

Outubro 1990



ACTA

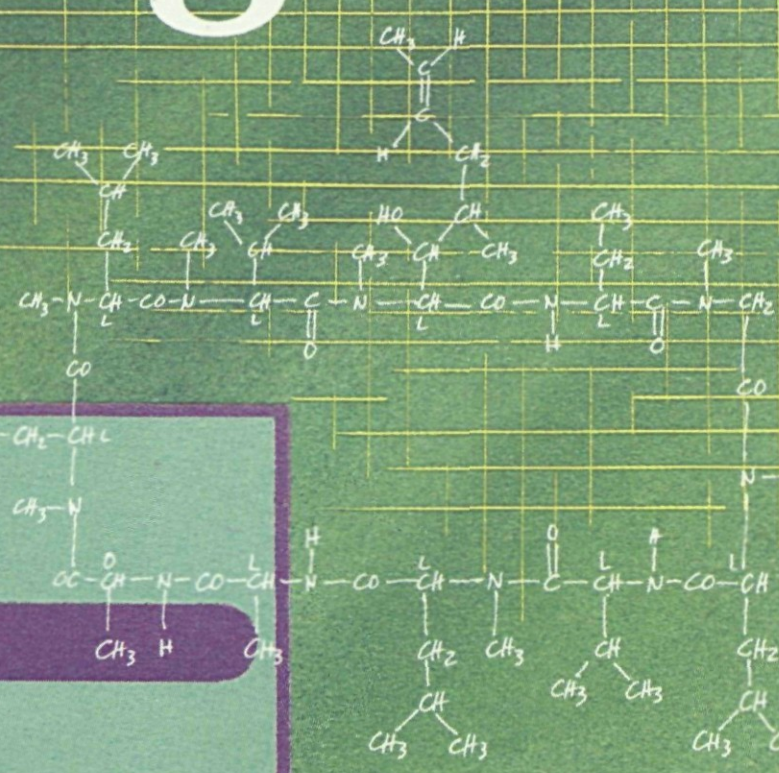
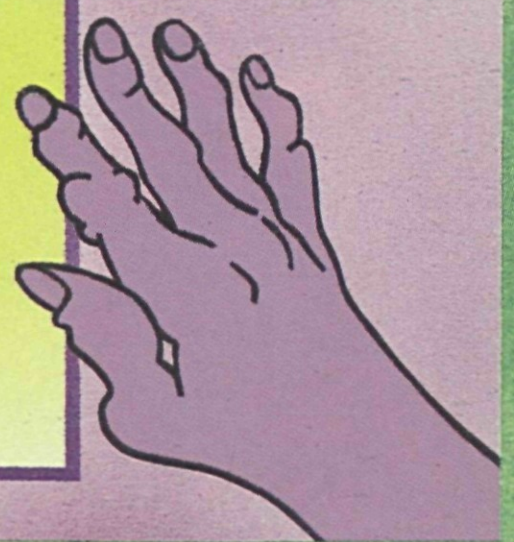
REUMATOLÓGICA

PORTUGUESA

**Vol. XV
Supl. 1**

**Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia**

Na vanguarda da investigação imunológica



PRODUTOS SANDOZ, LDA. - Rua de São Caetano, 4 - 1200 LISBOA - Telef. 60 50 11

N.º contribuinte 500 223 076 - Capital Social 100 000 000\$
Matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa n.º 19 78



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

Volume XV — Suplemento 1

1990

N.º 57

**Proceedings das Sessões e Lições Plenárias e Temas Breves
e Resumos das Comunicações Livres e Posters**
***Proceedings des Séances et Leçons Plénières et Thèmes Brefs
et Résumés des Communications et Posters***

IX Congressus Latinus Reumatologiae

3 - 6 Outubro, 1990

3 - 6 Octobre, 1990

Porto, Portugal

EDITORES: A. Lopes Vaz

EDITEURS: Jaime C. Branco

J.F. Ribeiro Silva

Licínio Poças

Sumário

INTRODUÇÃO.....	3
1. PROGRAMA CIENTÍFICO DO IX CONGRESSUS LATINUS REUMATOLOGIAE, PORTO, 1990	7
2. PROCEEDINGS DAS SESSÕES E LIÇÕES PLENÁRIAS E DOS TEMAS BREVES.....	19
3. RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES LIVRES.....	59
4. RESUMOS DOS POSTERS.....	75
5. ÍNDICE DOS TEMAS.....	103
6. ÍNDICE POR AUTORES.....	107

REGISTO: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n.º 101897.

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo).

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia — Rua de D. Estefânia, 187-189 — 1000 Lisboa
Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Seleprinter, Lda.

Sommaire

Introdução.....	3
I Programme Scientifique du IX ^{ème} Congressus Latinus Reumatologiae, o Porto, 1990	7
II Proceedings des Séances et des Leçons Plénières et des Thèmes Brefs	19
III Résumés des Communications Libres	59
IV Résumés des Posters	75
V Index par Thèmes	103
VI Index par Auteurs	107

Contents

Introdução.....	3
I Scientific Programme of the IXth Congressus Latinus Reumatologiae, o Porto, 1990	7
II Proceedings of the Plenary Sessions and Lessons and of the Brief Themes.....	19
III Abstracts of Free Communications.....	59
IV Abstracts of Posters	75
V Subject Index.....	103
VI Author Index.....	107

FICHA TÉCNICA:

DIRECTOR: J. A. Pereira da Silva. REDACTOR-CHEFE: Prof. M. Viana Queiroz.

REDACTORES: Drs. Adriano Neto, A. C. Alves Matos, António Vilar, Aurora Marques, C. Miranda Rosa, Jaime C. Branco, João Ramos, J. F. Ribeiro da Silva, J. Espírito Santo, J. Canas da Silva, J.A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, M.ª Cristina Catita e Mário Bexiga.

CONSELHO CIENTÍFICO: O Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

DISTRIBUIÇÃO: Aos membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e, sempre que possível, a Instituições Médicas, de Reumatologia ou não, nacionais e estrangeiras (Ligas, Faculdades, Centros Científicos, Sociedades Médicas, Hospitais e Serviços, Revistas e Jornais Médicos e a outras Instituições Culturais).

PUBLICAÇÃO: Trimestral (Março, Junho, Setembro e Dezembro). faz e solicita a permuta. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: *Acta Reuma. Port.*, volume (tomo): pág.-pág., ano.

Assinatura anual (1 volume, 4 tomos): Portugal 800\$00; Espanha 1.200 Pst; Resto do Mundo, US\$20.

Número avulso: 280\$00; US\$5.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

- 1 — A Redacção aceita trabalhos clínicos ou de investigação da especialidade ou a ela ligados. reserva-se o direito de só aceitar artigos ainda inéditos.
- 2 — Os artigos publicados e os textos das comunicações apresentadas em sessões científicas da Sociedade, ou por ela organizadas, são propriedade da «Acta», reservando-se a Redacção o direito de autorizar a sua inserção total ou parcial, noutras publicações.
- 3 — A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.
- 4 — Os artigos podem ser redigidos em português, francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.
- 5 — Referenciados com o título em português, francês e inglês (e facultativamente em espanhol ou alemão), nome do(s) autor(es) e seus títulos académicos e profissionais; instituições onde foi executado ou a que pertence o autor e respectivo director; localidade e país.
- 6 — O texto deve ser precedido de um resumo sucinto, curto mas suficientemente esclarecedor, em português, francês e inglês (facultativamente, em espanhol e/ou alemão).
- 7 — Cada artigo tem direito até cinco gravuras; além deste número a Redacção reserva-se o direito de as debitar pelo custo. As fotografias devem ter nitidez suficiente para dar reprodução e os gráficos e desenhos a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada, e a ordem numérica.
- 8 — As referências bibliográficas, conforme o *Index medicus*: apelido (maiúsculas), nome e pronome do(s) autor(es); título, nome da publicação ou editor; localidade; volume; página; ano. Deve observar-se a ordem alfabética do último nome do autor (ou do 1.º autor).
- 9 — Cada autor tem direito a 25 separatas. Para além deste número, serão debitadas pelo preço de custo, se forem requisitadas com a devida antecedência.
- 10 — É da competência e responsabilidade da Redacção, a revisão das provas.

INTRODUÇÃO

É um facto inegável que a participação em Congressos resulta num enriquecimento maior ou menor — científico e humano — dos que neles colaboram. Para além dos contactos pessoais, as diferentes formas de apresentação contribuem também para este enriquecimento. Efectivamente, ao lado das grandes actualizações, apanágio das palestras magistrais e da abordagem multifacetada e pluridisciplinar que as mesas redondas proporcionam, as comunicações livres e os “posters” documentam, não raramente, as mais profundas e actuais linhas de investigação dos Serviços ou dos grupos de autores nelas empenhados.

São a expressão muitas vezes do trabalho de investigadores jovens em fase muito activa da sua vida científica.

Daqui o interesse em publicar os seus resumos e a justificação de uma certa exigência na sua forma de apresentação.

Por outro lado o tempo limitado que habitualmente é atribuído às comunicações livres conduz o autor a um esforço de síntese que o obriga a apresentar apenas os elementos com interesse científico despidos das roupagens de brilho literário que por vezes fizeram em outros tipos de comunicação.

Embora na Reumatologia Latina se verifique uma maior vocação para a investigação clínica — onde não raramente é realizado trabalho pioneiro — são cada vez mais frequentes os grupos de investigadores que se dedicam a uma investigação básica de qualidade.

Com a publicação dos resumos aqui incluídos pretendemos documentar a diversidade e a pujança da reumatologia dos países latinos e contribuir assim para a difusão extra-fronteiras do esforço que eles continuam a realizar e dos resultados que vêm obtendo, de nível cada vez mais elevado.

A. Lopes Vaz

Presidente do IX Congressus Latinus Reumatologiae

INTRODUCTION

Il est certain que la participation à des Congrès contribue à un enrichissement scientifique et humain de tous ceux qui y participent. Au-delà des contacts personnels, les différentes formes de présentations contribuent également à cet enrichissement. En effet, à côté des grandes actualisations, apanage des interventions magistrales, et des tables-rondes qui donnent lieu à un abord pluridisciplinaire, les communications libres et les "posters" apportent une documentation profonde et actuelle sur la recherche des services ou des groupes d'auteurs qui s'y consacrent.

Ils sont donc bien souvent l'expression du travail de jeunes investigateurs avec une vie scientifique très active.

Ainsi, nous avons jugé de grand intérêt la publication de ces résumés sous une forme de présentation exigeante.

Par ailleurs, le temps limité habituellement concédé aux communications libres oblige l'auteur à un effort de synthèse et donc à présenter uniquement les éléments à caractère scientifique sans "l'environnement" littéraire qui a pu apparaître dans d'autres types de communications.

Bien que l'on constate dans la Rhumatologie Latine une plus grande vocation vers la recherche clinique — où bien souvent un travail pionnier est réalisé — on rencontre de plus en plus souvent des groupes d'investigateurs qui se consacrent à une recherche de base de qualité.

Cette publication des résumés prétend documenter la diversité et la vigueur de la rhumatologie dans les pays latins et contribuer, de ce fait, à la diffusion au-delà des frontières de l'effort qui continue à être réalisé ainsi que des résultats obtenus, d'un niveau chaque fois plus élevé.

A. Lopes Vaz

Président du IX Congressus Latinus Reumatologiae

IX ongressus atinus
eumatologiae

orto

3 - 6 Outubro 1990

3 - 6 Octobre 1990

Hotel Solverde — Granja

ortugal

1. PROGRAMA CIENTÍFICO / PROGRAMME SCIENTIFIQUE

4.^a Feira, 3 Outubro 1990
Mercredi, 3 Octobre 1990

15.00 — Registo e Entrega de Documentação
Enregistrement et Remise de la Documentation

18.30 — **Simpósio Satélite Sandoz**
SS Symposium Satéllite Sandoz

Sandimmun® no Tratamento da Artrite Reumatóide
Sandimmun® dans le Traitement de la Polyarthrite Rhumatoïde

Presidentes: A. Lopes Vaz (Porto, P.)
Présidents Ted Pincus (EUA)

1. Novos rumos para a artrite reumatóide
Nouveaux horizons pour la polyarthrite rhumatoïde
Ted Pincus (EUA)
2. Sandimmun® versus Penicilamina na artrite reumatóide
Sandimmun® versus Penicillamine dans la polyarthrite rhumatoïde
A. Van Rijthoven (Holanda)
3. Experiência a longo prazo com Sandimmun® na artrite reumatóide
Expérience à long terme avec Sandimmun® dans la polyarthrite rhumatoïde
R. Madhok (Reino Unido)
4. Efeito sobre a remodelação óssea do Sandimmun® na artrite reumatóide
Effet du Sandimmun® sur la remodelation osseuse dans la polyarthrite rhumatoïde
E. Del Pozo (Suíça)

20.00 — **Sessão de Abertura**
Séance d'ouverture

5.^a Feira, 4 Outubro 1990
Jeudi, 4 Octobre 1990

09.00 — **Sessão da Sociedade Francesa de Reumatologia**
SR I *Séance de la Société Française de Rhumatologie*

Manifestações Reumáticas de Origem Iatrogénica
Manifestations Rhumatologiques d'Origine Iatrogène

Presidente: P. Deshayes (França)

Président

1. As fracturas de compressão por insuficiência óssea no decurso do tratamento da osteoporose pelo fluor. A propósito de 14 observações
Les fractures de contrainte par insuffisance osseuse au cours du traitement des ostéoporoses par le fluor. A propos de 14 observations
D. Briancon, M. C. Cumin, J. Jeanneret, B. Duplan, P. Guillet (França)
2. A osteoartropatia dos hemodializados
L'ostéoarthropathie des hémodialysés
B. Delcambre, R. M. Flipo, Ph. Foissac-Gegoux, B. Duquesnoy (França)
3. Espondilodiscite infecciosa após cura do prolapso genital
A propósito de 5 casos
Spondylodiscite infectieuse après cure de prolapsus génital
A propos de 5 cas
N. Cailleux, A. Daragon, F. Laine, C. Duval, X. Le Loet, P. Deshayes (França)
4. Dores ósseas epifisárias relacionadas com a ciclosporina A em 28 transplantados renais
Douleurs osseuses épiphysaires liées à la ciclosporine A chez 28 transplantés rénaux
A. Prost, V. Lucas, M. Hourmant, J. P. Soullilou (França)
5. Manifestações reumáticas dos retinoides
Manifestations rhumatologiques des rétinoïdes
B. Haettich, G. Kaplan (França)
6. As complicações articulares dos tratamentos pela Pefloxacina
Les complications articulaires des traitements par la Péfloxacine
E. Pertuiset (França)

10.30 — Pausa para café

Pause café

11.00 — **Temas Breves I**

TB I *Thèmes Brefs I*

Presidente: Adelaide V. Carneiro (Porto, P)

Président

Co-Presidente: Guilherme Figueiredo (Ponta Delgada, P)

Co-Président

Moderador: António Vilar (Lisboa, P)

Modérateur

1. A ecografia na patologia periarticular do ombro
L'échographie dans la pathologie périarticulaire de l'épaule
D. Caroit, J. P. Rouaud, D. Dufour (França).
2. As próteses do ombro reumatóide
Les prothèses de l'épaule rhumatoïde
D. Gagey (França)

3. Interesse das aplicações tópicas de anti-inflamatórios em reumatologia
Intêret des applications topiques d'anti-inflamatoires en rhumatologie
J. P. Famaey (Bélgica)
4. Formas atípicas de gota
Formes atipiques de goutte
E. Ascensi (Espanha)

12.30 — Almoço de trabalho
Déjeuner de travail

14.00 — **Lição Plenária Sigma**
LP I *Leçon Plénière Sigma*

Presidente: Georgette Banet (Lisboa, P)

Président

Co-Presidente: A. Alves Matos (Lisboa, P)

Co-Président

Moderador: Domingos Araújo (Porto, P)

Modérateur

Prostanóides e leucotrienos nas doenças reumáticas

Prostanoïdes et leukotriennes dans les maladies rhumatismales

E. Seppälä (Finlândia)

15.00 — **Sessão conjunta da Sociedade Portuguesa de Reumatologia/Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas (1.ª Parte).**
SR II *Séance conjoint de la Société Portugaise de Rhumatologie/Société Portugaise des Maladies Osseuses Métaboliques (1^{re} Partie).*

Osteoporose

Ostéoporose

Presidente: J. A. Melo Gomes (Lisboa, P)

Président

Co-Presidente: Albino Teixeira (Porto, P)

Co-Président

Moderador: J. Canas Silva (Lisboa, P)

Modérateur

1. Aspectos metabólicos e endocrinológicos da menopausa
Aspects métaboliques et endocrinologiques de la ménopause
M. Neves e Castro (Lisboa, P)
2. Análise comparativa da densitometria óssea mono e bifotónica
Analyse comparative de la densitométrie osseuse mono et biphotonique
M. Díaz Curiel (Espanha)
3. Estrogenoterapia transdérmica: vantagens e inconvenientes
Oestrogénothérapie transdérmiqque: avantages et inconvénients
M. Neves e Castro (Lisboa, P)

16.30 — Pausa para café
Pause café

17.00 — **Sessão conjunta da Sociedade Portuguesa de Reumatologia/Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas (2.^a Parte).**
SR III ***Séance conjoint de la Société Portugaise de Rhumatologie/Société Portugaise des Maladies Osseuses Métaboliques (2^{ème} Partie).***

Hipercalcémias
Hypercalcémies

Presidente: J. Figueirinhas (Lisboa, P)

Président

Co-Presidente: Alberto Quintal (Funchal, P)

Co-Président

Moderador: Jaime C. Branco (Lisboa, P)

Modérateur

1. Osteopatia neoplásica
Ostéopathie néoplásique
J. Tavares Castro (Lisboa, P)
2. Fisiopatologia da hipercalcémia maligna
Physiopathologie de l'hypercalcémie maligne
G. Pertuiset (França)
3. O tratamento hormonal das metástases ósseas
Le traitement hormonal des métastases osseuses
M. Tubiana-Hulin (França)
4. Hiperparatiroidismo primário em 1990
Hyperparathyroïdie primaire en 1990
M. Marty, D. Hioco, M. O. Chauzy, B. Larget Piet (França)

6.^a Feira, 5 Outubro 1990
Vendredi, 5 Octobre 1990

08.30 — **Lição Plenária da Sociedade Italiana de Reumatologia**
LP II ***Leçon Plénière de la Société Italienne de Rhumatologie***

Presidente: W. Grassi (Itália)

Président

Microcirculação nas doenças do tecido conjuntivo: aspectos actuais
Microcirculation dans les maladies du tissu conjonctif: aspects actuels

W. Grassi, M. Cervini, R. Montironi, P. Core (Itália)

09.15 — **Sessão da Real Sociedade Belga de Reumatologia**
SR IV ***Séance de la Société Royale Belge de Rhumatologie***

A Artrose: uma Doença Metabólica da Cartilagem ou do Osso?
L'Arthrose: Maladie Métabolique du Cartilage ou de l'Os?

Presidente: J. Dequeker (Bélgica)

Président

1. Papel do osso na patologia da artrose: dados clínicos e hormonais
Rôle de l'os dans la pathogénie de l'arthrose: données cliniques et hormonales
J. Dequeker, G. Gevers (Bélgica)
2. Papel da cartilagem na patogenia da artrose
Rôle du cartilage dans la pathogénie de l'arthrose
H. Mielants, G. Verbruggen, E. Veys (Bélgica)
3. Estudos do osso subcondral da tibia e a relação com a artrose radiológica
Études de l'os souschondral du tibia et la relation avec l'arthrose radiologique
L. Mokassa, J. Wagner, J. Dequeker (Bélgica)

10.45 — Pausa para café.
Pause café.

11.45 — **Temas Breves II**
TB II *Thèmes Brefs II*

Presidente: Robert P. Martins (Lisboa, P)

Président

Co-Présidente: José Brito (Porto, P)

Co-Président

Moderador: J. C. Teixeira Costa (Lisboa, P)

Modérateur

1. Citocinas e artrite reumatóide
Cytokines et arthrite rhumatoïde
F. Houssiau (Bélgica)
2. O metotrexato no tratamento da artrite reumatóide: abordagem crítica
Le méthotrexate dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde: aperçu critique
P. Hilliquin (França)
3. Inflamação do intestino e espondiloartropatias
Inflammation de l'intestin et spondylarthropathies
H. Mielants (Bélgica)
4. Estudo crítico da terapêutica actual do lúpus eritematoso sistémico
Étude critique du traitement actuel du lúpus érythémateux disséminé
R. Lederman (Brasil)

12.45 — Almoço de trabalho
Déjeuner de travail

14.15 — **Sessão da Sociedade Espanhola de Reumatologia**
SR V *Séance de la Société Espagnole de Rhumatologie*

Síndrome de Behçet
Syndrôme de Behçet

Presidente: Fausto Galdo Fernandes (Espanha)
Président

1. Manifestações sistémicas da doença de Behçet
Manifestations systémiques de la maladie de Behçet
J. Graña Gil (Espanha)
2. Genética e doença de Behçet
Genétique et maladie de Behçet
T. González Garcia (Espanha)
3. Artrite e HLA na doença de Behçet
Arthrite et HLA de la maladie de Behçet
J. M. Sánchez Bursón (Espanha)

15.45 — Pausa para café
Pause café

16.15 — **Sessão de comunicações livres**
CL Séance de communications libres

Presidente: Lisete Cardoso (Porto, P)
Président

Co-Presidente: J. A. Pereira da Silva (Lisboa, P)
Co-Président

Moderador: Adriano Neto (Lisboa, P)
Modérateur

1. Perturbações psiquiátricas no síndrome Sjögren primário
Perturbations psychiatriques dans le syndrôme de Gougerot-Sjögren primitif
M. M. Correia, J. Godinho, M. C. Santos, M. O. Ribeiro, J. C. Teixeira Costa, F. Saraiva, A. Malcata, M. V. Queiroz, A. Mendonça (Lisboa, P)
2. A artrite reumatóide do indivíduo idoso
La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé
P. Loizzi, G. Caruso, P. Scagliusi, E. Tortorelli (Itália)
3. Articulação subastragalina na artrite reumatóide e nas espondilartropatias seronegativas. Correlações clínico-radiológicas
Articulation sous-astragaline dans le polyarthrite rhumatoïde et les spondylarthropaties séronégatives. Corrélations cliniques et radiologiques
J. Pinto, C. Afonso, J. Brito, A. Aroso Dias, A. Lopes Vaz (Porto, P)
4. Factores de risco mais frequentemente associados à gota úrica
Facteurs de risque plus fréquemment associés à la goutte
J. Ramos, J. Figueirinhas (Lisboa, P)
5. Biomarcadores e massa óssea na artrite reumatóide
Biomarqueurs et masse osseuse dans la polyarthrite rhumatoïde
A. Aroso Dias, J. Pinto, C. Afonso, C. Vaz, A. Lopes Vaz (Porto P)

6. Quedas e fracturas da anca: factores ambientais e do hospedeiro
Chutes et fractures de la hanche: facteurs environnants et de l'hôte
Viviana Tavares, Jaime C. Branco, A. C. Alves Matos, M. Viana Queiroz, J. Salis Amaral (Lisboa, P)
7. Epidemiologia das fracturas da anca (F. A.) na região ocidental de Lisboa
Epidémiologie des fractures de la hanche dans la région ouest de Lisbonne
A. C. Alves Matos, Viviana Tavares, Jaime C. Branco, M. Viana Queiroz, J. Salis Amaral (Lisboa, P)
8. Mortalidade e custos hospitalares das fracturas da anca (F. A.)
Mortalité et coûts hospitaliers des fractures de la hanche
Viviana Tavares, A. C. Alves Matos, Jaime C. Branco, M. Viana Queiroz, J. Salis Amaral (Lisboa, P)
9. Dados estatísticos referentes à unidade de internamento do Instituto Português de Reumatologia
Données statistiques de l'unité d'internement de "l'Instituto Portuguais de Reumatologia"
J. Figueirinhas, Vera Las, M. Bexiga (Lisboa, P)
10. Estudo das entesopatias do calcaneo nas espondilartrites seronegativas
Étude des enthésopathies du calcaneum dans les spondylarthrites séronégatives
D. Araújo, G. Almeida, C. Maia, A. Guedes, M. Reis, V. Saleiro, A. Lopes Vaz (Porto, P)
11. Oligoartrites B₂₇ positivo
Oligoartrites B₂₇ positif
S. Freitas, T. Bravo, D. Araújo, F. Ventura, A. Lopes Vaz (Porto, P)
12. Espondilite Anquilosante — Início precoce e tardio
Spondylarthritis ankylosante — Début précoce et tardif
L. Gaião, C. Rosa, J. Silva, M. Rodrigues, M. Viana Queiroz (Lisboa, P)
13. Espondilartrite anquilosante no sexo feminino
Spondylarthritis ankylosante chez le sexe féminin
Miranda Rosa, L. Gaião, J. Silva, M. Rodrigues, M. Viana Queiroz (Lisboa, P)
14. Artrites reactivas, Casuística da consulta do H. Sta. Maria
Artrites réactives. Casuistique de la consultation de l'Hôpital Santa Maria
J. Silva, Miranda Rosa, L. Gaião, M. Rodrigues, M. Viana Queiroz (Lisboa, P)
15. Perspectiva psicossomática em reumatologia: a importância do auto-conceito e dos mecanismos de «coping»
Perspective psychosomatique en rhumatologie: l'importance de l'auto-concept et des mécanismes de «coping»

A. P. Palha, D. Araújo, M. Lourenço, J. Pinto, S. Bahamonte, C. Afonso, J. Brito, G. Castro, V. Quevedo, A. Lopes Vaz (Porto, P)

16. As alterações posturais oculares na prevenção dos reumatismos
Perturbations posturales oculaires dans la prévention des rhumatismes

A. Vilar, F. Espinheira, A. Teixeira, J. Landeiro, M. A. Teixeira

Sábado, 6 Outubro 1990

Samedi, 6 Octobre 1990

08.30 — **Sessão da Sociedade Romena de Reumatologia**
SR VI Séance de la Société Roumaine de Rhumatologie

A Espondilartrite Anquilosante de Início Juvenil
La Spondylarthrite Ankylosante de Début Juvénile

Presidente: S. Suteanu (Roménia)

Président

1. O diagnóstico precoce da espondilartrite anquilosante do adolescente

Le diagnostic précoce de la spondylarthrite ankylosante de l'adolescent

S. Suteanu, P. Ignat, P. Oancea (Roménia)

2. As espondilartropatias de origem digestiva

Les spondylarthropathies d'origine digestive

C. Gh. Dimitriu (Roménia)

3. Modalidades de início e evolução da espondilartrite anquilosante de início juvenil: avaliação após 5 a 20 anos de doença

Modalités de début et évolution de la spondylarthrite ankylosante de début juvénile: évaluation après 5 à 20 ans de maladie.

