente¹, Manuela Micaelo¹,
Helena Santos¹, Paula Peixe², Vera Las³, António Vilar³

RESUMO

Objectivo: Estudo da prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) em doentes com Artrite Reumatóide (AR).

Doentes e Métodos: Os autores estudaram a presença de infecção pelo VHC em 51 doentes com AR (critérios ACR de 1987) e num grupo controle de 32 doentes com Osteoartrose provenientes da consulta externa do Instituto Português de Reumatologia. Foi determinada a presença de anticorpos anti-VHC por teste de ELISA de segunda geração e posteriormente em todos os doentes com resultado positivo foi feita a pesquisa de RNA viral (RNA-VHC) pelo método da reacção em cadeia pela polimerase (PCR). A todos os doentes foram ainda determinados os níveis séricos de transaminases e gama glutamyl transpeptidase (GGT).

Resultados: Quatro doentes (8%), todos do grupo com AR, apresentaram um ELISA e RNA-VHC positivos, um outro doente com um ELISA duvidoso tinha RNA-VHC negativo. Os valores médios de transaminases e GGT estavam elevados nos doentes com AR e RNA-VHC positivo comparativamente aos valores médios dos doentes com AR e VHC negativo e osteoartrose. Todos os doentes RNAVHC(+) tinham FR(+).

Conclusão: Há uma maior prevalência de infecção pelo VHC nos doentes com AR. As alterações das transaminases nos doentes com AR muitas vezes atribuídas às terapêuticas podem corresponder a uma infecção pelo VHC. (*Acta Reum Port* 1995;75:191-193)

Palavras-chave: Vírus da hepatite C - Artrite Reumatóide.

INTRODUÇÃO

Diversas infecções virais têm sido consideradas como possíveis agentes etiológicos ou cofactores (agentes desencadeantes ou perpetuantes) no desenvolvimento das doenças reumáticas. Nomeadamente na Artrite Reumatóide (AR) têm sido implicados vírus como o Epstein-Barr, Parvovirus B19, Citomegalovirus, Adenovirus, HLTV-1 ("T cell leukemia virus type I")⁽¹⁾.

Nos últimos anos, após a identificação de um vírus RNA presente em cerca de 80 a 90% das hepatites crónicas designadas por nãoA-nãoB⁽²⁾, o Vírus da Hepatite C (VHC), alguns estudos têm sido realizados no sentido de esclarecer o papel do VHC em situações sistémicas cuja etiologia se encontra mal definida como é o caso da Crioglobulinemia mista essencial e do Síndrome de Sjögren⁽³⁻⁶⁾, ou de avaliar a sua presença como factor modificador/causador de doença em situações já conhecidas.

Epidemiologicamente o VHC tem uma distribuição universal, apresentando no entanto maior prevalência nos países do Sul da Europa (0,8 - 1,5%)⁽⁷⁾.

Esta infecção tem mais frequentemente transmissão parentérica e uma história natural insidiosa (mais de 75% das hepatites pós-transfusionais são assintomáticas e anictéricas), evoluindo em cerca de 70 a 80% dos casos para a cronicidade⁽⁸⁾, com cerca de 13 a 30% de progressão para cirrose⁽⁹⁾.

A hepatite crónica C parece ter uma evolução arrastada, com padrão flutuante das transaminases (períodos com valores normais) e alterações da GGT em cerca de metade dos doentes, devido a um tropismo do VHC para as vias biliares intra-hepáticas⁽⁹⁾.

O vírus apresenta ainda uma capacidade infectante das células mononucleadas podendo causar lesão através de mecanismo citotóxico directo e/ou imune sendo de particular interesse as manifestações autoimunes e a presença de um ou mais autoanticorpos séricos, frequentemente encontrados nos doentes com infecção pelo VHC^(10,11).

Os autores pretenderam avaliar a prevalência de infecção pelo vírus da hepatite C em doentes com AR comparativamente a um grupo controle com Osteoartrose (OA) numa população portuguesa.

DOENTES E MÉTODOS

Os autores seleccionaram sequencialmente dois grupos de doentes seguidos na consulta externa do

1 Interna do Internato Complementar de Reumatologia.
2 Interna do Internato Complementar de Gastrenterologia do Hospital Egas Moniz.
3 Reumatologista.
Instituto Português de Reumatologia. Lisboa.

Instituto Português de Reumatologia; cinquenta e um com diagnóstico de Artrite Reumatóide (critérios ACR 1987), e como grupo controle 32 doentes com Osteoartrose.

Em todos foram pedidas provas de função hepática (SGOT, SGPT e GGT).

Foi determinada a presença de anticorpos para o VHC por método de ELISA (2ª geração) e naqueles cuja determinação foi positiva pesquisou-se a presença de RNA viral (RNA-VHC) pelo método da reacção em cadeia pela polimerase (PCR).

RESULTADOS

O grupo de doentes com AR era constituído por 41 indivíduos do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com uma média de idades de 56 anos (27 a 82 anos) e tempo médio de duração da doença de 9 anos (1 a 35 anos). O Factor Reumatóide (FR) detectado pelo teste de Waaler-Rose (WR) ou RA test (RAT) estava presente em 41 doentes (80%).

O grupo controle era constituído por 27 mulheres e 5 homens, com osteoartrose, com uma média de idades de 64 anos (41 a 86 anos).

No grupo de doentes com AR quatro (8%) tinham um teste de ELISA positivo (Quadro I), ulteriormente confirmado pela presença de RNA-VHC (PCR). Num doente com ELISA duvidoso a pesquisa do RNA-VHC foi negativa. No grupo controle todas as pesquisas de anticorpos anti-HCV por método ELISA foram negativas.

Nos doentes com infecção pelo VHC os níveis médios de transaminases e GGT foram SGOT = 67

UI, SGPT = 70 UI e GGT = 89 UI. No grupo de doentes com AR os valores médios da SGOT, SGPT e GGT foram respectivamente 25 UI, 22 UI/L e 30 UI.

No grupo controle os valores médios da SGOT, SGPT e GGT foram respectivamente 22 UI, 19 UI e 22 UI.

É de registar a presença de FR positivos em todos os doentes com RNA-HCV positivo.

Encontrámos ainda utilização regular de fármacos intramusculares em 22 dos 51 doentes com AR (43%).

DISCUSSÃO

Nos doentes estudados encontrámos a presença de RNA-VHC em 4/51 doentes com AR (8%) sendo negativa a determinação por ELISA em todos os doentes com OA.

Estes dados estão de acordo com os descritos por Baffoni et al ⁽¹²⁾ num estudo realizado em Italia, num grupo de 100 doentes com AR, onde encontraram uma prevalência de infecção pelo VHC em 6% dos casos.

Parece pois que a prevalência de infecção pelo VHC é mais elevada nos doentes com AR que na população em geral ou na população de dadores de sangue benévolos cujo valor estimado para Portugal é de 0,8 - 1,5% ⁽⁷⁾.

Verificamos que os doentes com presença de VHC apresentaram valores alterados das provas de função hepática, nomeadamente de GGT, estando este facto de acordo com o descrito em relação ao

Quadro I

Dados clínicos e bioquímicos dos doentes com ELISA positivo

	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5
Idade (anos)	73	53	50	58	31
Sexo	M	F	F	F	F
Nº anos evolução AR	9	5	4	30	5
FR: RAT / WR	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+
TGO / TGP (UI/L)	98/120	105/81	40/50	24/27	19/5
GGT (UI/L)	142	48	145	22	20
ELISA	+	+	+	+	Duvidoso
RNA - VHC	+	+	+	+	-

tropismo canalicular do vírus. A restante população com AR apresentava valores médios semelhantes aos encontrados na população controlo.

Os doentes com RNA-VHC positivo apresentaram todos FR positivos, facto também registado por Gretch ⁽¹³⁾ ao estudar as características imunológicas em doentes com patologia renal e VHC positivo.

Registamos ainda a utilização regular de medicação intramuscular nos doentes com AR, contudo este facto é difícil de valorizar, ainda que possa ter relevo epidemiológico.

Em face destes resultados algumas dúvidas nos surgem quanto às relações da coexistência de infecção pelo VHC e AR:

(1) O VHC pode desencadear o aparecimento de AR em indivíduos geneticamente susceptíveis;

(2) O vírus pode causar uma poliartrite semelhante a AR. Alguns casos de poliartrite em associação com o VHC têm sido descritos ⁽¹⁴⁾. Ueno et al demonstraram a persistência do RNA do VHC no líquido sinovial que poderá desencadear uma reacção imunológica conduzindo a inflamação local;

(3) Por outro lado os doentes com AR são submetidos a hospitalização e terapêutica parentérica mais frequentemente, aumentando pois a probabilidade de infecção pelo VHC.

Contudo só com maiores estudos podemos avaliar cada uma destas hipóteses e valorizá-las no contexto das suas diversas relações.

CONCLUSÃO

Os nossos resultados, tal como os de outros grupos levam-nos a pensar que há uma maior prevalência de infecção pelo VHC nos doentes com AR, principalmente nos países do Sul da Europa, mas outros estudos são necessários para podermos afirmar este facto com maior segurança.

No entanto na nossa prática clínica alertamos para o facto de as alterações das transaminases nos doentes com AR, muitas vezes atribuídas às terapêuticas, poderem corresponder a infecção pelo VHC.

