

ISSN 1809-4635

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 8 Nº 3 jul/set 2009

60
anos

60 anos da SBR

1949
2009

ACTEMRA® (tocilizumabe) proporciona de maneira consistente altas taxas de remissão da AR, em diferentes tipos de pacientes.¹

- **Combina rápido início de ação** e eficácia que melhora com o passar do tempo.¹
- O perfil de **segurança do Actemra® (tocilizumabe)** está bem caracterizado pelo extenso programa de estudos clínicos fase III (+ 4.000 pacientes).²
- **Apresenta superioridade** ao MTX em monoterapia.³



ACTEMRA®
tocilizumabe

Contraindicação: Presença de infecção ativa; hipersensibilidade ao tocilizumabe. **Interações medicamentosas:** Ciclosporina; varfarina.

Actemra® (tocilizumabe)

Forma farmacêutica, via de administração e apresentações: Solução concentrada para infusão IV. Caixas com 1 frasco-ampola de 80 mg/4 mL ou 200 mg/10 mL. **USO ADULTO - USO RESTRITO A HOSPITAIS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Composição:** Cada 1 mL contém 20 mg de tocilizumabe (TCZ). **Indicações:** Tratamento da artrite reumatoide ativa moderada a grave quando tratamento anterior adequado com pelo menos um DMARD não tenha trazido benefícios esperados: Após falha de esquema combinado com DMARDs convencionais, incluindo, necessariamente, o metotrexato (MTX), utilizados nas doses e tempo indicado em bula de cada agente específico, ou; Após falha de agente anti-TNF, utilizado na dose e pelo tempo indicado em bula de cada agente específico. Indicado em AR ativa, moderada a grave em pacientes adultos, independentemente da duração da doença, de fator reumatoide positivo ou negativo e de tratamento pregresso ou uso combinado de outros medicamentos para AR (DMARDs não-biológicos e biológicos). TCZ pode ser usado isoladamente ou em combinação com MTX e/ou outros DMARDs, em pacientes com resposta inadequada aos agentes terapêuticos disponíveis, incluindo DMARDs não-biológicos e biológicos, como os antagonistas de TNF, bem como em pacientes com AR inicial ou que nunca fizeram uso de MTX ou outros DMARDs. Em pacientes com AR em atividade em diversas articulações, considerar o uso de pelo menos um medicamento anti-reumático antes de realizar o tratamento com Actemra®. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao TCZ/seus excipientes. Uso combinado com outros biológicos para AR. **Precauções e Advertências:** Diabéticos: contém açúcar. Não iniciar tratamento na vigência de infecções ativas. Interromper TCZ se infecção grave se desenvolver. Cautela se infecções recorrentes ou condições que predisponham a infecções. Vigilância para detecção de infecções em tempo (sinais e sintomas de inflamação reduzidos por supressão da reação de fase aguda). **Tuberculose (Tb):** não demonstrado aumento no risco de Tb; reativação não pode ser descartada. Realizar RX de tórax periódico se histórico de tuberculose. **Vacinas:** vivas ou vivas atenuadas não devem ser administradas. **Reações de hipersensibilidade:** 0,3% dos pacientes. **Doença hepática:** Cautela se doença hepática ativa ou insuficiência hepática; elevação de transaminases. **Doença cardiovascular:** realizar ECG, ecocardiograma e dosagens de colesterol e triglicérides. **Neutropenia:** Tratamento não recomendado se neutrófilos <0,5 x 10⁹/L. **Interações medicamentosas/alimentares:** MTX, doroquina/derivados, azatioprina, leflunomida, corticosteroides, ácido fólico, anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos não influenciam farmacocinética do TCZ. Não estudado em combinação com biológicos. Enzimas CYP450 suprimidas pela inflamação. Após drogas com efeito anti-inflamatório (TCZ), enzimas CYP450 se normalizam. Após introduzir drogas com janela terapêutica estreita (ex., varfarina, ciclosporina), ajustar a dose. **Categoria de risco na gravidez: C.** Não existem dados em gestantes. Risco desconhecido em humanos. Não se sabe se TCZ é excretado no leite materno. **Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas:** Não foram realizados estudos específicos. TCZ não parece afetar capacidade de dirigir/operar máquinas. **Reações Adversas: Muito comuns:** IAS. **Comuns:** celulite; herpes; úlceras orais; gastrite; erupções de pele; prurido; cefaleia; tonturas; aumento de enzimas hepáticas; hipertensão; leucopenia/neutropenia; hipercolesterolemia. **Incomuns:** diverticulite; estomatite; urticária; aumento de bilirrubinas; hipotrigliceridemia; hipersensibilidade. **Infecções graves:** pneumonia, celulite, herpes, gastroenterite, diverticulite, sepse e artrite bacteriana. **Infecções oportunistas isoladas:** *P. jirovecii* e *M. avium*. **Reações de infusão:** Hipertensão; reação anafilática; reações graves de hipersensibilidade. **Alterações laboratoriais:** Neutropenia; elevações ALT/AST; colesterol total, LDL, HDL e triglicérides. **Posologia:** **Adultos:** 8 mg/kg, IV, cada 4 semanas. Diluir em 100 mL de SF 0,9%. **Crianças:** Segurança e eficácia não estabelecidas. **Idosos/insuficiência renal:** não requer ajuste de dose. **Insuficiência hepática:** segurança e eficácia não estudadas. **Via de administração:** IV. Iniciar de forma lenta, observar condições clínicas do paciente; constatada a ausência de anormalidades, aumentar a velocidade para completar a infusão em 1 hora. **Instruções para uso, manipulação e disposição:** Retirar a quantidade necessária (0,4 mL/kg); diluir em 100 mL de SF 0,9%. Inverter suavemente, sem agitar, para não formar espuma. **Conservação:** Frasco-ampola: Armazenar entre 2° e 8° C. Não congelar. Proteger da luz. **Solução pronta para infusão:** mantém-se estável em temperatura ambiente até 30°C por até 24 horas. **Atenção:** Este é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe ao seu médico. **Superdose:** dados limitados. Reações adversas graves não observadas em voluntários com dose única de até 28 mg/kg. Num único caso de superdose acidental, paciente com mieloma múltiplo recebeu dose única de 40 mg/kg, sem reações adversas à droga. MS-1.0100.0655. Farm. Resp.: Guilherme N. Ferreira - CRF-RJ nº 4288. Fabricado para F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basileia, Suíça por Chugai Pharma Manufacturing Co. Ltd, Tochigi, Japão. Embalado por F Hoffmann-La Roche Ltd, Kaiseraugst, Suíça. Importado e distribuído no Brasil por: **Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.** Est. dos Bandeirantes, 2020 - CEP 22710-104 - Rio de Janeiro - RJ. CNPJ: 33.009.945/0023-39. **Informações detalhadas sobre o produto disponíveis mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.** Av. Engenheiro Billings, 1729 – Jaguaré – CEP 05321-900 – São Paulo, SP – Brasil. A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.

Referências: 1. Bula do produto. 2. Hennigan S & Kavanaugh A. Interleukin-6 inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis. Ther Clin Risk Manag 2008;4(4):767-75.

3. Jones G et al. Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: The AMBITION study. ARD Online First, published on March 17, 2009 as 10.1136/ard.2008.105197.

Sumário

Palavra do Presidente	3
Editorial	4-5
Reabilitando o Reumatologista	6-8
Rheuma	10-11
Publicações	11-13
Artrófilo	14-18
Ética	20-21
Raio X	22-23
Noticiário	24-29
Agenda	30

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2008-2009

Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

Vice-Presidente

Paulo Louzada Jr.

Diretora Científica

Elaine de Azevedo

1º Secretário

Naífe Costa Araújo

2º Secretário

Rubens Bonfiglioli

1º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

2º Tesoureiro

Maria Guadalupe Barbosa Pippa

Presidente Eleito 2010-2011

Luiz Carlos Latorre

Conselho Fiscal e Consultivo

Ari Stiel Radu Halpern, Jamil Natour, José Roberto Provenza, Manoel Barros Bértolo, Rina Dalva Neubarth Giorgi, William Habib Chahade

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Maurício Levy Neto (Presidente), Juliana de Alexandria Fernandes (1º Secretário), Pérola Goberstein Lerner (2º Secretário), Paulo Roberto Stocco Romanelli (Coordenador Científico)

Comissão Científica

Dawton Yukito Torigoe, Eduardo Ferreira Borba Neto, José Alexandre Mendonça, Luís Eduardo Coelho Andrade, Sônia Maria Alvarenga Anti Loduca Lima, Virgínia Fernandes Moça Trevisani

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Isac Szarf Szwarc, José Marques Filho, Paulo Domingos Parisi Jr.

Comissão de Educação Médica

Abel Pereira de Souza Jr., Lilian Tereza Lavras Costallat, Robert Bernd

Comissão do Interior

Carla Perozini Rossi (Vale do Paraíba), Clóvis Strini Magon (São Carlos), Edgar Baldi Jr. (Marília), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Jorge Eduardo Corrêa Clemente (Baixada Santista), José Eduardo Martinez (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto), Marianna Nechar Marques (Catanduva), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Paulo de Tarso Nova Verdi (Araçatuba), Plínio José do Amaral (Campinas), Roberta de Almeida Pernambuco (Bauru)

Comissão de Exames Complementares

Charlles Haldan de Moura Castro, José Ricardo Anijar

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Clóvis Artur Almeida da Silva, Maria Odete Esteves Hilário

Site

Carla Gonçalves, Roberto Ezequiel Heymann, Romy Beatriz Christmann de Souza

Endereço

Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53, CEP 01323-000, São Paulo, SP
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Conselho Editorial

Andréa Barranjar Vannucci Lomonte, Marcelo de Medeiros Pinheiro, Renata Ferreira Rosa, Sandra Hiroko Watanabe

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial Kleber Kohn
Coordenação Editorial Sílvia Souza
Jornalista Luciana C.N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Caraiabas, 176, Casa 8, Pompeia, CEP 05020-000, São Paulo, SP
Fone: (11) 3368-5095 – Fone/Fax (11) 3368-4545
www.etceteraeditora.com.br

PALAVRA DO PRESIDENTE

“O mundo é um lugar perigoso para se viver, não exatamente por causa das pessoas que são más, mas por causa das pessoas que não fazem nada quanto a isso.”

Albert Einstein



No dia 30 de junho, realizamos um debate na sede da APM onde tratamos de aspectos que envolvem o relacionamento dos médicos com as indústrias que atuam na medicina. O tema foi proposto em especial porque a nossa especialidade tem sido “alvo” do lançamento de novos produtos para prescrição e do falatório de eventual favorecimento de colegas através de benesses pelas empresas farmacêuticas, bem como para tentar iniciar um debate entre nós.

A meu ver, nossa conduta deve se basear na retidão, de modo que interesses secundários jamais suplantem a função que nos propusemos realizar: tratar os pacientes da forma mais digna; e nós devemos ficar muito vigilantes, em cada ato, cada prescrição, e dimensionar o exato peso de nossa caneta.

O interesse comercial em nosso dia a dia deve ficar em segundo plano, caso contrário, o contato e a troca de informações e experiências com nossos colegas – muitos, colegas há décadas – será cada vez mais distante. E, com isso, vamos acabar nos reunindo em grupos pequenos para negociarmos as prescrições com os laboratórios.

Realizamos no dia 4 de julho o segundo pós-Eular, juntamente com os laboratórios Fleury. O evento contou com mais de cem inscritos e, como no ano passado, os palestrantes ficaram à vontade para relatar o que realmente causou impacto científico e a plateia pôde sentir-se muito mais confortável nos debates. Apesar de ter havido um evento simultâneo na mesma cidade, o resultado foi um grande sucesso.

Em setembro, faremos a XX Jornada Paulista de Reumatologia, em Ribeirão Preto, capitaneada pelo professor Paulo Louzada. Colegas do interior, não percam esse evento, pois pretendemos fazer ao longo do dia o que vemos por poucos minutos em vários encontros: a discussão de casos que espelham o nosso cotidiano, habitualmente em sessões concorridas.

E outubro está chegando. Teremos uma série de eventos relacionados com a nossa especialidade. Em outubro estimulamos a divulgação da especialidade com o Dia Internacional de Combate e Conscientização da Artrite Reumatoide e, em São Paulo, o IV Ação Reumato no Parque Villa-Lobos, juntamente com a campanha Reumatismo é Coisa Séria.

É com grande pesar que noticiamos a passagem muito precoce de nosso colega Ruy Anselmo. Manifestamos aos familiares as nossas sinceras condolências.

José Carlos Mansur Szajubok

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

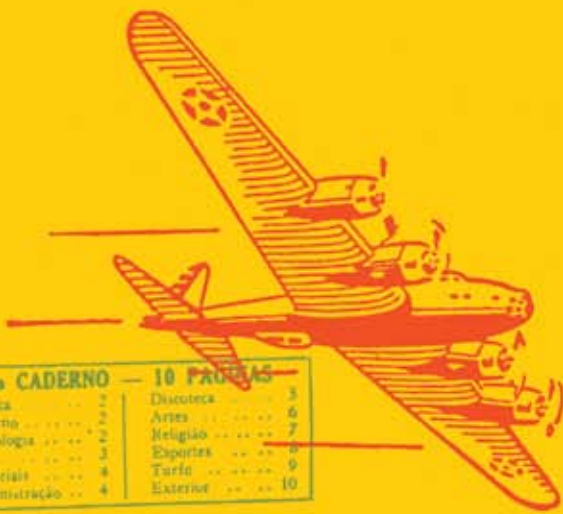
Gestão 2008-2009

www.reumatologiasp.com.br

Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507
e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

1949

Um Diamante



1.º CADERNO — 10 PÁGINAS	
Política	3
Governo	6
Neurologia	7
Rio	8
Editorial	9
Administração	10

RE!

substituto de Clay

WASHINGTON, 11 (A. P.) — O Estado-Maior do Exército dos Estados Unidos comunicou hoje ao general Hushner a nomeação de Clay nas funções de comandante-em-chefe das forças da ocupação na Alemanha. O general Hushner exerce o cargo de chefe do Estado-Maior do general.



Hushner

FORTALEZA sem água

RIO, 11 (Socursal) — Informamos da Fortaleza que, devido às inundações e consequente ruptura da linha adutora do Gusiuba, aquela capital está sem água.

Vários carros cuidam da distribuição de água entre os habitantes, inclusive em escolas e casas de habitação coletiva.

O governador ordenou várias providências para evitar o fechamento de escolas e colégios e nomeou uma comissão para sistematizar o plano de socorro às vítimas.

inquietação jugoslavia

LONDRES, 11 (A. P.) — O marechal Tito pediu a saída imediata de uma nota sobre a situação da Jugoslávia na imprensa ocidental, exprimindo o risco de que, na sequência das notícias, em Paris, a Rússia obtenha a liberdade de ação na Balcãs, fazendo, através, conhecidos na semana — anuncia o correspondente em Berne "Daily Graphic".

Por isso mesmo, o jornalista acrescenta que a notícia do levantamento bloqueio em Berlim foi colhida com inquietação na Belgrado.

EREU RAMOS ASSUME AMANHÃ a PRESIDENCIA DA REPUBLICA

RIO, 11 (Socursal) — O dr. Carlos Ramalho, presidente do Conselho de Estado, anunciou hoje a nomeação de Ereu Ramos para a presidência da República.

Tudo a bordo de um avião, o dr. Ramalho, acompanhado de sua esposa, deixou o Rio de Janeiro, no domingo dia 13, para assumir o cargo de presidente da República.

O dr. Ramalho, presidente do Conselho de Estado, anunciou hoje a nomeação de Ereu Ramos para a presidência da República.

Barreto Ribeiro vai decidir a perda de mania

SE O SEU CASO É DE PERDA DE MANIA

Em algarismo romano corresponde a um punhado de letras (MCMXLIX), muito tempo no calendário hebreu (5709) e um pouco menos no islâmico (1368). Embora não fosse ano bissexto, era um número primo e, à semelhança de um casamento entre irmãos, alguns reumatologistas se reuniram e fundaram a Sociedade Brasileira de Reumatologia em 15 de julho de 1949, no Rio de Janeiro.

Era um ano com muitas ocorrências. O Japão iniciava a produção da motocicleta Honda Dream D, a primeira com motor de dois tempos, 98 cc. Na Universidade de Cambridge, foi criada a primeira calculadora (EDSAC) capaz de armazenar dados no computador, por Maurice V. Wilkes. O divórcio de Ronald Reagan foi um marco em um país católico, preso às tradições do casamento. No México, Diego Rivera fazia exposição de suas obras no Instituto Nacional de Belas Artes. Neil Armstrong iniciava sua carreira como grande aviador norte-americano. Theodor Adorno publicava *Philosophie der Neuen Musik*. E *Hamlet* ganhava dois prêmios Oscar, incluindo melhor filme e melhor ator para Lawrence Olivier.

Esse foi o ano em que nasceu Antonio Fagundes, Paloma Picasso, Gloria Gaynor e Pedro Almodóvar. Nascia, ainda, Alex Vallauri, grande ícone do grafite paulista, com a série *Rainha do frango assado*. Morria Strauss. Além disso, foi criada a Otan e proclamada a república da Irlanda e a República Comunista da China, por Mao Tse-Tung. Jerusalém foi declarada como território internacional e não mais capital de Israel.