O. Ghenoiu, Gh. Pinteá, I. Rovinescu (Roménia)

10.00 — **Lição de encerramento**

LE Leçon de clôture

Presidente: M. Viana Queiroz (Lisboa, P)

Président

Co-Presidente: J. Ribeiro da Silva (Lisboa, P)

Co-Président

Moderador: A. Aroso Dias (Lisboa, P)

Modérateur

A luta mundial contra as afecções reumáticas. O lugar da reumatologia latina

La lutte mondiale contre les affections rhumatismales. La place de la rhumatologie latine

J. Villiaumey (França)

5.^a / 6.^a Feira, 4 / 5 Outubro 1990
Jeudi / Vendredi, 4 / 5 Octobre 1990

Sessão de Posters
Séance de Posters

- P₁ — Repercussão pulmonar nas doenças do conectivo
Répercussion pulmonaire des maladies du conjonctif
A. Carvalheira Santos, T. Almodovar, J. Figueirinhas, B. Mendes, C. Bárbara, R. Amaral Marques, Ramiro Ávila (Lisboa, P)
- P₂ — O olho nos reumatismos inflamatórios
L'oeil dans les rhumatismes inflammatoires
D. Araújo, J. Palmares, G. Almeida, C. Oliveira, J. C. Correia, A. Lopes Vaz (Porto, P)
- P₃ — Alterações oftalmológicas em doentes com patologia reumática — Resultados de um estudo prospetivo
Perturbations ophtalmologiques chez les patients porteurs de pathologie rhumatismal — Résultats d'une étude prospective
J. A. Gil Forte, Ribeiro Silva, E. Ferreira, A. Marques, J. Figueirinhas, L. N. Ferraz Oliveira (Lisboa, P)
- P₄ — Necrose asséptica no lupus eritematoso sistémico.
Nécrose aseptique dans le lupus érythémateux disséminé
L. Gaião, F. Saraiva, M. J. Parreira, T. Costa, Pereira Silva, M. Vi' na Queiroz (Lisboa,P)
- P₅ — Estudo da charneira cervico-occipital na artrite reumatóide
Étude de la charnière cervico-occipitale dans la polyarthrite rhumatoïde
J. Pinto, C. Afonso, J. Brito. A. Aroso Dias, A. Lopes Vaz (Porto, P)
- P₆ — Osteomielite por salmonela em doent' com LES
Ostéomiélite par salmonelle chez un patient avec LED
J. Quinaz, J. Milheiro, J. Pinto, H. Viana, C. Cruz, S. Coimbra, M. Gomes (Porto, P)
- P₇ — Lupus eritematoso disseminado. Revisão de 12 casos
Lupus érythémateux disséminé, Révision de 12 cas
P. Silva, H. Bento, F. Lacerda Nobre (Lisboa, P)
- P₈ — Disfunção esofágica em doentes com síndrome de Sjögren primário — resultados preliminares
Disfonction oesophagique chez les patients avec syndrôme de Gougerot-Sjögren primitif — résultats préliminaires
F. Saraiva, J. T. Costa, A. Malcata, C. Rosa, A. Freire, J. Carvalhinhos, M. V. Queiroz (Lisboa, P)

- P₉ — Estudo da prevalência da amiloidose rectal em doentes com artrite reumatóide (A.R.)
Étude de la prévalence de l'amiloiïdose rectale chez des patients avec une polyarthrite rhumatoïde
 J. Vaz Patto, E. Santana, J. Figueirinhas (Lisboa, P)
- P₁₀ — Diagnóstico e terapêutica da patologia periarticular do ombro com ecografia
Diagnostique et traitement de la pathologie juxta-articulaire de l'épaule d'après échographie
 M. S. V. Fernandes, A. C. Pinto (Lisboa, P)
- P₁₁ — Alguns aspectos epidemiológicos da gota úrica nos doentes portugueses
Aspects épidémiologiques de la goutte chez les patients portugais
 J. Ramos, J. Figueirinhas (Lisboa, P)
- P₁₂ — Contribuição ao conhecimento da relação entre actividade física e massa óssea
Contribution pour la connaissance de la relation entre l'activité physique et la masse osseuse
 C. A. Brites Louro, G. Bianchi, P. Monteforte, L. Buffrini, A. Traverso, M. L. Maglio, G. Rovetta (Itália)
- P₁₃ — Tratamento das hérnias discais lombares pela injeção intradiscal de quimiopapaina
Traitement des hernies discales lombaires par l'injection intradiscale de quimiopapaine
 J. M. Bravo Pimentão (Lisboa, P)
- P₁₄ — Infiltração das interapofisiárias posteriores no tratamento das lombalgias
Infiltration des interapophysaires postérieures dans le traitement des lombalgies
 J. M. Bravo Pimentão (Lisboa, P)
- P₁₅ — Tratamento intra-articular da gonartrose com hialuronato de sódio vs. orgoteína. Resultados de um estudo a médio prazo.
Traitement intra-articulaire de la gonarthrose avec hyaluronate de sodium vs. orgotéine. Résultats d'une étude à moyen terme.
 E. Paresce, M. Carrabba, M. Angelini, A. Perbellini, S. Franchini, B. Colombo (Itália)
- P₁₆ — Condições da apresentação dos doentes na consulta de reumatologia geral do Instituto Português de Reumatologia
Conditions de présentation des patients dans la consultation de rhumatologie générale de "l'Instituto Português de Reumatologia"
 M. Bexiga, Vera Las, J. Figueirinhas, N. Santos Rosa (Lisboa, P)
- P₁₇ — Osteíte sagrada após punção transvaginal para fecundação in vitro
Ostéite sacrée après ponction transvaginale pour fécondation in vitro
 P. Chassagne, A. Daragon, M. C. Bruno, J.-M. Thomine, X. Le Loet, P. Deshayes (França).

- P₁₈ — Pseudo-pseudo poliartrite rizomélica no decorrer de um tratamento por enalapril.
Pseudo-pseudo polyarthrite rhizomélique au cours d'un traitement par l'enalapril.
P. Chassagne, X. Le Loet, N. Moore, L. Ait-Said, P. Deshayes (França).
- P₁₉ — Artropatia grave numa adolescente tratada com pefloxacina
Arthropatie sévère chez une adolescente traitée par la pefloxacine
O. Gourmelen, L. Ait-Said, X. Le Loet, C. Fessard, P. Deshayes (França).
- P₂₀ — Mialgias rizomélicas induzidas pelo Dipiridamole
Myalgies rhizoméliques induites par le Dipyrídámole
O. Mejjad, P. Chassagne, N. Moore, X. Le Loet, P. Deshayes (França).
- P₂₁ — Condrocalcinose pseudo-reumatóide: a propósito de um caso
Chondrocalcinose pseudo-rhumatoïde: à propos d'un cas
L. M. Bazzichi, E. Remorini, L. Puccetti, A. Soletti, M. L. Ciompi (Itália).
- P₂₂ — Determinação da colagenase sinovial com um método radiométrico
Détermination de la collagénase synoviale par méthode radioenzymatique
M. L. Ciompi, L. M. Bazzichi, D. Melchiorre, M. Fiorini, D. Marini, A. Soletti (Itália)
- P₂₃ — Interesse da ressonância magnética nuclear na exploração da cartilagem articular
Intérêt de la résonance magnétique nucléaire dans l'exploration du cartilage articulaire
R. Chiriac (Roménia)
- P₂₄ — Ressonância magnética na avaliação do joelho dos desportistas
Résonance magnétique dans l'évaluation du genou des sportifs
A. Vilar, J. Miguel (Lisboa, P)
- P₂₅ — Artrite psoriática — Revisão de 91 casos
Arthrite psoriatique — Révision de 91 cas
L. Gaião, C. Rosa, J. Silva, M. Rodrigues, J. Espírito Santo, M. Viana Queiroz (Lisboa, P)
- P₂₆ — O envolvimento pulmonar na espondilite anquilosante
L'atteinte pulmonaire dans la spondylarthrite ankylosante
A. Marques, L. Gaião, C. M. Rosa, M. V. Queiroz (Lisboa, P)
- P₂₇ — Eritema nodoso: Estudo de 160 casos
Erythème noueux: Etude de 160 cas
A. Atanes, B. Aspe, N. Gómez, F. J. de Toro, J. Graña, J. M. S. Bursón, F. Galdo (Espanha)
- P₂₈ — Espondilite psoriática
Spondylite psoriatique
B. Aspe de La Iglesia, A. Atanes Sandoval, N. Gomez Rodrigues, F. J. de Toro Santos, J. Graña Gil, J. Sánchez Búrson, F. Galdo Fernandes (Espanha)

2. PROCEEDINGS DAS SESSÕES E LIÇÕES PLENÁRIAS E DOS TEMAS BREVES/PROCEEDINGS DE SÉANCES ET LEÇONS PLÉNIÈRES ET DES THÈMES BREFS

SR I.1

LES FRACTURES DE CONTRAINTES PAR INSUFFISANCE OSSEUSE AU COURS DU TRAITEMENT DES OSTEOPOROSES PAR LE FLUOR. A PROPOS DE 14 OBSERVATIONS. D. BRIANCON, M.C. CUMIN, J. JEANNERET, B. DUPLAN, P. QUILLET - Hôpital de Rhumatologie "Reine Hortense" - AIX LES BAINS

Les auteurs rapportent 14 observations de patients ostéoporotiques ayant présenté des fractures de contrainte des membres inférieurs au cours d'un traitement par le fluor. Le traitement comportait soit du monofluorophosphate disodique (9 cas), soit du fluorure de sodium (5 cas), avec dans tous les cas un apport calcique complémentaire (1 g de calcium élément/jour). Le délai moyen de survenue était de $12,9 \pm 5,9$ mois et l'aspect clinique, radiographique, scintigraphique était caractéristique des fractures de contrainte. Le siège était le tibia (10 cas), le col fémoral (9 cas) le bassin (4 cas), l'avant-pied (1 cas). La biologie montrait dans 7 cas une augmentation des phosphatases alcalines. La créatinine était normale ; la clairance à la créatinine était abaissée dans les 5 cas où elle a été mesurée mais n'était pas différente de celle d'une population d'ostéoporotiques appareillée pour l'âge et la durée du traitement. 2 patientes sur les 5 ayant eu une biopsie osseuse iliaque présentaient une ostéomalacie. Le taux de fluor osseux était dans les 5 cas normal pour la durée du traitement.

A partir d'une revue de la littérature la fréquence de ces fractures apparaît de l'ordre de 15 à 20 % et augmente avec la posologie du fluor. Même si elles peuvent survenir en dehors de toute fluorothérapie le fluor en augmente nettement l'incidence. Il n'est pas possible de dégager une population d'ostéoporotiques particulièrement à risque avant traitement. A partir des données histologiques et scintigraphiques, leur pathogénie pourrait faire intervenir un retard de minéralisation du tissu osseux formé en grande quantité au niveau des zones osseuses portantes avec retard de réparation et augmentation du nombre de micro-fractures à ce niveau-là.

SR I.2 L'OSTEOARTHROPATHIE DES HEMODIALYSES (OAH).

B.DELCAMBRE, R.M. FLIPO, Ph. FOISSAC-GEGOUX, B. DUQUESNOY

Clinique Rhumatologique, Centre A. Verhaeghe, Hôpital de la Charité, F59037 LILLE Cedex

L'OAH est une complication iatrogène de connaissance récente touchant électivement les malades hémodialysés depuis plus de 10 ans. Certains symptômes sont très évocateurs de l'OAH : il s'agit d'arthralgies des épaules et des mains et d'une diminution de l'amplitude articulaire des doigts. Radiologiquement, l'OAH se caractérise par des géodes osseuses épiphysaires et des arthropathies destructrices notamment du rachis. Aucune anomalie biologique n'apparaît spécifique. L'étude de l'OAH a permis la découverte d'une nouvelle amylose constituée principalement de bêta 2 microglobuline (B2m) retrouvée au sein des géodes et des arthropathies destructrices, parfois généralisée. L'utilisation habituelle de membrane de dialyse de faible perméabilité comme la cuprophane est en faveur de l'hypothèse selon laquelle l'OAH serait la conséquence de cette amylose, elle-même secondaire à l'accumulation de B2m. L'existence de l'OAH rapportée au cours de traitements exclusifs sur membrane de haute perméabilité et de la dialyse péritonéale souligne l'origine vraisemblablement multifactorielle de l'OAH : rôle de l'intoxication aluminique, de l'hyperparathyroïdie et des micro-cristaux d'apatite. Le traitement de l'OAH se réduit en règle aux antalgiques et aux AINS. La transplantation rénale est très rapidement suivie d'une disparition des douleurs sans régression toutefois des signes radiologiques.

A propos de 5 cas.

N. CAILLEUX*, A. DARAGON*, F. LAINE**, C. DUVAL**,
X. LE LOET*, P. DESHAYES*

*Service de Rhumatologie, **Service de Gynécologie
CHU de Rouen (France)

5 cas de spondylodiscite d'inoculation ont été observés après cure chirurgicale de prolapsus génital sur une période de 12 ans (1977 à 1989), soit 11 % de l'ensemble des spondylodiscites à pyogènes observées pendant la même période et 50 % des spondylodiscites d'inoculation.

Révélees par des lombalgies ou une sciatique fébrile, 38 jours en moyenne après l'intervention, le diagnostic de spondylodiscite n'a été réellement établi que par l'identification du germe à la ponction discale 5 fois sur 5 et par l'hémoculture 4 fois sur 5 au troisième mois de l'évolution (83ème jour en moyenne).

Les agents bactériens responsables sont identiques à ceux que l'on observe dans les spondylodiscites d'origine hémotogène -Staphylocoque doré, Staphylocoque épidermidis, entérobactéries-.

La fréquence notable des spondylodiscites après promonto-fixation doit faire évoquer cette complication chez toute femme lombalgique opérée dans les 3 mois précédents d'un prolapsus génital.

DOULEURS OSSEUSES EPIPHYSAIRES LIEES A LA
CICLOSPORINE A CHEZ 28 TRANSPLANTES RENAUX
A. PROST*, V. LUCAS*, M. HOURMANT, J.P. SOULILOU

*Service de Rhumatologie, CHR Nantes, France.

Des douleurs osseuses juxtaarticulaires, non liées en particulier à une nécrose, à une algodystrophie ou à une fracture de fatigue, ont été observées chez 28 transplantés rénaux ; sur 193 greffés elles ont touché 17% des cas ayant reçu de la ciclosporine (CyA) et aucun des patients sous immunosuppression conventionnelle. De début habituellement précoce, elles ont évolué par poussées, sur une durée souvent supérieure à 1 an. Oligo (43%) - ou poly (57%) épiphysaires, elles ont concerné électivement la cheville et le tarse (78%), le genou (61%) mais également le membre supérieur dans 2/3 des cas. Les poussées douloureuses étaient souvent rythmées par un surdosage en CyA et les troubles étaient réversibles à la réduction des doses ou à l'arrêt de la CyA. La comparaison des cas douloureux (D) et de 166 greffés rénaux asymptomatiques a montré des différences significatives : dans le lot D, fréquence plus élevée des signes cliniques de toxicité de la CyA, du sexe féminin, d'un âge supérieur à 45 ans, de l'antigène HLA B35, et sevrage cortisonique plus rapide.

Nous rapportons ces douleurs, de mécanisme encore imprécis, à la CyA. D'ailleurs récemment un autre travail nantais a signalé des douleurs semblables chez plusieurs transplantés cardiaques.

SR I.5 MANIFESTATIONS RHUMATOLOGIQUES DES RETINOIDES. B. Haettich, G. Kaplan. Service de Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris.

L'isotrétinoïne et l'étrétinate sont des dérivés synthétiques du rétinol utilisés dans le traitement des dermatoses affectant la kératinisation. Les manifestations rhumatologiques ne sont pas leurs effets secondaires les plus fréquents, ni les plus sévères. Le principal effet indésirable est l'hyperostose. Elle s'observe surtout lors de traitements prolongés, à doses élevées, et son incidence peut dépasser 80% après plusieurs années d'administration. L'isotrétinoïne est plutôt responsable d'une hyperostose axiale, localisée au rachis cervical et dorsal, l'étrétinate d'une atteinte périphérique, intéressant le pied, le pelvis, la hanche et moins souvent l'épaule et le coude. L'hyperostose est, dans la majorité des cas, modérée et asymptomatique. L'aspect radiologique rappelle celui des hyperostoses squelettiques diffuses idiopathiques. Les autres effets secondaires osseux sont rares : prolifération périostée, calcification de la membrane interosseuse de l'avant-bras, ostéoporose. Chez l'enfant, la soudure prématurée des épiphyses est rare. 20% des malades se plaignent de myalgies et d'arthralgies. Une arthrite aigüe aseptique a été rapportée chez 3 patients sous isotrétinoïne. Les rétinoïdes peuvent être responsables d'une myopathie proximale et d'un syndrome de rigidité musculaire ressemblant au syndrome de l'homme raide. Quelques cas de vascularite nécrosante et 3 cas de granulomatoses de Wegener ont été observés chez des patients traités par rétinoïdes. Exception faite de ces dernières complications, les manifestations rhumatologiques des rétinoïdes peuvent être considérées comme bénignes et ne mettent pas en cause l'utilisation thérapeutique de ces molécules.

SR 1.6 LES COMPLICATIONS ARTICULAIRES DES TRAITEMENTS PAR LA PEFLOXACINE.

E. PERTUISET.

Clinique de Rhumatologie (Centre Viggo Petersen), Hôpital Lariboisière, Paris, France.

La Péfloxacine est un antibiotique de la classe des fluoroquinolones, contre-indiqué chez l'enfant et l'adolescent âgés de moins de 15 ans, car possédant une toxicité cartilagineuse chez certains animaux jeunes. Au cours des traitements par la Péfloxacine chez l'adulte, il a été rapporté de rares cas d'arthralgies sans signe objectif.

Une étude rétrospective en milieu pédiatrique a cependant montré que 14 % des 63 enfants et adolescents, atteints de mucoviscidose et traités par la Péfloxacine, ont eu une atteinte articulaire imputable à la Péfloxacine. Elle touche les genoux, les poignets et les coudes, et associe aux arthralgies un gonflement articulaire sans signe inflammatoire. Un épanchement synovial est fréquent aux genoux, comportant moins de 1 000 éléments/mm³ à majorité de cellules mononucléées. Les radiographies articulaires sont normales. L'atteinte articulaire est toujours régressive à l'arrêt de la Péfloxacine.

Cette complication de la Péfloxacine a également été rapportée chez des adolescents non atteints de mucoviscidose. Il s'agit d'une entité originale, probablement en rapport avec la toxicité des quinolones sur le cartilage articulaire en période de croissance. Cette complication semble beaucoup plus rare avec les autres fluoroquinolones, et le métabolisme hépatique de la Péfloxacine chez l'homme pourrait intervenir dans cette différence de tolérance.

L'ECHOGRAPHIE DANS LA PATHOLOGIE PERIARTICULAIRE DE L'EPAULE.

M.Caroit ; J.P.Rouaud ; D.Dufour ; Hôpital
Notre dame de Bon Secours 66 rue des Plantes -
75014 PARIS - FRANCE

Après description de la technique, les auteurs décrivent les images normales et les images pathologiques permettant de reconnaître les ruptures de la coiffe des rotateurs dont les plus fiables sont l'amincissement localisé de l'image échographique de la coiffe, la non visualisation de la coiffe et la discontinuité de l'homogénéité échographique de la coiffe sans amincissement. Les causes d'erreur sont étudiées.

La valeur de la méthode est appréciée par l'étude de 9 publications : la sensibilité est en moyenne de 78 % (57-93), la spécificité de 80 % (29-100), la valeur prédictive positive de 76 % (55-88), la valeur prédictive négative de 73 % (45-97) et la fiabilité de 77 % (53-94).

Les auteurs concluent que l'échographie est un examen utile chaque fois que l'on est amené à suspecter une rupture de la coiffe, mais ils ne décident pas de geste chirurgical sur la seule image échographique.

**LES ANTIINFLAMMATOIRES NON-STEROIDIENS EN
APPLICATION TOPIQUE**

Prof. J.P. FAMAËY (Service de Rhumatologie et Médecine
Physique,
Hôpital Universitaire Saint-Pierre,
Université Libre de Bruxelles, Belgique)

De tout temps, les patients souffrant de rhumatismes ont considéré les baumes rubéfiants comme susceptibles de calmer leurs douleurs. Les rhumatologues ont longtemps attribué cette action à la chaleur et à un effet placebo plutôt qu'à une quelconque action pharmacologique. Le succès de l'administration percutanée de diverses médications comme les oestrogènes, la scopolamine et les dérivés nitrés a suscité un nouvel intérêt pour ce mode d'application en rhumatologie. Les antiinflammatoires non-stéroïdiens (AINS) comme les stéroïdiens exercent en application topique un effet sur la peau aussi bien que sur les structures tissulaires plus profondes (muscles, tendons,...). Les salicylés, la phénylbutazone, l'indométacine, l'ibuprofène, le diclofénac, le bufexamac, le piroxicam, les acides flufénamique et niflumique sont parmi les AINS à avoir été utilisés avec succès sous cette forme en clinique. L'action antiinflammatoire est due à la fois à un effet systémique lié à la résorption du produit via la microcirculation cutanée et à un effet local lié à la pénétration en profondeur du produit dans les tissus sous-jacents à la zone d'application où la concentration égale ou surpasse parfois celle obtenue lors d'une prise orale du même AINS. Des taux susceptibles d'inhiber la biosynthèse des prostaglandines peuvent être atteints dans le liquide synovial en l'absence de taux plasmatiques significatifs et donc d'effets secondaires systémiques rénaux, gastro-intestinaux ou autres. La lipophilie est un facteur important influençant la pénétration transcutanée. Une relation parabolique a ainsi été démontré entre cette pénétration et le coefficient de partage n-octanol/eau des AINS. Plusieurs artifices techniques peuvent augmenter cette pénétration : occlusion cutanée, simple abrasion du stratum corneum, ou association des deux. La nature de l'excipient utilisé est fondamentale. L'activité thermodynamique de l'AINS dans celui-ci est critique pour sa biodisponibilité. Des agents perméants comme le diméthylsulfoxyde (DMSO) sont susceptibles de modifier les propriétés physico-chimiques du stratum corneum et ainsi d'améliorer la pénétration de l'AINS. Des substances rubéfiantes telles que nicotinate, capsaïcine, monsterpènes

(menthol, eucalyptol...) provoquent une inflammation neurogène locale par stimulation antidromique des terminaisons des fibres C des neurones sensitifs. Elles induisent ainsi la libération de neuropeptides vaso-actifs (substance P, calcitonin-gene related peptide) qui à leur tour entraînent la libération d'autres médiateurs vaso-actifs dont différents métabolites de l'acide arachidonique. La vasodilatation locale qui s'ensuit facilite la pénétration des produits appliqués y compris les AINS. Toutefois ces derniers (surtout en prise orale systémique) vont rapidement antagoniser cette vasodilatation par leur action inhibitrice sur la biosynthèse des prostaglandines. Une application de courant galvanique peut elle aussi faciliter la pénétration des AINS pour autant que ceux-ci soient placés au pôle négatif (ionisation médicamenteuse). Les ultra-sons peuvent également faciliter la pénétration des AINS lorsqu'une préparation topique de ceux-ci est utilisée comme agent couplant (phonophorèse médicamenteuse).

E. Ascensi

El típico paciente gotoso es un varón de 30 a 50 años de edad, o bien una mujer postmenopausica, con obesidad, hipertensión, que presenta una artritis en la primera articulación MTF, y que ya fue relatado magistralmente por Thomas Sydenham, el cual el mismo la padecía. Desaparece en tres a diez días, pudiendo recurrir, cronificarse y complicarse con la aparición de tofos, cálculos o nefropatia, todo por el depósito tisular de cristales de UMS y/o ácido úrico, la mayoría de las veces, causado por una hiperuricemia idiopática.

No siempre las cosas son tan sencillas. Al lado de estos pacientes, existen situaciones que se pueden considerar atípicas, por su forma de presentación, o por algunas características que las diferencian de la clásica gota descrita por Sydenham, por su situación o por su asociación a otras enfermedades.

SITUACIONES ATIPICAS.

Hiperuricemia asintomática/normouricemia con gota.