BIBLIOGRAFIA

- Harris ED Jr. Etiology and Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. In: Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology, v. Philadelphia Pennsylvania: W.B Saunders Company, 1993: 833-873.
- Marinho R, Serejo F, Velosa J, Ramalho F, Carneiro de Moura M. Diagnóstico da hepatite crónica vírica. Revista do Interno 1993; 1 (supl A): 23-28.
- Bon E, Cantagrel A, Moulinier L, Laroche M, Duffaut M, Arlet Ph, Mazières B. Manifestations rhumatologiques des hépatites C chroniques et réponse au traitement par interféron alpha-2b. Rev Rhum, 1994; 61 (7-8): 497-504.
- Mariette X, Zerbib M, Jaccard A, Schenmetzler C, Danon F, Clauvel J-P. Hepatitis C virus and Sjögren syndrome. Arthritis Rheum 1993; 36 (2): 280-281
- Aceti A, Taliani G, Sorice M, Amendolea MA. HCV and Sjögren syndrome. Lancet 1992; 339: 1425-1426.
- Naides SJ. Viral infection including HIV and AIDS. Current Opinion in Rheumatology 1993; 5: 468-74.
- Ramalho F, Marinho R, Velosa J, Serejo F, Carneiro de Moura M. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. Revista do Interno 1993; 1 (supl A): 29-32.
- Alter HJ. To C or not to C: These are the questions. Blood 1995; 85 (7): 1681-1695.
- Ramalho F, Raimundo M, Glóna H, Serejo F, Marinho R, Velosa J, Batista A, Carneiro de Moura M. História natural da hepatite clínica C. Revista do Interno 1993; 1 (supl A): 47-53.
- Ferri C, La Civita L, Longombardo G, Lombardini et al. Hepatitis C virus in mixed Cryoglobulinemia and B cell lymphoma. Clinical and Experimental Rheumatology 1994; 12: 89-96.
- Bartolomé J, Castillo I, Quiroga JA, Navas S, Carreno V. Detection of hepatitis C virus in serum and peripheral blood mononuclear cells. Journal of Hepatology 1993; 17 (suppl 3): S90-S93.
- Baffoni L, Frisoni M, Miniero R, Righetti F, Sprovieri G, Ferri S. True positive anti-HCV test in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol 1993; 32 (4): 349-350.
- Gretch D, Johnson R, Yamabe H, Wener et al. Clinical immunological and virological features of HCV-associated membranoproliferative glomerulonephritis. in: Nishioka K et al. Viral Hepatitis and Liver Disease. Tokio: Springer-Verlag, 1994; 218-221.
- Ueno Y, Kinoshita R, Kishimoto I, Okamoto S. Polyarthritis associated with hepatitis C virus infection. Br J Rheumatol 1994; 33: 289-291.

RELATÓRIO DO XIII CONGRESSO EUROPEU DE REUMATOLOGIA – AMSTERDAM, 18-23 DE JUNHO DE 1995

Durante o XIII Congresso Europeu de Reumatologia, que decorreu em Amsterdam de 18 a 23 de Junho de 1995, tiveram lugar várias reuniões da EULAR; duas reuniões do Comité Executivo, a Assembleia Geral de Delegados da EULAR, uma reunião do Comité Executivo com os Presidentes dos Comités Permanentes da EULAR e uma reunião do Comité Executivo e dos Presidentes dos Comités Permanentes com os Membros Corporativos das diversas Sociedades filiadas da EULAR. Este relatório apresenta os resultados dessas reuniões bem como os resultados das eleições que tiveram lugar durante a Assembleia Geral.

a) Durante a Assembleia Geral da EULAR foram eleitos os membros do Comité Executivo para os próximos dois anos.

Presidente, Prof. Leo B. A. van de Putte (Holanda); Presidente-eleito, Prof. Hubert Roux (França); Ex-Presidente, Prof. Juan Gijón Baños (espanha); Vice-Presidente (Sociedades Científicas), Prof. Thomas Vischer (Suíça); Vice-Presidente (Ligas Sociais), Sr^a Ingrid Due Pedersen (Dinamarca); Secretário-Geral, Prof. Hasan Yazici (Turquia); Vice-Secretário-Geral (Sociedades Científicas), Prof. Karel Pavelka (República Checa); Vice-Secretário-Geral (Ligas Sociais), Sr^a Kate Baillie (Reino Unido); Tesoureiro, Prof. Ian Haslock (Reino Unido); Editor da Revista, Dr. Colin Barnes (Reino Unido); Secretário Executivo, Fred Wyss (Suíça).

b) A Assembleia Geral elegeu Glasgow para local do XIV Congresso Europeu de Reumatologia, a ter lugar em 1999.

c) A Assembleia Geral ratificou a entrada das Sociedades de Reumatologia da Macedónia e da Moldávia será decidida na próxima Assembleia Geral. A EULAR tem como membros actuais 35 Sociedades Científicas e 23 Ligas Sociais.

d) Foi dissolvido o Comité Permanente de Cirurgia, já que o seu papel e funções são largamente realizados pela Sociedade Europeia de Cirurgia da Artrite Reumatóide (ERASS), esperando-se no futuro uma maior colaboração entre a EULAR e a ERASS.

e) A EULAR tem actualmente 8 Comités Permanentes (CP) em actividade.

CP de Estudos Clínicos (incluindo Ensaio Terapêuticos) – Presidente, Prof. Josef S. Smolen; CP de Educação e Internatos (EURORITS) – Presidente, Dr. A. D. Woolf; CP de Epidemiologia – Presidente, Prof. Sjef van der Linden; CP de Profissionais não Médicos de Saúde relacionados com a Reumatologia – Presidente, Sr^a Nora Price; CP de Investigação em Reumatologia – Presidente,

Prof. Ravinde N. Maini; CP de Reumatologia Pediátrica – Presidente, Dr^a Anne-Marie Prieur; CP de Patologia – Presidente, Dr. Peter Revell; CP das Ligas Sociais – Presidente, Dr. Bruno van Albada.

A EULAR conta ainda com um Grupo de Trabalho de Imagiologia presidido pelo Dr. Walter Grassi.

f) Foi decidido que as bolsas da EULAR que permitiam os estágios de internos de Reumatologia em Serviços estrangeiros vão terminar já que apenas um pequeno número de pessoas era contemplado. Estas bolsas passarão a ser substituídas por apoios para participação nos cursos da EULAR, ou efectuados sob o seu patrocínio, pelo que irão beneficiar um maior número de internos. Os interessados podem pedir mais esclarecimentos ao Secretariado da EULAR (Witikonstasse 15, CH-8032 Zurique, Switzerland – Fax: 41 1 383 98 10).

g) Apesar dos custos elevados foi decidido manter a publicação da revista da EULAR "Rheumatology in Europe" em três línguas.

Fred Wyss

Secretário Executivo da EULAR

Relatório do representante da SPR ao EULAR Standing Committee on Education and Training Workshop, 17-18 de Junho de 1995 Noordwijkerhout. Holanda

Tendo assistido a esta reunião na qualidade de representante da Sociedade Portuguesa de Reumatologia venho, por este meio, apresentar uma breve súmula dos trabalhos bem como algumas sugestões baseadas nos contactos ali proporcionados.

I - Workshop

As sessões da manhã de sábado, 17 de Junho, foram ocupadas com conferências introdutórias dedicadas aos temas de 1. Formação pré-graduada; 2. Especialização e 3. Educação Médica Contínua, apresentadas respectivamente pelos Drs. Michael Doherty, Basil Thouas e Jürgen Wollenhaupt. Os prelectores apresentaram princípios gerais para orientação do trabalho dos grupos dedicados a cada um dos temas, que se reuniram da parte da tarde.

Sendo o único representante português presente, optou por se integrar no grupo dedicado ao Tirocínio da Especialidade, orientado pelo Prof. Basil Thouas. As conclusões dos grupos, apresentadas na manhã seguinte, são a seguir resumidas:

Formação pré-graduada

– sublinhou-se a necessidade de que o ensino pré-graduado da Reumatologia adopte as orienta-

ções modernas do ensino médico, nomeadamente no que se refere a: 1. definição clara de objectivos; 2. estímulo à aprendizagem activa; 3. conteúdo adaptado às realidades epidemiológicas na perspectiva da comunidade e não do hospital diferenciado; 4. valorização das atitudes e competências em paralelo com o conhecimento factual.

– foi decidido promover a realização de um Curso EULAR para Docentes de Reumatologia a realizar, em princípio, no mês de Maio de 1996 em Lovaina;

– vai promover-se a organização de uma base de dados relativa às Escolas Médicas da Europa e condições locais de ensino;

– os Drs. A. Woolf e M. Doherty vão elaborar uma proposta de curriculum nuclear de Reumatologia para o ensino pré-graduado, actualizando uma proposta já existente. Este documento será distribuído entre os Membros do Comité para correcção e posterior adopção oficial;

– foi decidido fazer um levantamento de todo o material educativo disponível nesta área, por forma a avaliar da necessidade de se promover a elaboração de material adicional. Este levantamento será feito através do Comité de Educação da ILAR, integrando-o no esforço já lançado por este organismo no que se refere a material destinado a doentes e a Clínicos Gerais.

Tirocínio da Especialidade

Os trabalhos deste grupo foram centrados em torno dos documentos elaborados pelo Board de Reumatologia da União Europeia dos Médicos Especialistas. Foram apresentados dois documentos.

1. UEMS Charter on training of medical specialists in the European Community, Capítulo 6, Requirements for Medical Specialist training in Rheumatology.

