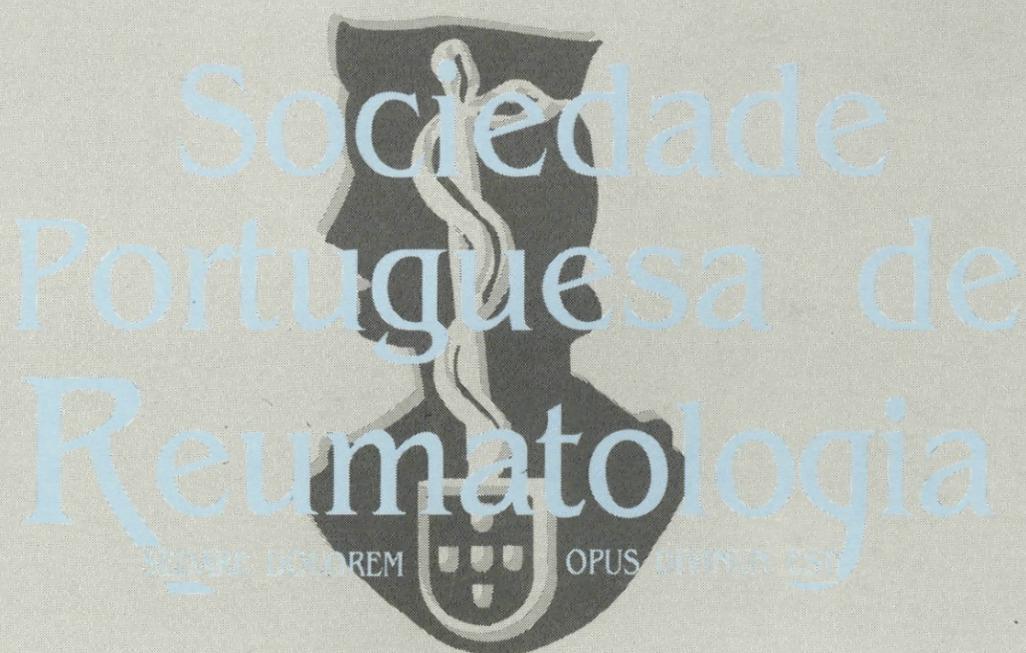


# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXIII

N.º 84

Jan.-Fev./1998



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

# ARTHROTEC®

(diclofenac Na 50 mg/misoprostol 200 µg)

**Luz verde na terapêutica anti-inflamatória  
o melhor binómio eficácia/segurança**



Composição: Núcleo de diclofenac de sódio 50 mg com revestimento entérico e misoprostol 200 µg. Propriedades: O ARTHROTEC® é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteroide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésica e anti-piética e um agente protector da mucosa gastroduodenal (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E<sub>1</sub>. Nas doenças reumáticas, as propriedades anti-inflamatórias e analgésicas do ARTHROTEC® proporcionam uma rápida resposta clínica que se traduz num alívio dos sinais e sintomas tais como a dor em repouso, dor em movimento, rigidez matinal, edema articular, conferindo uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gastroduodenal do misoprostol, o ARTHROTEC® está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas da mucosa gastroduodenal quando comparado com o uso isolado do diclofenac. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gastroduodenal, tais como o aumento do fluxo sanguíneo para a mucosa gástrica, o aumento da secreção do bicarbonato duodenal e a secreção de muco gástrico, bem como a inibição da secreção gástrica de ácido basal e estimulada. A capacidade do misoprostol em proteger a mucosa gastroduodenal foi demonstrado em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. O exame endoscópico e a medição das perdas hemáticas fecais mostraram que a co-administração de misoprostol previne a lesão da mucosa induzida pelos AINEs. Os perfis farmacocinéticos do diclofenac e misoprostol administrados isoladamente são semelhantes aos perfis dos mesmos quando co-administrados ou administrados em comprimidos de combinação fixa, o ARTHROTEC®. Precauções: A presença de misoprostol em combinação demonstrou minimizar os efeitos lesivos da mucosa gastroduodenal pelos AINEs. Apesar disso, a úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal podem ocorrer durante a terapêutica com ARTHROTEC®. Em presença destas situações, a terapêutica com ARTHROTEC® deve ser interrompida e as medidas adequadas devem ser instituídas. O médico deve estar de sobreaviso em relação aos doentes com história de divertículos e doenças inflamatórias intestinais. O diclofenac e os seus metabólitos são eliminados pelo rim e pelo fígado. Assim, o ARTHROTEC® deve ser usado cuidadosamente em doentes com insuficiência renal e ou insuficiência hepática, podendo nalgumas situações ser necessário um ajuste de dosagem, devendo, pois, o doente ser devidamente vigiado. Estão descritas alterações das provas de função hepática, e alguns casos raros de icterícia e mesmo hepatites graves com o uso continuado de anti-inflamatórios não esteróides, donde se aconselha a realização periódica de provas de função hepática quando em tratamentos prolongados. Foram descritas casos de cefaleias, tonturas (sensação de vazio), confusão mental e diminuição da acuidade visual durante o tratamento com AINEs. Doentes que apresentem estes sintomas devem ser advertidos para tomarem precauções quando utilizarem máquinas ou conduzirem veículos com motor. Devido à retenção de líquidos provocada pelos anti-inflamatórios, o ARTHROTEC® deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca, hipertensão ou patologias que provoquem retenção de líquidos. Embora raras, estão descritas discrasias hemorrágicas associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteróides. Apesar do misoprostol não incrementar o efeito do diclofenac na função plaquetária, o ARTHROTEC® deve ser usado com precaução nos doentes com coagulopatias. Tal como os outros anti-inflamatórios não esteróides, pode mascarar os sinais de infecção. Indicações: O ARTHROTEC® está indicado na artrite reumatóide e osteoartrite em fase aguda ou crónica, particularmente em doentes com suspeita de intolerância gástrica ou hemorragia digestiva devido ao uso de anti-inflamatórios. Contra-indicações: O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade ao misoprostol ou ao diclofenac. O ARTHROTEC® não deve ser administrado a doentes com asma, urticária, rinite ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com úlcera péptica activa e/ou história recente de hemorragia digestiva ou perfuração. O ARTHROTEC® está contra-indicado na mulher grávida (ver gravidez e lactação). Reacções adversas: As reacções adversas são geralmente de natureza gastrointestinal, sendo as mais referidas: Dispepsia, dores abdominais e alguns casos de diarreia ligeira e transitória, que podem surgir no início do tratamento. Só ocasionalmente esses casos resultaram em diarreia mais persistente, o que levou à interrupção do tratamento. Embora a presença de misoprostol em combinação possa minimizar os efeitos lesivos na mucosa causados pelos AINEs, é previsível a ocorrência esporádica de úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal. Apesar de nenhuma alteração ginecológica ter sido referenciada em mulheres que recebem ARTHROTEC®, estão descritos em ensaios com misoprostol raros casos de alterações menstruais e "spotting" (inferior a 1%). Estão descritas elevações dos níveis de transaminases, as quais são geralmente reversíveis quando se suspende a administração do fármaco. Gravidez e lactação: O ARTHROTEC® está contra-indicado na gravidez quer durante o primeiro período quer na fase final da gravidez devido aos efeitos no sistema cardiovascular fetal. O misoprostol pode complicar a gravidez e como tal lesar o feto. O misoprostol pode estimular contrações uterinas, provocar hemorragias e expulsão do conteúdo uterino. O ARTHROTEC® não está recomendado às mulheres que amamentam. Uso pediátrico: A segurança e eficácia do ARTHROTEC® não foi avaliada em pediatria. Interações: Embora nos estudos com ARTHROTEC® não estejam descritas interações com outros fármacos, os componentes presentes podem evidenciar as seguintes interações: - Os antiácidos podem retardar a absorção do diclofenac, podendo o hidróxido de magnésio aumentar a tendência para a diarreia; - O diclofenac pode aumentar a concentração plasmática de digoxina, pelo que os níveis séricos deste fármaco devem ser monitorizados e ajustados; - A terapêutica concomitante de ARTHROTEC® com diuréticos poupadores de potássio pode estar associada com um aumento dos níveis séricos deste electrólito, tomando, pois, necessária a sua monitorização; - O efeito anti-hipertensivo da hidroclorotiazida pode ser reduzido pelo diclofenac em doentes com hipertensão arterial; - Doentes medicados com anticoagulantes devem utilizar ARTHROTEC® com precaução; - O uso concomitante de glucocorticóides pode agravar os efeitos gastrointestinais colaterais; - Devem ser tomadas precauções especiais quando da utilização concomitante de metotrexato; - Pode ser necessária a redução da dose do lítio com ARTHROTEC®. Sobre-dosagem: Não existem antídoto para o diclofenac, pelo que se deve evitar a absorção, o mais precocemente possível, pela indução do vômito, lavagem gástrica ou terapêutica com carvão activo. O tratamento de suporte e sintomático para minorar as complicações deve incluir medidas gerais contra a hipotensão, insuficiência renal, convulsões, irritação gastrointestinal e depressão respiratória. Podem ser necessárias medidas para acelerar a eliminação (forçar a diurese, hemoperfusão, diálise). Psicologia: A dose recomendada de ARTHROTEC® é de 1 comprimido duas a três vezes por dia. O ARTHROTEC® deve ser tomado inteiro e com alimentos (preferência após as refeições). Aviso: Contém lactose.

**SEARLE**

Monsanto Portugal - Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda. R. Sanches Coelho, 3 9º - 1600 Lisboa  
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob nº 57 495 - Capital Social 79.095.000\$00.

ARTHROTEC®	P.V.P. IVA (inclu.)	Regime Normal(40%)		Regime Especial(55%)	
		Estado	Utente	Estado	Utente
20 comp.	1.857\$00	743\$00	1.114\$00	1.021\$00	836\$00
60 comp.	4.728\$00	1.891\$00	2.837\$00	2.600\$00	2.128\$00

## Índice

### Editorial

Maria Eugénia Simões .....	6
----------------------------	---

### Artigos Originais

• <b>Epidemiologia e Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur nos Hospitais da Universidade de Coimbra.</b>	
L. Sousa Inês, J. A. Pereira da Silva, N. Canha, A. Porto .....	7
• <b>Anticorpos Anti-Filagrina na Artrite Crónica Juvenil</b>	
Isabel Abreu, José A. Melo Gomes, Amélia Bastos, Joaquim A. Machado Caetano . . .	19
<b>Noticias</b> .....	25
<b>Regulamentos de Prémios</b> .....	37
<b>Agenda Nacional.</b> .....	43
<b>Agenda Internacional.</b> .....	43
<b>Normas de Publicação</b> .....	47

# Acta Reumatológica Portuguesa

## Conselho Editorial

Editor Chefe (Chief Editor)	Viviana Tavares
Editor Executivo (Executive Editor)	J. Canas da Silva
	A. Aroso Dias
Editor Associados (Associated Editors)	Eugénia Simões
	Jaime Branco
	J.A. Melo Gomes
	J. A. Pereira da Silva
	J. C. Teixeira da Costa
	José António Silva
Editor Adjuntos (Assistant Editors)	Helena Santos
	M <sup>a</sup> José Leandro
	Pedro Gonçalves
	Rui André Santos
	Teresa Nóvoa

## Sociedade Portuguesa de Reumatologia Direcção

Presidente	Dr. J. A. Melo Gomes	Tesoureiro	Dr. Carlos Miranda Rosa
Vice-Presidente	Dr <sup>a</sup> Cristina Catita	Vogal Região Sul	Dr. Augusto Faustino
Vice-Presidente	Dr <sup>a</sup> Sara de Freitas	Centro	Prof. Dr. José António Silva
Sec. Geral	Dr. A. C. Alves de Matos	Norte	Dr. Maria do Carmo Afonso
Sec. Adjunto	Dr <sup>a</sup> Viviana Tavares	Ilhas	Dr. Guilherme Figueiredo

## Mesa da Assembleia Geral

Presidente	Dr. J. A. Pereira da Silva
Vogal	Dr. Rui Leitão
Vogal	Dr. Paulo Coelho

## Conselho Fiscal

Presidente	Dr. Rui André Santos
Vogal	Dr <sup>a</sup> Maria José Santos
Vogal	Dr <sup>a</sup> Maria do Céu Maia

## Presidente Eleito

Dr. Mário Rodrigues

## Conselho Científico

ANATOMIA PATOLÓGICA	Dr <sup>a</sup> Odete Almeida	MEDICINA DO TRABALHO	Dr. A. Meyrelles do Souto
BIOQUÍMICA	Prof. Dr. J. Martins e Silva	NEUROCIRURGIA	Prof. Dr. António Trindade
CARDIOLOGIA	Prof. Dr. Mário Lopes	OFTALMOLOGIA	Prof. Dr. Castanheira Diniz
ENDOCRINOLOGIA	Prof. Dr. Galvão Teles	ORTOPEDIA	Prof. Dr. Salis Amaral
GASTROENTEROLOGIA	Prof. Dr. Guilherme Peixe	PATOLOGIA CLÍNICA	Prof. Dr. Pinto de Barros
HIDROLOGIA	Prof. Dr. Frederico Teixeira	PEDIATRIA	Dr <sup>a</sup> Maria José Vieira
IMUNOLOGIA	Prof. Dr. Rui Victorino	RADIOLOGIA	Dr. J. Covas de Lima
MED. FÍSICA E REAB.	Dr. Martins da Cunha	REUMATOLOGIA	Prof. Dr. A. Lopes Vaz
MEDICINA INTERNA	Dr. Monteiro Batista		

**Edição e Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**Redacção:** Sociedade Portuguesa de Reumatologia - R. D. Estefânia, 177, 1<sup>o</sup> D - 1000 LISBOA

**Registo:** Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n<sup>o</sup> 101 897

**Depósito Legal:** 86 955/95

**Publicidade:** Celina Fernandes

**Impressão e acabamento:** SIG - Sociedade Industrial Gráfica, Lda. - Camarate

**Tiragem:** 6 000 Exemplares

**Preço de n<sup>o</sup> Avulso:** 500\$00 (\$10 USD); Anual (6 números): 2000\$00 (\$30 USD)

Editado por:  FARMAPRESS  
EDIÇÕES, LDA.

**NOVO**

# Diclootec<sup>®</sup>

diclofenac Na/misoprostol

**O MELHOR  
DE 2 MUNDOS**

**elevada eficácia  
anti-inflamatória  
e analgésica**

**redução do risco de  
lesões gastroduodenais**

**O AINE de 1<sup>a</sup> escolha que alarga  
as fronteiras da terapêutica anti-inflamatória**

**I. lepori**  
**GRUPO ANGELINI**

**Composição:** 50 mg de diclofenac de Na no núcleo entérico e 200 µg de misoprostol na cobertura por comprimido. **Categoria e Actividade Farmaco-Terapêutica:** Anti-inflamatório não esteróide: Diclootec é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteróide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésica e antipirética, e de um agente protector da mucosa gastroduodenal (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E1. Nas doenças reumáticas, as propriedades anti-inflamatórias e analgésicas do Diclootec proporcionam uma rápida resposta clínica que se traduz num alívio dos seus sinais e sintomas, tais como a dor em repouso, a dor em movimento, rigidez matinal e edema articular, conferindo uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gastroduodenal do misoprostol, o Diclootec está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas da mucosa gastroduodenal comparativamente ao diclofenac quando administrado isoladamente. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gastroduodenal, tais como a manutenção do fluxo sanguíneo para a mucosa gástrica, o aumento da secreção de bicarbonato duodenal e a secreção de muco gástrico, bem como a inibição da secreção gástrica de ácido, basal e estimulada. A capacidade do misoprostol em proteger a mucosa gastroduodenal foi demonstrada em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. Os perfis farmacocinéticos do diclofenac e do misoprostol quando administrados isoladamente são semelhantes aos perfis dos mesmos quando administrados em comprimidos de combinação fixa, o Diclootec. Não se registaram interações farmacocinéticas entre os dois fármacos depois de tomadas múltiplas. Não houve acumulação plasmática de diclofenac ou misoprostol depois de tomadas repetidas de diclofenac/misoprostol. O misoprostol administrado oralmente é extensivamente absorvido e sofre uma rápida desesterificação para a sua forma de ácido livre, o ácido misoprostol, seu principal metabolito. Os níveis plasmáticos normais são atingidos em dois dias. No homem, o diclofenac administrado oralmente é rapidamente e quase completamente absorvido e distribuído no sangue, fígado e rins, e está extensamente ligado às proteínas plasmáticas. As concentrações plasmáticas apresentam uma relação linear relativamente à quantidade de fármaco, e não ocorre acumulação desde que se respeitem os intervalos entre as tomadas. **Indicações:** O Diclootec está indicado na terapêutica da artrite reumatóide e da osteoartrite em fase aguda ou crónica, particularmente em doentes com suspeita de intolerância gástrica ou hemorragia digestiva devido ao uso de anti-inflamatórios. **Contra-indicações:** O Diclootec está contra-indicado em doentes com úlcera péptica e/ou história recente de hemorragia digestiva ou perfuração. Em doentes com hipersensibilidade ao diclofenac ou a outros AINEs, incluindo a aspirina, e ao misoprostol ou outros AINEs. **Reacções Adversas:** Geralmente, o Diclootec é bem tolerado nas doses recomendadas. As reacções adversas são sobretudo de natureza gastrointestinal, sendo as mais frequentes: dispepsia, dor abdominal e alguns casos de diarreia ligeira e transitória, que podem surgir no início do tratamento. Só ocasionalmente esses casos resultam em diarreia mais persistente, conduzindo à interrupção da terapêutica. Apesar de não ter sido referenciada nenhuma alteração ginecológica em mulheres que recebem Diclootec, estão descritos casos raros de alterações menstruais e "spotting" (normalmente inferior a 1%) em ensaios com misoprostol. Independentemente da relação com o Diclootec, os efeitos secundários com uma incidência igual ou superior a 1% para todos os doentes e indivíduos foram: dor abdominal, diarreia, náusea, dispepsia, flatulência, cefaleia, tontura, vômitos, gastrite, obstipação, eructação, sintomas de tipo "gripe", infecções do tracto respiratório superior, faringite e "rash" cutâneo. A menorragia teve uma incidência de 1% quando foi calculada tendo em vista o número total de doentes e indivíduos do sexo feminino. **Interações:** Embora não estejam descritas interações farmacológicas em estudos efectuados com Diclootec, os componentes presentes podem evidenciar as seguintes interações: Os antiácidos são passíveis de retardar a absorção do diclofenac, podendo o hidróxido de magnésio exacerbar a tendência para a diarreia associada ao misoprostol; a administração de doses elevadas de antiácidos pode reduzir a biodisponibilidade do misoprostol; O diclofenac pode aumentar a concentração plasmática da digoxina, pelo que os níveis séricos deste fármaco devem ser cuidadosamente monitorizados e ajustados; A terapêutica concomitante do diclofenac com diuréticos poupadores de potássio pode estar associada a um aumento dos níveis séricos deste electrolito; O diclofenac pode reduzir o efeito dos fármacos anti-hipertensivos em doentes com hipertensão arterial; Deverá proceder-se a uma cuidadosa monitorização dos doentes medicados com anti-coagulantes e Diclootec no sentido de avaliar a necessidade de eventuais ajustes posológicos na terapêutica anti-coagulante; Devem ser tomadas precauções especiais quando da utilização concomitante de metotrexato com AINEs, incluindo o diclofenac/misoprostol, pois a administração de AINEs pode levar a uma elevação dos níveis plasmáticos de metotrexato; O diclofenac provoca uma redução da "clearance" renal do lítio e aumenta os níveis plasmáticos do mesmo; consequentemente, poderão ser necessários ajustes posológicos do lítio com Diclootec; Não é aconselhável o uso concomitante de aspirina e Diclootec; O diclofenac não altera o metabolismo da glucose nos indivíduos saudáveis, não se verificando igualmente alterações nos efeitos dos anti-diabéticos orais quando co-administrados com o diclofenac. Registaram-se, contudo, casos de alterações dos efeitos dos anti-diabéticos orais (hipo e hiperglicémia) na presença de AINEs. Recomenda-se, portanto, cuidado na administração do Diclootec a doentes que recebem insulina ou anti-diabéticos orais. **Precauções:** A presença do misoprostol em combinação demonstrou reduzir os efeitos lesivos dos AINEs na mucosa gastroduodenal. Apesar disso, podem ocorrer úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal durante a terapêutica com Diclootec. Em presença destas situações, a terapêutica com Diclootec deve ser interrompida e instituídas as medidas adequadas. O médico deve estar de sobreaviso quando recetar Diclootec a doentes com história de divertículos e doença inflamatória intestinal. O diclofenac e os seus metabolitos são eliminados pelo rim e pelo fígado. Assim, o Diclootec deve ser usado cuidadosamente em doentes com insuficiência renal ou hepática, sendo conveniente vigiar atentamente estes doentes. Estão descritas alterações das provas de função hepática, alguns casos de icterícia e mesmo hepatite com o uso continuado de AINEs, pelo que se aconselha, desde o início da terapêutica, a realização periódica de provas de função hepática em doentes submetidos a tratamento prolongado com estes fármacos. Devido a retenção de fluidos provocada pelos anti-inflamatórios, o Diclootec deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca, hipertensão ou patologias que condicionem retenção hídrica. Embora raras, estão descritas discrasias hemorrágicas associadas ao uso de AINEs. Apesar do misoprostol não aumentar o efeito do diclofenac na função plaquetária, o Diclootec deve ser usado com precaução em doentes com coagulopatias. Tal como os outros anti-inflamatórios não esteróides, o Diclootec pode mascarar os sinais de infecção. O Diclootec não deve ser administrado a doentes com asma, urticária, rinite ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Mantenha o Diclootec fora do alcance das crianças. **Efeitos em Grávidas e Lactentes:** O Diclootec está contra-indicado na gravidez. O Diclootec pode causar o encerramento prematuro do canal arterial. O misoprostol pode complicar a gravidez (induzir o aborto) e, como tal, lesar o feto, quando administrado à grávida. O misoprostol pode estimular as contrações uterinas, provocar hemorragias e a expulsão do produto da concepção. O aborto provocado pelo misoprostol pode ser incompleto. Em estudos com mulheres que se submeteram a interrupção electiva da gravidez durante o primeiro trimestre, o misoprostol causou a expulsão parcial ou completa do feto em 11% dos casos, e provocou um aumento da incidência de hemorragia em 41%. Caso se verifique gravidez durante o tratamento, deverá interromper-se a administração do fármaco informando as doentes dos seus potenciais riscos sobre o feto. O Diclootec não é recomendado em mulheres que amamentam. **Efeitos em Crianças:** A segurança e eficácia do Diclootec não foram avaliadas em pediatria. **Efeitos em Idosos e Doentes com Patologias Especiais:** Ver precauções. **Efeitos sobre a Capacidade de Condução e uso de Máquinas:** Foram descritos casos de cefaleia, tonturas (sensação de vazio) e diminuição da acuidade visual. Os doentes que apresentem estes sintomas devem ser advertidos para tomarem precauções quando utilizarem máquinas ou conduzirem veículos com motor, até que a reacção ao medicamento seja conhecida e se verifique que não produz efeitos desfavoráveis. **Atenção:** Contém lactose. As mulheres em idade fértil devem ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos adequados enquanto estão a ser medicadas com Diclootec. Se for registada gravidez, a utilização do fármaco deve ser imediatamente interrompida. **Posologia:** A dose recomendada de Diclootec é de 1 comprimido duas a três vezes ao dia, sempre tomado por via oral, inteiro e às refeições. **Duração do Tratamento:** De acordo com o critério clínico. **Sobredosagem:** Não existe antídoto para o diclofenac, pelo que se deve evitar a sua absorção o mais rapidamente possível, por indução do vômito, lavagem gástrica e/ou terapêutica com carvão activado. O tratamento sintomático e de suporte para controlo das complicações deve incluir medidas gerais contra a hipertensão, a insuficiência renal, convulsões, quebras gastrointestinais e depressão respiratória. Podem ser necessárias medidas para acelerar a eliminação (diurese forçada). **Atenção:** Avise o seu médico ou farmacêutico dos efeitos indesejáveis que não constem do folheto informativo. Verifique o prazo de validade inscrito na cartomagem e guarde em local fresco e seco. **F. F. e Via de Administração/Preço:** Diclootec 20 comprimidos - P.V.P. 1.798\$00, R.G. 40%, Estado: 719\$20, Uteite: 1.078\$80; R.E. 55%, Estado: 988\$90, Uteite: 809\$10; Diclootec 60 comprimidos - P.V.P. 4.585\$00, R.G. 40%, Estado: 1.834\$00, Uteite: 2.751\$00, R.E. 55%, Estado: 2.521\$80, Uteite: 2.063\$20. **CONT. N.º 500 161 739 - CAPITAL SOCIAL: 587 000 000\$00 REGISTO N.º 20459 C.R.C. DE LISBOA**

<http://www.ordemmedicos.pt/laboratorios/lepori/index.html> • EMAIL: [lepori@mail.telepac.pt](mailto:lepori@mail.telepac.pt)

## Contents

### Editorial

Maria Eugénia Simões .....	6
----------------------------	---

### Original Articles

• <b>Epidemiology and hospital costs of osteoporotic hip fractures in the University hospitals of Coimbra.</b>	
L. Sousa Inês, J. A. Pereira da Silva, N. Canha, A. Porto. ....	7

#### ABSTRACT

**Objectives:** To appreciate the incidence and costs of osteoporotic hip fractures (OHF) in the University Hospital of Coimbra as a means to contribute the knowledge of the epidemiology of this condition in the centre region of Portugal.