NUMERO 18
PAGINAS 2
CADERNOS



No Brasil, foi criada a UFMG e os restos mortais de Rui Barbosa foram trasladados para Salvador. No HC da FMUSP, foi realizada a primeira sessão de hemodiálise. Francisco Ciccilo Matarazzo Sobrinho e Franco Zampari fundaram a Companhia Cinematográfica Vera Cruz, o sonho do cinema brasileiro e paulista, inspirada no modelo de Hollywood e com mão de obra europeia. O grande filme da companhia foi *O cangaceiro*, de Lima Barreto. Lygia Fagundes Telles publicava *O cacto vermelho* e Clarice Lispector, *A cidade sitiada*. E, para não perder a tradição, o Tricolor foi campeão paulista.

Assim, em 2009, completamos as bodas de diamante da SBR. E, embora boda signifique a festa que celebra o aniversário de matrimônio, costumamos usá-la para celebrar uma união de sucesso, de comunhão entre os sócios. Na verdade, uma sociedade também pode ser considerada como um verdadeiro “casamento” entre seus associados. Originário da palavra grega “adamas”, o diamante significa força e eternidade. Reúne beleza, brilho, virtual indestrutibilidade e maleabilidade. Embora não usemos aliança, símbolo utilizado desde a civilização romana, o anel nas sociedades, como sinal de comprometimento, é representado pela cordialidade, cooperação e solidariedade entre nós, reumatologistas. Parabéns a todos pelos 60 anos de nossa Sociedade!

**Marcelo Pinheiro, Andréa Lomonte,
Renata Rosa e Sandra Watanabe**
Os Editores



O ULTRASSOM NAS ARTROPATIAS INFLAMATÓRIAS

DR. JOSÉ ALEXANDRE MENDONÇA⁽¹⁾, DRA. LISSIANE KARINE NORONHA GUEDES⁽²⁾, DRA. IÊDA MARIA MAGALHÃES LAURINDO⁽³⁾

1. Pontifícia Católica de Campinas e Universidade Estadual de Campinas
2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
3. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Recentemente, a ultrassonografia do sistema musculoesquelético vem sendo utilizada com maior frequência na propedêutica e acompanhamento de pacientes reumatológicos com artropatias inflamatórias, principalmente artrite reumatóide e espondiloartrites. Isso porque, avanços tecnológicos, como o aumento da frequência dos transdutores (> 10 MHz), presença de Power/Color Doppler (cujo valor prático é a detecção do aumento de perfusão tecidual) e programas de quantificação de efeito Doppler com composição de imagens, propiciaram acentuada melhora na qualidade e definição das imagens^(1,2,3,4,5).

Atualmente, já é possível a visualização de detalhes e estruturas com menos de 1 mm, o que facilita o diagnóstico precoce, a quantificação e a análise da evolução das sinovites, erosões e danos articulares durante o curso das artropatias inflamatórias (Figura 1).

A ultrassonografia articular é comprovadamente mais sensível que o exame físico para detectar sinovites, bem como mais do que a radiografia convencional para evidenciar erosões. É comparável à ressonância magnética (padrão ouro). Logo, tem utilidade marcante no diagnóstico precoce das artropatias inflamatórias, assim como na caracterização de doença erosiva. Por meio da ultrassonografia, diferentes articulações podem ser examinadas em

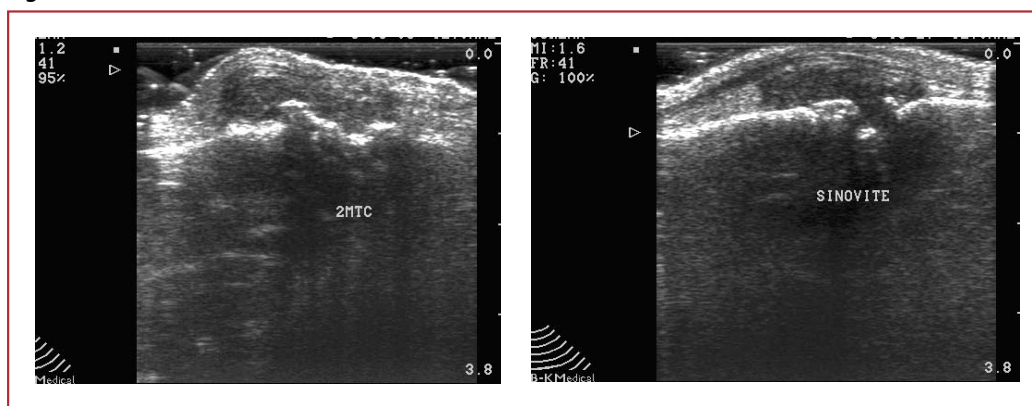
uma mesma sessão, possibilitando ainda uma avaliação dinâmica das estruturas articulares. Em pacientes com artrite reumatóide precoce, média de 5,5 meses, o ultrassom detecta 6,5 vezes mais erosões do que a radiografia, sendo as erosões vistas como defeitos da cortical obrigatoriamente em dois planos (transversal e longitudinal)^(7,8,9,10).

Além das erosões, a ultrassonografia pode detectar inflamação articular por vários métodos. Estes incluem o modo B (escala de cinza, que permite a observação do volume sinovial e derrame articular) e a presença do sinal de Power Doppler, que reflete fluxo sanguíneo em vasos de pequeno calibre (Figura 2).

O sinal Power Doppler tem sensibilidade e especificidade similar à ressonância magnética para detectar inflamação articular. E boa correspondência com o grau de inflamação na análise histológica sinovial concomitante realizada em alguns ensaios clínicos^(11,12).

Com o intuito de auxiliar no seguimento dos pacientes e avaliação de resposta terapêutica, a proliferação sinovial pode ser quantificada por técnicas semiquantitativas, como, por exemplo, através da escala de 0 a 3, onde: 0 = normal; 1 = grau leve; 2 = grau moderado; 3 = grau grave de espessamento sinovial. Essa classificação tem se demonstrado instrumento confiável na verificação de va-

Figura 1 – Erosões e sinovite.



riações em longo prazo, definindo diferentes graus de lesão na artrite reumatoide e artrite psoriásica⁽¹³⁾ (Figura 3).

Normalmente, ao descrevermos uma sinovite, sempre devemos acrescentar a presença ou não de sinal Doppler e em que escala (variável também de acordo com a por-

centagem da área articular com sinal). Essa quantificação, associada à da sinovite na escala de cinza, é importante para o acompanhamento e monitoração da eficácia terapêutica e já se mostrou comprovadamente útil na avaliação da resposta a diferentes tratamentos^(14,15, 16, 17,18).

Figura 2 – Inflamação e Power Doppler (DP).



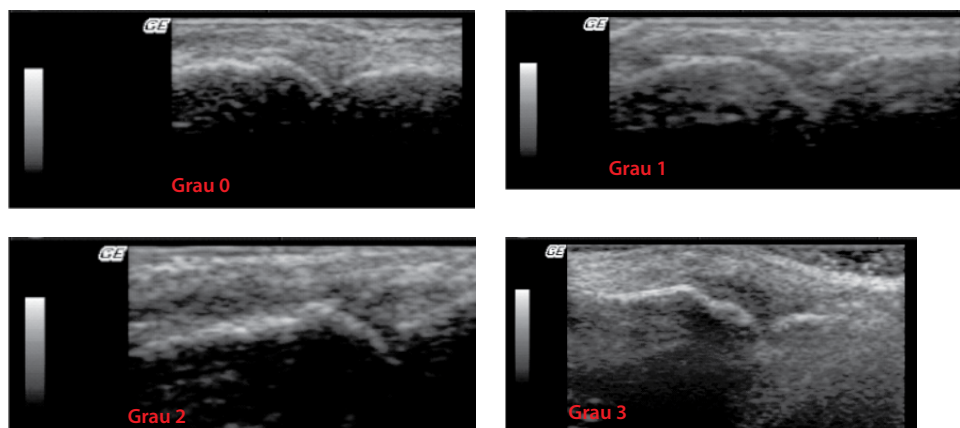
Visão longitudinal dorsal do punho em artrite reumatoide.

Visão longitudinal do calcâneo



Tendão de aquiles aumentado de espessura e erosão óssea em atividade inflamatória, caracterizando por Power Doppler positivo em entesite no paciente com psoríase.

Figura 3 – Quantificação sinovial pela escala de cinza.



A ultrassonografia também permite a avaliação de bursites, tenossinovites (muito prevalentes em pacientes com artrite reumatoide), bem como de integridade tendínea e entesopatias. É, até mesmo, mais sensível do que a avaliação clínica para detectar entesite nos pacientes com espondilite anquilosante⁽¹⁹⁾ e pode ser uma técnica sensível e quase específica para detectar calcificações de partes moles ou articulares⁽²⁰⁾.

Concluindo, a ultrassonografia já é reconhecida como instrumento útil na prática reumatológica, sensibilizando os tradicionais recursos de avaliação clínica dos pacientes. Facilita o reconhecimento precoce das artrites e permite a instituição mais precoce e a avaliação menos subjetiva da terapêutica.

Referências

- Filippucci E, Iagnocco A, Meenagh G, et al. Ultrasound imaging for the rheumatologist. *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24:1–5.
- Grassi W, Salaffi F, Filippucci E. Ultrasound in rheumatology. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19:467–485.
- Kane D, Bruyn G, Arnold E, Grassi W. A rheumatologist's perspective on musculoskeletal ultrasound in rheumatology: comment on the editorial by Roemer et al. *Arthritis Rheum* 2006; 55:341–342.
- Kane D, Grassi W, Sturrock R, Balint PV. Musculoskeletal ultrasound – a state of the art review in rheumatology. Part 2: clinical indications for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. *Rheumatology* 2004; 43:829–838.
- Grassi W, Filippucci E, Carotti M, Salaffi F. Imaging modalities for identifying the origin of regional musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17:17–32.
- Brown AK, O'Connor PJ, Roberts TE, et al. Recommendations for musculoskeletal ultrasonography by rheumatologists: setting global standards for best practice by expert consensus. *Arthritis Rheum* 2005; 53:83–92.
- Bresnihan B, Kane D. Sonography and subclinical synovitis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:333–334.
- Wakefield RJ, Green MJ, Marzo-Ortega H, et al. Should oligoarthritis be reclassified? Ultrasound reveals a high prevalence of subclinical disease. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:382–385.
- Wakefield RJ, Gibbon WW, Conaghan PG, et al. The value of sonography in the detection of bone erosions in patients with rheumatoid arthritis: a comparison with conventional radiography. *Arthritis Rheum* 2000; 43:2762–2770.
- Grassi W, Filippucci E, Farina A, et al. Ultrasonography in the evaluation of bone erosions. *Ann Rheum Dis* 2001; 60:98–103.
- Szkudlarek M, Court-Payen M, Strandberg C, Klarlund M, Klausen T, Østergaard M. Power Doppler ultrasonography for assessment of synovitis in the metacarpophalangeal joints of patients with rheumatoid arthritis. A comparison with dynamic magnetic resonance imaging. *Arthritis Rheum* 2001; 44:2018–23.
- Walther M, Harms H, Krenn V, Radke S, Faehndrich TP, Gohlke F. Correlation of power Doppler sonography with vascularity of synovial tissue of knee joint in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 331–38.
- Wakefield RJ, Balint PV, Szkudlarek M, et al. OMERACT 7 Special Interest Group. Musculoskeletal ultrasound including definitions for ultrasonographic pathology. *J Rheumatol* 2005; 32:2485–2487.
- Fiocco U, Ferro F, Vezzu M, et al. Rheumatoid and psoriatic knee synovitis: clinical, grey scale, and power Doppler ultrasound assessment of the response to etanercept. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:899–905.
- Taylor PC, Steuer A, Gruber J, et al. Comparison of ultrasonographic assessment of synovitis and joint vascularity with radiographic evaluation in a randomized, placebo-controlled study of infliximab therapy in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 50:1107–1116.
- Walther M, Harms H, Krenn V, Radke S, Faehndrich TP, Gohlke F. Correlation of power Doppler sonography with vascularity of the synovial tissue of the knee joint in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 44:331–8.
- Balint PV, Kane D, Wilson H, et al. Ultrasonography of enthesal insertions in the lower limb in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:905–910.
- Schmidt WA, Volker L, Zacher J, Schlafke M, Ruhnke M, Gromnica-Ihle E. Colour Doppler ultrasonography to detect pannus in knee joint synovitis. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18:439–44.
- Newman JS, Laing TJ, McCarthy CJ, Adler RS. Power Doppler sonography of synovitis: assessment of therapeutic response—preliminary observations. *Radiology* 1996; 198:582–4.
- Frediani B, Filippou G, Falsetti P, et al. Diagnosis of calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease: ultrasonographic criteria proposed. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:638–640.

83% dos pacientes tratados com leflunomida não necessitaram trocar o tratamento ou associar um agente biológico.²



*"A leflunomida foi recomendada em todos os estágios da doença para todos os graus de atividade e independente de prognósticos desfavoráveis."*³

Guidelines ACR 2008

Contra-indicado para mulheres grávidas.⁴

Pode ocorrer aumento das reações adversas quando associado a substâncias hepatotóxicas.⁴

Referências bibliográficas: 1) Sharp JT, *et al.* Treatment with leflunomide slows radiographic progression of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2000 Mar;43(3):495-505. 2) Carswell CL, *et al.* Management of rheumatoid arthritis: defining the role of leflunomide. *Dis Manage Health Outcomes.* 2003 Sep;11(11):745-65. 3) Saag KG, *et al.* American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism.* 2008; 59(6):762-84. 4) Bula do produto.