De acordo com o Prof. Thouas que preside ao Board de Reumatologia da UEMS, este documento terá já sido aprovado por aquele organismo, aguardando apenas oportunidade de aprovação oficial pela U.E. Não foi discutido pelo grupo. Tomo a oportunidade para salientar a importância deste documento que estabelece critérios mínimos de aprovação de idoneidade dos centros de treino e define a estrutura básica do tirocínio da especialidade. Abstenho-me de o comentar visto haver representação oficial da S.P.R. na UEMS. Tomei contudo a liberdade de apresentar na reunião plenária duas críticas:

– o ratio 2:6 entre "trainer e trainees" parece-me largamente excessivo;

– dever-se-ia caminhar para a definição mais clara dos conteúdos de postos de treino. Estes postos deveriam ser objecto de apreciação de idoneidade formativa e não os centros no geral, dado que

esta última opção abre a oportunidade a números excessivos de internos por centro, excedendo a sua real capacidade formativa.

2. UEMS Rheumatology Board. Core Curriculum of the Rheumatologist.

Este documento foi sujeito a discussão aprofundada. De acordo com o Prof. Thouas está ainda em fase de elaboração preliminar e vai ser sujeito a discussão alargada, incluindo o comité da EULAR. O documento motivou uma aprovação geral tácita dos presentes, embora se tenham proposto numerosas correcções de pormenor no texto. Saliento a impressão de que este documento poderá enfermar de uma visão "sindical" de defesa da Reumatologia em detrimento da visão meramente educativa. Isto reflecte-se numa tendência a elaborar em curriculum muito alargado, particularmente no que se refere a competências técnicas (ECO, TAC, Reabilitação, laboratório, ...). Esta orientação poderá ter a vantagem de definir um campo alargado para a reumatologia na sua interacção com as restantes especialidades e entidades compradoras de serviços, mas encerra o risco de sobrecarregar exageradamente o curriculum da especialização, exigindo capacidades formativas dificilmente reunidas em um só centro.

Sublinha-se a importância da colaboração entre o Comité de Educação da EULAR e a UEMS, reconhecida unanimemente pelos presentes, como o instrumento fundamental de pressão sobre as decisões políticas que se impõem no âmbito da U. Europeia.

Educação Médica Contínua (CME)

As conclusões apresentadas por este grupo foram, em resumo, as seguintes:

– A CME deve ser considerada separadamente para Clínicos Gerais e para Especialistas.

– No que respeita aos clínicos gerais, recomendou-se que o conteúdo formativo deverá integrar entre outros os seguintes aspectos: 1. Conhecimento das situações mais comuns; 2. Quando consultar um Reumatologista?; 3. Competências clínicas: exame físico; 4. Atitudes; particularidades da doença crónica; 5. Perspectiva multidisciplinar e de "shared-care"; 6. Importância da educação dos doentes. Sugeriu-se que, no futuro, a CME deveria ser obrigatória e que se deve procurar garantir um número mínimo de créditos dedicados especificamente à Reumatologia.

– No que refere aos Especialistas, o conteúdo deverá versar os novos conhecimentos em reumatologia. A natureza dos "eventos" a creditar será muito ampla incluindo trabalho "de casa", reuniões e simpósia, mas o grupo sugeriu que deve reforçar-se a importância de reuniões locais de discussão de casos, actualização e auditoria, que deveriam

APRESENTAÇÃO

Etidronato dissódico: 200 mg por comprimido para administração oral.

INDICAÇÕES

DIDRONEL está indicado para a prevenção e tratamento da perda óssea devida a osteoporose nas mulheres pós-menopáusicas, reduzindo o risco de fracturas osteoporóticas. Doença de Paget do osso. Hipercalemia de doença maligna. Prevenção e tratamento da ossificação heterotópica.

DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO

Depende da indicação clínica. O DIDRONEL deve ser tomado com o estômago vazio.

Recomenda-se que os doentes tomem o medicamento com água, a meio de um período de 4 horas de jejum (isto é, duas horas antes ou duas horas após uma refeição).

Osteoporose

Durante os primeiros 14 dias, tomar 2 comprimidos de DIDRONEL (400 mg) por dia, longe do horário das refeições. Durante os dois meses e meio seguintes, tomar 1000 mg/dia de cálcio e, eventualmente, vitamina D (400 UI/dia).

Este ciclo de 3 meses será repetido, pelo menos, durante 3 anos.

Doença de Paget de osso

A dose inicial recomendada de DIDRONEL, para a maioria dos doentes pagéticos, é de 5 mg/kg/dia, ou seja, o equivalente a 2 comprimidos por dia, durante um período máximo de 6 meses.

Hipercalemia de doença maligna

A dose oral recomendada de DIDRONEL é de 20mg/kg/dia, durante 30 dias.

Ossificação heterotópica

Artroplastia total da anca: 20 mg/kg/dia, 1 mês antes da intervenção e 3 meses depois (4 meses no total).

Lesão da espinal medula: 20 mg/kg/dia, durante 2 semanas, seguidas de 10 mg/kg/dia, durante 10 semanas (tratamento de 12 semanas no total).

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade reconhecida ao etidronato dissódico. Insuficiência renal grave.

PRECAUÇÕES

Nos doentes pagéticos, o médico deve aderir ao regime posológico recomendado, a fim de evitar excesso de tratamento com o DIDRONEL.

Recomenda-se a medição do fosfato sérico, fosfatase alcalina sérica e, se possível, da hidroxiprolina urinária antes do início da terapêutica e a intervalos de três meses durante o tratamento.

Os doentes com uma ingestão deficiente de vitamina D e de cálcio, podem ser particularmente sensíveis aos fármacos que afectam a homeostase do cálcio e devem ser cuidadosamente monitorizados durante o tratamento com DIDRONEL.

Devem ser tomadas precauções em doentes com alterações da função renal, ou uma história de formação de cálculos renais, assim como em doentes sofrendo de enterocolite devido ao aumento de frequência do peristaltismo intestinal. Recomenda-se que o fármaco seja retirado quando ocorrerem fracturas e a terapêutica não deve ser reiniciada até que a consolidação da fractura esteja completa.

Não foi estabelecida a segurança deste fármaco para uso durante a gravidez.

Desconhece-se se este fármaco é excretado no leite humano e, portanto, devem ser tomadas precauções ao administrar-se DIDRONEL a mulheres que amamentem.

Não existem dados sobre a utilização desta terapêutica na osteoporose juvenil.

REACÇÕES ADVERSAS

Gastrintestinais

Eventualmente poderão surgir náuseas, vômitos, diarreia, flatulência, dispepsia e dor abdominal.

Hipersensibilidade / Dermatológicos

Foram descritos raros casos de hipersensibilidade tais como angiedema, urticária, prurido cutâneo, "rash".

Hematológicos

Foram descritos, embora raramente, casos de leucopénia, agranulocitose e pancitopenia em doentes a fazer etidronato dissódico. No entanto não foi estabelecida uma relação causal.

EMBALAGEM

Frascos de 20 e 60 comprimidos

Informação detalhada fornecida a pedido.

PRESCRIÇÃO MÉDICA OBRIGATÓRIA

DIDRONEL®	P.V.P.	Estado	Utente
20 Comp.	3 350\$00	2 345\$00	1 005\$00
		2 848\$00	502\$00
60 Comp.	8 475\$00	5 933\$00	2 542\$00
		7 204\$00	1 271\$00

Na prevenção das fracturas osteoporóticas



Didronel®

etidronato dissódico

O tratamento oral da osteoporose pós-menopáusica

Apartado 22
2726 Mem Martins Codex
Portugal
Telefone 921 22 21
Telefax 921 91 10
Telex: 16030 Normal P
Telegramas Normal Mem
Martins
Contribuinte N.º 500 162 026



Laboratório Normal

Produtos Farmacêuticos, Lda.

SEDE: Estrada de Casais - Alto do Forte - Mem Martins / Matrícula n.º 1389 da Conservatória de Sintra / Capital Social Esc. 250 000 000\$000

constituir a fatia mais importante dos créditos a considerar. Sublinhou-se a necessidade de desenvolver mecanismos que incluam também no sistema de CME os médicos exclusivamente privados.

– Quanto aos mecanismos necessários para garantir a aderência dos médicos à CME, foi perspectivado como indispensável a introdução, no futuro, de um sistema de "re-certificação" periódica como especialista, exigindo créditos CME.

II – Outros aspectos

1. EURORITS

O Comité de Educação e treino absorveu, na prática, o esquema EURORITS que continua activo, sob a direcção do Dr. Anthony Woolf. Trata-se de um programa de intercâmbio de internos da Especialidade entre diversos centros de excelência na Europa. O programa dispõe de fundos suficientes para satisfazer as necessidades básicas envolvidas numa visita de curta duração. O representante nacional no Eurorits deverá ser um interno da especialidade que terá assento, por inerência, nas actividades globais do Comité de Educação. Sublinha-se a necessidade de se dinamizar a nossa participação neste programa, através da nomeação de um representante dos médicos internos que participe nas actividades do Comité e constitua, simultaneamente, o dinamizador da integração dos nossos internos no programa de intercâmbio. Deve promover-se a inscrição de unidades portuguesas disponíveis para receber internos de outros países.

2. Comité de Educação da ILAR

O Prof. Rodney Graham apresentou em sessão plenária os objectivos e resultados deste Comité. Sublinha-se ter sido já recolhida uma substancial base de dados relativa a material educativo destinado a doentes e a clínicos gerais. Esta base está, desde já acessível pela Internet mas pode também ser adquirida à ILAR em actualizações periódicas.