La hiperuricemia no es equivalente a la gota, aunque el porcentaje de gota aumenta paralelamente al aumento de los niveles de ácido úrico en suero o uricemia; desde un 1 % en personas que tienen menos de 6 Mgrs % de uricemia, al 83 % en los que tienen más de 9 Mgrs % de uricemia (tabla 1); puesto que se necesitan unos 30 - 40 años de hiperuricemia, para que el ácido úrico se deposite en las articulaciones y provoque lesiones y manifestaciones clínicas de artritis.

Tabla 1.	<u>Niveles ácido úrico.</u>	<u>Indice de Gota.</u>
	6 Mgrs %	1 %.
	6-7 Mgrs %	10 %.
	7-8 Mgrs %	20 %.
	8-9 Mgrs %	36 %.
	9 Mgrs %	83 %.

La nefrolitiasis de ácido úrico puede preceder a la artritis gotosa, aunque rara y entre los 30-50 años de edad.

De lo anteriormente dicho, se deduce que el diagnóstico de gota implica;

1) no solo hiperuricemia sin lesiones articulares (agudas y/o crónicas), renales o tofos y 2) existe un 1-11 % de gotosos con normouricemia, debiendo recordar que la medición de la uricemia no se debe realizar en el ataque agudo, sino una vez que haya remitido.

Así pues, podemos hacer un cuadro que nos permita de alguna manera, hacer un esquema de la Gota Atípica, considerando los siguientes factores:

- 1).- Localización articular inusual.
- 2).- Forma de comienzo especial.
- 3).- Yatrogénica en el mismo tratamiento de la gota.
- 4).- Localización extra articular.
- 5).- Ataques agudos atípicos.
- 6).- Situaciones especiales.
- 7).- Asociaciones raras.

1).- Localización articular inusual: La gota afecta más frecuentemente las articulaciones distales y periféricas, siendo las más comunes las de los pies, tobillos, rodillas, manos, muñecas y codos.

La presentación y la afectación simultánea de la 1ª MTF de forma bilateral es tan solo un 5 % de los casos. El inicio con solo poliartralgias se da en el 3 % en la primera crisis y en el 5 % en la evolución.

Cuando la gota afecta articulaciones centrales o axiales, nos encontramos ante una localización poco común (sacroiliaca, hombro, esternoclavicular), o muy rara (cadera, columna vertebral).

GOTA EN LA ARTICULACION SACROILIACA: La afectación de la articulación sacroiliaca, en un 7-13 % de los casos, en una estadística sin confirmación anatomopatológica en la mayoría de los casos, es más frecuente en gotosos de comienzo a edad temprana, con localización más frecuente en la SI izquierda, la evolución más agresiva y que aparece tarde en la evolución; por lo cual parece necesitar mayor tiempo para afectarse.

Deberemos hacer un diagnóstico diferencial con la espondiloartritis anquilosante y con las sacroileitis de origen infeccioso (brucelar, estafilocócica, tífica, y crónicas, tuberculosa, etc.).

De la EA, nos ayudará al diagnóstico diferencial, la radiología y el HLA-B27; los cuales son determinantes, aunque las dos patologías se den en individuos jóvenes.

GOTA EN LA ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR Y HOMBRO: Es más frecuente en gotosos de comienzo a edad temprana, en pacientes con cuadros muy agresivos y de largo tiempo de evolución.

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con las artritis infecciosas venereas, o en individuos drogadictos, fundamentalmente por el cultivo del liquido sinovial o la aparición de cristales de ácido úrico.

GOTA EN LA COLUMNA VERTEBRAL: Se han descrito lesiones en la odontoides del axis, en los discos intervertebrales, con disminución del espacio discal y afectación de las plataformas vertebrales. Existen descritos casos de paraplegia y afectación mielorradicular por compresión debida a tofos o por luxaciones o listesis.

GOTA EN HOMBROS Y COXOFEMORALES: Cabe el diagnóstico diferencial con la osteonecrosis, en las cuales se puede encontrar hiperuricemia y tener una presentación monoarticular aguda como en la gota pero con una evolución clinica , radiológica y un liquido sinovial distintos.

También se han informado localizaciones muy raras, como la articulación temporomaxilar; con destrucción de los cóndilos maxilares, la artritis cricoaritenoides que puede conducir a la formación de un tofo en las cuerdas vocales con la consiguiente disfonía.

Asimismo, pueden aparecer depósitos de cristales en la pared torácica y en los huesos pélvicos; principalmente en pubis y en sínfisis pública.

En la articulación temporomaxilar, hombros y caderas, se realizará el diagnóstico diferencial con la AR, diferenciándose básicamente porque será asimétrica y seronegativa.

Si tenemos en cuenta que la presentación de la gota, es en un 90% monoarticular y en un 70 % de aparición en la primera MTF, la aparición en un 5-10 % de forma poliarticular, generalmente en pacientes febriles y jóvenes, nos pone ante una presentación atípica; la cual afecta a articulaciones periféricas de extremidades superiores y/o inferiores.

La gota secundaria cursa generalmente con pocos síntomas articulares, los cuales son más prolongados en el tiempo, los sitios de afectación no típicos son más frecuentes y los cambios radiológicos son más precoces que en la gota idiopática.

Existen también, situaciones en la práctica médica diaria, que son iatrogénicas y que pueden conducir a un error de diagnóstico, con el consiguiente problema terapéutico. Un ejemplo de ello es la presentación en la consulta de un paciente que ha recibido como principal tratamiento para la artritis gotosa que padece, corticoides. Se tratará de una poliartritis con brotes fluxionarios que duran más de 10-15 días,

con menor descamación en la primera MTF y, en un caso extremo, con ulceraciones más o menos profundas de los tofos o de los depósitos articulares en manos y pies, las cuales exudan un líquido lanquecino como la tiza o el yeso, típico de esta enfermedad cuando esta cortisonada.

LOCALIZACIONES RARAS DE LOS TOFOS EN PARTES BLANDAS Y EN VISCERAS: Estos pueden localizarse en párpados, surco nasolabial, escroto, laringe, miocardio, valvula mitral, sistema de conducción cardíaca o en el tunel carpiano (TC) provocando un síndrome del TC por compresión del nervio mediano.

Antes del empleo del ALLOPURINOL, URICOSURICOS, aparecían cuadros de flebitis, linfangitis, prurito ocular, conjuntivitis, iritis, úlceras corneales, escleritis e-
piscleritis o la fistulización de los tofos en cualquiera de las localizaciones. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se pueden encontrar descritas en la bibliografía distintas denominaciones a los ataques agudos de gota atípica.

ATAQUES AGUDOS ATÍPICOS:

GOTA HIDRARTROSICA: Se presenta principalmente en rodilla, con derrame sinovial su-
bagudo, solo diagnosticada por la identificación de los crsítales.

GOTA SEUDOFLEMONOSA: Con fiebra, alteración del estado general, aumento de la VSG y adenopatias regionales.

FORMA FLEBITICA: Con afectación de extremidades inferiores, simulando una flebitis.

FORMA OLIGO O POLIARTICULAR: Ya descritas.

GOTA ASTENICA: Con escaso dolor e inflamación, a veces con hidrartrosis.

GOTA SUBINTRANTE: En la cual se suceden las crisis de una forma ininterrumpida, siendo más frecuente cuando se ha instaurado un tratamiento con corticoides.

GOTA EXTRAARTICULAR: En bolsa serosas (olecraniana, prerrotuliana), en tendones y vainas tendinosas (Aquiles, rotuliano, extensores de los dedos) o en cartílagos costales (Síndrome de Tietze).

SITUACIONES ESPECIALES: La gota idiopática en niños y jóvenes presenta las mismas características radiológicas, pero aparece con igual incidencia en varones como en mujeres, presenta mayores alteraciones renales, son niños que pueden tener trastornos del crecimiento y mayores deformidades que en la forma de presentación en el adulto.

ASOCIACIONES RARAS:

CON LA ARTRITIS REUMATOIDE: La asociación negativa entre la Gota y la Artritis Reumatoide se ha estado remarcando durante mucho tiempo y sigue siendo causa de publicación encontrar estas dos enfermedades concomitantemente.

Así, en la bibliografía se describen las dos patologías asociadas con características típicas de cada una (AR seropositiva con Gota, con hiperuricemia y sin alteraciones renales) y otros casos de AR que desarrolla una insuficiencia renal con la consiguiente hiperuricemia y posterior desarrollo de artritis por depósito de cristales de ácido úrico.

CON LA SEPTICEMIA: También están descritos casos de septicemia que provocan artritis séptica en una articulación previamente gotosa.

GOTA Y ENFERMEDAD DE PAGET: Se trata de una asociación que, aunque descrita, es muy poco frecuente.

GOTA Y OSTEONECROSIS: En la osteonecrosis de cadera y tibia proximal, se encuentran depósitos de urato monosódico, pero posiblemente sean secundarios a la necrosis, posterior a la cual disminuye el pH y favorece el depósito de cristales.

SITUACIONES ATÍPICAS: Estas son dependientes de un error diagnóstico.

Ejemplos: Un paciente con artrosis previa y posterior fluxión de un nódulo de Heberden, lo cual se diagnostica de enfermedad de Crain o artrosis erosiva, sin practicar previamente una artrocentesis buscando cristales de ácido úrico; lo cual puede cambiar totalmente el diagnóstico.

Una linfangitis secundaria a una artritis gotosa y ser diagnosticada de celulitis infecciosa.

El diagnóstico de Nódulo Reumatoide de una bursitis olecránica.

Una hiperuricemia asintomática, ser etiquetada de gota, o ante una artritis con normouricemia, excluir la gota como diagnóstico.

M. Neves Castro

A menopausa representa apenas a data a partir da qual se estabelece uma amenorreia fisiológica e definitiva numa mulher de mais de 45 anos. Esse momento é precedido de uma fase pré-menopáusicas e seguida de outra fase pós-menopáusicas (recente e tardia). O período que engloba a premenopausa e a posmenopausa recente é designada por climatério. A essa fase de redução progressiva de actividade ovárica é equivalente, em sentido inverso, à puberdade durante a qual o acontecimento marcante é a menarca, precedida da telarca e pubarca e a que se segue frequentemente uma fase de ciclos irregulares, muitas vezes anovulatórios.

Na premenopausa há a tendência para ciclos anovulatórios, por vezes longos, o que pode determinar efeitos indesejáveis a nível do endométrio (hiperplasias, metrorragias, etc.) e da glandula mamária. À medida que a actividade folicular se torna insuficiente não só na sua função exócrina (ovulação) como endócrina (secreção de estrogéneos e progestagéneos) surjem diversos sintomas manifestados a nível do sistema nervoso central e do sistema nervoso vegetativo, e outros sinais carenciais de expressão metabólica (aparelho cardiovascular, esqueleto, pele, vagina, etc.). Está bem demonstrado que é o hipoestrogenismo o factor mais importante no aumento do risco para fracturas osteoporóticas e acidentes cardiovasculares ateroscloróticos devidos a dislipidémias. Do mesmo modo está demonstrado que a deficiência estrogénica é também a causa dos sintomas vasomotores (afrontamentos), das vaginites atróficas e da atrofia da pele. O aumento de peso corporal pode ser devido a factores endócrinos e ser também manifestação de polifagia reaccional. É também a partir do climatério que pode aumentar o risco para neoplasias do útero e da mama.

As terapeuticas hormonais substitutivas correctas (estrogéneos e progestagéneos, calcitonina) a alimentação correcta e reforçada com suplementos de cálcio podem eficazmente contribuir para a prevenção de doenças graves da terceira idade. As análises custo/beneficio demonstram claramente que a prevenção é altamente rentável em termos de saúde pública e da qualidade de vida individual.

M. Díaz Curiel. Unidad Metabólica. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid.

Hoy en día conocemos que la osteoporosis y sus fracturas consecuentes son un importante problema médico, tanto por la morbimortalidad de las mismas, como por las abrumadoras consecuencias económicas de las fracturas.

Por otra parte se asume, por la mayoría de los autores hoy en día, que las fracturas son en gran parte consecuencia de una masa ósea disminuida, y que ésta puede ser medida de manera precisa.

Entre los métodos existentes para la medición de la masa ósea, tienen una gran relevancia los métodos gammagráficos, y entre ellos la densitometría o absorciometría fotónica, ya sea de un solo fotón (SPA) o de doble fotón (DPA). Por su alta precisión y reproducibilidad, así como por el escaso peligro de exposición a la radiación, han sido recomendados por el American College of Physicians como métodos para el estudio de la osteopenia.

ABSORCIOMETRIA DE UN SOLO FOTON

Este método fue desarrollado por Cameron y Sorensen en 1963 para la medición "in vivo" de la masa ósea. El principio del método consiste en que la masa del hueso mineral presente es directamente proporcional a la cantidad de energía fotónica absorbida por el hueso. La SPA utiliza un haz estrecho de rayos (por lo general menor de 6 mm) de radiación monoenergética, para cuantificación del hueso "in vivo". El flujo de haz de rayos se detecta por un detector de radiación colimado, que ofrece resultados lineales a lo largo de un amplio margen dinámico.

Con este método se puede medir el contenido mineral ósea (CMO) de huesos largos periféricos, siendo un método bastante preciso (3-5% de variación interanálisis) (capacidad de reproducción), así como bastante fiable (96-99%). Es una técnica no invasiva, inocua, con dosis de exposición mínima, así como un método económico y sencillo de realizar. El CMO obtenido es independiente del espesor de los tejidos que rodean al hueso explorado, así como de la situación más o menos profunda del mismo.

Su mayor problema estriba en que los huesos donde es aplicable esta técnica, fundamentalmente codo y radio, son huesos esencialmente corticales, (en un 85-95%) y sabemos que la enfermedades metabólicas óseas afectan más al hueso trabecular que al cortical, ya que el hueso trabecular es metabólicamente más activo, probablemente por su mayor superficie, mejor vascularización y proximidad a las células de la médula ósea, de las que sabemos su conexión con las células del hueso. Este hecho trae como consecuencia la falta de correlación entre la pérdida de masa y la disminución del CMO medido por este método. Por ello las mediciones con SPA del esqueleto periférico no reflejan perfectamente, en un momento dado la densidad ósea axial, por lo que se comprende que no refleje la situación dinámica de este esqueleto. Diversos estudios han confirmado ahora que la correlación entre CMO apendicular y CMO axial es solamente alrededor de

0.5 y que el error de predicción (error estandar del estimado) en la valoración de la densidad de la columna o del fémur es de alrededor del 12-15%.

Uno de los principales progresos en la SPA durante la última década ha consistido en la llegada de scanners rectilíneos. Estos aparatos permiten mediciones sobre una pequeña área de pocos centímetros de longitud en lugar de una única línea transversa, reduciendo a la mitad el error de previsión de los antiguos scanners pasando de alrededor del 3-5% al 1-2% en la diáfisis del radio y permite mediciones en áreas anatómicamente variables, siendo posible proceder a la medición en una zona radial ultradistal, donde se une el radio y el cúbito y donde el contenido trabecular es del 60 al 65%, así como en el hueso calcáneo con elevado contenido de hueso trabecular. Sin embargo estas áreas no muestran una correlación más elevadas con las densidades axiales que los puntos convencionales en la diáfisis.

Las aplicaciones clínicas de este método han sido, en primer lugar observar la evolución del CMO en funciones de la edad y sexo, observándose un declive en ambos sexos a partir de una edad, más pronunciado en la mujeres en relación con la menopausia.

Otras importantes aplicaciones clínicas son el estudio de poblaciones de pacientes con enfermedades que afectan al hueso, y el seguimiento de la evolución de diferentes situaciones que cursan con alteraciones del metabolismo óseo (osteoporosis, hiperparatiroidismo, diabetes, etc), así como para valorar la respuesta ósea de una terapéutica determinada. En estos casos las variaciones del CMO observadas deben ser referidas a una medida previa del sujeto estudiado. El error conseguido varia, según los autores, entre el 2 y el 4%.

ABSORCIOMETRIA DE DOBLE FOTON

La absorciometría de los huesos con doble fotón (DPA) es otro método de alta precisión y reproducibilidad, desarrollado para medir el CMO de las vertebrae lumbares y cuello de fémur, siendo capaz de corregir el efecto que la capa de grasa, tejidos blandos y aire, situados alrededor del hueso, pueden originar en la lectura.

El método permite una evaluación de la masa ósea en los sitios donde predomina el hueso trabecular y realizar medidas directas de dicha masa en importantes sitios de fractura. Como es sabido la columna lumbar tiene una mayor proporción de hueso trabecular comparado con las otras del esqueleto.

Como hemos comentado la mayoría de las enfermedades metabólicas del hueso afectan en mayor densidad al hueso trabecular que al cortical, así, el hueso trabecular parece tener una mayor proporción de remodelamiento y de pérdida de masa ósea en el periodo postmenopáusicos que el hueso cortical. Lo mismo es válido para la osteodistrofia renal, hiperparatiroidismo e hiperparatiroidismo. Ello significa que la valoración cuantitativa objetiva de la osteopenia en dichas enfermedades metabólicas necesita a nivel individual, un método que valore de forma precisa el hueso trabecular, hecho que asimismo ayudaría a cuantificar la pérdida de hueso en el periodo precoz postmenopáusicos.

Este método también es útil para precisar la variación de la osteopenia. Los cambios introducidos por la terapéutica en el CMO son a corto plazo generalmente pequeños. La probabilidad de detectar una diferencia en la respuesta terapéutica depende, por una parte, de la magnitud del cambio en el CMO y, de otra, de la precisión para la valoración exacta en las investigaciones longitudinales. Recordemos que la precisión del DPA es del 3% y su fiabilidad del 94 al 96%.

UTILIDAD CLINICA

1.- Controles propios y variación con la edad.

Aunque los diversos aparatos de DPA vienen diseñados con unos controles propios de normalidad para diferentes grupos de sexo y edad, es conveniente y necesario tener los propios controles en cada lugar de estudio, para obviar las diferencias raciales, étnicas y técnicas de cada grupo; además los continuos cambios que ocurren en los diferentes sitios del organismo dependiendo de la edad deben ser considerados. Así la masa ósea alcanza un punto máximo alrededor de los 35 años en ambos sexos, existiendo una pérdida progresiva de aproximadamente un 1%/año a partir de entonces, que se acelera en los primeros años de la menopausia, entre un 3 y un 8% anual.

2.- Aplicaciones clínicas en el estudio de las enfermedades metabólicas del hueso.

a.- Comparación del CMO de pacientes con osteoporosis con los valores controles.

En la mayoría de los estudios realizados, la determinación del CMO en sujetos con osteoporosis comprobada ha mostrado unos valores que se encuentran en solo un 60-70% por debajo del percentil 5 (dos desviaciones estándar) de los valores controles para su edad y sexo, aunque el valor medio esté significativamente más bajo. Recordemos que los valores del CMO en el radio distal en estos enfermos solo alcanzan entre el 10 y el 20% por debajo del percentil 5.

b.- Cálculo del umbral de fractura

El umbral de fractura se define arbitrariamente como el valor de CMO por debajo del cual se encuentran situados el 95% de los pacientes con una o más fracturas de aplastamiento. Este concepto es útil porque no precisa de las variantes de sexo y edad, siendo de gran utilidad su definición en sujetos menores de 60 años, a partir de los cuales se mezclan los valores de los sujetos normales y osteoporóticos.

c.- Riesgo y predicción de fractura.

Conociendo el valor del CMO de un individuo en un momento dado, si este sujeto padece una enfermedad metabólica que afecte al hueso o va a ser sometido a una terapéutica que pueda repercutir sobre la masa ósea, podemos calcular la tasa de variación del CMO en determinaciones sucesivas, realizadas a los 6 meses o al año, y así podremos predecir el riesgo de fractura, utilizándose la valoración del CMO y su relación con la osteoporosis como la determinación de la tensión arterial y el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular.

Esto es solo posible en el hueso trabecular y no en el cortical, necesitando por ello la aplicación del DPA.

d.- Aplicación en el estudio de enfermedades metabólicas óseas.

Por su alto poder de precisión, el DPA se utiliza tanto para seguimiento como para el estudio de la afectación ósea de diversas enfermedades que pueden afectar al hueso; así la aplicación de esta técnica para el control de seguimiento ha evidenciado la mejoría de la osteopenia en individuos con osteoporosis postmenopausica tras el tratamiento con estrógenos.

Así mismo esta técnica ha demostrado su papel diagnóstico en relación con la osteopenia producida por diferentes endocrinopatías, tales como el hiperparatiroidismo, el hipercorticismismo, el hipertiroidismo, etc.

M. Neves Castro

A pele absorve bem certas moléculas de baixo peso molecular, como sejam os estrogêneos. Recentemente têm sido utilizados gels contendo estradiol ("ESTROGEL") e reservatórios com membranas permeáveis ("ESTRADERM") cujo objectivo é a administração parentérica fácil do estradiol, de modo mais ou menos constante, evitando os inconvenientes dos produtos injectáveis (esteres de estradiol) que se caracterizam por uma acção prolongada a partir de altos picos de concentração sanguínea que vão progressivamente decrescendo.

Em teoria, a vantagem da via parentérica por oposição à via oral seria a de evitar uma sobrecarga hepática resultante da circulação porta. Deste modo seria possível evitar um aumento de triglicéridos que já estivessem elevados, a síntese de angiotensinogéneo em mulheres hipertensas, etc. Pelo contrário, não seria tão benéfico o efeito do estradiol no que se refere às lipoproteínas de alta densidade (HDL) já que faltaria um estímulo directo para a síntese da apolipoproteína A1. No entanto, na prática, não parece que, com o tempo, essas vantagens técnicas tenham expressão significativa.

Os inconvenientes desta terapeutica (ESTRADERM) são a possibilidade de a adesividade poder não ser adequada ou de haver reacções cutâneas à cola do adesivo. Como a pele é uma barreira complexa não é possível garantir-se uma absorção uniforme do estradiol o que se traduz em níveis circulantes oscilantes. Esse facto pode causar alguns corrimentos hemáticos vaginais devidos a pequenas descamações do endométrio principalmente nos esquemas terapeuticos combinados com progestagêneos. Uma outra limitação no uso da via transcutânea é o grau de motivação ou instrução das utentes, o que pode causar efeitos terapeuticos indesejáveis por excesso ou por defeito.

MARTY M; HIOCO D; CHANZY MO; LARGET PIET B;

*Service de Rhumatologie de l'Hôpital Henri Mondor
51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94010 CRETEIL (FRANCE)*

RESUME

L'incidence de l'hyperparathyroïdie primaire varie de 250 à 500 cas par million d'habitants et par an.

La reconnaissance des formes peu ou pas symptomatiques par le dosage systématique de la calcémie a modifié les aspects cliniques de la maladie.

Le polymorphisme des manifestations fonctionnelles est large. L'association hypercalcémie-hypophosphorémie est très évocatrice du diagnostic, mais n'est pas pathognomonique.

Le dosage de l'AMPc (Adénosine mono-phosphate) néphrogénique urinaire associé à celui de la PTH (Parathormone) intacte (1-84) diminue les erreurs diagnostiques. Les pseudo hyperparathyroïdies par sécrétion anormale d'une substance PTH like sont bien connues.

Pour une première intervention, l'échographie permet d'éliminer une localisation intra-thyroïdienne de l'adénome. Les autres explorations morphologiques ont peu d'intérêt pratique.

En cas de récurrence ou d'échec de la chirurgie, le scanner, la scintigraphie de soustraction (Thallium/Technitium), l'IRM et les prélèvements veineux étagés doivent permettre de préciser la localisation intra ou extra cervicale de l'adénome.

Le traitement de l'hyperparathyroïdie est chirurgical. Une abstention thérapeutique est proposée dans les formes asymptomatiques, quand la calcémie est comprise entre 105 et 115 mg/l.

L'HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE EN 1990

Initialement connue comme une maladie purement osseuse, l'hyperparathyroïdie primaire est devenue une maladie ayant un grand polymorphisme clinique. L'incidence de cette affection dans des populations déterminées est de 250 à 500 cas par million d'habitants et par an.

En 1990, l'hyperparathyroïdie primaire est une affection souvent asymptomatique et découverte de façon fortuite par le dosage de la calcémie. Le polymorphisme des aspects cliniques justifie le dosage fréquent de la calcémie dans les habitudes médicales.

Le dosage de la PTH intacte (1-84), qui représenterait l'essentiel de l'hormone circulante biologiquement active, permet une étude plus précise de la fonction parathyroïdienne.

I - ASPECTS CLINIQUES

Les circonstances de découverte, et la symptomatologie de l'hyperparathyroïdie se sont modifiées en raison de la connaissance des formes atténuées et frustes. Le dosage systématique de la calcémie apparaît, dans la plupart des séries récentes (9, 10, 16, 22, 23, 25, 35, 37), comme la circonstance de découverte la plus fréquente. Les manifestations rénales occupent toujours une place importante dans les modes de révélation de la maladie. La lithiase rénale est présente dans 10 à 50 % des cas. La néphrocalcinose reste un mode de découverte de la maladie. Les manifestations osseuses se traduisant par des douleurs, voient également leur fréquence se réduire (10 % dans la série J. VILLIAUMEY (37), 535 observations). L'hyperparathyroïdie peut être annoncée par une chondrocalcinose, une asthénie, des troubles digestifs fonctionnels. Des manifestations plus rares peuvent révéler la maladie : une hypertension artérielle, un ulcère de l'estomac, une pancréatite. La crise hypercalcémique demeure une rare circonstance de découverte de l'hyperparathyroïdie (de 1 à 4 % selon les séries). La survenue de troubles neuro-psychiques peut permettre la reconnaissance de la maladie. Enfin, c'est parfois lors d'une cervicotomie exploratrice ou dans le cadre d'une exploration d'une polyadénomatoze que le diagnostic est posé.