Informações resumidas do produto ARAVA® (leflunomida). **INDICAÇÕES:** em adultos para o tratamento de artrite reumatóide ativa, reduzindo os sinais e sintomas, inibindo a destruição das articulações e melhorando as funções físicas e de saúde relacionadas à qualidade de vida. ARAVA® (leflunomida) é também indicado para o tratamento da artrite psoriática ativa. **CONTRA-INDICAÇÕES:** em pacientes com hipersensibilidade à leflunomida ou a qualquer um dos componentes da fórmula; em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar e não estejam utilizando métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento ou que após o tratamento estejam com níveis plasmáticos do metabólito ativo acima de 0,02 mg/L. A possibilidade de gravidez deve ser excluída antes de se iniciar o tratamento. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** **Sistema Hepático:** a leflunomida deve ser utilizada com cautela em pacientes com função hepática prejudicada e seu uso é desaconselhado em pacientes com insuficiência hepática significativa ou doença hepática pré-existente. Deve-se monitorar os níveis de TGP antes do início do tratamento e no mínimo em intervalos mensais durante os 6 primeiros meses e, posteriormente, em intervalos de 6 a 8 semanas. Para elevações confirmadas de TGP entre 2 e 3 vezes o limite superior da normalidade (LSN), a dose de ARAVA® pode ser reduzida a critério médico, possibilitando a continuação do tratamento, desde que sob monitoração rigorosa. Se as elevações dos níveis de TGP persistirem, entre 2 a 3 vezes o LSN, ou ocorram elevações de TGP maiores que 3 vezes o LSN, deve-se interromper o seu uso. Deve ser administrado colestiramina ou carvão ativado para reduzir mais rapidamente os níveis de A771726. Foram relatados raros casos de dano hepático grave, e, em casos isolados com consequência fatal. **Sistema Imunológico e Hematopoiético:** em pacientes com anemia pré-existente, leucopenia e/ou trombocitopenia, bem como alteração da medula óssea ou com risco de supressão da medula óssea, o risco de reações hematológicas é aumentado. Antes do início do tratamento deve-se realizar hemograma completo, incluindo a contagem diferencial de leucócitos e plaquetas, bem como, mensalmente nos primeiros 6 meses de tratamento e posteriormente a cada 6-8 semanas. Os pacientes descritos abaixo devem ser submetidos à monitoração hematológica frequente: pacientes que receberam ou estejam recebendo tratamento com medicamentos imunossuppressores ou hematotóxicos e quando o tratamento com leflunomida for seguido por tais substâncias sem que se observe o período adequado de eliminação do mesmo; pacientes com histórico de alterações hematológicas importantes; pacientes com alterações hematológicas importantes no início do tratamento, sem relação causal com a doença artrítica. Seu uso é desaconselhável em pacientes com imunodeficiência grave (p/ex. AIDS), com alteração significativa da função da medula óssea e com infecções graves. Caso ocorra infecção grave, pode ser necessário interromper o tratamento com leflunomida e utilizar procedimentos de eliminação do fármaco. Recomenda-se monitorização cuidadosa de pacientes com reação de tuberculina positiva devido ao risco de reativação da tuberculose. **Sistema Respiratório:** Foi raramente relatada doença intersticial pulmonar durante tratamento com leflunomida (Vide item Reações Adversas). A doença intersticial pulmonar é um distúrbio potencialmente fatal, que pode ocorrer de forma aguda durante a terapia. Sintomas pulmonares, como tosse e dispnéia, podem ser motivos para a interrupção do tratamento e para investigações adicionais, se necessário. **Insuficiência Renal:** recomenda-se cautela no uso de leflunomida neste grupo de pacientes. **Pressão Arterial:** deve ser verificada antes do início e periodicamente durante o tratamento com leflunomida. **Uso em Homens:** as informações disponíveis não indicam nenhuma associação entre leflunomida e o aumento de risco de toxicidade fetal mediada pelo pai. Entretanto, não houve estudos em animais para avaliar especificamente este risco. Para minimizar os possíveis riscos, homens que desejam ter filhos devem considerar a interrupção do tratamento e a utilização do procedimento de eliminação da leflunomida. **Uso em mulheres com possibilidade de engravidar:** pode causar dano fetal em humanos devido à teratogenia. A eficácia dos contraceptivos orais não é garantida durante os procedimentos de eliminação. O uso de leflunomida é contra-indicado em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar e que não estejam utilizando métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento ou que após o tratamento estejam com níveis plasmáticos do metabólito ativo acima de 0,02 mg/L. A possibilidade de gravidez deve ser excluída antes de se iniciar o tratamento. A paciente deve ser informada que caso ocorra um atraso menstrual ou qualquer outra razão para se suspeitar de gravidez, deve notificar imediatamente o médico para que seja feito teste de gravidez. Em caso de resultados positivo, o médico e a paciente devem discutir juntos os riscos para a gravidez. É possível que a redução rápida do nível sanguíneo do metabólito ativo, através da aplicação do procedimento de eliminação da droga, logo no início do atraso menstrual, possa reduzir o risco de ARAVA® para o feto, se o procedimento for realizado logo após a constatação do atraso menstrual. **Processos de Eliminação do Fármaco:** 1) administrar 8 g de colestiramina, 3 vezes ao dia, durante 11 dias; ou 2) administrar 50 g de carvão ativado, 4 vezes ao dia, durante 11 dias. Em ambos os casos, a concentração plasmática do A771726 deve ser inferior a 0,02 mg/mL mediante 2 testes isolados, com pelo menos 14 dias de diferença. Concentrações inferiores a 0,02 mg/mL de metabólito ativo podem ser consideradas de risco mínimo. Sem a utilização do procedimento de eliminação do fármaco, podem ser necessários até 2 anos para que se alcance valores de concentrações plasmáticas inferiores a 0,02 mg/L devido às variações individuais nas taxas de depuração do fármaco. Contudo, mesmo após este período, é necessário verificar se os níveis de A771726 são inferiores a 0,02 mg/L através de 2 testes isolados com intervalo mínimo de 14 dias. **Gravidez:** ver o item Contra-Indicações. **Lactação:** estudos com animais indicam que a leflunomida e seus metabólitos são excretados no leite materno, não sendo conhecido entretanto, se sua excreção ocorre ou não em humanos. Portanto, não é recomendado que lactantes amamentem seus filhos durante o tratamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** pode ocorrer aumento das reações adversas quando do uso recente ou concomitante de leflunomida e substâncias hepatotóxicas (incluindo álcool), hematotóxicas ou imunossupressoras. Não existem dados clínicos disponíveis sobre a eficácia e segurança de vacinação durante o tratamento. É desaconselhada a utilização de vacinas ativas. Não foi observada interação farmacocinética entre leflunomida (20 mg/dia) e metotrexato (10 a 25 mg/semana). Não se demonstrou interação significativa entre leflunomida e cimetidina. Deve-se considerar o potencial de aumento dos níveis plasmáticos de leflunomida após administrações múltiplas em pacientes recebendo concomitantemente a rifampicina. Foram relatados casos de aumento do tempo de protrombina durante a administração concomitante de leflunomida e varfarina. Não foram observados problemas de segurança quando da administração concomitante de AINEs e leflunomida. O significado clínico em relação à fenitoína e à tolbutamida são desconhecidos. A administração de colestiramina ou carvão ativado provoca a diminuição rápida e significativa da concentração plasmática de A771726. A absorção da leflunomida não é afetada pelos alimentos. A administração concomitante de leflunomida com anti-maláricos comumente usados no tratamento de doenças reumáticas, ouro IM e/ou oral, D-penicilamina, azatioprina e outros medicamentos imunossuppressores (ciclosporina, metotrexato) não foi adequadamente estudada. **REAÇÕES ADVERSAS:** **Sistema Gastrointestinal e Fígado:** 1 a 10% podem apresentar diarreia, náusea, vômitos, anorexia, alterações da mucosa oral, dor abdominal e elevações das enzimas hepáticas; raramente pode ocorrer hepatite, icterícia/colestase; muito raramente pode ocorrer dano hepático grave, como insuficiência hepática e necrose hepática aguda, que pode ser fatal. Muito raramente pode ocorrer infecção severa e sepsis, que pode ser fatal. Pode ocorrer também pancreatite. **Sistema Cardiovascular:** elevação da pressão arterial. **Sistema Hematológico e Linfático:** leucopenia, anemia, trombocitopenia e eosinofilia. **Sistema Nervoso:** cefaleia, vertigem, parestesia, alteração do paladar e ansiedade. Muito raramente pode ocorrer neuropatia periférica. **Reações Alérgicas, Pele e Anexos:** prurido, eczema, pele ressecada, alopecia e urticária. Raramente reações anafilatóides graves, síndrome de Stevens-Johnson e necrose epidérmica tóxica. Muito raramente, pode ocorrer vasculite, incluindo vasculite cutânea necrotizante. **Outras Reações:** diminuição na concentração de ácido úrico, perda de peso, astenia, hipopotassemia, hiperlipidemia leve, tenossinovites, ruptura de tendão, alteração na contagem de espermatozoides (geralmente reversível), aumento da incidência de rinite, bronquite e pneumonia e aumento de risco de malignidade, particularmente alterações linfoproliferativas. Pelo fato de ter potencial imunossupressor, pode levar os pacientes a serem mais suscetíveis a infecções. Raramente podem ocorrer infecções severas e sepsis. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** **Dose de Ataque** (artrite reumatóide e artrite psoriática): recomenda-se 100 mg/dia, por 3 dias consecutivos. **Dose de manutenção** (artrite reumatóide e artrite psoriática): são recomendadas doses diárias de 20 mg. Doses superiores a 20 mg/dia não são recomendadas. Se a dose de 20 mg/dia não for clinicamente bem tolerada, a dose pode ser reduzida a critério médico. ARAVA® deve ser ingerido inteiro, com quantidade suficiente de líquido. **Uso Pediátrico:** ARAVA® não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, uma vez que a segurança e eficácia nestes grupos ainda não foram estabelecidas. Não é necessário ajuste de dose em pacientes acima de 65 anos de idade. **COMPOSIÇÃO e APRESENTAÇÕES:** Comprimidos de 20 mg (caixas com 30); cada comprimido contém 20 mg de leflunomida Comprimidos de 100 mg (caixas com 3); cada comprimido contém 100 mg de leflunomida. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Registro MS 1.1300.0264. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 18/05/2005. "Favor ler as informações completas do produto antes de prescrevê-lo". "A PERSISTEM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

LAVAGEM ARTICULAR EM OSTEOARTRITE DE JOELHOS: UM ESTUDO CONTROLADO RANDOMIZADO DUPLO-CEGO

LEANDRO PARMIGIANI

Orientador: Prof. Dr. Jamil Natour

Coorientadora: Dra. Rita N. V. Furtado

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Objetivo: comparar a efetividade e tolerância, em médio-prazo, entre a infiltração intra-articular (IIA) com hexacetonide de triancinolona (HT) associada à lavagem articular (LA) *versus* a IIA isolada de HT em pacientes com osteoartrite (OA) primária de joelhos. **Material e métodos:** foi realizado um estudo controlado, randômico, duplo-cego, em 60 pacientes com diagnóstico de OA primária de joelhos com dor em pelo menos um dos joelhos e índice de Kellgren Lawrence (KL) II e III, que foram divididos em dois grupos de intervenção: Grupo LA/HT: submetidos à LA com SF 0,9% (1000ml), finalizada pela introdução de HT 60 mg, e Grupo HT: submetidos apenas à simulação de LA finalizada pela IIA de HT 60 mg. Os pacientes foram avaliados durante 12 semanas em cinco tempos de avaliação (T0, T1, T4, T8 e T12 semanas) por um avaliador “cego” através dos seguintes instrumentos de avaliação: escala visual analógica (EVA) para dor em repouso e ao movimento, goniometria, índice de Womac, questionário funcional de Lequesne, tempo de caminhada de 50 pés, porcentagem subjetiva de melhora, escala visual analógica de melhora (Evam), segundo o paciente e segundo o avaliador, necessidade de anti-inflamatórios e analgésicos, número e tipo de efeitos colaterais locais.

Foi realizada subanálise estatística na amostra segundo a classificação radiográfica (KL II e KL III). Foi considerada uma significância estatística de 5%. **Resultados:** a média de idade foi de $63,7 \pm 8,59$ anos, média de tempo de doença de $5,69 \pm 5,01$ anos, proporção KL II/III de 33/27, dos quais 88,3% de mulheres e 48,3% de brancos. Apesar de ambos os grupos melhorarem estatisticamente na avaliação intragrupo, exceto para consumo de anti-inflamatório e Evam, segundo o paciente, não houve diferença estatística na avaliação intergrupo para todas as variáveis estudadas no período de 12 semanas. De acordo com a subanálise realizada, observou-se nos pacientes KL II, diferença estatística significativa a favor do grupo HT para a variável flexão articular ($p=0,03$) no T4. Para os pacientes KL III, observou-se diferença estatística significativa a favor do grupo LA/HT para as variáveis Lequesne ($p=0,021$) e Womac dor ($p=0,01$), assim como para a variável Evam, segundo paciente ($p=0,028$) e avaliador ($p=0,034$) no T8. **Conclusão:** a combinação de LA à IIA com HT se mostrou mais efetiva, em médio prazo, do que a IIA isolada com HT para o tratamento da OA primária de joelhos. Pacientes KL III parecem ter um benefício adicional com a associação da LA e HT.

AVALIAÇÃO DA DENSIDADE ÓSSEA E DO METABOLISMO MINERAL E ÓSSEO EM HOMENS COM HEPATITE C CRÔNICA NÃO TRATADOS

LUCIANA GERUSA SICILIANO ORSINI

Orientador: Prof^ª Dra. Vera L. Szejnfeld

Coorientador: Dr. Marcelo M. Pinheiro

Tese apresentada à Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM para obtenção de Título de Mestre em Ciências

Introdução/objetivos: apesar da elevada prevalência de hepatite C crônica (HCC), pouco se sabe sobre a densidade mineral óssea (DMO) e o metabolismo ósseo nos

indivíduos sem cirrose e não submetidos ao tratamento antiviral. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a DMO, bem como o metabolismo ósseo e a presença de

fraturas vertebrais nesta população, além de identificar fatores de risco associados. **Pacientes e métodos:** 60 homens com HCC, sem cirrose e não tratados, e 59 homens saudáveis com sorologia negativa para vírus C realizaram densitometria óssea de coluna lombar e fêmur proximal (DPX MD+, GE-Lunar), radiografia da coluna dorsal e lombar e dosagem sérica de marcadores do metabolismo mineral ósseo. Os grupos foram pareados para idade, peso e tabagismo atual. **Resultados:** a DMO do fêmur total foi significativamente menor nos pacientes com HCC ($p=0,04$) e o número de homens com mais de 50

anos com T-score dentro da normalidade foi menor neste grupo ($p=0,01$). O grau de inflamação hepática e fibrose, carga e genótipo virais não se correlacionaram com a densidade óssea nos homens com HCC. Os marcadores do metabolismo ósseo foram semelhantes nos dois grupos. O número de fraturas vertebrais observadas foi muito pequeno e podem ser justificadas pelos fatores de risco associados (consumo de álcool, tabagismo, insuficiência de vitamina D e baixa DMO). **Conclusões:** indivíduos com HCC sem cirrose e sem tratamento antiviral são de baixo risco para osteoporose e fraturas por fragilidade.

Publicações TOP 10

1. FUTUROS ALVOS TERAPÊUTICOS NA OSTEOPOROSE

Future therapeutic targets in Osteoporosis. Deal C. Curr Opin Rheumatol 2009; 21: 38-5

O objetivo desse artigo de revisão foi descrever novos agentes promissores no tratamento da osteoporose, bem como discutir o conceito de agente antirreabsorptivo ou anabólico, e descrever as vias com que estes afetam a remodelação óssea. Recentemente, diversos agentes antirreabsorptivos têm sido desenvolvidos, como o peptídeo *glucagon-like 2* (GLP-2), que é um polipeptídeo liberado pela mucosa intestinal após a ingestão alimentar. A remodelação óssea ocorre de acordo com o ritmo circadiano, aumentando à noite, durante o jejum. Observou-se que o tratamento com a GLP-2 *bedtime* ocasionou redução substancial da reabsorção óssea, não afetando a formação. Do mesmo modo, dois inibidores da catepsina K, balicatibe e odanacatibe, demonstraram importante redução dos marcadores de reabsorção e aumento da massa óssea. A catepsina K é uma protease expressa seletivamente pelos osteoclastos e necessária para a reabsorção da matriz óssea. Por outro lado, os agentes anabólicos agem principalmente estimulando a neoformação óssea. Dentre estes, destacou-se os anticorpos que atuam em moléculas envolvidas na sinalização da via Wnt (esclerostina e Dkk1), responsáveis pela regulação da transcrição gênica de proteínas importantes para a função osteoblástica. Por final, o artigo cita dois outros promissores agentes, o antagonista do receptor sensível de cálcio extracelular (CaSR) e a proteína de fusão do receptor activina II A, que demonstraram ação anabólica significativa nos primeiros estudos realizados em humanos.

2. LÚPUS E CÂNCER

Lupus and cancer. Gayed M, Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Clarke AE, Gordon C. Lupus 2009; 18: 479-85.

Diversos estudos demonstram a possível relação entre as doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES), e determinados tipos de câncer. A finalidade desse artigo foi revisar as evidências existentes dessa associação. Entre as neoplasias, destacam-se as malignidades hematológicas, especificamente o linfoma não-Hodking (LNH), que apresenta chance 3 a 4 vezes maior em lúpicos do que na população geral. A atividade da doença, caracterizada pela proliferação desordenada de linfócitos, foi uma das hipóteses consideradas para justificar o aumento da incidência observada nesses pacientes. Salientou-se, ainda, a importância da exposição aos imunossupressores. Alguns estudos mostraram aumento do risco de câncer de pulmão em pacientes com LES quando comparados com a população geral, sendo o tabagismo considerado importante preditor na maioria dos casos. A displasia cervical também é uma preocupação em mulheres com LES, especialmente aquelas em tratamento com imunossupressores.

3. EXPOSIÇÃO AO TABAGISMO MATERNO E A INCIDÊNCIA DE LES EM ESTUDO COORTE PROSPECTIVO

Exposure to maternal smoking and incident SLE in a prospective cohort study. Simard JF, Costenbader KH, Liang MH, Karlson EW, Mittelman MA. Lupus 2009; 18: 431-5.

O tabagismo é um fator de risco para o lúpus eritematoso sistêmico (LES). Em estudo recente, demonstrou-se que a

exposição à fumaça do cigarro no início da vida esteve relacionada ao maior risco de doenças reumáticas em crianças do sexo feminino. O objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre a exposição precoce aos produtos do tabaco e a incidência de LES em mulheres adultas. Participaram 93.054 mulheres do *Nurses' Health Study* (NHS) e 95.554 do NHS II, isentas do diagnóstico de LES no início do estudo, que forneceram informações referentes à exposição no período perinatal. Por meio de revisão sistemática, foram confirmados 236 casos de LES (142 NHS e 94 NHS II), baseando-se nos critérios do *American College of Rheumatology*. Foi utilizado o modelo de Cox estratificado com a finalidade de estimar a associação entre a exposição ao tabagismo e LES, pareados de acordo com a raça, peso ao nascimento, parto pré-termo e ocupação dos pais. Observou-se que o tabagismo materno não aumentou o risco de LES (RR = 0,9; 95% IC 0,6-1,4); assim como o tabagismo paterno durante a infância das participantes (RR = 1,0; 95% IC 0,8-1,3). Assim, a exposição precoce ao tabagismo, tanto por influência materna como paterna, não se correlacionou com aumento do risco de LES em mulheres na fase adulta.

4. BIOMARCADORES DE INFLAMAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE ARTRITE REUMATOIDE EM MULHERES DE DOIS ESTUDOS DE COORTE PROSPECTIVOS

Biomarkers of Inflammation and Development of Rheumatoid Arthritis in Women From Two Prospective Cohort Studies. Karlson EW, Chibnik LB, Tworoger SS, et al. *Arthritis Rheum* 2009; 60(3): 641-652.

Os autores avaliaram a presença de biomarcadores de atividade inflamatória e imunológica no soro de pacientes anos antes do desenvolvimento da artrite reumatoide (AR). As pacientes estudadas eram de três grandes coortes norte-americanas (*Nurses' Health Study* [NHS], NHS II e *Women's Health Study* [WHS]). Conjuntamente, foram acompanhadas mais de 90 mil mulheres por até 12 anos após a coleta de sangue. As amostras de sangue obtidas antes do início dos sintomas da AR foram selecionadas como casos incidentes de AR e 3 controles pareados por caso foram escolhidos de forma randômica. Foi feita a dosagem da IL-6, receptor II solúvel do fator de necrose tumoral (sTNF-RII) e PCR ultrasensível (PCRus). Foram identificados 93 casos incidentes de AR no estudo NHS e 77 no WHS, sendo o tempo médio entre a coleta de sangue e o início dos sintomas de 5,2 anos (0,3-12 anos). Os níveis de IL-6 e sTNF-RII foram significativamente mais altos nos casos de AR pré-clínica em comparação aos controles na coorte do NHS ($p=0,03$ e $p=0,003$, respectivamente), mas não no estudo WHS. A análise combinada das coortes mostrou associação significativa do sTNF-RII com AR (RR = 2; IC95% 1,1-3,6; $p=0,004$) e associação, apenas, modesta entre IL-6 e AR. Os autores concluem que níveis elevados de sTNF-RII podem ser encontrados vários anos antes no plasma de pacientes que virão a desenvolver AR.