O Prof. Graham procurou-me no sentido de promover a tradução para português da publicação ILAR "Aches and Pains", destinada a doentes reumáticos e suas famílias. Esta obra parece ter encontrado considerável sucesso, estando já disponível em 10 línguas.

Apresento a minha completa disponibilidade para participar nesta iniciativa, que entendo dever ser levada a cabo sob os auspícios da S.P.R. Esta proposta foi já apresentada oralmente ao Sr. Presidente da Direcção que se disponibilizou para procurar apoios financeiros oficiais com vista à impressão destes livros (cerca de 40 págs. A4).guardo o recebimento de dois exemplares que encomendei à ILAR, dos quais farei um disponível à Direcção da S.P.R.

III – Acções propostas à Direcção

– Atenção da Direcção da sociedade e do seu representante na UEMS para as preocupações acima levantadas, nomeadamente no que se refere ao conteúdo do "UEMS Charter on Training" e acompanhamento cuidadoso do desenvolvimento a dar ao "Core Curriculum da UEMS".

– Deve reforçar-se a comunicação entre os representantes da S.P.R. na UEMS e no Comité de Educação da EULAR. Sugere-se o envio de uma cópia deste relatório ao representante na UEMS e agradece-se a recepção do seu relatório no que respeita à reunião de UEMS que teve lugar em Amsterdão aquando do Congresso EULAR.

– Nomeação de um representante dos Médicos internos para o EURORITS/Comité de Educação da EULAR; Divulgação das oportunidades de participação dos Médicos Internos e das unidades especializadas portuguesas no programa EURORITS.

– Sugiro a aquisição da base de dados de material educativo da ILAR pela S.P.R. e sua disponibilização para os sócios. Sugiro que a selecção, tradução e distribuição de alguns destes folhetos poderá constituir, a meu ver, uma das formas mais positivas e produtivas de defender o lugar da Reumatologia junto da comunidade e dos restantes médicos.

– Reitero a minha disponibilidade para proceder à tradução do "Aches and Pains", solicitando à direcção que envide os esforços necessários à angariação de apoio financeiro para esta iniciativa. *Agradecem-se, desde já, sugestões quanto à tradução do título da obra...*

José António Silva

REGULAMENTO DE PRÉMIOS

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (S.P.R.), em colaboração com várias empresas da Indústria Farmacêutica, tem para atribuição anual vários Prémios e Bolsas cujos regulamentos se publicam a seguir para conhecimento de todos os interessados.

Em 1996 serão atribuídos o Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia-Luis de Pap/96 e o Prémio "Acta Reumatológica" e serão atribuídos fundos a projectos que se candidatem ao Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa Sociedade Portuguesa de Rematologia SmithKline Beecham.

Chamamos a atenção dos eventuais concorrentes para os prazos de entrega das candidaturas referidos nos respectivos regulamentos.

Quaisquer esclarecimentos podem ser pedidos à Direcção da S.P.R.

FUNDO PARA O DESENVOLVIMENTO DA REUMATOLOGIA PORTUGUESA - SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA / SMITHKLINE BEECHAM

Artº 1

1 - A Direcção da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* (S.P.R) e a *SmithKline Beecham* (SB) procurando promover o desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa, deliberaram atribuir um Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Reumatologia / *SmithKline Beecham* (Fundo).

2 - Este Fundo tem como finalidade prática, subsidiar acções de investigação, formação e aperfeiçoamento técnico e científico dos membros da S.P.R, concedendo apoios à sua execução.

Artº 2

1 - O Fundo tem o valor anual de um milhão de escudos, a serem atribuídos nos anos de 1995 e 1996 e poderá ser estendido a anos posteriores, conforme vontade e acordo entre a S.P.R e a SB.

2 - O Fundo subsidiará acções que comprovadamente tragam novos benefícios reais aos doentes reumáticos e à Reumatologia Portuguesa.

3 - De entre outras, mas sempre no espírito dos nºs anteriores, serão contempladas acções da seguinte natureza:

a) Projectos de Investigação em Portugal, em diversas áreas e modalidades;

b) Projectos de Investigação em Portugal e no estrangeiro, com vista a tese de dissertação para Graus Académicos (Mestre e Doutor);

c) Estágios e Cursos práticos em Portugal e no Estrangeiro, de curta e longa duração.

Artº 3

1 - As candidaturas far-se-ão por carta dirigida ao Secretario-Geral da S.P.R e, para serem aceites, deverão mencionar o seguinte:

- a) Objectivo do projecto ou estágio;
- b) Condições de aplicabilidade prática a curto prazo;
- c) Orçamento e sua fundamentação;
- d) Quantitativo que solicita e para que parte do projecto se destina;
- e) Informação de outras formas de financiamento;
- f) Outras informações que considere úteis para decisão do Júri;

2 - O prazo de entrega das candidaturas é 31 de Maio de 1996.

3 - As candidaturas serão classificadas pelo Júri, tendo em conta os seguintes itens:

- a) Interesse científico e técnico do projecto/estágio.
- b) Sua utilidade prática.
- c) Condições de aplicabilidade do proponente.
- d) Inovação que traz.

4 - Os subsídios serão atribuídos, pela ordem de classificação, às candidaturas que sejam disso consideradas merecedoras.

5 - O montante a atribuir será decidido pelo Júri, considerando os itens mencionados em 3 e a adequação do quantitativo solicitado, a custos previsíveis do fim a que se destina.

6 - No caso do fundo não ser utilizado na sua totalidade, o seu remanescente será acumulado ao ano seguinte.

Artº 4

O subsídio, uma vez atribuído, deverá ser utilizado nos 6 meses seguintes, sob pena de ser atribuído a outro projecto ou transferido para o ano seguinte.

Artº 5

1 - O Júri será composto pelos seguintes membros:

Da Direcção da S.P.R:

- Presidente
- Presidente Eleito
- Vice-Presidentes (2)
- Secretário-Geral
- Vogal conselheiro para a Reumatologia da S.P.R
- Médico representante da *SmithKline Beecham*

2 - O Júri será presidido pelo Presidente da Direcção da S.P.R.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa mais de uma das funções a que se refere o nº 1 deste Artigo, ela será substituída por Reumatologista designado pela Direcção da S.P.R.

4 - Se algum dos membros do Júri for concorrente ao Fundo, terá que pedir escusa e será subs-

tituído por Reumatologista designado pela Direcção da S.P.R.

5 - Não haverá recurso das decisões do Júri que poderá decidir não atribuir quaisquer subsídios, se os projectos não justificarem a sua atribuição, revertendo neste caso o montante para o ano seguinte.

6 - O Júri reunirá para apreciação das propostas na 1ª semana de Junho de 1996.

7 - A S.P.R. dará conhecimento do resultado das decisões do Júri até final do mês de Junho de 1996.

Artº 6

1 - Os candidatos deverão preencher os seguintes requisitos básicos:

- a) Terem nacionalidade Portuguesa
- b) Pertencerem aos quadros de Instituições Portuguesas ou terem local de trabalho habitual em Portugal.
- c) Serem membros da S.P.R.

PRÉMIO CIBA-GEIGY DE REUMATOLOGIA LUÍS DE PAP/96

Artº 1

1 - A *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* a fim de contribuir para progresso das Ciências Médicas em Portugal, no campo da Reumatologia confere, de dois em dois anos, nos anos ímpares a partir de 1995, inclusivé, um Prémio instituído em seu favor por Ciba-Geigy Portuguesa, Lda.

2 - Este prémio denomina-se "Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia - Luís de Pap" (adiante designado por Prémio) em homenagem à acção desse reumatologista no desenvolvimento da Reumatologia em Portugal.

3 - O fim do prémio é manter e estimular os estudos reumatológicos nos campos da epidemiologia, da etiopatogenia, da clínica, da terapêutica, da prevenção, da investigação experimental (ou/em quaisquer outros).

Artº 2

1 - O Prémio num valor global a fixar será atribuído ao melhor, de entre os trabalhos, de autor ou autores médicos Portugueses, apresentados em Sessões Científicas da Sociedade Portuguesa de Reumatologia ou enviadas à Direcção da mesma, com a indicação, em qualquer dos casos, de que a ele concorrem.

2 - É admissível a atribuição de Menções Honrosas quando o Júri considere existirem trabalhos apresentados que o justifiquem.

3 - O Prémio é atribuído de dois em dois anos na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário Geral da Sociedade ou quem os represente.

Artº 3

1 - Os originais concorrentes que não tiverem sido apresentados nas Sessões Científicas com essa indicação, serão entregues na Secretaria da Sociedade Portuguesa de Reumatologia até ao dia 30 de Setembro de 1996, em cinco exemplares (original e quatro fotocópias), dactilografados a dois espaços, de um só lado, e em folhas de formato A4 numeradas e rubricadas, acompanhando o texto, eventualmente, de desenhos, gráficos, fotografias e diapositivos, que o completem.

2 - Os trabalhos tem de ser inéditos e não podem ser publicados até à data da sua apreciação pelo Júri.

3 - Na Secretaria da Sociedade será organizado o processo referente a cada um dos trabalhos concorrentes e anotada a data de entrega, identificação profissional do candidato e da Instituição Médica de origem e título completo do trabalho, dados que serão publicados na "Acta Reumatológica Portuguesa".

4 - Antes de serem distribuídos ao Júri os originais concorrentes, a Direcção verificará do cumprimento das normas regulamentares e disso notificará os candidatos, quando não o tiver havido.