Il est facile de comprendre que les manifestations révélatrices ne sont pas superposables d'une série à l'autre, car elles proviennent en effet de disciplines aussi diverses que la rhumatologie, la néphrologie, l'endocrinologie.

Les formes osseuses historiques, tout au moins dans les pays développés, ont pratiquement disparu. Toutefois, les modifications radiologiques osseuses caractérisées par une résorption modérée, ne verraient pas leur incidence absolue se modifier : SEBERT, en comparant plusieurs séries, a en effet montré que l'incidence annuelle de l'ostéite fibro-kystique est constante (30).

II - ASPECTS BIOLÓGIQUES

Le développement des tests diagnostiques, permet de reconnaître un nombre croissant d'hyperparathyroïdies primaires asymptomatiques, dont l'histoire naturelle commence à être connue. Ce sont les données biologiques qui permettent le diagnostic d'hyperparathyroïdie.

Le dosage de l'AMPC néphrogénique urinaire (4) a apporté une contribution essentielle à l'exploration de l'hyperparathyroïdie primaire. Sa sensibilité est de 90 à 100 %. Sa spécificité n'est pas de 100 %. L'AMPC néphrogénique urinaire, au cours de l'hypercalcémie maligne par hypersécrétion d'une substance PTH like, est élevée (6). Au cours de l'ostéomalacie tumorale hypophosphorémique, une augmentation de l'AMPC néphrogénique urinaire a été démontrée (32). La baisse de l'AMPC néphrogénique urinaire apparaît une heure après l'ablation du tissu responsable de l'hyperparathyroïdie (17).

Le dosage radio-immunologique de la PTH a d'abord utilisé des anticorps spécifiques dirigés contre des fragments de l'hormone. L'ensemble de ces dosages biologiques ont une sensibilité de 50 à 70 %.

Le dosage de la PTH intacte (1-84) (2, 8), utilise dans le même temps deux anticorps spécifiques : l'un dirigé contre un fragment de la partie COOH, et l'autre, contre un fragment de la partie NH². Cette technique détecte des taux circulants de PTH intacte chez des sujets normaux, tout en permettant de distinguer l'hyperparathyroïdisme primaire de l'état normal (15).

Trois situations biologiques peuvent se présenter :

1°) Tableau d'hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie et hypersécrétion de PTH.

Elle demeure la forme la plus fréquente de l'hyperparathyroïdie. L'hypercalcémie permet d'évoquer le diagnostic. Son association à une hypophosphorémie (qui n'est pas constante), n'est plus considérée comme pathognomonique de la maladie. Elle peut s'observer lors du myélome, de la sarcoïdose, de l'hypercalcémie familiale bénigne, et des pseudo hyperparathyroïdismes.

La mise en évidence d'une hypersécrétion de PTH par une élévation de l'AMPC néphrogénique urinaire et de la PTH, permet de poser le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire.

Si la PTH est normale, et l'AMPC néphrogénique urinaire élevée, le diagnostic se pose essentiellement avec le pseudo hyperparathyroïdisme, par sécrétion anormale d'une substance PTH like (6). Le contexte clinique, l'augmentation des phosphatases alcalines (rare au cours de l'hyperparathyroïdie), l'élévation importante de l'AMPC néphrogénique urinaire avec PTH normale, la diminution du 1-25(OH)²D³, orientent vers une pseudo hyperparathyroïdie.

Avant d'affirmer le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire,

il faut éliminer une forme secondaire à la prise chronique de lithium (5, 33).

2*) Tableau d'hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie et sécrétion normale de parathormone.

C'est une éventualité rare. L'association hypercalcémie, hypophosphorémie s'accompagne de taux normaux d'AMPC néphrogénique urinaire et de PTH. Les valeurs normales d'AMPC néphrogénique urinaire et de PTH orientent vers le diagnostic, puisqu'en cas d'hypercalcémie non due à une hyperparathyroïdie, ils devraient être bas (25). Le diagnostic pourrait se poser avec l'hypercalcémie familiale bénigne (20). En faveur de celle-ci, on retient la notion d'hypercalcémie familiale surtout chez un sujet jeune, l'absence d'hypercalciurie, la bonne tolérance de l'hypercalcémie.

3*) Tableau d'hyperparathyroïdie normo-calcique.

La calcémie est comprise entre 105 et 110 mg/l, associée à une hypercalciurie avec hypersécrétion de PTH jugée sur l'élévation de l'AMPC néphrogénique urinaire ou de la PTH. Le diagnostic différentiel est celui d'une hypercalciurie idiopathique. C'est le caractère autonome, c'est-à-dire non freinable par la charge calcique de la sécrétion de PTH qui oriente vers l'hyperparathyroïdie. Il est essentiel d'éliminer une carence associée en vitamine D, par des dosages vitaminiques et, en cas de doute, par une épreuve de surcharge. Soulignons, dans ces formes, l'intérêt des examens biologiques répétés.

L'hétérogénéité des formes biologiques d'hyperparathyroïdie peut s'expliquer par une réponse plus ou moins intense de la cellule du tubule rénal à la PTH. Dans la forme hypercalcémique avec sécrétion normale de PTH, le rein se comporte comme s'il existait une sensibilité accrue à l'action de la PTH. A l'opposé, dans la forme normocalcémique, la PTH paraît inefficace sur le tubule rénal.

III - ASPECTS HISTOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES DU RETENTISSEMENT OSSEUX DE L'HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE

L'ostéite fibro-kystique associe des lésions radiologiques d'hypermétabolisme osseux, à des manifestations cliniques comprenant des douleurs osseuses des tuméfactions liées à la formation de kystes osseux, et exceptionnellement des fractures des os longs.

Les malades ayant une hyperparathyroïdie primaire et une ostéose fibro-kystique ont habituellement une histoire clinique d'évolution subaigüe, une hypercalcémie élevée, un

hyperfonctionnement parathyroïdien marqué, et une masse parenchymateuse parathyroïdienne importante (3). Dans ces formes sévères d'ostéopathies, il se produirait un découplage entre l'ostéoformation et la résorption osseuse (26). Cet aspect est actuellement rare.

Le retentissement osseux d'hyperparathyroïdies à croissance lente est moins évident. Ce sont les études d'histomorphométrie osseuse et les méthodes non invasives d'évaluation de la masse osseuse, qui ont permis de connaître les conséquences du remodelage osseux de ces formes. Le retentissement sur l'os cortical est à distinguer de celui sur l'os spongieux.

Plusieurs études par absorptiométrie monophotonique ont montré une diminution du volume de l'os cortical (24).

Les résultats des travaux sont plus divergeants pour ce qui concerne l'os spongieux. Certains ne trouvent pas de diminution du volume trabéculaire osseux (VTO) (11), d'autres font état d'une diminution du VTO chez les femmes avant la ménopause (7).

Des résultats contradictoires sont également rapportés pour l'incidence des tassements vertébraux lors de l'hyperparathyroïdie primaire (38). SEEMAN (31), en absorptiométrie biphotonique a montré que la densité osseuse des vertèbres lombaires des sujets ayant une hyperparathyroïdie, est significativement plus basse que celle des sujets témoins.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer la divergence de ces résultats : la sévérité de la maladie dans certaines séries, et surtout, l'état nutritionnel en vitamine D. En effet, la $1-25 \text{ OH}^2\text{D}_3$ a un rôle permissif sur la résorption osseuse induite par la PTH (35).

IV - EXPLORATION MORPHOLOGIQUE

L'échographie, la scintigraphie de soustraction, la scannographie, l'IRM et les prélèvements veineux étagés sont actuellement utilisés. Ces techniques nécessitent, pour obtenir de bons résultats, de la rigueur et de l'expérience (1, 13, 18, 19, 21, 28). Leur intérêt est discuté par de nombreux chirurgiens en cas de première intervention (34). Le risque de faux positif peut être source d'erreur pour le chirurgien.

En pratique, quand le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire est hautement probable, il est souhaitable d'obtenir une échographie cervicale. Elle peut en effet déceler une glande intrathyroïdienne. Les autres explorations apparaissent inutiles.

Quelque soit le résultat des examens morphologiques, l'opérateur doit découvrir les quatre glandes parathyroïdes, et vérifier l'aspect de chacune d'entre elles.

En cas d'échec de la première intervention, les difficultés et les risques de reprise chirurgicale justifient de multiples explorations morphologiques, pouvant aller jusqu'à

l'artériographie sélective de l'artère mammaire interne, pour dépister un adénome médiastinal.

V - ASPECTS THERAPEUTIQUES

Le traitement de l'hyperparathyroïdie primaire reste résolument chirurgical. La connaissance plus complète des formes asymptomatiques a soulevé le problème de l'indication opératoire. Plusieurs séries décrivent l'évolution favorable d'hyperparathyroïdies non traitées chirurgicalement (27, 29). Les éléments d'appréciation qui interviennent dans la décision opératoire (37, 9, 11, 14) sont : l'âge, le terrain, le taux de calcémie, le retentissement viscéral de la maladie.

Nous retenons pour notre part, les indications chirurgicales suivantes :

- L'intervention est indiscutable quand la calcémie est supérieure à 115 mg/l, à plusieurs dosages, quelle que soit la symptomatologie et lorsque le diagnostic est certain.
- Pour des valeurs de calcémie comprises entre 105 et 115 mg/l, lorsque le malade est symptomatique, l'indication opératoire est posée. Au contraire, dans les formes asymptomatiques, nous préconisons l'abstention thérapeutique avec une surveillance biologique de la calcémie deux fois par an. Nous faisons opérer les malades qui ne peuvent avoir cette surveillance, et ceux qui présentent une déminéralisation osseuse, surtout les sujets âgés.

REFERENCES

- 1 - ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX F, HUC MC, VANDROUX JC, TREVES R, CHRISTIDES C, CATANZANO G, LEROUX-ROBERT C, LABROUSSE C. Intérêt de la scintigraphie et de l'échographie dans l'hyperparathyroïdie primaire. Press Méd 1987;16:1438.
- 2 - ASTON JP, WHEELER MH, BROWN RC, CURLEY IR, WOODHEAD JS. Studies on in vivo and in vitro release of intact parathyroid hormone using a new two-site immunochemiluminometric assay. World J Surg 1988;12:454-462.

- 3 - BROADUS AE.
Hyperparathyroïdie primitive.
Actualités Néphrologiques de Necker 1981;69-81.
- 4 - BROADUS AE, MAHAFFEY JE, BARTTER FC, NEER RM.
Nephrogenous cyclic adenosine monophosphate as a
parathyroid function test.
J Clin Invest 1977;60:771-783.
- 5 - BROWN EM.
Lithium induces abnormal calcium-regulated PTH release in
dispersed bovine parathyroid cells.
J Clin Endocrinol Metab 1981;51:1046-1048.
- 6 - BURTIS WJ, BRADY TG, ORLOFF JJ.
Immunochemical characterization of circulating
parathyroid hormone related protein in patients with
tumoral hypercalcemia of cancer.
N Engl J Med 1990;322:1106-1112.
- 7 - CHARHON SA, EDOUARD CM, ARLLOT ME, MEUNIER PJ.
Effects of parathyroid hormone on remodeling of iliac
trabecular bone packets in patients with primary
hyperparathyroidism.
Clin Orthop 1982;162:255-263.
- 8 - CURLEY IR, WHEELER MH, ASTON JP, BROWN RC, WEEKS I,
WOODHEAD JS.
Studies in patients with hyperparathyroidism using a new
two site immunochemiluminometric assay for circulating
intact 1-84 parathyroid hormone.
Surgery 1987;102:926-931.
- 9 - DUBOST CL, CHARBONNIER JY, ASSENS P.
Traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdisme primaire
après 70 ans.
Nouv Press Méd 1984;13:1773-1775.
- 10 - DUBOST CL, BOUCAUT Ph.
Hyperparathyroïdie primaire. Etude rétrospective de 500
cas.
Nouv Press Méd 1982;11:443-446.
- 11 - ERICKSEN EF, MOSEKILDE L, MELSEN F.
Trabecular bone remodeling and balance in primary
hyperparathyroidism.
Bone 1986;7:213-221.

- 12 - FIATARONE MA, STEEL K, DAHL R.
Hyperparathyroidism in the elderly.
J Am Geriat Soc 1981;29:343-348.

- 13 - GAUTIER D, GARCIN JM, GAILLARD JF, YOUNG J, ZIDI B,
GRANIER R.
Intérêt de la scintigraphie au tallium-technitium dans la
localisation pré-opératoire des adénomes parathyroïdiens.
Rev Rhum Mal Ostéoc 1988;55:501-504.

- 14 - GAZ RD, WANG C.
Management of asymptomatic hyperparathyroidism.
Am J Surg 1984;147:489-502.

- 15 - GUILLEMAUT S, GUILLEMANT J, OBERLIN F, DAIROU F,
CAMUS JP.
Hyperparathyroïdie primaire : apports du dosage de la
parthormone intacte (PTH 1-84).
Press Méd 1989;18:1509-1512.

- 16 - HEALTH III H, HOGDSON SF, KENNEDY MA.
Primary hyperparathyroidism.
N Engl J Med 1980;302:189-193.

- 17 - ICARD P, FULLA Y, BONNICHON P, SARFATI G, INGRAND J,
OLSZOWY P, CHAPUIS Y.
Chirurgie de l'hyperparathyroïdie primaire : apports du
dosage pré-opératoire de l'AMPC urinaire.
Press Méd 1987;16:2203-2296.

- 18 - KRUBSACK AJ, WILSON SD, LAWSON TL, COLLIER BD,
HELLMAN RS, ISITMAN AT.
Prospective comparison of radionuclide computed
tomographic and sonographic localisation of parathyroid
tumors.
World J Surg 1986;10:579-585.

- 19 - LEVIN KE, GOODING GAW, OKERLUND M, HIGGINS CB, NORMAN D,
NEWTON TH, DUH QY, ARNAUD CD, SIPERSTEIN AE, ZENG QH,
CLARK OH.
Localized studies in patients with persistent or
reccurent hyperparathyroidism.
Surgery 1987;102:917-925.

- 20 - MARX SJ, SPIEGEL AM, LEVINE MA, RIZZOLI RE, VASKER RD,
SANTERA AC, DOWNS RW, AURBACH GD.
Familial hypocalciuric hypercalcemia. the relation to
primary paratahyroid hyperplasia.
N Engl J Med 1982;307:416-426.

- 21 - MELLIERE D, KASSAB M, ETIENNE G, BECQUENIN JP.
Diagnostic et localisation des hyperparathyroïdies
primaires. Quel bilan ?
Press Méd 1987;16:1961-1968.
- 22 - MELLIERE D, KASSAB M, BECQUENIN JP, ETIENNE G.
La chirurgie des hyperparathyroïdies primitives.
Rev Rhum Mal Ostéoc 1988;55:495-500.
- 23 - NIKKILA MT, SAARISTO JJ, KOIVULA TA.
Clinical and biochemical features in primary
hyperparathyroidism.
Surgery 1989;105:148-153.
- 24 - PAK CYC, STEWART A, KAPLAN R, BONE H, NOTZ C, BROWNE R.
Photon absorptiometric analysis of bone density in
primary hyperparatahroidism.
Lancet 1975;2:7-8.
- 25 - PAILLARD M, LACAVE R, GARDIN JP, PRIGENT A, PATRON P.
Actualités de l'hyperparathyroïdie primaire.
Press Méd 1984;13:1779-1785.
- 26 - PARFITT AM.
Equilibrium and disequilibrium hypercalcemia. New light
on old concept.
Metab Bone Dis 1979;1:279-293.
- 27 - PEARSON MW.
Asymptomatic primary hyperparathyroidism in the elderly.
A review age ageing 1984;13:1-5.
- 28 - ROUCOULES J, ARTRU L.
Repérage pré-opératoire des parathyroïdes.
???
- 29 - SAMPSON MJ, VANT'HOFF W, BICKNELL EJ.
The conservative management of primary
hyperparathyroidism.
Q J Med 1987;65:1009-1014.

- 30 - SEBERT JL, FARDELLONE P, DUBREUIL A, FOURNIER A.
Le retentissement osseux de l'hyperparathyroïdie
primaire.
Press Méd 1986;15:1261-1263.
- 31 - SEEMAN E, WAHNER HW, OFFORD KP, KUMAR P, JOHNSON WJ,
RIGGS BL.
Differential effects of endocrine disfunction on the
axial and appendicular skeleton.
J Clin Invest 1982;69:1302-1309.
- 32 - SESHADRI MS, CORNISH CJ, MASON RS, POSEN S.
Parathyroid hormon like bio-activity in tumors from
patients with oncogenic osteomalacia.
Clin Endocrinol 1985;23:689-697.
- 33 - SHEN FH, SHERRARD DJ.
Lithium induced hyperparathyroidism ; an alteration of
the "Set point".
Ann Inter Med 1982;96:61-65.
- 34 - THOMPSON NW.
Localization studies in patients with primary
hyperparathyroidism.
Br J Surgery 1988;75:97-98.
- 35 - VERNEJOUL (de) MC, BENAMOUT MP, CANCELA L, MIRAVET L,
KUNTZ D, GUERIS J, GARDIN JP.
Hyperparathyroïdie primitive vue en rhumatologie. Signes
cliniques et relations entre les signes histologiques
osseux et les paramètres biologiques.
Rev Rhum Mal Ostéoc 1988;55:489-494.
- 36 - VILLIAUMEY J, HIOCO D, MELLIERE D, CHANZY MO.
Faut-il opérer toutes les hyperparathyroïdies
primitives ?
Press Méd 1988;17:2108-2110.
- 37 - VILLIAUMEY J, HIOCO D, CHANZY MO, CHIGOT JP, MELLIERE D,
PROYE C.
Le nouveau visage clinique de l'hyperparathyroïdie
primitive. Circonstances de diagnostic et caractères
symptomatiques actuels.
Rev Rhum Mal Ostéoc 1988;55:561-568.
- 38 - WILSON RJ, RAO S, ELLIS B, KLEERKOPER M, PARFITT M.
Mild asymptomatic primary hyperparathyroidism is not a
risk factor for vertebral fractures.
Ann Intern Med 1988;109:959-962.

MICROCIRCULATION IN CONNECTIVE TISSUE DISEASES: MODERN ASPECTS

W. Grassi, M. Cervini, °R. Montironi, P. Core

Cattedra di Reumatologia, °Istituto di Anatomia Patologica - Università di Ancona, Italy

In recent years, there have been important advances in our understanding of the microvascular involvement in connective tissue diseases. "In vivo" capillaroscopic examination appears to be the most practical technique for the early detection of such an involvement.

In order to provide a better morphofunctional evaluation of microvascular abnormalities in connective tissue diseases, we have set up an experimental apparatus for computer-aided videomicroscopy. It consists of a videomicroscope (LAB 16, Zeiss) connected to a personal computer (Pertel AT) by a digitization board (Oculus 300, Coreco) that gives a digital image of 512x512 pixels and 256 grey levels.

A specifically dedicated "knowledge based system" for the automatic understanding and quantitative analysis of videomicroscopic images provides very precise, reproducible measurements of capillary features (length, diameter, perimeter, area), avascular areas and other findings related to capillary shape, red cells velocity and transcapillary diffusion of Na-fluorescein. The "in vivo" analysis of microcirculation may be performed at the nailfold and in other districts. Of particular interest is the examination of oral mucosa (lip, gingiva, tongue).

A quantitative analysis of microvascular dynamics is of relevant practical interest in the early diagnosis of "scleroderma spectrum disorders". In particular, an evaluation by fluorescence videomicroscopy allows to recognize the typical increase of transcapillary diffusion of sodium fluorescein in the early stages of systemic sclerosis.

Such characteristic abnormalities may be observed before the appearance of any other detectable morphologic change at conventional capillaroscopy.

Moreover, computer-aided dynamic fluorescence videomicroscopy may play a useful role for "in vivo" monitoring of vasoactive drugs.

H. MIELANTS, Département de Rhumatologie, Hôpital Universitaire, Gand, Belgique.

INTRODUCTION

L'arthrite réactive peut être définie comme une inflammation articulaire due à une infection dont le micro-organisme causal n'est pas retrouvé dans le liquide synovial.

L'on distingue 3 groupes : a. les synovites réactives urogénitales (e.a. le syndrome de Reiter), et l'infection aseptique provoquée par gonocoques; b. les synovites secondaires à une infection intestinale (Shigella, Yersinia, Salmonella, Campylobacter jejuni); et c. un groupe dans lequel on ne peut prouver ni l'agent infectieux ni la porte d'entrée de l'agression et dont l'évolution clinique est analogue à celle des deux premiers groupes.

Ces arthrites se manifestent par une agression pauci-articulaire asymétrique et sont souvent accompagnées d'enthésopathies (tendinite du tendon d'Achille ou de l'aponévrose plantaire). Une sacroiliite est fréquente. Ces arthrites apparaissent habituellement pendant la deuxième ou troisième décennie, et répondent généralement très bien à un traitement par anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Néanmoins la maladie évolue parfois vers une phase chronique pendant laquelle l'on voit apparaître de lésions érosives. 60 à 80 % des patients qui présentent une arthrite réactive sont porteurs de l'antigène HLA B27.

La pelvispondylite ankylosante, maladie dont plus de 90 % des

malades sont porteurs de l'antigène B27, est souvent accompagnée d'arthrites périphériques dont l'image clinique se confond avec celle des arthrites réactives. Ebringer et coll. ont avancé le *Klebsiella pneumoniae* comme étant un facteur étiologique possible de la pelvispondylite ankylosante, d'autres auteurs n'ont pas pu confirmer cette hypothèse.

Il n'est pas rare que les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) soient accompagnées d'arthrites périphériques que l'on peut cataloguer dans le groupe des arthrites réactives : la fréquence est de 20 % en cas de maladies de Crohn et de 12 % en cas de colites ulcéreuses. L'arthrite précède parfois de plusieurs années les manifestations intestinales.

On n'a pas pu montrer une association entre l'antigène B27 et les arthrites périphériques sans atteinte axiale liées aux inflammations intestinales.

ILEOCOLONOSCOPIE

Au moyen d'une iléocolonoscopie nous avons étudié la présence d'inflammations intestinales chez des patients ayant une arthrite réactive chez qui l'infection primaire ne pouvait être prouvée et chez des patients ayant une spondylite ankylosante parfois accompagnée d'arthrites périphériques.

Par iléocolonoscopie nous avons trouvé dans 50 % des cas des lésions intestinales macroscopiques au niveau de l'iléum, de la valve iléocaecale ou du caecum. Dans ces images macroscopiques nous distinguons 3 stades :

- Stade 0 : aspect endoscopique normal.

- Stade 1 : œdème de la valve iléocaecale, érythème peu prononcé, friabilité et aspect granulaire de la muqueuse et aspect nodulaire de l'iléum terminal.
- Stade 2 : ulcérations linéaires ou aphtoides; aspect granuleux et mamelonné de la muqueuse.

HISTOLOGIE

Etant donné que nous décelons fréquemment des signes microscopiques d'inflammation, alors que l'image macroscopique était normale, plusieurs biopsies sont prises au niveau du caecum, de la valve iléocaecale et de l'iléum.

Les images microscopiques sont subdivisées en 4 stades :

- Stade 0 : images histopathologiques normales de l'iléon, la valve iléocaecale et du caecum.
- Stade 1 : hyperplasie lymphoïde, augmentation du nombre de cellules inflammatoires dans la lamina propria, avec ou sans éosinophiles, absence de cryptite et d'anormalité épithéliale.
- Stade 2 : augmentation diffuse du nombre de cellules inflammatoires dans la lamina propria avec atrophie des villi, distorsion des cryptes et hyperplasie réactive de l'épithélium des cryptes, infiltration de l'épithélium des cryptes par des neutrophiles et abcédation des cryptes.
- Stade 3 : ulcération aphteuse avec ou sans formation de granulomes épithéloïdes.

Le stade 1 a été considéré comme faisant partie de l'éventail normal de l'aspect histologique de l'iléon terminal.

Le stade 2 et 3 ressemblent fort aux lésions qu'on voit au début d'une maladie de Crohn. Néanmoins nous n'avons pas retrouvé les

granulomes pséudotuberculeux dans la région sous-muqueuse.

RESULTATS

Trois groupes de patients ont été examinés : un groupe de patients souffrant d'une arthrite réactive, un groupe souffrant de pelvispondylite ankylosante et un groupe de contrôle.

Dans le groupe des arthrites réactives, l'on retrouve rarement une inflammation iléale chez les patients dont l'origine de l'arthrite est urogénitale.

Par contre on décèle fréquemment une inflammation aiguë ou chronique de l'intestin dans le groupe de patients ayant une arthrite réactive idiopathique. Chez ces patients, la présence de l'antigène B27 ne semble pas jouer un rôle primordial.

La fréquence d'inflammation intestinale est très faible dans le groupe de patients ayant une spondylite ankylosante avec atteinte axiale exclusive, à l'exception des patients qui ne sont pas porteurs de l'HLA B27.

Par contre, chez les malades présentant une spondylite ankylosante accompagnée d'arthrites périphériques, nous avons retrouvé une fréquence élevée de lésions inflammatoires actives, aiguës ou chroniques. Dans ce groupe la présence de l'HLA B27 ne semble également pas jouer un rôle significatif.

Dans le groupe de contrôle nous ne trouvons pas de stades histologiques 2 ou 3.

Etant donné que la majorité des patients du groupe de contrôle utilisait également des anti-inflammatoires non-stéroïdiens, il nous semble peu probable que ces produits influencent l'image histologique de l'intestin, ceci est en contradiction à ce que

certain auteurs suggèrent.