**Material and methods:** We used the computerized database of discharge diagnosis including all admissions from 1991 to 1995. Epidemiological indices and costs regarding OHF were collected and compared to those related to other chronic non-transmissible diseases: acute myocardial infarction, chronic obstructive pulmonary disease, GI-tract malignancies and chronic alcoholic liver disease. Cost calculations were based on government established values for each homogeneous diagnosis groups.

**Results:** Over this five-year period 1573 patients were admitted for OHF (75,6 % female). The average age of patients was 76.3 for males and 79.4 for females. Mean length of hospital stay was of 17.9 days and the total in-hospital mortality was of 3.6 % with a positive relation with age. Globally, OHF represented the second most common cause of admission among those considered, and the first for female patients. Total hospital costs attributed to OHF treatment were the second highest.

**Conclusions:** OHF represented in our hospital a highly relevant cause of admission and resource consumption. The similarity with results observed in other portuguese hospitals suggests that this is a national reality which needs to be studied in depth in order to allow for adequate planning of prevention and treatment.

**Keywords:** Osteoporosis; hip fracture; epidemiology; hospital costs.

• **Antifilaggrin Antibodies In Juvenile Chronic Arthritis**

Isabel Abreu, José A. Melo Gomes, Amélia Bastos, Joaquim A. Machado Caetano . . . 19

**ABSTRACT**

**Objective:** The aim of our study was to investigate a new serologic marker that could help to improve the classification of juvenile chronic rheumatic diseases.

**Methods:** Sera from 70 patients with JCA, 91 with rheumatoid arthritis (RA) and 35 healthy children were studied for the presence of antifilaggrin antibodies (AFA). These antibodies were detected by indirect immunofluorescence (IIF) on rat oesophagus sections.

**Results:** AFA are rare in JCA. They were only detected in 2 patients with rheumatoid factor (RF) positive polyarticular onset JCA (2,9% of all patients with JCA), in 44,0% of the RA patients and in none (0,0%) of the healthy children.

**Conclusion:** Our data constitute additional serologic evidence that most of the patients with JCA suffer from a clinical entity different from adult RA. All children studied with juvenile chronic rheumatic diseases and positive AFA were classifiable as Juvenile Rheumatoid Arthritis (JRA - EULAR criteria).

**Keywords:** Antifilaggrin antibodies; Antikeratin antibodies; Juvenile Chronic Arthritis; Juvenile Rheumatoid Arthritis; Rheumatoid Arthritis.

<b>News</b> . . . . .	25
<b>Prize Regulations</b> . . . . .	37
<b>National Agenda</b> . . . . .	43
<b>International Agenda</b> . . . . .	43
<b>Instructions to authors</b> . . . . .	47

Quando fui contactada para escrever o editorial deste número da Acta Reumatológica, onde é abordado, uma vez mais, o problema da osteoporose e do custo das fracturas osteoporóticas, pensei em apresentar uma revisão mais ou menos apurada e elegante das casuísticas nacionais e internacionais sobre este tema e estabelecer comparações.

Seria uma das abordagens possíveis, eventualmente repleta de números, percentagens, incidências, prevalências, custos...

Poderia, por exemplo, começar por dizer que, segundo o relatório da NFO (National Foundation for Osteoporosis - USA) recentemente difundido, reportando-se às despesas de saúde das fracturas osteoporóticas no ano de 1995, estas somaram a quantia de 13,8 biliões de dólares - cerca de 2 milhões 484 mil contos!<sup>(1)</sup> De entre estas, as fracturas do colo do fémur constituíram cerca de 63% do total e 73% das despesas de internamento ...

Prosseguiria, ressaltando os resultados das casuísticas nacionais<sup>(2,3)</sup>, que revelam os custos do tratamento destas fracturas superiores aos do Enfarte do Miocardio e proximos dos das Neoplasias Digestivas, numeros esses corroborados pelo artigo publicado nesta Acta.

No entanto, e sem ter resistido a falar desses numeros, decidi apresentar uma vertente mais "humanizada" sobre este tema. Tal facto deveu-se a morte muito recente de uma minha doente osteoporótica. Tratava-se de uma doente de "estimação", de 70 anos, que devido a uma doença linfo-proliferativa, foi medicada com elevadas doses de corticoides precipitando o diagnostico de Osteoporose, provavelmente ja existente. Durante cerca de 5 anos a doente foi paciente e diligentemente por mim tratada, com recurso a diversas e sucessivas terapêuticas, com avaliação densitométrica anual e bioquímica semestral (como manda o figurino), com aparente "sucesso" terapêutico. Uma simples queda da posição de pé levou a uma

fractura do colo femoral, aliás prontamente resolvida cirurgicamente. O pós-operatório decorreu sem problemas até às 48 horas, falecendo a doente por provável acidente embólico pulmonar.

O mais irónico desta história foi que tendo a doente uma doença neoplásica, potencialmente mortal, viria a sucumbir por complicações de uma fractura osteoporótica.

A osteoporose é um importante problema de Saúde Pública, cada vez mais importante com o envelhecimento progressivo das populações. A osteoporose acarreta custos arrasadores (em Portugal, ainda não exactamente quantificados), faz sofrer, diminui a qualidade de vida<sup>(4)</sup> e, acima de tudo, mata...

Seria bom que todos: população em geral, profissionais de Saúde, entidades governamentais disso tomássemos consciência e que a nossa conduta fosse dirigida para a prevenção da Osteoporose.

*Maria Eugénia Simões*

Reumatologista do Instituto Português  
de Reumatologia de Lisboa

## BIBLIOGRAFIA

1. Ray N. F., Chan J. K., Thamer M., Melton L.J. Medical expenditures for the treatment of osteoporotic fractures in the United States in 1995: report from the National Osteoporosis Foundation. *J Bone Miner Res* 1997; 12: 24-35.
2. Dias A. A., Vaz C., Maia C. e col. Osteoporose. Dimensão e custos. *Rev Pot Reumatol*, 1991; 2: 250-3.
3. Branco J. B., Alves de Matos A. C. Custos hospitalares das fracturas osteoporóticas do colo do fémur. Estudo comparativo com outras doenças não transmissíveis. *Acta Reuma Port* 1995; 72: 7-22.
4. Lydick E., Zimmerman S. I., Yawn B., Love B., Kleerekoper M., Ross P. et al. Development and validation of a discriminative-quality of life questionnaire for osteoporosis (the OPTQoL). *J Bone Miner Res* 1997; 12: 456-63.

# Epidemiologia e Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur nos Hospitais da Universidade de Coimbra

L. Sousa Inês<sup>1</sup>, J. A. Pereira da Silva<sup>1</sup>, N. Canha<sup>2</sup>, A. Porto<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objectivos:** contribuir para o conhecimento da epidemiologia da OP e avaliação dos seus custos na região centro do país.

**Material e Métodos:** avaliámos comparativamente índices epidemiológicos e custos hospitalares nos HUC, dos doentes internados durante um período de 5 anos, de 1991 a 1995, por FOFC e outras importantes doenças não transmissíveis: o enfarte agudo do miocárdio (EAM), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), neoplasias malignas do tubo digestivo (ND) e doença hepática alcoólica crónica (DHAC). Os dados foram obtidos por consulta dos registos informatizados do Serviço de Estatística dos HUC. Para o cálculo dos custos hospitalares, aplicámos a Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo.

**Resultados:** no período em análise foram internados nos HUC 1573 casos de FOFC, dos quais 75,6% do sexo feminino; a idade média foi de 76,3 e 79,4 anos, no sexo masculino e feminino, respectivamente; a duração média de internamento foi de 17,9 dias; a mortalidade global de 3,6%. A FOFC foi a 2ª causa de internamento, das consideradas, e a 1ª no sexo feminino; representou a 2ª causa de internamento mais prolongado. O custo do internamento por FOFC foi o 2ª mais elevado, quer considerado globalmente, quer em termos de custo por doente.

**Conclusões:** as FOFC constituíram, no período em análise e nos HUC, uma patologia de extrema relevância. A semelhança com os resultados obtidos noutros centros sugere ser esta uma realidade de âmbito nacional, que importa estudar em profundidade, de forma a serem postas em marcha as indispensáveis medidas profiláticas.

**Palavras-chave:** osteoporose; fractura do colo do fémur; epidemiologia; custos hospitalares.

<sup>1</sup>Serviço de Medicina III e Reumatologia; H.U.C.

<sup>2</sup>Serviço de Ortopedia; H.U.C.

\* Menção Honrosa nos "Prémios Rhône-Poulenc Rorer de Investigação 1996"

## INTRODUÇÃO

A osteoporose (OP) foi definida pela Conferência de Consenso de 1990 como uma "doença caracterizada por baixa massa óssea e deterioração da microestrutura do tecido ósseo, que conduz a aumento da fragilidade do osso e conseqüente aumento do risco de fracturas"<sup>(1)</sup>. Ocorre fundamentalmente a partir dos 50 anos em ambos os sexos, com prevalência crescente com a idade e marcada predominância no sexo feminino.

Estima-se que cerca de 40% das mulheres e 15% dos homens sofrerão pelo menos uma fractura osteoporótica durante a sua vida<sup>(2)</sup>. As fracturas mais típicas são as vertebrais, as da extremidade distal do rádio e as do colo do fémur (FCF). As FCF constituem a consequência mais grave da osteoporose, pela considerável mortalidade e elevados custos socio-económicos, quer do tratamento agudo hospitalar quer da assistência a longo prazo.

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a um incremento explosivo da prevalência de OP e do número de FCF por todo o Mundo, não só pelo aumento da esperança de vida, mas também por se observar um acréscimo da incidência de FCF na população idosa, atribuído a modificações do estilo de vida. Estima-se que ocorram actualmente no mundo cerca de 1,6 milhões de FCF por ano (uma cada 20 segundos). As estimativas mais conservadoras indicam que serão mais de 6 milhões dentro de 60 anos<sup>(3)</sup>. Portugal não é excepção. Em estudos retrospectivos realizados em três áreas distintas do país (Porto, Lisboa e Madeira), na década de 80 verificaram-se incidências anuais (por 100.000 habitantes) para a população com mais de 50 anos de idade que variam entre 130 a 160 no sexo feminino e de 80 a 110 no sexo masculino<sup>(4-6)</sup>. Numa avaliação prospectiva integrada num estudo europeu, relativa ao biénio 1988/89, verificou-se, no Porto, no mesmo grupo populacional, uma incidência de 332/100.000 mulheres e de 184/100.000 homens.

Embora tenhamos uma incidência de fracturas algo inferior à dos países do norte da

Europa<sup>(7)</sup>, vimos aumentar a nossa esperança média de vida em mais de 7 anos nas últimas três décadas, o que, conjuntamente com a aquisição progressiva de hábitos de vida moderna se traduzirá, necessariamente, num aumento progressivo do risco de osteoporose e das fracturas que lhe estão associadas.

## OBJECTIVOS

A osteoporose é portanto um importante problema de saúde pública à escala mundial, sendo uma das doenças crónicas mais prevalentes entre os idosos. É fundamental o claro conhecimento da dimensão do problema em Portugal, ainda mal avaliado, de forma a definir as estratégias mais adequadas ao seu controlo e a evitar uma evolução exponencial dos seus custos humanos e económicos. Alguns estudos procuraram avaliar a importância das FCF em hospitais portugueses. Destacamos o excelente trabalho desenvolvido no Hospital de Egas Moniz<sup>(8)</sup>, demonstrando que, neste hospital, as FCF implicam uma sobrecarga hospitalar e gastos financeiros equiparados ao enfarte agudo do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença hepática alcoólica crónica.

Com o nosso trabalho, pretendemos contribuir para o conhecimento da epidemiologia da OP e avaliação dos seus custos na região centro do país. Os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) oferecem, a este propósito, particularidades relevantes dado abrangerem uma população muito heterogénea, cuja diversidade educacional, sócio-económica e laboral pode permitir uma melhor extrapolação para a realidade nacional. Com finalidade comparativa, optámos por um formato de estudo idêntico ao anteriormente referido.

## MATERIAL E MÉTODOS

Procedemos ao estudo das características epidemiológicas e custos hospitalares nos HUC, das fracturas osteoporóticas do colo do fémur (FOCF) no período de 1991 a 1995. Avaliámos

Quadro I Percentagem de Altas Hospitalares de 1995, em falta à data do estudo.	
Serviço hospitalar	% em falta
Cardiologia e UCIC	2,5%
Cirurgia I, II, III	11,8%
Gastroenterologia	13,1%
Medicina I, II, III	9,9%
Pneumologia	2,6%
Ortopedia e Ortopedia	8,0%

UCIC: unidade de cuidados intensivos cardiológicos.

os mesmos índices em outras importantes doenças não transmissíveis: enfarte agudo do miocárdio (EAM); doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); neoplasias malignas do tracto digestivo (ND) e doença hepática alcoólica crónica (DHAC), procedendo à comparação das respectivas incidências, mortalidade e custos hospitalares.

O levantamento foi feito por consulta dos registos informatizados do Serviço de Estatística dos HUC. A percentagem de altas em falta no registo à data de colheita dos dados, era inferior a 2% para os primeiros 4 anos do estudo mas representava ainda uma parte significativa dos internamentos verificados no ano de 1995 (Quadro I).

Para fins deste estudo consideraram-se como "osteoporóticas" as fracturas do colo do fémur que reuniam os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 50 anos (por ser a idade a partir da qual a prevalência de OP na população geral se torna significativa);
- Fractura ocorrida por traumatismo mínimo (equivalente a queda de altura igual à do corpo ou inferior);
- Excluíram-se os doentes com neoplasia maligna, bem como os reinternados por complicações de FCF anterior.

No que respeita às restantes patologias, seleccionaram-se os doentes cujo internamento resultou directamente de:

- Neoplasias malignas do esófago, estômago ou intestino (ND);
- Enfarte agudo do miocárdio (EAM);
- doença hepática alcoólica crónica (DHAC);
- bronquite crónica e enfisema pulmonar (DPOC).

Para o cálculo dos custos hospitalares, aplicámos a Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (Portaria nº388/94 do Ministério da Saúde), que estabelece custos hospitalares atribuídos a patologias diversas, no quadro do S.N.S..

## RESULTADOS

### EPIDEMIOLOGIA DAS FOCF

No período em análise, foram internados nos HUC, 1816 doentes com fractura do colo do fémur. Destes, 1573 casos (86,6%) satisfaziam os critérios de fractura osteoporótica (FOCF) acima expostos.

A figura 1 apresenta a distribuição dos casos de FOCF por ano e por sexos. Note-se a muito maior incidência no sexo feminino, com 75,6% dos casos. Quanto à variação anual, a aparente diminuição do número de casos registados em 1995, deve ser vista com reserva já que estavam em falta, à data do levantamento, 8% dos processos de ortopedia relativos a esse ano.

A análise da incidência mensal (Figura 3), revela menor número de ocorrências nos meses quentes, de Maio a Setembro, no sexo feminino, mas não se observa esta relação nítida com a estação do ano no sexo masculino.

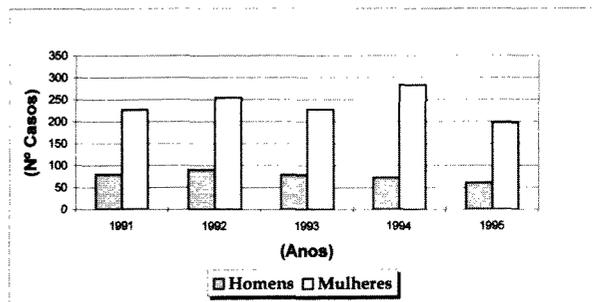


FIG. 1 - Distribuição do nº de FOCF por ano e por sexo

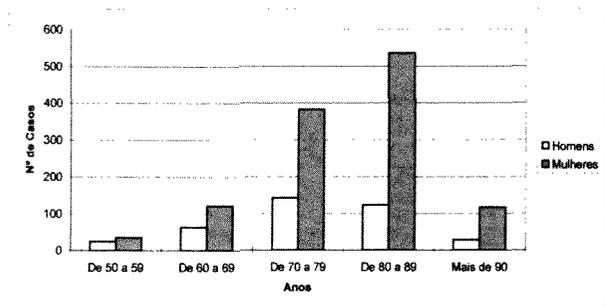


FIG. 2 - Distribuição do nº de FOCF por grupo etário e por sexo

A distribuição de casos por grupo etário e por sexo é apresentada na Figura 2. A idade média de ocorrência foi de 76,3 anos no sexo masculino e de 79,4 anos no sexo feminino (Quadro II). Tal como esperado, a maioria dos casos é repre-

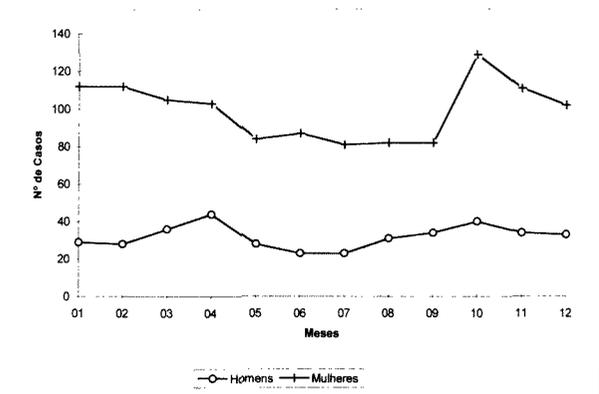


FIG. 3 - Incidência de FOCF por meses e por sexo

sentada por doentes com mais de 80 anos, que representam 51,1% do total, com larga preponderância de mulheres idosas (>80 anos) que constituem, só por si, 41 % de todos os casos. Se considerarmos todas as mulheres com mais de 70 anos de idade, incluímos 65,7% de todas as admissões por FOCF.

As fracturas trocantéricas (transtrocantérica e subtrocantérica) foram mais frequentemente observadas do que as do colo (subcapitais, transcervicais e basicervicais), em ambos os sexos (Quadro II).

Para o tratamento destas fracturas, realizou-se osteossíntese em 66% dos casos, artroplastia em 27% e optou-se por tratamento conservador (tracção) em 4% (Quadro III).

A duração média de internamento foi de 17,9 dias, sendo inferior no sexo feminino (17,2 dias) em relação ao masculino (20,0).

A mortalidade intra-hospitalar global para a FOCF foi de 3,6%, sendo semelhante em ambos os sexos (Masc.: 3,6%; Fem.: 3,5%). Não encontramos variação significativa da mortalidade nos diferentes anos, nem relação com a localização da fractura. No referente à idade, verificámos um aumento progressivo da mortalidade intra-hospitalar de 1 para 8%, entre a 7ª e a 10ª década de vida.

O índice de mortalidade intra-hospitalar da FOCF (3,6%) é inferior à mortalidade global de todos os doentes da mesma faixa etária, internados nos HUC no mesmo período de tempo (6,1%). As FOCF representaram, contudo, uma percentagem extremamente elevada da morta-

Quadro II  
Distribuição de casos e média de idades, por tipo de fractura e sexo

Tipo de fractura	MULHERES		HOMENS		TOTAL
	%	Idade média	%	Idade média	%
Trocantérica	65,3	80,4	64,0	76,1	65,0
Cervical	13,5	77,2	19,0	76,0	14,9
Não especificada	21,2	77,7	17,0	77,2	20,1
Total	100	79,4	100	76,3	100

Quadro III Distribuição de casos segundo o tipo de tratamento		
Tipo de tratamento	Nº de casos	% do total
Osteossíntese	1039	66,1
Prótese	422	26,8
Conservador	68	4,3
Não especificado	44	2,8

Quadro IV % da mortalidade total em Ortopedia devida às FOCF	
Anos	%
1991	37,5
1992	46,7
1993	53,8
1994	32,4
1995	20
Total	36,4

lidade total observada nos Serviços de Ortopedia (Quadro IV), chegando a responder por mais de 50% dos casos fatais verificados em 1993.