Artº 4

1 - O Júri será constituído por cinco membros:

- a) Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- b) Secretário Geral da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- c) Director da "Acta Reumatológica Portuguesa";
- d) Vogal Conselheiro para Reumatologia do Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- e) Um médico representante da Ciba - Geigy Portuguesa, Lda.

2 - O Júri é presidido pelo Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa, mais de uma das funções a que se refere o número 1 deste artigo, será substituído na(s) restante(s) pelos seus substitutos estatutários e regulamentares ou, na inexistência destes, por um dos antigos presidentes da S.P.R. proposto pela Direcção em exercício ou por uma individualidade acordada entre a Direcção da S.P.R. e a Ciba - Geigy.

4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor, tem de pedir escusa.

5 - As decisões do Júri são tomadas por maioria absoluta de votos e delas não há recurso.

6 - O Júri pode agregar, sem direito a voto, um ou mais elementos de reconhecida competência sempre que a apreciação dos trabalhos especializados o justifique.

7 - O Júri pode, se assim o entender, não atribuir o Prémio, no todo ou em parte. Em qualquer dos casos ao montante respectivo por acordo entre a S.P.R. e o doador, será dado o destino que entenderem.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 31 de Outubro (ou até 2 semanas antes da Sessão Solene de Abertura do Ano Académico).

9 - De cada reunião do Júri será lavrada, no livro respectivo, uma acta assinada por todos os membros.

Artº 5

1 - A proclamação dos trabalhos premiados, a entrega do valor do prémio e respectivo diploma aos candidatos premiados, é feita na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

Artº 6

1 - Os trabalhos concorrentes premiados ou distinguidos com Menção Honrosa são pertença da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, pelo que não são devolvidos aos candidatos.

2 - A Sociedade obriga-se a publicá-los num período não superior a um ano na "Acta Reumatológica Portuguesa".

3 - A Sociedade procurará publicar nos órgãos oficiais da EULAR e ILAR extractos dos trabalhos premiados pelo que os respectivos autores devem redigir resumos, até um máximo de duzentas palavras, em português, inglês e francês, e facultativamente em espanhol e alemão, quando lho for solicitado pela Direcção da S.P.R.

4 - De todos os trabalhos concorrentes ao Prémio, cinco exemplares destinam-se, obrigatoriamente, um à Biblioteca da S.P.R., dois ao Centro de Documentação da Ciba - Geigy, Lda, e dois à Biblioteca da Ordem dos Médicos.

Artº 7

1 - Aos membros do Júri é expressamente proibido participar na reunião do júri em que sejam apreciados os trabalhos com que concorrem ao Prémio, o que constará da acta respectiva.

PRÉMIO "ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA"

Artº 1º

1 - A *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* confere, de dois em dois anos, um Prémio denominado "Acta Reumatológica Portuguesa".

2 - O fim do Prémio é manter e estimular o progresso dos estudos reumatológicos com vista à sua publicação no órgão oficial da S.P.R., a Acta Reumatológica Portuguesa.

3 - Sempre que possível será solicitado o apoio financeiro de uma entidade externa à S.P.R., num valor pecuniário a fixar.

Artº 2º

1 - O Prémio será atribuído ao melhor trabalho publicado na Acta Reumatológica Portuguesa no período entre Setembro de 1994 e Junho de 1996, inclusive, e assim sucessivamente.

Artº 3º

2 - É admissível a atribuição de Menções Honrosas quando o Júri considere existirem trabalhos que o justifiquem.

3 - O Prémio é atribuído de 2 em 2 anos, na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário-Geral da S.P.R. ou quem os represente.

Artº 4º

1 - Os trabalhos publicados na Acta Reumatológica Portuguesa, orientam-se pelas Normas de Publicação da Revista.

2 - Serão excluídos de apreciação para atribuição do Prémio aqueles trabalhos que tenham sido já contemplados em concurso público a outros prémios instituídos e os trabalhos de autores estrangeiros.

Artº 5º

1 - O Júri será constituído por cinco membros:

- a) Presidente da Direcção da S.P.R.;
- b) Secretário-Geral da S.P.R.;
- c) Director da Acta Reumatológica Portuguesa;
- d) Dois Vogais do Conselho Científico da S.P.R., sendo um deles o Vogal Conselheiro para a Reumatologia e o outro nomeado pela Direcção da S.P.R.

2 - O Júri é presidido pelo Presidente da S.P.R.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa, mais de uma das funções a que se refere o número 1 deste artigo, será substituído na(s) restante(s) pelos seus substitutos estatutários e regulamentares ou na não existência destes, por um dos membros do Conselho Científico proposto pela Direcção da S.P.R.

4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor tem de pedir escusa.

5 - A decisão do Júri é tomada por maioria absoluta de votos e dela não há recurso.

6 - O Júri pode agregar, sem direito a voto, um ou mais elementos de reconhecida competência

sempre que a apreciação de trabalhos especializados o justifique.

7 - O Júri pode, se assim o entender, não atribuir o Prémio.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 30 de Setembro do ano da sua atribuição.

9 - De cada reunião do Júri será lavrada uma acta assinada por todos os seus membros.

Artº 6º

A proclamação do trabalho premiado, a entrega do valor do Prémio e respectivo diploma ao candidato premiado é feita na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

Rules for the "CIBA-GEIGY ILAR - Rheumatology Prize"

Purpose of the Prize

§ 1 The aim of CIBA-GEIGY in endowing the Prize, valued at SFr. 60,000.-, is to encourage research in rheumatology within the widest meaning of the term.

The Prize shall be awarded in recognition of an outstanding achievement in the field of rheumatology and with a view to supporting the continuation of research underlying this achievement.

The Prize may be divided if the jury decides that there are two particularly outstanding submissions.

Name of the prize

§ 2 To emphasise the close interest taken by CIBA-GEIGY in the work of the International League Against Rheumatism (ILAR), the original name of the Prize, "International Geigy Rheumatism Prize", has been changed to "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize".

Awarding of the Prize

§ 3 The "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" will be awarded once every four years during the opening ceremony of the International Congress of Rheumatology organised by ILAR.

Application of the Prize

§ 4 Any persons who consider they have made a significant contribution in the field of rheumatology may apply for the Prize, provided the conditions stipulated below have been met. ILAR may invite individuals to apply if they are considered worthy based on expert advice from an independent source.

Conditions of entry

§ 5 Since the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" is to be awarded for current research, the documents submitted in support of an entry may take the form of published papers or papers which have been accepted for publication.

Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" may be submitted in English, French, German, and/or Spanish. Submissions in the first instance should comprise a two-page summary in English of the significance of the work and six key publications from the past five years with a list of all other publications (*see Adjudicatory procedure*).

Candidates should be recommended, in writing, on the official application form by a proposer and a seconder.

Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" must be submitted in duplicate to the Prize Secretariat, c/o CIBA-GEIGY, CH-4002 Basle, Switzerland, not later than one year before the date on which the next Prize is to be awarded (date of the opening ceremony of the next ILAR Congress). They should be accompanied by a brief curriculum vitae.

Announcement of the Prize

§ 6 Acting in agreement with the leagues (ILAR, EULAR, PANLAR, APLAR, AFLAR) CIBA-GEIGY will advertise the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" two years before each ILAR Congress of Rheumatology and will supply interested persons with a copy of the present Rules, together with application forms, etc. ILAR and the regional Leagues EULAR, PANLAR, APLAR, and AFLAR will also inform their members about the forthcoming Prize in their League Bulletins and other League Communications.

Prize Adjudicatory Panel

§ 7 Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" will be judged by a Prize Adjudicatory Panel. This Panel will be composed as follows:

- the President of ILAR (Chairman)
- the President-Elect of ILAR
- the Secretary-General of ILAR
- the Treasurer of ILAR
- the Presidents of EULAR, PANLAR, APLAR, and AFLAR
- one delegate from CIBA-GEIGY.

The Panel has the right, when confronted with complex entries, to consult outside experts in the field in question in order to form a well-founded opinion of the work.

Adjudicatory procedure

§ 8 Each member of the Panel will assess the entries individually and rank them in accordance with his personal judgment. Panel members who have professional affiliations with a candidate will abstain from evaluation and voting.

The Secretariat will circulate these assessments among the members of the Panel with a view to arriving at a preliminary ranking which will facilitate subsequent decision-making. Depending on the consolidated rankings the Panel may decide to award the Prize to one entry, to award it equally to two entries, or to divide it into a first and a second Prize.

There shall be no right of appeal against the Panel's decisions.

Notification of results

§ 9 Acting in agreement with the Prize Adjudicatory Panel, CIBA-GEIGY shall ensure notification of the prize winner(s) immediately following the decision of the Panel, so as to make certain that he/she/they will be present at the opening ceremony. CIBA-GEIGY shall also arrange for the sum in respect of the Prize to be made available at the ceremony, together with a diploma in Latin.

CIBA-GEIGY and, as far as possible, also ILAR shall ensure that the media, including in particular the medical press, are duly informed.

Validity and final stipulations

§ 10 The present Rules shall apply to the awarding of the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" on the occasion of the ILAR Congresses of Rheumatology to be held in 1993 and 1997. Should political or other reasons preclude the holding of one of the Congresses planned for these two years, the sum in respect of the Prize will be forfeited for the year in question.

CIBA-GEIGY and ILAR shall reach agreement by not later than end of 1995 as to whether the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" should be continued or terminated.