Chez 30 patients souffrant de spondylarthropathie une seconde iléocolonoscopie a été effectuée. Chez les patients qui ne présentaient plus d'inflammations articulaires, les lésions intestinales avaient disparu. Chez les patients qui n'étaient pas en rémission clinique et qui souffraient toujours de synovites ou tendinites, les biopsies montraient encore des lésions inflammatoires actives. Ceci démontre l'étroite relation entre les manifestations articulaires et l'inflammation intestinale.

IMPLICATIONS PATHOGENIQUES

Il est difficile à ce jour d'établir avec certitude si ces lésions microscopiques correspondent réellement à la présence d'une maladie de Crohn asymptomatique ou à des images aspécifiques d'inflammation qui pourraient être secondaires à une pathologie primaire inconnue à ce jour. Cependant, la similitude des lésions trouvées au niveau de l'iléum et du caecum chez les patients atteints de pelvispondylite ankylosante avec arthrite périphérique ou d'une arthrite réactive idiopathique, nous amène à émettre l'hypothèse qu'une inflammation de l'iléum, même asymptomatique, joue un rôle important dans la pathogénèse de l'induction ou de la chronicité de la pathologie.

Il est possible qu'une inflammation chronique influence la perméabilité de l'intestin. Ceci peut amener une résorption de bactéries, d'antigènes nutritionnels et autres, provoquant une décharge de médiateurs immunologiques dans la circulation, dont plusieurs organes peuvent être la cible (e.a. articulations, tendons, yeux,...). L'antigène B27, souvent associé à cette patholo-

gie, n'est pas obligatoire, étant donné qu'on retrouve les mêmes lésions chez des patients ayant une arthrite réactive ou une spondylite ankylosante, qui ne sont pas porteurs de l'antigène B27. Plusieurs auteurs n'ont pas trouvé une présence élevée de l'antigène B27 chez des patients ayant une maladie de Crohn accompagnée d'arthrite périphérique. Ceci est probablement dû au fait que ces auteurs ont examiné uniquement des patients dont l'image clinique et radiologique de maladie de Crohn étaient évidentes. Il est possible que les lésions que nous décrivons soient des lésions précliniques de Crohn, qui n'évolueront éventuellement pas vers une pathologie irréversible. La prévalence familiale de l'inflammation intestinale, des arthrites réactives et de la spondylite ankylosante est connue depuis longtemps. Nous avons confirmé ces données récemment dans une famille atteinte simultanément d'arthrite réactive, d'iléite asymptomatique et de Crohn véritable.

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA SPONDYLITE
ANKYLOSANTE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE JEUNE

St.Suțeanu, P.Ignat, Pompilia Oancea

(Clinique médicale de l'Hôpital Dr.I.Cantacuzino, Bucarest,
Roumanie)Résumé

La spondylite ankylosante appartient au groupe des spondylarthrites séronégatives, décrites par Moll et Wright. L'analyse du diagnostic précoce de la spondylite ankylosante de l'adolescent et de l'adulte jeune est basée sur les données récentes de la littérature et sur l'expérience personnelle des auteurs qui, pendant les derniers 5 ans, ont étudié 421 cas de spondylarthrite séronégative dont 349 (83%) spondylites ankylosantes.

Un diagnostic précoce de la spondylite ankylosante impose une connaissance parfaite des critères de diagnostic de l'affection et des manifestations cliniques de début (typiques et atypiques), aus bien qu'une utilisation correcte des investigations paracliniques. On doit connaître aussi les possibilités de diagnostic différentiel et les erreurs fréquentes de diagnostic (afin de les éviter).

Les critères de diagnostic utilisés sont ceux préconisés à New York et, surtout, ceux formulés par Van der Linden (1984).

Les causes du diagnostic tardif de la spondylite ankylosante sont, dans l'opinion des auteurs: la connaissance imparfaite des critères de diagnostic, la fausse impression que c'est une affection rare, et particulièrement rare chez la femme; l'interprétation erronée des manifestations vertébrales, des manifestations périphériques, de la spondylite ankylosante juvénile et de la radiographie du bassin; l'absence d'autres investigations.

En évitant ces sources d'erreur, qui sont illustrées par des données de l'expérience personnelle des auteurs, on peut réaliser un diagnostic précoce de la spondylite ankylosante chez l'adolescent et l'adulte jeune car, dans la grande majorité des cas, l'affection débute à cet âge.

On insiste sur le diagnostic différentiel entre une discopathie et le début d'une spondylite ankylosante, sur les particularités de l'affection chez la femme et sur les caractères distinctifs de la spondylite ankylosante juvénile (que l'on confond souvent avec une polyarthrite rhumatoïde juvénile) et, enfin, sur l'identification précoce de la sacroilélite.

MODALITÉES DE DÉBUT ET ÉVOLUTION DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE A DÉBUT JUVÉNILE;
ÉVOLUTION APRÈS 5-20 ANS DE MALADIE
O.Ghenoiu, Gh.Pintea, I.Rovinescu (Centre de
Rhumatologie - Bucarest, Romania)

Nous avons étudié 1520 dossiers de spondylarthrite ankylosante (SA) et sélectionné 206 cas (13,2%) SA à début juvénile. Nous avons constaté: prépondérance masculine:87,86%; moyenne d'âge au début de la maladie:10,7 ans les garçons et 8,3 ans les filles; ancienneté de la maladie au moment de l'enquête:12,6 ans; début surtout périphérique (77,2%) avec des mono et oligoarthrites des membres inférieurs (72,9%), moins souvent des polyarthrites chroniques (16,9%) ou polyarthrites aiguës (10%); le début spinal est rare; la sacro-iléite et la spondylite se constitue plus tard (6,8 ans). Le diagnostic est difficile au début, fréquemment confondu avec l'ACJ et la TBC articulaire et souvent retardé. Pour le diagnostic plaident le sexe et l'âge jeune de malades, la persistance des oligoarthrites, les coxites et les talalgies inaugurales, l'apparition des rachialgies et sciatalgies "amputées"(souvent nocturnes), les antécédents familiales de SA (7,76%) et ceux personnels d'infection génito-urinaire (5,8%). L'insuffisance aortique est très rare (2%); l'iridocyclite est plus fréquente (7,8% au début et 12% ultérieurement). L'évolution, étudié avec un recul de 5-20 ans, se fait par poussées et longues acalmies. La capacité fonctionnelle dans les premiers 5 ans d'évolution est complète pour 74% de malades et normale avec raideur et douleurs pour 21%; elle est limitée et source d'infirmité, surtout après 10 ans pour 38% des malades, à cause des coxites et ankylose rachidienne invalidantes dans la plupart des cas.

3. RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES LIVRES/ RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS LIBRES

CL.1

PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO SÍNDROME SJÖGREN PRIMÁRIO

M. M. Correia; J. Godinho; M. C. Santos; M. O. Ribeiro; J. C. Teixeira da Costa;
F. Saraiva; A. Malcata; M. V. Queiroz; A. Mendonça
Serviço de Psiquiatria, Núcleo de Reumatologia, Serviço de Neurologia
Hospital de Santa Maria

Os autores propõem-se avaliar a existência de perturbações psiquiátricas em 30 doentes com Síndrome Sjögren Primário, comparando este grupo com dois grupos de controlo (± 30 mulheres sem doença física e/ou psíquica e ± 30 mulheres com Diabetes tipo I). Serão igualmente investigadas a influência de factores de personalidade e de acontecimentos vitais na constelação etiopatogénica da doença, e na sua evolução, na perspectiva de uma abordagem biopsicossocial.

Apresentam-se resultados preliminares deste estudo.

Foi testado um total de 17 doentes com Síndrome Sjögren Primário.

Em 12 doentes foram aplicados:

A - Symptom Distress CheckList; B - The Hospital Anxiety and Depression Scale; C - Toronto Alexithymia Scale; D - Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Em 5 doentes apenas foram aplicadas as três primeiras escalas.

A : Foram encontrados valores elevados em 13 doentes (76,4%), sendo os itens mais cotados: 8 doentes (Somatização); 4 (Depressão); 4 (Obsessivo-Compulsivo); 2 (Ansiedade); 2 (Sensitividade Interna); 1 (Psicoticismo).

B : 15 doentes (88,2%) apresentam Ansiedade e 10 (58,8%) Depressão.

C : 15 doentes (88,2%) são Alexitimicos.

D : Doze doentes (92,3%) têm pelo menos uma escala clínica com padrão patológico. As sete mais elevadas são: 10 doentes (Esquizofrenia); 8 (Hipocondria); 8 (Depressão); 8 (Psicastenia); 7 (Histeria); 7 (Desvio Psicopático); 6 (Paranóia).

Estes resultados preliminares permitem avançar várias hipóteses:

- 1 — Existência de níveis elevados de Ansiedade e Depressão em doentes com Síndrome Sjögren Primário.
- 2 — Frequência elevada de sintomas Obsessivo-compulsivo, Somatização e Ideação Paranóide.
- 3 — E perfis de personalidade muito elevados em Esquizofrenia, Hipocondria, Depressão, Psicastenia, Histeria e Desvio Psicopático.

Os autores concluíram que perturbações psiquiátricas e padrões patológicos da personalidade são comuns em doentes com Síndrome Sjögren Primário, necessitando de intervenção terapêutica.

CL.2 LA POLYARHRITE RHUMATOÏDE DU SUJET AGE.

P. LOIZZI, G. CARUSO, P. SCAGLIUSI, E. TORTORELLI
Chaire de Médecine Thermale - Université de Bari- Italie

La polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé présente certaines particularités immunobiologiques et cliniques beaucoup étudiées ces derniers temps. Des investigations sur 42 patients âgés atteints de PR (au début après 60 ans) et sur 70 patients avec PR de l'adulte ont révélé que le rapport femmes/hommes, quoique supraunitaire, est beaucoup moindre que pour le PR de l'adulte. Le début de l'affection est souvent aigu, intéressant les articulation scapulo-humérales (comme dans la polymyalgie rhumatismale) ($p=0.05$); pendant la période d'état, le tableau clinique, d'habitude d'intensité moyenne, est souvent compliqué par des affections associées (arthroses, goutte) assez fréquentes chez les sujets âgés. Les manifestations systémiques sont rares. Les réactions pour la détection du facteur rhumatoïde sont positives moins souvent ($p=0.02$), aussi la présence des nodules rhumatoïdes est plus rare ($p=0.01$).

L'examen radiologique des sujets âgés atteints de PR ne révèle pas des lésions plus marquées et un processus plus rapide que chez les adultes.

L'évolution de la PR du sujet âgé, malgré le début souvent aigu, le syndrome inflammatoire marqué, n'est pas plus grave que chez l'adulte et elle est en générale bénigne avec le pronostic favorable.

Les sujets âgés ont une moindre tolérance pour les antirhumatismaux et la physiothérapie et la thérapie occupationnelle ont une importance particulière pour l'état physique que pour le moral des patients qui présentent des états dépressifs.

ARTICULAÇÃO SUBASTRAGALINA NA ARTRITE REUMATÓIDE E NAS ESPONDILARTRITES SERONEGATIVAS. CORRELAÇÕES CLÍNICO-RADIOLOGICAS .
J. Pinto, C. Afonso, J. Brito, A. Aroso Dias, A. Lopes Vaz
Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João, Porto.

Efectuamos um estudo prospectivo clínico-radiológico da articulação subastragalina em doentes com sintomatologia na região posterior do pé e com o diagnóstico definido de artrite reumatóide (72% dos doentes) ou de espondilartrite seronegativa (28% dos doentes).

O tempo de evolução da doença era de 7,2 anos (1 - 16) nos doentes reumatóides e de 4,9 anos (2 - 15) nos doentes espondilíticos.

De acordo com um extenso protocolo, todos os doentes foram avaliados globalmente e de modo particular a nível dos pés onde realizamos incidências radiológicas apropriadas para determinar alterações estáticas e lesões osteo-articulares nas diferentes articulações.

Clinicamente, a artrite subastragalina manifestava-se predominantemente por mobilização dolorosa à pronosupinação (91,7% dos casos), dor à pressão pré-maleolar externa (83,3%) e por limitação do movimento de pronosupinação (83,3%), sinais estes presentes em percentagens semelhantes nos doentes com e sem artrite radiológica dessa articulação.

Do ponto de vista radiológico a articulação subastragalina encontrava-se envolvida, embora com lesões pouco evoluídas (graus I e II de Steinbröcker), em 44% dos doentes reumatóides.

Quando comparamos os doentes reumatóides com e sem artrite subastragalina radiograficamente demonstrável, verificamos que os primeiros apresentavam graus radiológicos de Steinbröcker mais avançados e tempos de evolução da doença e da sintomatologia do pé posterior significativamente superiores.

Nos doentes espondilíticos o envolvimento radiológico da subastragalina foi muito menos frequente que na artrite reumatóide (7,1% v.s. 44%) o mesmo acontecendo a nível do tarso anterior e das metatarsofalângicas (MTF). Pelo contrário, as lesões radiológicas do calcâneo foram, como seria de esperar, mais frequentes nos doentes com espondilartrite seronegativa (64% v.s. 25%), lesões estas que predominavam na região plantar (57%) enquanto que nos doentes com artrite reumatóide eram exclusivamente da tuberosidade póstero-superior.

CL.4 FACTORES DE RISCO MAIS FREQUENTEMENTE ASSOCIADOS À GOTA ÚRICA

João Ramos e João Figueirinhas

Instituto Português de Reumatologia - Lisboa

Os autores estudaram os factores de risco mais frequentemente associados à Gota úrica em 126 doentes que frequentam a consulta externa do Instituto Português de Reumatologia.

O presente estudo demonstrou que 39,8% dos doentes sofriam de litíase renal.

A ureia e a creatinina séricas estavam elevadas respectivamente em 23,4% e em 34,2% dos casos. Uma baixa densidade urinária, inferior a 1.000, foi encontrada em 32,5% dos doentes.

O renograma apresentava alterações em 35% e a gamagrafia renal mostrava anormalidades em 58% dos doentes submetidos a estes exames.

A diabetes mellitus foi detectada em 41% dos doentes enquanto que a obesidade foi observada em 77,9%.

A hipertrigliceridemia foi encontrada em 52,2% e, em 30% dos doentes, estava presente a hipercolesterolemia. A hiperlipoproteinemia do tipo IV foi descoberta em 45% dos casos.

A hiperuricemia encontrou-se em 84,9% e a cristalúria, em 29% dos doentes.

O presente estudo, no que se refere aos factores de risco estudados, não mostra diferenças estatisticamente significativas em relação aos nossos trabalhos anteriores.

BIOMARCADORES E MASSA ÓSSEA NA ARTRITE REUMATÓIDE
A.Aroso Dias, J.Pinto, C.Afonso, C.Vaz, A.Lopes Vaz
Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João, Porto

A osteoporose é uma complicação frequente da artrite reumatóide, podendo resultar da actividade inflamatória desta doença e/ou da interacção de muitos outros factores com ela relacionados, nomeadamente, alterações no metabolismo das hormonas sexuais.

Neste estudo, determinamos por absorciometria monofotónica o conteúdo mineral ósseo na extremidade distal do rádio do braço não dominante, num ponto ultradistal (2 a 8 mm) e noutra mais proximal (10 a 30 mm), em 25 mulheres menopáusicas com artrite reumatóide e em 35 mulheres também menopáusicas sofrendo de osteoartrose (grupo controlo).

Relativamente ao grupo controlo, as doentes reumatóides apresentaram valores significativamente mais baixos de conteúdo mineral ósseo, quer a nível distal ($0,66 \pm 0,16$ v.s. $0,82 \pm 0,17$) quer a nível proximal ($0,81 \pm 0,3$ v.s. $1,08 \pm 0,20$), o mesmo acontecendo com os níveis séricos de Δ^4 -androstenediona e de sulfato de dehidroepiandrosterona ($0,30 \pm 0,25$ v.s. $0,77 \pm 0,66$). Os doentes com artrite reumatóide evidenciaram ainda níveis séricos de fosfatase alcalina significativamente aumentados e tendência para índices de hidroxiprolina/creatinina (urina de duas horas) mais elevados, enquanto que outras variáveis metabólicas, incluindo o cálcio (total), o fósforo, a osteocalcina e a paratormona (ultra) apresentavam valores semelhantes nos dois grupos.

Os dois grupos estudados (doentes e controlos) tinham uma idade média e de menopausa sobreponíveis, mas o índice de massa corporal era estatisticamente inferior no grupo reumatóide ($24,5 \pm 5,3$ v.s. $27,3 \pm 4,2$; $p < 0,025$), embora este índice não se tenha correlacionado com alterações do conteúdo ósseo nem com alterações metabólicas significativas em qualquer dos grupos. Pelo contrário, alterações no metabolismo dos androgénios, a menopausa (tempo de menopausa), o tempo de evolução da doença e a corticoterapia em doses diárias superiores a 7,5 mg de prednisolona influenciavam negativamente o conteúdo mineral ósseo nas doentes com artrite reumatóide.

VIVIANA TAVARES, JAIME C. BRANCO, A.C. AIVES MATOS, M. VIANA QUEIROZ, J. SALIS AMARAL

NUCLEO REUMATOLOGIA HOSPITAL SANTA MARIA, LISBOA, HOSPITAL ORTOPEDICO SANTA ANA, PAREDE

Para tentar esclarecer os factores que interferem nas quedas que produzem fracturas da anca realizou-se um estudo prospectivo em 39 doentes do sexo feminino (idade media:80,21 anos) internadas num hospital ortopédico central. Em 21 doentes (53,8%) a fractura era intracapsular e em 17 era extracapsular (43,6%). Em 9 casos não foi possível avaliar completamente as condições da queda devido ao estado mental das doentes. 34 doentes sofreram a fractura devido a traumatismo ligeiro (queda no mesmo nível). Em 30 doentes (76,9%) a queda verificou-se no seu domicilio, a maioria das vezes no quarto. 35,9% das quedas ocorreram durante a manhã, 20,5% durante a tarde e as restantes ao fim do dia ou durante a noite. Apenas uma doente referia que a queda ocorrera em completa escuridão, enquanto que em 35,9% dos casos era referida boa iluminação. A maioria das doentes caiu quando em marcha normal (28,2%) ou lenta (17,9%) e 7 doentes encontravam-se paradas. O pavimento encerado e mosaico foram responsáveis por 23,1% e 12,8% das quedas, respectivamente. O escorregar foi a principal causa imediata da queda em 38,5% dos casos. Factores do hospedeiro que contribuíram para a queda foram as perturbações visuais (53,8%), diminuição da audição (38,5%), problemas de marcha (presentes em 28,2% com 20,5% das doentes a usar auxiliar de marcha) e a confusão ou demência (28,2%). Apenas 6 doentes não faziam qualquer medicação, enquanto os fármacos antihipertensores e os psicotropicos eram usados por 46,2% e 33,3%, respectivamente. Quedas no ano anterior eram referidas por 38,5% das doentes, com 17,9% a referir fractura anterior.

CONCLUSOES: A maioria das fracturas da anca é devida a traumatismo ligeiro, no domicilio do doente, principalmente no quarto. As quedas ocorrem preferencialmente no principio do dia, com boa iluminação e em marcha normal. A ingestão de fármacos, especialmente antihipertensores e psicotropicos, é muito prevalente nos idosos e pode contribuir para as quedas.

A.C.ALVES MATOS, VIVIANA TAVARES, JAIME C.BRANCO, M.VIANA QUEIROZ, J.SALIS AMARAL

NÚCLEO REUMATOLOGIA HOSPITAL SANTA MARIA, LISBOA, HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT'ANA, PAREDE

Com o objectivo de estudar a incidência das FA na região de influência exclusiva de um hospital ortopédico central, por sexo, tipo de fractura e escalão etário realizámos um estudo retrospectivo sobre os processos de ficheiro com o diagnóstico de FA e a análise da população de referência segundo o sexo e escalões etários ao longo de 7 anos (1981-7). A população de referência ao longo daquele período foi de 1145953 (546091 homens e 599858 mulheres). Foram considerados 369 processos para o estudo (idade \geq 50 anos). Destes, 283 eram mulheres e 86 homens, com idades médias de 78,8 (SEM=0,50) e 70,9 anos (SEM=1,16) respectivamente. A incidência média anual global (por 100000) na população estudada foi de 33,4, sendo de 48,19 no sexo feminino e 17,23 no sexo masculino. A incidência média anual na população aumentou de 9,7 aos 50-54 anos para 1271,98 para mais de 85 anos, sendo o aumento mais acentuado no sexo feminino onde passou de 31,82 aos 50-54 anos para 1562,15 para mais de 85 anos, ou seja, dobrando em cada quinquénio. O ratio M/H da população foi de 2,8, subindo de 0,19 aos 50-54 anos para 4,49 para os indivíduos com mais de 85 anos. A incidência média (por 100000) de fracturas intracapsulares (FI) foi de 15,88 na população geral, passando de 2,4 aos 50-54 anos para 546 aos 85 anos. Nas fracturas extracapsulares (FE) a incidência foi de 17,19, passando de 7,3 aos 50-54 anos para 743,04 aos 85 anos. Nos homens a incidência global das FI era de 6,6 e de 10,6 nas FE, diferença que não se registava no sexo feminino quando estudada pelo método de X quadrado ($p=0,019$). Ao longo de sete anos as incidências anuais subiram de 27,89 em 1981 para 40,89 em 1987 (aumento de 46,6%).

CONCLUSOES: Confirmámos uma alta incidência global de FA na população estudada. Esta incidência dobra todos os 5 anos do escalão etário e é francamente mais elevada nas mulheres do que nos homens, em especial nas idades mais avançadas (M/H:4,49). Nos homens as fracturas extracapsulares são significativamente mais frequentes que as intracapsulares, o que não se passa no sexo feminino. As incidências anuais aumentaram 47% ao longo de 7 anos.

CL.8 MORTALIDADE E CUSTOS HOSPITALARES DAS FRACTURAS DA ANCA (FA)

VIVIANA TAVARES, A.C.ALVES MATOS, JAIME C.BRANCO, M.VIANA QUEIROZ, J.SALIS AMARAL

NUCLEO REUMATOLOGIA HOSPITAL SANTA MARIA, LISBOA, HOSPITAL ORTOPEDICO SANT'ANA, PAREDE

Com o objectivo de estudar os custos logisticos e financeiros directos e a mortalidade hospitalar das FA realizámos um estudo retrospectivo sobre os processos de ficheiro dum hospital ortopédico central. Estudaram-se 369 doentes com idade \geq 50 anos. Destes, 283 eram mulheres e 86 homens com idades médias de 78,8 (SEM=0,50) e 70,9 (SEM=1,16) anos, respectivamente. Analisaram-se os parâmetros demográficos, a duração de internamento e tipo de operação e os óbitos ao longo de sete anos (1981-7). Para análise dos custos utilizaram-se as tabelas em vigor de comparticipação estatal e as tabelas de mercado de material de implante. 369 doentes estiveram internados durante 15223 dias, com uma demora média de 41,82 (SEM=2,15) dias. Apenas dois doentes foram tratados conservadoramente e todos os outros foram submetidos a cirurgia (101 com prego-placa de McLaughlin, 94 com prótese femural, 93 com Ender, 28 com prótese total da anca e os restantes com outras técnicas cirúrgicas). Calculando os custos verdadeiros verificou-se que cada fractura orçou, em média, 686.688 escudos. Extrapolando a incidência verificada ($40,89/100000$ *) para a população portuguesa calculamos os custos em cerca de 2,8 milhões de contos. Durante o período de estudo, os doentes com FA representaram 5,1% do total dos doentes internados, 6,3% dos dias de internamento e 9% das grandes cirurgias. Ao longo dos 7 anos de estudo a percentagem de ocupação das camas por FA aumentou de 4,9% para 6,9% e a percentagem de grandes cirurgias por FA aumentou de 7,1% para 9,8%. A demora de internamento não se correlacionou com a idade ou com o tipo de intervenção utilizada. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 4,6%.

CONCLUSOES: 1) as FA são responsáveis por uma elevada percentagem de admissões, dias de internamento e cirurgias num hospital ortopédico central; 2) o custo directo calculado das FA corresponde a cerca de 1% do orçamento do estado português para a saúde; 3) a taxa de mortalidade encontrada no nosso estudo foi uma das mais baixas da literatura internacional revista.

*EPIDEMIOLOGIA DAS FRACTURAS DA ANCA (FA) NA REGIAO OCIDENTAL DE LISBOÁ
Matos A.C., Tavares V., Branco J.C., Queiroz M.V., Amaral J.S.

DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES À UNIDADE DE INTERNAMENTO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA:

J. Figueirinhas, Vera Las e M. Bexiga

Grupo de Estudo da Reumatologia Social(GERS)

Instituto Português de Reumatologia(IPR) - Lisboa

Neste trabalho apresentam-se alguns dados estatísticos referentes aos doentes internados nas 21 camas da Unidade de Internamento do IPR durante o primeiro semestre de 1990.

Foram internados 68 doentes(39 no 1º trimestre e 29 no segundo) e deram-se 50 altas. Segundo as folhas de alta a patologia assistida foi: artrite reumatóide (56%), s. Sjögren secundário(14%), osteoporose(12%), reumatismo psoriásico(10%), espondilartrose(8%), poliartrose(6%), gota tofácea(4%), espondilite anquilosante (4%), lombociatalgia(4%) e miscelânea(44%) incluindo outras conectivites, nefropatia urática, s. paraneoplásico, condrocalcinose, etc.. Na maioria dos casos constavam vários diagnósticos, o que explica estas percentagens.

A taxa de ocupação foi de 70,5%(59,6% no 1º trimestre e 81,0% no segundo). A desocupação média foi de 6,2 (8,5 no 1º trimestre e 3,0 no segundo), tendo variado entre 11,9 em Janeiro e 3,2 em Junho.