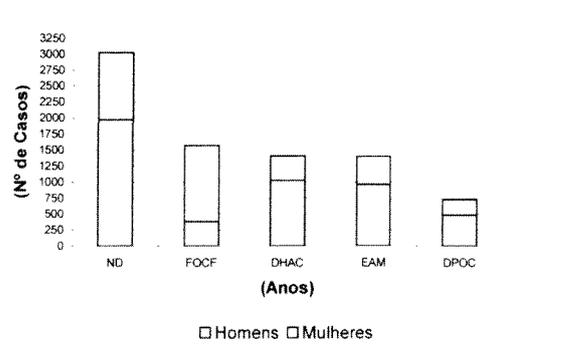


FIG. 4 - Distribuição de casos por patologia e por sexo

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO

O Quadro V apresenta as características epidemiológicas fundamentais relativas aos internamentos nos HUC, devidos a EAM, DPOC, DHAC, ND e FOCF, no período de 1991 a 1995. A distribuição por sexos, nas diferentes patologias, é apresentada graficamente na Figura 4.

A FOCF foi a segunda causa mais frequente de internamento neste período de 5 anos, só ultrapassada pela ND. Ao contrário das fraturas, todas as outras patologias predominam, como causa de internamento, largamente no sexo masculino, de tal forma que a FOCF foi, no sexo feminino, a patologia mais frequente,

Quadro V Características demográficas da população por patologia						
Patologia	Mulheres		Homens		Total	
	Nº	Idade (DP)	Nº	Idade (DP)	Nº	Masc./Fem.
ND	1050	65,3 (13,7)	1975	64,3 (12,0)	3025	1,9/1,0
FOCF	1190	79,4 (8,7)	383	76,3 (9,8)	1573	1,0/3,1
DHAC	383	55,5 (12,1)	1023	55,7 (12,9)	1406	2,7/1,0
EAM	435	72,4 (10,2)	960	63,0 (12,5)	1395	2,2/1,0
DPOC	237	66,5 (14,2)	488	66,7 (11,9)	725	2,0/1,0

DP: desvio padrão.  
Masc./Fem.: sexo masculino/sexo feminino.

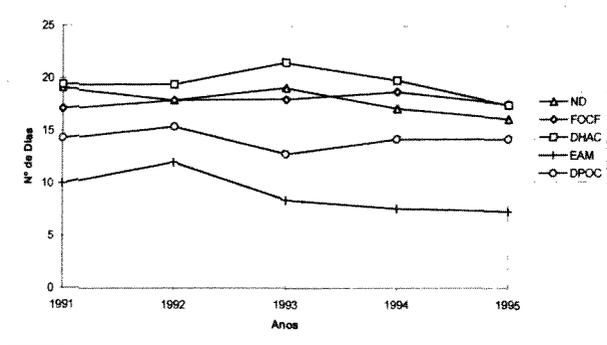


FIG. 5 - Duração média de internamento por patologia e por ano.

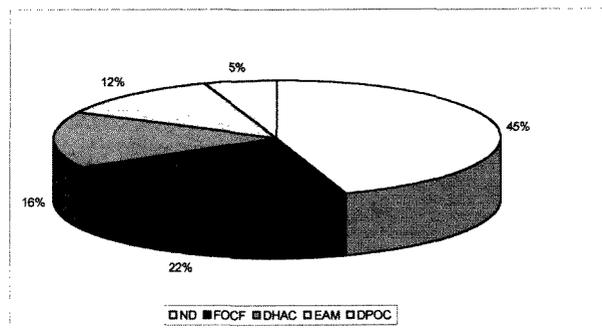


FIG. 6 - Custo de cada patologia no total da sua soma.

Patologia	Dias de internamento	
	Total	Média
ND	51.359	17,9
FOCF	24.428	17,9
DHAC	25.973	19,5
EAM	11.502	8,8
DPOC	9.621	14,2

sendo mais importante quantitativamente que o EAM, DPOC e DHAC considerados conjuntamente.

Na análise da duração média de internamento por patologia (Quadro VI), verifica-se que as

FOCF representam a segunda causa de internamento mais prolongado. No conjunto, as FOCF justificaram um total de 24.428 dias de internamento neste período, ligeiramente inferior à DHAC e superior ao conjunto EAM + DPOC. Importa sublinhar que não houve redução da duração média de internamento destes doentes no período em análise, ao contrário dos internados por ND e EAM (Figura 5).

A mortalidade verificada em cada um destes grupos de doentes é apresentada no Quadro VII. A FOCF tem o menor índice de mortalidade intra-hospitalar das patologias consideradas. Em termos absolutos, as FOCF foram responsáveis por 8,4% das mortes devidas ao conjunto destas patologias, representando uma percentagem bastante mais elevada no sexo feminino (17,1%) do que no masculino (3,6%). O índice de mortalidade de cada patologia,

Patologia	Mulheres		Homens		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	ND	69	6,6	149	7,5	218
FOCF	42	3,5	14	3,6	56	3,6
DHAC	42	11,0	118	11,5	160	11,4
EAM	78	17,9	89	9,3	167	12,0
DPOC	14	5,9	29	5,9	43	5,9

Quadro VIII						
Índice de mortalidade por patologia e por ano (%)						
Patologia	1991	1992	1993	1994	1995	Total
ND	6,9	6,6	8,6	7,5	6,1	7,2
FOCF	2,9	4,1	4,6	3,1	3,1	3,6
DHAC	9,1	11,3	10,4	11,5	14,4	11,4
EAM	12,0	12,2	12,1	11,8	11,7	12,0
DPOC	6,4	13,4	4,0	3,3	5,0	5,9

manteve-se relativamente estável entre 1991 e 1995 (Quadro VIII), com excepção da DHAC, na qual se verificou um aumento.

### CUSTOS HOSPITALARES COMPARADOS

Efectuámos o cálculo dos custos hospitalares pela aplicação da Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo. No Quadro IX apresentamos, a título exemplificativo, alguns GDH e respectivo custo previsto.

O custo médio por doente, em cada uma das patologias em estudo, é apresentado no Quadro X. O custo médio por doente com FOCF foi o segundo mais elevado, com 711 mil escudos, valor próximo ao do grupo patológico mais caro, as ND, com 770 mil escudos por doente.

Os custos hospitalares globais por patologia, no período de 5 anos em análise, calculados de acordo com a metodologia descrita anteriormente, são apresentados no Quadro XI e os respectivos valores percentuais na Figura 6.

O custo global dos internamentos por FOCF foi o segundo mais elevado, com 1 milhão e 118

Quadro IX			
Excerto da Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (16/06/1994)			
GDH	Descrição	Duração do Internamento prevista (dias)	Preço (contos)
88	DPOC	3 a 28	316,09
121	EAM c/ complicações, alta vivo	3 a 32	502,79
122	EAM s/ complicações, alta vivo	3 a 30	385,49
123	EAM, falecido	1 a 23	408,17
148	Grande intervenção ao intestino delgado e grosso c/ complicações	4 a 39	1.026,23
154	Intervenção esófago, estomago e duodeno, c/ compl. (idade>17)	4 a 39	1.140,15
172	Doença digestiva maligna c/ complicações (trat. não cirúrg.)	3 a 32	541,13
202	Cirrose e hepatite alcoólica	3 a 32	492,71
209	Prótese da anca, total ou parcial	6 a 39	829,90
211	Osteossíntese da anca	5 a 35	655,07
236	Fractura do colo do fémur: tratamento conservador	4 a 38	475,96

Quadro X Custos hospitalares médios por doente e por patologia	
Patologia	Custo por doente (contos)
ND	769,8
FOCF	711,0
DHAC	576,6
EAM	461,1
DPOC	369,0

Quadro XI Custos hospitalares por patologia	
Patologia	Custos (contos)
ND	2.328.675
FOCF	1.118.346
DHAC	810.747
EAM	643.228
DPOC	267.546

mil contos, representando 22% da despesa total correspondente aos cinco grupos patológicos. Este valor representa uma despesa quase dupla da atribuída aos EAM.

## DISCUSSÃO

A importância de estudos epidemiológicos sobre osteoporose e fracturas em Portugal ficou bem demonstrada na introdução. A realização de estudos nacionais com grande rigor científico, que representariam a metodologia ideal, confronta-se com a enorme dificuldade na sua realização e a carência geral de dados estatísticos sobre a Saúde no nosso país. A apreciação da importância relativa das FOFC num estabelecimento hospitalar representa um contributo para os fins enunciados mas está necessariamente afectada por dificuldades de vária ordem. Os HUC têm a particularidade de representar o papel de Hospital concelhio e Distrital para a população do Distrito (cerca de 220.000 pessoas), que divide com o Centro Hospitalar de Coimbra, e de Hospital de referência para quase toda a zona centro do país (mais de 2 milhões de pessoas). É incerta a taxa de cobertura que os HUC representam em diferentes áreas desta zona e para diferentes patologias. É também notório que esta taxa sofreu modificações importantes ao longo do período em análise, pela abertura e apetrechamento de novas unidades hospitalares, embora não seja possível quantificar de forma segura a sua im-

portância. Em qualquer dos casos, a casuística considerada continua a incluir uma percentagem elevada de doentes provenientes de outros distritos da zona centro do país. É plausível, contudo, que existam enviesamentos na selecção dos doentes enviados aos HUC e que eles possam ser diferentes em diferentes áreas geográficas e consoante a patologia.

Postas estas reservas, que limitam sobretudo a extrapolação dos resultados para um âmbito regional ou nacional, importa sublinhar que os registos informáticos dos HUC atingem, actualmente, um nível satisfatório de qualidade e que os dados apresentados constituem uma boa representação da realidade deste hospital.

O número total de FOFC observado é bastante elevado, se tivermos em conta o enquadramento geográfico dos HUC e o facto de que várias outras unidades hospitalares da zona centro são autónomas no tratamento desta condição. Não observámos, no período em análise, qualquer variação significativa no número de fracturas admitidas ao nosso Hospital. Se por um lado poderíamos esperar um aumento da incidência, é necessário ter em conta que estas variações epidemiológicas se instalam ao nível populacional numa escala de décadas e não de anos, pelo que esta estabilidade não é de estranhar. Por outro lado, a variação na oferta de Serviços Médicos alternativos na zona de referência dos HUC, pode também ter influenciado este número de forma significativa. A distribuição por sexos é semelhante ao observado em outros estudos nacionais<sup>(4,8)</sup> e estrangeiros<sup>(3,7,9)</sup>.

Se, por um lado, esta observação dá consistência aos nossos resultados e sublinha a semelhança com outros países, reforça, por outro lado, o conceito de que a osteoporose está longe de ser um problema exclusivo da mulher pós-menopáusicas, e que a sua importância no sexo masculino não pode ser descurada.

Também a idade média de ocorrência de fracturas é semelhante à observada noutras séries<sup>(7,8)</sup>. A marcada preponderância de mulheres com mais de 70 anos sublinha a importância da estratégia preventiva, já que este grupo populacional se encontra em marcada expansão no nosso país e a ocorrência de fractura representa o culminar de um longo processo de perda de massa óssea que importa prevenir algumas décadas mais cedo.

Tal como noutros estudos, predominaram, entre nós, as fracturas trocântéricas, e mais de 95% dos casos exigiram intervenção cirúrgica de correcção. Não observámos relação entre a mortalidade e o tipo de tratamento empregue.

A duração média de internamento é bastante inferior à verificada no Hospital de Egas Moniz<sup>(8)</sup> (29,2 dias) ou no Porto<sup>(4)</sup> (29 dias). Esta discrepância poderia resultar de uma maior disponibilidade de Hospitais de retaguarda nos HUC. Contudo, não verificámos diferença significativa neste parâmetro entre os doentes transferidos para outros hospitais e os que concluíram o internamento nos HUC. Um internamento mais curto poderá contribuir para uma diminuição dos custos hospitalares, mas não é de excluir quer possa aumentar os custos posteriores ou mesmo a mortalidade extra-hospitalar, se resultar, como parece provável, numa recuperação menos completa.

A mortalidade intra-hospitalar global para as FOCF nos HUC (3,6%) é bastante inferior à verificada no Porto<sup>(4)</sup> (10,1%) e no Hospital de Egas Moniz<sup>(8)</sup> (10,2%). A mortalidade das FOCF nos HUC aproxima-se bastante da referida em centros internacionais<sup>(10,11)</sup>. Podendo estes dados sugerir um índice de qualidade superior, seriam necessários estudos adicionais para excluir a importância potencial de factores de enviesamento relacionados com a política de altas em diferentes unidades hospitalares.

Em consonância com a literatura, verificámos um significativo aumento da mortalidade intra-hospitalar das FOCF com a idade, a partir dos 60 anos. Entre os 50 e os 59 anos, verificaram-se 2 mortes, num total de 60 FOCF. Embora os registos informáticos não nos permitam analisar a causa da morte, é de admitir que a mortalidade de 3% observada nesta década, em claro desfazamento com a evolução posterior, possa dever-se a causa espúria.

O estudo comparativo com outras patologias não transmissíveis de inegável relevância social permite avaliar de forma mais sustentada a importância relativa das FOCF. Naturalmente, a selecção das patologias para comparação, necessariamente subjectiva, influencia de forma decisiva esta avaliação relativa. A escolha da DPOC, DHAC, EAM e ND justificam-se, a nosso ver, por se tratar de patologias altamente prevalentes entre nós. Este critério é reforçado, no caso do EAM e ND, por terem merecido, ao longo dos últimos anos, um elevado grau de atenção do público em geral e das autoridades de Saúde.

É de destacar o lugar cimeiro que as FOCF ocupam como causa de internamento, entre todas as patologias consideradas, sobretudo no sexo feminino, em que representaram a causa mais frequente de admissão hospitalar, justificando mais dias de internamento do que o total representado por EAM, DPOC e DHAC.

O cálculo dos custos hospitalares com base nos custos atribuídos aos GDH está longe de ser o ideal. Um estudo completo, contudo, é impraticável entre nós, por não ser possível avaliar de forma clara os custos de diária, intervenção cirúrgica, medicação, etc., em cada doente considerado. Uma leitura rápida da Tabela deixa de imediato a impressão de que os custos apontados se afastam, em muitos casos, do custo real, até por não terem em conta a duração de internamento, dentro de limites bastante largos. Contudo, o uso deste método ajusta-se ao objectivo central deste trabalho: a sensibilização das autoridades de saúde para a problemática da osteoporose e suas dimensões económicas. Caso se aplicasse a todo o país o sistema de financiamento por GDH, como pro-

posto pelo Estado, estes seriam os valores que o Estado teria que desembolsar, só para os HUC, no referente a cada uma destas patologias. Isto permite estabelecer paralelos imediatos com as relações custo/benefício de estratégias preventivas.

Globalmente, as FOCF representaram 22% do total dos custos justificados por todas as patologias em consideração, consumindo, só nos HUC, mais de 1,1 milhões de contos em 5 anos. Se excluíssemos as ND (não consideradas no estudo do H. Egas Moniz), esta percentagem sobe para 39,4%. Esta percentagem é bastante semelhante à verificada naquele estudo (41,6%), apesar da diferente metodologia de cálculo usada. Este facto é de sublinhar, na sua consistência, dado tratar-se de duas unidades hospitalares muito distintas, com grandes diferenças no nível educacional e económico, distribuição rural/urbano, tipo de trabalho, etc, das populações que atendem e que poderiam justificar grandes diferenças na prevalência das diferentes patologias. Esta observação sugere que os custos relativos das FOCF poderão ser razoavelmente semelhantes e igualmente elevados, em diferentes áreas do território nacional.

Destacamos que os custos hospitalares das FOCF, que avaliamos, representam apenas uma fracção, a mais visível, dos custos socio-económicos da osteoporose, e talvez não a mais importante. Os estudos abrangentes acerca das consequências da osteoporose a longo prazo na comunidade, são escassos a nível internacional e inexistentes em Portugal.

Sublinhe-se, contudo, que a maior parte dos estudos realizados sugerem que os custos hospitalares das FOCF representam apenas 45 a 50% dos custos directos desta patologia<sup>(12, 13)</sup>. A mortalidade extra-hospitalar nos primeiros 12 meses após a fractura pode atingir os 20%, e 13 % mais morrerão no ano seguinte<sup>(14)</sup>, aumentando de 2 a 5 vezes em comparação com uma população de idade semelhante<sup>(15)</sup>. Nos E.U.A. mais de 50% dos sobreviventes de FOCF saem dos Hospitais para lares especializados<sup>(16)</sup>. Com efeito, cerca de 50% das vítimas de FOCF não voltam a caminhar de forma independente, 70% são incapazes de transferir-se sózinhos da

cama para uma cadeira e 87% ficam incapazes de subir escadas de forma independente<sup>(17)</sup>. Mais de 30% poderão estar permanentemente acamados após 6 anos<sup>(17)</sup>. De tudo isto resulta que os custos hospitalares da FOCFs são pouco mais do que a ponta de um iceberg de custos económicos e sociais cujo crescimento é urgente impedir.

São necessários estudos de seguimento dos doentes na comunidade, em Portugal, para que possamos avaliar de forma segura a dimensão destes custos entre nós.

Globalmente, pode concluir-se do estudo realizado, que as fracturas osteoporóticas do colo do fémur constituíram, no período em análise e nos HUC, uma patologia de extrema relevância, pelo elevado número de doentes; pela duração prolongada do internamento e necessidade de grande cirurgia e ainda pelo enorme consumo de recursos humanos e financeiros que implicou. O paralelismo com os dados obtidos em estudos realizados no estrangeiro sugere que Portugal partilha do mesmo contexto epidemiológico que justifica a enorme preocupação das entidades de Saúde internacionais com o crescimento exponencial da osteoporose e das fracturas nas décadas vindouras. A semelhança com os resultados obtidos noutros centros nacionais reforça a consistência de ambos os estudos e sugere ser esta uma realidade de âmbito nacional, que importa estudar em profundidade, de forma a serem postas em marcha as indispensáveis medidas profilácticas.

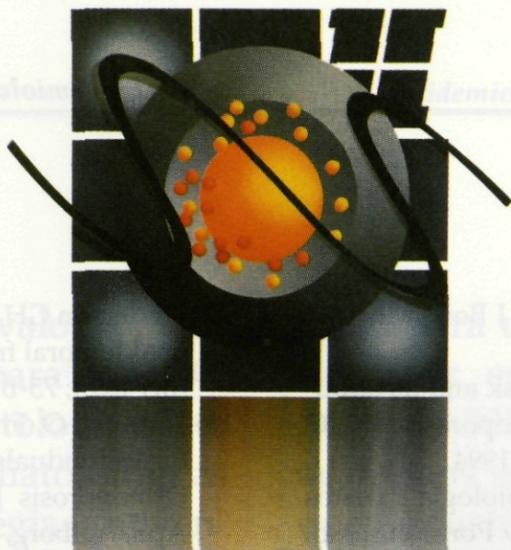
## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. J. C. Figueiredo a indispensável colaboração na obtenção dos dados do Serviço de Estatística dos HUC.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Consensus Development Conference. Prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 1991; 90: 107-110
- 2 - Melton LJ, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Wahner HW, Riggs BL (1991). Long-term fracture risk prediction with bone mineral

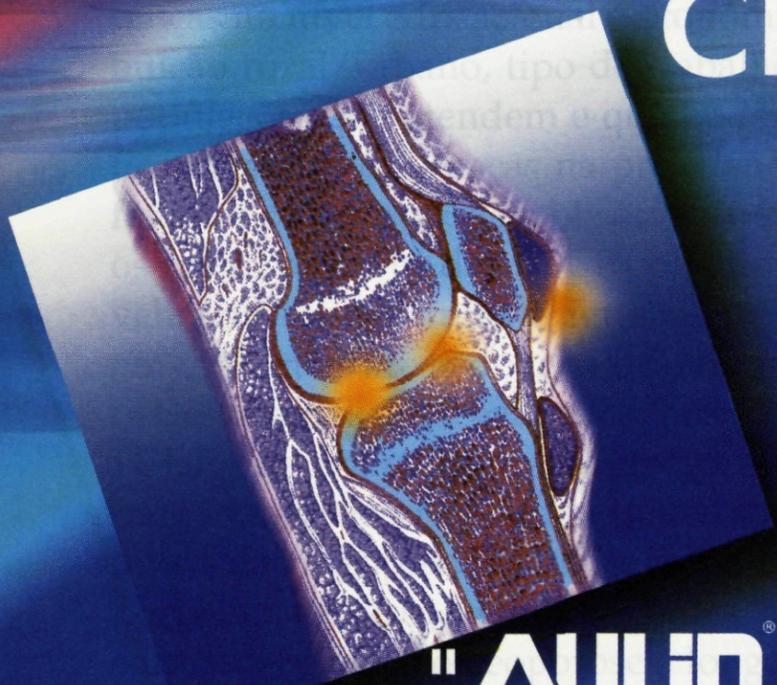
- measurements made at various skeletal sites. *J Bone Min Res* 1991; 6 (Suppl 1): S136.
- 3 - WHO Study Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical report Series, nº 843. WHO, Geneve, 1994.
  - 4 - Dias AA, Ferreira FF, Quintal A e col. Epidemiologia e custos das fracturas osteoporóticas em Portugal. *Rev Port Reumatol* 1990; 1: 26-35.
  - 5 - Matos ACA, Tavares V, Branco JB e col. Epidemiology of hip fractures in the westrn region of Lisbon. In Christiansen e Overgaard K (eds). *Osteoporosis 1990*, Handelstrykkeriet Aalborg, Denmark: 135-137.
  - 6 - Rodrigues M, Branco JB, Menezes V e col. Hip fractures: influence of calcium levels in drinkable water. In Christiansen C e Overgaard K (eds). *Osteoporosis 1990*, Handelstrykkeriet Aalborg, Denmark: 175-176.
  - 7 - Elffors I, Allander E, Kanis JA e col. The variable incidence of hip fracture in Southern Europe: the MEDOS Study. *Osteoporosis Int* 1994; 4: 253-263.
  - 8 - Branco JC, Alves de Matos AC. Custos hospitalares das fracturas osteoporóticas do colo do fémur. Estudo comparativo com outras doenças não transmissíveis. *Acta Reum Port* 1995; 72: 7-22.
  - 9 - Ross PD: Osteoporosis. Frequency, consequences, and risk factors. *Arch Int Med* 1996; 156: 1399-1411.
  - 10 - Anderson GH, Raymakers R, Gregg PJ. The incidence of proximal femoral fractures in an English County. *J Bone Joint Surg (Br)* 1993; 75-B: 441-444.
  - 11 - Jonhnel O. Fracture outcomes: consequences of osteoporosis for individuals and society. In, Christiansen C e Riis B (eds). *Osteoporosis Proceedings 1993*, Handelstrykkeriet Aalborg ApS, Aalborg, Denmark: 67-69.
  - 12 - Praemer A, Furner S, Rice DP. *Musculoskeletal conditions in the United States*. Park Ridge, Illinois: American College of Orthopaedic Surgeons; 1992.
  - 13 - Borgquist L, Lindelow G, Thorngren K-G. Costs of hip fracture. *Acta Orthop Scand* 1991; 62: 39-48.
  - 14 - Barret-Connor E. The economic and humancosts of osteoporotic fractures. *Am J Med* 1995; 98 (Suppl 2A), 3S-8S.
  - 15 - US Congress Office of Technology Assessment. *Hip fracture outcomes in people aged fifty and over: background paper*, Washington DC; Office of Technology Assessment; 1994. Publication OTA-BP-H-120.
  - 16 - Kellie SE, Brody JA. Sex-specific and race-specific hip fracture rates. *Am J Public Health* 1990; 80: 326-328.
  - 17 - Marotolli RA, Berkman LF, Cooney LM. Decline in physical function following hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 861-866.
  - 18 - Jalovaara O, Virkkunen H. Quality of life after Hemiarthroplasty for femoral neck fracture. *Acta Orthop Scand* 1991; 62: 208-217.