5. ASSOCIAÇÕES FAMILIARES DE ARTRITE REUMATOIDE COM DOENÇAS AUTOIMUNES E CONDIÇÕES RELACIONADAS

Familial Associations of Rheumatoid Arthritis With Autoimmune Diseases and Related Conditions. Hemminki K, Li X, Sundquist J, et al. *Arthritis Rheum* 2009; 60(3): 661-668.

Os estudos que avaliam riscos familiares para uma determinada doença são usados para estimar a carga hereditária e indicar possíveis genes relacionados. O presente estudo avaliou a associação da artrite reumatoide (AR) com outras 33 doenças autoimunes e condições relacionadas, entre pais, filhos e irmãos. O registro de várias gerações de famílias suecas do Multigeneration Register in Sweden foi utilizado, e os dados sobre doenças autoimunes foram obtidos de registros de alta hospitalares. As taxas de incidência padronizadas (SIRs) foram calculadas como uma medida do risco relativo de AR nos membros da família. Uma estimativa do grau de contribuição ambiental foi obtida pela informação do risco entre esposos. De um total de 447.704 pacientes, 47.361 foram diagnosticados como AR. As SIRs para AR foram de 3,02 para filhos de pais com AR, 4,64 para irmãos, 6,48 para gêmeos e 1,17 para esposos. A SIR para AR foi de 9,31 quando o pai ou a mãe e um irmão apresentavam AR. Um risco significativamente maior para AR foi observado nos descendentes que apresentavam um dos pais com espondilite anquilosante (SIR 2,96), esclerose sistêmica forma localizada e sistêmica (SIR 2,4 e 1,65, respectivamente), lúpus eritematoso sistêmico (SIR 2,13), tireoidite de Hashimoto/hipotireoidismo (SIR 1,54), anemia perniciosa (SIR 1,53), sarcoidose (SIR 1,4), psoríase (SIR 1,36), granulomatose de Wegener (SIR 1,34) e asma ou polimialgia reumática (SIR 1,32). Dessa forma, o elevado risco familiar para AR nessa população sugere haver um extenso compartilhamento genético entre a AR e as doenças associadas.

6. EDEMA ÓSSEO À RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA É O MAIOR PREDITOR PARA PROGRESSÃO RADIOGRÁFICA SUBSEQUENTE NA ARTRITE REUMATOIDE INICIAL. RESULTADOS DE 2 ANOS DE UM ESTUDO CONTROLADO RANDOMIZADO (CIMESTRA)

MRI bone oedema is the strongest predictor of subsequent radiographic progression in early rheumatoid arthritis. Results from a 2-year randomised controlled trial (CIMESTRA). Hetland ML, Ejlertsen B, Horslev-Petersen K, et al. *Ann Rheum Dis* 2009; 68(3): 384-390.

O estudo Cimestra foi duplo-cego, randômico, para identificar os preditores de progressão radiográfica em dois anos em pacientes com AR inicial. Foram incluídos 130 pacientes com AR inicial, tratados com metotrexato, betametasona intra-articular e ciclosporina ou placebo de ciclosporina. Na avaliação inicial do estudo, foi feita ressonância nuclear magnética (RNM) do punho isoladamente (grupo "punho", $n=130$) ou do punho e das metacarpofalângicas (grupo "punho + MCFs", $n=89$), além de radiografia das mãos, punhos e

pés. Também foram avaliados DAS 28, tabagismo, presença de anti-CCP e epítipo compartilhado (SE) do HLA DRB1. Na avaliação inicial, a mediana do DAS 28 foi de 5,6 (2,4 a 8,0), positividade para anti-CCP em 61% e erosões radiográficas em 56%. Ao final de dois anos, a mediana do DAS 28 foi de 2,0 (0,5-5,7) e 56% dos pacientes estavam em remissão da doença, mas foi observada progressão radiográfica em 26% dos casos. O escore para edema ósseo à RNM foi o único preditor independente para progressão radiográfica pela avaliação de Sharp/Van der Heijde ($p < 0,001$). O escore para edema ósseo foi responsável por 41% da variação na progressão radiográfica para o grupo "punho + MCFs" e por 25% para o grupo "punho" isolado. O escore de sinovite e de erosão à RNM, DAS 28, anti-CCP, SE, tabagismo, idade e sexo não foram identificados como fatores de risco para progressão radiográfica nesse estudo.

7. EFEITO DO ÁCIDO HIALURÔNICO NA OSTEOARTRITE SINTOMÁTICA DE QUADRIL: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO, RANDOMIZADO E CONTROLADO POR PLACEBO

Effect of Hyaluronic Acid in Symptomatic Hip Osteoarthritis - A Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled Trial. Richette P, Ravaud P, Conrozier T, et al. *Arthritis Rheum* 2009; 60(3): 824-830.

O objetivo desse estudo multicêntrico, randômico, de grupos paralelos e controlado por placebo, foi avaliar a eficácia e segurança de uma única infiltração intra-articular (IA) de ácido hialurônico (HA) para o tratamento da osteoartrite (OA) de quadril. Pacientes com mais de 30 anos de idade, com OA sintomática de quadril (escore para dor acima de 40 mm em uma escala visual analógica, EVA), grau 2 ou 3 pela escala radiológica de Kellgren/ Lawrence, foram randomizados para receber uma infiltração intra-articular guiada por fluoroscopia de HA ou placebo. Os pacientes foram acompanhados por três meses e o objetivo principal era a avaliação da resposta ao tratamento pelo escore de dor. Foram incluídos 85 pacientes (42 no grupo HA e 43 no placebo). Ao final do estudo, a redução no escore de dor não diferiu entre os grupos HA e placebo (redução de $7,8 \pm 24,9$ mm no grupo HA e $9,1 \pm 27,4$ mm no placebo; $p=0,98$). As taxas de respondedores foram de 33,3% e 32,6% nos grupos HA e placebo, respectivamente ($p=0,94$). Não houve diferença entre os grupos em relação aos questionários de avaliação da OA, uso de medicações de resgate ou frequência de eventos adversos. Assim, esses achados sugerem que uma única infiltração intra-articular de HA não é mais eficaz do que o placebo no tratamento dos sintomas da OA de quadril.

8. EFEITOS DE UM PROGRAMA DE PROTEÇÃO ARTICULAR DE MÃOS COM O ACRÉSCIMO DE ÓRTESE E EXERCÍCIOS

Effects of a hand-joint protection programme with an addition of splinting and exercise. Boulstedt C, Nordenskiöld U, Nilsson AL. *Clinical Rheumatology* 2009; 28(7): 793-799

Quarenta e duas mulheres com rizoartrose foram divididas em dois grupos: controle (só com proteção articular) e grupo intervenção (proteção articular associadas à órteses diurnas/noturnas, calor local e exercícios domiciliares). Foram realizadas avaliações de dor, rigidez, força de preensão e incapacidade para atividades diárias, antes do tratamento, 1 semana e 1 ano após. O grupo submetido ao programa completo apresentou melhora em todos os parâmetros. No grupo controle houve diminuição da dor aos movimentos e melhora na realização das atividades diárias uma semana após o tratamento, mas não no seguimento após 12 meses. Esse estudo demonstrou que a associação do uso de órtese e realização de exercícios às orientações de proteção articular foi superior ao programa de proteção articular isoladamente.

9. ESPONDILITE ANQUILOSANTE E SEU IMPACTO SOBRE AS RELAÇÕES SEXUAIS

Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationship. Healey EL, Haywood KL, Jordan KP et al. *Rheumatology (Oxford)* 2009 Jun 17 [Epub ahead of print]

Nessa grande coorte britânica, 620 pacientes com espondilite anquilosante (EA) participaram da avaliação do impacto da doença sobre as relações sexuais, dos quais 71,6% eram homens, com média de idade de $50,8 \pm 12,2$ anos e duração média de doença de $17,3 \pm 11,7$ anos. Quase 40% dos pacientes relataram que a vida sexual era afetada, pelo menos moderadamente, pela EA. Os homens relataram maiores problemas sexuais com a progressão da idade. Depressão, pior função, maior atividade de doença e desemprego foram independentemente associados com o maior impacto nos relacionamentos sexuais.

10. UM PROGRAMA DE SEIS SEMANAS DE EXERCÍCIOS PARA MÃOS MELHORA A FORÇA E FUNÇÃO DAS MÃOS DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE

A six-week hand exercise programme improves strength and hand function in patients with rheumatoid arthritis. Brorsson S, Hilliges M, Sollerman C, Nilsson A. *J Rehabil Med* 2009; 41(5): 338-342

Os autores avaliaram a resposta clínica de 20 mulheres com artrite reumatoide, comparadas com 20 controles saudáveis, submetidas a um programa de exercícios para as mãos. Medidas para avaliação de força de flexão e extensão de dedos, teste funcional para habilidade de preensão e os questionários DASH e SF-36 foram aplicados 6 e 12 semanas após a intervenção. A avaliação da força muscular foi feita por meio de ultrassonografia do músculo extensor comum dos dedos. Os dois grupos melhoraram os parâmetros de força, função, DASH e aumentaram o diâmetro do músculo extensor comum dos dedos. No grupo AR estes resultados foram mais pronunciados após 12 semanas, demonstrando a efetividade destes exercícios nestes pacientes.

Artrófilo

CONGRESSO EUROPEU ANUAL DE REUMATOLOGIA



De 10 a 13 de junho de 2009 ocorreu, na charmosa cidade de Copenhague, Dinamarca, o Congresso Europeu Anual de Reumatologia (European League Against Rheumatism, Eular). A produção científica paulista se destacou na apresentação de 41 trabalhos, muitos realizados em cooperação com outros centros de estudos internacionais. Nessa edição, o Artrófilo traz o resumo do trabalho coordenado pela Dra. Bernadete Liphaus, do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, que foi aceito para apresentação oral no Congresso, além dos títulos dos demais trabalhos paulistas apresentados em forma de pôster, cujos resumos podem ser conferidos no site www.eular.org. Parabéns a todos pela excelente qualidade dos trabalhos!

[OP-0303] SOLUBLE CD14 IN SERA FROM PATIENTS WITH JUVENILE-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE)

B.L. Liphaus¹, S. Carrasco², M.B. Kiss¹, C.A. Silva¹, C. Goldenstein-Schainberg². ¹Pediatria, Instituto da Criança; ²Reumatologia, Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo

Introdução: o CD14 solúvel (CD14s) reflete a ativação do sistema monocítico/macrofágico. Os níveis plasmáticos de CD14s estão aumentados em algumas doenças infecciosas, incluindo sepse e doenças autoimunes sistêmicas.¹⁻³ No lúpus eritematoso sistêmico (LES) do adulto, a associação de níveis elevados de CD14s com a atividade da doença e a nefrite tem sido descrita.^{2,3} Dados sobre o LES juvenil (LESJ) mostraram um número aumentado de monócitos na urina de crianças com nefrite lúpica clinicamente ativa.⁴

Objetivos: medir os níveis de CD14s no soro de pacientes com LESJ e avaliar suas possíveis correlações com a nefrite lúpica e a atividade da doença. **Métodos:** os níveis séricos de CD14s foram avaliados em 34 pacientes com LESJ e comparados a 22 pacientes com artrite idiopática juvenil (AIJ), 10 com dermatomiosite juvenil (DMJ) e 24 voluntários sadios pareados para sexo e idade. Pacientes com suspeita de infecção foram excluídos. Trinta e dois pacientes com LESJ estavam em uso de prednisona oral (dose média de

21,6 ± 2,7mg/dia) e 14 em uso de outros imunossuppressores (IS). O escore Sledai, as frações C3 e C4 do complemento, a VHS e o anti-DNAn foram medidos. Amostras de todos os pacientes e dos indivíduos sadios foram analisadas em paralelo para a detecção de CD14s usando Elisa (Quantikine, R&D Systems, Mineapolis, MN). O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste de correlação de Spearman foram realizados (p<0,05). **Resultados:** a distribuição por sexo, idade, os números absolutos de monócitos periféricos e os níveis séricos de CD14s foram semelhantes nos grupos LESJ, AIJ, DMJ e nos voluntários sadios (p>0,05) (Tabela 1). Vinte e seis pacientes com LESJ com nefrite (2,17 ± 0,3mg/L), 6 com SLEDAI ≥ 10 (2,23 ± 0,3mg/L) e 14 com IS (2,2 ± 0,3 mg/L) apresentaram níveis de CD14s semelhantes aos controles. Nenhuma correlação dos níveis de CD14s foi demonstrada com o escore do SLEDAI (r=0,31), anti-DNAn sérico (r=0,19), VHS (r= 0,35), C3 (r=-0,02) e C4 (r= -0,06). **Conclusão:** esse foi o primeiro estudo a avaliar o CD14s em doenças reumáticas de início juvenil. Ao contrário dos dados de adultos, foram demonstrados níveis séricos semelhantes de CD14s no LESJ, AIJ, DMJ e em indivíduos sadios. Além disso, níveis semelhantes de CD14s, independentemente da presença de nefrite, maior atividade da doença ou uso de IS, indicam que mais estudos são necessários a fim de elucidar o papel dos monócitos no LESJ.

Tabela 1 – CD14 solúvel em crianças com doenças reumáticas.

	LESJ (n=34)	AIJ (n=22)	DMJ (n=10)	Controles sadios (n=24)
Distribuição por sexo (F:M)	28:6	12:10	4:6	15:9
Média de idade ± DP (anos)	13,9±3,2	12,8±4,2	9,3±3,1	11,6±5,3
Número médio de monócitos ± DP	468,1±342,6	361,1±137,3	500,3±231,6	338,9±137,1
Níveis médios de CD14s ± DP (mg/L)	2,16±0,3	1,97±0,4	2,20±0,3	2,09±0,3

Referências:

Antal-Szalmás P, et al. A Novel Flow Cytometric Assay to Quantify Soluble CD14 Concentration in Human Serum. *Cytometry* 2001; 45:115-23.

Nockher WA, et al. Elevated levels of soluble CD14 in serum of patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Immunol.* 1994; 96:15-19.

Egerer K, et al. Increased serum soluble CD14, ICAM-1 and E-selectin correlate with disease activity and prognosis in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2000; 9:614-21.

Kahn PJ et al. Monocytes in the urine of children with lupus: a potencial marker of active nephritis. *Arthritis Rheum* 2008; 58:S228.

[SAT0227] LIDOCAINE FOR THE TREATMENT OF SYSTEMIC SCLEROSIS – A RANDOMISED CLINICAL TRIAL

R. Riera, L.E.C. Andrade, A.W.S. Souza, C. Kayser, E.M. Yanagita, V.F.M. Trevi-sani. Programa de Pós-graduação em Medicina Interna e Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[SAT0298] DIFFERENCES ON CLINICAL EXPRESSION BETWEEN ANKYLOSING SPONDYLITIS PATIENTS FROM EUROPE AND LATIN-AMERICA

E. Muñoz-Gomariz¹, E. Collantes¹, P. Font¹, J. Mulero², X. Juanola³, P. Zarco⁴, B. Vander Cruyssen⁵, K. de Vlam⁶, A. Boonen⁷, A. Barcelos⁸, A. Berman⁹, J.A. Maldonado-Cocco¹⁰, P.D. Sampaio-Barros¹¹, C.R. Gonçalves¹², R. Saénz-Castro¹³, M.A. Gutiérrez¹⁴, R. Burgos-Vargas¹⁵, J.E. Chávez-Corralles¹⁶, D.R. Pal-leiro¹⁷, I.L. Stekman¹⁸, J. Vázquez-Mellado¹⁹. ¹Rheumatology Service, Reina Sofía University Hospital, Córdoba; ²Rheumatology Service, H. Puerta de Hierro, Madrid; ³Rheumatology Service, H. Bellvitge, Barcelona; ⁴Rheumatology Service, F.H. Alcorcón, Madrid, Spain; ⁵Rheumatology Service, Ghent UH, Gent; ⁶Rheumatology Service, Louvain UH, Leuven, Belgium; ⁷Rheumatology Service, Maastricht UH, Maastricht, Netherlands; ⁸Rheumatology Service, H Infante D. Pedro, Aveiro, Portugal; ⁹Rheumatology Service, H Angel Padilla, Tucumán; ¹⁰Rheumatology Service, IREP, Buenos Aires, Argentina; ¹¹Serviço de Reumatologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; ¹²Serviço de Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; ¹³Rheumatology Service, H. Rafael Calderón, San José, Costa Rica; ¹⁴Rheumatology Service, Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile, Chile; ¹⁵Rheumatology Service, HG México, México DF, Mexico; ¹⁶Rheumatology Service, HN Edgardo Rebagliati, Lima, Peru; ¹⁷Rheumatology Service, IN Reumatología, Montevideo, Uruguay; ¹⁸Rheumatology Service, HU Caracas, Caracas, Venezuela; ¹⁹Rheumatology Service, HG México, México DF, Mexico

[SAT0363] BONE MINERAL DENSITY AND BODY COMPOSITION IN POST-MENOPAUSAL WOMEN WITH PSORIASIS, PSORIATIC ARTHRITIS AND HEALTHY CONTROLS

P. Pedreira, M.M. Pinheiro, V.L. Szejnfeld. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[SAT0575-AHP] BODY IMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS

R. Jorge, C. Brumini, A. Jones, J. Natour. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[THU0575-AHP] POSTURAL CONTROL IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS

C.M. Carmo, R.R. Caffaro, R. Gonçalves, C.C.S. Sá, C. Boffino, R.P. Vilela, C. Tanaka. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo

[THU0579-AHP] EFFECT OF PERSONALIZED AND PRE-ESTABLISHED EXERCISE PROGRAMS ON PAIN, BALANCE AND MOBILITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND FOOT DEFORMITIES

C.M. Carmo¹, B.A. Rocha¹, F.P.S. Gualtieri¹, M.R. Ide², C. Fu¹, F.A. Caromano¹, C. Tanaka¹. ¹Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo; ²Departamento de Fisioterapia, Universidade do Oeste do Paraná, Catanduvas

[THU0580-AHP] FUNCTIONAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: INTERVENTION AND SHORT-TERM FOLLOW-UP

C.M. Carmo¹, C. Tanaka¹, C. Fu¹, F.A. Caromano¹, M.R. Ide². ¹Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo; ²Departamento de Fisioterapia, Universidade do Oeste do Paraná, Catanduvas

[SAT0312] DIFFERENTIAL FEATURES BETWEEN PURE ANKYLOSING SPONDYLITIS AND SPONDYLITIS ASSOCIATED TO PSORIATIC AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

J.A. Maldonado-Cocco¹, G. Citera¹, P. Arturi¹, J. Vázquez-Mellado², P. Sampaio-Barros³, D. Flores⁴, R. Burgos-Vargas⁵, H. Santos⁶, J. Chavez Corrales⁷,

D. Palleiro⁸, M. Gutierrez⁹, E. Sousa¹⁰, F. Pimentel¹¹, S. Paire¹², A. Berman¹³, M. Moreno¹⁴, E. Collantes-Estevez¹⁵. ¹Rheumatology, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina; ²Rheumatology, Hospital General de México, México, Mexico; ³Reumatología, Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil; ⁴Rheumatology, Hospital Universitario; ⁵Rheumatology, Hospital General de México, México, Mexico; ⁶Rheumatology, Instituto Portugues de Reumatologia, Lisboa, Portugal; ⁷Rheumatology, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Peru; ⁸Rheumatology, Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo, Uruguay; ⁹Rheumatology, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; ¹⁰Rheumatology, Hospital Santa María; ¹¹Rheumatology, Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal; ¹²Rheumatology, Hospital JM Cullen, Santa Fé; ¹³Rheumatology, Hospital Angel Padilla, Tucumán, Argentina; ¹⁴Rheumatology, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador; ¹⁵Rheumatology, Hospital Reina Sofía, Córdoba, Spain

[THU0524-AHP] RETROSPECTIVE ANALYSIS OF A CANADIAN RHEUMATOID ARTHRITIS REGISTRY: IMPROVEMENT IN PHYSICAL FUNCTION

B.M.K. Donato¹, P. Hines², G. L'Italien², C. Bourgault³, J. Zabransky⁴, L.M. Fanti⁵, F. Boulerice⁶. ¹Health Outcomes, Bristol-Myers Squibb, Wallingford; ²Health Outcomes, Bristol-Myers Squibb, Plainsboro, United States; ³Health Outcomes, Bristol-Myers Squibb, Montreal; ⁴Global Medical Affairs, Ingmar Strategies Inc, Ontario, Canada; ⁵Global Medical Affairs, Bristol-Myers Squibb, São Paulo, Brasil; ⁶Medical Affairs, Bristol-Myers Squibb, Montreal, Canadá

[THU0576-AHP] CHANGES IN POSTURAL CONTROL IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS BEFORE AND AFTER A BALANCE EXERCISE PROGRAM

C.M. Carmo, R.R. Caffaro, R. Gonçalves, R.P. Villela, C.C.S. Sá, C. Boffino, C. Tanaka. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo

[FRI0167] EFFICACY AND SAFETY OF VACCINATION IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS TREATED WITH METHOTREXATE: A SYSTEMATIC LITERATURE RESEARCH

B.A. Cruz¹, I.M.M. Laurindo², M.B. Bertolo³, R.D. Giorgi⁴, I.A. Pereira⁵. ¹Reumatologia, Instituto Biocor, Nova Lima; ²Reumatologia, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo; ³Reumatologia, Faculdade de Medicina, UNICAMP, Campinas; ⁴Reumatologia, Hospital do Servidor Público do Estado, São Paulo; ⁵Reumatologia, Faculdade de Medicina, UFSC, Florianópolis

[SAT0298] DIFFERENCES ON CLINICAL EXPRESSION BETWEEN ANKYLOSING SPONDYLITIS PATIENTS FROM EUROPE AND LATIN-AMERICA

E. Muñoz-Gomariz¹, E. Collantes¹, P. Font¹, J. Mulero², X. Juanola³, P. Zarco⁴, B. Vander Cruyssen⁵, K. de Vlam⁶, A. Boonen⁷, A. Barcelos⁸, A. Berman⁹, J.A. Maldonado-Cocco¹⁰, P.D. Sampaio-Barros¹¹, C.R. Gonçalves¹², R. Saénz-Castro¹³, M.A. Gutiérrez¹⁴, R. Burgos-Vargas¹⁵, J.E. Chávez-Corrales¹⁶, D.R. Palleiro¹⁷, I.L. Stekman¹⁸, J. Vázquez-Mellado¹⁹. ¹Rheumatology Service, Reina Sofía University Hospital, Córdoba; ²Rheumatology Service, H. Puerta de Hierro, Madrid; ³Rheumatology Service, H. Bellvitge, Barcelona; ⁴Rheumatology Service, F.H. Alcorcón, Madrid, Spain; ⁵Rheumatology Service, Ghent UH, Gent; ⁶Rheumatology Service, Louvain UH, Leuven, Belgium; ⁷Rheumatology Service, Maastricht UH, Maastricht, Netherlands; ⁸Rheumatology Service, H. Infante D. Pedro, Aveiro, Portugal; ⁹Rheumatology Service, H. Angel Padilla, Tucumán; ¹⁰Rheumatology Service, IREP, Buenos Aires, Argentina; ¹¹Reumatologia, Universidade Estadual de Cam-

pinas, Campinas; ¹²Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; ¹³Rheumatology Service, H. Rafael Calderón, San José, Costa Rica; ¹⁴Rheumatology Service, Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile, Chile; ¹⁵Rheumatology Service, HG México, México DF, Mexico; ¹⁶Rheumatology Service, HN Edgardo Rebagliati, Lima, Peru; ¹⁷Rheumatology Service, IN Reumatología, Montevideo, Uruguay; ¹⁸Rheumatology Service, HU Caracas, Caracas, Venezuela; ¹⁹Rheumatology Service, HG México, México DF, México

[SAT0311] SEVERE ANKYLOSING SPONDYLITIS. FREQUENCY AND ASSOCIATED DATA AT ONSET

J. Vázquez-Mellado¹, P. Font², P. Sampaio-Barros³, A. Berman⁴, M. Gutierrez⁵, I. Stekman⁶, J. Chavez⁷, D. Palleiro⁸, A. Barcelos⁹, R. Saenz¹⁰, M. Moreno¹¹, C.R. Gonçalves¹², G. Citera¹³, J.A. Braga¹⁴, J. Casasola¹⁵, J. Saavedra¹⁶, A.C. Ximenes¹⁶, R. Burgos-Vargas¹, E. Collantes Estevez², on behalf of RESPONDIA Group. ¹Reumatología, Hospital General de México, México city, Mexico; ²Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Spain; ³Reumatologia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brasil; ⁴Reumatología, Hospital Angel Padilla, Tucumán, Argentina; ⁵Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; ⁶Reumatología, Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela; ⁷Reumatología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ES-SALUD, Lima, Peru; ⁸Reumatología, Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo, Uruguay; ⁹Reumatología, Hospital Infante D. Pedro Aveiro, Portugal; ¹⁰Reumatología, Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica; ¹¹Reumatología, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador; ¹²Reumatologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brazil; ¹³Reumatología, IREP, Buenos Aires, Argentina; ¹⁴Reumatologia, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil; ¹⁵Reumatología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile; ¹⁶Reumatologia, Hospital Geral de Goiânia (HGG), Goiânia, Brasil

[SAT0312] DIFFERENTIAL FEATURES BETWEEN PURE ANKYLOSING SPONDYLITIS AND SPONDYLITIS ASSOCIATED TO PSORIATIC AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

J.A. Maldonado-Cocco¹, G. Citera¹, P. Arturi¹, J. Vázquez-Mellado², P. Sampaio-Barros³, D. Flores⁴, R. Burgos-Vargas⁵, H. Santos⁶, J. Chavez Corrales⁷, D. Palleiro⁸, M. Gutierrez⁹, E. Sousa¹⁰, F. Pimentel¹¹, S. Paire¹², A. Berman¹³, M. Moreno¹⁴, E. Collantes-Estevez¹⁵. ¹Rheumatology, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina; ²Rheumatology, Hospital General de México, México, Mexico; ³Reumatologia, Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil; ⁴Rheumatology, Hospital Universitario; ⁵Rheumatology, Hospital General de México, México, Mexico; ⁶Rheumatology, Instituto Portugues de Reumatologia, Lisboa, Portugal; ⁷Rheumatology, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Peru; ⁸Rheumatology, Instituto Nacional de Reumatologia, Montevideo, Uruguay; ⁹Rheumatology, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; ¹⁰Rheumatology, Hospital Santa María; ¹¹Rheumatology, Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal; ¹²Rheumatology, Hospital JM Cullen, Santa Fé; ¹³Rheumatology, Hospital Angel Padilla, Tucumán, Argentina; ¹⁴Rheumatology, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador; ¹⁵Rheumatology, Hospital Reina Sofía, Córdoba, Spain

[THU0088] CHONDROGENESIS DIFFERENTIATION OF MESENCHYMAL STEM CELLS FROM HUMAN UMBILICAL CORD BLOOD WITH TGF BETA 3 AND IGF-1

C.S. Mara, A.R. Sartori, A.S. Duarte, A.C. Luzo, A.M. Samara, I.B. Coimbra. Laboratório de Biologia Molecular da Cartilagem – Medicina Interna, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas

[THU0558] IMPACT OF ANTHROPOMETRIC VARIABLES IN BONE DENSITOMETRY IN A SAMPLE OF 10,060 BRAZILIAN PATIENTS

R. Savastano¹, W.M.M. Menezes¹, J.A. Mendonça², J.F. Marques Neto³. ¹Radiologia, Universidade Estadual de Campinas; ²Reumatologia e Medicina Interna, Pontifícia Universidade Católica de Campinas; ³Reumatologia e Medicina Interna, Universidade Estadual de Campinas, Campinas

[SAT0235] TREATMENT OF ISCHEMIC ULCERS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS USING CALCIUM ALGINATE AND COLLAGEN BANDAGES: A RANDOMIZED, CONTROLLED STUDY

S.R. Toffolo, R.N.V. Furtado, A. Klein, S. Watanabe, L.E.C. Andrade, J. Natour. Disciplina de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[FRI0123] SUBSTANTIAL IMPAIRMENT OF FUNCTIONAL CAPACITY AND QUALITY OF LIFE ARE DISSOCIATED FROM AUTOANTIBODY POSITIVITY AND PROGNOSIS IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS (ERA)

L.M.H. Mota¹, L.L. Santos-Neto¹, R. Burlingame², A. Seaman², I.M.M. Laurindo³. ¹Serviço de Reumatologia, Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília, Brasília, Brasil; ²Inova, Diagnostics, San Diego, Estados Unidos; ³Serviço de Reumatologia, Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, São Paulo

[SAT0507] ORGAN-SPECIFIC AUTOIMMUNITY IN PATIENTS WITH JUVENILE DERMATOMYOSITIS AND JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

N.E. Aikawa¹, C.A. Silva¹, A.A. Jesus¹, B.L. Liphaus¹, M. Carneiro-Sampaio², A.M. Sallum¹. ¹Unidade de Reumatologia Pediátrica; ²Unidade de Imunologia Pediátrica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

[THU0407] COMPARISON OF CLINICAL FEATURES AND OUTCOMES BETWEEN EUROPEAN AND LATIN AMERICAN PATIENTS WITH JUVENILE DERMATOMYOSITIS

C. Ferrari¹, L. Trail², C. Pilkington³, S. Maillard³, S.K. Oliveira⁴, F. Sztainbock⁴, R. Cuttica⁵, M. Beltramelli⁶, F. Corona⁶, M.M. Katsicas⁵, R. Russo⁵, V. Ferriani⁷, R. B-Vargas⁸, S. M-Manzoni⁹, E. S-Vallejo⁸, M. Bandeira¹⁰, F. Zulian¹¹, V. Baca⁸, E. Cortis¹², F. Falcini¹³, M. Alessio¹⁴, M. Alpigiani², V. Gerloni⁶, C. S-Magalhaes¹⁵, R. Podda¹⁶, C.A. Silva¹⁷, L. Lepore¹⁸, R. Barcellona¹⁹, L. Breda²⁰, R. Cimaz¹³, R. Gallizzi²¹, F. Garofalo²², A. Meini²³, A. Stabile¹², M. Garozzo²⁴, A. Martini²⁵, A. Ravelli²⁵. ¹IRCCS G Gaslini, Genova; ²Genoa, Italy; ³London, United Kingdom; ⁴Rio de Janeiro, Brasil; ⁵BAires, Argentina; ⁶Milano, Italy; ⁷Ribeirão Preto, Brasil; ⁸D.F. Mexico; ⁹Pavia, Italy; ¹⁰Curitiba, Brazil; ¹¹Padova; ¹²Roma; ¹³Firenze; ¹⁴Napoli, Italy; ¹⁵Botucatu, Brasil; ¹⁶Cagliari, Italy; ¹⁷São Paulo, Brasil; ¹⁸Trieste; ¹⁹Palermo; ²⁰Chieti; ²¹Messina; ²²Torino; ²³Brescia; ²⁴Catania; ²⁵Gaslini, Genoa, Italy

[FRI0295] MONOCYTE CHEMOATTRACTANT-1 (MCP-1) AS A URINARY BIOMARKER FOR THE DIAGNOSIS OF ACTIVITY OF LUPUS NEPHRITIS IN BRAZILIAN PATIENTS

R.F. Rosa¹, K. Takei², N.C. Araujo¹, S.A. Loduca¹, J.C.M. Szajubok¹, W.H. Chahade¹. ¹Reumatologia; ²Imunologia, Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo

[THU0314] AUTOLOGOUS HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION FOR SYSTEMIC SCLEROSIS: BRAZILIAN EXPERIENCE

D.A. Moraes, M.C.B. Oliveira, A.B.P. Stracieri, F. Pieroni, G.N. Barros, M.I.A. Madeira, B.P. Simões, J.C. Voltarelli. Clínica Médica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

[FRI0474] INFLIXIMAB INFUSION- RELATED REACTIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – A MULTICENTER STUDY

C.M.P. Barbosa¹, M.R.A. Terreri¹, T.C. Castro¹, S.K. Oliveira², B.R. Bica³, S.B. Sacchetti⁴, P. Romanelli⁵, M.O.E. Hilário¹. ¹Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; ²Departamento de Pediatria; ³Unidade de Medicina do Adolescente, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; ⁴Departamento de Pediatria, Santa Casa de São Paulo; ⁵Departamento de Pediatria, Hospital Infantil Menino Jesus, São Paulo

[FRI0475] INADEQUACY OF FOOD INTAKE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH COLLAGEN DISEASES

T. Ortiz, M. Caetano, S. Silva, R.O.S. Sarni, M.R.A. Terreri, M.O.E. Hilário. Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[SAT0564] IMPACT OF REGULAR PHYSICAL ACTIVITY IN MUSCLE STRENGTH, QUALITY OF LIFE AND ACTIVITY OF DISEASE ON SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

M.I. Abrahão¹, M.S. Peccin², R. Montenegro-Rodrigues¹, V.M. Trevisani³. ¹Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Ambulatório de Especialidades Médicas de Interlagos - Hospital Geral do Grajaú - ACSC; ²Departamento de Medicina Interna, Universidade Federal de São Paulo; ³Departamento de Reumatologia, Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo

[THU0310] GLOBAL GONAD EVALUATION IN MALE IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHY

A.J. Moraes¹, E. Bonfa², C. Borges², M.O. Hilario³, M. Ronchezell⁴, O. Saito⁵, M. Cocuzza⁶, C.A. Silva¹. ¹Unidade de Reumatologia Pediátrica; ²Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; ³Unidade de Reumatologia Pediátrica, Universidade Federal de São Paulo; ⁴Unidade de Reumatologia Pediátrica, Santa Casa de São Paulo; ⁵Divisão de Radiologia; ⁶Divisão de Urologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

[FRI0224] DIFFERENTIAL GENE EXPRESSION OF RESPONDERS AND NONRESPONDERS TO ANTI-TNFALPHA THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITIS

R.D.R. Oliveira¹, V. Fontana², C.M. Junta², D.M. Rassi¹, M.M. Marques², C. Macedo², E.A. Donadi¹, G.A.S. Passos², P. Louzada-Junior¹. ¹Medicina Interna; ²Genética, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

[FRI0388] DIACEREIN FOR OSTEOARTHRITIS

T.S.A. Fidelix, V.F.M. Trevisani. Centro Cochrane Brasileiro, UNIFESP, São Paulo

[SAT0508] DIFFERENTIATION OF CHILDHOOD ACUTE LYMPHOCITIC LEUKEMIA FROM SYSTEMIC ONSET JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

N.E. Aikawa¹, M.S. Tamashiro², L.M.A. Campos¹, L.M. Cristofani², V. Odone-Filho², C.A. Silva¹. ¹Unidade de Reumatologia Pediátrica; ²Unidade de Oncologia Pediátrica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

[SAT0545] DETECTION OF OSTEONECROSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTOIMMUNE DISEASES THROUGH MAGNETIC RESONANCE

T.M. Castro¹, H.M. Lederman², M.T.A. Terreri¹, W.I. Caldana², S.C. Kaste³, M.O.E. Hilário¹. ¹Pediatria; ²Diagnóstico por Imagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; ³Radiological Sciences, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Estados Unidos

[FRI0297] CEREBRAL VOLUMETRY AND BRAIN ATROPHY PREDICTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PRESENTING OR NOT NEUROPSYCHIATRIC INVOLVEMENT

R. Oliveira¹, A.C. Santos², L. Wichert-Ana², M.S. Carlos¹, P. Louzada-Junior¹. ¹Disciplina de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica; ²Centro de Ciências das Imagens e Física Médica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

[SAT0453] CAN DAS28 BE USED TO MEASURE DISEASE ACTIVITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND CONCOMITANT FIBROMYALGIA?