The present Rules supersede those drawn up in July 1969 and those dating from 1979 and 1982. In the event of any discrepancies between versions in the different languages, the English version of the Rules shall be taken as the authentic original text. These Rules have been approved in the summer of 1990 by:

International League Against Rheumatism

Prof. K.D. Muirden - President

Prof. G. Mtitz - President-Elect

CIBA-GEIGY Limited

Dr. J. Gelzer

Representative of the Endowing Company

Greti Haldemann

"ILAR PRIZE" Executive Secretary

A message from the President of ILAR*

Dr. Roberto Arinoviche

CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize 1997

The CIBA-GEIGY • ILAR • Rheumatology Prize is an award of note and distinction. Over the last years it has become a tradition to present this award during the Opening Ceremony of the ILAR Congress of Rheumatology. The next such presentation will be in Singapore during the second week of June 1997, and the closing date for applications is 31 May 1996.

It is a measure of the quality of research submitted for this competition that - with one exception the prize has always been divided among two or more candidates ever since the first award was made in Prague in 1969. Winners have come from seven countries. Not surprisingly, with its resources and ability to attract top scientists, the USA has had the greatest number of prize winners. Other notable winners have come from the Netherlands, Norway, the United Kingdom, France, Mexico, and from what is now Slovakia. Plainly there are scientists and clinicians from many other parts of the world still to be honoured.

Altogether 18 entries from 13 different countries were received for the last prize, which was awarded in 1993. Ultimately the prize was shared between two contenders: Donato Alarcón-Segovia (Mexico) and a team of researchers led by Graham Hughes (UK) for their work on the pathogenesis, identification, and clinical features of antiphospholipid syndrome.

Although entries may be submitted in English, French, German and/or Spanish, submissions in the first instance should comprise a two page summary in English of the significance of the work and 6 key publications from the past 5 years with a list of all publications. It is anticipated that the jury will request the finalists to provide more details of their work at a later date.

The jury itself has a strong international flavour and comprises the President of ILAR as Chairman, the President-Elect, Secretary-General and Treasurer of ILAR and the Presidents of the Regional Leagues. There is one delegate from Ciba-Geigy.

The ultimate purpose of the prize is to encourage research in rheumatology within the widest meaning of the term. It is awarded in recognition of an outstanding achievement in the field of rheumatology and with a view to supporting the continuation of research underlying this achievement. Entry forms and further details can be obtained by writing to: Mrs Greti Haldemann, CIBA-GEIGY ILAR • Rheumatology Prize, Executive Secretary, Ciba-Geigy Limited, CH-4002 Basel.

* ILAR = International League of Associations for Rheumatology.

AGENDA NACIONAL

IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva

Data: 29 de Fevereiro a 2 de Março de 1996
Local: Auditório do Centro de Medicina Desportiva de Lisboa

Osteoporose: Diferentes doentes, diferentes tratamentos?
Osteoartrose: O regresso da velha senhora?
Da dor como vivência aos seus diferentes tratamentos
Técnicas diagnósticas e terapêuticas em reumatologia – Indicações e resultados

Curso Internacional de Medicina Ortopédica e Manual

Data: 9 a 11 de Maio de 1996
Local: Auditórios dos Hospitais da Universidade de Coimbra
Secretariado: Serviço de MFR dos HUC
Programa: Raquialgias
 Infiltrações das IAP
 Técnicas musculares
 Seminários práticos de manipulação vertebral
 Seminário "Escola do Dorso"

IV Ciclo de Estudos Avançados em Reumatologia

Data: 22 de Junho de 1996
Local: Hotel Alfa, Lisboa
Organização: Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta
 Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz
 Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal

I Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia Pediátrica

Data: 30-31 de Maio de 1996
Local: Auditório do Padrão dos Descobrimentos, Lisboa
Patrocínio: Sociedade Portuguesa de Reumatologia
 Sociedade Brasileira de Reumatologia
Programa: Formas oligoarticulares e poliarticulares de ACJ
 Forma sistémica de ACJ
 Lúpus Eritematoso Sistémico Juvenil
 Osteoporoses Juvenis
 Tratamento dos Reumatismos Juvenis
 Miscelânea
 Comunicações Livres

I Jornadas Temáticas de Reumatologia

Data: 20-21 de Junho de 1996
Local: Hotel Alfa, Lisboa
Organização: Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta
 Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz
 Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal
Programa: A Reumatologia e o Clínico Geral
 Estrogéneos e Doença Reumática
 Fibromialgia ou doentes fibromiálgicos?
 Novas estratégias e táticas para tratar a AR

AGENDA INTERNACIONAL

IV Simposium sobre Avanços em Inflamação

Data: 17 a 19 de Abril de 1996
Local: Fundação Jimenez Dias, Madrid
Secretariado: Acción Médica
Fax: +91 358 10 05

8º Congresso APLAR de Reumatologia

Data: 21 a 26 de Abril de 1996
Local: Paris - Melbourne, Austrália
Secretariado: ICMS Pyt, Ltd
Fax: +61 3 9682 0288

XXXVIII Curso Intensivo de Especialização em Doenças Reumáticas

Data: 2 a 4 de Maio de 1996
Local: Hotel FERIA Palace, Barcelona
Secretariado: Instituto Poal de Reumatologia
Entenza, 334 (Diagonal)
08029 Barcelona

Reunião Anual da British Society for Rheumatology

Data: 8 a 10 de Maio de 1996
Local: Brighton, Grã-Bretanha
Secretariado: BSR
Fax: +44 171 242 32 77

Curso EULAR: Teaching the Teachers

Data: 10 e 11 de Maio de 1996
Local: Leuven, Bélgica
Secretariado: Prof. Dr. Jan Dequeker
Fax: +32 16 33 87 24

1º Congresso de Reumatologia da Europa Central

Data: 15 a 18 de Maio de 1996
Local: Piestany, Eslováquia
Secretariado: Fax: +0161 275 5043

Congresso Mundial de Osteoporose

Data: 18 a 23 de Maio de 1996
Local: Amesterdão, Holanda
Secretariado: Congrex Holland
Fax: +31 206 259 574

VI Congresso Romeno de Reumatologia

Data: 28 de Maio a 1 de Junho de 1996
Local: Bucareste, Romênia
Secretariado: Fax: +40 1 312 44 40

26º Congresso Escandinavo de Reumatologia

Data: 31 de Maio a 3 de Junho de 1996
Local: Reykjavik, Islândia
Secretariado: Fax: +354 562 5895

XVII Congresso Internacional da Sociedade Polaca de Reumatologia

Data: 12 a 15 de Junho de 1996
Local: Lubliana, Polónia
Secretariado: Fax: +48 81 73 1200

8º Congresso Mediterrânico de Reumatologia

Data: 24 a 26 de Junho de 1996
Local: Istambul, Turquia
Secretariado: Fax: +90 212 280 14 77

4ª Conferência Europeia de Reumatologia Pediátrica

Data: 18 a 21 de Agosto de 1996
Local: Helsínquia, Finlândia
Patrocínio: EULAR
Fax: +358 0 170 122

Curso EULAR: Bases Científicas da Reumatologia

Data: 7 a 10 de Setembro de 1996
Local: Oxford, Reino Unido
Secretariado: EULAR
+41 1 383 98 10

**3º Curso EULAR de Pós-Graduação
em Reumatologia**

Data: 11 a 15 de Setembro de 1996
Local: Oxford, Reino Unido
Secretariado: EULAR
+41 1 383 98 10

**60ª Reunião Anual do American
College of Rheumatology**

Data: 18 a 22 de Outubro de 1996
Local: Orlando, Florida, EUA
Secretariado: ACR
Fax: +1 404 633 1870

IX Simpósio EULAR

Data: 7 a 10 de Outubro de 1996
Local: Palácio dos Congressos, Madrid
Secretariado: EULAR '96
Fax: +34 1 457 01 73

**I Simpósio PANLAR, II Congresso
Centro-Americano, Caribiano e Andino de
Reumatologia, IX Congresso Peruano de
Reumatologia**

Data: 20 a 24 de Novembro de 1996
Local: Lima, Peru
Secretariado: Fax: +51 1 446 1323

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Acta Reumatológica Portuguesa publica artigos originais sobre todos os temas da reumatologia ou com ela relacionados. São também publicados artigos de revisão ou actualização, casos clínicos, cartas ao editor e outros que se incluam na estrutura editorial da revista (notícias de reuniões e das sociedades científicas, por ex.).

Os artigos podem ser redigidos em português ou inglês.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização dos editores.

A aceitação dos originais enviados para publicação é sempre condicionada a avaliação pelos consultores editoriais. Nesta avaliação os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores;
- c) recusados

Em todos os casos os pareceres dos consultores serão integralmente comunicados aos autores.

Instruções aos Autores

Todos os manuscritos que não estejam em conformidade com as instruções que se seguem podem ser enviados para modificações antes de serem revisados pelos consultores.

Todos os trabalhos devem ser enviados para
Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177-1º D.
1000 Lisboa

Os manuscritos devem ser acompanhados de declaração de originalidade e de cedência dos direitos de propriedade do artigo, assinada por todos os autores, conforme minuta publicada em anexo.

O texto deve ser dactilografado em folhas A-4, a dois espaços com margens não inferiores a 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas. Os manuscritos devem ser enviados em triplicado, bem como os quadros e as figuras.