# AULIN<sup>®</sup>

nimesulide

## PATOLOGIA INFLAMATÓRIA CRÓNICA



**Osteoartrose e outras artropatias**

"AULIN<sup>®</sup> inibe a formação e libertação dos RLO e actua selectivamente, inibindo a COX-2"

Rabassada, X.: Nimesulide: A selective cyclooxygenase 2 inhibitor anti-inflammatory drug; Drugs of Today, Vol 32, Suppl. D, 1996



**DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA:** AULIN **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém: **Princípio Activo:** Nimesulide 100 mg. Excipientes: Dicotil Sulfosuccinato de Sódio 1,50 mg, Hidroxipropilcelulose 0,80 mg, Lactose 153,70 mg, Amido glicolado de sódio 35,00 mg, Celulose microcristalina 100,00 mg, Óleo vegetal hidrogenado 8,00 mg, Estearato de magnésio 1,00 mg. **FORMA FARMACÉUTICA E VIA DE ADMINISTRAÇÃO:** Comprimidos dosados a 100 mg de Nimesulide, para administração oral. **Propriedades farmacológicas:** O AULIN é uma nova molécula não esteroide com uma acção anti-inflamatória, analgésica e antipirética. O seu princípio activo (Nimesulide) integra um grupo funcional sulfonamídico que o diferencia da maior parte dos fármacos anti-inflamatórios actuais dotados de grupos carboxílico ou enólico. O AULIN actua sobre os mecanismos-chave do processo inflamatório ao inibir parcialmente a ciclooxigenase (sem efeito sobre a síntese das prostaglandinas gástricas PGI<sub>2</sub> e PGE<sub>2</sub>, com significado citoprotector). A estrutura química de AULIN indica um mecanismo de tipo "scavenger", através do qual o fármaco neutraliza a formação de radicais livres de Oxigénio produzidos ao nível da cascata do ácido araquidónico e libertados em grande quantidade na origem do processo inflamatório por numerosos tipos de células (granulócitos, neutrófilos, macrófagos). O mecanismo de acção de AULIN confere à molécula um melhor perfil terapêutico em comparação com fármacos anti-inflamatórios conhecidos unicamente como inibidores da síntese das prostaglandinas. O princípio activo de AULIN é absorvido quase completamente através do tracto gastrointestinal em curto espaço de tempo. Após a administração oral de AULIN as concentrações plasmáticas máximas são atingidas ao fim de 1/2 hora e a sua acção mantém-se durante cerca de 6 a 8 horas. Depois de uma dose oral única de 100, 200 e 300 mg, as concentrações plasmáticas máximas oscilam por 1,7 a 2,3 mcg/ml, 3 a 9 mcg/ml e 5 a 10 mcg/ml respectivamente. O volume médio aparente de distribuição é de 312,2 a 328,2 ml/kg. A semi-vida plasmática de eliminação oscila entre 3,41 e 3,61 horas. A percentagem de ligação às proteínas plasmáticas é elevada (> 95%) e directamente proporcional à concentração plasmática. AULIN é metabolizado no fígado sendo o 4-hidroxi-nimesulide o principal e único metabolito. AULIN é eliminado em maiores quantidades pela urina como fármaco biotransformado e o restante pelas fezes; 98% da dosagem administrada é eliminada nas 24 horas sem dar lugar a fenómenos de acumulação, mesmo em tratamento prolongado. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** **Indicações terapêuticas:** ORL: Rinite, Sinusite, Otite, Faringite, Laringite, Amigdalite. Urologia: Cistite, Uretrite, Prostatite, Orquite, Epididite, Ginecologia: Endometrite, Anexite, Salpingite, Inflamação pélvica. Flebiologia: Flebite, Tromboflebite, Úlcera varicosa, Síndrome varicosa, Síndrome hemorroidal. Cirurgia/Traumatologia: Feridas cirúrgicas e contusas, sub-luxação, luxação.

**Estomatologia:** Extração dentária, Estomatite, Fleimão, Abscesso dentário. **Contra Indicações:** Não deve ser utilizado em situações de hipersensibilidade individual ao produto AULIN, e não deve ser administrado a indivíduos com hemorragia gastrointestinal em actividade ou úlcera gastroduodenal em fase activa. **Efeitos Indesejáveis:** Normalmente nas doses recomendadas o AULIN é bem tolerado. Ocasionalmente podem observar-se efeitos secundários de carácter transitório como dor de cabeça, náusea e gastralgia, embora de baixa intensidade, sendo rara a necessidade de suspender o tratamento. A semelhança de outros anti-inflamatórios não esteroide, AULIN raramente pode provocar reacções cutâneas de tipo alérgico, vertigens, sonolência, ulceração péptica e/ou hemorragia gastrointestinal. **Precauções Particulares de Emprego:** Como todos os medicamentos muito activos, AULIN deve ser utilizado com precaução em doentes com anamnése de doença hemorrágica, em doentes com afecções do tracto gastrointestinal superior e em indivíduos sujeitos a tratamentos com anticoagulantes ou inibidores de agregação plaquetária. Devem igualmente permanecer sob controlo doentes a quem estejam a ser administradas substâncias de baixa tolerabilidade gástrica. Nos doentes com insuficiência renal é necessário reduzir a posologia em relação aos valores do filtrado glomerular pois o fármaco é eliminado em maior quantidade pela via renal. Após sinais de alteração ocular com outros anti-inflamatórios não esteroide e ao verificarem-se distúrbios da visão deverá ser interrompido o tratamento e praticar um exame oftalmológico. **Utilização em caso de gravidez e de aleitamento:** Embora AULIN não tenha evidenciado toxicidade embrionária como para todos os fármacos não se aconselha o seu uso durante a gravidez. De momento, não se poderá afirmar se o fármaco é excretado no leite materno, pelo que não é recomendado o seu uso durante a lactação. **Interações Medicamentosas:** Não descritas. **Posologia e modo de administração:** **Posologia:** A posologia recomendada é de 50-100 mg de AULIN 2 vezes ao dia, podendo esta dosagem ser aumentada para 200 mg 2 vezes ao dia, consoante a gravidade dos sintomas e a resposta do doente. **Saberes especiais:** Não descritas. **Cuidados especiais:** Não descritas. Cuidos na capacidade de conduzir: Não descritas. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS:** Incompatibilidades: Não descritas. Estabilidade: 5 anos se for conservado à temperatura normal, e ao abrigo da luz e da humidade. Acondicionamento: Deve ser acondicionado em blisters de PVC250 + PVDC48 Ambré, ALU20 Duro Bilh + PVDC20. **Títular da autorização de lançamento no mercado:** Helsinn Produtos Farmacéuticos, SA - Quinta dos Palhas - Rua João Chagas, 53 Piso 3 - 1495 ALGÉS.

AULIN	P.V.P.	REGIME GERAL		REGIME ESPECIAL		C.M.T.D.:
		P. Estado:	P. Utente:	P. Estado:	P. Utente:	
20 comp. x 100 mg:	2 456\$00	1 719\$00	737\$00	2 088\$00	368\$00	246\$00
60 comp. x 100 mg:	6 166\$00	4 316\$00	1 850\$00	5 241\$00	925\$00	205\$00
20 cart. x 100 mg:	2 084\$00	1 459\$00	625\$00	1 771\$00	313\$00	208\$00
10 sup. x 200 mg:	1 601\$00	1 121\$00	480\$00	1 361\$00	240\$00	320\$00

# Anticorpos Anti-Filagrina na Artrite Crónica Juvenil

Isabel Abreu<sup>1</sup>, José A. Melo Gomes<sup>2</sup>, Amélia Bastos<sup>3</sup>, Joaquim A. Machado Caetano<sup>4</sup>

## RESUMO

**Objectivo:** O objectivo do nosso estudo foi procurar um novo marcador serológico que pudesse contribuir para melhorar a classificação das doenças reumáticas crónicas juvenis.

**Métodos:** Soros de 70 doentes com ACJ, 91 com Artrite Reumatoide do adulto (AR) e 35 crianças saudáveis foram estudados para a presença de anticorpos anti-filagrina (AAF). Estes anticorpos foram detectados pelo método de imuno- fluorescência indirecta (IFI) em cortes de esófago de rato.

**Resultados:** Os anticorpos anti-filagrina são raros na ACJ. Foram detectados em apenas 2 doentes com ACJ de início poliarticular e com factor reumatoide positivo (2,9% de todos os doentes com ACJ), em 44,0% dos doentes com AR e em nenhuma das crianças saudáveis (0,0%).

**Conclusão:** Os nossos resultados constituem evidência serológica adicional de que a maioria dos doentes com ACJ sofrem de uma entidade diferente da AR do adulto, quer clínica, quer serologicamente. Todas as crianças estudadas com doença reumática crónica e AAF positivos sofrem de Artrite Reumatoide Juvenil (Critérios da EULAR - doença poliarticular, com factores reumatoides IgM presentes no soro).

**Palavras chave:** Anticorpos anti-filagrina; Anticorpos anti-queratina; Artrite Crónica Juvenil; Artrite Reumatoide; Artrite Reumatoide Juvenil.

<sup>1</sup>Investigadora Auxiliar. Serviço de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

<sup>2</sup>Reumatologista com o Grau de Consultor da Carreira Médica Hospitalar. Consulta de Reumatologia Pediátrica, Instituto Português de Reumatologia. Reumatologista Consultor do Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro.

<sup>3</sup>Técnica de laboratório do Serviço de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

<sup>4</sup>Director do Serviço de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

## INTRODUÇÃO

Os anticorpos (Acs) anti-estrato córneo do epitélio do esófago de rato, usualmente denominados "Acs anti-queratina" (AAQ), foram descritos pela primeira vez em doentes com Artrite Reumatoide (AR) por Young e col. em 1979<sup>(1)</sup>.

Desde então, têm sido considerados o marcador serológico mais específico da AR<sup>(2-13)</sup>. Recentemente foi demonstrado que os "AAQ" reconhecem a filagrina da epiderme humana e Sebbag e col.<sup>(14)</sup> propuseram denominá-los anticorpos anti-filagrina (AAF).

Vários trabalhos referem que a prevalência dos "AAQ" em doentes com AR varia de 36 a 69%<sup>(2-13)</sup>. "AAQ" têm sido detectados ocasionalmente em outras doenças reumáticas<sup>(1,2,4,6,8)</sup>. Tendo elevada especificidade para a AR, este marcador serológico poderia ser uma ferramenta útil na classificação da Artrite Crónica Juvenil (ACJ - Critérios europeus - EULAR), ajudando a diferenciá-la, do ponto de vista serológico, da verdadeira AR do adulto.

Nos Estados Unidos da América este grupo de patologias é designado por Artrite Reumatoide Juvenil (ARJ), sendo este presentemente um dos exemplos mais significativos de uma doença ou grupo de doenças, com nomes e critérios de classificação diferentes em ambos os lados do Oceano Atlântico. Tal facto motivou

mesmo a formação recente de uma "Task Force" da ILAR sobre classificação das doenças reumáticas crónicas juvenis, cujas primeiras propostas foram já publicadas<sup>(15)</sup>.

Desde há muito que se sabe que os aspectos clínicos, o prognóstico, os achados serológicos e radiológicos da ACJ são na maioria dos casos, distintos dos que se encontram na AR do adulto, mas estes achados não foram adequadamente tidos em consideração para fins de classificação.

Com o fim de avaliarmos o valor dos AAF na discriminação entre a ACJ e a AR, fomos estudar a presença de AAF de classe IgG em doentes adultos com AR e em doentes com ACJ, nos quais se incluíram todos os subgrupos de início.

## DOENTES E MÉTODOS

Foram analisadas amostras de soro de 161 doentes; 70 com ACJ, classificados de acordo com os critérios da EULAR/WHO<sup>(16)</sup>, 91 com AR, classificados de acordo com os critérios do "American College of Rheumatology"<sup>(17)</sup> e os soros de 35 crianças saudáveis.

Os doentes com ACJ foram classificados de acordo com o tipo de início em: pauciarticular 22 casos, poliarticular 12, sistémico 24 e espondilartropatia juvenil (EJ) 12. Este último grupo

**Quadro I**

**Incidência por sexo, idade do início da doença e duração da doença na data do estudo dos vários subgrupos de Artrite Crónica Juvenil. A idade e duração da doença são dadas como a média +/- o erro padrão da média (EPM).**

Diagnóstico	Incidência / sexo (F/M)	Idade no início da doença (anos)	Duração da doença (anos)
ACJ início pauciarticular (n=22)	17 / 5	6,6 +/- 0,8	4,9 +/- 1,3
ACJ início poliarticular (n=12)	10 / 2	8,3 +/- 1,2	11,7 +/- 5,0
ACJ início sistémico (n=24)	12 / 12	5,7 +/- 0,7	7,3 +/- 1,5
Espondilartropatia Juvenil (n=12)	3 / 9	8,0 +/- 1,4	5,1 +/- 1,4

Abreviaturas: F = feminino; M = masculino

foi definido de acordo com critérios propostos em 1990<sup>(18)</sup>.

A incidência por sexo, a idade média de início e a duração média da doença +/- o erro padrão da média (EPM) na data do estudo para os diferentes subtipos de ACJ encontram-se no Quadro I.

A incidência por sexo dos doentes com AR, bem como das crianças saudáveis são respectivamente, 71/20 (F/M) e 31/4 (F/M). A idade média dos doentes com AR é de 59,89  $\pm$ 1,26 e de 11,43  $\pm$ 0,22 nas crianças saudáveis.

As amostras de soro foram testadas para a presença de AAF (usualmente denominados "AAQ"). Os AAF foram testados pela técnica de imunofluorescência indirecta (IFI) usando cortes do terço médio do esófago de rato como fonte antigénica (lâminas da Biosystems-Espanha).

Os cortes foram incubados com os soros dos doentes diluídos a 1:10 em tampão fosfato salino ("PBS") durante 30 minutos à temperatura ambiente, lavados em PBS-Tween e incubados novamente durante 30 minutos à temperatura ambiente com soro de cabra anti-humano de classe IgG conjugado com fluoresceína (Kallestad-Ref. nº 139) e diluído a 1:20 em PBS. Após lavagem em PBS-Tween, as lâminas foram montadas com meio de montagem "fluoroprep" (Bio-Mérieux, Lyon, França).

As leituras foram feitas num microscópio Nikon-Labofot, com epi-iluminação. Só a coloração laminar do estrato córneo foi interpretada como positiva, de acordo com o previamente descrito<sup>(11)</sup>.

Na análise estatística utilizou-se o teste do qui-quadrado com a correção de Yates para pequenos números.

## RESULTADOS

A presença dos AAF em 70 doentes com diferentes formas de início de ACJ, 91 doentes com AR e 35 controlos saudáveis encontram-se no Quadro II. Os AAF foram detectados só em 2 (2,9%) dos doentes com ACJ. Esta proporção não é significativamente diferente da dos controlos saudáveis ( $p > 0,5$ ).

A frequência dos AAF em doentes adultos com AR (44,0%) é significativamente diferente da encontrada na ACJ ( $p < 0,001$ ).

Os 2 doentes com ACJ e AAF pertencem ao subgrupo de início poliarticular e ambos tinham factores reumatóides IgM (FR IgM) presentes no soro.

No que respeita aos 40 doentes com AR e AAF presentes no soro, 31 (77,5%) tinham FR IgM no soro e em 9 (22,5%) os FR IgM eram negativos.

**Quadro II**

**Anticorpos anti-filagrina em doentes com Artrite Crónica Juvenil, em adultos com Artrite Reumatoide e em controlos saudáveis.**

Diagnóstico	Nº (%) AAF positivos
Artrite Crónica Juvenil	
Início Pauciarticular n = 22	0 (0)
Início Poliarticular n = 12	2 (18)
Início Sistémico n = 24	0 (0)
Espondilartropatia Juvenil n = 12	0 (0)
Artrite reumatoide do adulto n = 91	40 (44)
Controlos saudáveis n = 35	0 (0)

Abreviaturas: AAF=anticorpos anti-filagrina.

## DISCUSSÃO

Os Acs anti-queratina são dirigidos contra uma proteína do citoesqueleto, um antigénio epidérmico, a filagrina e foram recentemente denominados AAF<sup>(14)</sup>. Desde a sua primeira descrição<sup>(1)</sup>, a sua alta especificidade para a AR tem sido largamente confirmada<sup>(2-13)</sup>.

No que respeita à sua prevalência na ACJ/ARJ, existem poucos trabalhos publicados<sup>(6,19,20)</sup>, e nestes os resultados são discrepantes.

A ACJ apresenta uma variedade de formas clínicas de doença reumática crónica juvenil caracterizadas pela ausência de marcadores serológicos, com a excepção da ACJ com FR IgM positivos, a AR juvenil dos critérios da EULAR, e a ACJ pauciarticular com Acs anti-nucleares positivos e risco aumentado de uveíte crónica.

Este estudo foi conduzido no sentido de procurar uma evidência serológica nova que contribuisse para a discriminação entre a ACJ e ARJ, com marcadores serológicos e evolução clínica sobreponíveis à AR do adulto.

Os nossos resultados mostraram que os AAF são raros na ACJ. Só os encontramos em 2,9% dos doentes com ACJ, pertencendo estes dois doentes ao subgrupo poliarticular com FR IgM presentes no soro, isto é, ARJ de acordo com os critérios da EULAR.

Este achado está de acordo com os de Ordeig e col<sup>(6)</sup> e os de Pelkonen e col<sup>(20)</sup> que também encontraram uma baixa percentagem de AAF positivos (3,6% e 4,6%) na ACJ de início poliarticular sendo esses doentes também positivos para o FR IgM.

Estes resultados contrastam fortemente com os de Gabay e col.<sup>(19)</sup> que descreveram AAF em 27% das crianças com ACJ estudadas. Estes Autores detectaram AAF em todos os subgrupos de início da ACJ, tendo referido a sua presença em 42% dos doentes com ACJ poliarticular seronegativos e num controlo saudável. Estes dados devem ser considerados com algum criticismo e tanto quanto nós sabemos, nunca foram confirmados por outros investigadores. Uma razão que pode ter contribuído para estas discrepâncias é o facto de estes

Autores terem utilizado cortes do terço distal do esófago de rato como fonte antigénica, em vez de cortes do terço médio, o que leva a pensar que o teste poderá não ter sido feito ou interpretado correctamente por estes Autores.

Os nossos resultados confirmam a alta especificidade dos AAF para a AR. Como já mencionámos os AAF são raros na ACJ, estando apenas presentes nos casos de ACJ poliarticular com FR IgM positivo, considerada por muitos Autores a verdadeira ARJ, de acordo com os critérios da EULAR.

Estes dados constituem evidência adicional de que a maioria dos doentes com ACJ sofrem de uma entidade clínica e serologicamente diferente diferente da AR.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Young B J J, Mallya R K, Leslie R D G, Clark C J M, Hamblin T J: Anti - keratin antibodies in rheumatoid arthritis B. M. J. 1979; 2: 97-9.
- 2 - Johnson G D, Carvalho A, Holborow E J, Goddard D H, Russel G: Antiperinuclear factor and keratin antibodies in rheumatoid arthritis Ann Rheum Dis 1981; 40: 263-6.
- 3 - Miossec P, Youinou P, Le Goff P, Moineau M P: Clinical relevance of antikeratin antibodies in rheumatoid arthritis Clin Rheumatol 1982; 1 (3): 185-9.
- 4 - Quismorio F P, Kaufman R L, Beardmore T, Morgan E S: Reactivity of serum antibodies to the keratin layer of rat esophagus in patients with rheumatoid arthritis Arthritis Rheum 1983; 26 (4): 494-9.
- 5 - Mallya R K, Young B J J, Pepys M B, Hamblin T J, Mace B E W, Hamilton E B D: Anti-keratin antibodies in rheumatoid arthritis: frequency and correlation with other features of the disease Clin Exp Immunol 1983; 51: 17-20.
- 6 - Ordeig J, Guardia J: Diagnostic value of antikeratin antibodies in rheumatoid arthritis J. Rheumatol 1984; 11: 602-4.
- 7 - Kataaha P K, Mortazavi-Milani S M, Russell G, Holborow E J: Anti-intermediate filament antibodies, antikeratin antibody, and antiperinuclear factor in rheumatoid arthritis and infectious mononucleosis Ann Rheum Dis 1985; 44: 446-9.
- 8 - Youinou P, Le Goff P, Colaco C B, Thivolet J, Tater D, Viac J, Shipley M: Antikeratin antibodies in serum and synovial fluid show specificity for rheumatoid arthritis in a study of connective tissue diseases Ann Rheum Dis 1985; 44: 450-4.
- 9 - Hajiroussou V J, Skingle J, Gillet A P, Webley M: Significance of antikeratin antibodies in rheumatoid arthritis J Rheumatol 1985; 12: 57-9.
- 10 - Kirstein H, Mathiesen F K: Antikeratin antibodies in rheumatoid arthritis. Methods and clinical significance Scan J Rheumatol 1987; 16: 331-7.
- 11 - Vincent C, Serre G, Lapeyre F, Fournié B, Ayrolles C, Fournié A, Soleilhavoup J P: High diagnostic value in rheumatoid arthritis of antibodies to the stratum corneum of rat oesophagus epithelium, so-called "antikeratin antibodies" Ann Rheum Dis 1989; 48: 712-22.

- 12 - Abreu I, Melo Gomes J A, Branco J C, Humbel R, Machado Caetano J A: Anticorpos anti-estrato córneo do epitélio do esófago de rato ("anti-queratina") e factores reumatoides na artrite reumatoide do adulto *Acta Reuma Port.* 1995; 73: 61-70.
- 13 - Hoet R M, Van Venrooij W J: The antiperinuclear factor (APF) and antikeratin antibodies (AKA) in rheumatoid arthritis In: Smolen J, Kalden J, Maini R N (Eds.): *Rheumatoid arthritis* Berlin: Springer-Verlag, 1992: 299-318.
- 14 - Sebbag M, Simon M, Vincent C, Masson-Bessière C, Girbal E, Durieux J J, Serre G: The antiperinuclear factor the so-called antikeratin antibodies are the same rheumatoid arthritis-specific autoantibodies *J Clin Invest* 1995; 95: 2672-9.
- 15 - Fink C, Baum J, Bhattay E, Goldenberg J, He X, Maldonado-Coco J et al: Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood *J Rheumatol* 1995; 22 (8): 1566-1569.
- 16 - Ansell B M: Chronic arthritis in childhood *Ann Rheum Dis* 1978; 37: 107
- 17 - Arnett F C, Edworthy S M, Bloch D A et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis *Arthritis Rheum* 1988; 31 (3): 315-24.
- 18 - Amor B, Dougados M, Mijiyama M: Critères de classification des spondylarthropathies *Rev. Rheum.* 1990; 57 (2): 85.
- 19 - Gabay C, prieur A M, Mayer O: Occurrence of antiperinuclear, antikeratin, and anti-RA33 antibodies in juvenile chronic arthritis *Ann Rheum Dis* 1993; 52: 785-9.
- 20 - Pelkonen P, Kurki P: Antibodies to stratum corneum in juvenile chronic arthritis (JCA) *Clin. Exp. Rheumatol.* 1993; (suppl) 11: S-73.