O tempo médio de permanência foi de 39,3 dias(28,2 no 1º trimestre e 32,9 no segundo) por internamento. Contudo ele foi de 42,0 dias para a artrite reumatóide, 40,5 para a gota, 37,4 para o reumatismo psoriásico, 29,5 para a poliartrose e 29 para a espondilite anquilosante.

Estes dados mostram o elevado movimento da Unidade de Internamento do IPR e os indicadores mostram ainda uma tendência para a diminuição do tempo médio de internamento e do número de doentes com mais de um internamento. Apenas dois doentes tiveram dois internamentos.

Calculou-se em 365.000\$00 o custo médio por doente e em 9.850\$00 o custo por doente e por dia.

Consideram-se altamente satisfatórios estes dados atendendo às características de hospital de subagudos.

CL.10 ÉTUDE DES ENTHÉSOPTHIES DU CALCANEUM DANS LES SPONDYLARTHITES SÉRONEGATIVES.

**D.Araújo, G.Almeida, C.Maia, A.Guedes, M.Reis, V.Saleiro, A.Lopes Vaz.
Unité de Rhumatologie H.S.J.- Porto.**

Les enthésopathies resultantes de l'inflammation aux endroits d'insertion tendineuse sur les os sont un élément fréquent des spondylarthrites séronegatives, qui représente une aide importante pour le diagnostic d'une forme pré-spondylootique.

Pour ce travail, on a effectué l'étude de l'insertion calcaneenne du tendon d'Achilles, en utilisant: la radiologie simple du calcaneum (face et profil) et la scintigraphie osseuse par les methyldiphosphonates d'après la détermination en ordinateur des indices de fixation dans les calcaneums, et l'échographie du tendon d'Achilles.

L'étude a compris 15 patients: 7 parmi lesquels presentaient spondylarthrite ankylosante, 6 rhumatisme psoriasique, 2 oligoarthrite séronegative B27 (+) et 1 syndrome de Reiter. Tous les patients se rapportaient à la douleur spontanée et/ou a la pression sur l'insertion calcaneenne du tendon d'Achilles uni ou bilatéralement.

La comparaison des données cliniques avec les éléments obtenus par les 3 méthodes d'image a permis vérifier l'existence de concordance vraiment significative entre la radiologie et la scintigraphie dans la démonstration des enthésopathies achilliennes; cependant on a remarqué que la dernière présente une sensibilité supérieure (la scintigraphie a été positive en 3 patients, dans lesquels le Rx était négatif). Quoique l'échographie soit la méthode élue par l'étude des alterations du tendon d'Achilles, elle ne l'est pas pour l'étude des enthesis.

L'examen histologique en M.O. avec des colorations pour la hématine-eosine, van Gieson, orceïne et reticuline, a démontré la présence de l'infiltrat péri-vasculaire de cellules mononucléaires, des plasmocytes et des PMN et dans quelques régions du pigment hémossidérique dans cellules macrophagiques. On a vérifié l'épaississement de la paroi vasculaire, l'accentuation du collagène et la raréfaction des fibres élastiques et de la reticuline.

CL.11 OLIGOARTRITES B27 POSITIVO

S.Freitas, T.Bravo, D.Araújo, F.Ventura, A.Lopes Vaz

Unidade de Reumatologia (Director Prof. A.Lopes Vaz)

Hospital de S.João

O estudo dos Reumatismos Juvenis tem permitido identificar formas clínicas e subgrupos merecendo particular atenção as formas oligoarticulares.

Os AA fazem uma avaliação clínica dos doentes com Oligoartrite B27, cujo início das queixas se situa na Adolescência, e que frequentam as Consultas de Reumatismos Juvenis e a de Espondiloartropatias.

Foram estudados 40 doentes (29 do sexo masculino e 11 do sexo feminino), sendo 26 com início antes dos 16 anos de idade e 14 entre os 16 e os 20. O tempo de evolução variou entre 6 meses e 45 anos. Foi avaliado o modo de início da doença, o tipo de envolvimento articular, a evolução, as manifestações extra-articulares e a história familiar.

Verificou-se uma maior incidência entre os 10 e os 16 anos de idade com preferência pelo sexo masculino. O início foi agudo em 14 doentes não havendo diferença significativa entre os dois sexos e insidioso em 26 com maior incidência no sexo masculino. No envolvimento articular a forma periférica foi a mais frequente e com início antes dos 16 anos e no sexo masculino, seguida da forma axial depois dos 16 anos. A forma mixta é referida em 6 casos. A evolução para a forma mixta foi a mais frequente com preferência para o sexo masculino e antes dos 16 anos. A evolução para a forma axial verificou-se nos rapazes com mais de 16 anos e a forma periférica com menos de 16.

As articulações mais atingidas foram os joelhos seguidas das tibiotársicas e ancas de um modo assimétrico, as sacroiliacas de um modo simétrico e com menos frequência a coluna. As entesites estiveram presentes em 12 doentes com preferência pelos calcâneos e em doentes com mais de 5 anos de evolução. As manifestações extra-articulares surgiram em 21 doentes sendo as oculares as mais frequentes e com maior incidência antes dos 16 anos e no sexo masculino. Em 12 casos havia antecedentes familiares de Reumatismos e destes 7 com Artrite e B27, 2 com ACJ e 1 com S. de Reiter.

ESPONDILITE ANQUILOSANTE-INICIO PRECOCE E TARDIO

L. Gaião, C. Rosa, J. Silva, Mário Rodrigues, M. Viana de Queiroz

Núcleo de Reumatologia, H. Sta. Maria, Lisboa.

38 doentes com o diagnóstico de espondilite anquilosante iniciada depois dos 35 anos de idade (grupo A), com idade média de 48.8 anos e duração média da doença de 11.0 anos, foram estudados comparativamente com 38 doentes cuja doença se tinha iniciado entre os 16 e os 25 anos (grupo B), com idade média de 32.4 anos e duração média da doença de 10.6 anos.

No grupo A a idade média de início foi de 37.8 anos; 63% dos doentes pertenciam ao sexo masculino. No grupo B a idade média de início foi de 21.8 anos; 68% dos doentes eram homens. Foram comparativamente avaliados parâmetros clínicos, radiológicos, laboratoriais bem como os fármacos utilizados.

A localização monoarticular da artrite (23.7% vs 5.3%, $p < 0.05$) e o envolvimento das ancas (39.5% vs 2.6%, $p < 0.001$), foram mais frequentes no grupo B (início precoce), sendo a diferença estatisticamente significativa. Não houve outras diferenças na expressão da doença sugerindo o mesmo espectro independentemente da idade de início.

Miranda Rosa; Gaião, L.; Silva, J.; Rodrigues, M.; Viana Queiróz

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do H.S.M.
Lisboa 1990

Estudámos 35 doentes do sexo feminino com o diagnóstico de Espondilartrite Anquilosante (E.A.) e comparámos os resultados da avaliação clínica, laboratorial e radiológica com 100 doentes do sexo masculino, seguidos na consulta de reumatologia do H.S.M. em Lisboa.

A idade média das mulheres era de $40,65 \pm 10,24$ e a dos homens de $37,61 \pm 11,85$ anos. A idade média de início da E.A. foi de $27,71 \pm 8,2$ no sexo feminino e de $24,11 \pm 9,3$ no sexo masculino. A duração média da doença foi semelhante nos dois grupos, $12,97$ anos nas mulheres e $13,34$ nos homens.

O início juvenil da E.A. (< 16 anos) foi significativamente mais frequente no sexo masculino (27% VS 6%) com $P < 0,01$. As dores pelvirraquidianas inauguraram a E.A. em 91% das mulheres e em 63% dos homens, e o início da doença com artrite periférica foi mais frequente nos homens (37% VS 9%), sendo a diferença significativa com $P < 0,01$.

O antigénio HLA B27 estava presente em 57% nas mulheres e 73% nos homens.

O estudo radiológico da bacia revelou uma sacro ileíte bilateral do grau II em 46% das mulheres e em 26% dos homens, sendo a diferença significativa com um $P < 0,01$.

O envolvimento uni ou bilateral das ancas ocorreu em 14% no sexo feminino e em 22% no sexo masculino, e a idade média de início das coxalgias foi mais precoce nos homens ($21,18 \pm 7,8$ VS $28,4 \pm 5,8$), sendo a diferença estatisticamente significativa com $P < 0,05$.

Os sindesmofitos dorsais e/ou lombares presentes em 31% das mulheres e em 63% dos homens e a coluna de Bambu em 14% dos homens e ausente nas mulheres, foram mais frequentes no sexo masculino, sendo a diferença estatisticamente significativa, respectivamente com $P < 0,01$ e $P < 0,02$.

CONCLUSÃO

A E.A. no sexo feminino difere da doença no sexo masculino em alguns aspectos de natureza clínica, laboratorial e radiológica que lhe conferem um carácter de maior benignidade e menor morbidade.

ARTRITES REACTIVAS
CASUISTICA DA CONSULTA DO H Sta MARIA

Jorge Silva, Miranda Rosa, Luis Gaião,
Mário Rodrigues, M. Viana de Queiroz
NUCLEO DE REUMATOLOGIA DO H Sta MARIA

Observamos 23 doentes com artrite reactiva, diagnosticados de acordo com os critérios de diagnóstico propostos por Amor, seguidos na consulta de Reumatologia do H Sta Maria.

20 doentes eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com idade média de 34,4 anos e idade média de início de 32,9 anos. As manifestações clínicas iniciais foram uretrite/cervicite em 78% e a diarreia em 35% dos doentes. A artrite assimétrica e as lombalgias foram as manifestações clínicas mais frequentes em 100% e 87 % dos doentes respectivamente. As lesões oculares ocorreram em 64% dos doentes, as lesões cutâneo-mucosas em 43% dos doentes e 17% apresentaram alterações cardíacas. A sacro-ileite foi encontrada em 74% e o esporão calcâneo em 17 % dos doentes. O antigénio HLA B27 estava presente em 77% dos doentes e uma sinovite crónica inespecífica foi o resultado encontrado em 10 biópsias sinoviais do joelho realizadas. Todos os doentes realizaram terapêutica com AINE, tendo em 44% dos doentes sido introduzido a sulfasalazina

CL.15 PERSPECTIVE PSYCHOSOMATIQUE EN RHUMATOLOGIE:
L'IMPORTANCE DU AUTO-CONCEPT ET DES MECANISMES
DE ``COPING``.

A.P.Palha, D.Araújo, M.Lourenço, J.Pinto, S.Bahamonte, C.Afonso, J.Brito, G.Castro, V.Quevedo e A.Lopes Vaz.

Service de Psychiatrie et Unité de Rhumatologie de l'Hôpital S.João Porto.

Les auteurs présentent un travail qu'ils ont réalisé dans le domaine de la psychosomatique des maladies rhumatologiques, qui a pour but l'étude des relations de certes caractéristiques du psychisme e du comportement, avec des paramètres cliniques et laboratorielles des malades souffrant du rhumatisme.

On a selectionné un groupe de malades avec polyarthrite rhumatoide ou spondylarthrite ankylosante d'accord un dossier anterieurement élaboré et qui étaient suivis dans la consultation externe et dans l'internement de l'Unité de Rhumatologie de l'Hôpital S.João. A propos de chaque malade, en plus des donnés rhumatologiques il a été effectué une histoire clinique psychiatrique et appliquées les échelles suivantes: auto-concept de Vaz Serra, échelle de ``coping`` avec une validation portugaise par Vaz Serra et questionnaire clinique de l'Hôpital Middlesex.

Ce groupe de malades a été comparé avec un groupe contrôle formé par trente malades diabétiques insuline-dépendentes avec plus de cinq années d'évolution.

AS ALTERAÇÕES POSTURAIIS OCULARES
NA PREVENÇÃO DOS REUMATISMOS

A. Vilar, F.Espinheira, Ana Teixeira, J.Landeiro
M.Assunção Teixeira

INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA - Lisboa

Os A.A. descrevem o resultado da observação efectuada a 112 indivíduos, assintomáticos ou não, avaliados do ponto de vista postural. Classificamos em grupos, de acordo com as inclinações do corpo no plano frontal e propõem a correcção da desigualdade de comprimento dos membros inferiores e da inclinação da cabeça. Expõem a sua concepção de torsão disarmónica visual e das suas consequências práticas. Apresentam os resultados da correcção postural com prisma e/ou cunha calcaneana e discutem os mecanismos de compensação.

Finalmente expõem o seu ponto de vista sobre a importância daquelas assimetrias na distribuição das cargas e o contributo destas para a doença degenerativa osteoarticular.

Realçam a importância do exame postural em determinadas profissões e desportos e as consequências duma correcta atitude postural na prevenção de alguns reumatismos crónicos.

4. RESUMOS DOS POSTERS/RÉSUMÉS DES POSTERS

P.1

REPERCURSSÃO PULMONAR NAS DOENÇAS DO CONECTIVO

A. Carvalheira Santos, T. Almodovar, J. Figueirinhas, B. Mendes, C. Bar^ubara, R. Amaral-Marques e Ramiro Ávila.

As doenças do tecido conectivo evoluem frequentemente com compromisso pulmonar. A sua expressividade clínica pleomórfica dificulta o diagnóstico. A repercussão pulmonar pode ser o primeiro índice de agravamento da doença e alterar a terapêutica e o prognóstico.

Em Janeiro de 1989 no Serviço de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente foi iniciada uma consulta para avaliação e seguimento destes doentes.

São incluídos neste estudo doentes referenciados da consulta de Reumatologia, sem doença pulmonar conhecida.

A cada doente é efectuado questionário, telerradiografia do tórax, estudo funcional respiratório incluindo mecânica ventilatória, estudo da transferência alveolocapilar da compliance e gasometria. Numa segunda abordagem alguns doentes fazem biopsia pulmonar e lavado bronquíolo alveolar.

São acompanhados 30 doentes com a seguinte distribuição por patologias: Artrite Reumatóide 11; Esclerose Sistémica Progressiva 7; S. Sjögren 4; Doença Mista 1 e Poliomiosite 1.

A idade varia entre 65 e 29 anos com média de 48. A maioria são mulheres (93%), não fumadores (93%) sem exposição profissional respiratória significativa (67%). A duração da doença varia entre 1 e 22 anos com uma média de 8,9. Encontrámos 20 doentes com sintomatologia respiratória. A radiografia mostra alterações em 19 doentes. A função respiratória está alterada em 21 casos (70%), dos quais 15 têm alterações da mecânica ventilatória. Apenas três doentes não têm qualquer manifestação de repercussão pulmonar.

Não encontramos relação entre a sintomatologia, o estudo funcional e a radiologia e o tempo de evolução da doença. Em 8 casos 2 de Artrite, 3 de Esclerose, 2 de S. Sjögren e 1 de Poliomiosite, o envolvimento pulmonar motivou a introdução da terapêutica. A evolução clínica tem sido variável, (tendo falecido 2 doentes) em insuficiência respiratória.

Estes dados preliminares salientam a importância do envolvimento pulmonar nestas patologias e julgamos fundamental a abordagem pneumológica destes doentes.

L'OEIL DANS LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES

D.Araújo, J.Palmares, G.Almeida, C.Oliveira, J.C.Correia e A.L.Vaz.
 Unidade de Reumatologia e Serviço de Oftalmologia H.S.J-Porto.

Les différentes lésions oculaires présentes dans les rhumatismes inflammatoires aident, fréquemment le diagnostic rhumatologique. Les auteurs présentent une révision de 350 patients, en rapportant les affections oculaires les plus importantes dans les rhumatismes. Les patients ont été observés d'après le protocole : A-V, biomicroscopie, test de Schirmer, tonométrie, colorations vitales (fluoresceine et rose-Bengale), examens des couleurs et périmétrie. L'angiographie fluoresceinique et les examens électro-physiologiques ont été réalisés toutes les fois que nécessaire. Les résultats sont décrits dans le tableau.

	PR	LES	ACJ	Sjogren	SPA	Reiter	R.Ps.	Behçet
	(108)	(63)	(48)	(32)	(104)	(17)	(16)	(20)
<u>Kératoconj.</u>	+	+	-	+	-	+	+	+
<u>"sicca"synd.</u>	22	3	-	32	-	-	1	-
<u>epi/ sclérite</u>	5	2	-	-	6	-	3	-
<u>uvéite ant.</u>	3	-	4	-	24	6	-	7
<u>uvéite post.</u>	3	7	2	-	3	-	-	11
<u>Kératop.bande</u>	-	-	3	-	1	-	-	3
<u>cataracte</u>	1	-	3	-	2	-	-	4
<u>glaucome II</u>	-	-	2	-	1	-	-	2
<u>cécité</u>	1	2	1	-	2	-	-	10

La manifestation oculaire la plus fréquente dans la P.R. a été la kératoconjonctivite sèche (20%) (associée à la xérostomie) suivie pour l'atteinte sclérale (5%) avec inflammation simultanée. La vasculite rétinienne lupique a été trouvée en 11%, en obligeant à l'immunosuppression. Dans les patients avec ACJ (12.5%) l'uvéite chronique, à bas bruit, a avancé pour la cécité dans la moitié des cas. Seulement cinq S.S.I ont été trouvés, et la majorité des formes secondaires surviennent associées à la P.R. Dans les SPSN l'uvéite aiguë et récurrente, a été la manifestation la plus fréquente, (>90%, B27+); cependant, l'inflammation chronique n'a pas provoqué la cécité qu'en 15 %. La pathologie oculaire a été bénigne dans le rhumatisme psoriasique. Tous les patients avec le syndrome de Behçet (type majeur) présentaient lésions oculaires: uvéite chronique (100%) et vasculite rétinienne grave (50%) avec cécité dans la moitié des cas.

ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS EM DOENTES COM PATOLOGIA REUMÁTICA - RESULTADOS DE UM ESTUDO PROSPECTIVO.

Autores:J.A. Gil Forte, Ribeiro da Silva,
Elisabete Ferreira, Aurora Marques,
J. Figueirinhas, L.N. Ferraz de
Oliveira

Os A.A. fizeram um estudo oftalmológico completo no Serviço de Oftalmologia do Hospital Egas Moniz a um grupo de doentes do I.P.R. seleccionado aleatoriamente na consulta de reumatologia geral, durante 1 ano.

Foram observados 142 doentes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 20A e os 79A, que apresentaram patologia reumática inflamatória e/ou degenerativa. A todos eles foi feito exame oftalmológico com estudo do segmento anterior, cristalino, segmento posterior do olho e sistema lacrimal.

É apresentada a prevalência da patologia oftalmológica observada nestes doentes.

Nos doentes observados, a prevalência de doenças oculares é muito elevada - c. 70% - pelo que é da maior importância clínica a observação oftalmologica sistemática de doentes reumáticos.

P.4 NECROSE ASSEPTICA NO LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

L. Gaião, F. Saraiva, M. J. Parreira, T. Costa, Pereira da Silva, M. Viana de Queiroz

Núcleo de Reumatologia, H. Sta. Maria, Lisboa.

Foram estudados 200 doentes com lupus eritematoso sistêmico. 10 doentes (5%) tiveram necrose asséptica durante a evolução da doença; todos eram do sexo feminino e a idade média era de 41.8 anos. A duração média da doença foi de 10.9 anos e o tempo médio de evolução até aos episódios de necrose asséptica foi de 8.4 anos. Nestes 10 doentes ocorreu um total de 16 episódios de necrose asséptica. 5 destes doentes tiveram mais do que um episódio. As localizações da necrose asséptica foram cabeças femurais (14) epífise umeral (1) e escafoide (1). Foi feito estudo comparativo com 30 doentes sem necrose asséptica; não houve diferenças na incidência de manifestações cutâneo-mucosas, articulares ou sistêmicas bem como nos dados serológicos e hematológicos, entre os dois grupos; de referir que o fenómeno de Raynaud esteve sempre presente nos casos de necrose asséptica. As doses de corticoterapia (1^o 3 meses, 1^o 6 meses e 1^o ano bem como as máximas em 3 ou 6 meses) tiveram valores significativamente aumentados nos doentes com necrose asséptica comparados com os controlos. Os corticosteróides parecem desempenhar um importante papel predisponente da necrose asséptica em doentes com lupus eritematoso sistêmico.

ESTUDO DA CHARNEIRA CÉRVICO-OCCIPITAL NA ARTRITE REUMATOIDE
 J. Pinto, C. Afonso, J. Brito, A. Arose Dias, A. Lopes Vaz.
 Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João, Porto

Os autores realizaram um estudo prospectivo da charneira cérvico-occipital em doentes com o diagnóstico definido de artrite reumatoide com a finalidade de estabelecerem eventuais correlações clínico-radiológicas.

Os doentes (74% de sexo feminino e 26% de sexo masculino) apresentavam uma idade média de 47,8 anos (20-74), um tempo médio de evolução de 6,4 anos (2-16) e 74% faziam corticoterapia (dose média diária de 9,1 mg de prednisolona).

Além de um exame clínico cervical minucioso, procedemos à pesquisa sistemática de sinais de compromisso neurológico e a uma avaliação radiológica da charneira que incluiu frequentemente cortes tomográficos.

Clínicamente, 79% dos doentes referiam dores cervico-occipitais, as quais se acompanhavam de rigidez cervical em 63%, de apagamento da fôvea em 32% e de clique de C2 (sinal de Sharp e Purser) em 5% dos casos. Encontramos manifestações neurológicas enquadradas na classe II de Ranawat em 26% destes doentes.

Radiologicamente detectamos subluxação anterior atlóide-odontoideia em 53%, subluxação superior em 5%, erosões da odontoideia em 26%, artrite atlóide-axoideia em 47%, artrite cérvico-occipital em 36%, artrite interapofisária posterior em 52% (predomínio C2-C3) e subluxações subaxiais em 42% dos doentes.

Comparando os doentes com e sem manifestações neurológicas verificamos que os primeiros apresentavam graus radiológicos de Steinbrocker mais avançados e maior frequência de seropositividade (100% v.s. 21%), de nódulos subcutâneos (40% vs. 14%), de S. Sjögren (60% vs. 14%) e da relação radiográfica canal/corpo vertebral (a nível de C5) inferior a 1 (40% vs. 20%). Nesse mesmo grupo, a dose média diária de prednisolona era significativamente mais elevada ($12,0 \pm 7,6$ vs. $4,8 \pm 4,1$; $p < 0,02$).

Relativamente aos doentes com e sem subluxação atlóide-axoideia anterior constatamos que nos primeiros ocorriam mais frequentemente nódulos subcutâneos, artrite atlóide-axoideia (78% vs. 20%) e artrite cervico-occipital (44% vs. 10%).

Os doentes com artrite das interapofisárias evidenciavam, comparativamente aos doentes ainda sem alterações radiológicas destas articulações, uma maior prevalência de nódulos subcutâneos (30% vs. 11%), de rigidez cervical (80% vs. 44%), de subluxação atlóide-axoideia anterior (60% vs. 40%), anomalias (erosões) da odontoideia (40% vs. 10%), artrite atlóide-axoideia (60% vs. 30%) e de artrite cervico-occipital (50% vs. 10%).

OSTEOMIEELITE POR SALMONELA EM DOENTE COM LES

J. Quinaz, J. Milheiro, J. Pinto, H. Viana, C. Cruz, S. Coimbra, M. Gomes.

A osteomielite por salmonella é referida em associação exclusiva com hemoglobinopatias particularmente anemia de células falciformes constituindo nestes doentes a principal causa de osteomielite hematogénea frequentemente multifocal (60% dos casos).

Considerando embora que a terapêutica imunossupressora e as infecções gastrointestinais são factores predisponentes para osteomielite hematogénea o curso clínico e o envolvimento ósseo nos três episódios de osteomielite no doente que descrevemos surpreende pela semelhança com os casos associados a hemoglobinopatias, não obstante a incidência de osteomielite no LES ser bastante baixa. Mulher de 23 anos com LES a fazer corticoterapia desde há 3 anos. Referia dor na perna esquerda com duração de cerca de 1 mês e com agravamento recente e desde a última semana com queixas idênticas na perna direita. Ao exame físico apresentava-se prostrada e estava febril (30 C.) Apresentava dor intensa, localizada numa pequena área da crista de ambas as tíbias, nas suas extremidades distais, sendo francamente exacerbada com a marcha e com a pressão local. Sobre a área dolorosa da tíbia esquerda apresentava um fleimão. Os exames laboratoriais mostravam leucocitose com neutrofília, a VS=70mm e proteína C reactiva= 5+. O estudo microbiológico do pús do abcesso revelou a presença de Salmonella enteritidis. As hemoculturas e coproculturas foram negativas. O Rx das pernas mostrou alterações compatíveis com osteomielite aguda multifocal. Após um mês de terapêutica com ceftazidima houve cura clínica. Um e três anos depois voltaram a surgir novos focos de osteomielite aguda com localizações diferentes, não tendo havido evolução para abcesso cutâneo. No último episódio as hemoculturas foram positivas para salmonella enteritidis.

LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO

REVISÃO DE 12 CASOS

P. Silva, H. Bento, F. Lacerda Nobre

Serviço de Medicina. Hospital de Santa Marta

Os autores revêm 12 casos (11 mulheres e 1 homem) de lupus eritematoso disseminado, baseados nos critérios estabelecidos A.R.A., actualizados em 1982, e internados no Serviço de Medicina durante um período de 5 anos (1984/1989). Pelos elementos colhidos nos processos clínicos, comparam-se os diversos aspectos clínicos (manifestações iniciais e gerais e de compromisso multi-orgãos), laboratoriais (hematológicos, bioquímicos e seroimunológicos), índices prognósticos e patologias associadas em paralelo com diversas séries já publicadas na literatura médica.