H. Mäkinen¹, Y. Yazici², M. Cutolo³, J.W.G. Jacobs⁴, I. Laurindo⁵, F. Airton Rocha⁶, M. Hetland⁷, B. Combe⁸, J. Sibilia⁹, A. Tsirogianni¹⁰, S. Pandya¹¹, W. Fukuda¹², A. Baranaukaite¹³, M. Hoekstra¹⁴, H. Kjelberg¹⁵, W. Romanowski¹⁶, W. Tlustochowicz¹⁷, A. Stankovic¹⁸, N. Chichasova¹⁹, M. Belmonte²⁰, E. Baecklund²¹, D. Henrohn²², T. Sokka²³. ¹Rheumatology, Tampere University Hospital, Tampere, Finland; ²Rheumatology, New York University Hospital for Joint Diseases, New York, United States; ³Rheumatology, University of Genova, Genova, Italy; ⁴Rheumatology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands; ⁵Reumatologia, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo; ⁶Reumatologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil; ⁷Rheumatology, Copenhagen Univ Hospital at Hvidovre, Hvidovre, Denmark; ⁸Rheumatology, Hôpital Lapeyronie, Montpellier; ⁹Rheumatology, Hôpital Hautepierre, Strasbourg, France; ¹⁰Rheumatology, School of Medicine, National University of Athens, Greece; ¹¹Rheumatology, Vedanta Institute of medical Sciences, Ahmedabad, India; ¹²Rheumatology, Kyoto First Red Cross Hospital, Kyoto, Japan; ¹³Rheumatology, Kaunas University Hospital, Kaunas, Lithuania; ¹⁴Rheumatology, Medisch Spectrum Twente, Enschede, Netherlands; ¹⁵Rheumatology, Sørlandet Hospital, Kristiansand, Norway; ¹⁶Rheumatology, Poznan Rheumatology Center in Srem, Srem; ¹⁷Rheumatology, Military Institute of Medicine, Warsaw, Poland; ¹⁸Rheumatology, Rheumatology Institut, Niska Banja, Serbia; ¹⁹Rheumatology, Moscow Medical Academy, Moscow, Russian Federation; ²⁰Rheumatology, Hospital General de Castellón, Castellón, Spain; ²¹Rheumatology, Uppsala University Hospital, Uppsala, Sweden; ²²Rheumatology, Uppsala University Hospital, Genova, Italy; ²³Medicine, Jyväskylä Central Hospital, Jyväskylä, Finland

[FRI0094] TARGETING GASTRIN-RELEASING PEPTIDE IN COLLAGEN-INDUCED ARTHRITIS WITH RC-3095

P.G. Oliveira¹, L.G. Pinto², R. Grespan², R. Roesler³, G. Schwartzmann⁴, F.Q. Cunha², J.C.T. Brenol¹, R.M. Xavier¹. ¹Reumatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre; ²Farmacologia, USP-RP, Ribeirão Preto; ³ICBS, UFRGS; ⁴Oncologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre

[SAT0384] TERIPARATIDE FOR TREATING POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS: SYSTEMATIC REVIEW

V.F.M. Trevisani, R. Riera, A.M. Imoto, H. Saconato, A.N. Atallah. Programa de Pós-graduação em Medicina Interna - Centro Cochrane do Brasil, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[SAT0544] THE COMPARISON OF ROUTINE AND WHOLE-BODY TECHNIQUE MAGNETIC RESONANCE IN EARLY DIAGNOSIS OF OSTEONECROSIS IN ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

T.M. Castro¹, H.M. Lederman², M.T.A. Terreri¹, W.I. Caldana², S.C. Kaste³, M.O.E. Hilário¹. ¹Pediatria; ²Diagnóstico por Imagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; ³Radiological Sciences, St. Jude Children's Research Hospital, Memphis, Estados Unidos

[THU0509] ASSOCIATION BETWEEN CLINICAL AND ULTRASOUND FINDINGS IN METACARPALPHALANGEAL JOINTS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

K.R. Luz, G. Sant'ana, R. Furtado, J. Natour. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[FRI0473] PROSPECTIVE EVALUATION BY NAILFOLD CAPILLAROSCOPY (NFC) OF RAYNAUD'S PHENOMENON IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

D.G. Petry, M.R.A. Terreri, N.S. Carvalho, C.M.P. Barbosa, C.A. Len, M.O.E. Hilário. Departamento de Pediatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[FRI0476] ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS, BODY COMPOSITION AND BONE MINERAL DENSITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH COLLAGEN DISEASES

M. Caetano¹, T. Ortiz¹, M.R.A. Terreri¹, M.M. Pinheiro², R.O.S. Sarni¹, M.E. Hilário¹. ¹Departamento de Pediatria; ²Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[SAT0495] ACUPUNCTURE FOR ACUTE NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN: A RANDOMIZED CONTROLLED PLACEBO TRIAL

T.M. Hasegawa¹, A.S. Baptista¹, A.M. Yoshizumi², J. Natour¹. ¹Reumatologia; ²Acupuntura, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

[THU0379] ANTI-C1Q ANTIBODIES IN JUVENILE-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

A.A. Jesus¹, C.A. Silva¹, M. Carneiro-Sampaio¹, M. Sheinberg², C.P. Mangueira², S.K. Marie³, B.L. Liphaut¹. ¹Pediatria, Unidade de Reumatologia Pediátrica; ²Reumatologia, Hospital Albert Einstein; ³Neurologia, Universidade de São Paulo, São Paulo

Hospital-Dia

Infraestrutura completa para a infusão de medicamentos endovenosos

No Fleury Hospital-Dia é possível realizar desde a aplicação das mais tradicionais drogas empregadas para tratamento de **doenças autoimunes inflamatórias** (metilprednisolona e ciclofosfamida) até as mais novas (abatacept, infliximabe e rituximabe). Também podem ser aplicados de forma segura e confortável o ácido zoledrônico e a imunoglobina. Tudo isso em ambiente adequado e apartamento individual.

Outro diferencial é que **você pode optar por acompanhar o seu paciente durante a infusão ou contar com uma equipe médica especializada** em Reumatologia para assisti-lo durante todo o procedimento. Além disso, você conta com agilidade de agendamento, flexibilidade de horários, plantão médico 24 horas e cobertura dos melhores planos de saúde.

Para agendar, ligue (11) 5014-4500 | 5014-4557



Dia do Médico

O quadro de Sir Samuel Luke Fields (1844-1927), *O doutor* (1891), pertencente ao acervo da Tate Gallery de Londres, por longos anos permaneceu pendurado na sala de espera dos médicos antigos.

"A tela mostra uma menina doente, deitada em sua cama, com os olhos fechados. Ao seu lado, uma figura estranha ao ambiente familiar, um médico, a observa atentamente, preocupado e pensativo. Ambos iluminados pela luz de um lampião. Num dos cantos do quarto, à penumbra, os pais. O pai é a própria imagem da aflição. A mãe, sentada, como que orando, com a cabeça encostada sobre a mesa. Nada podem fazer e nada sabem fazer, senão esperar e confiar. Tudo mergulhado na sombra, exceto o lugar central, iluminado pela luz de um lampião. Mas a luz é inútil. O lugar mais iluminado é o mais obscuro: uma menina doente..."

Quem tem por ofício cuidar das pessoas sabe bem do que estamos falando.

O doutor é um dos mais belos quadros que têm médicos como tema. Sir Luke Fields pintou o quadro atendendo a um pedido da rainha Vitória da Inglaterra. Ao retratar a criança enferma, inspirou-se no drama que viveu com o falecimento de seu filho no dia de Natal de 1877. Na verdade, o quadro foi uma homenagem do pintor ao médico que assistiu seu filho na hora da morte.

Rubem Alves, poeta e filósofo, autor do texto, compara a figura desse médico à de um cavaleiro solitário que vai lutar sozinho contra a morte:

"O médico medita. Seu cotovelo se apoia sobre os joelhos, seu queixo se apoia sobre a mão. Não medita sobre o que fazer. As poções sobre a mesinha revelam que o que podia ser feito já foi feito. A sua presença meditativa acontece depois de esgotados o seu saber e o seu poder. Bem que poderia retirar-se, pois que ele já fez o que podia fazer, mas não. Ele permanece. Espera. Convive com a sua impotência. Talvez esteja silenciosamente pedindo perdão por ser assim tão fraco, tão impotente, diante da morte e talvez a sua espera meditativa seja uma confissão – também eu estou sofrendo!..."

O poeta confessa que toda vez que frequentava o consultório de seu médico quando criança, ficava olhando longamente para aquela linda tela e pensava, desejando ardentemente, ser médico um dia, assim como aquele cavaleiro solitário. É possível que esse médico, o cavaleiro solitário, não mais exista ou que os últimos estejam nos deixando. Mas é esta imagem, o arquétipo do médico ideal e virtuoso, que nos vem ao pensamento quando adoecemos e precisamos de cuidados.

Nós médicos, também. Porque também adoecemos! E é desse médico, cavaleiro solitário, que precisamos também e a quem nos entregamos de corpo e alma quando pacientes. Nem que seja só para que aperte nossas mãos entre as suas, transmitindo calor, carinho e segurança, compartilhando nosso sofrimento e vulnerabilidade.



Ética

O mundo mudou, a medicina mudou, os médicos mudaram. Temos, hoje, uma equipe multi-profissional que nos apoia eficientemente. Atendemos em clínicas e hospitais equipados e modernos. A tecnologia e os avanços na área médica podem sustentar nossa vida, muitas vezes já sem vida, por longos períodos em nossas fantásticas unidades de terapia intensiva.

Hoje o quadro já não se encontra mais nas salas de espera dos consultórios médicos. Tudo parece ter mudado; entretanto, a figura do médico cavaleiro solitário, e solidário, que inspirou o menino Rubem e todos nós médicos quando jovens, não pode e não deve morrer nunca!

José Marques Filho

Reumatologista – membro da Comissão de Ética da SPR e SBR.

18 de outubro
dia do médico





Disciplina de Reumatologia da Divisão de Imunologia Clínica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Raio X

"Por que Imunologia Clínica? Até 1974, apenas uma pequena parte da matéria doutrinária que atualmente se inclui nessa disciplina era ministrada aos alunos do curso de Medicina. Entretanto, reconhecia-se que a Imunologia não podia mais ser encarada exclusivamente como uma ferramenta (aplicável como técnica de diagnósticos sorológicos) colaboradora de outras disciplinas como Microbiologia e Patologia. Em outras palavras, já tinha alcançado o "status" próprio como fenômeno biológico, constituindo-se na base científica comum na fisiopatologia das doenças autoimunes (aqui se inserindo a maioria das doenças reumáticas), doenças de hipersensibilidade e imunodeficiências. Assim, era natural organizar uma disciplina dirigida aos problemas dos pacientes com alterações da resposta imunológica"

[Prof. Dr. Ivan Fiore de Carvalho, excerto do Editorial da *Revista Medicina*, 1995, referente aos 20 anos da Divisão de Imunologia Clínica.]

Em 1975, foram iniciadas as atividades de ensino na graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, organizadas pelos professores Ivan Fiore de Carvalho, Willy Sarti e Júlio César Voltarelli. Em 1978, iniciou-se a formação dos ambulatórios de doenças reumáticas, colagenoses, asma brônquica, rinite alérgica, além da criação de seis leitos de enfermaria no HC e de laboratórios para a realização dos exames subsidiários para o diagnóstico de doenças autoimunes. Em 1986, o corpo docente foi ampliado com a contratação do Prof. Dr. Eduardo Antônio Donadi, responsável pela implantação de técnicas em imunogenética, especialmente a tipificação de HLA, em conjunto com o professor Voltarelli. A partir de 1992, o Prof. Voltarelli inaugurou a primeira unidade de transplante de medula óssea do interior, onde passou a realizar transplante de célula tronco hematopoietica para o tratamento de doenças autoimunes, como diabetes melito, esclerose sistêmica, lúpus e esclerose múltipla. Em 2002, com a contratação do Prof. Dr. Paulo Louzada Júnior, a Disciplina de Reumatologia consolidou-se com

a criação de novos ambulatorios de doenças reumáticas, a participação da reumatologia no centro de reabilitação do HC-RP.

Atualmente, a Disciplina de Reumatologia conta com vários médicos assistentes, com grande interesse na assistência e na docência, como Flávio Calil Petean, Fabíola Reis de Oliveira, Lucienir Maria da Silva e René Donizete Ribeiro de Oliveira. Cabe enfatizar a participação do Dr. Flávio Calil Petean, que, por muitos anos, foi o único médico assistente da Disciplina de Reumatologia e orientou a formação de inúmeros médicos residentes da especialidade.

A Disciplina de Reumatologia conta com o total de seis ambulatorios (colagenoses, artrite reumatoide inicial, síndrome do anticorpo antifosfolípide, vasculites, doenças reumáticas, quimioterapia), totalizando atendimento médio anual de 7.700 pacientes. A enfermaria é composta de 11 leitos, acrescidos de dois de uso exclusivo para medicações intravenosas. Nos últimos 35 anos, a Disciplina de Reumatologia da Divisão de Imunologia Clínica formou 70 médicos especialistas, sendo que vários deles seguiram carreira acadêmica, como Marcos Renato de Assis (Famema), Valéria Valim Cristo (Federal do Espírito Santo), Max Victor Carioca Freitas (Federal do Ceará).

Em relação às atividades de pós-graduação, a Divisão de Imunologia formou, entre mestres e doutores, um total de 60 pesquisadores, além da produção de cerca de 300 artigos em periódicos de circulação internacional. No ano de 2009, a disciplina publicou o livro *Imunologia na prática médica*, onde procurou focar a base imunológica das doenças autoimunes e de hipersensibilidade, o quadro clínico e o respectivo tratamento.

Há muito o que fazer para ampliar e desenvolver as atividades assistenciais e de pesquisa, porém um belo caminho já foi percorrido e o objetivo fundamental da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é primar pela integração entre os conceitos básicos da autoimunidade e a clínica, permitindo formar médicos e pesquisadores que possam tramitar entre esses dois esteios do conhecimento médico.



Componentes da Disciplina de Reumatologia da Divisão de Imunologia Clínica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

XV ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA FORTALECE LAÇOS ENTRE ESPECIALISTAS FRANCESES E BRASILEIROS

O Encontro de Reumatologia Avançada (ERA), evento realizado anualmente pela Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR), tem como foco principal a exposição da formação contínua de qualidade e da produção científica paulista na área da Reumatologia. Este ano, o ERA fez parte do calendário oficial de atividades do "Ano da França no Brasil", o que inspirou a programação científica e permitiu maior intercâmbio entre os reumatologistas brasileiros e franceses, fortalecendo os laços já existentes e trazendo ao público brasileiro um pouco mais da realidade da Reumatologia na França.

A oportunidade serviu também para homenagearmos os dois reumatologistas que – em seus respectivos países – contribuíram para o crescimento e desenvolvimento de nossa especialidade e são incentivadores permanentes do crescimento científico nesta área: Prof. Charles J. Menkés e Prof. William H. Chahade.

O programa científico elaborado pela SPR compreendeu um total de cinco módulos: (1) Doenças Osteometabólicas, Osteoartrite e Doenças Microcristalinas; (2) Doenças Sistêmicas e Vasculites; (3) Reumatologia Infanto-Juvenil; (4) Imunologia e Inflamação; e (5) Dor, Doenças da Coluna, Reabilitação e Reumatologia Intervencionista. Em cada módulo, além da apresentação dos trabalhos (mesa redonda), pôde-se vivenciar a experiência do convidado internacional (conferência) em diversos campos de ação e, juntamente com os colegas de São Paulo, líderes de opinião na área, reservou-se um período para maior interação com debates sobre temas polêmicos e dificuldades do dia a dia da Reumatologia (sessão interativa). O temperamento descontraído dos convidados internacionais, que permitiu um intercâmbio permanente com os participantes, aliado ao grande número de trabalhos (42) de altíssima qualidade apresentados, contribuiu para que o objetivo fosse alcançado em sua plenitude.

Parabéns a todos os pesquisadores, orientadores, convidados, colaboradores e, sobretudo, a todos os participantes do XV ERA, que, ávidos pelas novidades e muitas vezes vindos de longe, constituem nosso maior estímulo!