**Calsyn**<sup>®</sup>  
**monospray** |   
CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMÃO

Comparticipado

70%  
85%

**14 MONODOSES**



 **RHÔNE-POULENC RORER**

CENTRO EMPRESARIAL TORRES DE LISBOA • Rua Tomás da Fonseca, Torre A, r/c B • 1600 LISBOA

## Notícias

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia informa todos os interessados que nos próximos 2 anos são atribuídos 4 prémios cujo valor total é superior a 4 milhões de escudos e cujos regulamentos estão publicados neste numero da acta.

Destes prémios destaca-se o "Prémio Manuel Assunção Teixeira" atribuído anualmente aos 3 autores que mais publiquem na Acta Reumatológica Portuguesa.

A SPR gostaria de ver uma ampla concorrência a todos estes prémios.

*A Direcção da SPR*

### **5ª REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA**

Teve lugar recentemente em Évora, a 27 de Setembro de 1997, a 5ª Reunião do Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da S.P.R., cuja Ordem de Trabalhos foi a seguinte:

#### **1 - Informações**

##### **PRINTO**

- a) Validação de instrumentos de avaliação funcional na criança (CHAQ e CHQ).
- b) Pedido de informações às várias Unidades de Reumatologia Pediátrica para envio ao EULAR Pediatric Standing Committee (Comunicações/Trabalhos publicados/Reuniões efectuadas).

#### **2 - ANDAI - Associação Nacional de Doentes com Artrite e outros reumatismos da Infância e juventude.**

- a) Acções desenvolvidas.
- b) Livrinho para pais, crianças e professores.
- c) Projectos futuros.

#### **3 - Seroteca CIAR ReuPed/Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Socie-**

#### **dade Portuguesa de Reumatologia.**

- a) Centros participantes activos.
- b) Número de protocolos arquivados = 580 (após selecção). Soros guardados em Lisboa ( $\pm 300$ ); Noutros locais cerca de 280.
- c) Perspectivas futuras (publicações; Park City III).

#### **4 - "5ª Conferencia Europea de Reumatologia Pediátrica" Garmisch-Partenkirchen - Alemanha, 15-18 Outubro 1997.**

*Ponto 1* - Neste ponto foram dadas informações acerca do **PRINTO - "Pediatric Rheumatology International Trials Organization"**, uma organização com coordenação Europeia (Alberto Martini e Nicola Ruperto - Pavia, Itália) e Norte-Americana (Edward Gianini e Daniel Lovel - Cincinnati, EUA), cuja finalidade é a de conseguir efectuar estudos multi-cêntricos, com grupos suficientemente grandes de doentes com doença homogénea ou bem definida, a preços baixos, numa área da Reumatologia onde os investimentos da Indústria Farmacêutica são habitualmente escassos.

Após uma reunião efectuada, no ano de 1996 em Pavia, durante a qual se efectuou uma conferência de Consenso para definição de melhoria na Artrite Crónica Juvenil, este Grupo dinamizou a validação de instrumentos de avaliação funcional na criança entre os vários países Europeus participantes.

Actualmente está em fase avançada a validação transcultural de dois questionários, um de avaliação funcional da Artrite Crónica Juvenil (cHAQ = *Childhood Health Assessment Questionnaire*) e outro de avaliação da saúde em geral da criança (CHQ = *Child Health Questionnaire*). Quando concluída, a validação transcultural destes dois instrumentos de medida será publicada na Acta Reumatológica Portuguesa.

Está previsto para o início do ano de 1998, com escasso apoio de um programa de saúde da Comunidade Europeia, a realização de um estudo da utilização de Metotrexato (Ensaio Aberto) em doses altas ( $10\text{mg}/\text{m}^2$  ou  $20\text{mg}/\text{m}^2$ ) por via parentérica, em crianças com Artrite Crónica Juvenil cuja doença foi resistente à tera-

pêutica oral com Metotrexato.

Os **Centros Coordenadores Internacionais e Nacionais do PRINTO** estão indicados no Quadro I.

Foram convidados a participar neste projecto todos os centros de Reumatologia Pediátrica portuguesa presentes nesta reunião, tendo aceitado a participação apenas a Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto Português de Reumatologia (Dr. J. A. Melo Gomes e Dr. Adriano Neto) e a Consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra (Dr. Manuel Salgado). Os restantes representantes presentes escusaram-se a participar por insuficiência de doentes.

Qualquer outro membro do Grupo de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia está a tempo de reconsiderar a sua participação ou propor a sua adesão a este grupo de estudos internacional.

Foram ainda pedidas informações às várias Unidades/Serviços de Reumatologia presentes sobre as actividades desenvolvidas, no campo da Reumatologia Pediátrica, no decurso do último ano (Comunicações, Trabalhos publicados, Reuniões efectuadas, Projectos de investigação em curso).

**Ponto 2 - ANDAI - Associação Nacional de Doentes com Artrites Infantis e juvenis:**

Foram dadas notícias das várias actividades desenvolvidas pela ANDAI, bem como da criação de núcleos regionais do Norte e embriões dos mesmos em Coimbra/Centro e Algarve/Sul.

Na Freguesia de Aljustrel realizou-se uma festa de apoio a ANDAI, organizada por associados desta, cujos lucros reverteram para a ANDAI e para o Instituto Português de Reumatologia, por vontade expressa dos seus organizadores.

Aproveitando o feriado de Agosto (de 15 a 17/8/97) um grupo de sócios da ANDAI (J.A. Melo Gomes, Sara de Freitas, Maria José Vieira e Manuel Salgado) reuniu-se e elaborou um livrinho de apoio para pais, crianças e professores de crianças com Artrite Crónica Juvenil, cuja publicação está prevista para breve.

Foram dadas notícias de outros projectos da

ANDAI para o ano de 1998.

**Ponto 3 - Seroteca do Grupo de Reumatologia Pediátrica do CIAR (Comité Ibero-Americano de Reumatologia).**

O Grupo de Reumatologia Pediátrica do CIAR, com importante participação Portuguesa (o Coordenador do Grupo e o actual Presidente da S.P.R., Dr. J. A. Melo Gomes) e Brasileira (foi o Brasil o País que mais aderiu a esta iniciativa, que teve mais centros participantes e maior número de Protocolos e soros colectados) conseguiu colectar um total de 580 Protocolos de doentes com Artrite Crónica Juvenil (após exclusão dos protocolos recebidos mas que tinham dados insuficientes preenchidos) e tem guardados, em seroteca própria e em Lisboa, cerca de 300 soros destas crianças.

Estes Protocolos, já introduzidos em base de dados (dBase e Excel), servirão de base a futuras publicações do Grupo de Reumatologia Pediátrica do CIAR.

Por ordem de grandeza da sua participação, indicamos abaixo os centros participantes, continuando a solicitar uma maior participação dos centros portugueses:

- Prof<sup>a</sup> Maria Odete Hilário - Escola Paulista de Medicina - São Paulo, Brasil.
- Dr. José A. Melo Gomes - Instituto Português de Reumatologia - Lisboa, Portugal.
- Prof<sup>a</sup> Sheila Oliveira - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil.
- Prof<sup>a</sup> Maria Helena B. Kiss - Universidade de São Paulo - São Paulo, Brasil.
- Dr<sup>a</sup> Cláudia Machado - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil.
- Dr<sup>a</sup> Blanca Bica - Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil.
- Dr. Flavio Sztajn bok - Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, Brasil.
- Dr. Luis Lira e Dr. Eduardo Talesnik - Universidade de Santiago - Santiago, Chile.
- Dr<sup>a</sup> Clara Malagon Gutierrez - Bogota, Colômbia.

**INTERNATIONAL COORDINATING CENTRES**

(call for general information in English)

**Alberto Martini, Prof, MD-Nicola Ruperto, MD, MPH**

IRCCS Policlinico S. Matteo  
 Clinica Pediatrica, PRINTO  
 P.le Golgi,2  
 27100 Pavia, ITALY  
 Tel +39-382-50-20-25  
 Fax: +39-382-50-20-26  
 E-mail: amartini@ipv36.unipv.it  
 E-mail: nruperto@smatteo.pv.it

**Daniel J Lovell, MD-Edward H Giannini, MSc, DrPH**

Children's Hospital Medical Center  
 Division of Rheumatology  
 3333, Burnet Avenue Pav Bld 2-129  
 Cincinnati, OH 45229-3039, USA  
 Tel +1-513-636-7634  
 Fax +1 -513-636-5990  
 E-mail: danlovell@juno.com  
 E-mail: ehgianni@one.net

**EUROPEAN NATIONAL COORDINATING CENTRES**

(call for general information in your language)

**Rik Joos, MD**

University Hospital  
 Department of Rheumatology  
 De Pintelaan 185  
 Gent, B-9000, BELGIUM  
 Tel: +32-9-24-02-230  
 Fax: +32-9-24-03-803  
 Email: joos.rykaert@clubinnet.be

**Freddy Karup Pedersen, MD**

Juliane Marie Centret, Rigshospitalet  
 University Clinic of Pediatrics II  
 Blegdamsvej 9  
 Copenhagen, 2100, DENMARK  
 Tel: +45-3545-38-64  
 Fax: +45-354546-73  
 E-mail: rh02137@rh.dk

**Pirkko Pelkonen, MD**

Helsinki University Central Hospital  
 Hospital for Children and Adolescents  
 Stenbackink. 11  
 Helsinki, FIN-00290, FINLAND  
 Tel: +35-8947-11  
 Fax: +35-8947-14-704  
 E-mail: pirkko.pelkonen@muikku.huch.fi

**Anne-Marie Prieur, MD**

Hopital Necker des Enfants Malades  
 Unite' d'Immunologie, Hématologie et Rhumatologie  
 Pédiatrique  
 149 Rue De Sévres  
 Paris Cédex 15, 75745, FRANCE  
 Tel: +33-1444948-28  
 Fax: +33-14449-50-70  
 E-mail: anne-marie.prieur@nck.ap-hop-paris.fr

**Hans-Iko Huppertz, MD**

Universitäts-Kinderklinik  
 Rheumatologischen Luber  
 Josef-Schneider-Str.2  
 Würzburg, 97080, GERMANY  
 Tel: +49-931-201-37-52  
 Fax: +49-931-201-37-20

**Zsolt Balogh; MD**

National Institute of Rheumatology  
 Arpad fejdelem U 7  
 Budapest, H-1023, HUNGARY

**Wietse Kuis, MD**

Wilhelmina Children's Hospital  
 Department of Clinical Immunology  
 Nieuwegracht 137, Postbus 18009  
 Utrecht, 3512 LK, NETHERLANDS  
 Tel: +31-30-23-20-625  
 Fax: +31-30-23-20-712  
 E-mail: w.kuis@wkz.ruu.nl

**Oystein Forre, Prof, MD, PhD**

OSR, The National Hospital  
 Department of Rheumatology  
 Akersbakken 27  
 Oslo, 0172, NORWAY  
 Tel: +47-22-94-38-40  
 Fax: +47-22-94-38-72

**José Melo-Gomes, MD**

priv. Av. Praia da Vitoria 18 R/C Esq  
 Lisboa, 1000, PORTUGAL  
 Tel: +351-1-35-60-181  
 Fax: +351-1-31-40-627  
 E-mail: melo.gomes@mail.telepac.pt

**Jaime De Inocencio, MD**

C/Cantalejo, 13, 5 H  
 Madrid, 28035, SPAIN  
 Tel: +34-1-31-60-782  
 Fax: +34-1-75-95-520  
 E-mail: deinocjm@mx3.redestb.es

**Boel Andersson Gäre, MD, PhD**

Ryhov's County Hospital  
 Department of Pediatrics  
 Jönköping 551 85, SWEDEN  
 Tel: +46-36-32-22-11  
 Fax: +46-36-32-22-34  
 E-mail: boel.andersson-gare@ryhov.ltkpg.se

**Patricia Woo, Prof, FRCP, PhD**

The Windeyer Institute of Medical Sciences, UCMLS  
 Department of Molecular Pathology  
 46, Cleveland Street  
 London, W1P 6DB, UNITED KINGDOM  
 Tel: +44-171-38-09-148  
 Fax: +44-171-43-60-783  
 E-mail: patricia.woo@ucl.ac.uk

- Dr<sup>a</sup> Maria Manuela Vazquez - Instituto Nacional de Reumatologia - Montevideu, Uruguai.
- Dr<sup>a</sup> Julia Garcia Consuegra - Hospital Infantil La Paz - Madrid, Espanha.

Do trabalho competente e dedicado de todos estes colegas Ibero-Americanos, e seus colaboradores, está a nascer o primeiro grande estudo multinacional da Reumatologia Pediátrica neste espaço cultural e linguístico, sendo possíveis várias publicações futuras.

**Ponto 4** - Foi dado conhecimento da realização da "5<sup>a</sup> Conferência Europeia de Reumatologia Pediátrica", em Garmisch-Partenkirchen, na Bavária - Alemanha, entre 15 e 18 de Outubro de 1997, na qual todos os centros nacionais de Reumatologia Pediátrica estarão representados, bem como a ANDAI, pois em paralelo com as sessões científicas decorrerá uma reunião das associações de Pais e Doentes com Reumatismos Juvenis Europeias.

### RELAÇÕES LUSO-BRASILEIRAS DE ÂMBITO REUMATOLÓGICO

Após o estreitamento das relações humanas e institucionais que se tem vindo a verificar no decurso da última década entre os Reumatologistas Portugueses e Brasileiros, para as quais muito têm contribuído a actividade do Comité Ibero-Americano de Reumatologia (CIAR), em geral, e do seu Presidente Dr. Ruben Lederman, em particular, elementos das Direcções das Sociedades de Reumatologia dos dois Países irmãos efectuaram uma reunião no Rio de Janeiro - Brasil, em Setembro de 1995, com o fim de coordenar eventuais acções científicas futuras, em Portugal e no Brasil, com o patrocínio das duas Sociedades.

Nesta reunião participaram os Prof. João Carlos Tavares Brenol (então Presidente da S.B.R., Porto Alegre - Brasil), Prof. Antônio Carlos Ximenes (então Presidente Eleito e

actual Presidente da S.B.R., Goiânia - Brasil), Prof. Sebastião Radominski (Presidente do Congresso Brasileiro de Reumatologia a realizar em Curitiba em Setembro de 1996, Curitiba - Brasil), Dr. J. A. Pereira da Silva (então Presidente da S.P.R., Lisboa), Dr. J. A. Melo Gomes (então Presidente Eleito e actual Presidente da S.P.R.) e o Prof. Jaime Branco (Lisboa) - ver *Figura 1*, na qual está também presente o Prof. Nílzio Antônio da Silva, Presidente passado da S.B.R. e activo impulsor da aproximação Luso-Brasileira agora em curso.



**Figura 1**- Fotografia tirada junto ao Padrão dos Descobrimentos, em Belém - Lisboa, a 23 de Maio de 1997, quando do "IX Congresso Português de Reumatologia".

Da esquerda para a direita estão: Prof. Antônio Nílzio da Silva (Goiânia - Brasil), Prof. Jaime Branco (Lisboa - Portugal), Prof. João Carlos Tavares Brenol (Porto Alegre - Brasil), Dr. J. A. Pereira da Silva (Lisboa - Portugal), Prof. Sebastião Radominski (Curitiba - Brasil), Dr. J. A. Melo Gomes (Lisboa - Portugal) e Prof. Antônio Carlos Ximenes (Goiânia - Brasil)

Por decisão unânime deste encontro informal de responsáveis das duas Sociedades de Reumatologia de Portugal e Brasil, foi decidido efectuar um "Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia", que terá lugar em cada Congresso Nacional da especialidade, alternando entre Portugal e o Brasil.

Assim sendo, o "1<sup>o</sup> Simposio Luso-Brasileiro de Reumatologia" teve lugar em Curitiba-Brasil, no decurso do "XXI Congresso Brasileiro de Reumatologia" que se realizou em Curitiba, de 22 a 26/9/96.

Em Lisboa teve lugar o "2<sup>o</sup> Simposio Luso-Bra-

sileiro de Reumatologia", durante o "IX Congresso Português de Reumatologia", comemorativo do 25º Aniversário da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, que se realizou entre 21 e 24 de Maio de 1997.

Desta forma, simples mas segura, se tem vindo a estreitar, dos pontos de vista humano, científico e institucional, as relações Luso-Brasileiras, que gostaríamos de ver reforçadas por projectos de investigação comuns aos dois Países (tal começa já a acontecer no domínio da Reumatologia Pediátrica, e poderia/deveria ser estendido a outros capítulos da Reumatologia).

Reforçar laços entre dois países que falam a mesma língua e, quanto a nós, um dever das nossas Sociedades científicas e é com agrado que, quer em Portugal, quer no Brasil, vemos muitos Reumatologistas comungarem da mesma vontade.

Neste sentido aprez-nos também registar a posição do Prof. M. Viana Queiroz (Lisboa), que desde a primeira hora é um entusiasta dinamizador desta aproximação Luso-Brasileira, convidando frequentemente Reumatologistas Brasileiros para as suas organizações científicas e participando frequentemente nas organizações e publicações da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Foi certamente por todos estes factos que o Prof. Mário Viana Queiroz foi recentemente eleito Sócio Honorário da Sociedade Brasileira de Reumatologia, e não queremos deixar de lhe expressar aqui as felicitações e satisfação da Direcção da S.P.R. por esse facto.

Na última Assembleia Geral da S.P.R., efectuada em Évora a 27/9/97, tivemos o prazer de ver eleitos como Membros Honorários da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* os nossos colegas e amigos brasileiros, Reumatologistas de elevado mérito e Homens que muito respeitamos e admiramos, Prof. Nílzio Antônio da Silva (Goiânia-Brasil), Prof. João Carlos Tavares Brenol (Porto Alegre - Brasil) e Prof. Antônio Carlos Ximenes (Goiânia - Brasil).

Aos novos Sócios Honorários da S.P.R. nossas felicitações pessoais e abraço de amizade de toda a Direcção da S.P.R.

J. A. Melo Gomes

## EULAR PEDIATRIC STANDING COMMITTEE- OUTUBRO 1997

### NOTÍCIAS DE GARMISCH PARTENKIRCHEN

Relatório do representante de Portugal:  
Dr. José António de Melo Gomes

Na bela cidade de Garmisch-Partenkirchen, no estado Alemão da Bavária, decorreu a "5th European Conference on Pediatric Rheumatology", cujo sucesso científico e social foi inteiramente assegurado pelo pessoal médico, paramédico, de secretariado e assistência social da *Garmisch-Partenkirchen Reumakinderklinik*, no ano em que o Presidente da Conferência e Director da Clínica de Reumatologia Pediátrica, o Prof. Hans Truckenbrodt, se reformará das suas funções.

Centro de Reumatologia Pediátrica de grande tradição europeia, a Reumakinderklinik de Garmisch-Partenkirchen continuará seguramente a ser uma referência internacional no estudo e tratamento dos reumatismos juvenis.

Foi para nós particularmente gratificante, além da excelência da organização e da pacatez da cidade, convidativa a actividade científica, ter podido assistir a uma sessão inaugural em que participou a Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Stoeber, notavelmente feliz e interessada, apesar da sua idade avançada.

Durante esta reunião científica decorreu também uma **Reunião Europeia de Associações de Pais e Doentes com Reumatismos Juvenis**. Tal aconteceu pela segunda vez na história destas Conferências Europeias, sendo a primeira vez que teve participação portuguesa, através da Dra. Maria Conceição Pereira, Secretária Geral da ANDAI (cujo relatório será publicado oportunamente na Acta Reuma. Port.).

Durante a **Reunião do EULAR Pediatric Standing Committee**, mal preparada e deficientemente controlada (não foram dadas informações prévias aos delegados nacionais sobre a Ordem de Trabalhos e não foi minimamente controlado o acesso à sala da reunião - em prin-

cípio deveria estar um representante de cada País, mas alguns países, como o Reino Unido, a Turquia e a Holanda tinham vários representantes, não se tendo chegado a saber quais os países europeus presentes e quais os votantes ou com que mandato nacional), ao contrário do que tem sido habitual, *foram feitas algumas propostas que devem ser do conhecimento e merecer a reflexão dos reumatologistas portugueses* e para as quais passo a chamar a atenção:

1 - Foi proposta pela Prof<sup>a</sup>. Patricia Woo (uma das 4 representantes do Reino Unido presentes na sala) a criação de uma Sociedade Europeia de Reumatologia Pediátrica: "**PRES- Paediatric Rheumatology European Society**". Esta proposta foi aprovada pelos presentes, tendo o representante português levantado a objecção que não seria realista, nem desejável, pensar na criação de Sociedades Nacionais de Reumatologia Pediátrica em muitos países europeus, entre os quais se incluiria Portugal.

2 - Foi dada a notícia da proposta de criação a breve trecho, e através da UEMS - União Europeia de Médicos Especialistas - da **Especialidade de Reumatologia Pediátrica**.

Neste sentido, foi distribuído a todos os presentes um Documento Rascunho (Draft), para discussão e acordo consensual (se possível).

É esse documento, ao qual já fiz as alterações que se encontram marcadas (todos os sublinhados são modificações que efectuei e encaminhei, por correio electrónico já recebido pela destinatária, para a Prof<sup>a</sup>. Patricia Woo) que se publica nas páginas seguintes da Acta Reuma. Port.

Peço a vossa atenção para ele e que me enviem, com a urgência possível, os comentários e/ou as propostas de alteração que julgarem mais convenientes. Tiveram conhecimento pessoal deste documento, antes do final de Outubro/97, os Prof. M. Viana Queiroz, Prof. A. Lopes Vaz e o Dr. Adriano Neto.

## **DRAFT FOR EUROPEAN TRAINING SYLLABUS IN PAEDIATRIC RHEUMATOLOGY**

### Introduction

This syllabus describes the knowledge, skills and attitudes necessary for attaining the title "*European Paediatric Rheumatologist*" as defined by the Paediatric and Rheumatology sections of the European Union for medical specialists (UEMS). It is expected that European Paediatric Rheumatologists will practice their skills and apply their expertise within the framework of a specialised tertiary care unit, division, department, or hospital, and also in outpatient clinics.