O manuscrito deve ser organizado da seguinte forma:

- a) *Página título* (pag. 1)

Título; nome dos autores; categoria profissional; serviços ou organismos onde os autores exerçam a sua actividade e onde o trabalho foi executado; subsídios ou bolsas que contribuíram para a realização do trabalho; morada e telefones do autor res-

ponsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

- b) *Resumo* (pag. 2)

Resumo em português e inglês, que para os artigos originais deve ser estruturado da seguinte forma: Objectivos, Material e Métodos, Resultados, Conclusões. O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e o dos casos clínicos as 150 palavras.

- c) *Palavras-chave* (pag. 2)

Um máximo de 5 palavras-chave que devem ser apresentadas imediatamente a seguir ao resumo.

- d) *Texto* (pág. 3 e seguintes)

O texto dos artigos originais deve ser apresentado com os seguintes subtítulos: Introdução, Objectivos, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos, Bibliografia.

Em se tratando de casos clínicos os subtítulos serão: Introdução, Caso clínico, Discussão, Bibliografia.

A partir da segunda página, inclusivé, todas as páginas devem ter em rodapé o título breve indicado na página título.

O manuscrito não deve ultrapassar as 20 páginas para os artigos originais e revisões e as 6 páginas para os casos clínicos.

Referências: As referências devem ser classificadas e numeradas por ordem de entrada no texto. As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo Index Medicus.

Nas referências com 6 ou menos autores todos devem ser nomeados. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de et al.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências:

Revista

Nome(s) e iniciais do(s) autores. Título do artigo. Nome da revista Ano; Volume: Páginas.

Ex.: Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology out-patient clinic. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 195-197

Capítulo de livro

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: Nome(s) e iniciais do(s) editor(es) médicos. Título do livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: primeira e última página do capítulo.

Ex.: Stewart AF. Hypercalcemia resulting from medications. In: Favus MJ, ed. *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorder of Mineral Metabolism*. New York: Raven Press, 1993: 177-178

Livro

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es). Título do livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: página(s).

Ex.: Lorig K. Patient Education. A practical approach. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992: 51

As referências a trabalhos ainda não publicados, comunicações em reuniões, não publicadas em livros de resumos, ou comunicações pessoais devem ser citadas no texto e não como referências formais.

A exactidão e o rigor das referências são da responsabilidade do autor.

Quadros: Os quadros a inserir devem ser assinalados no texto em numeração romana. Cada quadro deverá ser apresentado em folha separada, dactilografado a 2 espaços. Na parte superior devem apresentar um título sucinto mas informativo, de modo a poder ser compreendido sem recurso ao texto. Na parte inferior do quadro deve constar a explicação das abreviaturas utilizadas. Nos quadros devem ser evitados os traços verticais e os traços horizontais devem servir apenas como separadores de títulos e subtítulos.

Figuras: As figuras a inserir devem ser assinadas no texto em numeração árabe. As legendas das figuras devem ser dactilografadas a dois espaços numa folha separada, depois da bibliografia. Devem ser enviados três originais das figuras, que deverão apresentar uma boa qualidade de desenho ou serem feitas em impressora de alta resolução. As fotografias devem ser em papel brilhante, bem contrastado, com as dimensões 10x15 cm. Todas as figuras devem apresentar no verso uma etiqueta autocolante com o número da figura, o nome do 1º autor, o título breve do artigo e a indicação da parte superior da figura.

O total de quadros e figuras não deve ultrapassar os 8 para os artigos originais e os 4 para os casos clínicos. As figuras coloridas ou os quadros e figuras em excesso dos referidos poderão ser aceites para publicação, mas a expensas dos autores.

Modificações e revisões: No caso da aceitação do artigo ser condicionada a modificações estas deverão ser feitas pelos autores no prazo de quinze dias.

As provas tipográficas serão enviadas aos autores contendo a indicação do prazo para revisão consoante as necessidades editoriais da revista.

Editoriais: A maioria dos editoriais será solicitada pelo Editor. Os editoriais serão comentários sobre tópicos actuais ou sobre artigos publicados na revista. O texto dos editoriais não deve exceder as 1200 palavras, um máximo de 15 referências e não deve conter quadros ou figuras.

Artigos de revisão: Estes artigos serão habitualmente encomendados pelo Editor. No entanto os autores interessados em apresentar um artigo de revisão podem contactar com o Editor para discussão dos tópicos a apresentar.

Cartas ao Editor: As cartas ao editor devem constituir um comentário crítico a um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 600 palavras, uma figura ou quadro, e um máximo de 10 referências bibliográficas.

Separatas: De cada artigo serão enviadas 20 separatas gratuitas aos autores. Caso desejem mais separatas os autores podem solicitá-las, a suas expensas, aquando da revisão tipográfica.

Minuta da carta a enviar ao Editor

Enviar este documento com o manuscrito para Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177-1º D.
1000 Lisboa

Os autor(es) certificam que o manuscrito intitulado:

é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum copyright ou não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os autores têm o direito ao copyright.

Todos os autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os autores, ao submeterem o trabalho para publicação, transferem para a Acta Reumatológica Portuguesa todos os direitos e interesses do copyright do artigo.

Todos os autores devem assinar

Data _____

Nome (maiúsculas) _____

Assinatura _____

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The *Acta Reumatologica Portuguesa* publishes original articles, reviews and case reports on all subjects related to rheumatology.

The articles can be written in portuguese or in english.

The written opinions are of the exclusive responsibility of the author. Published articles will remain property of the journal and can not be reproduced, as a whole or as a part, without the authorization of the editor.

The acceptance of the articles is subjected to the evaluation of the editorial board. Articles may be: a) accepted without changes; b) accepted after modifications suggested by the board; c) refused.

Manuscripts not in accordance with the instructions may be sent for modification before review by the editorial board.

All manuscripts must be sent to:

Editor
Acta Reumatológica Portuguesa
R. D. Estefânia, 177 - 1º D
1000 Lisboa - Portugal

Manuscripts must be accompanied by a submittal letter, signed by all authors, stating the name of the article, that it is an original work, that the authors held the copyright of the manuscript, that it does not represent any conflict of interest, and that they transfer the copyright to the journal.

Text should be typed double-spaced on only one side of A4 size paper sheets with 1-inch margins. All pages must be sequentially numbered. Manuscripts, tables and figures must be submitted in triplicate.

Manuscripts should be organized as explained below:

a) Title page (page 1)

Title; authors' names and degrees; institutions represented; source of grants support; address and telephone number of the author responsible for communications with the editor and reprints; sort title for footnote.

b) Abstract (page 2)

Abstract in portuguese and in english structured as follows for the original articles: Objectives; Patients and Methods; Results; Conclusions. The abstract should not exceed 250 words for original articles and 150 words for case reports.

c) Keywords (page 2)

A maximum of 5 keywords should be presented after the abstract.

d) Text (page 3 and following pages)

The text of the original works should be presented with the following subtitles: Introduction, Objectives, Patients and methods, Results, Conclusions, Acknowledgments, References. Subtitles for case reports should be: Introduction, Case report, Discussion, References.

From the second page on all pages should have a sort title on footnote.

Manuscripts should not exceed 20 pages for original articles and reviews and 6 pages for case reports.

References: References should be cited by the numerical system and listed in the order cited in the text. Journal titles are abbreviated in accordance with the style of Index Medicus.

List all authors when 6 or less; when 7 or more list only first 6 and add et al.

References of unpublished work or presentations or personal observations should be inserted in the text (in parenthesis).

Authors are responsible for the accuracy of the references.

Examples:

Journal article

Name(s) and initials of author(s). Article title. Journal name
Year; Volume or number: Page(s)

Ex: Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic: *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 195-197

Chapter in Book

Name(s) and initials of author(s) of chapter. Chapter title.
In: Name(s) and initials of editor(s). Book title. City: Name of publisher, year of publication: pages

Ex: Stewart AF. Hypercalcemia resulting from medications.
In: Favus MD, ed *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*. New York: Raven Press, 1993: 177-178

Book

Name(s) and initials of author(s). Book title. City: Name of publisher, year of publication: page(s).

Ex: Lorig K. *Patient Education. A practical approach*. St Louis: Mosby-Year Book, 1992: 51

Tables: Tables should be cited in the text with Roman numerals. Each table should be double-typed on a separate sheet, have a title and contain no vertical rulers. Horizontal lines should be used only as separators between titles and subtitles. Explain all abbreviations at the bottom.

Figures: Cite each figure in the text in consecutive order using Arabic numerals. Legends should be listed on a separate sheet, double-typed. Send three copies of each figure. Figures should be professional drawn and photographed. Photographs should be 10x15 cm and on the back should be labelled with the number, article title, first author name, and have top indicated.

The total of figures should not exceed 8 for original articles and 4 for case reports. Coloured illustrations or excess figures may be published with costs charged to the author.

Modifications and proofreading: Articles accepted subject to modifications will be sent to authors that will have 15 days to modify them according to suggestions. Contributors will receive page proofs and are asked to proofread them for printers' errors.

Editorials: Editorials will be requested by the editor and will be comments on important and actual issues or comments on articles published in the journal. Editorials should not exceed 1200 words, with a maximum of 15 references and no tables or figures.