Elaine de Azevedo

Diretora científica

SPR – Gestão 2008-2009

Números do evento:

- 627 inscritos (415 oriundos do Estado de São Paulo e 212 de outros Estados)
- 42 trabalhos apresentados (desenvolvidos exclusivamente em hospitais, faculdades, universidades e centros de pesquisa do Estado de São Paulo)
- 6 conferências internacionais
- 4 simpósios
- 4 sessões interativas (temas polêmicos do dia a dia do reumatologista)
- 1 "diálogo" – o reumatologista na França

Convidados internacionais:

- Isabelle Koné-Paut
- Jacques-Eric Gottemberg
- Michael R. McClung
- Pierre Bourgeois
- Sylvain Lanot
- Thierry Boyer

Conferências e diálogos:

- Novas estratégias no tratamento da osteoporose
- A difusão do uso do US pelo reumatologista
- Terapêutica das doenças autoinflamatórias infantis
- Quadril doloroso
- Resposta inadequada aos anti-TNFs
- A Medicina do Esporte e a Reumatologia Francesa
- O dia a dia do reumatologista na França

Mesas-redondas e sessões interativas:

- Doenças osteometabólicas, osteoartrite, cartilagem, artropatias microcristalinas
- Reumatologia da criança e do adolescente
- Doenças sistêmicas, vasculites, outros reumatismos inflamatórios
- Imunologia e inflamação
- Dor, doenças da coluna, Medicina Física, reabilitação, Reumatologia intervencionista

Promoção e realização:

Sociedade Paulista de Reumatologia (Gestão 2008-2009)

Organização:

Paradigma Eventos (www.paradigmaeventos.com.br)



XV ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA: a partir da esquerda, **(1)** cerimônia de abertura: Dra. Elaine de Azevedo, Prof. Dr. Wiliam H. Chahade, Prof. Dr. C. J. Menkès; **(2)** sessão interativa: “Osteoporose: quando interromper o tratamento? O que considerar na terapia a longo prazo com bisfosfonatos?” (“Osteoporose: quand doit-on interrompre le traitement? Que devons-nous considérer pour le traitement à longue durée avec les «bisfosfonates»?”): Dra. Rosa Maria R. Pereira, Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini, Dr. Michael R. McClung, Dra. Vera Lúcia Szejnfeld; **(3)** sessão interativa: “Doença de Still: tratamento atual” (“Maladie de Still: actualités dans le traitement”): Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg, Dr. Cláudio Arnaldo Len, Dra. Lúcia Maria de Arruda Campos, Dra. Isabelle Koné-Paut, Dra. Cláudia Saad Magalhães; **(4)** sessão interativa: “Atualidades práticas na terapia biológica em Reumatologia” (“Actualités pratiques dans la thérapie biologique en Rhumatologie”): Dr. Manoel Barros Bértolo, Dr. Pierre Bourgeois, Dr. Jacques-Eric Gottenberg, Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro, Dra. Rina Dalva N. Giorgi; **(5)** Dra. Elaine de Azevedo, Dr. Dawton Y. Torigoe, Dr. Jacques-Eric Gottenberg, Dr. Morton A. Scheinberg, Dr. José Carlos Mansur Szajubok; **(6)** Dra. Elaine de Azevedo, Prof. Dr. Charles J. Menkès, Dra. Helenice Alves T. Gonçalves; **(7)** Dr. Adil Muhib Samara, Dr. Carlos Roberto de Mello, Dr. Sérgio Eduardo Arone, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dra. Iêda Maria Magalhães Laurindo, Dra. Rina Dalva N. Giorgi, Dr. Luiz Carlos Latorre; **(8)** Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Michael R. McClung; **(9)** Coquetel após a abertura. Dra. Isabelle Koné-Paut, Dr. Sylvain Lanot, Dra. Ana Cecília Panico Bailly, Dr. Thierry Boyer, Dr. Pierre Bourgeois; **(10)** homenagem ao Prof. Wiliam H. Chahade; **(11)** homenagem ao Prof. Dr. Charles J. Menkès; **(12)** vista parcial do auditório.

FÓRUM DO DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGIA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (SPR-APM)

“CONFLITOS DE INTERESSES: MÉDICOS X INDÚSTRIAS LIGADAS À MEDICINA”

Em 30 de junho de 2009 foi realizado, na sede da Associação Paulista de Medicina (APM), mais um Fórum de Debates, promovido pelo Departamento de Reumatologia da APM e organizado pela Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR). Contou com as ilustres presenças dos convidados debatedores Dra. Marília de Castro Torres-Fernandes (advogada especializada em Direito Sanitário pela FSP/USP e mestre pela Faculdade de Direito da USP), Dr. Reinaldo Ayer (professor de Deontologia Médica da Disciplina de Medicina Legal da FMUSP e conselheiro do Cremesp) e Dr. José Marques Filho (reumatologista, conselheiro do Cremesp e mestre em Bioética) que explanaram, respectivamente, sobre os conflitos de interesses do ponto de vista do direito sanitário, do Cremesp e dos aspectos éticos em geral. O evento foi coordenado pelos colegas do Departamento de Reumatologia da APM/SPR, Dr. Maurício Levy Neto e Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli.

O Dr. José Marques Filho fez um apanhado dos conceitos gerais de ética e moral, passando pelo pensamento de Platão e Aristóteles até os dias de hoje. Enfatizou a necessidade da percepção da existência dos conflitos para que eles possam ser reconhecidos, elaborados e explicitados por todos aqueles envolvidos nessa questão. Salientou que os conflitos de interesses são “situações diversas onde o interesse pessoal pode, potencialmente, comprometer o julgamento ou decisão de um profissional em suas atividades, quer sejam administrativas, gerenciais, assistenciais, de ensino, pesquisa e outras”, ou ainda, “um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional sobre um interesse primário tende a ser influenciado por um interesse secundário”. Esses interesses secundários podem ser de ordem econômica, política, social, religiosa, hierárquica, vaidade pessoal e outros que influenciam a análise, conclusão e decisão final a ser tomada. A seu ver, trata-se de um aspecto fundamentalmente ético e, portanto, o tratamento a ser dado a essas questões deve, obrigatoriamente, ser com este tipo de enfoque, principalmente quanto ao aspecto educativo que se exige na restauração da ética nas relações interpessoais, interinstitucionais e entre pessoas e instituições.

A Dra. Marília Fernandes destacou que o papel do Judiciário nesses tipos de conflitos ainda não é bem estabelecido, decorrente do fato de o Direito não possuir condições de fornecer respostas a todas as questões éticas e morais surgidas. Assim, a explicitação do que as categorias profissionais consideram condutas aceitáveis ou inaceitáveis nas relações com terceiros, como que uma “convenção” adotada, serviria para inibir novos conflitos e também como referencial norteador para que o Judiciário pudesse se balizar em suas interpretações. Atualmente, muitas decisões judiciais que envolvem serviços de saúde são baseadas no Código de Defesa do Consumidor (CDC), como se não houvesse todo um conjunto de normas, além do CDC, voltadas especificamente para a proteção da saúde, que possui tratamento jurídico diferenciado. Além do mais, o CDC apresenta em sua redação uma plêiade muito grande de conceitos abertos (como normalidade, previsibilidade, nocividade e periculosidade potenciais, suficiência e adequação de informações sobre riscos, razoabilidade, entre outros), cuja aplicação varia muitíssimo caso a caso, resultando em decisões discrepantes. Diferenciou interesses e direitos e salientou a importância da atuação do Ministério Público na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis e dos direitos constitucionais, dentre os quais o direito à saúde.

O Dr. Reinaldo Ayer comentou que durante todos os anos em que já atuou como conselheiro do Cremesp, não se deparou com conflito de interesse de qualquer natureza como causa de denúncia ou instauração de processo dentro do órgão. Mencionou também que esse assunto vem tomando parte nas discussões entre os conselheiros e que há uma grande diversidade de opiniões, embora todos reconheçam a necessidade de se discutir mais intensamente o tema. Mencionou que os termos de consentimento livre e esclarecido, frequen-

temente utilizados pelos médicos e instituições, apesar de muito questionada a sua validade legal, representa, de alguma forma, um avanço nas relações médico-paciente, reiterando o fato de que nem sempre representa um consentimento para quaisquer situações, bem como nem sempre é esclarecedor para o paciente. Nas relações atuais das indústrias com os médicos, estes se tornaram muito vulneráveis aos assédios daqueles, principalmente do ponto de vista econômico, decorrente, em boa parte, da desvalorização da carreira de médico e da abertura de novas escolas médicas, o que possibilita a entrada anual de grande contingente de médicos inexperientes exercendo a profissão, tornando-se “presa” facilmente manipulável para os fins das indústrias e de seus fornecedores de insumos. Estes últimos, quando perceberam que o contingente muito grande de novos médicos poderia lhes render um maior volume de vendas e em mais curto prazo, mudaram o direcionamento de seu investimento, dos antigos e experientes “médicos formadores de opinião” para os “novos médicos prescritores”.

De qualquer forma, seria pueril acreditar no término dos conflitos de interesses. O que se procura, atualmente, é encontrar maneiras para explicitá-los à sociedade. Esta precisa estar informada sobre “quem” ganha “o que”, cada vez que decisões são tomadas na área da saúde. Profissionais de ensino, pesquisa e assistência, produtores e fornecedores de insumos para a saúde devem admitir perante a sociedade seus interesses e reconhecer que estes geram diversas naturezas de conflitos. Necessitam ser explicitados e assumidos de maneira transparente, produzindo uma relação autêntica e verdadeira entre os envolvidos. Cada uma das partes tem o dever ético e moral de considerar-se impedida, e abster-se de tomar decisões, sempre que houver interesses secundários que possam influenciar os primários e sua capacidade de julgamento.

A Sociedade Paulista de Reumatologia espera ansiosamente que esse tema volte a ser explorado, dentro e fora de seu reduto, para que ocorra o resgate da ética, do respeito e da honestidade, tão esquecidos nestes tempos atuais!

*Coordenação Científica
Departamento de Reumatologia da APM/SPR*



A partir da esquerda, Dr. José Marques Filho, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dr. Maurício Levy Neto, Dra. Marília de Castro Torres Fernandes, Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira

Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia. Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

Veja, a seguir, os temas debatidos nos últimos encontros:

SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (6 DE MAIO DE 2009)

Tema: "Osteoartrite secundária". O segundo Fórum de 2009 discutiu a síndrome sicca e as doenças linfoproliferativas, bem como o papel da mensuração do *status* da vitamina D e sua suplementação para a melhor saúde óssea na prática clínica diária. O clima era de descontração e teve recorde de público

Coordenação: Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra (Unicamp)

Apresentação: Dra. Ana Luisa Vanalle Ferrari (Unicamp)

Convidados: Prof. Dr. Adil Muhib Samara (Unicamp), Dr. Evandro de Souza Portes (Endocrinologia, HSPE)

Bizu: "Dicas para interpretação de exames laboratoriais em Reumatologia"

Convidado: Prof. Dr. Luís Eduardo C. Andrade (Unifesp/EPM)



TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (3 DE JUNHO DE 2009)

Tema: "Condições simulando a artrite reumatoide". A artrite reumatoide foi o mote do terceiro fórum de 2009, com excelente discussão sobre o diagnóstico diferencial e a imagem como ferramenta relevante para o diagnóstico da doença

Coordenação: Dr. Dawton Yukito Torigoe (FCM – Santa Casa)

Apresentação: Dr. Cristiano Campanholo (FCM – Santa Casa)

Convidado: Dr. Dawton Yukito Torigoe (FCM – SC)

Bizu: "Abordagem prática do diagnóstico por imagem da AR"

Convidado: Dr. Luiz Fernando Vitule (médico radiologista do HC-FMUSP e HSPE)

FÓRUM DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2009:

Anote em sua agenda e não perca:

7 de outubro • 4 de novembro

ONDE E QUANDO

Fórum de Debates. Associação Médica Brasileira, Auditório Nobre Prof. Dr. Adib Jatene, R. São Carlos do Pinhal, 324 – Bela Vista – São Paulo – SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza). Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, R. São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista – São Paulo – SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima). Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas.



BIZU E SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES: a partir da esquerda, (1) Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dra. Elaine de Azevedo, Dr. Evandro de Souza Portes, Dr. Ibsen Bellini Coimbra, Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade, Dr. Adil Muhib Samara, Dra. Ana Luisa Vanalle Ferrari; BIZU E TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES: (2) Dra. Elaine de Azevedo, Dr. José Ricardo Anijar, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Luiz Fernando Vitule; (3) Dr. Cristiano Barbosa Campanholo, Dra. Branca Dias Batista de Souza, Dr. Dawton Yukito Torigoe, Dra. Elaine de Azevedo, Dr. José Carlos Mansur Szajubok.

Fórum do Interior

No dia 18 de maio, ocorreu a 1ª reunião dos reumatologistas de São Carlos e região com o objetivo de realizar, à semelhança do Fórum de Debates de São Paulo, uma reunião mensal, com discussão de casos.

Veja, a seguir, o tema debatido nesse primeiro encontro:

PRIMEIRO FÓRUM DO INTERIOR (18 DE MAIO DE 2009)

Tema: “Ombro doloroso”

Coordenação: Dra. Mirhelen Mendes de Abreu (Faculdade de Medicina da UFSCar)

Apresentação: Dr. Clovis Magon e Dr. Rogério Chachá

FÓRUM DO INTERIOR 2009:

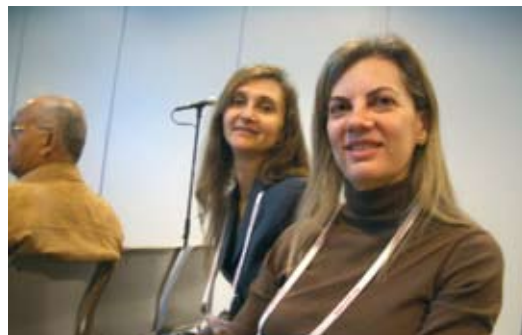
Anote em sua agenda e não perca:

15 de junho (com o tema lúpus eritematoso sistêmico)

10 de agosto (com o tema SAAF)

EULAR

O grande evento da Reumatologia na Europa aconteceu entre os dias 10 e 13 de junho, em Copenhague, Dinamarca.



EULAR: a partir da esquerda, Dra. Claudia Goldenstein Schainberg, Dra. Bernadete Liphau.

ATUALIZAÇÃO PÓS-EULAR FLEURY 2009

O Curso de Atualização Pós-Eular Fleury 2009, realizado no dia 4 de julho, pelo Fleury Hospital-Dia (FHD), em parceria com a Diretoria de Planejamento Estratégico, Inovação e Sustentabilidade, foi um sucesso.

Sob a organização da Dra. Ana Patrícia do Nascimento, coordenadora do Centro de Infusões de Medicamento do FHD, e o apoio da Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR), o evento recebeu 79 profissionais da saúde, dentre eles, reumatologistas e médicos de outras especialidades. Aulas de elevado conteúdo científico foram ministradas por reumatologistas de diversas instituições acadêmicas e do Fleury. Além de estreitar o relacionamento com a classe médica, o evento teve o objetivo de repercutir as novidades em diagnóstico e tratamento das principais doenças reumatológicas em adultos e reumatologia infantil, apresentadas durante o Congresso Anual Europeu de Reumatologia, promovido pela Liga Europeia contra o Reumatismo (Eular), realizado em junho deste ano, em Copenhague, Dinamarca. Parabéns a todos pela excelente qualidade do evento e aguardaremos o III Pós-Eular em 2010.

ATUALIZAÇÃO PÓS-EULAR FLEURY 2009: (1) Dr. José Carlos Mansur Szajubok, presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia, Dra. Ana Patrícia do Nascimento, coordenadora do Centro de Infusões Fleury Hospital-Dia; **(2)** visão parcial do auditório.

>>>



CAPA: homenagem da Sociedade Paulista de Reumatologia ao aniversário de 60 anos da Sociedade Brasileira de Reumatologia. No detalhe, logotipo comemorativo do evento.



Agenda 2009

12 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

NACIONAIS

XVII Jornada do Cone Sul de Reumatologia

Data: 3 a 5 de setembro

Local: Maringá, PR

Contato: carolina@ekipeeventos.com.br

www.reumato2009.com.br;

XX Jornada Paulista de Reumatologia

Data: 25 e 26 de setembro

Local: Ribeirão Preto, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

4ª Edição Ação Reumato

Data: 4 de outubro

Local: Parque Villa-Lobos, São Paulo, SP



Jornada de Reumatologia do ABC e Litoral

Data: 20 e 21 de novembro

Local: Guarujá, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

XVIII Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia e 2ª Jornada Anual da SRRJ

Data: 3 a 6 de dezembro

Local: Angra dos Reis, RJ

Contato: rjsp2009@reumatorj.com.br;

www.reumatorj.com.br/jornada

INTERNACIONAIS

2009 Congresso Mundial da Osteoarthritis Research Society International (ORSI)

Data: 10 a 13 de setembro

Local: Quebec, Canadá

Contato: www.oarsi.org

ASBMR

Data: 11 a 15 de setembro

Local: Denver, EUA

Contato: www.asbmr.org

73 ACR – Annual Scientific Meeting

Data: 16 a 21 de outubro

Local: Filadélfia, EUA

Contato: www.rheumatology.org

2010 NACIONAIS

IV Curso de Revisão para Reumatologistas

Data: 27 e 28 de fevereiro

XVI Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 20 a 22 de maio

XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 18 a 22 de setembro

Local: Porto Alegre, RS

Contato: www.reumato2010.com.br

ALTERNATIVA TERAPÊUTICA DE PRIMEIRA ESCOLHA.