Furthermore such specialists will have commitment to train general paediatricians, rheumatologists, paediatricians with an interest in paediatric Rheumatology, and specialists paediatric rheumatologists.

In general these syllabus intends to achieve the following:

1. Harmonisation of training programs in paediatric Rheumatology between different European countries.
2. Establish clearly defined standards of knowledge and skills required to practice paediatric Rheumatology at the tertiary and secondary levels
3. Foster development of an European network of competent tertiary care centres for paediatric Rheumatology
4. Improved care of children within Europe with chronic as well as acute rheumatic disorders
5. Enhanced European contribution to International scientific progress in the field of paediatric Rheumatology

### **SYLLABUS**

#### **1. Knowledge**

##### **1. A Knowledge of Paediatric Rheumatology**

- I. Gain a thorough theoretical knowledge of the rheumatic diseases in childhood

(listed in appendix A) including knowledge of epidemiology, aetiology, pathogenesis, pathology, clinical features, outcome measures and treatment.

- II. Become familiar with rheumatic diseases through the age spectrum, including adulthood.
- III. Understand the approach to rheumatological emergencies in children including acute arthritis, acute severe connective tissue diseases such as SLE, vasculitis, and dermatomyositis, and paediatric emergencies presenting with musculoskeletal features such as non-accidental injury, neuroblastoma and leukaemia.
- IV. Understand inter-relation of rheumatic diseases with other body systems, with particular emphasis on developmental stage and growth.

### 1. B Investigations

- I. Understand haematological changes acute phase reactants and biochemical changes that may accompany rheumatic diseases in children.
- II. Understand genetic and immunological basis of such diseases methodology of investigations for autoimmunity.
- III. Use of tissue biopsy: interpretation of histological abnormalities in children with rheumatic diseases.
- IV. Place of radiological investigations including ultrasound, nuclear medicine scans, bone density, CT and MRI scans in diagnosis of rheumatic disease in children.
- V. Understand the use for following the progress of disease and for assessing the extent of damage to target organs, individual joints or other structures in the locomotor system and other systems affected by rheumatic disease.
- VI. Understand the role of electromyography, EEG and nerve conduction studies in children with rheumatic diseases.

### 1. C Pharmacology

- I. Gain a thorough knowledge of non-steroidal anti-inflammatory drugs, slow-acting anti-rheumatic drugs, cytotoxic, immunosuppressive drugs, corticosteroids, analgesic, gastroprotective drugs and growth inducing drugs.
- II. Be aware of the range and potential consequences of unconventional remedies and therapies given to children with rheumatic disease.
- III. Understand the pharmacology of the range of drugs used for control of pain in children.
- IV. Be aware of the use and risks of sedation for painful procedures in children (e.g. Midazolam).

### 1.D Multidisciplinary Approach to the Care of Children with Musculoskeletal Disorders

- I. Be able to use team approach to rheumatic diseases: understand its advantages and limitations
- II. Understand methods used by nurses, occupational and physiotherapists, hydrotherapists, psychologists, dieticians, play therapists and social workers in the rehabilitation of children with rheumatic diseases including chronic pain.
- III. Understand school, community and social consequences of these diseases
- IV. Understand legal aspects of paediatric rheumatic disease, e.g. Education Act, Children's Act.
- V. Understand role of allied specialities in treatment of paediatric rheumatic disease. This will usually occur during the course of attendance at specialist combined outpatient clinics in conjunction with orthopaedic surgeons, ophthalmologists, endocrinologists, orthodontists, child psychiatrist etc.
- VI. Work with adult rheumatologists to provide transitional care and understand the differences and similarities between chro-

nic inflammatory rheumatic diseases in childhood and adulthood.

**1. E Medical Management**

- I. Gain management skills necessary for initiation and expansion of a paediatric rheumatology service.
- II. Experience different approaches to day running of a paediatric rheumatology service.
- III. Demonstrate organisational ability and communication skills required to arrange clinical meetings including case conferences, medical audit and medical student education.
- IV. Communicate with primary and community care professionals and adult services.

**1. F Continuing Education**

- I. Use computer-based literature searches and current paediatric rheumatological and allied journals to keep abreast of new developments in this rapidly changing field of medicines.
- II. Interpret results and conclusions presented in clinical research papers
- III. Demonstrate competence at oral presentation of case and research material
- IV. Initiate, develop, undertake, write up and re-evaluate audit projects in paediatric rheumatology
- V. Be able to present data in national and international speciality meetings.

**2. Skills**

**Clinical skills**

- I. Obtain a history from a child and parents or carer, taking into account the child's developmental stage and growth.
- II. Perform a caring yet meticulous clinical examination of a child with rheumatic disease

III. Assess and quantify the physical function of a child with rheumatic disease.

IV. Assess clinical features and function of all potential target organs: kidneys, lung, CNS, heart, blood vessels, eyes, skin, muscle, bone and joints.

V. Assess pain in children

VI. Communicate with children of all ages and their parents, placing emphasis on counselling skills, the explanation of the disease to the child and provision of appropriate disease education.

VII. Communicate and emphasise with parents/care givers of affected children in the emergency situation: employ appropriate counselling skills.

VIII. Communicate risks and benefits of drug treatment to children and their parents.

IX. Assess family interactions and their impact on clinical symptoms and signs.

**Technical Skills**

I. Aspirate and inject the following joints: knee, ankle, wrist, elbow, shoulder.

II. Have experience in the arthrocentesis of the hip and sub-talar joints under ultrasound or other radiographic screening control.

III. Perform soft tissue injections of tendon sheaths.

IV. Understand the value and limitations of synovial fluid examination.

V. Perform non-surgical synovial membrane biopsies in selected cases.

**3. Attitudes**

**3. A Leadership**

I. The trainee should demonstrate qualities of leadership and sensitivity to the team approach in the practice of medicine.

**3. B Communication**

Effective and appropriate approach to parents, colleagues, GP and community healthcare

staff, research and laboratory staff and managers.

### 3. C Education

- I. Commitment to continuing self-education and to teaching others.

### 3. D Support

- I. Supportive and sympathetic approach to handling families which can be maintained under difficult circumstances
- II. Understanding a positive approach to the supervision of junior medical staff.
- III. Recognition of and coping with stress in self and others

### 4. Academic/Research

- I. Supportive to/active in research
- II. Collaborative attitude to local and national colleagues

### 5. Managerial

- I. Interest in the overall organisation of departmental activities
- II. Understanding approach to local management structure
- III. Constructive attitude to the process of decision making
- IV. Acceptance of shared responsibility for use of resources
- V. Ability to respond effectively to clinical complaints
- VI. Knowledge of issues covering ethics and consent for clinical trials

### 6. Ethical Issues

- I. Understanding the ethics of research in children
- II. Understanding the process of informed consent
- III. Knowledge of issues covering ethics and consent for clinical trials

## Training Programme

### Structure of the Training Programme

In-line with all the other specialities, this training programme is structured in modules. Simultaneous training in different modules is possible. Completion of the training can consist of modules acquired in several different training centres. The trainee is to keep a "training record" in accordance to the country's rules. The number of centres contributing to the trainee's programme however should not exceed a maximum of 5. It is expected that a trainee will have experience in the whole of the syllabus as outlined above. Due to international variations there are designated as "obligatory" and those that are "desirable".

### Obligatory Modules

1. In-patient and outpatient care of patients with chronic arthropaties. The trainee should acquire expertise in the knowledge of diseases, investigations, appropriate technical skills and working with multi-disciplinary team for paediatric patients. Minimum duration of training 1 year.

In-patient and outpatient care of patients with adult inflammatory chronic arthropaties (only for those with Paediatrics as their basic speciality)!

Minimum duration of training 6 months.

2. In-patient and outpatient care of the multi-system inflammatory connective tissue disorders, including immunodeficiencies. The trainee should have particular knowledge of the presentation of these diseases, which often mimics chronic arthritis. The trainee in particular needs to understand working with other specialists in paediatrics such as nephrology, dermatology etc. Minimum duration 6 months.
3. Clinical management of non-inflammatory musculoskeletal disorders of childhood and adolescence.

nic inflammatory rheumatic diseases in childhood and adulthood.

**1. E Medical Management**

- I. Gain management skills necessary for initiation and expansion of a paediatric rheumatology service.
- II. Experience different approaches to day running of a paediatric rheumatology service.
- III. Demonstrate organisational ability and communication skills required to arrange clinical meetings including case conferences, medical audit and medical student education.
- IV. Communicate with primary and community care professionals and adult services.

**1. F Continuing Education**

- I. Use computer-based literature searches and current paediatric rheumatological and allied journals to keep abreast of new developments in this rapidly changing field of medicines.
- II. Interpret results and conclusions presented in clinical research papers
- III. Demonstrate competence at oral presentation of case and research material
- IV. Initiate, develop, undertake, write up and re-evaluate audit projects in paediatric rheumatology
- V. Be able to present data in national and international speciality meetings.

**2. Skills**

**Clinical skills**

- I. Obtain a history from a child and parents or carer, taking into account the child's developmental stage and growth.
- II. Perform a caring yet meticulous clinical examination of a child with rheumatic disease

- III. Assess and quantify the physical function of a child with rheumatic disease.
- IV. Assess clinical features and function of all potential target organs: kidneys, lung, CNS, heart, blood vessels, eyes, skin, muscle, bone and joints.
- V. Assess pain in children
- VI. Communicate with children of all ages and their parents, placing emphasis on counselling skills, the explanation of the disease to the child and provision of appropriate disease education.
- VII. Communicate and emphasise with parents/care givers of affected children in the emergency situation: employ appropriate counselling skills.
- VIII. Communicate risks and benefits of drug treatment to children and their parents.
- IX. Assess family interactions and their impact on clinical symptoms and signs.

**Technical Skills**

- I. Aspirate and inject the following joints: knee, ankle, wrist, elbow, shoulder.
- II. Have experience in the arthrocentesis of the hip and sub-talar joints under ultrasound or other radiographic screening control.
- III. Perform soft tissue injections of tendon sheaths.
- IV. Understand the value and limitations of synovial fluid examination.
- V. Perform non-surgical synovial membrane biopsies in selected cases.

**3. Attitudes**

**3. A Leadership**

- I. The trainee should demonstrate qualities of leadership and sensitivity to the team approach in the practice of medicine.

**3. B Communication**

Effective and appropriate approach to parents, colleagues, GP and community healthcare

staff, research and laboratory staff and managers.

### 3. C Education

- I. Commitment to continuing self-education and to teaching others.

### 3. D Support

- I. Supportive and sympathetic approach to handling families which can be maintained under difficult circumstances
- II. Understanding a positive approach to the supervision of junior medical staff.
- III. Recognition of and coping with stress in self and others

### 4. Academic/Research

- I. Supportive to/active in research
- II. Collaborative attitude to local and national colleagues

### 5. Managerial

- I. Interest in the overall organisation of departmental activities
- II. Understanding approach to local management structure
- III. Constructive attitude to the process of decision making
- IV. Acceptance of shared responsibility for use of resources
- V. Ability to respond effectively to clinical complaints
- VI. Knowledge of issues covering ethics and consent for clinical trials

### 6. Ethical Issues

- I. Understanding the ethics of research in children
- II. Understanding the process of informed consent
- III. Knowledge of issues covering ethics and consent for clinical trials

## Training Programme

### Structure of the Training Programme

In-line with all the other specialities, this training programme is structured in modules. Simultaneous training in different modules is possible. Completion of the training can consist of modules acquired in several different training centres. The trainee is to keep a "training record" in accordance to the country's rules. The number of centres contributing to the trainee's programme however should not exceed a maximum of 5. It is expected that a trainee will have experience in the whole of the syllabus as outlined above. Due to international variations there are designated as "obligatory" and those that are "desirable".

### Obligatory Modules

1. In-patient and outpatient care of patients with chronic arthropaties. The trainee should acquire expertise in the knowledge of diseases, investigations, appropriate technical skills and working with multi-disciplinary team for paediatric patients. Minimum duration of training 1 year.

In-patient and outpatient care of patients with adult inflammatory chronic arthropaties (only for those with Paediatrics as their basic speciality)!

Minimum duration of training 6 months.

2. In-patient and outpatient care of the multi-system inflammatory connective tissue disorders, including immunodeficiencies. The trainee should have particular knowledge of the presentation of these diseases, which often mimics chronic arthritis. The trainee in particular needs to understand working with other specialists in paediatrics such as nephrology, dermatology etc. Minimum duration 6 months.
3. Clinical management of non-inflammatory musculoskeletal disorders of childhood and adolescence.

4. Congenital and inherited disorders of the musculoskeletal system and connective tissue, including systemic diseases with musculoskeletal manifestations. A knowledge of the specific investigations for each disease and interpretation of the results are required for this module.

5. *Teaching experience*

The trainee will learn to structure, prepare and present lectures to audiences within the hospital, as well as national/international meetings. The trainee will also have experience in bedside teaching of junior doctors and/or medical students.

6. *Research experience*

The trainee gains experience in extracting and synthesising information from published literature, carrying out audit projects, and learning to plan, conduct, evaluate and publish research projects. Required minimum: one publication in a peer-reviewed journal, and one oral or poster presentation at an international meeting.

7. Adolescent and adult care

The trainee will have experience in working with adult rheumatologists to provide transitional care for patients with chronic paediatric rheumatic diseases and to acquire some knowledge and experience about the evolution of chronic rheumatic diseases in adulthood. Awareness and management of diseases associated with adolescence are required.

**Desirable Modules**

1. Critically ill children with paediatric rheumatic diseases including the multisystem diseases, often require periods of intensive therapy and care. Skills and knowledge gained in conjunction with other specialities as well as paediatric intensive care is desirable.

2. *Adolescence centre*

Experience in working in a generic adolescence centre focusing on particular transitional and adjustment issues of adolescence's to chronic diseases.

3. Adult centre

Experience in working in a generic adult Rheumatology centre will be indispensable during at least a 6-month period for all those who have Paediatrics as their basic speciality. It's highly desirable that the European Paediatric rheumatologists are able to acquire basic knowledge about the evolution of inflammatory rheumatic diseases in adult life? both of those with onset in childhood and adulthood.

4. *Technical skills*

Perform arthrocentesis of the hip and other joints under ultrasound or other radiographic screening control. Physiotherapy and manipulative skills for muscular skeletal problems.

5. *Managerial skills*

This is a desirable skill, which varies between countries. Interest and experience in the overall organisation of departmental activities, management structures as well as a constructive attitude to the process of decision making are desirable.

6. *Ethical issues*

Understanding the ethics of researching children and experience in application to local ethics committees for clinical trials. The trainee should understand and carry out the process of informed consent for clinical research. During the training period it is desirable that the trainee becomes involved in at least one fase 3 clinical trial.

7 *Academic/Research*

The trainee will initiate in discussion with mentors research projects leading to a higher degree.

### **Foot Note**

Some of the above modules do not have a specific minimum training period. It is clear that the evaluation process is key, both of the training centre and the trainees record. In each module relevant parts of the syllabus as outlined in section I should be fulfilled in the training programme. The entire period of training to obtaining recognition as the European paediatric rheumatologist is a minimum of 2 years for those who have Paediatrics as their basic speciality and 18 months for those who have Rheumatology as their basic speciality. It may be longer for those trainees that are unable to complete the syllabus within 1 or 2 centres. Due to variability of population and health care systems within Europe, paediatric rheumatology care is delivered not necessarily by a full time tertiary care specialist. In this event, a part time

tertiary care paediatric rheumatologist should fulfil all the obligatory modules as outlined above.

### **Requirements for Entry into Specialist Training in Paediatric Rheumatology**

#### **Obligatory Entry Criteria requirements**

The trainee should enter the training programme only if they:

- a) Have completed general paediatric training as defined by the common trunk' or its equivalent
- b) Have completed general rheumatology training and are accredited as Rheumatologist in their own country.

# ROSILAN®

## DEFLAZACORT

### Supera as limitações dos corticóides tradicionais

(1,2)



\* Em relação à Prednisona

#### RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

**1. DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA:** Rosilan® 2. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Comprimidos de 6 mg e de 30 mg de deflazacort (micronizado). Gotas, suspensão oral de deflazacort (micronizado) 2,275 g/100 ml. 3. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos de 6 mg e de 30 mg. Frasco com 13 ml de suspensão de deflazacort (conta-gotas fornece 1 mg de deflazacort por gota). 4. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** 4.1. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Sendo um glicocorticóide com propriedades anti-inflamatórias e imunodepressoras, o Rosilan está indicado no tratamento de: Insuficiência cortico-suprarrenal primária ou secundária, Doenças reumáticas, Colagenoses, Doenças pulmonares, Alergias, Doenças hematológicas, Doenças neoplásicas; Doenças dermatológicas, Doenças renais, Doenças gastrintestinais, Doenças oftalmológicas, Alterações do sistema nervoso periférico. Em vista dos menores efeitos deletérios no crescimento e na massa óssea ("bone-saving", poupador do osso) o deflazacort pode tornar-se especialmente útil nos doentes que precisam de altas doses e/ou de tratamentos longos, e em especial nos doentes com outros fatores de risco de osteoporose ou de atraso do crescimento. O efeito diabético reduzido confere valor ao deflazacort no diabético (quando há necessidade imperiosa de corticoterapia) e nos doentes com risco aumentado de diabetes (pré-diabéticos, antecedentes familiares). 4.2. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** A dose diária pode ser aumentada para 90 mg, ou ainda mais. As doses diárias devem ajustar-se a cada caso individual, em função do diagnóstico, da gravidade da doença, do prognóstico, da duração provável da doença e do tratamento, da resposta terapêutica e da tolerância. Deve usar-se a dose mais baixa que produza resultado aceitável; quando for possível reduzir a dose, a implementação deverá ser gradual. Durante tratamento prolongado, pode ser necessário aumentar a dose temporariamente, durante períodos de stress ou exacerbação da doença. Adultos: Doença aguda: Até 90 mg/dia, em função da gravidade dos sintomas, durante alguns dias. Dependendo da resposta clínica, a dose deverá ser reduzida gradualmente até alcançar a dose mínima eficaz. Doença crônica: A dose de manutenção não ultrapassará habitualmente 18 mg/dia. Crianças: Os estudos clínicos indicam que 0,25 a 1,5 mg/kg/dia de deflazacort são doses adequadas para tratar crianças. A decisão de instaurar a corticoterapia prolongada em qualquer doente deverá basear-se na consideração dos riscos. Deverá persistir-se na avaliação continuada e repetida do estado clínico e considerar a redução da dose ou a suspensão gradual do tratamento. 4.3. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao deflazacort ou a qualquer dos ingredientes do Rosilan. 4.4. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Os glicocorticóides podem mascarar alguns dos sinais de infeção e aumentam o risco de infeção intercorrente. Os doentes com infeções em curso (virais, bacterianas ou micóticas) requerem vigilância estreita. O tratamento de longo curso pode aumentar a possibilidade de infeção ocular secundária, por fungos ou vírus. A utilização durante processo de tuberculose activa deverá circunscrever-se aos casos de doença disseminada ou fulminante, sempre em associação com os esquemas recomendados de quimioterapia antituberculosa. Se houver indicação em doentes com tuberculose latente ou com reacção positiva à tuberculina, toma-se necessária observação frequente, dado o risco de reactivação da tuberculose; se for necessária corticoterapia prolongada, estes doentes deverão receber um esquema de quimioprofilaxia. Depois de tratamento de longo curso, a suspensão da corticoterapia pode causar sintomas: febre, mialgias, artralgias e mal-estar. Este quadro pode acontecer sem evidência de função suprarrenal insuficiente. As seguintes situações clínicas requerem precaução especial: Doença cardíaca, com insuficiência cardíaca congestiva (excepto em caso de causar retenção de sódio e de água, e excreção aumentada de potássio. Pode ser preciso restringir o sal na dieta e dar suplemento de potássio, Gastrite ou esofagite, diverticulite, colite ulcerosa se houver risco de perfuração iminente, abscesso ou infeção plógénica, anastomose intestinal recente, úlcera péptica activa ou latente, Diabetes mellitus, osteoporose, miastenia grave, insuficiência renal, instabilidade emocional ou tendência psicótica; epilepsia, Hipotiroidismo e cirrose hepática (podem aumentar os efeitos dos glicocorticóides), Herpes simples ocular (risco de perfuração da córnea), Tratamento de longo curso em crianças (pode retardar o crescimento e o desenvolvimento). Com as complicações da corticoterapia dependem das doses e da duração, deverá procurar-se a dose mínima eficaz e avaliar a relação benefício/risco antes das decisões terapêuticas, como a oportunidade de um esquema intermitente. 4.5. **INTERACÇÕES FARMACOLÓGICAS:** Embora os estudos clínicos com Rosilan não tenham permitido encontrar interações medicamentosas, deve observar-se precaução semelhante à habitual durante corticoterapia. Recomenda-se aumento das doses de manutenção dos corticosteróides quando se administram ao mesmo tempo os seguintes fármacos: anti-epilépticos (fenobarbital, fenitoína), certos antibióticos (ritampicina), anticoagulantes (cumarínicos) ou broncodilatadores (efedrina). Se o doente em corticoterapia for medicado ao mesmo tempo com certos antibióticos (eritromicina, troleandomicina), estrogénios ou preparações com estrogénios, recomenda-se reduzir a dose de glicocorticóide. 4.6. **UTILIZAÇÃO EM CASO DE GRAVIDEZ E DE LACTAÇÃO:** Não se conhecem estudos de reprodução em humanos mas sabe-se que os glicocorticóides têm efeitos teratogénicos em animais. Não se recomenda Rosilan durante períodos de gestação e de aleitamento, a não ser que o benefício esperado tenha mais peso que o risco potencial. Os recém-nascidos de mães medicadas com glicocorticóides devem ser observados com o objectivo de procurar sinais de hipoadrenalismo. Os glicocorticóides são excretados no leite humano e podem causar supressão do crescimento e hipoadrenalismo no lactante; por isso, as mães em corticoterapia devem ser avisadas para não aleitarem os filhos. 4.7. **EFEITOS SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS:** Não estão descritos. 4.8. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos indesejáveis durante tratamentos com deflazacort são os característicos dos glicocorticóides, mas com efeitos menores no metabolismo ósseo e glicídico. Foram descritos os seguintes efeitos: susceptibilidade aumentada a infeções, alterações digestivas (diarreia, úlcera péptica, perfuração de úlcera, hemorragia, e pancreatite aguda sobretudo em crianças), desequilíbrio hidro-electrolítico (retenção de sódio com hipertensão, edema e insuficiência cardíaca, depleção de potássio), efeitos músculo-esqueléticos (miopatia com atrofia e astenia, osteoporose, balanço azotado negativo), efeitos cutâneos (diminuição da espessura da pele, estrias, acne) perturbações neuropsiquiátricas (cefaleias, vertigens, euforia, insónia, hipercinésia, hipomania ou depressão, pseudotumor cabri em crianças), efeitos oftálmicos (catarras subcapsulares posteriores, sobretudo em crianças, aumento de pressão intra-ocular), casos raros de reacções alérgicas, efeitos endócrinos (aumento de peso com distribuição cushingóide da panícula adiposa e face lunar, hirsutismo, amenorreia, diabetes mellitus inibição do eixo hipotálamo-hipofiseo-suprarrenal, atraso do crescimento, e insuficiência cortico-suprarrenal relativa que pode subestimar 1 ano ou mais após o termo de corticoterapia prolongada). 4.9. **SOBREDOSAGEM:** São improváveis quadros clínicos por sobredosagem. Em animais que receberam deflazacort por via oral, a LD<sub>50</sub> foi superior a 4000 mg/kg. 5. **PROPRIEDADES FARMACODINAMICAS:** 5.1. **PROPRIEDADES FARMACODINAMICAS:** O deflazacort é um glicocorticóide. As propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras são utilizadas no tratamento de larga variedade de estados patológicos e são comparáveis às exercidas por outros glicocorticóides, com potência de 0,8 relativamente à prednisona e prednisona (a equivalência terapêutica é de cerca de 6 mg de deflazacort para 5 mg de prednisona). Estudos clínicos comparativos mostram que o deflazacort, relativamente à prednisona em doses equivalentes: 1. Inibe menos a absorção intestinal de cálcio e aumenta em menor medida a excreção urinária de cálcio. 2. Reduz significativamente menos volume trabecular ósseo e o conteúdo mineral ósseo. 3. Tem menor efeito no crescimento de crianças pré-púberes. 4. Produz efeito diabético reduzido em indivíduos normais, em indivíduos com antecedentes de diabetes e em diabéticos. 5.2. **PROPRIEDADES FARMACOCINÉTICAS:** Após administração por via oral o deflazacort é bem absorvido e, por acção das esteraseas plasmáticas, converte-se rapidamente no metabolito activo (D21-OH) que alcança picos plasmáticos ao fim de 1,5 a 2 horas. A ligação às proteínas do plasma é de 40%; não mostra afinidade para a globulina transportadora de corticosteróides, a transcortina. A semivida de eliminação é de 1,1 a 1,9 horas. Predomina a eliminação renal e recupera-se na urina 70% da dose administrada; os 30% restantes são eliminados nas fezes. O D21-OH metaboliza-se extensamente e apenas 18% da excreção urinária representa D21-OH intacto; o metabolito 6-beta-OH representa um terço da eliminação urinária. No animal, apenas uma quota reduzida de <sup>14</sup>C deflazacort consegue atravessar a barreira hemato-encefálica. 5.3. **DADOS DE SEGURANÇA PRÉ-CLÍNICA:** Os estudos em ratinhos, ratos, cães e macacos produziram resultados comparáveis aos já conhecidos com outros glicocorticóides em doses equivalentes. Os efeitos teratogénicos observados em roedores e coelhos são característicos dos glicocorticóides. Não se encontrou actividade carcinogénica em ratinhos mas houve efeitos carcinogénicos em ratos, semelhança do descrito para os outros glicocorticóides. 6. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS:** 6.1. **LISTA DE EXCIPIENTES:** Comprimidos de 6 mg: Celulose microcristalina 15 mg; Lactose 153 mg; Amido de milho 10 mg e Esterato de magnésio 1,0 mg. Comprimidos de 30 mg: Celulose microcristalina 15 mg; Lactose 313 mg; Amido de milho 10 mg e Esterato de magnésio 2 mg. Suspensão oral (gotas): Silicato de alumínio e magnésio 1,000 g; Carboximetilcelulose de sódio 1,000 g; Álcool benzílico 1,000 ml; Sorbitol, solução a 70% 10,000 g; Polisorbato 80 0,200 g; Ácido acético, solução a 10% q.b.p. pH 4 e Água purificada q.b.p. 100 ml. 6.2. **INCOMPATIBILIDADES:** Não foram referidas. 6.3. **PRAZO DE VALIDADE:** Comprimidos de 6 e de 30 mg: 3 anos. Suspensão oral (gotas): 2 anos. 6.4. **PRECAUÇÕES PARTICULARES DE CONSERVAÇÃO:** O Rosilan, suspensão oral, deve ser conservado a temperatura ambiente (15 - 25°). 6.5. **NATUREZA E CONTEÚDO DO RECIPIENTE:** Alveolo de PVC e folha de alumínio (comprimidos de 6 e de 30 mg). Frasco de vidro âmbar com tampa de alumínio e conta-gotas de vidro. 6.6. **INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO E DE MANIPULAÇÃO:** Não se aplica. 6.7. **APRESENTAÇÕES E PREÇOS:** 20 comp. 6 mg, PVP 2.622\$, R.Geral (40%): EST. 1.049\$, UTN.1.573\$; R.Especial (55%): EST. 1.442\$, UTN.1.180\$. 30 comp. 30 mg, PVP 5.082\$, R.Geral (40%): EST. 2.033\$ UTN.3.049\$, R.Especial (55%): EST. 2.795\$, UTN. 2.287\$; Suspensão 13 ml-22,75 mg/ml, 1 gota = 1 mg PVP 3.240\$. IVA 5% incluído 7. **NOME E DOMICÍLIO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Marion Merrell, Lda. Estrada Nacional 249, Km 15 - Apartado 39 - 2726 MEM MARTINS CODEX. 8. **NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Comprimidos 6 mg: nº 8657007. Comprimidos 30 mg: nº 8657015. Suspensão oral (gotas): nº 8657023. 9. **DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Comprimidos 6 mg: 08/04/87. Comprimidos 30 mg: 08/04/87. Suspensão oral (gotas): 11/05/86.