DISFUNÇÃO ESOFÁGICA EM DOENTES COM SÍNDROMA DE SJOGREN PRIMÁRIO - RESULTADOS PRELIMINARES
F. Saraiva, J.T. Costa, A. Malcata, C. Rosa, A. Freire, J. Carvalhinhos e M.V. Queiroz
Núcleo de Reumatologia e Núcleo de Estudos Funcionais do Tubo Digestivo do Hospital de Santa Maria, Lisboa

A disfagia é uma queixa comum no síndrome de Sjogren primário. Os estudos da motilidade esofágica nesta entidade, publicados até ao presente, têm fornecido resultados díspares. Está em curso um estudo prospectivo da motilidade esofágica, por manometria, em 40 doentes com síndrome de Sjogren primitivo, seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Deste trabalho apresentamos os primeiros resultados, concernentes a 19 doentes.

A disfagia foi o sintoma mais frequente (100 % dos casos). Dos 19 doentes, 7 (36.8%), apresentaram alterações da motilidade esofágica: 4 (57.1%), evidenciaram um esfíncter esofágico inferior hipertensivo, 2 (28.6%), aperistalse do corpo e 1 (14.3%), diminuição da peristalse associada a contracções simultâneas e repetitivas e a relaxamento, por vezes incompleto, do esfíncter esofágico inferior. Comparando a idade média dos doentes, a duração média da doença, a prevalência das manifestações extra-glandulares (fenómeno de Raynaud, vasculite, hepatomegália, esplenomegália, adenopatias, manifestações renais, pulmonares e do sistema nervoso) e das alterações imunológicas e a gravidade do envolvimento cintigráfico e histológico das glândulas salivares nos 2 grupos de doentes, com e sem envolvimento esofágico, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Os resultados encontrados, necessitarão de ulterior confirmação, num maior número de doentes.

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA AMILOIDOSE RECTAL EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE(A.R.)

J. Vaz Patto, E. Santana e J. Figueirinhas

Os autores fizeram um estudo prospectivo de 68 doentes com A.R. clássica e definida submetidos a biópsia rectal para pesquisa de substância amilóide. Os principais parâmetros estudados foram: sexo, idade, tempo de evolução, naturalidade, tipo constitucional, factor reumatóide, v. de sedimentação, gravidade do Rx., função renal, alterações oculares relacionáveis com s. de Sjögren e tipificação HLA.

A presente série inclui 83,8% do sexo feminino. A idade média era de 54,8 a. e o tempo de evolução, 11,8a. Compreendia 79,4% de seropositivos. O HLA DR3 estava presente em 26,4% e o DR4, em 24,6%. A amiloidose apresentou-se em 29,4%, tendo começado a surgir no grupo etário dos 35-39 anos. São dois doentes tinham menos de 5 anos de evolução da doença.

A hipercreatininemia apresentou-se em 17,6% mas apenas em 11,8% dos doentes com amiloidose. A hiperazotemia estava presente em 22,0%, mas em 27,8% dos doentes com amiloidose. Contudo a insuficiência renal era geralmente ligeira, o que parece sugerir uma boa "tolerância" da amiloidose na A.R.

Não encontramos relação significativa da amiloidose com as alterações oculares, com a elevação da v. sedimentação, com o tipo constitucional, com a gravidade das lesões radiológicas ou com a presença do DR3 ou com o DR4. Contudo, o nosso estudo sugere ligação da amiloidose com a presença do DR6 e com o DR7, aguardando-se outros estudos para eventual confirmação.

A presença de amiloidose na A.R. é estatisticamente significativa em relação à sua presença noutros reumatismos.

Este estudo confirma, em linhas gerais, as conclusões obtidas em estudo anteriormente efectuado numa série bastante mais reduzida.

DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DA PATOLOGIA PERIARTICULAR DO OMBRO COM ECOGRAFIA

Fernandes MSV, Pinto AC

Serv. Med. Fis. Reabil. HSM, FML, SCML LISBOA

As estruturas periarticulares do Ombro são frequentemente sede de situações clínicas, de avaliação diagnóstica e terapêutica difícil.

No presente trabalho estudaram-se 28 doentes com sinais clínicos sugestivos de patologia inflamatória dos tendões ou bolsas de um dos ombros, utilizando um método não invasivo, a Ecografia em Tempo Real.

Apresentam-se os critérios ecográficos estabelecidos em termos de ecogenicidade, dimensões e comportamento no exame dinâmico.

Discute-se a sua utilidade no diagnóstico e no follow-up destes doentes e aprecia-se o seu papel na realização de determinados actos terapêuticos nomeadamente das infiltrações, LASER, ultrassom e cinesiterapia.

Os resultados obtidos, apontam a Ecografia em Tempo Real como um método de grande interesse na abordagem da Patologia Periaricular do Ombro.

P.11 ALGUNS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA GOTA ÚRICA NOS DOENTES PORTUGUESES

João Ramos e João Figueirinhas

Instituto Português de Reumatologia - Lisboa.

Os autores fizeram um estudo epidemiológico de doentes portugueses com Gota úrica que frequentam a consulta externa do Instituto Português de Reumatologia. Dos protocolos preenchidos aproveitaram-se os referentes a 126 doentes.

O presente estudo revelou que 93,5% eram do sexo masculino e 32,6 pertenciam ao grupo etário 60-69a.

Embora só 30% fossem naturais do distrito de Lisboa, havia 83% que nele habitam, o que pode sugerir influência do tipo de vida e da alimentação.

Foram encontrados tofos em 28,7% dos doentes, frequência esta bastante inferior à encontrada nos nossos estudos anteriores.

Pertenciam ao grupo 2("3") da Classificação Nacional das Profissões (Empregados de escritório e profissões afins) 23% dos doentes estudados.

A obesidade encontrava-se associada em cerca de 78% dos doentes. Identificaram-se 25% com hábitos alimentares exagerados e 24% referiam alta ingestão alcoólica.

A primeira metatarso-falângica foi a articulação mais atingida na primeira crise (72,9%), seguindo-se-lhe os joelhos, atingidos em 12,1% e as tíbio-társicas, em 7,4%.

O presente estudo revelou que os dados epidemiológicos apresentados não mostram diferenças significativas em relação aos encontrados nos nossos estudos anteriores, excepto no que se refere a uma diminuição significativa da forma tofácea da gota.

Este último dado epidemiológico sugere uma alteração na história natural da doença que pode estar relacionada com diagnóstico mais precoce e tratamento mais correctamente seguido.

CONTRIBUIÇÃO AO CONHECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE ACTIVIDADE FÍSICA E MASSA OSSEA.

Brites Louro C.A., Bianchi G., Monteforte P., Buffrini L., Traverso A., Maglio M.L., Rovetta G.
Istituto E. Bruzzone, Centro Reumatologico
dell'Universita' Genova (Italia)

Realizámos no nosso Instituto, um estudo sobre a relação entre actividade física e densidade ossea num grupo de 3730 pessoas de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 30 e 85 anos. Estas pessoas foram examinadas durante um programa de prevenção da osteoporose realizado no Centro Reumatológico- Instituto E. Bruzzone da Universidade de Génova em colaboração com as Unidades Sanitárias Locais da Região Liguria.

Neste grupo, avaliámos os hábitos de vida e a actividade física praticada no presente ou em passado e efectuámos exames Mineralométricos seriados. A colheita e a elaboração dos valores foram realizados usando uma ficha epidemiológica informatizada da nós preparada precedentemente. A densidade ossea foi avaliada no-1/3 e 1/10 distal do rádio com Densitómetro BD Norland 278 com fonte de Iodio 125 com absorvente monofotónico.

Nas pessoas de sexo feminino que caminham mais de 1 hora por dia encontrámos uma maior densidade ossea estatisticamente significativa em relação às que caminham menos de 1 hora, por outro lado as que caminham mais de 2 horas apresentam uma densidade ossea menor e as pessoas de sexo feminino saudáveis que fazem vida sedentária têm uma densidade ossea inferior em relação às pessoas mais activas. Os mesmos resultados encontrámos no sexo masculino. Verificámos ainda que as pessoas de ambos os sexos que estão ao ar livre mais de 4 horas por dia têm uma densidade ossea superior a respeito aquelas que prevalentemente estão em ambientes fechados.

Estes valores confirmam ulteriormente que, factores ambientais como a actividade física podem reforçar ou impedir a completa realização do programa genético de conservação da função trofica ossea.

Os nossos estudos, certamente confirmam a relação entre a actividade física desenvolvida em continuação e densidade ossea. No entanto esta relação existe só entre um certo limite de actividade física.

No campo da Medicina de Comunidade a possibilidade de uma actuação preventiva da osteoporose em termos de educação sanitária resulta em parte apoiada à indicação de um correcto comportamento pessoal com particulare atenção à actividade física habitual.

TRATAMENTO DAS HERNIAS DISCAIS LOMBARES
PELA INJEÇÃO
INTRADISCAL DE QUIMIOPAPAINA.

J M Bravo Pimentão
Nucleo de Reumatologia do H Sta Maria

A nucleolise química foi proposta em 1964 por Smith, como uma alternativa médica à cirurgia discal. Tem por fim obter a dissolução enzimática do núcleo pulposo inter-vertebral pela quimiopapaina, capaz de hidrolisar os proteoglicanos do núcleo discal. Obtem-se desta forma uma redução da massa discal e uma diminuição da pressão exercida sobre a raiz nervosa.

O autor apresenta algumas imagens de discografias da sua experiência, se bem que, atendendo ao número ainda reduzido de quimionucleolises realizadas, não possa por enquanto tirar relações pessoais desta técnica.

INFILTRAÇÃO DAS INTER-APOFISÁRIAS
POSTERIORES NO TRATAMENTO DAS LOMBALGIAS

J M Bravo Fimentão

Núcleo de Reumatologia do H Sta Maria

Desde o início do século, numerosos autores atribuem um papel predominante às articulações inter-apofisárias posteriores, na etiologia das lombalgias com ou sem irradiação radicular.

O autor faz uma referência anatômica e fisiológica destas articulações. São referidas as indicações para a sua infiltração bem como a técnica utilizada e o valor da artrografia prévia sob intensificador de imagem.

TRAITEMENT INTRA-ARTICULAIRE DE LA GONARTHROSE
AVEC HYALURONATE DE SODIUM VS ORGOTEINE.
RESULTATS D'UNE ETUDE A MOYEN TERME

Paresce E.°, Carrabba M.°, Angelini M.°, Perbellini A.°, Franchini S.°, Colombo B.°

° Chaire de Rhumatologie, Institut d'Orthopédie G. Pini, Milan, Italie

* Département de Recherche Clinique, Fidia S.p.A., Abano Terme, Italie

Ce travail présente les résultats d'une étude à moyen terme, contrôlée en comparaison avec orgoteine, en simple aveugle, randomisée chez des patients présentant une gonarthrose. Au moyen d'une table de randomisation les patients ont été assignés à deux groupes de traitement: 20 patients ont été traités avec hyaluronate de sodium (HA 20mg/2ml); 20 patients avec orgoteine.

La posologie prévoyait pendant les premiers 10 mois, 4 cycles chacun de 5 infiltrations intra-articulaires hebdomadaires (au premier mois, au 3ème, au 6ème et au 9ème).

Les paramètres cliniques d'efficacité et la tolérance ont été évalués au contrôle initial et par la suite, aux jours: 7, 14, 21, 28, 90, 120, 210, 270, 300, 360 et 720.

Les paramètres suivants ont été évalués: raideur articulaire matinale (min), intensité de la douleur spontanée (VAS), douleur nocturne (échelle 0-4), douleur au repos (échelle 0-4), douleur au mouvement (échelle 0-4), douleur à la palpation, flexion articulaire (degrés), évaluation globale d'efficacité (échelle 0-4), évaluation radiologique (jours 330 et 720), tension artérielle, fréquence cardiaque, effets indésirables locaux et les examens du sang.

Les deux médicaments ont montré une bonne efficacité clinique.

Les meilleurs résultats, parmi les paramètres subjectives, ont été observés sur l'intensité de la douleur spontanée.

On a observé aussi une amélioration modérée de la mobilité articulaire, dans les deux groupes de patients.

L'évaluation globale de l'efficacité clinique a été positive dans le 70% des patients des deux groupes.

Trois patients parmi les 20 traités avec orgoteine, et 1 patient parmi les 20 traités avec Hyalgan ont montré à l'examen du jour 720 une aggravation à l'évaluation radiologique par rapport à l'évaluation radiologique initiale.

La tolérabilité des traitements a été très bonne. Seulement 1 patient du groupe orgoteine et 1 patient du groupe HA ont eu des effets indésirables (douleur après injection).

CONDIÇÕES DA APRESENTAÇÃO DOS DOENTES NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA GERAL DO I.P.R.

M. Bexiga, Vera Las, J. Figueirinhas e N. Santos Rosa
Grupo de Estudo da Reumatologia Social
Instituto Português de Reumatologia(I.P.R.) - Lisboa.

Com o objectivo de estudar a motivação e a justificação das consultas no I.P.R. organizou-se um inquérito a preencher nas primeiras consultas durante os meses de Junho, Julho e Agosto de 1990. Aproveitaram-se 273 inquéritos devidamente preenchidos.

O estudo revelou que apenas 45,9% dos doentes se acompanhavam de informação clínica. 77,8% continham dados insuficientes e 64,1% não traziam o motivo da consulta.

Apenas metade dos doentes(50,5%) eram portadores de análises, embora 66,2% se acompanhassem de exames radiográficos. Todavia, os exames eram suficientes apenas em 28,8% dos casos e de duvidosa utilidade em 14%, enquanto que em 57,2% se mostravam insuficientes. Somente em 64,7% se justificava o recurso à especialidade.

A frequência com que os doentes apresentavam exames radiográficos sugere exagerada importância diagnóstica atribuída à radiologia.

As fichas mais incompletamente preenchidas pertenciam aos doentes com acesso directo, nomeadamente aos da ADSE(100% sem informação) e à ADME. As fichas mais correctamente preenchidas pertenciam ao Barreiro.

O estudo sugere uma sobrecarga exagerada e desnecessária das consultas da especialidade.

A falta de resposta das consultas de reumatologia, a falta de especialistas e a deficiente cobertura do país parece implicar a necessidade de um aperfeiçoamento dos clínicos gerais e maiores exigências dos responsáveis em aceitar os doentes nas consultas. Esta atitude evitará alguma sobrecarga e gastos desnecessários.

**OSTEITE SACREE APRES PONCTION TRANSVAGINALE
POUR FECONDATION IN VITRO.**

**P. CHASSAGNE*, A. DARAGON*, M-C. BRUNO*, J-M.
THOMINE**, X. LE LOET*, P. DESHAYES***

***Service de Rhumatologie, **Service de
Chirurgie Orthopédique -CHU de Rouen (France)
La technique de fécondation in-vitro (FIV) la
plus utilisée est la cytoponction
transvaginale échographiquement guidée des
follicules ovariens.**

**Nous rapportons une observation d'ostéite
sacrée compliquant cette méthode.**

**Des lombalgies inflammatoires survenues 24
heures après une tentative infructueuse de
FIV transvaginale chez une femme de 29 ans
motivaient des radiographies et un scanner.
Ces radiographies montraient l'estompage du
bord antérieur du sacrum (au-dessous du
plateau sacré) au contact d'une formation
liquidienne. Une ponction discale L5-S1, des
hémocultures, et un ECBU demeuraient
stériles. L'intervention chirurgicale
retrouvait cet abcès pré-sacré duquel on
isolait Escherichia Coli, geste chirurgical
complété d'un curetage du foyer d'ostéite
sacrée. La guérison était obtenue par
immobilisation et antibiothérapie.**

**L'inoculation septique du sacrum est
probablement survenue par ponction
accidentelle du promontoire lors de la
tentative de FIV. Le bref délai d'apparition
des symptômes, l'ostéite sacrée et l'abcès
régional sont en faveur d'un hématome
pré-sacré surinfecté.**

PSEUDO-PSEUDO POLYARTHRITE
RHIZOMELIQUE AU COURS D'UN TRAITEMENT
PAR ENALAPRIL.

P.CHASSAGNE, X. LE LOET, N. MOORE, L. AIT
SAID, P. DESHAYES.

Service de Rhumatologie CHU de ROUEN
76233 BOIS GUILLAUME CEDEX

Une femme de 76 ans prenait pour seul traitement depuis 07.85 de l'énalapril 20 mg/jour pour une hypertension artérielle. Trois semaines plus tard, elle présentait des douleurs inflammatoires des ceintures scapulaire et pelvienne, avec dérouillage matinal de 3 à 4 heures et asthénie majeure. Aucun autre symptôme. A l'examen physique, muscles d'apparence normale, douleur des ceintures à la mobilisation active et passive, sans déficit. Examen neurologique normal. Numération formule, vitesse de sédimentation, électrophorèse des protéines, enzymes musculaires, fonction rénale : normal. Facteurs anti-nucléaires, facteurs rhumatoïdes absents. Fonction thyroïdienne, fonction respiratoire, électromyogramme normaux. Trois jours après l'arrêt de l'énalapril (10.01.86) disparition des symptômes non réapparus trois ans après. L'absence d'autre cause, l'évolution immédiatement favorable à l'arrêt du médicament, la description de quelques cas de myalgie, rendent vraisemblable la responsabilité de l'énalapril. Le mécanisme de cette atteinte musculaire est inconnu.

**ARTHROPATHIE SEVERE CHEZ UNE ADOLESCENTE
TRAITEE PAR PEFLOXACINE.**

O.GOURMELEN, L.AIT-SAID, X. LE LOET, C.
FESSARD, P.DESHAYES.

Services de Rhumatologie & de Pédiatrie
CHU de ROUEN
76233 BOIS GUILLAUME CEDEX

Une adolescente de 15 ans atteinte de mucoviscidose, sans antécédent articulaire, a présenté en 10.1988 une affection bronchique sévère à staphylocoque doré. Après échec de l'oxacilline per os, elle a reçu de la péfloxacine à partir du 23.10.88 à la dose de 800 mg/jour. Au 13e jour de traitement (04.11.88), apparaissaient brutalement des polyarthralgies intenses des poignets, épaules et genoux. Malgré l'arrêt de la péfloxacine, l'atteinte articulaire s'aggravait avec épanchement des genoux (liquide synovial : 15 g protides ; 2 600 leucocytes, 91 % lymphocytes ; bactériologie et microcristaux négatifs). Pas de syndrome inflammatoire ; facteurs antinucléaires et rhumatoïdes négatifs ; bilan d'arthrite réactionnelle négatif. Radiographies bassin, genoux et poignets normales. L'impotence fonctionnelle des membres inférieurs a duré deux mois.

Ayant éliminé une ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique et un rhumatisme intermittent associé à la mucoviscidose, le diagnostic le plus plausible, est celui d'arthropathie lié à la prise de péfloxacine. Sauf exception cet antibiotique est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans.

**MYALGIES RHIZOMELIQUES INDUITES PAR LE
DIPYRIDAMOLE.**

O. MEJJAD*, P. CHASSAGNE*, N. MOORE**, X. LE
LOET*, P. DESHAYES*

*Service de Rhumatologie, **Laboratoire de
Pharmacologie - CHU de Rouen (France)

Nous rapportons une observation de myalgies
rhizoméliques apparues sous anti-aggrégant
plaquettaire : le Dipyridamole. Au 3ème jour
d'un traitement par Dipyridamole (225
mg/jour), un homme de 59 ans souffrait de
myalgies rhizoméliques des 4 membres,
insomniantes, avec raideur matinale. Ces
douleurs, non influencées par l'aspirine,
apparaissaient 20 minutes après
l'administration du médicament et
récidivaient à chaque nouvelle prise. Le
remplacement de la Persantine* par le
Cleridium* était sans effet.

Les douleurs s'exacerbaient à la mobilisation
des ceintures, mais pas à la palpation
musculaire. L'examen neurologique et l'EMG
des 4 membres étaient normaux comme
l'hémogramme, les enzymes musculaires, la TSH
et la VS.

Interrompant de lui-même le traitement, le
malade observait en 48 heures la disparition
des symptômes sans récurrence ultérieure.

Le Dipyridamole est probablement responsable
des myalgies (guérison à l'arrêt du
traitement, récurrence douloureuse lors des
prises médicamenteuses, absence d'autre cause
identifiable), même si le mécanisme
physiopathologique en cause demeure imprécis.

* Dipyridamole.

CHONDROCALCINOSE PSEUDO-RHUMATOÏDE : A' PROPOS D'UN CAS.

L.M. Bazzichi, E. Remorini, L. Puccetti, A. Soletti, M.L. Ciompi.

Unité Operative de Rhumatologie. Université de Pisa. Italie.

La Chondrocalcinosse (CCA) peut se présenter dans son expression clinique la plus caractéristique avec des crises de pseudo-goutte mais dans la moitié des cas elle prend des aspects pseudo-rhumatoïdes, pseudo-arthrosiques asymptomatiques et pseudo-neurotrophiques. Ces aspects symptomatiques très variés peuvent, de plus, s'intriquer de façon complexe, ce qui rend parfois très difficile le diagnostic. Nous avons étudié une femme, âgée de 52 ans, qui lamentait depuis 15 ans des épisodes douloureux mono-articulaire qui disparaissaient après 3-4 jours. Dans les dernières années les attaques étaient devenues polyarticulaires et continues et étaient accompagnés de fièvre. Dans sa ville on avait fait un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde et elle avait fait une thérapie avec sels d'or sans aucune amélioration. Pendant l'hospitalisation dans l'Unité de Rhumatologie de l'Université de Pisa, les examens montrèrent: augmentation du taux de sédimentation (VdS: 87/124); Facteur rhumatoïde et anticorps antinucléaires négatifs; HL-A : A2-Bw60-Cw3-Dw65; radiologiquement présence de calcifications du cartilage aux genoux. La patiente avait des douleurs et une tuméfaction aux coudes, poignets, articulations métacarpo-phalangiennes, articulations des doigts, genoux, chevilles et pieds. La polyarthrite s'accompagnait de fatigue et d'une légère fièvre. Tous les examens pour dévoiler une arthropathie réactive furent négatifs. On fit un diagnostic de CCA et on commença une thérapie avec colchicine et après 7 mois avec tétracycline aussi. Actuellement depuis 5 mois, la patiente est asymptomatique et les signes biologiques sont normaux (VdS 5/18). L'intervention d'une infection bactérienne dans la CCA pseudo-rhumatoïde est envisagée et peut être légitime devant des signes généraux comme fièvre et accélération de la VdS de sorte que, même si toutes les recherches de l'agent bactérien sont négatives, on doit essayer une thérapie antibiotique.

DETERMINATION DE LA COLLAGENASE SYNOVIALE AVEC UNE METHODE RADIO-ENZYMATIQUE.

M.L.. Ciompi, L.M. Bazzichi, D. Melchiorre, M. Fiorini, D. Marini, A. Soletti

Unité Operative de Rhumatologie. Université de Pisa. Italie.

La collagénase présente dans le liquide articulaire, en forme latente et active, est une métal-protéase dont 80% origine des synoviocytes "C" (PM 32.700) et 20% des polynucléaires (PM >50.000). Le collagène articulaire est susceptible d'être attaqué par les enzymes protéolytiques seulement quand il est mis en conflit avec la collagénase spécifique et pour cela la détermination de cette enzyme peut avoir un rôle très important dans le processus de destruction articulaire au cours des maladies rhumatismales. Nous avons modifié la méthode de Johnson-Wint pour mesurer l'activité collagenasique dans les liquides articulaires chez 30 malades atteints de polyarthrite rhumatoïde classique ou définie et 20 malades avec arthrose de genoux en phase active. Cette méthode radio-enzymatique est rapide et reproductible et utilise le collagène de type II fibrillaire, marqué en C14, reproduisant "in vitro" un événement physiologique. La modification que nous avons mise en place consiste dans un marquage majeur et une fixation plus forte du collagène aux puits de la plaque. Après incubation à 37° C. avec le liquide articulaire, traité auparavant avec trypsine, nous avons mesuré l'activité collagenasique en unités enzymatiques pour ml. Le marquage majeur et la meilleure adhésion aux puits nous a permis une lecture plus facile et de relever des activités collagenasiques vraiment faibles. Par rapport à d'autres expérimentateurs nous n'avons pas vu une corrélation entre le taux de la collagénase et celui des polynucléaires du liquide articulaire.

INTERET DE LA RESONNANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE
DANS L'EXPLORATION DU CARTILLAGE ARTICULAIRE
R. Chiriac
Iasi-Romania

Pour déterminer l'aspect RMN nous avons employé un appareil à résonance magnétique à impulsion de type AREMI-78 à une puissance de 25 MHz et un aimant de 0,55 Tesla appartenant au laboratoire de biophysique . On a examiné un nombre de 21 fragments de cartillages articulaires (genoux) qui ont été récoltés intra-opératoire ou immédiatement après le décès. Les fragments ont été récoltés des personnes âgées entre 26-72 ans.

Après l'introduction du fragment dans l'éprouvette de l'appareil, on a constaté un signal RMN sous la forme d'une courbe descendante en relation avec le temps, déterminée par 16 valeurs numériques. Les valeurs numériques ont été introduites et opérées dans le calculateur selon le programme spin , spécifique au laboratoire , écrit en Béta Basique.

Le calculateur a pu mettre en évidence pour chaque point , l'amplitude de l'échantillon de l'eau examiné.

On a fait des corrélations entre l'aspect RMN du cartilage articulaire, l'examen anatomopathologique et radiologique.

P.24 RESSONANCIA MAGNÉTICA NA AVALIAÇÃO DO JOELHO DOS DES-
PORTISTAS

A. Vilar; J. Miguel

Instituto Portugues de Reumatologia- LISBOA-PORTUGAL
Ressonancia Magnética S.D.I.