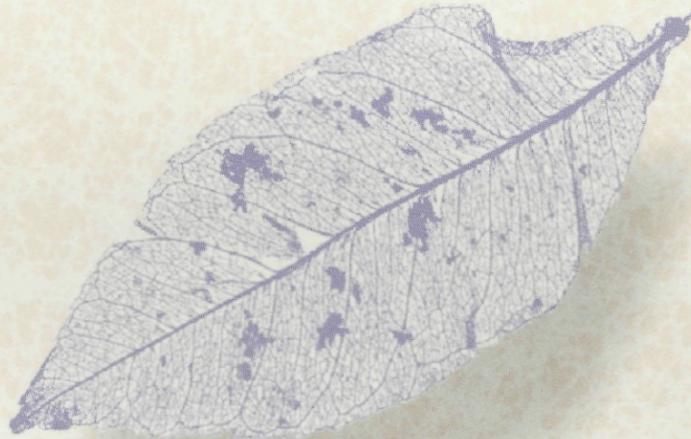
Review articles: Review articles will be commissioned by the editor. However, authors interested in presenting a review article are welcomed to contact the editor.

Letters: Letters to the editor must be a comment on a journal article or a short clinical study or case report. It can not exceed 600 words, a maximum of 10 references and a table or figure.

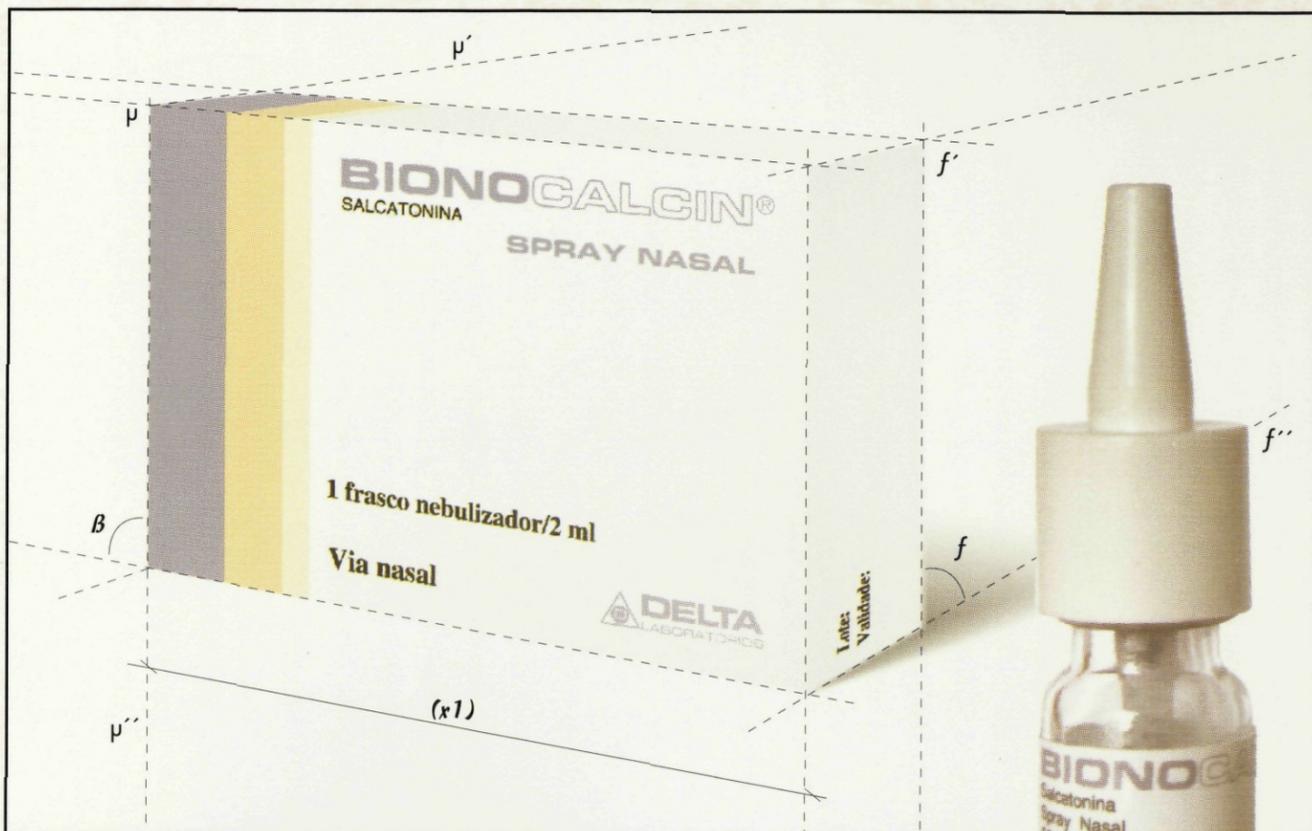
Offprints: Authors will be sent 20 offprints free of charge. Additional offprints may be charged to the authors upon request during the proofreading.

BIONOCALCIN[®]

Salcatonina



NA OSTEOPOROSE



MUDE DE ATITUDE

SEM MUDAR DE TERAPÊUTICA

COMPOSIÇÃO: Cada aplicação contém : Princípio activo: Salcatonina, 50 U.I.. Excipientes: Cloreto de benzalcónio, cloreto de sódio, ácido clorídrico 0,1 N e água bidestilada. **APRESENTAÇÃO:** Embalagem com frasco nebulizador, contendo 2 ml de solução para administração endonasal, quantidade suficiente para um mínimo de 14 aplicações. **ACTIVIDADE FARMACOLÓGICA:** O BIONOCALCIN é um medicamento que regula o metabolismo do cálcio. Favorece a reconstrução do colagénio e do tecido ósseo, inibindo a reabsorção óssea e reduzindo os índices plasmáticos de cálcio anormalmente elevados. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS :** Tratamento da osteoporose pós-menopausa. Doença de Paget. Hipercalecémia. Tratamento da dor óssea por osteólise. **CONTRA-INDICAÇÕES :** O BIONOCALCIN não deve ser tomado se for alérgico à salcatonina. **PRECAUÇÕES:** Os doentes com rinite (inflamação da mucosa do nariz) crónica ou que já tenham sido submetidos a cirurgia das fossas nasais e que estejam a ser tratados com BIONOCALCIN em nebulizador devem consultar o médico regularmente, pois pode haver um aumento da absorção da salcatonina. Os doentes devem ser submetidos a uma prova de sensibilização para verificação da sua reacção à salcatonina, especialmente os que anteriormente apresentam alergia a este produto. Em caso de gravidez ou aleitamento, deve avisar o seu médico. Por precaução, a administração de medicamentos durante a gravidez só deve fazer-se em caso de reconhecida necessidade e sob vigilância médica, sobretudo nos três primeiros meses. O BIONOCALCIN só deve ser administrado a crianças por períodos de apenas algumas semanas, salvo indicação médica em contrário. **INTERACÇÕES QUE PODEM MODIFICAR A ACÇÃO DO MEDICAMENTO :** Embora o BIONOCALCIN possa ser tomado com muitos medicamentos, nalguns casos pode haver interacção, resultando alteração da actividade terapêutica de qualquer deles. Assim, é importante que informe sempre o seu médico quando está a tomar outros medicamentos. Ele o aconselhará devidamente, caso haja conhecimento de algum inconveniente. **POSOLOGIA:** 2 nebulizações correspondem a 100 U.I.. Quando for este o caso deve aplicar-se uma nebulização em cada narina. Em geral, a posologia média para o adulto, relacionada com as diferentes indicações, é a seguinte: Osteoporose: Recomenda-se 50 ou 100 U.I. (1 ou 2 nebulizações) por dia conforme a gravidade da doença. Doença de Paget : Devem administrar-se 200 U.I. (4 nebulizações) por dia, isto é, 2 nebulizações de manhã e duas ao deitar. Em casos excepcionais, podem administrar-se no início do tratamento 400 U.I. (8 nebulizações), duas vezes por dia, isto é, quatro nebulizações de manhã e quatro ao deitar. Hipercalecémia: Devem administrar-se 200 a 400 U.I. (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. Dores ósseas associadas à osteólise: Recomenda-se 200 a 400 U.I. (4 a 8 nebulizações) por dia, em doses repartidas. **MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Retire a tampa do aplicador. Introduza o aplicador verticalmente na narina e pressione com força uma vez, mantendo o frasco na vertical. Repita a operação na outra narina. Após a utilização, tape novamente o aplicador. **Importante:** Quando utilizar o frasco pela primeira vez, adapte o aplicador à bomba, retire a tampa e efectue 5 pulverizações para o ar, pressionando os bordos do aplicador, com o frasco na vertical. **Duração do tratamento:** Na doença de Paget e noutras doenças crónicas, o tratamento deve prolongar-se por vários meses, devendo seguir-se as indicações do médico. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** O BIONOCALCIN, como quase todos os medicamentos, pode causar efeitos indesejáveis. Em caso de aparecimento de reacções alérgicas ao medicamento ou quaisquer outros efeitos indesejáveis, não hesite em comunicá-los ao seu médico ou ao seu farmacêutico e siga rigorosamente as suas instruções.

DELTA
LABORATÓRIOS
Grupo Rotta Research

BIONOCALCIN	P.V.P. c/ IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente	Comp.
Inj. 50 U.I.x 5 ampolas	2.420\$02	1.694\$00	726\$00	70%	2.057\$00	363\$00	85%
Inj. 100 U.I.x 5 ampolas	4.239\$02	2.967\$00	1.272\$00	70%	3.603\$00	636\$00	85%
Nebul nasal 550 U.I.x1 frasco	4.930\$02	3.451\$00	1.479\$00	70%	4.191\$00	739\$00	85%

Informação adicional ao dispôr da Ex.ma Classe Médica



MERCK SHARP & DOHME



**DEDICADA A ALTERAR
O CURSO DA OSTEOPOROSE**