10. **DATA DE REVISÃO PARCIAL DO TEXTO:** Fevereiro 1997. Produto sujeito a receita médica obrigatória. Para mais informações contactar a Direcção Médica

**BIBLIOGRAFIA:** 1- Devogelaar J et al. Bone-sparing action of deflazacort versus equipotent doses of prednisona: a double-blind study in males with rheumatoid arthritis. In: International Symposium on Osteoporosis (Abstract 374), Aalborg 27 Setembro/2 Outubro, 1987.

2- Pagano, G. y cols.: Glucose intolerance after short-term administration of corticosteroids in 6 healthy subjects. Arch Intern Med.: 1989; 149. 1098-1101

Marion Merrell, Lda.

Estrada Nacional 249, Km 15 - Apartado 39  
2726 Mem Martins Codex - Soc. Com. Quotas  
C.R.C. Sintra sob. Nº 11076 - Cap. Soc. 5.000.000\$00  
Cont. Nº 500 269 274

Hoechst Marion Roussel

Hoechst

Hoechst Marion Roussel  
A Empresa Farmacéutica da Hoechst

## Regulamentos de Prémios

# Prémio Dr. Manuel Assunção Teixeira Acta Reumatológica Portuguesa



Com o patrocínio de **Voltaren® - NOVARTIS Farma**, é criado pela Direcção da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia** e pela Redacção da Acta Reumatológica Portuguesa o "**Prémio Dr. Manuel Assunção Teixeira / Acta Reumatológica Portuguesa**", a atribuir anualmente aos três autores que mais tiverem contribuído para a Acta Reumatológica Portuguesa, órgão oficial da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia**.

O montante global do Prémio será de 450.000\$00 (Quatrocentos e cinquenta mil escudos), a distribuir da seguinte forma:

1º Classificado - Duzentos mil escudos

2º Classificado - Cento e cinquenta mil escudos

3º Classificado - Cem mil escudos

A designação do Prémio constitui uma singela homenagem dos actuais corpos directivos da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia** e da Redacção da Acta Reumatológica Portuguesa ao pioneiro da Reumatologia Portuguesa e da Reumatologia Preventiva a nível internacional.

### Normas de atribuição do Prémio:

1. O Prémio será conferido anualmente, em cerimónia pública integrada no Congresso Português de Reumatologia ou na Sessão de Abertura do Ano Académico da S.P.R..
2. A apreciação dos artigos publicados na Acta Reumatológica Portuguesa será feita por um Júri presidido pelo Presidente Eleito da S.P.R. e constituído pelos Editores não concorrentes ao Prémio e por Médico Reumatologista indicado pelo patrocinador.
3. Os elementos do Júri que sejam concorrentes ao Prémio terão que pedir escusa, sendo substituídos por outros elementos da Direcção da S.P.R..
4. Serão considerados concorrentes ao Prémio todos os Reumatologistas e Internos do Internato Complementar de Reumatologia, portugueses inscritos como sócios da S.P.R. e com as suas quotas em dia.
5. Os trabalhos publicados por cada autor terão uma pontuação de acordo com as seguintes regras:
  - a. Artigos originais - 6 pontos
  - b. Artigos de revisão - 4 pontos
  - c. Casos clínicos com revisão de literatura - 3 pontos
  - d. Editoriais - 1 ponto
  - e. Notícias circunstanciadas de representações internacionais ou assuntos de relevante interesse para a especialidade ou cartas ao Editor - 0,5 pontos
  - f. A contribuição como primeiro autor terá ponderação de 2 (pontuação dupla no artigo em questão) e a contribuição como co-autor terá ponderação de 1

O "**Prémio Dr. Manuel Assunção Teixeira / Acta Reumatológica Portuguesa**", patrocinado por **NOVARTIS Farma** é uma importante iniciativa que visa estimular a participação de todos os Reumatologistas e Internos de Reumatologia portugueses a colaborarem de forma mais assídua na construção e divulgação da Reumatologia portuguesa, através da Acta Reumatológica Portuguesa, órgão oficial da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia**.

Sociedade  
Portuguesa de  
Reumatologia

**REGULAMENTO  
PRÉMIO ACTA REUMATOLÓGICA**

**HOESCHT MARRION - ROUSSEL 1998**

**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 no valor global de 600.000\$00 será atribuído ao melhor trabalho publicado na *Acta Reumatológica Portuguesa* no período de 2 anos. No ano de 1998 o prémio contemplará os trabalhos publicados na *Acta Reumatológica Portuguesa* entre Setembro de 1996 e Junho de 1998, inclusive.
- 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 3º**

- 1 - Serão excluídos de apreciação para

atribuição do Prémio aqueles trabalhos que tenham sido já contemplados com outros prémios instituídos e os trabalhos de autores estrangeiros.

**Artº 4º**

- 1 - O Júri será constituído por cinco membros:
  - a) Presidente da Direcção da *S.P.R.*;
  - b) Secretario Geral da *S.P.R.*;
  - c) Editor Chefe da *Acta Reumatologica Portuguesa*;
  - d) O Vogal do Conselho Científico da *S.P.R.* para a Reumatologia;
  - e) Um membro do Conselho Editorial da *Acta*, designado 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 um deste artigo, será substituído segundo as normas estatutárias e na inexistência destas, por um dos membros do Conselho Editorial proposto pela Direcção da *S.P.R.*.
- 4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor está automaticamente excluído da sua constituição, sendo substituído por um dos membros do Conselho Editorial a designar pela Direcção da *S.P.R.*.
- 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, cabendo à *S.P.R.* e ao patrocinador decidir o destino a dar ao montante atribuído.

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 5º

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.

## PRÉMIO ROTTA NA OSTEOARTROSE 1998

### REGULAMENTO

#### Artº 1

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia institui o "Prémio Rotta na Osteoartrose" na importância de um milhão de escudos (1.000.000\$00), com o patrocínio da Rotta Farmacêutica.

#### Artº 2

O Premio destina-se a galardoar trabalhos de investigação sobre Osteoartrose (epidemiologia, investigação básica, clínica, terapêutica, etc.).

#### Artº 3

Os trabalhos devem ser originais, podendo ter sido publicados total ou parcialmente no ano anterior de atribuição do Prémio.

#### Artº 4

O trabalho apresentado a concurso ao "Premio Rotta na Osteoartrose" não poderá concorrer a outro Prémio da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, nem poderá ter sido

premiado de outra forma.

#### Artº 5

Sendo o objectivo deste Prémio incentivar o espirito de investigação nos médicos portugueses, o trabalho terá de ser promovido e coordenado por instituições nacionais. Os autores dos trabalhos concorrentes terão de ser maioritariamente nacionais e o primeiro autor terá de ser de nacionalidade portuguesa. Um dos autores do trabalho tem de ser membro da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

#### Artº 6

Cada concorrente ou grupo de concorrentes deve entregar o seu trabalho na Sede da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em seis exemplares. No acto da entrega será preenchido e assinado um boletim de conhecimento e aceitação do regulamento do Prémio.

#### Artº 7

O texto deve ser apresentado em português, dactilografado em papel A4 a dois espaços. O texto é limitado a vinte páginas e subdividido em: introdução; material e métodos; resultados; discussão e conclusão.

#### Artº 8

O prazo de entrega é até ao dia 31 de Agosto de 1998 (data do correio).

#### Artº 9

Compete à Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia verificar se os trabalhos concorrentes preenchem as condições regulamentares para a sua aceitação.

#### Artº 10

- O Júri será constituído por cinco membros:  
a) Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

- b) Secretario Geral da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.
  - c) Director da "Acta Reumatologica Portuguesa"
  - d) Vogal Conselheiro para a Reumatologia do Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia
  - e) Um médico representante da Rotta Farmacêutica
- 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 nº 1 deste Artigo, ela será substituída tendo em conta as regras estatutárias.
- 4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor está automaticamente excluído da sua constituição, competindo à Sociedade Portuguesa de Reumatologia a nomeação de novo membro.
- 5 - As decisões do Júri serão tomadas por maioria absoluta de votos devendo o elemento mais novo lavrar uma Acta que será assinada por todos e enviá-la à Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Em caso de se estabelecer empate, o Presidente do Júri tem voto de qualidade.
- 6 - Das decisões do Júri não há recurso.
- 7 - O Júri deverá efectuar uma pré-selecção dos 3 trabalhos melhor classificados, dos quais escolherá aquele a quem será atribuído o Prémio. Aos 2 restantes será atribuída uma Menção Honrosa.
- 8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia até vinte dias após a entrega dos trabalhos.
- 9 - Se o Júri resolver não atribuir o Prémio,

50% da importância será transformada em Bolsa de Estudo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, como patrocínio individual da Rotta Farmacêutica no ano seguinte e sujeita a candidatura, conforme regulamento a publicar.

#### Artº 11

O trabalho premiado será publicado na Acta Reumatologica Portuguesa.

#### Artº 12

Se na realização do concurso surgir qualquer elemento não previsto neste regulamento, a Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia resolverá como julgar mais conveniente.

#### Artº 13

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 de 1998.

### PRÉMIO NOVARTIS EM REUMATOLOGIA

#### REGULAMENTO

#### Artº 1

1 - A Sociedade Portuguesa de Reumatologia a fim de contribuir para o progresso das Ciências Médicas em Portugal, no campo da Reumatologia, confere de dois em dois anos, com início em 1998, um "PRÉMIO NOVARTIS EM REUMATOLOGIA" (adiante designado por Prémio), instituído em seu favor por NOVARTIS FARMA - Produtos Farmacêuticos, S.A. .

2 - O Prémio destina-se a estimular os estudos reumatológicos: etiopatogenia, clínica, terapêutica, prevenção, investigação experimental ou outros.

**Artº 2**

- 1 - O Prémio no valor global de Esc.: 2 000 000\$00 (dois milhões de escudos), 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 Honoras 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 ou no Congresso Português de Reumatologia.
- 4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário Geral da Sociedade ou quem os represente.

**Artº 3**

- 1 - Os originais concorrentes serão entregues na Secretaria da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* até ao dia 1 de Abril de 1999, em cinco exemplares (original e quatro fotocópias), dactilografados a dois espaços, de um só lado e em folhas de formato A4 numeradas e rubricadas.
- 2 - Os trabalhos têm de ser inéditos e não podem ser publicados até à data da sua apreciação pelo Júri.
- 3 - Na Secretaria da S.P.R. será organizado o processo referente a cada um dos trabalhos concorrentes e anotada a data de entrega, identificação pessoal e profissional do candidato e da Instituição Médica de origem e título completo do trabalho, dados que serão publicados na "Acta Reumatológica Portuguesa" da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*.

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

**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 NOVARTIS FARMA, S.A. .
- 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 não existência 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 NOVARTIS FARMA S.A. .
- 4 - Os membros do Júri não poderão concorrer ao Prémio.
- 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. Nesse caso, 50% do mon-

tante do Prémio, será atribuído no ano seguinte sob a forma de BOLSA DE ESTUDO NOVARTIS FARMA, para o(s) melhor(es) projecto(s) de formação, a apresentar pelos Internos da Especialidade de Reumatologia ao Júri atrás mencionado.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 2 semanas antes do evento durante o qual se efectua a entrega do Prémio.

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

#### Artº 5º

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 EUIAR 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 para tal forem solicitados 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 NOVARTIS FARMA S.A. e dois à Biblioteca da Ordem dos Médicos.

5 - A NOVARTIS FARMA S.A., reserva-se o direito de publicar e divulgar a toda a Classe Médica o trabalho premiado.

6 - 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 NOVARTIS FARMA S.A. e dois à Biblioteca da Ordem dos Médicos.

**ROTTA**  
*Farmacéutica*  
Grupo Rotta Research

**A Arte de Investigar...**

**Dermestril**<sup>®</sup>  
17β-estradiol

**viartil-S**<sup>®</sup>  
sulfato de glucosamina

**BIONOCALCIN**<sup>®</sup>  
Salcatonina

**Protaxil**<sup>®</sup>  
DIMALEATO DE PROGLUMETACINA

**ANANASE**<sup>®</sup>  
Bromelaina

## Agenda Nacional

### **III JORNADAS TEMÁTICAS DE REUMATOLOGIA**

Data: 7-8 de Maio de 1998

Local: Hotel Alfa - Lisboa

Organização: Unidade de Reumatologia do H.  
Militar Principal, Unidade de  
Reumatologia do H. Egas Moniz,  
Serviço de Reumatologia do H.  
Garcia de Orta

### **CURSO DE REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS GERAIS**

Data: 28-29 de Maio de 1998

Local: Lisboa

Organização: Unidade de Reumatologia  
do H. Santa Maria

### **XIX CURSO DE REUMATOLOGIA**

24-25 de Outubro de 1998

Auditorio dos HUC - Coimbra

Secretariado: Serviço de Medicina III e  
Reumatologia dos HUC  
Fax: (039) 400491