ORENCIA® (abatacepte). O PRIMEIRO AGENTE SELETIVO QUE MODULA A ATIVAÇÃO DA CÉLULA-T NA AR.^{2,3,4,5,6}

EFICÁCIA SUSTENTADA¹

- MECANISMO DE AÇÃO ÚNICO E DIRIGIDO.^{2,3,4,5,6}
- EFICÁCIA COMPROVADA DURANTE 5 ANOS SEM AUMENTO DE DOSE.¹

 **ORENCIA®**
abatacepte

Eficácia Sustentada¹



Bristol-Myers Squibb

Interação medicamentosa: Orenzia® (abatacepte) não deve ser utilizado com outros medicamentos biológicos para Artrite Reumatoide como adalimumabe, etanercepte, infliximabe e anakinra. **Contraindicação:** Orenzia® (abatacepte) não deve ser administrado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou quaisquer dos seus componentes.

Referências bibliográficas: 1. Westhovens R, Kremer JM, Moreland LW et al. Safety and efficacy of the selective costimulation modulator abatacept in patients with rheumatoid arthritis receiving background methotrexate: a 5-year extended phase IIB study. J Rheumatol. 2009 Apr; 36(4):736-42. 2. Bluestone JA, St. Clair EW and Turka LA. CTLA-4: Bridging the Basic Commentary Immunology with Clinical Application. Immunity 2006; 24, 233-238. 3. Ruderman EM and Pope RM. Drug insight: abatacept for the treatment of rheumatoid arthritis. Nat Clin Pract Rheumatol 2006; 2(12):654-60. 4. Walunas TL, Lenschow DJ, Bakker CY et al. CTLA-4 can function as a negative regulator of T cell activation. Immunity 1994;1(5):405-13. 5. Linsley PS, Brady W, Umes M et al. CTLA-4 is a second receptor for the B cell activation antigen B7. J Exp Med. 1991;174(3):561-9. 6. Greene JL, Leytze GM, Emswiler J et al. Covalent dimerization of CD28/CTLA-4 and oligomerization of CD80/CD86 regulate T cell costimulatory interactions. J Biol Chem. 1996;271(43):26762-71.

ORENCIA® (abatacepte) - PÓ LIÓFILO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL - BRISTOL-MYERS SQUIBB - ORENCIA® - Uso intravenoso, uso adulto. - INDICAÇÕES: ORENCIA® é um medicamento usado para tratar adultos com artrite reumatóide (AR) moderada a grave que tiveram uma resposta inadequada a uma ou mais drogas anti-reumáticas modificadoras de doença (DMARDs), como metotrexato ou antagonistas de TNF. **- CONTRAINDICAÇÕES:** Pacientes com hipersensibilidade conhecida a abatacepte ou quaisquer dos seus componentes. **- PRECAUÇÕES:** **Gravidez - Categoria C:** ORENCIA® deve ser usado durante a gravidez somente se claramente necessário. Não há estudos adequados e bem-controlados em mulheres grávidas. **Lactação:** O abatacepte demonstrou estar presente no leite do rato. Não se sabe se o abatacepte é excretado no leite humano ou absorvido sistemicamente após a ingestão. **Hipersensibilidade:** Medidas apropriadas de suporte médico para o tratamento de reações de hipersensibilidade devem estar disponíveis para uso no caso de uma reação. **Infeções:** A administração de ORENCIA® deve ser descontinuada se um paciente desenvolver uma infecção séria. Uma taxa mais elevada de infecções sérias foi observada em pacientes tratados de forma concomitante com antagonistas do TNF e ORENCIA®. Pacientes com resultados positivos na seleção para tuberculose devem ser tratados com a prática médica padrão antes da terapia com ORENCIA®. **Imunizações:** Vacinas com vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com ORENCIA® ou em 3 meses de sua descontinuação. **Uso em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):** O uso de ORENCIA® em pacientes com artrite reumatóide e DPOC deve ser feito com cuidado e esses pacientes devem ser monitorados em relação à piora de sua condição respiratória. **Imunossupressão:** Existe a possibilidade de drogas que inibem a ativação da célula T, incluindo ORENCIA®, afetarem as defesas do hospedeiro contra infecções e malignidades uma vez que as células T mediam respostas imunocelulares. **- ADVERTÊNCIAS:** A terapia concomitante com ORENCIA® e um antagonista do TNF não é recomendada. Ao fazer a transição da terapia com antagonista do TNF para a terapia com ORENCIA®, os pacientes devem ser monitorados para sinais de infecção. **- REAÇÕES ADVERSAS:** **Geral:** As reações adversas mais sérias foram infecções sérias e malignidade. Os eventos adversos mais comuns ($\geq 10\%$ dos pacientes) foram dor de cabeça, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite e náusea. **Infeções:** Os eventos adversos que mais frequentemente resultaram em intervenção clínica (interrupção ou descontinuação de ORENCIA®) foram devido à infecção. As infecções mais comumente relatadas (5-13% pacientes) foram infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, sinusite, infecção do trato urinário, gripe e bronquite. As infecções relatadas com mais frequência que resultaram na interrupção da dose foram infecção do trato respiratório superior (1,0%), bronquite (0,7%) e herpes zóster (0,7%). As infecções mais frequentes que resultaram em descontinuação foram pneumonia (0,2%), infecção localizada (0,2%) e bronquite (0,1%). **Malignidades:** As taxas de incidências por 100 pacientes-anos foram de 0,74 para câncer de pele não-melanomatoso, 0,59 para malignidades sólidas e 0,12 para malignidades hematológicas. O câncer de órgão sólido mais reportado foi câncer de pulmão (0,16 por 100 pacientes-anos) e a malignância hematológica mais comum foi linfoma (0,07 por 100 pacientes-anos). **Reações Relacionadas à Infusão e Reações de Hipersensibilidade:** Os eventos relatados com mais frequência foram tontura, dor de cabeça e hipertensão. **Pacientes com DPOC:** Os pacientes com DPOC tratados com ORENCIA® desenvolveram eventos adversos de forma mais frequente do que aqueles tratados com placebo. Ocorreram distúrbios respiratórios mais frequentemente em pacientes tratados com ORENCIA® em comparação aos pacientes tratados com placebo incluindo exacerbação da DPOC, tosse, roncocal e dispnéia. **- INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Estudos sobre interação medicamentosa não foram realizados com ORENCIA®. A administração concomitante de um antagonista do TNF com ORENCIA® está associada a um risco elevado de infecções sérias e nenhuma eficácia adicional significativa sobre o uso de antagonistas do TNF isoladamente. Interação com testes laboratoriais: O sistema de monitoração de glicose baseada na GDH-PQQ pode reagir com a maltose presente no ORENCIA®, resultando em leituras falsas de elevação de glicose sanguínea no dia da infusão. **- POSOLOGIA:** ORENCIA® deve ser administrado como infusão intravenosa de 30 minutos nas seguintes doses: 500mg (2 frasco-ampolas) para pacientes com peso corporal < 60 kg, 750 mg (3 frasco-ampolas) para pacientes com peso corporal entre 60 -100 kg e 1g (4 frasco-ampolas) para pacientes com peso corporal > 100 kg. **- SUPERDOSE:** Doses de até 50 mg/kg foram administradas sem efeito tóxico aparente. No caso de superdose, recomenda-se que o paciente seja monitorado em relação a qualquer sinal ou sintoma de reações adversas e que o tratamento sintomático apropriado seja instituído. **- VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - USO RESTRITO A HOSPITAIS - Reg. MS 1.0180.0390 - Serviço de atendimento ao consumidor: 0800 727 61 60 - Endereço BMS: Rua Carlos Gomes, - 924 CEP 04743-903 - Santo Amaro - São Paulo, SP - A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.**



Em 2 anos de terapia combinada adalimumabe + MTX:

- 49% dos pacientes alcançaram a remissão clínica¹

Durante 5 anos de terapia com adalimumabe:

- Inibição sustentada da progressão radiológica²



Contraindicações/Precauções

Assim como observado com outros antagonistas de TNF, foram relatados casos de tuberculose associados ao HUMIRA™ (adalimumabe).

A administração concomitante de antagonistas de TNF e abatacept tem sido associada a aumento do risco de infecções, incluindo infecções sérias, quando comparada a antagonistas de TNF isolados.

Na AR, cuidar hoje preserva o amanhã^{3,4,5}

HUMIRA™
adalimumabe

HUMIRA™ (adalimumabe). Indicações: Artrite Reumatóide, Artrite Psoriásica, Espondilite Anquilosante, Doença de Crohn e Psoríase em placas. **Contra-Indicações:** hipersensibilidade conhecida a adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto. **Advertências e Precauções:** Infecções: foram relatadas infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas, virais ou outras infecções oportunistas. Estas infecções podem não ser consistentemente reconhecidas em pacientes que usam bloqueadores de TNF e isto leva a atraso no início do tratamento apropriado, algumas vezes resultando em fatalidades. O tratamento não deve ser iniciado em pacientes com infecções ativas e recomenda-se cautela quando se decidir utilizar HUMIRA™ (adalimumabe) em pacientes com histórico de infecções de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. **Tuberculose:** assim como observado com outros antagonistas de TNF, foram relatados casos de tuberculose (frequentemente disseminada ou extrapulmonar) associados ao HUMIRA™ (adalimumabe) durante os estudos clínicos. Antes de iniciar o tratamento, todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latente), com anamnese detalhada, radiografia de tórax e teste tuberculínico (PPD). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA™ (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, antes que o tratamento com HUMIRA™ (adalimumabe) seja iniciado, deve-se iniciar a profilaxia antituberculosa apropriada. **Reativação da Hepatite B:** o uso de inibidores de TNF foi associado à reativação do vírus da hepatite B (HBV). Pacientes portadores do HBV e que requerem terapia com inibidores de TNF devem ser cuidadosamente monitorados quanto a sinais e sintomas da infecção ativa por HBV durante a terapia e por alguns meses seguidos após o término da mesma. **Eventos neurológicos:** os antagonistas de TNF, incluindo o HUMIRA™ (adalimumabe), foram associados, em raros casos, com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante, incluindo esclerose múltipla. **Malignidades:** em partes controladas de estudos clínicos com antagonistas de TNF, foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF do que entre os pacientes controle. O tamanho do grupo de controle e a duração limitada das partes controladas dos estudos não permitem chegar a conclusões definitivas. Há maior risco de linfoma em pacientes com artrite reumatóide com doença inflamatória de longa duração, altamente ativa, o que complica a estimativa do risco. Durante os estudos abertos de longa duração com HUMIRA™ (adalimumabe), a taxa total de malignidades foi similar ao que seria esperado para idade, sexo e raça na população geral. Com o conhecimento atual, um risco possível para o desenvolvimento dos linfomas ou outras malignidades nos pacientes tratados com um antagonista de TNF não pode ser excluído. Casos muito raros de linfoma hepatoesplênico de células T, um raro e agressivo linfoma que é frequentemente fatal, foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. A maioria dos pacientes foi previamente tratada com infliximabe, ou recebeu terapia concomitante com azatioprina ou 6-mercaptopurina para doença de Crohn. A associação causal entre este tipo de linfoma e adalimumabe não está clara. **Alergia:** durante estudos clínicos, reações alérgicas graves associadas ao uso de HUMIRA™ (adalimumabe) foram raramente observadas. Se uma reação alérgica grave ocorrer, a administração deve ser interrompida imediatamente e iniciado tratamento apropriado. A tampa da agulha da seringa contém borracha natural (látex). Pacientes sensíveis ao látex podem ter reações alérgicas graves. **Eventos hematológicos:** raros relatos de pancitopenia, incluindo anemia aplásica, foram observados com agentes bloqueadores de TNF. A descontinuação da terapia com HUMIRA™ (adalimumabe) deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas. **Insuficiência cardíaca congestiva:** HUMIRA™ (adalimumabe) não foi formalmente estudado em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Entretanto, em estudos clínicos com outro antagonista de TNF, uma taxa mais elevada de eventos adversos sérios relacionados a ICC foi relatada, incluindo piora da ICC e novo episódio de ICC. **Processos auto-imunes:** Se um paciente desenvolver sintomas que sugiram Síndrome Lúpica durante o tratamento com Adalimumabe, o tratamento deve ser descontinuado. O tratamento com HUMIRA™ (adalimumabe) pode resultar na formação de anticorpos auto-imunes. **Carcinogenicidade, Mutagenicidade e Alterações na Fertilidade:** Não foram realizados estudos experimentais de longo prazo para avaliar o potencial carcinogênico ou os efeitos do adalimumabe sobre a fertilidade. **Imunizações:** Os pacientes em tratamento com HUMIRA™ (adalimumabe) podem receber vacinações simultâneas, com exceção das vacinas vivas. **Gravidez:** Mulheres em idade reprodutiva devem ser advertidas a não engravidar durante o tratamento com Adalimumabe. **Lactação:** Recomenda-se decidir entre descontinuar o tratamento com Adalimumabe ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. **Uso pediátrico:** não foram estudadas eficácia e segurança em pacientes pediátricos. **Interações Medicamentosas:** **Methotrexate:** Não há necessidade de ajuste das doses de nenhum dos dois medicamentos. **Outras:** Não foram realizados estudos formais de farmacocinética entre Adalimumabe e outras substâncias. O uso concomitante de adalimumabe com anakinra ou abatacept não é recomendado. **Interação com testes laboratoriais:** não são conhecidas interferências entre Adalimumabe e testes laboratoriais. **Reações Adversas:** anormalidade nos exames laboratoriais, astenia, síndrome gripal, dor abdominal, infecção, febre, distúrbio de membranas mucosas, dor nas extremidades, edema facial, dor lombar, celulite, calafrios, seps, reação alérgica, reação no local de injeção (dor, eritema, prurido, edema, reação local, hemorragia local, erupção local), exantema, prurido, distúrbios cutâneos, herpes zoster, exantema maculopapular, distúrbios nas unhas, pele seca, sudorese, alopecia, dermatite fúngica, urticária, nódulo cutâneo, úlcera de pele, eczema, hematoma subcutâneo, hiperlipidemia, hipercolesterolemia, aumento de fosfatase alcalina, uréia, creatina-fosfoquinase, desidrogenase láctica e ácido úrico, edema periférico, ganho de peso, cicatrização anormal, hipopotassemia, náuseas, diarreia, dor de garganta, anormalidade das provas de função hepática, esofagite, vômitos, dispepsia, constipação, dor gastrointestinal, distúrbios dentários, gastroenterite, distúrbios da língua, monilíase oral, estomatite aftosa, disfagia, estomatite ulcerativa, anemia, granulocitopenia, aumento do tempo de coagulação, presença de anticorpo antinuclear, leucopenia, linfadenopatia, linfocitose, plaquetopenia, púrpura, equimoses, aparecimento de auto-anticorpos, infecções das vias respiratórias superiores, rinite, sinusite, bronquite, aumento da tosse, pneumonia, faringite, dispnéia, distúrbio pulmonar, asma, infecção urinária, monilíase vaginal, hematuria, cistite, menorragia, proteinúria, polaciúria, cefaléia, tontura, parestesia, vertigem, hipoestesia, nevralgia, tremor, depressão, sonolência, insônia, agitação, conjuntivite, distúrbios oculares, otite média, alteração do paladar, anormalidades visuais, borramento da visão, olho seco, distúrbios auditivos, dor ocular, hipertensão, vasodilatação, dor torácica, artralgia, câibras musculares, mialgia, distúrbios articulares, sinovite, distúrbios tendinosos. **Posologia e Administração:** **Artrite Reumatóide:** 40 mg, administrados em dose única injetável por via subcutânea, a cada 14 dias. **Espondilite Anquilosante:** 40 mg, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. **Doença de Crohn:** 160 mg na semana 0, 80 mg na semana 2 e 40 mg em semanas alternadas, a partir da semana 4, por via subcutânea. **Psoríase em Placas:** 80 mg na semana 0 e 40 mg em semanas alternadas a partir da semana 1, por via subcutânea. **Superdosagem:** A dose máxima tolerada de adalimumabe não foi determinada em humanos. **Armazenamento:** Deve ser armazenado em geladeira na temperatura entre 2°C e 8°C. Não deve ser congelado. **Registro no MS:** nº 1.0553.0294. Por se tratar de um medicamento novo, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Informações Adicionais: Estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda – Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 – Brooklin, São Paulo / SP 04566-905 ou fone 0800 703 1050. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Referências: 1. Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF, Cohen SB, Pavelka K, van Vollenhoven R, Perez JL, Spencer-Green GT, para os investigadores do PREMIER. Arthritis & Rheumatism. 2006; 54:26-37. 2. Keystone EC, Kavanaugh AF, Sharp JT, Patra K, Perez JL. Inhibition of radiographic progression in patients with long-standing rheumatoid arthritis treated with adalimumab plus methotrexate for 5 years. Pôster apresentado no EULAR 2007, Barcelona, Espanha, (THU 0168). 3. Bejano V et al. Effect of the early use of the anti-tumor necrosis factor adalimumab on the prevention of job loss in patients with early rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism 2008, 59(10):1467-1474. 4. Jamal S et al. Adalimumab response in patients with early versus established rheumatoid arthritis: DE 019 randomized controlled trial subanalysis. Clin Rheumatol published online 09/12/2008. DOI 10.1007/s10067-008-1064-0 5. Breedveld FC et al. A Multicenter, Randomized, Double-Blind Clinical Trial of Combination Therapy With Adalimumab Plus Methotrexate Versus Methotrexate Alone or Adalimumab Alone in Patients With Early, Aggressive Rheumatoid Arthritis Who Had Not Had Previous Methotrexate Treatment. Arthritis & Rheumatism 2006, 54(1):26-37.

ABBOTT CENTER - Central de Relacionamento com o Cliente
0800 7031050
e-mail: abbottcustomer@abbott.com
www.abbottribrasil.com.br

Abbott
A Promise for Life