Até recentemente a visualização directa das estruturas ligamentares e dos meniscos nas lesões traumáticas dos desportistas, era apenas possível com procedimentos invasivos. As limitações da artroscopia para o segmento posterior do joelho, e da artropneumografia pelos falsos negativos, foram em grande parte ultrapassadas com o aparecimento da Ressonancia Magnética (R.M.).

As vantagens da R.M. com ausencia de radiação ionizante, capacidade multiplanar, e excelente diferenciação que permite definir lacerações e hemorragias, nos musculos, ligamentos e tendões, rápidamente a tornaram o metodo de eleição para o diagnóstico das lesões traumáticas do joelho.

Os AA. descrevem a anatomia normal do joelho e respectivas imagens em R.M., demonstram os principais tipos de traumatismo do joelho no desportista, e exemplificam com alguns casos clínicos paradigmáticos.

ARTRITE PSORIÁTICA-REVISAD DE 91 CASOS

L.Gaião, C.Rosa, J.Silva, M.Rodrigues, J.Espirito Santo, M.Viana de Queiroz

Núcleo de Reumatologia, H.Sta.Maria, Lisboa.

Foram estudados 91 doentes com artrite psoriática. 53 doentes (58.2%) pertenciam ao sexo masculino e 38 doentes (41.8%) ao sexo feminino. A idade média da população estudada foi de 49.4 anos. As durações da psoríase e da artropatia psoriática foram, respectivamente, de 17.6 e 9.4 (anos). A psoríase tinha envolvimento da pele (100%), ungueal (60%) e do couro cabeludo (90%). Em cerca de 10%, a artrite precedeu a psoríase; 20% tiveram história familiar de espondilartropatia seronegativa. A forma de início, mais frequente, do compromisso articular foi a oligoarticular (44%).

Os doentes foram divididos em vários subgrupos de acordo com o padrão de envolvimento articular. 41.8% dos doentes pertenciam ao subgrupo periférico assimétrico, 26.4% ao subgrupo periférico simétrico e 31.9% a um subgrupo misto (axial+periférico).

Estudados em 60 doentes, os antígenos HLA mostraram aumento na frequência do A2, A3 e menor dos A19, A28, B5, CW2 e CW4, com significado estatístico em relação aos controlos.

As erosões e a sacroileíte estiveram presentes em cerca de 40% dos casos. Os AINE foram quase sempre utilizados (95%); os sais de ouro constituíram opção terapêutica em 20% dos doentes.

Aurora Marques, Luis Gaião, C.M. Rosa, M. V. Queiroz

A Espondilite Anquilosante é uma doença reumática, com manifestações articulares características, que pode envolver outros órgãos. O envolvimento pulmonar é uma manifestação bem conhecida aparecendo descrita a associação da Espondilite Anquilosante com lesões pleuro-pulmonares.

Este trabalho teve como objectivo o estudo do envolvimento pulmonar num grupo de 45 doentes com este diagnóstico, sem história anterior de doença pulmonar; 34 doentes são do sexo masculino e 11 do sexo feminino. O envolvimento pulmonar foi avaliado clínica, funcional e radiologicamente. Do ponto de vista clínico os doentes foram submetidos a uma anamnese e exame objectivo dirigidos. Todos realizaram uma radiografia do tórax e estudo funcional respiratório. Encontraram-se alterações em 24 doentes, sendo os parâmetros funcionais avaliados, normais nos restantes.

Autores: A. Atanes; B. Aspe; N. Gómez; F.J. de Toro, J. Graña,
J.M.S. Bursón; F. Galdo.

Centro: Unidad de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.
España.

Modalidad: POSTER

Resumen:

Estudam-se 160 pacientes diagnosticados de eritema nudoso (EN) segundo critérios clínicos e/ou patológicos, com objecto de determinar a sua etiologia e as suas principais características epidemiológicas, clínicas e analíticas no noso medio. A idade média foi de 37.5 anos e o 86% mulheres. A etiologia pōde-se determinar no 67.5% dos casos: sarcoidose (20.6%), fámacos (18%), estreptococia (16.3%), tuberculose (6.3%), embaraço (1.9%), enfermidade de Crohn (1.3%), enfermidade de Behçet (1.3%), linfoma (0.6%), adenocarcinoma (0.6%) e toxoplasmose (0.6%). O 32.5% foram idiopáticos. Observamos diferēncias estadísticamente significativas entre os distintos factores etiológicos en relación com a idade média, febre, malestar, síntomas articulares, VSG, leucocitose e proteínas séricas. Comparam-se os resultados obtidos com outras séries e salientamos a necesidade de protocolizar a todo paciente com EN para facilitar o seu diagnóstico etiológico.

TITULO: Espondilite psoriásica

AUTORES: B. Aspe de la Iglesia, A. Atanes Sandoval, N. Gomez Rodriguez, F.J. de Toro Santos, J. Graña Gil, J. Sanchez Burson, F. Galdo Fernandez.

CENTRO: Unidad de Reumatologia. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.

POSTER.

RESUMEN: Revisamos as características clínicas, analíticas e radiológicas de 24 pacientes (22 varões e 2 mulheres) que cumpriam criterios de espondilite anquilosante (New York, 1968) entre 128 pacientes com artrite psoriásica (Wright e Moll, 1973).

A idade média do início da espondilite psoriásica foi 31 anos (entre 10 e 60), com um tempo médio de evolução de 18 anos (entre 1 e 40). Dezanove pacientes (79%) apresentaram artrite periférica, adaptando tanto um patrão poli ou oligoarticular como simétrico ou asimétrico. Estes pacientes tinham uma idade de início menor (29 anos) comparado com os que só tinham afectação axial (42,5 anos) ($p < 0,05$). As articulações mais afectadas foram as de membros inferiores (joelhos 63%, tornozelos 63% e metatarsofalángicas 63%). As manifestações extraarticulares consistiram em: conjuntivite 5 pacientes (21%), irite 3 (12%), xeroftalmia 1 (4%) e amiloidose secundária 2 (8%).

As alterações analíticas mais frequentes foram: elevação da velocidade de sedimentação globular (45%), hipergammaglobulinemia (33%), e hiperuricemia (21%). O 58% eram HLA-B 27 positivos e um 8,6% tinham o factor reumatoide.

Na radiologia de articulações periféricas observou-se: erosões (42%), osteoporose (21%) e anquilose (12%). Na coluna vertebral havia sindesmofitos no 65% e a sacroelite existente em todos era simétrica no 58%.

5. ÍNDICE POR TEMAS / INDICE PAR THÈMES

(Comunicações livres e posters / Communications libres et posters)

A

- Actividade física / *Activité physique* — P12
- Alteração oftalmológicas / *Perturbations oftalmologiques* — P3
- Alterações posturais oculares / *Perturbations posturales oculaires* — CL16
- Amiloidose rectal / *Amiloidose rectal* — P9
- Articulação subastragalina / *Articulation sous-astragaline* — CL3
- Artrite psoriática / *Arthrite psoriatique* — P25
- Artrite reumatoide / *Polyarthrite rhumatoïde* — CL2, CL3, CL5, P5, P9
- Artrites reactivas / *Arthrites reactives* — CL14
- Artropatia grave / *Arthropatie sévère* — P19
- Auto-conceito / *Auto concept* — CL15

B

- Biomarcadores / *Biomarqueurs* — CL5

C

- Cartilagem articular / *Cartilage Articulaire* — P23
- Charneira cervico-occipital / *Charnière cervico-occipitale* — P5
- Colagenase sinovial / *Collagenase synovial* — P22
- Condrocálcinose / *Condrocálcinose* — P21
- Consulta de reumatologia do HSM / *Consultation de rhumatologie de le HSM* — CL14
- Consulta de reumatologia do IPR / *Consultation de rhumatologie de l'IPR* — P16
- “Coping” / *Coping* — CL15
- Custos hospitalares / *Côuts hôpitaliers* — CL8

D

- Dipiridamole / *Dipiridamole* — P20
- Disfunção esofágica / *Disfonction oesophagienne* — P8
- Doenças do conectivo / *Maladies du conjonctif* — P1
- Disfunção esofágica / *Disfonction oesophagienne* — P8
- Doenças do conectivo / *Maladies du conjonctif* — P1

E

- Ecografia / *Echographie* — 10
- Enalapril / *Enalapril* — P18
- Entesopatias do calcâneo / *Enthésopathies du calcaneum* — CL10
- Epidemiologia / *Epidemiologie* — CL7, P11
- Espondilite Anquilosante / *Spondylarthrite ankylosante* — CL12, CL13, P26
- Espondilite psoriática / *Spondylite psoriatique* — P28
- Espondilartropatias seronegativas / *Spondylarthrites séronegatives* — CL3, CL10
- Eritema nodoso / *Erythème noueux* — P27

F

- Factores de risco / *Facteurs de risque* — CL4
- Fecundação in vitro / *Fecondation in vitro* — P17
- Fracturas da anca / *Fractures de la hanche* — CL6, CL7, CL8

G

- Gonarrose / *Gonarthrose* — P15
- Gota úrica / *Goutte* — CL4, P11

H

Hérnia discal / *Hernie discale* — P13
Hialuronato de sódio / *Hyaluronate de sodium* — P15
HLA B27 / *HLA B27* — CL11

I

Idoso / *Sujet âgé* — CL2
Infiltração das IAP / *Infiltration des I] P* — P14
Injeção intradiscal / *Injection intradiscal* — P13

J

Joelho dos desportistas / *Genou des sportistes* — P24

L

LES / *LED* — P4, P6, P7
Lombalgias / *Lombalgies* — P14

M

Massa óssea / *Masse osseuse* — CL5, P12
Mialgias rizoméricas / *Myalgies rhizoméliques* — P20
Mortalidade / *Mortalité* — CL8

N

Necrose asséptica / *Nécrose aseptique* — P4

O

Olho / *Oeil* — P2
Oligoartrites / *Olygoarthrites* — CL11
Orgoteína / *Orgotéine* — P15
Osteíte sagrada / *Osteíte sacrée* — P17
Osteomielite / *Ostéomielite* — P8

P

Patologia periarticular ombro / *Pathologie juxta-articulaire de l'épaule* — P10
Patologia reumática / *Pathologie rhumatismal* — P3
Pefloxacina / *Pefloxacine* — P19
Perturbações psiquiátricas / *Perturbations psychiatriques* — CL1, CL4
Prevenção dos reumatismos / *Prévention des rhumatismes* — CL16
Pseudo-Pseudopoliartrite rizomérica / *Pseudo-Pseudopolyarthrite rhizomélique* — P18

Q

Quedas / *Chutes* — CL6
Quimiopapaina / *Chimiopapaine* — P13

R

Repercussão pulmonar / *Atteinte pulmonaire* — P1, P26
Ressonância magnética / *Resonance magnétique* — P23, P24
Reumatismos inflamatórios / *Rhumatismes inflammatoires* — P2

S

Síndrome de Sjögren / *Syndromé de Gougerot-Sjögren* — CL1, P8

T

U

Unidade de Internamento do IPR / *Unité d'internement de l'IPR* — CL9

V

X

Z

6. ÍNDICE POR AUTORES / INDICE PAR AUTEURS

(Comunicações livres e posters / Communications libres et posters)

A

Afonso C. — CL3, CL5, CL15, P5
Ait-Said L. — P18, P19
Almeida G. — CL10, P2
Almodovar T. — P1
Angelini M. — P15
Araújo D. — CL10, CL11, PL15, P2
Aroso Dias A. — CL3, CL5, P5
Aspe B. — P27, P28
Atanes A. — P27, P28
Ávila R. — P1

B

Bahamonte S. — CL15
Bárbara C. — P1
Bazzichi L. M. — P21, P22
Bento H. — P7
Bexiga M. — CL9, P16
Bianchi L. — P12
Branco J. C. — CL6, CL7, CL8
Bravo T. — CL11
Brito J. — CL3, CL15, P5
Bruno M. C. — P17
Buffrini L. — P12
Bursón J. M. S. — P27, P28

C

Carraba M. — P15
Caruso G. — CL2
Carvalhinhos J. — P8
Castro G. — CL15
Chassagne P. — P17, P18, P20
Chiriac R. — P23
Ciompi M. L. — P21, P22
Coimbra S. — P6
Colombo B. — P15
Correia J. C. — P2
Correia M. M. — CL1
Cruz C. — P6

D

Daragon A. — P17
Deshayes P. — P17, P18, P19, P20

E

Espinheira F. — CL16

F

Fernandes M. S. V. — P10
Ferreira E. — P3
Fessard C. — P19

Figueirinhas J. — CL4, CL9, P1, P3, P9, P11, P16
Fiorini M. — P22
Franchini S. — P15
Freire A. — P8

G

Gaço L. — CL12, CL13, CL14, P4, P25, P26
Galdo F. — P27, P28
Gil Forte J. A. — P3
Godinho J. — CL1
Gomes M. — P6
Gómez N. — P27, P28
Gourmelen O. — P19
Graña J. — P27, P28
Guedes A. — CL10

H

I

J

L

Landeiro J. — CL16
Las V. — CL9, P16
Le Loet X. — P17, P18, P19, P20
Loizzi P. — CL2
Lopes Vaz A. — CL3, CL5, CL10, CL11, CL15, P2, P5
Lourenço M. — CL15
Louro C. A. B. — P12

M

Maglio M. L. — P12
Maria C. — CL10
Malcata A. — CL1, P8
Marini D. — P22
Marques A. — P3, P26
Marques R. A. — P1
Matos A. C. A. — CL6, CL7, CL8
Mejjad D. — P20
Melchiorre D. — P22
Mendes B. — P1
Mendonça A. — CL1
Miguel J. — P24
Milheiro J. — P6
Moore N. — P18, P20
Monteforte P. — P12

N

Nobre F. L. — P7

O

Oliveira C. — P2
Oliveira N. F. — P3

P

Palha A. P. — CL15
Palmares J. — P2
Paresce E. — P15
Parreira M. J. — P4
Patto J. V. — P9
Perbellini A. — P15
Pereira Silva J. — P4
Pimentão J. M. B. — P13, P14
Pinto A. C. — P10
Pinto J. — CL3, CL5, CL15, P5, P6
Puccetti L. — P21

Q

Queiroz M. V. — CL1, CL6, CL7, CL8, CL12, CL13, CL14, P4, P8, P25, P26
Quevedo V. — CL15
Quinaz J. — P6

R

Ramos J. — CL4, P11
Reis M. — CL10
Remorini E. — P21
Ribeiro M. O. — CL1
Ribeiro S. J. — P3
Rodrigues M. — CL12, CL13, CL14, P25
Rosa C. M. — CL12, CL13, CL14, P8, P25, P26
Rosa N. S. — P16
Roveta G. — P12

S

Saleiro V. — CL10
Salis Amaral J. — CL6, CL7, CL8
Santana E. — P9
Santo J. E. — P25
Santos A. C. — P1
Santos M. C. — CL1
Saraiva F. — CL1, P4, P8
Scagliusi P. — CL2
Silva J. — CL12, CL13, CL14, P25
Silva P. — P7
Soletti A. — P21, P22

T

Tavares V. — CL6, CL7, CL8
Teixeira A. A. — CL16
Teixeira M. A. — CL16
Teixeira Costa J. C. — CL1, P4, P8
Thomine J.-M. — P17
Toro F. J. — P27, P28
Tortorelli E. — CL2
Traverso A. — P12

U

V

Vaz C. — CL5

Ventura F. — CL11

Viana H. — P6

Vilar A. — CL16, P24

X

Z

RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liées. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inédits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentées aux séances scientifiques de la Société, ou organisées sous son patronage demeurent propriété de l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, total ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles doivent être rédigés en portugais: ils peuvent encore être rédigés en français, anglais, ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront présentés en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand); le(s) nom(s) de l'auteur (ou des auteurs) et leur(s) titre(s) académique(s) et professionnel(s); l'organisme d'où le travail est issu ou celui auquel l'auteur appartient et le nom de son directeur; localité et pays.
6. Le texte doit être précédé d'un résumé, bref mais précis en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand).
7. Chaque article donne droit à cinq figures au maximum; au-delà ce nombre la Rédaction se réserve le droit de les faire payer par son prix. Les photographies doivent être si nettes pour permettre la reproduction; les graphiques et les dessins, exécutés avec de l'encre noire sur du papier blanc, sur des feuilles séparées, notés à l'envers, la légende dactylographiée et l'ordre numérique.
8. Les références bibliographiques, selon l'index medicus: surnom (en majuscules), nom et prénom, de l'auteur (ou des auteurs); titre; nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numéro; page; année. On doit respecter l'ordre alphabétique du dernier nom de l'auteur (ou du premier auteur).
9. Chaque auteur a le droit de 25 tirés à part gratuits. Au-delà ce nombre, elles seront débitées par son prix, si en sont demandées en avance.
10. La Rédaction se charge de la correction des épreuves.
11. Pour la citation bibliographique: *Acta Reuma. Port.*, volume, tome, page et année.
12. On demande l'échange. Exchange solicited. Se solicita el cambio. Man bittet um Austausch.

NORMS OF PUBLICATION

1. The Editing Committee accepts scientific articles on clinical aspects or on research of this speciality or allied ones. It reserves the right to accept only inedit works.
2. Published articles and the texts of the papers presented during the scientific sessions of the Society or in those it organizes, are a property of the «Acta». The Editing Committee reserves the right of authorising their insertion, either partial or total in other publications.
3. The doctrine explained in published articles is of the exclusive responsibility of their authors.
4. The articles should be written in Portuguese; they may be written, however, in French, English or Spanish, Typewriter in three copies with double spacing, on one side of the paper and with wide margins.
5. They should be referred with the title in Portuguese, *French and English (or Spanish, or German)*; the author(s) name(s) and his (their) academic and professional titles; the institution where the work had been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. A brief abstract, in portuguese, french and english (or spanish, or german), must always precede the text.
7. Each article confers a right to five pictures, maximum; the further pictures will be paid by the author. Photographs must be neat enough to permit reproduction. Graphs and drawings should be made with black ink, on white paper; each picture on a separate sheet, marked on the back its clear typewriter legend and numbered.
8. Bibliographic reference, according to the index medicus; name capital letters, author's(s) noun and pronoun; title; name of publication or editor; place; volume; number; page; year. Alphabetic order of author's list name (or that of the first author) should be observed.
9. 25 copies will be provided free to the author of each paper. Additional copies will be charged at cost price, if required soon enough.
10. The Editing Committee is responsible for correcting proofs.
11. For a bibliographic reference: *Acta Reuma. Port.*, volume, number, page and year.
12. Exchange solicited. On demande l'échange. Se solicita el cambio. Man bittet um Austausch.

Exmo.(s) Colega(s)/Senhor(es)

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia tem o prazer de vos enviar as suas publicações: «ACTA REUMATOLOGIA PORTUGUESA» (revista de documentação médica reumatológica) e «BOLETIM INFORMATIVO» (noticiário de informação reumatológica, do País e do Estrangeiro).

São ambas publicadas trimestralmente (Março, Junho, Setembro e Dezembro) e distribuídas aos Membros da Sociedade e, tanto quanto possível, a Instituições médicas e científicas, nacionais e estrangeiras (Ligas e Centros de Reumatologia e afins; Faculdades de Medicina, Universidades e Centros de Investigação; Sociedades Médicas e Científicas; Hospitais e Serviços Clínicos; revistas e Jornais Médicos), com permuta de publicações e de planos de investigação e de actividade científica, clínica e social.

A Sociedade agradece os nomes e endereços de Instituições deste tipo existentes no País.

Cônsua de que os problemas criados pelas doenças reumatismais transcendem o âmbito médico e devem interessar toda a comunidade, a Sociedade distribui o seu «Boletim Informativo» também a Entidades oficiais e particulares, a Meios de Informação (Imprensa, TV e Rádio) e a Laboratórios de produtos químicos-farmacêuticos, em Portugal.

Gratos pela vossa cooperação, subscrevemo-nos com as mais cordiais saudações.

*

Cher(s) Collègue(s)/Monsieur (Messieurs)

La Société Portugaise de Rhumatologie est très heureuse de vous remettre ses publications: «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revue de documentation médicale rhumatologique) et le «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin d'information rhumatologique du Pays et de l'Étranger).

Ces deux publications trimestrielles (mars, juin, septembre e décembre) sont distribuées aux Membres de la Société et, tant que possible, à quelques Institutions médicales et scientifiques, du Pays et l'Étranger (Ligues et centres de Rhumatologie ou alliés; Écoles de Médecine; Universités et Centres de Recherche Scientifique; Sociétés médicales et Scientifiques; Hôpitaux et Services Cliniques; Revues et Journaux Médicaux), avec l'échange de publications et de plans de recherche et d'activité scientifique, médicale et sociale.

Nous serions très reconnaissants de nous faire parvenir les noms et les adresses de ces Institutions chez vous.

En vous remerciant d'avance votre coopération, nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

*

Dear Colleague(s)/Sir(s)

The Portuguese Society of Rheumatology is very glad to send you the publications: The "ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA" (review of medical documentation) and the «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin on rheumatological information).

Both publications, appearing every three months (March, June, September and December) are distributed to the Members of the Society and, as much as possible, to the medical and scientific institutions from our own country or a foreign ones – Leagues and Centres of Rheumatology or allied ones; Medical Schools; Universities and Centres of Scientific Research; Medical and Scientific Societies; Hospitals and Clinical Units; Medical Reviews and Newspapers.

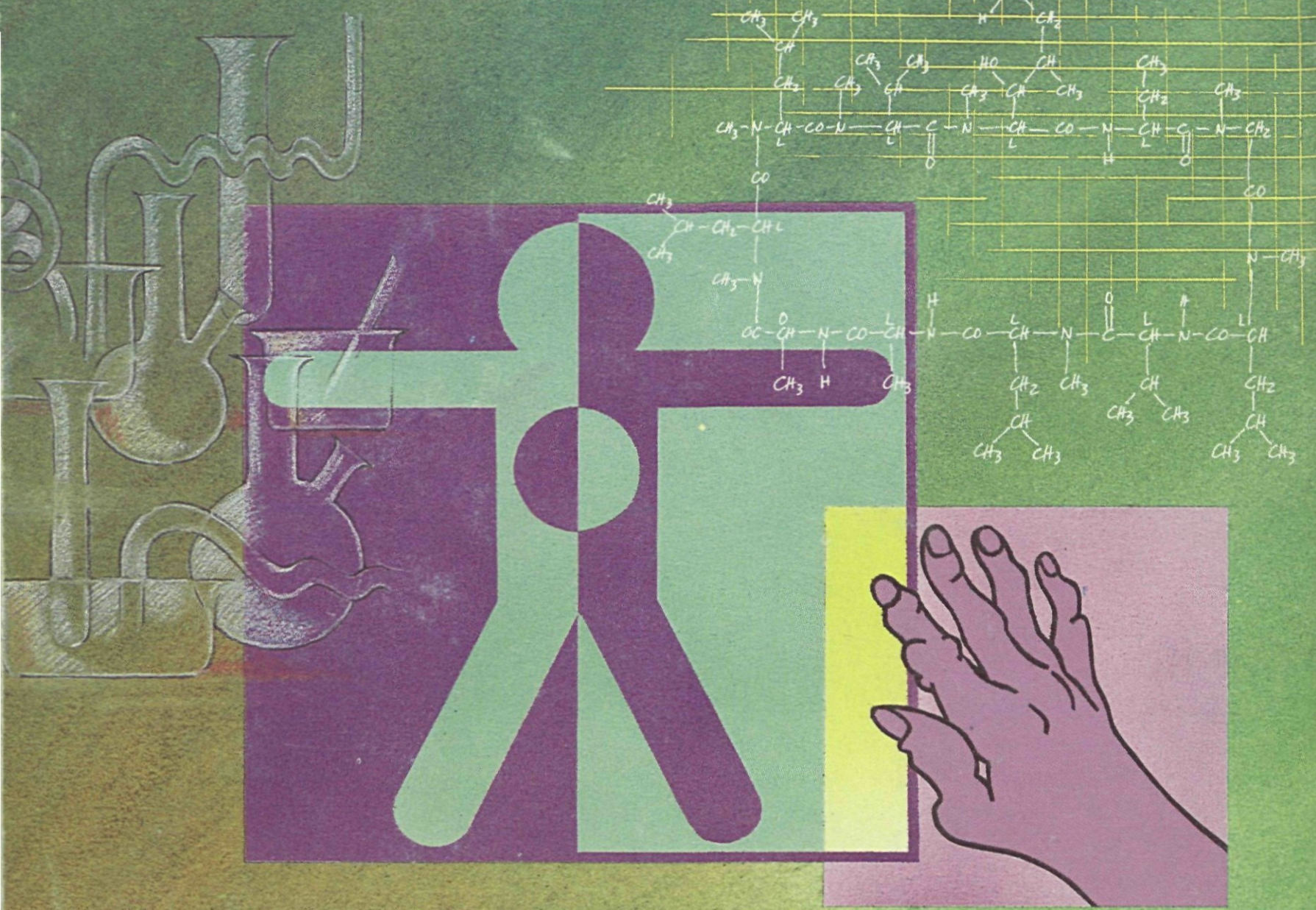
We intend to exchange publications and information about the plans of research and of scientific, medical and social activity or connected subjects. We will thank very much to your giving us the names and addresses of those Institutions in your Country.

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

Um serviço à Reumatologia Latina / *Un service à la Rhumatologie Latine*



Na vanguarda da investigação imunológica



PRODUTOS SANDOZ, LDA. - Rua de São Caetano, 4 - 1200 LISBOA - Telef. 60 50 11

N.º contribuinte 500 223 076 - Capital Social 100 000 000\$00
Matricula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa n.º 19 794