### **JORNADAS REUMATOLÓGICAS DE LISBOA E SIMPOSIO CIAR**

Data: 26-27 de Novembro de 1998

Local: Lisboa

Organização: Unidade de Reumatologia do H.  
Santa Maria

## Agenda Internacional

### **18TH EUROPEAN WORKSHOP FOR RHEUMATOLOGY RESEARCH**

Data: 12-15 Março 1998

Local: Athens Greece

Secretariado: Fax: +30 177 03 876

### **INTERNATIONAL CONFERENCE ON SYSTEMIC SCLEROSIS**

Data: 22-26 Março 1998

Local: Montecatini Terme - Italy

Secretariado: Fax: +39 55 3361350 1

### **43ÈME JOURNÉES ANNUELLES DU CENTRE VIGGO PETERSEN**

Data: 26-27 Março 1998

Local: Palais des Congrès - Paris

Secretariado: Fax: +33 1 49 95 86 31

### **43È SEMAINE DE RHUMATOLOGIE**

Data: 1 -3 Abril 1998

Local: Aix-les Bains-France

Secretariado: Fax: +33 4 79 88 91 06

### **BRITISH SOCIETY FOR RHEUMATOLOGY XVTH ANNUAL GENERAL MEETING**

Data: 22-24 Abril 1998

Local: Brighton - UK

Secretariado: Fax: +44 171 242 32 77

### **AN INTRODUCTORY COURSE TO MUSCULOSKELETAL ULTRASOUND**

Data: 8- 10 Maio 1998

Local: Nordwijkerhout/Netherlands

Secretariado: Fax: +44 1872 222 857

### **2ND CENTRAL EUROPEAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY**

Data: 13-16 Maio 1998

Local: Warsaw - Poland,

Secretariado: Fax +48 22 449 522

### **6TH EUROPEAN CONGRESS ON RESEARCH IN REHABILITATION**

Data: 31 Maio-4 Junho 1998

Local: Berlin

Secretariado: Fax: +49 69 605 018 37

**27TH SCANDINAVIAN CONGRESS  
OF RHEUMATOLOGY,**

Data: 5-8 Junho 1998

Local: **Aarhus** - Denmark

Secretariado: Fax: +45 8949 4210

**XII PAN AMERICAN CONGRESS  
OF RHEUMATOLOGY**

Data: 21- 25 Junho 1998

Local: Montreal - Canada

Secretariado: Fax:+1 514 499-8921

**5TH EULAR POSTGRADUATE COURSE  
IN RHEUMATOLOGY**

Data: 21-24 Agosto 1998

Local: Bad Bramstedt - Germany

Secretariado: Fax: + 41 1 383 98 10

**5TH EULAR POSTGRADUATE COURSE  
IN RHEUMATOLOGY**

Data: 24-30 Agosto 1998

Local: Bad Bramstedt - Germany

Secretariado: Fax: + 41 1 383 98 10

**XITH EULAR SYMPOSIUM**

Data: 5 - 8 Setembro 1998

Local: Geneva, Switzerland

Secretariado: +41 22 344 64 77

**AMERICAN COLLEGE  
OF RHEUMATOLOGY,  
62ND NATIONAL SCIENTIFIC  
MEETING**

Data: 8-12 Novembro 1998

Local: San Diego, CA,USA

Secretariado: Fax:+1 404 633 1870

**THE 8TH INTERNATIONAL SEMINAR  
ON THE TREATMENT OF RHEUMATIC  
DISEASES**

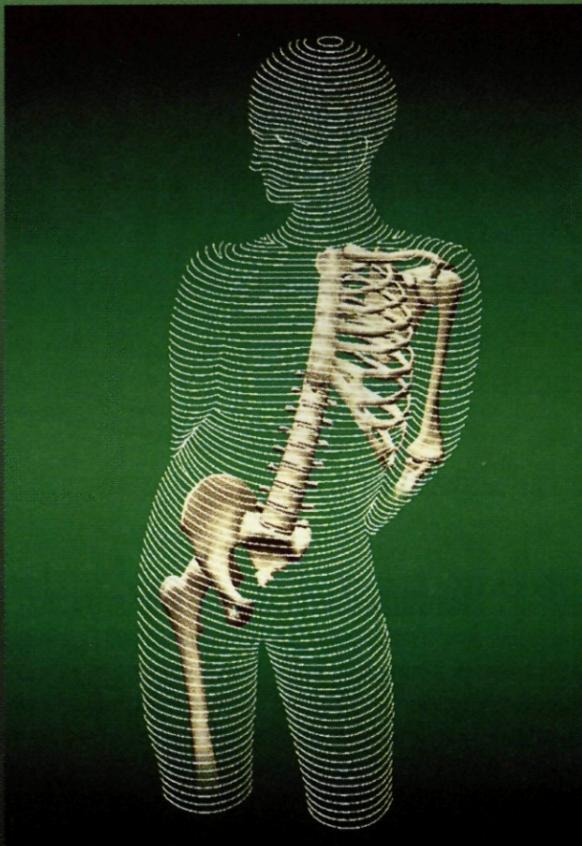
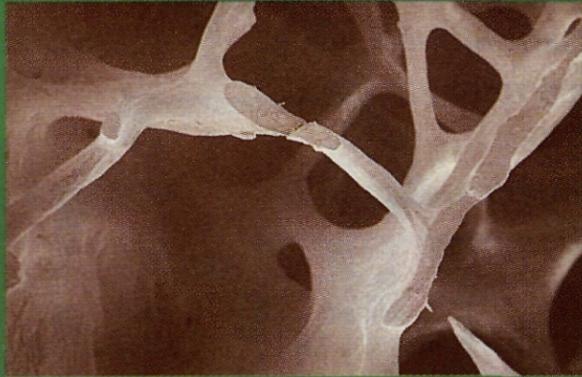
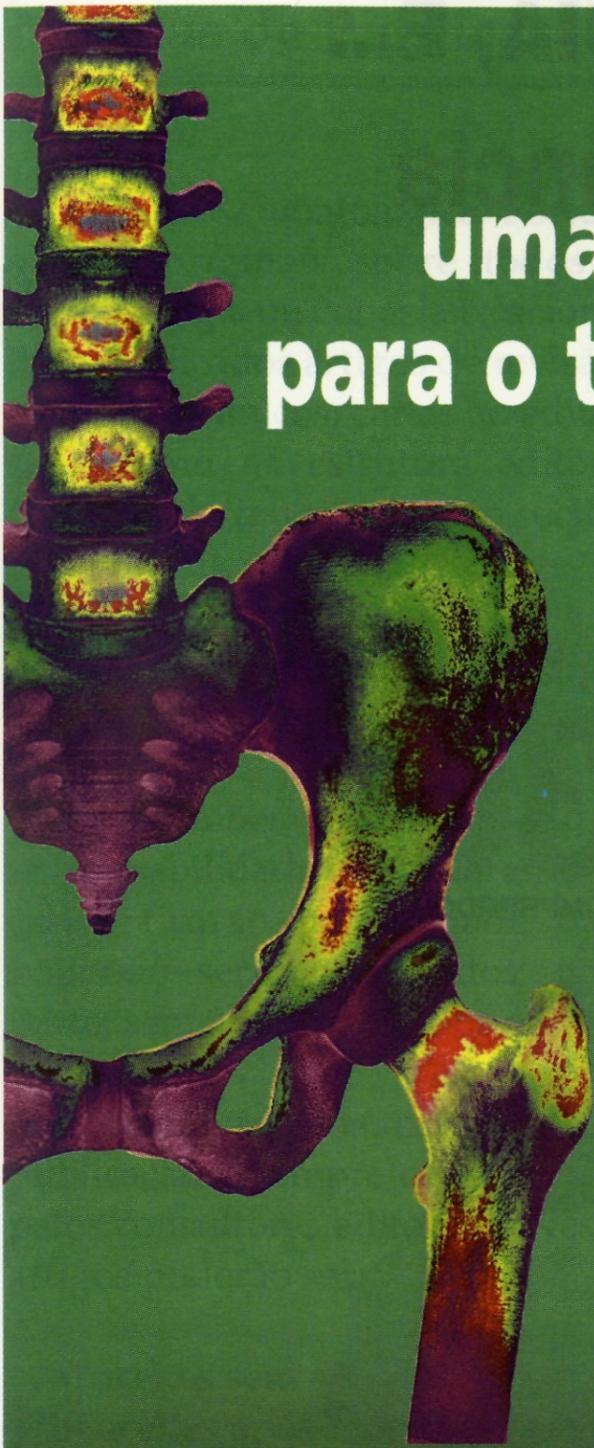
Data: 6-12 de Dezembro de 1998

Local: Israel

Secretariado: Fax: 972-3-5351103

NO VERTICE

# Finalmente uma inovação terapêutica para o tratamento da osteoporose



**F  
O  
S  
A  
M  
A  
X**<sup>®</sup>

alendronato  
de sódio

**REVERTA  
A PROGRESSÃO  
DA  
OSTEOPOROSE**

 **MERCK SHARP & DOHME**

Marca Registrada da Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

09-97-FSM-96 P-012-JA

Produtos Químicos e Farmacêuticos (Lda.)  
Rua General Faria Matos, 10, 4.º D.  
1492 Lisboa  
Grupo Pharmacia  
Lisboa, Portugal

# NO VÉRTICE DA RAPIDEZ E EFICÁCIA, E...

## Superior em tolerância

# Airtal 30

ACECLOFENAC COMPRIMIDOS



INVESTIGAÇÃO  
Prodesfarma

### FICHA TÉCNICA

**COMPOSIÇÃO por comprimido:** Aceclofenac (D.C.I.) 100 mg. Excipiente, c.s. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** O AIRTAL contém um novo composto AINE de síntese, caracterizado por uma elevada actividade anti-inflamatória, um importante efeito analgésico e anti-pirético. A sua administração preventiva em certos modelos de estudo, revelou-se capaz de diminuir o edema e a infiltração celular que caracterizam a fase precoce da inflamação. Em certos modelos, em que se administrou o AIRTAL subsequente à inflamação, verificou-se igualmente uma acentuada capacidade inibitória sobre a resposta inflamatória, salientando-se uma acção anti-artrítica relevante e acompanhada por uma evolução positiva da sintomatologia extra-articular. Finalmente, e independentemente de processos agudos, a administração prolongada de AIRTAL, revelou-se de uma excelente capacidade anti-inflamatória sem que fossem afectados os parâmetros indicativos de mobilização dos corticosteróides endógenos. Em relação ao efeito analgésico, o AIRTAL está no grupo dos AINES em que aquele efeito é habitualmente descrito como potente. Este efeito dose-dependente, revela-se por um aumento do limiar da tolerância à dor, é compatível com um analgésico de tipo periférico e eficaz contra estímulos algícos de diversa natureza (químicos, mecânicos). O mecanismo de acção de AIRTAL está relacionado com a síntese de prostaglandinas e a tolerância gastrointestinal é superior à dos fármacos de referência, assinalando-se a sua menor gastrolesividade. No conjunto, acções e tolerância, pode afirmar-se que o Aceclofenac tem um índice terapêutico superior a outros agentes deste grupo. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** Formas inflamatórias degenerativas de reumatismo articular (espondilite anquilosante, periartrite, escapulo-umeral, osteoartrite, artrite reumatóide). Tratamento analgésico sintomático em reumatismo extra-articular (lombalgias, ciática, bursites e mialgias, etc.). Tratamentos de estados dolorosos de origem traumática, ORL, ortopédica, cirúrgica, odontológica, ginecológica, etc. **Contra-indicações:** Os dados disponíveis até ao momento não sugerem nenhuma contra-indicação específica para o Aceclofenac, no entanto, a úlcera péptica constitui um caso a ter em atenção. Está contra-indicado em casos de hipersensibilidade conhecida a esta substância ou ao Diclofenac. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos adversos observados foram normalmente de carácter leve e transitório, e não obrigaram à suspensão do tratamento. Foram referidos epigastria, vômitos, náuseas, pirose, sensação de plenitude gástrica, rash-prurido e, em menor grau, cefaleias, sonolência, edema, broncoespasmo, aumento de diurese nocturna, proteinúria discreta e alterações das enzimas hepáticas. **Precauções:** Os doentes com problemas gastrointestinais e com historial de úlcera péptica, devem ser mantidos sob estreita vigilância médica. Há que ter precaução especial em doentes idosos ou que estejam submetidos a tratamento com diuréticos e/ou se encontrem em período de convalescência de intervenções cirúrgicas, bem como nos casos de insuficiência hepatocelular, cardíaca e renal graves. **Gravidez e aleitamento:** Recomenda-se não utilizar o produto em caso de gravidez ou aleitamento. **Interações medicamentosas:** Em alguns casos foi atribuída uma alteração da função renal em pacientes que usavam concomitantemente Aceclofenac e Triantere. **Posologia:** Como regra geral a posologia média diária corresponde a 1 comprimido administrado duas vezes por dia. Em casos mais ligeiros ou em tratamento prolongado, é geralmente suficiente um comprimido administrado uma única vez por dia. **Sobredosagem e tratamento:** Não se conhece o quadro específico de sobredosagem com Aceclofenac. Em caso de ingestão acidental massiva, proceder-se-á ao tratamento sintomático da situação médica.

**INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS: Incompatibilidade:** Nos estudos realizados até ao momento, não foram detectadas incompatibilidades. O AIRTAL apresenta uma estabilidade de 4 anos com condições normais de acondicionamento e armazenagem. Não são requeridas condições especiais de armazenagem. O AIRTAL na forma farmacêutica de comprimidos está acondicionado em blister de alumínio/alumínio e embalado em cartonagem.

**Prescrição Médica Obrigatória. APRESENTAÇÃO E PREÇOS:** 10 comprimidos a 100 mg: P.V.P. 721\$00. 30 comprimidos a 100 mg: P.V.P. 2.165\$04 — REG. GERAL 70% EST. 1.516\$00/UT. 649\$00 — R. ESPECIAL 85% EST. 1.840\$00/UT. 325\$00.



**Probios**

(Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda.)

Rua General Ferreira Martins, 10, 4.º D

1495 Lisboa

Grupo Prodesfarma

## 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 revistos 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* (pág. 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 responsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

#### b) *Resumo* (pág. 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* (pág. 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) autor(es). 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 outpatient 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) médico(s). 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 assinaladas 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

O(s) autor(es) certifica(m) 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 \_\_\_\_\_

**NOVO**

# Diclootec®

diclofenac Na/misoprostol



## O MELHOR DE 2 MUNDOS

elevada eficácia  
anti-inflamatória  
e analgésica

redução do risco de  
lesões gastroduodenais

### O AINE de 1ª escolha que alarga as fronteiras da terapêutica anti-inflamatória

 **I. lepori**  
GRUPO ANGELINI

**Composição:** 50 mg de diclofenac de Na no núcleo entérico e 200 µg de misoprostol na cobertura por comprimido. **Categoria e Actividade Farmaco-Terapêutica:** Anti-inflamatório não esteroide. Diclootec é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteroide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésica e anti-préptica, e de um agente protector da mucosa gastroduodenal (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E1. Nas doenças reumáticas, as propriedades anti-inflamatórias e analgésicas do Diclootec proporcionam uma rápida resposta clínica que se traduz num alívio dos seus sinais e sintomas, tais como a dor em repouso, a dor em movimento, rigidez matinal e edema articular, conferindo uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gastroduodenal do misoprostol, o Diclootec está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas da mucosa gastroduodenal comparativamente ao diclofenac quando administrado isoladamente. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gastroduodenal, tais como a manutenção do fluxo sanguíneo para a mucosa gástrica, o aumento da secreção de bicarbonato duodenal e a secreção de muco gástrico, bem como a inibição da secreção gástrica de ácido, basal e estimulada. A capacidade do misoprostol em proteger a mucosa gastroduodenal foi demonstrada em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. Os perfis farmacocinéticos do diclofenac e do misoprostol quando administrados isoladamente são semelhantes aos perfis dos mesmos quando administrados em comprimidos de combinação fixa, o Diclootec. Não se registaram interacções farmacocinéticas entre os dois fármacos depois de tomadas múltiplas. Não houve acumulação plasmática de diclofenac ou misoprostol depois de tomadas repetidas de diclofenac/misoprostol. O misoprostol administrado oralmente é extensivamente absorvido e sofre uma rápida desesterificação para a sua forma de ácido livre, o ácido misoprostol, seu principal metabolito. Os níveis plasmáticos normais são atingidos em dois dias. No homem, o diclofenac administrado oralmente é rápida e quase completamente absorvido e distribuído no sangue, fígado e rins, e está extensivamente ligado às proteínas plasmáticas. As concentrações plasmáticas apresentam uma relação linear relativamente à quantidade de fármaco, e não ocorre acumulação desde que se respeitem os intervalos entre as tomas. **Indicações:** O Diclootec está indicado na terapêutica da artrite reumatóide e da osteoartrite em fase aguda ou crónica, particularmente em doentes com suspeita de intolerância gástrica ou hemorragia digestiva devido ao uso de anti-inflamatórios. **Contra-indicações:** O Diclootec está contra-indicado em doentes com úlcera péptica e/ou história recente de hemorragia digestiva ou perfuração. Em doentes com hipersensibilidade ao diclofenac ou a outros AINEs, incluindo a aspirina, e ao misoprostol ou outros AINEs. **Reacções Adversas:** Geralmente, o Diclootec é bem tolerado nas doses recomendadas. As reacções adversas são sobretudo de natureza gastrointestinal, sendo as mais frequentes: dispêpsia, dor abdominal e alguns casos de diarreia ligeira e transitória, que podem surgir no início do tratamento. Só ocasionalmente esses casos resultam em diarreia mais persistente, conduzindo à interrupção da terapêutica. Apesar de não ter sido referenciada nenhuma alteração ginecológica em mulheres que recebem Diclootec, estão descritos casos raros de alterações menstruais e "spotting" (normalmente inferior a 1%) em ensaios com misoprostol. Independentemente da relação com o Diclootec, os efeitos secundários com uma incidência igual ou superior a 1% para todos os doentes e indivíduos foram: dor abdominal, diarreia, náusea, dispêpsia, flatulência, cefaleia, tontura, vômitos, gastrite, obstipação, eructação, sintomas de tipo "gripe", infecções do tracto respiratório superior, faringite e "rash" cutâneo. A menorragia teve uma incidência de 1% quando foi calculada tendo em vista o número total de doentes e indivíduos do sexo feminino. **Interações:** Embora não estejam descritas interacções farmacológicas em estudos efectuados com Diclootec, os componentes presentes podem evidenciar as seguintes interacções: Os antiácidos são passíveis de retardar a absorção do diclofenac, podendo o hidróxido de magnésio exacerbar a tendência para a diarreia associada ao misoprostol; a administração de doses elevadas de antiácidos pode reduzir a biodisponibilidade do misoprostol; O diclofenac pode aumentar a concentração plasmática da digoxina, pelo que os níveis séricos deste fármaco devem ser cuidadosamente monitorizados e ajustados; A terapêutica concomitante do diclofenac com diuréticos poupadores de potássio pode estar associada a um aumento dos níveis séricos deste electrólito; O diclofenac pode reduzir o efeito dos fármacos anti-hipertensivos em doentes com hipertensão arterial; Deverá proceder-se a uma cuidadosa monitorização dos doentes medicados com anti-coagulantes e Diclootec no sentido de avaliar a necessidade de eventuais ajustes posológicos na terapêutica anti-coagulante; Devem ser tomadas precauções especiais quando da utilização concomitante de metotrexato com AINEs, incluindo o diclofenac/misoprostol, pois a administração de AINEs pode levar a uma elevação dos níveis plasmáticos de metotrexato; O diclofenac provoca uma redução da "clearance" renal do lítio e aumenta os níveis plasmáticos do mesmo; consequentemente, poderão ser necessários ajustes posológicos do lítio com Diclootec; Não é aconselhável o uso concomitante de aspirina e Diclootec; O diclofenac não altera o metabolismo da glucose nos indivíduos saudáveis, não se verificando igualmente alterações nos efeitos dos anti-diabéticos orais quando co-administrados com o diclofenac. Registaram-se, contudo, casos de alterações dos efeitos dos anti-diabéticos orais (hipo e hiperglicémia) na presença de AINEs. Recomenda-se, portanto, cuidado na administração do Diclootec a doentes que recebem insulina ou anti-diabéticos orais. **Precauções:** A presença do misoprostol em combinação demonstrou reduzir os efeitos lesivos dos AINEs na mucosa gastroduodenal. Apesar disso, podem ocorrer úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal durante a terapêutica com Diclootec. Em presença destas situações, a terapêutica com Diclootec deve ser interrompida e instituídas as medidas adequadas. O médico deve estar de sobreaviso quando recetar Diclootec a doentes com história de divertículos e doença inflamatória intestinal. O diclofenac e os seus metabolitos são eliminados pelo rim e pelo fígado. Assim, o Diclootec deve ser usado cuidadosamente em doentes com insuficiência renal ou hepática, sendo conveniente vigiar atentamente estes doentes. Estão descritas alterações das provas de função hepática, alguns casos de icterícia e mesmo hepatite com o uso continuado de AINEs, pelo que se aconselha, desde o início da terapêutica, a realização periódica de provas de função hepática em doentes submetidos a tratamento prolongado com estes fármacos. Devido à retenção de fluidos provocada pelos anti-inflamatórios, o Diclootec deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca, hipertensão ou patologias que condicionem retenção hídrica. Embora raras, estão descritas discrasias hemorrágicas associadas ao uso de AINEs. Apesar do misoprostol não aumentar o efeito do diclofenac na função plaquetária, o Diclootec deve ser usado com precaução em doentes com coagulopatias. Tal como os outros anti-inflamatórios não esteroideais, o Diclootec pode mascarar os sinais de infecção. O Diclootec não deve ser administrado a doentes com asma, urticária, rinite ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Manter o Diclootec fora do alcance das crianças. **Efeitos em Grávidas e Lactantes:** O Diclootec está contra-indicado na gravidez. O Diclootec pode causar o encurtamento prematuro do canal arterial. O misoprostol pode complicar a gravidez (induzir o aborto) e, como tal, lesar o feto, quando administrado à grávida. O misoprostol pode estimular as contrações uterinas, provocar hemorragias e a expulsão do produto da concepção. O aborto provocado pelo misoprostol pode ser incompleto. Em estudos com mulheres que se submetem a interrupção electiva da gravidez durante o primeiro trimestre, o misoprostol causou a expulsão parcial ou completa do feto em 11% dos casos, e provocou um aumento da incidência de hemorragia em 41%. Caso se verifique gravidez durante o tratamento, deverá interromper-se a administração do fármaco informando as doentes dos seus potenciais riscos sobre o feto. O Diclootec não é recomendado em mulheres que amamentam. **Efeitos em Crianças:** A segurança e eficácia do Diclootec não foram avaliadas em pediatria. **Efeitos em Idosos e Doentes com Patologias Especiais:** Ver precauções. **Efeitos sobre a Capacidade de Condução e uso de Máquinas:** Foram descritos casos de cefaleias, tonturas (sensação de vazio) e diminuição da acuidade visual. Os doentes que apresentem estes sintomas devem ser advertidos para tomarem precauções quando utilizarem máquinas ou conduzirem veículos com motor, até que a reacção ao medicamento seja conhecida e se verifique que não produz efeitos desfavoráveis. **Atenção:** Contém lactose. As mulheres em idade fértil devem ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos adequados enquanto estão a ser medicadas com Diclootec. Se for registada gravidez, a utilização do fármaco deve ser imediatamente interrompida. **Posologia:** A dose recomendada de Diclootec é de 1 comprimido duas a três vezes ao dia, sempre tomado por via oral, inteiro e às refeições. **Duração do Tratamento:** De acordo com o critério clínico. **Sobredosagem:** Não existe antídoto para o diclofenac, pelo que se deve evitar a sua absorção o mais rapidamente possível, por indução do vômito, lavagem gástrica e/ou terapêutica com carvão activado. O tratamento sintomático e de suporte para controlo das complicações deve incluir medidas gerais contra a hipotensão, a insuficiência renal, convulsões, quebras gastrointestinais e depressão respiratória. Podem ser necessárias medidas para acelerar a eliminação (diurese forçada). **Atenção:** Avise o seu médico ou farmacêutico dos efeitos indesejáveis que não constem do folheto informativo. Verifique o prazo de validade inscrito na cartoneira e guarde em local fresco e seco. **F. F. e Via de Administração/Preço:** Diclootec 20 comprimidos - P.V.P. 1.798\$00, R.G. 40%, Estado: 719\$20, Utente: 1.078\$80; R.E. 55%, Estado: 988\$90, Utente: 809\$10; Diclootec 60 comprimidos - P.V.P. 4.585\$00, R.G. 40%, Estado: 1.834\$00, Utente: 2.751\$00, R.E. 55%, Estado: 2.521\$80, Utente: 2.063\$20. CONT. Nº 500 161 739 - CAPITAL SOCIAL: 587 000 000\$00 REGISTO Nº 20459 C.R.C. DE LISBOA

<http://www.ordemmedicos.pt/laboratorios/lepori/index.html> • EMAIL: lepori@mail.telepac.pt

## Instructions to Authors

The *Acta Reumatológica 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.

Novo

# CALCIMON<sup>®</sup>

SALCATONINA



## A CALCITONINA MAIS VANTAJOSA



**Composição:** Cada ml de solução contém 550UI de salcatonina (calcitonina de salmão).

**Indicações:** Tratamento da osteoporose pós-menopausa. Doença de Paget. Hipercalcémia. Tratamento da dor óssea por osteólise.

**Contra - indicações:** Hipersensibilidade conhecida à salcatonina.

**Efeitos secundários:** Manifestações de carácter geral (náuseas, vômitos, ligeiro rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injectável, são extremamente raras.

**Posologia:** Osteoporose - Recomenda-se 50 UI ou 100 UI (1 ou 2 nebulizações) por dia, conforme a gravidade da doença. Doença de Paget - Deve administrar-se 200 UI (4 nebulizações) por dia, isto é, duas nebulizações de manhã e duas ao deitar. Em casos excepcionais, pode administrar-se no início do tratamento 400UI (8 nebulizações), duas vezes por dia, isto é, quatro de manhã e quatro ao deitar. Hipercalcémia - Deve administrar-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. Dores ósseas associadas à osteólise - Recomenda-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações), por dia em doses repartidas.

**Apresentação:** Embalagem com um frasco de 2ml de solução de salcatonina, equivalente a um mínimo de 14 aplicações de 50 UI / aplicação.

**Preços:**

CALCIMON	PVP	Regime Geral		Regime Especial	
		Estado	Utente	Estado	Utente
Spray 550 UI / ml	4.122\$	2.885\$	1.237\$	3.504\$	618\$
5 Amp. (50 UI)	2.012\$	1.408\$	604\$	1.710\$	302\$
5 Amp. (100 UI)	3.537\$	2.476\$	1.061\$	3.006\$	531\$

Byk Portugal, Lda - Av Infante Santo, 66 C - 1350 Lisboa • Contribuinte nº 502 801 204 Capital Social 50 000 000\$00 Conservatória do Registo Comercial de Lisboa nº 3059



**Byk Portugal**

# N *Nem dor Nem dano!* **olotil**®



*E*LEVADA  
EFICÁCIA  
NO ALÍVIO  
DA DOR

*E*XCELENTE  
TOLERÂNCIA

**Boehringer  
Ingelheim**



Av. António Augusto de Aguiar nº 104, 1º • 1063 Lisboa Codex

Boehringer Ingelheim, Lda. • Capital Social: trinta milhões de escudos • Conservatória do Registo Comercial de Lisboa nº 28628